

Trascripción: Webinar La menopausia en enfermedades reumáticas. Una etapa con luces y sombras.

Buenas tardes. Eh, hoy arrancamos un nuevo webinar organizado por la Fundación Española de Reumatología en colaboración con la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y que estoy encantada de moderar. Soy Elena Compadre, presidenta de la Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis y estoy aquí como representante de todas las asociaciones que también han querido colaborar en este seminario y a las que ya agradezco su implicación.

Llevamos tiempo solicitando un encuentro de este tipo en el que se trate del tema de la menopausia las enfermedades reumáticas, ya que creemos que esta etapa puede afectar algunas de nuestras patologías y en muchos casos los pacientes tenemos dudas sobre los cambios hormonales, la medicación, el impacto sobre la salud de los huesos, cómo se debe gestionar todos estos cambios. Por eso consideramos que es clave tener a especialistas que nos puedan resolver algunas de estas cuestiones y dar recomendaciones que esperemos que no sean a todos de gran utilidad. En este sentido voy a presentar a los ponentes que nos van a acompañar esta tarde.

Tenemos a la doctora Angels Martínez, que es reumatóloga del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. Y tenemos al Dr. Pablo Romero, que es ginecólogo del Hospital Universitario de Poniente en Almería. Además, es coordinador del grupo de osteoporosis de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Este webinar va a ser grabado para que para poder difundirlo a través de los canales de la fundación eh de la Fundación Española de Reumatología. Y el turno de preguntas eh se podrá realizar por escrito a través del chat y se plantearán al final.

Hm recordamos que eh las preguntas no sustituyen en ningún caso a la consulta de con nuestro especialista. Entonces, eh vamos a dar comienzo a las intervenciones, así que por favor, doctor Romero, si quiere pasar a compartir el PowerPoint. Sí, muchas gracias. Antes que nada, yo también quería mostrarme agradecimiento a la Sociedad Española de Reumatología por haber estrechado estos vínculos que ya existían de forma intermitente, pero que creo que van a ser un futuro, van a generar un futuro bastante prometedor.

Eh, a ti, Elena, por tu eh hospitalidad y a la doctora Angel Martínez, por supuesto, por permitirme estar a su lado esta tarde. a todos los que están en casa, los vea en directo o en diferido, también transmitirle nuestro acercamiento de parte de la EM, que es ha sido una asociación que ha estado es cercana y quiere estar cercana a cualquier mujer que pueda tener una menopausia patológica o pueda tener algún periodo transicional pues dificultoso. ¿De acuerdo? Entonces, eh sin más voy a compartir mi presentación y eh hemos dividido nuestra eh Se ve bien, ¿verdad?

Eh, hemos dividido nuestra nuestra charla en dos partes en dándonos alternativamente paso. Eh, yo voy a situar lo que consideramos que es la menopausia, ¿no? Eh, vamos a empezar. La menopausia es estado fisiológico en la vida de la mujer. Coincide con su último día de regla y sabemos que está dado menopausia a una mujer, una paciente, una chica que viene en otra

consulta o que o que hace una determinada eh consulta telefónica e cuando lleva 12 meses sin regla. Esto es un contexto, es un diagnóstico retrospectivo.

Ocurre en aquellas mujeres que están sin un tratamiento hormonal y en, por ejemplo, como puede ser un dio de leonestrel o en aquellas mujeres que tienen útero. ¿Qué ocurre en aquellas chicas en las que se presenta alguna de estas circunstancias, por ejemplo, que están con un tío o que no tienen útero? Pues habría que hacer una determinación hormonal basados en los valores de la FSH, que es una de las dos hormonas, buscando determinado valor.

Estas determinaciones hormonales tienen que estar pasadas por encima de en una separación de 4 meses y resultando ese valor aumentado por encima de 40 podríamos también llegar de una forma secundaria a este diagnóstico. Es cierto que en la menopausia, como decimos, es el último día de regla, pero esto ni mucho menos es común a todas las mujeres. Hay un intervalo que no nosotros en la consideramos de normalidad que es entre los 45 y los 55 años. En nuestra población española, la edad media de menopausia ronda los 50 años, por lo tanto, 5 años arriba y 5 años abajo consideramos que es normal.

Antes de fallar la última regla, lo habitual es tener un periodo denominado transición a la menopausia, que también es variable de una mujer a otra, que puede ser de 1 a 3 años, donde empieza con una sintomatología a veces pues de sintomatología basomotora, sofocos ocasionales, dificultad para dormir, a veces alteraciones en el estado de ánimo, reglas irregulares, un mes me viene, dos meses no me viene y estoy así alternando. Esto puede ser y es fisiológico siempre y cuando nos alt nos nos centraremos un poquito en este apartado.

Por debajo de los 45 años, pero por encima de los 40, es decir, entre 40 y 45 años, se presenta la menopausia temprana. La menopausia temprana en sí no es una enfermedad. Sí, es cierto que hay que insistir un poquito más en la estilo de vida, en generar un hábito de vida saludables que puedan permitir una menopausia menos patológica o con mayor incidencia de patologías como las que luego veremos.

Diferente a todas estas circunstancias es la insuficiencia ovárica prematura o la menopausia precoz que se produce por debajo de los 40 años. tiene diferentes causas, pueden ser genéticas o secundarias a un tratamiento quirúrgico o un tratamiento médico. En este caso, cuanto más precoz sea la aparición de la menopausia, es decir, por debajo de los 30, por debajo de los 20, más patológica puede presentarse a lo largo de la vida de la mujer. La sintomatología que puede ocurrir en este periodo de transición a la menopausia, de perimenopausia o ya menopausia establecida, es variable de una mujer a otra.

Evidentemente ni todas van a tener los mismos síntomas, ni se van a presentar en la misma intensidad. Si es frecuente, porque afecta hasta un 80% de la población, la aparición de sintomatología basomotora. Una situación habitual. Lo que no es tan habitual es cuando esos sofocos alteran tu día a día, te impiden salir a la calle, te impiden desarrollar tu actividad profesional y van disminuyendo esa calidad de vida. Hablamos entonces de una sintomatología basomotora intensa y que es criterio de indicación de tratamiento médico habitualmente terapia hormonal de la menopausia.

Otras circunstancias menos frecuentes puede ser una ganancia progresiva de peso, una ansiedad o un insomnio, eh una depresión, un estado depresivo que también suele ser más

frecuente en aquellas mujeres que hayan tenido un síndrome premenstrual a lo largo de su vida fértil de una manera más notable. y situaciones intermedias como molestias vaginales, el popularmente conocido también o científicamente conocido como síndrome genitourinario de la menopausia, que luego hablaremos, es un círculo en el que tengo relaciones sexuales, pero con dolor, no tengo relaciones, aumenta la séquedad vaginal, aumentan las infecciones de orina y por lo tanto poco a poco la parte interna de la vagina se va adelgazando y produciendo una situación de anaerobiosis, una situación complicada que me dificulta mi día a día y también con una prevalencia intermedia. tenemos la osteoporosis y la patología osteoarticular.

En este artículo reciente y cuando digo reciente de abril de 2025, la Sociedad Española de para el estudio de la menopausia, eh todos los firmantes son de la junta directiva más el grupo de investigadores en el que yo me encuentro, eh nos nombra cuál es a través de una aplicación eh que llevamos ya varios años utilizando. Luego les pasaré el link del para que escaneen el QR que se llama app mi menopausia, una muestra de 7,000 mujeres. nos dice cuál es la prevalencia de patología en nuestra población española.

Como ven ahí, me van a disculpar que estén en inglés, la sintomatología más frecuente en la mujer menopáusica son los sofocos, hot freshes. Pero es que el segundo ítem más frecuente, el segundo síntoma más referido por nuestras mujeres españolas es el dolor articular. Por lo tanto, que desde la E y desde la SER establecemos una sesión abierta para la población en general sobre patología articular y dolores reumáticos. tiene mucho sentido. Eh, otros sintomatología como el insomnio, la sequedad vaginal, descenso del alívido, también son patologías o síntomas referidos de forma frecuente por nuestra población.

He querido salirme un poco de de nuestra población española y hablar de población europea. Fijaros que la muestra ya no es de 7,000 mujeres, sino que estamos hablando de más de 3 millones de personas a nivel europeo. Si se fijan en la gráfica de que ven a la derecha de sus pantallas, dividida en tres colores. Negro, estamos hablando de osteoartritis referida a la zona de la rodilla, en rojo osteoartritis a nivel de la cadera y en verde en la mano muñeca. Es son patologías frecuentes, principalmente la de las rodillas, mucho más frecuentes en mujeres, si se fijan un 46% versus a un 21% en hombres.

Y se dispara de forma muy significativa a partir de la menopausia, a partir de esa edad habitual, esa edad fisiológica de la menopausia que suelen ser los 50 años. En este punto discontinuo, las mujeres presentan una patología mucho más frecuente de dolores estearticulares localizado en esa zona que decía de la rodilla. Y todo esto, bien, pero es importante, no es importante, yo tengo esos focos, eh me peleo con mi marido, con mi mujer, me peleo, eh no llego al trabajo. ¿Eso normal o no es normal? Pues siempre y cuando, como decíamos, altere la calidad de vida, no es normal.

Siempre aquello que te salga de tu rutina habitual no es normal. Y el concepto de calidad de vida es muy amplio, holístico e integral y tenemos que así concebirlo y entenderlo. No solamente por tener salud voy a tener una buena calidad de vida o si no tengo salud jamás voy a tener una calidad de vida. Tenemos que intentar ensamblar toda la pieza del puzle hablando de una vida social, un ambiente laboral, de tener eh un desarrollo personal, un bienestar físico

también un bienestar material, igual que con los derechos sociales y personales. Esa calidad de vida es variable, individual y está llena de factores objetivos y subjetivos.

Los subjetivos son aquellos que nos dicen nuestras pacientes, nuestras amigas cuando nos tomamos un café. Oye, Pablo, por cierto, tengo esto, ¿no? O viene a mi consulta y me cuenta y me dice, digo, muy bien, pues lo anotamos, pero yo también me quiero objetivar. Objetivar qué es lo que te pasa. Y para eso la EM desarrolló la PP menopausia.

Está vinculada a una escala validada en nuestro país hace ya varias décadas y que se está extendiendo a nivel mundial, incluso en el continente africano, últimas inclusiones el año pasado, para ver cuál es la calidad de vida en tu momento determinado de tu edad, en ese intervalo de tu edad comparado con chicas de tu misma edad. Eh, escanáis escaneáis aquí la app en función de la plataforma que tengáis y nos va a dar una puntuación. Esa puntuación se va a dividir en diferentes dominios, menopaso y salud, estado psíquico, sexualidad o relación de pareja.

Con esa puntuación nos venimos al normograma y según el intervalo de edad en el que nos encontremos y según la puntuación en el vertical, según la puntuación que saquemos, nos va a decir cuál es nuestra calidad de vida. En el caso de que tengamos una calidad de vida buena o muy buena, pues estupendo, maravilloso, mantengamos esos estilos de vida saludables y no podemos repetir pasados un año o 2 años y vemos cómo estamos en ese momento. Pero en el caso que tengamos una calidad de vida mejor, bastante mejorable y de ahí hacia arriba, pues sí que será necesario consultar con un especialista y ver en qué punto exactamente necesitamos ayuda.

De esa sintomatología que podemos presentar en la menopausia que presentan las chicas en la menopausia. pueden ser leve, moderadas. Y según eso tenemos en nuestro medime, en nuestra oferta farmacológica, farmacopea, diferentes tratamientos. No todos son químicos, hay algunos que son naturales, hay mucha gente que apuesta por tratamientos naturales y estos son válidos cuando los síntomas son leves.

Cuando la sintomatología es leve, podemos utilizar diferentes preparados, extractor citoplasmático de polen, cimicífugerracimosa, isoflabonas y suelen tener una acción latente a partir de las tres semanas pero mantenida el tiempo cuando los síntomas son leves. Otros tratamientos como la acupuntura, bueno, tienen menor evidencia, pero también pueden servir como tratamiento integral. La terapia cognitiva sí que ayuda considerablemente, igual que la hipnosis, a mejorar esos síntomas leves y ya incluso moderarlo. Pero cuando los síntomas son intensos, tenemos que recurrir a la terapia hormonal de la menopausia.

Eh, la terapia hormonal de la menopausia va a tener una acción sobre todos aquellos órganos donde haya receptores hetogénicos, que es en todo el cuerpo. Eh, durante la menopausia puede ocurrir diferentes síntomas. Ya hemos visto algunos de ellos que van a mejorar considerablemente con la eh con el uso de terapia hormonal de la menopausia. Referido a los sofocos y al insomnio se desarrolló eh eh recientemente, hace un año, un poquito más de un año en nuestro país, los individuales de las neuroqueirinas están comercializados.

Actualmente es el único fármaco comercializado en nuestro país que ayuda, pero exclusivamente a ese control de los sofocos y también al manejo de la sintomatología eh del

insomnia. Tetera tenemos un material libre, gratuito eh de un extracto de las menoguías, que son nuestras guías de práctica clínica dirigida a los profesionales, pero que tiene una denda dirigida a la población en general. En este esta dirección que tienen abajo pueden encontrar información, en este caso a la menuía de sofocos. eh para eh todo el público en general.

Me preguntaban desde desde la SER que definiera qué es la terapia hormonal, la terapia hormonal de la minopausia y no terapia hormonal sustitutiva, puesto que no estamos sustituyendo nada de eso. Es un término que ya se abandonó hace casi una década en un congreso europeo en Ásterdam. es aquel tratamiento que intenta dar una cantidad de hormonas, las con la concentración más baja y durante el menor tiempo posible para que la calidad de vida de nuestras pacientes, de nuestras mujeres las que atendemos, no se vea disminuida. Es normalmente hay una combinación entre estrógenos y gestágenos, ya que son importantes los dos.

De ahí coloco el síndrombolo del y el Yangen diferentes formas de administración. La más cómoda es la terapia hormonal eh vía oral. Después existe también opciones vía transdérmica como pueden ser el parches o la aplicación de un spray, incluso una crema. No es infrecuente el uso de terapias colminadas en aquellos usuarios que tengan un diodo estrel de alta carga. Se puede aplicar además un spray, un parche y los gestágenos están administrando por vía vaginal, mientras que los estrógenos los damos por vía transdérmica. Cada una de estas vías va a presentar sus ventajas y sus inconvenientes. La vía oral es una opción más cómoda, ¿verdad?

Pero en aquellas mujeres que tengan un artericotrombosis o que sean fumadoras o que tengan una situación de obesida, pues quizá no sea la vía de elección a priori y optaríamos por la vía trasérmica. La viatradérmica es más segura, metabólicamente hablando, ya que evitamos el primer paso hepático, esa metabolización a través del hígado y también tiene un beneficio añadido añadido en cuanto a nivel de metabolismo hepático, como decíamos, y a nivel de metabolismo lipídico. Eh, sin embargo, bueno, pues es un poquito más enfarragoso pues mancharse eh la muñeca o estar con el parche pendiente que no se despegue, ¿no?

Por eso cada uno tiene su vía. Independientemente de esto, puesto que se pueden combinar, existe también la terapia hormonal de la menopausia vía vaginal. Tiene diferentes presentaciones en comprimidos, óvulos, gel y también anillos de liberación prolongada donde ese adelgazamiento de la mucosa epitelial de la vagina del que hablábamos antes, de ese gente urinario tiene una indicación y una aplicación rápida individualizada. Y esto está muy bien y si está tan bien, todo el mundo tenía que tener su terapia hormonal, ¿verdad?

Pues realmente no. La mujer ha sido maltratada y durante muchas décadas en nuestro país y esto es un ejemplo claro del mal uso y la mala atención que le estamos dando a nuestros pacientes. Y a veces me incluyo yo el primero porque tenemos que hacer un esfuerzo mayor por acercarnos con un lenguaje sencillo, asertivo, compresivo a la necesidad de nuestros pacientes. Es triste, pero la población española está infratratada a nivel de la menopausia en aquella población que lo necesita.

No olvidemos que la menopausa es un estado fisiológico, pero aún así hay mujeres que necesitan un tratamiento y ese tratamiento tan solo en un 15% de las mujeres se lo estamos suministrando y la mayoría de ellas es del 68% de las mujeres lo hacen con fitoterapia. Por lo

tanto, la terapia hormonal no es el tratamiento de primer uso en nuestro país, llegando tan solo a un 4% de prescripción en aquellas mujeres que lo necesitan.

Para facilitar el uso de la terapia hormonal de la menopausia en aquellas mujeres que lo necesitan, la EM desarrolló hace ya unos 4 años unos criterios de elegibilidad de la terapia hormonal de la menopausia, dirigida a profesional facultativo y facultativa. Tenemos la opción de acercar a los profesionales de la salud mediante un código semafórico sencillo según la función y según la situación en la que se encuentre nuestro paciente, según la edad, según el peso, según si tiene antecedentes tromboticos, si es fumadora, si tiene enfermedades reumáticas, que es el objetivo también de nuestra sesión de hoy.

¿Cuál es el criterio? Ya si se la damos por la terapia hormonal, transdérmica, solo con estrógenos en el caso que de que no tenga útero o combinada con estrógenos y gestágenos con y con qué nivel de fiabilidad se lo damos. Como pueden ver, ya nadie se le escapa. El color que predomina es el verde. Sé que estamos en primavera, pero el color que predomina es el verde y eso hace fácil lo difícil. Eso hace que nuestros prescriptores y nuestras prescriptoras tengan la seguridad de ayudar a nuestras pacientes.

Es importante dar esa terapia hormonal de la menopausia que lo necesite, no solamente por síntomas evidentes que podemos objetivar nuestra consulta, que nos puede referir como es los sofocos o el insomnio o la alteraciones de estado de ánimo, sino también por aquellas situaciones latentes y larvadas que no van a dar la cara en este momento, sino que a la larga van a aumentar su incidencia como puede ser la osteoporosis y la osteoartritis si no tratamos la sintomatología vasomotora. Otro de las pandemias de nuestro día a día es la obesidad. Acompañada del síndrome metabólico, va a aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares.

Y se sabe que en aquellas mujeres que tienen una sintomatología vasomotora, moderada, intensa, van a presentar un mayor riesgo de eventos cardiovasculares si no las tratamos. He querido hacer un zoom para enfermedades reumáticas eh por simpatía, por objetivo de la charla, donde sí es cierto que no tratamos todas, sé verdad que no se han analizado todas, porque tampoco hay en evidencia ni ensayos clínicos prospectivos longitudinales, es decir, con seguimiento hacia delante, que es lo que más evidencia científica ofrece eh en nuestro día a día. para artrite reumatoide, lupus y eritematosos sistémicos, anticuerpos antifosfolípidicos en global con el síndrome antifosfolípido, ya sea con con trombosis, eh que tiene trombosis, est anticoagulada o no est anticoagulada.

Entendemos que una persona que haya tenido un elemento de trombosis y que no esté anticoagulada, pues no tendría eh un criterio fácil de poder iniciar una terapia hormonal de la menopausia y deberíamos de optar por otros tratamientos. Afortunadamente no es lo más frecuente, lo más frecuente dentro de la sintomatología vasomotora asociada a un SAF, un síndrome antifosfolípido o eritematosos que se ha tenido un evento podamos administrar algún tratamiento como paracetamol o como ácido acetilsalicílico para disminuir su la capacidad trombotica que pueda generar la vía eh la forma de mediación de terapia hormonal.

Ya les digo que la vía transdérmica sería la deseada por su menor incidencia de eventos eh tromboticos. La artrite reumatoide, como ven ahí, en riesgo beneficio sale favorecida a administrar terapia hormonal de la menopausia, del mismo modo que el lupus o el síndrome antifosfolípido con anticuerpos antifosfolípidicos eh positivos. Sin embargo, con esas

circunstancias, como le comentaba antes, muy puntuales, donde ya ha habido una trombosis y donde no podemos anticoagular nuestro paciente, dependemos de optar por otros tratamientos. Vale, les doy paso a mi compañera, la doctora Angel Martínez. Voy a dejar de compartir la pantalla.

Hola, buenas tardes. Eh, bueno, soy Angel Martínez, reumatóloga y bueno, quiero también sumarme a los agradecimientos a la Sociedad Española de Reumatología por organizar este tipo de eventos y a y a los compañeros que están aquí en este webinar. Vamos a ver si consigo. Esta sí, ¿vale? ¿Lo veis, verdad? Sí, sí, sí. Perfecto. Pues eh mi parte de la charla consiste en hablar un poquito más específicamente de las patologías reumáticas y bueno, y cuál es la influencia de la menopausia en ellas. Como no hay mucha evidencia científica, la verdad es que eh parte de del tratamiento es el que vamos a aplicar para la menopausia en general.

Yo un poquito pues bueno, he intentado desglosar las enfermedades en las que tenemos más información para que para que por lo menos esas pequeñas pinceladas de las características de cada una de las patologías las podamos entender mejor y conocer mejor. Eh, como os digo, hablaré un poquitín de de de por qué es importante. Eh, bueno, creo que que esta charla es superinteresante porque realmente hay una estrecha relación entre la menopausia y el sistema inmune por el papel de las hormonas.

Y como os digo, hablaremos un poquito de artritis reumatoide, de lupus, de espondiloartritis, de síndrome de Sjögren, esclerosis sistémicas, sarcoidosis y cuál es el efecto de la menopausia tanto en el dolor como en la artrosis. Y como no, como ya ha comentado eh el Dr. Romero, en la osteoporosis, no me voy a tener en el eh en la definición de menopausia teniendo un ginecólogo a mi lado. Esta parte nos ha quedado superclara y y bueno, me ha gustado mucho cómo lo ha expuesto. Y lo que sí que voy a un poquito comentar es eh por qué es tan importante esta charla, por qué están tan entrelazadas estas digamos estas dos situaciones.

Pues bueno, por un lado, porque como ya ya ha comentado el Dr. Romero. En las enfermedades, en durante la menopausia se produce hm eh el mayor intensidad y mayor sensación de dolor articular, mayor rigidez. Esto está eh demostrado que las mujeres posmenopáusicas tienen h desarrollan más estos síntomas y y bueno y una de las de los motivos es porque estos cambios hormonales que se producen durante la menopausia, es decir, esta pérdida de hormonas sexuales, influyen sobre todo en la susceptibilidad al dolor muscular esquelético.

Pero además, por otro lado, lo que vemos también es que muchas veces en durante estas enfermedades reumáticas que tienen problemas o alteraciones del sistema inmune, que les estamos dando tratamiento inmunomodulador, inmunosupresor, muchas de estas pacientes van a presentar una menopausia precoz, con lo cual, pues bueno, esto también digamos que es como un círculo vicioso y y además vemos que durante a lo largo de la de la de la vida de las pacientes con enfermedades reumáticas veremos cómo eh cómo puede modificarse, digamos, la evolución de la enfermedad según el estadio o reproductivo, el momento hormonal en el que se encuentren las pacientes.

Eh, y todo esto, ¿por qué por qué se produce? Bueno, pues porque realmente eh hay una evidencia, está está demostrado que las hormonas sexuales influyen eh en en la en el funcionamiento del sistema inmune. Eh, y esto lo primero que que nos es fácil de entender es

por qué vemos que hay algunas enfermedades que son mucho más frecuentes en mujeres que en varones. Esto pues uno de los principales motivos es el el las diferencias hormonales que que hay entre h varones y mujeres.

Eh, sobre todo, bueno, esto es muy evidente, por ejemplo, en el lupus o en el síndrome de Segren, en el que la ratio o la diferencia entre hombres y mujeres es de nueve a una, aunque la mayoría de enfermedades vemos que es son más frecuentes en mujeres, vemos que el lupus y el síndrome de Seen es especialmente importante esta diferencia. Eh, ¿y esto, ¿por qué se produce? Pues bueno, porque realmente los estrógenos, que son esas la la principales hormonas eh que tiene la mujer, que produce la mujer durante la etapa fértil, eh son capaces de modular, de regular la respuesta inmune, nuestro sistema inmune.

¿Por qué? Porque todas estas células que funcionan durante la respuesta inmunitaria, esta respuesta que se produce cuando nos defendemos ante agresiones externas por virus y bacterias, pues las hormonas también participan, como vemos aquí en en el esquemita. Eh, y el hecho de que vayamos a perder durante la menopausia estas hormonas va a hacer que este equilibrio, que esta regulación vaya se vaya a ver modificada.

Eh, en principio, eh, bueno, las enfermedades en las que más evidencia hay de esta influencia de la menopausia, de los cambios hormonales eh en enfermedades reumáticas, sobre todo se ha analizado en la artritis reumatoide y en el lupus. hablaré de todas un poquito, pero sobre todo de artritis reumatoide un poquito como ejemplo.

Como vemos aquí en este esquemita de aquí abajo vemos que el desarrollo de la artritis reumatoide se puede, digamos que se desencadena principalmente eh por factores genéticos, pero hay otros factores que también pueden favorecerlo, como pueden ser factores ambientales y factores y y factores externos y factores hormonales. Y aquí tenemos el papel de las hormonas que es eh muy importante. En concreto en la artritis reumatoide, ¿qué hacen estas hormonas? Los estrógenos, como decíamos, digamos que regulan la actividad de las células inmunitarias.

Si durante la etapa fértil estas hormonas están regulando la la actividad eh inmune, pues mujeres que tengan esa predisposición genética cuando los estrógenos bajan, cuando perdemos los estrógenos, que son los que estaban regulando este sistema inmune, ¿qué puede pasar? pues que se amplifiquen o que se o que o que predomine la respuesta o el efecto de los genes. Con lo cual vamos a ver que estas pacientes que tenían una predisposición a tener un artritisatoide, cuando desaparece el regulador, que eran las hormonas sexuales, pueden tener mayor riesgo de de desarrollar la artritis reumatoide.

De manera que hay algunos estudios que han observado como pacientes que en los que se retrasa la aparición de la menopausia, la menopaus, las pacientes con o las mujeres con menopausia tardía tienen menos riesgo de desarrollar una artritis. Eh, y también se ha visto al contrario, que aquellas pacientes que tienen una menopausa temprana, es decir, pierden de forma temprana esas hormonas que estaban controlando al sistema inmune, va a hacer que empeoren los síntomas eh y aparezca la o bueno, o que se desarrolle la artritis reumatoide o que empeoren los síntomas de la artritis reumatoide eh al perder estos moduladores o controladores que serían los estrógenos.

A diferencia de lo que de lo que es los consideramos enfermedades autoinmunes sistémicas, en el que digamos que el principal ejemplo es el lupus, el lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que está mediada por la aparición de autoanticuerpos que pueden afectar eh pueden atacar a diferentes estructuras o a diferentes órganos de nuestro cuerpo. Eh, las causas del lupus son múltiples. Se ha visto que que hay puede influir las infecciones víricas, que hay una predisposición genética, que la radiación solar, que el estrés pueden afectar la aparición del lupus y también los cambios hormonales.

Por eso es tan importante pues que tengamos en cuenta que tanto la etapa fértil como la menopausia pueden influir en la en el desarrollo de esta de enfermedad o en cómo se va a comportar la enfermedad o la actividad de la enfermedad. Eh, en este sentido sí que se ha sí que se ha observado pues que estas mujeres con hormonas eh sexuales eh eh activas eh las mujeres premenopáusicas tienen mayor riesgo de desarrollar el esta enfermedad, el lupus eritematoso sistémico y que cuando aparece la menopausia en estas pacientes vamos a notar o vamos a observar que pueden haber cambios en la forma de comportarse la enfermedad, puesto que en este caso los estrógenos digamos que afectaban de forma negativa la enfermedad.

Cuando aparece la menopausia, diríamos que sería un mejor periodo para estas pacientes. Vemos que son pacientes que esos brotes, que esa gravedad de la enfermedad o severidad de la enfermedad puede mejorar tras la menopausia. De manera que vemos que son pacientes que van a tener menos brotes de afectación cutánea, menos enfermedad renal, que es una de las manifestaciones más graves, menos presencia de autoanticuerpos antidna de doble cadena, eh en fin, como digo, una enfermedad menos grave. eh tras la menopausia y y bueno, en aquellas pacientes que tienen una predisposición genética y eh a digamos a desarrollar un lupus, ¿cuáles son los factores hormonales o o cuáles son las situaciones hormonales que pueden favorecer al desarrollo de esa enfermedad? pues el hecho de tener una una primera regla, una menarquia temprana, el uso de anticonceptivos orales puede desencadenar el desarrollo del lupus, la menopausia temprana o la menopausia quirúrgica también pueden favorecer eh la aparición del lupus y el uso de de hormonas.

Por lo tanto, con esto lo que hacemos es eh ver confirmar que realmente el papel tan importante de las hormonas sexuales a la hora de modular eh lo que son las enfermedades autoinmunes, concretamente el lupus. Eh, en cuanto a la evolución de la enfermedad e en durante la menopausia eh en cuanto al lupus, eh normalmente aparece en la menopausia en estas pacientes a una edad similar a la población general en torno, como ha comentado el Dr. Romero, a los en torno a los 50 años. Pero sí que es cierto que también encontramos que muchas pacientes con lupus desarrollan una o presentan una menopausia precoz.

Esto viene asociado muchas veces a esa aparición temprana del lupus. aquellas pacientes que se les diagnosticó lupus en edades más jóvenes, aquellas pacientes que han recibido tratamientos más eh más potentes, más citotóxicos, como puede ser la la ciclofosfamida y aquellas pacientes que han tenido unos brotes de enfermedad más graves, que han tenido mayor actividad de la enfermedad.

Eh, y como decimos, eh, para esta enfermedad los estrógenos, las hormonas sexuales diríamos que h activan la enfermedad, pues eh cuando aparece la menopausia hay veces eh que las

pacientes experimentan una mejoría porque ya no tenemos, digamos, ese desencadenante de la de la activación de la del sistema inmune y de esta manera, pues bueno, hay algunos estudios que han demostrado que las pacientes eh tras la menopausia, las pacientes con lupus desarrollan o o mejoran su evolución de la enfermedad y tienen menor frecuencia y menor magnitud de los brotes de la enfermedad.

Y bueno, pues en ese sentido también se han hecho otros estudios también multicéntricos, internacionales, en el que se han incluido muchas pacientes y en los que se ha observado que realmente eh la los estrógenos eh son los que activan a los linfocitos para que fabriquen esos autoanticuerpos y y que son bueno los causantes de que haya mayor afectación renal o una peor eh digamos actividad de la enfermedad a nivel renal, incluso a que aparezcan más efectos más eventos vasculares eh en pacientes eh en tras la menopausia.

Eh, en este sentido, bueno, pues ya no solo la menopausia, sino también la edad, eh se asocian con un, digamos, un deterioro del del daño acumulado, digamos, de de la gravedad en general de la enfermedad para los diferentes órganos y de la presencia de de de enfermedad arterial vascular, que, como veremos, pues bueno, está muy asociada, como ha dicho, como se ha comentado previamente, a la a la edad y a la menopausia. Y además en concretamente en los pacientes con lupus, eh los cambios hormonales también van a influir eh en la presencia de digamos de complicaciones del lupus.

Por un lado en la osteoporosis y por otro lado, como decíamos en los eventos o en la enfermedad cardiovascular. Eh, si ya las mujeres eh con, bueno, las mujeres con lupus tienen mayor riesgo de presentar osteoporosis por los fármacos que han utilizado por la actividad de la enfermedad, pues en las mujeres con lupus y menopausia este riesgo se ve incrementado, lo que significa que hay mayor riesgo de tener fragilidad ósea y mayor riesgo de presentar fracturas. Eh, y en cuanto a la enfermedad cardiovascular, pues un poquito lo mismo. Las pacientes después de la menopausia suelen tener eh mayor riesgo cardiovascular.

En estas pacientes con lupus que ya tienen un daño previo, el riesgo es mayor. En cuanto a la al síndrome de Segre, bueno, también es es muy interesante porque porque realmente es un síndrome en el que en el que se produce mucha sequedad eh de todas las mucosas, sequedad oral, sequedad eh ocular, sequedad vaginal y y bueno, y se ha visto pues bueno, que muchas de estas manifestaciones clínicas son las que ya encontramos en pacientes con la menopausia.

Eh, en este sentido, eh, los estrógenos eh durante la edad fértil protegiendo a las, digamos, o están conservando la la salud de las glándulas exocrinas, de esas de las glándulas que secretan la saliva, la las lágrimas. Por lo tanto, cuando se produce la menopausia, cuando no tenemos estas hormonas, esta protección se pierde y se suma el problema, digamos, de la menopausia más el problema eh en sí mismo de la de la propia enfermedad, con lo cual la sequedad es aún mayor a todos los niveles.

En cuanto a la espondilo artritis, que incluye espondilitis anquilosante, artritis poriásica, es cierto que hay pocos datos, no queda muy claro. en algunos estudios dice que si la menopausia puede mejorar la actividad de la enfermedad porque se porque porque hay una menor inflamación. En otros casos se comenta que pueda que los estrógenos podrían tener un efecto antiinflamatorio, con lo cual es que la verdad es que no queda muy claro cuál es el la el digamos la influencia de la homeopausia en estas enfermedades.

Y lo que sí que queda más claro es en el síndrome antifosfolípido, que también se ha comentado previamente, que es un síndrome en el que se el cuerpo fabrica unos anticuerpos que favorecen la formación de coágulos tanto en arterias como en venas. Y esto va a producir, digamos, problemas cardiovasculares como pueden ser las trombosis, como pueden ser los infartos, los ictus, incluso problemas eh a a nivel de del embarazo. Pues en este caso estas pacientes han visto que es habitual encontrar que presenten una menopausia precoz y además eh estas pacientes también se ha visto que tienen un digamos un peor control del colesterol.

Esto se traduce a que tienen, digamos, eh tienen mayor riesgo de tener niveles bajos del colesterol bueno. Como sabemos, pues hay un colesterol que siempre hablamos del colesterol bueno y el colesterol malo. El colesterol bueno es el que nos protege de tener ictus o tener infartos, pues las pacientes con síndrome antifosfolípido tienen bajo el colesterol bueno.

Esto es lo que sucede también tras la menopausia, con lo cual hay que tener en cuenta que en estas pacientes coexisten las tres situaciones. el hecho de tener un síndrome antifosfolípido, el hecho de tener la menopausia y el de estas alteraciones del colesterol que todo esto no hace más que sumar factores de riesgo cardiovascular para poder presentar alguna de estas eh alguno de estos eventos cardiovasculares.

Volviendo un poquito al síndrome de Segren, en la menopausia, aparte de que puede influir en su aparición y que los y que coinciden en la edad, eh estos síntomas también pueden influir en en la evolución de del síndrome de Segre en pacientes que ya tenían ese diagnóstico pueden ver empeorada la sintomatología, sobre todo en cuanto se como se se ha comentado en cuanto a lo que es la sequedad vaginal en las molestias en al mantener relaciones sexuales y a veces es difícil saber realmente que viene antes, si el el síntoma de de por la causa del síndrome de segredo o realmente por la menopausia.

Eh, por lo tanto, pues bueno, son eh factores y son síntomas que si bien han estado largo tiempo desatendidos, realmente impactan mucho en la calidad de vida y deberíamos de tenerlos más en cuenta. En cuanto a la esclerosis sistémica, es otra enfermedad de reumática poco frecuente, es una enfermedad rara y en esta lo que se caracteriza porque hay una fibrosis, digamos, un endurecimiento de la piel y de y de los vasos sanguíneos de los órganos internos. Por eso son pacientes que puedan tener eh eh problemas tanto cutáneos como órganos eh como pulmón, riñón, etcétera.

Pues en este caso también vemos que hay mucha influencia de las hormonas en este en estas pacientes porque se ha visto que los estrógenos activan la fibrosis cutánea. Digamos que en este caso los estrógenos tienen una un papel negativo sobre la enfermedad. Por lo tanto, las pacientes en la menopausia pueden experimentar una mejora o una enlentecimiento de la de la evolución o de de su de su enfermedad. En cuanto a la a la sarcoidosis, eh también es una una patología de origen autoinmune que eh a menudo se diagnóstica, pues bueno, entre los 20 y los 60 años.

Y aunque no hay una evidencia de que la menopausia pueda desencadenar la la desencadenar la sarcoidosis, sí que se ha observado, se ha demostrado que hay un pico máximo, una incidencia máxima de la aparición de la enfermedad durante la menopausia, lo que nos hace intuir que realmente estas hormonas sexuales, los estrógenos especialmente, puedan tener un papel

importante tanto en el desarrollo de la enfermedad como en la exacerbación de los brotes o la gravedad de la enfermedad.

Si bien en estas pacientes el tratamiento hormonal en la menopausia tiene un papel controvertido, como ya nos ha contado el Dr. Romero, también son pacientes en los que tendremos que individualizar el tipo de manejo y de tratamiento de los síntomas de la menopausia. En cuanto a la artrosis, que es una patología muy frecuente en la población general, es especialmente frecuente en las mujeres postmenopáusicas.

Y como vemos aquí en la rueda, vemos que hay múltiples factores que están que determinan la aparición y la gravedad de la artrosis entre los que encontramos pues tanto la obesidad como tener una predisposición genética, un mal alineamiento articular, el síndrome metabólico, pero hay un factor que también es muy importante que son los factores hormonales y en ese sentido, pues vemos como los estrógenos, digamos que protegen al cartílago de ese desgaste y desde ese deterioro. Por lo tanto, durante la menopausia, cuando desaparecen los estrógenos, puede haber un empeoramiento, una progresión de la artrosis.

Y en cuanto al dolor, que no es una enfermedad reumática en sí misma, pero realmente es el síntoma más frecuente de la mayoría de patologías reumáticas, pues también hay muchos estudios en los que se ha observado, en los que se ha demostrado que bueno, que durante la menopausia hay un mayor mayor intensidad y aparición del síntoma del dolor, tanto de origen pues de cefaleas, de migrañas, el dolor vulvovaginal que también es frecuente y todas esas molestias musculoesqueléticas que experimentan las pacientes o las mujeres tras la menopausia. La etiología es compleja de este tipo de dolor.

Eh, hay quien tiene, bueno, hay quien tiene predisposición genética y ciertos factores sociales, pero son muy importantes esas fluctuaciones hormonales y esa pérdida de los niveles de estrógenos. Eh, por lo tanto, pues bueno, hay que, como decíamos, que prestarles más atención, informar también a las mujeres en esta etapa de la vida en la que realmente van a tener mayor sensibilidad y mayor sensación de dolor. Y en cuanto a la osteoporosis, pues bueno, realmente es ampliamente conocida la relación que existe entre la menopausia y el deterioro, la pérdida de masa ósea.

Y esto viene determinado porque durante la menopausia, como vemos aquí en este esquemita, pues de repente hay una bajada de estrógenos y esta línea roja lo que representa es cómo vamos ganando masa ósea a lo largo de la vida, con un pico máximo hacia los 40, 35, 40 años. Pero cuando empiezan los estrógenos a desaparecer, se produce, pum, una caída muy marcada de los estrógenos con una pérdida de masa ósea. Esa pérdida de masa ósea es lo que vemos traducido en la densitometría ósea, eh, que se produce una mayor fragilidad ósea y esa fragilidad ósea va a predisponer a las fracturas.

Por eso digamos que es mucho más frecuente la presencia de fracturas en mujeres tras la menopausia. Y de hecho es que la osteoporosis postmenopáusica es la forma más común de osteoporosis en las mujeres y todo, digamos que viene totalmente influenciado y relacionado con la pérdida de estrógenos. Por lo tanto, un poquito para concluir esta parte, digamos, eh más específica de las enfermedades reumáticas, pues insistir en

que la menopausia afecta a la mayoría de enfermedades, bueno, a la mayoría, por no decir, a todas las enfermedades reumáticas, pero de forma diferente.

Como hemos visto, hay algunas que pueden empeorar y otras parece que pueden incluso mejorar un poquito dependiendo de cómo cómo eh estén relacionadas con los estrógenos. Eh, además que las pacientes con enfermedades reumáticas muchas veces por h por la propia enfermedad, por la propia inflamación que que presentan o por los fármacos que que reciben, muchas veces tienen una menopausia precoz con lo que ello eh conlleva.

Eh, como hemos dicho, pues los estrógenos tienen un papel en como reguladores de la autoinmunidad, regulan el sistema inmune, eh, de manera que en enfermedades como, por ejemplo, el artritis reumatoide, cuando desaparecen estos estrógenos eh que estaban regulando y frenando ese sistema inmune, cuando desaparecen en durante la menopausia se puede producir un estado proinflamatorio en el que se experimente un empeoramiento de la clínica articular, de las molestias, de los dolores y de los brotes.

A diferencia de enfermedades como lupus o como la esclerosis sistémica que que hemos comentado, que muchas veces son los estrógenos los que estaban, digamos, eh activando a los linfocitos y eh estimulando a los linfocitos para que fabricaran más autoanticuerpos. Por lo tanto, cuando llega la menopausia, estas pacientes fabrican menos autoanticuerpos y pueden experimentar una mejoría eh de la enfermedad con una menor magnitud de los brotes.

Tanto, bueno, la menopausia por la por los cambios hormonales pueden influir en la en la percepción del dolor, como hemos visto, es muy frecuente, es una manifestación muy frecuente, casi digamos que que al nivel de los sofocos y y bueno, lo que está más investigado y hay más evidencia científica es que los estrógenos protegen a nuestros huesos y que durante la menopausia y tras la menopausia eh se incrementa, digamos, esa fragilidad ósea de forma rápida. Por lo tanto, hay que estar atentos para para bueno, pues para realmente valorar las pacientes ese riesgo de fracturas e iniciar tratamiento si fuera preciso.

Pues muchas gracias por vuestra atención y creo que entramos en el turno de preguntas. Muchas gracias, Angels. Eh, una duda, a ver, para el doctor Romero, eh, ¿qué papel juega la terapia hormonal de la menopausia en la osteoporosis? Pues lo juega todo, lo juega todo, pero desgraciadamente nuestro país solo tiene indicación en aquellos casos que las mujeres tengan una sintomatología vasomotora asociada o tenga también alteraciones de estado de ánimo.

Por lo tanto, eh si me permites compartir una una pantalla que me quedaba en las pequeñas diapositivas, eh la tenemos como también como tratamiento para una terapia secuencial en los casos de los que no podamos añadir otro otro tratamiento, ya sean bifosfonato, ser o eh o alguno de los fármacos destinados, ¿no? Es cierto, recogiendo el guante de la doctora Martínez de que los estrógenos van a modular el sistema inmunológico en algunas patologías, como hemos visto, lo favorecen en en otras lo, o sea, favorecen la patología y en otras disminuyen la evolución de la misma. Por lo tanto, la terapia hormonal de la menopausia es un traje a medida.

Es un traje a medida para nuestras pacientes y siempre a la dosis más baja que controle su su sintomatología basomotora. Eh, contraindicación absoluta. Hemos visto que hay pocas, solamente cuando hay en evento trombótico sin anticoagular, pero en aquellas mujeres no

olvidemos que tienen unos síntomas muy intensos que aumentan su riesgo cardiovascular y también una alteración de estado de ánimo importante que puede llevar a procesos muy muy severos como una depresión mayor, con alto riesgo de suicidio. Eh, tenemos que valorar siempre el riesgo beneficio.

Por lo tanto, las categorizaciones no podemos establecerlas activamente, sino que tenemos que individualizar y atender a nuestras pacientes en consulta. En la terapia hormonal de la menopausia, yo también he recogido el mismo patrón que la doctora Martínez, pretenden que esa bajada, ese tsunami que genera eh eh de pérdida de densidad mineral ósea desde la menopausia frenarlo, ¿no? Se sabe que incluso con terapia hormonal de la menopausia a dosis bajas o ultra bajas se consigue frenar esa pérdida de densidad mineral, o sea, incluso ganar.

En principio, la terapia hormonal de la menopausia es un antirresortivo, es decir, en ese equilibrio entre ganar y perder hueso, evitamos que se pierda hueso, pero en algunos casos, si además acompañamos de un estilo de vida saludable ejercicios de fuerza, está muy de moda el ejercicio de fuerza, pero es que es gracias al esfuerzo de todas las facultativos y facultativos de nuestro país que estamos intentando apostar no por los gimnasios ni por CROFI en particular, sino por todas las actividades que conlleve no perder masa muscular, que como sabemos la sarcopenia que es la pérdida muscular progresiva, está asociada directamente con la mortalidad.

Eh, yo he puesto un esquema más sencillos y rápidos los pasos en los que vemos cuál es la acción sobre diferentes agentes de nuestro sistema metabólico, tanto a nivel de la parte externa del hueso, del hueso cortical como del hueso esponjoso o trabecular, entre los distintos agentes, ya sean formadores de hueso o que renuevan el hueso. No olvidemos que es importante que todos se tengan un equilibrio, o sea, ni los osteocitos son los buenos, ni los osteoclastos son los malos.

El hueso tiene que estar preparado ante cualquier evento de nuestra vida diaria, que si tenemos una salud o sea adecuada impedirá que nos fracturemos, pero si empezamos con una fragilidad progresiva, una caída a un mismo plano, por ejemplo, apoyar las manos una caída un tropezón tonto, puede ser el primer eh signo de osteoporosis y produce una famosa eh fractura de coles.

Por lo tanto, la terapia hormonal de la menopausia estaría indicada en chicas por debajo de 65 años con una densidad mineral, ósea medida por densitómetro, que es un aparato que utilizamos para ver cuál es la densidad de ese hueso, que no hayan tenido unas fracturas previas. las concentraciones, las que puedan ver ahí muy puntuales, casi siempre es eh bueno, por tener un evento trombótico previo, estar en un proceso oncológico. Desde nuestra sociedad hemos lo tenemos incluido en nuestro algoritmo de decisión a la hora de tener de tenerlo como tratamiento para el osteoporosis.

Si es cierto que de primera línea cuando hay síntomas vasomotores y de segunda línea cuando no hay sintomatología vasomotora ni alteración de estado de ánimo. La sociedad europea para estudio de la osteoporosis lo pone como un tratamiento cuando hay un bajo riesgo de fractura acompañado siempre de una suplementación de calcio y de vitamina D si no se puede adquirir en nuestro día a día eh con nuestra dieta.

Quiero pararme rápidamente. Sé que lo más importante en nuestra charla son las preguntas de nuestros eh participantes y no quiero robarles su tiempo, pero papel de la vitamina D, mal llamada vitamina D, que es una hormona, ejerce también efecto modulador. No podemos entender que los estrógenos están por ahí sueltos sin ningún amigo más en el universo, sino todo lo contrario, forma parte de un ecosistema de una homeostasis importantísima que tiene un punto de inflexión también importante en la menopausia.

Por lo tanto, la ventana de oportunidad entre los 45 y los 55 años, chicas, es el momento de decir, "Me tengo que cuidar, me tengo que cuidar. Ahora nunca no. Cualquier día es importante, cualquier día es bueno para empezar a cuidarte, pero ese punto es más sensible para empezar a modificar nuestros estilos de vida y evitar que esa curva entre aquellas mujeres que no tienen una suplementación con vitamina D y en este caso también con omega3 lleve hasta procesos proinflamatorios o aducumento de enfermedades autoinmunes. Quiero también eh destacar el papel del sueño, Elena.

El papel del sueño, sé que te lo preguntaron también el colópico previo, ¿verdad? es fundamental nuestra principal proceso reparador, que no duerme bien, no va a tener un proceso, un metabolismo adecuado y al final va a generar un proceso de fática crónica. Por lo tanto, eh he permitido me he permitido de copiar de la sociedad eh nacional de artritis con que podéis hacer un pantalla y leerlos, pero menos Netflix y más meditación. Es lo que yo digo siempre a mis pacientes, ¿de acuerdo?

Es fundamental llegar a la cama descansado, sin el estrés, dedicarte 5 minutitos a a que tus problemas, no es que no los tengas, si lo vas a tener siempre, pero que fluyan, que fluyan y que no se queden en bucle, como lo pasa muchas veces a los a los profesionales de la salud, que nos llevamos la guardia a la casa y seguimos pensando en la consulta de mañana, ¿cierto? Bueno, dejo de compartir y estoy atento a vuestras eh preguntas. Muchas gracias. Perfecto, muchas gracias, Pablo. Voy a dar paso a las preguntas que han ido llegando.

Tenemos que aclarar que aquí esto no es una consulta individualizada, con lo cual aquellas preguntas que sean muy específicas de un caso muy concreto no se les va a poder dar respuesta. Pero nos preguntan sobre los riesgos eh sobre la terapia hormonal en cuanto al a la posibilidad de desarrollo de cáncer de mama. ¿Qué hay de cierto en esto? Eh, contesto yo, doctora Martínez. Claro, claro. La terapia hormonal, lo voy a decir claro, la terapia hormonal de la menopausia no produce cáncer. No hay más. Más, no hay más. Llevamos arrastrando el famoso estudio y mate de dos décadas.

Yo cada charla que doy sobre esos focos digo, no voy a hablar más del Studio White. El Studio White es un estudio que se realizó en Estados Unidos con población eh afroamericana, que ya de por sí tien un mayor riesgo trombótico y por encima los 65 años de edad. No es nuestra diana de población. En esa en esa población eh que se utilizó para realizar el estudio apareció una incidencia mayor de cáncer de mama y también se porque se utilizaban además moléculas que no eran las que utilizamos actualmente. La medosi progesterona no es el gestágeno de primera lección en nuestro medio, sino es la progesterona natural micronizada.

Cáncer de mama está eh más estrechamente ligado con el gestágeno que con el estrógeno y con las medidas que nosotros tenemos ahora. y una chica que tenga eh sus controles de de mamografía habituales en su programa de cribados de cáncer de mama, con terapia hormonal

va a tener incluso menos riesgo porque tiene un seguimiento más estrecho por parte de su profesional de desarrollar un cáncer de mama. Otra cosa es que ya tenga un cáncer de mama. Si tiene un cáncer de mama con estrógeno con receptores hormonales positivos, hay que individualizarlo.

En principio no está eh indicado la terapia hormonal, aunque los criterios de digibilidad se puede individualizar algunos casos, pero no está eh en lo que es coloquialmente aceptado. Distinto es si tiene receptores hormonales negativos. Así que por favor, que eso no sea nunca eh un impedimento para consultar con tu profesional, con tu ginecóloga, con tu ginecólogo, eh iniciar un tratamiento. A ver, esta que de cara al verano preocupa, estoy notando un cambio en mi cuerpo. Es cierto que se engorda durante la menopausia y qué se puede hacer. ese ejercicio de fuerza, ¿no?

Adelante, Pablo, adelante. Que yo creo que sí, a ver, eh, lo que lo que lo que engorda es la procrastinación, o sea, es decir, mañana empiezo el gimnasio, mañana empiezo a andar, mañana empiezo con la dieta, mañana tengo tiempo para todo mi entorno, mi vida si tengo mi hijo si tengo hijos, mi marido o mi esposa o quien sea, menos para mí. Entonces ese quesito yo sí que lo animo a que lo dividan y tu parte es la más importante de todas, o sea, el motor de tu vida eres tú. Si el motor no funciona, en tu vida no va a ir bien. Por lo tanto, ¿se puede se reduce el metabolismo eh durante la menopausia?

Sí, ya hemos hablado de que los estrógenos son moduladores de ese metabolismo, pero esa ganancia que puedas tener, se estima que medio kilo al año, eh de ganancia progresiva, se puede paliar muy fácilmente haciendo esos famosos ejercicios de fuerza y aumentando las proteínas. No hace falta suplementarla, sino en tu dieta equilibrada y se consigue que sopesar ese ese descenso del metabolismo basal. También preguntan eh qué papel juegan los tratamientos antidepresivos en el tratamiento de la menopausia. No, yo no pretendo monopolizar el turno de pregunta. Eh, la doctora Martínez, eh, sí, tranquilo, tranquilo, ¿no?

Si es que a mí me resulta también superinesante. Vamos a ver, como hemos dicho, los estrógenos ejercen un papel modulador sobre sistema emocional, ¿vale? el el es una indicación de terapia hormonal, alteraciones en el estado de ánimo. Los tratamientos con antidepresivos, belafascina, debelafasina, certralina, eh son tratamientos también que se pueden utilizar cuando hacemos nuestra cala cervante.

Hemos visto que el dominio psíquico puede estar alterado, si no es sintomatología basomotora, pero ese dominio está principalmente alterado. son la indicación de primera línea para el tratamiento, porque entendemos que si no es sofocos, si no es sin genituario, sino que hay solamente una alteración estado de ánimo, podemos utilizarlo como tratamiento de primera línea.

Así que dentro de la terapia de la menopausia, no terapia hormonal de la menopausia, sino terapia de la menopausia, ejercen en esas situaciones un tratamiento de primera línea. se pueden dar de forma coyubante cuando esos focos y a pesar de eso hay procesos previos porque no hay dos personas iguales donde han tenido un episodio anterior de presión mayor y quiere además completar ese tratamiento para los sofocos con terapia hormonal y velafasina, por ejemplo.

Yo tengo pacientes con muy buena adherencia a esos tratamientos siempre y cuando le hagamos entender de que no es diferente tener un sinoma depresivo que tener una hipertensión y que tener una diabetes. Desgraciadamente, la patología eh psiquiátrica está muy estigmatizada y ese sentimiento de culpabilidad que ocurre en la menopausia se incrementa por 1000 en pacientes que tengan antecedentes de salud mental.

Entonces, creo que hay que tener una especial sensibilidad con nuestros pacientes, que presen sus miedos, que presen su eh que es lo que que es lo que les preocupa, que puede dificultar la adherencia al tratamiento, pero en general con una buena escucha la adherencia en mi caso, mi experiencia clínica, suele ser buena. A ver, otra preguntilla por aquí. Preguntan, ¿el tabaco influye de algún modo en la menopausia? Bueno, el tabaco siempre negativo, ¿no? Efectivamente, totalmente. Siempre mejor dejar de fumar, está claro. Sí. Vale. Hablan de la memoria. Estoy sufriendo pérdida de memoria.

¿Puede tener algo que ver? Nosotros eh dentro de nuestro grupo de trabajo de maestoporosis también estoy con el grupo de IOP de menopausia precoz insuficiencia prematura que lidera el drctor Camil Castelo Blanco y Misericordia Guinot. Eh, en estos grupos de trabajo eh estamos hablando de chicas que tienen una menopausia por debajo de los 40 años.

Pues bien, se sabe que en aquellas que cuanto más preco su menopausia más procesos arterocleóticos tienen y esto afecta principalmente a la micro vasculatura cerebral. le aumenta considerablemente el riesgo de demencia y porzimer de procesos como el Parkinson en aquellas chicas que han perdido su escudo de protección estrogénico.

Por lo tanto, eh sin querer armar a nuestra eh consultora, la que nos hace esta pregunta, pero eh olvida la procrastinación, aumenta tu meditación, aumenta los ejercicios de memoria, eh le lee, ¿vale? intentar retener, hacer ejercicios diarios va a hacer que esa pérdida progresiva de memoria se elentezca y por supuesto duerme. Si no dormimos es imposible que tengamos lucidez mental y que queramos acordarnos de todos los detalles que que nos surgen nuestro día a día. Es verdad que el descanso, el descanso a veces con los calores de la muerte se hace un poco complicado.

Eh, a ver, también nos pregunta una una seguidora que tiene lupus que qué puede tomar para evitar la menopausia precoz en relación al tratamiento farmacológico. Eh, la menopausia no hay que prevenirla, la menopausia va a llegar. Es verdad que es un y ojalá todas tengan la menopausia porque eso será que su supervivencia ha sido mayor a los 50 años en la gran mayoría de los casos lo que hay que intentar es mantener los estilos de vida saludables porque los sofocos, los despertar en nocturnos, la alteración de estado de ánimo, se sabe que le afectan otras gnosas, otros agentes externos como puede ser el tabaco, como puede ser alcohol, la comida picante, el exceso de grasas, el uso indiscriminado de venciipina o de antiinflamatorios.

Eso también agrava agrava eh procesos eh de sintomatología basomotora. Por lo tanto, si yo duermo y hago ejercicio de fuerza y perdonad que lo simplifique tanto, mis probabilidades de tener una menopausia patológica van a ser mucho menores. A lo mejor lo tengo por otras circunstancias también, pero voy a a comprar menos papeletas. Así que vamos a apostar por estilo de vida saludable. Sé que los farmacéuticos a lo mejor no están muy de acuerdo con

esto, pero lo que es cuidarse siempre ayudará a ser mejor tener una unas siguientes décadas mucho más saludables.

Eh, por aquí también preguntan cómo reducir la sequedad vaginal tras una menopausia quirúrgica. Entiendo que cualquier cualquier menopausia, sí, en los criterios de elegibilidad que he puesto antes, es que es una herramienta dirigida para profesionales de la salud. Eh, si se fijan en su última indicación que era la la terapia hormonal local, los estrógenos locales, no hay ninguna en la que esté contraindicado, incluido un cáncer de mam activo. Por lo tanto, el uso de estrógenos locales es casi obligatorio. Es casi obligatorio. Y siempre digo a mis pacientes, eh, la sexualidad empieza por una misma, tengas pareja o no, de acuerdo.

La sexualidad se puede compartir, pero tiene que partir de ti. Eh, el uso de hidratantes vaginales, yo aconsejo a aquellos que tengan la preparación con ácido hialurónico, ya que crean una película que mantiene una humedad durante mayor tiempo más que el uso de de lubricantes que tienen una acción más dirigida al coito.

Pero los estrógenos eh locales, ya sean en comprimidos, en óvulos o en anillos de liberación prolongada, van a mejorar esa hidratación, ese aumento de la vascularización a nivel de la vagina, disminuirá las relaciones sexuales con penetración en el caso de que las haya, disminuirá disminuirá o eh o aumentará, por ejemplo, situaciones de placer, el orgasmo, tendremos menos miedo, disminuirán las infecciones de orina, que también es un síntomas bastante frecuentes en nuestro en proceso como la menopausia hemos visto que alcanza al 40% de la poblaciónm.

Pues han llegado las 6:1 minuto, no tenemos más tiempo a preguntas, pero sí que os invito a alguna reflexión final si queréis comentarnos alguna otra cosa. Bueno, yo resumiría que en que la menopausia es un estadio del de la mujer eh especial que en las pacientes con enfermedades reumáticas eh tienen que conocer esos síntomas que pueden incluso agravar su enfermedad y que bueno que eh hay fármacos, pero sobre todo potenciar el estilo de vida saludable para sobrellevarlo de la mejor manera posible. Suscribo la las palabras de mi colega.

Creo que la base de un equilibrio eh saludable es tener un estilo de vida un día a día lo más eh pues positivo posible. Evitar el consumo de tabaco y alcohol. No estamos diciendo que no te tomes un vino, que te tomes una cerveza de vez en cuando, sino que más de dos unidades de alcohol a la semana ya te va a producir un perjuicio significativo. Y lo ejercido de fuerza, eh, la osteoporosis, los dolores lumbares, si tenemos una complexión muscular adecuada, no estamos hablando de finir, estamos hablando de soportar nuestro día a día sin dolor.

Eso nos va a mejorar muchísimo nuestra perspectiva primero de nosotros mismos, que es lo importante, y después de nuestro entorno. Así que muchas gracias. Muchas gracias a ambos. Eh, recordar a todo el mundo que hay que utilizar fuentes de información fiables sobre nuestras patologías y sobre la menopausia, que la web de Inforreuma está a nuestra disposición, igual que la de la Asociación Española de Estudios de la Menopausia, que es aem.es, y que siempre, por favor, que consultemos a nuestro especialista antes de de tomar decisiones o fármacos. Así que muchísimas gracias a los dos. Eh, es superinesante saber más para temer menos.

Así que, que tengáis todos buena tarde y muchas gracias.