Cognición y transición menopáusica

Released March 7, 2016. Pauline M. Maki, PhD. (University of Illinois at Chicago College of Medicine and College of Liberal Arts and Sciences, Chicago, IL)

Víctor W. Henderson, MD, MS. (Stanford University, Stanford, CA)

Las quejas sobre el olvido, la «niebla cerebral» y la dificultad para concentrarse son comunes en las mujeres que pasan por la menopausia. Las mujeres con estas quejas cognitivas a menudo expresan preocupación acerca de si estos problemas son normales, relacionados con la menopausia, o representan un síntoma de la enfermedad de Alzheimer u otro trastorno cognitivo grave. En estas perlas practicas se ofrece un breve resumen de la literatura científica sobre la frecuencia de quejas cognitivas en mujeres de mediana edad, la validez de las quejas en relación con el rendimiento en las pruebas cognitivas estandarizadas y la influencia de la menopausia en el rendimiento cognitivo. A continuación, ofrecemos recomendaciones para los proveedores de atención médica y las mujeres para abordar las preocupaciones cognitivas.

Las quejas cognitivas son comunes en las mujeres que pasan por la menopausia. En un estudio transversal de 16.065 mujeres de 40 a 55 años del Estudio Women's Health Across the Nation (SWAN), el 31% de las mujeres premenopáusicas manifestó quejas de olvido en comparación con el 44% de las mujeres perimenopáusicas tempranas, el 41% mujeres perimenopausicas tardías y el 41% de las mujeres posmenopáusicas.

Aunque las quejas cognitivas también aumentaron con la edad, la edad por sí sola no explicó estas diferencias en las tasas de olvido por la etapa de la menopausia. Otros factores asociados con las quejas de olvido fueron menos que una educación secundaria, dificultades financieras, desempleo, menopausia quirúrgica, fumadores pasados (pero no actuales), raza / etnia no blanca y baja actividad física.[1] Cabe destacar que aunque los síntomas vasomotores (SVM) Se consideran el síntoma cardinal de la menopausia, los descensos en la memoria fueron el segundo síntoma más frecuente reportado en SWAN, después de la rigidez y dolor articular. Ayudar a las mujeres a entender que las quejas cognitivas son comunes en la menopausia puede ayudarles a normalizar su experiencia y minimizar la preocupación.

¿Son válidas las quejas cognitivas? Los estudios que examinan la asociación entre las quejas cognitivas y las medidas objetivas del desempeño cognitivo validan las quejas de las mujeres.[2,3] Por ejemplo, un estudio de 120 mujeres de 45 a 60 años encontró que el grado en que las mujeres clasificaban los problemas de atención como interfiriendo significativamente con su función diaria correlacionados con sus puntuaciones en una prueba de atención.[2] De manera similar, la medida en que las mujeres clasificaron los problemas de memoria como interfiriendo con su función diaria se asoció significativamente con sus puntuaciones en una prueba de memoria.[2]

¿Qué papel juega la menopausia? Pequeños disminuciones en algunas habilidades cognitivas comienzan tan pronto como en la tercera década de la vida. Además, la evidencia de estudios longitudinales revela otros pequeños cambios en el rendimiento de la memoria a lo largo de la transición de la menopausia que no se explican por la edad u otros factores medidos.[4,5] Por ejemplo, en un estudio prospectivo de 403 participantes en el Penn Ovarian Aging

* Tomado de NAM PRACTICE PEARLS con permiso.

Study, el aprendizaje verbal y el rendimiento de la memoria disminuyeron desde la etapa de la premenopausia hasta la etapa de la perimenopausia y la posmenopausia.[4] En el SWAN, la memoria verbal también disminuyó durante la transición de la menopausia, pero el desempeño repuntó a las etapas de la premenopausia en el período posmenopáusico.[5] Existen pruebas pequeñas pero estadísticamente significativas de disminución de la atención, velocidad de procesamiento y otras habilidades cognitivas durante la transición de la menopausia. Por lo tanto, la evidencia apoya la opinión de que algunos de los problemas cognitivos que las mujeres experimentan en la mediana edad son atribuibles a la transición de la menopausia.

Ciertos síntomas de la menopausia, incluyendo los síntomas depresivos y de ansiedad y el sueño perturbado, también están relacionados con el rendimiento cognitivo a mediana edad, pero no parecen explicar el deterioro relacionado con la disminución de la memoria en la menopausia.[5] Las puntuaciones de los síntomas vasomotores están relacionadas con quejas cognitivas subjetivas, pero no con el rendimiento objetivo.[6,7]

Papel del clínico. Los proveedores de atención médica deben tener en cuenta que la memoria, la velocidad de procesamiento y las habilidades organizacionales disminuyen modestamente con el envejecimiento normal. Los cambios comienzan bien antes de la mediana edad, son independientes de los procesos relacionados con la demencia y pueden acentuarse durante la transición de la menopausia. Un individuo perceptivo, notando estos cambios, puede comprensiblemente sentirse preocupado. Si la historia y el examen no plantean nuevas preocupaciones, el clínico puede asegurar al paciente que los síntomas cognitivos son comunes, y a veces están asociados con la transición de la menopausia, pero suelen ser autolimitados y no se sabe que conduzcan a la demencia más adelante en la vida.

Para ayudar a descartar un trastorno neurológico, el clínico primero debe decidir si las quejas cognitivas reflejan la disminución objetiva más allá del envejecimiento normal.[8]

Los recursos clave de diagnóstico son una entrevista con un familiar, un amigo o un cuidador y una evaluación clínica en la oficina. La historia investiga para el deterioro funcional vinculado a la disminución cognitiva y la evidencia de pérdida de memoria. El envejecimiento cognitivo por sí solo no perjudica la capacidad de una persona para funcionar adecuadamente en el trabajo y en el hogar. La pérdida de memoria es una característica centinela de la enfermedad de Alzheimer. Una historia familiar de demencia que comienza antes de los 60 años aumenta la sospecha de enfermedad de Alzheimer u otra demencia. La memoria se puede evaluar recordando eventos actuales o una lista de palabras después de un breve retraso. Si se sospecha un deterioro cognitivo clínicamente importante, las pruebas realizadas por un neuropsicólogo pueden validar sospechas clínicas. Sin embargo, la evaluación formal suele ser innecesaria, y los instrumentos de cribado como la Montreal Cognxitive Assessmen[9] pueden ser administrados en la oficina del clínico (para pruebas e instrucciones, véase www.mocatest.org). El rendimiento normal de la prueba, aunque no es definitivo por sí solo, puede ayudar a reducir las referencias de mujeres sanas. Si todavía se sospecha la demencia, la evaluación diagnóstica generalmente incluye análisis de sangre para el hipotiroidismo y la deficiencia de B12 e imágenes cerebrales estructurales.[10]

Una vez que un trastorno neurológico subyacente es razonablemente excluido, el estrés, la depresión, los trastornos del sueño y otros contribuyentes deben ser considerados.[8] Los estresores de la mediana edad incluyen sofocos, demandas de profesiones, desafíos financieros, niños adolescentes, síndrome del nido vacío, discordia marital, y padres envejecidos. El riesgo absoluto de depresión durante la transición de la menopausia es bajo, pero la susceptibilidad a la depresión aumenta durante la transición. Los trastornos del sueño relacionados con SVM, estrés o depresión pueden potenciar los síntomas cognitivos y fectan el rendimiento laboral. Debe evaluarse el consumo de alcohol, abuso de sustancias y eventos adversos cognitivos de los medicamentos incluyendo pastillas para dormir u otros sedantes,

antidepresivos, ansiolíticos, antihistamínicos y algunos analgésicos. La apnea obstructiva del sueño también está relacionada con dificultades cognitivas y, cuando se sospecha, se evalúa mejor en un centro de sueño especializado.

El papel del paciente. La salud del cerebro es promovida por factores que mantienen la salud del sistema cardiovascular. Los fumadores deben dejar de fumar. La hipertensión, la diabetes y las hiperlipidemias deben ser prevenidas o tratadas. Varios factores modificables individualmente pueden ayudar a mejorar el deterioro cognitivo relacionado con la edad.[11]

Uno de ellos es la nutrición saludable. La dieta mediterránea, por ejemplo, se asocia con una mejor cognición. Otro es la actividad física regular, incluyendo el caminar, que está vinculada a tasas más lentas de deterioro cognitivo.

El ejercicio de Tai Chi, una intervención mente-cuerpo que incorpora actividad aeróbica de intensidad leve a moderada, también puede ser beneficioso. Otra evidencia apoya el compromiso regular en actividades de estimulación mental. El uso de juegos de cerebro comercializados y productos computarizados para mejorar la cognición no se recomienda, dada la limitada evidencia de beneficio clínico.

¿Cuál es el papel de la terapia hormonal? Aunque algunos estudios observacionales muestran un aumento de la cognición entre las mujeres que usan terapia hormonal durante la transición de la menopausia, en ensayos clínicos aleatorizados, la terapia hormonal no afecta sustancialmente la función cognitiva después de la menopausia natural.[12] Dicho esto, las mujeres con menopausia prematura no están bien estudiadas, No hay ensayos a largo plazo de terapia hormonal en mujeres con SVM de moderados a severos. En estudios observacionales, la terapia hormonal utilizada por mujeres jóvenes se asocia con un riesgo reducido de Alzheimer, pero los usuarios de hormonas son a menudo más sanos que los no usua- rios; El inicio de la terapia hormonal después de los 65 años aumenta el riesgo por dos casos adicionales de demencia por cada 1.000 años-persona de uso. La terapia hormonal no está aprobada para la prevención o tratamiento del deterioro cognitivo o demencia relacionada con la edad.

Referencias

1. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000;152:463-473.
2. Schaafsma M, Homewood J, Taylor A. Subjective cognitive complaints at menopause associated with declines in performance of verbal memory and attentional processes. *Climacteric* 2010;13:84-98.
3. Weber MT, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause* 2012;19:735-741.
4. Epperson CN, Sammel MD, Freeman EW. Menopause effects on verbal memory: findings from a longitudinal community cohort. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98:3829-3838.
5. Greendale GA, Huang MH, Wight RG, et al. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology* 2009;72:1850-1857.
6. Greendale GA, Wight RG, Huang MH, et al. Menopause-associated symptoms and cognitive performance: results from the study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol* 2010;171:1214-1224.
7. Woods NF, Smith-Dijulio K, Percival DB, Tao EY, Taylor HJ, Mitchell ES. Symptoms during the menopausal transition and early postmenopause and their relation to endocrine levels over time: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16:667-677.
8. Henderson VW. Menopause, cognitive ageing and dementia: practice implications. *Menopause Int* 2009;15:41-44.
9. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:695-699.
10. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the

Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1143-1153.

11. Lehert P, Villaseca P, Hogervorst E, Maki PM, Henderson VW. Individually modifiable risk factors to ameliorate cognitive aging: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric* 2015;18:678-689.

12. Henderson VW. Alzheimer's disease: review of hormone therapy trials and implications for treatment and prevention after menopause. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2014;142: 99-106.

Conflicto de intereses

Dr. Maki reporta haber sido consultor de Abbott and Noven. Dr. Henderson no reporta relevantes relaciones financieras.