

Menopausia

¿Porqué hablar de menopausia?

En las últimas décadas ha habido un extraordinario interés por los temas relacionados con la menopausia, especialmente debido a 2 fenómenos (1):

- Prolongación de la esperanza de vida (más de un tercio del ciclo vital femenino transcurrirá en estado climatérico)y
- Tras mejorar la 'cantidad' intentar mejorar la calidad de la misma (vivir más años no implica vivir más sanos, en la década de los 60 nos encontramos con un 5% de discapacidad y un 20% en los mayores de 85 años).

¿A qué población nos dirigimos?

La población residente en España a 1 de enero de 2006 fue de 44,7 millones de habitantes, diez años después son cerca de dos millones los habitantes que han incrementado esa cifra en nuestro país (*tabla inferior*).

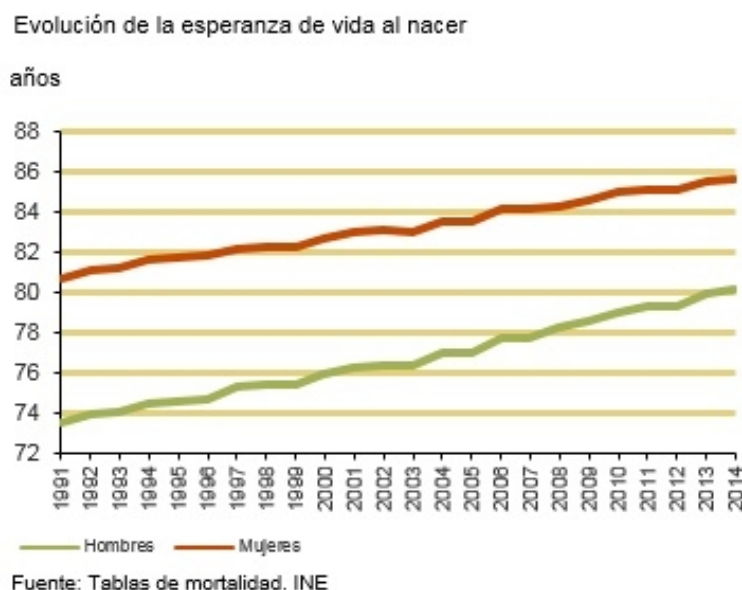
Mujeres de 40 a 69 años en España	Población a 1 de enero de 2015	Población a 1 de enero de 2016	Desviación en %
Población total	46.449.565	46.438.422	- 0,02
nº de mujeres	23.623.019	23.623.362	0,04
Fuente: INE.			

Si nos centramos en los datos referidos a las mujeres y especialmente a las que se sitúan entre los 40 y los 69 años, observamos como se va produciendo un incremento durante los últimos años (*tabla inferior*).

Población en la provincia de Albacete	Año 2011	Año 2013	Año 2015
Total	402.318	400.007	394.580
Hombres	201.400	200.016	197.014
Mujeres	200.918	199.991	197.566
Mujeres de 40 a 69 años	72.198 (supone el 35,92% de las mujeres)	74.669 (supone el 37,33% de las mujeres)	76.280 (supone el 38,61% de las mujeres)
Fuente: INE.			

También las cifras de la esperanza de vida se están modificando en los últimos años, siendo España uno de los países europeos con niveles más altos.

Tomemos como ejemplo las cifras del año 2005 y así encontramos que en los hombres se sitúa en 77,4 años y en las mujeres en 83,9 años (las más longevas de la Unión Europea) (2). Observe como se va incrementando la esperanza de vida en España en el *gráfico inferior*.



¿Debemos actuar en una etapa fisiológica? ¿Es el climaterio un proceso patológico tratable (hormonas) o bien forma parte del proceso general de envejecimiento?

Esta etapa constituye un evento fisiológico y único en la vida de la mujer, consecuencia de la disminución y posterior cese de la función gametogénica y hormonal ovárica, marcando la transición entre la edad reproductiva y la no reproductiva.

Los padecimientos crónicos degenerativos (osteoporosis), la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, la atrofia genitourinaria puedan incidir en esta etapa, con un deterioro de la calidad de vida y un incremento de la morbilidad general, sin contar que nos podemos encontrar con procesos incapacitantes (3).

Todo esto hace necesario un modelo de atención de salud de la mujer durante la etapa posreproductiva. Un modelo que incluya acciones rehabilitadoras, pero

Antonio M García Fernández

especialmente preventivas, para mejorar la calidad de vida y el desarrollo social de la mujer (4).

¿Qué conceptos debemos manejar?

Consideramos importante incluir determinados términos que nos orientarán en nuestra práctica diaria. Como son:

Climaterio: período que se extiende desde la madurez hasta la senectud, se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva, donde incluimos la menopausia. Todo ello consecuencia de la menor actividad endocrina del ovario (especialmente estrógenos) y que conllevan cambios en el aparato genital y las esferas social, psíquica y sexual. Síntomas que son muy variables de una mujer a otra y que afecta en mayor o menor grado a su bienestar físico, psíquico y social (5).

La OMS hace referencia al climaterio como una etapa de la mujer con límites imprecisos situada entre los 45 a los 65 años de edad.

Consta de tres períodos (todos ellos variables en el tiempo):

1. premenopausia: con un comienzo poco manifiesto, se inician las irregularidades y acortamiento de los ciclos menstruales (a expensas de la fase proliferativa) y cambios endocrinos (\uparrow FSH, \uparrow/\downarrow LH e inicio de las deficiencias reproductoras) la edad media se sitúa entre los 40 a 43 años.
2. perimenopausia: caracterizada por regresión ovárica (anarquía ovárica con amenorrea y ciclos anovulatorios e incluso ovulatorios), signos clínicos y endocrinos (\uparrow FSH y LH, \uparrow/\downarrow estradiol), hasta el cese de la regla.
3. posmenopausia: pueden quedar folículos capaces de secretar hormonas pero no de ovular (\uparrow FSH y LH y estrógenos \downarrow).
4. menopausia: cese permanente de las menstruaciones que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la última regla y suele ocurrir a los 50 años y se reconoce tras un período de amenorrea de 6 meses (FIGO) o 12 meses (OMS), sin que exista ninguna otra causa fisiológica o patológica.
5. menopausia precoz o fallo ovárico prematuro: cese de reglas antes de los 40 años más (\uparrow FSH y LH y estrógenos \downarrow).

En la 2 se produce una disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona. Desde el punto de vista endocrino, la m. se puede definir como la pérdida de respuesta ovárica a la estimulación de las gonadotropinas. La FSH irá aumentando hasta alcanzar su pico máximo en este período, aunque la LH también se eleva inicialmente fluctúa dependiendo de los estrógenos circulantes.

Las tasas circulantes de estradiol disminuyen y junto a la estrona son sintetizados, en su mayor parte, por el tejido adiposo a partir de los andrógenos. La PG es casi inexistente y proviene de las suprarrenales. La testosterona proviene del ovario, suprarrenales y de la conversión de la androstendiona en el tejido adiposo y músculo.

Síntomas o síndrome climatérico.

Los cambios hormonales, el envejecimiento y los aspectos socio-culturales son responsables de un complejo de entidades somáticas y psicológicas que constituyen el síndrome climatérico.

No contamos con datos de prevalencia poblacional sobre la frecuencia de los síntomas climatéricos, los datos proceden de las mujeres que acuden a consulta o de estudios observacionales, donde los autores coinciden en detectar un sesgo de selección, que no permite extrapolar dichos resultados a la población general (5).

Debemos conocer los distintos síntomas climatéricos atribuibles principalmente al hipoestrogenismo y que según el orden de aparición se distinguen en los de corto plazo o instauración temprana, medio plazo y largo plazo o instauración tardía.

Las manifestaciones del Sdr. Climatérico se dan con mayor frecuencia en hipertensas que en normotensas, asociándose a su vez a las primeras, sedentarismo y obesidad en mayor frecuencia que en las normotensas (12).

1. A corto plazo: engloban el *síndrome vasomotor y psiconeurobiológico*. Se suele iniciar la sintomatología en la premenopausia, alcanza el acmé en la menopausia y luego decrece, incluyendo; sofocos (se produce una alteración del centro termorregulador HPT por privación estrogénica), cefalea, vértigo, alteraciones psicológicas, frigidez, astenia y alteraciones menstruales (6).

En la aparición de los síntomas y la valoración que la mujer hace de los mismos influyen aspectos psicológicos, socioculturales (los sofocos aparecen en un 80% en la mujer holandesa y en un 0% en la maya) (12) y ambientales (estrés, contexto laboral y familiar). Y afecta al 75% de las mujeres en diferente intensidad. Se dispone de una variedad de escalas que miden la calidad de vida de la mujer menopáusica, a título de ejemplo reseñar dos:

- Escala de Kupperman (cuestionada, no recoge todos los síntomas psicológicos).

- Cuestionario MENCAV; en esta se observan aspectos físicos, psíquicos, sexuales, relación de pareja y soporte social (4).

2. A medio plazo: atrofia cutáneo-mucosa por deprivación hormonal prolongada (se observa adelgazamiento del epitelio urogenital y aumento del ph vaginal), muy llamativa en el aparato genitourinario, que produce: disfunción vulvovaginal, dispareunia, prurito, sequedad así como la presencia de diversa sintomatología urinaria (infecciones vesicales, infección urinaria recurrente o incontinencia urinaria).

3. A largo plazo:

- *Osteoporosis*, factores de riesgo: raza (caucásica mayor que en la blanca y esta mayor que en la negra), historia familiar positiva, pobre ingesta de calcio, menopausia precoz, nulípara, sedentarismo, consumo elevado de alcohol, café, proteínas y fosfatos y tabaquismo, hipertiroidismo y fármacos (quimioterapia y corticoides).

Desde los 40 años se produce, en ambos sexos y especialmente en la mujer una pérdida continua de masa ósea, relacionándose esta disminución de masa ósea con un incremento de riesgo de fracturas.

La pérdida de masa ósea puede comenzar a diferentes edades, dependiendo de: estilo de vida, factores genéticos, niveles hormonales◊ cuando los niveles de estrógenos disminuyen se produce disminución de la absorción de calcio en el intestino, aumento de la calciuria y aceleración de pérdida de masa ósea (7).

En todos los pacientes con osteoporosis se debe asegurar un aporte de calcio suficiente, siendo recomendable que dicho aporte se realice a través de la dieta. Siendo adecuada:

Prevención primaria: estimular el desarrollo de masa ósea.

- Dieta adecuada de calcio (1200 mgr/día). También hablamos de 1000 mgr con THS y 1500 sin él.
- Nutrición adecuada (evitar dietas hiperproteicas y vegetarianas) y equilibrada. Las primeras con > de 1,5 grs./prot/día, tienen altas tasas de folatos que disminuyen la masa ósea y las vegetarianas tienen exceso de folatos, sal y oxalatos.
- Ejercicio físico habitual y tomar el sol(vitamina D) ◇ estimulan el osteoblasto y así la masa ósea.
- *Enfermedad cardiovascular:* principal causa de muerte en los países industrializados, desaparece en esta etapa la protección estrogénica (el efecto protector de la THS se mantiene mientras perdure el tratamiento). La enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón producen el 59% de la mortalidad cardiovascular total. Actualmente las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte en la población española (*tabla 1*).

Tras la menopausia el riesgo de enfermedad coronaria se iguala entre hombres y mujeres, siendo la obesidad un factor determinante. Reconociéndose en las mujeres obesas, además, una alta prevalencia de HTA (8).

	Total	% mujeres
Total enfermedades	387.355	47,9%
Enf. isquémica del corazón	39.313	43,6%
Enf. cerebrovasculares	34.739	57,9%
Insuficiencia cardiaca	19.846	65,8%
Cáncer bronquios-pulmón *	19.099	12,9%
Enf. crónicas de vías respiratorias, infecciones.	17.617	25,7%

Defunciones según las principales causas de muerte. Datos 2005 (INE).

*Mujeres con cáncer de mama; 5.727 defunciones.(*tabla 1*).

Antonio M García Fernández

¿Qué factores influyen en la aparición de la menopausia?

La menopausia es un acontecimiento influenciado por el entorno socio-cultural, estos factores han ido cambiando a lo largo de la historia y la sociedad donde se sitúa la mujer, no considerándose un concepto estático, sino algo relativo que varía en base a otros factores:

- Sociales: estereotipo de la mujer (donde se establece el papel que desempeña esta en cada sociedad).
- Cultural: alimentación, higiene, etc.
- Factores ambientales, reproductivos (fecundidad, edad menarquia, etc) y antropométricos se han intentado implicar con la edad de aparición de la menopausia sin resultados aparentes.
- *Si que existe* un componente *genético* (existe correlación entre madres e hijas), y el factor que si se correlaciona es el tabaquismo, que adelanta la edad de aparición de la misma (de 1,9 a 1,7 años) (9).
- Otro factor será la raza: las mediterráneas y nórdicas tienen la menopausia más temprano. Afecta a todas las mujeres sanas, no asociándose con la génesis de ninguna patología, no existiendo ninguna base científica que permita considerarla como una endocrinopatía (5).

¿Cuál puede ser nuestra actuación?

El estilo de vida tiene un fuerte impacto sobre la preservación de la salud (9). La OMS refiere como requisito fundamental un estilo de vida saludable junto a un entorno y cuidados apropiados.

La menopausia es una etapa vital, donde el estilo de vida es sumamente importante: reduciendo la ingesta de alcohol, realizando ejercicio físico, una dieta adecuada y evitando fumar, acompañándolo de un bienestar físico y psíquico disminuiríamos el riesgo cardiovascular, el cáncer y la osteoporosis.

La mitad de las muertes se atribuyen al régimen de vida y la dieta. Con todo lo anterior debemos basar nuestra atención a la mujer menopáusica en medidas preventivas y promotoras de la salud.

Destacar dos aspectos muy importantes en los cuidados de la mujer climatérica: alimentación y ejercicio físico.

Alimentación en la menopausia.

La alimentación es voluntaria y desde este punto de vista educable, influenciada a su vez por factores culturales, económicos y sociales.

Quizás una de los puntos más importantes para mejorar la calidad de vida de la mujer menopáusica sea modificar algunos aspectos de su dieta. Reconocemos la asociación entre una dieta rica en grasa saturada y mortalidad por enfermedad cardiovascular, existiendo una correlación entre disminución de la grasa total de la dieta y la reducción de la LDL y el colesterol total.

Un hábito alimentario saludable ayuda a prevenir los tres factores más importantes de la enfermedad cardiovascular:

- Hipercolesterolemia.
- Hipertensión arterial y
- Exceso de peso.

El estudio HERS (aleatorio doble ciego de 4,1 año de duración, multicéntrico y controlado con placebo), los síntomas climatéricos mejoraron espontáneamente en un 50.8% en las mujeres tratadas con placebo.

No existía mejoría en enfermedad coronaria de las mujeres tratadas con THS respecto a las placebo, es más las mujeres tratadas tenían en el primer año un mayor riesgo de evento coronario. Y mayor riesgo de cáncer de mama a medio plazo que las que recibían placebo.

El beneficio cardiovascular se observaría entre el 3º-5º año de inicio del tratamiento, por todo lo anterior se interrumpió el estudio.

Siempre que nos referimos a nuestra 'dieta' añadimos el término mediterránea, pero además de una forma de alimentarse, es también un estilo de vida y una cultura (con características comunes en los países mediterráneos). Las características principales de la dieta mediterránea se muestran en la pirámide de Oldways, elaborada por la OMS, FAO y la Oldways Preservation Exchange Trust y puede resumirse en 10 puntos básicos:

1. abundancia de alimentos de origen vegetal◊frutas verduras, cereales, legumbres, patatas.
2. consumir alimentos frescos de temporada.
3. usar aceite de oliva como grasa principal, tanto para freír como para aderezar.

Antonio M García Fernández

4. consumir diariamente una cantidad moderada de queso y yogur.
5. consumir semanalmente huevos, pescado y aves con moderación.
6. consumir frutos secos, miel y aceitunas.
7. carne roja solo algunas veces al mes.
8. consumir vino en las comidas pero con moderación.
9. utilizar hierbas aromáticas como alternativa a la sal.
10. actividad física con regularidad.

La *actividad física* es eficaz para mejorar el estado de salud, al menos en: hipertensión, enfermedad coronaria, obesidad, diabetes tipo 2, osteoporosis y producir bienestar psicológico. El ejercicio asociado a la dieta produce efectos beneficiosos sobre el riesgo cardiovascular (\downarrow los triglicéridos y \uparrow los niveles de HDL-colesterol).

Caminar y hacer ejercicio físico vigoroso se asocia con reducción sustancial en la incidencia de sucesos cardiovasculares entre mujeres posmenopáusicas (50-79 años), independientemente de la raza y del grupo étnico. Debemos promover el ejercicio físico, al ser una actividad no medicalizada, de bajo coste y exenta de riesgos. Evitar el sedentarismo y caminar son actividades que pueden beneficiar a toda la población (12).

¿Qué tipo de ejercicio? Uno moderado, como es caminar 3 horas a la semana.

Una vida saludable también conlleva excluir ciertos hábitos tóxicos, como son: *tabaco y alcohol*. El primero se constituye en el principal problema de salud pública, siendo el principal factor de riesgo para el cáncer de pulmón y multiplica por tres el riesgo de enfermedad cardíaca y por cinco el de accidentes cerebrovasculares. Tabaquismo y consumo excesivo de alcohol se asocian con un aumento del riesgo de osteoporosis. Aunque un consumo moderado de alcohol en las mujeres posmenopáusicas puede ayudar a mantener la masa ósea, incrementando los estrógenos endógenos o favoreciendo la secreción de calcitonina (1).

Conclusiones:

- Existe un incremento de la población en España su esperanza de vida al nacimiento esta en aumento, con una población inmigrante en alza, aunque la edad de la menopausia permanece fija alrededor de los 50 años (48 ± 3 años)(NE A).

Antonio M García Fernández

- Existe un componente genético con respecto a la edad de la menopausia (NE C) y se ha demostrado que el tabaquismo produce un adelanto en la edad de la misma (NE A).
- El concepto de menopausia en nuestro entorno está relacionado con los conceptos de feminidad, sexualidad, fecundidad y maternidad, existiendo estereotipos culturales, refrendado por el modelo biomédico, que le confiere a la menopausia un matiz negativo y patológico, asociándose a pérdida y envejecimiento. Estos pensamientos condicionan la respuesta de la mujer e incluyen ideas de aislamiento, soledad, dependencia, necesidad de cuidado, y pérdida generalizada(13).
- Los síntomas vasomotores son los más característicos de la perimenopausia. En la menopausia hay diferencias geográficas en cuanto a la diferencia de su presentación, disminuyendo con el paso del tiempo y el tratamiento con estrógenos es útil para tratarlos (NE A).
- El IMC aumenta con la edad y los cambios hormonales que acontecen en la menopausia no influyen en dicha obesidad, si intervienen el sedentarismo y cambios dietéticos.
- El síndrome climatérico afecta a un número variable de mujeres, su asociación con los cambios hormonales es compleja y está mediada por factores socioculturales (NE A).
- La Atención Primaria constituye el primer y en ocasiones único contacto con la mujer meopáusica, siendo necesario plantearnos el manejo y seguimiento de la mujer climatérica desde una perspectiva biopsicosocial e interdisciplinar (3). Especialmente promocionando hábitos saludables, realizando consejos sobre hábitos tóxicos, control de patologías crónicas y osteoporosis.

Bibliografía:

1. Vázquez F et al. Medidas complementarias o alternativas en la menopausia. En: Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Madrid: Médica Panamericana, 2003. p. 1398-1409.
2. Instituto Nacional de Estadística [citado 15 septiembre 2008]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
3. León HML, Ponce AM. Programa de atención a la mujer con discapacidad en el climaterio. Rev Mex Med Fis Rehas 2002; 14(2_4):67-69.
4. Buendía J et al. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en las mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV [citado 15 septiembre 2008]. Disponible en: <http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/METABUSQUEDAS/MUJER/11256098.PDF>
5. Coutado A. Menopausia y terapia hormonal. Guías Clínicas 2008; 8 (2). <http://www.fisterra.com/guias2/menopausia.asp>
6. Jáuregui MT, Lailla JM. Diagnóstico de la menopausia y sus trastornos asociados. Jano: 12 mayo 2000. 58(1345): 59-61[citado 15 septiembre 2008]. Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pid=9984
7. Complicaciones patológicas de la menopausia. Madrid: AETS- Instituto Carlos III, octubre 1995. [citado 15 septiembre 2008]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/03_Menopausia.pdf
8. Pavón I, Alameda C., Olivar J. Obesity and menopause. Nutr. Hosp. [serial on the Internet]. 2006 Dec [citado 15 septiembre 2008] ; 21(6): 633-637. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900001&lng=en&nrm=iso.
9. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Medicina basada en la evidencia en Menopausia. 2002.
10. López A, González R. Actualización en menopausia: abordaje desde Atención Primaria. I Jornada de actualización SVMFIC. Revista Valenciana de medicina de Familia[citado 15 septiembre 2008]. 15: p 4-9. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Revista/15/Actualizacion.pdf>
11. Lugones M, Fernández JE, Ramírez M. Síndrome climatérico relacionado con la hipertensión arterial y otros factores en la mujer

climatérica y menopáusica. Rev Cubana Obstet Ginecol [periódico en Internet]. 2007 Abr [citado 15 septiembre 2008] ; 33(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000100007&lng=pt&nrm=iso.

12. Rabanaque MJ. Caminar y hacer ejercicio físico intenso protege a las mujeres posmenopáusicas de tener problemas cardiovasculares [citado 15 septiembre 2008]. Disponible en: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/ASP/logina.asp?product=CLIBPLUS&username= USERNAME &group=2660&server=UpdateUK&authcode=122091969768224608&country=ES&guest= GUEST &SearchFor= searchfor>
13. Francés L. Análisis sobre los modelos culturales de la menopausia. Barcelona, 2003. [citado 15 septiembre 2008]. Disponible en: http://www.ub.es/antropo/doctorat/Tesines/2003/Frances_Lidia.PDF

Repasemos:

Entre los síntomas más característicos de la menopausia nos encontramos con:

- a. Cambios de humor y dispareunia.
- b. Astenia y disfunción vulvovaginal
- c. *Síntomas vasomotores.*
- d. Síntomas depresivos e incontinencia urinaria.

La menopausia:

- a. Es consecuencia de la atresia total de los folículos ováricos.
- b. Puede considerarse como una endocrinopatía.
- c. Es un evento fisiológico consecuencia, principalmente, de un hipoestrogenismo.
- d. *a y c son ciertas.*

Respecto a la obesidad y su relación con la menopausia:

- a. Los cambios hormonales que suceden en la menopausia influyen en el incremento de peso.
- b. No se conocen factores asociados con la obesidad durante esta etapa de la mujer.
- c. *En el aumento del IMC influyen sedentarismo y cambios dietéticos.*
- d. Todas las anteriores son falsas.