

## MENOPAUSIA

El cese definitivo de la menstruación en la vida de la mujer es la menopausia, lo cual viene a reflejar el agotamiento de la función de los ovarios. Efectivamente los ovarios dejan de ovular, la mujer pierde su capacidad reproductora, y disminuye la síntesis de hormonas femeninas (estrógenos). La menopausia ocurre por término medio a los 50 años de edad, aunque puede adelantarse o retrasarse algunos meses, y hasta 5 años. No se debe hablar de menopausia hasta transcurrido al menos un año de haber tenido la última regla, y hasta entonces un embarazo podría ocurrir si el ovario todavía mantiene alguna capacidad funcional. No hay muchos factores que influyan en la edad de la menopausia, pero se puede decir que en promedio ocurre antes en fumadoras. La menopausia puede ser precedida por desarreglos menstruales y por un cortejo de síntomas que en conjunto vienen a llamarse climaterio, y que expresan la alteración paulatina de la función de los ovarios. La única forma de confirmar la menopausia es la determinación en sangre de las hormonas femeninas que sintetizan los ovarios (estradiol) y de otras hormonas que las regulan que son sintetizadas en la hipófisis (pequeña glándula que pende del cerebro y regula la secreción de una gran cantidad de glándulas endocrinas). No obstante dicha confirmación suele ser innecesaria.

En algunas mujeres la menopausia ocurre antes de lo previsto, por una intervención quirúrgica sobre los ovarios, por recibir radioterapia o quimioterapia o sin razón aparente. En estas circunstancias recibe el nombre de menopausia adelantada (si ocurre entre 40 y 45 años) o menopausia precoz o fallo ovárico precoz (si ocurre antes de los 40 años).

Gracias a la mayor longevidad con la que se está encontrando el ser humano de hoy en día, al llegar la menopausia todavía le queda una tercera parte de su vida por delante, por lo que las consecuencias de la falta de hormonas femeninas están adquiriendo una gran importancia, preocupando cada vez más a médicos y pacientes.

### Consecuencias de la menopausia

La disminución de hormonas femeninas se asocia a un conjunto de cambios hormonales no completamente comprendidos todavía que llevan a una alteración

vascular, con gran variabilidad en cuanto a su frecuencia, intensidad, y duración. Aunque en ocasiones son muy molestas, no reportan perjuicios sobre el organismo. En algunas mujeres pueden prolongarse durante años, y en otras no llegan nunca a producirse. Cuando son muy molestos el médico puede indicar el uso de hormonas femeninas de forma transitoria, con las que habitualmente ceden. De mayor trascendencia médica son las consecuencias a largo plazo de la falta de hormonas: Las hormonas femeninas protegen de ciertas enfermedades cardiovasculares a la mujer, y por tanto, su falta lleva consigo un aumento del riesgo de padecer, entre otros, un infarto de miocardio. Al faltar los estrógenos también se eleva la fracción de colesterol más dañina (llamada LDL-colesterol) y desciende la protectora (llamada HDL-colesterol), por lo que el riesgo de estas patologías se ve acrecentado, sobre todo en mujeres que acumulan otros factores de riesgo cardiovascular (fumadoras, hipertensas, diabéticas, obesas, sedentarias, etc.). Si en cualquier individuo es importante controlar estos factores de riesgo, resulta de trascendental importancia en la mujer pos menopáusica.

Los estrógenos también actúan sobre la mineralización del hueso. Por ello su falta aumenta la pérdida de mineral óseo, lo cual puede no dar síntomas hasta que ocurre una fractura vertebral (aplastamiento vertebral), una fractura de cadera (a edades más tardías) o cualquier otra fractura sin un traumatismo suficiente que la justifique. La pérdida de densidad ósea a partir de la menopausia es progresiva, y supone un 1-2% anual. Algunas mujeres ya habían perdido parte de su reserva de hueso antes de la menopausia, por lo que la menopausia supone para ellas un mayor quebranto. Son factores que predisponen a la osteoporosis postmenopausica la delgadez, el alcoholismo, el tabaquismo y ciertas enfermedades (como el hipoparatiroidismo) o el uso de ciertos fármacos (corticoides). A estas edades es importante una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, que se recomienda en cantidades de 800 mg y 400 UI respectivamente, para las menopáusicas sanas. Esto supone acercarse al litro diario de leche, cantidad que hay que superar en caso de existir pérdida de masa ósea. Son especialmente ricos en calcio los quesos. Otros alimentos con calcio son los cereales y en menor cantidad verduras y hortalizas, aunque estos últimos tienen un calcio menos aprovechable que el de los lácteos. Para quien use menos cantidad de lácteos, se recomienda usarlos enriquecidos en calcio. La irradiación solar mantenida a lo largo de todo el año (aunque tampoco excesiva, para evitar problemas de piel) ayuda a fabricar vitamina D sobre la piel, por lo que se debe recomendar a estas edades una vida al aire libre, sobre todo en invierno, en que muchas personas de edad quedan recluidas innecesariamente bajo techo. En muchas ocasiones son necesarios suplementos de calcio y vitamina D en forma de medicamentos, lo cual ha de ser indicado por su médico en cada caso concreto. Aunque el uso prolongado de estrógenos mejoraría esta tendencia a la pérdida ósea, no siempre se indica por los riesgos que más tarde comentaremos. Recientemente se están desarrollando medicamentos como el raloxifeno que actúan de forma similar a los estrógenos sobre el hueso, pero sin riesgo para la mama y el útero, no induciendo menstruaciones. Se trata de una medicación

especialmente útil en osteoporosis postmenopausica, aunque su indicación es competencia absoluta del médico que sabrá si es ésta u otra la medicación idónea. La falta de estrógenos en la menopausia también empeora la turgencia de la piel y las mucosas, atrofia los epitelios y disminuye el tamaño de órganos sexuales como mamas y útero. La sequedad que notan muchas mujeres en sus genitales externos son una de sus consecuencias. El tratamiento con estrógenos prolongado tiende a mejorarlo.

---

## **Tratamiento**

Todos estos problemas se hacen más evidentes en las mujeres con menopausia precoz o adelantada, por lo que en ellas se ha de plantear la administración de las hormonas que les falta (terapia hormonal sustitutiva). Según las circunstancias concretas de cada paciente se puede indicar el uso aislado de estrógenos (mujeres intervenidas del útero) o asociando estrógenos y progestágenos (en mujeres que conservan su útero, como el caso de la menopausia adelantada espontánea). En algunas mujeres se pueden usar por vía oral, en otras mediante parches dérmicos o asociando medicaciones orales con parches dérmicos.

La sustitución con hormonas femeninas en la menopausia fisiológica (entre los 45 y 55 años) se puede también plantear, pero es más controvertida. Por un lado disminuye el riesgo cardiovascular (sobre todo si no se utilizan progestágenos), y disminuye la pérdida de masa ósea, por lo que en mujeres con osteoporosis puede ser especialmente beneficiosa. Por otro lado la paciente ha de asumir ciertos riesgos. Se sigue discutiendo sobre la posibilidad de aumentar el riesgo de cáncer de mama y cáncer de útero (en el caso de que lo conserve por no haber sido intervenida). Por esta razón la sustitución hormonal no se debe usar en pacientes con cáncer de mama o en quienes tienen especial predisposición al mismo. Además la mayoría de los regímenes de tratamiento obliga a mantener la menstruación, o las pacientes padecen manchados menstruales inesperados, lo cual resulta molesto. Parece asimismo existir un ligero aumento del riesgo de padecer colestiasis (piedras en la vesícula). En líneas generales podría decirse que los beneficios de tratar la menopausia con estrógenos superan los riesgos, pero cada caso debe ser minuciosamente valorado con su médico, Endocrinólogo y/o Ginecólogo. Una vez se instaure tratamiento la paciente requiere un seguimiento al menos anual, consultando siempre que tenga sangrado menstrual inesperado que puede requerir la realización de una ecografía pélvica y/o un legado.

No hay una clara relación entre la deficiencia de hormonas femeninas y algunos síntomas atribuidos a la menopausia, como la ganancia de peso, situaciones depresivas, etc. que ocurren a esas edades independientemente de la deficiencia.

Por tanto el tratamiento sustitutivo planteado sólo por estos motivos no tiene justificación. Aunque la obesidad no sea motivada por la menopausia, ni el tratamiento sustitutivo con estrógenos la haga desarrollar, la menopausia parece influir en la distribución central de la grasa, y en la mayor proporción de grasa con respecto a otros tejido. Por tanto se recomienda aumentar el ejercicio físico que puede prevenir estos cambios, además de ser beneficioso en muchos otros aspectos. Aunque tampoco se puedan a la menopausia todas las depresiones que aparecen a esta edad, son frecuentes ciertas alteraciones del humor que pueden mejorar con estrógenos.

Asimismo no se ha demostrado que la terapia hormonal sustitutiva para la menopausia produzca mayor incidencia de trombosis venosa, tromboembolismo o hipertensión arterial. No olvidemos que muchos de los problemas aparecen más frecuentemente porque la menopausia aparece a una edad en que comienzan otros problemas como el envejecimiento.

---

*Dr. Martín López de la Torre*  
*Endocrinólogo*