



Excmo. Ayto. de Santander
Concejalía de Familia y Servicios Sociales

ENCUENTROS SALUDABLES

MENOPAUSIA

Y

ANDROPAUSIA

CONTENIDO

MENOPAUSIA	2
¿DE QUE HABLAMOS?	2
MENOPAUSIA	2
CLIMATERIO.....	2
¿A QUÉ SE DEBE?	2
TIPOS DE MENOPAUSIA	2
MANIFESTACIONES CLINICAS	3
1.SINTOMAS.....	3
2.PROBLEMAS DE SALUD.....	4
TRATAMIENTO	4
FITOESTROGENOS.....	4
TRATAMIENTO DE LOS SINTOMAS	5
TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO (THS).....	5
¿QUÉ HACEMOS CON ESTAS PACIENTES?	6
EVALUACION INICIAL	6
SEGUIMIENTO.....	7
ANDROPAUSIA	8
¿QUÉ ES?	8
¿A QUE SE DEBE?	8
MANIFESTACIONES CLINICAS	8
ANDROPAUSIA & OSTEOPOROSIS	9
ANDROPAUSIA & RIESGO CARDIOVASCULAR	9
DIAGNÓSTICO	9
TRATAMIENTO. ¿ES NECESARIO ESTABLECER UN TRATAMIENTO?	10

MENOPAUSIA

¿DE QUE HABLAMOS?

MENOPAUSIA

Periodo de la vida de la mujer que comienza 12 meses después de haber tenido la última menstruación. Durante esos 12 meses no ha tenido ninguna regla, y no debe haber ninguna causa patológica que justifique esa ausencia.

CLIMATERIO

Fase que marca la transición del estado reproductor al no reproductor en el que se presentan fenómenos que acompañan el cese de la función ovárica.

También llamada Perimenopausia y abarca desde un año antes hasta otro después de la menopausia.

Históricamente, la menopausia ha sido vista y enfocada de distintas maneras siendo interpretada como:

- Enfermedad
- Signo o reflejo de decadencia
- Etapa de liberación en la que termina la etapa fértil
- En india: ascenso en la escala social
- Actualmente algunas mujeres la ven como un alivio y/o cambios positivos

¿A QUÉ SE DEBE?

Se produce un desajuste hormonal al cesar la función ovárica que tiene como consecuencia un descenso de los estrógenos y un aumento de otras hormonas: las Gonadotropinas (LH y FSH).

Además existen factores influyentes en su presentación::

Herencia, Edad menarquia, Paridad, Anticonceptivos orales, Nivel de vida, Raza, Clima, Obesidad, Talla, Inductores ovulación, Tabaco, Alcohol, Causas ginecológicas, Enfermedades generales, Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia.

TIPOS DE MENOPAUSIA

SEGÚN SU PRESENTACIÓN

Menopausia natural

La que ocurre progresivamente por el envejecimiento ovarico

Menopausia artificial

Tras la castración quirúrgica (con o sin extirpación del útero), radio ó quimioterapia

SEGÚN SU EDAD

Menopausia precoz

Antes de los 40 años

Menopausia tardía
Después de los 55 años

MANIFESTACIONES CLINICAS

A CORTO PLAZO	
Síntomas neurovegetativos	Sofocos Sudoraciones Palpitaciones Parestesias Insomnio Vértigo Cefaleas
Síntomas psicológicos	Irritabilidad Nerviosismo Labilidad emocional Estado de ánimo depresivo Disminución de la libido Cansancio Dificultad de concentración
A MEDIO PLAZO	
Alteraciones de piel y mucosas	Atrofia urogenital Trastornos urinarios
A LARGO PLAZO	
Osteoporosis Enfermedad cardiovascular	

1.SINTOMAS

VASOMOTORES O “SOFOCOS”:

- Manifestación más característica.
- Sensación subjetiva de calor asociado a la dilatación de los vasos sanguíneos de la piel y sudoración que se sigue de aumento de temperatura y de la frecuencia cardíaca. Suelen comenzar en la perimenopausia y desaparecen gradualmente.
- Hay clara relación entre el déficit de estrógenos y los sofocos.
- Los sofocos nocturnos pueden producir alteraciones del sueño y en consecuencia fatiga, irritabilidad, falta de memoria, disminución de concentración.
- Los sofocos intensos pueden producir insomnio, dolores de cabeza y mareos sin asociación con el déficit de estrógenos.

VAGINALES:

- Tras la menopausia se produce una pérdida de elasticidad de la entrada vulvar y de actividad de glándulas vaginales por lo que aparece sequedad vaginal y dolor en las relaciones sexuales.
- Hay asociación entre síntomas vaginales y el déficit estrogénico.

URINARIOS:

Los síntomas de aparición más frecuente son incontinencia urinaria, infecciones urinarias y su asociación con el déficit de estrógenos es controvertida.

MAMARIOS:

El dolor de mamas disminuye con la menopausia

ESTADO DE ANIMO:

- Con la menopausia aparecen una serie de síntomas que se suelen asociar a la misma pero no ha quedado demostrado que el cambio hormonal tenga como consecuencia síntomas como depresión o ansiedad ya que la presentación de los mismos se produce en una época de la vida en que la concurren en la mujer otra serie de factores como la salida de los hijos de casa, cambios en la figura corporal, etc que por sí solos podrían justificar su aparición.
- De este modo no se ha demostrado asociación entre menopausia y:
 - Alteraciones estado de ánimo (depresión y ansiedad)
 - Alteraciones cognitivas (pérdida memoria, demencia)
 - Cambios en la esfera sexual
 - Dolores articulares

2.PROBLEMAS DE SALUD

OSTEOPOROSIS Y RIESGO DE FRACTURA:

- La disminución de los estrógenos acelera el proceso de pérdida de masa ósea
- El ritmo de pérdida de masa ósea aumenta en los primeros años de postmenopausia para luego estabilizarse (con excepciones)

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ECV)

No existe relación entre la ECV y el déficit estrogénico

TRATAMIENTO

FITOESTROGENOS

Son derivados de las plantas (legumbres, hortalizas y cereales) biológicamente activos que tienen un efecto estrogénico débil por lo que pueden usarse para paliar o prevenir los síntomas mejorando la sequedad vaginal y los sofocos, así como para la prevención de la enfermedad cardiovascular y pérdida de masa ósea.

La cantidad en la dieta es escasa por lo que se aconseja tomarlos como concentrados

Existen distintos grupos químicos: Lignanós, Isoflavonas y Cumestanos

Isoflavonas: previenen resorción ósea y se encuentran generalmente en legumbres (sobre todo soja)

TRATAMIENTO DE LOS SINTOMAS

Osteoporosis

Medidas generales y de prevención: dieta correcta e ingesta cálcica adecuada

Normas higiénicas: tomar el sol, suprimir el tabaco, ejercicio y evitar caídas

Fármacos

Sofocaciones

Fitoestrógenos, Gestágenos, Veralipride y Clonidina

Atrofia vaginal

Tratamiento local con estrógenos + cremas hidratantes

El resto de síntomas serán abordados con sus tratamientos específicos.

TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO (THS)

Disponemos de una amplia variedad de tratamientos para poder adaptarnos a las necesidades de cada mujer. Día a día van apareciendo moléculas, combinaciones de principios activos y preparados con diferentes dosis, vías de administración y pautas, que permiten mejorar la calidad de vida y disminuir los efectos secundarios.

Las hormonas producidas por el ovario son estrógenos, progesterona y andrógenos (en menos cantidad). Lógicamente el tratamiento en esta etapa de la vida tiene que reponer lo que el organismo no es capaz de producir o produce de manera insuficiente para mantener una buena calidad de vida. Este tratamiento consiste en:

- ESTROGENOS
- ESTROGENOS + GESTAGENOS: Para evitar riesgo de Cáncer de útero
- TIBOLONA (Boltin): mejoran la libido y no tienen acción a nivel de mama y útero
- MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES
ESTROGENICOS (SERM): Raloxifeno (Evista y Optruma): aumenta la densidad mineral ósea y reduce el número de fracturas vertebrales y baja el colesterol.

Las vías de administración pueden ser oral (comprimidos), transdérmica (parches), percutáneo (crema), implantes ó por vía vaginal (óvulos, DIU).

El THS se puede administrar como Monoterapia (sólo estrógenos) o Terapia combinada (estrógenos+gestágenos) que se dará de manera cíclica (con períodos en que no se administran hormonas) o continua (con administración de hormonas continua).

Contraindicaciones THS

Absolutas:

Embarazo, problemas hepáticos graves, melanoma, tumores estrógeno-dependientes, embolismos sanguíneos

Relativas:

Miomas, Endometriosis, Hipertensión persistente, Diabetes, problemas renales

Efectos secundarios de THS: son controvertidos

Estrógenos: náuseas , gases, ganancia de peso , retención de líquidos, sensibilidad mamaria, calambres en piernas.

Gestágenos: fatiga, disminución de la libido, sequedad y atrofia vaginal, aumento de peso , acné, cambio de voz.

Riesgos del THS

En la segunda mitad de los 90 se realizaron estudios que mostraron resultados contrarios a los esperados y han planteado un cambio en la práctica clínica de la menopausia.

No se recomienda el THS a medio-largo plazo por los riesgos y/o ausencia de beneficios. Los riesgos mas frecuentes incluyen:

- Tromboembolismo: Aumento de riesgo
- E. Cardiovascular (ECV)
- Accidentes cerebrovasculares (ACV ó Ictus): Aumento de riesgo
- Cáncer de mama, ovario y endometrio: ↑ riesgo
- Deterioro cognitivo y Demencia: controvertido
- Alteraciones de la vesícula biliar: Aumento de riesgo

El THS no previene ECV, deterioro cognitivo, demencia y/o cáncer de colon

¿QUÉ HACEMOS CON ESTAS PACIENTES?

EVALUACION INICIAL

La indicación, prescripción y seguimiento del tratamiento con TH se podrá realizar desde el médico de cabecera sin necesidad de revisiones por especialista si no existen anomalías.

En la visita al médico se realizará:

- Anamnesis completa (personal y familiar): interrogatorio a la paciente detallado
- Exploración general, registrando peso, talla y Tensión Arterial.
- Exploración ginecológica (incluyendo mamas).
- Analítica general: hemograma, glucemia, creatinina, pruebas de función hepática y perfil de lípidos (colesterol....)
- Mamografía: estas mujeres suelen estar dentro de programas de cribado de Cáncer de Mama por lo que se realizará si es necesario.

SEGUIMIENTO

Los controles posteriores se realizarán en función de la evolución de la paciente y del tipo de tratamiento que tenga la misma

ANDROPAUSIA

¿QUÉ ES?

Cuando los hombres llegan a los 40 y hasta los 55 años de edad, pueden experimentar un fenómeno similar a la menopausia femenina, denominada andropausia. A diferencia de las mujeres, los hombres no tienen signos claros, como el cese de las menstruaciones, para marcar dicha transición. Ambos, sin embargo, están caracterizados por una caída en los niveles hormonales: El estrógeno en la mujer y la testosterona en el varón.

Los cambios en el cuerpo ocurren muy gradualmente en el hombre y se acompañan de cambios de actitud y estado de ánimo, fatiga, pérdida de energía, impulso sexual y agilidad física. Lo que es aún más, los estudios demuestran que esta caída de testosterona representa un riesgo de otros problemas de salud, como cardiopatías o huesos frágiles. Dado que todo esto ocurre durante un momento en la vida en que los hombres comienzan a cuestionar sus valores, logros y el rumbo de su vida, muchas veces es difícil advertir que los cambios que ocurren se relacionan con algo más que solamente las condiciones externas.

A diferencia de la menopausia, que habitualmente ocurre en la mujer a fines de los 40 e inicio de los 50, la "transición" del hombre puede ser mucho más gradual y extenderse durante décadas. La actitud, el stress psicológico, el alcohol, las lesiones o cirugías, medicamentos, obesidad e infecciones pueden contribuir a su comienzo. Si bien con la edad prácticamente todo hombre tendrá una disminución en sus niveles de testosterona, no existe manera de predecir quién tendrá síntomas andropáusicos lo suficientemente severos como para buscar ayuda profesional.

¿A QUE SE DEBE?

A los 30 años de edad aproximadamente, los niveles de testosterona comienzan a caer. La andropausia se relaciona con niveles bajos de testosterona.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas son variados y variables. Incluso muchas veces se atribuyen a otras causas. En hombres mayores pueden ser difíciles de identificar a causa de los cambios propios del envejecimiento.

Los síntomas pueden ser:

- SEXUALES: son el mayor motivo de consulta. Se puede presentar disminución del deseo sexual, disminución del volumen de eyaculado,

disminución del rendimiento sexual: frecuencia y calidad de las erecciones tanto nocturnas y menor calidad del orgasmo.

- PSÍQUICOS: Depresión, pérdida de auto confianza, irritabilidad, ansiedad, insomnio
- NEUROLÓGICOS: fatiga, pérdida de vitalidad, lentitud, de los procesos mentales, pérdida de memoria, dificultad de concentración, pérdida de la capacidad de orientación espacial
- VASOMOTORES: sofocos, sudoración, taquicardia, cefalea, frialdad de extremidades
- LOCOMOTORES: disminución de la masa y fuerza muscular, degeneración artrítica, disminución de la densidad mineral ósea, dolores musculares y articulares)
- CONSTITUCIONALES: aumento de la grasa corporal y visceral que conlleva elevado RCV, fragilidad de vello y cabello, sequedad y atrofia cutánea, cambios en la voz

ANDROPAUSIA & OSTEOPOROSIS

Todos sabemos de las mujeres que sufren de huesos débiles o de osteoporosis después de la menopausia. En el hombre, se piensa que la testosterona juega un rol en mantener dicho equilibrio. Entre la edad los 40 y 70 años, la densidad ósea masculina disminuye hasta un 15 por ciento. Lamentablemente, a medida que avanza la edad y disminuyen los niveles de testosterona, los hombres, al igual que las mujeres, presentan un riesgo similar de osteoporosis.

ANDROPAUSIA & RIESGO CARDIOVASCULAR

Es un hecho que el riesgo de arterioesclerosis en la mujer, aumenta después de la menopausia. Nueva evidencia sugiere que un fenómeno similar ocurre en el hombre a medida que bajan sus niveles de testosterona con la edad. Si bien la investigación no es tan completa como para la mujer, los hallazgos clínicos apuntan a una asociación entre los niveles bajos de testosterona y un aumento del riesgo cardiovascular en el hombre.

DIAGNÓSTICO

Habitualmente se infradiagnostica la andropausia porque los síntomas son vagos y pueden variar entre las personas. Para algunos hombres es difícil admitir que siquiera hay un problema. y muchas veces los médicos ni piensan que los niveles bajos de testosterona pueden ser la causa posible. De esta manera estos factores muchas veces llevan al médico a concluir que los síntomas se relacionan con otras condiciones médicas (por ej. depresión) o que están simplemente relacionados con el envejecimiento. Pero esta situación está cambiando. Disponemos de nuevos métodos

de pruebas de sangre y existe un mayor interés en el envejecimiento masculino entre los investigadores médicos.

TRATAMIENTO. ¿ES NECESARIO ESTABLECER UN TRATAMIENTO?

Si el problema radica en unos niveles bajos de testosterona, siempre se puede suministrar al paciente esta hormona para reducir la sintomatología. El tratamiento consiste en restituir farmacológicamente los niveles de testosterona.

No existe un límite de edad para recibir este tipo de tratamiento. En todos los casos, debe ser realizado bajo estricto control médico. Los efectos del tratamiento se valorarán cada 3 meses y posteriormente cada 6 meses o 1 año.

Existen distintas formas de administrar la testosterona: Por vía oral, en parches (son los que mejor reproducen el ritmo de secreción normal de testosterona), en gel (muy recomendables para aquellas personas que sufren de problemas de dermatitis) e inyectada (es la última novedad. Consiste en "una inyección de testosterona denominada 'undecanoato de testosterona' que se aplica mediante una inyección intramuscular una vez cada tres meses).

Existen tres grandes contraindicaciones por las que no se puede administrar testosterona: Las enfermedades cardiacas, el cáncer de mama y el tumor de próstata. Una contraindicación relativa sería si se piensa tener hijos (las altas dosis de andrógenos pueden causar esterilidad)