



**Manteniendo
la salud y
previniendo la
enfermedad
después de la
menopausia**

**Cambia tu estilo de vida hoy para tener una
vida más saludable mañana**

La probabilidad de desarrollar enfermedades crónica aumenta tras la menopausia. La prevención es la clave; mejorando tus hábitos de vida disminuirás riesgos y mejorarás tu calidad de vida.

Para más información visita www.imsociety.org



International Menopause Society

promoting education and research on all aspects of adult women's health

www.imsociety.org

En las mujeres la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas aumenta con el paso de los años. La prevención es la clave; mejorando tus hábitos de vida disminuirás riesgos y mejorarás tu calidad de vida.

La menopausia es un hito importante para las mujeres y es una parte inevitable de su vida. Representa el final de los años reproductivos y ocurre cuando disminuye la producción de las hormonas sexuales y cesan los períodos menstruales. En algunos casos, la menopausia puede asociarse con síntomas adversos, aunque cada mujer la experimenta de forma diferente. Se dice que la menopausia natural ocurre cuando ha transcurrido un período continuo de más de 12 meses sin menstruación, después de ese período se entra en la postmenopausia. La fase de perimenopausia comprende los años que conducen al último período menstrual más los 12 meses que inmediatamente le siguen. En las mujeres caucásicas, la edad media de la menopausia es entre los 50 y 52 años [1., 2.], aunque en algunas sociedades o grupos étnicos la edad media puede adelantarse algunos años [3.]. La Menopausia puede ocurrir a edades más precoces cuando es inducida por extirpación quirúrgica de los ovarios, por irradiación o por el uso de quimioterapia para el tratamiento del cáncer.

Entre los síntomas comunes de la transición menopáusica se incluyen:

- Períodos irregulares que podrían ser abundantes.
- Síntomas vasomotores (sofocos)
- Sudores nocturnos
- Problemas del sueño
- Molestias y dolores
- Taquicardias
- Aumento de la necesidad de ir al baño
- Cambios de humor como irritabilidad o decaimiento
- Problemas de concentración



La menopausia es un hecho natural y no puede ser prevenido. Tras la menopausia aumentan las posibilidades de desarrollar algunas enfermedades y deben tomarse medidas preventivas para mejorar la calidad de vida, aumentar la longevidad y reducir los riesgos de enfermedades relacionadas con la edad.

La transición de la menopausia debe utilizarse como una oportunidad para visitar a su profesional de la salud y realizar un chequeo médico, evaluar los riesgos y comenzar a gestionar la vida posterior de manera proactiva. Obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y osteoartritis, deterioro cognitivo y demencia, depresión y cáncer son las enfermedades claves a las que hay que prestar atención.

Prevención de enfermedad Cardiovascular (ECV) post menopausia

La ECV, especialmente la enfermedad coronaria del corazón (ECC), es la causa más común de muerte en las mujeres mayores de 50 años. La hipertensión arterial es el factor de riesgo individual, más importante que puede ser tratado para la cardiopatía y el accidente cerebrovascular. Tratando y reduciendo la tensión arterial, el riesgo de accidente cerebrovascular se reduce en un 30-40%. El riesgo de infarto de miocardio se reduce en un 20-25% y la insuficiencia cardíaca se reduce en un 50%.

El cribado regular de la ECV después de la menopausia es extremadamente importante. Los hábitos de vida como evitar el tabaco y controlar el peso también pueden desempeñar un papel importante para reducir el riesgo. La Asociación Americana del Corazón ha resaltado el papel de la dieta y del estilo de vida para reducir las enfermedades cardiovasculares, mejorando el estado de salud, según han demostrado diversos estudios prospectivos. [4., 5.] En el ensayo clínico PREMIER, el riesgo ECC a los 10 años se redujo en un 12-14% por la intervención en el estilo de vida.[6].

Si se utiliza terapia hormonal de la menopausia (THM) para controlar los síntomas menopáusicos, también se puede contribuir a la prevención de la ECC. Si usted es menor de 60 años y / o está dentro de 10 años desde la transición a la menopausia, los beneficios de THM superan los riesgos en las mujeres sanas. [7.]

Reducir los riesgos de osteoporosis y artrosis en la post menopausia

La osteoporosis es una enfermedad común que aumenta con la edad y conduce a un aumento del riesgo de fracturas.[8]. Aproximadamente el 70% de las mujeres tienen osteoporosis de cadera, columna lumbar o de la muñeca a los 80 años de edad.[9]. Otros factores, como el índice de masa corporal (IMC) bajo, tabaquismo y alcohol, entre otros, pueden reducir la fuerza y la densidad ósea y aumentar el riesgo de fractura.[10].

La dieta y estilo de vida son estrategias fundamentales para la preservación de la masa ósea después de la menopausia. El tabaquismo y el abuso del alcohol son tóxicos para los huesos y deben evitarse. El ejercicio diario con carga de peso moderado fortalece los huesos y debe de ser recomendado.

Una dieta bien balanceada es esencial para mantener los huesos sanos. Las mujeres posmenopáusicas deben de ser animadas a realizar una ingesta de calcio a 1200mg al día. La vitamina D también desempeña un papel fundamental y es esencial para ayudar al cuerpo a absorber el calcio. Cerca del 60% de los pacientes mayores pueden tener niveles inadecuados de vitamina D debido a cambios en la piel relacionados con la edad y la exposición solar inadecuada.

Se conoce desde hace muchos años que la pérdida ósea con la menopausia también puede prevenirse mediante el uso de la THM. Un posicionamiento reciente de las principales sociedades de menopausia en el mundo afirmó que la THM es eficaz y apropiada para la prevención de las fracturas relacionadas con la osteoporosis cuando se inicia dentro de los 10 años que siguen a la menopausia.

La osteoartritis puede ser particularmente debilitante y es una causa importante de enfermedad para muchas mujeres después de la menopausia. La osteoartritis afectará a 59,4 millones de personas en los Estados Unidos en el año 2020; solo para la osteoartritis de rodilla la incidencia es de 240 por 100 000 personas por año [11]. Mientras que la osteoartritis es más común en hombres que en mujeres antes de la menopausia, después de la menopausia es mayor en las mujeres. Es importante identificar a las mujeres con antecedentes familiares de artritis o aquellas que están empezando a tener rigidez en las articulaciones e inmovilidad en el inicio de la menopausia para poder plantear intervenciones, como la terapia física, la pérdida de peso, el ejercicio físico y los agentes antiinflamatorios. [12]. Hay algunos datos que sugieren que el estrógeno puede tener un papel para mejorar o disminuir el riesgo de osteoartritis.[13].

Reducir el declive cognitivo en la post menopausia

La demencia, incluso más que el cáncer, es la principal preocupación de muchos adultos mayores. Durante la transición de la menopausia natural y la postmenopausia temprana, algunas mujeres notan olvidos u otros síntomas cognitivos, que podrían hacer sospechar

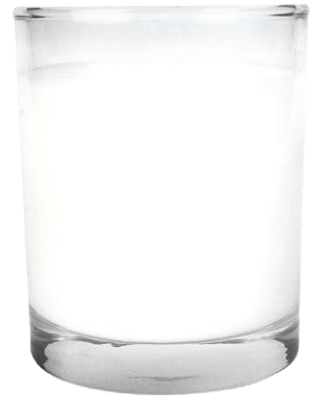
cierto deterioro mental. Durante la transición menopáusica, en realidad puede haber reducciones modestas en los aspectos de la atención [14]. pero la menopausia natural no parecen conducir a un empobrecimiento de la memoria.[15].

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia. La incidencia está relacionada con la edad y es rara antes de los 60 años. Esta enfermedad se desarrolla más en las mujeres que en los hombres. Unos 36 millones de personas en el mundo sufren de enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. Esta cifra se calcula que será más del doble en el año 2030. [16].

Las evidencias actuales, desafortunadamente, no aportan pruebas consistentes de que alguna estrategia en particular pueda reducir el riesgo[17], pero apoyan algunos enfoques. La salud cerebral debería ser reforzada a través de la reducción de factores de riesgo cardiovascular; la reserva cognitiva debería aumentarse a través de actividades mentalmente estimulantes relacionadas con la ocupación, las actividades de ocio y la participación social; y la patología de Alzheimer debería ser atacada mediante la actividad física aeróbica regular. [18]. La depresión debería ser reconocida y tratada, y las mujeres de 60 años o mayores no deberían empezar la THM. Continúan realizándose investigaciones en esta área.

Prevención del cáncer en la postmenopausia

La incidencia de todos los tipos de cáncer se espera que aumente.[19]. En las mujeres los principales tipos de cáncer son: mama, colon, endometrio, ovario y cáncer de pulmón. En los países en vías de desarrollo, el cáncer de cérvix es también una causa importante de muerte en las mujeres. La posibilidad de prevenir estos cánceres por cambios en el estilo de vida y las estrategias de cribado resulta más importancia después de la menopausia. [20., 21.]



En 2012, se contabilizaron 6,7 millones de casos de cáncer en las mujeres de todo el mundo de un total de 14,1 millones.[22]. El número total de cánceres se espera que aumente a 24 millones en 2035. El cáncer de mama es el cáncer más común (1,67 millones de nuevos casos en 2012) seguido del colorrectal (614 000), pulmón (583 000), cérvix (528 000), estómago (320 000), endometrio (320 000) y ovario (239 000).

El abandono del hábito de fumar y la reducción en el consumo de alcohol son importantes para disminuir la incidencia de cáncer. [23]. Es recomendable una dieta baja en grasa y rica en fibra, con reducción de las carnes rojas; el ejercicio también ha sido estudiada en ensayos clínicos y está especificado en las pautas de la Sociedad Americana del Cáncer.[24].

El uso de la THM no debe ser considerado como una estrategia para disminuir el riesgo de cáncer. Sin embargo, estudios observacionales antiguos han sugerido una disminución en la mortalidad por cáncer con la THM [25]. Existen también fuertes evidencias de un efecto protector para el cáncer de colon con la THM.

Efectos de prevención metabólicos en la post menopausia

En 2008, el 14% de la población femenina mundial (300 millones de mujeres) era obesa [26]. Aunque las mujeres frecuentemente refieren aumento de peso en la mediana edad, estudios en diferentes poblaciones han demostrado consistentemente que el aumento de peso está influenciado principalmente por la edad, no por la menopausia [27., 28.]. La reducción abrupta de estrógenos en la menopausia ocasiona en un aumento en la distribución de la grasa abdominal.[29., 30., 31.]. Este cambio en la composición corporal asociada a la menopausia es observado en todas las mujeres.[30]. La acumulación de grasa abdominal en las mujeres postmenopáusicas es un factor crítico en el desarrollo de resistencia a la insulina, que a su vez es un importante factor de riesgo para la progresión a la diabetes tipo 2. Además, el aumento de la ganancia de peso abdominal después de la menopausia se asocia con el desarrollo de otras condiciones relacionadas con la edad en las mujeres posmenopáusicas como la ECV, demencia [32] y cáncer de mama.[33].

La intervención más eficaz para la obesidad es la modificación del estilo de vida [34].; la actividad física, dieta de calorías controladas o cirugía bariátrica son todas ellas opciones que pueden ayudar a reducir el riesgo. Tratamientos complementarios y alternativos, tales como acupuntura, yoga y suplementos de hierbas también pueden ayudar en la pérdida de peso. [35].

La investigación ha demostrado que la THM reduce el riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo 2[25] por lo que su uso debería ser considerado con su profesional de la salud.

Los 10 consejos Top de prevención de enfermedades crónicas en su vida después de la menopausia.

Los primeros 10 años de la post menopausia son una ventana importante para la intervención y es donde las medidas preventivas pueden ser más eficaces:

1. Dejar de fumar
2. Reducir el consumo de alcohol
3. Ejercicio aeróbico regular
4. Dieta saludable
5. Control del peso corporal
6. Participación en actividades mentalmente motivadoras
7. Chequeos regulares de detección del cáncer
8. Considerar THM en mujeres menores de edad 60, no sólo para ayudar a controlar los sofocos y otros síntomas de la transición de la menopausia sino también potencialmente, para ayudar a prevenir la enfermedad coronaria
9. Considerar terapias de prevención específicas para otras enfermedades, si usted está en riesgo debido a antecedentes familiares u otros factores de riesgo personales
10. Asegúrese de discutir sus opciones y estrategias de prevención con su profesional de la salud.



Si usted tiene alguna inquietud o para le gustaría discutir algún área señalada en este folleto, por favor visite a su profesional de la salud.

References

1. Gold EB, Bromberger J, Crawford S, et al. Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *Am J Epidemiol* 2001;153:865–74
2. Dratva J, Gomez RF, Schindler C. Is age at menopause increasing across Europe? Results on age at menopause and determinants from two population-based studies. *Menopause* 2009;16:385–94
3. Kriplani A, Banerjee K. An overview of age of onset of menopause in northern India. *Maturitas* 2005;52:199–204
4. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114:82–96
5. Spring B, Ockene JK, Gidding SS, et al. Better population health through behavior change in adults: a call to action. *Circulation* 2013;128:2169–76
6. Maruthur NM, Wang N-Y, Appel LJ. Lifestyle interventions reduce coronary artery disease risk. Results from the PREMIER trial. *Circulation* 2009;119:2026–31
7. Hodis HN, Mack WJ. The timing hypothesis and hormone replacement therapy: a paradigm shift in the primary prevention of coronary heart disease in women. 2. Comparative risks. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:1011–18
8. Compston J. How to manage osteoporosis after the menopause. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19:1007–19
9. Johnell O, Kanis J. Epidemiology of osteoporotic fractures. *Osteoporos Int* 2005;16(Suppl 2):S3–7
10. Pirro M, Fabbriani G, Leli C, et al. High weight or body mass index increase the risk of vertebral fractures in postmenopausal osteoporotic women. *J Bone Miner Metab* 2010;28:88–93
11. Oliveria SA, Felson DT, Reed JI, Cirillo PA, Walker AM. Incidence of symptomatic hand, hip and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum* 1995;38: 1134–41
12. Arthritis Foundation, 2014. www.arthritis.org/conditions-treatments/disease-center/osteoarthritis
13. Tanko LB, Christiansen C, Karsdal MA. Potentials of estrogens in the prevention of osteoarthritis: what do we know and what questions are still pending? In Lobo RA, ed. *Treatment of the Postmenopausal Woman*. Academic Press, 2007:393–401
14. Weber MT, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause* 2012;19:735–41
15. Henderson VW. Gonadal hormones and cognitive aging: a midlife perspective. *Women's Health (Lond Engl)* 2011;7:81–93
16. Reitz C, Brayne C, Mayeux R. Epidemiology of Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 2011;7:137–52
17. Williams JW, Plassman BL, Burke J, et al. Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline. Evidence Report/Technology Assessment Number 193. Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 2010. AHRQ Publication No. 10-E005
18. Henderson VW. Three midlife strategies to prevent cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Climacteric* 2014 [Epub ahead of print]. PMID: 24893836
19. Hosseini MS, Arab M, Nemati HB, et al. Age-specific incidence rate change at breast cancer and its different histopathologic subtypes in Iran and Western countries. *Pak J Med Sci* 2013;29:1354–7
20. Zhang Y, Liu H, Yang S, Zhang J, Qian L, Chen X. Overweight, obesity and endometrial cancer risk: results from a systematic review and meta-analysis. *Int J Biol Markers* 2014;29:e21–9
21. Lee H, Li JY, Fan JH, et al. Risk factors for breast cancer among Chinese women: a 10-year nationwide multicenter cross-sectional study. *J Epidemiol* 2014;24:67–76
22. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v 1.0, Cancer Incidence and Mortality World Wide: IARC Cancer Base No.11 (internet). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013
23. Gompel A, Baber RJ, de Villiers TJ, et al. Oncology in midlife and beyond. *Climacteric* 2013;16:522–35
24. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, et al. and the American Cancer Society 2010 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2012;62:30–67
25. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA* 2013;310:1353–68
26. Global Health Observatory. Obesity. Geneva: World Health Organization, 2014. Available at: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity
27. Sternfeld B, Wang H, Quesenberry CP Jr, et al. Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol* 2004;160:912–22
28. Guthrie JR, Dennerstein L, Dudley EC. Weight gain and the menopause: a 5-year prospective study. *Climacteric* 1999;2:205–11
29. Franklin RM, Ploutz-Snyder L, Kanaley JA. Longitudinal changes in abdominal fat distribution with menopause. *Metabolism* 2009;58:311–15
30. Abdulhour J, Doucet E, Brochu M, et al. The effect of the menopausal transition on body composition and cardiometabolic risk factors: a Montreal–Ottawa New Emerging Team group study. *Menopause* 2012;19:760–7
31. Ho SC, Wu S, Chan SG, Sham A. Menopausal transition and changes of body composition: a prospective study in Chinese perimenopausal women. *Int J Obes (Lond)* 2010;34:1265–74
32. Han TS, van Leep EM, Serdeel JC, Lean ME. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence in a random sample. *BMJ* 1995;311:1401–5
33. Cust AE, Stocks T, Lukanova A, et al. The influence of overweight and insulin resistance on breast cancer risk and tumour stage at diagnosis: a prospective study. *Breast Cancer Res Treat* 2009;113:567–76
34. Dubnov-Raz G, Berry EM. The dietary treatment of obesity. *Med Clin N Am* 2011;95:939–52
35. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric* 2012;15:419–29

Disclaimer

Information provided in this booklet might not be relevant to a particular individual's circumstances and should always be discussed with the individual's healthcare professional. This publication provides information only. The International Menopause Society can accept no responsibility for any loss, howsoever caused, to any person acting or refraining from action as a result of any material in this publication or information given.

