



MENOPAUSIA

SALUD GENITOURINARIA

La menopausia cursa con un perfil sintomático sumamente amplio. Esa sintomatología incide en la salud de la mujer generando diversos problemas cuyo impacto en la calidad de vida registra variaciones interindividuales considerables. En el presente artículo se revisan, en concreto, los que están relacionados con el sistema genitourinario.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia y Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria.

Para entender la sintomatología genitourinaria propia de la menopausia, conviene dejar claros previamente varios conceptos:

- Es un proceso fisiológico normal, que implica la desaparición de las menstruaciones; está originada por el cese de la actividad folicular ovárica. Se considera que una mujer es menopáusica cuando no tiene la menstruación durante un año sin estar embarazada y sin una enfermedad que derive en su ausencia.

- La premenopausia es un intervalo comprendido entre 2 y 8 años, previo a la menopausia.

- La posmenopausia es un intervalo comprendido entre 1 y 6 años tras la menopausia; se distingue entre una fase temprana, que incluye los 2 primeros años, y una fase tardía, que empieza a partir del segundo año.

- El climaterio es el período que abarca desde la premenopausia hasta la posmenopausia.

La edad de presentación de la menopausia se sitúa en torno a los 50 años (± 2), no habiéndose producido cambios durante los últimos siglos. Si la menopausia aparece antes de los 40 años, se denomina menopausia precoz, mientras que si sobreviene después de los 50, se habla de menopausia tardía.

A modo de corolario, puede concluirse que el climaterio produce un cambio en la fisiología de la mujer, cambio que puede ser desfavorable en aspectos de su salud y calidad de vida. Así como hay mujeres que no perciben apenas sintomatología menopáusica, también las hay en quienes los cambios asociados a esta etapa vital son pronunciados, lo que se traduce en un incremento en el número de consultas clínicas relacionadas.

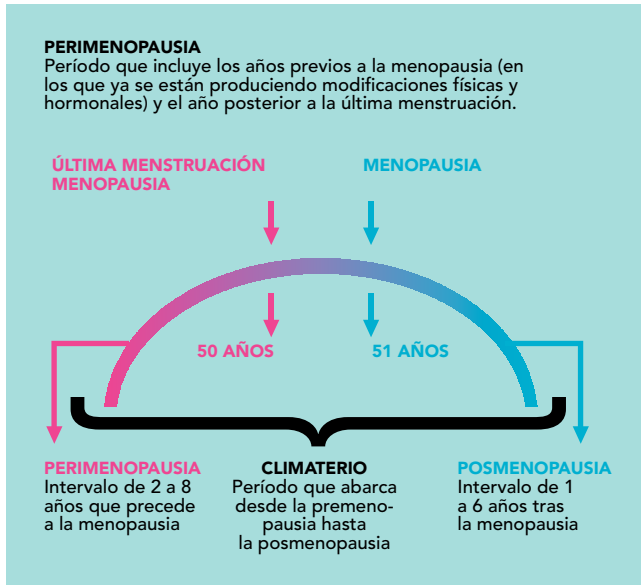


Fig. 1. Menopausia y etapas adyacentes.

FISIOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA

El fenómeno de la menopausia tiene su origen en el agotamiento de la capacidad funcional del ovario, lo que supone la cesación de su funcionamiento cíclico, con la consiguiente desaparición de la ovulación y finalización de la etapa reproductiva de la mujer.

Durante esta etapa se producen diferentes cambios en el organismo femenino que son debidos al fallo de la secreción hormonal por parte del ovario. Esa secreción está interrelacionada con la producción cerebral de hormona foliculoestimulante (FSH) y de hormona luteinizante (LH); en este sentido, la deficiente síntesis ovárica de estrógenos se corre-

laciona con un aumento en la secreción de las hormonas FSH y LH (fig. 2).

El hipoestrogenismo conlleva una serie de efectos en el organismo femenino, ya que diferentes tejidos y órganos son sensibles a la acción de estas hormonas. La figura 3 recoge los efectos que producen los estrógenos en diferentes zonas y estructuras del organismo.

Seguidamente se analizan de forma pormenorizada los efectos que las hormonas sexuales causan sobre el sistema genitourinario.

HORMONAS SEXUALES Y APARATO GENITOURINARIO

ESTRÓGENOS

En el ovario, y concretamente, durante la fase folicular, los estrógenos favorecen el desarrollo y el crecimiento de los folículos.

En el endometrio estas hormonas incrementan el número de glándulas, vasos sanguíneos y tejido estromal; en el miometrio, favorecen la hiperplasia, la hipertrofia y la síntesis proteica, a la vez que estimulan la liberación local de histamina, contribuyendo así a la hiperemia y a la retención tisular de agua.

En lo que respecta a las trompas de Falopio, la acción estrógena puede resumirse en una facilitación de la conducción del óvulo. En el útero, y como consecuencia de los estrógenos, las glándulas mucosas producen un moco filante y rico en agua; simultáneamente hay una dilatación del conducto endocervical.

En la vagina, los estrógenos contribuyen a la proliferación epitelial; también incrementan la turgencia y la elasticidad de los labios mayores y menores.

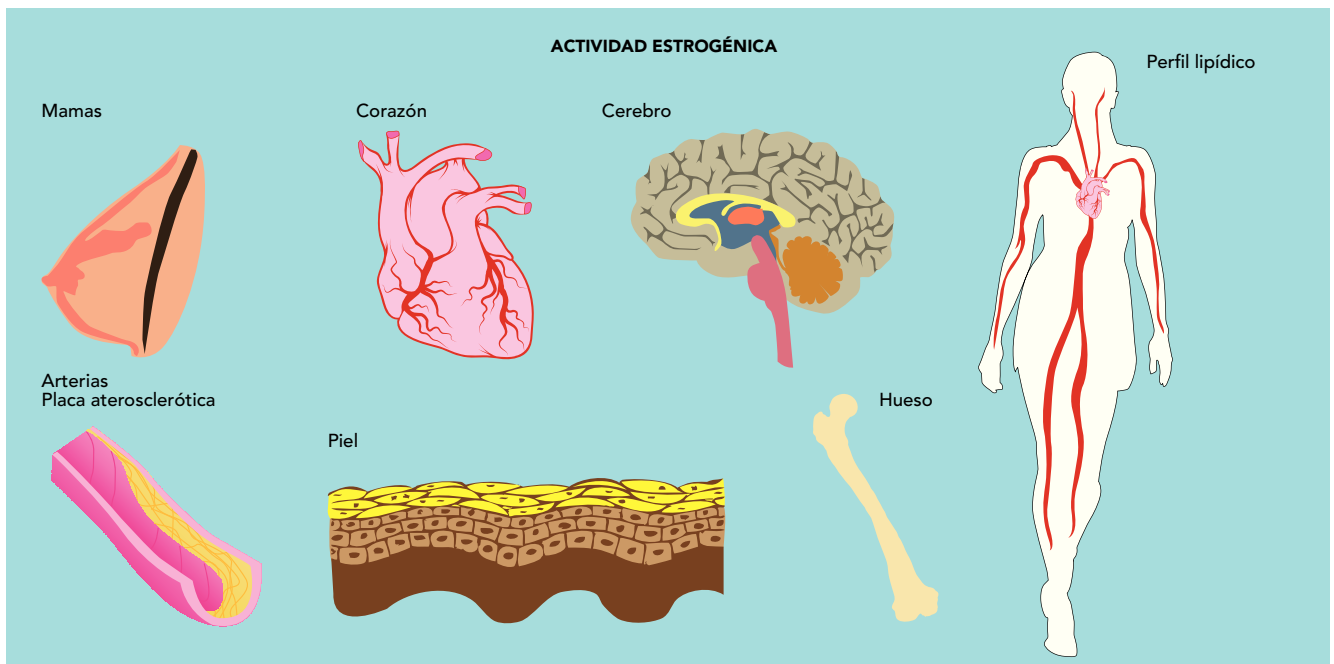


Fig. 2. Tejidos y órganos sensibles a la acción de los estrógenos.

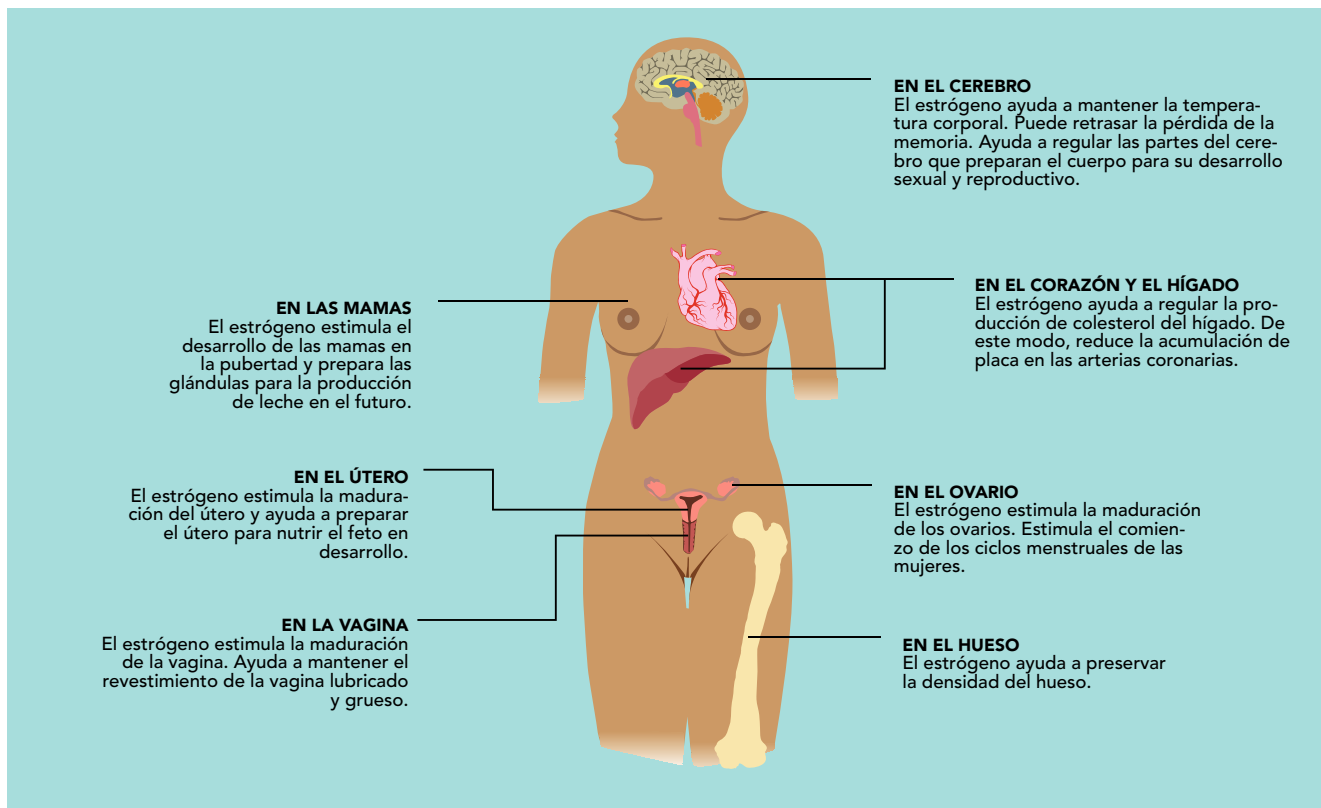


Fig. 3. Efectos de los estrógenos.

En el aparato urinario, si bien las vías urinarias no se ven directamente afectadas por la acción estrogénica, el trigono vesical presente en la vejiga tiene un origen embriológico común con la vagina, lo que hace que tenga memoria estrogénica.

PROGESTÁGENOS

La acción de los progestágenos depende de la sensibilización previa de los tejidos efectores; esa sensibilización está mediada por los estrógenos.

En el endometrio estas hormonas generan una serie de cambios cuya finalidad es favorecer la nidación ovular. Otro de sus efectos es el incremento de la viscosidad del moco.

ANDRÓGENOS

Los cambios provocados por los andrógenos durante la menopausia son los siguientes: crecimiento del clítoris, atrofia de los labios mayores y menores, tonalidad de voz más grave y crecimiento del vello.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Como ya se ha mencionado, la menopausia y los cambios hormonales a ella asociados generan diferentes síntomas, que en algunas mujeres afectan enormemente a la calidad de vida. Tales síntomas, si bien no suponen una amenaza grave para la salud, y a pesar de su carácter autolimitado, pueden interferir en la actividad cotidiana.

La figura 4 muestra los diferentes cambios y molestias que acompañan a la menopausia.

La aparición de los diferentes síntomas de la menopausia puede tener lugar en tres etapas:

- A corto plazo: labilidad emocional, sudoración, sofocos, irritabilidad, palpitaciones, nerviosismo, tendencia a la obesidad.
- A medio plazo: cambios que afectan la musculatura, la piel y el aparato genitourinario.
- A largo plazo: osteoporosis, aumento del riesgo cardiovascular.

Seguidamente se abordarán, de manera detallada, las diferentes repercusiones genitourinarias. De entrada, conviene recordar que los síntomas vaginales sí se asocian de forma consistente con la disminución de los estrógenos; por el contrario, la relación entre sintomatología urinaria y bajo nivel estrogénico es más débil y está sujeta a mayores controversias. No obstante, la sintomatología genitourinaria de la menopausia es, básicamente, la que se describe a continuación.

CICLOS IRREGULARES

Los principales trastornos del patrón menstrual incluyen la proio-menorrea (ciclos más cortos), hipermenorrea (sangrado intenso), menorragia (sangrado intenso y durante muchos días) y la amenorrea. Estas alteraciones suelen ocurrir durante la premenopausia y constituyen uno de los motivos de consulta más habituales.

La mayor parte de los trastornos que se acaban de comentar guardan relación con la exposición a niveles de estrógenos no contrarrestados con los progestágenos; por tanto, son debidos a un exceso estrogénico. El mecanismo que justifica el aumento en los niveles de estrógenos endógenos se basa en:

- Aumento de los precursores androgénicos.
- Aumento de la aromatización y conversión periférica.
- Posible aumento de la secreción endógena por tumores.

- Disminución de la SHBG (globulina fijadora de las hormonas sexuales) que origina un aumento de la fracción libre.

Las hemorragias menstruales, debidas al hiperestrogenismo relativo que tiene lugar en el endometrio, suelen ser muy abundantes y frecuentemente son el origen de una anemia ferropénica que debe ser tratada adecuadamente.

NUMEROSOS ESTUDIOS INDICAN QUE LA PRESENCIA O NO DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS EN LA MENOPAUSIA VA ÍNTIMAMENTE UNIDA A LA RELACIÓN CON LA PAREJA Y AL ESTADO FÍSICO DE AMBOS

En el diagnóstico de una hemorragia uterina disfuncional, es básico descartar posibles lesiones orgánicas del aparato reproductor: pólipos endometriales, miomas, carcinoma de endometrio, endometriosis, adenomiosis, amenaza de aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica.

La correcta clasificación de una hemorragia requiere realizar una valoración del calendario menstrual, como mínimo, durante dos ciclos:

- Si el sangrado no se ajusta a ningún patrón cíclico, la paciente deberá ser derivada a un servicio especializado para que valore la metrorragia.
- Descartada la posibilidad anterior, es conveniente instaurar un tratamiento apropiado, para controlar el sangrado.

Por último, conviene recordar que las hemorragias irregulares son, junto con los sofocos, los síntomas que más alteran la calidad de vida de la mujer afectada.

ALTERACIONES QUE AFECTAN AL ÁREA GENITOURINARIA

El tracto urinario inferior y genital femenino comparte un origen embriológico común, alrededor del seno urogenital. Esto hace que ambas estructuras sean sensibles a la acción de las hormonas sexuales femeninas. Diferentes estudios han demostrado la existencia de receptores de estrógenos y progestágenos en la vagina, en la vejiga, en la uretra y en la musculatura del suelo pélvico.

Así pues, el descenso en el nivel plasmático de estrógenos incide en todas aquellas estructuras del tracto genitourinario que tienen receptores para estas hormonas. No obstante, la mayor parte de estos cambios pasan inadvertidos para la mujer. Únicamente son perceptibles los síntomas que afectan a la vulva y la uretra.

En primer lugar, se va a abordar la problemática urinaria, para continuar posteriormente con los problemas ginecológicos, asociados ambos a la menopausia.

SÍNTOMAS URINARIOS EN LA MENOPAUSIA

Los síntomas urinarios más prevalentes de la posmenopausia pueden subdividirse en las siguientes categorías:

- Infecciones urinarias.
- Síndromes de urgencia-frecuencia-nicturia.
- Incontinencia urinaria.
- Retención urinaria.

INFECCIONES URINARIAS

Las infecciones urinarias son comunes en mujeres de todas las edades, aunque la prevalencia muestra que se incrementan con la edad; de hecho, aproximadamente entre el 10 y el 15% de las mujeres mayores de 60 años sufren frecuentes infecciones de orina. El origen de estas infecciones está relacionado con alteraciones de la flora bacteriana que son secundarias al incremento del pH vaginal que tiene lugar con la menopausia; en esta situación, la vagina es colonizada por bacterias distintas de las que constituyen su microbiota habitual, lo que probablemente aumenta la susceptibilidad de la mujer a padecer infecciones urinarias: uretritis, cistitis... Se ha comprobado que la suplementación estrogénica, vía vaginal, reduce la frecuencia de esas infecciones en este colectivo poblacional.

SÍNDROMES DE URGENCIA-FRECUENCIA MICCIONAL

Los síndromes de urgencia-frecuencia miccional están relacionados directamente con la atrofia urogenital secundaria a la disminución de la producción estrogénica. Esta situación implica la pérdida del control voluntario de la micción, lo cual se traduce en una necesidad urgente e imperiosa de orinar. Este trastorno afecta, como mínimo, al 30% de las mujeres de más de 65 años. Se ha comprobado que mejora notablemente cuando se instaura un tratamiento estrogénico.

INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria se hace más frecuente a medida que avanza la edad de la persona. Se estima que afecta aproximadamente al 25% de las mujeres mayores de 60 años. Esta alteración tiene importantes repercusiones físicas, psicosociales y económicas. Sus principales factores de riesgo incluyen la edad, las gestaciones, los partos y la obesidad. La relación entre incontinencia y disminución estrogénica no está totalmente comprobada: existen resultados contradictorios, sin embargo, los defensores de esta teoría alegan que el hipoesrogenismo hace que todo el sistema de presiones de la vía urinaria caiga, lo que unido a la paulatina degradación de la uretra y la vejiga, favorece la aparición de incontinencia de esfuerzo. Por otra parte, el agravamiento del cuadro de urgencia miccional comentado anteriormente conlleva la aparición de otro tipo de incontinencia, la denominada incontinencia urinaria de urgencia. Ambos tipos de incontinencia (esfuerzo, urgencia) son sumamente frecuentes en la mujer tras la aparición de la menopausia.

RETENCIÓN URINARIA

La retención urinaria también es otra alteración que puede encontrarse en la mujer. En algunas pacientes se han encontrado volúmenes posmiccionales residuales elevados. Como

posible origen se ha señalado la hipoestrogenemia, que puede generar hipoactividad del detrusor, ocasionando el consiguiente residuo.

Actualmente se admite que la suplementación estrogénica, ya sea oral o vaginal, puede ser beneficiosa para los síntomas irritativos de urgencia urinaria, frecuencia e incontinencia urinaria de urgencia, aunque este efecto podría ser el resultado de revertir la atrofia urogenital propia de la menopausia, más que de una acción directa sobre el tracto urinario inferior.

SÍNTOMAS GINECOLÓGICOS DE LA MENOPAUSIA

El hipoestrogenismo característico de la menopausia da lugar a una atrofia general del aparato genital. Es característica la pérdida de elasticidad del introito vulvar, así como una reducción tanto de las glándulas vaginales como del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubricación. A todas estas modificaciones, también se une la alteración de la flora vaginal habitual, la cual está compuesta por *Lactobacillus crispatus*, *L. jensei* y *L. gasei*; esa flora protege la mucosa frente al establecimiento de microorganismos patógenos; su modificación comporta mayor riesgo de infecciones locales.

Las alteraciones ginecológicas que comporta la menopausia dan lugar a diversos síntomas: sequedad, quemazón, prurito vaginal, dispareunia, vaginitis, sensación de plenitud en el introito vaginal, histerocele, cistocele, rectocele, etc.

Por otra parte, es muy habitual que tales síntomas, unidos a la clínica urinaria y a los cambios psicológicos y socioculturales propios de la menopausia, interfieran en mayor o menor grado en la sexualidad de la mujer.

Realmente, la prevalencia de los síntomas relacionados con la atrofia genitourinaria en el climaterio no está bien definida. Ello es debido a que muchas mujeres consideran esta sintomatología como una consecuencia inevitable del envejecimiento, lo que hace que no busquen ayuda médica. Los estudios sobre la prevalencia estiman que los síntomas de la atrofia urogenital afectan a un porcentaje comprendido entre el 10 y el 40% de las mujeres posmenopáusicas.

Diferentes estudios han demostrado que existe una asociación entre determinados factores y la frecuencia e intensidad de la sintomatología ginecológica. Incluyen la edad, la raza, la presencia de determinadas enfermedades crónicas y la existencia de una menopausia quirúrgica. Al mismo tiempo, también es un hecho contrastado que las mujeres con una vida sexual activa presentan un menor grado de atrofia vaginal, en comparación con las que no tienen esa actividad en la posmenopausia.

SEQUEDAD VAGINAL

Desde la perspectiva ginecológica, uno de los primeros motivos de consulta de la mujer postmenopáusica, es la sequedad vaginal; algunas mujeres la refieren asociada al coito, ocasionando esta situación un descenso en la frecuencia de las relaciones sexuales, aunque en muchos casos no es esta la única causa, ya que se deben tener en cuenta otras circunstancias que coinciden en esta etapa de la vida, como que la mujer ya no tenga pareja o que su pareja sea la que presenta un menor deseo.



Fig. 4. Sintomatología de la menopausia.

La sequedad vaginal puede generar diversos síntomas, tales como prurito vaginal, dispareunia y vulvodinia. El prurito vulvar constituye un verdadero problema para aquellas mujeres que lo padecen; además de la sensación desagradable que produce el deseo de rascarse, el prurito es un síntoma preocupante, ya que pone en peligro la eficacia de la piel como barrera de protección.

Según la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvares, la vulvodinia se define como una molestia vulvar crónica en la que la paciente se queja de quemazón, irritación o dolor.

La dispareunia, definida como el dolor experimentado por la mujer durante la relación sexual, se ve favorecida por la vaginitis atrófica presente en las mujeres de edad avanzada.

La citada vaginitis atrófica es debida al hipoestrogenis-

LOS SÍNDROMES DE URGENCIA-FRECUENCIA MICCIONAL ESTÁN RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA ATROFIA UROGENITAL SECUNDARIA A LA DISMINUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN ESTROGÉNICA

mo, que entre las diferentes alteraciones que causa en la vagina, origina un descenso en el contenido de glucógeno, lo que impide el mantenimiento de la microbiota vaginal habitual; esa flora habitual mantiene la acidez del pH vaginal, pero al desaparecer, ese pH se vuelve alcalino y favorece el crecimiento de una flora mixta que predispone al desarrollo de infecciones.

Todo el cortejo sintomático que se acaba de describir mejora sensiblemente instaurando un tratamiento con estróge-

nos; su eficacia ha sido comprobada, tanto administrados por vía oral, como por vía vaginal.

Actualmente se admite que no siempre es necesario establecer un tratamiento sistémico; de hecho, una buena alternativa son las preparaciones estrogénicas administradas por vía vaginal (cremas, pesarios, comprimidos, anillo liberador de estradiol).

Otra opción terapéutica son los lubricantes vaginales no hormonales, los cuales, si bien son más eficaces que el placebo, son inferiores en relación con el tratamiento hormonal. Pueden resultar útiles como terapia de mantenimiento en pacientes que han mejorado su sintomatología con estrógenos, o también, en aquellas que presentan síntomas leves.

DISFUNCIONES SEXUALES

La sexualidad en la mujer durante el climaterio puede verse afectada por diferentes factores psicológicos, hormonales y socioculturales. Estos factores influyen en mayor o menor grado en la respuesta sexual según las características de cada mujer.

Se ha mencionado con antelación que la menopausia causa una serie de cambios hormonales que interfieren en la respuesta sexual; en este sentido, el hipoestrogenismo da lugar a diferentes alteraciones genitales que dificultan el mantenimiento de relaciones sexuales. Además de estas alteraciones genitales, la disminución estrogénica causa una disminución de la libido.

Al mismo tiempo, los factores psicológicos y socioculturales influyen notablemente en la sexualidad femenina en esta etapa de la vida; un porcentaje muy alto de mujeres relaciona la menopausia con el fin de la vida reproductiva, y a la vez, con el fin de la vida sexual.

En cualquier caso, numerosos estudios indican que la presencia o no de disfunciones sexuales femeninas en esta etapa va íntimamente unida a la relación con la pareja y al estado físico de ambos; de hecho, si la pareja tiene una buena relación afectiva y no padece inconvenientes físicos que la limiten, la actividad sexual puede mantenerse de por vida.

En otros casos, la presencia de disfunción sexual en esta etapa no está relacionada obligatoriamente con la menopausia y sus consecuencias; es bastante habitual que el origen de este problema sea la presencia de enfermedades crónicas comunes o incluso que la disfunción aparezca como efecto secundario de fármacos de uso habitual; así por ejemplo, compuestos tales como la α -metildopa, los sedantes y los tranquilizantes actúan sobre el sistema nervioso central e influyen en la respuesta sexual.

Respecto a las opciones terapéuticas, puede recurrirse a la psicoterapia, a la terapia no hormonal (inhibidores de la fosfodiesterasa-5, apomorfina, yohimbina...) o a la terapia hormonal sustitutiva, ya sea con estrógenos solos o con andrógenos; los estudios realizados que emplean estos últimos indican que se produce una mejoría del deseo, de la libido y de la actividad sexual en general. **Of**

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Ribes M, Delgado A, Coutado A, Gutiérrez B. Guía de práctica clínica sobre menopausia y posmenopausia: tratamiento de los síntomas vasomotores y vaginales (parte I). Atención Primaria. 2005;36(5):1-8.

Aranda Gallegos JE, Barrow Vallejo J, Ortega Díaz R, Pereyra Quiñones R, Kably Ambe A. Un punto de vista fisiopatológico del climaterio y la menopausia. Ginecología y Obstetricia de Méjico. 1998;66(6):253-8.

Azcona L. Sequedad vaginal. Opciones terapéuticas. Farmacia Profesional. 2007;21(4): 56-9.

Bailón Muñoz E, Landa Goñi J, López García-Franco A, Isasi Zaragoza C. Menopausia. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2003;10(7):Protocolo_1, pag. 1-40.

Barata Gómez T, Navarro Brito E. Climaterio. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Servicio Canario de Salud 2007, (consultado el 18 de febrero de 2010). Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7079cc99-f6a5-11dd-958f-c50709d677ea/Climaterio.pdf>

Cano A, Palacios S, Calaf J, Parrilla JL, Dueñas JL, Lete I, et al. Documento de Consenso SEGO-AEEM sobre terapia hormonal sustitutiva. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2005;48(8):418-20.

Florido Navío J, García García MJ. Dispareunia. *Revista Internacional de Andrología*. 2007;5(3):258-62.

Gómez Ayala AE. Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico y tratamiento. *Offarm*. 2008;27(3):60-71.

Gómez Dosman IC, Castaño Botero JC. Comportamiento de los estrógenos en la patogénesis y tratamiento de la disfunción del tracto urinario inferior. *Urología Colombiana*. 2006 (consultado el 18 de febrero de 2010). Disponible en: <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/diciembre-2006/010.pdf>

Liñán C. Menopausia y envejecimiento en la mujer. *Endocrinología y Nutrición*. 2004;5 (12):48-54.

López García-Franco A, Coutado Mendez A, Gutiérrez Teira B. Tratamiento de la menopausia sintomática. Formación Acreditada. 2004 (consultado el 10 de febrero de 2010). Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema_13/ann.htm

Martín-Aragón S, Benedí J. Terapia hormonal de reemplazo. Enfoque en la menopausia. *Farmacia Profesional*. 2009; 23(2):52-7.

Martín R, Soberon N, Vázquez F, Suárez JE. La microbiota vaginal: composición, papel protector, patología asociada y perspectivas terapéuticas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2008; 26(3):160-7.

Pintado Vázquez S. Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. *Revista Internacional de Andrología* 2007;5(3):289-96.

Sánchez-Mariscal D, Bailón-Muñoz E. Actitud ante una mujer posmenopáusica que consulta por sofocos y dispareunia. *Atención Primaria*. 2006;37(3):167-72.

Sarsotti CJ. El Envejecimiento urogenital. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio (consultado el 10 de febrero de 2010). Disponible en: http://www.aepc.org/trab_cientificos/19.htm

Siseles N, Gutiérrez P. Sexualidad y Climaterio. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires (consultado el 10 de febrero de 2010). Disponible en: http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/sexualidad/dia_4/sexualidadyclimaterio.htm

Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Estrógenos locales para la atrofia vaginal en mujeres postmenopáusicas (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

Taberner R, Gilabert M, Vidal D, Puig L. Sequedad vaginal. Aproximación clínica. *Farmacia Profesional* 2000;14(2):86-91.

Torres JV. Climaterio y menopausia (I). Universidad de Valencia 2009 (consultado el 10 de febrero de 2010). Disponible en: <http://www.uv.es/jvtorres/Tema13.pdf>

Uriza Gutiérrez G, Alwers Cock R, Guerra Ardilla O, Onatra Herrera W. Menopausia. Guías de práctica clínica basada en la evidencia. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (consultado el 12 de febrero de 2010). Disponible en: http://www.bago.com/Bolivia/html/doc_pdf/menopausia.pdf