

Climaterio: actualización

MÓNICA LILIANA ÑAÑEZ

CÁTEDRA DE CLÍNICA GINECOLÓGICA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (UNC)

Resumen

El climaterio es un período en la vida de la mujer, que comienza a los 35 años y se extiende hasta la vejez o senectud; menopausia es un hecho puntual, que significa última menstruación. Si bien ambos son fisiológicos, pueden conllevar a manifestaciones a corto, mediano y largo plazo, que afectan de diferente manera la calidad de vida de las pacientes. El aumento progresivo de la esperanza de vida, junto con los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI, ha determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcanzan el climaterio y que pasan al menos un tercio de su vida luego de dicha etapa. Por estos datos objetivos es importante que este sector de la población sea el foco de atención de ginecólogos, epidemiólogos, cardiólogos, reumatólogos, psiquiatras, geriatras, entre otros. El estudio de esta etapa supone adentrarse en una fase del desarrollo humano en la que se genera una importante transformación: el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de esta, moldeada por factores personales, ambientales y culturales, y en la que ocurre un evento fundamental: la menopausia. La problemática del climaterio ha adquirido mayor relevancia con el transcurso del tiempo, y el concepto de calidad de vida se ha ido convirtiendo en un elemento importante cuando la mujer climatérica se presenta ante el especialista, con el objetivo de lograr la mayor calidad de vida posible. Esto fundamenta la necesidad de atenderla no solo desde el punto de vista biológico, sino también en armonía con su entorno cultural y social. En esta etapa de la vida es importante diferenciar qué síntomas y problemas de salud estarán asociados con el cese de la función ovárica, y cuáles no. La consulta médica en climaterio,

especialmente en perimenopausia, es una gran oportunidad de diálogo entre el médico y la mujer, para promover un estilo de vida saludable, abordar los síntomas y la detección temprana de factores de riesgo cardiovascular (FRC), cánceres y enfermedades relacionadas con el envejecimiento. La consejería en salud en este período debe incluir información sobre los cambios fisiológicos, evaluación de síntomas y las opciones terapéuticas adecuadas, con un asesoramiento individualizado, de acuerdo con la salud subyacente y los factores de riesgo (FR). Es indispensable reconocer e incluir las preferencias de la mujer en estas recomendaciones médicas, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida. Existen diferentes terapéuticas, hormonales y no hormonales, pero deberán ser parte de una estrategia general, incluyendo recomendaciones sobre hábitos de vida saludables (alimentación, actividad física, dejar de fumar y no abusar de alcohol, café, etc.). La terapia hormonal de la menopausia (THM) debe de ser individualizada y personalizada de acuerdo a los síntomas, tomando en cuenta los antecedentes familiares, personales, expectativas de la mujer y dentro de la «ventana de oportunidad», es decir, iniciarla antes de los 60 años y/o con menos de diez años de menopausia y continuar por seis años o más.

Palabras clave

Climaterio; menopausia.

Introducción

En los próximos veinticinco años, se estima que mil millones de mujeres en todo el mundo tendrán más de 50 años. El momento de la menopausia natural es un indicador clínicamente importante de longevidad y de riesgo de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, la salud de las mujeres durante y después de la menopausia tendrá un gran impacto en los roles económicos y sociales que ellas desempeñan a nivel mundial.

El climaterio femenino representa realmente una problemática de importancia para el médico generalista, ya que en esta etapa se producen modificaciones con consecuencias para la salud de la mujer, que implica una conducción médica de atención primaria, tanto preventiva como terapéutica.

La atención médica en el climaterio es esencial para la prevención y promoción en la salud. En cuanto a la patología tumoral, hay un grupo de neoplasias genitales, singularmente las de mama, endometrio y ovario, que tienen su máxima frecuencia de aparición entre los 50 y 60 años. El rol del ginecólogo es estar atento a su pesquisaje para su detección temprana.

Definición

Climaterio proviene del griego «climacter», que significa escalera, siendo una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez. Es el período que transcurre desde la declinación de la función ovárica hasta la vejez o senectud. Es un paso dentro de un proceso lento y prolongado de envejecimiento reproductivo.

Menopausia (del griego *mens*, que significa «mensualmente», y *pausi*, que significa «cese») se define como el cese definitivo y permanente de la **menstruación**. La menopausia o última menstruación es la consecuencia del agotamiento de la reserva folicular ovárica fisiológica o iatrogénica, en el caso de la ooforectomía bilateral.

Climaterio y menopausia se relacionan, pero *no son sinónimos*. El primero es un período en el que se produce el cambio de un estado reproductivo a uno no reproductivo, mientras que la segunda es un evento puntual dentro de él.

Epidemiología

El climaterio en la mujer se inicia aproximadamente a los 35-37 años, momento en que comienza a declinar la función ovárica, con la consecuente disminución de la fertilidad. En la antigüedad, la expectativa de vida era de 33 años y la mujer, como todos los otros animales de diferentes especies, moría con sus funciones ováricas en pleno apogeo. Hacia el siglo XVI, la esperanza de vida era de 48 años, de modo que los médicos de ese entonces no tuvieron que preocuparse del tratamiento de la mujer menopáusica. Actualmente, la mujer sobrepasa los 75 años de edad con relativa facilidad, con un promedio de vida de 83 años aproximadamente. Esto trae como consecuencia que transcurra un tercio de su vida en la etapa climatérica y posmenopáusica, requiriendo una asistencia médica que particularice el abordaje de las enfermedades crónicas, oncológicas, los cambios que produce la deficiencia estrogénica en el mediano y largo plazo y el impacto psicosocial que todas estas condiciones ocasionan.

La edad promedio de la menopausia es aproximadamente 51 años, con un rango de normalidad entre los 45 y 55 años. Este amplio rango se debe a condiciones propias de cada mujer: factores genéticos que determinan la dotación de folículos ováricos, ambientales como el clima de altura, raza, nutrición (delgadez) y hábitos tóxicos (tabaquismo). Cuando se produce entre los 40 a 45 años se denomina *menopausia temprana*; cuando se instala antes de los 40 años se denomina *menopausia precoz o falla ovárica precoz, o insuficiencia ovárica primaria*, condición que requiere un abordaje médico especial; y cuando sucede después de los 55 años se considera *menopausia tardía*, que si bien puede ser una situación fisiológica, el médico debe evaluar que no se esté enmascarando una patología.

La transición epidemiológica que se ha presentado en casi la totalidad de América Latina ha generado que la mujer promedio viva aproximadamente una tercera parte de su vida después de la menopausia, al controlar las causas de mortalidad prematura, sin perder de vista la atención en la prevención o corrección de los factores de riesgo. Esto ha motivado que surja el enfoque en la calidad de esa vida adicional que disfruta la mujer actualmente y analizándola clínicamente en función de la salud y, más específicamente, relacionada con la menopausia. Esto toma en cuenta la situación de bienestar y satisfacción física, mental y social vinculada con los problemas de salud, desarrollando instrumentos para medirla (Escala de Calidad de Vida) tanto generales como específicos, que prestan especial atención a los síntomas y problemas inherentes a la condición clínica, desde la transición menopáusica y los años vividos en posmenopausia. La calidad de vida, de acuerdo con FIGO, se expresa como el permitir que la mujer continúe viviendo confortablemente, manteniendo un balance tanto fisiológico como psicológico, emocional y social, que haga que ella pueda seguir manejando los aspectos de su vida cotidiana, sin que el fenómeno biológico de la menopausia interfiera en ello.

Impacto bio-psico-social

La mujer que transita las diferentes etapas del climaterio se encuentra en una crisis vital, que podría homologarse a la adolescencia ya que, opuestamente, representan el inicio y el final de la vida reproductiva. Este solo hecho, teniendo en cuenta el rol trascendente de la mujer en el proceso reproductivo humano, implica que el climaterio la impacte en lo biológico, psicológico y social. Este impacto debe ser conocido, comprendido y tenido en cuenta en la asistencia médica de la mujer, ya que el accionar profesional no deberá limitarse a la sola solución de los

problemas biológicos sino como una «unidad bio-psico-social», de manera multi e interdisciplinaria, con la participación de otros profesionales capacitados cuando sea necesario.

El impacto biológico se produce por las modificaciones hormonales inducidas por la declinación de la función ovárica, particularmente la disminución de estrógenos. La mujer climatérica se ve afectada por factores como la independencia progresiva de los hijos y la eventual constitución de un nuevo hogar («síndrome del nido vacío»), las dificultades que pueden presentarse en su sexualidad, el estar sometida cotidianamente a mensajes que apologizan la juventud y la aparición de manifestaciones físicas que anuncian el inicio del envejecimiento. Estos hechos la impactarán en lo psicosocial en mayor o menor medida, dependiendo de la estructuración que haya logrado su personalidad en los años de la madurez reproductiva.

Clínica

Síndrome climatérico: síntomas

Patogenia

El climaterio es consecuencia de una menor actividad endocrina del ovario, sobre todo de la producción de estrógeno. El folículo primordial constituye el componente más importante de la estructura ovárica y su dotación se instala en la vida intrauterina. La atresia y la ovulación (especialmente la primera) son los mecanismos por los cuales la cantidad de folículos disminuyen durante la vida, que de 7 millones al momento del nacimiento se reducen a 1.000 en la menopausia. A partir de los 35 años, el ritmo de atresia aumenta y cerca de los 50 años prácticamente no quedan folículos. Por lo tanto, la dotación folicular es el elemento crítico que

determina el tiempo de la vida reproductiva y la edad de la menopausia. Al disminuir los folículos, y en consecuencia el estrógeno secretado, se pierde el retrocontrol negativo sobre hipotálamo e hipófisis y aumentan las gonadotrofinas. Por ello, en la posmenopausia existe un estado de hipogonadismo hipergonadotrófico con un perfil hormonal de estrógenos bajos (estradiol menor a 30 pg/ml) y gonadotrofinas elevadas especialmente a favor de FSH (FSH mayor a 50 mUI/ml).

Ovarios: después de los 35 años de edad, los ovarios disminuyen de tamaño y peso y contienen menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrésicos en degeneración, por lo que el endometrio deja de ser estimulado y no se cumple el ciclo menstrual, produciéndose la menopausia. Al no madurar folículos, no hay estrógenos ni inhibina y al no formarse cuerpos amarillos, no hay progesterona. Pero el tejido intersticial ovárico, productor de andrógenos, se mantiene y es estimulado por LH, que ahora está aumentada. Así, el ovario climatérico deja de producir estradiol y progesterona, pero produce testosterona y androstenediona.

Hipófisis: la falta de retrocontrol estrogénico a través del hipotálamo, dispara el aumento de FSH y LH. El de FSH es más precoz, pero luego se igualan. La elevación de los niveles de FSH constituye uno de los primeros signos del envejecimiento de la función reproductiva en el ser humano; el aumento de ambas caracterizan el estado hipergonadotrófico propio de la posmenopausia. Los cambios en la hipófisis y el hipotálamo repercuten sobre el equilibrio de los neurotransmisores del SNC y serían la causa de los sofocos, cambios de carácter y otras alteraciones psíquicas de la mujer climatérica.

Etapas del climaterio

El climaterio se divide en etapas (FIGURA 1):

- **Premenopausia:** comprende desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.
- **Menopausia:** después de doce meses de amenorrea continua, se instala la menopausia clínica.
- **Perimenopausia:** período de tiempo (1-2 años) que precede y sigue a la menopausia y se caracteriza por la aparición gradual de los síntomas del síndrome climatérico.
- **Posmenopausia:** período subsiguiente a la ocurrencia de la menopausia.

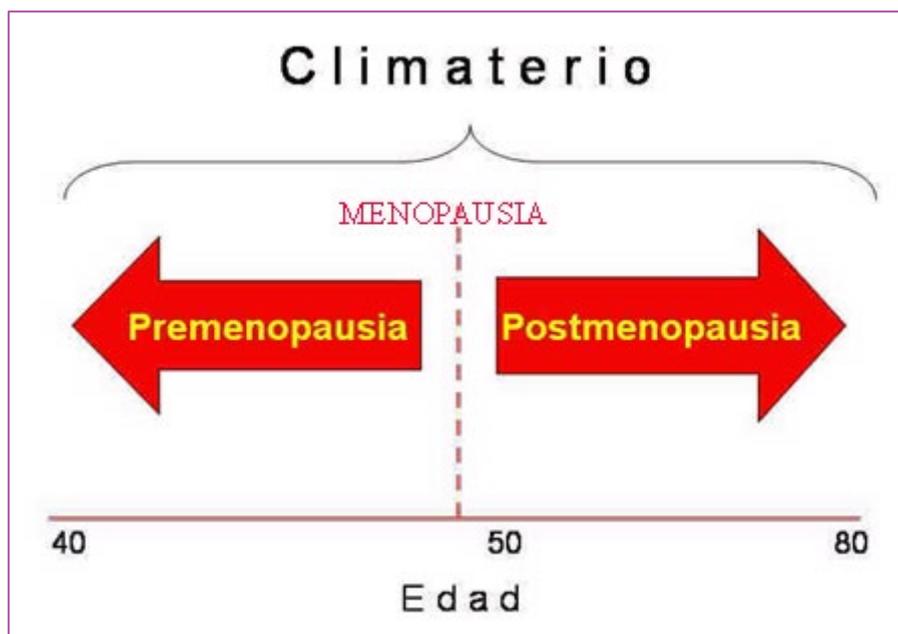


FIGURA 1

Se denomina *transición a la menopausia* al período caracterizado por un incremento de la variabilidad en la duración de los ciclos menstruales, elevación gradual de las gonadotrofinas hipofisarias, disminución de la secreción ovárica media de esteroides sexuales, pero con aumentos

erráticos de estradiol, disminución de la hormona antimulleriana, con marcada disminución de la fertilidad por ciclos anovulatorios. En sentido estricto, el climaterio, al igual que la pubertad (ambos son períodos de transición pero con claro sentido opuesto), son situaciones que no se pueden considerar patológicas, sino cambios fisiológicos. Lo que suele ocurrir con frecuencia es que, debido al proceso en sí, se puede producir un equilibrio funcional inestable que lleve a desviaciones patológicas. Las alteraciones menstruales en más, frecuentes en ambos extremos de la vida reproductiva, son un claro ejemplo de este concepto.

Síntomas

El 75 % de mujeres manifiestan síntomas durante el climaterio mientras que el 25 % restante no los manifiestan. Esto se puede sintetizar en el siguiente concepto: de cada cuatro mujeres, una no los experimentará, dos tendrán síntomas leves o moderados que necesitarán asistencia médica dependiendo del umbral de cada mujer para soportarlos y una sufrirá síntomas intensos por lo que solicitará asistencia médica para su control.

Los síntomas pueden aparecer a corto, mediano o largo plazo.

Síntomas a corto plazo

Aparecen desde tres años antes de la menopausia. La irregularidad menstrual está casi siempre presente excepto que la mujer tenga histerectomía previa. La transición de ciclos regulares típicos de la edad reproductiva a la amenorrea permanente de la menopausia se caracteriza por una irregularidad menstrual variable. La más frecuente es la *oligohipomenorrea* y le sigue la *polihipermenorrea*. La causa es la alteración en las fases del ciclo ovárico. Las irregularidades en menos (oligohipo) no requieren intervención farmacológica y solo se debe hacer

consejería. En las irregularidades en más (polihiper), según su magnitud, pueden necesitar corrección farmacológica y se impone el diagnóstico diferencial con patologías uterinas y/o sistémicas que las puedan ocasionar.

Los sofocos, tuforadas o bochornos se manifiestan como oleadas de calor que comienzan en el tórax y se irradian hacia el cuello y rostro produciendo enrojecimiento de la piel del pecho, cuello y cara, intensa sudoración, palpitaciones y sensación de angustia. Estas crisis se presentan espontáneamente de día y de noche o son desencadenadas por estrés, calor, consumo de alcohol, comidas picantes, entre otros. Es el síntoma más característico del climaterio y constituye el motivo de consulta más frecuente. Pueden durar entre 15 a 60 segundos y ser aislados o múltiples. Más de siete episodios por día o cincuenta a sesenta por semana se considera como cuadro severo. En cuanto a la persistencia, en el 80 % de las mujeres están presentes durante un año y en el 20 % pueden persistir durante cinco a diez años. El mecanismo del sofoco es debido a que los bajos niveles de estrógeno circulante actúan en el centro termorregulador produciendo inestabilidad de los neurotransmisores con liberación aumentada de adrenalina y noradrenalina que produce vasodilatación periférica, causa final del sofoco y la sudoración.

Los síntomas vegetativos como palpitaciones, disnea, parestesias, náuseas, cefalea, vértigos, pueden estar presentes en el síndrome climatérico. Al igual que los sofocos, tienen una máxima frecuencia durante la perimenopausia y disminuyen en frecuencia e intensidad a medida que transcurren los años de posmenopausia.

La esfera psicoafectiva se manifiesta en el síndrome a través de angustia, irritabilidad, labilidad emocional, nerviosismo, estado de ánimo depresivo, disminución de la libido, de la memoria, decaimiento, insomnio.

En un número importante de mujeres disminuyen su autoestima por lo que la autopercepción de su imagen corporal deviene negativa, lo que se expresa como sensación de minusvalía y devaluación.

Repercusiones del climaterio. Síndrome génitourinario

Atrofia urogenital

Los síntomas por atrofia urogenital aparecen a los 3-5 años posteriores a la menopausia. El *síndrome genitourinario de la menopausia* (SGU) es un término relativamente nuevo, ya que la *atrofia vulvovaginal*, como se denominaba antes, ha sido considerada por muchos inexacta para describir los síntomas asociados a la menopausia, como cambios en la vagina, la vulva y el tracto urinario inferior, asociados a la deficiencia de estrógenos. La palabra atrofia tiene connotaciones negativas en las mujeres de edad mediana. En 2014 la International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) y la North American Menopause Society (NAMS) formalmente aprobaron la nueva terminología: síndrome genitourinario de la menopausia, y lo definieron como un conjunto de síntomas y signos asociados a la disminución de estrógenos y otros esteroides sexuales que involucran cambios en los labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo, el introito, la vagina, la uretra y la vejiga. El término síndrome genitourinario de la menopausia (SGU) es médicamente más preciso y abarcativo.

Debido al origen embriológico común, a la proximidad anatómica y a la misma dependencia estrogénica, los síntomas vulvovaginales y del tracto urinario bajo (vejiga y uretra) son considerados, junto con los sofocos, las principales manifestaciones clínicas debidas al descenso de estrógenos.

La vulva se atrofia, pierde sus pliegues, la mucosa empalidece, los labios se adelgazan y el clítoris pierde turgencia. En la vagina la mucosa se adelgaza y atrofia con modificaciones en los extendidos citológicos (FIGURA 2) y disminución de su secreción y humedad. Los pliegues de la pared vaginal, típicos de la edad reproductiva, se aplanan y son un signo patognomónico del hipoestrogenismo. Los músculos del piso pelviano y los elementos de sostén y suspensión uterinos también se relajan.

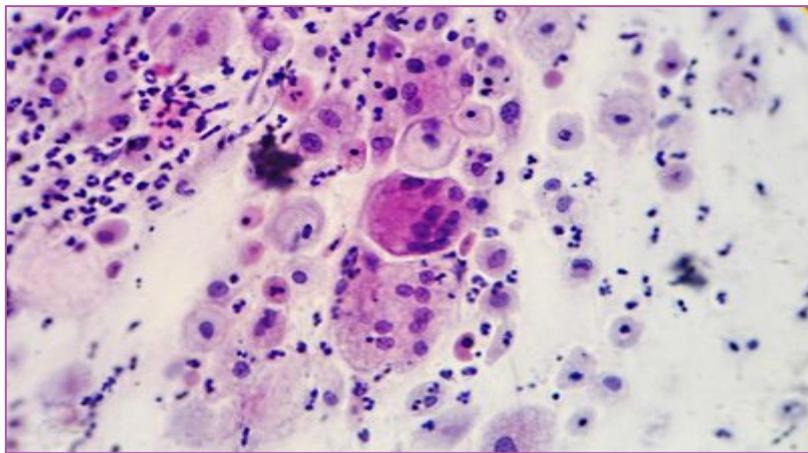


FIGURA 2

En el tracto urinario inferior se producen los siguientes cambios: alteración del eje del meato uretral con mayor colonización de bacterias, disminución del trofismo de la mucosa uretral y vesical, en particular de la región del trígono. Aplanamiento de los pliegues uretrales.

Estas modificaciones tróficas urogenitales concluyen en los siguientes síntomas: sequedad vulvovaginal, dispareunia, sinusorragia, prurito vulvar, incontinencia de orina, disuria, nicturia y en las siguientes patologías: infecciones vulvovaginales (vulvitis y colpitis), infecciones urinarias a repetición (cistitis), prolapso genital y disfunciones sexuales.

Los síntomas por atrofia urogenital, si no son tratados, conducen a deterioro de la calidad de vida.

Osteoporosis

Es una enfermedad caracterizada por masa ósea baja, deterioro en la microarquitectura del hueso, incremento en su fragilidad e incremento en el riesgo de fracturas. Según la Fundación Nacional de Osteoporosis, en Argentina, una de cada cuatro mujeres mayores de 50 años, padece osteoporosis y el 50 % sufrirán una fractura relacionada con esta patología.

El hueso es un tejido vivo, dinámico y complejo que se remodela de forma continua («turnover óseo»). Por un lado, se forma hueso nuevo por actividad de los osteoblastos (formación ósea) y, simultáneamente, se destruye hueso envejecido por la acción de los osteoclastos (resorción ósea). En la niñez y juventud predomina la formación ósea, alcanzando el pico de masa ósea entre los 25 y 30 años. Después comienza una pérdida anual de hueso de 0,6-0,7 %. En la posmenopausia, esta pérdida asciende al 3 % anual (FIGURA 3).

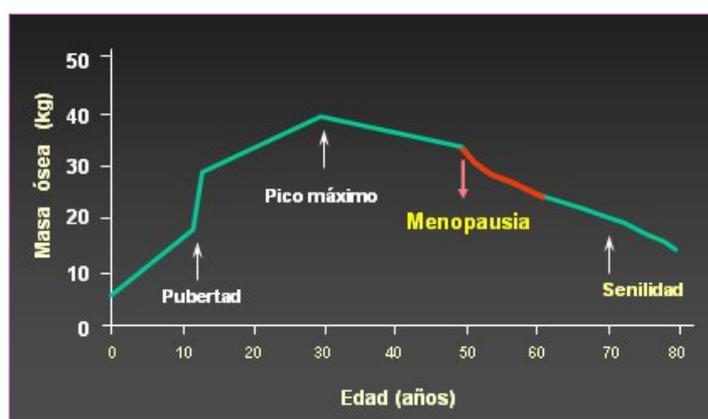


FIGURA 3. EVOLUCIÓN DE LA MASA ÓSEA DURANTE EL CICLO VITAL

Aparece osteoporosis cuando se rompe el equilibrio entre formación y resorción ósea, o porque disminuye la formación de hueso nuevo o porque aumenta la resorción o por ambas causas simultáneamente. Los lugares más comunes de fracturas son: cadera, columna vertebral y muñeca (FIGURAS 4 y 5).

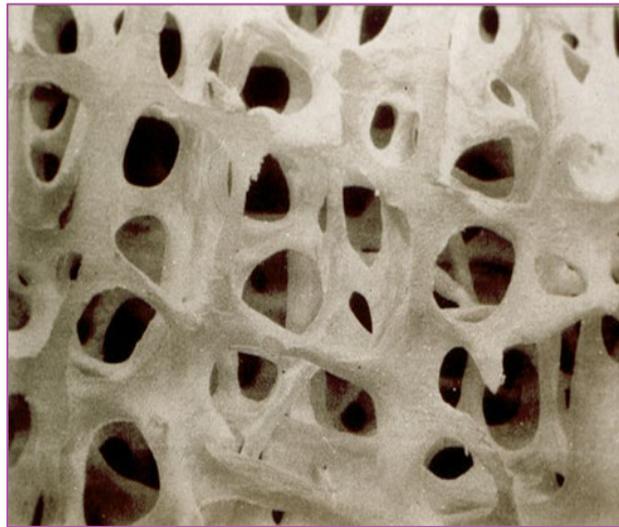


FIGURA 4. HUESO NORMAL

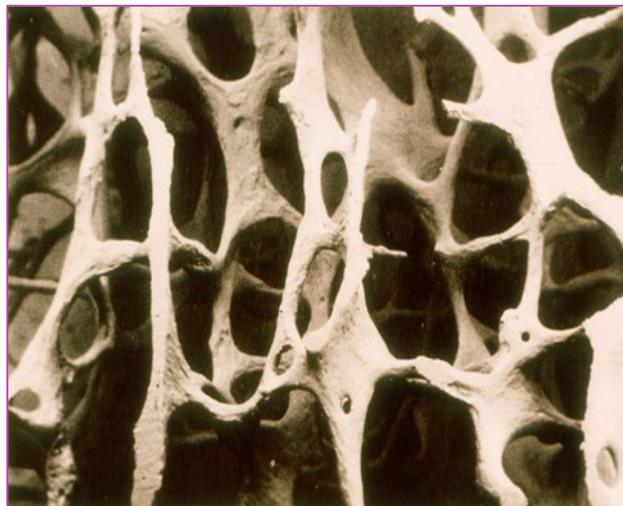


FIGURA 5. HUESO OSTEOPORÓTICO

En la posmenopausia, por la carencia de estrógenos que tienen un efecto antirresortivo óseo, se incrementan en número y en actividad los

osteoclastos destruyendo hueso y disminuye la función formadora de los osteoblastos, con aumento en la profundidad de las cavidades de resorción.

La prevención de osteoporosis comienza identificando de manera temprana las mujeres que presentan factores de riesgo. Ellos son:

- No haber alcanzado en la juventud un adecuado pico de masa ósea
- Menopausia precoz o temprana
- Raza blanca o asiática
- Antecedentes familiares de osteoporosis
- Contextura física pequeña
- Sedentarismo
- Baja ingestión de calcio en la dieta
- Nuliparidad
- Hipertiroidismo
- Tratamiento prolongado con corticoides, heparina, anticonvulsivantes, tiroxina, inmunosupresores
- Tabaquismo
- Abuso de alcohol
- Adolescencia con amenorrea u oligomenorrea

El rol del médico generalista en osteoporosis es detectar factores de riesgo y hacer consejería, promoviendo la actividad física, la ingesta de alimentos con alto contenido de calcio, exposición limitada al sol, desaconsejando el tabaquismo y el alto consumo de alcohol y prevenir las caídas. Estas acciones deben ejecutarse especialmente en la mujer adolescente y joven, con el objetivo de lograr el mayor pico de masa ósea.

El diagnóstico bioquímico e imagenológico de osteoporosis debe ser realizado por el médico especializado.

Modificaciones cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en mujeres en países desarrollados, superando al cáncer y a otras enfermedades. La ECV y particularmente el infarto agudo de miocardio (IAM) es más frecuente en hombres que en mujeres antes de los 50 años mientras que en la posmenopausia el riesgo de IAM aumenta 4,5 veces. Esto es debido a una acción protectora del estrógeno sobre la pared vascular y el perfil lipídico, que se pierde en la posmenopausia. Otros datos epidemiológicos confirman esta relación: 1) el riesgo de IAM en mujeres que presentan su menopausia antes de los 45 años es el doble de las que la presentan después de los 50; 2) la menopausia quirúrgica en mujeres menores de 35 años aumenta el riesgo 7,2 veces.

La disminución de los niveles de estrógenos origina modificaciones negativas en el perfil lipídico, favorecedor de arteroesclerosis, con aumento de colesterol total y de las LDL-C y disminución de las HDL-C. Además, se pierde el efecto protector del estrógeno sobre la pared vascular que es vasodilatador, antiespasmódico y antioxidante. En el desarrollo de la enfermedad cardiovascular que afecta a la mujer, se debe considerar la acción conjunta de múltiples factores de riesgo, además del descenso de estrógenos. La hipertensión arterial es uno de los principales y está estrechamente ligada a la edad. La diabetes, prevalente en la posmenopausia, también contribuye como factor de riesgo. La redistribución de la grasa corporal, con predominio de obesidad central, acentúa el perfil lipídico adverso y la resistencia insulínica.

La posmenopausia se asocia con modificaciones que incrementan el riesgo cardiovascular:

- Modificaciones negativas del perfil lipídico
- Alteración del metabolismo de hidratos de carbono
- Aumento del peso corporal y redistribución de la grasa
- Hipertensión arterial
- Estado protrombótico
- Alteraciones en el endotelio vascular

Diagnóstico

Diagnóstico bioquímico

El diagnóstico bioquímico se realiza mediante la medición en plasma de tres hormonas: hormona antimulleriana (HAM), FSH y estradiol. El descenso de estradiol modifica su retrocontrol negativo sobre hipotálamo-hipófisis, conduciendo a un aumento de la síntesis y liberación de FSH. Esta modificación es lenta y progresiva desde cinco años antes de la menopausia y se estabiliza un año después de la última menstruación, consolidando el perfil hormonal típico del climaterio: FSH elevada (por encima de 50 mUI/ml) y estradiol bajo (menor a 30 pg/ml).

La HAM es una hormona proteica producida por las células granulosas del ovario. Tiene la particularidad de que sus niveles no fluctúan durante el ciclo menstrual y es el marcador más precoz del envejecimiento ovárico ya que comienza a disminuir desde diez años antes de la menopausia. Valores por debajo de 0,70 ng/ml indican compromiso de la reserva ovárica.

En la mujer con menopausia instalada (más de un año de amenorrea), la medición de FSH y estradiol define el diagnóstico de climaterio. En la

mujer en la etapa premenopáusica con irregularidades menstruales, la medición de FSH en fase folicular temprana (días 3º, 4º o 5º del ciclo) con valores de 15 mUI/ml o más permite presumir el diagnóstico. En mujeres con ciclos menstruales regulares o con valores de FSH y síntomas no típicos, debe medirse la HAM para hacer el diagnóstico.

Conducta multi e interdisciplinaria de la mujer climatérica

Control periódico. Prevención y pesquisa de patologías prevalentes

Cada vez más mujeres llegan a la posmenopausia y vivirán un tercio de su vida en deficiencia estrogénica prolongada, con las consecuencias ya enumeradas, las que convierten al climaterio en una etapa que debe ser abordada con interés sanitario. Por otra parte, es la edad de aparición de enfermedades crónicas y oncológicas por lo que el médico ginecólogo (considerado por la mujer como su médico de cabecera) y el médico generalista deben hacer un enfoque integral de estas mujeres, más allá de la solución de los síntomas específicos relacionados a la carencia hormonal.

Debe tenerse en cuenta, además del abordaje del estado menopáusico y el control ginecológico, la alta prevalencia en esta etapa de las enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y otras enfermedades osteoarticulares, obesidad, diabetes, disfunciones tiroideas, cáncer de colon, enfermedades neurológicas cognitivas y el impacto psicosocial del climaterio.

Se recomienda control médico anual de la mujer climatérica, en el cual se deberá realizar interrogatorio, examen clínico, métodos complementarios y consejería. En el interrogatorio, además de lo

específico sobre el motivo de consulta y lo gínitomamario, se preguntará sobre factores de riesgo cardiovasculares, osteoporóticos y de cáncer de colon. El examen físico debe contemplar control de presión arterial, peso, índice cintura-cadera, examen de glándula tiroides, mamas, axilas, abdomen y examen genital. Los métodos complementarios a solicitar son mamografía, citología vaginal, colposcopia, laboratorio clínico con lipidograma y función tiroidea. La ecografía transvaginal y densitometría ósea son métodos sumamente útiles en esta etapa de la vida. Los datos obtenidos en el interrogatorio y examen físico pueden orientar hacia la solicitud de otros métodos complementarios. La consejería debe orientarse sobre los factores de riesgo cardiovasculares, la prevención de osteoporosis, la detección del cáncer de colon y la contención sobre el impacto psicosocial y la sexualidad.

De los aspectos mencionados, el más trascendente para el ginecólogo es la vigilancia mamaria, que debe realizarse según las siguientes pautas:

- Examen clínico y mamográfico anual.
- En caso de observarse aumento de densidad mamográfica, se recomienda realizar ecografía, ya que en conjunto (examen clínico, mamografía y ecografía mamaria) tienen una sensibilidad del 96 %.
- Si a pesar de utilizar los recursos arriba mencionados, continúan las dificultades para una correcta interpretación, se puede considerar resonancia magnética, la que sumada a los procedimientos anteriores, eleva la sensibilidad al 99,4 %.

Con frecuencia, el ginecólogo o generalista debe asistir a la mujer climatérica con otros especialistas a los efectos de la solución de sus problemas de salud, con un trabajo multi e interdisciplinario.

Tratamiento

Terapia hormonal y no hormonal en el climaterio: indicaciones, beneficios y riesgos

Terapia hormonal de la menopausia (THM)

Principios generales

La terapia hormonal de la menopausia (THM) debe ser parte de una estrategia general, incluyendo recomendaciones sobre hábitos de vida saludables (alimentación, actividad física, dejar de fumar y no abuso de alcohol, café, etcétera).

La THM debe de ser individualizada y personalizada de acuerdo a los síntomas, tomando en cuenta los antecedentes familiares, personales y expectativas de la mujer.

La THM incluye un amplio rango de productos hormonales y vías de administración, con riesgos y beneficios potencialmente diferentes, que deben ser informados a las mujeres en términos sencillos.

Las mujeres que experimentan una menopausia iatrogénica (ooforectomía) o espontánea antes de los 45 años y particularmente antes de los 40 años, están en una posición de riesgo para enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. Ellas se beneficiarían de terapias hormonales, las que deben de ser administradas por lo menos hasta la edad de la menopausia (50 años).

La THM no debe ser recomendada sin una indicación precisa. Las mujeres que se encuentran bajo THM deben realizar al menos una consulta anual en la que se realizará la metodología mencionada anteriormente.

La prescripción temprana versus la tardía condiciona el efecto beneficioso de la THM.

Priorizan que, para maximizar los efectos beneficiosos de la THM sobre la enfermedad cardiovascular (ECV), minimizando los riesgos, se debe indicar la THM en la «ventana de oportunidad», iniciarla antes de los 60 años y/o con menos de diez años de menopausia y continuar por seis años o más.

Preparados hormonales

La THM puede ser con estrógenos solos (TE) o asociados a progestágenos (TEP). Las dosis de ambas hormonas deberán ser ajustadas a las mínimas efectivas capaces de controlar adecuadamente sus síntomas. Los progestágenos deben ser adicionados a los estrógenos en todas las mujeres con útero para proteger el endometrio, ya que el uso de estrógeno solo puede inducir hiperplasia de endometrio y aumentar fuertemente el riesgo de cáncer de endometrio.

En mujeres con antecedentes de endometriosis, endometriosis activa o epilepsia, aunque no tengan útero, también el estrógeno debe estar asociado al progestágeno para evitar la recurrencia de las primeras y crisis de la última. También en el caso de hipertrigliceridemia primaria.

El estrógeno usado localmente por vía vaginal para tratar los síntomas de atrofia urogenital no requiere oposición con progestágeno.

La THM puede mantenerse por el tiempo que la mujer la necesite para el control de síntomas y mientras no surjan razones para suspenderla.

Otra molécula hormonal de síntesis utilizada como terapia hormonal es tibolona, que posee propiedades estrogénicas, progestagénicas y androgénicas, según los diferentes tejidos sobre los que ejerce su acción. Es eficaz sobre los síntomas climatéricos y en prevención/tratamiento de

osteoporosis con la ventaja de disminuir la densidad mamaria. También protege el endometrio y sus efectos androgénicos mejoran el estado de ánimo y la libido. Como efecto no deseado puede descender la HDL-C.

Otro producto de probada eficacia pero que no está aún en Argentina, para el tratamiento hormonal es una combinación de un SERM (modulador selectivo del receptor estrogénico) con acción antiestrogénica denominado bazedoxifeno, combinado con estrógenos conjugados equinos.

Indicaciones, beneficios y riesgos de la terapéutica hormonal

El tratamiento hormonal debe tener una indicación objetiva, individualizada, con mínimos riesgos, con la mayor efectividad y basado en evidencias científicas.

Indicaciones de terapia hormonal

- Síntomas del síndrome climatérico de intensidad moderada o severa
- Síntomas por atrofia urogenital, de preferencia por vía local vaginal
- Prevención y/o tratamiento de osteoporosis
- Menopausia precoz, menopausia temprana

Contraindicaciones de la THM

- **Absolutas:** cáncer de mama y endometrio, enfermedad tromboembólica, disfunción hepática severa, sangrado genital de causa no determinada
- **Relativas:** litiasis biliar, migraña, epilepsia, lupus eritematoso diseminado, asma bronquial, mioma uterino, hipertensión arterial no controlada

Vías de administración de terapia hormonal: se puede administrar por vía oral o parenteral. Las variantes de esta última son la transdérmica con parches (actualmente no hay parches en nuestro país), la percutánea con gel, la intramuscular y la vaginal con óvulos y cremas. La ventaja de las parenterales es que la hormona no tiene primer pasaje hepático.

Esquemas de administración de terapia hormonal: el esquema más utilizado se denomina continuo que consiste en la administración del estrógeno solo (si no tiene útero) o la combinación de estrógeno con progestágeno (combinado) si lo tiene, en forma diaria o en días alternos. Se pueden usar otras variantes adaptándolas a las características personales de cada mujer o sus preferencias.

Beneficios de la terapia hormonal

- **Síntomas vasomotores:** la TH es el recurso más efectivo para el tratamiento de los síntomas vasomotores. Otros síntomas, como cambios en el estado de ánimo, problemas en los patrones de sueño y la disfunción sexual pueden mejorar durante la THM.
- **Osteoporosis menopáusica:** la THM es efectiva en la prevención de los desgastes óseos asociados con la menopausia y disminuye la incidencia de todas las fracturas relacionadas con la osteoporosis, incluyendo las fracturas vertebrales y de cadera. Es una terapéutica de primera línea en mujeres posmenopáusicas que presentan un riesgo aumentado de fractura, particularmente antes de los 60 años y para la prevención de la pérdida ósea en mujeres con menopausia precoz y temprana. La iniciación de la THM con dosis habituales no se recomienda para prevención de fracturas luego de los 60 años.
- **Enfermedad cardiovascular:** existe evidencia de que la THM puede ser cardio-protectora si se la inicia a partir de la

menopausia y se la continúa durante los primeros años posteriores a ella.

- **Síntomas urogenitales:** los síntomas urogenitales son adecuadamente controlados por el estrógeno. El tratamiento a largo plazo usualmente es requerido, ya que los síntomas pueden recurrir con una discontinuación de la terapia hormonal local (THL).
- **Otros beneficios:** la THM tiene beneficios para el tejido conjuntivo, la piel, las articulaciones y los discos intervertebrales y reduce el riesgo de padecer cáncer de colon.

Riesgos de la terapia hormonal

El riesgo oncológico presenta la principal dificultad de la THM y se establece sobre dos tumores, caracterizados por su estrógeno-dependencia: cáncer de endometrio y cáncer de mama.

La administración prolongada de estrógenos, en relación directa a la dosis, es capaz de inducir hiperplasia y cáncer de endometrio, pero una oposición con progestágenos, en dosis y por tiempo suficiente, previene este efecto con un 99 % de seguridad. De esta manera, siempre que la mujer no esté histerectomizada, se deberá utilizar un esquema de THM combinado de estrógeno y progestágeno. Cuando la mujer no tenga útero porque ha sido histerectomizada, y por lo tanto no existe endometrio para proteger, se usará solamente estrógeno. La relación estrógeno-hiperplasia-cáncer de endometrio obliga al médico que indica THM a efectuar la vigilancia endometrial. Esta vigilancia debe basarse en el control de la metrorragia que pudiera producirse durante el uso de THM, la medición del grosor endometrial por ecografía vaginal y su eventual estudio histológico.

La THM aumenta levemente el riesgo de cáncer de mama en relación directa al tiempo de uso, sin embargo, en el estudio Women Health Initiative (WHI), en la rama de pacientes que habían recibido estrógenos solos, hubo disminución del riesgo relativo de cáncer de mama. Debe realizarse vigilancia mamaria pre e intra tratamiento, a los efectos de detectar precozmente las alteraciones que pudieran producirse.

Terapéutica no hormonal del climaterio

Medidas generales para evitar sofocos: evitar disparadores de síntomas (estrés, alcohol, alimentos condimentados), descansar en ambientes frescos y ventilados, usar ropa de fibra natural cómoda, ejercicios de respiración abdominal lenta y profunda, alimentos ricos en soja, caminatas de 30 minutos por día.

Hábitos de vida saludables: dieta sana rica en lácteos, equilibrada en frutas, verduras, cereales, proteínas, hidratos de carbono, hiposódica, hipograsa e hipo o normocalórica, actividad física, exposición al sol en horarios adecuados. Se sugiere dosar la vitamina D y se existen valores inferiores a 30 ng/ml, suplementarla.

Isoflavonas de soja: son fitoestrógenos o estrógenos naturales que pueden tener un efecto placebo en la atenuación de los sofocos.

Fármacos no hormonales: las drogas ansiolíticas, antidepresivas y los antagonistas dopaminérgicos pueden utilizarse para disminuir los sofocos y los síntomas psicoafectivos. Cuando el objetivo terapéutico es únicamente la prevención y tratamiento de osteoporosis, existe un menú variado de drogas tan eficaces como el estrógeno, como calcio, vitamina D, bifosfonatos y denosumab.

La transición a la menopausia y la menopausia son etapas muy importantes para las intervenciones médicas y la comprensión de los desafíos personales.

Consideraciones finales

Las mujeres exigen más información sobre la menopausia de la que reciben. El conocimiento previo de la menopausia a menudo conduce a una actitud más positiva, y a enfrentarse también de esta manera a los síntomas de la menopausia. Entender la naturaleza de los posibles riesgos del déficit estrogénico ayudará a la prevención, detección y tratamiento. Sin embargo, es necesario que las mujeres accedan a una información que no solo sea completa, sino también creíble y confiable. Para participar en la toma de decisiones compartida, tanto ella como su médico deben estar bien informados. Sin embargo, es difícil ayudar a las mujeres con síntomas de la menopausia a tomar las decisiones apropiadas con respecto a cualquier tipo de tratamiento si la formación en el manejo de la menopausia es a menudo inadecuada. Las sociedades científicas, responsables de la gestión del conocimiento, deben facilitar que los profesionales sanitarios se familiaricen con las opciones de tratamiento para los síntomas de la menopausia a través de una capacitación clínica apropiada.

Bibliografía

- (1) BLÜMEL JE, CHEDRAUI P, BARON G, BELZARES E, BENCOSME A, CALLE A, et al. COLLABORATIVE GROUP FOR RESEARCH OF THE CLIMACTERIC IN LATIN AMERICA (REDLINC). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: A

- detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*. 2012;15(6):542-551. <<https://doi.org/10.3109/13697137.2012.658462>>
- (2) GARCÍA ALBARRACÍN A, ÑAÑEZ M. Climaterio y síndrome génito-urinario. En DM y ERC. Capítulo 6, parte 10. *Diabetes mellitus y riñón. Enfoque transdisciplinario*. 1º ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2022.
 - (3) ÑAÑEZ M. Falla ovárica prematura. En: *Tratado de Reproducción Humana: fisiopatología, fertilización asistida, reprogenética y aplicaciones clínicas*. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, 1º ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ascune; 2020; pp. 555-569.
 - (4) PALACIOS S, NAPPI RE, BRUYNIKS N, PARTICCO M, PANAY N. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric*. 2018;21(3):286-291. <<https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1446930>>
 - (5) ÑAÑEZ M. Síndrome Génitourinario. En: *Climaterio. Lo que hay que saber*. 1º edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ASCUNE; 2019; pp. 213-222.
 - (6) PALACIOS S, NAPPI RE, SHAPIRO M, ROBERTO DE MELO N, OSORIO WENDER MC, FERNANDES CE, PARDINI D, BONASSI MACHADO R, KULAK JR J, CELIS GONZÁLEZ C, MARTINO MT, PIZZI RR, VILLASECA P, STORCH E, DANCKERS LF, HERNÁNDEZ BUENO JA. An individualized approach to the management of vaginal atrophy in Latin America. *Menopause*. 2019;26(8):919-928. <<https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001368>>
 - (7) BAQUEDANO L, SÁNCHEZ S, AZNAR T, CANELO MJ, ESCRIBANO JJ, GONZÁLEZ S, IGLESIAS E, JAIMES J, MANUBENS M, PUY J, MENDOZA N, SÁNCHEZ-BORREGO R, PALACIOS S. Síndrome genitourinario de la menopausia, *MenoGuía AEE*. Primera edición 2020.
 - (8) FEDERACIÓN ARGENTINA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FASGO). Consenso FASGO: 2016 Estado actual del tratamiento en Climaterio. <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRATAMIENTO_EN_CLIMATERIO.pdf>
 - (9) COBIN RH, GOODMAN NF, AACE REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY SCIENTIFIC COMMITTEE. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement On Menopause-2017 Update. *Endocr Pract*. 2017;23(7):869-880. <<https://doi.org/10.4158/ep171828.ps>>
 - (10) MONSALVE C, REYES V, PARRA J, CHEA R. Therapeutic management of climacteric symptomatology. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018;64(1):43-50. <<https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2057>>
 - (11) THE NAMS 2017 HORMONE THERAPY POSITION STATEMENT ADVISORY PANEL. Position Statement. The 2017 hormone therapy position statement of The North

- American Menopause Society. *Menopause*. 2017;24(7):728-753. <<https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000921>>
- (12) FAIT T. Menopause hormone therapy: latest developments and clinical practice. *Drugs Context*. 2019;8:212551. <<https://doi.org/10.7573/dic.212551>>
- (13) CANO A, REES M, SIMONCINI T. Comments on the USPSTF draft recommendation statement on menopausal hormone therapy: Primary prevention of chronic conditions. *Maturitas*. 2018;107:A1-A2. <<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.002>>
- (14) LOBO RA, PICKAR JH, STEVENSON JC, MACK WJ, HODIS HN. Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. *Atherosclerosis*. 2016;254:282-290. <<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2016.10.005>>
- (15) SÁNCHEZ BORREGO R, LLANEZA P, MENDOZA N, COMINO R, FERRER J, BAQUEDANO L, et al. AEEM-SEGO Position statement on menopausal hormone therapy. *Progr Obstet Ginecol*. 2018;61(3):232-236. <<http://dx.doi.org/10.20960/j.pog.00094>>
- (16) BABER RJ, PANAY N, FENTON A, IMS WRITING GROUP. 2016 IMS Recommendations on middle-aged women's health and menopausal hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(2):109-150. <<https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>>
- (17) DE VILLIERS TJ, HALL JE, PINKERTON JV, PÉREZ SC, REES M, YANG C, PIERROZ DD. Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Maturitas*. 2016;91:153-155. <<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.001>>
- (18) MARJORIBANKS J, FARQUHAR C, ROBERTS H, LETHABY A, LEE J. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1(1):CD004143. <<https://doi.org/10.1002/14651858.cd004143.pub5>>
- (19) PICKAR JH, BOUCHER M, MORGENSTERN D. Tissue selective estrogen complex (TSEC): a review. *Menopause*. 2018;25(9):1033-1045. <<https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001095>>
- (20) PALACIOS S, MEJÍA RÍOS A. Bazedoxifene/conjugated estrogens combination for the treatment of the vasomotor symptoms associated with menopause and for prevention of osteoporosis in postmenopausal women. *Drugs Today*. 2015;51(2):107-116. <<https://doi.org/10.1358/dot.2015.51.2.2281023>>
- (21) ÑAÑEZ M. Una nueva alternativa al tratamiento hormonal. *Climaterio. Lo que hay que saber*. 1º edición 2019; pp. 583-588.
- (22) JURADO LÓPEZ A, LLANEZA COTO P. Menoguía TSEC. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), junio 2017.

- (23) GOLDSTEIN SR. Selective estrogen receptor modulators and bone health. *Climacteric*. 2022;25(1):56-59. <<https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1936485>>
- (24) COOPER J. Examining factors that influence a woman's search for information about menopause using the socio-ecological model of health promotion. *Maturitas*. 2018;116:73-78. <<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.07.013>>
- (25) LANGER RD, HODIS HN, LOBO RA, ALLISON MA. Hormone replacement therapy – where are we now? *Climacteric*. 2021;24(1):3-10. <<https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1851183>>

