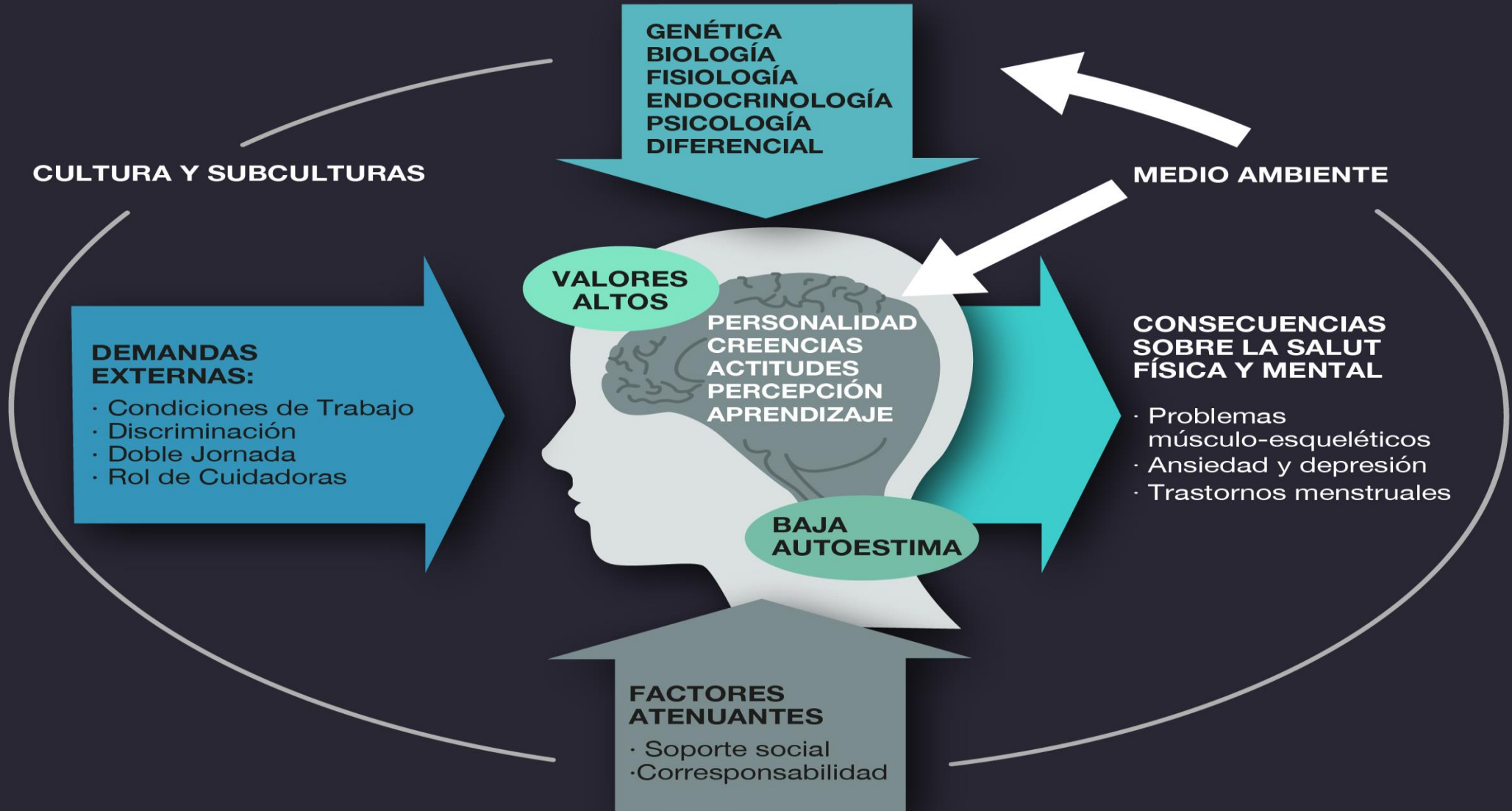


SALUD de las MUJERES POR ENCIMA DE LOS 50

Dra.Carme Valls-Llobet
CAPS. caps@pangea.org

CONDICIONANTES DE SALUD



DIFERENCIAS EN SALUD ENTRE MUJERES Y HOMBRES.

- MORTALIDAD PREMATURA: Cáncer de mama y cardiovascular.
- MORBILIDAD DIFERENCIAL.
- MAL-TRATO MÉDICO DEL DOLOR.
- YATROGENIAS POR MEDICALIZACIÓN NO-DIFERENCIADA, PSICOFARMACOS y THS.

Que nos han dicho de la menopausia

- Riesgo de infartos y fracturas.
- Si no se tomsa THS, no se cuidan.
- Es una auténtica enfermedad.
- Es un problema.
- Es una castración.
- Aquí “bajas grado”
- “Vieja” y “Menopausica”.Nuevos estigmas.

Què es la menopausia?

- El ovario deja de producir progesterona y de ovular, y produce menos estrógenos
- Desaparece la menstruación.
- Es una etapa fisiológica de la vida.
- Acaba la vida reproductiva (?).
- Reajuste bio-psicológico.

Morbilidad > 50 años.

- Hipertensión. 20%. 2/1
- Diabetes. (10% > 50 años. 2/1
- Patologia tiroidea. Tiroiditis.(25%) 50/1
- Cancer de mama (40-75 /100.000 año. Incidencia)
- Obesidad con pérdida de cintura. (?)
- Dèficit Vit. D e Hiperparatiroidismo secundario.
38% 10/1
- Osteoporosis. 30%. 3/1
- Fibromialgia o el dolor desbordado.2-4%

MUJERES DE 50 ...Y MÁS

- SE ACABA LA MENSTRUACIÓN!!!!!!
- Se incrementan algunas enfermedades por razones de edad o inmersión estrógenos ambientales: Tiroiditis autoimmune, deficit de Vitamina D, Hiperpartitiroidismo secundario, Bioacumulació química.
- Problemas económicos, trabajo.
- Se incrementa el cuidado de enfermos/as y ancianos/as.

Efectos de tóxicos diferenciales.

- Cuerpo de mujer es el primer “bioacumulador químico” ambiental (pesticidas, disolventes, derivados de plásticos, hidrocarburos de coches).
- Efecto doble del alcohol en absorción y toxicidad hepática.
- Tabaquismo provoca osteoporosis.
- Anorexia –Bulimia o “Restringidoras de comida”.
- Terapias hormonales sin investigación y control.
- Consumo drogas aún es de predominio masculino.

PERIMENOPAUSIA

- Desde los 35-40 años se inicia el declinar de la secreción de progesterona. Se incrementan los ciclos con Déficit de fase luteínica.
- Incremento de metrorragias.
- Incremento de ciclos más cortos.
- Incremento de mamas fibroquísticas y de miomas.
- Incremento de obesidad de cintura.

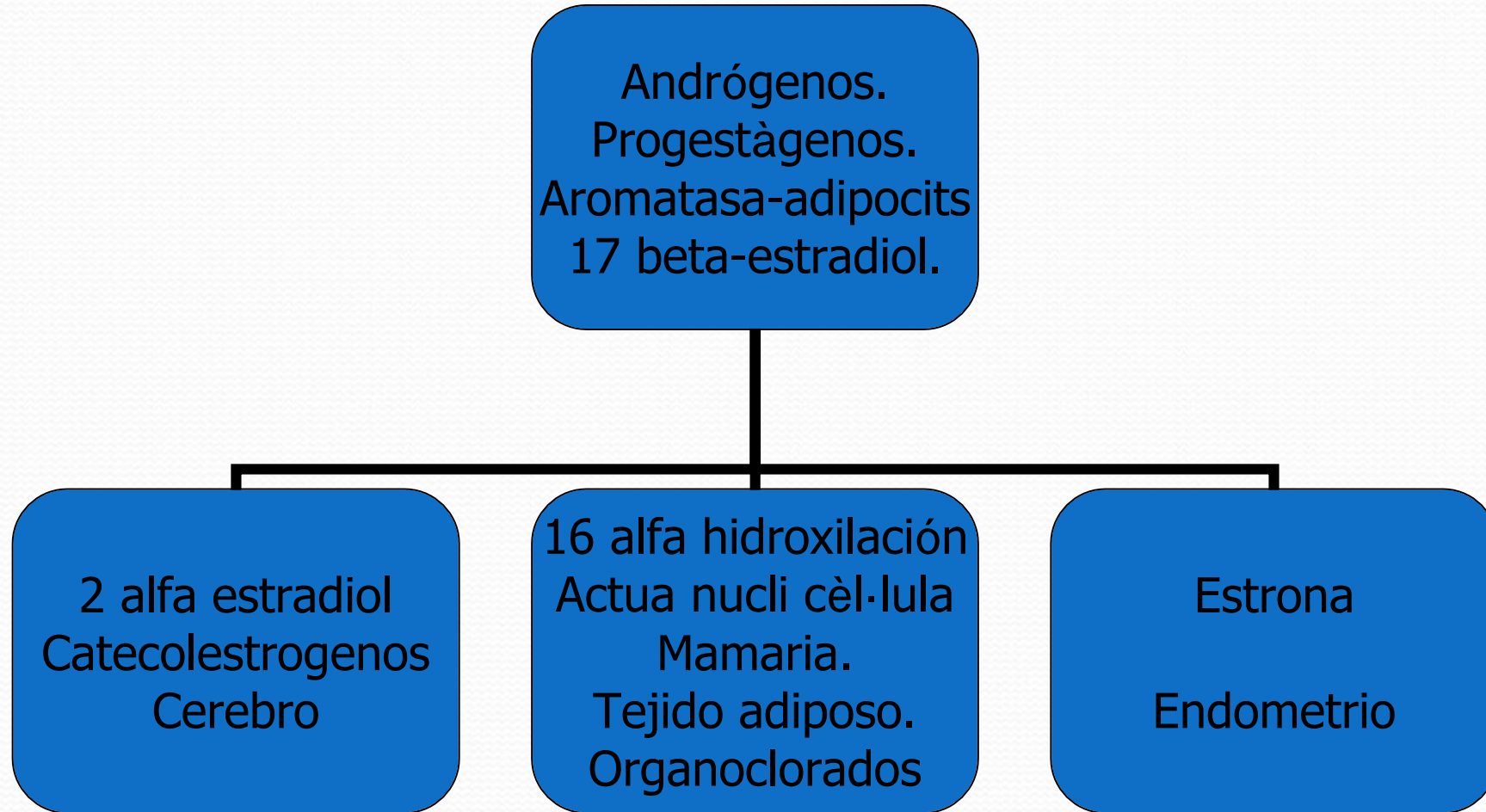
CRITERIOS DE TRANSICIÓN

- Ovulación que se adelanta.
- Ciclos acortados.
- Progresivamente ciclos alargados de más de 40 días.
- Ciclos anovulatorios.
- Incremento de hiperestrogenismo.

COMO ACTUAN LOS ESTRÓGENOS?

- Alta concentración en los tejidos.
- Larga presencia en el núcleo de las células. (15-20 horas en útero rata).
- Más de 40 metabolitos.
- Mayor acción del estradiol que de los esteroisómeros.
- En mamas, 16 hidroxilación estimula factores crecimiento tumorales, y multiplicación celular.

Metabolització de los estrógenos



Incremento de 16 alfa hidroxilación

- Productos xenoestrógenicos.(Insecticidas con cloro, hidrocarburos coches, bisfenoles, cosméticos con parabenos,etc.
- Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.
- Obesidad.
- Poco ejercicio físico.
- Incremento de productos con 17 Beta estradiol.

¿CÓMO ACTUA LA PROGESTERONA?

- La progesterona natural entra en los tejidos en bajas cantidades y desaparece rápidamente (20-60 minutos en útero de rata).
- La acción biológica de sus metabolitos, 3 ALFA Y 5 ALFA PREGENOLONA POR acción de la 5 alfa reductasa, es más poderosa que la acción de la progesterona.

METABOLITOS DE PROGESTERONA

- 20-hidroxi-delta-4 pregnemolona.
- 5 Dihidroxiprogesterona.
- **5 alfa pregnanolona. (actúa en SNC). Sólo se consigue en ovario, hígado y piel. No por vía vaginal.**
- 3 alfa pregnanolona.
- 17 Hidroxiprogesterona.
- Alopregnenolona. (reduce respuesta al estrés).

PROGESTERONA NATURAL

- Ausencia de efectos secundarios porque es selectiva para su receptor y no interactúa con ningún otro.
- Efecto sedante (administración nocturna).
- Afinidad para el receptor aldosterónico, por lo que inhibe aldosterona, aumenta la natriuresis y disminuye la tensión. Efecto dosis-dependientes.
- Efecto antihipertensivo en la menopausia. Sólo la espirinolactona puede imitar este efecto.

PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA.

- UTROGESTAN. 100 o 200 mg. Comp vía oral y vaginal.
- PROGEFIK. Igual posología y dosificación.
- DARSTIN. POMADA
- (20 CMS AL DIA ENTRE MUSLOS Y ABDOMEN),

Metabolismo óseo y progesterona

- Longitud media de la fase luteínica es la variable más potente para predecir los cambios anuales en el hueso trabecular.

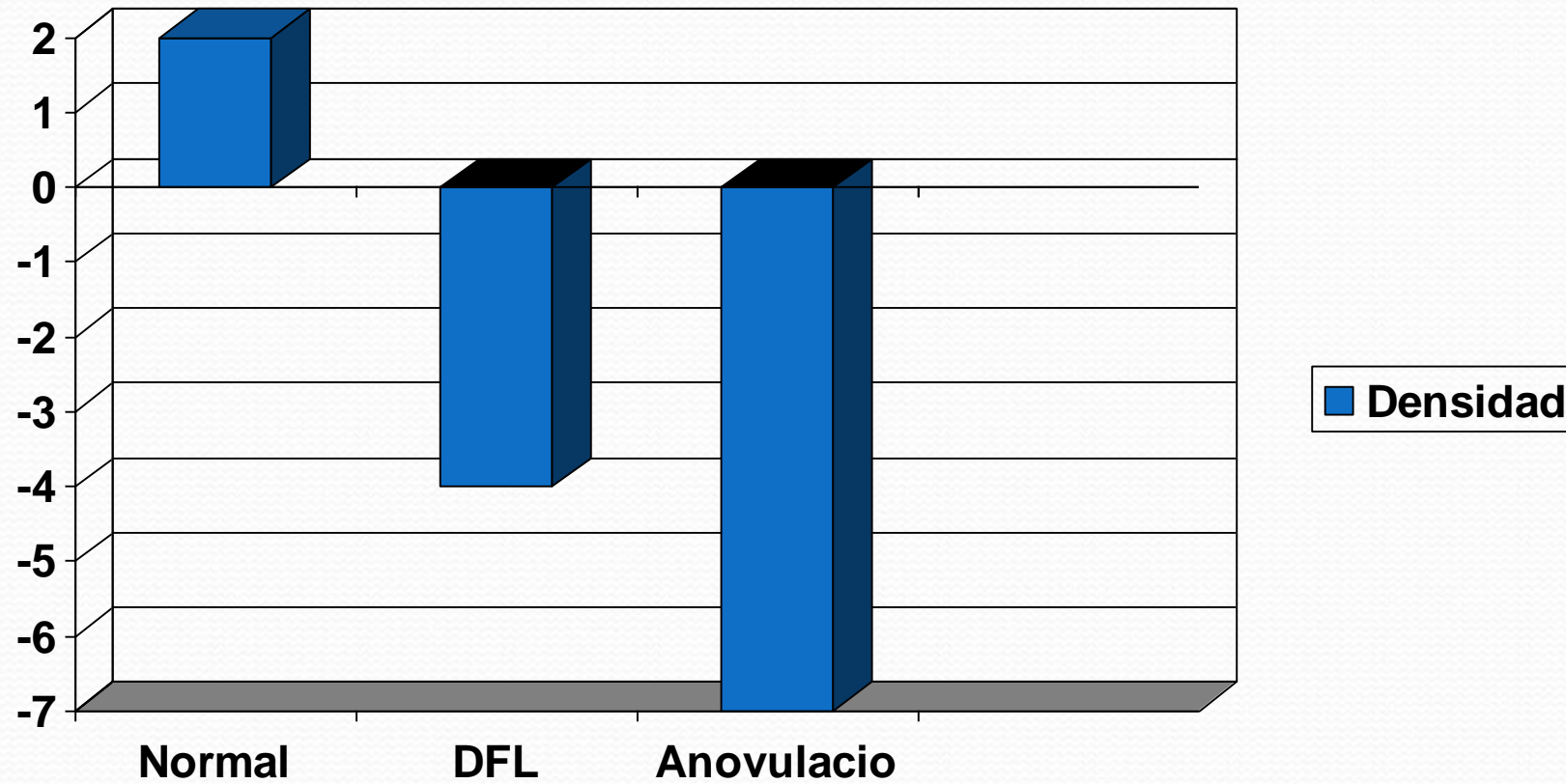
(Prior JC 1989)

- Los déficits de fase luteínica se correlacionan positivamente con el % anual de pérdida de masa ósea vertebral.

(Prior JC 1990)

Pérdida de densidad ósea y anovulación

Canvio anual (Prior et al 1990)



Anticonceptivos Orales en mujeres premenopaúsicas

- El Estudio canadienese multicéntrico de Osteoporosis concluye con datos basados en población que la Densidad Mineral Osea mostró valores más bajos a nivel del trocánter y columna vertebral entre las mujeres que habían utilizado anticonceptivos orales frente a las que nunca los habían utilizado.
- (Prior et al 2001)

COMO SE ACTUA EN PERIMENOPAUSIA

- NO SE ACTUA.
- Se administran anticonceptivos hormonales con la falsa información de que no hay riesgos.
- Si metrorragias intensas actualmente se coloca el DIU HORMONAL MIRENA (SIN EXPLICAR EFECTOS SECUNDARIOS).

RIESGO TROMBOEMBOLISMO Y ANTICONCEPTIVOS.

- Después de ajustar por tiempo longitudinal de uso, las mujeres utilizando anticonceptivos con desogestrel. Gestodene o drospirenona presentaron como mínimo un riesgo dos veces más elevado de tener tromboembolismo venoso, si se compara con anticonceptivos con levonorgestrel. (Lidegaard et al 2011)

DIU HORMONAL

- Se ha introducido el DIU hormonal como un posible tratamiento a las metrorragias, y como alternativa a la histerectomía en el caso de que la paciente reduzca sus metrorragias.
- El DIU contiene Levonorgestrel que es el que tiene menos riesgo de trombosis de todos los anticonceptivos, pero tiene tres veces más de riesgo de trombosis que no tomarlos.

Individualizar las terapias

- Por lo tanto antes de colocar un DIU hormonal se debería hacer el diagnóstico diferencial de las causas de metrorragia, con la colaboración del especialista de ginecología y el especialista en atención primaria.
- El DIU al contener Levonorgestrel, acaba circulando en sangre y metabolizándose en el hígado para convertirse en estrógenos como los demás anticonceptivos.
- Las cifras que se alteran se pueden comprobar haciendo una determinación de 17 Betaestradiol en las pacientes que se quejan de efectos secundarios. Comprobarán que los niveles son superiores al estradiol del momento ovulatorio pero durante todo el mes.

DIU HORMONAL:efectos secundarios.

- Aumento de peso
- Nauseas.
- Mastodinia.
- Tensión mamaria.
- Sangrados intermenstruales.
- Dismenorrea o metrorragias(raro en los discontinuos, frecuente en el continuado).
- Edemas en extremidades inferiores.
- Malhumor.
- Irritabilidad.
- Depresión.

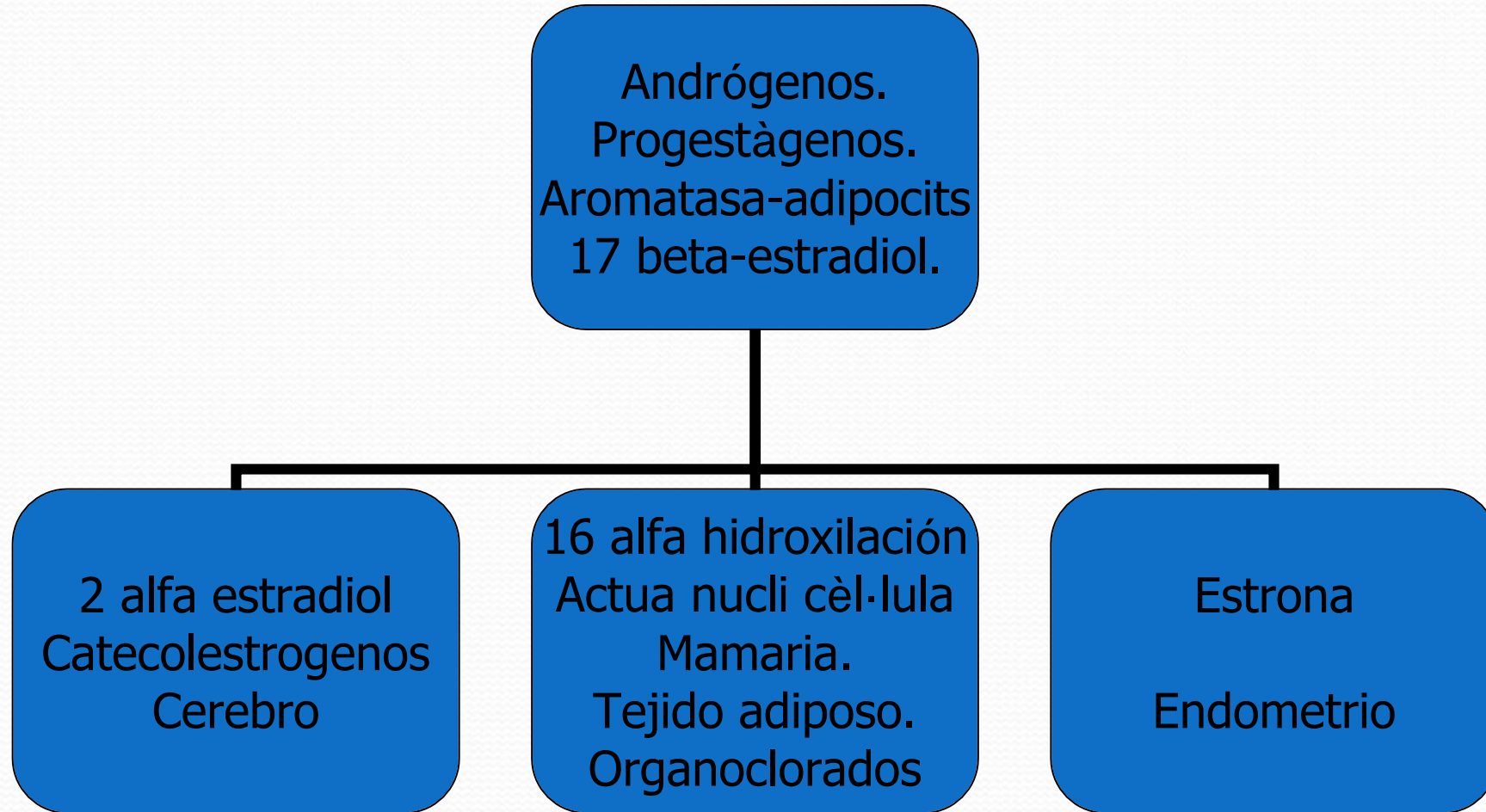
DIU DISRUPTOR TIROIDEO

- Estan apareciendo estudios de un efecto directo del Levonorgestrel con disruptores endocrinos directos de la función tiroidea en el desarrollo de animales anfibios.
- Los implantes de LNG en madres que dan el pecho modifican los niveles de TSH de los lactantes.
- Lorenz C. et al The sintetic gestagen levonorgestrel impairs metamorphosis in *Xenopus laevis* by disruption of the thyroid system. *Toxicol Sci* 2011.123 (1): 94-102.
- Bassols S et al. Effects of levonorgestrel implant upon TSH an LH levels in male infants during lactation. *Int J Gynecol Obstet* 2002. 76 (3): 273-7

Sesgos en los tratamientos (3)

- Terapia Hormonal sustitutiva introducida en el mercado con estudios observacionales, que evalúan sólo síntomas y no efectos cardiovascular.
- Incremento de infartos y trombosis en los primeros años frente a placebo.(Hers 1998).

Metabolització de los estrógenos



Incremento de 16 alfa hidroxilación

- Productos xenoestrógenicos.(Insecticidas con cloro, hidrocarburos, coches, bisfenoles, cosméticos con parabenos, etc).
- Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.
- Obesidad.
- Poco ejercicio físico.
- Incremento de productos con 17 Beta estradiol.

Terapia hormonal sustitutiva

- Estrogenos más derivados androgénicos. Aumentan riesgo de Cancer de mama.
- Los progestágenos de síntesis también (Medroxiprogesterona).
- Las tibolonas (incremento de Ca. De mama y endometrio.)

Sesgos en los estudios realizados

- Mujeres delgadas.
- Hacían mucho ejercicio físico.
- Dietas muy equilibradas.
- No se siguieron durante años y no se valoró la tasa de abandono de los tratamientos. (por sangrados, dolor o trastornos del humor).

CONFLICTO DE INTERESES

- Entre los artículos que recomiendan THS se ha estudiado si existían conflictos de intereses.
- Se ha establecido una correlación clara entre los que la recomiendan y el pago de fondos, viajes, etc. Además se han podido observar artículos que repiten exactamente y palabra por palabra los mismos argumentos.

(Fugh-Berman et al. 2011)

U.S. Preventive Services Task Force Recommendations.2012

- Estrogen plus progestin and estrogen alone decreased risk for fractures but increased risk for stroke, thromboembolic events, gallbladder disease, and urinary incontinence.
- Estrogen plus progestin increased risk for breast cancer and probable dementia, whereas estrogen alone decreased risk for breast cancer.

Sesgos en los tratamientos (4)

- THS incremento de Cáncer de Mama (1.4 o 1.8 según dosis y asociación con progestágenos).
- No evidencias a 4 años de mejora de calidad hueso cortical y trabecular, sólo disminuye resorción.
- Incremento de colelitiasis e hiperlipidemias con 19 nor derivados.
- Incremento de obesidad de cintura, y de tamaño de las mamas.
- No se ha investigado progesterona natural. (Valls-Llobet 1996).

Estrogenos percutáneos + Progesterona micronizada

- A dos años RR 0,9 (0,6-1,4)
- De 2 a 4 años. RR 0,7 (0,4-1,2)
- Más de 4 años. RR 1,2 (0,7-2,0)

- Combinación con progesterona sintética. RR 1,6 a 2 años
- RR 1,4 a 4 años.

PROGESTERONA MICRONIZADA 300 MG

- Ensayo clínico en 133 mujeres con progesterona micronizada por vía oral después de cenar, disminuyen los síntomas vasomotores, sin alteraciones en útero. (Jerylinn Prior 2012).

FITOESTRÓGENOS

- Isoflavonas : genisteina, daidzeina.
- Son componentes polifenoles estructuralmente relacionados con los estrógenos que se unen a los receptores estrogénicos y actúan como agonistas en unos tejidos y antagonistas en otros.
- Tienen una mayor afinidad sobre los receptores Beta estrogénicos que sobre los alfa. Pero los beta actúan estimulando también los alfa.

FITOESTRÓGENOS

- Dosis por encima de 80 mgrs /día pueden producir Cáncer de mama y de vejiga de orina.
- No se pueden medir sus niveles en sangre. Por lo tanto no se puede saber cuando se administran exceso.

ISOFLAVONAS Y SOFOCACIONES

- Ensayo clínico, aleatorio, doble ciego, comparando mujeres menopausicas, que presentaban 35 sofocaciones a la semana, a las que se administró 82 mg /dia, 57 mg/dia i un placebo durante 12 semanas.
- (Tice et al. 2003.JAMA 290:207-214)

Conclusiones

- Los tres grupos tratados redujeron de forma igual el número de sofocaciones por semana (5 menos), pero el efecto fué igual para las mujeres que tomaban isoflavonas que para las que tomaban placebo.
- El grupo con mayor IMC tenían menos síntomas.

Los aspectos positivos de la soja se han sobreestimado.

- Es el cereal con más alto contenido en ácido fítico (fitatos). Bloquean la asimilación de minerales esenciales como el calcio, magnesio, hierro y zinc.
- Contiene inhibidores de las proteasas, por lo que interfiere con la absorción de proteínas y minerales.
- Contiene hemaglutinina, e inhibidores de la tripsina. Aumentan trombosis y retrasan el crecimiento.
- Incrementa hipotiroidismo.

Cancer de mama y factores de riesgo

Factores de riesgo: Cancer de mama

- > 60 años.
- Norte Europa y América.
- Clase socioeconómica alta.
- Solteras.
- Vivienda en zona urbana.
- Raza blanca.
- Primeros embarazos después de los 30 años.
- Obesidad.

Riesgo Cancer mama.II

- Menarquia precoz.
- Menopausia tardía.
- Historia familiar de cáncer de mama.
- Mama fibroquística.
- Exposición de mamas a RX.
- Falta ejercicio físico.
- Baja ingesta de Vit E y Betacaroteno (< 20grs)

DENSIDAD MAMARIA Y FACTOR DE RIESGO.

- La densidad mamográfica es un factor predictivo para la incidencia de Cáncer de mama. La enfermedad benigna de mama, en especial la enfermedad fibroquística, la hiperplasia epitelial y la presencia de atipias aumenta el riesgo de cáncer de dos a cuatro veces[i].

[i] Adami HO, Bergström R, Lund E, Meirik O. Absence of association between reproductive variables and the risk of breast cancer in young women in Sweden and Norway. Br J Cancer. 1990 Jul;62(1):122-6.

Incremento de 16 alfa hidroxilación

- Productos xenoestrógenicos.(Insecticidas con cloro, hidrocarburos coches, bisfenoles, en agua, aire y alimentos, cosméticos con parabenos,etc.
- Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.
- Obesidad.
- Poco ejercicio físico.
- Incremento de productos con 17 Beta estradiol.

Nuevos riesgos de Cáncer de mama

- Anticonceptivos hormonales. 1.6
- Anticonceptivos horm. + historia familiar de cáncer de mama.2.5
- THS con dosis altas.
- Xenoestrógenos: Insecticidas organoclorados, bisfenoles policlorados, hidrocarburos derivados de la combustión degasolina, fármacos. Alimentos. Cosméticos.
- Radiaciones electromagnéticas.

Cancer mama en mujeres jóvenes.

- El consumo de anticonceptivos hormonales se ha asociado con la presencia de càncer de mama con los tres receptores hormonales negativos (estrogénicos, progestogénicos, y factor de crecimiento de la epidermis humana) entre mujeres menores de 45 años[i]
- El riesgo relativo de presentar càncer de mama con los tres receptores negativos entre las usuarias de anticonceptivos hormonales, durante un año, fué de 2,5 entre mujeres por debajo de 45 años, y de 4,2 entre mujeres por debajo de los 40 años.

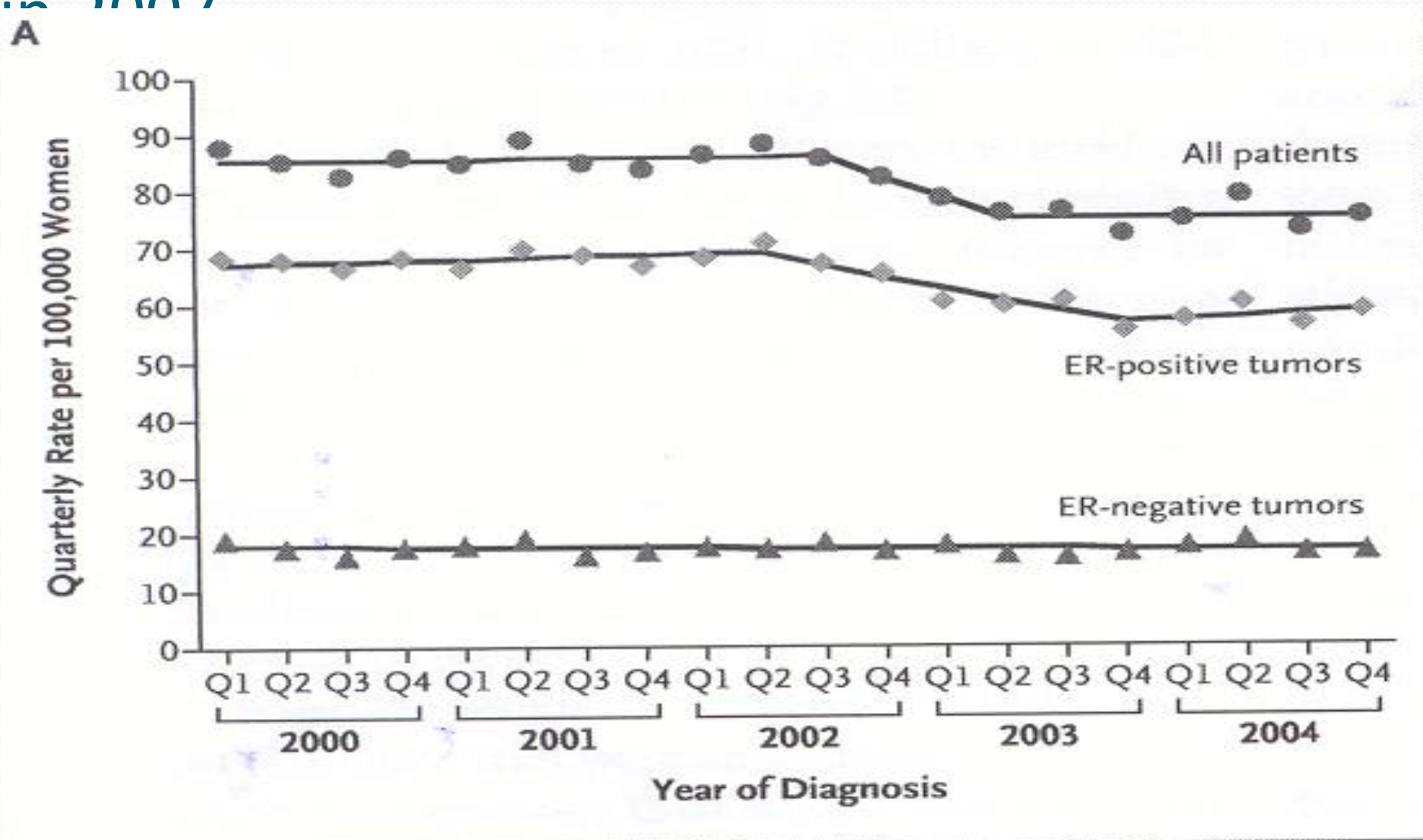
[i] [Dolle JM](#), [Daling JR](#), [White E](#), [Brinton LA](#), [Doody DR](#), [Porter PL](#), [Malone KE](#). Risk Factors for Triple-Negative Breast Cancer in Women Under the Age of 45 Years. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009 Mar 31.

Riesgo AOCs antes primer embarazo.

- . Los autores concluyeron que el uso de anticonceptivos hormonales en conjunto, con diversas dosis de anticonceptivos, se asoció con un incremento del cáncer de mama en especial con el uso de anticonceptivos más de 4 años antes de tener el primer embarazo a término*[i]*.
- *[i]* Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2006 Oct;81(10):1287-9.

Disminución Incidencia de Cancer de Mama en 2003.

Raydián 2007



Ray

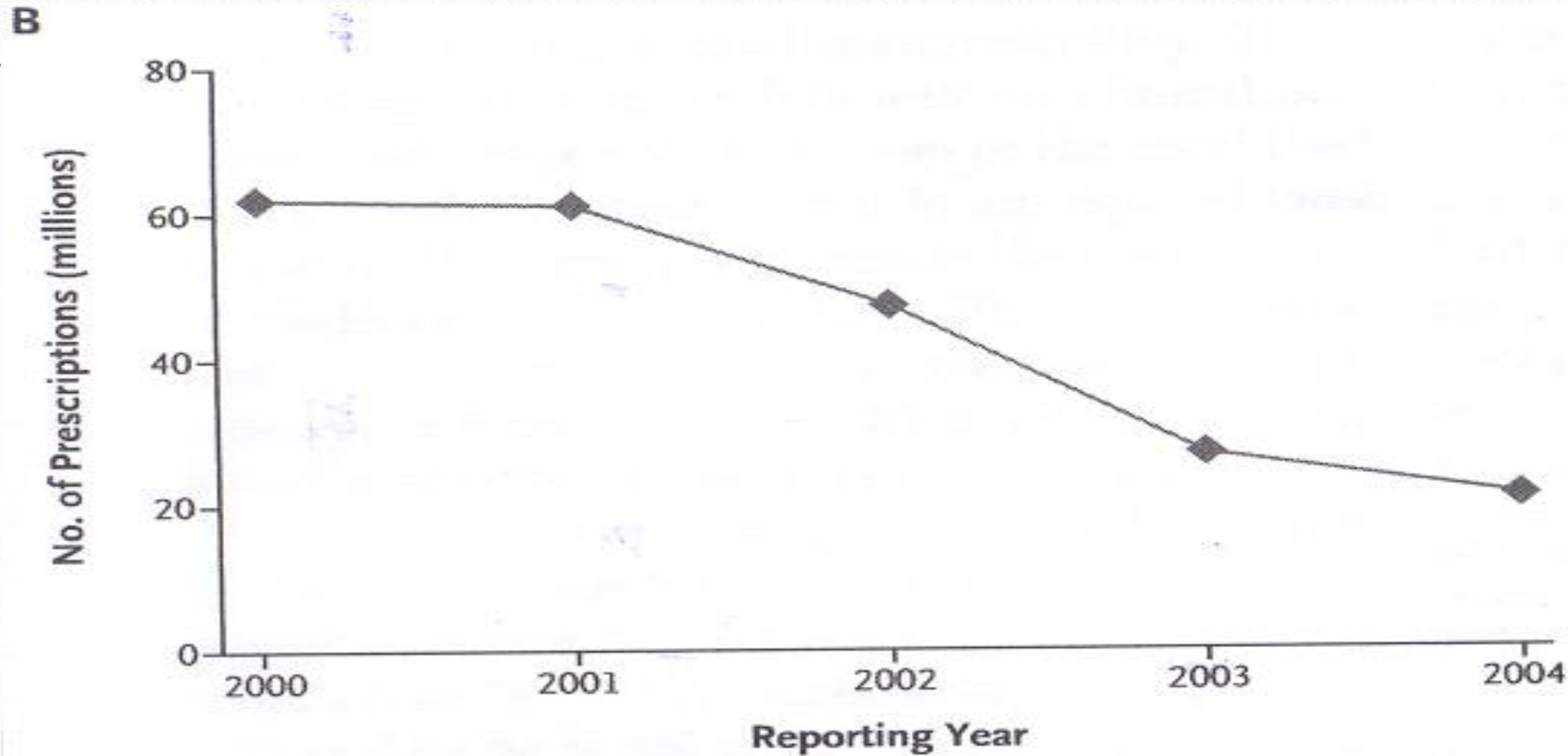


Figure 2. Quarterly Incidence of Breast Cancer in Women between the Ages of 50 and 69 Years, According to Estrogen-Receptor (ER) Status, and the Number of Prescriptions for Hormone-Replacement Therapy (2000–2004).

... from the NCI's SEER registries, with trends mod-

Progestágenos y riesgo Ca. Mama.

- El MPA puede aumentar el riesgo de cáncer de mama en mujeres que utilicen el tratamiento durante largo tiempo, porque aumenta la tasa de mitosis de las células epiteliales normales. En combinación con estradiol y factores de crecimiento, se demuestra que los progestágenos sólo pueden inducir la proliferación de células mamarias humanas benignas o malignas, independientemente de otros factores y que sólo la progesterona natural tiene un efecto indiferente[i].

[i] Seeger H, Rakov V, Mueck AO. Dose-dependent changes of the ratio of apoptosis to proliferation by

- orethisterone and medroxyprogesterone acetate in human breast epithelial cells. Horm Metab Res. 2005 Aug;37(8):468-73.

DISMINUCIÓN CANCER DE MAMA

- En Estados Unidos.
- En Australia.
- En España de mayores 50 años. (Informe Marina Pollan Santamaria 2009).
- Confirmación desde el año 2007.
(ver boletín: www.nogracias.eu)

CANCER DE MAMA Y OCUPACION.

Marina Pollán Santamaría

- Médicas y Cirujanas.
- Farmacéuticas.
- Analistas de sistemas y programadoras.
- Operadoras de teléfono.
- Operadoras de telégrafo y radio.
- Galvanizadoras y recubridoras de metales.
- Peluqueras y esteticistas.

Otras ocupaciones con > incidencia Ca Mama.

- Trabajadoras religiosas.
- Artistas y literatas.
- Trabajadoras sociales.
- Cajeras de banco.
- Telefonistas de oficina.
- Personas expuestas a campos electromagnéticos, de muy baja frecuencia o de radio frecuencia.

Nuevos factores de riesgo

- Estrés.
- Exposición a disolventes.
- Gases anestésicos.
- Oxido de etileno.
- Tricloroetileno.
- Tintes pelo (antes 1980).
- Ftalatos.
- Parabenos.(metil, sutil, propil...)

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN MUJERES

SESGO EN PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR Y MUJERES

- No valorar que es la primera causa de mortalidad entre el sexo femenino.
- Creencia “falsa”: las mujeres están “naturalmente” protegidas del infarto de miocardio “*por sus hormonas*”.
- A igualdad de patología coronaria las mujeres no reciben el mismo tratamiento médico y quirúrgico (Ayanian y Epstein 1990).

El síndrome de Yentl. (1991)



Dra. Carme Valls-Llobet

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR paradigma de la INVISIBILIDAD.

- **EXPLORACIONES** (cateterismos, pruebas de esfuerzo) menos efectuadas en sexo femenino. (*Ayanian i Epstein 1992*(*Marrugat 1998*).
- Las mujeres con infarto llegan de 2 a 5 horas más tarde que los hombres al hospital.
- Los tratamientos TROMBOLÍTICOS son MENOS aplicados entre mujeres (30% entre mujeres vs 63% entre hombres.
- La MORTALIDAD post infarto es más elevada entre mujeres.(68% vs 33%). (*Marrugat 1998*).
- REHABILITACIÓN postinfarto sólo se realiza entre 30% de mujeres afectadas vs 87% de hombres.(*Benz Scott.2002*)

EXCLUSIÓN DE LAS MUJERES EN LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

- La mayoría de estudios de investigación sobre enfermedades coronarias en la década 1980-1990 se han hecho sólo sobre poblaciones masculinas.
- Administration Cooperative Study (Murphy et al 1977) (7) (Benefits of Coronary surgery in groups of male patients with angina).(15.000 varones)
- Physicians Heart Study (Manson, Grobbee and Stampfer 1990)(8) (Aspirin may prevent heart attacks in men) (22.000 varones).
- Multiple Risk Factor Intervention Trial (1982) (9) (12.000 varones).

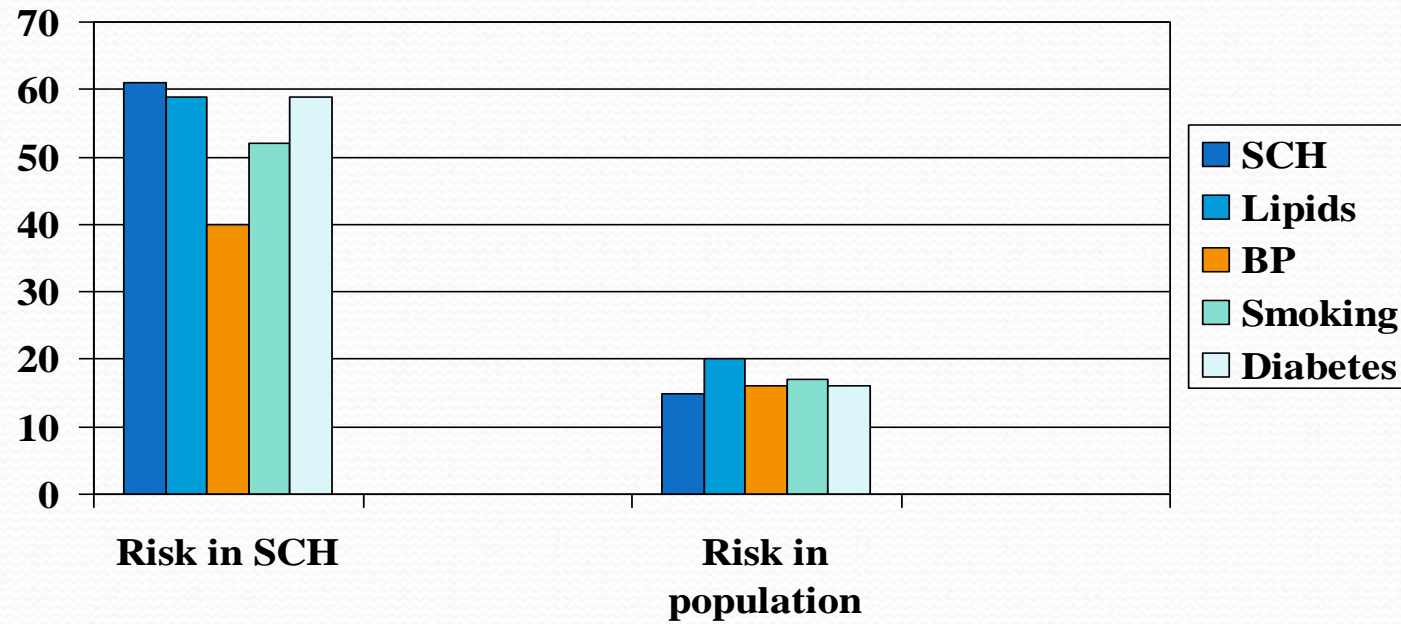
La enfermedad cardiovascular como paradigma de la invisibilidad.

- Los síntomas de infarto miocardio en las mujeres son diferentes que en los hombres y no son reconocidos: El dolor es de predominio retroesternal, y se inicia con sensación de dolor abdominal y náusea. El dolor irradia a mandíbulas y no al brazo izquierdo-
- Lichtman et al 2018. Dolor torácico, parecido en mujeres y hombres, pero mujeres presentan otros síntomas, que no se relacionan habitualmente con síntomas de infarto.

Factores de riesgo cardiovascular

- Diabetes mellitus.
- Edad.
- Hipertrigliceridemia.
- Insuficiencia cardíaca congestiva de causa hipertensiva.
- Obesidad.
- Hipotiroidismo e hipertirodismo.
- PCR incrementado.
- THS (Rossouw et al) JAMA. 2007
- TABAQUISMO.

Subclinical Hypothyroidism and Myocardial Infarction attributable Risk in SCG vs All Women. The Rotterdam Study. 2003



RIESGO CARDIOVASCULAR-mujer

- Más de 1 factor de riesgo que incluya:
Fumadora.
Dieta pobre.
Sedentarismo.
Obesidad, especialm. De cintura
Historia familiar de ECV, <55 años en parientes varones, y <65 años en parientes mujeres,

Riesgo cardiovascular, Mujer. cont.

- Hipertensión.
- Dislipemia.
- Evidencia de enfermedad vascular subclínica
- Poca capacidad de prueba de esfuerzo.
- Recuperación de frecuencia cardíaca post ejercicio, anormal.

INDICE CINTURA-CADERA

- En especial para las mujeres el índice cintura/ cadera es un potente indicador de la mortalidad cardiovascular.
- La circunferencia de la cintura se mide a nivel del ombligo y la de la cadera en el punto más amplio de la cadera.
- El cociente entre los centímetros de la cintura y los de la cadera debe ser inferior a 1, de preferencia 0,80 o menor.
- Los autores abogan que para evaluar el riesgo cardiovascular se utilice para las mujeres el índice cintura cadera y para los hombres también el índice cintura/altura y se deje de valorar la obesidad total.

DIABETES TIPO II

- Obesidad de cintura.
- Durante 1995-2010 incremento de prevalencia de Diabetes diagnosticada de 8,5% en Puerto Rico a 226,7% en Oklahoma, con un amedia nacional en EEUU de 82,2%. (MMWR 2012).
- El programa de Prevención de diabetes (DPP) detectó una disminución de incidencia de 58% con cambios en estilos de vida

PREVENCIÓN DIABETES

- El programa de Prevención de diabetes (DPP) detectó una disminución de incidencia de 58% con cambios en estilos de vida, y de un 31% con metformina, comparados con placebo.
- Después del seguimiento durante 10 años, con cambios en estilo de vida la incidencia del grupo placebo y metformina disminuyó como en el otro grupo. Pero la incidencia acumulativa fue menor en el grupo que había cambiado hábitos.
- **Diabetes Prevention Program Research Group. Lancet 2009.**

Estilos de vida y diabetes

- Ejercicio físico diario.
- Comidas 5 veces al día.
- Moderado consumo de hidratos de carbono. En especial arroz blanco.
- Disminución consumo de bebidas azucaradas.

HIPERTENSIÓN

- ¿Qué valores son normales? ¿Debemos mantener la TA a 120/80 ?
- No es posible atender a la población en Noruega con las actuales Guías Europeas Estudio Hunt 2 (Petursson H et al. 2009).
- Estudio de prehipertensión en población joven. Incremento de 7⁰% anual a hipertensión. Cuidar estilos de vida. (Falkner et al 2013)

HIPERTENSIÓN II (Gueyffier et al 1997)

- Seguimiento de 20,802 mujeres y 19975 hombres entre 1972 y 1990.
- Tratados con Betabloquantes y diuréticos tiazidicos.
- En mujeres el beneficio total fue para evitar AVC, y muerte por AVC.
- En hombres para todos tipos de problemas coronarios y para AVC.

- Reducido consumo de bebidas azucaradas se ha asociado también con Reducción de Tensión arterial. Liwei Chen et al. 2010
- Reducir el consumo de sal y aumentar el de potasio. Sales de potasio e incremento de fruta.
(2013).

DISLIPEMIA

- En muchas guías de prevención de las enfermedades cardiovasculares se ha considerado como un "conocimiento evidente" que el colesterol total es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular. Incluso se han hecho campañas para disminuir el colesterol total por debajo de 5 mmol/L (200 mgrs/
- El Dr Halfdan Petursson, del Departamento de Salud pública y Práctica General de la Universidad de Noruega de Ciencia y Tecnología han seguido durante años un estudio prospectivo de población sobre la mortalidad cardiovascular y los factores de riesgo. Todos los adultos mayores de 20 años, del condado Nord-Trondelag en Noruega fueron invitados a participar en este estudio (HUNT 2). Petursson, H et al. Is the use of cholesterol in mortality risk algorithms in clinical guidelines valid? Ten years prospective data from the Norwegian HUNT 2 study. Journal of Evaluation of Clinical Practice. 18 (2012) 159-168.

- La hipertensión y el tabaco se encontraron relacionados con la mortalidad pero el colesterol no mostró una relación.
- Entre las mujeres el colesterol total seguía una relación inversa con todas las causas de mortalidad y con la cardiovascular. La asociación con enfermedad cardíaca isquémica sigue una ligera forma de U.
- Entre los hombres el colesterol total no está asociado de forma linear con la mortalidad sino que sigue una forma de U.

- La asociación con el hábito de fumar y colesterol, no mostró asociación entre los niveles de colesterol por encima de 5,5 mmol (215mg/dl) que fue el punto de corte que se utilizó en el estudio, y aumento de mortalidad, tanto entre fumadores como en no fumadores.
- La mortalidad entre mujeres fumadoras fue algo más fuerte entre mujeres con colesterol por debajo de 5,5 mmol/dl.
- Hay que revisar la relación colesterol total y mortalidad.

FRECUENCIA CARDÍACA

- Entre las mujeres seguidas en el Women's Health Initiative se evaluó durante 7 años la relación entre frecuencia cardíaca en reposo. El quintil más alto 76 puls/min frente al más bajo 62 puls/min.
- La frecuencia es un indicador del tono simpático.
- Se relaciona como indicador independiente con infarto de miocardio y muerte coronaria en mujeres pero sin relación con AVC. Judith Hsia et al 2009.

Indicadores de Función Tiroidea

- HORMONA TIREOTROPA. TSH.
- TIROXINA LIBRE. T₄ LIBRE,
- TRIYODOTIRONINA LIBRE. T₃ LIBRE.
- ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS:
 - Anticuerpos antimicrosomiales
 - Anticuerpos antitiroglobulina.
 - Anticuerpos antimucosa gástrica o anticélulas parietales gástrica.
 - Tiroglobulina. (para seguir nódulos).
 - Anticuerpos antireceptores TSH. (Exoftalmos).

DIAGNOSTICO

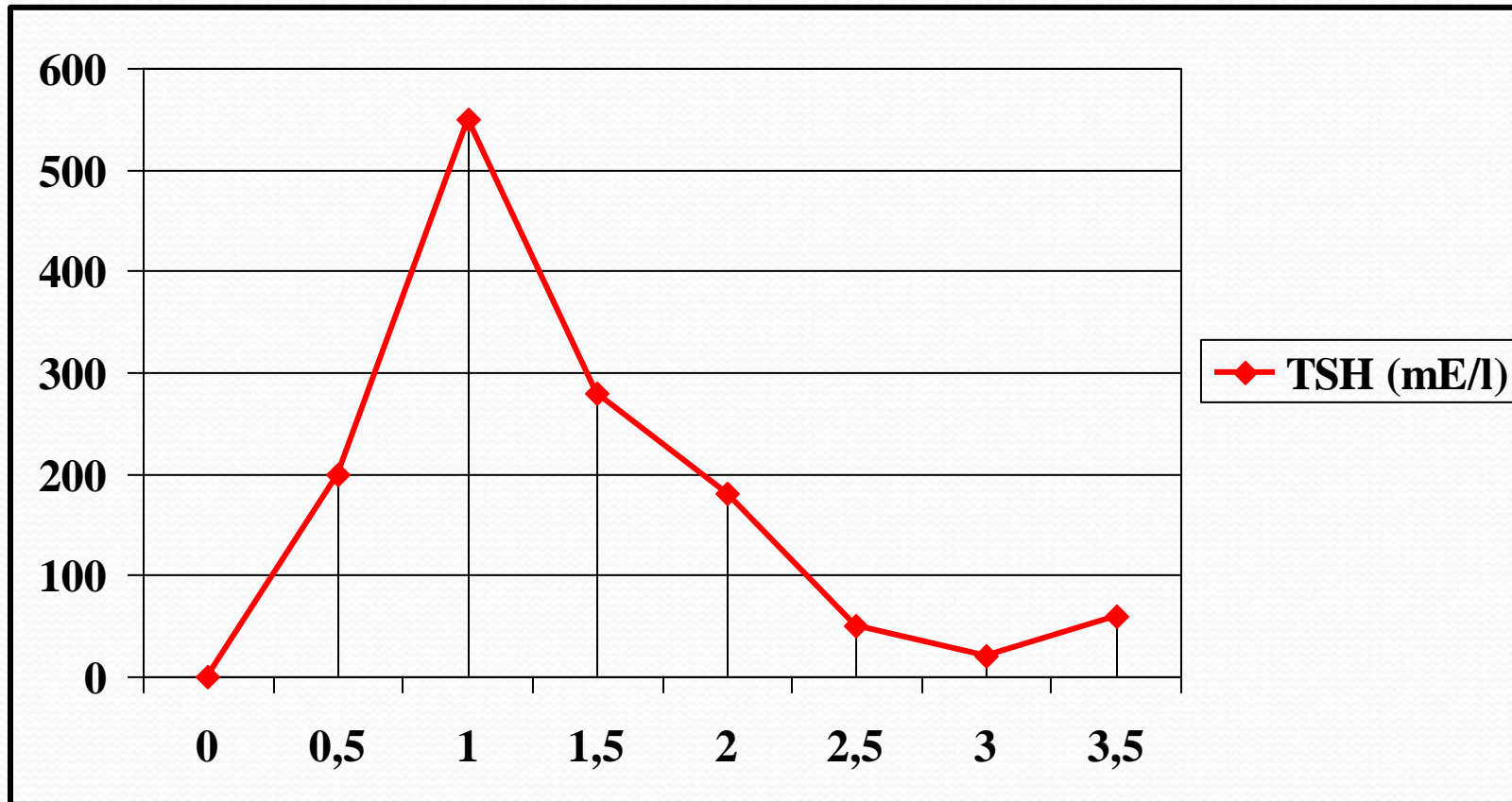
- HIPOTIRODISMO FRANCO: TSH aumentada y T₄ y T₃ libres disminuidas.
- HIPOTIROIDISMO MODERADO O LEVE: TSH AUMENTADA y T₄ y T₃ en límites normales medios o bajos.
- HIPERTIRODISMO FRANCO: TSH DISMINUIDA y T₄ o T₃ libres aumentadas,
- HIPERTIROIDISMO MODERADO O LEVE: TSH DISMINUÍDA con T₄ y T₃ libre normales.

EVOLUCIÓN DE LOS LÍMITES DE REFERENCIA DE LA TIROTROPINA (TSH)

- TSH 1ª GENERACIÓN (Elisa) (0,5-8) UI/L
- TSH 2ª GENERACIÓN (RIA) (0,5-6) UI/L
- TSH 3ª GENERACIÓN (Anticuerpos monoclonales) (0,3-2) μ U/L

LA MODA DE TSH

Distribución de la TSH en el cribaje de población 6884 (6539 hombres 345 mujeres). *Schaaf 1993*



Clasificación de Hipotiroidismo de acuerdo a la concentración de TSH sérica (3ª Generación)

TSH μ U/L

Signos clínicos

2-4

Mínimos

1999)

(Lakakis 1997; Michalopoulou 1998; Koputras

4-10

Medios + clínica

Ridgway 1981; Althans 1988)

> 10

Francos

Duntas L 2001

EUTIRODISMO

- Estudios en voluntarios sanos sitúan los valores normales de TSH entre: 0,3 y 2,5 mUI/ml.
- El estado eutorideo óptimo sería con la TSH cercana a 1.
- Para conseguir ovulación en mujeres con esterilidad Esperoff recomienda cifras de TSH menores de 2,3 mUI/ml.

TIROIDES Y CORAZÓN

Polikar et al . Circulation 1993.

- **Efecto directo de T₃ a nivel celular** con calcio como segundo mensajero.
- **Interacción con el Sistema nervioso Simpático.** Paradoja incremento de noradrenalina circulante en el hipotiroidismo, pero desensibilización y lo contrario en el hipertirodismo.
- **Contractibilidad del miocardio.** No mediado por catecolaminas.
- **Hipertrofia de ventriculo izquierdo** en hipotiroidismo con aumento de presión diastólica.

TIROIDES Y CORAZÓN. II

- **Efectos en la circulación periférica.** Hipertensión sistólica en hipertiroidismo, e hipertensión diastólica e hipotiroidismo. En hipot. Disminución de los niveles de renina, angiotensina y aldosterona.
- **Efectos cronotrópicos. Bradicardia en hipotirodismo .** Medias más altas y más bajas disminuidas en Holter.
- **Arritmias.** Fibrilación auricular en hipertiroidismo por aumento de receptor Beta adrenérgico. Tratamiento de hipotirodismo no aumenta las arritmias.
- **Insuficiencia cardíaca.** Puede presentarse en el hipertiroidismo y en hipotirodismo.

HIPERLIPIDEMIA

- Incremento LDL y Disminución HDL (Caron 1990)
- Recomendación de tratar HS si LDL↑ (*Bogner 1993*)
- Necesidad de ajustar niveles de TSH entre 0,5-1 $\mu\text{I/ml}$ para LDL ↓ (*Franklyn 1993*)

GUIA DE PREVENCIÓN

- Eliminar tabaquismo.
- Ejercicio físico. 30 a 60 minutos diarios de actividad moderada.
- Rehabilitación de las mujeres que han padecido IAM.
- Dieta rica en frutas y verduras, pescado dos veces por semana, limitar grasas saturadas y trans.

- Disminución de peso.
- Disminución de cintura por debajo de 0,85.
- Omega 3. 850-1000 mg EPA y DHA en mujeres con cardiopatía, i de 2 a 4 grs en mujeres con triglicéridos aumentados.

INTERVENCIONES

- Mantener TA < 120/80.
- LDL < de 130 mg/dl.
- Triglicéridos < de 150 mg /dl.
- Utilizar niacina o fibrato cuando HDL bajo.
- Reducir intolerancia a la glucosa.

ANDAR O EJERCICIO VIGOROSO, entre mujeres y riesgo cardiovascular.

- Andar rápido (3,2 a 4,8 Km/h)....RR 0,86
- Andar rápido (4,8 a 6,4 Km/h)....RR 0,76
- Andar rápido (más de 6,4Km/h) RR 0,58

- Ejercicio vigoroso > 2,5 horas por semana presentan una reducción del riesgo del 30%.

Manson et al 2002.

SEDENTARISMO EN MUJERES

- 12 a 15 horas diarias en cama o durmiendo aumentan el RR a 1,38 (95% intervalo de confianza 1,01 a 1,87).
- 16 horas diarias sentadas incrementan el riesgo relativo a 1,68 (95% intervalo de confianza 1,07 a 2,64) comparadas con las que están sentadas menos de 4 horas al día.

Depresión y riesgo Cardiovascular.

- Documento de consenso: Circulation 2008. (Lichtman et al)-
- Incremento de complicaciones cardíacas en pacientes con depresión. 9,3% frente a 4,8% de incidencia.
- Depresión es tres veces más frecuente entre pacientes con Infarto miocardio.
- Coordinar especialistas en tratar.

Suplementos de Calcio en medicación.

- La administración de suplementos de Calcio con o sin Vitamina D incrementa modestamente los riesgos de Infarto de Miocardio.
- OR 1,24. (Bolland et al 2011).
- Al entrar el calcio en un momento dado del día se deposita más fácilmente en las arterias. Por la misma razón no sería recomendable comer más de 400 mgrs de golpe.

RIESGO ICTUS Y TROMBOEMBOLISMO, en pacientes con fibrilación auricular.

- CHADS₂: Congestive heart failure, Hypertension, Age > 75; Diabetes, Ictus previo.
- CHA₂DS₂-VASc: CHADS₂- Vascular disease, edad 65-74, Sexo). Esta puntuación se relaciona con alto riesgo.

Jonas Bjerring Olesen et al 2011.

ALIMENTACIÓN

- Mayor circulación de omega 3 menor mortalidad total y en especial cardiovascular.(Mozaffarian et al 2013).
- Suplemento con aceite de pescado reduce muertes cardíacas pero no arritmias ni mortalidad total. (León et al 2009)

ALIMENTACIÓN II

- La ingesta de frutas con Antocianinas (fresas y arándanos) dos veces por semana disminuyen el riesgo de infarto de miocardio en mujeres jóvenes (RR 0,68 IC 0,49-0,96). (Cassidy et al 2013).
- La ingesta de 6,3 gramos de chocolate negro (rico en polifenoles) por día (30 Kcal) disminuye la tensión arterial sistólica y diastólica. (n 44). (Taubert et al 2013).

ALIMENTACIÓN III

- El mayor consumo de arroz blanco incrementa el riesgo de Diabetes tipo II, especialmente entre población de China y Japón. (Hu et al 2012)

ESTATINAS Y FDA. 2011

- Advertencia de Simvastatina de 80mg por crisis de rabdomiolisis y aumento de CPK.
- Disminuyen LDL un adicional 6% sobre la dosis de 40 mg.
- Riesgo miopatía aumentado en mujeres, personas mayores, personas que toman bloqueante de calcio (diltiazem), y personas con problemas genéticos para eliminarla en el hígado.
- Riesgo incremento aterosclerosis (Okuyama 2015)

Fármacos que aumentan Simvastatina

- Itraconazol.
- Ketaconazol.
- Eritromicina.
- Claritromicina.
- Telitromicina.
- Inhibidores de proteasa de HIV.
- Nefazodona.

Nuevas contraindicaciones

No exceder 10 mg diarios:

- Posaconazol.
- Gemfibrozilo.
- Ciclosporina.
- Verapamil.
- Diltiazem.

No exceder 20 mg diarios con:

- Amiodarona.
- Amblodipino.
- Ranolazina.
- **No tomar más de 250 cc de zumo de uva.**

DOLOR COMO PRIMER PROBLEMA DE ASISTENCIA PRIMARIA

Si fibromialgia es como máximo 3,4% de población femenina.....que ocurre hasta 34% de mujeres que presentan dolor en la encuesta de población?
Qué se esconde debajo de la fibromialgia?

DOLOR

* Dolor lumbar crónico.	M.22,6%	H 18,3%
	20-29a. 12 ⁰ %	
	50-59a. 27 ⁰ %	

* Dolor cuello. M. 12,5% H 9%

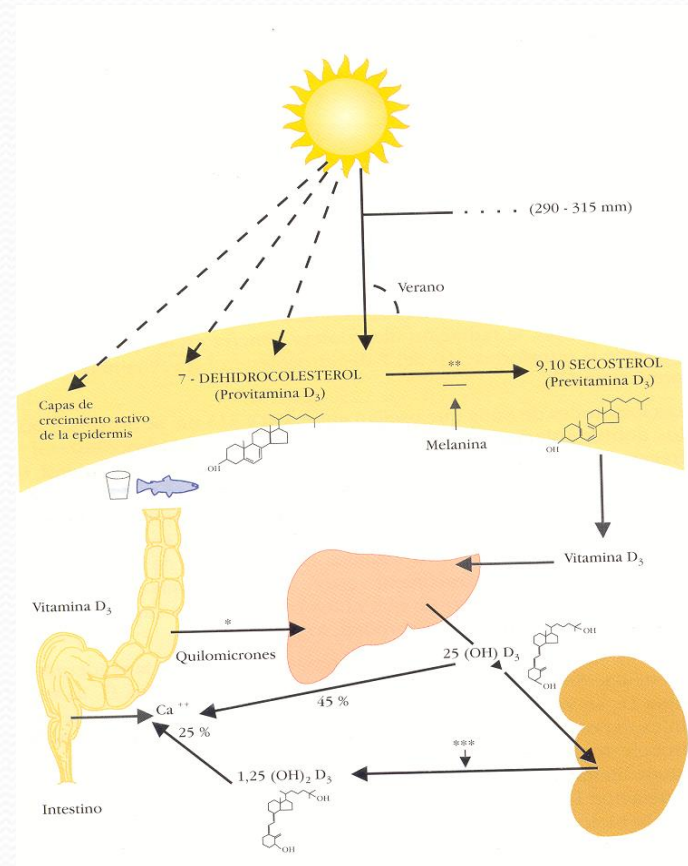
*Dolor hombros. 6,7 a 61 %. Aumenta > 60a.

*Dolores brazos. (41% población trabajadoras).

Diagnóstico diferencial Dolor musculoesquelético

	Prev.	M/H		
• Artritis reumatoide.	3%	30/1		
• Lupus eritematoso.	1/000	9/1		
• Síndrome Sjögren	1/000	9/1		
• Miopatía hipotiroidea	20%	50/1		
• Deficiencia Vit D			38%	5/1
• Hiperparatiroidismo				
• Miopatía por ferropenia	73%	50/1		

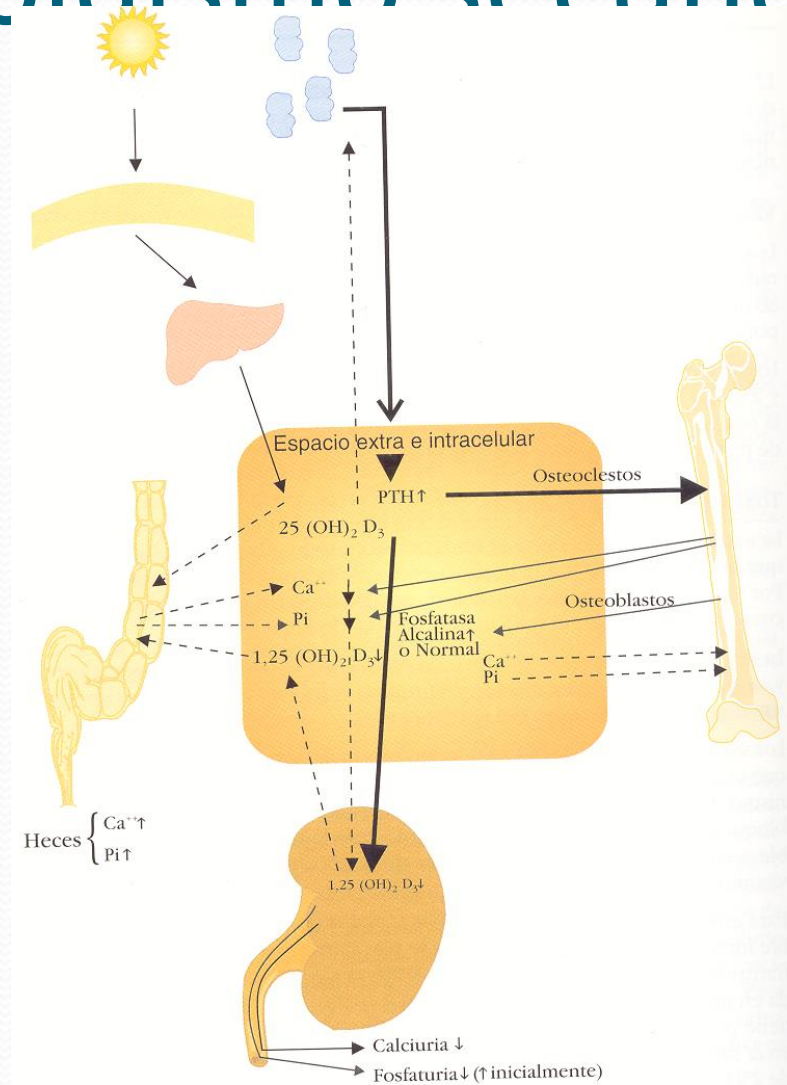
Metabolismo de la Vit. D



METABOLISMO DE LA VITAMINA D

- A los 50 años en mujeres y a los 60 en hombres disminuye la secreción por el riñón.
- Si no se toma el sol de 2 a 4 del mediodía en verano con medio cuerpo desnudo las reservas en invierno son bajas.
- Existe un 10% de la población con receptores resistentes a la Vitamina D, por lo que necesitan niveles más altos para igual efecto.
- PTH pg /ml (12-65)
- Calcidiol 25 OH D₃- 30- 100 ng/ml . Previene fracturas.[^]> 60 previene caídas.

Hiperparatiroidismo secundario



LA VITAMINA D PREVIENE FRACTURAS Y CAÍDAS.

- Los niveles de Vitamina D : CALCIDIOL entre **30-100 ng /ml** previene fracturas vertebrales y de fémur e impide hiperparatiroidismo. (Dawson-Hughes 2008).
- Los niveles de CALCIDIOL (25 OH D₃), **mayores de 60 ng/ml**, previene caídas. (Bischow-Ferrari et Dawson Hughes. BMJ.2009)
- Dosis inferiores a 1000 UI dia No previenen caídas.

Diagnòstico Diferencial Prev. D/H

• Artrosis (mala ergonomia)	30%	3/1
• Contractura musculoesquelètica per estres mental.	?	5/1
• Osteopenia per anovulació	30%	Mujeres
• Miopaties per virus o síndrome de fatiga crònica.	?	5/1
• Miopatia mitocondrial per químics ambientals	?	30/1
• Osteoporosis	30%	3/1
• Polimialgia reumàtica	5%	2/1

Enfermedades en personas diagnosticadas de FM, en Atención Primaria

- Hiperparatiroidismo x déf.Vit.D. 85%
- Miopatía por ferropenia. 72%
- Colagenosis lupus like. 65%
- Hipotiroidismo y/o tiroiditis. 69%
- Artrosis. Osteoartritis. 71%
- Artritis reumatoide. 2%
- Exposición a químicos. 25%
- Polimialgia reumática. 1%
- Contractura trapecio. 100%
- Mas de 2 enfermedades 100%

(n=100)

EXPLORACIONES A REALIZAR

- Mamografía o Ecografía mamaria
- Índice cintura-cadera. <85
- TSH. Anticuerpos antitiroideos.
- Metabolismo del Calcio.
- Control tabaquismo y enolismo.
- Diagnostico diferencial del dolor.
- Densitometria ósea(si dolor o fracturas).
- Niveles estradiol y FSH.

Factores de salud a partir de 50

- + visibilidad.
- + decisión.
- No depender de la mirada del otro.
- Corresponsabilidad en la cura de los otros.
- Ejercicio físico moderado y divertido.
- Implicación social.
- Redes sensuales y sensitivas.

Tratamientos posibles

- Calcio y Vitamina D.
- Dieta baja en grasas y carbohidratos.
- Disminuir Índice Cintura-cadera si es superior a 0,85.
- Progesterona natural.
- Estradiol percutáneo a dosis bajas. No superar 80 pg/ml en suero.

LEY ORGÁNICA 3/2007 22 Marzo

para

LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES

TENEMOS PODER DE CAMBIO??

- PASAR DE VICTIMAS DEL PODER DE OTROS A CIUDADANAS CON DERECHOS A LA SALUD Y DEBERES PARA LA AUTOCUIDADO.
- RECUPERAR EL PROPIO DESEO ROBADO PARA CUIDAR SIEMPRE A LOS DEMÁS.



Maria Zambrano

AL NO HABER PODIDO MORIR

SENTIA QUE TENÍA QUE

NACER POR SÍ MISMA

CONDICIONES PARA NACER POR UNA MISMA/ POR UNO MISMO

- RECUPERAR EL DESEO Y LOS DESEOS.
- RECONCILIARSE CON EL PROPIO CUERPO. EL CUERPO INDISPENSABLE. CUERPO Y MENTE INSEPARABLES.
- REVITALIZAR EL CUERPO Y TRANSFORMARLO. Para sobrevivir se puede convivir con patología subclínica, para disfrutar no.

COMO RENACER

- DESEO.
- VOLUNTAD.
- LIBERTAD.

Explorando juntas el renacimiento

- Genealogía de la vitalidad.
- Autorización simbólica de otra mujer.
- Autoconocimiento.
- Estar en el origen de la propia libertad.
- Competencia y reconstrucción de la subjetividad.

Competencia y reconstrucción de subjetividad.

- SEXUALIDAD.
- SENSUALIDAD
- LAS REDES SENSUALES Y SENSITIVAS.

ESTIMULAR LOS SENTIDOS AUMENTA LA VIDA DE LAS NEURONAS

- OLFATO- RINENCEFALO-MEMORIA.
- GUSTO-PLACER-ENDORFINAS.
- OIDO- ZONAS TEMPORALES.
- VISTA- Zona occipital.
- TACTO- TODA LA CORTEZA CEREBRAL.

REDES SENSUALES Y SENSITIVAS

- TALLERES DE SENSUALIDAD.
- GRUPOS DE MUJERES Y HOMBRES PARA LA SALUD, QUE DISFRUTEN MIENTRAS SE REUNEN.

Revista MyS (Mujeres y Salud)

www.mujeresysalud.es



SALUD Y SISTEMA SANITARIO

- DE ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN SALUD COMO AUTONOMIA PERSONAL, SOLIDARIA Y GOZOSA. A MEDICALIZACION, MAL-TRATO MEDICO (FIBROMIALGIA), SESGOS EN SALUD MENTAL.
- PROMOCIÓN DE SALUD. (Desigualdades, cirugía estética, Capacidad de decisión)
- PARTICIPACION CIUDADANA. DEMOCRATIZACIÓN DE LA SANIDAD.