

# Unidades de menopausia

Dr. E. Fernández Villoria

Fundación Jiménez Díaz  
Madrid

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), viven en España (si aceptamos la edad promedio de 50 años para la menopausia) 7.259.564 mujeres en edad peri y postmenopáusica, lo que supone un 36.6% del total de las 19.830.777 mujeres censadas en 1988. Los problemas de las enfermedades relacionadas con la edad se hacen más apremiantes a medida que la población envejece. Este envejecimiento está ampliamente contemplado en la estrategia "Salud para todos en el año 2.000", que constituirá el eje central de la filosofía y líneas de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo en la presente Legislatura, siguiendo las pautas de la Organización Mundial de la Salud para la región europea.

Según un estudio de la población mundial, calculado para el año 2.025 (fig. 1), los europeos únicamente representaremos el 4% del total. Según datos del I.N.E. la natalidad en España ha descendido un 10% entre el año 1981 y 1988, con un valor de "eficacia biológica" de la mujer española muy por debajo del necesario para el mantenimiento de la población actual y su "vigor genético" (fig. 2). En el mismo periodo de tiempo el I.N.E. nos proporciona la evidencia de que un 27% de mujeres han sobrepasado la edad de 80 años (fig. 3).

Si seguimos analizando datos procedentes de las mismas fuentes, correspondientes al año 1987, en una encuesta realizada sobre discapacidades (aceptando este término para aquellas personas que tienen alguna limitación en su actividad cotidiana) observaremos un hecho evidentemente destacado. El paso del

grupo decenal, de los 45 a 54 años, que padecen alguna limitación es altamente significativo (el 14% de las personas de este grupo tienen alguna discapacidad). Las cifras son siempre crecientes hasta el grupo de 80 años o más, donde el 83,5% de las personas que lo componen padecen una discapacidad.

Pero hay que destacar otra circunstancia de esta Estadística como es, que las mujeres ofrecen menores tasas de discapacidad hasta cumplir los 55 años (fig. 4). A partir de los 55, estas tasas son marcadamente desfavorables para la mujer. No hay que olvidar que el número total de mujeres a esta edad supera al de varones.

La arterioesclerosis ha sido clasificada por la OMS como verdadera epidemia y según recientes estudios el infarto agudo de miocardio supone la principal causa de mortalidad entre las mujeres de más de 50 años. No vamos a profundizar en el tema, pero sí recordarlo con unas gráficas en las que se hace un estudio muy demostrativo, pues comparamos la incidencia de muertes por infartos, por años (desde 1980, 1986) y por edades, con las que tienen por causa la existencia de un cáncer de mama o un cáncer de endometrio, que son las dos circunstancias que se han tenido y se tiene en la actualidad más presentes cuando se planifican campañas de Salud o de Medicina Preventiva (fig. 6, fig. 7).

Hoy en día la osteoporosis es denominada la "plaga silenciosa de nuestra época" y se está convirtiendo en uno de los mayores problemas de la Salud Pública, debido precisamente a este constante incremento de la expectativa de vida en los países industrializados. La ver-

dadera importancia de la osteoporosis radica en la producción de fracturas en mujeres de más de 50 años, fundamentalmente debidas a las alteraciones en la remodelación del hueso inmediatas a la postmenopausia, por incremento fundamentalmente de la reabsorción ósea. En el momento actual se acepta, en la clasificación de la osteoporosis, la denominada: "osteoporosis postmenopáusica".

Creemos que sería inútil discutir, como se realizó en la Asamblea General celebrada en Oviedo durante el XX Congreso Español de Ginecología y Obstetricia, la necesidad de crear Unidades de Menopausia en nuestros principales hospitales. Esta necesidad se reconoció oficialmente, como mencionamos en el prólogo, en el XXI Congreso Nacional celebrado en Palma de Mallorca, al organizar la S.E.E.M. (Sección Española para el Estudio de la Menopausia), por decisión unánime de la Asamblea General, y precisamente entre las prioridades que desde el principio se propuso esta Sección fue la creación y organización de las Unidades de Menopausia.

La menopausia no es una enfermedad sino que, al igual que la pubertad o el embarazo es una etapa normal de la vida de la mujer. Normal en el momento actual, pero quizá añadiendo que por otro lado es "artificial" hasta cierto punto, ya que no hay que olvidar que en 1900 era difícil que las mujeres superaran la edad de los 50 años, por ello no existía una problemática social, ni médica, en la mujer que superaba esta edad. No obstante, ¿debe por ello obligarse a las mujeres aceptar pa-

sivamente todas las manifestaciones que la acompañan tanto de naturaleza física como psíquica? Esta actitud tradicionalmente aceptada por muchas mujeres y ginecólogos, e incluso defendida aún por algunos, no puede estar justificada en el momento actual.

Por otro lado, no hay que olvidar que, el comportamiento y la manera de ser y de sentir está en perpetua evolución, modelados por acontecimientos externos y por las transformaciones del organismo. No obstante, algunos periodos son más propicios que otros a los cambios. En las mujeres existen dos etapas cruciales: la pubertad y la menopausia y la manera de abordar y superar las mismas suele tener importantes consecuencias de cara al futuro.

De estas dos etapas, la menopausia es la más temida por la mujer ya que se acompaña de una serie de síntomas, que si bien no alcanzan la categoría médica de los ya mencionados: riesgo de cardiopatía isquémica o de osteoporosis, sí pueden originar profundas alteraciones en las actividades habituales de la mujer que supera los 50 años y que en gran número desempeñan un activo y a veces importante papel en la Sociedad, ejerciendo una profesión.

En todos los estudios realizados sobre Salud Pública en distintos países, se destaca igualmente no sólo las alteraciones de órganos y sistemas, sino la sintomatología de naturaleza psíquica (nerviosismo, depresión, irritabilidad, impaciencia, etc.), todos ellos se corresponden en mayor o menor grado a la línea depresiva. Por su parte, las enfermedades o alteraciones físicas tienen igualmente una repercusión psicológica que no debe infravalorarse. La elevada frecuencia de trastornos depresivos en la menopausia o después de su aparición, ha dado lugar a la aparición del concepto de "melancolía de involución", ya que sus defensores han establecido un paralelismo implícito entre la involución del aparato genital y la sintomatología depresiva.

Por último, podríamos decir que no hay que olvidar, que esta etapa de la vida es tanto más delicada cuanto que las modificaciones corporales y enfermedades aparecen si-

multáneamente con acontecimientos vitales, a veces difíciles de afrontar como son la pérdida de los padres, el abandono del hogar por parte de los hijos, problemas de convivencia matrimoniales y últimamente la desventaja, puesta reiterativamente de manifiesto por los medios de divulgación, que suponen la edad para el logro de un puesto en nuestra sociedad en competencia con la juventud.

Por todo ello, el ginecólogo es evidente que tiene una gran responsabilidad. En un estudio muy interesante del American College of Obstetricians and Gynecologists muestra que un 80% de las mujeres prefieren a su ginecólogo como médico principal y que un 66% se ocupan también del tratamiento general de sus pacientes. En los esquemas de Unidades de Menopausia está claro que la Consulta ginecológica es la que va a recibir a la mujer en primer término. Esta circunstancia obliga a los Departamentos de Ginecología a organizar un organigrama para relacionarse con los distintos Departamentos, que según las circunstancias, tiene obligadamente que participar en la valoración del riesgo, esquemas terapéuticos y valoración de resultados.

La Unidad de Menopausia de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid se organiza en 1986, contando con las facilidades que se daban en este Hospital: Laboratorio de Lípidos y Hormonas, consulta de Psicología y fundamentalmente una Unidad Metabólica que se ocupaba de la investigación biomédica de la osteoporosis. En el organigrama que adjuntamos, entre sus finalidades se contemplan: (fig. 8).

1. Programas de asistencia.
2. Programa de investigación (THS. Riesgos y efectos colaterales).
3. Programa de Docencia (Cursos de Doctorado, Formación y reciclaje del médico general).
4. Banco de Datos (propios y procedentes del I.N.E.).
5. Estudios económicos (coste-beneficio de la THS en relación con los riesgos de la mujer en edad postmenopáusica.

6. Campañas de información a través de los medios de comunicación específicos para profesionales de la medicina. Igualmente se han utilizado periódicos, programas de radio y televisión.

En relación con este último aspecto que es importante sensibilizar a la población española sobre la necesidad de elevar los niveles exigencia para el control de los riesgos que se pueden iniciar en la menopausia inmediata y que pueden tener importantes repercusiones a lo largo de la vida que siguen hasta la senectud e incluso que queda esta barrera, fijada teóricamente a partir de los 65 años de edad. Nadie que quiera vivir bien, si pretende pensar bien, que el objetivo actual de nuestra Sanidad es suficiente para prevenir dignamente las discapacidades que inevitablemente se van a presentar a lo largo del año 2.000, no tan lejano, cuando es probable que un 20% de la población femenina sobrepase la edad de 80 años.

El recordatorio de nuestro objetivo principal que por descontado puede ser mejor que entre otras finalidades, dar un toque de realidad, como responsable de la S.E. que con cierta alarma que en muchos hospitales se están llamadas "Unidades de Menopausia" convirtiéndose en "consultas ginecológicas de la tercera edad". Es decir, olvidándose de tener una finalidad de coordinación de los distintos departamentos que obligatoriamente deben que participar en el estudio de la THS, método de diagnóstico y valoración de resultados, sobre todo en el coste-beneficio de este concepto de actitud médica.

Dentro del campo de la Seguridad Social en nuestro país, debido al marco legal actual, la distribución de recursos y a los planes de trabajo enfocados a la racionalización de los recursos, la adecuación de los mismos, cualquier medida que reduzca los costes sociales provocados por la patología determinada admite (según el estudio epidemiológico de White), tres vertientes: a) de Práctica; b) de investigación; c). Admisión.

Se conoce la utilidad de la epidemiología

en los dos primeros puntos, pero creemos que el papel del Epidemiólogo debe ser igualmente importante en el tercer punto.

La progresiva ampliación de la SS y la tendencia hacia la universalización de la misma, objetivo del programa "Salud para todos en el año 2000", con un ámbito de cobertura del 100% de la población, presenta la difícil decisión de marcar criterios de selección de prioridades sanitarias.

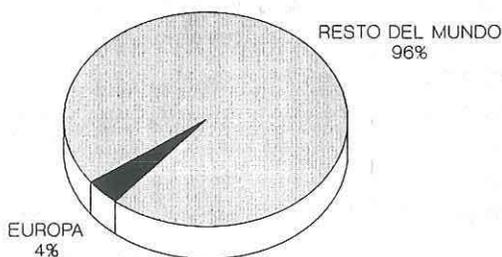
Estos problemas se complican, como decíamos al principio, debido a que nuestra población está envejeciendo y cada vez se consumen en mayor grado, en el apartado de pensiones, recursos de los fondos de la Seguridad

Social que hace unos años estaban dedicados a las campañas de Medicina Preventiva.

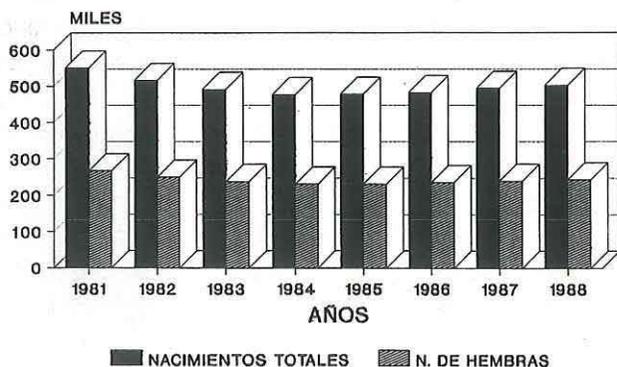
Desde el principio dimos un gran valor a redactar un protocolo que de forma razonable recogiera y valorara la sintomatología de la enferma. El protocolo que aceptamos (y que hemos modificado en numerosas ocasiones) quizá resulte un poco extenso y el rellenarlo evidentemente lleva tiempo, pero creemos que es muy positivo. Estas pacientes necesitan obligatoriamente ser "minuciosamente individualizadas" y la historia clínica puede ser el comienzo de la erapéutica, al sentirse la mujer atendida sin tiempo límite para manifestar toda su problemática.

Nadie puede negar hoy el valor, que dentro de la Unidad de Menopausia, representa la densitometría, mamografía, analítica, o el papel que en el futuro representarán los marcadores biomédicos de riesgo para la osteoporosis o la ampliación de determinados niveles hormonales, pero no podemos olvidarnos que en muchas ocasiones actuamos precipitadamente, sin dialogar "el tiempo que sea necesario con nuestras pacientes" olvidándonos con frecuencia que la enferma espera del médico ante todo, una sensación de seguridad que ha de surgir del coloquio con las personas, según la bella definición de Georges Duhval para el Acto Médico.

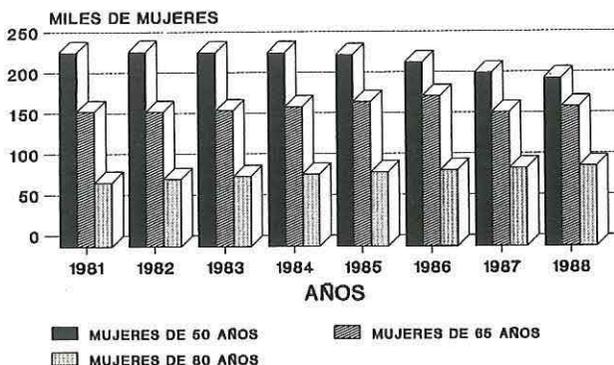
### POBLACION MUNDIAL AÑO 2025 % EUROPA



### NACIMIENTOS EN ESPAÑA N.º DE HEMBRAS



### MUJERES EN ESPAÑA SEGUN EDADES



### PERSONAS CON DISCAPACIDADES POR MIL PERSONAS DE CADA GRUPO DE EDAD Y SEXO

