

Recomendaciones para el cuidado clínico de la mujer de mediana edad. Parte I. North American Menopause Society (NAMS). 2014

Consideramos de suma importancia este enfoque clínico práctico de la mujer peri y postmenopáusica para la práctica en el consultorio, Lo publicaremos en dos partes
Nota del Editor

CAPÍTULO 1. MENOPAUSIA

Revisión general de la menopausia

Puntos claves

1. La menopausia es un evento fisiológico normal, definido como el último período menstrual (FUM) y que refleja la pérdida de la función folicular ovárica.
2. La menopausia espontánea o natural se reconoce retrospectivamente después de 12 meses de amenorrea. Se produce en una edad promedio de 52 años, pero puede variar ampliamente desde 40 hasta 58 años. En Latinoamérica es a los 45 ± 2 años.

La menopausia inducida se refiere al cese de la menstruación que ocurre después de ooforectomía bilateral o ablación iatrogénica de la función del ovario (por ejemplo, por quimioterapia o radiación pélvica).

3. En las etapas que el Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) estableció una nomenclatura y un sistema de clasificación para el envejecimiento reproductivo femenino en el 2001, el cual fue revisado en 2011 con el sistema de estadificación STRAW + 10.
4. De acuerdo con STRAW + 10, la transición menopáusica se refiere al período de tiempo cuando se producen cambios en el ciclo menstrual y endocrinos, comenzando con la variación en la duración del ciclo menstrual y terminando con la FUM.

5. La insuficiencia ovárica primaria describe una pérdida transitoria o permanente de la función ovárica que conduce a la amenorrea en mujeres de menos de 40 años. Esta condición afecta a aproximadamente el 1% de las mujeres. La menopausia prematura describe la menopausia que se produce en las mujeres de 40 a 45 años y es experimentada por aproximadamente el 5% de las mujeres. La menopausia prematura se puede utilizar para referirse a casos definitivos de la menopausia antes de los 40 años, tal como con la extirpación quirúrgica de ambos ovarios.
6. En el año 2025, el número de mujeres posmenopáusicas se espera que aumente a 1,1 mil millones en todo el mundo.

Recomendaciones para la atención clínica

1. La menopausia puede ser vista como un evento centinela que permite una oportunidad única de diálogo entre mujeres y sus proveedores de atención médica para evaluar y mejorar las prácticas relacionadas con la salud. (Nivel II)
2. El asesoramiento sobre menopausia, incluyendo la discusión de cambios fisiológicos, los síntomas relacionados con la evaluación de la menopausia y las opciones de tratamiento, la revisión de las recomendaciones de detección, y la discusión de las estrategias de reducción de riesgos de enfermedad y las cuestiones psicosociales, facilita la decisión informada entre las mujeres de mediana edad y las mayores. (Nivel II)

3. Al considerar las preocupaciones, valores y preferencias de las mujeres, los practicantes de la menopausia tienen el potencial de mejorar el sentido de bienestar de ellas, no solo en la menopausia sino para el resto de sus vidas. (Nivel III)

Envejecimiento ovárico y la producción de hormonas

Puntos clave

1. La transición de la menopausia refleja la declinación natural de la producción de estrógeno ovárico folicular. Se caracteriza por un número de cambios del ciclo menstrual, con el aumento de episodios de amenorrea. Dado que la producción ovárica de estradiol disminuye aún más, se produce la ausencia total de la menstruación
2. La menopausia se define retrospectivamente como el último periodo menstrual, que se produce en promedio a la edad de 52 años y se diagnostica después de 12 meses consecutivos de amenorrea.
3. Los síntomas de la transición de la menopausia, principalmente los vasomotores (VMS), agrupados en una ventana de 2 años inmediatamente antes y después de la FUM, pueden continuar durante muchos años en algunas mujeres.
4. Los cambios característicos en el eje hipotálamo-pituitaria ovario (HPO) durante la transición menopáusica, como resultado de la retroalimentación del ovario con inhibina y estradiol disminuidos, se manifiestan principalmente como elevaciones en la hormona estimulante del folículo (FSH). Aunque mecanismos centrales pueden contribuir al envejecimiento reproductivo, están menos bien caracterizados.
5. Los cambios suprarrenales concurrentes con la transición menopáusica incluyen elevaciones de cortisol sérico y elevaciones transitorias en el sulfato de dehidroepiandrosterona, androstenediol, y otros andrógenos adrenales.

6. EL entendimiento de la función del receptor de esteroides facilita el desarrollo de agentes farmacológicos que selectivamente manipulan estos receptores y tienen efecto en una gran variedad de los resultados clínicos.

Recomendaciones para la atención clínica

1. El inicio y el curso de la transición de la menopausia son mejor determinados por el monitoreo del ciclo menstrual con un calendario menstrual de papel o electrónico diseñado para este propósito. (Nivel I)
2. Teniendo en cuenta la naturaleza errática de la función ovárica durante la transición de la menopausia, las mediciones hormonales son difíciles de interpretar y en la mayoría de los casos debería ser evitado. (Nivel II)
3. Si bien los factores determinantes de la reserva ovárica, incluyendo niveles de hormona antimülleriana (HAM, día 3 del ciclo FSH y estradiol, y recuento de folículos antrales de ovario, están disponibles, su uso clínico es mejor limitarlo a la consejería de las mujeres que buscan la fertilidad en lugar de la predicción de tiempo de la menopausia. (Nivel I)
4. En las no fumadoras sanas, dosis bajas de anticonceptivos orales pueden ser consideradas para el tratamiento de sangrados fuertes o irregulares durante la transición de la menopausia. Mejoran el sangrado en parte por la reducción de las amplias excursiones en la secreción de hormonas HPO. (Nivel I)
5. Como los síntomas molestos pueden comenzar mucho antes de la cesación de la menstruación, los proveedores de salud deben preguntar a sus pacientes de mediana edad sobre VMS y proporcionar información respecto a las opciones terapéuticas, aunque sus menstruaciones todavía sean cíclicas. (Nivel II)
6. Teniendo en cuenta que los ciclos ovulatorios ocurren durante la transición menopáusica, se recomienda la anticoncepción hasta que las mujeres hayan ex-

perimentado 12 meses de amenorrea. (Nivel I)

7. El riesgo de la patología endometrial se incrementa en la transición de la menopausia porque las concentraciones de estrógeno sérico se elevan de forma intermitente y la producción de progesterona por el ovario se ve disminuida. Cualquier sangrado irregular o abundante en la mediana edad debe ser completamente evaluado. (Nivel I)

La menopausia prematura y la insuficiencia ovárica primaria

Puntos clave

1. La menopausia natural se produce aproximadamente a la edad de 52 años. La menopausia prematura es un término general utilizado para describir menopausia que ocurre antes de los 40 años.
2. Insuficiencia ovárica primaria (IOP) es el término preferido para la insuficiencia ovárica prematura, porque esta condición puede ser transitoria y puede aparecer y desaparecer.
3. La insuficiencia ovárica primaria puede surgir de la disminución de la reserva ovárica o de disfunción folicular ovárica. Aunque la etiología de la IOP es a menudo idiopática, puede ser causada por anomalías genéticas, disturbios metabólicos, cirugía pélvica, la radioterapia, la quimioterapia o trastornos inmunes.
4. El tratamiento para los síntomas menopáusicos asociados con IOP puede incluir enfoques hormonales y no hormonales.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Evaluación del IOP está garantizada para cualquier mujer menor de 40 años de edad que pierde tres o más ciclos menstruales consecutivos. (Nivel I)
2. La evaluación inicial debe incluir ensayos para gonadotropina coriónica humana (hCG), FSH, estradiol, prolactina y la hormona estimulante de la tiroides (TSH). El diagnóstico de IOP se confirma por

dos niveles elevados de FSH al menos con un mes de diferencia. (Nivel I)

3. La evaluación posterior de la reserva ovárica con niveles de HAM y/o determinación de ultrasonido vaginal de recuento de folículos antrales puede ser útil en el asesoramiento y manejo. (Nivel II)
4. Para las mujeres con sospecha de IOP, la evaluación adicional debe incluir un cariotipo y pruebas para una premutación X frágil, anticuerpos antiperoxidasa tiroidea, anticuerpos adrenales, y niveles de glucosa en ayunas, calcio y fósforo sérico. Dado que endocrinopatías autoinmunes pueden evolucionar con el tiempo, se recomienda la vigilancia permanente, además de la evaluación inicial. (Nivel II)
5. En las mujeres antes del tratamiento del cáncer durante los años reproductivos, debe ser considerada la remisión urgente a un especialista en fertilidad para el asesoramiento sobre el futuro de su maternidad y las opciones de preservación de fertilidad. El asesoramiento sobre fertilidad más adelante en el curso del tratamiento del cáncer es también importante. (Nivel II).
6. La terapia hormonal o los estrógenos contenidos en la anticoncepción hormonal, si no está contraindicada, se recomienda para tratar los síntomas menopáusicos y preservar la densidad mineral ósea en mujeres con menopausia prematura, OIP. (Nivel I)

CAPÍTULO 2. CAMBIOS CORPORALES EN LA EDAD MEDIANA

Cambios vulvovaginales

Puntos clave

1. La pérdida de estrógeno posmenopáusica y el envejecimiento acompañado de cambios fisiológicos, vasculares, neurológicos e histológicos puede resultar en síntomas vulvovaginales, incluyendo irritación,

ardor, picazón, flujo vaginal, sangrado postcoital y dispareunia.

2. El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), un síndrome que abarca la atrofia vulvovaginal sintomática (AVV), puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres de mediana edad, con efectos sobre la función sexual y las relaciones interpersonales.
3. Las mujeres de cualquier edad con niveles bajos de estrógeno, incluyendo mujeres con insuficiencia ovárica primaria, menopausia prematura, amenorrea hipotalámica o hiperprolactinemia, durante la lactancia, o después del tratamiento con agonista de la la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)/antagonistas o inhibidores de la aromatasa, pueden experimentar síntomas de SGM/AVV.
4. La presentación, el diagnóstico y el tratamiento de la vulvovaginitis causada por candida, la vaginosis bacteriana o tricomoniasis en las mujeres posmenopáusicas son los mismos que en las mujeres premenopáusicas.
5. Las distrofias vulvares (incluyendo esclerosis del liquen, liquen plano e hiperplasia de células escamosas/lichen simple crónico) y la displasia o cáncer vulvar pueden presentarse con síntomas vulvovaginales, con un examen pélvico revelando lesiones focales, placas blancas, áreas desnudas o engrosamiento de la piel.

Recomendaciones para la atención clínica

1. A todas las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas se les debe preguntar acerca de los síntomas vulvovaginales y urinarios en cada visita completa. (Nivel II)
2. El examen de la vulva y la vagina después de la menopausia debe incluir la inspección visual de las placas, engrosamiento de la piel, decoloraciones o lesiones. Lesiones blanca, pigmentada o vulvar engrosada o lesiones vaginales deben tener una biopsia para obtener un diagnóstico preciso y para descartar una afección premaligna o maligna. (Nivel I)

3. Cualquier sangrado después de la menopausia, incluyendo sangrado postcoital, requiere una evaluación completa. (Nivel I)

Peso corporal

Puntos clave

1. La cantidad promedio de peso ganado durante la transición menopáusica es de 5 libras (2,3 kg). El aumento de peso es más probable de estar relacionado con el envejecimiento y estilo de vida que con la menopausia en sí.
2. La obesidad está asociada con una variedad de condiciones adversas de salud y síntomas vasomotores más graves durante la transición de la menopausia.
3. Un déficit calórico diario de 400 kcal a 600 kcal, la actividad física regular, la ingesta baja en grasas, el consumo de frutas y verduras, y apoyo para la conducta en curso se han asociado con la pérdida de peso sostenida.
4. La aplicación de las recomendaciones de la American Heart Association sobre dieta y estilo de vida en general puede disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y enfermedad no cardíaca.
5. Las opciones farmacológicas para la pérdida de peso incluyen fentermina HCl, dietilpropión, orlistat, Lorcaserin y fentermina/topiramato de liberación extendida.
6. Las opciones quirúrgicas para perder peso incluyen procedimientos restrictivos, procedimientos de malabsorción y procedimientos mixtos; la cirugía bariátrica tiene generalmente mayores tasas de pérdida de peso en la obesidad mórbida y más altas tasas de resolución de condiciones comórbidas que el estilo de vida o las opciones farmacológicas.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Todos los adultos deben ser examinados para la obesidad y se les debe ofrecer intervención en función de su índice de masa corporal (IMC) y la presencia de comorbilidades. (Nivel I)

2. La intervención terapéutica debe ser considerada como parte de un programa integral que incluye dieta y actividad física en las mujeres con un IMC mayor de 30 kg/m² o mayor de 27 kg/m² con comorbilidades. (Nivel II)
3. La cirugía bariátrica se debe considerar para mujeres con un IMC de 40 kg/m² o superior, o un IMC mayor de 35 kg/m² con comorbilidades en las que han fracasado con las medidas conservadoras. (Nivel II)

Piel

Puntos clave

1. Cambios en la piel asociados con la menopausia incluyen la disminución del grosor de la piel y la elasticidad, la pérdida de colágeno, el aumento de la laxitud y la formación de arrugas.
2. Más envejecimiento marcado de la piel se produce con la exposición crónica a ciertos factores ambientales, principalmente al sol y al tabaquismo. Los signos de envejecimiento de la piel incluyen arrugas, despigmentación, telangiectasias, rugosidad y sequedad.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Los proveedores sanitarios deben alentar a las mujeres a reducir la exposición al sol y a no fumar para minimizar cambios adversos en la piel causados por factores ambientales y el envejecimiento. (Nivel I)
2. Para reducir el daño por luz a la piel, las mujeres deben ser aconsejadas de evitar el sol del mediodía, usar protector solar consistentemente, usar sombreros y ropa de protección y evitar salones de bronceado. (Nivel I)

El cabello

Puntos clave

1. Cambios en el cabello, incluyendo la pérdida de este y el crecimiento excesivo de vello, son comunes durante la transición de la menopausia y la posmenopausia.

2. Múltiples factores, incluyendo los cambios hormonales en la menopausia, la predisposición genética y el estrés, contribuyen a los cambios en el vello en la edad mediana.
3. En cuanto al patrón de pérdida de cabello en la mujer (PPCM), la alopecia androgénica y el efuvio telógeno son las dos formas más comunes de alopecia..
4. El aumento en la proporción de andrógenos a estrógenos durante la transición de la mediana edad puede influir en cambios en el pelo en las mujeres. Esto se evidencia por el aumento en la densidad del cabello que se puede lograr con tratamientos antiandrógenos en algunas mujeres.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Antes de iniciar el tratamiento para la pérdida del cabello o el hirsutismo, se requiere una historia clínica completa que incluya el inicio, la duración, el patrón y la cantidad de pérdida de cabello o crecimiento excesivo de vello. Las condiciones médicas y los medicamentos pueden contribuir a la pérdida del cabello o hirsutismo, lo cual debe ser revisado. Las pruebas para el exceso de andrógenos, los trastornos por deficiencia crónica de hierro y de la tiroides pueden estar indicadas. (Nivel I)
2. El minoxidil tópico al 5%, utilizado una vez al día, es un tratamiento de la PPCM aprobado por la FDA. El minoxidil combinado con un antiandrógeno tal como la espironolactona es de uso común en las mujeres con PPCM, aunque hay pruebas limitadas para apoyar este enfoque. (Nivel II)
3. Mujeres con PPCM y exceso medible de andrógenos responden de manera diferente a la terapia antiandrógeno en comparación con mujeres con PPCM y los niveles de andrógenos normales. En ninguno de los grupos de mujeres ha sido probada la eficacia de antiandrógenos porque no ha habido ningún gran estudio aleatorizado ni ensayos controlados

aleatorios (ECA) antiandrógenos que investiguen en mujeres perimenopáusicas o posmenopáusicas con PPCM. (Nivel II)

4. La terapia hormonal (TH) es compatible con el crecimiento del cabello, ya que soporta otras estructuras de la piel; pero la pérdida de cabello no es una indicación para el uso de TH. (Nivel II)
5. Champús anticaspa tales como ketoconazol al 2% y piritiona de zinc 1% pueden ser utilizados para promover el crecimiento del cabello del cuero cabelludo. Aerosoles tópicos camuflados o fibras de queratina se pueden utilizar como una alternativa para alcanzar la suficiente densidad para la pérdida de cabello frontal en PPCM. (Nivel II)
6. El tratamiento para el hirsutismo se centra en una combinación de terapias hormonales, el bloqueo androgénico periférico y la depilación mecánica. El clorhidrato de eflornitina es una crema tópica aprobada por la FDA que reduce el crecimiento del pelo facial no deseado en las mujeres. La depilación con cera, el blanqueado, el afeitado y el tratamiento con láser son otras opciones para enfrentar el hirsutismo. (Nivel II)

Ojos

Puntos clave

1. Una de las quejas oculares más comunes asociadas con la menopausia es el ojo seco. Las mujeres reportan peores síntomas de ojo seco y un mayor impacto de estos síntomas en la vida cotidiana que los hombres.
2. Los tratamientos eficaces para los ojos secos incluyen lubricantes tópicos, oclusión del punto lagrimal y agentes antiinflamatorios.
3. La prevalencia de cataratas es mayor en las mujeres posmenopáusicas que en los hombres de la misma edad.
4. La relación entre la terapia hormonal para la menopausia y el riesgo de glaucoma es

compleja, y se necesita más estudio en este aspecto.

5. La degeneración macular (DM relacionada con la edad es la causa líder de ceguera en los Estados Unidos. Pese a que las mujeres no están en mayor riesgo de DM comparadas con los hombres, hay más mujeres que hombres con DM debido a su mayor longevidad.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Los proveedores de salud deben preguntar a las mujeres de mediana edad sobre síntomas oculares, alentar los exámenes regulares de los ojos y referir a la consulta oftalmológica cuando esté indicado. (Nivel I)
2. Como la terapia menopáusica aumenta el riesgo de síntomas de ojo seco, las mujeres en TH con ojos secos molestos deben ser informadas de esta asociación. (Nivel III)

Los oídos

Puntos clave

1. La discapacidad auditiva aumenta más allá de los 50 años y está asociada con la depresión y el aislamiento social.
2. La pérdida de audición puede resultar de una variedad de causas, incluyendo envejecimiento, lesiones en la cabeza, tumores, infecciones, la cera del oído, larga exposición a ruidos muy fuertes y posiblemente la pérdida de hormonas reproductivas.
3. No está claro si la transición de la menopausia actúa como desencadenante de una progresión más rápida de la pérdida auditiva.
4. Los niveles fisiológicos de estrógeno pueden preservar la audición, pero la terapia hormonal con estrógeno-progestágeno puede tener un pequeño efecto negativo.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Las mujeres que experimentan pérdida de la audición en la mediana edad deben someterse a una evaluación a fondo, con el tratamiento proporcionado si está indicado (Nivel I).

Dientes y cavidad oral

Puntos clave

1. La pérdida de dientes se asocia con la densidad mineral del hueso (DMO) del esqueleto disminuida, especialmente en la mandíbula superior.
2. Las mujeres con DMO baja son más susceptibles a enfermedad periodontal.
3. El uso de bisfosfonatos orales a largo plazo puede retrasar la curación en el hueso alveolar, especialmente cuando la enfermedad periodontal también está presente.
4. La deficiencia de estrógenos está asociada con el adelgazamiento y la recesión gingival. Las fluctuaciones hormonales también pueden aumentar la inflamación periodontal y la susceptibilidad a lesiones orales.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Las mujeres de mediana edad deben someterse regularmente a exámenes dental y periodontal, con limpiezas y tratamientos dentales según sea necesario. (Nivel I)
2. Las mujeres deben mantener una buena higiene bucal más allá de la menopausia, incluyendo el uso regular de pasta de dientes con contenido de flúor y/o los enjuagues bucales. (Nivel I)
3. Las mujeres posmenopáusicas deben mantener la salud ósea como parte del apoyo a la salud dental y periodontal.
4. Deben informar a sus proveedores de servicios dentales de los resultados de las pruebas de la DMO y el uso de medicamentos relacionados. (Nivel II)