

XI SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED CAPS
Barcelona, 30 de octubre de 2009

MORBILIDAD DIFERENCIAL EN MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS

Carme Valls-Llobet
Médica endocrina
Presidenta de CAPS

“Envejecer es un logro, un triunfo, no un cataclismo.....Los estereotipos negativos acerca de la vejez en las sociedades occidentales afectan de manera especial a las mujeres. Estas son percibidas como mayores antes que los hombres, siendo invisibles mucho antes que ellos, tanto en la vida social como en los medios de comunicación. Además las mujeres mayores suelen ser evaluadas de manera más negativa que los hombres de su misma edad, especialmente en lo que a la apariencia física se refiere”. Anna Freixas¹.

Es evidente que cuantos más años se viva, más desgaste tendrá nuestro sistema musculoesquelético, porque las articulaciones habrán tenido que sostener todo el cuerpo durante más tiempo, sobretodo las caderas, las rodillas y la columna vertebral. Esta es una parte necesariamente negativa del envejecer, por el repetido impacto que han recibido nuestras articulaciones, trabajando en condiciones no ergonómicas. Pero como hemos visto este es un problema que no depende de la naturaleza sino de las condiciones de trabajo y por lo tanto no es imposible de corregir.

Pero a medida que avanza la edad otros problemas de salud se pueden presentar, como la hipertensión, las enfermedades de las arterias, de las venas o del corazón. Incluso con la edad se hace más difícil para el riñón fabricar de forma eficiente la vitamina D, que disminuye su producción hacia los 50 años en las mujeres y hacia los 60 años en los hombres. También la edad favorece que se produzcan más enfermedades autoinmunes, que pueden producir dolor en músculos, y articulaciones.

Si la autoinmunidad se produce contra las glándulas endocrinas como la tiroidea, avanza la tiroiditis autoinmune, y como consecuencia el hipotiroidismo que produce cansancio, pérdida de memoria y dolores musculares por miopatía.

Todos estos problemas no se producen por igual en toda la población, pero su aparición puede estar relacionada con la nutrición incorrecta, el exceso de sal en las comidas, por el uso de tabaco, o simplemente por una cierta predisposición genética a las enfermedades autoinmunes. Los cambios de hábitos pueden mejorar muchos de los problemas cardiovasculares y el diagnóstico diferencial correcto en los centros de atención primaria puede detectar los problemas metabólicos que son causa de dolor, osteoporosis, o deficiencia de la hormona tiroidea. Pero muchas mujeres acuden a las consultas de atención primaria, consultando porque tienen miedo a la menopausia, porque han escuchado en algún medio de comunicación que es

un momento muy grave para sus vidas, y que puede tener consecuencias funestas para su salud, y muchas veces preocupadas por lo que han oído dejen de expresar incluso sus propios síntomas y malestares. ¿Que es la menopausia? Si nuestras abuelas y tatarabuelas, la tuvieron sin grandes males ni consecuencias ¿. porque tantas mujeres tienen miedo de padecerla?

LA MENOPAUSIA

La menopausia es como su nombre indica el cese de la menstruación, una pausa del menstuo (situación gozosa para la mayoría de las mujeres, por otra parte). Este cese de la menstruación se produce cuando a pesar del estímulo de la hipófisis y del hipotálamo, el ovario ya no responde y deja de ovular y de producir en primer lugar progesterona y en segundo lugar a veces años más tarde estrógenos. Cuando dejan de producirse estrógenos en cantidad elevada, se deja de menstruar al menos cada mes.

Puede ocurrir que algunas mujeres en la etapa perimenopausica o sea dos o tres años antes del cese total tengan una menstruación cada dos o tres meses que suele ser muy abundante y a veces claramente como si fuera una hemorragia. Esto se debe a que cesa la producción de progesterona pero todavía persiste la de estrógenos que hacen proliferar el endometrio (el tejido que recubre el útero) de forma exagerada. Muchas mujeres sufren estas alteraciones en silencio y con resignación, sin saber que el tratamiento en esta etapa de la vida reproductiva, es relativamente fácil y que las hemorragias pueden prevenirse con una dosis adecuada de progesterona natural administrada catorce días del ciclo.

Pero igual que la menstruación no había existido de forma clara para la medicina, la investigación de lo que ocurre realmente cinco o diez años antes del cese de la menstruación o dos años después de su desaparición, ha permanecido ausente o sus resultados invisibles o desconocidos para la mayoría de los profesionales. Existen todavía muy pocos estudios de la epidemiología de la menopausia, por lo que muchas veces las terapias recomendadas se basan en el terreno empírico y solo para paliar los síntomas, sin entender en profundidad los cambios fisiopatológicos que se producen en el cuerpo de las mujeres.

De hecho las consecuencias clínicas del cese de la producción de hormonas por el ovario son fundamentalmente dos: Las sofocaciones o sofocos, y la sequedad de piel y vagina. Las sofocaciones se presentan sólo en el 30% de mujeres occidentales, y se deben a la pulsión de una hormona hipotalámica (la Liberadora de las Gonadotropinas). Cuando pulsa intentando liberar las hormonas que estimulan habitualmente el folículo (FSH) o el cuerpo lúteo (LH) producen una sensación de calor en la cara o que sube desde la cintura hacia arriba, y se acompaña a veces de sensación de aceleración de la frecuencia cardiaca (palpitaciones), y algunas mujeres sienten también que se les va la cabeza. La sequedad vaginal puede producir dificultades para las relaciones sexuales, dispareunia, y es un síntoma molesto que puede permanecer invisible si el profesional sanitario no pregunta directamente por él.

Estos síntomas molestos que nadie consideró una enfermedad, se sufrieron a veces en silencio, o fueron minusvalorados. La estrategia normal hasta el año 90, dentro de la medicina, para enfrentarse a los años de más que la vida nos da a las mujeres era la de que nada de lo relacionado con la menopausia era

importante y que las mujeres debían aguantarse porque ya pasarían los síntomas. Hasta finales de los 90 casi nadie había hablado de la Terapia Hormonal Sustitutiva.

¿Por qué entonces se introdujo en la práctica médica la “creencia” de que todos los males del envejecimiento SOLO DE LAS MUJERES se debía a la presencia de la menopausia? ¿En que trabajos científicos se ha comprobado que la existencia de dolor e incluso la de las osteoporosis se deba a la ausencia de la menstruación o al declive hormonal? ¿ En que trabajos científicos se basaron las casas comerciales para introducir la denominada TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA que tenía como misión según la propaganda de algunos laboratorios farmacéuticos, secundada por algunos ginecólogos, impedir la osteoporosis, mejorar la hipertensión y los problemas cardíacos de las mujeres?

EL FRAUDE DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

Un ejemplo paradigmático de la invisibilidad en el estudio de las diferencias creyendo que las mujeres están protegidas por su misma biología ha sido precisamente la terapia hormonal substitutiva aplicada a las mujeres después de la menopausia, que es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y para el cáncer de mama, pero que se introdujo al principio de los años 90 como el paradigma de la prevención del envejecimiento y de la osteoporosis.

Cuando al principio de los años 90 se presentaron los primeros trabajos para tratar la sequedad vaginal y las sofocaciones con Terapia Hormonal Sustitutiva, (THS) las casas comerciales se basaron en estudios de corta duración (tres o seis meses) en mujeres sanas. Se observó que el tipo de mujeres escogido era sesgado respecto al resto de población, más delgadas, con ejercicio físico continuado, etc. Y en cambio la terapia en la práctica asistencial se aplicaba por igual a todas las mujeres, fueran obesas o simplemente con peso por encima de la media, sin atender al conocimiento científico de que cada nanogramo de hormona administrada se multiplicaba por diez por cada Kg de sobrepeso de las mujeres. La industria farmacéutica sólo realizó estudios a corto plazo, y no basados en población, pero se empezó a afirmar que la THS podría servir para prevenir los infartos de miocardio y la arterioesclerosis de los vasos sanguíneos y que podría prevenir fracturas, con un gran despliegue de propaganda y elementos de marketing, para convencer que sería la panacea del siglo XX.

Los primeros estudios en mujeres posmenopáusicas de la población general seguidos durante más de dos años, con dinero público, no pagados por la industria farmacéutica, han sido el HERS I y HERS II, ensayos clínicos controlados en mujeres que ya habían padecido problemas cardiovasculares, y a las que se administró placebo y terapia hormonal con estrógenos y progestágenos, Aunque el estudio estaba planificado para cuatro años y medio se tuvo que suspender a los 2 años por el incremento de fenómenos trombóticos periféricos y pulmonares, y un incremento de mortalidad por infartos de miocardio, entre las mujeres que tomaban THS, en mayor número que las que tomaban placebo. La pretendida función de prevención de

problemas cardiovasculares empezó a desmoronarse con el HERS I (1998) y se confirmó en el HERS II (2002).

En este campo la verdadera innovación se realizó en el año 1996-1997, cuando el NIH de EEUU, puso en marcha el Proyecto Women's Health Initiative, impulsado por la cardióloga Bernardine Healy. Este se ha convertido en el primer estudio a gran escala de población para deshacer los mitos que pesaban sobre la terapia hormonal sustitutiva y las falacias que se habían introducido en el primer momento, y constituía un primer paso para desarrollar ciencia médica teniendo en cuenta precisamente las necesidades o intereses de las mujeres que tradicionalmente habían sido olvidados o despreciados

En un momento en que las informaciones sensacionalistas de los medios de comunicación han hecho pasar información como científica cuando no era o se han difundido noticias que se confunden con ciencia sin base experimental, el hecho de que un departamento de salud pública haya financiado un estudio a gran escala con más de 100.000 participantes durante 4 o 5 años, de hecho el estudio estaba diseñado para 10, constituye un hito muy importante en la historia de la investigación biomédica dirigida precisamente hacia las mujeres. Precisamente este estudio ha demostrado el mayor riesgo de padecer cáncer de mama, de endometrio, y patología cardiovascular y de vesícula biliar entre las mujeres consumidoras de Terapia Hormonal Sustitutiva a dosis altas y continuadas.

A finales del año 2000 se publicaron los primeros resultados del WHI (Women's Health Initiative) con 16.608 mujeres postmenopausicas seguidas durante 5,2 años aunque estaba previsto seguirlas hasta 8 años. Se suspendió parte del proyecto por incremento en uno de los grupos seguidos de enfermedades coronarias, ictus, Cáncer de mama invasivo y embolismo pulmonar, con una ligera disminución a los dos años de cáncer colorectal y fractura de cadera. El grupo que tuvo que suspender el seguimiento fue el que estaba tomando estrógenos y progestágenos a dosis altas y continuadas.

En el año 2003 un excelente estudio² con cohorte de 1.084.110 mujeres de 54 a 64 años mostró un incremento de riesgo relativo de presentar cáncer de mama invasivo entre las mujeres que estaban utilizando THS, 1,66(1,60-1,72), un incremento de mortalidad entre las que la utilizaban (1,22 (1,05-1,41) siendo el riesgo mayor entre las mujeres que utilizaban usaban estrógeno y progestágeno RR =2 (1,91-2,09) y tibolona RR = 1,45 (1,25-1,67).

Tibolona y cáncer de endometrio

La tibolona es un esteroide sintético con actividad estrogénica, progestogénica y androgénica, utilizado en los síntomas de la menopausia, aunque existen pocos ensayos clínicos sobre su eficacia. Se presentó como un gran avance en la THS porque no era "tan estrogénico", por lo que se propuso como un tratamiento que no ponía a las mujeres en riesgo de cáncer de mama. Además por su alto contenido en andrógenos podía aumentar el tamaño del clítoris y hacia que las "mujeres estuvieran siempre preparadas para el coito". El MWS (Million Women Study)³ ha demostrado que el uso de la Tibolona se ha asociado con un aumento significativo del riesgo de cáncer de endometrio (RR1,79; 1,43-2,25), que fue más elevado entre mujeres que no eran obesas (RR 2,99; 2,08-4,30).

Este incremento de riesgo del cáncer de endometrio asociado a la administración de tibolona también se ha observado por el grupo DeVries⁴, en un estudio casos control entre mujeres que utilizan Terapia Hormonal Sustitutiva para la menopausia. El riesgo de cáncer de endometrio entre las mujeres que tomaban Tibolona fue mayor que las que utilizaban un combinado cíclico (RR 1,54 ; 1,03-2,32). El Boletín de farmacovigilancia⁵ recomienda limitar su uso a casos con síntomas vasomotores graves en la menopausia que no responden a la terapia combinada, siguiendo de cerca la proliferación de endometrio para disminuir los riesgos de su utilización. Aunque ya hemos descrito su relación también con el cáncer de mama.

THS y cáncer de ovario.

Hace ya unos ocho años que varias publicaciones señalaban incrementos de cáncer de ovario en mujeres que tomaban o habían tomado Terapia Hormonal sustitutiva, pero los estudios daban algunos resultados contradictorios según el tipo de hormona usada y la forma de administración. El estudio realizada en Dinamarca por Lina S Morch⁶ y colaboradoras, fue diseñado especialmente para seguir durante 8 años a 904.946 mujeres, de las que 3.068 presentaron cáncer de ovario. La excelente calidad del diseño ha permitido demostrar por primera vez en la literatura una correlación directa entre las mujeres que tomaban THS (OR 1,38 (IC 1,26-1,51), con todo tipo de formulación, dosis, tipo de progestágeno y ruta administrada. El riesgo disminuía a partir de dos años de cesar la administración Una primera advertencia clara de incremento de Cáncer de Ovario con THS.

Los cambios en la prescripción de THS han disminuido la incidencia de Cáncer de mama

Los riesgos de la THS sobre el cáncer de mama y de endometrio, aunque sea difícil que lleguen de manera rápida a la comunidad científica, empezaron a modificar la prescripción de estrógenos por lo menos en EE.UU. De 80 millones de prescripciones de estrógenos anuales en 1998 año en que se publicó el primer estudio HERS se pasó a 60 millones de prescripciones en el año 2002, año en que se publicó el estudio HERS II y el WHI. Las prescripciones de estrógenos durante el 2003 cayeron a 20 millones, el mismo nivel del año 1995. ⁷Alguna información había llegado a los profesionales que la recetaban anteriormente, cuando en un año disminuyeron 40 millones de recetas, demostrando la utilidad de los estudios de población estimulados por los departamentos de salud pública.

Estudios epidemiológicos basados en datos de incidencia de cáncer de mama entre Agosto de 2002 y diciembre de 2003, en estados Unidos, han demostrado por primera vez una clara disminución de un 7% de la incidencia entre todas las mujeres y de un 15 % entre las mujeres de 50 a 60 años, datos que se han atribuido a los límites de la terapia hormonal en la menopausia que se divulgaron a partir de la mitad de la década de los 90, en que se inició un gran estudio epidemiológico el Women's Health Initiative, pagado con dinero público, que ha hecho un seguimiento de mujeres a partir de la perimenopausia y de la menopausia, con diversas estrategias de promoción de salud y diversas dosis de tratamiento. Precisamente este estudio confirmó la relación entre terapia hormonal sustitutiva y la mayor incidencia de cáncer de mama, que ya

habíamos sospechado desde el Congreso de Mujeres y Calidad de Vida del año 1990 en Barcelona

Al revisar los resultados epidemiológicos sobre cáncer de mama en USA, en la reunión de Palo Alto, de Noviembre de 2006, se observó una disminución de unos 14.000 casos en el periodo de 2002 a 2003. Los datos se revisaron cuidadosamente dado que era la primera vez en la historia desde el año 1945 en que el cáncer de mama no ha dejado de incrementar su incidencia y mortalidad, en que se constata una disminución.

Las razones que pueden causar esta disminución, son la menor utilización de THS, después de que los resultados de los primeros estudios epidemiológicos a gran escala como el WHI (Womens Health Initiative), que detectaron un incremento de cáncer de mama en los grupos que tomaban THS a dosis altas por vía oral fueron conocidos. La divulgación de estos resultados motivó una disminución del consumo de THS entre las mujeres de Estados Unidos. Aunque el debate está servido, y también puede influir el menor uso de insecticidas organoclorados en la agricultura, la buena noticia, es que todavía están entre nosotras 14.000 mujeres que podían haber muerto. La ciencia bien hecha logrará destruir muchos mitos y falacias

La administración de isoflavonas de soja es inútil en la menopausia.

No existe ni un estudio de evidencia buena que justifique la utilización de isoflavonas de soja en la menopausia, aparte de mejorar los beneficios de los laboratorios que la comercialicen y tampoco se han encontrado evidencias de beneficios superiores en la nutrición frente a otras legumbres o cereales. Una vez más se extrapolaron conocimientos observacionales y no ensayos clínicos, a partir del conocimiento de que las mujeres asiáticas tenían menos sofocaciones que las europeas, pero también ocurre en nuestro medio entre las mujeres del mundo rural, que comen más verdura y fruta que también son ricas en estrógenos vegetales⁸. La utilización en las comidas no tiene riesgos elevados pero se ha de tener en cuenta que su alto contenido en ácido fítico puede hacer que arrastre vitaminas y minerales como el calcio, el hierro y el magnesio e impedir su absorción, Pero la administración de isoflavonas de soja a dosis más elevadas de 80 mgrs al día incrementa el riesgo de cáncer de mama y de vejiga de orina.

Repitamos desde aquí un pequeño homenaje a las investigadoras y en especial a la Dra. Bernardine Healy que ya en 1992 impulsó desde el NHI el que se realizara una gran investigación entre mujeres sanas sobre los beneficios de la THS aplicada en una gran número de población. Los estudios poblacionales son siempre superiores a los observacionales o al de las mujeres que acuden a consulta. La Ciencia bien realizada y sin sesgos de género será la verdadera barrera que impida la Farma-pulación del cuerpo de las mujeres. Debemos continuar reivindicando el que no se utilicen fármacos, terapias alternativas o suplementos de soja sin que existan estudios de evidencia buena que pongan de manifiesto su utilidad terapéutica.

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV)

La invisibilidad de las mujeres y los sesgos en la valoración de síntomas, en el diagnóstico y en el tratamiento de las ECV han sido letales para las mujeres. En el momento actual de evolución del método científico y de la medicina basada en la evidencia, todavía se producen transgresiones que perjudican a

las mujeres, como ha sucedido con la terapia hormonal sustitutiva (THS). Basándose en ensayos observacionales y partiendo de la creencia que las mujeres están más protegidas contra las ECV gracias a los estrógenos, hace unos años se recomendó y generalizó el uso de la THS en la menopausia. Estudios posteriores de cohortes han demostrado la nulidad de esta creencia, además de comprobar otros efectos nocivos. El desconocimiento real de la fisiopatología de la ECV femenina y la ignorancia de este desconocimiento, que es más grave, ha expuesto a muchas mujeres a unos efectos secundarios potencialmente graves y sólo ha servido para mejorar los dividendos de las empresas farmacéuticas

Entre los factores de riesgo cardiovascular, que son más frecuentes en el sexo femenino, queremos destacar la Diabetes Mellitus (DM) del tipo 2 o del adulto que se presenta también con alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años relacionado en muchos casos con la obesidad. A nivel mundial se considera que hay una prevalencia entre población blanca del 3 al 6 %. A partir de los 50 años aumenta entre el 10 y el 15%. En el estudio italiano de⁹, la prevalencia en hombres es del 3% y de mujeres del 3.4%. Respecto a la diabetes gestacional la prevalencia está entre un 2 y 12 %. La mortalidad de la DM2, en España está entre la 3ª y la 6ª causas de mortalidad, aunque queda enmascarada en la mortalidad cardiovascular. En mujeres la tasa bruta es del 29% por cada 100000 y en los hombres del 16 %.

El estudio Nurses' Health¹⁰ ha seguido 84.941 mujeres desde 1980 a 1996, documentando 3300 nuevos casos de diabetes tipo II. El más importante predictor de diabetes fue el sobrepeso o la obesidad (61%). Otros factores de riesgo demostrados han sido la vida sin ejercicio físico vigoroso, fumar, dieta poco rica en fibra y con exceso de grasa y azúcares y la abstinencia de alcohol (consumo diario inferior a 5 grs)

Llama la atención la falta de datos diferenciados por sexos y por edades. Tampoco las complicaciones están diferenciadas, sólo en algunos casos por años de evolución desde el diagnóstico. En general el interés al explicar los datos de los estudios, está en hacer globalizaciones de resultados en la población y no se comentan las diferencias por sexos y tampoco por edades. Incluso en los datos del estudio UKPDS, el más importante en Europa sobre DM2, donde se valoran la disminución de las complicaciones de la DM2 con los distintos tratamientos farmacológicos y con el control intensivo de la glicemia, además de interferir sobre los factores de riesgo, aparecen datos muy escasos diferenciados por sexos.

En los estudios de Diabetes diferenciados por sexos, la prevalencia de la DM2, es mayor en los hombres hasta los 49 años y a partir de los 50 es más prevalente en las mujeres.

En el estudio de Biderman¹¹ encuentran que no hay diferencias significativas respecto a la mortalidad entre hombres y mujeres (alrededor del 30%). Pero aparecen diferencias significativas en otros datos: la mortalidad en las mujeres está ligada a cifras más altas de Hb glicosilada y en los hombres, a la presencia de microalbuminuria. El ácido úrico y los TG aumentan en los hombres con DM2 y en cambio en las mujeres lo que aumenta es la creatinina. En el estudio del Leicester general Hp¹², la prevalencia de ceguera en DM, es superior en las mujeres que en los hombres y no hay diferencias por etnia. En el estudio de incidencia de DM2 en Taiwan¹³, con 1000 mujeres y 1000 hombres, los resultados de los factores predictivos para la DM2, en hombres

la obesidad y el hiperinsulinismo son factores independientes y en cambio en las mujeres el hiperinsulinismo acompaña a la obesidad.

En resumen, se puede decir que la DM2 es una enfermedad de mujeres que se ha estudiado mayoritariamente en hombres. Faltan estudios sobre FR y evolución de la enfermedad diferenciados por sexos.

HIPERTENSION

El sesgo de género que preside el inconsciente de muchos profesionales de la medicina que les hacen creer que las mujeres son inmunes a los problemas cardiovasculares, ha hecho también creer de forma incorrecta que la hipertensión arterial era de predominio masculino, Nada más lejos de la verdad. La mayoría de personas hipertensas son del sexo femenino, con una proporción de dos mujeres con hipertensión, sobre todo por encima de los 50 años, por un hombre que la padece.

Las causas de esta hipertensión no están del todo claras y por lo tanto la posible prevención es difícil. ¿Por qué son más hipertensas las mujeres que los hombres? ¿En la era de las explicaciones genetistas como causa de los problemas de salud podemos explicar el doble de hipertensión entre mujeres por razones genéticas? Existen dos tipos de hipótesis que diversos grupos de investigadores están intentando demostrar, una biológica y una social.

La causa biológica está relacionada con el cese de la producción hormonal de progesterona en la menopausia o su declinar a partir de los 35 años. La progesterona es una hormona que entre sus propiedades tiene una acción antialdosterónica, o sea que tiene propiedades diuréticas. Su función en este aspecto durante el ciclo menstrual es neutralizar el exceso de retención de líquidos que producen los estrógenos. Cuando en la perimenopausia empieza a disminuir la secreción de progesterona y los ciclos menstruales se hacen más cortos, se inicia la retención de líquidos, y de sal (si la ingesta es excesiva), por lo que se crean las condiciones biológicas de la hipertensión. Este tipo de hipertensión se podría neutralizar con la administración de progesterona natural aunque sólo fuera con la aplicación de un gel de progesterona en la piel.

La causa psico social de la hipertensión tiene relación con el efecto cardiovascular y neuroendocrino del estrés físico y mental. El grupo de Marianne Frankenhauser del Instituto Karolinska, ya demostró en 1978, que las mujeres ejecutivas en igualdad de trabajo con hombres ejecutivos presentaban diferentes patrones de secreción de neurotransmisores que pueden causar hipertensión. Durante las mañanas en el trabajo tenían unos niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol, mucho más bajas que sus compañeros, y unos niveles de tensión arterial que incluso disminuía cuando llegaban al trabajo. Por la tarde, al llegar a su hogar, los varones disminuían sus niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol y su tensión arterial, mientras que a las mujeres les aumentaban los niveles sobre todo de adrenalina tres veces el nivel basal, y estos niveles persistían por la noche. Esta situación mantenida durante meses y años, condiciona riesgos cardiovasculares e hipertensión

sobre todo de las 7 de la tarde a las siete de la mañana siguiente y esta hipertensión de predominio femenino, se relacionan con la doble jornada y el hecho de que a estas horas se debe continuar haciendo el trabajo doméstico, sean las mujeres ejecutivas, administrativas o amas de casa. Estas causas de hipertensión han permanecido invisibles porque se han investigado las causas de unas manifestaciones diferentes entre mujeres y hombres.

DEFICIENCIA CLÍNICA Y SUBCLÍNICA DE VITAMINA D, HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO

Esta patología está presente en todas las edades de la vida de los seres humanos. Produce discretos hiperparatiroidismos secundarios al déficit de vitamina D y una miopatía periférica¹⁴.

La prevalencia se calcula que a partir de los 50 años un 38% de la población femenina puede presentar un déficit subclínico de Vitamina D con un hiperparatiroidismo secundario y a partir de los 70 años podría llegar a ser el 70% de la población tanto masculina como femenina.

También son una causa muy frecuente de desmineralización el exceso de hormona paratifoidea, no tanto por adenomas autónomos que son muy raros, sino por el déficit de Vitamina D, que por resistencias congénitas se puede presentar desde etapas muy jóvenes de la vida y puede estar presente en todas las edades de la vida de los seres humanos. Produce discretos hiperparatiroidismos secundarios al déficit de vitamina D y una miopatía periférica.

Se calcula que a partir de los 50 años un 38% de la población femenina puede presentar un déficit subclínico de Vitamina D con un hiperparatiroidismo secundario y a partir de los 70 años podría llegar a ser el 70% de la población tanto masculina como femenina. Aunque seamos un país con mucho sol las deficiencias de vitamina D son más frecuentes que en países del Norte de Europa. El metabolismo de la Vitamina D es complejo, ya que se requiere para estimular la provitamina D a través de la piel, que se tome el sol con el 30% del cuerpo descubierto, y que los rayos solares caigan perpendiculares a la piel. Esto sólo se produce de 12 a 4 de la tarde que son horas de máxima insolación y de calor por lo que muchas personas evitan tomar el sol. La piel a partir de los 60 años ya no produce la misma provitamina a partir de la insolación. Pero además esta provitamina se debe metabolizar primero en el hígado y después en el riñón para que sea activa, por lo que cualquier enfermedad hepática o renal modificará su producción. La edad es también un factor que disminuye su producción, 50 años en las mujeres y 60 para los hombres marcan un punto de inflexión negativo. En este momento el riñón disminuye la producción de vitamina D aunque se tomé el sol de forma adecuada. Por ello será recomendable la administración de calcio y vitamina D en las mujeres mayores de 50 años y en los hombres a partir de los 60 años y en todas las personas que presenten osteoporosis.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis se define como una reducción de la masa o densidad ósea. esta reducción de la masa ósea se acompaña de un deterioro de la arquitectura del esqueleto, lo que conduce a un incremento del riesgo de fracturas. Actualmente se define como una reducción de la densidad ósea a 2,5 Desviaciones Standard (SD) de la media de las densidades correspondientes a la edad del sujeto.

El riesgo de osteoporosis en las mujeres después de los 50 años es más grande que en el hombre de la misma edad, y en algunas mujeres la densidad ósea puede disminuir bruscamente después de la menopausia . La proporción de osteoporosis es de 4 mujeres por 1 hombre. Puede afectar al 30% de las mujeres de los países del norte de Europa y América. No son definitivos los estudios de población en España. También se presenta en hombres y mujeres que presenten enfermedades o factores de riesgo que favorezcan la desmineralización ósea. Las consecuencias de la osteoporosis son las fracturas: Las del radio (antebrazo y muñeca) que se presentan ya desde antes de los 50 años (fractura de Colles); las fracturas vertebrales que aumentan su incidencia a partir de los 60 años; y las fracturas de fémur que se duplican cada cinco años a partir de los 70 años.

La masa ósea se forma y se destruye a diario. La formación depende de unas células denominadas osteoblastos y la destrucción de unas células denominadas osteoclastos.

- Su remodelación depende del ejercicio físico, del aporte de calcio, vitamina D y proteínas y sólo en parte del estado hormonal.
- Los estrógenos se han demostrado útiles para impedir la pérdida ósea rápida sobre
- todo después de la extirpación quirúrgica de los ovarios, pero no en la formación del hueso.
- La progesterona natural es una hormona osteogénica capaz de formar hueso desde los primeros momentos de la pubertad.
- La densidad ósea de la columna vertebral(hueso trabecular) depende de más factores hormonales .
- La densidad del hueso del fémur (cortical) depende de los niveles de calcio y de vitamina D.

Existe un gran número de enfermedades que pueden colaborar en la presencia de osteoporosis desde etapas muy jóvenes de la vida. Cuando una persona presente dolor óseo o deformidad de la columna vertebral o de alguna articulación en las extremidades (como el arqueamiento de las rodillas) se debe pensar en la posible osteoporosis, sea cual sea la edad y el sexo de las personas afectadas. Ha sido muy frecuente considerar que la osteoporosis sólo se presenta entre mujeres después de la menopausia por lo que en este

pequeño artículo quisiera demostrar que las causas de osteoporosis son múltiples y diversas, y que la osteoporosis se podría prevenir y a veces evitar si se pensara en ella.

La morbilidad diferencial de las mujeres a partir de los 50 años, no se corresponde por lo tanto al cese de la menstruación, sino a problemas diversos biológicos, psicológicos y sociales, y al hecho precisamente de poder vivir con el mismo cuerpo durante más de 50 años. Hemos de desarrollar en el futuro nuevas estrategias de prevención, más localizadas y enfocadas en la morbilidad, en sus causas y en sus tratamientos, evitando la medicalización innecesaria, pero atendiendo correctamente el dolor, y todas las demás patologías acompañantes.

¹ Valls-Llobet, Carme. Mujeres Invisibles. Barcelona: Editorial de Bolsillo, Plaza y Janés, 2006.

² Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003 Aug 9;362(9382):419-27. Erratum in: *Lancet*. 2003 Oct 4;362(9390):1160.

³ Million Women Study Collaborators. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2005; 365: 1543-51.

⁴ DeVries CS et al. Tibolone and endometrial cancer: a cohort and nested case-control study in the U.K. *Drug Safety* 2005; 28: 241-9.

⁵ Butlletí de farmacovigilancia de Catalunya. Vol 3 nº 4.2005.

⁶ Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA*. 2009 Jul 15;302(3):298-305.

⁷ Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. *JAMA*. 2004 Jan 7;291(1):47-53)

⁸ Cervera, Montserrat. Barbies a los 50, no gracias. *MYS* 1999;3:1.

⁹ Garancini MP, Gobbi C, Errera A, Sergi A, Gallus G. Age-Specific Incidence and Duration of Known Diabetes. *Diabetes Care* 1996;19:1279-82

¹⁰ Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345:790-797

¹¹ Biderman A, Rosenblatt I, Rosen S, Zangwill L, Shalev R, Friger M et al. Sex differentials in predictors of mortality for patients with adult onset diabetes: a population-based follow-up study in Beer-Sheva, Israel. *Diabetes Care* 2000; 23:602-605

¹² Hayward LM, Burden ML, Burden AC, Blackledge H, Raymond NT, Botha JL et al. What is the prevalence of visual impairment in the general and diabetic populations: are there ethnic and gender differences?. *Diabet Med* 2002;19:27-34

¹³ Wang SL et al. Incidence of NIDDM and the effects of gender, obesity and hyperinsulinaemia in Taiwan. *Diabetologia*.1997 Dec;40 (12) :1443-8.

¹⁴ "Vitamina D y salud" de Valls.Llobet C. Y Farrerons J. del Servicio de Documentación Científica del Grupo FAES