

SINDROME CLIMATERICO

Dra. Lida Sosa

Presidenta del Capítulo de Endocrinología Ginecológica de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia

Experta Latinoamericana en Climaterio y Menopausia. FLASCYM

Secretaria de la Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica. Periodo 2012-2014

Dra. Fanny Corrales

Past President Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica. Periodo 2012-2014

Past President del Capítulo de Endocrinología Ginecológica de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia. Periodo 2012 – 2014

Directora Académica del I y II Curso Paraguayo BIANUAL de Especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. SAEGRE

Dra. Karen Díaz

Vice Presidente del Capítulo de Endocrinología Ginecológica de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia.

Especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva

Directora de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

INTRODUCCION

El final del periodo fértil de la mujer se caracteriza por una serie de modificaciones morfológicas y funcionales, que llevan a un nuevo estado biológico no reproductivo, la menopausia. El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI, han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcancen el climaterio y que pasen al menos un tercio de su vida después de la menopausia.^{1,2}

Socialmente la mujer es el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros (adultos mayores), así como de los nietos, si sumamos estos factores a los cambios fisiológicos que se producen en el climaterio, notamos que conlleva una sobrecarga física y mental determinante para la salud de la mujer y cuyo resultado es el aumento del gasto social de las complicaciones del deterioro de su salud. Pues en esta etapa se producen cambios hormonales desfavorables a la protección que ejercen las hormonas sexuales femeninas sobre el organismo e incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad a estas edades, cuando la mujer es aun laboralmente y socialmente active.³

El climaterio constituye una etapa en la vida de la mujer que demanda una preocupación especial en la salud de las mismas para mantener o mejorar su calidad de vida y no ser una simple espectadora de la vida, razón por la cual en los últimos años ha aumentado el interés por el estudio del síndrome climatérico y que amerita detección oportuna y tratamientos individualizados.^{4,5,6}

La mujer climatérica sintomática no diagnosticada y no tratada forma parte de una población demandante de información actualizada, con recomendaciones basadas en la evidencia científica que permitan atender con calidad las necesidades de la población femenina que se encuentra en esta etapa, lo cual finalmente se reflejará en una buena salud posmenopáusica.

Por todo lo mencionado se decidió realizar esta revisión que tiene como objetivo, describir las principales manifestaciones clínicas del síndrome climatérico y ofrecer las recomendaciones basadas en evidencias científicas y de esta manera estandarizar el abordaje en la consulta especializada para esta entidad.

METODOLOGIA

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda. La primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica con escalas de evidencias y recomendaciones útiles para complementar el resto de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales, además de bibliografía complementaria que estuviera relacionada con el tema de Síndrome Climatérico. La búsqueda fue limitada a publicaciones de los últimos cinco años, en idioma inglés o español.

DEFINICION

El síndrome climatérico es un conjunto de síntomas y signos que anteceden y siguen a la menopausia, como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica. El tiempo promedio entre el inicio de las alteraciones menstruales del climaterio y la menopausia es de cuatro años.⁷

En efecto, el síndrome climatérico se caracteriza por variados síntomas, los cuales se han agrupado en: vasomotores o circulatorios, psicológicos y/o sociales, genitourinarios, alteraciones del sueño entre otros. Estos síntomas se expresan de manera diferente en cada persona, pues intervienen elementos mediadores, tales como: el propio individuo, así como la familia y la comunidad en que se desenvuelve, por lo tanto, la mujer de edad mediana debe ser atendida no solo desde el punto de vista biológico, sino en armonía con su entorno cultural y social.^{6,8}

La edad promedio de la menopausia en Latinoamérica es de $48,7 \pm 1.7$ años, la misma varia notablemente de un país a otro, estas variaciones podrían deberse a diferencias socioeconómicas y variables características de cada persona, la altura sobre el nivel del mar algunas ciudades es una variable significativa.⁹

FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTAR SINTOMAS CLIMATERICOS

Factores modificables^{7, 8, 9, 10}

- Nivel sociocultural
- Población urbana
- Ingreso económico alto

- Estado civil
- Escolaridad alta
- Categoría laboral
- Ambientales
- Altitud mayor a 2,400 m sobre el nivel del mar
- Vivir en zonas cálidas
- Estilo de vida sedentaria
- Alimentación excesiva en calorías, con predominio de grasas y proteínas de origen animal
- Tabaquismo
- Uso de anticonceptivos hormonales
- Alteraciones urogenitales
- Constitución corporal
 - Índice de masa corporal bajo (menor de 18)
 - Índice de masa corporal alto (mayor de 30)
- Factores psicológicos
 - Historia de alteraciones de conducta
 - Historia de síndrome de ansiedad-depresión

Factores no modificables ^{7, 9, 10, 11}

- Antecedentes de
 - Menopausia inducida o de inicio abrupto
 - Menarca tardía
 - Oligomenorrea
- Acentuación del síndrome premenstrual en mujeres mayores de 35 años
- Antecedente familiar de síndrome climatérico.

- Raza

MANIFESTACIONES CLINICAS

La sintomatología del síndrome climatérico es la expresión de los cambios neuroendocrinos (hipoestrogenismo y aumento de las gonadotrofinas) secundarios al cese de la función ovárica. Los trastornos menstruales del climaterio se deben a la producción alterada de progesterona resultado de una fase lútea inadecuada, lo que ocasiona crecimiento y cambios en el endometrio con descamación anormal. Al acentuarse la insuficiencia ovárica e iniciarse la anovulación se produce una fase de estrogenismo persistente con efectos en el endometrio. La alteración del equilibrio hormonal entre estrógenos y progestágenos se manifiesta clínicamente con mastalgia, retención hídrica, cefaleas y cambios en el humor.^{7,8}

El diagnóstico del Síndrome Climatérico es clínico, basado en una historia clínica orientada y fundamentado en.

- Trastornos menstruales
- Síntomas vasomotores (sofocos, sudoraciones)
- Manifestaciones genitourinarias o Síndrome Genitourinario menopaúsico
- Trastornos psicológicos (depresión, cambios de estado de ánimo, ansiedad, alteraciones del patrón del sueño)

Los sofocos ocurren en hasta el 75% de las mujeres. Aunque la mayoría de las mujeres los experimentan durante 6 meses a 2 años, algunas mujeres pueden experimentar sofocos molestos por 10 años o más. Estos síntomas pueden ser intensos y frecuentes y afectar la calidad de vida de la persona al provocar alteraciones en el sueño, fatiga e irritabilidad.^{12, 14}

Síndrome genitourinario de la menopausia se define como una colección de los síntomas y signos asociados con una disminución en estrógenos y otros esteroides sexuales que implican cambios en los labios, clítoris, vestíbulo, introito, la vagina, la uretra y vejiga. El síndrome no se limita a los genitales e incluyen síntomas de sequedad, ardor e irritación; síntomas sexuales como falta de lubricación, molestia o dolor, y deterioro de la función sexual; y los síntomas

urinarios de urgencia, disuria e infección urinaria recurrente. Las mujeres pueden presentar algunos o todos los signos y síntomas.¹³

Aproximadamente el 50% de las mujeres de mediana edad reportan incontinencia urinaria. A pesar de la prevalencia de los aumentos de incontinencia urinaria con la edad, no existe una fuerte asociación entre incontinencia urinaria y la menopausia.¹²

Los problemas sexuales son altamente prevalente en mujeres de mediana edad y, a menudo asociada con la angustia. Los cambios hormonales en la menopausia, así como otros fisiológicos, psicológicos, socioculturales, interpersonales, y los factores de estilo de vida contribuyen a la mitad de los problemas sexuales en las mujeres de edad mediana.^{13, 14, 15, 16}

La dispareunia debido a la atrofia vaginal es importante y causa tratable de problemas sexuales después de la menopausia.¹²

A pesar de que los niveles de testosterona disminuyen con la edad, una asociación entre los niveles bajos de testosterona y el deterioro de la función sexual femenina no se ha demostrado.¹²

Los síntomas depresivos “amplifican” la experiencia del climaterio y/o los síntomas vasomotores intensos empeoran los depresivos. Las mujeres con depresión moderada a intensa son casi dos veces más propensas a reportar bochornos, sudoraciones nocturnas, o ambos, que las mujeres con síntomas depresivos leves o sin ellos.⁷ Una historia de síndrome premenstrual o la depresión posparto es un fuerte factor de riesgo para síntomas del estado de ánimo en la mediana edad.¹²

Las mujeres en transición de la menopausia son más propensas a reportar disminución de la calidad del sueño, y las que tienen sofocos son más propensas a reportar el sueño perturbado y cumplir con los criterios para el insomnio crónico.^{15, 16} El trastorno del sueño es un síntoma común de la clínica de la depresión, que se presenta con mayor frecuencia durante la transición menopaúsica.¹²

Las diferencias sociales, culturales, raciales y étnicas afectan la manera en que las mujeres experimentan la transición de la menopausia, la frecuencia y gravedad de los síntomas.^{14, 15}

La falta de concentración, mala memoria, y problemas para realizar múltiples tareas son comunes durante la menopausia, la transición y la posmenopausia temprana. Los síntomas cognitivos pueden ser influenciados por trastornos del sueño, estado de ánimo deprimido, sofocos, fatiga física, el uso de medicamentos.¹²

No está justificada la Terapia Hormonal (TH) para prevenir la depresión. A pesar de que la experiencia de cada mujer de la menopausia es diferente, la transición de la menopausia y postmenopausia son períodos importantes para que las mujeres puedan implementar cambios conductuales orientados a un envejecimiento saludable.¹²

DIAGNOSTICO

La clasificación para entender la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer (reconocida como STRAW) es útil para determinar los cambios clínicos, endocrinos y reproductivos. Esta clasificación contempla ciclos menstruales, síntomas, mediciones de FSH, LH, inhibina B, hormona antimulleriana y cuenta folicular, lo cual varía en virtud de la etapa en la que se encuentre la mujer: reproductiva, transición a la menopausia y posmenopausia. La clasificación STRAW es útil para detectar el diagnóstico en estas etapas.⁸

El diagnóstico del síndrome climatérico es clínico y debe ser individualizado, se basa en una historia clínica orientada, antecedentes personales y familiares, hallazgos del examen físico, el estilo de vida, la genética, y otros riesgos específicos, factores fundamentados en trastornos menstruales, síntomas vasomotores (bochornos o sudoraciones), manifestaciones genitourinarias, trastornos psicológicos (cambios del estado de ánimo, ansiedad, depresión, alteraciones del patrón de sueño).^{7,8}

La evaluación integral de la mujer en etapa climatérica debe incluir los siguientes estudios:⁸

- Citología cervicovaginal.
- Perfil de lípidos.
- Glucosa sérica.
- Mastografía basal por lo menos un año antes.
- Ultrasonido pélvico.
- Examen general de orina.
- TSH sérica.
- Densitometría en pacientes mayores de 60 años, si no se cuenta con el recurso se puede aplicar el FRAX.

Las mediciones hormonales para determinar el estado de la menopausia no tienen mayor importancia que los datos clínicos. La determinación de la hormona folículo estimulante (FSH) sérica y la hormona antimulleriana pueden ser útiles en mujeres con sospecha de menopausia prematura o en quienes están en tratamiento con anticonceptivos hormonales y desean saber si los pueden suspender, o en mujeres con histerectomía.⁷

Niveles arriba de 25 UI/L de FSH se observan en transición a la menopausia y en la posmenopausia, y es la amenorrea por más de 12 meses lo que marca la menopausia. Mientras que el estradiol cae por debajo de 50 pg. /ml.^{7,8}

La detección de rutina para la enfermedad de la tiroides no está indicado de manera anual, se realiza una medición de TSH en mujeres mayores de 35 años como medición base y después cada cinco años; sin embargo, las mujeres con sintomatología, incluyendo sofocos, menstruaciones irregulares, aumento de peso, o la depresión, deben someterse a las pruebas para la enfermedad de tiroides mediante la medición de TSH.^{7,8}

El metabolismo de los lípidos, de la glucosa, la distribución de grasa en el centro del cuerpo se alteran en la transición de la menopausia o menopausia con incremento del riesgo cardiovascular, y aumento del síndrome metabólico.^{8,12}

Las pruebas para las infecciones de transmisión sexual deben ser realizadas sobre la base de la historia y el nivel de riesgo.¹²

El sangrado anormal postmenopáusico o el climaterio con sangrado anormal requieren evaluación. Evaluar el grosor endometrial por ecografía transvaginal es un apropiado paso inicial. La biopsia de endometrio, es indicada para un endometrio engrosado o sangrado persistente sin importar el grosor del endometrio. La medición del grosor endometrial, que no deberá ser mayor a 5 mm.^{7,12}

Exámenes de rutina para el cáncer de mama, cuello uterino y colon están indicados para mujeres en esta etapa.¹²

La calidad de vida de las mujeres en esta etapa no está determinada únicamente por su salud general y por los síntomas relacionados a la menopausia. La calidad de vida incluye la percepción de una mujer de su estado de vida dentro de su cultura y sistema de valores y está influenciada por sus metas, expectativas y preocupaciones. Las escalas de calidad de vida se pueden categorizar como generales (Short Form-36, EuroQOL), y específicas de la menopausia (Greene Climaterio Escala, Salud de la Mujer Cuestionario, Lista de síntomas de la menopausia, la menopausia Rating Scale), o combinadas (CV, HOMBRES QOL). Evaluación de la calidad de vida percibida por la mujer sirve para valorar un resultado terapéutico y la adhesión de la mujer al mismo.¹²

MEDIDAS GENERALES Y TRATAMIENTO

Cambios en los estilos de vida.

Durante el climaterio, y aún antes de éste, se recomienda realizar mejoras en los estilos de vida:

Dieta saludable, rica en nutrientes que incluye un mayor consumo de verduras, frutas, leche baja en grasa productos lácteos, granos enteros, pollo, pescado y frutos secos.^{7,8}

Patrón de alimentación saludable de acuerdo a edad, peso y actividad física. Se debe incluir frutas, verduras, granos enteros, alimentos ricos en fibra, pescado, grasas saturadas en menos del 10% de la energía y sodio menos de una cucharada diaria.^{7,8}

Abandono del tabaquismo.^{7,8}

Actividad física regular. El ejercicio puede evitar el aumento de peso en las mujeres peri y posmenopáusicas.^{7,8}

Tratamiento de la dispareunia: lubricantes vaginales, gel de polícarbofilo que también es lubricante.⁸

Parte del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo involucra el control de peso, los ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico, los conos vaginales, los pesarios intravaginales y/o la estimulación eléctrica funcional. La TH no se recomienda para el tratamiento de la incontinencia pero sí, antes de la cirugía y para la urgencia miccional y para los síntomas de irritación miccional, prevención de infecciones urinarias recurrentes en postmenopausicas.^{7,8, 12}

Terapia hormonal (TH).

La TH no debe considerarse como un régimen único ofrecido a una mujer estándar; los beneficios y riesgos varían según las características de cada paciente, en la que los riesgos pueden ser minimizados y los beneficios maximizados, por lo que la terapia se debe individualizar. El uso de TH está bien justificado en mujeres menores de 60 años sanas o dentro de los 10 años de menopausia.^{7, 8, 12, 17, 18,19}

Las principales indicaciones para el uso de TH para controlar las alteraciones del climaterio son las siguientes:^{7,8,}

Síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones o taquicardias).

Atrofia vulvovaginal (dolor al coito o dispareunia, quemazón, resequeidad

Prevención de osteoporosis en posmenopáusicas (en pacientes con factores de riesgo para osteoporosis) siempre y cuando no exista contraindicación.

Al elegir la terapia hormonal se deben de considerar las características de cada mujer y la evaluación de los riesgos. Factores a considerar antes de iniciar la TH son la edad, edad a la menopausia, causa de la menopausia, tiempo desde la menopausia, uso de hormonales, vías de administración, dosis y enfermedades durante la TH, antecedentes de cáncer cérvico-uterino o mamario.^{8,12,17}

Un mayor riesgo de cáncer de mama fue visto con 3 a 5 años de uso de la terapia de estrógeno-progestágeno en el estudio WHI, mientras que se encontró menor riesgo de cáncer de mama con 7 años de uso de Estrógenos solos, permitiendo una mayor flexibilidad en el uso de Estrógenos solos en mujeres sin útero. El riesgo de cáncer de mama aumenta, principalmente con la terapia combinada de estrógenos conjugados de origen equino más acetato de medroxiprogesterona por vía oral. A esas pacientes se les debe realizar mamografía anual o bianual. El WHI y otros estudios sugieren fuertemente que el componente progestativo de la TH es más significativo para el aumento de riesgo de Cáncer mamario.^{8, 12,19, 20, 21, 22,23}

La literatura científica disponible que trata el riesgo de cáncer de ovario en pacientes con terapia hormonal es controversial; en ella se acepta que la TH con estrógenos puede asociarse a un pequeño aumento del riesgo de cáncer de ovario de 0.7 por 1000 mujeres durante 5 años de uso, no así con la terapia hormonal combinada.^{19,23}

La dosis más baja de TH se debe utilizar durante el menor tiempo necesario para controlar los síntomas de la menopausia. La Individualización es importante en la decisión de usar TH, es una decisión compartida y se debe considerar los factores de riesgo personales de la mujer y sus prioridades de calidad de vida.^{17, 18, 21, 22, 23,30}

La elección del esquema de administración de la TH combinada dependerá de la elección de la paciente en cuanto a si desea o no continuar con sangrados cíclicos.¹⁸

Cualquier vía de administración es efectiva para el manejo de los síntomas vasomotores.^{8, 18, 23, 27,30}

Tanto la vía transdérmica y la oral a bajas dosis de Estrógenos y Tibolona se han asociado con menor riesgo de trombo embolismo venoso y accidentes cerebrovasculares en comparación con la dosis estándar de Estrógeno oral en estudios observacionales, pero la evidencia de estudios randomizados y controlados es aún insuficiente.^{18,20, 21, 23, 30}

Se debe considerar la vía transdérmica en la paciente con síndrome climatérico que sea portadora de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia o hepatopatía crónica.^{17, 30}

La TH sistémica y dosis bajas de TE vaginal (crema de estrógenos conjugados, anillo de estradiol u óvulos de estradiol) son eficaces como tratamientos para síntomas moderados a graves de atrofia vulvar y vaginal. No se requiere progestina para la protección endometrial de mujeres en tratamiento con estrógenos vaginales El agonista /antagonista de estrógeno ospemifeno vía oral está aprobado para esta indicación.^{12, 13, 24, 25, 26, 30}

Las mujeres con insuficiencia ovárica primaria o menopausia precoz sin contraindicaciones para TH deben considerar el uso de TH o anticonceptivos de estrógeno y

progestágeno combinados hasta la edad promedio de la menopausia natural. Mayor duración puede ser considerada para mujeres sintomáticas.^{12, 18, 21, 23, 30}

Los estrógenos mejoran el ánimo de las pacientes con síntomas depresivos en el climaterio y pueden mejorar la respuesta clínica en pacientes con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.^{7, 18, 22, 28}

Pos tratamiento de adenocarcinoma de endometrio (estadio 1) se puede ofrecer terapia estrogénica en mujeres con síntomas de moderados a severos.⁷

Estrógenos como agente sistémico único: *es adecuado en mujeres histerectomizadas*. En presencia de útero adicionar Progestágenos para reducir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio.^{7, 8, 12, 19, 23, 30}

Para la selección de la progestina se deberá tomar en cuenta además de protección endometrial, su tolerancia y su impacto en el metabolismo y sus efectos mineral corticoide, glucocorticoides, y androgénicos.^{18, 19, 23, 30}

La TH con tibolona en pacientes con trastornos de sangrado uterino disfuncional en la peri menopausia puede considerarse, ya que muestra reducción del sangrado.^{8, 26}

Dosis más baja efectiva es la dosis ideal, con más beneficios y menos riesgos. La duración de la TH debe ser coherente con los objetivos del tratamiento y las cuestiones de seguridad y debe ser individualizada. El enfoque debe basarse en la detección del perfil de riesgo (trombosis, cáncer de mama, enfermedad cardiovascular y enfermedad cerebrovascular, siempre y cuando el beneficio supere los riesgos.^{17, 18, 2, 23, 30}

La prevención de enfermedades crónicas en ausencia de síndrome Climatérico no es indicación de TH.^{8, 30}

Recordar que la consulta derivada de la signo-sintomatología del Síndrome climatérico conduce a la paciente a la consulta médica, y es una *buena ocasión* para orientar, prevenir y promover la salud por lo que el especialista debe instar a la mujer a la realización de cuidados preventivos, cambio del estilo de vida, realización de estudios para identificación e intervenciones tempranas y así prevenir enfermedades crónicas que puedan causar morbilidad y mortalidad durante la postmenopausia

Contraindicaciones de la TH^{8, 12, 20,}

- Cáncer de mama.

- Condiciones malignas dependientes de estrógenos.
- Sangrado uterino anormal de causa desconocida.
- Hiperplasia endometrial no tratada.
- Trombo embolismo venoso idiopático o previo.
- Enfermedad tromboembolica arterial.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad hepática aguda.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes.
- Porfiria cutánea (contraindicación absoluta). (R: A)¹

Anticonceptivos Hormonales

Las mujeres de edad mediana que ya no deseen tener hijos deben utilizar anticonceptivos eficaces hasta 1 año después del último periodo menstrual.^{8, 12}

Los métodos anticonceptivos que contienen estrógenos deben ser utilizados con precaución en las mujeres de mediana edad que fuman, obesas o tienen otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.¹²

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración tienen buena aceptabilidad y adherencia.¹²

El SIU de levonorgestrel puede ser utilizado como tratamiento de primera línea para sangrados menstruales abundante.^{12, 30}

Los beneficios adicionales de los anticonceptivos combinados de estrógeno-progestágeno, para las mujeres perimenopáusicas incluyen la acción sobre los síntomas vasomotores y sangrado uterino anormal, disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio y el mantenimiento de la densidad mineral ósea.^{12, 20,30}

Andrógenos

La terapia hormonal con efecto androgénico tiene consecuencias positivas para el deseo sexual hipo activo, la excitación y el orgasmo en mujeres posmenopáusicas cuidadosamente seleccionadas y sin ninguna otra etiología que justifique sus problemas sexuales. Las mujeres deben ser informadas de efectos adversos potenciales y desconocidos a largo plazo riesgos.^{12, 23, 24, 26, 30.}

Las mujeres que usan testosterona deben ser monitorizadas para efectos adversos, incluyendo el vello facial, acné, cambios de voz, clitoromegalia y cambios adversos en los lípidos o pruebas de función hepática.^{12, 24}

Los niveles de testosterona en la sangre deben realizarse de forma intermitente para asegurar que los niveles se encuentran en el rango normal.

Las formulaciones de testosterona aprobados para el tratamiento de los hombres pueden resultar en una dosificación excesiva al prescribirlo a mujeres.^{12, 30}

El papel de la DHEA oral en mejorar el estado de ánimo, la función sexual, y el bienestar general, aún no está comprobadas¹²

Hormonas bioidénticas

El uso de Hormonas bioidénticas no está recomendado, dado que el control de calidad es limitado y la falta de evidencia de que sea segura o efectiva. Falta evidencia para respaldar la efectividad, seguridad y la superioridad de hormonas bioidénticas compuestas sobre la terapia hormonal convencional. Estas preparaciones tienen pureza y potencia variable y aún faltan datos de eficacia y seguridad.^{12, 21}

SERMs

Incluyen:

Tamoxifeno, aprobado para la prevención y tratamiento de cáncer de mama.^{12, 19, 23, 27,30}

Toremifeno, aprobado para el tratamiento de cáncer de mama^{12,30}

Raloxifeno, aprobado para la prevención y tratamiento de la osteoporosis y la prevención de cáncer de mama. Aumenta la densidad mineral ósea y disminuye el riesgo de fracturas vertebrales osteoporóticas, pero no el riesgo de fractura cadera y no vertebrales.^{12, 19, 23, 27, 30}

Ospemifeno, aprobado para el tratamiento de la dispareunia debido a la atrofia vaginal, mejora pH vaginal, el índice de maduración vaginal, en mujeres posmenopáusicas.^{12,30}

El primer complejo estrógeno selectiva de tejido (TSEC) es un emparejamiento de estrógenos conjugados con el SERM bazedoxifeno, aprobado para el tratamiento de síntomas vasomotores y la prevención de osteoporosis en mujeres con un útero. El bazedoxifeno ofrece protección endometrial, por lo que no se necesita un progestágeno.^{12,30}

SERMS no deben usarse en mujeres con alto riesgo de trombosis, ya que aumentan el riesgo de TEV, similar a la terapia de estrógeno oral.^{12, 19, 23, 27, 30}

Tratamiento no hormonal

Los medicamentos no hormonales para el control de síntomas vasomotores deberán ser de segunda línea en pacientes que no desean el uso de TH o en los que exista contraindicación.^{8,18, 21, 23}

Los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS) Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN) disminuyen la frecuencia y severidad de los síntomas vasomotores.^{8, 12}

Algunos ISRS y IRSN inhiben el citocromo P450 sistema enzimático y puede hacer que tamoxifeno menos eficaz. Evitar su uso concomitante.¹²

El fármaco inhibidor de receptación de serotonina y norepinefrina que ha mostrado mayor efectividad en el control de los síntomas vasomotores es la desvenlafaxina.^{8, 21}

Respecto al uso de veraliprida, estas siguen estando vigentes y son las siguientes:²⁸

- Se indican solo para el control de crisis vasomotoras y manifestaciones psicofuncionales del climaterio.
- Hay que realizar un seguimiento estrecho y reportar cualquier sospecha de reacción adversa. El uso de veraliprida como tratamiento no hormonal para el control de síntomas vasomotores en el climaterio debe ser contemplado bajo prescripción médica exclusivamente en dosis recomendadas

Fitoterapia

Muestra mayor utilidad en pacientes con síntomas vasomotores leves.⁸

El aumento de la soja en la dieta (legumbres, soja, tofu), productos de isoflavonas, y otras formas de fitoestrógenos reducen síntomas de la menopausia, aunque los ensayos clínicos demuestran que sus beneficios generalmente son similares a la del placebo.^{8, 12, 29}

El consumo regular de isoflavonas de soja en la dieta puede inhibir la progresión de la aterosclerosis si se inicia hasta dentro de 5 años después de la aparición de la menopausia.^{12, 29}

Melatonina

Suplementos de melatonina pueden tener efectos beneficiosos en trastornos del sueño.¹²

Vitaminas, minerales y calcio

La importancia de la ingesta adecuada de calcio para la salud del esqueleto está bien establecida; ensayos clínicos aleatorios demuestran que el calcio en combinación con vitamina D juegan un papel importante en la prevención de fracturas. Las principales fuentes alimenticias de calcio son los productos lácteos (Incluyendo leche, queso y yogur), que proporcionan una promedio de 70% de la ingesta total de calcio en la mediana edad y las mujeres de más edad. La dosis diaria recomendada es 1.000 mg para las mujeres jóvenes y mayores de 50 años, y 1.200 mg para los mayores de 50 años.^{8, 12,}

La dosis de vitamina D es de 600 UI por día para las mujeres jóvenes y mayores de 70 años, y 800 UI por día para las mujeres mayores de 70 años de edad.¹²

Ácidos grasos omega 3 (aproximadamente, 850 a 1000 mg de ácido eicosapentaenoico y ácido docosahexaenoico) pueden considerarse en mujeres con cardiopatía coronaria y dosis mayores (2 a 4 g) pueden administrarse para el tratamiento de mujeres con concentraciones altas de triglicéridos.⁸

BIBLIOGRAFIA

1. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.37 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2011. Síntomas vasomotores en la mujer climaterica. MSc. Javier Maure Barcia)
2. Basavilvazo Rodríguez MA, Fuentes Morales S, Puello Támara ER, Torres Arreola LP, Orozco Vázquez G, Bedia Sánchez LM, et al. Guía de práctica clínica. Atención del Climaterio y

Menopausia. Evidencias y recomendaciones. México: Secretaria de Salud;2009 [citado 6 de May 2012]. Disponible en:

http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SS_019_08_CLIMATERIO_MENOPAUSIA/SS_019_08_EyR.pdf MEDISAN 2012; 16(8): 1193

3. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Deulofeu Betancourt I. Osteoporosis posmenopausia según densitometría ósea. MEDISAN. 2011 [citado 5 de Ene 2012];15(12). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_12_11/san121211.pdf

4. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. Colectivo de autores. Taller Nacional de Revisión y Actualización. Ciudad Habana: Editorial Cimeq;2007. [citado 5 de Jul 2011] Disponible en: <http://www.scog.sld.cu/Descargas/II%20Consenso%20Climaterio%20Menopausia.pdf>

5. Pines A, Sturdee DW, MacLennan AH. Quality of life and the role of menopausal hormone therapy. Climateric. 2012;15(3):213-6.

6. Santisteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011;37(2):251-70.

7. F R. Bonilla-Marín. Síndrome Climatérico. Revista Archivos de Medicina General de México. Año 1 • Número I • Enero/Marzo 2012

8. Alvarado-García A *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la postmenopausia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(2):214-25

9. JE Blumel PhD, MD & col. REDLINC I Age at Menopause in Latin America. Menopause 2006 Jul---Aug;13(4):706---12.

10. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. Climateric. 2010;13:419-28.

11. Ojeda E, Monterrosa A, Blumel JE. Climacteric 2011;14:157–163. The North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of the North American Menopause Society. Menopause: 2010;17(1):23-4

12. NAMS RECOMMENDATIONS FOR CLINICAL CARE. Menopause, Vol. 21, No. 10, 2014

13. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society David J. Portman, MD,1 Margery L.S. Gass MD, NCMP,2 on behalf of the

Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Menopause, Vol. 21, No. 10, 2014

14. Blumel JE & Cols. A Large multinational study of vasomotor symptom, prevalence, duration, and impact of quality of life in middle age- women. Menopause. 2011 Jul; 18(7):778--85

15. Monterrosa Castro A, Carriazo Julio SM, Ulloque Caamaño L. Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el caribe colombiano. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2012;63(1):36-45

16. Blumel JE & Cols. A multinational Study of sleep disorders du ring female mid- life. Maturitas 2012 May

17. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. STRAW + 10 Collaborative Group Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfi nished agenda of staging reproductive aging. Menopause. 2012;19 (4):1-9.

18. The North American Menopause Society. The 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society. 2012;19(3):257-71

19. T. J. de Villiers, M. L.S.Gass, C.J. Haines, J. E. Hall, R. A. Lobo, D.D.Pierroz and M. Rees., "Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy" CLIMACTERIC, marzo de 2013.

20. American Association of Clinical Endocrinologists Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause (AACE). Endocrine Practice 2011. Goodman Neil F, FACE; Rhoda H Cobin, MACE; Ginzburg SB; Katz IA, FACE; Woode DE;17(Suppl 6):1-26

21. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. Sturdee DW, Pines A on behalf of the International Menopause Society Writing Group. Climacteric. 2011;14:302-20. Disponible en http://www.imsociety.org/pdf_files/ims_recommendations/updated_ims_recommendations_on_postmenopausal_hormone_therapy_and_preventive_strategies_for_midlife_health_01_06_11.pdf.

22. Sturdee DW, Pines A. Actualización de las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Menopausia en relación con la terapia hormonal en la posmenopausia y estrategias preventivas para la salud en la mediana edad. Rev Climat. 2011;14(84)

23. Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF et al . Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. Climateric. 2013;16(3):316-37.

24. Nappi RE, Martini E, Terreno E, Albani F, Santamaria V, Tonani S, et al. Manejo del trastorno de deseo sexual hipoactivo en mujeres: tratamientos actuales y nuevos. *Rev Climat.* 2010;14(79):20-30.
25. Nappi RE, Davis SR. The use of hormone therapy for the maintenance of urogynecological and sexual health post WHI. *Climateric.* 2012;15(3):267-74.
26. Formoso G, Perrone E, Maltoni S, Balduzzi S, D'Amico R, Bassi C, et al. Short and long term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library*, 2013; Issue 7, Art. No. CD008536. DOI
27. Committee on Gynecologic Practice and the American Society for Reproductive Medicine Practice Committee. Number 532, August 2012 (*Reaffirmed 2014*)
28. Basavilvazo-Rodríguez A, Bravo-Rodríguez LM, Carranza-Lira S, Celis-González C, Hernández Marín I et al. Consenso de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio para la indicación de veraliprida a pacientes con síntomas vasomotores. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80(7):467-72
29. Levis S, Strickman-Stein N, Doerge DR, Krischer J. Design and baseline characteristics of the soy phytoestrogens as replacement estrogens (SPARE) Study-A clinical trial of the effects of soy isoflavones in menopausal women. *Contemp Clin Trials.* 2010;31(4): 293-302.
30. Jan L. Shifren, MD, NCMP, Margery L.S. Gass, MD, NCMP, The North American Menopause Society Recommendations for Clinical Care of Midlife Women. *Menopause*, Vol. 21, No. 10, 2014