

Dr. Ernesto Bas  
Aclimátate  
al cambio







# Aclimátate al cambio

Historias de mujeres y sus hormonas

Dr. Ernesto Bas Esteve

Textos: Ernesto Bas Esteve

Portada: José Antonio Espino Suar

Imágenes: Ernesto Bas Esteve

Impresión y maquetación: La Imprenta CG

ISBN: 978-84-09-67337-7

Depósito legal: V-4496-2024

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

# Índice

Prefacio .....	9
<b>Introducción: ¿Qué me pasa doctor?</b> .....	13
<b>Salud Hormonal:</b> el papel de las hormonas y consecuencias de su déficit .....	19
<b>Salud Menstrual:</b> fases del ciclo y transición hacia la menopausia .....	27
<b>Salud Vasomotora:</b> sofocos, sudores nocturnos, palpitaciones, insomnio cefalea,.....	33
<b>Salud Mental:</b> pérdida de energía, insomnio, fatiga, bruma cerebral, cambios de humor, emociones, pérdida de memoria, impacto psico-emocional .....	39
<b>Salud Genitourinaria:</b> síndrome genitourinario de la menopausia, consecuencias a nivel de la vulva y la vagina .....	43
<b>Salud Cutánea:</b> piel, pelo y cabello.....	49
<b>Salud Cardiovascular:</b> enfermedad cardiovascular, factores de riesgo y como prevenirlo .....	53
<b>Salud Metabólico-endocrina:</b> obesidad, perfil de las grasas en sangre , hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico, sarcopenia y tiroides.....	57
<b>Salud Osteo-articular:</b> osteoporosis y artrosis .....	67
<b>Salud Digestiva:</b> relación intestino-hormonas-cerebro .....	73

<b>Evaluando el Suelo Pélvico:</b> incontinencia urinaria, prolapso genital, dolor con las relaciones e infecciones urinarias .....	77
<b>Salud Sexual:</b> sexualidad, salud sexual, disfunciones sexuales durante la menopausia .....	85
<b>Embarazo más allá de los 40 años:</b> edad y embarazo, peculiaridades de la gestación .....	91
<b>Anticoncepción en la transición hacia la menopausia:</b> métodos anticonceptivos, beneficios extra y hasta cuando mantenerlos .....	95
<b>Riesgo Oncológico:</b> mama, cuello de útero y colon.....	105
<b>Vida Profesional y Menopausia:</b> etapa de oportunidades, desarrollo profesional, personal y emocional .....	109
<b>Insuficiencia ovárica prematura:</b> definición, diagnóstico y cambios .....	115
<b>Asesoramiento a la mujer en el Climaterio, buscando el equilibrio:</b> .....	119
• Estilo de vida saludable.....	119
• Alimentación.....	121
• Ejercicio físico .....	127
• Intervenciones psicosociales.....	129
• Vacunas en la edad adulta .....	129
• Tratamientos: .....	130
• Síndrome genitourinario de la menopausia .....	130
• Tratamiento del síndrome menstrual abundante .....	133
• Tratamiento no hormonal para los síntomas de la menopausia.....	133
• Terapia hormonal de la menopausia .....	135
• Tratamiento farmacológico de la osteoporosis .....	137
• Productos naturales de interés para el sueño.....	138

• Cambios de humor.....	140
• Sexualidad .....	140
• Paciente con antecedentes oncológicos con contraindicación de terapia hormonal de la menopausia.....	141
<b>Conclusiones</b> .....	143
<b>Información de interés:</b> cuestionarios, sociedades científicas de interés.....	145
<b>Bibliografía</b> .....	189
<b>Abreviaturas</b> .....	199





# Prefacio

Si finalmente te has decidido a leer este libro es porque estás interesada en mejorar tu salud. Y que mejor manera, que aprender de una forma rápida, simple y divertida. Pero, eso sí, basándonos en la evidencia científica más actual.

Para entrar en calor, voy a hablarte un poco sobre mí y a explicar las razones por las cuales he decidido redactar estas líneas.

Desde pequeño sentía ya un especial interés por los temas relacionados con la salud, lo que me llevó a realizar años más tarde mis estudios de medicina en la Universidad de Valencia. Posteriormente continué mi formación como especialista en ginecología y obstetricia, puesto que me apasionaba el mundo de la salud de la mujer. Y fue entonces, cuando comencé a ver de cerca todo lo estudiado en los libros, desde lo más natural como la concepción, el embarazo o un parto, hasta enfermedades tan desgarradoras como el cáncer.

Mi especialidad es muy amplia y, hoy en día, tiende a subespecializarse. Un hecho positivo en ciertos aspectos, porque como dicen en mi tierra, “aprendiz de todo, maestro de nada”. Pero por desgracia, en la inmensa mayoría de veces, las consultas tienden a focalizarse en un único aspecto, dejando al margen a la persona.

En estos últimos años me he replanteado la medicina, porque creo que debe ser entendida como una ciencia que englobe todas las facetas de la persona con el fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Estas últimas palabras también son la definición de *Salud* de la Organi-

zación Mundial de la Salud (OMS) redactadas ya en 1946, pero quedando a años luz de su aplicación generalizada en los tiempos en que vivimos.

Aunque mi título indica que soy ginecólogo, yo me considero un especialista en salud y medicina de la mujer, ya que os acompaño desde etapas iniciales de la vida, pasando por el embarazo y hasta la senectud. Además, como muchas de vosotras me comentáis, soy vuestro *médico de cabecera*. Tal es así, que en las consultas se tratan muchos temas no relacionados propiamente con la especialidad, en los cuales tengo el gusto de ayudaros, porque creo en una medicina integradora.

En este libro podríamos tratar infinidad de temas, pero me voy a centrar en aquellos cambios experimentados en vuestro cuerpo, que son derivados de las alteraciones hormonales que ocurren en cierto momento de la vida, llámese Climaterio-Menopausia (que explicaré más adelante).

Este texto no es una autobiografía, ni son unas memorias; ni tampoco pretendo realizar un tratado de ginecología. Simplemente quiero dar visibilidad a esas mujeres que solicitan ayuda, incluso a veces, sin darse cuenta. Mujeres que no son comprendidas, quedando desamparadas y desprotegidas.

Tengo la suerte de trabajar en algo que me apasiona, a lo cual me dedico en cuerpo y alma. Además, desde hace años gestiono la consulta de menopausia de un Hospital de tercer nivel que me permite realizar una valoración global de la mujer. Allí visito mujeres de edades diferentes, con patologías diversas, algunas con antecedentes oncológicos actuales o pasados, o simplemente con una menopausia natural pero muy sintomática. Todas compartís problemas, pero lo fundamental es que todas ansiáis un objetivo común, mejorar vuestra salud. Pero lo que debéis entender, es que para ello hay que trabajar en equipo. No existen remedios

milagrosos, y aunque los hubiera lo que debemos buscar es la raíz del problema y no quedarnos en lo superficial. Para ello debe existir en primer lugar una iniciativa por vuestra parte para querer mejorar, además de una buena relación médico-paciente (fundamental en todo trato), y posteriormente ya nos plantearemos el procedimiento a seguir.

Mi finalidad no es retrasar el envejecimiento o vivir más años, sino encontrar el equilibrio en el organismo para así conseguir un bienestar físico y psicológico, y por tanto, obtener calidad de vida. En definitiva, buscamos “dar vida a los años”.

Como profesional de la salud os tiendo mi mano con el fin de acompañaros en vuestra transición, informaros y formaros en este tema. Porque aunque estemos en siglo XXI, y tengamos a nuestro alcance multitud de redes sociales, infinidad de tutoriales, revistas, .... todavía existen mujeres (y no pocas) que no entienden lo que les sucede, o lo dan como normal, o no saben que hacer o a quien acudir.

Os iré relatando todas aquellas vivencias que a lo largo de mi trayectoria profesional me habéis hecho llegar, con el fin de que os podáis sentir identificadas con otras mujeres y ayudaros mutuamente.

Hablaremos de sofocos, sequedad vaginal, osteoporosis, metabolismo, tratamientos, salud mental y sexual, pero sin olvidarnos del pilar fundamental de nuestra salud que es la alimentación y el ejercicio físico.

**Menopausia, del griego: men = “mes” y pausis = “cese”**  
**Climaterio, del griego: Klimakter = “escalón, peldaño, etapa”**

Comencemos.....



# 1. Introducción:

## ¿Qué me pasa Doctor?

*María es una mujer actual de 48 años, mamá de 3 niñ@s, empresaria y muy activa físicamente. Acude de forma periódica a mi consulta para realizar su reconocimiento ginecológico. Pero este año hay algo diferente, la noto inquieta. Le pregunto si le ocurre algo, y su respuesta es, “todo va bien, gracias”. Aunque durante la exploración me comenta que últimamente duerme mal, le cuesta concentrarse, ha aumentado de peso y además está teniendo problemas con su pareja porque no tiene “nada de ganas”.*

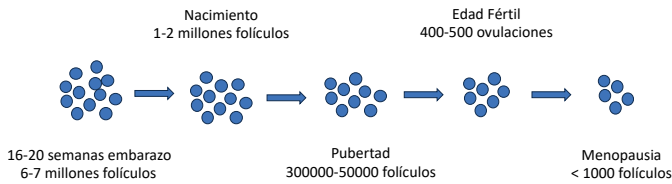
*María no le daba importancia a estos síntomas, porque estaba más preocupada por todo lo que ocurría a su alrededor, que por ella misma. Pero al mismo tiempo no se sentía bien, porque sabía que algo le estaba pasando a su cuerpo.*

¿A quién de vosotras no le suena esta historia? Seguro que muchas os sentís identificadas.

Pues hablemos claro..... vuestros ovarios presentan una obsolescencia programada, es decir, tienen una fecha de caducidad. El envejecimiento de los ovarios está programado ya desde el nacimiento. Primero declina su función reproductiva y posteriormente la hormonal.

Ya en las primeras semanas de vida del embrión humano, existe un número de óvulos (o folículos) determinados ( 6-7 millones). En el momento del nacimiento entre 1-2 millones. Y posteriormente esta pérdida acelerada disminuye, de forma que en la menarquia (primera regla) quedan alrededor de 400.000. Es a partir de aquí

cuando se van seleccionando uno en cada ciclo y sólo 400 alcanzarán la madurez y ovularán a lo largo de vuestra vida fértil. Cuando el número de folículos está por debajo de 1000 hablamos de menopausia.



Y en verdad, ¿qué es la menopausia?. Es el cese definitivo de la función de los ovarios (consecuencia del envejecimiento natural de los mismos), que externamente se traduce en la desaparición de las reglas y suele presentarse entre los 45-55 años, con una edad media de 51. Siendo en realidad una etapa biológica más a lo largo de la vida.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, sois más de 22 millones de mujeres. De las que, más de 8 millones tenéis 50 años o más, edad media de la menopausia, con una franja de edad para la perimenopausia entre los 40 y 54 años. Y la esperanza de vida en nuestro país en la actualidad es de 85,9 años.

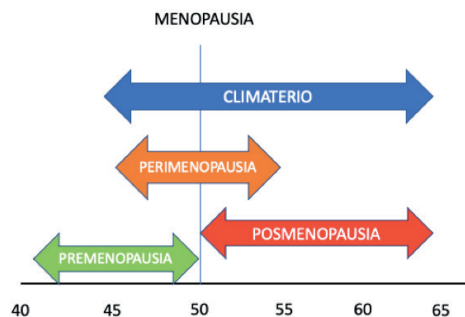
Con este aumento de la esperanza de vida, viviréis cerca de una tercera parte de vuestra existencia después de la menopausia. La información y el conocimiento son claves para vivirla con plenitud.

Una mayoría de vosotras, actualmente percibís la menopausia con alivio y sentimientos neutros y/o como una etapa de cambios positivos. Los estudios muestran que las diferentes actitudes y creencias hacia la menopausia se explican por la combinación de factores personales y culturales.

Como consecuencia de los cambios hormonales que ocurren en la menopausia, algunas de vosotras presentaréis síntomas que afectarán a la calidad de vida. Pero debéis saber que la menopausia es una etapa natural de la vida y no una enfermedad. Aunque sin olvidar que existen otros factores que también influyen en la calidad de vida como el envejecimiento, el factor psicológico, etc.

Debemos de distinguir la menopausia del climaterio. La menopausia sólo es un signo, si bien, el más llamativo, de ese período. Pero también habremos oído otros términos como: premenopausia, perimenopausia o posmenopausia.

Pues vamos a hablar de ellos y ver si estabas en lo cierto. **Climaterio**, se llama así al período de transición del estado reproductivo o período fértil de la vida al no reproductivo. Se extiende desde 2-8 años antes de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación y abarca las siguientes fases: **perimenopausia o transición menopáusica** que significa “alrededor de la menopausia”, y es el período que precede a la menopausia. Puede durar meses o años y suele ir acompañado de alteraciones del ciclo. **Premenopausia**: período que precede a la menopausia. **Menopausia**, hablamos de menopausia cuando ha transcurrido un año desde la última regla. Y suele presentarse sobre los 51 años. Y por último, la **posmenopausia**, que es el período posterior a la menopausia. En esta fase pueden aparecer los síntomas por la falta de hormonas femeninas que irán instaurándose de forma lenta y progresiva con el paso de los años.





Con el envejecimiento de los ovarios se produce una disminución de las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona, y con ello, pueden manifestarse en una serie de síntomas y signos que irán sucediéndose de una forma más o menos escalonada: a corto, a medio, y a largo plazo.



**A corto plazo** encontramos síntomas vasomotores, los más conocidos, los famosos sofocos. Pero también puede coexistir sudoración, palpitaciones, dolores de cabeza y molestias imprecisas. Pueden aparecer alteraciones psíquico-emocionales como nerviosismo e irritabilidad, insomnio, pérdida de energía, cambios de humor, disminución de la capacidad de concentración, pérdida de memoria o labilidad emocional.

**A medio plazo** tenemos alteraciones genitourinarias como atrofia o envejecimiento vaginal, vulvar o urinario. Y alteraciones cutáneas, tales como pérdida de elasticidad de la piel, aparición de arrugas o alteraciones en uñas y cabello.

Y por último, **a largo plazo** vemos patologías como la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico y/o la osteoporosis.

No os asustéis por lo que habéis leído hasta ahora. Tenéis que saber que todas las mujeres pasaréis por la menopausia y climaterio, pero no todas sufriréis los mismos síntomas ni con la misma

intensidad. De hecho, un porcentaje de vosotras, alrededor de un 15%, no sufriréis ninguna molestia.

Y si os habéis quedado con ganas de más, en los siguientes capítulos os iré narrando de forma más relajada cada punto descrito anteriormente.

**Recordad que Menopausia son 12 meses sin regla y es una etapa normal en la vida de la mujer**

**Si quieres valorar tu calidad de vida durante la menopausia puedes utilizar la APP**

**“Mi Menopausia”  
Es una herramienta diseñada por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)**



**APP  
MIMENOPAUSIA**

 **AEEM**  
Asociación Española  
para el Estudio de la Menopausia

DISPONIBLE EN  
 **Google Play**

Disponible en  
 **App Store**



## 2. Salud Hormonal

*Amparo es una mujer de 51 años, con reglas regulares, trabajadora de banca de inversión, separada y con 2 hij@s, de los cuales tiene la custodia. Lleva una alimentación equilibrada, pero no le da tiempo a realizar ejercicio físico. Presenta un sueño no reparador; duerme poco y mal, y se levanta cansada.*

*Acude a la consulta porque en una analítica realizada por el médico de empresa, se aprecian algunos valores hormonales alterados.*

Los niveles hormonales fluctúan a lo largo del ciclo menstrual y se ven influenciados por factores como el estrés, la dieta, el ejercicio o la edad. Es importante que entiendas cómo funcionan tus hormonas y cómo afectan a tu salud y bienestar en general.

Las hormonas son sustancias químicas producidas por el cuerpo humano que actúan como mensajeros, enviando señales a diferentes órganos y sistemas del cuerpo. En vosotras, las hormonas juegan un papel crucial en la regulación del ciclo menstrual, la fertilidad, el embarazo y la menopausia.

Las hormonas sexuales femeninas, mayoritariamente generadas en los ovarios, tienen la función de regular tanto el ciclo menstrual como la fertilidad. Dentro de éstas, el **estrógeno** y la **progesterona** destacan como las principales participantes en el ciclo menstrual.

El estrógeno desempeña un rol significativo en el desarrollo de características propias de la femineidad, como el crecimiento ma-

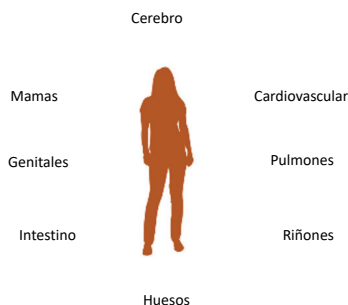
mario y el vello púbico. Así mismo, regula el ciclo menstrual y contribuye a mantener la salud ósea y cardiovascular.

Por otro lado, la progesterona juega un papel crucial en el mantenimiento del embarazo y en la regulación del ciclo menstrual.

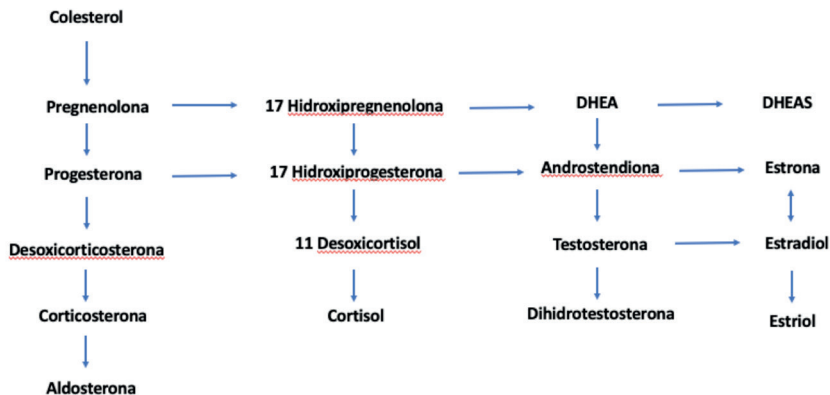
Estas dos hormonas, estrógeno y progesterona, son vitales en el ciclo menstrual, cada una con su función específica en un momento del ciclo.

Los estrógenos endógenos incluyen el estradiol, estrona y estriol. Antes de la menopausia el estrógeno predominante es el estradiol y es principalmente secretado por el ovario. Después de la menopausia la estrona es la hormona que se encuentra en mayor cantidad y es convertida en el tejido adiposo a estradiol y androstendiona. El estriol es el menos potente y se encuentra en baja concentración. La actividad de los estrógenos está relacionado con los receptores estrogénicos ( $\alpha$  o  $\beta$ ). Los receptores  $\alpha$  se localizan en el tracto reproductor femenino, glándula mamaria, endometrio, y ovarios. Los receptores  $\beta$  se localizan en el hueso, riñones, pulmones, vasos sanguíneos, mucosa intestinal y cerebro. De ahí las consecuencias del hipoestrogenismo (falta de estrógenos) que aparecen en la menopausia.

Los estrógenos están influenciados por el ambiente, estilos de vida, genética y el estroboloma (relación de la microbiota intestinal con la salud hormonal). Además, las hormonas sexuales pertene-



cen a una subclase denominada esteroides, que se caracterizan por tener una estructura química básica en común: el colesterol. En esta categoría tenemos 5 tipos de hormonas: estrógenos, andrógenos, progestágenos, glucocorticoides y mineralcorticoides.



Además del estrógeno y la progesterona existen otras hormonas que influyen en vuestra salud y el bienestar:

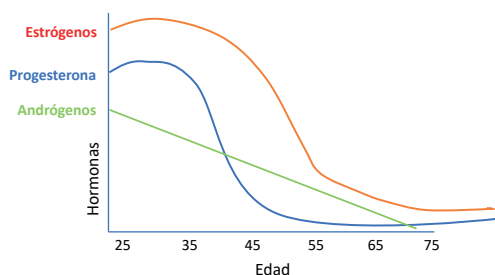
- La **testosterona**, aunque es conocida como una hormona sexual masculina, también se producen en el ovario, tejido graso y glándula adrenal. Es importante para la salud sexual, la masa muscular, la densidad ósea, aumentar la energía y la claridad cognitiva. Disminuye ya durante la premenopausia
- La **pregnenolona**: es un neuroesteroide con función anti-inflamatoria y modula la señal dolorosa.
- La **DHEA (Dehidroepiandrosterona)**: es una prohormona y precursor directo de la testosterona.
- Las **gonadotropinas (FSH y LH)** son neurohormonas que estimulan la producción de estrógeno y progesterona en los ovarios.

- La **oxitocina**, es producida a nivel cerebral y se libera durante el parto y la lactancia, además de regular las emociones y los lazos sociales.
- El **cortisol**, generado por la glándula suprarrenal en respuesta al estrés puede tener un impacto significativo en la salud mental y física si se produce en exceso.
- La **hormona tiroidea**, producida por la glándula tiroides, es fundamental para regular el metabolismo y la temperatura corporal.
- La **leptina** producida por las células grasas, participa en la regulación del apetito y el peso corporal junto con la **Grelina**.
- La **melatonina** producida por la glándula pineal, regula el ciclo sueño-vigilia.

El diagnóstico de menopausia es sintomático, ante la constatación de ausencia de regla en 12 meses. Los valores acordes a la misma serían: FSH >40 UI/ml y Estradiol <30-50 pg/ml en 2 determinaciones sanguíneas separadas 1 mes. Para el resto de hormonas, dependería del momento de la extracción, edad de la paciente, resultado obtenido y con ello realizar una valoración individualizada.

Después de la menopausia el ovario secreta principalmente androstendiona y testosterona, aunque las concentraciones se aproximan a la mitad de lo observado antes de la misma. Los valores de DHEA con origen en la glándula suprarrenal, disminuyen con el envejecimiento, y son un 70-75% inferiores a las observadas en edad joven.

La testosterona disminuye alrededor del 25%, si bien el ovario posmenopáusico secreta más testosterona que el premenopáusico, al menos en los primeros años del período posmenopáusico.



Es importante recordar que las fluctuaciones hormonales de la perimenopausia no se limitan a los estrógenos y la progesterona. Ante estas fluctuaciones hormonales, cada una de vosotras reacciona de manera diferente. Algunas atravesáis la perimenopausia sin muchos contratiempos, mientras que otras veis vuestra calidad de vida significativamente afectada. Los antecedentes médicos, el estilo de vida, la dieta y el nivel de estrés son factores que pueden influir en la experiencia de cada una de vosotras. Es esencial destacar que no hay una “norma” en cuanto a la transición hacia la menopausia y que cada mujer debe ser acompañada de manera personalizada, de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

### Existen Test para valorar la Salud Hormonal

Existen diversas formas de regular vuestras hormonas, que van desde ajustes en la alimentación y la actividad física hasta la gestión del estrés.

La dieta desempeña un papel fundamental en la regulación de los niveles hormonales, por lo que es esencial mantener una alimentación equilibrada y saludable. Asimismo, el ejercicio regular puede contribuir a mantener un balance hormonal adecuado además de reducir el impacto del estrés en el cuerpo.



Reducir el estrés es clave para regular los niveles hormonales de manera efectiva. El estrés crónico puede tener un efecto adverso en la salud hormonal, aumentando el riesgo de trastornos relacionados con las hormonas.

Cuando se presentan desequilibrios hormonales, existen diversas opciones de tratamiento que pueden adaptarse según la causa y la gravedad del desajuste. Estas opciones incluyen la terapia hormonal, ajustes en el estilo de vida y el uso de suplementos naturales.

La terapia hormonal es una alternativa para abordar desequilibrios hormonales, siendo personalizada para cada paciente según sus necesidades específicas.

Además, cambios en la dieta y el ejercicio pueden complementar el tratamiento para regular los niveles de manera natural.

Los suplementos también pueden ser una opción para corregir desequilibrios hormonales. Algunos de estos suplementos, como la vitamina D, o el aceite de pescado, han demostrado ser efectivos en la regulación de los niveles hormonales.

Es fundamental que comprendáis cómo funcionan las hormonas y su impacto en la salud y el bienestar general. Ante la sospecha de un desequilibrio hormonal, es recomendable que consultéis con un ginecólog@ para obtener un diagnóstico preciso y explorar las opciones de tratamiento disponibles.

Recordaros que mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico regular, gestionar el estrés y un buen descanso son medidas efectivas para regular los niveles hormonales y promover la salud en general.

**Conozcamos algunos términos:**

**Microbiota Intestinal:** es el conjunto de gérmenes (bacterias, virus, hongos y protozoos) que habita en nuestro intestino. Estos deben estar en equilibrio para cumplir sus funciones y poder mantener la salud.

**Microbioma:** es el conjunto de genes de la microbiota

**Estroboloma:** es el conjunto de bacterias capaz de modular la circulación enterohepática de los estrógenos y de esta forma influir en sus niveles.

**Disbiosis:** alteración o desequilibrio de la microbiota.

Cuando aparece una disbiosis intestinal, el estroboloma puede modificar su actividad y esto producir una alteración de los estrógenos.

**Recuerda que la alimentación, el sueño o el estrés crónico pueden desequilibrar vuestras hormonas**



### 3. Salud Menstrual

*Francisbel es una mujer de 46 años, madre de 2 niñ@s y profesora de profesión. Acude a mi consulta puesto que durante el último año ha presentado episodios de ausencia menstrual. Ella lo achaca al estrés de compaginar vida profesional, familiar y personal, pero aún así desea saber si “todo está bien”.*

Debéis conocer vuestro ciclo menstrual. Y con ello saber que el ciclo menstrual es el tiempo entre el primer día de tu regla y el día antes de la siguiente. Es un período durante el cual se producen cambios hormonales que preparan tu cuerpo para un posible embarazo.

Las fases del ciclo menstrual son las siguientes:

- **1ª fase – Menstruación:** La primera fase del ciclo comienza con el sangrado menstrual. Esto ocurre porque el recubrimiento interno del útero, llamado endometrio, se desprende y se expulsa junto con sangre y otros fluidos.

Durante esta fase podéis sentir molestias como: dolor abdominal, retención de líquidos, cambios de humor, cansancio, dolor de cabeza, y sensibilidad en los senos, entre otros.

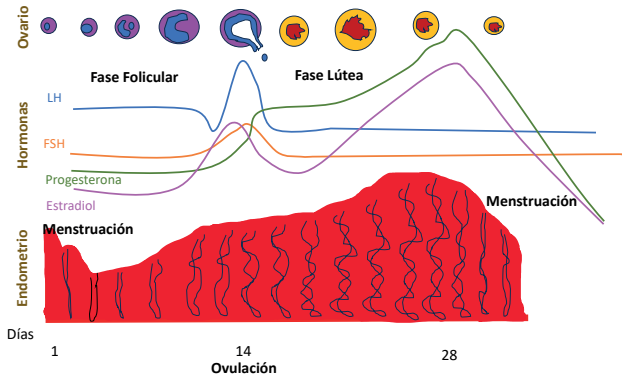
- **2ª fase - Fase Folicular:** La segunda fase del ciclo transcurre entre la menstruación y la ovulación, con una duración de 10-12 días. En esta fase el cerebro da señales al ovario a través de una neurohormona llamada *hormona folículo estimulante (FSH)*. Dicha hormona estimulará

el crecimiento de los folículos en el ovario, donde uno de ellos alcanzará mayor desarrollo denominándose folículo dominante, y será el encargado de liberar el óvulo durante la ovulación. Los folículos ováricos a su vez liberan otra hormona llamada *estradiol* que producirá un efecto sobre el endometrio que empezará a engrosarse para albergar al futuro embarazo.

Durante esta fase podéis percibir un aumento de la libido o deseo sexual, cambios en el flujo vaginal o aumento del apetito.

- **3ª fase - Fase Ovulatoria:** Durante la tercera fase, los niveles de estrógenos son altos y esto produce a nivel cerebral la liberación de otra hormona llamada *hormona luteinizante (LH)*. El pico de dicha hormona producen la ovulación alrededor del día 14. El óvulo será captado por la trompa y permanecerá a la espera de ser fecundado por un espermatozoide.
- **4ª fase - Fase Lútea o Secretora:** La fase lútea o secretora es la que se desarrolla entre la ovulación y la siguiente menstruación. Tiene una duración de unos 14 días de media. Durante esta el folículo roto se transforma en el llamado cuerpo lúteo produciendo la hormona *progesterona*. Esta hormona produce nuevamente cambios en el endometrio para albergar un embarazo en caso de que se produzca. En el caso de no producirse la fecundación esto induce la caída de los niveles de estrógeno y progesterona lo cual provoca la siguiente menstruación. El primer día de sangrado menstrual será el primer día del nuevo ciclo.

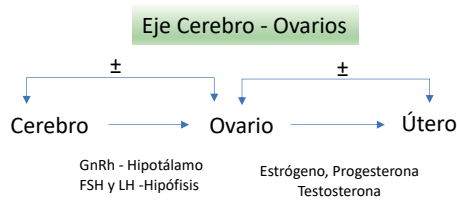
Durante esta fase podéis experimentar algunos síntomas como: cambios de humor, nerviosismo, hinchazón, acné,...



Para un correcto control de la función hormonal y reproductiva del ovario se requiere una regulación precisa, cuantitativa y temporal del eje cerebro-ovario ( o eje hipotálamo-hipófisis-gonadal).

A modo de resumen, el cerebro en fase folicular inicial libera FSH produciendo un aumento de estrógenos a nivel ovárico. A mitad del ciclo esto induce un pico de LH, produciéndose la ovulación y con ello la secreción de progesterona por el ovario.

En fase lútea disminuyen las hormonas cerebrales; FSH y LH, y aumentan las hormonas ováricas, estrógeno y progesterona.



Por lo tanto, el ovario es una glándula que tiene doble función: una reproductiva y otra hormonal. En cuanto a la parte reproductiva, su misión es liberar el óvulo para que sea fecundado por un espermatozoide.

Respecto a la parte hormonal, tal y como hemos visto anteriormente, el ovario es el responsable de secretar estrógeno (por el folículo) y progesterona (por el cuerpo lúteo). Pero además, en el estroma del ovario conocido como estroma, se producen andrógenos como la testosterona, y hormona antimülleriana (AMH). Esta última nos sirve como marcador (junto a otras pruebas) para valorar la reserva ovárica (cantidad/calidad de ovocitos).

Según la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), los valores de normalidad para el ciclo son: un intervalo inter-ciclo entre 24 y 36 días, duración del sangrado entre 4 y 8 días y cantidad de sangrado entre 5-80ml/ciclo. Aunque es importante tener en cuenta, que cada una de vosotras sois única y vuestros ciclos pueden diferir en duración, regularidad y síntomas.

Cuando el mecanismo empieza a fallar, aparecen las alteraciones del ciclo menstrual, que son motivo habitual de consulta en las visitas al consultorio de ginecología.

Por ello, debéis saber que la transición hacia la menopausia es un proceso gradual que os ocurre a lo largo de varios años, generalmente entre los 45 y 55 años. Como hemos comentado anteriormente, la menopausia es un diagnóstico retrospectivo, tras haber estado 12 meses sin regla. El período previo lo tenéis marcado por cambios hormonales progresivos que pueden provocar una variedad de manifestaciones endocrinas, biológicas y clínicas. El **trastorno del ciclo menstrual** es la característica más significativa en esta etapa. La falta de ovulación es frecuente durante este período, esto expone al endometrio a largos períodos de estímulo estrogénico sin oposición de progesterona. Y en consecuencia, a sangrados anómalos.

Todo ello es consecuencia del envejecimiento paulatino del ovario donde la producción hormonal no sigue las pautas cíclicas de la vida fértil. Junto a la irregularidad del sangrado menstrual, muchas

mujeres se quejan también de sofocos y otros síntomas descritos en la menopausia.

Para facilitarnos el entendimiento el grupo de trabajo STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop) nos diferencia la vida adulta de la mujer en tres grandes fases: reproductora, transición menopáusica y posmenopausia. Y nos propone un esquema terminológico.

Fases de la transición climatórica (Grupo STRAW: Stages of Reproductive Aging Workshop)								
ESTADIO	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	
Terminología	Período Reproductivo			Transición Menopausia		Posmenopausia		
	Temprano	Óptimo	Tardío	Temprano	Tardío	Temprano	Tardío	
				Perimenopausia				
Duración	Variable			Variable		1 año	4 años	Hasta senectud
Ciclos Mens- truales	Variable o regular	Regular		Variable (>7 días de dife- rencia de lo normal)	≥2 ciclos ausentes y/o ame- norrea ≥60 días	Amenorrea 12 meses	Ausencia	
Endocrino	FSH normal		FSH aumen- tada	FSH aumentada		FSH aumentada		

Comprender las diferentes etapas de esta transición es esencial para entender lo que os sucede.



**Recuerda que debe existir una buena comunicación Cerebro-  
Ovarios-Útero**

**Las fases del ciclo menstrual son : Menstruación-a Fase  
Folicular-Ovulación-Fase Lútea-Menstruación**

**Las alteraciones del ciclo menstrual son habituales en la  
Perimenopausia pero si persisten o alteran tu calidad de vida  
debes consultar con tu ginecólog@**

## 4. Salud Vasomotora

*María Vicenta es una mujer de 54 años, peluquera de profesión, que presentó su última menstruación hace 24 meses y que actualmente consulta por una sensación de bochorno seguida de un enfriamiento que la deja sin poder continuar con sus actividades cotidianas. Tras explicar lo que le sucede a su médico de cabecera, este le responde; “hija, eso son sofocos propios de la edad y tienes que pasarlos, compra un abanico”.*

*Pero los sofocos se repiten cada 30-45 minutos, y María Vicenta ¡ya no puede vivir más así!.*

Desafortunadamente hoy en día todavía encontramos este tipo de situaciones, en el que negamos lo evidente. Por eso, mi propósito en este capítulo es explicaros que os sucede, porqué os sucede y como ayudaros. Adelante.....

Las consecuencias inmediatas del déficit hormonal en la menopausia derivan en la aparición del síndrome climatérico, que no es más que un conjunto de síntomas que aparecen con el cese de la actividad de los ovarios y que han sido agrupados en *síndrome vasomotor* y *síndrome psiconeurobiológico*. En este capítulo trataremos el primer síndrome.

El síndrome vasomotor o sofocos son el primer síntoma en aparecer en la menopausia, sobre todo en el primer año de instauración de la misma. Técnicamente se trata de un desfase de la temperatura corporal provocado por la falta de estrógenos. Por lo general, el sofoco se inicia en el tórax, asciende hasta la cabeza y

se distribuye por todo el cuerpo. Con una frecuencia de aparición de una vez al mes hasta uno cada media hora. Normalmente se trata de episodios nocturnos con una duración de entre 3 y 6 minutos, pudiendo ir asociados a palpitaciones, enrojecimiento de la piel, e insomnio (por aumento del despertar nocturno que genera el sofoco). Y su duración es variable, con una media que se sitúa entorno a los 4-5 años.

**Según la Administración de Alimentos y Medicamentos (FAD)**

**los sofocos se pueden clasificar en:**

**Leves: sensación de calor sin sudoración**

**Moderados: sensación de calor con sudoración,  
que permite continuar con la actividad**

**Severos: sensación de calor con sudoración,  
que interrumpe la actividad**

Aunque benignos, pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres, perturbando su sueño, sus actividades cotidianas y sus relaciones sociales.

A la hora de evaluar los sofocos debemos tener en cuenta otras posibilidades clínicas, que manifiesten parte de su sintomatología en forma de sofocaciones. Tales como aumento de la función de la glándula tiroides, ansiedad, efectos secundarios farmacológicos, alcoholismo, etc

Los sofocos son causados por una alteración del centro de termorregulación a nivel cerebral, que controla la temperatura corporal. Con las fluctuaciones hormonales de la menopausia, este centro se vuelve más sensible a las variaciones de temperatura desencadenando los sofocos. Esta reacción es a menudo desproporcionada y inadecuada, ocurriendo incluso en ausencia de calor

exterior. Ciertos factores, como el estrés, la ansiedad, el consumo de alcohol o cafeína, los alimentos picantes y los entornos sobrecalentados, pueden empeorar o desencadenar los sofocos.

Por otro lado, los sudores nocturnos, son episodios de sudoración excesiva que ocurren durante el sueño, a menudo asociados a sofocos. Pueden ser tan intensos que os despierten, empapando la ropa, las sábanas y perturbando vuestro descanso. Los sudores nocturnos son una de las principales causas de insomnio y fatiga en la menopausia, con repercusiones en el estado de ánimo, concentración y calidad de vida en general.

Los sofocos suelen afectar entorno al 60-80% de vosotras durante la transición menopáusica, aunque solo afectan intensamente, repercutiendo en la calidad de vida, en aproximadamente un 20%. Y es ahí donde tenemos que hacer un esfuerzo para que toda mujer que padezca esta alteración encuentre ayuda. Ya que, según un estudio promovido por Asociación Española para el Estudio de la Menopausia en el que mujeres españolas de 40 a 70 años de edad completaron una encuesta en agosto 2021 se vió que: el 86% de las mujeres tenían algún síntoma de la menopausia. Los sofocos estaban entre los 4 síntomas más frecuentes, el 41% referían sofocos y un 34.4% sudores nocturnos. Pero lo más llamativo fue que el 84.8% de las mujeres no recibía ningún tratamiento.

Los sofocos no son solo un aumento de la temperatura sino que tienen un profundo impacto negativo sobre la salud: Física (con mayor riesgo cardiovascular, óseo y aceleración del envejecimiento), Mental (alteraciones del sueño, del estado del ánimo y cognitivas), Calidad de Vida (respecto a las relaciones interpersonales) y Carga Económica (productividad laboral, absentismo-presentismo y utilización de recursos sanitarios).

Asociados a los sofocos y a la disfunción hormonal de la perimenopausia, se justifican otros síntomas: psicológicos, trastornos del

sueño, irritabilidad, síndrome premenstrual, alteraciones del estado del ánimo, cambios en la piel, alteraciones músculo esqueléticas, alteraciones del equilibrio y sequedad vaginal.

Actualmente se sabe que existen factores de riesgo o predisponentes para presentar sofocos como ser de raza afroamericana, obesidad, menopausia quirúrgica, escasa actividad física o haber presentado síndrome premenstrual. También conocemos factores desencadenantes como una temperatura ambiental elevada, alcohol, tabaco, estrés o alteraciones del sueño. Y factores protectores donde encontramos la dieta mediterránea.

<b>Factores de riesgo que afectan la intensidad, frecuencia y duración de los sofocos</b>	
Raza/Etnia	Afroamericanas Hispanas
Biológicos	Peso (> índice de masa corporal)
	Diabetes
Conductas de salud	Tabaco
	Alcohol
Socio-económicos	Bajo nivel educativo
	Bajo nivel de ingresos
Psicosociales	Antecedente de ansiedad
	Ánimo negativo o deprimido
	Estrés
	Sensibilidad a los síntomas
Reproductivos	Etapas de la menopausia
	Síntomas premenstruales
	Enfermedades hipertensivas del embarazo
Tratamientos médicos	Extirpación del útero (histerectomía)
	Extirpación de los ovarios (ooforectomía)
	Tratamiento para el cáncer de mama
Primeros años	Abuso verbal o emocional o abandono

La mayoría de vosotras no necesitareis tratamiento para los síntomas, o estos se aliviarán siguiendo hábitos de vida saludables. Las recomendaciones que os doy son : llevar ropa suelta, tomar bebidas frías, evitar la comida picante, mantener una temperatura ambiental baja, mantener un peso corporal adecuado, realizar ejercicio físico regular y evitar tóxicos como alcohol o tabaco.

No obstante, una de cada cuatro verá afectada su calidad de vida y requerirá de algún tipo de tratamiento médico. La elección del tratamiento dependerá de las características individuales de cada una de vosotras. Deberemos adaptarnos a vuestras necesidades y preferencias, y consensuar cual va a ser el más adecuado.

La terapia hormonal es el tratamiento más eficaz para el alivio de los sofocos asociados a la menopausia. Pero antes de prescribirla se debe realizar una valoración individualizada, valorando el riesgo personal y familiar, así como el tiempo pasado desde la menopausia. El tratamiento con fitoterapia también se plantea como una alternativa terapéutica.

Puesto que existen múltiples opciones, le dedicaremos un capítulo a los tratamientos durante la menopausia.

**Según la Administración de Alimentos y Medicamentos (FAD)**

**los sofocos se pueden clasificar en:**

**Leves: sensación de calor sin sudoración**

**Moderados: sensación de calor con sudoración,  
que permite continuar con la actividad**

**Severos: sensación de calor con sudoración,  
que interrumpe la actividad**



## 5. Salud Mental

*Coral es una mujer de 57 años, madre de 2 hij@s, en menopausia desde los 53 y panadera de profesión. Últimamente se siente más nerviosa, con cambios de humor y se altera por nada. Ella lo atribuye a que es verano, hace mucho calor y más si cabe en su trabajo. Además le está costando dormir, se levanta cansada y nuevamente con mal humor. Finalmente ha decidido solicitar ayuda a su médic@ de cabecera puesto que se ha dado cuenta que estos cambios le están afectando en su vida diaria.*

Las fluctuaciones hormonales influyen en los neurotransmisores del cerebro, como la serotonina y la dopamina, que regulan el estado de ánimo, el sueño y las funciones cognitivas. Muchas de vosotras informáis cambios de humor, irritabilidad, ansiedad e incluso episodios depresivos.

Los trastornos cognitivos más comunes durante la menopausia son los lapsos de memoria y las dificultades de concentración. Aproximadamente el 60% de las mujeres se quejan de problemas de memoria, que se manifiesta por olvidos, dificultad para retener nueva información o encontrar palabras. Estos cambios pueden ser fuente de ansiedad y frustración con un impacto negativo en la vida personal, familiar, social y laboral. El impacto de la menopausia sobre el cerebro varía entre las mujeres y depende también de otros factores como la edad, nivel de educación, estilo de vida, antecedentes médicos o predisposiciones genéticas. Por lo que es necesario una valoración individual y estrategias adaptadas.

Los cambios de humor e irritabilidad son frecuentes y debilitantes



con un impacto negativo en la calidad de vida. Alrededor del 70% informáis de cambios en el humor que van desde la tristeza, pasando por el cansancio y hasta la ansiedad. La mayoría de veces estos síntomas son incomprensidos y minimizados.

Junto con lo anterior, alrededor de un 60% de vosotras informáis de una disminución de la autoestima en relación con vuestro cuerpo debido a los cambios producidos por el paso de los años, agravado esto por los síntomas de la menopausia. El estrés acompaña frecuentemente a la menopausia y puede exacerbar los síntomas, alterando la calidad de vida. El estrés crónico tiene consecuencias negativas para la salud física y mental. Favorece la inflamación, alteraciones metabólicas, enfermedades cardiovasculares o la depresión. Por lo tanto, debemos aprender a manejarlo.

Como a todos los médicos, nos gusta catalogar los síntomas, y estos están dentro del llamado síndrome psiconeurobiológico o psico-emocional (que hemos nombrado en el capítulo anterior). Se caracteriza por presentar insomnio, trastornos afectivos (como tendencia a la ansiedad-depresión), nerviosismo, irritabilidad, pérdida de memoria y disminución de la capacidad de concentración, entre otros.

El sueño es un proceso biológico necesario para recuperar cuerpo y mente del desgaste diario. Es esencial para el desarrollo neuronal, el aprendizaje, la memoria, la salud cardiovascular y metabólica. En España el 48% de la población adulta y el 25% de la población infantil no tienen un sueño de calidad.

Un sueño inadecuado contribuye a problemas en el aprendizaje y procesamiento de la información, puede afectar a la concentración, el estado de ánimo y a la salud en general. Además, aumenta el riesgo de tener presión arterial alta, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso u obesidad y resistencia a la insulina.

Los trastornos del sueño y la fatiga son dos problemas frecuentes

en la menopausia que alteran la calidad de vida. Alrededor del 60% de vosotras informáis dificultades para dormir y un sueño no reparador. Esto se traduce en una fatiga crónica, cambios de humor, dificultades de concentración y un descenso en la productividad. Las causas de los trastornos del sueño son múltiples y variadas. El estrés, la ansiedad y los cambios de humor, frecuentes durante este período, pueden dificultar el inicio y el mantenimiento del sueño. Muchas de vosotras, os enfrentáis a cambios importantes en la vida personal o profesional (la partida de los hijos, la jubilación, un divorcio), que también pueden interferir en el sueño.

Los malos hábitos tales como horarios de sueño irregulares, uso excesivo de pantallas, abuso de cafeína u otras sustancias pueden agravar los trastornos del sueño. Estrategias como la adopción de una buena higiene en el sueño, alimentación equilibrada, actividad física regular y actividades relajantes pueden mejorar la calidad del sueño y reducir la fatiga.

Desde el punto de vista mental y emocional el descenso de los estrógenos influye a nivel cerebral, en concreto, en los neurotransmisores serotonina y dopamina que regulan el estado de ánimo, el sueño y las funciones cognitivas. El riesgo de padecer síntomas depresivos durante la menopausia aumenta de 2 a 4 veces.

Muchas de vosotras también informáis de trastornos de la memoria y de la concentración conocidos como “niebla cerebral” de la menopausia.

**Es importante conocer toda esta sintomatología para poder manejarla y mantener el bienestar cognitivo y emocional.**

Unas medidas higiénico-dietética iniciales como una dieta rica en nutrientes neuroprotectores (omega 3, antioxidantes o vitami-

nas), cuidando tu intestino (será explicado en el tema de salud digestiva), realizar ejercicio físico, estimular la actividad cerebral (mediante la práctica de lectura, juegos de memoria), higiene del sueño o disminuir el estrés crónicos son clave para enlentecer el proceso de envejecimiento cerebral y mejorar los síntomas psicoemocionales durante la menopausia.

Algunas encontraréis alivio con terapias complementarias como la fitoterapia (valeriana, pasiflora), la acupuntura o los masajes. La práctica de meditación o mindfulness también pueden reducir el estrés, la ansiedad y mejorar el sueño.

Y en casos de trastornos del sueño severos, ansiedad o depresión, se puede considerar un tratamiento farmacológico (terapia hormonal, sedantes, antidepresivos), siempre bajo la supervisión de tu médic@.

## 6. Salud Genitourinaria

*Mercedes es una mujer de 70 años, jubilada pero muy activa a nivel físico y cognitivo. Presentó la menopausia con 42 años sin terapia hormonal de reemplazo posterior.*

*Ha seguido todos sus controles ginecológicos con la correspondiente toma de citología, lo que describe como una situación incómoda y desagradable. Siempre se ha quejado de sequedad vaginal, pero nunca le han prescrito ningún tratamiento.*

Debéis saber que la vagina es el órgano con mayor concentración de receptores estrogénicos del organismo; por lo tanto, la disminución de los estrógenos propia de la menopausia origina lo que definimos como **síndrome genitourinario de la menopausia** (SGM). A diferencia de los síntomas vasomotores, que se resuelven con el paso del tiempo, los producidos por la atrofia tienden a evolucionar.

La vagina necesita un correcto ecosistema para que su microbiota (conjunto de microorganismos que la colonizan) esté en equilibrio. A lo largo de las diferentes etapas de vuestra vida, la vagina y la vulva, sufren modificaciones, tanto funcionales como anatómicas.

El aparato genital femenino pasa por diversos períodos, controlados por la actividad endocrina, que van a condicionar cambios en cuanto a la composición de la microbiota, la producción de glucógeno o el mantenimiento del pH, y la propia anatomía de los genitales

Etapas fisiológicas de la Vagina						
	Recién Nacida	Infancia	Pubertad	Edad Fértil	Embarazo	Meno-pausia
<b>Estrógeno</b>	++	--	- +	++	+++	+ -
<b>Mucosa vaginal</b>	Similar a Edad fértil	Fina y poco húmeda	Aumento del espesor vaginal y las secreciones vaginales	Espesor vaginal adecuado, secreciones ricas en nutrientes	Mayor protección frente a microorganismos potencialmente perjudiciales	Fina y disminuye el volumen del flujo vaginal y sus nutrientes
<b>Glucógeno</b>	+	--	- +	+	++	+ -
<b>pH</b>	4-5	7	de 7 a 5	4-5	3,5-4,5	6
<b>Microbiota</b>	No	Escasa	Mixta	Lactobacillus	Lactobacillus	Mixta

El SGM es un término que se introdujo en la literatura médica en el año 2014 para definir a un conjunto de signos y síntomas del tracto genitourinario asociado a la disminución de los esteroides sexuales, estrógenos y andrógenos. El uso de este término fue propuesto por la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS) para reemplazar el término atrofia vaginal o atrofia vulvovaginal. El SGM se define como los signos y síntomas asociados a la disminución de las hormonas durante la menopausia. Esta disminución de hormonas sexuales provoca cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales en el área vulvovaginal (labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo, introito y vagina) y el tracto urinario (uretra y vejiga). Por lo tanto, el SGM puede cursar con síntomas genitales (sequedad, irritación, ardor, falta de lubricación en la actividad sexual, molestia o dolor) y urinarios (disuria, urgencia miccional e infecciones urinarias).

La prevalencia del SGM no está bien establecida porque no todos los casos se diagnostican correctamente. En España, oscila entre el 52 y el 90%, y se reconoce que un elevado porcentaje de mujeres posmenopáusicas españolas presentan algún tipo de síntoma vulvovaginal después de la menopausia.

Los estrógenos actúan sobre receptores estrogénicos (RE) en la vagina, vulva, uretra y vejiga, zonas con un alto contenido en estos receptores.

La acción de los estrógenos tiene lugar en las distintas capas de la vagina:

- Estimulan la renovación del epitelio.
- Facilitan la lubricación
- Actúan sobre el colágeno y fibras elásticas
- Mantenimiento del pH vaginal
- Regulan la síntesis de glucógeno

Los andrógenos también intervienen en la salud genital. Por una parte, se ha demostrado la existencia de receptores de andrógenos (RA) en todas las capas de la vagina. Por otra parte, la concentración de andrógenos disminuye durante la vida de la mujer.

Sus acciones son:

- Cambios en la expresión de RA y RE.
- Aumento del crecimiento celular.
- Aumento de la producción de moco.
- Aumento del recambio del colágeno.
- Aumento de la vascularización.
- Aumento de la síntesis de neurotransmisores.

Los síntomas del SGM disminuyen la calidad de vida y hay que tener en cuenta que muchas de vosotras tenéis miedo o vergüen-

za de explicar estos síntomas, por lo que la actitud proactiva del profesional es fundamental para no retrasar el diagnóstico.

El diagnóstico del SGM es clínico, y se basa en una buena historia clínica y la exploración física.

Para una valoración cuantitativa a nivel vaginal podemos utilizar el índice de salud vaginal. Puntuaciones menores de 15 corresponden a atrofia.

Índice Salud Vaginal	1	2	3	4	5
Elasticidad	Ausente	Escasa	Aceptable	Buena	Excelente
Volumen de flujo	Ausente	Escaso	Fina capa	Capa Moderada	Normal
pH	>6.1	5.6 a 6	5.5 a 5.5	4.7 a 6	< 4.6
Integridad del epitelio	Petequias espontáneas	Sangra al menor contacto	Sangra al rascado	Epitelio no friable	Normal
Humedad	Ausente, con superficie inflamada	Ausente con superficie normal	Mínima	Moderada	Normal

Una vez valorada la vagina, no debemos olvidarnos de la **vulva**. La cual está formada por el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo y el himen. Los labios mayores están compuestos por tejido fibroadiposo y los labios menores por tejido conjuntivo, tejido eréctil (pilares del clítoris) y fibras elásticas.

La vulva contiene RE, aunque en cantidad inferior a la vagina. Y los RA sí son abundantes en la vulva.

En el SGM también aparecen cambios a nivel de la vulva como: falta de hidratación, disminución de la grasa subcutánea en los labios, fusión de labios menores, desaparición del capuchón del clítoris, estenosis del introito, disminución del tamaño de las ca-

rúnculas himeneales, meato uretral prominente, pérdida de vello púbico o epitelio frágil. Parece ser que estos cambios vulvares secundarios al SGM puedan estar implicados con procesos inflamatorios y de dolor genital.

Para el diagnóstico de la afectación vulvar se ha propuesto el índice de salud vulvar.

Puntaje: 0-5 corresponde con atrofia leve, 5-10 moderada y >10 severa.

Índice Salud Vulvar	Normal (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Severo (3)
Labios Mayores y menores	Normal	Pérdida Leve	Pérdida moderada	Pérdida severa o desaparición
Clítoris	Tamaño normal	Disminución leve del tamaño	Disminución moderada del tamaño	Disminución severa del tamaño o indetectable
Vestíbulo o entrada vaginal	Normal	Disminución o leve estenosis	Disminución o estenosis moderada	Disminución o estenosis severa
Color	Normal	Palidez leve	Palidez moderada	Palidez severa
Molestias o dolor	No	Leve durante las relaciones sexuales	Moderado durante las relaciones sexuales	Severo durante las relaciones sexuales

Por lo tanto, las hormonas desempeñan un papel crucial en el mantenimiento del grosor, la elasticidad y la lubricación de la mucosa vaginal. Su disminución resulta en un adelgazamiento y debilitamiento de esta mucosa, así como una reducción de la secreción vaginal. Así, la vulva y la vagina se vuelven más secas, más sensibles y más propensas a irritaciones e infecciones. Las relaciones sexuales pueden volverse dolorosas, incluso ausentes, provocando una disminución de la libido y una angustia emocional.



Otra sintomatología asociada al SGM son: urgencia miccional, molestias al orinar, infecciones urinarias y disfunción de suelo pélvico (incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos) de las que hablaremos en otro capítulo.

Existen numerosas opciones terapéuticas para aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y favorecer las relaciones sexuales. Se debe recomendar un estilo de vida saludable, aplicación de hidratantes diariamente y lubricantes para las relaciones sexuales, además de la realización de ejercicios de suelo pélvico. Si con ello no es suficiente se aconseja la aplicación de terapia estrogénica local o tratamiento sistémico oral. Conjuntamente con lo anterior o de forma aislada podemos hacer uso de la medicina regenerativa (láser, ácido hialurónico, plasma rico en plaquetas,...).

**¡Observa tu cuerpo!**  
**Coge un espejo y revisa tus genitales**  
**Nadie te conoce mejor que tú**

## 7. Salud Cutánea

*Manuela es una mujer de 59 años, madre de 3 hij@s, odontóloga de profesión y en menopausia desde los 50 años. Acude a la consulta para valorar los resultados de las pruebas solicitadas en la revisión previa. Mientras esperamos a que se impriman las pruebas aprovecha para comentarme que hace ya algún tiempo que nota una sequedad excesiva generalizada. Nota la piel seca, tirante y con picor. Al mismo tiempo que ha visto incrementado el número de canas, y alguna arruguita en la frente.*

Cuando hablamos de salud cutánea nos referimos a la salud de la piel y sus anejos (uñas y pelo). El envejecimiento de la piel depende de múltiples causas: alimentación, estilos de vida, edad, genética, hormonas, enfermedades crónicas, radiación solar, etc.

Tener la piel sana significa tener una piel hidratada, uniforme y tonificada para evitar síntomas como la sequedad o la irritación. Además, de poseer una función de barrera protegiéndonos de factores externos.

Las hormonas femeninas tienen la función de regular la función del aparato genital, pero también contribuyen al buen funcionamiento, y mantenimiento de otros órganos como la piel, el aparato osteoarticular o la regulación de los niveles de colesterol, entre otros.

Por lo tanto, vuestra piel está regulada por las hormonas (estrógenos), y éstas tienen una influencia sobre el grosor, hidratación, pigmentación y la regulación de la cantidad de grasa. Además,

favorecen la renovación de las células y estimulan la síntesis de las fibras de colágeno y elastina para una mejor elasticidad cutánea.

En la menopausia, la disminución de la producción de estrógenos provoca una aceleración del envejecimiento cutáneo. Está bien establecido que el principal componente de la atrofia de la piel con el envejecimiento es la pérdida del 30% del colágeno durante los 5 primeros años de la menopausia. Y que puede prevenirse o revertirse en muchos casos con una reposición hormonal.

Respecto a las uñas, durante la menopausia crecen de forma más lenta y son más frágiles. El vello axilar o del pubis también disminuye. Y el pelo se vuelve cada vez más fino y corto dando lugar a cierto grado de alopecia. Pero aunque la caída del cabello puede ser consecuencia de la disminución de la actividad ovárica, también pueden influir otras alteraciones frecuentes como la anemia, el estrés o los problemas de tiroides.

Por el contrario, debido al desequilibrio hormonal entre los estrógenos y los andrógenos puede aparecer pelo en zonas no habituales, como en la barbilla y el bigote.

La sequedad de la piel es un cambio muy frecuente observado en la menopausia. Es debido a una reducción de la producción de grasa y a la incapacidad de la piel para retener agua, lo que hace que esta esté más seca, áspera y sensible. Esta sequedad puede ir acompañada de picazón, enrojecimiento o una sensación de incomodidad.

Las arrugas son consecuencia de la disminución del colágeno y elastina, proteínas que le confieren su firmeza a la piel.

Para aliviar estos síntomas tenéis que adoptar unas rutinas de cuidados mediante el uso de limpiadores suaves, no irritantes y no deshidratantes, que respeten el pH de la piel. También la aplica-

ción de cremas hidratantes, sueros calmantes, reafirmantes, protección solar, suplementos dietéticos y masajes.

Más allá del cuidado tópico, es importante adoptar un enfoque global y preventivo para cuidar la piel durante la menopausia. Una alimentación rica en frutas, verduras, ácidos grasos esenciales y antioxidantes (vitaminas A, C, E) puede ayudar a nutrir la piel desde dentro. Una buena hidratación con al menos 1.5 litros de agua al día. El manejo del estrés o un sueño de calidad, son esenciales para favorecer la regeneración celular, reducir las ojeras, y dar a la piel un aspecto descansado.

Cuando todo esto falla, siempre y cuando, lo solicitéis siempre quedarían los tratamientos médico estéticos o quirúrgicos.

**Recuerda: ¡cuida tu piel por dentro y por fuera!  
Alimentación equilibrada, hábitos de vida saludables y  
protección frente a la radiación del sol  
son buenos aliados para tu piel.**



## 8. Salud Cardiovascular

*Tina es una mujer de 65 años, sin hijos, prejubilada desde los 60 años por un problema de columna y una menopausia a los 48 años. En los 5 últimos años ha aumentado 20 kg que lo atribuye a la imposibilidad de realizar ejercicio debido a sus problemas de espalda. Lleva desde hace 2 años tratamiento antihipertensivo. Y desde la menopausia, sus valores de colesterol han ido aumentando de forma progresiva hasta el punto que su médico de atención primaria le ha prescrito tratamiento para ello.*

La prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) es clave para mejorar vuestra salud y calidad de vida. En estos momentos la ECV: hipertensión, infarto agudo de miocardio (IAM), angina, ictus, trombosis o accidente cerebro vascular (ACV) sigue afectando a muchas de vosotras. Y desgraciadamente, el número de eventos diagnosticados anualmente sigue en aumento.

La ECV es la principal causa de muerte en las mujeres españolas, muy por encima del cáncer de mama u otras neoplasias. Por este motivo es sumamente importante que actuemos para revertir y promover un cambio. Ya que estas enfermedades restan calidad de vida en todos los ámbitos: a nivel personal, físico, emocional, social, laboral y sexual.

La ECV en la mujer constituye la primera causa de mortalidad, representando el 56 % de todas las muertes femeninas en los países de Europa Occidental, una cifra superior a la ocasionada por todos los cánceres combinados.

El riesgo de las mujeres está infravalorado por la percepción de que la mujer tiene “protección” frente a la ECV. Las mujeres durante la edad fértil tenéis menos riesgo de sufrir eventos cardíacos que los hombres, pero esta protección se pierde después de la menopausia, lo que convierte a las mujeres con factores de riesgo no tratados en vulnerables para desarrollar IAM, insuficiencia cardíaca y ACV. Esto se demostró en el estudio Framingham donde se vio que la menopausia aumentaba 2 o 3 veces el riesgo de sufrir un evento coronario.

Durante la menopausia las arterias se vuelven más rígidas debido al depósito de calcio y colesterol (produciendo arterosclerosis), con ello aparece un aumento de la tensión arterial, a lo que se suma la pérdida de masa muscular con la aparición de obesidad. También existe un cambio en el patrón de las grasas sanguíneas (colesterol, triglicéridos) y una tendencia a la resistencia a la insulina (diabetes).

La ECV no es exactamente igual en ambos sexos, y se ha visto que en vosotras se presenta más tarde, sin embargo más mujeres que hombres mueren el primer año tras un IAM.

Los factores de riesgo cardiovascular en la mujer son: historia personal de ECV, edad superior a 55 años, hipertensión arterial (HTA), dislipemia (aumento del colesterol LDL y/o disminución del colesterol HDL, aumento de los triglicéridos), diabetes, estrés, menopausia natural temprana (<44 años), enfermedades inflamatorias y reumáticas o problemas durante el embarazo (preeclampsia, diabetes gestacional).

Otros estudios demuestran la asociación de sofocos y alteración del sueño con el riesgo cardiovascular, aunque se desconocen con exactitud cuáles son los mecanismos que explican esta relación.

La HTA es un problema de salud común en las mujeres en edad de menopausia, se estima que aproximadamente el 50% desarro-

lizarán HTA en los 5-10 años posteriores a la menopausia. La HTA favorece la inflamación de la pared arterial, con la formación de aterosclerosis y aumento del riesgo cardiovascular.

**Se considera HTA al aumento de la presión arterial de forma crónica con valores iguales o superiores a 140 mm de Hg (mercurio) de presión sistólica y 90 mm de Hg de presión diastólica.**

Antes de la menopausia, los estrógenos presentan un efecto protector a nivel cardiovascular, en el metabolismo de las grasas (colesterol y triglicéridos) y de los hidratos de carbono. De ahí que la terapia hormonal de la menopausia se considere favorable aunque esta se ve influenciada por la dosis, vía de administración y el tipo de hormona utilizada.

Es importante una alimentación equilibrada y un ejercicio físico regular para prevenir la ECV y otras enfermedades metabólicas crónicas no transmisibles.

La práctica regular de una actividad de resistencia (caminar, nadar, montar en bicicleta) permite reducir la presión arterial, mejorar el perfil lipídico, prevenir el aumento de peso y fortalecer la función cardiovascular. Se recomienda realizar al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana, repartidos en varias sesiones de 30 a 45 minutos. Las actividades de fuerza, tales como pesas o pilates, también son beneficiosas para preservar la masa muscular, estimular el metabolismo basal y prevenir la osteoporosis. Es importante elegir actividades adaptadas a vuestras capacidades y preferencias, y progresar gradualmente para evitar lesiones.

Junto a lo anterior, se recomienda una alimentación rica en frutas,



verduras, granos integrales, legumbres, pescados grasos y omega-3, y pobre en grasas saturadas y carnes rojas, baja en sal y baja en azúcares refinados.

Es fundamental la recomendación de hábitos de vida saludables (un sueño reparador, disminuir el estrés, eliminar tóxicos como el alcohol o el tabaco) para la corrección de factores de riesgo cardiovasculares. Y si con ello no es suficiente se realizarán intervenciones farmacológicas pautadas y dirigidas por el personal médico.

**Puedes conocer tu riesgo cardiovascular con la calculadora de la sociedad Española de Cardiología**  
**<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/calculadoras-nutricion/riesgo-cardiovascular.html>**

## 9. Salud Metabólico-Endocrina

*Lucía es una mujer de 52 años, madre de una niña, enfermera de profesión y en menopausia desde los 49. Durante un turno de noche le comenta a su compañera que en estos 2-3 últimos años le ha cambiado el cuerpo, aunque pesa lo mismo.*

*Mucha de la ropa que tienen en el armario no puede abrochársela. Porqué, ya que no ha hecho ninguna modificación en su alimentación, y además, utiliza la bicicleta a diario para desplazarse.*

Durante los capítulos anteriores hemos estado hablando de la disminución de los niveles hormonales durante la menopausia. Los niveles de estrógeno y progesterona empiezan a disminuir de forma lenta y progresiva ya a partir de los 35 años. Entre los 35 y 50 años existe una reducción de un 35% de los estrógenos, y un 75% de la progesterona. Siendo este descenso más acusado a partir de la menopausia.

Los andrógenos (testosterona y DHEA) también disminuyen a lo largo de la vida fértil, llegando a reducirse en un 50% a los 40 años y hasta un 77% a los 70. Al mismo tiempo, con la edad sube el cortisol, la hormona del estrés, que es un factor importante de envejecimiento.

Aunque disminuyen tanto los estrógenos como los andrógenos, la balanza es positiva a favor de estos segundos. Y esto conlleva unos cambios metabólicos a nivel de composición corporal, perfil lipídico, tensión arterial y metabolismo de la glucosa (o azúcar).

No te asustes por todo lo que acabas de escuchar, estamos ha-

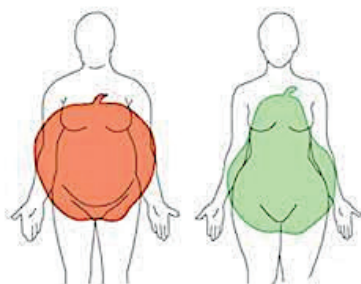
ciendo una visión general y global de todos los “posibles” cambios en la menopausia. Recordad que no todas tendréis la misma sintomatología, ni con la misma intensidad y un porcentaje importante de vosotras no tendréis ningún síntoma (alrededor del 15%).

Dicho esto, valoremos la **composición corporal** durante la menopausia. En la transición hacia la menopausia se produce una disminución del metabolismo basal, y una pérdida de masa muscular, lo que reduce el gasto energético y favorece el aumento de peso. De esta forma existe una tendencia a ganar peso que se ha estimado en torno a 0,5 kg / año, este aumento de peso a expensas del aumento de la masa grasa tiende a acumularse en el abdomen y a nivel visceral. El aumento del peso alrededor de la menopausia, parece estar más en relación con el proceso de envejecimiento que con los cambios hormonales. Pero debemos conocer lo que sucede a nivel hormonal para poder entenderlo.

**Podéis calcular vuestro gasto metabólico basal en la web  
de la Sociedad Española de Diabetes**

**[https://www.sediabetes.org/cientifico-y-asistencial/herramientas/  
calculadoras/diabetes/gasto-metabolico-basal/](https://www.sediabetes.org/cientifico-y-asistencial/herramientas/calculadoras/diabetes/gasto-metabolico-basal/)**

Los estrógenos favorecen el almacenamiento de grasa en las caderas y los muslos (grasa ginecoide), mientras que su disminución provoca una redistribución de grasa en el abdomen (grasa androide), más perjudicial para la salud. Aunque durante la menopausia hay una tendencia al aumento de peso, las causas de la obesidad son múltiples y complejas: como un desequilibrio energético crónico, factores genéticos, factores demográficos, conductuales, sociales, hormonales, alteración de la microbiota intestinal...



Sabemos que este acúmulo de grasa es un factor para el desarrollo de resistencia a la insulina, con progresión a diabetes tipo 2 (DM2), además de asociarse a la alteración en el metabolismo de los lípidos (grasas en sangre).

Pero este aumento de peso no solamente se queda en algo estético, sino que la obesidad es un factor de riesgo para la incontinencia, demencia, algunos tipos de cánceres, problemas musculoesqueléticos, psicosociales, e incluso sexuales. Repercutiendo negativamente en la calidad de vida durante la menopausia.

En España, casi la mitad de las mujeres mayores de 50 años presenta sobrepeso-obesidad. Y de acuerdo con la OMS, la obesidad se define como una acumulación excesiva de grasa corporal que representa un riesgo para la salud. Siendo una enfermedad crónica, progresiva y recidivante que da lugar a otras patologías como la diabetes, enfermedad cardiovascular y el cáncer, causantes de una merma en la calidad de vida y riesgo de mortalidad. Durante la menopausia factores como la edad, trastornos del sueño, ansiedad o depresión pueden promover la obesidad.

Y hablamos de obesidad cuando se presenta un índice de masa corporal (IMC) por encima de  $30\text{kg/m}^2$ .

El IMC es un número que se calcula con base al peso y la estatura de la persona. Es un indicador de la *gordura* y se usa para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas

de salud. Se considera que por cada aumento de 5 unidades en el valor de IMC (a partir de 30)kg/m<sup>2</sup>) el riesgo de mortalidad se incrementa hasta un 31%.

**Calcula tu IMC en**  
<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/calculadoras-nutricion/imc.html>

IMC	Valores (Kg/m <sup>2</sup> )
Bajo peso severo	<16.5
Bajo Peso	>16.5-< 18.5
Peso Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad Grado 1 (moderada)	30-34.9
Obesidad Grado 2 (severa)	35-39.9
Obesidad Grado 3 (mórbida)	>40

Dentro de los cambios de la composición corporal existe también una disminución de la masa muscular llamada **sarcopenia**. Es un fenómeno frecuente que lleva a la pérdida de fuerza, disminución de resistencia, fatiga y mayor riesgo de caídas y fracturas. Previo a la sarcopenia aparece la dinapenia, definida esta como pérdida de la fuerza muscular. Además existe una pérdida de densidad ósea, que con el paso de los años puede llegar a una osteoporosis, con riesgo de fracturas.

Como sabemos, los estrógenos ayudan a controlar un **perfil lipídico** correcto. Y durante la menopausia hay un aumento de los niveles de LDL (colesterol “malo”), de colesterol total y triglicéridos, y una disminución del HDL (colesterol “bueno”).

EL LDL es el que se encarga de transportar el colesterol del hígado al resto del organismo. Y el HDL es el que recoge el colesterol no utilizado y lo devuelve al hígado para su almacenamiento o eliminación.

El HDL aumenta con la pérdida de peso, el ejercicio, los estrógenos y la fibra. Disminuye con la obesidad, el sedentarismo, la diabetes y el tabaco. El LDL aumenta con la obesidad, la diabetes, trastornos tiroideos, trastornos hepáticos o renales. Y disminuye con la pérdida de peso, los estrógenos y la fibra.

#### Niveles normales

**Colesterol total < 200mg/dl, LDL < 160, HDL > 50 mg/dl,  
Triglicéridos < 150 mg/dl**

Los cambios en la **tensión arterial** durante la menopausia han sido comentados en el capítulo anterior. Y sabemos que son un factor importante de riesgo cardiovascular.

Existen también cambios en el **metabolismo de la glucosa o azúcar en sangre**. La obesidad se conecta con la diabetes a través de la resistencia a la insulina y la deficiencia de la misma.

Vamos a explicar esto: las células del cuerpo necesitan glucosa para poder realizar sus funciones. Esta glucosa se obtiene de los alimentos que ingerimos y necesita de una hormona, llamada insulina, segregada por el páncreas para poder absorberse.

Cuando tenemos una dieta rica en hidratos de carbono y azúcares refinados o alimentos procesados se produce tras la ingesta un pico excesivo de glucosa en sangre (conocido como índice glucémico) que desequilibra los niveles de glucemia (glucosa en sangre).

Para equilibrarla y bajar esos altos niveles de azúcar en sangre, el páncreas se pone a funcionar masivamente para secretar insulina y así la glucosa llegue a las células. Pero el exceso de glucosa que no se va a poder consumir, el cuerpo la acumula mediante el proceso de lipogénesis (o formación de grasas), por lo que se favorece la obesidad. Si se mantiene este ritmo, el páncreas se desgasta, produciendo una resistencia a la insulina y finalmente una diabetes (diabetes mellitus tipo 2 – DM2).

**Puedes calcular tu Índice de Resistencia a la Insulina en la web del Centro Especializado en Diabetes, Obesidad y Prevención de Enfermedades Cardiovasculares**  
<https://cedopec.com/calculadora-resistencia-insulina/>

<b>Valores del Índice de Resistencia a la Insulina (HOMA-IR)</b>	
Puntaje	Interpretación
< 1.96	Sin resistencia a la insulina
1.96 a 3	Sospecha resistencia y requiere más estudios
>3	Resistencia a la insulina

La DM2, el tipo más común de diabetes, donde los niveles de glucosa en la sangre, son demasiado altos. El cuerpo no produce suficiente insulina o no la usa bien. Por lo tanto, se queda demasiada glucosa en la sangre y no llega lo suficiente a las células.

Cuando de forma sistemática se desequilibran los niveles de glucosa en sangre, nos volvemos “adictos” a ese estado anímico que produce la sobrecarga de glucemia. Se produce un círculo vicioso, donde como alimentos con un alto índice glucémico, que me producen una sobrecarga en el cuerpo y una sensación de bien-

estar pero que posteriormente descienden rápidamente y vuelvo a necesitar aumentar ese nivel de azúcar en sangre. Lo ideal sería ingerir alimentos con un índice glucémico menor de 50.

**Podemos buscar el índice glucémico de los alimentos en <https://glycemic-index.net/es/como-se-calcula-el-indice-glucemico/> o descargarnos su APP.**

**Niveles normales de Glucemia en ayunas < 100mg/dl**

Para valorar los cambios corporales durante la menopausia podemos realizar la medición de la circunferencia abdominal, una analítica con perfil lipídico y glucemia, y la toma de la tensión arterial.

La valoración de la circunferencia abdominal es muy fácil de realizar. Basta con coger una cinta métrica, y a la altura de la cintura, medir los centímetros de dicha circunferencia. En la mujer, más de 88 cm sugiere una obesidad abdominal con riesgo cardiovascular.

La analítica normal debería mostrar una glucemia en ayunas <100mg/dl, unos triglicéridos <150mg/dl, colesterol-HDL > 50 mg/dl. Y finalmente, la tensión arterial ser menor de 135/85.

Cuando se asocian varios de los cambios corporales vistos puede aparecer el llamado **Síndrome Metabólico**. Que es un conjunto de factores (obesidad, presión arterial alta, alto nivel de azúcar en sangre, altos niveles de triglicéridos y colesterol) que cuando se suman varios de ellos incrementan el riesgo de ECV, diabetes y mortalidad por todas las causas. En España la prevalencia supera el 30% de la población adulta.

Existen diversos criterios diagnósticos, pero en 2009, las sociedades científicas establecieron un consenso para su diagnóstico cuando se detectan 3 o más de los 5 criterios.



<b>Criterios para el diagnóstico clínico del Síndrome Metabólico</b>	
Parámetros	Punto de corte
Circunferencia Abdominal	>102 cm en varones > 88cm en mujeres
Triglicéridos	> 0 igual 150 mg/dL
HDL colesterol	< 40 mg dl en varones < 50 mg/dl en mujeres
Presión arterial	Sistólica > 0 igual 130mmHg Diastólica > 0 igual 85 mmHg
Glucemia en ayunas	> 0 igual a 100 mg/dL

Antes de finalizar el capítulo me gustaría hablar de la **glándula tiroides**, localizada a nivel del cuello. Entre el 8 y el 26% de la mujeres durante la menopausia presentáis una disminución de la función de esta glándula, lo que conocemos como hipotiroidismo.

El hipotiroidismo está asociado a alteraciones de los lípidos, y de la sensibilidad a la insulina.

Las enfermedades tiroideas aumentan con la edad y se calcula que una de cada 10 mujeres en la década de los 50 años puede desarrollar un hipotiroidismo, 5 a partir de los 60. Las repercusiones de este hipotiroidismo serían: ganancia de peso, fatiga, dificultad para concentrarse, intolerancia al frío, pérdida de cabello, sequedad de piel, fragilidad de las uñas, disminución de la libido ... como vemos los síntomas típicos de una mala función tiroidea pueden confundirse muy fácilmente con los síntomas que aparecen durante la menopausia.

Realización de una analítica solicitando los valores tiroideos nos sirve como diagnóstico y la suplementación del déficit de esta hormona revierte dicha sintomatología.

Para terminar conocer que la gestión del peso durante la menopausia se basa en un enfoque global y equilibrado combinando

una alimentación saludable y adaptada, actividad física regular, y la gestión del estrés y las emociones.

En términos de alimentación hay que priorizar alimentos naturales y poco procesados, tratando de cambiar hábitos para adoptar estrategias efectivas y duraderas. La actividad física debe combinar ejercicios de resistencia y fuerza muscular, realizando unas 3-5 sesiones a la semana de 30 a 60 minutos.

Apoyo psicoemocional para gestionar el estrés y las emociones, ya que el estrés crónico puede modificar y alterar las hormonas, favoreciendo el aumento de peso.

El uso de la terapia hormonal de la menopausia en este perfil de mujeres precisa de un tratamiento individualizado con un seguimiento estrecho. Los estudios más significativos coinciden en que la terapia hormonal puede ayudar a atenuar la acumulación de grasa abdominal y la ganancia de peso habituales durante la menopausia, lo que reduce significativamente el diagnóstico de DM2 de nueva aparición. Aunque no debe ser prescrita solo con este fin.

Cuando es necesario y siempre bajo la supervisión de un médico se utilizarán fármacos o incluso se indicará cirugía.

**Recuerda que un estilo de vida y unos hábitos de vida saludables junto a ejercicio físico regular te alejarán del síndrome metabólico, y por tanto, disminuirás tu riesgo cardiovascular.**



## 10. Salud Ósteo-Articular

*Paula es una mujer de 77 años, en menopausia desde los 47, con 3 hij@s y auxiliar de vuelo como profesión. Como cada año, visita a su ginecólog@ de confianza, y durante la exploración le comenta que lleva unos meses con dolor de espalda. Revisando su historia clínica su médic@ se da cuenta que ha disminuido en 4 cm su altura, y que va un poco encorvada. Le solicita una densitometría donde se diagnostica una osteoporosis a nivel de la columna.*

La osteoporosis se caracteriza por una alteración en la arquitectura del hueso con pérdida de su fortaleza, haciéndolos más frágiles y propensos a fracturarse. En los 5 a 7 primeros años de la menopausia se produce una pérdida aproximada del 12% de la masa ósea. Y alrededor del 40-50% de vosotras sufriréis durante la menopausia una fractura por fragilidad. Definida como aquella fractura provocada por lesiones que serían insuficientes para fracturar un hueso normal, es decir la que se produce por un traumatismo mínimo. Este tipo de fracturas representa el 80% de todas las fracturas en mujeres menopáusicas mayores de 50 años.

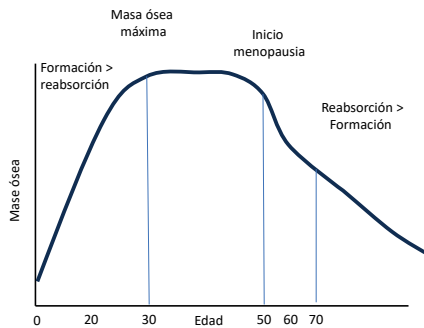
Y tener una fractura es un factor de riesgo para la aparición de nuevas fracturas, especialmente en los primeros 5 años.

Las fracturas por fragilidad ósea, consecuencia de la osteoporosis, son responsables de un exceso de mortalidad, dolor crónico, ingreso en instituciones y costes económicos elevados.

El aumento de la esperanza de vida ha sido espectacular en el último siglo. A principios del siglo XX muy pocas mujeres alcanza-

bais la edad de la menopausia por lo tanto no veíamos los efectos negativos de la misma. Hoy en día conocemos que la disminución de los estrógenos está implicada en la aparición de la osteoporosis. Ya que interviene en el equilibrio entre la formación y reabsorción del hueso. Los estrógenos tienen un papel esencial en el mantenimiento de la salud ósea, estimulando la actividad de los osteoblastos (células que forman hueso) e inhibiendo la de los osteoclastos (células que reabsorben el hueso). Durante la menopausia se produce un desequilibrio a favor de la reabsorción ósea.

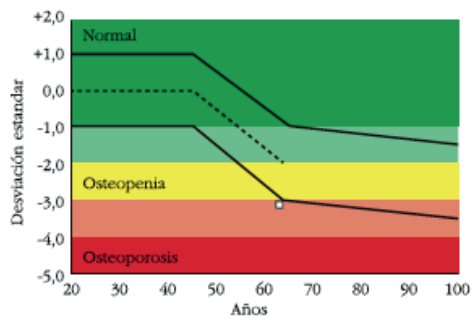
El hueso es un tejido dinámico que está en constante cambio. Durante la pubertad hay un periodo de incremento óseo llegando a alcanzar la masa ósea máxima en torno a los 25-30 años. Esta masa ósea permanece estable hasta la menopausia momento en el que acontece una pérdida acelerada de la misma. La merma es más rápida en los tres primeros años de menopausia, y se ha calculado que la pérdida inicial es de 2,5% de masa al año para disminuir a un 0,75% a los 3-4 años.



La Osteoporosis no presenta síntomas en sus etapas iniciales, por lo tanto, es asintomática hasta el momento en que se produce la fractura. Se considera una de las enfermedades crónicas más frecuentes y debilitantes, además de un problema sanitario mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, "la osteoporosis es una enfermedad que afecta a millones de mujeres con alto

riesgo de fracturas pudiendo producir consecuencias debilitantes y afectar su calidad de vida”. La amplitud del problema es enorme y aunque la frecuencia real de la osteoporosis es difícil de establecer, no ocurre así con sus secuelas. Las principales complicaciones de la osteoporosis son las fracturas vertebrales, de muñeca y cadera. Las consecuencias clínicas, sociales y económicas de dichas fracturas son un aumento de la mortalidad, aumento de la carga económica y menor calidad de vida.

El diagnóstico se puede realizar mediante una densitometría ósea, que consiste en realizar una prueba de imagen que valora la densidad mineral del hueso. Según la OMS se clasifica en osteoporosis tener un valor T-score  $\leq -2.5$ .



El objetivo principal del tratamiento es disminuir las fracturas. Para ello debemos inicialmente valorar y corregir los factores de riesgo que inducen la pérdida de masa ósea.

Para una correcta valoración debemos tener en cuenta los factores de riesgo. Tenemos factores primarios y secundarios, dentro de los primarios existen unos que no podemos cambiar (como la raza, antecedentes familiares, menopausia precoz, delgadez, sexo femenino) y otros que son evitables (mala alimentación, exceso de café o alcohol, tabaco, sedentarismo). Los secundarios serian aquellos debidos a enfermedades crónicas (como la diabetes, enfermedades inflamatorias o reumatológicas, cáncer) o por efectos secundarios de medicamentos, los más conocidos, los corticoides.

Además podemos utilizar escalas predictivas como la herramienta FRAX (accesible on line en <https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=sp> ) que informa del riesgo de fractura de cadera o fractura osteoporótica a 10 años. Mayor del 20% justifica iniciar el tratamiento.

Las medidas iniciales se recomiendan a todas las mujeres menopáusicas: estilo de vida saludable, incluyendo dieta equilibrada y ejercicio físico regular, evitar el tabaco, limitar el consumo de alcohol e implementar medidas para la prevención de caída.

Las dosis recomendadas de calcio y vitamina D en mujeres posmenopausicas con osteoporosis son de 1000-1200 mg/día de calcio y 800 UI/día de vitamina D. Es prudente intentar que el aporte proceda en su mayor parte de la dieta.

<b>Tabla de alimentos ricos en calcio</b>	
Alimento	Mg de calcio por 100mg de porción comestible
Queso parmesano	1350
Queso manchego	835
Leche de vaca	122
Yogurt natural desnatado	166
Soja en grano	280
Aceitunas	100
Garbanzos	149
Almendras	254
Pistacho	136
Besugo	225
Almejas	120
Yema huevo	140
Pan	100

**Puedes calcular tu ingesta diaria de calcio en la dieta y riesgo de deficit de vitamina D a través de la web de la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral ( <https://seiommm.org/> ).**

La terapia hormonal de la menopausia (THM) sigue considerándose el tratamiento de elección para el manejo médico de los síntomas menopáusicos. Tiene beneficiosos sobre el hueso, y es importante destacar, que la protección de la THM se mantiene mientras se administra. Estaría indicada cuando existen síntomas vasomotores asociados a la osteoporosis.

Cuando es necesario, y siempre bajo la supervisión de tu médico@, utilizaremos tratamiento farmacológico específico.

El título de este capítulo es salud osteoarticular, hemos visto la parte ósea y a continuación vamos a hablar de la articular, en concreto de la **artrosis**.

La artrosis es una enfermedad global de las articulaciones, afectando al cartílago, hueso, y funcionalidad. Existen diversas causas (edad, obesidad, sobrecarga articular) aunque conocemos que la influencia hormonal , en concreto, la disminución de los estrógenos durante la menopausia hacen que la mujer sea más propensa a esta patología.

Las articulaciones más afectadas son las rodillas, manos, caderas y columna.

El síntoma principal de la artrosis es el dolor localizado , acompañado de una deformidad en la articulación, limitación funcional, y mejoría con el reposo.

Con la exploración y la sintomatología qué cuenta cada paciente sería suficiente para diagnosticar de artrosis. Pero si fuera nece-



sario realizar alguna prueba diagnóstica la radiografía sería el método de imagen más adecuado.

El tratamiento inicial consiste en la reducción de peso, realización de ejercicios de flexibilidad y fuerza, analgésicos o antiinflamatorios. Si persisten los síntomas o empeoran, se deben valorar otras opciones

No te asustes por los números que acabas de leer. Conocemos nuestra biología, y sabemos que las alteraciones hormonales interfieren en la calidad del hueso. Por ello, debemos actuar antes de que aparezca la enfermedad.

El fin de este libro es que entendáis vuestro metabolismo y os adelantéis a los cambios de la menopausia. Por tanto, la prevención es el pilar fundamental. Cuando hablamos de prevención en osteoporosis debemos dirigir los esfuerzos a llegar al pico máximo óseo durante la edad adulta, y a reducir al mínimo la pérdida con la menopausia. Unos hábitos de vida saludables, con una alimentación equilibrada, ejercicio físico regular, eliminación de hábitos tóxicos y la prevención de caídas son fundamentales para evitar la osteoporosis y artrosis.

# 11. Salud Digestiva

*Estefanía es una mujer de 63 años, en menopausia desde los 52, con dos hij@s y modista de profesión. Durante toda su vida ha seguido sus revisiones ginecológicas con D<sup>o</sup> Julián, pero éste se ha jubilado recientemente. Este año acude a control con una nueva Ginecóloga. Durante la exploración comenta que lleva unos meses más estreñida y que come poco, pero lo achaca a que “tiene un nudo en el estómago”. Comentando con Estefanía me cuenta que hace menos de un año su hija menor ha sido diagnosticada de un cáncer de cuello de útero, y se está haciendo cargo de su nieto Manel. Además, su marido ha sido recientemente intervenido por un problema de próstata, y aunque todo ha salido correcto, este sigue con sonda vesical.*

## Relación Intestino - Cerebro

A estas alturas debes conocer que los desequilibrios hormonales pueden traer consecuencias a nivel general. En concreto, vamos a hablar de la salud digestiva.

Como hemos comentado, los receptores hormonales están presentes también a lo largo de todo el tubo digestivo. Y la microbiota intestinal tiene unos genes propios que denominamos microbioma. El conjunto de genes que están relacionados con el metabolismo de los estrógenos se denomina estroboloma, y éste, se ha visto que tiene relación con el ciclo menstrual y la fertilidad.

Por otro lado, cuando disminuyen los niveles hormonales pueden aparecer síntomas muy variados, entre ellos digestivos. Puede existir un cambio en el hábito intestinal con tendencia al estreñimiento, también se puede alterar la cantidad de ácido en el estómago, y pueden existir modificaciones en la mucosa que recubre el intestino.

A todo esto se le pueden sumar intolerancias alimenticias, estrés crónico, inflamación crónica o permeabilidad intestinal que pueden hacer que estos síntomas se mantengan en el tiempo.

El estreñimiento es un síntoma muy habitual durante la menopausia, puede ser secundario a otras causas pero sabemos que el descenso hormonal puede influir en él. Es fundamental tener un hábito intestinal saludable, para eliminar los residuos que llegan al intestino y mantener una correcta flora.

**Escala de Heces de Bristol**

Tipo 1		<b>Estreñimiento importante</b>	Trozos duros separados que pasan con dificultad
Tipo 2		<b>Ligero Estreñimiento</b>	Como una salchicha compuesta por trozos
Tipo 3		<b>Heces normales</b>	Forma de morcilla con grietas en superficie
Tipo 4		<b>Heces normales</b>	Salchicha o serpiente, lisa y blanda
Tipo 5		<b>Falta de fibra</b>	Fragmentos pastosos con bordes definidos
Tipo 6		<b>Diarrea ligera</b>	Fragmentos pastosos con bordes irregulares
Tipo 7		<b>Diarrea importante</b>	Acuosa, sin trozos sólidos

Al intestino se le ha denominado también, segundo cerebro. Y esto es así porque sabemos que existen infinidad de comunicaciones nerviosas (unos 100 millones de células nerviosas) a lo largo

de todo el aparato digestivo (llamado sistema nervioso entérico). Existe conexión entre el sistema nervioso central y el sistema entérico que conocemos como “eje intestino-cerebro”, esta relación es bidireccional entre el intestino y el cerebro. Su comunicación es a través del sistema inmune, sistema neuroendocrino o la flora intestinal (microbiota).

Los gérmenes (bacterias, virus, hongos) que componen la microbiota intestinal se adquieren desde el momento del nacimiento, y la vía de parto tiene un claro impacto en la adquisición de la flora. Junto a lo anterior, la alimentación a lo largo de nuestra vida y los hábitos higiénico-dietéticos generan una gran biodiversidad dentro del ecosistema intestinal, llegando a alcanzar estos microbios un peso de 1-2kg del peso corporal.

El intestino humano es una de los ecosistemas más densamente poblados de la tierra, siendo el colon el órgano con mayor proporción. El 90% de estas bacterias son Bacteroidetes (20-40%) y Firmicutes (60-80%), y su diversidad se verá influenciada por la dieta, ya que puede promover el crecimiento de un tipo bacteriano u otro. Así, las dietas ricas en grasa disminuyen la proporción de Bacteroidetes/Firmicutes, donde Firmicutes se asocia a un aumento del almacenamiento de la grasa favoreciendo la obesidad y la reducción de bifidobacterias, lo cual determina un aumento de la permeabilidad intestinal e incremento de endotoxemia (“microautointoxicación metabólica”), desencadenante de inflamación sistémica crónica. Esto conlleva a un aumento de células proinflamatorias afectando a la tolerancia a la glucosa y conduciendo a una resistencia.

Si hacemos dieta y bajamos de peso, los bacteroidetes aumentan.

La presencia de una dieta rica en hidratos de carbono fermentables por bacterias (prebióticos y fibra dietética) promueve la proliferación de bifidobacterias.

Para resumir y de modo general podemos decir que tenemos unos gérmenes “buenos” y otros “malos”. Los buenos son del género Bacteroidetes, estos protegen la barrera intestinal para que no entren productos tóxicos que hemos ingerido al torrente sanguíneo. Si esta barrera falla se produce lo que se conoce una inflamación crónica de bajo grado que conlleva a una permeabilidad intestinal, llegando esos productos tóxicos desde la sangre hasta el cerebro (y también a otros órganos). Se ha visto que enfermedades como la ansiedad o la depresión pueden tener alterada su microbiota.

Por otro lado, tenemos los gérmenes malos, los Firmicutes relacionados con diabetes, obesidad, hipercolesterolemia, y a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

Los Bacteroidetes necesitan fibra y los Firmicutes azúcar (hidratos de carbono).

Ambos deben estar en equilibrio para tener una buena salud digestiva, y cuando la flora intestinal se altera lo denominamos disbiosis. Esta disbiosis tiene una estrecha relación con trastornos autoinmunes, trastornos del humor, intolerancias alimenticias, ...

**Puedes realizar un Test de Disbiosis Intestinal si quieres conocer el estado de tu microbiota.**

Realizar una buena higiene de sueño, practicar ejercicio físico regular, mantener el estrés crónico a raya y una dieta mediterránea son consejos para mejorar tu salud digestiva y con ello su relación con el cerebro

**Cuida tu intestino y mejorará tu cerebro**

## 12. Evaluando el Suelo Pélvico

*Yolanda es una mujer de 48 años, madre de 3 hij@s, podóloga de profesión y amante de la naturaleza. Tras varios intentos, finalmente convence a sus amigas para hacer una excursión por el monte. Durante esa mañana cuando Yolanda salta de una roca durante el descenso se queda paralizada. Sus amigas le preguntan si le pasa algo, a lo que ella responde: “¿lleváis alguna compresa?, se me ha escapado el pis”.*

Hoy en día, las mujeres no debéis estar dispuestas a aceptar como algo normal el hecho de que se produzcan escapes de orina. Algo que ocurría muy frecuentemente a vuestras madres o abuelas, como consecuencia de los embarazos y partos o bien por el paso de los años, cosa ingrata a todas luces y que condiciona en gran medida la actividad cotidiana.

Las alteraciones del suelo pélvico son un problema de salud con importantes implicaciones sobre la vida diaria de las personas que las padecen, y aunque no supongan un pronóstico de gravedad en términos de supervivencia, a menudo se asocian a una merma sustancial de la calidad de vida. En el ámbito corporal pueden limitar la realización de actividades físicas, interrumpir el sueño por el deseo miccional urgente, alterar de forma gradual la autonomía personal y pueden desembocar en otros problemas de salud. En el ámbito psicosocial, dañan la autoestima, generan inseguridades y trastornos emocionales, causan aislamiento social y perjudican las relaciones sociales, laborales y afectivas.

Cuando se inicia el problema, muchas de vosotras no consultáis

directamente por este motivo, ya sea por vergüenza o por la falsa creencia de que es un problema que se asocia a la edad. La mayoría adoptáis medidas de protección y solo cuando las pérdidas provocan una alteración importante en la vida diaria, os decidís a pedir ayuda a un profesional de la salud. A esta situación se añade el hecho de que muchos profesionales sanitarios no incluyen en su historia clínica general las preguntas necesarias para poder detectar estas alteraciones, lo que supone la barrera inicial para que tengáis acceso a una valoración adecuada y recibir un tratamiento integral.

Conozcamos el Suelo Pélvico: el suelo pélvico o periné es el conjunto de músculos que cierran y sostienen toda la parte baja del abdomen y pelvis, es como una hamaca que sostiene la vejiga, el útero y el recto, y permite sus funciones (micción, defecación, relaciones sexuales y reproducción). En el momento del parto o con la edad se puede volver frágil y susceptible de acarrear incontinencia y/o prolapsos (hernia de los órganos a través de la vagina). El embarazo y el parto son momentos claves para la continencia y el riesgo de aparición de un prolapso genital, aunque excepcionalmente este problema puede existir también en la mujer sin relaciones sexuales con penetración (himen íntegro) o que no ha tenido hijos, durante la menopausia o en mujeres que realicen deportes de impacto.

**Podéis valorar vuestro tono muscular mediante la Escala  
OXFORD**

La **incontinencia urinaria** es una patología que puede afectar entre un 15-35% de las mujeres menores de 60 años, incrementándose estos valores con la edad.

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de

orina. Existen múltiples tipos de incontinencia urinaria, pero hablaremos de los más frecuentes: incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) e incontinencia urinaria de urgencia (IUU).

La IUE se define como la percepción de escape de orina con el esfuerzo físico (actividades deportivas), con el estornudo o la tos. Y la IUU es la pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia en la micción (deseo imperioso de orinar).

La IUE es el escape de una cierta cantidad variable de orina a través de la uretra, tras un aumento de la presión intraabdominal, cosa que puede ocurrir cuando andáis, saltáis, bailáis o realizáis un esfuerzo con la prensa abdominal (tos, estornudo, risa) y no cuando estáis sentadas o tumbadas. Las mujeres de edad avanzada también podéis presentar IUE debido al debilitamiento de los mecanismos de sostén, pero en la mayoría de los casos, el problema aparece después de uno o de varios partos vaginales, como consecuencia de traumatismos obstétricos sobre la vejiga, sobre la uretra y/o sobre los mecanismos de fijación de estas estructuras orgánicas.

<b>Factores de riesgo para la incontinencia urinaria</b>
Embarazo y parto
Prolapso de órganos pélvicos
Histerectomía (cirugía de extirpación uterina)
Obesidad
Fármacos: Diuréticos, sedantes, antidepresivos, ...
Alcohol
Café
Enfermedades del sistema nervioso central ( Parkinson, esclerosis múltiple,...)
Demencia
Factores ocupacionales ( trabajo de grandes esfuerzos, deportes de impacto,...)



La IUU es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar que denominamos urgencia miccional. Se debe a una contractilidad aumentada de la vejiga urinaria, que en condiciones normales solo se contrae voluntariamente.

Es frecuente encontrar IUE asociada a IUU hecho que conocemos como incontinencia urinaria mixta.

**Existen unos sencillos test para ayudar a detectar la IU.**

Un tema importante durante la menopausia son las **infecciones urinarias** o infecciones del tracto urinario (ITU), que cursan con la presencia de microorganismos (generalmente bacterias) en la orina. La ITU representa la infección bacteriana más común en el mundo, afectando con los 15 millones de personas al año a nivel mundial. Cerca del 95% de las ITU en la mujer son monomicrobianas, es decir, por un solo germen. Y la bacteria que más frecuentemente se aísla en la orina es la E. coli, en un 80%.

Sabemos que el descenso hormonal durante la menopausia produce cambios a nivel genitourinario que puede alterar la flora habitual con el consiguiente crecimiento de otros gérmenes.

El diagnóstico suele ser sintomático. Y los síntomas más habituales son dolor durante la micción, aumento de la frecuencia miccional y urgencia.

**El dolor genital o dolor pélvico** es frecuente en la mujer. Existen múltiples causas, y por ende, tratamientos diferentes.

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociado a un daño físico real o potencial o que es vivida como tal daño (IASP-International Association for the Study of Pain). El dolor agudo es adaptativo y proporcionado. Pero cuan-

do éste se cronifica hablamos de dolor crónico. Y cuando hablamos de dolor crónico a nivel genital nos referimos al dolor pélvico crónico (DPC). Según la European Association of Urology (EAU) en 2020 define el DPC como un dolor persistente percibido en las estructuras relacionadas con la pelvis con una duración mayor a 6 meses.

Este tipo de dolencia tiene un alto impacto a nivel cognitivo, conductual, sexual y emocional, consecuencia de alteraciones en el tracto urinario, intestinal o ginecológico.

En la literatura encontramos una gran variedad de porcentajes, por lo que es difícil conocer el porcentaje real del DPC en la mujer, el alcance de la enfermedad y la carga de salud que supone. DPC supone el 20% de las consultas dirigidas a atención especializada.

No vamos a entrar más en detalle en esta patología puesto que daría para un libro entero ya que tiene un origen multifactorial, incluye muchas especialidades médicas y causa un gran impacto en la calidad de vida de la persona.

Con estas palabras quiero dar visibilidad al problema, e informar que hoy en día en los hospitales ya existen unidades multidisciplinarias para el tratamiento de dolores complejos.

Por último, seguimos con el **prolapso de órganos pélvicos** (POP), que se define como el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos a través del hiato urogenital en dirección a la vulva. Puede afectar al útero, vejiga urinaria, recto, intestino delgado o cúpula de la vagina, solos o en combinación. El compartimento más frecuentemente alterado es el anterior (vejiga) con un 34,2%, seguido del compartimento posterior (recto) con un 18,6% y el menor el compartimento medio (útero) con un 14,2%.

Desde el punto de vista epidemiológico el POP se relaciona directamente con la edad, el número de partos, partos vaginales,

obesidad, pero también con el antecedente de histerectomía (extirpación del útero). Siendo la edad a la que se produce la histerectomía un predictor de nueva cirugía de prolapso.

El 11,8% de las mujeres son intervenidas por POP a lo largo de su vida. Esto supone hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno.

El origen de la mayoría de prolapsos es debida a un fallo de los sistemas de sostén del suelo pélvico. Y podemos clasificarlo en grados según el compartimento prolapsado sobrepase o no el himen.

**Puedes valorar tu grado de POP mediante el Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ) system**

Las principales recomendaciones para el autocuidado de la incontinencia urinaria femenina son:

- Cambio en el estilo de vida
  - Pérdida de peso: la obesidad es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria en la mujer
  - Cambios en la dieta: reducción de ingesta excesiva de líquidos y excitantes (cafeína, teína, refrescos, alcohol)
  - El consumo total de líquidos al día debe ser alrededor de 1,5 litros.
  - Evitar estreñimiento
  - Evitar tos (dejar de fumar mejora la tos crónica)
  - Control de esfuerzos físicos: buena coordinación entre abdomen y suelo pélvico a la hora de realizar algún esfuerzo o ejercicio físico.
- Reeduación vesical:

- Educación en hábitos miccionales y recuperación del control.
  - Micciones programadas, aumentando el intervalo entre las mismas. Se debe orinar se tenga o no ganas.
  - Se indica un incremento del tiempo entre micciones de unos 15-30 minutos. El objetivo final es llegar a intervalos entre micciones de 3-4 horas

### **¿Qué resultados, avances o mejoras, se consiguen con estas recomendaciones?**

Ante mujeres con factores de riesgo pero sin incontinencia urinaria o con incontinencia urinaria leve, si realizan un cambio en su estilo de vida, y realizan reeducación vesical pueden prevenir o demorar la aparición de la incontinencia urinaria. Sino, puede que en un futuro precisen de tratamiento médico o quirúrgico.

Por ello, la finalidad de estos autocuidados es adquirir un hábito que se mantenga en el tiempo, ya que sabemos que el beneficio es a largo plazo.

### **A corto o medio plazo, ¿qué innovaciones o avances a nivel de autocuidado se debe potenciar para mejorar su abordaje?**

A todo lo anterior se le puede añadir la realización de una reeducación domiciliaria de los músculos del suelo pélvico, los conocidos ejercicios de Kegel:

- Contraer musculatura del suelo pélvico por 3 segundos, relajar 3 segundos. Ir aumentando el tiempo de la contracción por 1 segundo cada semana (hasta los 10 segundos)
- Se pueden hacer en cualquier momento del día, pero no realizarlos durante la micción.

- Deben convertirse en un hábito para mantener el buen tono, ya que la inactividad favorece recaídas

Podemos utilizar dispositivos intravaginales como son las bolas chinas o los conos, cuya finalidad es intentar realizar una contracción de los músculos del suelo pélvico para mantenerlos en la vagina. Pero además, hoy en día, tenemos a mano los vibradores, masajeadores u otros juguetes sexuales que nos pueden ayudar a mejorar la salud vaginal de las mujeres, ya que producen una estimulación mecánica.

También conocer que, hoy en día, tenemos al alcance de un clic la obtención de cuestionarios de autoevaluación del control vesical. Y como no, siempre está la opción de acudir a tu ginecólog@ para que realice una valoración inicial del suelo pélvico.

## 13. Salud Sexual

*Toñi es una mujer de 58 años, madre de una hija, separada de desde hace 4 años y fisioterapeuta de profesión. En una de sus sesiones ha conocido a una persona con la que ha conectado. En una noche de chicas con sus amigas cuenta lo sucedido, y la respuesta no se hace esperar. Algunas de sus amigas están completamente a favor, otras no opinan, y alguna dice “qué manera de complicarte la vida a estas alturas”.*

La llegada de la menopausia no supone el fin de la sexualidad. La percepción contraria es equivocada ya que depende más de factores socioculturales que de los propiamente hormonales. Y aunque estos últimos os afectan, lo hacen en menor medida de lo que pensáis.

La sexualidad es una parte integral de la vida humana. Tiene que ver con la reproducción, pero también con el placer, la intimidad y el acercamiento emocional a otras personas (OMS 2011).

La salud sexual está ligada a la salud física y mental. Por lo que problemas de salud física y mental pueden contribuir a la aparición de alteraciones sexuales, y viceversa.

El sexo es algo intrínseco a la condición humana. De igual forma, que una disminución de la frecuencia de la actividad sexual tampoco implica necesariamente insatisfacción sexual.

La sexualidad femenina es muy compleja y engloba componentes anatómicos, sociales, psicológicos y fisiológicos. Como ya hemos aprendido en este libro, la menopausia conlleva ciertos cambios que pueden ser molestos, como:

- La disminución de la lubricación que puede provocar a veces molestias durante el coito.

- La excitación sexual en el climaterio puede ser más lenta y menos intensa.
- La ingesta de fármacos o enfermedades crónicas pueden reducir el impulso sexual.
- Determinados tipos de intervenciones quirúrgicas y los tratamientos asociados pueden llevar a la mujer a pensar que ha perdido su atractivo.
- Los cambios psicológicos propios de la menopausia también afectan a la respuesta sexual.
- Los cánones actuales de belleza que suponen una presión para la mujer en menopausia.

**Menopausia no es igual a pérdida de la Femenidad /  
Sexualidad**

¿Existen beneficios relacionados con la sexualidad?, pues sí, La sexualidad mejora la actividad sexual sola o en pareja, permite experimentar mayor placer, valorar preferencias sexuales, aumenta el deseo, sirve de conexión cuerpo-mente y empodera a la mujer

Ante el aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad, la mujer en menopausia tiene un tercio de su vida por delante. Un reto al que debe hacer frente y un mito por romper.

Cada menopausia es diferente y la forma de vivirla también. Son los factores psicológicos, socio-culturales, de salud, la relación de pareja, la información o las experiencias... los que influyen en esta vivencia. Una actitud positiva para adaptarse a los cambios y tomar decisiones responsables es lo que favorece la salud y el bienestar.

Es conocido que la libido disminuye en la menopausia, y aunque pueden coexistir múltiples factores, sabemos que el nivel hormo-

nal, en este caso los andrógenos (Testosterona) son los responsables. La testosterona es importante para el deseo sexual, motor del resto de respuesta sexual.

Para entender la sexualidad debemos conocer cómo funciona la respuesta sexual femenina “normal”. El ciclo de respuesta sexual femenina se divide en cuatro fases: Fase 1 -Excitación, Fase 2 - Meseta, Fase 3 – Orgasmo y Fase 4 - Recuperación.

Las mujeres que notan una disminución del interés sexual, puede deberse a diversas causas: pareja, calidad de la relación y comunicación, calidad de la vida sexual, grado de satisfacción, problemas (psicológicos o físicos), uso de medicamentos o calidad de vida global.



Se estima que las alteraciones sexuales femeninas afectan al 43% de las mujeres. Y definimos alteración sexual como toda alteración durante cualquiera de las fases de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo o resolución.

Las disfunciones sexuales se clasifican en los siguientes grupos:



**Trastorno del deseo sexual hipoactivo:** ausencia total o parcial de deseo sexual, fantasías o receptividad a la actividad sexual que condiciona el bienestar de la paciente.

**Trastorno de la excitabilidad:** es la incapacidad permanente o recurrente para mantener la excitación sexual.

**Trastorno de la fase orgásmica:**

- **Primaria:** mujeres que nunca han experimentado un orgasmo.
- **Secundaria:** mujeres que si experimentaron un orgasmo en el pasado pero que actualmente presentan problemas para presentarlo.

**Trastorno por dolor sexual o dolor génito-pélvico/penetración:**

- Dispareunia: dolor asociado a la penetración vaginal o al intento de la misma. Puede ser en superficie o profundo.
- Vaginismo: contracción involuntaria de los músculos del tercio inferior de la vagina que dificulta la penetración y consecuentemente las relaciones sexuales y produce dolor.
- Vulvodinia: dolor vulvar de al menos tres meses de duración, sin una clara causa identificable, que puede tener factores asociados potenciales

Las intervenciones quirúrgicas de reparación del prolapso o de la incontinencia pueden interferir en la sexualidad, incluso podrían empeorarla.

**Valora su salud sexual con el Índice de Función Sexual Femenina**

Para ir terminando os dejo algún consejo.

Para las molestias físicas causadas por la menopausia, como la sequedad vaginal, el tratamiento con estrógenos locales produce una notable mejoría. Otro aspecto importante es la práctica de relaciones sexuales (o como alternativa, la masturbación).

La masturbación conlleva beneficios para tu salud (tanto física, como psicológica y sexual). Podemos destacar que la masturbación relaja, disminuye el estrés, libera tensión y el estado del ánimo, mejora el sueño, mejora la concentración, y mejora la autoestima e imagen corporal.

En este sentido es cierta la afirmación popular que “la falta de uso produce atrofia”. Cuando persiste la falta de interés sexual a pesar de la corrección de las condiciones genitales, se pueden suplementar con fitoterapia para mejorar los niveles de testosterona y recuperar la conducta sexual. Los ejercicios de Kegel también son aconsejables, dado que aumentan el tono muscular y la sensación placentera sexual.

En los problemas de comunicación personal es importante mejorar las habilidades y el diálogo para adaptarse a los cambios. Los problemas de pareja no resueltos son un inconveniente para la sexualidad. Para los problemas psicológicos o la aversión sexual es importante el consejo psicológico o sexológico especializado y replantear la relación de pareja. La variedad en la sexualidad puede contrarrestar el aburrimiento sexual (explorar nuevas prácticas sexuales, masajes, uso de juguetes sexuales,...)

El tratamiento farmacológico debe ser restringido a mujeres diagnosticadas de disfunciones sexuales y para quienes las intervenciones no farmacológicas hayan resultado ineficaces.

**La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad.**

**La mujer madura es aquella que tiene experiencia, sabiduría, es independiente, está feliz, segura de sí misma, maneja sus emociones, busca nuevos retos, es consciente de la realidad, aprende de sus errores y disfruta de su sexualidad.**

## 14. Embarazo más allá de los 40 años

*Carmen es una mujer de 46 años, madre de 2 hij@s, policía de profesión y con la ilusión de buscar su tercer hij@. Tras expresar su deseo a la familia no tardan en llegar los reproches. Que si eres muy mayor, que si vas a tener problemas en el embarazo, que después de haber tenido 2 partos seguro que acabas en cesárea.*

¿Quién de vosotras no ha escuchado esto alguna vez? Seguro que muchas.

Las decisiones tomadas por una persona o pareja de forma consciente y consensuada, deben ser respetadas. Es verdad que para poder tomar la decisión se debe estar informad@ al respecto. Pues bien, esto es lo que vamos a ver a continuación. Describiré los cambios que aparecen durante el embarazo y parto, y los supuestos riesgos que estos suponen para la mujer y recién nacido.

Es una realidad que la sociedad está cambiando, y debemos adaptarnos a ella. Desde la introducción de la mujer al mercado laboral, la maternidad se ha retrasado, y esto lleva una tendencia creciente. Además, se ve favorecido por la aparición de las técnicas de reproducción asistida.

La preparación académica, el retraso de la vida en pareja, la búsqueda de estabilidad económica, metas profesionales o el uso de anticonceptivos son algunos de los factores que han influido en ello. Sin embargo, la biología de la mujer sigue siendo la misma y retrasar la maternidad supone cierto aumento de riesgo.

La edad biológica ideal para tener hijos es entre los 20 y 30 años, donde se consigue más fácil y sin complicaciones el embarazo y parto. La probabilidad de embarazo en parejas sanas jóvenes es de un 20% al mes y este porcentaje se ve reducido a medida que pasan los años. La fertilidad empieza a disminuir a partir de los 35 años, cayendo esa probabilidad al 8% y al 1% a partir de los 40 años. Esto es debido a que en este período aparecen ciclos anovulatorios (sin ovulación, y por tanto sin posibilidad de embarazo) y a la disminución de la calidad de los óvulos.

A lo anterior hay que sumarle los malos hábitos de vida, las alteraciones hormonales y el estrés crónico, que pueden acarrear enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad,... Por lo que aquellas de vosotras que busquéis embarazo debéis realizar un esfuerzo previo para prevenir la aparición de las enfermedades anteriormente descritas. Si existen, deben estar bien controladas y sobre todo conocer el alcance de las patologías durante la gestación.

Los embarazos en edades más avanzadas pueden estar asociados a la aparición de determinadas complicaciones físicas, psicológicas y/o sociales. Existe un mayor riesgo de abortos espontáneos (alrededor del 50%), diabetes gestacional, hipertensión arterial durante el embarazo (preeclampsia), alteraciones en la placentación, retraso del crecimiento o bajo peso al nacer, y prematuridad. Además, la edad se asocia con una mayor proporción de partos instrumentales y cesáreas, anomalías en los cromosomas relacionados con la edad materna, y una mayor morbimortalidad perinatal y materna, es decir mayor riesgo de muerte y de afecciones en el recién nacido y en la madre.

Pero no os dejéis impresionar por todos estos datos y porcentajes puesto que en el día a día vemos muchas mujeres de más de 40 años con embarazos *naturales* y sin ninguna consecuencia para la madre ni para el recién nacido.

Para finalizar os dejo las recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF):

1. Cuida la alimentación
2. Sitúate en tu peso ideal
3. Abandona tabaco y otros tóxicos
4. Opta por bebidas sin alcohol
5. Un café mejor que dos
6. Cuida tu nivel de estrés
7. Respeta tus horas de sueño
8. Encuentra tiempo para hacer deporte
9. Cuida el medio ambiente y tu microambiente



## 15. Anticoncepción en la transición hacia la menopausia

*Mar es una mujer de 47 años, madre de 2 hij@s, divorciada y administrativa de profesión. Ojeando una revista en la peluquería, se percata que la pareja de moda en ese momento está embarazada. Ella lleva varios meses quedando con un compañero de trabajo, y aunque sabe que es poco tiempo, parece que la cosa va en serio. Solicita cita con su ginecolog@ para que le asesore sobre métodos anticonceptivos, ya que hasta el momento estaban utilizando preservativo.*

Como hemos visto en el capítulo anterior con la edad disminuye la posibilidad de quedarse embarazada. Y esto es así porque la edad es el factor predictivo más importante para la fertilidad. Pero a pesar de ello, existe un porcentaje de vosotras que quedaréis embarazadas de forma involuntaria a edades más tardías, por lo que debemos realizar un buen asesoramiento anticonceptivo individualizado.

Según la Sociedad Española de Contracepción (SEC) el 27 % de las mujeres de 40 a 45 años no utilizan ningún anticonceptivo, llegando al 39,3 % en las mayores de 45 años. El método anticonceptivo más usado en las mujeres de 40 a 45 años es el preservativo, aunque desciende en las mayores de 45 años (16,1 %), donde disminuye el uso de anticoncepción hormonal y la anticoncepción intrauterina alcanza su máxima utilización (13 %). Los métodos irreversibles aumentan progresivamente, según aumenta la edad de la mujer.



Puesto que un embarazo a edades más tardías cobra especial interés por el incremento del riesgo tanto para la madre como para el feto, además de la mayor posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo, la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) y la Sociedad Americana de Menopausia (NAMS) recomiendan la anticoncepción hasta al menos 12 meses de la última menstruación.

**Debes saber que ningún método anticonceptivo está  
contraindicado solo por la edad de la mujer**

Para realizar un correcto asesoramiento anticonceptivo individualizado es imprescindible conocer los diferentes métodos, tener cuenta las características individuales de la mujer (estado de salud, fertilidad, reversibilidad, estilo de vida, frecuencia sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, conocimiento de métodos, etc.), utilizar los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud y por supuesto, toma de decisiones compartidas. Además pueden sumarse otras necesidades no contraceptivas que muchas veces pueden condicionar la elección del método.

La revisión ginecológica es una oportunidad para todas vosotras donde preguntar sobre síntomas, miedos, cambios, expectativas y/o métodos anticonceptivos durante la perimenopausia.

¿Qué método elegiremos? Pues dependerá de la edad, de los hábitos de vida, de los antecedentes personales, obstétricos y familiares, de la sintomatología y por supuesto, del deseo de cada una de vosotras.

Como no todos los métodos anticonceptivos son iguales vamos a describirlos de una forma esquematizada. Y a grandes rasgos podríamos dividirlos en métodos no hormonales y métodos hormonales.

### **Dentro del grupo no hormonal tenemos:**

Métodos Naturales: el coito interrumpido o marcha atrás, se basa en eyacular fuera de la vagina. El *método Ogino-Knaus* es un método relacionado con la identificación de los días fértiles del ciclo, evitando las relaciones en esas fechas. El *método Billings* se basa en la interpretación del moco cervical. El *método de la temperatura basal* permite conocer los días fértiles mediante el aumento de la temperatura basal (alrededor de 0,5°C con la ovulación). Y por último, la *lactancia materna* donde los altos niveles de prolactina producen una regulación hormonal evitando la ovulación.

Métodos de barrera: en nuestro medio a pesar de la existencia de métodos de barrera para la mujer como son el *preservativo femenino*, *el diafragma* o *el capuchón*, entre otros. El único método de barrera utilizado realmente es el *preservativo masculino*. Es el método más utilizado en España. Y a parte de la anticoncepción, su ventaja extra es la protección frente a infecciones de transmisión sexual.

Dispositivo intrauterino (DIU) no hormonal: el DIU de cobre tiene una alta eficacia real y a largo plazo. Actualmente se disponen de varios modelos y cargas con una duración entre 5 y 10 años. Cuando se implanta en una mujer de más de 40 por motivos anticonceptivos se puede mantener, sin necesidad de recambio, hasta la menopausia. En contra podríamos tener un aumento del sangrado y/o dolor durante la menstruación.

Anticoncepción quirúrgica: las principales técnicas son la *esterilización tubárica* (o ligadura de trompas) y la *vasectomía* en el varón. Actualmente la esterilización tubárica es el método anticonceptivo más usado a nivel mundial. Y presenta como beneficio adicional la reducción del riesgo de cáncer de ovario.

### **En cuanto a los métodos anticonceptivos hormonales tenemos:**

Anticoncepción hormonal combinada (AHC): es aquella compues-

ta por un estrógeno y un progestágeno que puede administrarse a través de distintas vías (oral, transdérmica y vaginal) y cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Esto es lo que le confiere una alta eficacia anticonceptiva además de ser un método reversible tras la suspensión de su administración.

Durante la transición hacia la menopausia con el cese de la función de los ovarios puede aparecer sintomatología que altere calidad de vida como es el cambio en el patrón de sangrado menstrual (con acortamiento y/o alargamiento de ciclos), sangrado menstrual abundante, sofocos, palpitaciones, cefalea, síntomas psicocemocionales (irritabilidad, nerviosismo, fatiga, ansiedad), etc. La administración durante este período de un anticonceptivo hormonal combinado puede aliviar estos síntomas.

**La AHC es el segundo método anticonceptivo más utilizado en España tras el preservativo**

Es requisito imprescindible para su prescripción una historia clínica individualizada detallada. Se debe incluir historia personal, obstétrica y familiar, síntomas y antecedentes médicos con especial atención a tratamientos farmacológicos. También despistaje de cefalea especialmente de migraña, y búsqueda de factores de riesgo cardiovasculares (tabaco, obesidad, hipertensión, antecedentes de trombosis, alteración de las grasas en sangre – colesterol y triglicéridos). Se debe realizar una toma de tensión arterial antes de la prescripción. Y aunque no es necesario, sí sería conveniente calcular el índice de masa corporal.

Debemos advertir de los riesgos de los tratamientos entre los que destacamos que mujeres mayores de 35 años y fumadoras los riesgos superan a los beneficios. Además no se recomienda la anticoncepción hormonal combinada en mujeres con un IMC

mayor de 35Kg/m<sup>2</sup>. Algunos estudios informan de un ligero aumento del cáncer de mamá y cérvix en usuarias que desaparece tras abandonar el anticonceptivo, aunque otros estudios no lo corroboran.

Se debe desaconsejar el uso de este tipo de tratamiento en mujeres con enfermedad cardiovascular o migraña con aura.

Existen múltiples combinaciones de anticonceptivo hormonal combinado con un riesgo diferente en cuanto a riesgo de tromboembolismo. Tabaquismo y obesidad son restricciones para el uso de este tipo de tratamientos y se relacionan con riesgo cardiovascular aumentado.

**Otros beneficios terapéuticos de los anticonceptivos hormonales**

**Mejora la dismenorrea o dolor con la regla y la endometriosis**

**Mejora el sangrado menstrual abundante y la anemia**

**Mejora el síndrome premenstrual**

**Ofrece protección frente a enfermedad inflamatoria pélvica**

**Mejora el acné y el aumento de vello**

**Tiene efecto beneficioso sobre el hueso**

**(evite la pérdida de masa ósea)**

**Beneficios sobre patología benigna de mama**

**Mejora los síntomas del climaterio**

**Efecto beneficioso sobre algunos tipos de cáncer (ovario, útero y colon)**

Anticoncepción con solo Gestágenos: son una opción para aquellas mujeres que no pueden o no desean utilizar una anticoncepción combinada (con estrógenos). Podemos utilizarlas durante el puerperio (tras el parto), en mujeres fumadoras, en trombofilias

(riesgo elevado de trombosis), antecedentes de accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes, historia de trombosis venosa profunda, etc

Existen diversas formas de administración como es oral, inyectable, implante o DIU hormonal. Son eficaces debido a la combinación de varios mecanismos de acción entre los que tenemos la inhibición de la ovulación y el espesamiento del moco cervical.

El principal efecto negativo de este tipo de método es la alteración en el patrón del sangrado que puede llevar al abandono del mismo.

También tienen beneficios adicionales en cuanto a la mejoría del sangrado menstrual abundante, dolor con la menstruación, protección de la capa interna del útero (endometrio), reducción del cáncer ginecológico (útero y ovario) y colorrectal.

La vía de administración intramuscular entraña una pequeña pérdida de masa ósea, que se recupera tras el cese del tratamiento, por lo que no se recomienda en mayores de 45 años y hay que valorar el riesgo de continuación a partir de esta edad.

<b>Beneficios de los métodos anticonceptivos en la perimenopausia</b>					
	<b>Ligadura de trompas</b>	<b>Vasectomía</b>	<b>Preservativo</b>	<b>DIU</b>	<b>Hormonal</b>
<b>Previene embarazo</b>	Sí	Si	Sí	Sí	Sí
<b>Control Hormonal</b>	No	No	No	No	Sí
<b>Beneficio adicional</b>	Sí (Cáncer de Ovario)	No	Sí (Infecciones de transmisión sexual)	Posible protección frente a cáncer de útero, mejora la anemia, dolor con la regla	Sí (Cáncer de ovario, útero, protección ósea, control ciclo, dolor con la regla, etc)

<b>Características de los métodos en la perimenopausia</b>							
	Naturales	Barrera	DIU Cobre	DIU Hormonal	Hormonal Combinado	Solo Gestágenos	Quirúrgicos
<b>Eficacia</b>	-	+	++	+++	+++	+++	+++
<b>Trata síntomas</b>	-	-	-	+	+++	+	-
<b>Prevención Osteoporosis</b>	-	-	-	-	++	-	-
<b>Prevención patología ginecológica</b>	-	-	-	+++	++	+++	+

### **¿Qué sabemos de la anticoncepción de urgencia durante la perimenopausia?**

La anticoncepción de emergencia tiene pocos efectos secundarios y no hay restricciones de usos exclusivamente por la edad. Entre las opciones médicas tenemos tratamiento oral o la inserción de un DIU. Esta segunda opción sería la de elección en mujeres durante la perimenopausia por su mayor eficacia en los 5 días siguientes a la relación sexual de riesgo.

### **¿Hasta cuándo mantenemos la anticoncepción?**

Como norma general se podría suspender a partir de los 55 años ya que la concepción natural después de esa edad es muy rara. Si la mujer no lo desea se debe informar de los riesgos-beneficios de forma individualizada.

La anticoncepción hormonal puede retirarse tras 2 años de ausencia de regla en las menores de 50 años y 1 año en las mayores de 50.

Los anticonceptivos hormonales combinados deberían evitarse a

partir de los 50 años, cambiando si fuera necesario, como buena alternativa, a tratamientos con solo gestágenos y/o no hormonales.

Se nos puede plantear la duda de si la mujer está o no en menopausia, puesto que el tratamiento hormonal puede enmascarar la menopausia. En este caso valoraremos la combinación de la edad, ausencia de regla y una analítica hormonal.

Los anticonceptivos hormonales contienen de cuatro o 10 veces más estrógenos que la terapia hormonal de la menopausia. Por lo que a una mujer de menos de 50 años en la transición hacia la menopausia podría indicarse este tipo de terapia de inicio y posteriormente cambiar a la terapia hormonal de la menopausia convencional.

<b>Asesoramiento para la interrupción de la anticoncepción</b>		
Método	< 50 años	>50 años
<b>No hormonal</b>	Suspender tras 2 años sin regla	Suspender tras 1 año sin regla
<b>Hormonal Combinado</b>	Hasta los 50 o cambiar a no hormonal y esperar 2 años sin regla	Suspender a los 50 y cambiar por otro método
<b>Solo Gestágenos Intramuscular</b>	Continuar hasta los 50 años o abandonar y esperar 3 años sin regla	Detener a los 50 años y cambiar a método no hormonal (detener tras 2 años sin regla)  O cambiar a implante, píldora solo gestágenos o día hormonal.
<b>Solo Gestágenos (oral,implante, DIU hormonal)</b>	Puede continuarse hasta los 50 años o más	Ausencia de regla: realizar analítica  No Ausencia de regla: continuar hasta 1 año sin regla.  El DIU hormonal insertado en >45 años puede permanecer hasta los 55 años.

**“Para valorar el riesgo/beneficio de los anticonceptivos hormonales nos basamos en los Criterios de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud”**

**Categoría 1: ninguna restricción**

**Categoría 2: los beneficios superan a los riesgos**

**Categoría 3: los riesgos superan a los beneficios**

**Categoría 4: no se debe usar**





## 16. Riesgo Oncológico

*Pilar es una mujer de 63 años, sin hij@s, en menopausia desde los 55 e ingeniera industrial de profesión. Durante su control mamográfico, el radiólogo percibe algún cambio en la mamá derecha respecto a los controles previos. Le solicita una ecografía y una biopsia. Cuando acude a mi consulta para ver los resultados, todo indica que Pilar padece un cáncer de mamá.*

Hoy en día conocemos que existe un aumento del riesgo de padecer cáncer con la edad, por lo tanto, hay una relación edad/cáncer. De ahí que los números que veremos a continuación nos encajen.

Una de cada cuatro de vosotras va a ser diagnosticada de cáncer a lo largo de la vida antes de los 70 años. Aunque la mortalidad global ha disminuido, el cáncer constituye la segunda causa de muerte en los países desarrollados tras las enfermedades cardiovasculares. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), en 2020 se registró una incidencia global en las mujeres de 117196 casos, siendo los tumores más frecuentes el de mama, colon, endometrio, pulmón y ovario.

Hoy en día nos siguen sorprendiendo estas cifras, y la verdad es que sabemos que los hábitos de vida no saludables, el sedentarismo o el estrés crónico tienen mucho que ver con el riesgo oncológico. Y seguimos sin hacer nada al respecto.

Hay cosas que no podemos cambiar, como nuestra edad, a mayor edad mayor riesgo. También existe una diferencia en cuan-

to al sexo, mayor riesgo en el hombre. Puede encontrarse una herencia familiar, causas genéticas u otras que predispongan al cáncer.

Pero otros factores sí que están en nuestras manos y podemos modificarlos. En concreto estoy hablando del tabaco (el más importante), la obesidad, la falta de ejercicio, la mala alimentación o el alcohol, entre otros.

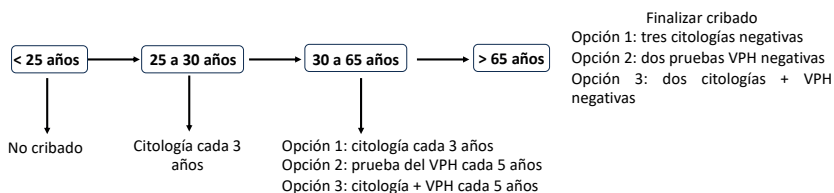
Así pues, tener un estilo de vida “adecuado” y padecer menos cáncer es algo que ya se conoce. Por lo tanto, es fundamental evitar el inicio de la enfermedad tumoral, y cuando esto no es posible, debemos realizar una detección precoz o temprana del cáncer. Aunque no todos los cánceres son susceptibles de estos programas de detección, solo aquellos que cumplen unos requisitos específicos que dependen de la enfermedad y las pruebas diagnósticas. En concreto estos son: Cáncer de Mama, Cáncer de Cuello de Útero y Cáncer de Colón.

Para el cáncer de mama (el más frecuente en la mujer) la mamografía sería la prueba adecuada. En España, los programas de detección precoz se establecen en cada Comunidad Autónoma, aunque de forma general, se tiende a realizar una mamografía cada 2 años desde los 50 a los 70 años.

Para el cáncer de colon, el segundo más frecuente en la mujer después del de mama, se realiza el test de sangre oculta en heces entre los 50 y 75 años.

Y finalmente, para el cáncer de cérvix o de cuello de útero utilizaremos la citología y/o el test de detección del VPH (virus del papiloma humano) entre los 25 y 65 años.

Aquí quiero destacar que el virus del papiloma humano se encuentra presente en más del 90% de los casos de cáncer de cuello de útero. A pesar de que el 90% de las infecciones serán controladas



por nuestro sistema inmune en menos de 2 años, aquellas causadas por los virus de alto grado pueden persistir y eventualmente evolucionar no solo a cáncer de cuello de útero, sino también de vulva, vagina, pene y orofaringe.

En este tipo de patología, conocemos el origen y su historia natural. Tenemos herramientas para un diagnóstico precoz, pero en este caso, sí podemos hacer una prevención primaria para que no aparezca el problema. Esta prevención se llama vacuna. La vacuna frente al virus del papiloma humano tiene la capacidad de estimular nuestras defensas, para luchar contra este virus, eliminarlo rápidamente y con ello evitar un problema de mayor.

En España la vacuna frente al virus del papiloma humano está dentro del calendario vacunal de nuestros hij@s, aunque es recomendada en otros grupos de población.

Para aquellas enfermedades malignas que carecen de detección precoz, utilizaremos los signos de alarma, que deben ser conocidos por todas vosotras.

Signos de alarma generales serían la aparición de un bulto, dolor persistente que no mejora con tratamiento habitual, heridas que no cicatrizan, manchas en la piel que cambian de forma, tamaño, color, sangrados anormales, tos o ronquera persistente, cambios en los hábitos urinarios o intestinales, o una pérdida de peso injustificada.

Dentro de los signos de alarma ginecológicos encontraríamos: flujo maloliente, sangrado genital anormal, dolor pélvico, picor a

nivel de la vulva, nódulos mamarios o secreciones anormales por el pezón.

Después de leer estas líneas se nos tiene que quedar claro que con la edad tenemos un mayor riesgo, que no quiere decir, que vayamos a desarrollar una patología maligna. No podemos mirar hacia otro lado, cuando sabemos que en nuestras manos tenemos una oportunidad para disminuir ese riesgo. Así que, mantengamos una alimentación sana y equilibrada, realicemos ejercicio físico regular, hagamos una buena higiene de sueño, y disminuyamos el estrés crónico.

**Si quieres conocer tu riesgo individual, existen herramientas on line para evaluar el riesgo de cáncer de mama.**

**<https://bcrisktool.cancer.gov/calculator.html>**

**También existen test genéticos para valorar tu riesgo oncológico**

## 17. Vida Profesional y Menopausia

*Esther es una mujer de 55 años, madre de 1 hija, directora ejecutiva de una compañía internacional y en menopausia desde los 53. En su momento se informó sobre la menopausia y sus posibles consecuencias, para así, poder estar prevenida. Pero últimamente está sufriendo más sofocos y sudores nocturnos que la despiertan por la noche. Al día siguiente se levanta agotada y sin energía, ha dejado de realizar deporte porque no tiene fuerzas y se nota más irascible en el trabajo.*

*Desde hace unos meses intenta evitar las reuniones de trabajo delegando en su secretario. Cuyo motivo principal, son la aparición de sofocos intensos durante estas reuniones sintiéndose avergonzada.*

La mayoría de vosotras esperáis la menopausia con cierto temor. En las sociedades occidentales esta etapa no es muy bien recibida. Pero gran parte de lo que os sucede en esta etapa no se debe exclusivamente a la menopausia, sino también a la edad, al entorno, a enfermedades crónicas, a la pareja... La mujer en la perimenopausia puede prepararse para prevenir los cambios ligados a la disminución de los niveles hormonales y superar esta fase mejorando su calidad de vida.

Frente a la inquietud con que vive la menopausia la mujer occidental, en otras sociedades las mujeres en esta edad merecen un gran reconocimiento social. Y de hecho, en todo el mundo, los datos indican que la mayoría de mujeres consiguen su mayor éxito social o profesional en este momento de la vida. No hay que olvidar que

existen otros factores que también influyen en la calidad de vida como el envejecimiento y/o el factor psicológico, entre otros. Tanto la menopausia como el envejecimiento, se ven influenciados por un entorno emocional y social en el que se halla inmersa la mujer y que no siempre es fácil de valorar objetivamente.

En la India, no solamente no se da importancia a la menopausia, sino que se espera con cierta ilusión porque la mujer asciende en la escala social. Es evidente que en este caso los efectos son positivos y no negativos como en la mujer occidental para la que la menopausia supone un “envejecimiento” frente a una sociedad en la que se elogia la juventud. Además, a menudo el proceso del cambio se acompaña de cuestionamientos existenciales, búsqueda de significado, pérdida de la fertilidad, envejecimiento de los padres, cambios en los roles sociales o familiares.

Así que, evitemos que la menopausia sea un tema tabú, rodeado de mitos y con estereotipos negativos. Dejemos de colgar carteles y estigmatizar a la mujer. Hay que sensibilizar a la población, dar visibilidad al cambio e informar.

Creemos una imagen positiva, vista como una nueva etapa con oportunidades, para el desarrollo profesional, personal o emocional.

La cara positiva de la menopausia podríamos decir que es ese fin de las alteraciones hormonales con la consecuente estabilización de las mismas, el cese de la menstruación sin necesidad de llevar protectores (compresas, copa menstrual), desaparece el riesgo de embarazo sin necesidad de utilizar métodos anticonceptivos (aunque si no es pareja estable, para evitar infecciones de transmisión sexual se aconsejan métodos de barrera). Con todos estos cambios positivos la mujer se puede sentir más libre sexualmente para experimentar en el terreno sexual. Si a todo esto le sumamos que los hij@s “abandonan el nido”, supone una gran oportunidad para retomar aficiones o amistades que se habían quedado en un

segundo lugar debido a la crianza. Digamos que podría ser como una “segunda juventud”, y puesto que se dispone de tiempo, que mejor forma que regalárselo a una misma.

**Debemos fomentar el AUTOCUIDADO**

**Alimentación Equilibrada**

**Ejercicio Físico**

**Orden e higiene en el sueño**

**Disminuir el estrés**

Como hemos comentado al inicio del libro, todas las mujeres pasaréis por la menopausia, pero no todas tendréis los mismo síntomas ni con la misma intensidad. La transición hacia la menopausia es un proceso paulatino. Por lo que tenéis tiempo para mejorar el autocuidado, informaros, tratar síntomas y recibir la menopausia con una nueva perspectiva. Pensar en ¡Menopausia en positivo!

**Se debe llegar a la menopausia desde la ACEPTACIÓN  
y no desde el RECHAZO**

**Nuestra predisposición puede hacer que la menopausia  
se viva de formas diferentes**

Si a pesar de entender y aceptar la menopausia, presentas síntomas que alteran tu calidad de vida, debes saber que esto puede afectar a la productividad y el rendimiento en el trabajo.

Los sofocos pueden aparecer en un momento socialmente no adecuado (reunión, charla,...) llevando a la evitación de dicha situación por vergüenza o incomodidad. Si aparecen por la noche con despertares nocturnos, al día siguiente estaréis cansadas,



con falta de concentración. Todo ello causa ansiedad y angustia, llevando incluso, a rechazar oportunidades de promoción.

Cuando estáis cansadas podéis cometer errores, tener olvidos y con ellos ver reducida la productividad laboral. Finalmente estas condiciones pueden llevar a cambios en el estado de ánimo con mayor labilidad emocional y favoreciendo esto la aparición de ansiedad/depresión. Siendo más difícil el manejo del estrés en situaciones cotidianas o límites.

La llamada “niebla o bruma cerebral” es algo muy frecuente y consiste en la dificultad en la concentración y falta de memoria que se traduce en la dificultad para encontrar o retener palabras, lapsos de memoria, lentitud de pensamiento, etc que puede dar una imagen errónea, de pérdida de control y afectar la confianza en una misma.

**Sofocos – alteración calidad del sueño – cansancio - bajo rendimiento - estrés – cambios psicoemocionales – ansiedad/depresión**

A continuación os dejo unas herramientas para la gestión de la menopausia en el trabajo. Empezamos con la gestión del estrés o la fatiga, aquí os recomiendo optimizar la organización del tiempo. Así podréis manejar la carga de trabajo, priorizar tareas y cumplir fechas. Una planificación semanal evitará olvidos así como una distribución de tareas equitativa. La palabra NO debe estar en vuestro vocabulario, ya que en ocasiones puede ser beneficiosa para evitar la excesiva carga de trabajo.

Hablar con los compañer@s sobre los cambios que experimentas, o que en ciertos momentos debes delegar tareas, creará un ambiente de confianza, cooperación y apoyo, evitando juicios de

valor o falta de comprensión. Informar a los jef@s , con búsqueda de soluciones conjuntas para mantener el bienestar en el trabajo, mejorará tu calidad de vida.

Si con todo ello no es suficiente se deben hacer cambios en el lugar de trabajo. Mejorar las condiciones climáticas del habitáculo con instalación de ventiladores o aire acondicionado, calefacción regulable, acceso a agua fría y baños, buena iluminación, evitar posiciones forzadas o malos hábitos posturales, adecuación de los descansos, acceso a teletrabajo y en último lugar cambio de puesto de trabajo.

Aunque más allá de los ajustes individualizados es importante que las empresas desarrollen una cultura y políticas inclusivas y comprensivas con las mujeres en menopausia.

El equilibrio entre la vida profesional y la vida personal es crucial para la mujer en la transición hacia la menopausia. Es útil valorar prioridades, buscar tus valores, gestionar el tiempo, cultivar relaciones enriquecedoras,... en definitiva, cuidarte.

**Son importantes las estrategias de adaptación tanto individuales como colectivas, adaptar el puesto de trabajo, buscar flexibilidad horaria o teletrabajo, apoyo de compañer@s y jef@s**



## 18. Insuficiencia Ovárica Prematura

*Marieta es una mujer de 35 años, madre de una hija y periodista de profesión. En una pausa en el trabajo, mientras toman café, comenta a sus compañeras que ha tenido varias faltas menstruales este año. A pesar de que su pareja tiene la vasectomía, se ha realizado un test de embarazo que ha dado negativo. Ella lo achaca al estrés en el trabajo y no le da importancia, pero posteriormente vuelve a tener ausencia de 3 ciclos y esta vez se ha acompañado de “calores”.*

A estas alturas tenemos que saber que con el aumento de la esperanza de vida, cada vez vivimos más, sin embargo, los ovarios no nos acompañan en todo el viaje. Y es por ello, que actualmente vemos esos efectos no deseables de la menopausia que hace 100 años no conocíamos.

Pues bien, la insuficiencia ovárica prematura (IOP) sería el fallo de los ovarios a una edad mucho más joven todavía, en concreto por debajo de los 40 años. Y esto ocurre en 1-4% de la población.

La IOP se define como la disminución de la actividad ovárica en mujeres menores de 40 años que provoca amenorrea (ausencia de regla), síntomas debidos al descenso hormonal, disminución de la fertilidad y elevación de las hormonas gonadotrofinas.

Esta condición no es permanente ya que un porcentaje elevado recuperará ciclos y función hormonal (20%) y entre un 5-10% pueden quedar embarazadas de forma natural. De ahí que este término haya sustituido a la mal llamada menopausia precoz, evitando

así el impacto psicológico negativo y resaltando la variabilidad, reversibilidad y naturaleza de los cambios en el ovario.

**IOP en números**  
**1/100 mujeres menores de 40 años**  
**1/1000 de menores 30 años**  
**1/10000 de menores de 20 años**

La mayoría de las veces (un 50%) la IOP tiene una aparición espontánea y su causa no es conocida. En otros casos tenemos un origen genético, autoinmune, infeccioso, cromosómico o secundario a enfermedades o tratamientos médico-quirúrgicos.

Es frecuente encontrar una asociación familiar (10%). Esto se traduce en que si mi madre o mi hermana han tenido una IOP antes de los 40 años, yo tengo más posibilidades de tenerla que si no tuviera este antecedente.

Para llegar al diagnóstico deben cumplirse 3 requisitos. Tener menos de 40 años, ausencia de regla de más de 3 meses y tener la hormona foliculoestimulante (FSH) >40UI/l en 2 ocasiones separadas al menos 4 semanas.

<b>Estadíos Clínicos de la IOP</b>			
<b>Etapas</b>	<b>FSH</b>	<b>Fertilidad</b>	<b>Reglas</b>
Normal	Normal	Normal	Regulares
Oculto	Normal	Reducida	Regulares
Análítico	Elevada	Reducida	Regulares
Clínico-Evidente	Elevada	Reducida	Irregulares o ausentes

Los síntomas que podéis experimentar son similares a los produ-

cidos por el descenso hormonal durante la menopausia, ausencia de regla, esterilidad, sofocos, insomnio, alteraciones emocionales o sequedad vaginal. Además de unas consecuencias tardías que hemos relatado como, mayor riesgo cardiovascular, osteoporosis, alteración sexual, cambios metabólico-endocrinos, trastornos del ánimo y riesgo aumentado de muerte por cualquier causa (en especial cardiovascular).

En el manejo de la IOP además de aconsejar unos hábitos de vida saludables, ejercicio físico regular, disminuir el estrés crónico y apoyo psico-emocional, se basa en un tratamiento hormonal desde el inicio del diagnóstico hasta la edad natural de la menopausia, alrededor de los 50 años. El objetivo es aliviar los posibles síntomas y la prevención de consecuencias a largo plazo. Pero este tratamiento puede verse modificado dependiendo si la mujer busca o no embarazo. Como hemos visto, existe un porcentaje de embarazos espontáneos no planificados, por lo que aquella mujer que no desee asumir riesgos, podría beneficiarse de un anticonceptivo hormonal. Este puede suplir la disminución de los estrógenos, a la vez de prevenir de embarazo no deseado. Para el resto de mujeres, una terapia hormonal de la menopausia clásica sería lo indicado. La decisión sobre la vía de administración y pauta debe ser consensuada.

Si existe alguna contraindicación para el uso de la terapia hormonal, se deberá individualizar cada caso y adaptarnos a las necesidades específicas de cada una.

Respecto a la fertilidad, si no se consigue de forma natural, siempre tendremos la alternativa de emplear técnicas de reproducción asistida. Comentar que ante enfermedades oncológicas se debe pensar en ofrecer la opción de técnicas de preservación de la fertilidad previa al tratamiento. La alternativa más aconsejada es la vitrificación de ovocitos, es decir, “congelar óvulos”.

Como hemos estado comentando a lo largo del libro, nuestro principal papel es la prevención. De ahí que cada una de vosotras debéis evaluar aquellos factores que pueden suponer un riesgo para la IOP y tomar las medidas pertinentes.

Los factores a tener en cuenta son el antecedente familiar de IOP, presencia de enfermedades autoinmunes, cirugías (sobre todo ginecológicas), patología maligna, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol),..

Puesto que hablamos de mujeres jóvenes y con la connotación y consecuencias negativas que la IOP supone es aconsejable considerar un apoyo psico-emocional.

Las recomendaciones generales a seguir son unos hábitos de buena salud, alimentación equilibrada, ejercicio físico regular, disminuir el estrés crónico, evitar la obesidad, y eliminar hábitos tóxicos.

**Busca grupos de apoyo, confía en los profesionales de la salud  
y sobre todo busca tu autocuidado**

## 19. Asesoramiento a la mujer en el Climaterio. ¡Buscando el Equilibrio!

En la búsqueda de una atención integral a la mujer en la perimenopausia/menopausia debemos marcarnos unos objetivos claros: promover un estilo de vida saludable, aliviar la sintomatología, prevenir un embarazo no planificado, prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y la detección temprana del cáncer.

### **Estilo de Vida Saludable**

Cuando hablamos de un estilo de vida relacionado con la salud nos referimos al conjunto de hábitos que adquiere una persona y que puede afectar tanto de forma positiva como negativa en la aparición o la prevención de determinadas enfermedades. Dentro de los hábitos de vida más relevantes para la salud encontramos la alimentación equilibrada, el ejercicio físico y la eliminación de los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y otras drogas). Otros hábitos están menos estudiados pero tienen repercusiones importantes para la salud. En este caso nos referimos a la higiene del sueño y al control del estrés crónico.

**Estilo de vida es la forma en que una persona vive**

Los cambios más relevantes que se producen en el cuerpo a medida que envejecemos vienen determinados por el endurecimiento



de las arterias asociado a un menor gasto de calorías diario. Tal y como hemos visto, esto está vinculado con un mayor riesgo a desarrollar obesidad, diabetes o hipertensión. Por lo que la mejor manera de compensar estos cambios es disminuir nuestra ingesta de calorías en la dieta, realizar controles de salud periódicos, realizar ejercicio físico a diario y mantener una actividad mental activa (leer, escribir y otros hobbies).

Se sabe que la soledad puede disminuir la esperanza de vida en un 30% y equivale a fumar 15 cigarrillos/día o 5 bebidas alcohólicas/día. Por lo que mantener un buen tejido social mantendrá nuestra salud.

**De forma general se podría resumir el estilo de vida saludable en 3 grandes apartados: alimentación, ejercicio físico y promoción de la salud mental.**

Los hábitos alimenticios deben recomendarse para cada persona en el momento concreto de su vida. Como norma general se recomienda evitar la sal, las grasas saturadas, la comida precocinada y la bollería industrial. Por otro lado, es aconsejable aumentar el consumo de alimentos ricos en ácido omega 3 y 6, mantener una buena hidratación y seguir una dieta mediterránea equilibrada. La actividad física es imprescindible para mantener el cuerpo alejado de un gran número de afecciones. Se recomienda un ejercicio moderado, ajustado en cada caso, combinando ejercicios de fuerza y resistencia en función de la capacidad física de la situación general de cada persona. La salud mental podríamos definirla como el estado de bienestar en el cual una persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de contribuir a la comunidad. Mantener una actividad psíquica activa ha

demostrado también ser un factor protector contra el desarrollo de patologías como por ejemplo el Alzheimer.

Por lo que la combinación de actividad física y psíquica sería una estrategia fundamental para aumentar la salud y prevenir enfermedades. Además de aumentar la capacidad muscular, el ejercicio físico nos mejora la resistencia, el equilibrio, la movilidad de articulaciones, flexibilidad, agilidad, velocidad, y coordinación. Todo esto nos previene de caídas con las consecuentes fracturas por osteoporosis.

**El ejercicio físico regular disminuye la mortalidad cardiovascular y global**

## **Alimentación**

Los estudios nos demuestran que el contenido de la dieta puede modificar la probabilidad de llegar a la vejez con buena salud o por el contrario aumentar la probabilidad de mortalidad. Se estima que a partir de los 40 años las necesidades de energía disminuyen aproximadamente un 5% cada década.

El consumo de una dieta occidental (rica en carnes y grasas, pobre en verduras y alimentos frescos) podría reducir la probabilidad de tener un envejecimiento saludable.

En 2010, la dieta mediterránea fue declarada por la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura) como Patrimonio Cultural Inmaterial de la humanidad.

Las características de esta dieta y el estilo de vida mediterráneos son:

- Baja proporción de carnes rojas

- Baja proporción de azúcares
- Baja proporción en hidratos de carbono procesados
- Consumo moderado de pescado y huevos
- Consumo moderado de productos lácteos bajos en grasa
- Alto contenido en aceite de oliva Virgen extra
- Alta proporción de verduras y frutas de temporada
- Alta proporción de legumbres
- Ejercicio físico
- Mantener vínculos sociales
- Evitar los tóxicos

**En la Fundación Dieta Mediterránea encontraréis más información, recetas y proyectos**  
<https://dietamediterranea.com/>

Según la Organización Mundial de la Salud el 33% de las enfermedades cardiovasculares están relacionadas con dietas inadecuadas de modo que un simple consumo de frutas y verduras (ricas en fibra) y el cambio de grasas monoinsaturadas por poliinsaturadas puede reducir un porcentaje importante de la enfermedad cardiovascular.

Existen los llamados ácidos grasos esenciales son aquellos ácidos grasos que a pesar de tener unas funciones importantes en el organismo no pueden producirse por el cuerpo por lo que tienen que ser obtenidos de la dieta. Existen dos familias de ácidos grasos esenciales, los omega 3 y los omega 6, denominados también ácidos grasos poliinsaturados.

Los ácidos grasos omega 3 (EPA y DHA) tienen efecto vasodilatador, anticoagulante y antiinflamatorio. Los omega 6 tienen

estos mismos efectos pero a la vez también tiene efecto pro-inflamatorio, por lo que ambos ácidos grasos deben estar en equilibrio.

Los omega 6 podemos adquirirlos a partir de aceites vegetales aunque también proceden de la carne, y los omega 3 son de origen vegetal y también de origen marino.

<b>Fuente dietética de Omega 3</b>	
<b>ALA</b>	Semillas lino, judías de soja, nueces, aceites de linaza, soja, semillas de calabazo, semillas de chía
<b>EPA</b>	Pescados azules (salmón, caballa, arenques, sardinas, anchoas, atún,...)
<b>DHA</b>	Algas, pescados azules

Estos ácidos grasos poliinsaturados juegan un papel importante en la prevención y tratamiento de muchas afecciones de salud y contribuyen al buen funcionamiento del organismo.

<b>Funciones y patologías sobre las que los Omega 3 pueden ejercer un efecto preventivo y/o terapéutico</b>	
<b>Grupo</b>	<b>Patologías sobre las que pueden actuar</b>
Prevención de riesgos y tratamiento en patología cardiovascular	Arteriosclerosis
	Hipertensión arterial
	Tratamiento post-infarto de miocardio
	Hipertrigliceridemia
	Dislipemia (colesterol)
Procesos inflamatorios	Artritis y artrosis
	Inflamación intestinal
	Asma

Salud mental y de comportamiento	Desarrollo cerebral y visual en la gestación y en la infancia
	Desarrollo mental y aprendizaje
	Apoyo del rendimiento intelectual del adulto
	Mejora comportamiento en trastorno por déficit de atención e hiperactividad
	Apoyo y reducción de riesgo en enfermedades psiquiátricas y enfermedades neurodegenerativas por envejecimiento
Salud de la mujer	Reducción de síntomas de síndrome premenstrual y dismenorrea
	Prevención de preeclampsia, parto prematuro y depresión posparto
	Síntomas vasomotores relacionados con la menopausia y osteoporosis por menopáusica

Los omega 3 son beneficiosos en la salud de la mujer mostrando un efecto favorable en el alivio de síntomas relacionados con la menstruación, el embarazo, la lactancia y en la menopausia.

La dosis de ácido graso omega 3 (EPA y DHA) en la población general, adultos sanos, es de 500 miligramos al día. Estos niveles se pueden conseguir con un consumo de 300 gr semanales de pescado graso o complementos alimenticios. Hay que evitar los grandes pescados como los atunes, pez espada tiburón y caballa por su alto contenido en mercurio. También podemos conseguir la dosis de omega 3 a través de complementos alimenticios.

**Los Nutraceuticos (un alimento o complemento alimenticio que proporciona beneficios médicos o para la salud, incluyendo la prevención y/o el tratamiento de enfermedades) no están regulados como medicamentos, sino como complementos alimenticios.**

Ingestión no es igual que absorción. Por tanto la cantidad de alimentos o nutrientes que ingerimos no se corresponde con la que finalmente absorbemos. En esto influyen múltiples factores entre los que destacan la flora intestinal, el estrés crónico y la combinación de alimentos

Junto con los ácidos grasos juegan un papel importante los probióticos y prebióticos. Los probióticos son alimentos o suplementos que contienen microorganismos vivos destinados a mantener o mejorar nuestra flora normal (microbiota). Sin embargo los prebióticos son alimentos (generalmente con alto contenido en fibra) que actúan como nutrientes para la microbiota humana.

Los probióticos y prebióticos pueden ayudar a modificar la composición de la microbiota intestinal con aumento de la población de bifidobacterias, y una mejora en los niveles de las hormonas implicadas en la regulación energética. Con ello se puede ver una reducción significativa del peso corporal, del índice de masa corporal, de la circunferencia abdominal y de la masa grasa.

También existen preparados vegetales con propiedades “anti obesidad” debido a sus mecanismos de acción (saciantes, retardantes de la absorción o que regulen el apetito. Entre ellas tenemos el lino, té verde, naranja amargo, ...

Respecto al calcio, la ingesta cálcica debe oscilar entre 800 mg/día a los 40 años y 1.500mg/día a partir de la menopausia si la mujer no sigue tratamiento hormonal, si fuese así, bastarían con 1.000 mg/día.

Se recomienda una ingesta diaria de calcio mediante la dieta y sólo se realizará suplementación farmacológica si esta ingesta resulta menor de 700 mg/día. La ingesta total de calcio (dieta más suplementos) no debe exceder rutinariamente 2000 mg/día, debido a la posibilidad de efectos adversos.

Tabla de alimentos ricos en calcio	
Alimento	Mg de calcio por 100mg de porción comestible
Queso parmesano	1350
Queso manchego	835
Leche de vaca	122
Yogurt natural desnatado	166
Soja en grano	280
Aceitunas	100
Garbanzos	149
Almendras	254
Pistacho	136
Besugo	225
Almejas	120
Yema huevo	140
Pan	100

Tomar el sol 15 minutos diarios favorece la formación de vitamina D a través de la piel. Para mantenernos saludables nuestros niveles deben ser superiores 30ng/ml.

Más que una vitamina, por la multitud de funciones que tiene, podríamos hablar de una hormona. Además de tener acción a nivel óseo, influye a nivel cardiovascular, en enfermedades inflamatorias, enfermedades autoinmunes, enfermedades endocrinas, trastornos cognitivos, obesidad, cáncer y la regulación del sueño.

Se aconseja disminuir el consumo de café y el alcohol. El café es estimulante del sistema nervioso central y a dosis elevadas produce temblor, insomnio y palpitaciones. También produce irritación gástrica y es diurético produciendo pérdida de sodio, cloro y en

menor grado potasio. No son aconsejables más de dos tazas al día. Por el contrario, el alcohol es un depresor del sistema nervioso central y se asocia a otras múltiples enfermedades

Evitar otros tóxicos como el tabaco y otras drogas. El tabaco es acelerador de la menopausia por acción neuroendocrina y vascular de la nicotina y por alteración de los enzimas hepáticos. Se ha visto que puede adelantar la menopausia por su efecto tóxico sobre el ovario y aumentar sus síntomas.

Hoy en día es frecuente encontrar personas que emplean suplementación (aminoácidos, magnesio, zinc, etc). Previo a ello, recomendando realizar un control analítico por vuestro [médico@](#) de atención primaria y la ayuda de un/a dietista/nutricionista.

**“Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina sea tu alimento”  
Hipócrates**

## **Ejercicio Físico**

La menopausia es un periodo en el que los cambios hormonales y metabólicos producen unos efectos y adaptaciones en nuestros órganos y sistemas. Para contrarrestar los efectos no deseables de la menopausia sabemos que el ejercicio físico es beneficioso a nivel cardiovascular, metabólico, músculo-esquelético, pues tiene efectos positivos a nivel cerebral, sobre el estado de ánimo, mejora el dolor y también la calidad de vida.

Las sociedades científicas recomiendan en sus guías de práctica clínica la realización de ejercicio como complemento o alternativa a la terapia hormonal.



Existen unos requisitos mínimos para realizar ejercicio físico en la menopausia que dependerán de la presencia de factores de riesgo, del estado general de salud y del nivel de condición física. Debemos realizar una buena historia clínica para valorar antecedentes personales y familiares, la presencia de factores de riesgo (tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión,...). Realizaremos un electrocardiograma basal y una prueba de esfuerzo estaría indicada en mujeres de más de 50 años que vayan a realizar un ejercicio físico de alta intensidad o que tengan algún factor de riesgo cardiovascular.

La prescripción de ejercicio físico se divide en cuatro áreas de aptitud física:

- Ejercicio físico aeróbico (caminar, nadar, bailar, uso de bicicleta,...): un mínimo de 30 minutos de actividad moderada con una frecuencia de 5 días a la semana. O 20 minutos de actividad intensa durante 3 días a la semana.
- Ejercicio de fuerza: mínimo de 2 días a la semana, no consecutivos, y trabajando grandes grupos musculares (abdomen, piernas, brazos).
- Ejercicios de flexibilidad para mejorar las tareas cotidianas.
- Ejercicios de equilibrio para mejorar la estabilidad y disminuir el riesgo de caídas.

Existen nuevos modelos de ejercicio físico cómo es el HIIT (High-Intensity Interval Training) basado en entrenamientos con intervalos de alta intensidad con períodos cortos de trabajo y corta recuperación. Con ella aumentamos la masa muscular, la fuerza, disminuye el perímetro de la cintura, y la presión arterial en las mujeres en menopausia. Además se ha visto que mejora la sensibilidad a la insulina, el estrés oxidativo y los marcadores proinflamatorios

Sería recomendable medir el estado físico previo a iniciar el ejercicio físico, y de igual manera, es aconsejable realizar un ejercicio físico guiado por un profesional.

### **Intervenciones psicosociales**

Las estrategias no farmacológicas basadas en la educación, alimentación equilibrada, ejercicio combinadas con terapias cognitivo conductuales para el manejo del estrés pueden ayudarnos a mejorar nuestro estado de ánimo al llegar a la menopausia.

El apoyo emocional de la familia y la satisfacción laboral son importantes en esta etapa.

Se recomiendan ciertas conductas que pueden mejorar el estado de ánimo durante la menopausia: reducir el nivel de estrés diario mediante la práctica de yoga, tai chi, qi gong, o meditación pueden tener un efecto beneficioso. A esto le podemos sumar ejercicios de respiración, con una respiración lenta y profunda. El ejercicio físico regular de intensidad media libera endorfinas que pueden mejorar el estado de ánimo, además, la práctica del deporte nos ayudará a vernos físicamente mejor y a fortalecer nuestra salud mental. Realizar hábitos de vida saludables mantendrá el colesterol, la hipertensión, la obesidad y la diabetes a raya. La terapia hormonal puede tratar síntomas físicos de la menopausia y con ello mejorar también la parte psicológica. Buscar aficiones y rodearse de gente positiva son conductas que ayudan a fortalecer la autoestima y la seguridad.

### **Vacunas en la edad adulta**

La vacunación es uno de los aspectos con mejor evidencia en términos de eficacia y mortalidad dentro de la medicina preventiva. Cada año las vacunas evitan 4,4 millones de muertes en todo el mundo.

Aunque la gran mayoría de vacunas se administran en la infancia, la protección mediante las mismas es necesaria a lo largo de toda la vida. A partir de los 50 años el sistema inmune va envejeciendo y por tanto perdiendo capacidad protectora y por eso es tan importante la vacunación en esa etapa.

Las recomendaciones de vacunación en población general adulta del Ministerio de Sanidad (2018) son Difteria-Tétanos, Gripe, Pneumococo, Hepatitis B y Hepatitis A, COVID-19, Varicela-Zoster, Virus del Papiloma Humano y la triple vírica (Sarampión, Rubéola y Parotiditis).

**CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**  
**CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA**  
 Calendario recomendado año 2018

VACUNACIÓN	EDAD													
	Pre-natal <sup>1</sup>	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥ 65 años
Poliomielitis			VPI	VPI	VPI				VPI <sup>10</sup>					
Difteria-Tétanos-Pertussis	dTpa		DTPa	DTPa	DTPa				DTPa <sup>10</sup>		Td	Td <sup>11</sup>	Td <sup>11</sup>	Td
Haemophilus influenzae b			Hib	Hib	Hib									
Sarampión-Rubéola-Parotiditis						TV		TV				TV <sup>12</sup>	TV <sup>12</sup>	
Hepatitis B <sup>13</sup>		HB <sup>14</sup>	HB	HB	HB							HB <sup>14</sup>		
Enfermedad meningocócica C				MenC <sup>15</sup>		MenC				MenC		MenC <sup>15</sup>		
Varicela							WZ	WZ		WZ <sup>16</sup>		WZ <sup>16</sup>	WZ <sup>16</sup>	
Virus del Papiloma Humano										VPV <sup>17</sup>		VPV <sup>17</sup>		
Enfermedad neumocócica			VNC1	VNC2	VNC3									VN <sup>18</sup>
Gripe	gripe													gripe anual

<sup>1</sup> Se administrará una dosis de vacuna frente a tosferina en embarazadas entre las semanas 27 y 36 de gestación. En temporada de gripe se vacunará a embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

<sup>10</sup> Se administrará la vacuna combinada DTPa/VPI a los menores vacunados con pauta 2-1 cuando alcancen la edad de 6 años.

<sup>11</sup> Los menores vacunados con pauta 3-1 recibirán dTpa.

<sup>12</sup> Vacunar o completar vacunación en caso de no tener administradas 5 dosis durante la infancia y adolescencia

<sup>13</sup> Vacunar con dos dosis si susceptible

<sup>14</sup> Pauta 0, 2, 4, 11 meses. Se administrará la pauta 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada y la vacunación de hijas de madres portadoras de AgHBs en las primeras 24 horas de vida junto con administración de inmunoglobulina HB.

<sup>15</sup> En personas no vacunadas con anterioridad se administrarán 3 dosis con pauta 0, 1 y 6 meses

<sup>16</sup> Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con una dosis (6 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

<sup>17</sup> Se administrará 1 dosis en las personas no vacunadas después de los 10 años de edad.

<sup>18</sup> Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

<sup>19</sup> Vacunar solo a las niñas con 2 dosis.

<sup>20</sup> Vacunar solo a las mujeres no vacunadas con anterioridad, con pauta de 3 dosis.

<sup>21</sup> Vacunación frente a neumococo a los 65 años de edad.

## Tratamientos:

### Síndrome Genitourinario de la Menopausia

Inicialmente se aconsejan hidratantes vaginales y vulvares con un pH adaptado a la zona genital (3.8-4.5) y una osmolaridad baja (se-

gún recomendaciones de la OMS debe ser inferior a 380mOsm/Kg). Puesto que a mayor osmolaridad, mayor riesgo de irritación mucosa y daño en los tejidos. Los hidratantes se absorben y se adhieren a la vagina simulando las secreciones naturales, con ello mejoran las molestias en el día a día y también durante las relaciones. Se aplica de forma regular cada 1 o 3 días en función de la intensidad de las molestias y tiene un efecto que dura alrededor de 2-3 días.

Los lubricantes se asemejan a las secreciones vaginales naturales y están indicados para tratar las molestias por sequedad vaginal durante las relaciones sexuales.

Los probióticos pueden ser útiles para la prevención de infecciones vaginales de repetición o urogenitales.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos locales la terapia con estrógenos se considera de elección cuando los tratamientos anteriores no han supuesto una mejoría clínica suficiente. En España tenemos comercializado varios tipos de estrógenos locales como son el promestrieno, el estriol o el estradiol. Las formas de presentación van desde crema vaginal, gel, óvulos, comprimidos vaginales y finalmente también en anillo vaginal. Excepto este último que precisa de un recambio trimestral, en el resto de los casos se inicia con 1 aplicación/día por la noche durante unos 15 días seguido de una dosis de mantenimiento 2-3 veces a la semana. La mejoría de los síntomas suele ser rápida con un efecto pleno en las primeras 10-12 semanas de tratamiento, las dosis bajas que se utilizan tienen un perfil de seguridad favorable.

La prasterona es otro tratamiento para el síndrome genitourinario de la menopausia con síntomas moderados e intensos. La prasterona vaginal es química y biológicamente idéntica a la DHEA humana endógena. Igual que los estrógenos locales la prasterona también es un tratamiento de primera línea cuando el resto de tratamientos iniciales no funcionan. La DHEA es un precursor hor-

monal de testosterona y estrógenos, por lo que tras la aplicación a nivel vaginal se transforma en estas hormonas mejorando la sintomatología de la mujer.

Por vía oral contamos con el ospemifeno. Se trata de un modulador selectivo de los receptores estrogénicos con una acción favorable a nivel de la vagina/vulva, y está indicado para el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia de moderado a severo. Actualmente es el único tratamiento indicado en mujeres con antecedentes de cáncer de mamá que ya han finalizado su tratamiento oncológico.

De forma aislada o conjuntamente con los tratamientos anteriores podemos beneficiarnos de la medicina regenerativa y funcional. Este tipo de medicina es un campo multidisciplinar con temas en constante investigación y otros con aplicaciones clínicas actuales. Se centra en la reparación, reemplazo y regeneración de células o tejidos buscando restaurar la anatomía y funcionalidad.

Posibilidades terapéuticas en ginecología regenerativa	
Bioestimulación – Regeneración (dispositivos basados en energía)	Láser CO2
	Láser Erbio
	Radiofrecuencia
	Dispositivos LEDs
Nutrición y tratamientos inyectables	Hidrolizados proteicos
	Colágeno hidrolizado
	Ácidos grasos (omega 3,6,9)
	Vitaminas C, E, A
	Minerales
Bioestimulación -Regeneración (Uso de elementos / gases)	Hilos de polidioxanona
	Carboxiterapia (CO2)
	Ozonoterapia (O3)
	Plasma rico en plaquetas autólogo (PRP)
	Células madre (grasa autóloga)
	Ácido hialurónico

## **Tratamiento del sangrado menstrual abundante**

Como ya conocéis, durante la transición hacia la menopausia pueden aparecer alteraciones menstruales tanto por acortamiento como por alargamiento del ciclo y también por la cantidad de sangrado. Cuando tenemos un sangrado menstrual abundante durante la perimenopausia lo más lógico es que sea secundario a los cambios hormonales, aunque si éste se perpetúa en el tiempo o es tan abundante que altera la calidad de vida debe ser valorado por un especialista. Esto es así ya que debemos descartar patologías orgánicas como los pólipos endometriales, miomas o patología maligna. Y también descartar otro tipo de problemas como las alteraciones en la coagulación.

**Cualquier sangrado en una mujer en menopausia (más de 12 meses sin regla) debe ser estudiado**

Para el tratamiento del sangrado menstrual abundante contamos con varios métodos médicos. Los antiinflamatorios no esteroideos como por ejemplo el ibuprofeno o el naproxeno disminuyen un 30% el sangrado, el ácido tranexámico lo disminuye en un 34-54%, el DIU hormonal de levonorgestrel es el que mayor efecto posee, entre 71-95%. Los anticonceptivos hormonales combinados (sobre todo los que llevan como progestágeno el dienogest) disminuyen el sangrado entre un 87-89% y finalmente los tratamientos con solo gestágenos entre un 49-52%.

El tratamiento médico siempre es el de primera elección pero cuando estos fallan podemos optar por tratamientos quirúrgicos, y éste dependerá de la causa que ha generado el sangrado.

## **Tratamiento No hormonal para los síntomas de la Menopausia**

Existe una fuerte correlación entre el consumo de tabaco, el con-

sumo de alcohol y la aparición de sofocos por lo que es aconsejable disminuir el consumo de estos dos hábitos tóxicos. Mantener un peso adecuado y el ejercicio físico regular también mantienen a raya los sofocos. Mejorar las condiciones de temperatura ambiente, el uso de ventiladores o de aire acondicionado, las bebidas frías o vestirse por capas pueden minimizar los sofocos. Existen otras alternativas como son la terapia cognitivo conductual, la hipnosis o la acupuntura con resultados variables.

#### Uso de Fitoterapia (derivados de plantas):

- Isoflavonas: son un tipo de fitoestrógenos, derivados de la soja o trébol rojo. La dosis recomendada está entre 40 – 80 mg/día y deben contener un mínimo de 15mg/día de genisteína. No se recomienda en mujeres con antecedente o episodio actual de cáncer de mama.
- Cimicífuga racemosa: constituida por diversos compuestos. Su principal acción se produce en el sistema nervioso central. La dosis recomendada es de 20 mg cada 12 horas.
- Extracto de Polen: reduce la frecuencia de sofocos en un 20-30%. No presenta actividad estrogénica. Dosis recomendada 160 mg/día los 2 primeros meses y posteriormente 80mg/día. Puede utilizarse en mujer con antecedente de cáncer hormono dependiente.
- Lúpulo: presentan un buen comportamiento sobre la calidad del sueño y mejoría de los sofocos. La dosis es de 0.5-2gr de planta seca.
- Salvia: posee efectividad para mejorar sofocos, alteraciones del humor, cansancio o disminución de la capacidad de concentración. Las dosis recomendadas son 300-400mg/día
- Vitex Agnus Castus: que puede ayudar a regular el ciclo menstrual y reducir los trastornos del perimenopausia

Terapia Farmacológica No Hormonal: La clonidina, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRS/ISRN), la gabapentina y la terapia de relajación tuvieron un efecto leve a moderado en la reducción de los sofocos en pacientes con antecedentes de cáncer de mama. Los ensayos clínicos con anti-depresivos demuestran una eficacia estadísticamente significativa con una reducción de la frecuencia de los sofocos que va del 25 al 69%. Son seguros en pacientes con cáncer de mama. Disponemos de varios preparados: Citalopram/Escitalopram, Venlafaxina, Desvenlafaxina, Paroxetina (no en cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno). Gabapentina (más efectos secundarios, mejoría clínica nocturna).

Recientemente, en mayo de 2024, ha salido al mercado un nuevo tratamiento no hormonal específico para los síntomas vasomotores de la menopausia, Fezolinetant. La forma de administración es de 1 comprimido al día y presenta un nuevo mecanismo de acción con estudios de eficacia y seguridad comprobados.

### **Terapia Hormonal de la Menopausia (THM)**

La prescripción de la THM es relativamente compleja por la gran variedad disponible de alternativas en formulación y esquemas terapéuticos, pero ello es fácilmente superado con formación específica del profesional y la información adecuada a la potencial usuaria. Precisamente, este amplio abanico se convierte en uno de sus valores añadidos al permitir el ajuste individualizado de la THM a las necesidades y conveniencia de una paciente concreta, y a los cambios de las mismas con el tiempo.

Los aspectos a tener en cuenta son la composición, la dosis, la vía de administración y la pauta posológica. En la elección deben influir también los objetivos del tratamiento y las preferencias de la mujer. Además, las diferencias en farmacocinética y efectos princi-



pales o colaterales condicionan en muchas ocasiones la elección de la THM a emplear.

Por lo tanto, debemos conocer las alternativas y sus diferencias y “componer” o elegir la formulación idónea para cada paciente en cada momento según los objetivos y necesidades de la misma, y revisarlos periódicamente adaptándonos a las nuevas situaciones.

En mujeres con útero se debe proporcionar un tratamiento combinado (estrógenos + progesterona) para garantizar protección endometrial, mientras que en mujeres sin útero se recomienda tratamiento con estrógenos solos. Se aconseja comenzar con las dosis más bajas que permitan el control sintomático, y en función de ello se ajustará según la respuesta. Todas las vías de administración de estrógenos parecen ser igualmente eficaces para el alivio de los síntomas, pero sus efectos metabólicos difieren, ya que los preparados transdérmicos (gel, parches, spray) presentan menores efectos adversos (cardiovasculares que los orales) pues evitan el primer paso hepático. Cuando sea necesario el uso de gestágenos, la progesterona natural se considera la alternativa más segura. La pauta estroprogestágena continua (sin sangrado) parece asociarse a mayor protección endometrial y es mejor tolerada por las pacientes debido a un mayor beneficio a la hora de disminuir la sintomatología y mejorar la calidad de vida. La pauta cíclica se asocia a sangrado por privación, algo que puede tener una variable aceptación por parte de la mujer. Es posible la aparición en los días de descanso de clínica climatérica de mayor o menor intensidad, lo cual haría más conveniente cambiar a pauta continua.

Otra alternativa a la THM “convencional” son la tibolona y el TSEC (complejo estrogénico selectivo tisular). La tibolona es un esteroide sintético que ejerce acciones estrogénicas, gestagénicas y androgénicas. Y el TSEC es una combinación entre el bazedoxifeno (BZA) y un estrógeno conjugado equino vía oral. Su admi-

nistración conjunta nos aporta los beneficios de los estrógenos, asegurando la protección endometrial que confiere BZA.

Existen datos que indican que las mujeres durante la menopausia tienen niveles de andrógenos más bajos. Esto podría tener un efecto adverso sobre el deseo sexual, la excitación y el orgasmo y puede contribuir a otros problemas de salud. Problemas como cansancio, pérdida de resistencia, osteopenia y sarcopenia. Un consenso global para el uso de testosterona concluyó que las mujeres menopáusicas que reciben testosterona podrían lograr una mejora significativa en la sexualidad en global y el deseo con escasos efectos adversos. Aunque el tratamiento debe ser individualizado y consensuado.

Además se debe valorar el eje adrenal y tiroideo, para realizar una modulación hormonal si fuese necesario.

Tras una lectura crítica del estudio WHY, el posicionamiento global (de todas las sociedades científicas) sobre la indicación de terapia hormonal, es que los beneficios superan a los riesgos en las mujeres sintomáticas que inician el tratamiento antes de los 60 años o con menos de 10 años tras la menopausia. Así que hablamos de Ventana de Oportunidad o Ventana Terapéutica.

### **Tratamiento farmacológico de la osteoporosis**

Existen múltiples tratamientos para la osteoporosis que dependen de la severidad de la misma, del riesgo de fractura, la edad y los factores intrínsecos del propio paciente. Cuando tenemos una menopausia reciente sintomática con osteoporosis una terapia hormonal puede ser una buena medida de tratamiento (individualizando vía y dosis)

La mujer adulta joven sin sofocos ni riesgo cardiovascular sería candidata a otros tratamientos como son los moduladores selec-

tivos de los receptores de estrógenos (SERM) o los bifosfonatos (habitualmente orales, aunque existen otras vías). Para mujeres con múltiples patologías y tratamientos una opción sería el denosumab, con una administración de 1 inyección intramuscular cada 6 meses. Y finalmente, para mujeres con una osteoporosis muy severa, la teriparatida con una administración subcutánea diaria.

### **Productos naturales de interés para el sueño:**

- **Valeriana:** para el alivio de trastornos leves de tensión nerviosa y del sueño. La dosis terapéutica es de 1-3 gramos de infusión por dosis o 600mg/día de extracto. Como relajante puede utilizarse 3 veces al día; para favorecer el sueño se administra entre 30 minutos y 1 hora antes de acostarse. El efecto óptimo se observa a las 2-4 semanas de tratamiento.
- **Pasiflora:** para aliviar síntomas de estrés y disminuir el insomnio pasajero. Para la dosis en infusión 2.5 gramos 30-60 minutos antes de acostarse o 3 veces al día si la indicación es estrés/ansiedad.
- **Lavanda:** indicado para las alteraciones del sueño. 1 capsula al día con un contenido de 80mg de aceite esencial.
- **Ashwaganda:** apta para situaciones de estrés y/o fatiga que comprometen la calidad del sueño. Mejora las funciones cognitivas, el estado de alerta, la resistencia al ejercicio y el sueño en personas sanas. La dosis del extracto seco es de 300 a 1000 mg/día después de la cena o repartido en 2 tomas. El extracto estandarizado son 300-500 mg/día.
- **Melisa:** tiene actividad espasmolítica y antiinflamatoria. Está aprobada para el tratamiento de la tensión, la inquietud y la irritabilidad. Su uso tradicional es para aliviar el estrés mental y facilitar el sueño. En infusión 1.5-4.5 gr de 2 a 3 veces al día.

- **Hierbaluisa:** para el alivio de los síntomas del estrés y para ayudar a conciliar el sueño. La dosis es de 1-2 gr en 200 ml de agua hirviendo entre 30-60 minutos antes de acostarse.
- **Manzanilla:** aunque tiene indicación como antiinflamatorio, analgésico y antiespasmódico, clásicamente se ha utilizado como ansiolítico y sedante suave. Clásicamente se toma en infusión .
- **Amapola de California:** ha demostrado su acción sedante y antiespasmódica y está indicada en casos de estrés y en alteraciones del sueño. Dosis diaria de 960-1500 mg repartido en 2 tomas (una en la comida y otra 30 minutos antes de acostarse).
- **Aromaterapia:** es una parte de la fitoterapia que utiliza los aceites esenciales extraídos de diversas plantas aromáticas para prevenir, aliviar o tratar determinados problemas de salud. Su aplicación puede ser tópica, oral o inhalada. Los aceites con acción beneficiosa sobre las alteraciones del sueño son lavanda, azahar, naranjo dulce y naranjo amargo.

La **Melatonina** es una hormona sintetizada por la glándula pineal pero también por otros órganos como la retina, médula ósea, piel, células intestinales, cerebro y sistema inmune. Su producción se encuentra influenciada por otros factores como la estación del año, ciclo menstrual, estrés o ejercicio, exposición al sol, etc. Empieza a producirse al anochecer, al disminuir la luz ambiental (20-22 horas).

A partir de los 40-45 años existe un descenso de la producción por lo que podemos aportarla a través de la dieta; encontrándose en el arroz, cereales, leche, nueces o sintetizada a partir de su precursor, el triptófano.

La melatonina resincroniza el ritmo circadiano y regula los ciclos vigilia-sueño. Está indicada en el insomnio con una dosis de 2 mg al día y para el desfase horario (jet-lag) su posología es de 5 mg.

## Cambios de Humor

Mejorar los hábitos de vida, realizar ejercicio físico, mejorar la relación intestino-cerebro, la fitoterapia (hipérico, azafrán, cúrcuma), o la psicoterapia pueden ser soluciones para restituir o mejorar los cambios de humor. Cuando esto no es suficiente podemos optar por una terapia hormonal sola o en combinación con un antidepresivo (los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), es eficaz para las mujeres con labilidad emocional durante la transición a la menopausia.

## Sexualidad:

Respecto a la sexualidad debemos realizar tratamientos individualizados y acordes al problema. Por ejemplo, si existe dolor con las relaciones sexuales debido a la sequedad vaginal, debemos tratar en primer lugar el síndrome genitourinario, y con esto se soluciona el problema.

Para mejorar el deseo sexual hipoactivo (o falta de libido) podemos utilizar plantas medicinales como la maca, tribulus, damiana, alholva, ginseng, ginkgo, azafrán, ashwagandha, pino marítima,...

	Deseo	Excitación	Orgasmo	↑Óxido nítrico	Actuación sobre hormonas y neurotransmisores
<b>Maca</b>	Si	Si	Si	Si	No
<b>Damiana</b>	Si	Si	Si	Si	↑Testosterona ↑Dopamina
<b>Tribulus</b>	Si	Si	Si	Si	↑DHEA ↑Dopamina
<b>Ginkgo biloba</b>	No	Si	Si	Si	No
<b>Ginseng</b>	Si	Si	Si	Si	↑DHEA
<b>Azafrán</b>	Si	Si	Si	Si	↑Dopamina
<b>Aswaghandha</b>	Si	Si	Si	No	↑Testosterona
<b>Pinus pinaster</b>	Si	Si	Si	Si	↑Testosterona

El uso de juguetes sexuales, tales como vibradores, estimuladores de clítoris, etc pueden ser útiles tanto para relaciones sexuales en pareja o sola.

Otras veces es necesario la ayuda de un/a profesional. En estos casos, es frecuente utilizar una herramienta muy útil en el abordaje y tratamiento de los problemas sexuales desde la atención sanitaria de la salud, el Consueing. Se trata de un consejo asistido (con un abordaje biopsicosocial), que consiste en ofrecer la información y las recomendaciones sobre sexualidad que se adapten a sus características y necesidades.

### **Paciente con antecedentes oncológicos con contraindicación de THM**

---

La THM es el tratamiento más efectivo para el síndrome vasomotor, pero su uso aumenta el riesgo de recurrencia en las mujeres con historia de cáncer hormonal dependiente y por lo tanto debe ser evitada. Las terapias de fitoterapia comentadas anteriormente, excepto las isoflavonas, han sido evaluadas y pueden ser eficaces en el tratamiento de dicho síndrome. Si no mejora, tenemos los tratamientos farmacológicos no hormonales.

El tratamiento de primera línea para los síntomas de la atrofia vaginal en mujeres con cáncer de mama incluye opciones no hormonales. Se sugiere el uso regular de agentes hidratantes vaginales complementados con lubricantes durante la relación sexual. Pero para aquellas mujeres en las que es insuficiente, se podría considerar el uso de bajas dosis de estrógenos vaginales, tras valoración de riesgo/beneficio e informar a la paciente y al oncólogo. Otra opción para el tratamiento del síndrome genitourinario moderado-grave es el ospemifeno (siempre y cuando hayan finalizado su tratamiento oncológico) con una administración oral diaria.

Para mujeres con un cáncer de mama activo o durante el tratamiento del mismo que no mejora con tratamiento convencional se recomienda valorar la aplicación de ácido hialurónico inyectable o el tratamiento con láser genital.

## 20. Conclusiones

La menopausia es una etapa “compleja” en vuestra vida, llena de cambios físicos, emocionales o sociales. Un enfoque integral de la misma trata de entender como los cambios hormonales pueden afectar al bienestar general, pero también como tu historia personal, estilo de vida, relaciones o creencias pueden influir en la experiencia vivida durante la menopausia. Realizar un enfoque multidisciplinar que implique a diferentes profesionales de la salud para abordar los diferentes aspectos de la menopausia sería lo indicado.

Los estereotipos negativos y tabúes que todavía existen en nuestra sociedad también pueden afectar al bienestar y la autoestima. Es importante tomar consciencia de su impacto y desarrollar estrategias para desmantelarlos y transformarlos. Hablar con naturalidad sobre menopausia con la familia o en el trabajo permitirá normalizar y visibilizar la situación, cambiando mentalidades y ayudando a sentirse apoyadas. La participación en grupos de apoyo y el intercambio de experiencias son recursos valiosos para todas aquellas que estéis atravesando la menopausia.

La aceptación de una misma es fundamental para poder entender lo que está sucediendo, y para ello, es fundamental la educación.

Debemos cultivar una autoimagen positiva y una autoconfianza sólida para redefinirse durante la menopausia. Esto implica trabajo de toma de consciencia, aprendizaje y cuidar cuerpo y mente. La aceptación de los cambios físicos y psicoemocionales es un proceso gradual que requiere paciencia, perseverancia y apoyo.



Hay que dejar a un lado expectativas, comparaciones o imposiciones. Se trata de liberarse y sentirse bien.

El desarrollo personal en esta etapa comienza por hacer balance de la vida y por un trabajo de autoconocimiento (escucharse, observarse, preguntarse). Se deben desarrollar nuevas habilidades emocionales para manejar los retos en la transición hacia la menopausia. Todo ello contribuye a fortalecer la resiliencia, la autoconfianza y la adaptabilidad al cambio para poder vivir la menopausia en positivo.

## 21. Información de interés

### CUESTIONARIOS

#### Cuestionario breve de calidad de vida - Escala Cervantes-Reducida

Escala Cervantes-Reducida									
1	De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	Nunca	0	1	2	3	4	5	Completamente
2	Noto sofocaciones	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
3	Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más	Nunca	0	1	2	3	4	5	Todos los días
4	Noto que el corazón me late muy deprisa	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
5	Aunque duermo, no consigo descansar	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Completamente
6	Noto hormigueos en las manos y/o los pies	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Insoponible
7	Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Mucho
8	Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	En absoluto	0	1	2	3	4	5	Completamente
9	He notado que tengo más sequedad de piel	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Sí, muchos más
10	No puedo más de lo nerviosa que estoy	Nunca	0	1	2	3	4	5	Completamente
11	Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	No es cierto	0	1	2	3	4	5	Cierto
12	Desde que me levanto me encuentro cansada	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho

13	<b>Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales</b>	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
14	<b>En mi vida el sexo es importante</b>	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Extremadamente importante
15	<b>Me considero feliz en mi relación de pareja</b>	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
16	<b>Mi papel como esposa o pareja es importante</b>	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Muy importante

Lee atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación.

Comprobarás que al lado del 0 y del 5 aparecen unas palabras que representan las dos formas opuestas de responder a la pregunta. Además, entre 0 y 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responde a las preguntas y marca con una X la casilla que consideres más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que piensas y sientes y las respuestas que se proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marca el 5 y si estás totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en desacuerdo utiliza las casillas intermedias. No pienses demasiado en las respuestas ni emplees mucho tiempo en contestarlas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.

Quizás consideres que algunas preguntas son demasiado personales; no te preocupes, recuerda que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

## Escala Hamilton para la Depresión

### 1. ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO [ ]

0 Ausente

1 Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación...

3 Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 Extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

### 2. SENTIMIENTOS DE CULPA [ ]

0 Ausente

1 Ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

### 3- SUICIDIO [ ]

0 Ausente

1 Ligero: la vida no vale la pena vivirla

2 Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse

3 Intenso: ideas o amenazas suicidas

4 Extremo: serio intento de suicidio

#### 4- INSOMNIO INICIAL

(si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) [ ]

0 Ausente

1 Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 Frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

#### 5- INSOMNIO MEDIO

(si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) [ ]

0 Ausente

1 Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

#### 6- INSOMNIO TARDÍO

(si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) [ ]

0 Ausente

1 Ocasional: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

## 7- TRABAJO Y ACTIVIDADES

[ ]

0 Ausente

1 Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

## 8- INHIBICIÓN

[ ]

0 Ausente

1 Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2 Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3 Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4 Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

## 9- AGITACIÓN

[ ] [ ] [ ]

0 Ausente

1 Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos

2 Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...

3 Intensa: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4 Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

## 10- ANSIEDAD PSÍQUICA

[ ] [ ]

0 Ausente

1 Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.

2 Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3 Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4 Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

## 11- ANSIEDAD SOMÁTICA

[ ]

0 Ausente

1 Ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2 Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.

3 Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4 Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

## 12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

[ ]

0 Ausentes:

1 Ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.

2 Intensos: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

## 13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

[ ]

0 Ausentes:

1 Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2 Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.



14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre) [ ]

0 Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1 Ligeros: descenso de la líbido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2 Intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15-HIPOCONDRIÁ [ ]

0 Ausente:

1 Ligeras: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 Moderada: preocupado por su salud.

3 Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

4 Extrema: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN [ ]

0 Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 Ligeras: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 Moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO [ ]

0 Ausente:

1 Ligeras: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo;  
pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL [       ]

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Los puntos de corte son:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

### **Cuestionario Meno D (Escala de valoración para la depresión en la perimenopausia)**

<b>A: Baja energía</b>		
Durante las últimas 2 semanas: - ¿Cómo ha estado tu energía? - ¿Te sentiste más cansado después de la actividad de lo normal? - ¿Tu actividad disminuyó porque estabas cansado? - ¿Te sentiste cansado la mayor parte del tiempo a pesar de disminuir tu actividad? - ¿Te sentiste cansado continuamente de modo que incluso pequeñas tareas como cepillarte el cabello te resultaban agotadoras?	<b>0</b>	Sin cambios de energía, me siento activo todo el día.
	<b>1</b>	Más cansado después de la actividad que antes
	<b>2</b>	Disminución de la actividad debido al cansancio
	<b>3</b>	Sentirse cansado la mayor parte del tiempo a pesar del descanso, disminución de la actividad.
	<b>4</b>	Sentirse continuamente agotado, incluso las tareas más pequeñas, como cepillarse el cabello, resultan agotadoras. "Cansancio en los huesos, cansancio mental"

**B: Pensamiento paranoico**

Durante las últimas 2 semanas: - ¿Se ha sentido culpable? - ¿Ha estado preocupado de que los demás piensen mal de usted? - ¿Ha sospechado que los demás piensen mal de usted? - ¿Ha estado convencido de que los demás tienen una mala opinión de usted o están tratando de reemplazarlo?	<b>0</b>	Sin pensamiento paranoico
	<b>1</b>	Cada vez más preocupado de que los demás piensen mal de ti
	<b>2</b>	Sospechas que la gente en el trabajo o en casa piensa mal de ti
	<b>3</b>	Convencido de que los demás tienen una mala opinión de usted y están tratando de reemplazarlo.
	<b>4</b>	Convencido de que otros están planeando activamente hacerte daño de muchas maneras.

**C: Irritabilidad**

Durante las últimas 2 semanas: - ¿Se ha sentido más irritable de lo habitual? - ¿Ha respondido bruscamente a alguien o ha sido brusco con alguien por pequeños incidentes? - ¿Ha sentido verdadera ira y ha tenido grandes arrebatos por incidentes menores?	<b>0</b>	Sin irritabilidad
	<b>1</b>	Irritabilidad leve
	<b>2</b>	Aumento de la respuesta irritable ante incidentes menores.
	<b>3</b>	La ira se expresa mediante “rabietas”, arrebatos verbales por incidentes menores
	<b>4</b>	Rabia, grandes arrebatos verbales por incidentes menores

<b>D: Autoestima</b>		
Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido usted: - peor consigo mismo de lo habitual? - muy mal consigo mismo? - se ha sentido inútil y ha hecho comentarios negativos sobre sí mismo? - ha creído que el mundo estaría mejor sin usted? - se ha hecho daño a sí mismo de alguna manera? - ha planeado suicidarse? - ha intentado suicidarse?	<b>0</b>	Buena autoestima o ningún cambio en la autoestima
	<b>1</b>	Ligera disminución de la autoestima
	<b>2</b>	Baja autoestima sin base de realidad
	<b>3</b>	Muy baja autoestima en todos los ámbitos de la vida, con marcados comentarios autodenigrantes.
	<b>4</b>	No tiene ninguna autoestima, hasta el punto de creer que el mundo estaría mejor sin usted. (Nota: esta calificación debe conducir a otras preguntas sobre planificación, acciones y autolesiones deliberadas del suicidio)

<b>E: Aislamiento</b>		
Durante las últimas 2 semanas, ¿usted: - Ha estado socializando con normalidad? - Ha tenido menos interés en socializar? - Se ha vuelto socialmente retraído? - Se ha sentido aislado, incluso cuando está con otras personas	<b>0</b>	Socializar normalmente
	<b>1</b>	Disminución de la socialización
	<b>2</b>	Desinteresado en socializar
	<b>3</b>	Retraimiento social y laboral
	<b>4</b>	Sentirse aislado, “en una burbuja” incluso cuando está con otras personas

<b>F: Ansiedad</b>		
Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido: - especialmente ansioso o nervioso en público? - ¿Se ha sentido muy ansioso al completar tareas nuevas? - ¿Se ha sentido muy ansioso al completar tareas que son rutinarias o que le resultan familiares? - ¿Ha tenido ataques de pánico y se ha sentido extremadamente ansioso al hacer cosas cotidianas normales?	<b>0</b>	No hay nueva ansiedad
	<b>1</b>	Mayor ansiedad al actuar en público
	<b>2</b>	Altamente ansioso al realizar nuevas tareas.
	<b>3</b>	Mayor ansiedad al realizar tareas rutinarias y familiares.
	<b>4</b>	Ataques de pánico, mucha ansiedad al realizar tareas cotidianas y familiares.

<b>G: Síntomas somáticos</b>		
Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido: - alguna molestia física? - un aumento del dolor físico con poco esfuerzo? - dolores de cabeza frecuentes o dolores articulares y musculares que limitaron su actividad? - dolores y molestias graves y debilitantes que le impidieron realizar actividades?	<b>0</b>	Sin síntomas físicos
	<b>1</b>	Aumento de dolores musculares y articulares al hacer ejercicio.
	<b>2</b>	Aumento del dolor en piernas, espalda y articulaciones con poco esfuerzo.
	<b>3</b>	Dolores de cabeza frecuentes, dolores musculares y articulares que limitan la actividad.
	<b>4</b>	Dolores y molestias intensos que requieren alivio del dolor y que impiden la actividad.

## H: Trastorno del sueño

Durante las últimas 2 semanas: - ¿Cómo ha sido su sueño? - ¿Ha tenido interrupciones breves de sueño pero ha podido volver a dormirse fácilmente? - ¿Ha tenido interrupciones de sueño varias veces cada noche y le ha resultado difícil volver a dormirse? - ¿Se ha despertado más de 2 o 3 veces por noche debido a sofocos o sudoración? - ¿Ha dormido la mayoría de las noches solo 2 horas o menos debido a sudoración, sofocos y escalofríos nocturnos?	<b>0</b>	No hay problemas para dormir
	<b>1</b>	Sueño interrumpido por breves despertares una o dos veces por noche, pero regreso al sueño fácilmente
	<b>2</b>	Sueño interrumpido al despertarse varias veces por noche, pero volver a dormirse fácilmente
	<b>3</b>	Despertarse tres o más veces por noche debido a sofocos y sudoración, además de dificultad para volver a dormir.
	<b>4</b>	Dormir dos horas o menos por noche de forma constante. Sudoración, sofocos, sensación de calor y luego frío, interrupción del sueño durante toda la noche.

<b>I: Peso</b>		
En las últimas 2 semanas: - ¿Ha cambiado su peso en algo? - ¿Cuánto? - ¿Ha aumentado una cantidad moderada de peso a pesar de no haber hecho cambios en la dieta o el ejercicio? - ¿Ha seguido aumentando de peso a pesar de haber hecho una dieta estricta o haber aumentado el ejercicio? - ¿Ha aumentado mucho de peso, de 6 kg o más?	<b>0</b>	Sin cambios de peso
	<b>1</b>	Aumento de peso leve (1-2 kg)
	<b>2</b>	Aumento de peso moderado a pesar de no realizar cambios en la dieta o el ejercicio (3–6 kg)
	<b>3</b>	Aumento continuo de peso y acumulación de grasa abdominal, a pesar de la restricción dietética y el aumento del ejercicio
	<b>4</b>	Aumento importante de peso (>6 kg) con depósito de grasa en abdomen, pecho, cadera y muslos.

<b>J: Interés sexual</b>		
En las últimas 2 semanas: - ¿Ha tenido algún cambio en su libido? - ¿Ha tenido disminución de la libido? - ¿Ha disminuido significativamente su libido? - ¿Ha tenido molestias con la actividad sexual además de una disminución de la libido? - ¿Ha perdido todo interés en la actividad sexual?	<b>0</b>	No hay cambios en la libido
	<b>1</b>	Disminución leve de la libido
	<b>2</b>	Disminución de la libido
	<b>3</b>	Disminución de la libido y malestar con la actividad sexual.
	<b>4</b>	Pérdida de interés en toda actividad sexual.

<b>K: Memoria</b>		
Durante las últimas 2 semanas; - ¿Ha notado algún cambio en la memoria? - ¿Tuvo problemas leves para recordar cosas simples como nombres y números? - ¿Necesitaba hacer listas para funcionar en el trabajo o en casa? - ¿Los problemas de memoria provocaron disfunción o deterioro de algún tipo?	<b>0</b>	Sin cambios en la memoria
	<b>1</b>	Problemas leves para recordar nombres y números.
	<b>2</b>	Necesita hacer listas para funcionar en el trabajo o en casa.
	<b>3</b>	Deterioro de la memoria que conduce a disfunción
	<b>4</b>	Pérdida grave de memoria que conduce a la incapacidad para funcionar.

<b>L: Concentración</b>		
Durante las últimas 2 semanas; - ¿Ha tenido problemas para concentrarse? - ¿Tuvo dificultades para leer o mantener una conversación? - ¿Qué tan graves fueron estos problemas? - ¿No pudo concentrarse en ninguna tarea durante un período de tiempo adecuado?	<b>0</b>	Sin cambios en la concentración
	<b>1</b>	Problemas leves para concentrarse en la lectura.
	<b>2</b>	Problema leve de concentración al leer y ver televisión/películas.
	<b>3</b>	Problemas marcados para concentrarse al leer y ver televisión/películas.
	<b>4</b>	Incapaz de concentrarse en ninguna tarea

Cada uno de los 12 síntomas se califica en una escala de 0 a 4. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 48.



## Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)

Valora los hábitos de sueño en el último mes

1. ¿A qué hora sueles acostarse por las noches?				
2. ¿Cuánto tiempo (en minutos) te ha costado normalmente quedarse dormida cada noche?	< 15 min	16-30	31-60	>60 min
3. ¿A qué hora habitualmente te has levantado por la mañana?				
4. ¿Cuántas horas realmente has dormido por la noche? (Esto puede ser diferente al número de horas que pasó en la cama)				
5. ¿Con qué frecuencia has tenido problemas para dormir?				
• No poder conciliar el sueño en la primera media hora	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
• Despertarse durante la noche o de madrugada	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
• Tener que levantarse para ir al WC	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
• No poder respirar bien	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
• Toser o roncar ruidosamente	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
• Sentir frío	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
• Sentir demasiado calor	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
• Tener pesadillas o malos sueños	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
• Sufrir dolores • Otras razones (escribelas)	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana

6.-¿Con qué frecuencia tomas medicamentos para ayudarte a dormir? (Recetados o sin receta)	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
7.-¿Con qué frecuencia has tenido problemas para mantenerte despierto mientras conduces, comes o realizas actividades sociales?	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
8.- ¿Qué dificultad has tenido para mantener el entusiasmo suficiente para hacer las cosas?	Ningún problema	Solo un leve problema	Un problema	Un grave problema
9.-¿Cómo calificaría la calidad de su sueño en general?	Muy buena	Bastante buena	Bastante mala	Muy mala
10.- ¿Duermes sola o acompañada?	Sola	Con alguien en otra habitación	En la misma habitación, pero en otra cama	En la misma cama

El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los caso una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas.

## Escala de valoración de riesgo de osteoporosis (ORAI)

Escala de valoración de riesgo de osteoporosis (ORAI)	
Edad en años	Puntuación
>75	15
64-74	9
55-64	6
45-55	0
Peso en Kg	
60 o menos	9
60-69	3
70 o más	0
Uso de Terapia Hormonal (estrógenos)	
No	2
Sí	0

Puntuación igual o superior a 9 serían candidatas para solicitar una densitometría

## Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y registro de alimentos de 24h.

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos									
Grupo alimentos	Nunca o casi nunca	Consumo medio durante el año pasado							
		Al mes	A la semana			Al día			
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	>6
lácteos enteros									
lácteos semi/desnat									
Huevos									

Carnes magras									
Carnes grasas									
Pescado blanco									
Pescado Azul									
Verduras									
Frutas									
Frutos secos									
Legumbres									
Aceite de oliva									
Otras grasas									
Cereales refinados									
Repostería industrial									
Azúcares									
Alcohol									
Agua									

<b>Registro de alimentos 24 h</b>			
	Alimentos consumidos	Modo de empleo	Cantidad aproximada
Desayuno			
Media mañana			
Almuerzo			
Merienda			
Cena			
Entre horas			

**Escala OXFORD** (para valorar la contractilidad de la musculatura del suelo pélvico)

<b>Escala de OXFORD para la valoración de la contractilidad de la musculatura del Suelo Pélvico</b>	
<b>0/5</b>	Ausencia de contracción
<b>1/5</b>	Contracción muy débil
<b>2/5</b>	Contracción débil
<b>3/5</b>	Contracción moderada, con tensión y mantenida
<b>4/5</b>	Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia
<b>5/5</b>	Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia

**Test de severidad de Sandvick** (para evaluar la gravedad de los síntomas de incontinencia)

<b>¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?</b>
1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y/o noches
<b>¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?</b>
1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de las dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma: 1 – 2 = leve 3 - 6 = moderada 8 – 9 = grave 12 = muy grave

**Cuestionario corto de Calidad de vida de la International Consultation on Incontinence (ICIQ-IU-SF) en relación con la Incontinencia urinaria**

<b>Cuestionario corto de calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)</b>										
<b>1.- ¿Conqué frecuencia pierde Orina? (marque sólo una respuesta)</b>										
Nunca										0
Una vez a la semana										1
2-3 veces a la semana										2
Una vez al día										3
Varias veces al día										4
Continuamente										5
<b>2.- Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una casilla</b>										
No se me escapa nada										0
Muy poca cantidad										2
Una cantidad moderada										4
Mucha cantidad										6
<b>3.- ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?</b>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada									Mucho	
<b>4.- ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a usted</b>										
Nunca										
Antes de llegar al servicio										
Al toser o estornudar										
Mientras duerme										
Al realizar esfuerzos físicos o ejercicio										
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido										
Sin motivo evidente										
De forma continua										

Puntuación: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a 0.

## Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL DE LA VEJIGA			
SÍNTOMAS		MOLESTIA	
	¿le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar?		¿En qué medida le molesta?
+		+	
	¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día?		¿En qué medida le molesta?
+		+	
	¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar?		¿En qué medida le molesta?
+		+	
	¿Tiene pérdidas de orina?		¿En qué medida le molesta?
Ahora suma las puntuaciones de cada columna			
Total Síntomas:		Total Molestias:	

Puntuación de síntomas	Significado	Puntuación de molestia	Significado
0	No existe problema urinario	0	No existen molestias debidas a problemas urinarios
1-3	Síntomas leves	1-3	Síntomas molestan ligeramente
4-6	Síntomas moderados	4-6	Síntomas le molestan bastante
7-9	Síntomas severos	7-9	Síntomas son una molestia importante
10-12	Síntomas incapacitante	10-12	Síntomas son un problema grave
Si la puntuación de síntomas es de 4 o superior debería consultar a su médico@		Si la puntuación de molestias es de 1 o superior debería consultar a su médico@	

Anota el número aplicable a su tu en las casillas teniendo en cuenta lo siguiente: en absoluto = 0, un poco = 1, bastante = 2, mucho = 3.

## Diario miccional

El Diario Miccional recoge adecuadamente los síntomas y permite valorar la gravedad de su enfermedad y la mejora que obtiene con un tratamiento. Rellénalo durante 3 días con atención (1 día en cada hoja), anotando:

- Hora: hora a la que orinas o tienes una pérdida de orina (incluida toda la noche). Empieza a anotar cada día a partir de la hora a la que te levantas de la cama.
- Volumen Orinado: indica la cantidad que orinas, en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc), medida con un vaso medidor.
- Urgencia para orinar: marca cuando sientas un deseo fuerte y repentino de orinar (imperioso), que no puedes aguantar, usando la siguiente escala para clasificarla:

Clasificación de la urgencia en grados de 0 a 4		
0	No hay Urgencia	No siento necesidad imperiosa de orinar
1	Leve urgencia	Tengo ganas de orinar, pero puedo retrasar ir a orinar tanto como necesite, sin miedo a mojarme
2	Urgencia moderada	Puedo retrasar orinar un rato, sin miedo a mojarme
3	Urgencia severa	No puedo retrasar ir a orinar, debo ir rápido al aseo para no tener una pérdida de orina
4	Incontinencia por urgencia	Se me escapa la orina antes de llegar al aseo

- Escape de orina (pérdida involuntaria, y el continuo) y tipo: indica si tienes escapes o pérdidas accidentales de orina, y si los escapes son:



Incontinencia de urgencia: el escape de orina se produce por un deseo fuerte y repentino de orinar.

Incontinencia de esfuerzo: pérdida de orina causado por cualquier esfuerzo (tos, coger peso,...), ejercicio (saltar, caminar deprisa,...) o movimiento (levantarse,...). No se acompaña de urgencia.

- Muda: apunta si se cambia ropa interior, pañal, salva slip o compresa,... por pérdida de orina
- Bebida: apunta la cantidad de líquido de cualquier tipo que tomes (ml o cc)
- No olvides poner la hora a la que te acuestas y a la que te levantas

A continuación proponemos un ejemplo de cómo rellenar el diario de 3 días en periodos de 24 horas

Hora a la que te levanta de la cama 8:15

Hora a la que te acuesta 23:30\_

Hora	Volumen orinado (ml o cc)	Urgencia Su grado (0-4)	Escapa de orina y tipo: urgencia o esfuerzo	Mueda Ropa, pañal, compresa	Bebida (ml o cc)
8:20	250ml	2	No	Compresa	300ml
10:30	200ml	0	No	No	
12:45					250ml
15:30	150ml	4	Si - Urgencia	Ropa interior	
18:30					300ml
20:30	300ml	2	No	No	
21					200ml
22			Si - Urgencia	Salvaslip	
22:15	200ml	3	No		225ml
3:00	175ml	4	Si - Urgencia	Ropa interior	
6:15	200ml	3	No	No	

<b>Hoja de evaluación del diario miccional. Resultados /24h x 3 días</b>					
Diario Miccional		Día 1	Día 2	Día 3	Media
Frecuencia Miccional	FMD (episodios/día)				
	FMN (episodios/día)				
	FM/24h (episodios/día)				
Volumen Miccional	VMmáx Diurno (ml)				
	VMmáx Nocturno (ml)				
	VMmed (ml)				
Urgencia nº y grado máx.	Urgencia (episodios/día)				
	Urgencia grado				
Incontinencia	IUU (episodios/día)				
	IUE (episodios/día)				
	Mudas (nº/día)				
	Ingesta 24h (ml)				
Diuresis	Diuresis 24h (ml)				
	Diuresis nocturna (ml)				

<b>Claves del resumen del diario</b>	
FMD: frecuencia miccional diurna	IUU: nº de episodios de incontinencia de urgencia
FMN: frecuencia miccional nocturna	IUE: nº de episodios de incontinencia de esfuerzo
FM/24h: frecuencia miccional en 24 h	Mudas: nº de mudas
VMmáx Diurno: Volumen miccional máximo diurno	Ingesta 24h: Ingesta de líquidos en 24 horas
VMmáx Nocturno: Volumen miccional máximo nocturno	Diuresis 24h: volumen de diuresis en 24 horas
VMmed: Volumen miccional medio	Diuresis nocturna: volumen de diuresis en la noche
Urgencia: nº de episodios de urgencia	
Urgencia grado: grado de urgencia (de 0 a 4)	

Diario Miccional					
					Día 1
Hora a la que te levantas:			Hora a la que te acuestas:		
Hora	Volumen orinado (ml o cc)	Urgencia Su grado (0-4)	Escapa de orina y tipo: urgencia o esfuerzo	Mueda Ropa, pañal, compresa	Bebida (ml o cc)

**Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)**

Estas preguntas son sobre la sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responde las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Tus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

*Actividad sexual:* se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

*Relación sexual:* se define como penetración del pene en la vagina.

*Estimulación sexual:* incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marca sólo una alternativa por pregunta

<p><b>Deseo o interés sexual</b> es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.</p>
<p><b>1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?</b></p>
<p><input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad) <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad) <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca</p>
<p><b>2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?</b></p>
<p><input type="checkbox"/> Muy alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada</p>
<p><b>Excitación sexual</b> es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares</p>
<p><b>3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?</b></p>
<p><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad) <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad) <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca</p>
<p><b>4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?</b></p>
<p><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual <input type="checkbox"/> Muy alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada</p>
<p><b>5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?</b></p>
<p><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual <input type="checkbox"/> Muy alta confianza <input type="checkbox"/> Alta confianza <input type="checkbox"/> Moderada confianza <input type="checkbox"/> Baja confianza <input type="checkbox"/> Muy baja o nada de confianza</p>

**6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

**7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

**8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

**9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

**10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

**11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

**12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?**

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

**13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

**14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?**

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

**15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?**

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

**16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?**

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

**17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

**18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

**19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?**

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Se suman las puntuaciones del mismo dominio y se multiplica por el factor que corresponde a cada dominio. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de los 6 dominios. Una puntuación de 0 en alguno de los dominios indica falta de actividad sexual en el último mes.

**PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36



## Test de deficiencia hormonal. Test hertoghe

### PROGESTERONA

#### SIGNOS Y SINTOMAS

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Mis senos son grandes.  | 0 1 2 3 4 |
| 2. Mis amigos cercanos se quejan de que estoy nervioso y agitado.            | 0 1 2 3 4 |
| 3. Me siento ansioso.  | 0 1 2 3 4 |
| 4. Duermo ligero e inquieto.   | 0 1 2 3 4 |
| 5. Mis senos están hinchados y sensibles o adoloridos antes de mi período... | 0 1 2 3 4 |
| 6. Mi vientre está hinchado...   | 0 1 2 3 4 |
| 7. Soy irritable y agresivo ...  | 0 1 2 3 4 |
| 8. Pierdo el autocontrol ...   | 0 1 2 3 4 |
| 9. Tengo períodos abundantes ...   | 0 1 2 3 4 |
| 10. Mis períodos son dolorosos.  | 0 1 2 3 4 |

Sume su puntaje general \_\_\_\_\_:

Mujeres posmenopáusicas no tratadas con terapia de reemplazo hormonal (estrógeno o estrógeno y progesterona): 4 o menos: Satisfactorio. Entre 5 y 8: posible Deficiencia de progesterona. 9 o más: Probable deficiencia de progesterona.

Mujeres menstruales y menopáusicas mujeres que toman reemplazo hormonal terapia (estrógeno o estrógeno y progesterona): 10 o menos: Satisfactorio nivel. Entre 11 y 20: posible Deficiencia de progesterona. 21 o más: Probable deficiencia de progesterona.

## TESTOSTERONA

### SIGNOS Y SINTOMAS (HOMBRES Y MUJERES)

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. Mi cara se ha vuelto floja y más arrugada.                   | 0 1 2 3 4 |
| 2. He perdido el tono muscular.                                 | 0 1 2 3 4 |
| 3. Mi vientre tiende a engordar.                                | 0 1 2 3 4 |
| 4. Estoy constantemente cansado.                                | 0 1 2 3 4 |
| 5. Tengo ganas de hacer el amor con menos frecuencia que antes. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Mis senos se están poniendo grasos.                          | 0 1 2 3 4 |
| 7. Me siento menos seguro de mí mismo y más vacilante.          | 0 1 2 3 4 |
| 8. Mi desempeño sexual es más pobre de lo que solía ser.        | 0 1 2 3 4 |
| 9. Tengo sofocos y sudores.                                     | 0 1 2 3 4 |
| 10. Me canso fácilmente con la actividad física.                | 0 1 2 3 4 |

Sume su puntaje general \_\_\_\_\_:

Puntuación para mujeres: 5 o menos: satisfactorio nivel. Entre 6 y 10: posible Deficiencia de testosterona. 11 o más: Probable deficiencia de testosterona.

Puntuación para hombres: 10 o menos: satisfactorio nivel. Entre 11 y 20: posible Deficiencia de testosterona. 21 o más: Probable deficiencia de testosterona.

## ESTROGENOS

### SIGNOS Y SINTOMAS

1. Estoy perdiendo cabello en la parte superior de mi cabeza. 0 1 2 3 4
2. Tengo arrugas verticales finas sobre mis labios. 0 1 2 3 4
3. Mis senos están caídos. 0 1 2 3 4
4. Mi cara está muy peluda. 0 1 2 3 4
5. Tengo sofocos. 0 1 2 3 4
6. Me siento cansado constantemente. 0 1 2 3 4
7. Estoy deprimido. 0 1 2 3 4
8. Mi flujo menstrual es abundante. 0 1 2 3 4  
(0 = moderado / 1-3 = bajo / 4 = ninguno)
9. Mujeres con períodos: Mis ciclos son irregulares, demasiado cortos (<27 días) o demasiado largo (> 31 días). 0 1 2 3 4
10. Mujeres sin períodos: no me siento bien haciendo el amor. 0 1 2 3 4

Sume su puntaje general \_\_\_\_\_:

Un total general de 10 o menos es satisfactorio nivel. Entre 11 y 20: posible estrógeno deficiencia. 21 o más: probable Deficiencia de estrógenos.

## DHEA

### SIGNOS Y SINTOMAS (HOMBRES Y MUJERES)

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Mi cabello está seco.   | 0 1 2 3 4 |
| 2. Tengo la piel y los ojos secos.   | 0 1 2 3 4 |
| 3. Mis músculos están flácidos.  | 0 1 2 3 4 |
| 4. Mi barriga está engordando.   | 0 1 2 3 4 |
| 5. No tengo mucho pelo debajo del brazo.   | 0 1 2 3 4 |
| 6. No tengo mucho vello en la zona púbica.<br>(0 = mucho pelo / 4 = sin pelo)  | 0 1 2 3 4 |
| 7. No tengo mucho tejido graso en el área púbica.<br>("montículo de Venus" plano en mujeres).<br>(0 = acolchado / 4 = plano) | 0 1 2 3 4 |
| 8. Mi cuerpo no tiene mucho olor especial<br>durante excitación sexual.  | 0 1 2 3 4 |
| 9. No puedo tolerar el ruido.  | 0 1 2 3 4 |
| 10. Mi libido esta baja.   | 0 1 2 3 4 |

Sume su puntaje general \_\_\_\_\_:

El total general es 10 o menos es satisfactorio nivel. Entre 11-20:  
posible DHEA deficiencia. 21 o más: probable DHEA deficiencia

## TIROIDES

### SIGNOS Y SINTOMAS

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Soy sensible al frío.   | 0 1 2 3 4 |
| 2. Mis manos y pies siempre están fríos.                               | 0 1 2 3 4 |
| 3. Por la mañana mi cara está hinchada y mis párpados están hinchados. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Subo de peso con facilidad.   | 0 1 2 3 4 |
| 5. Tengo la piel seca.   | 0 1 2 3 4 |
| 6. Tengo problemas para levantarme por la mañana.                      | 0 1 2 3 4 |
| 7. Me siento más cansado en reposo que cuando estoy activo.            | 0 1 2 3 4 |
| 8. Estoy estreñido.  | 0 1 2 3 4 |
| 9. Mis articulaciones están rígidas por la mañana.                     | 0 1 2 3 4 |
| 10. Siento que estoy viviendo en cámara lenta.                         | 0 1 2 3 4 |

Sume su puntaje general \_\_\_\_\_:

El total general es 10 o menos es satisfactorio nivel. Entre 11-20: posible tiroides Deficiencia hormonal. 21 o más: Probable deficiencia de hormona tiroidea.

## HORMONA DE CRECIMIENTO

### SIGNOS Y SINTOMAS (HOMBRES Y MUJERES)

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Mi cabello se está debilitando.                           | 0 1 2 3 4 |
| 2. Mis mejillas se hundén.                                   | 0 1 2 3 4 |
| 3. Mis encías están retrocediendo.                           | 0 1 2 3 4 |
| 4. Mi abdomen está flácido / Tengo una "llanta de repuesto". | 0 1 2 3 4 |
| 5. Mis músculos están flojos.                                | 0 1 2 3 4 |
| 6. Mi piel es fina y / o seca.                               | 0 1 2 3 4 |
| 7. Es difícil recuperarse después de la actividad física.    | 0 1 2 3 4 |
| 8. Me siento agotado.  | 0 1 2 3 4 |
| 9. No me gusta el mundo. Tiendo a aislarme.                  | 0 1 2 3 4 |
| 10. Me siento continuamente ansioso y preocupado.            | 0 1 2 3 4 |

Sume su puntaje general \_\_\_\_\_

## INTERROGATORIO DIRIGIDO

### ENERGÍA

1. ¿Le cuesta levantarse por la mañana? SI NO
2. ¿Se siente siempre cansado o cansado por la tarde? SI NO

### SEXO

1. ¿Le falta el deseo sexual? SI NO
2. ¿Su pene o clítoris parece menos sensible? SI NO
3. ¿Sus erecciones no son lo suficientemente firmes? SI NO
4. ¿Ha perdido la atracción por su pareja? SI NO
5. ¿Le falta lubricación vaginal? SI NO

### SUEÑO

1. ¿Duerme mal? SI NO
2. ¿Sueñas raras veces? SI NO

### MEMORIA

1. ¿Sufre de pérdida de memoria a corto o largo plazo? SI NO
2. ¿Tiene problemas para concentrarse? SI NO

### PIEL Y CABELLO

1. Arrugas en la cara a lo largo de la nariz, líneas de sonrisa, pliegues de la frente? SI NO
2. ¿Tiene pequeñas arrugas alrededor de los ojos y patas de gallo? SI NO

- |   |       |
|---|-------|
| 3. ¿Tiene manchas de la edad?                           | SI NO |
| 4. ¿Tiene la piel seca y fina?                          | SI NO |
| 5. ¿Está perdiendo el cabello o se está volviendo gris? | SI NO |

#### CONTROL DE PESO

- |  |       |
|--|-------|
| 1. ¿Tiene el abdomen demasiado gordo?<br>¿Está distendido? | SI NO |
| 2. Mujeres: ¿Su pecho es demasiado grande?                 | SI NO |
| 3. ¿Se agrandan antes de la menstruación?                  | SI NO |
| 4. ¿Están sus nalgas y muslos demasiado bien acolchados?   | SI NO |
| 5. ¿Tiene forma de pera?                                   | SI NO |

#### ESTRÉS Y ESTADO DE ÁNIMO

- |   |       |
|---|-------|
| 1. ¿Sufre de fatiga constante?            | SI NO |
| 2. ¿Tiene presión arterial alta?          | SI NO |
| 3. ¿Está ansioso, nervioso o irritable?   | SI NO |
| 4. ¿Las pequeñas cosas te ponen nervioso? | SI NO |
| 5. ¿Estás deprimido?                      | SI NO |

#### ARTICULACIONES Y HUESOS

- |  |       |
|--|-------|
| 1. ¿Tiene artritis?  | SI NO |
| 2. ¿Tiene osteoartritis en la cadera?  | SI NO |
| 3. ¿Tiene fibromialgia (dolor agudo en el hombro)?                           | SI NO |
| 4. ¿Ha perdido masa muscular, tono y fuerza?                                 | SI NO |
| 5. ¿Tiene pérdida ósea de la columna, las caderas, las manos, muñeca y pies? | SI NO |



## Planificación de la alimentación y actividad física en la menopausia

Objetivos	Plan Nutricional	Plan Ejercicio Físico
Reducir grasa corporal y abdominal	Dieta Hipocalórica Ajustada a cálculo del gasto metabólico basal Evitar restricciones severas	Incremento del gasto calórico por actividad Combinar ejercicio aeróbico moderado con ejercicios de fuerza o resistencia
Incrementar masa muscular (masa libre de grasa)	Asegurar proteína Evitar restricción de carbohidratos Alimentos con alto contenido en fibra y bajo en índice glucémico	Ejercicio de flexibilidad y fuerza 3 días/semana 6-8 ejercicios 10-15 repeticiones 3 series Con carga o peso corporal e incremento paulatino de carga.
Mantener buen estado nutricional y evitar carencias	Potasio, magnesio, hierro, selenio, zinc, calcio, vitamina D y ácido fólico	Ejercicio aeróbico moderado inicial Mínimo 150 minutos /semana >3 días/semana
Disminuir estado proinflamatorio	Modelo dieta mediterránea con predominio de alimentos de origen vegetal: antioxidantes y ácidos grasos oleico y omega 3 Aceite de oliva virgen extra Frutos secos >2verduras/días >3frutas/día Predominio de proteína vegetal: 3-4 legumbres/semana y 3-4 pescados blancos y azules	Progresividad de ejercicio Mínimo recomendado por la OMS 1-3 meses: incremento a >150 minutos/semana. Ejercicio aeróbico moderado >3 meses:aumentar nivel de intensidad: 75 minutos/semana de ejercicio intenso 3-5 días/semana
Personalizar y flexibilizar para conseguir adherencia y sostenibilidad	Plan nutricional por intercambios de alimentos Personalización de cantidad total diaria de los 6 grupos de alimentos. Libre elección de alimentos, con recomendaciones específicas Flexibilidad en orden de tomas Ejemplos de platos variados, placenteros y de origen local Evitar restricción	Plan por intercambios de ejercicio. Personalización de Cantidad total semanal Libre elección de ejercicio Flexibilidad en orden semanal Asociado a ocio y placentero

## **RELACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE INTERÉS**

1. Academia Española de Dermatología y Venerología (AEDV)
2. Asociación afectados por Cáncer de Ovario (ASACO)
3. Asociación de afectadas de Endometriosis (ADAEC)
4. Asociación de Dolor Pélvico Crónico en España (ADOPEC)
5. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
6. Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
7. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT)
8. Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF)
9. Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA)
10. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPC)
11. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicoterapia (AEPCP)
12. Asociación Española de Urología (AEU)
13. Asociación Española de Vacunología (AEV)
14. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)
15. Asociación Europea de Urología (EAU)
16. Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP)
17. Centro Especializado en Diabetes, Obesidad y Prevención de Enfermedades Cardiovasculares (CEDOPEC)
18. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG)
19. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)

20. Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE / SEMED)
21. Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS)
22. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
23. Organización Mundial de la Salud (OMS)
24. Real Colegio de Ginecología y Obstetricia (RCOG)
25. Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM)
26. Sociedad científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL)
27. Sociedad Española de Cardiología (SEC)
28. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)
29. Sociedad Española de Contracepción (SEC)
30. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)
31. Sociedad Española de Diabetes (SED)
32. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)
33. Sociedad Española de enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)
34. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET)
35. Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC)
36. Sociedad Española de Fertilidad (SEF)
37. Sociedad Española de Genética (SEG)
38. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)
39. Sociedad Española de Ginecología Estética, Regenerativa y Funcional (SEGERF)
40. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

41. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH)
42. Sociedad Española de Inmunología (SEI)
43. Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM)
44. Sociedad Española de Mastología y Patología Mamaria (SES-PM)
45. Sociedad Española de Medicina de Emergencias y Urgencias (SEMES)
46. Sociedad Española de Medicina Estética (SEME)
47. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEM-FYC)
48. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
49. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMER-GEN)
50. Sociedad Española de Neurología (SEN)
51. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
52. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
53. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)
54. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM)
55. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SER-MEF)
56. Sociedad Española de Reumatología (SER)
57. Sociedad Española de Salud de Precisión (SESAP)
58. Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA)
59. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH)
60. Sociedad Española del Dolor (SED)

- 61. Sociedad Española del Sueño (SES)
- 62. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)
- 63. Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia (EMAS)
- 64. Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE)
- 65. Sociedad Internacional de Menopausia (IMS)
- 66. Sociedad Internacional para el Estudio de la Patología Vulvo-vaginal (ISSVD)
- 67. Sociedad Norte Americana de la Menopausia (NAMS)

**En la página web de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) encontrarás un listado por provincias de profesionales médicos certificados en menopausia.**



APP de Criterios de Elegibilidad de la AEEM diseñada para que pueda conocer la opción de tratamiento hormonal más adecuada para sus pacientes

Disponible en Android



Disponible en iOS



## 22. Bibliografía

AEPCC-Guía: Prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, 2022. conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Torné A; Andía, D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de Sanjosé S; Granados R; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A Matías Guiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; del Pino M.

Alonso MJ, Llana P, Mendoza N, Pintó X, von Schacky C, Losa F, Navarro MC, Sánchez-Borrego R. Omega 3. MenoGuía AEEM. Primera edición: Junio 2016. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2016. ISBN: 978-84-943222-0-4 attractiveness in women. J Cosmet Dermatol. 2018;1-7.

Bachmann G, Santen R. Treatment of genitourinary syndrome of menopause (vulvovaginal atrophy). uptodate 2016. <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-genitourinary-syndrome-of-menopause-vulvovaginal-atrophy>.

Bajo Arenas, JM (2009): Fundamentos de Ginecología. Madrid. SEGO.

Baker FC, Lampio L, Saareanta T, Polo-Kantola P. Sleep and Sleep Disorders in the Menopausal Transition. Sleep Med Clin. 2018 Sep;13(3):443-456. doi: 10.1016/j.jsmc.2018.04.011. PMID: 30098758; PMCID: PMC6092036.

Baquedano L, et al. Population-based survey on menopausal symptoms and treatment use. Climacteric 2023; Feb;26(1):47-54

Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, Iglesias E, Jaimes J, Mallafré A, Manubens M, Puy J, Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Palacios S. Síndrome genitourinario de la menopausia, MenoGuía AEE. Primera edición 2020

- Blakeman PJ, Hilton P, Bulmer JN. Oestrogen and progesterone receptor expression in the female lower urinary tract, with reference to oestrogen status. *BJU Int.* 2000; 86:32-8.
- Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2016;20:126-30.
- Burger H. The menopausal transition-endocrinology. *J Sex Med.* 2008; 5(10):2266-73
- Comino Delgado R, Sánchez Borrego R, Frühbeck G, Jurado López A.R, Lubián López D.M, Llana Coto P, Llana Suárez C, Mendoza Huertas L, Navarro Moll C, Palacios Gil-Antuñano S, Salvador Rodríguez J, Sánchez Prieto M, Vázquez Martínez C, Ferrer Barriendos J, Parrilla Paricio J.J, Mendoza Ladrón de Guevara N. Menopausia y obesidad. *MenoGuía AEEM.* Primera edición: Abril 2022. karma et col, s.l.u. Barcelona 2022. ISBN: 978-84-09-40503-9.
- Coronado PJ, Monroy M, Fasero M, Sánchez-Borrego R, Palacios S, Regas J, Ruiz MA; AEEM collaborative group for the study of psychometric validation of the Cervantes Short-Form. Population-based norms for the Cervantes-SF short-form questionnaire assessing health-related quality of life in menopause. *Maturitas.* 2021 Apr;146:34-41. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.01.004. Epub 2021 Jan 30. PMID: 33722362.Principio del formulario
- Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women. *Climacteric* 2019;22:429–34
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5. ISBN 978-089042-554-1.
- Díez I et al. Guía de asistencia práctica de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos 2019
- Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Osteoporosis postmenopáusica. 2019

- Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Terapia Hormonal de la Menopausia. 2019
- Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Diagnóstico de las disfunciones del suelo pélvico. 2013
- Edwin D, Lephart PhD. A review of the role of estrogen in dermal aging and facial
- Filippini et al. Efficacy of fractional CO2 laser treatment in postmenopausal women with genitourinary syndrome: a multicenter study. Menopause Vol. 27, No. 1, 2020
- Freedman RR. Pathophysiology and treatment of menopausal hot flashes. Semin Reprod Med. 2005 May;23(2):117-25.
- Fritz , M. A., & Sperof, L. (2011) Clinical gynecologic and infertility; 394-404
- Gómez-Eguílaz M, Ramón-Trapero JL, Pérez-Martínez L, Blanco JR. El eje microbiota-intestino-cerebro y sus grandes proyecciones. Rev Neurol 2019; 68: 111-7.
- Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en población adulta. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, septiembre 2018.
- Guía de asistencia práctica de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Infecciones del tracto urinario inferior. 2020
- Guinot M, Castelo-Branco C, Llana P, Llana C, Cano A, Roca B, Perelson I, Romero P, Mendoza N, Baquedano L, Lobo S, Gil E, Queda F, Romagosa C, Cancelo M J, Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP), MenoGuía AEEM. Primera edición 2024.
- Gupta K, Grigoryan L, Trautner B. Urinary Tract Infection. Ann Intern Med. 2017 Oct 3;167(7):ITC49-ITC64.
- Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, Sherman S, Sluss PM, de Villiers TJ; STRAW + 10 Collaborative Group. Executi-



ve summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012 Apr;97(4):1159-68. doi: 10.1210/jc.2011-3362. Epub 2012 Feb 16. PMID: 22344196; PMCID: PMC3319184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22344196/>

Hodgins MB, Spike RC, MacKie RM et al. An immunohistochemical study of androgen, oestrogen and progesterone receptors in the vulva and vagina. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105:216-22.

Juliá MD, Díaz B, Fontes J, Galliano D, Gallo JL, García A, Llaneza P, Munnamy M, Sosa M, Roca B, Tomás J, Guinot M, Mendoza N, Pellicer A, Sánchez Borrego R. *Menopausia Precoz. MenoGuía AEEM.* Primera edición: Mayo 2014. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2014. ISBN: 978-84-940319-9-1.

Labrie F, archer dF, Koltun W, Vachon a, young d, Frenette I, portman d, montesino m, côté i, parent J, et al. efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (dHea) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause. *menopause.* 2016 mar; 23(3):243-56.

Lamont RF, Sobel JD, Akins RA, Hassan SS, Chaiworapongsa T, Kusanovic JP, Romero R. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques. *BJOG.* 2011;118(5):533-49. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02840.x.

Leiblum s, Bachmann G, Kemmann e, colburn d, swartzman I. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. The importance of sexual activity and hormones. *Jama.* 1983; 249:2195-8.

Lundberg G, Wu P, Wenger N. Menopausal Hormone Therapy: a Comprehensive Review. *Curr Atheroscler Rep.* 2020 Jun 18;22(8):33.

Manson JE, Bassuk SS, Kaunitz AM, Pinkerton JV. The Women's Health Initiative trials of menopausal hormone therapy: lessons learned. *Menopause.* 2020 Aug;27(8):918-928. doi: 10.1097/GME.0000000000001553. PMID: 32345788. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32345788/Final del formulario](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32345788/Final%20del%20formulario)

- Martin KA, Barbieri L. Menopausal hormone therapy: Benefits and risks. In: UpToDate, Snyder PJ, Crowley WF (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2020.
- Mendoza N, de Teresa C, Cano A, Hita F, Lapotka M, Manonelles P, Martínez Amat A, Ocón O, Rodríguez Alcalá L, Vélez M, Llana P, Sánchez Borrego R. El ejercicio físico en la mujer durante la perimenopausia y la posmenopausia. MenoGuía AEEM. Primera edición: Junio 2016. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2016. ISBN: 978-84-943222-3-5
- Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, Laforet E, Prieto R, Cabello F, Larrazábal M, Sánchez F, Sánchez Borrego R. Vida y Sexo más allá de los 50. MenoGuía AEEM. Primera edición: Abril 2014. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2014. ISBN: 978-84-940319-6-0.
- Molero F, La Calle P, Fernández I. Guia clínica de sexualidad femenina y salud vaginal. Avanzando en el conocimiento. 2014. ISBN:978-84-15950-34-9.
- Nappi R, et al. Prevalence and quality-of-life burden of vasomotor symptoms associated with menopause: A European cross-sectional survey. *Maturitas* 2023;167:66-74
- Naranjo A, Díaz P, Aguado MP, Arboleya L, Casado E, Castañeda S, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis. *Reumatol Clin*. 2018; 15(4): 188-210.
- Naranjo Hernández A, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis. *Reumatol Clin*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.09.004>
- Navarro M.<sup>a</sup>C, Losa F, Beltrán E, Ortega M.<sup>a</sup>T, Carretero M.<sup>a</sup>E, Cañigüeral S, Bachiller I, Vila R, Alonso M.<sup>a</sup>J, López-Larramendi JL, Allué J, Martín M, Cornellana M.<sup>a</sup>J, Mendoza N, Castelo-Branco, C. Productos naturales en la mujer madura, MenoGuía AEEM. Primera edición 2022.
- Navarro MC, Allué J, Alonso MJ, Llana P, Losa F, Cornellana MJ, Bachiller I, Beltrán E, Vanaclocha B, Sánchez Borrego R. Productos Na-

turales y Síndrome Metabólico. MenoGuía AEEM. Primera edición: Junio 2016. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2016. ISBN: 978-84-943222-2-8

Navarro MC, Losa F, Alonso MJ, Bachiller I, Beltrán E, Estivill C, Herrera A, Ortega T, Prado A, Mendoza N, Productos naturales en la gestión del sueño, MenoGuía AEEM. Primera edición 2024.

Navarro Moll M<sup>a</sup>C, Losa Domínguez F, Gálvez Peralta JJ, Rodríguez Nogales A, Suárez Fernández E, Guarner Aguilar F, Mendoza Ladrón de Guevara N. El uso de probióticos durante la peri y la postmenopausia, MenoGuía AEE. Primera edición 2020

Nieto Pascual L, Iglesias Bravo EM, Cuerva González MJ. Grupo de Jóvenes Expertos de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Manual básico de menopausia. Síndrome genitourinario de la menopausia, MenoGuía AEEM.

Nohales F et al. Guía de asistencia práctica de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Dolor pélvico crónico en la Mujer. 2021

Nohales F, Duarte M, Vázquez S, García-Gamón M, Bas E. Eficacia de la combinación de estrógenos y andrógenos locales en el tratamiento del dolor vulvar asociado al síndrome genitourinario de la menopausia. Datos preliminares. *Toko Gin Pract.* 2020;72:120-6.

Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva).

Palacios S, Cancelo M. J, Castelo Branco C, Llana P, Molero F y Sanchez Borrego R. Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perceptions. *Climacteric.* 2017 Feb; 20(1):55-61.

Palacios S, Cancelo MJ, Castelo Branco C, Llana P, Molero F, Borrego RS. Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perceptions. *Climacteric.* 2017;20:55-61.

- Palacios S, Nappi RE, Bruyniks N, Particco M, Panay N; EVES Study Investigators. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric*. 2018;21:286-91.
- Palacios S, Stevenson JC, Schaudig K, Lukasiewicz M, Graziottin A. Hormone therapy for first-line management of menopausal symptoms: Practical recommendations. *Womens Health (Lond)*. 2019 Jan-Dec;15:1745506519864009.
- Palacios S. Expression of androgen receptors in the structures of vulvovaginal tissue. *Menopause*. 2020 Nov;27(11):1336-42
- Palacios S. Prasterona intravaginal, intracrinología y androgenos vulvo-vaginales. *Toko Gin Pract*. 2020;768:6-12.
- Parra I, Anticoncepción en la perimenopausia. Protocolo SEC-SEGO. 2019
- Pellicer; Bonilla-Musoles (2014): *Obstetricia y Ginecología*. Editorial Médica Panamericana
- Portman DJ, Gass MLS, Kingsberg S, Archer D, Bachmann G, Burrows L et al. Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the international society for the study of women's sexual health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014;21(10):1063-8.
- Presa Lorite JC, García Alfaro P, Martínez Medina M, Baró Mariné F, Fasero Laiz M, González Béjar M, González Rodríguez SP, Otero García-Ramos B, Peña León I, Romero Duarte P, Blanch Rubió J, Cano Sánchez A, Pérez Castrillón JL, Mendoza Ladrón de Guevara N, Peris Bernal P. Osteoporosis, *MenoGuía AEEM*. Segunda edición 2022.
- Rey M, Martínez A, Guerrero M, Vallejo E, Franco M, Concuenda S, de las Casas AM, Beneficios no contraceptivos en anticoncepción. Protocolo SEC-SEGO. 2019
- Rosen HN, Drezner MC. Overview of the **management of osteoporosis in postmenopausal women**. In: **UpToDate**. Rosen CJ, Schmauder KE (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2020.

- Sánchez Borrego R, Llana Coto P, Mendoza Ladrón de Guevara N, Comino Delgado R, Ferrer Barriendos J, Baquedano Mainar L et al. AEEM-SEGO position statement on menopausal hormone therapy. *Prog Obstet Ginecol* 2018;61(3):230-234. DOI: 10.20960/j.pog.00094
- Sánchez-Borrego R, Mendoza N, Beltrán E, Comino R, Allué J, Castello-Branco C, Cornellana MJ, Duran M, Haya J, Juliá MD, llaneza P, navarro MC, Quereda F. position of the spanish menopause society regarding the management of menopausal symptoms in breast cancer patients. *maturitas*. 2013; 75(3):294-300.
- Simon et al. The role of androgens in the treatment of genitourinary syndrome of menopause (GSM): International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. *Menopause*, Vol. 25, No. 7, 2018
- Simon JA, Davis SR, Althof SE, Chedraui P, Clayton AH, Kingsberg SA, Nappi RE, Parish SJ, Wolfman W. Sexual well-being after menopause: An International Menopause Society White Paper, *Climacteric*. 2018;21(5):415-27.
- Taylor HS, Pal L, Seli E Menopause transition and Menopause hormone therapy. En Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. Ninth ed. Wolters Kluwer 2020. Pag 1420-1879
- Woźniak, A.; Woźniak, S.; Poleszak, E.; Kluz, T.; Zapała, Ł.; Woźniak, A.; Rechberger, T.; Wróbel, A. Efficacy of Fractional CO2 Laser Treatment for Genitourinary Syndrome of Menopause in Short-Term Evaluation—Preliminary Study. *Biomedicines* 2023, 11, 1304. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11051304>
- Han Y, et al. *Front Psychiatry*. 2023 Mar 30; 14:1162501. Alblooshi S, et al. Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australas Psychiatry*. 2023 Apr; 31(2):165-173.
- Williams K. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2023 Apr 1; 35(2):150-153. Vivian-Taylor J, Hickey M. Menopause and depression: is there a link? *Maturitas*. 2014; 79(2):142-6.

Han Y, et al. Neuroendocrine pathogenesis of perimenopausal depression. *Front Psychiatry*. 2023 Mar 30; 14:1162501. Russell JK, et al. *Neurotherapeutics*. 2019; 16(3):649-665.

Coronado PJ, et al; AEEM group for the development of the Cervantes-SF scale. *Menopause*. 2021; 28(8):935-942.



## 23. Abreviaturas

OMS: organización mundial de la salud

AEEM: asociación española para el estudio de la menopausia

DHEA: deshidroepiandrosterona

DHEAs: deshidroepiandrosterona sulfato

FSH: hormona folículo estimulante

LH: hormona luteinizante

GnRh: hormona liberadora de gonadotrofinas

AMH: hormona antimulleriana

FIGO: federación internacional de ginecología y obstetricia

STRAW: stages of reproductive aging workshop

FDA: administración de alimentos y medicamentos

SGM: síndrome genitourinario de la menopausia

NAMS: sociedad norteamericana de menopausia

RE: receptores estrogénicos

RA: receptores androgénicos

ECV: enfermedad cardiovascular

IAM: infarto agudo de miocardio

ACV: accidente cerebro vascular

HTA: hipertensión arterial

DM2: diabetes mellitus tipo 2

IMC: índice de masa muscular

Mg: miligramos

UI: unidades internacionales



THM: terapia hormonal de la menopausia  
IU: incontinencia urinaria  
IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo  
IUU: incontinencia urinaria de urgencia  
ITU: infección del tracto urinario  
IASP: asociación internacional para el estudio del dolor  
EAU: asociación europea de urología  
DPC: dolor pélvico crónico  
POP: prolapso de órganos pélvicos  
SEF: sociedad española de fertilidad  
SEC: sociedad española de contracepción  
AHC: anticoncepción hormonal combinada  
ASRM: sociedad americana de medicina reproductiva  
DIU: dispositivo intrauterino  
SEOM: sociedad española de oncología médica  
VPH: virus del papiloma humano  
IOP: insuficiencia ovárica prematura  
UNESCO: organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura  
ALA: ácido alfa-linolénico  
EPA: ácido eiosapentaenoico  
DHA: ácido docosahexaenoico  
HIIT: entrenamiento de intervalo de alta intensidad  
Osm: osmolaridad  
Kg: kilogramos  
ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina  
ISRN: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina  
TSEC: complejo específico tejido selectivo  
BZA: bazedoxifeno  
SERM: modulador selectivo de los receptores estrogénicos