

CONDUCTA MEDICA FRENTE AL CLIMATERIO

*Miguel Zamora Garza**
*Carlos Briones Garduño**
*Julisa Martínez Monter***
*Nancy Elizabeth Aguilar Muñoz***
*José Luis Vega Melchor**

RESUMEN

El organismo femenino a partir de la iniciación del descenso de hormonas propias de su sexo, está expuesto a una serie de cambios que afectan prácticamente a toda la esfera orgánica y afectiva; por ello el médico debe considerar cuidadosamente síntomas y signos que pueden aparecer antes, durante o después de la menopausia.

La trascendencia de los cambios mencionados puede significar pérdidas orgánicas, labilidad ósea al trauma menor, alteraciones cardiovasculares que pueden llevar a la muerte y desajustes emocionales cuya frecuencia aumenta a medida que se prolonga la vida.

Este es un capítulo que interesa a los médicos de todas las especialidades, y que ya desde este momento se puede considerar un problema social que aumentará paralelamente al incremento poblacional, y al logro de una vida más prolongada.

Debe entenderse por climaterio una época fisiológica de la vida de la mujer caracterizada por la disminución en la función ovárica, seguida de una serie de ajustes endócrinos que se manifiestan sucesivamente por alteraciones menstruales, esterilidad y supresión de la menstruación.

El interés en los problemas relacionados con el climaterio, ha sido mayor en el presente siglo en virtud de que se ha producido un gran incremento en la esperanza de vida, que de 48 años ha llegado a un promedio que varía entre 68 y 72 años en los países en vías de desarrollo, en

tanto que en los Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos alcanza los 80 años de edad, de tal forma que el número de mujeres que se ven involucradas en este tipo de problemas, así como los trastornos metabólicos en la senectud, es extraordinariamente mayor de lo que ocurría a principios de siglo. En el momento actual, el 5% de la población mundial está constituido por mujeres entre los 45 y los 54 años de edad. Más de 40 millones de mujeres en los Estados Unidos rebasan los 50 años, y su esperanza de vida, después de la menopausia, es de 30 años.

En la paciente posmenopáusica las manifestaciones clínicas más importantes son los desajustes en la esfera psíquica, caracterizada fundamentalmente por inestabilidad emocional y por cuadros depresivos de intensidad variable. Evi-

*Profesores de ginecología de la Escuela Superior de Medicina, IPN.

**Alumnas de la Escuela Superior de Medicina becadas de PIFI.

dentamente estos cuadros van a presentarse en pacientes en las que existe una alteración previa de la personalidad y que tienen tendencia a ello. Los cambios en la libido varían en forma amplia de una paciente a otra y dependen de gran cantidad de factores externos. Las manifestaciones de tipo nervioso, como insomnio, mareos, neuralgias, alteraciones gastrointestinales, etcétera, se presentan también con relativa frecuencia y con intensidad muy variable.

El más frecuente de todos los síntomas climáticos son los bochornos, como resultado de una inestabilidad vasomotora; pueden ocurrir solamente una o dos veces al día, presentarse en forma de intervalos o ser casi constantes, o lo que es más frecuente, se presentan con predominio nocturno impidiendo el sueño. Se acompañan en ocasiones de sudoración intensa y suelen continuarse con sensación de escalofrío. Frecuentemente, acompañan a los bochornos, pueden presentarse taquicardia, palpitaciones y disnea.

La atrofia progresiva de los órganos genitales como consecuencia de la baja estrogénica puede dar lugar a síntomas muy variados. La pérdida de tono de las estructuras de soporte del piso pélvico y las modificaciones en las condiciones del epitelio vaginal predisponen frecuentemente a la relajación con el agravamiento de manifestaciones que necesariamente ya existían del tipo de cistocele, rectocele o prolapso genital. En ocasiones la atrofia del epitelio vaginal, principalmente con características de tipo senil, da lugar a vaginitis y craurosis vulvar que producen sintomatología sumamente difícil de controlar por cambios atróficos en la piel. Puede presentarse también dispareunia, incontinencia y urgencia urinarias, sensación de quemadura vulvar, prurito y ardor intensos.

Cada vez cobra más importancia el hecho de que la enfermedad cardiovascular es la causa principal de muerte en la mujer posmenopáusica, por encima del cáncer y otras enfermedades. La enfermedad coronaria afecta en los Estados Unidos a más de 2 millones de mujeres al año. Diversos estudios epidemiológicos muestran con toda claridad un aumento en la frecuencia de la enfermedad cardiovascular en la mujer con el incremento de la edad. Estos estudios señalan que la frecuencia aumenta francamente en la posme-

nopausia en relación directa con la baja de estrógenos.

Los trastornos cardiovasculares son más frecuentes en la posmenopausia tardía; sin embargo, en las mujeres con menopausia precoz o castración quirúrgica el riesgo se incrementa en proporción de siete veces más en relación con las mujeres que conservan la función ovárica.

Por otro lado, se plantea que el riesgo de osteoporosis se incrementa con la edad y es más alto en la mujer que en el hombre, y a pesar de que en ocasiones se dificulta precisar la diferencia entre la pérdida ósea fisiológica por envejecimiento (osteopenia) de la pérdida patológica (osteoporosis), esta última se puede definir clínicamente como la pérdida ósea suficiente para dar lugar a fractura con un mínimo de trauma.

La trascendencia de la osteoporosis se hace evidente ante el hecho de que el 25% de las mujeres de raza blanca por arriba de los 60 años presentan fractura vertebral por aplastamiento, así como los reportes de países desarrollados de que una de cada cinco mujeres sufren fractura de cadera a los 90 años, el 80% de estas fracturas guardan relación con osteoporosis, y el 17% de estas pacientes mueren dentro de los tres meses siguientes a esta fractura. De menor importancia, pero frecuente, es la fractura de los huesos del antebrazo distal.

El diagnóstico y el manejo de la osteoporosis se han visto complicados con base en el conocimiento de la multiplicidad de factores que intervienen en su producción: pérdida ósea del envejecimiento, deficiencia de estrógenos y progestágenos, disminución en la absorción de calcio, pérdida renal de calcio, desequilibrio de los metabolitos de la vitamina D, falta de movilidad de la mujer, efectos atribuibles a la hormona paratiroidea, calcitonina, hormona de crecimiento, hormona tiroidea y corticoides endógenos.

La osteoporosis representa evidentemente un problema de salud pública por sus consecuencias, y al no contarse actualmente con un método para reponer la masa ósea perdida, los esfuerzos se han encaminado en las últimas tres décadas a la prevención. Resultan interesantes a este respecto los reportes donde se muestra que mucho tiempo antes de producirse las fracturas, existe pérdida progresiva de 30 a 50 por ciento

de la masa ósea. Por lo anterior, los esfuerzos se han encaminado a la búsqueda de métodos de laboratorio y gabinete que permitan identificar desde su inicio a aquellas pacientes con tendencia a una pérdida de masa ósea acelerada con objeto de evitar que ésta progrese.

Para este propósito de identificar a las mujeres en riesgo se cuenta con pruebas de laboratorio como la determinación de la relación calcio/creatinina e hidroxiprolina, que cuando se encuentra elevada puede significar un aumento en la velocidad de la reabsorción ósea.

Se ha puesto particular interés en los estudios radiológicos que han aportado una ayuda muy eficaz; así, en 1960 se introduce la radiometría simple de la mano, principalmente al estudiar el segundo metacarpiano; en 1970 la fotodensitometría de fotón sencillo del radio, y en 1980 la fotodensitometría de absorción con fotón doble y la tomografía computada que permiten estudiar tanto las estructuras de tipo trabecular como la cortical, y mediante cálculos específicos precisar la pérdida de masa ósea en columna vertebral y cuello del fémur.

La duda fundamental radica en el hecho de que, conociendo la importancia de la osteoporosis y sus consecuencias, se justificaría aplicar las pruebas de detección de manera indiscriminada a la población femenina.

Todo lo anterior ha tenido como resultado que se establezca un criterio clínico, sencillo, accesible a toda la población que permita seleccionar a las pacientes con alto riesgo de que el proceso natural de osteopenia adquiera características patológicas de osteoporosis.

Dicho criterio se basa en los siguientes factores:

- Raza blanca y oriental
- Antecedentes familiares
- Talla baja
- Peso bajo para la talla
- Huesos finos
- Fracturas previas
- Menopausia antes de los 35 años
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Dieta baja en calorías
- Ingesta de carne roja

- Ingesta de café
- Sedentarismo
- Nefropatía y diabetes
- Hiper e hipotiroidismo

Es prudente destacar que la circunstancia en la que evidentemente la relación con el riesgo es mayor, no deja la menor duda sobre el beneficio y la necesidad de la terapia estrogénica de reemplazo en aquellas mujeres en las que la menopausia ocurre antes de los 35 años.

No hay duda que la terapia hormonal de reemplazo reduce la pérdida de la masa ósea y por lo tanto el riesgo posterior de fracturarse.

La administración de terapia hormonal de reemplazo, cualquiera que sean sus propósitos, deberá tomar en cuenta al ser suministrada: 1) el riesgo de cáncer en el endometrio; 2) riesgo de cáncer en mama, y 3) la actitud de la paciente hacia este tipo de tratamiento.

La terapia hormonal de reemplazo deberá administrarse siempre que no existan contraindicaciones para el uso de estrógenos y con el conocimiento y aceptación de la paciente.

Si es con criterio profiláctico debe iniciarse con las primeras manifestaciones de disminución de la función ovárica. Entre más precoz, mayor beneficio a mediano y largo plazos.

Si el propósito es modificar las manifestaciones de deprivación hormonal, deberán administrarse en función de los síntomas y dosificantes con base en la respuesta clínica, siempre prefiriendo la dosis útil más baja de estrógeno.

Para implementar la terapia estrogénica de reemplazo en las pacientes que no tienen útero, podemos utilizar esquemas a base de estrógenos solos que puedan ser administrados en forma continua o bien darles 21 días, por siete días de descanso. Si no existen efectos secundarios indeseables sobre mama o de cualquier otro tipo, debe preferirse la administración continua.

Si la paciente tiene útero, se prefiere asociar un progestágeno permitiendo una hemorragia periódica, para lo cual el estrógeno se administra tres semanas y se adiciona en los últimos 12 días un progestágeno; o bien el estrógeno es continuo y el progestágeno 12 días de cada ciclo de 30 días.

Si se prefiere que no haya hemorragia cíclicamente, se administran estrógeno y el progestá-

geno juntos en forma simultánea y continua. Siempre que se utiliza un esquema de estrógenos solos, ya sea continuos o interrumpidos, deberá practicarse una biopsia de endometrio anual.

Toda paciente que se encuentre en terapia hormonal de reemplazo, deberá tener un control médico estrecho que, dependiendo de diversos factores, deberá ser cada seis ó 12 meses con examen clínico completo: Papanicolau de citología cérvico-vaginal, mastografía, colesterol total, HDL, LDL, y bioquímica de remodelación ósea.

Probablemente lo más importante es tener siempre la actitud de atender con gran dedicación a los cambios psíquicos que manifieste la paciente y en los que resultan trascendentes el medio sociocultural, los aspectos básicos de personalidad, su vida sexual, así como sus perspectivas al futuro dentro de su marco de referencia ambiental. Solamente entendiendo a la paciente como un todo indivisible y sabiendo interpretar la somatización de sus problemas psíquicos, estaremos en la posibilidad de brindar el apoyo necesario durante el climaterio que le permitirá lograr una senectud más digna.

Es necesario atender a la mujer menopáusica y si es posible antes, hacer conciencia de la patología por ausencia de las hormonas ováricas; esta ausencia o disminución de los estrógenos tendrá repercusión en la esfera psíquica y en el sistema óseo y cardiovascular. En un futuro próximo el sector salud deberá contar con unidades especializadas para atender a las mujeres en la época que se menciona.

Finalmente, el médico no debe cometer el error de "desmembrar" el cuadro que se estudia; pues dada la multiplicidad de síntomas y signos, se comete en ocasiones el error de enviar a la paciente al cardiólogo para que atienda las molestias cardiovasculares, al reumatólogo para tratar las de la esfera osteoarticular, al psiquiatra para las de la esfera mental, y así sucesivamente. En el mejor de los casos los diversos especialistas pueden encontrar un estado normal o bien recetar gran cantidad de medicamentos capaces de intoxicar a la paciente, además de tener un costo muy elevado igual que muchas pruebas de laboratorio que no siempre se justifican. Al final las causas del climaterio persisten y la paciente se resigna a continuar su-

friendo. En lugar de esto se debe atender la causa: la insuficiencia hormonal, y recurrir a otros profesionales de la medicina cuando esté completamente justificada. Existen ya en el comercio preparaciones que contienen estrógenos, progestágenos y testosterona, que administrados con prudencia, paciencia y perseverancia pueden convertir a la mujer climaterica en un ser prácticamente normal.

SUMMARY

Female organism is exposed to several changes that affect practically all organic and affective areas by the declining of sex hormones. The physician should be cautious in considering any sign or symptom appearing before, after or during the climaterium.

Those changes may determine organic losses, fractures due to bone weakness, heart and vascular diseases that could provoke death, and increasing emotional unbalance.

This is a chapter of great interest for the physicians of all specialities since at the moment may be considered a social problem that will grow with poblational increase and prolonged life span.

BIBLIOGRAFIA

- Bruce H. Albrecht, *et al.*: "Objective evidence that, placebo and oral medroxyprogesterone acetate therapy diminish menopausal vasomotor flushes". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 139: 631, 1981.
- Cummings, S.R.; Kelsey, J.L. y Nevitt, M.C.: Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol. Rev.* 1985; 7: 178-208.
- Cristiansen, C. y col.: "Bone mass in postmenopausal women after withdrawal of estrogen/gestagen therapy". *Lancet*, 1981: 459-461.
- Feyerabend, A.J., Lear, J.L.: "Regional variations in bone mineral density as assessed with dual-energy photon absorptiometry". *Radiology*, 1993; 186: 467-9.
- F. Elkik, *et al.*: "Effects of percutaneous estradiol and conjugated estrogens on the level of plasma proteins and triglycerides in postmenopausal women". *Am. J. Obstet. Gynecol.*; 143: 888. 1982.

- Fernández del Castillo Carlos.: "Problemas endócrinos del climaterio y la menopausia". *Ginecología y Obstetricia de México*. vol. 51, No. 312, pp. 99-109, año 1984.
- Gómez, F.G. y Figueroa, G.F.: "Epidemiología de fracturas en mayores de 50 años (estudio de 1.023 casos)". *Rev. Mex. Ortop. Traumat.*, 1988; 2: 114-118.
- Haddaway, M.J.; Davie, M.W. y McCall, I.W.: "Bone mineral density in healthy normal women and reproducibility of measurements in spine and hip using dual energy X-ray". *Brit. J. Radiol.* 1991; 65: 213-7.
- Lobo, R.A.: "Prevention of postmenopausal osteoporosis", en Mishell DR (ed): *Menopause: Physiology and Pharmacology*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1987. pp. 165-86.
- Lobo, R.A.: "Cardiovascular implications of Estrogen Replacement Therapy". *Obstet. Gynecol.* 1990; 75 (suppl): 18s-25s.
- Miller, V.T. et al.: "Effects of conjugated Equine Estrogen with and without three different progestogens on lipoproteins, High-Density Lipoprotein Subfractions and Apolipoprotein A-1". *Obstet. Gynecol.*, 1991; 77: 235-240.
- Riggs, B.L.; Peck, W.A. y Bell, N.H.: "Physician's resource manual on osteoporosis: A Decision-Making Guide". National Osteoporosis Foundation. 2nd. ed. NOF New York, NY 1991.
- Stevenson, J.C.: "Pathogenesis, prevention, and treatment of osteoporosis". *Obstet. Gynecol.* 1990; 75 (suppl): 36s-41s.