

Santiago Palacios  
Director del Instituto Palacios de  
Salud y Medicina de la Mujer. Madrid  
(www.institutopalacios.com)

“**La terapia hormonal  
sustitutiva utilizada  
en mujeres menores  
de 60 años o con  
menos de 10 años  
de menopausia  
tiene claramente  
más beneficios  
que riesgos**”

## Salud de la mujer en la edad madura

**H**erencia, biología, edad, sexo y estilo de vida son los determinantes más importantes de la vida y salud del ser humano. Los genes y la edad no son modificables, la herencia difícilmente, la biología femenina tampoco, pero sí sus consecuencias, su posición en la sociedad y su estilo de vida.

En general, la percepción de la calidad de vida depende del hábitat y el entorno cultural donde se vive, y por tanto difiere de unas sociedades a otras. En este sentido, la biología de la mujer madura no difiere de unas sociedades a otras, pero sí su percepción y sus consecuencias en la salud y calidad de vida. Así, la edad de la menopausia no ha variado a lo largo de los siglos, pero sí sus consecuencias en sociedades donde la expectativa de vida es muy alta y en las que la mujer vive más de 30 años de su vida en esta etapa.

Las palabras «climaterio» y «menopausia» significan algo más en la vida de la mujer.

Estamos hablando de la repercusión que tiene esta etapa en la vida de la mujer no sólo en términos de salud física, sino también desde un punto de vista psíquico y sociológico. En una sociedad tan opresiva como la nuestra, a medida que se van cumpliendo años, la mujer se lleva la palma debido a la importancia que tienen los estereotipos sociales como clave del éxito social (juventud, belleza, delgadez, etc.). Afortunadamente, muchos de estos conceptos están cambiando, aunque hay que seguir y perseverar en estos cambios.



©racom/123rf.com

A partir de la década de 1970, resurge el interés y la investigación sobre lo que supone el declive hormonal de la menopausia y sus consecuencias desde un punto de vista biológico, psíquico y social, y ello se debe, en parte, a la demanda de millones de mujeres que saben que la menopausia es un hecho biológico más a lo largo de su vida, no un estigma, y que los potenciales problemas asociados a ella junto al paso de los años pueden ser prevenidos o controlados. No se trata de entrar en la lucha de la «medicalización» o no de una etapa de la vida de la mujer, sino de luchar y no perder el estado de salud que se tenía o, incluso más aún, conseguir un momento especial en el que estado de salud físico y psíquico vayan de la mano.

Estamos en el siglo XXI, un siglo que debería ser clave en la mejora de la calidad de vida del ser humano, y la gran expectativa de vida de nuestra sociedad actual implica que van a aumentar mucho las enfermedades crónicas. Es cierto que la menopausia es una etapa más en la vida de la mujer, un hecho inherente a la condición femenina, pero no debemos aceptar como normales sus consecuencias perjudiciales o negativas.

La aparición de trastornos o síntomas relacionados con el déficit hormonal puede afectar de forma muy negativa a las mujeres que los sufren. Me estoy refiriendo al famoso «síndrome climatérico» o cortejo de síntomas típicamente relacionados con el déficit hormonal, como sofocos, sudoración nocturna, cambios de humor frecuentes, trastornos del sueño, dolores articulares y musculares (artralgias y mialgias), etc.

Los síntomas, los cambios del cuerpo, la tendencia al aumento de peso, la atrofia genitourinaria, la enfermedad cardiovascular o la osteoporosis son otros problemas reales derivados o relacionados no sólo con la edad o los estilos de vida, sino también con el déficit de estrógenos.

Uno de los consejos más importantes que hay que darle a una mujer a esta edad es que busque información. Debemos tener en cuenta que los cambios relacionados con la menopausia comienzan a menudo varios años antes, y que continuarán varios años después. Es importante conocerlos y seguir una serie de recomendaciones (entre las que englobamos el ejercicio físico y una alimentación sana y equilibrada), y en ocasiones también tratarlos.

En la última década, las posibilidades terapéuticas sobre la sintomatología menopáusica y la prevención de la mayoría de las consecuencias han mejorado mucho. Hoy podemos individualizar cada tratamiento y adaptarlo a cada paciente, teniendo en cuenta su edad y su historia clínica, así como sus deseos.

### **Nuevas posibilidades en el tratamiento de la sintomatología climatérica**

El famoso estudio WHI (2002), en el que la terapia hormonal sustitutiva salió mal parada, ha hecho que se investigara mucho el papel de los estrógenos, de los progestágenos y, finalmente, la combinación de ambos.



©Dmitriy Shironosov/123rf.com

“**Es cierto que la menopausia es una etapa más en la vida de la mujer, un hecho inherente a la condición femenina, pero no debemos aceptar como normales sus consecuencias perjudiciales o negativas»**

Quince años después de la aparición de estos estudios, de reanalizar al detalle todos los resultados y de hacer otros estudios para comprobar los resultados, la Sociedad Internacional de Menopausia (IMS, por sus siglas en inglés), junto con muchas otras sociedades médicas, ha publicado una serie de recomendaciones. Las conclusiones son las siguientes:

- La terapia hormonal sustitutiva utilizada en mujeres menores de 60 años o con menos de 10 años de menopausia tiene claramente más beneficios que riesgos.
- Hay que emplear la menor dosis posible. Hoy afortunadamente tenemos dosis bajas y ultrabajas que antes no teníamos.
- No todos los progestágenos son iguales; la progesterona micronizada y la dehidrogesterona tienen un perfil más favorable.

Creo que estas recomendaciones son conocidas por todos los profesionales que nos dedicamos a la salud. Yo quiero añadir que la mayoría de las mujeres tienen miedo sobre todo al cáncer de mama, y en cambio los datos científicos

dicen que con el uso de estrógenos solos no aumenta el riesgo de cáncer de mama, y con el uso de estrógenos más gestágenos este riesgo puede aumentar pero muy poco, y además dependiendo del uso del gestágeno. El único riesgo claro que existe con la utilización de la terapia hormonal en la menopausia es el de tromboembolia venosa. Por supuesto este riesgo está relacionado sobre todo con la edad, la obesidad y los antecedentes; de ahí la importancia de individualizar.

Hay que señalar que, recientemente, con la intención de mantener la eficacia de la terapia hormonal sustitutiva pero intentando evitar sus riesgos, ha aparecido un nuevo tratamiento hormonal, seguro y sin progestágenos. Es el primer fármaco de un nuevo grupo terapéutico llamado TSEC (*tissue selective estrogen complex*), que consiste en la combinación de un estrógeno (estrógenos conjugados) con un SERM (*selective estrogen receptor modulator*) que es el bazedoxifeno. Esta combinación evita el uso de progestágenos, y ha demostrado eficacia contra los sofocos y una gran seguridad endometrial, sin haberse visto un aumento de riesgo mamario.

### Nuevos avances en el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia

Lo primero que hay que decir en relación con estos avances es que hemos cambiado el nombre de «atrofia vulvovaginal» y/o «vaginitis atrófica» por el de «síndrome genitourinario de la menopausia». Las razones son varias: la primera, que con el nombre actual cubrimos más síntomas derivados de la menopausia, como por ejemplo los relacionados con la incontinencia urinaria; la segunda se debe al hecho de que a muchas personas no les gustan los términos «vulva» y «vagina», y la tercera razón es que la palabra «atrofia» es despectiva. Del mismo modo que cuando un hombre tiene un problema decimos que se trata de una «disfunción eréctil» y no de «impotencia» (dos terminologías muy distintas), en la mujer no hablaremos de «atrofia vaginal», sino de «síndrome genitourinario de la menopausia», con el que cubrimos síntomas como la atrofia vulvovaginal, la incontinencia, etc.

Hasta ahora, el tratamiento de elección han sido los estrógenos locales, que mantienen esta posición. Sin embargo, el cumplimiento con esta terapia es escaso, por varios motivos (entre ellos la palabra «estrógeno» y la ruta de administración). Debido a este hecho, han aumentado y mejorado los hidratantes, tanto vulvares, con factores de crecimiento, como vaginales, con fitosomas y niosomas, que facilitan la penetración en la mucosa vaginal. Estos trata-



©Alexander Pathis/123rf.com

“ El único riesgo claro que existe con la utilización de la terapia hormonal en la menopausia es el de tromboembolia venosa »

mientos han demostrado gran eficacia y seguridad. Además, hoy contamos con un nuevo SERM, llamado ospemifeno, que consideramos como el primer tratamiento no hormonal por vía oral. Este hecho es interesantísimo, ya que abre la oportunidad de mejorar el cumplimiento y la comodidad de uso de la paciente, al ser tan sencillo como tomarse una pastilla al día.

También tenemos otras nuevas posibilidades en esta área, como son las inyecciones de ácido hialurónico en la vagina para mejorar la atrofia y el láser vulvovaginal. Este último está indicado para la atrofia vulvovaginal, pero también para la incontinencia urinaria de esfuerzo, el síndrome de laxitud vaginal y en algunos prolapso y cistocele. Nuestro grupo también está investigando otras indicaciones, como las dermatitis vulvares, tipo liquen esclerótico, o las fisuras o los problemas con las mallas vaginales. El láser es un tratamiento térmico, no doloroso y rápido, que aumenta el colágeno en la vulva y la vagina, y con ello incide en las patologías indicadas con anterioridad.

Como se puede ver hay muchas opciones, muchas posibilidades, y ahí está, por nuestra parte, el arte de saber individualizar e indicar la mejor para una determinada paciente. ●