

varias veces al día, sin embargo el rango puede estar entre uno a dos por día a una por hora durante el día y la noche. Más del 80% de las mujeres que tienen oleadas de calor las continúan teniendo por más de un año. Las oleadas de calor sin tratar ceden espontáneamente a los 4-5 años en la mayoría de las mujeres. Sin embargo algunas mujeres tienen oleadas de calor que persisten por muchos años, con mujeres que reportan síntomas más allá de los 70 años en el 9% de los casos.

2. Trastornos del sueño: una característica preocupante de las oleadas de calor es que son más comunes durante la noche y se asocian con insomnio, que consiste el pronto despertar sin lograr conciliar el sueño nuevamente. Sin embargo las mujeres experimentan trastornos del sueño, incluso en ausencia de fogajes. Este padecimiento se puede presentar aproximadamente en el 46% de las mujeres durante la menopausia. La ansiedad y la depresión pueden contribuir a los trastornos del sueño. Las mujeres con oleadas de calor son más propensas a presentar depresión. Por lo tanto en pacientes con trastornos del sueño, el tratar los síntomas vasomotores, puede disminuir estos trastornos.

3. Depresión: numerosos estudios reportan un incremento significativo en la aparición de depresión en mujeres durante la transición menopáusica, comparado con la premenopausia.

4. Resequedad vaginal: la vagina y la uretra son tejidos dependientes de estrógenos (hormona sexual femenina), por lo cual la disminución de estrógenos que ocurre con la menopausia lleva a un adelgazamiento de la mucosa vaginal. Lo cual lleva a atrofia vaginal, causado síntomas como sequedad vaginal, rasquiña y dolor con las relaciones sexuales. Este síntoma se presenta hasta en el 47% de las mujeres a los 3 años de haber iniciado su menopausia. Los síntomas usualmente empeoran con el paso del tiempo por el descenso de los estrógenos. La vagina toma una apariencia pálida con pérdida de sus rugosidades normales.

5. Función sexual: la deficiencia de estrógenos lleva a una disminución del flujo sanguíneo a la vagina y la vulva, lo cual causa una disminución de la lubricación vaginal. El cuello uterino también se puede atrofiar. La elasticidad de la vagina disminuye haciéndola más corta y angosta. Estos síntomas mejoran mucho con el tratamiento hormonal especialmente con los estrógenos vaginales.

¿CÓMO PUEDEN SER TRATADOS LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES?

Los síntomas vasomotores pueden ser leves, moderados o severos y sus secuelas (alteraciones en el sueño, dificultad para la concentración y por consiguiente la reducción en la calidad de vida) son la principal indicación para el tratamiento. La principal consideración para guiar el tratamiento es: ¿qué tan severos son esos síntomas? Esto refleja en la frecuencia y la severidad de los síntomas vasomotores, que van desde una pequeña sensación de calor

(síntomas leves), pasando por una sensación de calor difícil de soportar (síntomas moderados) hasta una sensación de calor que causa la interrupción de sus actividades normales (síntomas severos).

Se debe informar a las mujeres acerca de los síntomas vasomotores, qué tratamientos conductuales y farmacológicos están disponibles. Para aquellas que requieran terapia farmacológica, el tratamiento hormonal es el más efectivo para el alivio de los síntomas vasomotores, con una reducción de la frecuencia e intensidad de los síntomas en un 75%, mejorando la calidad de vida en pacientes sintomáticas. La terapia de reemplazo hormonal debe ser evitada en aquellas mujeres con sangrado vaginal inexplicado, enfermedad hepática activa, antecedente de cáncer de mama, enfermedad coronaria, trombosis, historia personal de enfermedad tromboembólica. Existe evidencia que los estrógenos aplicados a través de la piel tienen un riesgo bajo de trombosis e infarto de miocardio, comparados con los administrados vía oral, y debe ser la vía de elección para su administración, particularmente en mujeres con alto riesgo de trombosis.

Historia médica	Recomendaciones de uso de terapia hormonal
Historia personal de trombosis	No usar hormonas
Alto riesgo de trombosis	Usar transdérmicos (aplicado en la piel)
Diabetes	Se pueden usar hormonas
Cáncer de mama	No usar hormonas
Menopausia quirúrgica	Ofrecer terapia hormonal
Menopausia prematura	Ofrecer terapia hormonal

Entonces la única indicación actual para la formulación de la Terapia Hormonal de la Menopausia o como era denominada anteriormente Terapia de Reemplazo Hormonal, son los síntomas vasomotores, para lo cual existe un arsenal farmacológico bastante amplio que incluye:

1. Hormonas: estrógenos y progestágenos que son la terapia más efectiva para los síntomas vasomotores, pero teniendo en cuenta las contraindicaciones anteriormente explicadas sobre la trombosis y el cáncer. La dosis de estrógenos o estrógenos más progestágenos debe ser baja al inicio, e ir aumentando hasta lograr el objetivo de disminuir los fogajes. La disminución a la exposición de estrógenos disminuye el riesgo de trombosis, y puede reducir síntomas indeseables como mastalgia, que es el dolor en los senos, y sangrados inesperados

2. SERM: moduladores selectivos de receptores estrogénicos (por sus siglas en inglés): son medicamentos que poseen actividad de estrógenos en algunos órganos, aliviando los

síntomas vasomotores y actividad de progesterona en otros órganos, lo cual evita el riesgo de cáncer de endometrio.

3. Fitoestrógenos: que son más conocidos como los estrógenos de las plantas, en especial los productos derivados de la soya, los cuales pueden tener uso en aquellas pacientes con síntomas leves a moderados.

4. Medicamentos no hormonales: como antidepresivos, la fluoxetina y otros no disponibles aún en el mercado colombiano, el desvenlafaxine y escitalopram, con evidencia suficiente para considerarlos de gran eficacia en la mejoría de los síntomas vasomotores.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA TERAPIA HORMONAL?

La terapia hormonal fue muy utilizada en la década de los 90, logrando que se usará en pacientes que ahora se sabe tienen un riesgo bastante alto de uso de hormonas (como las paciente mayores de 60 años). En general el riesgo es menor en mujeres sanas durante la transición menopáusica o dentro de los primeros 10 años de la menopausia. Al contrario de la terapia combinada (con estrógenos y progesterona) no hay riesgo de cáncer de mama con el tratamiento de estrógenos solos. Existe consenso en que la terapia hormonal no debe ser usada para la prevención de enfermedades crónicas, como enfermedad cardiovascular, diabetes o prevención del deterioro cognitivo y no debe ser iniciada en mujeres mayores de 60 años.

¿POR CUÁNTO TIEMPO SE DEBE DAR LA TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA?

Las guías internacionales indican inicio de la terapia de reemplazo hormonal, dentro de los primeros 10 años de la menopausia, pero no hay claridad de cuándo detenerla. Esta decisión debe ser tomada en forma individual, con su médico tratante idealmente experto en el manejo de la menopausia.

¿CÓMO SE PUEDE MANEJAR LA RESEQUEDAD VAGINAL RELACIONADA CON LA MENOPAUSIA?

Los cambios vulvo-vaginales descritos anteriormente como: resequedad, rasquiña, dispareunia (dolor al tener relaciones sexuales), además de síntomas urinarios frecuentes como, ardor al orinar e infecciones urinarias, al igual que los síntomas vasomotores, usualmente persisten o empeoran con el tiempo. La aplicación de estrógenos vía vaginal es efectiva para el alivio de estos síntomas y no producen cáncer de endometrio e incluso pueden ser utilizadas en pacientes con antecedente personal de cáncer de mama y útero.

¿CUÁL ES EL CONSEJO ACERCA DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES MÁS JÓVENES?

En mujeres menores de 40 años se aplica el término insuficiencia ovárica primaria y, menopausia temprana a mujeres menores de 45 años. Existen dos formas básicas de menopausia temprana:

1. Natural relacionada con la herencia o enfermedades autoinmunes.
2. Adquirida, ya sea quirúrgica (cirugía a través de la cual se extrajeron los ovarios), o por el uso de radioterapia/quimioterapia que pudo afectar los ovarios.

El diagnóstico de la menopausia temprana se realiza por síntomas vasomotores, cambios en el ciclo menstrual y alteraciones hormonales encontradas en el laboratorio, por lo que las mujeres propensas a padecer un alto riesgo (mamá con menopausia antes de los 40 años), o enfermedades autoinmunes, deben estar atentas a consultar con su ginecólogo para establecer el diagnóstico e iniciar el manejo correspondiente. Estas mujeres con menopausia antes de los 40 años tienen síntomas más intensos y se les debe ofrecer terapia hormonal, que se debe mantener hasta la edad promedio de la menopausia, aproximadamente los 50 años. Además la falta de estrógenos a una edad temprana, aumenta el riesgo de osteoporosis, infarto, entre otras. Lo cual refuerza aún más la indicación de administrar terapia hormonal en estas pacientes con menopausia temprana.

OTRAS CONDICIONES RELACIONADAS CON LA MENOPAUSIA

OSTEOPOROSIS:

Es una enfermedad sistémica, esquelética, caracterizada por la disminución de la fortaleza de los huesos, con el riesgo sostenido de fractura por caída desde su propia altura, por fragilidad ósea. La pérdida acelerada de hueso en la postmenopausia es inducida por la falta de estrógenos, por lo cual es importante, entre otras cosas, el reemplazo hormonal en la menopausia en mujeres jóvenes.

A pesar de ser la salud esquelética una función de la predisposición genética, esta primera puede ser modificada por el estilo de vida, como la dieta (consumo de calcio y vitamina D), ejercicio (la falta de actividad física disminuye la densidad mineral ósea), evitar sustancias nocivas como el cigarrillo y el alcohol (su consumo se relaciona con disminución de la densidad mineral ósea).

La osteoporosis es importante porque aumenta la probabilidad de fracturas vertebrales y de cadera, las cuales causan limitaciones físicas, necesidad de gran cantidad de procedimientos para su rehabilitación y tratamiento.

El diagnóstico de osteoporosis se basa en la densitometría ósea, el cual no es un examen de rutina, sino que se indica con base en la valoración de factores de riesgo individuales estimados por su médico como: historia personal o familiar de fracturas, delgadez extrema, tabaquismo, artritis o menstruaciones irregulares.

El objetivo del tratamiento de la osteoporosis es la prevención de fracturas, la intervención se hace basada en el riesgo de fractura, que se calcula por su médico a través de un software especial con base en la densitometría ósea y otras condiciones como la ubicación geográfica y factores familiares, entre otros. Dentro del tratamiento disponible para la osteoporosis está: la terapia hormonal de la menopausia y medicamentos antirresortivos, como el alendronato o risedronato. Pero el tratamiento de esta enfermedad inicia con la obtención de unos niveles adecuados de calcio (el cual es un componente estructural de los huesos) y de vitamina D (la cual facilita la absorción de calcio a nivel intestinal).

CONCLUSIONES

La transición menopáusica es un evento fisiológicamente normal y usualmente no requiere intervención médica

alguna. Sin embargo el 80% de las pacientes pueden presentar oleadas de calor y en gran parte de estas pacientes los síntomas son tan severos que afectan su calidad de vida, lo cual hace que requieran consulta para buscar manejo médico adecuado. Este manejo puede ser hormonal, ya que los estudios de los últimos años muestran que los riesgos pueden ser minimizados con la selección del medicamento óptimo en el tiempo adecuado.

Existen indicaciones para la administración de hormonas, y en las pacientes que las necesiten su uso no debe ser descartado por la simple creencia de que causan cáncer.

El especialista en menopausia valorará la indicación del uso de hormonas en pacientes jóvenes, que generalmente son las que presentan síntomas más severos, incluso juzgará su uso en pacientes sobrevivientes de cáncer.

Aunque la menopausia es un evento natural en la vida de la mujer (así como el embarazo), también presenta algunas alteraciones (fogajes, resequedad vaginal, mayor riesgo de osteoporosis) y condiciones como: mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, que se deben manejar para mejorar la calidad de vida y no simplemente soportarlos. Por lo que es necesario consultar con un equipo médico encabezado por el ginecólogo especialista en menopausia, quien controlará los síntomas y el transitar de esta etapa en la vida de la mujer, y de esa manera llevar una vida plena, activa, productiva y feliz.

Comité Editorial

- Dra. Marcela Granados
- Dra. Diana Prieto
- Dr. Jorge Madriñán
- Dr. Harry M. Pachajoa
- Dra. Zamira Montoya
- Dr. Jaime Orrego
- Dr. César Augusto Arango
- Dra. Katherine Perea G.
- Dr. Luis Alberto Escobar
- Dr. Milton A. Jojoa
- Comunicadora Vanessa Anturi
- ND. Martha Ligia López de Mesa
- Enfermera Ma. Elena Mosquera
- Enfermera Julia Alba Leal

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel: 331 9090 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@fcvl.org • **Citas:** centraldecitas@fcvl.org
Versión digital disponible en www.valledellili.org/cartadelasalud

Diagramación: Juan David Moreno Perez

Síguenos en:  [fvlcali](#)  [fvltv](#)



El País

 **FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad