

## CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Mónica Giambruno,\* Gabriela Castillo,‡ Carolina Sosa,§ Nilvia Castillo-Presbot,¶  
Judith Zilberman||

\* Asociación Española Primera en Salud. CASMU, Uruguay. ‡ Costa Rican Social Security Fund, Costa Rica. § National Institute of Cardiac Surgery, Hospital de Clínicas, Uruguay. ¶ Corazones Unidos, Clinic and Specialized Diagnostic Center, Dominican Republic. || Hospital de Agudos «Dr. Cosme Argerich», Argentina

Traducción fiel al español del Capítulo 24: Climateric and menopause. Chapter 24. Vol. 33 Supplement 5: October-December2022. Cardiovascular and Metabolic Science. doi: 10.35366/108065 <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardiovascular/cms-2022/cmss225y.pdf>

**Cómo citar:** Giambruno M, Castillo G, Sosa C, Castillo-Presbot N, Zilberman J. Climateric and menopause. Cardiovasc Metab Sci. 2022; 33 (s5): s502-s504.  
<https://dx.doi.org/10.35366/108065>

### **Menopausia y riesgo de enfermedad cardiovascular. Importancia de la prevención temprana**

La menopausia de aparición natural se define como la ausencia permanente de períodos menstruales, determinada de forma retrospectiva. Por su parte, la transición a la menopausia o perimenopausia (PM) empieza, en promedio, cuatro años antes del último periodo menstrual y se caracteriza por ciclos irregulares y cambios metabólicos con importantes implicancias en la salud a largo plazo<sup>1</sup>.

El estudio SWAN (3000 mujeres, 42-52 años, seguidas por 15 años) evidenció cambios en el perfil de los lípidos desde la PM, y una pequeña elevación del 6% promedio de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), y mínimos cambios en los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y su función antiaterogénica.<sup>2,3</sup>

Para finales del 2020, por primera vez y en nombre de la Sociedad Americana de Cardiología, se incluye la PM como una condición sexo-específico de gran impacto en el futuro cardio metabólico de la mujer, se considera un momento trascendental para generar cambios en el estilo de vida que impacten en el pronóstico cardiovascular de las mujeres<sup>4</sup>.

En las etapas previas a la menopausia existe un efecto protector de los estrógenos, lo cual ayuda a prevenir la aterosclerosis. Dicho efecto se pierde tras la menopausia, etapa en la cual el cambio hormonal se asocia con cambios en la composición corporal, aumentando la grasa visceral y disminuyendo la masa magra. Además, el tejido adiposo visceral secreta sustancias pro inflamatorias, determinando un estado pro inflamatorio crónico, favoreciendo la aterosclerosis e incrementado el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). Por ello se observa mayor incidencia de cardiopatía isquémica (CI) en comparación a la mujer en etapas previas y puede manifestarse como síndromes coronarios agudos (SCA) con o sin lesiones coronarias angiográficamente significativas, disfunción coronaria (espasmo coronario o disfunción microvascular) o dolores torácicos inespecíficos<sup>1</sup>. También, a nivel cardíaco, se observa una mayor disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (VI), aumento de la remodelación concéntrica del VI, lo que podría hacer que las mujeres posmenopáusicas sean susceptibles a la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección conservada<sup>5</sup>

### **Cambios psicológicos en el climaterio y la menopausia**

Los cambios psicológicos en el climaterio como la presencia del estrés y su difícil manejo dan como resultado mayor riesgo de depresión y ansiedad que pueden empeorar de acuerdo a la personalidad y baja autoestima. En esta etapa se puede sumar la irritabilidad que es el más frecuente de los problemas y el que más afecta a las actividades sociales<sup>6,7</sup>.

Los síntomas vasomotores como los sofocos y la sudoración nocturna, constituyen las manifestaciones clínicas más características del climaterio. No cabe duda que pueden afectar la calidad de vida, asociados a la disminución de la libido, irritabilidad, fatiga, sentimiento de vergüenza en público, ansiedad y depresión.

Del mismo modo pueden provocar trastornos de memoria (relacionados con la aparición de enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, Parkinson o demencia)<sup>8</sup> y del sueño. Estos se presentan con diferentes grados de intensidad y frecuencia, crónicos o transitorios, que afectan el estado de alerta, con disminución de la actividad mental y productividad.

Los cambios mencionados en esta etapa además de la fatiga e irritabilidad, afectan sin dudas las relaciones familiares y sociales.

### **Importancia del tratamiento de enfermedad cardiovascular en la mujer**

La ECV es la principal causa de mortalidad en mujeres y dentro de estas sobresale la enfermedad coronaria. Las mujeres y varones no siempre responden igual a diferentes noxas, además de presentar distinta prevalencia a los factores de riesgo (FR) de ECV y su evolución puede ser de distinta manera ante entidades agudas o crónicas.

Los FR asociados a la ECV son hipertensión (HTA), diabetes, obesidad, dislipemia, sedentarismo y el tabaquismo entre los más importantes. Estos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) si bien son comunes a ambos sexos, impactan de manera diversa, y resulta importante el reconocimiento de estas diferencias para su correcto tratamiento.<sup>9</sup>

Es claro que existen algunas diferencias de género en cuanto a síntomas, el tratamiento durante el evento coronario agudo y tratamiento en prevención CV.

Las mujeres están subrepresentadas en ensayos clínicos, esto lleva en parte al desconocimiento del tratamiento. Se asume que el tratamiento de los FRCV es similar en ambos sexos, sin encontrarse evidencia significativa de diferencias de dosis, beneficios adicionales o efectos colaterales. Se tiene evidencia clara de los inhibidores de enzima de conversión (IECA) y los Antagonistas de los receptores de Angiotensina (ARA II) en el embarazo, los antiagregantes plaquetarios en prevención primaria y la terapia trombolítica en algunos casos. Al igual que la mujer presenta más efectos adversos a los IECA (tos), antagonistas calcio (edemas) y diuréticos (calambres)<sup>10</sup>. Es el momento de involucrar al género desde el inicio de la investigación para una mejor práctica médica,

### **Tratamiento hormonal en el climaterio ¿riesgo o beneficio?**

Los estrógenos regulan la reactividad vascular, la presión arterial (PA), la función endotelial y la remodelación cardíaca entre otras funciones. Las alteraciones en los niveles de estrógeno también afectan al sistema inmunitario, que está relacionado con la función vascular y el envejecimiento.

Asimismo, tras la menopausia hay tendencia al incremento de la PA, adiposidad central, resistencia a la insulina y aumento de los lípidos.<sup>1,2</sup>

Estudios de cohorte o de casos control han demostrado que la terapia hormonal (TH) reduce en 30-50% la incidencia de enfermedad coronaria y la mortalidad CV tras la menopausia, especialmente si se administra a mujeres más jóvenes. Esto se debe a los múltiples mecanismos protectores de los estrógenos como la vasodilatación mediada por óxido nítrico, aumento del flujo y menor resistencia vascular. Otros factores que intervienen son el aumento del débito cardíaco, facilitación de la angiogénesis y efecto anti apoptótico en los cardiomiocitos, acciones antioxidantes y antiinflamatorias, cambios beneficiosos en el perfil lipídico, aumento de la sensibilidad a la insulina, atenuación del alza ponderal propia de la menopausia y menor adiposidad abdominal.<sup>2</sup>

El estudio *Women's Health Initiative*<sup>3</sup> (27.000 mujeres, edad promedio de 63 años) no demostró beneficios. En este estudio vemos que el RCV de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso solo se incrementó en la rama combinada con estrógenos y progestinas orales. Este estudio tuvo defectos metodológicos a tener en cuenta: edad avanzada, comorbilidades asociadas, esquema de dosis inapropiadas. Los últimos estudios demuestran que, en mujeres más jóvenes, tienen una ventana de oportunidades para el uso de TH, ya que en los primeros 10 años de menopausia, tienen un sistema arterial más sano, y se favorece la cardio protección por los mecanismos descritos.

En conclusión, planteamos que la TH podría asociarse a aumento del RCV en mujeres que la inician después de los 10 años de la menopausia, y podría ser neutra o protectora en las mujeres más jóvenes por un período de tiempo limitado.

### **Referencias bibliográficas**

1. Maas AHEM, Rosano G, Cifkova R, Chieffo A, van Dijken D, Hamoda H et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J.* 2021; 42 (10): 967-984.

2. Urzúa EA. Menopausia y riesgo cardiovascular. Rev Med Chile. 2016; 144: 1375-1376.
3. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML et al. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002; 288(3): 321-33.
4. El Khoudary SR. Age at menopause onset and risk of cardiovascular disease around the world. Maturitas. 2020; 141: 33-38.
5. Sung K-T, Chandramouli C, Lo C-I, Tsai J-P, Lai Y-H, Hsia C-C et al. Association of female menopause with atrioventricular mechanics and outcomes. Front. Cardiovasc. Med. 2022. 9:804336. doi: 10.3389/fcvm.2022.804336
6. Soares CN & Cohen LS. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. Review article. Sao Paulo Med. J. 2001; 119: 78-83.
7. Afrid I. Psychological and Social Aspects of Menopause. In: Menopause. Rodriguez-Landa JF & Cueto-Escobedo J. 2017. 136 pg. IntechOpen. ISBN 978-953-51-3406-0.
8. Ramos, M B. Aspectos psicológicos de la menopausia. Medicina y Salud. Universidad Autonoma de Mexico (UNAM). 2010.  
Disponibile en: [www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/08\\_ago\\_2k10.pdf](http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/08_ago_2k10.pdf)
9. Rodríguez-Guerrero NI. Terapia farmacológica en la mujer y prevención cardiovascular. Rev Colomb Cardiol. 2018; 25 (S1): 106—112.
10. Tadic M, Cuspidi C, Grassi G, Ivanovic B. Gender-specific therapeutic approach in arterial hypertension-challenges ahead. Pharmacol Res. 2019; 141:181-188.

Correspondencia:

**Judith Zilberman**

**E-mail:** [juzilberman@gmail.com](mailto:juzilberman@gmail.com)