

# ¿Qué hacer en la atención primaria de la mujer en menopausia y climaterio?

Álvaro Monterrosa Castro, MD\*

## Resumen

El climaterio es una etapa muy importante en la vida de la mujer, es el espacio vital que sigue al periodo reproductivo. Climaterio lleva en su interior a la menopausia que es la última menstruación, evento de tipo totalmente fisiológico y natural, que desafortunadamente ha sido utilizado por décadas como herramienta para marginar a la mujer. La atención en salud en el climaterio es momento para desarrollar campañas y acciones para prevenir enfermedades y conservar la salud. Es un instante propicio para fomentar que la mujer mire reflexivamente los hábitos y estilos de vida adelantados, valore de forma crítica las enfermedades padecidas e identifique sus factores de riesgo, para así proyectar y planear una posterior vida saludable en los años de adulta mayor. Se hace necesario: prevención de las diversas enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, el cáncer genital y no genital. Es fundamental la atención periódica en salud de elevada calidad, teniendo dentro de ella, entre otras actividades, el fomento de una nutrición saludable, los suficientes estímulos para conservar el hábito del ejercicio físico y la capacidad de aportar las necesarias herramientas para que la mujer pueda seguir siendo familiarmente productiva y socialmente activa. [Monterrosa A. *¿Qué hacer en la atención primaria de la mujer en menopausia y climaterio?* MedUNAB 2005; 8:137-146].

**Palabras clave:** Menopausia, Climaterio, Atención primaria, Riesgo cardiovascular.

## Summary

***What to do in primary attention of woman in menopause and climacteric?*** Climacteric is a very important epoch in the woman's life, is the period of life that is after the reproductive period. Climacteric takes in itself the menopause that is the last menstruation, a totally physiological and natural event, which unfortunately has been used as tool to margin the woman. The health attention during climacteric is the time to develop campaigns and do some actions in order to prevent illnesses and keep healthy. It is a proper instant to encourage women to see in a reflexive way her different habits and lifestyles, value in a critical way the illnesses she has suffered and identify their risk factors, in order to project and plan a posterior healthy life in her next years of adulthood. It is necessary: prevention of the different cardiovascular illnesses, osteoporosis, genital and non-genital cancers. High quality health periodic attention is fundamental, including different activities such as, a healthy nutrition encouragement, stimulation in order to keep physical exercising habits and the capacity to give the tools so the woman can continue being productive in her family and social active.

**Keywords:** Menopause, Climacteric, Primary attention, Cardiovascular risk.

---

\* Profesor Titular, Jefe de la Sección de Subespecialidades, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

**Correspondencia:** Dr. Monterrosa, [fertilizar@enred.com](mailto:fertilizar@enred.com)

Recibido: 20 de junio de 2005; aceptado: 8 de agosto de 2005.

## Introducción

El climaterio es una etapa muy importante en la vida de la mujer, es el espacio vital que sigue al periodo reproductivo (tabla 1). El climaterio está lleno de cambios biológicos y psicológicos, que en definitiva no marcan el final de la vida. Climaterio lleva en su interior a la menopausia que es la última menstruación, evento de tipo totalmente fisiológico y natural, que desafortunadamente ha sido utilizado por décadas como herramienta para marginar a la mujer, y de veras que lo ha conseguido en gran medida, haciendo que muchas mujeres hayan terminado por aceptar el hecho, considerando este instante como el fin de todas las oportunidades personales y sociales. Los cambios naturales se han interpretado en ocasiones de forma errónea al considerarlos equivalente a enfermedad. También de forma errónea se ha equiparado menopausia a terapia hormonal. Las hormonas femeninas, tanto el estrógeno como la progesterona son importantes, valiosas e imprescindibles durante la vida reproductiva, y más allá su carencia puede colocar en evidencia algunos síntomas o alteraciones que pueden obligar a la suplencia, pero ello no es un hecho universal, y por tanto el médico debe definir con criterio y con las valoraciones respectivas la necesidad del uso de estas sustancias, así como sus dosis y sus vías de administración. Dicha definición se establece en la correcta aplicación de parámetros semiológicos, con la metódica y bien estructurada elaboración de la historia clínica. Es importante enfatizar que no todas las mujeres requerirán la prescripción de estrógenos. El tiempo de administración será muy individual y de acuerdo a las manifestaciones presentes, así como a los riesgos inherentes a la información genética, a sus hábitos y estilo de vida, como a los relacionados con las sustancias farmacéuticas.

El climaterio es una etapa que se puede hacer rica en vivencias y en experiencias, si la mujer adquiere el conocimiento y el dominio relacionado con los cambios que experimenta. La mujer puede seguir disfrutando de su cuerpo y de su espíritu en todas las dimensiones y con

**Tabla 1.** Etapas vitales en la mujer

Etapas vitales		Edades
Neonatal	Recién nacido	1 - 30 días
Infancia	Lactancia temprana	30 días - 1 año
	Lactancia tardía	1 - 2 años
	Preescolar	2 - 5 años
	Escolar	5 - 9 años
Adolescencia	Adolescencia temprana - menarquia	9 - 14 años
	Adolescencia tardía	15 - 19 años
Adultez	Vida reproductiva	20 - 45 años
Climaterio	Premenopausia	45 - 47 años
	Transición menopáusica	48- 55 años
	Menopausia	
	Perimenopausia	
	Postmenopausia temprana	55- 60 años
Postmenopausia tardía	60- 65 años	
Adultez mayor	Ancianidad	65 años y más

todas las proyecciones que desee. Hacer que la mujer haga suyos estos conceptos debe ser labor prioritaria de todos los profesionales de la salud, sin diferencias de especializaciones o de áreas del saber.

La atención en salud durante el climaterio es crucial y debe mirarse por todos como un momento propicio para realizar medicina preventiva. La atención en salud en el climaterio es momento para desarrollar campañas y acciones para prevenir enfermedades y conservar la salud. Es un instante propicio para que la mujer haga una parada y mire reflexivamente los hábitos y estilos de vida adelantados, valore de forma crítica las enfermedades padecidas e identifique sus factores de riesgo, para así proyectar y planear una posterior vida saludable en los años de la adultez mayor, teniendo en cuenta la paulatina prolongación en la expectativa de vida, la cual en estos momentos para la mujer colombiana es ligeramente superior a los 75 años de edad (tabla 2).

**Tabla 2.** Recomendaciones para mujeres en perimenopausia y postmenopausia. Estrategias para conservar la salud

Acudir por lo menos una vez al año a consulta con su médico, quien determinará la presencia de riesgos para enfermedad cardiovascular, para cáncer de seno, endometrio y cuello uterino, así como el riesgo para osteoporosis y para enfermedad de Alzheimer.
Finalizar el hábito de fumar.
Utilizar una alimentación sana, balanceada, baja en grasas saturadas, sal y carbohidratos, rica en frutas y vegetales. Incluir grasas insaturadas, sobre todo del tipo omega 3, y la toma de una abundante cantidad de agua.
Controlar periódicamente y mantener el peso adecuado.
Tener en cuenta y preguntar si debe tomar suplementos de calcio y de vitamina D.
Hacer de forma rutinaria ejercicios, es importante una caminata de 40 minutos al menos cuatro veces por semana.
Tomar una citología cervico vaginal cada seis meses.
Aprender y realizar mensualmente el auto examen de la mama, aunque ello debió aprenderse y realizarse desde la edad reproductiva. Con el fin de incentivar la cultura de la autovigilancia y prevención. El cáncer de mama se encuentra en notorio incremento, se use o no la terapia hormonal.
Solicitar y realizar una mamografía anual, la cual debe ser comparativa con los estudios previos. A veces se necesitará una ecografía mamaria.
Controlar los niveles de colesterol, triglicéridos y glicemia, de forma anual. La periodicidad cambiará según los riesgos y resultados previos.
Evitar el consumo de alcohol, siendo permitido y saludable. Una copa diaria de vino tinto.
Conservar o intensificar el hábito diario a la lectura.
Seguir siendo activa, participativa y productiva para su núcleo familiar, laboral y social.
Seguir ejerciendo su sexualidad, seguir siendo pareja y esforzarse por conservar su feminidad.
Comprender todos los cambios relacionados con la menopausia. Compartir opiniones con su compañero, quien debe estar comprometido y ser oportuno estimulador y facilitador de los cuidados de la salud que debe ejercer la mujer.

La transición menopáusica y la perimenopausia, deben ser para las mujeres un instante valioso para exigir y realizar las siguientes actividades, sin que la ordenación presentada, guarde necesariamente una relación de prioridad.

## Prevención cardiovascular

Se debe adelantar la oportuna prevención de las diversas enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de muerte de la mujer mayor.<sup>1</sup> El enfoque debe permitir el desarrollo de toda la orientación necesaria para poder manejar de forma temprana la hipertensión arterial, previendo sus desenlaces funestos o incapacitantes. La información y la generación de conciencia en las mujeres, sin dudas van a permitir la aplicación de medidas acordes y oportunas que favorecen la optimización farmacológica y enfrentar todos los problemas de tipo cardiovascular y arteriosclerosis, eventos que crecen exponencialmente en nuestra población. Un paso importante es la realización del perfil lipídico, solicitándose siempre la determinación del colesterol total, colesterol de alta densidad o HDL-colesterol y triglicéridos. El colesterol de baja densidad o LDL-colesterol se calcula con la fórmula de Friedewal, donde  $LDL = \text{colesterol total} - (\text{triglicéridos}/5) - HDL$ .<sup>2</sup>

Los niveles deseables de las lipoproteínas son: HDL-colesterol sobre 60 mg/dL, LDL-colesterol por debajo de 100 mg/dL, colesterol total por debajo de 200 mg/dL y triglicéridos por debajo de 150 mg/dL.<sup>3</sup> Debe identificarse la presencia de enfermedad arteriosclerótica clínica, que puede estar dada por: enfermedad sintomática de la arteria carótida, enfermedad arterial periférica, aneurisma de aorta abdominal o diabetes mellitus. Es pertinente recordar que son factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, el HDL-colesterol por debajo de 40 mg/dL, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, el LDL-colesterol sobre 100 mg/dL, la hipertensión arterial y la historia familiar de enfermedad arteriosclerótica clínica. El hábito de fumar aumenta el tromboxano, aumenta el fibrinógeno, disminuye el HDL-colesterol y aumenta la resistencia a la insulina. A su vez el alcohol suele elevar los niveles de triglicéridos, la tensión arterial e incrementar el peso corporal. La obesidad a su vez se ha relacionado con hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, aumento de la LDL-colesterol, reducción de la HDL-colesterol, incremento de la tensión arterial y mayor riesgo de diabetes mellitus.<sup>3</sup>

## Recomendaciones nutricionales

Se debe poner en práctica todos los conocimientos relacionados con los aspectos nutricionales y dietéticos. Es muy válido el contexto para las recomendaciones dietéticas siempre señaladas pero pocas veces cumplidas, recomendaciones que son valiosas para la prevención de la obesidad, piedra angular de muchos trastornos que se desencadenan y causan gran incapacidad dentro del climaterio.<sup>4</sup> Se deben enseñar y enfatizar todas las medidas

que ayudan fundamentalmente a evitar los desórdenes en el colesterol y triglicéridos, que son importantes agentes causantes de pérdida de la salud.

La dieta debe ser variada, muy baja en grasas saturadas y colesterol, los cuales están notoriamente presentes en las carnes rojas. Es importante preferir el consumo de grasas no saturadas hidrosolubles, las cuales se encuentran en verduras, vegetales, frutas, cereales y granos; además, debe fomentarse el consumo de carnes blancas, como la de las aves de corral y el consumo de pescado. Los peces son muy ricos en ácidos omega<sub>3</sub>, recomendándose una dieta rica en omega<sub>3</sub> en las mujeres en menopausia.<sup>4</sup>

Si la mujer tiene alto riesgo cardiovascular, además de la dieta, se agregan suplementos, lo que es una recomendación clase II-B, lo que significa que existe el mayor peso de la evidencia hacia el beneficio de la intervención, con un nivel basado en un estudio aleatorizado u otros no al azar.<sup>2</sup>

Los carbohidratos sobre todo complejos y refinados, así como la sal, deben estar presentes en forma moderada. Deben estar presentes en la dieta la leche y sus derivados. El consumo de alimentos ricos en fibra es una recomendación saludable.<sup>4</sup> Recientemente se está aconsejando la suplementar con ácido fólico en mujeres en alto riesgo, sobre todo si se ha observado que tienen niveles elevados de homocisteína.<sup>2</sup> Es importante el adecuado consumo de calcio sobre todo de la dieta, cuyos requerimientos se incrementan en el período de climaterio, ya que se produce disminución en la absorción gastrointestinal, ameritándose en la postmenopausia tardía agregar vitamina D, debido a la mayor frecuencia de aclorhidria. La acidez del jugo gástrico, es un condicionante importante para la adecuada absorción del calcio. Debe disminuirse la ingestión de medicamentos que contienen aluminio, como algunos antiácidos, así como las dietas hiperproteicas o el excesivo consumo de sal, ya que se altera la absorción del calcio.

Pese a ser una recomendación ampliamente señalada, hemos podido demostrar que en nuestro medio es muy bajo el consumo de calcio.<sup>5</sup> Para cuantificar con la mayor aproximación posible los miligramos de calcio por día que contiene una dieta rutinaria que consumen mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas con edades entre 45 y 55 años de edad, residentes en Cartagena (Colombia), estudiamos 226 mujeres que no recibían dietas específicas, sin patología o alteración de la salud; se evaluó al detalle en un día, todos los alimentos ingeridos el día anterior de la aplicación del formulario. Se precisaron las marcas, cantidades, medidas, porciones y concentraciones. Al listado de los alimentos y los componentes se les realizó el cálculo de cantidades de miligramos de calcio con ayuda de una tabla nutricional realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Las características demográficas de la población incluida en el estudio es la siguiente: edad promedio 49±3.4 años, peso corporal 74±14.2 kg, talla 1.60±0.08 m, índice de masa corporal 29.3±5.4 kg/m<sup>2</sup>; estaban en sobre peso el 31.9%, con obe-

sidad I el 26.1%, con obesidad II el 8.4% y con obesidad extrema el 4.8%, lo que significó que el índice de masa corporal era normal en solamente el 27.9% de las mujeres. Los antecedentes médicos de mayor impacto eran diabetes (42%), hipertensión arterial (75%) y obesidad (57%). A su vez, de las mujeres estudiadas, 11% eran diabéticas, 55% hipertensas crónicas, 60% obesas, 24% fumadoras y 10% utilizaban terapia hormonal. El promedio de consumo diario de calcio en dicha población fue de  $519 \pm 268$  mg. En el subgrupo de aquella mujeres que además recibían preparados farmacéuticos de calcio, el promedio obtenido fue de  $634 \pm 356$  mg. Ambas cifras son muy distantes de los requerimientos diarios que suelen ser 1.500 miligramos por día. Debe a todas las mujeres en menopausia y climaterio realizársele una suficiente consejería nutricional y motivar la puesta en práctica de medidas nutricionales favorables aprovechando lo que el entorno geográfico le ofrece desde el punto de vista dietario.<sup>3, 4</sup>

## El ejercicio físico

Es fundamental incluir o mejor continuar con el hábito del ejercicio físico, otra estrategia tan frecuentemente mencionada pero muy poco adelantada. El ejercicio debiese ser de los hábitos presentes en todos, desafortunadamente se espera llegar al climaterio para empezar los ejercicios, que no se han realizado nunca. Gran error producto del desarrollo y de la modernidad de la sociedad. El ejercicio actúa benéficamente en el corazón, en los huesos, en las articulaciones, en el cerebro, en el bienestar general y disminuye el riesgo de cáncer de seno.<sup>6</sup>

El ejercicio físico debe prescribirse en forma individual; debe ser periódico, idealmente tres o cuatro veces por semana, con una duración de treinta minutos en cada sesión, o realizado diariamente como recomiendan las guías basadas en las evidencias del American Heart Association del 2004.<sup>2</sup> El ejercicio físico debe ser realizado con intensidad moderada a vigorosa, sin que se llegue a estados extenuantes. Es importante que se utilicen las vestimentas y el calzado apropiado, de colores claros que eviten el sobrecalentamiento. Siempre deben ser iniciados con movimientos de estiramiento muscular y calentamiento. Son ideales el ejercicio aeróbico, el caminar, nadar, pedalear en bicicleta e incluso bailar. Todos ellos mejoran la capacidad cardiorrespiratoria- cuando se recurre a las caminatas, la marcha debe ser con intensidad variable para cada persona y finalizar con ejercicios de relajación. La inactividad física se relaciona con eventos cardiovasculares, al producirse incremento en la concentración sanguínea, elevación de la viscosidad de la sangre, elevación del fibrinógeno y mayor adhesividad plaquetaria.<sup>3</sup>

Para evitar el déficit de vitamina D, las mujeres ancianas deben tener como mínimo una exposición solar de treinta minutos semanales.<sup>3</sup> Utilizando la población involucrada en el *Women's Health Initiative Cohorte Study*, que es un estudio observacional - diferente al famoso *WHI Trial Study*,<sup>7, 8</sup> y también financiado por el *National Institutes*

*of Health* de Estados Unidos -, Manson et al<sup>9</sup> compararon el hecho de caminar con ejercicio vigoroso para la prevención de los eventos cardiovasculares en la mujer, en virtud que la mayoría de los estudios están realizados en varones y es del conocimiento general que dichos datos no deben extrapolarse directamente. En la valoración fueron incluidas 73.743 mujeres en postmenopausia entre 50 y 79 años de edad, que llenaron un cuestionario de actividad física detallada, que estaban libres de enfermedad cardiovascular clínica y de cáncer. Durante los 5.9 años de seguimiento, 3.2 años en promedio por persona, para 232.971 personas/año, se documentaron 345 eventos nuevos de enfermedad coronaria: 287 infartos al miocardio no fatales y 58 muertes por causa coronaria, 309 accidentes vasculares cerebrales y 1.551 eventos cardiovasculares primarios. Se utilizó un puntaje de actividad física total, observándose que se reducía el riesgo al caminar de forma similar al realizar ejercicio vigoroso. Las mujeres que realizaron caminatas o ejercicio vigoroso al menos 2.5 horas semanales por semana tuvieron reducción del riesgo de aproximadamente el 30%, tanto para mujeres blancas como negras, para cualquier grupo étnico y para cualquier índice de masa corporal. Las mujeres que realizaban tanto caminatas como ejercicio físico tenían una mayor reducción del riesgo cardiovascular (RR 0.37, IC 95% 0.25 - 0.57).

El paso al caminar es un importante determinante. Si se comparan con mujeres que nunca o raramente caminan y a ellas se les asigna un RR de 1.0, las mujeres que caminan en forma muy ocasional o a menos de 3 kilómetros por hora tienen un RR similar. Pero si la mujer anda a un paso promedio, entre 3 a 5 kilómetros por hora, el RR se disminuye a 0.86; si anda rápido, entre 5 y 6 kilómetros por hora, el RR es de 0.76 y si anda muy rápido, a más de 6 kilómetros por hora, el RR llega a ser de sólo el 0.58, o sea un reducción del riesgo del 42%.

En este estudio también se comparó la actividad física con el número de horas de pasar sentada, el número de horas acostada o dormida y el riesgo cardiovascular. Se observó RR de 1.38 (IC 95% 1.01-1.87) para las mujeres que pasaban entre 12 y 15 horas/día acostadas o durmiendo y un RR de 1.68 (IC 95% 1.07-2.64) para las mujeres que pasaban más de 16 horas/día sentadas, todo comparado con las que pasaban menos de cuatro horas en esa situación. Por tanto, se recomienda la realización de ejercicio físico o moderado por 30 minutos y todos los días de la semana; incrementar la intensidad o la duración del ejercicio es benéfico para el nivel de lípidos, la sensibilidad a la insulina, reduce las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica, reduce los depósitos de tejido graso y genera una sensación emocional de bienestar.

## Manejo de las oleadas de calor

El profesional de la salud que atiende mujeres en menopausia y climaterio, debe con notoria experticia y ética,

utilizar las herramientas terapéuticas que están disponibles para tratar las oleadas de calor. La frecuencia y la severidad de las oleadas de calor, se deben detalladamente valorar.<sup>1</sup> Muchas mujeres experimentan oleadas de calor durante seis meses hasta dos años, aunque algunas las pueden experimentar hasta por diez años. El 31% de las mujeres entre 35 y 47 años de edad las suelen experimentar, antes de presentar alteraciones menstruales o cambios en los niveles séricos del estrógeno.<sup>10</sup> En un estudio poblacional sueco se observó que el 9% de las mujeres de 70 años de edad pueden tener oleadas de calor.<sup>11</sup> A su vez, el *Massachusetts Women's Health Study*,<sup>12</sup> un estudio longitudinal de factores psicológicos, sociales, ambientales y de salud, relacionado con la sintomatología de la menopausia y realizado en la década de los noventa, encontró que entre 454 mujeres el 75% experimentaron oleadas de calor durante la transición menopáusica. En la posición oficial de la NAMS sobre oleadas de calor del 2004,<sup>11</sup> se tomó en consideración que la incidencia de las oleadas de calor es del 10% en Hong Kong, 62% en Australia, 68% en Canadá y 83% en el Reino Unido, sin que esté establecida una razón para esas diferencias. El *Study of Woman's Health Across The Nation (SWAN)*,<sup>13</sup> es un estudio transversal en 16.065 mujeres en edad de 40 a 55 años que reportó que en Estados Unidos existen diferencias, según grupos raciales o étnicos, observándose una frecuencia mayor de oleadas de calor en mujeres afro-americanas (45.6%), seguidas por las hispánicas (33.5%), caucásicas (31.2%), chinas (20.5%) y japonesas (17.6%). La *European Menopause and Andropause Society (EMAS)*<sup>14</sup> señala que en Europa aproximadamente el 80% de las mujeres en postmenopausia han experimentado oleadas de calor.

En 2003, en otra publicación del SWAN,<sup>15</sup> se señala que posiblemente el índice de masa corporal puede ser un importante predictor de oleadas de calor. Un índice de masa corporal igual o mayor a 27 kg/m<sup>2</sup>, predice significativamente la presencia de oleadas de calor, con un OR de 1.15 (IC 95% 1.04 – 1.32). En otro estudio transversal de 1,087 mujeres de 40 a 60 años se encontró que un índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> se asocia con incremento en las oleadas de calor de intensidad moderada a severa, en comparación con mujeres con índice de masa corporal igual o inferior a 24.9 kg/m<sup>2</sup>, si estaban en premenopausia o perimenopausia pero no en postmenopausia. Se ha postulado que en pre y en perimenopausia se pueden incrementar los niveles de estradiol a partir de la grasa corporal, incluyéndose un aumento en la temperatura central y, por ende, incremento en la frecuencia y severidad de las oleadas de calor.

En el mismo estudio SWAN<sup>13</sup> se puntualiza lo siguiente: 1) El uso actual o pasado del hábito de fumar incrementa el riesgo relativo de padecer oleadas de calor (OR 1.24, IC 95% 1.12-1.94); 2) La menor actividad física también incrementa el riesgo relativo de las oleadas de calor (OR 1.33, IC 95% 1.16-2.07), siendo por tanto el ejercicio diario recomendable en lo global para disminuir la incidencia de los síntomas de inestabilidad vasomotora (no obstante,

debe señalarse que el ejercicio físico excesivo y extremo puede llegar a ser un disparador de las oleadas de calor), 3) El bajo nivel socio-económico también suele ser factor de riesgo (OR 1.22, IC 95% 1.19–2.03). Además, la revisión de NAMS<sup>11</sup> reseña estudios que señalan que la respiración pausada, lenta, controlada, diafragmática y la realización de ejercicios de relajación muscular, pueden ser eficaces en la reducción de las oleadas de calor.

No existen evidencias que señalen una relación entre oleadas de calor y situaciones favorecedoras de estrés emocional, consumo de comidas calientes o cargadas de especies. Tampoco una relación con el consumo de caféina. Desde la década de los noventa un estudio de cohorte poblacional, el *Melbourne Women's Midlife Health Project*<sup>16, 17</sup> mostró que no existía asociación significativa entre la ingesta de alcohol y presencia de oleadas de calor. Se ha señalado que en situaciones de estrés se produce elevación en los niveles de cortisol, con el consiguiente incremento de la temperatura corporal central.

Las mujeres suelen describir las oleadas de calor como una quemazón o una oleada caliente que se inicia en la cabeza o cuello y puede irradiarse al tórax, precedida u acompañada de cefalea y, ocasionalmente, asociada a palpitaciones o ansiedad.<sup>10</sup> No se conoce la causa precisa de las oleadas de calor en la menopausia, aunque se ha señalado que los estrógenos juegan un papel importante.<sup>11,18</sup> Además, hay evidencias que soportan la hipótesis que los receptores alfa<sub>2</sub> adrenérgicos dentro del sistema noradrenérgico central están involucrados, así como que los niveles de norepinefrina, que juegan un papel en la termorregulación, pueden participar en el proceso.<sup>19</sup> Al respecto se ha señalado que los esteroides gonadales modulan la actividad noradrenérgica central.<sup>11</sup> Las mujeres posmenopáusicas que presentan oleadas de calor tienen niveles elevados en plasma de 3- metoxi-4-hidroxifenil-glicol, un metabolito principal de la norepinefrina, lo cual se relaciona con la activación simpática corporal total. Las gonadotropinas hipofisarias y, especialmente, el incremento y oscilaciones de la LH fueron relacionadas con el inicio de las oleadas de calor, pero estudios más puntuales no establecieron asociación, así como tampoco se ha logrado establecer una relación asociativa con las beta endorfinas.<sup>11</sup> Berendsen<sup>20</sup> comenta la hipótesis postulada sobre el papel que juega la serotonina en la presencia de las oleadas de calor, y enfatiza que la disminución de los niveles de estrógenos que suceden en la menopausia conllevan una significativa reducción en los niveles sanguíneos de serotonina. La disminución de la serotonina incrementa la sensibilidad de los receptores 5-HT<sub>2A</sub> en el hipotálamo, los cuales están involucrados en la termorregulación.<sup>19</sup> El estímulo de estos receptores conlleva a reacciones autonómicas que generarán enfriamiento corporal, incremento en la temperatura de la piel, generándose sudoración y oleadas de calor. También se ha señalado el bloqueo de los mecanismos de autorregulación; los factores generadores de estrés podrían inducir liberación de 5-HT modulina, con llevando bloqueo de los autoreceptores 5-HT<sub>1B</sub>.<sup>18</sup>

Debe tenerse presente que las oleadas de calor suelen acompañarse de cambios en el sistema cardiovascular y termorregulador, es así como se ha señalado que 60 segundos después de la oleada de calor se presenta incremento de la temperatura de la piel, aumento del flujo sanguíneo cutáneo, aumento en la frecuencia cardíaca y vasodilatación periférica. La sudoración suele acompañar al 90% de las oleadas de calor, y también es muy frecuente el incremento en el metabolismo. Es imprescindible que el profesional de la salud desarrolle habilidades clínicas que le permitan identificar y ponderar la presencia de las diferentes manifestaciones que hacen parte de los síntomas climatéricos. Sobre las oleadas de calor, fogajes o tuforadas, debe interrogarse suficientemente, deben documentarse y tratarse siempre.<sup>19</sup>

Diversas medidas se han sugerido para disminuir las oleadas de calor, y todas debemos tomarlas en consideración.<sup>19</sup> Molnar,<sup>21</sup> desde la década de los setenta, señaló que asumiendo prácticas habituales que conllevaran disminución de la temperatura corporal central, se pudiese esperar un efecto benéfico sobre la presencia de las oleadas de calor. En la misma corriente, Kronenberg y Barnard,<sup>22</sup> basados en los resultados de un estudio observacional que publicaron hace algunos años, señalan que modulando, o sea disminuyendo la temperatura ambiental, se logran reducir las oleadas de calor. También numerosas sustancias, que por no ameritar prescripción médica son comercializadas amplia y libremente como suplementos nutricionales o dietéticos, se señalan como efectivas contra las oleadas de calor, sin que tengan estudios que validen su aplicabilidad. Debe tenerse presente que por carecer de regulación por las oficinas de control de medicamentos pueden llevarse al mercado sin que la eficacia y la seguridad sean evidenciadas. Entre ellas se cuentan las isoflavonas, también denominados fitoestrógenos, compuestos difenólicos que tienen propiedades hormonales o no hormonales, con gran afinidad sobre receptores  $\alpha$  y  $\beta$  de los estrógenos. Recuérdese que las dos más importantes fuentes de isoflavonas son la soya y el trébol rojo. Asevera la NANS,<sup>11</sup> que estudios clínicos controlados al azar han señalado que las oleadas de calor se reducen sólo ligeramente en mujeres que consumen soya frente a mujeres control, sin que las diferencias sean estadísticamente significativas. Debe tenerse presente que la comparación entre estudios es difícil por la diversidad de componentes presentes y por la cantidad de dosificaciones administradas, en donde algunas evaluaciones les conceden efecto similar al placebo.<sup>19</sup>

Por otro lado, la administración por vía oral así como por vía transdérmica de estrógeno sólo o de estrógeno más progestina han demostrado ser eficaces en la disminución de la severidad y la frecuencia de las oleadas de calor, beneficio que se observa desde las primeras semanas de tratamiento. Hoy día se considera que el manejo y la resolución de las oleadas de calor, sobre todo si son de moderada o severa intensidad, es la principal indicación para el uso de la terapia estrogénica y la terapia hormonal, presentándose mejoría notoria dentro de las primeras cua-

tro semanas de tratamiento.<sup>18</sup> Así lo ha señalado la NAMS en su pronunciamiento oficial de septiembre del 2003<sup>23</sup> y en el de enero del 2004.<sup>11</sup> En el metanálisis del *Cochrane Group*<sup>24</sup> del 2001, donde se incluyen estudios doble ciego, controlados con placebo y al azar que incluyeron 2.511 mujeres, se observa que la terapia estrogénica y la terapia hormonal reducen significativamente la frecuencia y la severidad de las oleadas de calor. La frecuencia se reduce en el 77% y la severidad en el 87%, existiendo diferencia estadística significativa. Se debe puntualizar que este metanálisis permite observar como en el grupo placebo las oleadas de calor se reducen en un 50% desde la basal hasta la finalización del estudio, existiendo un rango de observación entre tres meses y tres años.

Asevera la NAMS,<sup>11</sup> que tanto los estrógenos equinos conjugados, como los estrógenos equinos sintéticos (17-beta estradiol, etinilestradiol, acetato de estradiol, estriol y estrógenos esterificados), han mostrado ser igualmente efectivos para las oleadas de calor. La asociación de diversas progestinas como acetato de medroxiprogesterona, trimegestona, noretindrona o drospirenona, no han modificado desfavorablemente los benéficos del estrógeno. La NAMS, en el tercer panel consultor para terapia hormonal, reunido en octubre del 2004, en su declaración de opinión,<sup>25</sup> señala claramente que el tratamiento de los síntomas menopáusicos moderados a severos, es decir los síntomas vasomotores y las alteraciones del sueño, continúan siendo la indicación primaria para la terapia estrogénica y la terapia hormonal. En febrero de 2004, en Bruselas se celebró la reunión de la EMAS;<sup>14</sup> allí se asevera que existen suficientes evidencias que la terapia hormonal, sea terapia estrogénica o estrógeno/progestínica, alivia los síntomas climatéricos, especialmente los vasomotores, reduciendo el número e intensidad de las oleadas de calor. Dicho efecto benéfico de la terapia hormonal es independiente de la ruta de administración, siendo efectiva tanto en pre, peri o postmenopausia. La *American Society for Reproductive Medicine*,<sup>1</sup> en una publicación de septiembre del 2004, asevera que la terapia hormonal es el tratamiento más efectivo para las oleadas de calor y mejora los disturbios del sueño, que suelen alterar negativamente la calidad de vida.

A su vez, algunos medicamentos con indicaciones aprobadas para otras condiciones han demostrado ser eficaces para la disminución de las oleadas de calor. Unas de esas sustancias son los antidepresivos. El efecto favorable sobre las oleadas de calor puede deberse a que durante la inestabilidad vasomotora a nivel de sistema nervioso central se presentan alteraciones en las concentraciones de serotonina y norepinefrina. Existen estudios con venlafaxina, un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina. En un estudio doble ciego, controlados con controlado y al azar con 229 mujeres con historia de cáncer de seno, que no recibían hormonas y tenían oleadas de calor, se observó que luego de un seguimiento de cuatro semanas, la administración de venlafaxina a 37.5 mg/día redujo el puntaje de las oleadas de calor en un 37%; cuando se administró venlafaxina a 75 mg/día la reducción fue del

60% con igual porcentaje de reducción cuando el fármaco se administró a 150 mg/día, todo frente al 27% de reducción en el grupo placebo.<sup>26</sup> Otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la paroxetina (12.5-25 mg/día) y la fluoxetina (20 mgs/día) también se han asociado con disminución en las oleadas de calor. Otra alternativa puede ser el gabapentin, un anticonvulsivante, a dosis de 300 mg/día, pudiéndose incrementar dos o tres veces. La clonidina, tanto por vía oral como en parches, también ha sido una alternativa.

Es necesario tener presente para la práctica diaria, que en el informe oficial de NAMS de 2004, relacionado con oleadas de calor,<sup>11</sup> se puntualiza que para los síntomas vasomotores leves las estrategias iniciales son el fomento de modos de vida que condicionen un ambiente poco caluroso y fresco, ya sea como única estrategia o acompañado de suplementos o alimentos ricos en isoflavonas o vitamina E; esta vitamina ha cobrado importancia ya que un ensayo clínico controlado cruzado en 120 mujeres con cáncer de seno, con antecedentes de oleadas de calor, y que recibieron 400 UI de vitamina E dos veces al día o placebo por dos periodos de cuatro semanas, encontró que la vitamina E es estadísticamente superior al placebo.<sup>27</sup> Para todas estas medidas, si bien todavía existen insuficientes evidencias clínicas, se considera válido tomarlas en cuenta por su muy bajo potencial de efectos adversos. Es fundamental señalar que aún no existen estudios sobre el impacto real que las isoflavonas presentes en la dieta, puedan generar en mujeres con cáncer de seno. La terapia estrogénica y la terapia hormonal son en definitiva la primera opción terapéutica y el estándar de referencia para las mujeres con oleadas de calor moderadas o severas, en quienes no existen contraindicaciones para los estrógenos o progestinas. Los antidepressivos se han valorados sobre todo en mujeres con antecedente personal de cáncer de seno. En la práctica clínica diaria, para la mujer que presenta síntomas de inestabilidad vasomotora, a la par que se realiza la individualización, deben colocarse en perspectiva todas las opciones señaladas, enfatizando los beneficios, los riesgos y los efectos secundarios, así como las incertidumbres científicas por las que puede estar rodeada.

## Manejo y prevención de la atrofia urogenital

Con el incremento de la edad, fundamentalmente después de la menopausia, se presenta un aumento en los desórdenes del tracto urinario bajo, que suelen manifestarse clínicamente como cuadros repetidos de infección urinaria, urgencia urinaria e incontinencia debida a inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga. La disminución del grosor epitelial de la mucosa vaginal suele expresarse como una disminución en la lubricación coital, con sensación de resequeidad vaginal que puede acompañarse de prurito genital, flujo, cambios hacia la alcalinidad del medio vaginal, aparición de petequias, infecciones, hemorragias vaginales o cualquier combinación de los anteriores signos

y síntomas.<sup>10</sup> El adelgazamiento de la mucosa asociado a acortamiento y pérdida de la elasticidad vaginal, suele facilitar el traumatismo durante el coito, con la consiguiente incomodidad durante y posterior al mismo, llegando en ocasiones a presentarse episodios de sangrado. También se puede presentar pérdida de la capacidad del aparato de sostén del piso pélvico por debilitamiento del tono muscular del diafragma urogenital, apareciendo diferentes grados de prolapso genital.

La segunda indicación de la terapia hormonal es el manejo de la atrofia urogenital, pudiéndose realizar la administración del estrógeno por vía sistémica o local. La NAMS en su pronunciamiento del 2004<sup>25</sup> señala que cuando las mujeres presentan solamente síntomas urogenitales como resequeidad vaginal, dispareunia y vaginitis atrófica, debe recomendarse la terapia estrogénica por vía vaginal. El uso de estriol, estradiol o estrógenos equinos conjugados en forma de óvulos o crema vaginal han mostrado ser muy efectivos para corregir las manifestaciones, con una tasa mínima o nula de absorción, lo cual es una ventaja para mujeres que tienen contraindicación al uso sistémico de los estrógenos. Debe recordarse que la mejoría de los síntomas amerita meses de tratamiento con terapia hormonal y debe mantenerse la terapéutica para evitar las recurrencias.<sup>14</sup> Es confusa la evidencia en cuanto al efecto favorable de los estrógenos sobre el árbol urinario; no obstante, suele haber mejoría en las manifestaciones clínicas. La terapia estrogénica no suele ser benéfica para la incontinencia urinaria verdadera.<sup>28</sup> El estrógeno puede revertir muchos de los síntomas genito urinarios, ya que induce formación de glucógeno en el epitelio vaginal, resultando acidificación del medio con mantenimiento del pH por debajo de 4.5, lo cual crea en ambiente propicio para el crecimiento de la flora vaginal residente.<sup>10</sup>

## Promover el disfrute con calidad de vida

Promover una excelente calidad de vida debe ser el centro articulador de todas las actividades preventivas que debemos los médicos y el resto de los trabajadores de la salud adelantar en el cuidado de la mujer en climaterio. Es hacer feliz y hacer vivir con dignidad desde los 45 hasta los 65 años de edad, que es el periodo del climaterio, época también de aparición de cánceres, que pueden ser manejados adecuadamente y tratados ofreciendo mayores expectativas de vida si se diagnostican temprano. Vivir con calidad de vida es tener estilos de vida saludable, libres de tabaco, licor y drogas, bajo una correcta y científica valoración de las enfermedades presentes. Vivir con calidad de vida es sentirse satisfecha y contenta con los altibajos de la vida, es seguir desarrollando la sexualidad. Vivir con calidad de vida, es estar muy activa y participativa dentro de todo el contexto de desenvolvimiento social y cultural. Debe ser nuestro esfuerzo hacer que la mujer mire al climaterio con otros ojos, con la mirada radiante de seguir viviendo. Con la felicidad de encontrar en cada amanecer nuevos instantes para disfrutar la vida, ya sin

las premuras de la capacidad reproductiva. El disfrute del climaterio lleva a la dicha de la edad mayor. Los medios educativos y sobretodo los medios masivos de comunicación deben incentivar estas expectativas, deben colaborar con el cambio de conciencia, lo cual debe sucederse pronto en la mujer, también en su compañero, en la totalidad de los varones y por tanto en la sociedad en pleno. La Federación Latinoamericana de Menopausia adelantó una reunión de consenso en Salta (Argentina), y, a la letra, en su documento final señala<sup>29</sup> que la calidad de vida es un concepto que incluye, la percepción general e individual de salud, el bienestar físico y la satisfacción psicológica y social, todo dentro de un contexto cultural y de valores, donde la mujer establezca una directa relación con sus objetivos e intereses.

Es bien conocido que durante el climaterio y debido al déficit estrogénico se provocan síntomas vasomotores, trastornos psicológicos y sociales, molestias físicas y disfunciones sexuales que conllevan un deterioro en la calidad de vida. Múltiples y diferentes escalas se han diseñado para valorar esa calidad de vida, instrumentos que deben ser correctamente validados antes de aplicar a una población específica. La mayoría de las escalas disponibles han sido realizadas en lengua inglesa. Para finales del año 2004 se publicó un instrumento diseñado, validado y publicado por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, denominado Escala Cervantes, que es interesante y válida para la población latinoamericana.<sup>30</sup>

Si bien la conservación de la calidad de vida siempre va mucho más allá de la terapia hormonal, la administración de estrógenos y estrógenos más progestina se han asociado de tiempo atrás con la conservación y la promoción de la calidad de vida, al mejorar y tratar efectivamente los efectos vasomotores. No obstante, en una publicación,<sup>9</sup> utilizando la base de datos del WHI en su rama estrógenos más progestina, se señala la carencia de efectos clínicos significativos sobre la calidad de vida. Al respecto en el pronunciamiento de la Federación Latinoamericana de Menopausia<sup>29</sup> se señala que el estudio WHI no invalida los beneficios documentados previamente sobre los benéficos de la terapia hormonal sobre la calidad de vida, por las siguientes razones: sólo el 12% de las mujeres involucradas tenían síntomas relacionados con la menopausia, y todas las que tenían síntomas climatéricos severos fueron excluidas de la investigación, razón por la cual las pacientes al inicio del estudio no tenían pérdida de la calidad de vida, lo que por consiguiente no puede mejorarse dado que no está afectado; en la escala utilizada para valoración, RAND-36, que es un cuestionario genérico para valoración de salud, no existe una sola pregunta directamente relacionada con calidad de vida en el climaterio; los síntomas urogenitales, que son importante causa de modificación de la calidad de vida en la menopausia, no fueron evaluados y la sexualidad se exploró insuficientemente. Por tanto, en dicho pronunciamiento se enfatiza claramente que la terapia hormonal mejora la calidad de vida de la mujer con síntomas climatéricos.<sup>29</sup>

## Referencias

1. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Estrogen and Progestogen therapy in postmenopausal women. *Fertil Steril* 2004; 82:S70-S80.
2. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobos N, Fabunmi RP, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Circulation* 2004;109:672-93.
3. Gómez G, Onatra W, Sánchez F. Climaterio y menopausia. Cali, 2004.
4. Monterrosa A. 1500 recomendaciones y aseveraciones nutricionales para las mujeres en menopausia. Cartagena, 2005 (en prensa).
5. Monterrosa A, Peñaloza P, Arteaga ME. Cuantificación del calcio presente en la dieta que consumen Mujeres entre 45 y 55 años de edad, residentes en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Menop* 2003; 9:213-23.
6. Tierman A, Kooperberg C, White E, et al. Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women. The Women's Health Initiative Cohort Study. *JAMA* 2003; 290: 1331-6.
7. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative Randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321-33.
8. The Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2004; 291:1701-12.
9. Manson JE, Greenland P, La Croix AZ. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002; 347:716-24.
10. Kopernik G, Shoham Z. Tools for making correct decisions regarding hormone therapy. Part II. Organ response and clinical applications. *Fertil Steril* 2004; 81:1458-77.
11. North American Menopause Society. NAMS Position Statement. Treatment of menopause associated vasomotor symptoms: position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2004; 11:11-33.
12. Avis NE, Crawford SL, McKinlay SM. Psychosocial, behavioral and health factor related to menopause symptomatology. *Women Health* 1997; 3:103-20.
13. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of demographic and lifestyle factor to symptoms in a multi racial ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000; 152:463-73.
14. Skouby SO. Climacteric medicine. European Menopause and Andropause society (EMAS) statements on postmenopausal hormonal therapy. *Maturitas* 2004; 48:19-25.
15. Randolph JF, Sowers M, Gold EB, Mohr BA, Luborsky J, Santoro N, et al. Reproductive hormones in the early menopausal transition relationship to ethnicity, body size and menopausal status. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:1516-22.
16. Taffe J, Garamszegi C, Dudley E, Dennerstein L. Determinants of self rated menopause status. *Maturitas*1997; 27:223-9.
17. Dudley EC, Hopper JL, Taffe J, Guthrie JR, Burger HG, Dennerstein L. Using longitudinal data to define the perimenopause by menstrual cycle. Characteristics. *Climacteric* 1998; 1:18-25.
18. Shulman Lee, Harari D. Low dose transdermal estradiol for symptomatic perimenopause. *Maturitas* 2004; 11:34-9.
19. Stearns V, Ullmer L, López J, Smith Y, Isaacs C, Hayes D. Hot flushes. *Lancet* 2002; 360:1851-61.
20. Berendsen H. Hypothesis: the role of serotonin in hot flushes. *Maturitas* 2000; 36:155-64.
21. Molnar GW. Body temperatures during menopausal hot flashes. *J Appl Physiol* 1975; 38:499-503.

22. Kromberg F, Barnard RM. Modulation of menopausal hot flashes by ambient temperature. *J Therm Biol* 1992; 17:43-9.
23. North American Menopause Society. Position Statement. Estrogen and progestogen use in peri and postmenopausal women: September 2003. *Menopause* 2003; 10:497-506.
24. Mac Lennan A, Lester S, Moore V. Oral estrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes. *A Cochrane Review*. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1:CD002978.
25. North American Menopause Society. Recommendations for estrogen and progestogen use in peri-and postmenopausal women: October 2004 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2004;11:589-600.
26. Loprinzi CL, Kugler JW, Sloan JA, Mailliard JA, LaVasseur BI, Barton DL, et al. Venlafaxine in management of hot flashes in survivors of breast cancer: a randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 356:2059-63.
27. Barton DL, Loprinzi CL, Quella SK, Sloan JA, Veeder MH, Egner JR, et al. Prospective evaluation of vitamin E for hot flashes in breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 1998; 16:495-500.
28. Conclusions of the 2<sup>nd</sup> European consensus meeting on menopause, 2003. Athens, Greece. *Menopause Rev* 2003; 8:1-7.
29. Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia (FLASCYM). Consenso Latino Americano Sobre Terapia Hormonal de Reemplazo en Postmenopausia. Salta, Argentina, 2004.
30. Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, et al. Agustí Martí Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clín (Barc)* 2004; 122:205-11.