

JOSÉ LUIS CUADROS LÓPEZ
Catedrático de Obstetricia y Ginecología

ÁNGELA MARÍA CUADROS CELORRIO
Especialista en Obstetricia y Ginecología

ANA MARÍA FERNÁNDEZ ALONSO
Especialista en Obstetricia y Ginecología

MARTA EUGENIA CUADROS CELORRIO
Profesora Titular de Bioquímica y Biología Molecular

Tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia Ayer, hoy y mañana



GRANADA
2018

© LOS AUTORES

© UNIVERSIDAD DE GRANADA

Campus Universitario de Cartuja

Colegio Máximo, s.n., 18071, Granada

Tel.: 958 243930-246220

www: editorial.ugr.es

ISBN: 978-84-338-6222-8 • Depósito legal: Gr./321-2018

Edita: Editorial Universidad de Granada

Campus Universitario de Cartuja. Granada

Fotocomposición: María José García Sanchis. Granada

Diseño de cubierta: José María Medina Alvea. Granada

Printed in Spain

Impreso en España

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

*A mi mujer y a mis hijos por el tiempo que no les dediqué.
A mis nietos por darme la fuerza necesaria para llegar al final con dignidad.*

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
PRÓLOGO	13
TERMINOLOGÍA ACTUAL	19
RECUERDO HISTÓRICO DE LA MENOPAUSIA	23
EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA	27
EDAD DE LA MENOPAUSIA	28
MENOPAUSIA, ENVEJECIMIENTO, AVANCEMOS	33
MUJER, SOCIEDAD Y MENOPAUSIA EN EL SIGLO XXI	36
¿DE QUÉ POBLACIÓN NOS ESTAMOS OCUPANDO?	41
TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO THS: AYER (PASADO) . . .	42
TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO THS: HOY (PRESENTE) . .	48
¿DE QUÉ FÁRMACOS DISPONEMOS ACTUALMENTE?	56
TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO THS: MAÑANA (FUTURO)	115
RECOMENDACIONES DE LA IMS (2016)	150
EPÍLOGO	201
BIBLIOGRAFÍA	209

AGRADECIMIENTOS

A don Vicente Salvatierra Mateu, a don José Luis Malde Veiga, a don Emilio Herrera Ventura, a don Fernando Hernández Torres y a don Antonio Belda Becerra por enseñarme los secretos de la profesión.

A don Eduardo Fernández Villoria, a don Santiago Palacios Gil-Antuñano, a don Faustino R. Pérez-López y a don Antonio Cano Sánchez, por haberme introducido en los problemas de la menopausia.

A doña Ana M.^a Díaz Chaves, secretaria del Departamento, por su ayuda en la confección de este texto.

*Todos morimos...
pero a lo largo del tiempo siempre hay quien nos resucita*

PRÓLOGO

Hay un dicho:

«El ayer es historia,

El mañana es un misterio,

El hoy es un obsequio, por eso se llama presente»

Más o menos hace dos años, empecé a escribir este pequeño texto, ¿quizás el último?, no lo sé. La única razón que me trae hasta aquí es brindarle a la mujer lo que he aprendido de ellas y con ellas, teniendo fundamentos suficientes para comunicarle a la población femenina española su «OPORTUNIDAD PERDIDA», por no haber iniciado desde el principio de su menopausia un «TRATAMIENTO PREVENTIVO», que abarca muchas facetas como comprobarán si leen el texto; sin embargo para mí, lo mejor, en ausencia de contraindicaciones, es suplir la función óvarica que de «forma natural desaparece» por su antigua producción hormonal, es decir, estradiol y progesterona. Estos tratamientos se los pueden ustedes encontrar con distintas siglas: TE, THR, THS, MHS; como pueden ustedes comprender estas siglas son «verdaderas discusiones bizantinas «que lo único que pretenden es «arreglar» el desperfecto psicofísico del «fracaso natural óvarico». ¿Qué pensaríamos los hombres si nuestros testículos dejarán de funcionar fisiológicamente a los 50 años? ¿Qué es un proceso natural? NO ME LO CREO NI YO MISMO.

¿Cómo he llegado hasta aquí? como dicen en mi pueblo «a pulso». Nací en Tomelloso (Ciudad Real) en 1947. Nadie llega a mi edad sin

arrepentirse de algo; tuve que hacer todas las reválidas y las pruebas de acceso a la Universidad, y no me pasó nada, teníamos tiempo para todo; me tuvieron que soportar en dos colegios, uno en Tomelloso (Sto. Tomás de Aquino de los Padres Carmelitas) y otro en Jaén (Virgen de la Capilla, de los Hermanos Maristas). A los dos, gracias. Hay que reconocer que nacer en La Mancha tiene su importancia ya que los manchegos tenemos facilidad para adaptarnos a las situaciones difíciles y sobrevivir. Parece que los españoles de antes, hoy llamados «la ciudadanía», aguantábamos más; no recuerdo suicidios frecuentes, acosos en el colegio..., nadie se metía con nadie; si esto ocurría la solución era inmediata, dos collejas, una patada bien colocada y asunto solucionado. Allí en mi tierra aprendí de los mayores: tradición, que la palabra dada era sagrada y a respetar a las mujeres y niños de por vida.

Con este pequeño bagaje y en mi etapa de niño-joven conocí a don Néstor Salido Chumillas y a don Manuel Más Pérez, mis médicos de cabecera en el pueblo; como no había Seguridad Social todavía, la asistencia médica se hacía por iguales. Los dos despertaron mi vocación médica (soy el primer universitario de mi familia) y creo que para mí eran auténticos gurús; a los dos gracias.

Me vine a la Facultad de Medicina de Granada con 17 años y antes de cumplir los 22 ya era médico (junio-1970). En septiembre me fui a la «MIL» (era obligatoria); entré en un mundo diferente e hice grandes amigos, de todas las clases sociales y con diferentes grados de cultura dependiendo, claro está, de las oportunidades que cada uno había tenido en su vida y allí en el cuartel, con tanto joven con escasos conocimientos apareció mi «VOCACIÓN DOCENTE»; los soldados, los días de mal tiempo, al estar acuartelados, los universitarios dabamos charlas y a mí me escuchaban con una atención y un respeto que hasta entonces no me había manifestado nadie. En este momento aprendí que de las «TRES VOCACIONES DE AMOR» que existen: sacerdocio, medicina y docencia, Dios había tenido la deferencia de darme las dos últimas. Durante este tiempo hice la licenciatura y me preparé el MIR.

Fui el primer MIR de Ginecología del Hospital Clínico de San Cecilio que entonces era dependiente de la Universidad de Granada.

Don Vicente me acogió con su talante típico, distante pero paternal. Él fue el que me indicó que en la docencia tenía que llegar hasta el final; quiero añadir que a lo largo de su vida a los que trató de una manera especial fue al primer José Luis (Dr. Malde) y al último (Dr. Cuadros), ya que nos llamaba por nuestro nombre, tuteándonos, inverosímil para los demás. Cuando lo jubilaron obligatoriamente a los 65 años vi cosas que no es el momento de contarlas ahora. Don Vicente venía casi todos los días a la biblioteca del Departamento y cuando yo me iba, si podía, nos íbamos juntos para casa y hablábamos de nuestras cosas pasadas, presentes y futuras. Semanas antes de morir, con lo duro que parecía, me dijo: –José Luis, jamás pensé que el único que me sería fiel hasta el final serías tú, y le contesté, como dije al principio, que la lealtad y el respeto me lo enseñaron en mi pueblo desde que era un muchacho.

La verdad es que con la ayuda de Dios, con la paciencia de mi familia y trabajando he llegado a donde siempre quise y en el sitio que me adoptó, Granada.

Si piensas en el tiempo que te queda ni siquiera lo disfrutas; algún día aprenderé que tengo más pasado que futuro.

José Luis CUADROS LÓPEZ
Catedrático de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Universidad de Granada
Almuñecar, agosto 2017

Siempre me siento feliz, ¿sabes por qué?
Porque no espero nada de nadie;
Esperar siempre duele.
Los problemas no son eternos,
Siempre tienen solución.
Lo único que no se resuelve es la muerte.
La vida es corta, por eso ámala,
Sé feliz y siempre sonrío.
Vive intensamente y recuerda:
Antes de hablar..., escucha
Antes de escribir ..., piensa
Antes de criticar ..., examínate
Antes de herir..., siente
Antes de orar perdona
Antes de odiar....ama
Antes de gastar....gana
Antes de rendirte..., intenta
ANTES DE MORIR..., ¡VIVE!

W. Shakespeare

TERMINOLOGÍA ACTUAL

MENOPAUSIA. Palabra de origen griego (mens = mes y pausis = suspensión), es el periodo de la vida de la mujer cuando deja de menstruar, como consecuencia normal del paso del tiempo. Comprende una serie de eventos físicos, emocionales y sociales relacionados con el cambio hormonal generado por la menor actividad de sus ovarios; esta etapa marca el final de la vida reproductiva.

El Comité Científico de la OMS y la Sociedad Internacional de Menopausia en su Primer Congreso Internacional celebrado en la Grand Motte (Francia) en 1976 y aceptado por el Board de la International Menopause Society en octubre de 1999, apoyado por la Conferencia de Consenso de 2003 de la SEGO (1), han consensuado unas definiciones para evitar errores terminológicos:

CLIMATERIO. Es un periodo de la vida de la mujer que va desde la época de madurez y plena capacidad reproductiva hasta la senectud. Se enmarca, pues, entre dos épocas bien diferentes: la madurez sexual y reproductiva por un lado, y la senectud por otro. En esta fase hay una fecha clave la última menstruación.

MENOPAUSIA. Es la fecha de la última menstruación. Es uno de los sucesos del climaterio. Para considerar una menstruación como la última deben transcurrir al menos 12 meses sin la misma; este hecho es el resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica, en ausencia de otras causas biológicas, fisiológicas y patológicas.

PREMENOPAUSIA. Es un periodo de tiempo anterior a la menopausia. Se inicia cuando aparecen las primeras alteraciones hormonales, más que las clínicas, en el declinar de la función ovárica.

PERIMENOPAUSIA. Hace referencia a los años cercanos a la menopausia, cuando hay modificaciones hormonales y manifestaciones clínicas. Incluye también el año posterior a la última menstruación antes de la última regla del apartado 2.

TRANSICIÓN MENOPÁUSICA. Periodo de tiempo entre la madurez sexual y reproductiva y la postmenopausia.

MENOPAUSIA PRECOZ. Es aquella que aparece antes de los 40 años.

MENOPAUSIA TARDÍA. Es aquella que aparece después de los 55 años.

SENILIDAD O GERIATRÍA GINECOLÓGICA. Abarca por lo general a partir de los 65 años.

La concentración circulante de estradiol después de la menopausia es de alrededor de 10-20 pg/ml, procedente en su mayoría de la conversión periférica de la estrona, que a su vez deriva principalmente de la conversión periférica de la androstendiona. La concentración circulante de estrona es de 30-70 pg/ml. La tasa de producción postmenopáusica media de estrógenos procede casi en su totalidad, si no todos, de la conversión periférica de andrógenos. La producción de estrógenos por los ovarios no se mantiene después de la menopausia; no obstante las concentraciones de estrógenos en las postmenopáusicas pueden ser importantes por la conversión extraglandular de androstendiona y testosterona en estrógenos. El efecto clínico de este estrógeno varía de una mujer postmenopáusica a otra en función del grado de producción extraglandular, modificado por diversos factores sobre todo y probablemente por la capacidad del tejido graso de aromatizar andrógenos. Este hecho y una disminución de las concentraciones de globulina fijadora de hormonas sexuales (que origina un aumento de las concentraciones de estrógenos libres) contribuyen a la asociación bien conocida entre la obesidad y el desarrollo de cáncer de endometrio. Con la edad avanzada, la contribución suprarrenal de precursores para la producción de estrógenos resulta escasa y su producción es in-

suficiente para mantener los tejidos sexuales secundarios. Hay pacientes cuya reacción al hipoestronismo puede llegar a ser discapacitante, mientras que en otras pueden ser mínimas o pasar desapercibidas hasta que se efectúa una evaluación clínica detallada (SPEROFF, 15; CUADROS, 41). Cómo dicen los versos de ELIOT todo es cambiante:

El tiempo presente y el tiempo pasado
 Acaso están presentes en el tiempo futuro
 y tal vez el futuro lo contenga el pasado.
 Si todo tiempo es un presente eterno
 todo tiempo es irredimible.
 Lo que pudo haber sido es una abstracción
 Que sigue siendo perpetua posibilidad
 sólo en un mundo de especulaciones
 lo que pudo haber sido y lo que ha sido
 tienden a un solo fin, presente siempre.
 Eco de pisadas en la memoria.
 Van por el corredor que no seguimos
 hacia la puerta que no llegamos nunca a abrir
 y da al jardín de rosas. Así en tu mente
 resuenan mis palabras
 pero no sé
 con cual objeto perturbamos el polvo que vela el cuenco en donde
 están los pétalos
 de rosa.
 Y otros ecos
 habitan el jardín. ¿Vamos tras ellos?
 de prisa, dijo el pájaro, encuéntralos, encuéntralos
 al dar la vuelta a la esquina, tras la primera puerta
 en nuestro primer mundo. ¿Vamos en pos
 del hallazgo del tordo? En nuestro primer mundo
 allí estaban solemnes, invisibles;
 se movían sin premura sobre las hojas muertas.
 Bajo el calor del otoño, en el aire vibrante
 y el pájaro silbó en contestación
 a la inaudible música oculta entre las plantas
 y el destello de una mirada no vista cruzó el espacio.

Porque las rosas tenían aspectos de flores contempladas,
eran como nuestros huéspedes. Aceptados y aceptantes.
Así pues avanzamos y, ello, en procesión formal
caminaron también por el desierto sendero
hasta llegar a las rotondas con el seto de arbustos.
Y miraron entonces el estanque drenado.
Seco el estante, seco su suelo, secos los bordes.
Y se llenó el estanque de agua solar.
En silencio, en silencio se alzaron los lotos,
la superficie brilló desde el corazón de la luz
y ellos quedaron tras nosotros reflejándose en el estanque.
Luego pasó una nube y se vació el estanque.
Váyanse dijo el pájaro, porque los fondos están llenos de niños
que alegremente se ocultaban y contenían el río.
Váyanse, váyanse, dijo el pájaro: el género humano
no puede soportar tanta realidad.
El tiempo pasado y el tiempo futuro,
lo que pudo haber sido y lo que ha sido
tiende a un solo fin, el presente siempre.

Cuatro cuartetos

T.S. ELIOT (25/09/1888)

RECUERDO HISTÓRICO DE LA MENOPAUSIA

Desde el principio de la Humanidad se observó que, tanto en el hombre como en la mujer, el envejecimiento se acentúa cuando decaen las funciones sexuales: a partir de la menopausia en la mujer y de la andropausia en el hombre; por tanto, se supone que todo lo que potencie la capacidad sexual del hombre o de la mujer detiene el envejecimiento y, por tanto, rejuvenece. Actualmente sobresale la tendencia a ampliar la conceptualización de la menopausia más allá de su enunciación como cese menstrual y origina un término más amplio, que dirige la atención a otros escenarios de la vida, no solo el físico –la menstruación–. Los términos climaterio y menopausia asumen significados, características y alcances particulares según las preferencias de quien las utilice. Desde la postura «biomédica», en términos estrictos, la menopausia es la última menstruación y el proceso total del declive de esta fase es el climaterio; «pero el vocablo Menopausia es comúnmente empleado para definir ambos», con lo cual todo el proceso biopsicosocial queda ligado al cese menstrual (CHINCHILLA-BADILLA, 2).

En papiros egipcios se señalaba a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas y como rojas a las que menstruaban. En el papiro egipcio de EBERS de la dinastía XVIII (1550 a.C.), en el fragmento 833, se hace referencia precisa a la menopausia y a las sensaciones de calor comparables a las tuforadas o sofocos, dice textualmente: «su cuerpo es como si hubiese fuego bajo él». HIPÓCRATES describe las edades de la mujer, haciéndolas múltiplo de 7 y habla de 14 años para

la menarquia y 49 para la menopausia, señalando en sus escritos el cese de las menstruaciones; pero es ARISTÓTELES (384-322 a. C.) cuando describe en su *Historia Animalium* que alrededor de los 50 años cesa la menstruación, considerando a esta como una forma de desintoxicación de los venenos de la sangre de la mujer y si esta no se producía, se debían usar purgantes y otros unguentos para desintoxicar a la mujer, con la importante morbilidad que esto ocasionaba (DAVID, 3). De este modo, al considerar la descarga menstrual como venenosa se comprende la base que sustentaron mitos y creencias diversas desde la cosmovisión greco-romana, como el «que las postmenopáusicas eran las más indicadas para proferir maldiciones, ya que su sangre sabia quedaba retenida dentro de sus cuerpos y esto les proporcionaba un poder sobrenatural que hacía que sus palabras se hiciesen realidad (HALL, 4).

Desde las culturas griega y romana, pasando por la Edad Media e incluso más allá, sobresale el concepto del cese del flujo menstrual como una señal de inferioridad y peligrosidad. Más aún, se configura paulatinamente la imagen de una mujer-bruja-postmenopáusica dominada por el veneno retenido en su sangre y a la que se debe tener a distancia, es decir, se le debe excluir y rechazar. Esta teoría de la retención del veneno prevaleció y justificó hasta finales del siglo XVIII; hasta entonces, se aplicaban sanguijuelas en los genitales o cortes en las venas para liberar a las mujeres de la sangre retenida (HUNTER, 5).

La descalificación de la naturaleza femenina y sus procesos llevan a situaciones de mutilación y de violencia contra la mujer que van preparando el terreno para la violencia de género. Cabe señalar que este conglomerado de significados sombríos y malignos asignados al cese menstrual permaneció vigente durante el Renacimiento (DELIUS, 6). Así durante esta época la menstruación se consideró como un fluido peligrosísimo que debía ser evacuado: era sangre corrompida, formada por residuos melancólicos, generadora de enfermedades, en especial de lepra (GIBERT, 7).

El fin de la menstruación no poseía una denominación específica. Solo era descrito por la ausencia de sangre (2); pero a su vez «el cese menstrual» recibió enfoques distintos apareados con el inicio de las

revoluciones francesa e industrial. Los médicos de las «LUCES» a partir del siglo XVIII y XIX, empezaron a validar la medicalización del cuerpo de las mujeres, la alianza entre médicos y familias y la aceptación médica de la naturaleza femenina: sexualmente pasiva, frágil, emotiva, dependiente y predestinada a la maternidad.

Empieza a perfilarse la veneración y la sacralización del rol maternal de manera que la menstruación es progresivamente valorada como posibilidad de engendrar vida y, por consiguiente, como el reconocimiento desde la mirada masculina. No así la menopausia que representaría la antítesis de estos ideales (2). Al terminar el rol como productoras de seres humanos, las mujeres pierden su valor en el mercado de trabajo y ven disminuida su importancia en la sociedad (ALMEIDA, 8). Esta incipiente sociedad industrial coincidente con los postulados de la Ilustración condujo a un mayor interés de los médicos franceses por el cese menstrual, al punto que «Francia se convirtió en el centro del estudio de la menopausia» y se escribieron tesis y libros, uno de los cuales fue escrito por GARDANNE, quien en 1816 fue el primero en usar el término de *menespausie*, que luego abrevió a *menopause* (9, 10).

Cabe resaltar que este concepto tiene sesgos evidentes, ya que las mujeres que consultaban por este motivo y en las cuales se esboza un Síndrome menopáusico, provenían de clases altas, negándose la existencia de este problema en las campesinas, es decir, este nuevo padecimiento se presentaba como exclusivo de las mujeres «nobles» (HUNTER, 5). Hasta el descubrimiento de la relación entre la función ovárica y el cese menstrual en 1857, la menopausia era considerada como una «enfermedad francesa». De igual manera, acota que la moral religiosa predominante en la era victoriana «acusaba a los síntomas de la menopausia de ser el resultado de imprudencias sexuales previas, además de que la expresión sexual en las mujeres menopáusicas se consideraba absurda o trágica» (5).

Como complemento de esta desviación de la menstruación, la menopausia también se consideraba no solo como «una enfermedad incurable, la muerte de la mujer dentro de la mujer», sino también como «una dolencia» y «un período de desarreglos mentales y físicos», así como una «señal de pecado y descomposición» (2).

A finales del siglo XIX otros escritos presentaban la menopausia como posible causa de «psicosis y cambios de personalidad tales como irritabilidad, descontento y malhumor» o generalizaban el «diagnóstico de melancolía evolutiva –psicosis de la menopausia–» otros la describían como «una gradual desaparición de la gracia femenina», que culminaba en enfermedades mentales, irracionalidad patológica, formas menores de histeria, melancolía, tendencia a la bebida, cleptomanía y hasta asesinato, todo encaminado a validar a la menopáusica como un ser emocionalmente inferior, cercano a la locura. A la luz de estos conceptos se trataba a la mujer introduciendo hielo en vagina, sedantes, morfina, sangría con sanguijuelas en la nuca, detrás de las orejas, vulva, cérvix..., (2, 5).

En 1845 COLOMBAT de L'ISERE escribía sobre la menopausia de una manera mucho más negativa: «destinada a acusar el paso del tiempo, la mujer ahora deja de existir para las especies... sus rasgos llevan impresos el paso de los años y sus órganos genitales están sellados con la señal de la esterilidad..., todo está calculado para causar lamento por los encantos perdidos y los gozos que se han acabado para siempre (O'DOWD, 11).

Así, al final del siglo XIX el cese menstrual descalificaba a las mujeres y continuaban siendo presa del sadismo de sus médicos. Un buen ejemplo del pensamiento inexacto es el siguiente escrito de 1887 (12): «Los ovarios, después de muchos años de servicio, no tienen la posibilidad de jubilarse a una edad avanzada digna, sino que se irritan y transmiten esta irritación a los ganglios abdominales, que a su vez la transmiten al cerebro, lo que ocasiona trastornos en el tejido cerebral que se manifiestan con nerviosismo extremo o un brote de locura» (FARNHAM, 12).

Como vemos la idea de los trastornos de conducta es una creencia antigua que ha persistido hasta la época contemporánea. Con frecuencia se han atribuido a la menopausia problemas derivados de acontecimientos vitales. No obstante, algunos datos revelan ahora que el incremento de la mayoría de los síntomas y problemas en las mujeres de mediana edad refleja circunstancias sociales y personales derivados de

acontecimientos vitales y no de los fenómenos endocrinos de la menopausia (HAUSTRÖN, 13 y DENNERSTEN, 14). No solo es importante que los médicos estén familiarizados con los hechos relacionados con la menopausia, sino que además tengan una actitud y una filosofía apropiadas con respecto a este periodo de la vida. La intervención médica debe considerarse como una oportunidad para ofrecer y reforzar un programa de asistencia sanitaria preventiva: planificación familiar en edades avanzadas, abandono del tabaco, control del peso corporal y del alcohol, prevención de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, mantenimiento del bienestar mental (incluida la sexualidad), cribado de cánceres, tratamiento de problemas urológicos...; creo que es el momento de resaltar la hormonoterapia postmenopáusica como tratamiento específico a corto plazo y como preventivo a largo plazo (SPEROFF, 15).

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA

La mujer es el único ser capaz de sobrevivir al cese de la actividad de sus ovarios. La menopausia por tanto es un fenómeno típico de la especie humana. Su significado es discutido; se ha señalado que quizás evite que las últimas maduraciones foliculares con ovocitos anormales sean el origen de fetos malformados o bien, en una especie como la nuestra en la que el niño es un ser totalmente indefenso durante un largo periodo de su vida, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las crías animales, es necesario asegurar a la madre una edad máxima apta para la gestación y el parto, así como la supervivencia de años para el cuidado y tutela de sus hijos (CUADROS, 16).

Con el paso del tiempo, la esperanza de vida de la mujer se ha incrementado de forma espectacular. 1000 años a. C. este hecho se centraba en torno a los 18 años; pocas de ellas llegaban a los 40 años. En la época de Grecia y de Roma, llegaba a los 45 años y ya en 1900 en América era de 49 años. Hoy día, está en torno a los 84-85 años en los países desarrollados. Según las encuestas del INE, un rapidísimo incremento en menos de un siglo (17). De manera que hoy día en España el 20, 63 % de las mujeres tienen 45-59, el 15,13% 60-74 y el 14,71

tiene más de 75 años. Es decir, el 50,47 % de la población femenina actualmente está en la perimenopausia o en la menopausia establecida, lo que supone un colectivo muy numeroso, con nuevas necesidades y expectativas que requieren una dedicación especializada y de calidad. Como cabría esperar, la mayor parte de esta población se concentra en Cataluña, Andalucía, Madrid y Valencia. Por otra parte, este colectivo tiene unas tasas de actividad laboral que está en incremento (64% entre 45-54 años) con lo cual la mujer en esta etapa de la vida, necesita sentirse bien para poder seguir ejerciendo su labor, dentro y fuera de casa, a lo cual los médicos/ginecólogos debemos saber responder. Además, se observa una tendencia creciente de este grupo de edad lo que conlleva a situarse en tres niveles distintos y conocer los problemas que pueden aparecer por:

1. Disminución o pérdida de los niveles de estrógenos y /o progesterona.
2. Síntomas vasomotores y mialgias.
3. Distress subjetivo (fatiga, trastornos del sueño, pérdida de interés, etc.).

Estos datos indican que el 57,7% de la población femenina menor de 65 años los padecen, en mayor o menor intensidad. El 73,6% afecta a las edades comprendidas entre 65 y 79 años y el 26,4% a las mayores de 80 años. La tasa de dependencia de las mujeres de 65 años es del 24%, es decir, por cada persona mayor de 65 años existen 4 personas en edad activa (CUADROS, 17). Las comunidades con mayor envejecimiento de la población mayor (80 años o más) son: Castilla y León (30%9), Navarra (29,8%), Aragón (29,75%), Cantabria (29%), Asturias (28,8%), Galicia (28,2 %) y Castilla-La Mancha (28%) (CUADROS, 17).

EDAD DE LA MENOPAUSIA: SU IMPORTANCIA

ARISTÓTELES (384-322 a. d. C.), consideraba que la menstruación cesaba a los 40 años pero que podía continuar hasta la década de los 50. En el siglo VI d. d. C. AETIUS DE AMIDA coincidía también con esto y

señalaba que la menstruación cesaba entre los 35 y 50 años de edad; lo mismo sucedía en la Europa medieval. Sin embargo, muchas mujeres no vivían lo suficiente para llegar a la menopausia. La edad media de defunción en la antigua Roma era de 34 años para las mujeres y 46,5 para los hombres; mientras que en Atenas eran 35 años para las mujeres y 44 para los hombres. En el siglo XVII el 28% de las mujeres vivían lo suficiente para experimentar la menopausia. Hoy por hoy, por término medio la mujer va a pasar 1/3 de su vida en estado de postmenopausia. La edad de la menopausia no guarda relación con la menarquía, el peso, la talla, la raza o los factores socioeconómicos. La nuliparidad se asocia a una menopausia más temprana en comparación con la multiparidad. También se ha indicado que en las fumadoras se adelanta (11).

En la bibliografía alemana (PRILL, 18) se indica que la edad de la menopausia está sometida a oscilaciones individuales. En los últimos decenios cada vez es más tardía, indicando que en la Antigüedad por término medio era a los 40 años y que este hecho ha ido retrasándose con el tiempo hasta alcanzar en el siglo XIX la edad de los 45 años. En la actualidad, lo probable es que un 50% de las mujeres alcancen la menopausia como media los 49,2 años. Como curiosidad indicar que la menopausia suele ocurrir con más frecuencia en primavera que en otoño (WAGNER, 19).

La esperanza de vida para las mujeres en España se ha incrementado paulatinamente, manteniéndose constante la edad media de la menopausia situándola en torno a los 47 años (17). En general, si se resumen los diversos datos comunicados, se puede decir que oscila entre los 46,9 y 50,1 años de edad (CABALLERO, 20; BOTELLA, 21; MIÑANO, 22; SALVATIERRA, 23). Para conocer el perfil de la mujer menopáusica en nuestro país la AEEM decidió realizar una encuesta poblacional, durante el mes de noviembre de 1999. Las mujeres fueron preguntadas en su domicilio por personal de la empresa INVIMARK (17). En nuestra encuesta, el 74,5% de las mujeres mayores de 55 años referían haber padecido algún síntoma relacionado con la menopausia, siendo el síntoma más común el sofoco (68,9% de las mujeres con síntomas); sin embargo, estos síntomas no parecen constituir un motivo

para acudir al médico ya que solo consultaron el 64,3%. Según nuestros datos, el hábito de fumar lo tiene el 23% de las mujeres y el 36,4% ingieren bebidas alcohólicas en alguna ocasión, aunque solo el 7,7% lo hace de manera habitual. No es fácil establecer qué patologías se asocian con el déficit hormonal y que otras al proceso del envejecimiento.

Factores ambientales y hábitos personales relacionados con el estilo de vida condicionan la aparición de la obesidad en los países industrializados. La Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (24) determina que las mujeres con IMC de 30 representan el 17.9 % entre los 45 y 54 años y el 24,1 entre 55 y 64 años. Durante su tiempo libre, el 47,1% de las mujeres entre los 45 y 64 años declara realizar algún tipo de ejercicio físico. La evolución de la tensión arterial con la edad es diferente en el hombre y en la mujer; las cifras son más elevadas en varones por debajo de los 40 años; entre los 40 y los 50 años se cruzan las curvas y a partir de los 50 años, son las mujeres quienes presentan tensiones más elevadas. Varios factores influyen para que esto ocurra: el déficit de estrógenos, el estilo de vida, la dieta. La carga hereditaria... Entre nosotros, el 14,1% de las mujeres entre 45 y 54 años y el 34% entre 55 y 64 años tienen cifras sistólicas superiores a 160 mm/Hg y/o diastólicas superiores a 95 mm/Hg. De igual manera, en nuestro medio el 19.9% de las mujeres entre 45 y 54 años y el 25,6% de las mujeres entre 55 y 64 presentan cifra de colesterol total en sangre superiores a los 250 mg /cc. Las defunciones relacionadas con el aparato circulatorio son la principal causa de muerte en nuestra nación, tanto en hombres como en mujeres, aunque hay que señalar que en éstas la cifra es superior. La morbilidad y el grado de discapacidad que originan son también elevados. Dentro de este grupo de patologías, la enfermedad cerebrovascular es la más común en las mujeres seguida de la enfermedad isquémica del corazón; parece ser que las tasas más altas se encuentran en Valencia, Extremadura, Andalucía y Murcia. La segunda causa de mortalidad en España es el cáncer; la neoplasia maligna más frecuente en la mujer española y la que más muertes produce es el cáncer de mama, siendo la tasa de mortalidad de 30 por 100.000 mujeres. El segundo tumor maligno en la mujer es el

cáncer colorectal, con una tasa de mortalidad de 25,8 por 100.000 habitantes: 11,1 para las mujeres entre 45 y 54 años y 26,1 para las de 55 a 64 años (Encuestas nacionales del MSC y del INE: 24, 25, 26, 27). Si es una ventaja una despedida terminal, lo es más para quien se queda, ya que tiene por delante la noche y el consuelo del sueño; tengamos despedidas dignas; se pierde la vida pero nos quitamos la muerte de una vez y para siempre.

Morimos de cáncer y de sida, de infarto, de sobredosis, de puñaladas, de un tiro..., morimos de angustia y de amor, pero de lo que más morimos es de aburrimiento; toda muerte es una incógnita y esta nos mantiene vivos porque así discutimos la causa de la muerte de los demás.

Sobre la osteoporosis, se estima que esta afecta en España a unos dos millones y medio de personas y que es la causa directa de unas 25.000 fracturas anuales. Hay datos que hablan de que un 32% de mujeres mayores de 40 años sin alcanzar la menopausia, tienen valores de DMO que indican riesgo de fractura. Estos porcentajes aumentan con la edad y se ha indicado que alrededor del 27% de mujeres que consultan por su menopausia presentan según su DMO osteopenia/osteoporosis (GONZÁLEZ Y CUADROS 28; DUEÑAS, 29 y 30; TORREJÓN, 31). Las mujeres entrevistadas por nosotros notan irritabilidad en el 14,2% y el 11.2% se sienten deprimidas. La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes debidas a suicidios y lesiones autoinfligidas es del 3.9 para las mujeres entre 45 y 54 años y de 6, 3 para las mujeres entre 55 y 64 años (17).

Aunque varios factores pueden influir sobre la edad de aparición de la menopausia (herencia, tabaco, edad de la menarquía, la paridad, el estado civil, la profesión, la toma de anovulatorios, el estado socioeconómico, la raza, el clima, la obesidad, el ejercicio excesivo, la constitución, la residencia en zona rural o urbana...), no parecen existir cambios considerables entre unas regiones y otras de España; de modo que la edad media de la menopausia es similar para todos los autores que han considerado el tema. Los hábitos saludables de las menopáusicas españolas no son proporcionalmente malos (17).