

CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN CLÍNICA Y ASESORAMIENTO

Historia y examen físico

Puntos clave

1. La evaluación de la salud en el momento de la transición menopaúsica debe adaptarse a cada mujer según los antecedentes sociales, médicos y familiares, así como sus síntomas y objetivos de calidad de vida.
2. Las historias sexuales y psicológicas son una parte importante de la evaluación de las mujeres durante la transición de la menopausia.
3. La evidencia que apoya diversos aspectos del examen físico, incluido el examen clínico de mama y el pélvico bianual, es limitada y contradictoria.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Una historia clínica y un examen físico completo pueden orientar a los médicos y sus pacientes en el manejo de los síntomas de la transición de la menopausia y proporcionar orientación para apoyar una mayor salud para las mujeres, a medida que envejecen (nivel II).
2. La evaluación y el asesoramiento de una mujer de mediana edad deben ser individualizados con base en su estado de salud subyacente, factores de riesgo y los síntomas (nivel II).

Pruebas de diagnóstico y detección

Puntos clave

1. El objetivo de las visitas de atención médica para mujeres de mediana edad es promover un estilo de vida saludable frente a los síntomas y la detección de cáncer, la enfermedad cardiovascular y otras enfermedades asociadas con el envejecimiento.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Aunque las directrices de tamizaje de rutina están disponibles, el cribado debe

ser individualizado, basado en antecedentes personales y familiares de la mujer, hallazgos del examen físico, el estilo de vida, la genética y otros factores y riesgos específicos (nivel II).

2. Las mediciones hormonales para determinar el estado de la menopausia no se indican rutinariamente como los cambios del ciclo menstrual, que son generalmente el mejor predictor de la etapa de la menopausia.

La hormona folículo estimulante y niveles de hormona antimülleriana reflejan la reserva ovárica y pueden estar indicados si los síntomas de la menopausia son atípicos o se producen a una edad temprana. La prueba salival de hormonas reproductivas es inexacta y nunca se indica (nivel II).

3. El sangrado anormal requiere evaluación y múltiples métodos están disponibles, incluyendo ecografía transvaginal, biopsia endometrial, ecografía de infusión salina, histeroscopia, y dilatación y curetaje. La Evaluación del espesor endometrial por ultrasonido transvaginal es un paso inicial apropiado, con biopsia de endometrio y posterior evaluación indicados para un endometrio engrosado (+5 mm) o sangrado persistente sin importar el grosor del endometrio (nivel I).
4. El tamizaje cardiovascular debe incluir una historia y examen físico con medición de estatura, peso, circunferencia de la cintura y presión arterial. El perfil lipídico en ayunas y el panel de la química pueden estar indicados.

Un electrocardiograma no se recomienda para detección de rutina, pero pueden estar indicado con base en la historia y el examen físico (nivel II).

5. La detección de rutina para la enfermedad de la tiroides no está indicada; sin embargo, las mujeres de mediana edad con síntomas, incluyendo sofocos, menstruaciones irregulares, aumento de peso o

depresión, deben someterse a las pruebas para la enfermedad de tiroides con un nivel de la hormona TSH (nivel II).

6. Las pruebas para las infecciones de transmisión sexual deben ser realizadas sobre la base de la historia y el nivel de riesgo (nivel II).
7. Los exámenes de rutina para el cáncer de mama, cuello uterino y colon están indicados para mujeres de mediana edad. Existe una considerable controversia con respecto a la edad en que la detección del cáncer de mama debe comenzar y terminar y la frecuencia de tamizaje. Las directrices actuales generalmente incluyen las mamografías cada 1 o 2 años, a partir de los 40 o los 50 años, hasta los 70 años; pruebas de Papanicolaou cada 3 años o cada 5 años con el virus del papiloma humano como co-prueba hasta los 65 años de edad; y colonoscopia cada 10 años, comenzando a los 50 años, hasta la edad de 75 (nivel II).
8. La detección de rutina para el cáncer de ovario no está indicada (nivel I).

Cuestiones de consejería

Puntos clave

1. Diferencias étnicas, sociales, culturales y raciales afectan la manera como las mujeres experimentan la transición de la menopausia, la frecuencia y gravedad de los síntomas relacionados con la menopausia, las actitudes hacia esta etapa y el uso de terapias disponibles.
2. Las mujeres lesbianas a menudo tienen preocupaciones especiales de salud, y los proveedores de salud deben saber la orientación sexual de la mujer para proporcionar una atención óptima.
3. La violencia hacia las mujeres es un grave problema de salud pública. Las mujeres que son víctimas de maltrato y violencia sexual están en aumento de riesgos graves de problemas de salud agudos y crónicos.

No obstante, los estudios confirman que a menudo los médicos no les preguntaron

a las mujeres por la violencia del compañero íntimo (VCI). 4. Aunque cada mujer experimenta la menopausia diferente, la transición de la menopausia y la posmenopausia son períodos importantes para todas las mujeres con respecto a los cuales hay que implementar cambios conductuales para asegurar un envejecimiento saludable.

Recomendaciones para la atención clínica

1. El suministro de la asistencia sanitaria en la mediana edad debe respetar cada una de las mujeres como un individuo único. Aunque algunas mujeres ven la menopausia como una etapa natural de la vida, otras pueden ver sus síntomas como una condición médica que requiere tratamiento. Los médicos deben preguntar a las mujeres directamente acerca de su visión de la menopausia, pues sus creencias van a afectar la efectividad del consejo (nivel III).
2. Cuando se aconseja a una mujer en relación con el tratamiento de los síntomas relacionados con la menopausia, el médico debe revisar todas las opciones disponibles y alentarla a tomar un papel activo en el proceso de toma de decisiones (nivel II).
3. Las mujeres generalmente aprecian el lenguaje libre de supuestos heterosexuales. Pedir a todas las mujeres una respuesta abierta a la pregunta de si tienen sexo con hombres, mujeres o ambos proporciona un entorno sin prejuicios para que ellas hablen de su sexualidad. (Nivel III).
4. Los proveedores de salud deben detectar el IPV y la violencia sexual. Un ambiente de apertura, seguridad y confianza ayudará a facilitar la divulgación. Ver carteles y materiales impresos sobre IPV y la violencia sexual en público y en las áreas privadas en la oficina educa a las mujeres acerca de opciones y recursos disponibles. Muchas mujeres no saben de los grupos de extensión, los refugios seguros o de toda la gama de servicios disponibles de la comunidad (Nivel II).
5. Una consejería efectiva requiere que el clínico:

- Desarrolle relaciones satisfactorias a través de la comunicación y la escucha.
- Proporcione toda la información necesaria para una decisión adecuada.
- Proporcione información imparcial, objetiva y completa sobre los riesgos y beneficios de cualquier iniciativa terapéutica.
- Incluya las preferencias de la mujer en cualquier recomendación.
- Entienda la comprensión de la mujer acerca de las instrucciones y la capacidad de seguirlas.
- Evalúe periódicamente la continuidad del tratamiento y ajuste los regímenes según sea necesario (nivel III).

Herramientas de evaluación de la calidad de la vida

Puntos clave

1. La calidad de vida (CDV) de la mujer de mediana edad no está determinada únicamente por su salud general y los síntomas relacionados con la menopausia. La cali-

dad de vida incluye la percepción que tiene la mujer de su estado de vida dentro de su cultura y sistema de valores y está influenciada por sus metas, expectativas y preocupaciones.

2. Las escalas de calidad de vida son importantes adiciones a la investigación en el campo de la menopausia.
3. Las escalas de calidad de vida se pueden categorizar como generales (Short Form-36, EuroQOL), específicas de la menopausia (GreeneClimacteric Scale, Women's Health Questionnaire, Menopause Symptom List, Menopause Rating Scale) o combinadas (UQOL, MENQOL).
4. La evaluación de la calidad de vida percibida por la mujer se valora como un resultado terapéutico y puede ser un factor determinante de su adhesión a un plan recomendado de la atención.

Recomendación para la atención clínica

1. Las escalas de calidad de vida no solo son herramientas de investigación útiles sino que también pueden ser utilizadas para evaluar una mujer de mediana edad en el entorno clínico (nivel II).

CAPÍTULO 6. Complementario y Medicina Alternativa

Medicina integrativa

Puntos clave

1. En una encuesta National Institutes of Health se encontró que el 36% de los estadounidenses usan alguna forma de medicina complementaria y alternativa (CAM). Cuando el uso de megavitaminas y la oración por razones de salud están incluidos en la definición de la CAM, el porcentaje se eleva al 62%.
2. 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 beneficios generalmente similares a los del placebo.
3. La acupuntura reduce los sofocos y mejora los patrones del sueño en las mujeres posmenopáusicas, aunque ensayos clínicos demuestran beneficio generalmente similar al de la acupuntura simulada.
4. El consumo regular de isoflavonas de soja en la dieta puede ofrecer protección contra el cáncer de mama si la exposición se produce durante el desarrollo de los senos. Las isoflavonas de soja también pueden inhibir la progresión de la aterosclerosis si se inicia dentro de los 5 años siguientes a la aparición de la menopausia.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Los proveedores de salud deben preguntar a las mujeres de mediana edad sobre el uso de CAM y utilizar los recursos disponibles para guiarlas respecto a la eficacia y seguridad de los tratamientos disponibles (nivel III).
2. Los enfoques CAM, incluyendo la acupuntura, los productos herbarios, de soja en la dieta, y los productos de isoflavonas, pueden ser ofrecidos para tratar los síntomas vasomotores; aunque ensayos clínicos generalmente demuestran beneficio para los síntomas de la menopausia similares a los de placebo (nivel II).

3. No existen datos acerca de que productos con soja, fitoestrógenos o isoflavonas aumenten el riesgo del cáncer de mama o endometrial, aunque las mujeres con cualquiera de estos cánceres deben considerar consultar a sus oncólogos antes de usarlos (nivel II).

Hierbas

Puntos clave

1. Los productos a base de hierbas comercializados están regulados en los Estados Unidos como suplementos dietéticos. Muchos fabricantes emplean medidas de control de calidad rigurosas y, por consiguiente, ofrecen productos de alta calidad, mientras que otros elaboran productos de pobre calidad con respecto a la pureza y los niveles de activos compuestos.
2. El German Federal Institute for Drugs and Medical Devices aprobó el cohosh negro para las quejas relacionadas con la menopausia, el síndrome premenstrual y la dismenorrea.

Aunque varios de los constituyentes de las plantas han sido identificados, su mecanismo preciso de acción es desconocido.
3. St. John's mosto, también conocido como *Hypericum perforatum*, es el tratamiento herbal más popular para la depresión leve.

Varios estudios de San John's Worth mostraron mejoría en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en la perimenopausia y la posmenopausia. La hierba kava también puede reducir la ansiedad.

4. La eficacia de cohosh negro para el tratamiento de los fogajes es similar a la de placebo.
5. El Vitex, también conocido como el sauzgatillo, se utiliza comúnmente para síndrome premenstrual, menstruación irregular y mastalgia cíclica.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Debido a que algunos productos a base de hierbas pueden afectar el metabolismo de drogas o el aumento de la hemorragia, los proveedores de salud deben preguntar a las mujeres de mediana edad sobre el uso de hierbas, remedios y suplementos dietéticos, sobre todo si está previsto el procedimiento médico o la terapia con medicamentos (nivel II).
2. St. John's Wort mostro puede ser aconsejado para los síntomas del estado de ánimo leves en mujeres de mediana edad (nivel II).

CAPÍTULO 7. Opciones sin receta

Regulaciones del gobierno para suplementos dietéticos

Puntos clave

1. La regulación de los medicamentos con receta así como del exceso de medicamentos de venta libre (OTC) por la FDA es explícita y definido por estatutos federales contenidos en el 1938 Federal de Alimentos, Medicamentos, y Cosméticos (FDCA). Esta Ley está siendo continuamente modificada y actualizada. La aprobación y la comercialización de medicamentos de prescripción nuevos y el control de la seguridad poscomercialización son responsabilidades fundamentales del Centro de Evaluación de Drogas y la Investigación (CDER) de la FDA.
2. Como consecuencia del paso de la Ley de Salud y Educación y Complemento Dietético de 1994, la regulación de la dieta y los suplementos por la FDA es extremadamente limitada, excepto en los casos de claro peligro para la salud pública. Esta enmienda a los 1.938 suplementos dietéticos FDCA definidos como alimentos en lugar de fármacos, permitió a los fabricantes de suplemento dietético la reclamación de beneficios de salud que, de otro modo, habría sido ilegal bajo la FDCA.
3. La autoridad y la capacidad de la FDA para regular la prescripción de drogas compuestas por encargo para las farmacias, para pacientes individuales (en comparación con la fabricación de medicamentos recetados por los fabricantes de medicamentos comerciales), se ha disputado durante décadas. Las recientes preocupaciones acerca de reclamaciones de pureza y seguridad de los medicamentos para algunas drogas han dado lugar a una nueva aplicación de autoridad de la FDA para inspeccionar las farmacias y eliminar productos del mercado. En general, es responsabilidad de juntas médicas y de farmacia individuales regular la industria de las drogas compuestas por encargo.

4. La práctica de la medicina, incluyendo la capacidad de los proveedores de salud para prescribir medicamentos y anunciar sus productos y servicios, no está regulada por la FDA sino más bien por las juntas médicas estatales individuales.

Vitaminas y minerales calcio

Puntos clave

1. El calcio es el mineral más abundante en el cuerpo humano, que se encuentra principalmente en los huesos y los dientes.
2. La importancia de la ingesta adecuada de calcio para la salud esquelética está bien establecida; ensayos clínicos aleatorios de calcio en combinación con vitamina D demuestran un papel en la prevención de fracturas.
3. Las principales fuentes alimenticias de calcio son los productos lácteos (incluyendo leche, queso y yogur), que proporcionan un promedio de 70% de la ingesta total de calcio en la mediana edad y las mujeres de más edad.
4. Los requerimientos de calcio para el mantenimiento del esqueleto en las mujeres fluctúan a lo largo de la vida, y aumentan después de la menopausia debido al aumento de la resorción ósea y la disminución intestinal de la absorción de calcio, ambos asociados con la producción disminuida de estrógenos por el ovario.
5. Los suplementos de calcio, pero no el calcio en la dieta, han sido relacionados con un mayor riesgo de cálculos renales. Estudios recientes también han planteado la posibilidad de que dichos suplementos pueden aumentar los riesgos de enfermedades cardiovasculares, pero la investigación hasta la fecha es inconsistente y no concluyente.

Recomendaciones para la atención clínica

1. El Instituto de Medicina (IOM) fijó en el informe del 2011 que el calcio dietético

recomendado (RDA) es de 1.000 mg por día para las mujeres de 50 años, y más jóvenes, y 1.200 mg por día para las mayores de 50 años (nivel I).

2. La IOM también estableció el nivel máximo de consumo tolerable (tomas por encima de las cuales pueden producirse efectos adversos) de 2.500 mg por día para las mujeres de 50 años, y más jóvenes, y 2.000 mg por día para las edades mayores de 50 años (nivel II).
3. Muchas mujeres pueden satisfacer la dosis diaria recomendada de calcio al comer alimentos ricos en calcio. Pero para aquellas que no pueden comer (o no lo disfrutan) productos lácteos, otras fuentes alimenticias de calcio incluyen el pescado, como las sardinas o el salmón, jugos fortificados con calcio y cereales, tofu, brócoli, col verde y col rizada (nivel I).
4. Los suplementos de calcio deben considerarse si la dieta no proporciona la cantidad recomendada de este. Muchas mujeres, sin embargo, están tomando dosis excesivas de suplementario calcio y pueden necesitar solo alrededor de 500 mg por día en los complementos para alcanzar la dosis diaria recomendada (nivel II).

VITAMINAS Y MINERALES

Vitamina D

Puntos clave

1. La vitamina D es un compuesto esteroide que aumenta la absorción intestinal de calcio y es esencial para salud de los huesos.
2. Las principales fuentes de vitamina D son la síntesis cutánea después de la exposición ultravioleta-B; alimentos tales como productos lácteos, pescados grasos y algunos hongos; y suplementos.
3. Los factores de riesgo para la deficiencia/insuficiencia de vitamina D incluyen exposición limitada al sol, la edad avanzada, la pigmentación de la piel oscura, la obesidad, la baja ingesta de vitamina D,

síndromes de malabsorción, medicamentos seleccionados (anticonvulsivos, la terapia antituberculosa) y enfermedad renal o hepática.

4. Los estudios observacionales sugieren una asociación entre niveles bajos de vitamina D y los resultados de salud no esqueléticos, incluyendo enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes, pero la evidencia de los ensayos aleatorios es escasa, inconsistente, y no prueba una relación causa-efecto.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Los complementos dietéticos recomendados de vitamina D se establecieron en el Instituto de Medicina (IOM) en 2011 en 600 UI por día para las mujeres adultas menores de 70 años, y más jóvenes, y 800 UI por día para las mujeres mayores de 70 años. La OIM también fijó el máximo de consumo tolerable (tomas por encima de las cuales pueden producirse efectos adversos) en un nivel de 4000 UI por día (nivel I).
2. Otras pautas para la ingesta de vitamina D en las mujeres, propuestas por otras organizaciones profesionales, han oscilado generalmente de 800 UI a 2000 UI por día (nivel II).
3. La concentración en sangre de 25-hidroxivitamina D (25OHD) es un marcador de la exposición de vitamina D. La OIM recomienda lograr un nivel 25OHD de 20 ng/ml (50 nmol/L) o superior, pero otras organizaciones profesionales recomiendan niveles de 30 ng/ml (75 nmol/L) o más (nivel II).
4. La OIM ha especificado que los niveles anteriores de 25OHD 50 ng/ml (125 nmol/L) pueden estar asociados con efectos adversos en la salud (nivel II).
5. A pesar de que el cribado universal de la población para la deficiencia de la vitamina D no es recomendable, las poblaciones vulnerables en mayor riesgo (ancianos o institucionalizados, pacientes con condiciones médicas tales como mala absorción o la osteoporosis, pacientes que toman

anticonvulsivos u otros medicamentos seleccionados) pueden beneficiarse de la detección, así como de la administración de suplementos de vitamina D (nivel II).

Magnesio

Puntos clave

1. El magnesio tiene un papel importante en la salud ósea y es un cofactor necesario para numerosas enzimas implicadas en el metabolismo energético.
2. Manifestaciones de deficiencia severa de magnesio incluyen deterioro de la homeostasis del calcio, un mayor riesgo de hipertensión/enfermedad vascular, la agregación plaquetaria excesiva/trombosis y osteoporosis.
3. El magnesio está presente en una amplia variedad de alimentos. Las fuentes dietéticas más ricas son los frutos secos, legumbres, ciertas semillas, varios peces marinos y los productos lácteos.
4. Las sales de magnesio por vía oral tienden a tener un efecto catártico.

Recomendaciones para la atención clínica

1. El Instituto de Medicina (IOM) recomienda que la ingesta diaria de magnesio para las mujeres sea de 320 mg por día. Las evidencias que sirven de apoyo a las ingestas recomendadas de magnesio se consideran débiles porque no hay indicadores bien aceptados de la condición óptima de dicho elemento (nivel III).
2. Aunque el significado clínico del bajo consumo es menos claro que para muchos otros nutrientes, sería deseable mejorar el estado de la ingesta de magnesio para la mayoría de los adultos. La ingesta media de magnesio en los Estados Unidos en las mujeres adultas es aproximadamente de 230 mg por día. Se ha estimado que aproximadamente del 60% al 70% de la población de Estados Unidos tiene una ingesta por debajo del nivel recomendado (nivel II).

3. Los suplementos de magnesio pueden estar indicados para pacientes con condiciones de malabsorción, incluyendo la enfermedad celíaca, y en pacientes con excesiva pérdida de magnesio causada por enfermedades gastrointestinales, como diarrea y vómitos (nivel II).

Otras vitaminas y minerales

Puntos clave

1. Una dieta saludable que incluya frutas, verduras, leche baja en grasa, productos lácteos, granos enteros, pollo, pescado y frutos secos se ha asociado a los tipos reducidos de diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, adenoma colorrectal y cáncer de colon.
2. Los suplementos de vitaminas y antioxidantes no parecen prevenir la enfermedad cardiovascular, el cáncer de mama, las cataratas ni la mortalidad, y, en cambio, hay un potencial de daño con alta ingesta de ciertas vitaminas y suplementos.
3. Varios metaanálisis han indicado que algunos suplementos de vitamina B no son protectores contra eventos cardiovasculares o deterioro cognitivo, mientras que hay evidencias contradictorias en relación con las vitaminas B y el cáncer.

Recomendaciones para la atención clínica

1. La importancia de una dieta saludable, rica en nutrientes, que incluya un mayor consumo de verduras, frutas, leche baja en grasa, productos lácteos, granos enteros, pollo, pescado y frutos secos se debe promover en cada visita completa (nivel II).
2. La evidencia reciente sugiere que el uso de multivitaminas o vitaminas individuales no puede reducir el riesgo de varias enfermedades crónicas en los individuos sanos, por lo que las mujeres de la mediana edad deben ser aconsejadas para limitar el uso de suplementos y en su lugar tratar de mejorar sus dietas (nivel II).

Otros suplementos

Puntos clave

1. La coenzima Q10 se ha usado para la insuficiencia cardíaca, la hipertensión, y miopatías inducidas por las estatinas. Sin embargo, los resultados de los estudios son inconsistentes. La coenzima Q10 es superior a placebo para la profilaxis de migraña.
2. La mayoría de los resultados de los beneficios de los ácidos grasos omega-3 sobre el sistema cardiovascular y para reducir los triglicéridos se ven con los aceites de pescado.
3. Pruebas de ensayos clínicos apoyan el uso de la glucosamina sulfato para mejorar el dolor y la función en pacientes con osteoartritis (OA). El beneficio de condroitina en la mejoría de los síntomas de la OA no está claro.
4. Los estudios con S-adenosil metionina (SAM) han demostrado beneficio en la depresión leve a moderada, aunque se carece de estudios en depresión severa (nivel II).

Hormonas de venta libre

Puntos clave

1. Las preparaciones de venta libre que contienen las hormonas dehidroepiandrosterona (DHEA), melatonina y progesterona tópica están reguladas como suplementos dietéticos en los Estados Unidos, mientras que en Canadá todas, menos la melatonina, se venden como medicamentos recetados.

2. La evidencia de la eficacia de crema de progesterona tópica OTC para los síntomas de la menopausia es limitada, porque la dosis y la absorción varían entre formulaciones; la progesterona tópica OTC típicamente no proporciona niveles adecuados de protección endometrial con sistémica el uso de estrógenos.
3. La dehidroepiandrosterona se ha estudiado para una variedad de condiciones, incluyendo la función sexual, la depresión, el envejecimiento y el bienestar, con resultados no concluyentes.
4. Los efectos de la melatonina sobre el sueño y la sedación son incompatibles; sin embargo, la evidencia apoya efectos favorables para los trastornos del sueño (ritmo circadiano).

Recomendaciones para la atención clínica

1. La crema de progesterona tópica de venta libre no debe ser utilizada para proporcionar una protección endometrial con el uso de estrógenos, y cualquier beneficio para los síntomas de la menopausia no está comprobado (nivel III).
2. El papel de la DHEA oral en mejorar el estado de ánimo, la función sexual y el bienestar general sigue siendo no probada (nivel III).
3. Los suplementos de melatonina pueden tener un papel para trastornos del sueño de ritmo circadiano, incluyendo el trabajo por turnos y el jet lag (descompensación horaria) (nivel II).