



Menoguía

Perimenopausia

Primera edición: Junio 2012

ISBN: En trámite

Edición, realización y producción:
aureagràfic, s.l. (Tel.: 93 330 49 00)

Dep. legal: B:18.823-2012

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de ningún modo ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o xerocopia, sin permiso previo.

Perimenopausia

■ Editor invitado

M.^a Jesús Cancelo Hidalgo, *Guadalajara*

■ Autores

Andrés Calvo Pérez, *Mallorca*

Miguel Ángel Checa Vizcaino, *Barcelona*

M.^a Jesús Cancelo Hidalgo, *Guadalajara*

Javier Cortés Bordoy, *Mallorca*

Miguel Ángel Elorriaga García, *Baracaldo. Vizcaya*

Teresa Díaz Martín, *Baracaldo. Vizcaya*

José Vicente González, *Zaragoza*

Iñaki Lete Lasa, *Vitoria*

Paloma Lobo Abascal, *San Sebastián de los Reyes. Madrid*

Txantón Martínez Astorquiza, *Bilbao*

Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara, *Granada*

Anibal Nieto Díaz, *Murcia*

Miguel Ángel Olalla Herrera, *Málaga*

Ezequiel Pérez Campos, *Requena. Valencia*

Rosa Porqueras Suárez, *Barcelona*

Francisco Quereda Seguí, *Alicante*

Alberto Salamanca Ballesteros, *Granada*

Rafael Sánchez Borrego, *Barcelona*

Esther de la Viuda García, *Guadalajara*

■ Revisores

Rafael Sánchez Borrego, *Barcelona*

Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara, *Granada*



Alcance de las Guías

La población objetivo de estas recomendaciones son las mujeres que entran en la transición a la menopausia, debido a la carga global de enfermedad en ese grupo de edad.

Para las mujeres con condiciones médicas que puedan tener consecuencias adversas de cualquier aparato o sistema, la evaluación de riesgos y consideraciones del tratamiento son complejas y a menudo se benefician de la consulta con un especialista.

Los umbrales terapéuticos propuestos en estos algoritmos son de orientación clínica y no son reglas. Todas las decisiones de tratamiento requieren juicio clínico y la valoración de cada uno de los factores de la paciente, incluyendo sus preferencias, las enfermedades concomitantes, y otras fuentes de posible sub- o sobre-estimación del riesgo. La decisión de tratar aún debe hacerse sobre una base individual, caso por caso.

La *Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)* considera apropiado elaborar sus propias recomendaciones basado en el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) <http://cebgrade.mcmaster.ca/> para elaborar guías de práctica clínica (GPC) y clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones.

Criterios GRADE para valorar la calidad de la evidencia.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA	DISEÑO DE ESTUDIO	DISMINUIR GRADO SI*	AUMENTAR GRADO SI*
Alta	ECA	Importante (-1) o muy importante (-2) limitación de la calidad del estudio.	Evidencia de una fuerte asociación: RR > 2 ó < 0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1).
Moderada		Inconsistencia importante (-1). Alguna (-1) o gran (-2) incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa.	Evidencia de una muy fuerte asociación: RR > 5 ó < 0,2 basada en evidencia sin posibilidad de sesgos (+2).
Baja	Estudio observacional	Datos escasos o imprecisos (-1).	Evidencia de un gradiente dosis respuesta (+1).
Muy baja	Cualquier otra evidencia	Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1).	Los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1).

Criterios GRADE. Estimación del grado de la recomendación.

GRADO DE RECOMENDACIÓN		
1A	Fuerte recomendación.	Evidencia de alta calidad
1B	Fuerte recomendación.	Evidencia de moderada calidad
1C	Fuerte recomendación.	Evidencia de baja calidad
2A	Débil recomendación.	Evidencia de alta calidad
2B	Débil recomendación.	Evidencia de moderada calidad
2C	Débil recomendación.	Evidencia de baja calidad

La información sobre GRADE y sus publicaciones están disponibles en <http://www.gradeworkinggroup.org/>

Tomado de: The GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: Critical appraisal of existing approaches. BMC Health Serv Res 2004; 4:38.



Índice

Introducción	5
Definición	6
Epidemiología	8
Endocrinología de la perimenopausia	9
Deseo gestacional en la perimenopausia	11
Anticoncepción en la perimenopausia	12
Programas de cribado en la perimenopausia	16
Pruebas diagnósticas más frecuentemente utilizadas en la perimenopausia	18
Hábitos saludables específicos de la perimenopausia	19
Tratamiento sintomático	20
Sumario y recomendaciones	23
Bibliografías	26
Información para las mujeres	27



Introducción

La perimenopausia o *transición menopáusica* es un periodo impreciso en la vida de la mujer comprendido entre el momento en que aparecen las primeras alteraciones en el ciclo menstrual y el año siguiente al cese definitivo de la menstruación (menopausia). A los 51,4 años de media aparece la menopausia natural en nuestro país, pero el periodo de transición es más difícil de establecer, ya que se presenta entre los 47 y los 48 años, con una duración variable, entre los 2 y los 5 años.

El trastorno del ciclo es, por tanto, la característica de esta etapa. Resulta de la disfunción del ovario, donde la producción hormonal no sigue las pautas cíclicas de la vida fértil y expone al endometrio a estímulos discordantes/desequilibrados de estrógenos y progesterona. Junto a la irregularidad en el sangrado, y por el mismo desgaste de la función ovárica, muchas mujeres se quejan también de sofocos y otros síntomas descritos en la posmenopausia. Además, la mayoría de ellas se muestran preocupadas por las repercusiones futuras que estos hechos puedan ocasionar en su salud.

Definición

Clásicamente, se ha definido la perimenopausia como un periodo variable entre los 2 y los 5 años que incluye todas las manifestaciones endocrinas, biológicas y clínicas que ocurren *alrededor* de la última menstruación (menopausia). Recientemente, el *Stages of Reproductive Aging Workshop* ha propuesto el esquema terminológico

que representamos en la Tabla 1 y precisa el periodo perimenopáusico, o más correctamente de *transición menopáusica*, entre el final de los ciclos regulares, esto es, desde que se manifiestan las primeras alteraciones del ciclo como consecuencia de la disfunción hormonal ovárica, y el año siguiente a la menopausia natural.

Tabla 1. Fases de la transición climatérica.

ESTADIO	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
Terminología	Período reproductivo			Transición menopáusica		Posmenopausia	
	Temprano	Óptimo	Tardío	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía
				Perimenopausia			
Duración	Variable			Variable		1 año	Hasta senectud
Ciclos menstruales	Variable o regular	Regular		Longitud del ciclo variable (>7 días de diferencia de lo normal)	≥ 2 ciclos ausentes & un intervalo de amenorrea (≥ 60 días)	Amenorrea × 12 meses	Ausencia
Endocrino	FSH normal		FSH aumentada	FSH aumentada		FSH aumentada	

*FSH: hormona folículo-estimulante

Tomado de: Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril.* 2001;76:874-8

Transición menopáusica

La transición menopáusica se establece desde el momento en que aparecen las alteraciones del ciclo menstrual y se eleva el nivel sérico de FSH, hasta el final de las menstruaciones (12 meses después de la última regla). La etapa -2 (transición temprana) se caracteriza por una duración variable de los ciclos (más de 7 días en un ciclo normal de 21 a 35 días). La etapa -1 (transición tardía) se caracteriza por la ausencia de dos o más ciclos, con un periodo de amenorrea de más de 60 días. Las mujeres en esta etapa suelen manifestar síntomas vasomotores.

Perimenopausia

La perimenopausia significa “alrededor de la menopausia” y empieza en la etapa -2 de la transición menopáusica y termina 12 meses después de la última regla.

Menopausia

Menopausia es una condición que se alcanza cuando han pasado más de 12 meses de la última regla. Con ella se expresa la completa o casi completa depleción folicular y la ausencia de la secreción ovárica de estrógenos.

Posmenopausia

La Etapa +1 (posmenopausia temprana) comprende los cinco primeros años después de la última regla. Se caracteriza por el cese definitivo de la función ovárica, suele acompañarse de una pérdida acelerada de la masa ósea y muchas mujeres manifiestan síntomas vasomotores en ella. La etapa +2 (posmenopausia tardía) es un periodo amplio que continúa desde el quinto año de la última regla hasta el final de la vida.

Epidemiología

La franja de edad en la que ocurre la perimenopausia suele establecerse entre los 40 y 54 años de edad.

- Según los datos del Instituto Nacional de Estadística de enero de 2011 (<http://www.ine.es/>),

en España hay una población de más de 4 millones de mujeres que se pueden encontrar dentro del período de la perimenopausia, lo que supone más de un 12 % de toda la población femenina de nuestro país.

Endocrinología de la perimenopausia

El ciclo menstrual y los patrones hormonales comienzan a cambiar años antes de la menopausia. La perimenopausia se acompaña de un complejo proceso que resulta del cese de la actividad ovárica. Podría afirmarse que, desde el punto de vista endocrino, la variabilidad inter- e intra-individual es la norma, por lo que las determinaciones hormonales carecen de una clara utilidad clínica para el diagnóstico de la perimenopausia.

Aunque se han descrito diversos cambios neuroendocrinos en la transición menopáusica, el acontecimiento biológico central de esta etapa periodo es la supresión paulatina de la actividad ovárica, tanto en la cantidad de folículos como en la calidad de sus ovocitos. Bajo el prisma reproductivo, la perimenopausia es un periodo de baja fertilidad por la anovulación mantenida y la mala calidad ovocitaria.

- En la fase temprana de la transición menopáusica, empiezan a manifestarse irregularidades menstruales, aunque con anterioridad se pueden detectar descensos plasmáticos de inhibina B o de la hormona anti-mülleriana y aumento de la FSH.

Aunque estas determinaciones podrían identificar al periodo de perimenopausia, su valor es muy poco específico y solo se emplean para la evaluación de la reserva folicular. Mientras tanto, los niveles de estradiol se mantienen normales o incluso elevados (por un aumento de la actividad aromatasas) y los de progesterona disminuidos. Pueden producirse ovulaciones espontáneas ocasionales.

- En la fase tardía de la transición menopáusica, aumenta la irregularidad menstrual y la fluctuación sérica de FSH, inhibina B y estradiol, por lo que, una única determinación de estas hormonas podría confundir ofreciendo valores normales premenopáusicos. Por eso, la determinación de hormona anti-mülleriana es más exacta en este periodo.
- Pasada la menopausia, con el agotamiento de los folículos ováricos, se deja de producir estradiol, aunque todavía se siguen sintetizando andrógenos por el estímulo constante de la LH.

Diagnóstico de la menopausia

La menopausia suele diagnosticarse clínicamente y de forma retrospectiva después de 1 año de amenorrea. En términos de diagnóstico de la menopausia, no existe un único marcador biológico independiente de la perimenopausia. Los niveles séricos de FSH y estrógenos y progesterona fluctúan alrededor de la menopausia, mientras que los niveles de la hormona luteinizante (LH) se mantienen dentro del rango normal. Un aumento en la FSH estimula la foliculogénesis ovárica, que se produce a un ritmo acelerado hasta la menopausia, cuando todos los folículos se agotan.

El aumento de la foliculogénesis provoca mayor producción de estrógenos, que pueden contribuir al sangrado irregular y síntomas como hinchazón y sensibilidad mamaria. Un nivel elevado de FSH sérico indica un grado de insuficiencia ovárica pero no es predictivo de infertilidad definitiva. La edad de la mujer y el patrón de sangrado menstrual pueden ser los factores más útiles en la determinación de la probabilidad de acercarse a la menopausia, a menos que el patrón de sangrado menstrual se vea alterado por la anticoncepción hormonal.

Manifestaciones clínicas

Patrón de sangrado

La anovulación crónica característica de este período expone al endometrio a largos períodos de estímulo estrogénico *sin* oposición gestagénica y, en consecuencia, a sangrados anómalos y al riesgo de hiperplasia.

Se ha denominado *sangrado uterino anómalo* (SUA) al que no tiene que ver con una menstruación normal; sin embargo, a partir de la década de los 40 años tanto la duración

como la cantidad o el ritmo del ciclo menstrual carecen de una uniformidad que permita marcar un límite entre lo normal y lo patológico.

Ante cualquier sangrado uterino anómalo (SUA), la anamnesis debe ir dirigida a descartar trastornos generales, discrasias sanguíneas o el consumo de fármacos con efecto anticoagulante o hepatotóxico, a detectar otros hábitos que pudieran influir en la aparición de sangrados o a alertar sobre un trastorno hereditario de la hemostasia. En cuanto a la exploración, se recomienda hacer un examen

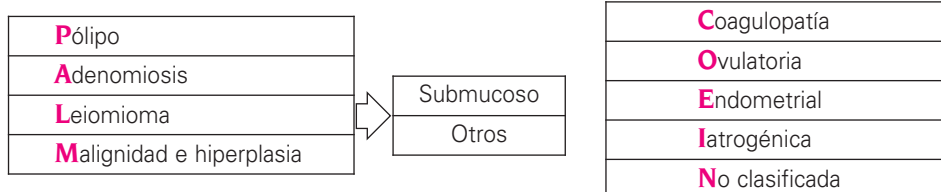
Nuevo sistema de clasificación de las causas de Sangrado Uterino Anormal (SUA)

Debido a la inconsistencia que ha existido de la nomenclatura utilizada para describir el SUA en la edad reproductiva, y a que existen múltiples causas, algunas de las cuales pueden coexistir en la misma mujer, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha aprobado un nuevo sistema de clasificación (PALM-COEIN) ("PALMA-MONEDA") para definir la causa del SUA no relacionado con el embarazo.

El SUA se diferencia en las formas crónica, aguda e intermitente. El SUA es *crónico* cuando está presente durante más de 6 meses. El SUA se considera *agudo* cuando se requiere una intervención inmediata, y cuando el SUA se produce entre ciclos por otra parte regulares, se define como *intermitente*.

El sistema básico consta de cuatro categorías que se definen por criterios estructurales objetivables (PALM: *p*ólipo; *a*denomiosis; *l*eiomioma; y *m*alignidad e hiperplasia), 4 que no están relacionadas con anomalías estructurales (COEI: *c*oagulopatía; *o*vulatoria; *e*ndometrial; *i*atrogénica), y 1 reservada para las entidades que no han sido clasificadas (N). La categoría leiomioma (L) se subdivide en pacientes con al menos un mioma submucoso (L_{SM}) y aquellas con miomas que no afectan a la cavidad endometrial (L_0).

Sistema de Clasificación de la FIGO.



Otro aspecto fundamental de este sistema de clasificación es su metodología para la clasificación de los fibromas en las categorías primaria, secundaria y terciaria. La clasificación primaria refleja la presencia o ausencia de fibromas, la clasificación secundaria designa a los fibromas de acuerdo a la ubicación (submucosa frente a otras) y la clasificación terciaria clasifica los tumores híbridos. Aunque la clasificación de los fibromas sea compleja, es necesaria, ya que muchos fibromas son asintomáticos y no son la causa del SUA.

También hay una categoría ("No clasificada") que permite nuevas causas de la SUA que se añadirán a medida que se descubran.

ginecológico y un tacto bimanual. Las determinaciones analíticas, salvo el hemograma o la determinación de ferritina no son necesarias en el estudio de los sangrados abundantes, salvo que lo sugiera la anamnesis. En términos de eficiencia, la ecografía transvaginal es el mejor método que complementa a la anamnesis y la exploración clínica en el diagnóstico de un SUA. En aquellos casos donde se sospeche la existencia de patología endometrial (tras el estudio ecográfico) o no se haya resuelto el trastorno con tratamiento médico, la histeroscopia (con biopsia dirigida si se precisa) puede resultar más efectiva que el aspirado endometrial o el clásico legrado bajo anestesia general.

Sintomatología vasomotora

Aunque afecta a la mayoría de las mujeres, se estima que en el 20% de ellas repercute de un modo significativo en su calidad de vida (cuantificada por escalas específicas como la Escala Cervantes®).

Otros síntomas

Asociados a los sofocos y a la disfunción hormonal de la perimenopausia, se justifican otros síntomas: psicológicos, trastornos del sueño, irritabilidad, síndrome premenstrual, alteraciones de estado del ánimo, cambios en la piel, alteraciones musculo-esqueléticas, trastornos del equilibrio y sequedad vaginal.

Deseo gestacional en la perimenopausia

La fertilidad declina con el paso del tiempo, especialmente después de los 35 años. Al declive de la reserva ovárica se suma la peor calidad ovocitaria (con mayores aneuploidías por fenómenos de no disyunción meiótica), lo que incrementa el riesgo de abortos espontáneos (más del 50%) y fetos con cromosomopatías (síndrome de Down).

La edad en sí es el factor que más influye en la tasa de embarazos espontáneos y en los resultados obtenidos con los tratamientos de fertilidad.

La aplicación de las técnicas de reproducción asistida es muy común en esta franja de edad, con una relevante tendencia a la donación de ovocitos. Con ello, se evita también el mayor riesgo de fetos con anomalías cromosómicas (la edad del ovocito es la de la donante),

aunque no el de otras complicaciones del embarazo como la diabetes gestacional, la hipertensión, el crecimiento intrauterino restringido, la patología placentaria y la prematuridad, que siguen dependiendo de edad de la madre, y el de los embarazos múltiples, inherentes al número de embriones transferidos. Como consecuencia, tanto el número de partos operatorios o instrumentales como la morbi-mortalidad perinatal y materna están aumentados durante la perimenopausia.

Cuando se consulta por esterilidad, el estudio se inicia a los 6 meses cuando la mujer ha cumplido los 35 años e inmediatamente si ha superado los 40.

Por estas cuestiones, se debe hacer un **asesoramiento reproductivo** e informar de los riesgos que la edad ocasiona en la concepción.

Anticoncepción en la perimenopausia

Necesidad de anticoncepción

Aunque la edad sea el factor pronóstico más determinante de la capacidad fértil de una mujer, se asume que en este periodo todavía existe riesgo de embarazo ya que es posible la ovulación espontánea ocasional. Por otra parte, la edad por sí sola, no es suficiente para contraindicar el uso de ningún método anticonceptivo, ya sea hormonal o no.

Anticoncepción no hormonal

Los métodos anticonceptivos no hormonales disponibles para las mujeres en transición menopáusica son los mismos que para otras edades.

Desde el punto de vista de su eficacia, tanto los métodos de autoconocimiento de la fertilidad como los de barrera necesitan de un adecuado cumplimiento, por lo que se catalogan como de baja eficacia (Índice de Pearl > 10). Debido a los cambios hormonales, la eficacia de los métodos naturales en este periodo es muy baja. Carecen de beneficios añadidos extraconceptivos, algunos especialmente importantes para la perimenopausia como el alivio de la sintomatología vasomotora y el control del ciclo menstrual).

Anticoncepción hormonal combinada

La edad *per se* se asocia con un mayor riesgo de tromboembolismo venoso, aumentando

después de los 39 años de edad entre las mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados. Estudios epidemiológicos han reportado un incremento en el infarto de miocardio, que se cree estar relacionado con un mecanismo trombótico más que al desarrollo de placas ateroscleróticas, y en la mortalidad cardiovascular en usuarias de la píldora combinada mayores de 35 años que fuman. La relación entre el tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, y la enfermedad cardiovascular puede estar relacionada con las altas concentraciones de fibrinógeno plasmático intravascular y el depósito de fibrina, y una mayor expresión del factor tisular de los monocitos.

Sin embargo, para una mujer sana no fumadora, la edad no constituye un obstáculo para el empleo de métodos hormonales. Además de proporcionar la regularidad del ciclo menstrual y alta eficacia anticonceptiva, los anticonceptivos combinados se asocian con beneficios no anticonceptivos específicos en la perimenopausia (Tabla 2).

A otras vías de administración (transdérmica y vaginal) se les ha otorgado las mismas categorías que a la vía oral. Se considera que tanto la eficacia anticonceptiva como las indicaciones, beneficios y riesgos de distintos métodos hormonales, independientemente de la vía, son semejantes en las mujeres mayores de 35 años. Por otra parte, aunque las pautas prolongadas/continuas se pueden utilizar en esta etapa, aún no están aprobadas en España.

Tabla 2. Beneficios de los diferentes métodos en la perimenopausia

	LIGADURA	VASECTOMÍA	CONDÓN	DIU	HORMONAL
Previene embarazo no planeado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Minimiza las fluctuaciones hormonales	No	No	No	No	Sí
Proporciona beneficio(s) de salud adicional	Sí, cáncer de ovario y protección sobre EPI	No	Sí, ITS y HIV	Detección precoz del cáncer cervical con todos los DIUs. Posible protección del cáncer de endometrio, disminuye la anemia, la dismenorrea, y EPI con DIU-LNG.	Sí, (cáncer ovario/ endometrio, protección ósea, alivio de las fluctuaciones hormonales, control de ciclo, dismenorrea, otros).

EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria; ITS: Infección de transmisión sexual; HIV: Virus de inmunodeficiencia humana; DIU-LNG: Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel

Anticoncepción hormonal con solo-gestágenos

El principal efecto adverso de este tipo de método es la alteración en el patrón de sangrado.

Los métodos reversibles de larga duración constituyen una alternativa a la esterilización. El DIU de levonorgestrel está indicado para el tratamiento del sangrado menstrual abundante. Se recomienda recoger, en el momento de la anamnesis, cualquier tratamiento farmacológico de la mujer y valorar sus posibles interacciones según las fichas técnicas actualizadas.

Los fármacos inductores enzimáticos no modifican la eficacia del DIU de levonorgestrel y el acetato de medroxiprogesterona *depot*.

Seguimiento de la anticoncepción hormonal en la perimenopausia

Para el inicio de la anticoncepción hormonal se recomienda realizar una anamnesis

dirigida a la identificación de hechos que contraindiquen o no recomienden su utilización (categorías 3 y 4 de los criterios de elegibilidad de la OMS) especialmente antecedentes personales y familiares de tromboembolismo.

En el seguimiento de los métodos hormonales, existe consenso en no recomendar controles periódicos específicos por el uso de anticoncepción, recomendándose si acaso un contacto con la usuaria a los 3 o 6 meses desde el inicio del tratamiento para mejorar la adherencia al mismo.

Antes del uso de métodos combinados o de solo-gestágenos inyectables, sería recomendable la medición de la tensión arterial y del índice de masa corporal.

Para las usuarias del DIU se realizará una visita a las 3-6 semanas después de la inserción.

Interrumpir la anticoncepción

La decisión sobre la interrupción de la anticoncepción hormonal debe basarse en un asesoramiento anticonceptivo individualizado, puesto que en la actualidad no hay ninguna

prueba que permita confirmar el momento en que cesa la función ovárica y la tasa de fertilidad en mujeres mayores de 50 años es extremadamente baja.

De forma general, la anticoncepción se puede interrumpir al alcanzar la media de edad de la menopausia en nuestro ámbito (51 años); sin embargo, este consejo debe adaptarse a cada mujer (Tabla 3).

- Las mujeres que no utilicen un método anticonceptivo hormonal y que sigan teniendo sangrado menstrual regular a la edad de 51 años deben continuar con alguna forma de anticoncepción.
- Las mujeres que usan métodos no hormonales pueden detener la anticoncepción después de 1 año de amenorrea si tienen más de 50 años o de 2 años si la mujer es menor de 50 años.
- Tras el asesoramiento (acerca de disminución de la fertilidad, los riesgos asociados con la inserción y la eficacia de los anticonceptivos), las mujeres portadoras de un DIU de cobre ≥ 300 mm² de cobre, insertado por encima de los 40 años de edad, puede mantener el dispositivo hasta la menopausia o hasta que la anticoncepción ya no sea necesaria.

Como los anticonceptivos hormonales pueden afectar al patrón de sangrado, las pruebas de laboratorio pueden tener algún valor en la determinación de cuándo la anticoncepción se puede detener.

Es posible medir los niveles de FSH utilizando métodos con sólo-gestágenos. Sin

embargo, la prueba puede ser mejor limitarla a las mujeres mayores de 50 años, ya que es más probable que hayan alcanzado la menopausia.

- Las mujeres que usan hormonas exógenas deben ser advertidas de que la amenorrea no es un indicador fiable de la insuficiencia ovárica.
- En las mujeres que usan hormonas anti-conceptivas, los niveles de FSH se pueden utilizar para ayudar a diagnosticar la menopausia, pero se debe restringir a las mujeres mayores de 50 años y en las que utilizan métodos con sólo-gestágenos.
- La FSH no es un indicador fiable de insuficiencia ovárica en mujeres que usan hormonas combinadas, incluso si se miden durante el *intervalo libre* de hormonas.
- En mujeres mayores de 50 años que estén en amenorrea y deseen interrumpir métodos con solo-gestágenos puede evaluarse los niveles de FSH.
 - Si el nivel es ≥ 30 UI/L de la FSH debe repetirse después de 6 semanas.
 - Si el segundo nivel de FSH es ≥ 30 UI/L la anticoncepción puede interrumpirse después de 1 año.
- Las mujeres portadoras de DIU-LNG insertado para la anticoncepción, a la edad de 45 años o más puede usar el dispositivo durante 7 años (fuera de etiquetado) o si está en amenorrea hasta la menopausia, tras lo cual el dispositivo debe retirarse.

Tabla 3. Asesoramiento para mujeres que deseen interrumpir la anticoncepción.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ASESORAMIENTO EN LA INTERRUPCIÓN DE LA CONTRACEPCIÓN	
	Edad < 50 años	Edad ≥ 50 años
No-hormonal	Stop anticoncepción tras 2 años de amenorrea.	STOP anticoncepción tras 1 año de amenorrea.
AHC	Puede continuarse hasta los 50 años de edad ^(a) .	STOP AHC a los 50 años y cambia a método no-hormonal o con sólo-gestágenos, luego siga los consejos propios de su caso.
DMPA	Puede continuarse hasta los 50 años de edad ^(a) .	STOP DMPA a los 50 años y elija entre las siguientes opciones: Cambiar a un método no-hormonal y STOP tras 2 años de amenorrea O Cambie a POP, implante o DIU-LNG y siga los consejos propios de su caso.
Implante POP DIU-LNG	Puede continuarse hasta los 50 años o más ^(a) .	Continuar método. Si amenorrea, evaluar los niveles de FSH y stop método tras 1 año si FSH sérica es ≥ 30 IU/L en dos ocasiones con un intervalo de 6 semanas. O STOP a los 55 años cuando la pérdida natural de la fertilidad puede ser asumida por la mayoría de las mujeres. Si no amenorrea, considerar investigar cualquier sangrado anómalo o cambios en el patrón de sangrado, y continúe contracepción después de los 55 años hasta amenorrea de 1 año.

^(a) Si una mujer desea dejar la anticoncepción hormonal antes de los 50 años debe ser aconsejada a cambiar a un método no hormonal e interrumpir tras 2 años de amenorrea (o 3 años si se cambia de DMPA debido al posible retraso en el retorno de la ovulación).

AHC: Anticoncepción hormonal combinada.

DMPA: Acetato de medroxiprogesterona de depósito.

FSH: Hormona folículo-estimulante.

IU: Unidades internacionales.

DIU-LNG: Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.

POP: Píldora con solo-gestágeno.

Programas de cribado en la perimenopausia

Cáncer de mama

La mama es un órgano hormono-dependiente que responde a las variaciones hormonales de la perimenopausia. Presenta características radiológicas más parecidas a las de edades más jóvenes, hecho que reduce la sensibilidad y la especificidad de la mamografía respecto de etapas posteriores, y que requerirán de otras pruebas para el diagnóstico de su patología.

El cribado debe dirigirse a las mujeres de 50 a 75 años de edad. La detección del cáncer de mama también se debe discutir con la mujer a partir de los 40 años, aunque menos mujeres en este grupo de edad serán susceptibles de beneficiarse. La detección cada dos años, proporciona casi los mismos beneficios que una evaluación anual, con muchas menos pruebas de falsos positivos y menos sobrediagnóstico de cánceres que nunca se harán clínicamente evidentes. El sobrediagnóstico es un problema especialmente importante para las mujeres mayores de 75 años; el cribado de las mujeres de esta edad puede causar más daño que beneficio.

Debe dirigirse a las mujeres con historia de cáncer de mama o de ovario. Las mujeres con fuertes antecedentes familiares deben recibir asesoramiento para opciones que puedan incluir pruebas genéticas de BRCA-1 y BRCA-2 y un cribado más intenso para el cáncer de mama.

A pesar de las controversias, el cribado del cáncer de mama con mamografía reduce la mortalidad por cáncer de mama en un grado pequeño pero clínicamente importante. El beneficio absoluto de la detección aumenta con la edad, mientras que la tasa de falsos positivos disminuye con la edad.

Apoyamos la exploración clínica regular, aunque esto esté apoyado por una evidencia más débil. Algunos cánceres de mama no son detectados por la mamografía, una exploración clínica positiva requiere una mayor investigación, incluso si la mamografía es negativa.

No recomendamos la autoexploración mamaria, ya que lleva tiempo para explicarla y no provoca una disminución de la mortalidad por cáncer de mama.

Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino presenta dos picos de incidencia, el primero alrededor de los 10 años después de la primera relación sexual, y el segundo a partir de la cuarta década. Se desconoce si este último se produce por la reactivación de infecciones latentes o nuevos contactos con *virus del papiloma humano* (VPH). Se han advertido cambios en el comportamiento sexual en las mujeres de esta edad.

Aunque la citología por sí sola es una estrategia razonable, el *co-test*, que asocia la citología junto con el test de 12 o 13 tipos oncogénicos de VPH, se ha mostrado superior a la citología sola en la identificación de lesiones preinvasoras, lo que permite a las mujeres con citología y resultados de VPH negativos ser cribadas de manera segura con una menor frecuencia.

La mejor frecuencia de detección del cáncer de cuello uterino no está establecida, pero los estudios de modelización sugieren que la revisión cada tres años logra los beneficios del cribado anual con un menor número de falsos positivos y un menor número de procedimientos.

tos. Las mujeres con resultados anormales de detección deben ser examinadas con más frecuencia que cada tres años.

- Para las mujeres entre 40-65 años de edad con citología y test HPV negativos,:
 - Se recomienda el co-test cada 5 años. Si no disponemos del test de VPH, debe continuarse con una citología cada 3 años.
 - Los hallazgos citológicos de *células escamosas atípicas de significado indeterminado* (ASCUS), acompañado por un resultado de VPH-negativo deben ser **tratados** igual que un resultado de cribado normal.
- Las mujeres que tienen citología negativa pero VPH positiva: Existen dos posibilidades:
 - Una opción sería repetir el co-test en 1 año. En ese momento, a las mujeres cuyo nuevo test de VPH vuelva a ser positivo o presente cambios de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en la citología se les debe practicar una colposcopia. Las mujeres con citología normal o ASCUS y que sean VPH-negativas al año debe regresar al cribado rutinario.
 - Otra opción sería realizar inmediatamente un test de VPH para los tipos 16 y 18. Debe realizarse una colposcopia en las mujeres que con resultado positivo para cualquiera de estos tipos virales. A las mujeres que obtengan un resultado negativo para ambos tipos virales se les debe realizar el co-test a los 12 meses, con el manejo de los resultados como se indica en la opción anterior.
- Las mujeres con *todas* las otras anormalidades deben ser tratadas de acuerdo con los protocolos SEGO.

La mayoría de las mujeres pueden dejar el cribado a partir de los 65 años de edad o tras una histerectomía. Una vez suspendido, el cribado *no* debe reanudarse incluso aunque una mujer refiera haber tenido una nueva pareja sexual.

Después de la regresión espontánea o de un tratamiento adecuado, las mujeres con una historia de CIN2 (neoplasia cervical intraepitelial grado 2) o una lesión más grave deben continuar el cribado por al menos 20 años, incluso si se sobrepasan los 65 años de edad.

■ Cáncer colorrectal

Debe indagarse sobre los familiares de primer y segundo grado que hayan tenido cáncer colorrectal. Existen recomendaciones de cribado y prevención específicos para las mujeres con un historial familiar de cáncer colorrectal, así como el análisis genético.

El cribado del cáncer colorrectal reduce la mortalidad por esta enfermedad. Las pruebas de detección deben iniciarse a los 50 años para las mujeres con un riesgo promedio de cáncer colorrectal y antes en las personas con mayor riesgo. Se dispone de varias estrategias de detección temprana, aunque existen controversias en las pruebas recomendadas. Las mujeres deben participar en la decisión de cuál es la prueba a someterse. Aunque hay una tendencia hacia el cribado con colonoscopia en lugar de otras pruebas, es razonable para las mujeres sin riesgo elegir la detección con la prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible, o la combinación de ambas.

Pruebas diagnósticas más frecuentemente utilizadas en la perimenopausia

- La **ecografía** es la prueba más sencilla, reproducible y económica, que se recomienda ante la sospecha de cualquier patología endometrial, uterina y ovárica. En mujeres perimenopáusicas, el grosor endometrial es muy variable, por lo que se recomienda realizarla en los primeros días del ciclo, acabada la menstruación, midiéndose la parte más gruesa que se encuentre en un corte sagital.
 - La **Histerosonografía** aumenta la precisión diagnóstica de la ecografía ya que permite diferenciar la patología focal endometrial de aquella que afecta a toda la cavidad, pero solo está indicada cuando la ecografía sugiera patología.
- La **biopsia endometrial** por aspiración tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 81 % en el diagnóstico del cáncer de endometrio, pero se debe reservar para situaciones como:
 - Historia de SUA persistente en mujeres mayores de 45 años o con factores de riesgo para el adenocarcinoma de endometrio.
 - Fallo del tratamiento médico.
 - Sospecha ecográfica de patología endometrial.
 - Presencia de células endometriales en la citología cervical en pacientes con SUA.
 - Presencia de células glandulares atípicas en la citología cervical.
- La **histeroscopia** ambulatoria para el diagnóstico de patología endometrial ha demostrado que es coste-efectiva y proporciona mayores tasas de satisfacción a las pacientes que la realización de los mismos procedimientos en quirófano. Muestra una sensibilidad para diagnosticar patología endometrial del 94% y una especificidad del 89% con una tasa de procedimientos satisfactorios del 96% en mujeres premenopáusicas.

Hábitos saludables específicos de la perimenopausia

El peso corporal aumenta debido a que declina la actividad física durante la perimenopausia. Además, el hipoestrogenismo produce una redistribución de la grasa corporal con una mayor tendencia a su depósito troncular. Fundamentalmente lo hace a costa del tejido adiposo, lo que incrementa el riesgo de síndrome metabólico y de eventos cardiovasculares. Por tal razón, los principios de un estilo de vida saludable se centran en la práctica de ejercicio físico, acompañado de una dieta adecuada, logro de un peso corporal correcto, supresión o restricción de hábitos tóxicos y otras medidas

de autocuidado. Los cambios en el estilo de vida durante esta etapa, pueden tener un potencial impacto sobre la morbilidad y, eventualmente, sobre la mortalidad.

Modificación del riesgo mediante hábitos de vida saludables:

- Incremento de la actividad física (30-60 minutos al día), dejar de fumar, mantener un consumo de alcohol moderado y dieta cardiosaludable, e incorporar suplementos dietéticos –o farmacológicos si es necesario– de calcio y vitamina D.

Tratamiento sintomático

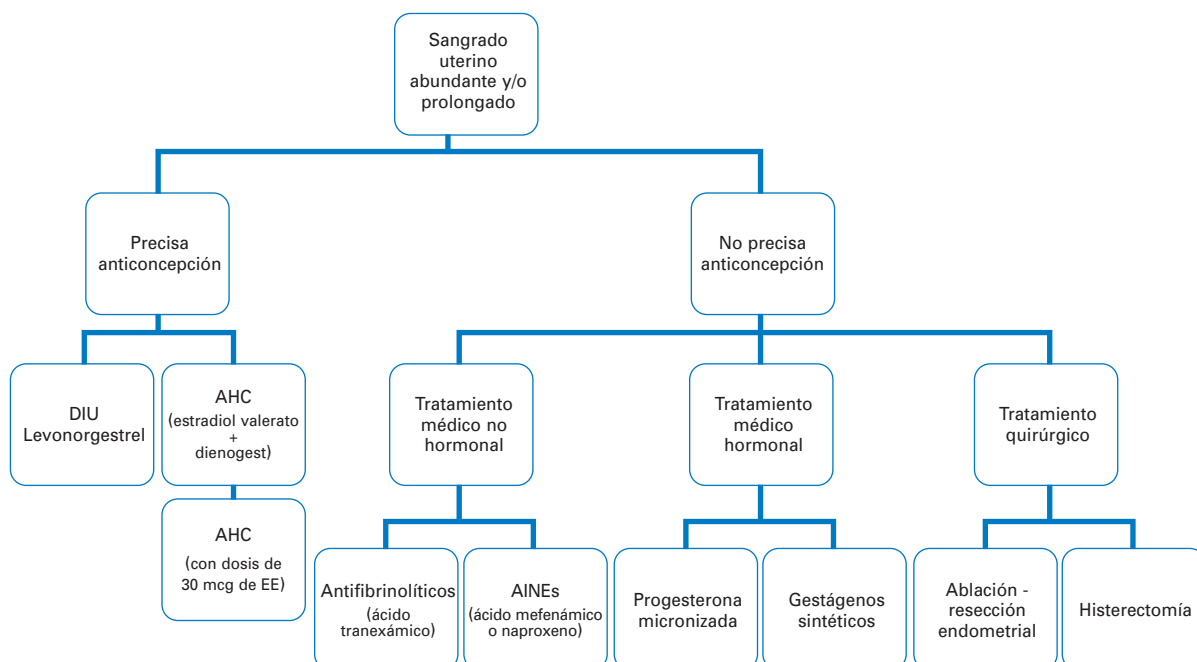
Tratamiento de los trastornos del ciclo

En los sangrados uterinos anómalos “no estructurales”, se recomienda el protocolo descrito en el algoritmo 1. Los tratamientos médicos no hormonal y hormonales (tablas 4 y 5) se recomiendan para las pacientes sin alteración

orgánica objetivable. Otros tratamientos hormonales como el danazol, la gestrinona o los análogos de la GnRH están en desuso por sus efectos secundarios.

El tratamiento quirúrgico se reserva para los fracasos de los tratamientos médicos o cuando exista patología orgánica asociada.

Algoritmo 1. Tratamiento del Sangrado Uterino Abundante en la mujer perimenopáusica.



AHC: Anticoncepción hormonal combinada; DIU-LNG: Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel;
AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos

Tabla 4. Tratamientos no hormonales para el Sangrado Uterino Abundante en la perimenopausia.

TRATAMIENTO	RECOMENDACIÓN	% REDUCCIÓN DE SANGRADO	PAUTA
Antifibrinolíticos Ac tranexámico	A	50%	1gr / 6 h / 3-5 días durante la menstruación durante 3 meses.
AINEs: Ac mefenámico naproxeno	A	20-35%	500 mg / 12 h, 3-5 días durante la menstruación durante 3 meses.
Etamsylato o EACA	B	20%	2-4 gr / 6 h, 3-5 días durante la menstruación durante 3 meses.

EACA: Ácido aminocaproico

Tabla 5. Tratamientos hormonales para el Sangrado Uterino Abundante en la perimenopausia.

TRATAMIENTO	RECOMENDACIÓN	% REDUCCIÓN DE SANGRADO	PAUTA
DIU-Levonorgestrel	A	71%-96%	Mantener mientras dure efecto terapéutico.
Anticonceptivos Hormonales combinados	A*	88%	3 meses. Cuadro agudo: 3-4 comp./día + antiemético
	B	43%	
Noretisterona	B	87%	3 meses
Implante	C	No disponible	3 años
Progesterona natural micronizada	Buena práctica clínica	No disponible	200 mg/día Del 5 al 26 del ciclo

* Recientemente, se ha ampliado la indicación de un preparado anticonceptivo con valerato de estradiol y dienogest para el tratamiento del sangrado menstrual abundante en mujeres sin ninguna patología orgánica que deseen anticoncepción oral.

Tratamiento de la sintomatología vasomotora

La mayoría de las mujeres no necesitan tratamiento para su sintomatología vasomotora, o ésta se alivia siguiendo los hábitos saludables recomendados. No obstante, una de cada cuatro verá afectada su calidad de vida y requerirá de algún tipo de tratamiento médico.

Terapia hormonal (TH)

La terapia con estrógenos solos (TE) o combinada con gestágenos (TH) es de primera elec-

ción y la que presenta un balance riesgo/beneficio más favorable. Ante la indicación de su uso, es recomendable utilizar la dosis mínima eficaz durante el tiempo necesario para alcanzar el objetivo del tratamiento (Tabla 6).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Dichos fármacos (venlafaxina, paroxetina, fluoxetina) o la gabapentina han mostrado ser eficaces en el alivio de los sofocos, aunque no tienen aprobada en su ficha técnica la indicación para ello.

Tabla 6. Tipos de TH recomendados para la perimenopausia.

TH COMBINADOS

TIPO DE ESTRÓGENO	DOSIS DIARIA	TIPO DE GESTÁGENO	DOSIS DIARIA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
Estradiol	2 mg	Dienogest	2mg	Oral
		Noretisterona	1 mg	
	50 mcg	Drospirenona	1 mg	Transdérmico
		Levonorgestrel	10 mcg	
		Noretisterona	170 mcg	

TH NO COMBINADOS

TIPO DE ESTRÓGENO	DOSIS DIARIA	TIPO DE GESTÁGENO	DOSIS DIARIA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
Estradiol	25-100 mcg			Transdérmico
	1,5 mg			Percutánea
	150 mcg			Nasal
		Progesterona natural micronizada	100 mg	Oral o vaginal
Tibolona	2,5 mg			Oral

Fitoterapia

El tratamiento con fitoterapia se plantea como una alternativa terapéutica en aquellas mujeres con síntomas vasomotores que no puedan o no quieran utilizar estrógenos. Si se emplean fitoestrógenos, se recomienda que el preparado contenga una dosis de 40-80 mg con un mínimo de genisteína de 15 mg/día. La *Cimicífuga racemosa* se utiliza en dosis de 40 mg/día.

Tratamiento de la sintomatología urogenital

Se hace necesaria la identificación del problema y evaluar de forma rutinaria la presencia de signos y síntomas de atrofia vaginal y su interferencia en la esfera sexual y la calidad de vida.

Se recomiendan medidas que eviten la irritación de la vagina y que mantengan el equilibrio adecuado de la *microbiota* como los jabones o desodorantes agresivos o la ropa interior de fibra sintética. El mantenimiento de la actividad sexual previene la aparición de síntomas vaginales.

Se considera de primera elección la utilización de hidratantes vaginales a base de policarbofilo (base polimérica que retiene agua), o liposomas que actúan como un sistema bioadhesivo, que se fija en las células vaginales y liberan agua. Permanecen mientras se descama el epitelio (48-72 h.) y son eficaces para el alivio sintomático. Su uso debe ser regular con aplicaciones de dos-tres veces en semana.

Asociado a ello y para su uso durante la actividad sexual, los lubricantes vaginales proporcionan alivio de la sequedad e irritación vaginal a corto tiempo, y hacen que la actividad sexual sea más confortable disminuyendo la fricción tisular.

La terapia hormonal (TH) con estrógenos tópicos por vía vaginal es efectiva para tratar los síntomas de la atrofia genitourinaria. Apenas tiene absorción sistémica ni repercu-

sión endometrial, por lo que durante su uso no se requiere seguimiento médico específico alguno. Los estrógenos tópicos restablecen el pH normal de la vagina, restituyen la *microbiota* habitual de lactobacilos, aumentan el trasudado vaginal, y previenen recurrencias de infecciones urinarias.

Tratamientos alternativos basados en la homeopatía y en plantas medicinales precisan una mayor investigación para establecer su eficacia.

Tratamiento de las disfunciones sexuales y otros síntomas de la perimenopausia

- La TH tópica puede mejorar las *disfunciones sexuales* por dolor relacionadas con el adelgazamiento y la sequedad vaginal, aparte de aumentar, por su efecto vasodilatador, la irrigación de vagina, clítoris y uretra, mostrando un efecto beneficioso sobre la función sexual.
- Para el *síndrome premenstrual* durante la perimenopausia se han propuesto las mismas medidas que en la premenopausia (hábitos dietéticos, complejos vitamínicos, aceite de onagra, o anticonceptivos hormonales combinados en las mujeres no fumadoras con acortamiento del periodo *libre de hormonas* o régimen prolongado). Recomendamos el uso de anticonceptivos orales que contengan drospirenona en una pauta 24/4. Cuando prevalecen otros síntomas psicológicos o alteraciones del ánimo se pueden usar los inhibidores selectivos de los receptores de serotonina.
- La TH también ha mostrado eficacia en el retraso del *envejecimiento cutáneo* que ocurre durante la perimenopausia relacionado con la pérdida de colágeno y la disminución de ácido hialurónico.

Sumario y recomendaciones

Transición a la menopausia (Perimenopausia)

- La menopausia se asocia con un marcado descenso en el número de ovocitos que es atribuible a la atresia progresiva de la cantidad original de ovocitos. Sin embargo, la evidencia del agotamiento absoluto de ovocitos en este momento es limitada.
- Una serie de factores parecen estar asociados con la edad en la que ocurre la menopausia.
- Las mujeres deben ser informadas de los riesgos de anomalías cromosómicas, aborto espontáneo, complicaciones del embarazo y aumento de la morbilidad-mortalidad materna a partir de los 40 años.
- El inicio de la transición a la menopausia se caracteriza por un cambio en la duración del ciclo menstrual, un aumento de la FSH sérica, y estradiol normal o alto. La transición tardía se caracteriza por cambios del ciclo menstrual, más drásticos y mayor variabilidad de la FSH y del estradiol. Tras la menopausia, el ovario ya no segrega estrógenos, pero siguen secretando andrógenos.
- El sangrado abundante o irregular (sangrado uterino anómalo “no estructural”) es un problema común durante la transición menopáusica.
- Las mujeres durante la transición a la menopausia parecen tener una frecuencia más alta de síntomas de cambio del estado de ánimo que las mujeres pre- o posmenopáusicas.

Diagnóstico de menopausia

- La menopausia puede ser diagnosticado clínicamente como 12 meses de amenorrea en una mujer mayor de 45 años de edad, en ausencia de otras causas biológicas o fisiológicas. No se recomienda una mayor evaluación de diagnóstico para las mujeres en este grupo.
- Para el diagnóstico de transición a la menopausia: las mujeres mayores de 45 años con ciclos menstruales irregulares y síntomas de la menopausia como sofocos, cambios de humor o trastornos del sueño, sugerimos no mayor evaluación diagnóstica. A pesar de que la FSH se mide a menudo, no ofrece ninguna información adicional, y puede ser engañosa.
- Las mujeres menores de 45 años que presenten ciclos menstruales irregulares y síntomas de la menopausia pueden estar en la transición menopáusica. Sin embargo, para las mujeres en este grupo de edad, con o sin síntomas de la menopausia, se recomienda la misma evaluación endocrina que para cualquier mujer con oligo/ amenorrea: hCG sérica, prolactina, TSH, FSH.
- Para las mujeres menores de 40 años con menstruaciones irregulares y síntomas de la menopausia, se recomienda una evaluación completa de insuficiencia ovárica prematura.

Anticoncepción

- No existe ningún método anticonceptivo que esté contraindicado por la edad por sí sola (Grade 2B).
- Hay una serie de contraindicaciones absolutas y relativas al uso de anticonceptivos orales. La Organización Mundial de la Salud ha publicado los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.
- Las mujeres que son mayores de 35 años y fuman debe ser advertidas que los riesgos del uso de la anticoncepción hormonal combinada por lo general superan a los beneficios (Grade 2B).

Sofocos

Los sofocos son el síntoma más común en las mujeres perimenopáusicas. Son más comunes al final de la transición menopáusica y en la posmenopausia temprana. Los sofocos suelen estar asociados con trastornos del sueño.

La mayoría de las mujeres posmenopáusicas, con la excepción de las mujeres con cáncer de mama o enfermedad cardiovascular conocida, que tiene síntomas de atrofia vaginal y/o la inestabilidad vasomotora son buenas candidatas para la terapia de estrógenos (durante el menor tiempo posible, dependiendo de los síntomas). (Grade 1B).

- Para las mujeres posmenopáusicas con síntomas vasomotores moderado a severos (y sin antecedentes de cáncer de mama o enfermedad cardiovascular), sugerimos la terapia estrogénica a corto plazo como tratamiento de elección (Grade 2B).
- Terapia a corto plazo se considera que es de dos a tres años y, en general no más de cinco años.
- Para las mujeres con sofocaciones moderado a severos en las que esté contraindicada la TH o no la toleren bien, o para las mujeres que hayan dejado la TH y vuelvan a experimentar síntomas recurrentes, pero que deseen evitar la reanudación de los estrógenos, se aconseja el tratamiento con fitoterapia (Grade 2B).

Dado que los sofocos desaparecen poco a poco sin tratamiento en la mayoría de las mujeres posmenopáusicas, cualquier fármaco puede reducirse gradualmente la dosis después de uno a dos años de administración.

- Para las mujeres con cáncer de mama y sofocos, sugerimos no usar los fitoestrógenos ni la *cimicifuga racemosa* (Grade 2C).

Atrofia vaginal

Los síntomas de atrofia del aparato genitourinario, incluyendo sequedad vaginal, dispareunia, y a veces disfunción sexual, son más frecuentes durante el final de la transición menopáusica y los años posmenopáusicos.

- Para las mujeres con síntomas leves de atrofia urogenital, sugerimos agentes hidratantes vaginales en forma regular y lubricantes durante el coito (Grade 2B).
- Para las mujeres con síntomas moderado a severos, o para aquellas en las que las cremas hidratantes y lubricantes no sean efectivas, se recomienda una dosis baja de estrógeno vaginal (Grade 1B).
- A excepción de las mujeres con cáncer de mama, casi todas las mujeres posmenopáusicas son candidatas para la terapia con estrógenos vaginales.

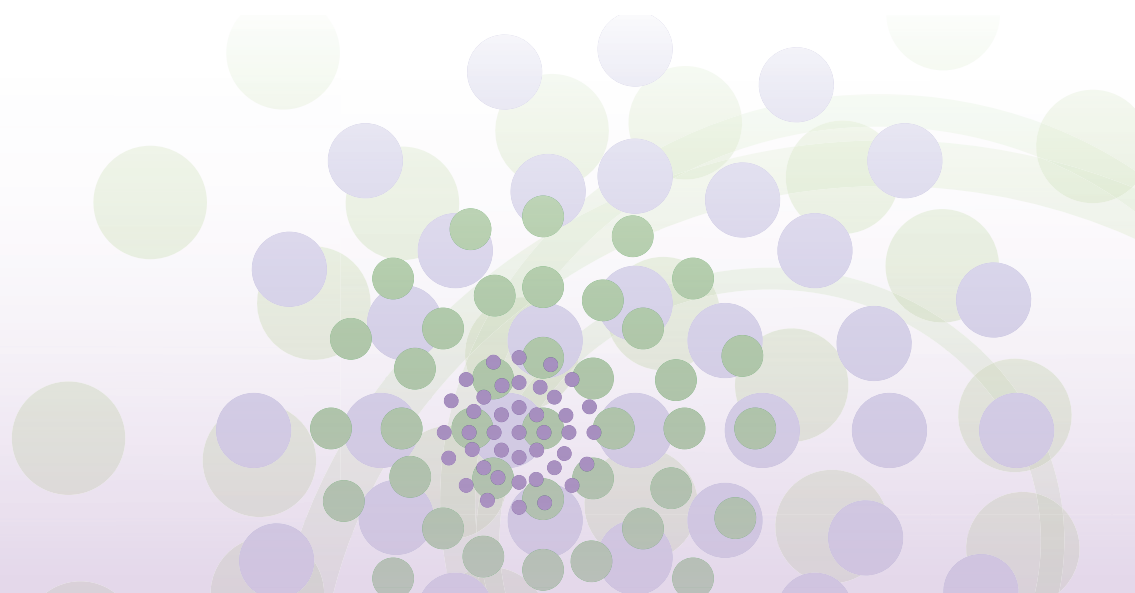
■ Prevención de enfermedades

- Debe resaltarse la importancia de la detección y prevención de enfermedades, y que los controles rutinarios (con la frecuencia informada) proporcionan beneficios para la salud. (Grade 1B).
- En la actualidad, no debe indicarse la terapia estrogénica para la prevención de enfermedades crónicas, incluyendo la osteoporosis (Grade 2B).

Bibliografía

1. Barnabei VM, Cochrane BB, Aragaki AK, et al. Menopausal symptoms and treatment-related effects of estrogen and progestin in the Women's Health Initiative. *Obstet Gynecol.* 2005; 105: 1063.
2. Bromberger JT, Assmann SF, Avis NE, et al. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. *Am J Epidemiol.* 2003; 158:347.
3. Cancelo MJ. Síntomas en la perimenopausia y la postmenopausia. En: *La Menopausia al inicio del siglo XXI*. Vol.I. Ed. Glosa S.L. Barcelona. 2009; 31-42
4. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry.* 2004; 61:62.
5. Hale GE, Zhao X, Hughes CL, et al. Endocrine features of menstrual cycles in middle and late reproductive age and the menopausal transition classified according to the Staging of Reproductive Aging Workshop (STRAW) staging system. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007; 92:3060.
6. Henderson KD, Bernstein L, Henderson B, et al. Predictors of the timing of natural menopause in the Multiethnic Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 2008; 167:1287.
7. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. The FIGO Classification System ("PALM-COEIN") for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 113:3-13
8. National Institutes of Health. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: management of menopause-related symptoms. *Ann Intern Med.* 2005; 142:1003.
9. SEC. Conferencia de Consenso sobre Actualización del Manejo Clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina, de urgencia 2011.
10. Shifren JL, Schiff I. Role of hormone therapy in the management of menopause. *Obstet Gynecol.* 2010; 115:839.
11. Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril.* 2001; 76:874.
12. Sowers MR, Eyvazzadeh AD, McConnell D, et al. Anti-mullerian hormone and inhibin B in the definition of ovarian aging and the menopause transition. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93:3478.
13. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *Am J Med.* 2005; 118 Suppl 12B:14.

Información para las mujeres: Menopausia



Documento dirigido al profesional sanitario para informarle
del contenido de la MenoGuía para pacientes

Información para las mujeres: Menopausia

Las MenoGuías de la AEEM ofrecen material informativo para dar respuesta, en un lenguaje sencillo, a las cuestiones básicas que se plantea la población en general.

Esta información no pretende ser un sustituto del consejo médico, diagnóstico o tratamiento. Busque siempre la opinión de su propio médico u otro profesional sanitario cualificado respecto a cualquier duda. © 2012 AEEM.

Autor: Rafael Sánchez Borrego (Barcelona)

Editor Invitado: M.^a Jesús Cancelo Hidalgo, (Guadalajara)

Actualización de la información: Mayo 2012.

Introducción

La menopausia se define como la etapa en la vida de una mujer, por lo general entre 45 y 55 años, cuando los ovarios dejan de producir óvulos y finalizan los períodos menstruales. La **edad media** de la menopausia es 51 años.

Incluso antes de que usted deje de tener periodos menstruales, los cambios hormonales pueden dar lugar a algunos de los síntomas de la menopausia. Además de los ciclos menstruales irregulares, los síntomas más comunes son los sofocos, sudores nocturnos, problemas para dormir, y sequedad vaginal.

La menopausia es una etapa fisiológica, normal, de la vida de una mujer. Sin embargo, en ocasiones los síntomas asociados a la menopausia pueden afectar la calidad de vida de la mujer. Si usted tiene síntomas molestos, hay tratamientos efectivos disponibles.

¿Estoy pasando la menopausia?

Se utilizan una serie de términos para describir el tiempo que sucede antes y después de dejar de tener la regla.

- La *transición a la menopausia* se inicia cuando sus períodos menstruales primero comienzan a cambiar (más o menos frecuentes, más o menos cantidad de sangrado, saltos de ciclos), y finaliza cuando usted tiene su último período menstrual. Mucha gente se refiere a esta transición como "perimenopausia".

- La *menopausia* ocurre cuando han pasado 12 meses desde su último período menstrual.
- La *posmenopausia* es la etapa posterior a la menopausia.

En nuestro país, la edad media de la menopausia es 51 años, aunque el rango de edad puede variar entre los 45 y 55 años. Las mujeres **que tienen** la menopausia antes de los 40 años se considera que tienen una menopausia temprana anormal (llamada fallo ovárico prematuro o insuficiencia ovárica primaria).

Si usted tiene 45 años o más y usted no ha tenido un periodo menstrual en 12 meses, hay una alta probabilidad de que usted tenga la menopausia. La mayoría de las mujeres en este grupo no necesita ninguna prueba analítica para confirmar la menopausia, especialmente si tienen síntomas de la menopausia como los sofocos o la sequedad vaginal.

Si usted es menor de 45 años de edad y deja de tener menstruaciones o si tiene preguntas acerca de síntomas de la menopausia, hable con su médico o enfermera. Es posible que necesite más pruebas para ver si la menopausia, u otro problema, es la causa de sus síntomas.

Después de una histerectomía

Si le han extirpado el útero (denominado histerectomía), pero conserva sus ovarios, al no tener ya reglas puede ser difícil saber cuándo entrará usted en la menopausia. Si empieza a notar síntomas de la menopausia, puede indicar que los ovarios dejan de funcionar y sus niveles de estrógenos en sangre empiezan a disminuir. Si presenta síntomas molestos de la

menopausia después de la histerectomía, hable con su médico o enfermera.

Perimenopausia y patrón menstrual

Muchas mujeres comienzan a notar cambios en sus períodos menstruales durante la transición menopáusica (perimenopausia). Estos cambios pueden incluir:

- Tener períodos menstruales con más o menos frecuencia de lo habitual (por ejemplo, cada cinco o seis semanas en vez de cada cuatro).
- Tener una regla que dure menos días que antes.
- Falta de uno o más períodos menstruales.
- Tener síntomas de la menopausia.

Sangrado anormal

Puede ser difícil distinguir si el sangrado vaginal es anormal si se encuentra cerca de la menopausia. En general, usted debe consultar a su médico o enfermera si tiene los siguientes síntomas:

- Sangrado vaginal más a menudo que cada tres semanas
- Sangrado menstrual abundante, excesivo.
- Manchado entre reglas.
- Cualquier sangrado vaginal un año después de la menopausia (incluso si es sólo una mancha de sangre).

Sangrado vaginal irregular puede ser una parte normal de la menopausia, o puede ser un signo de un problema.

Perimenopausia y anticoncepción

Aunque la mayoría de las mujeres tienen menos probabilidades de quedar embarazada (sin tratamiento de infertilidad) después de los 45 años de edad, todavía es posible, especialmente si usted tiene períodos regulares y mantiene relaciones sexuales con regularidad. Si no desea quedar embarazada, usted debe continuar usando alguna forma de anticoncepción

hasta la menopausia. Una vez que se alcanza la menopausia, no es posible el embarazo.

- Si usted está usando un método anticonceptivo hormonal, como la píldora, inyectables, anillo vaginal o parche anticonceptivo, consulte a su médico o enfermera para saber cuándo debe dejarlo.
- Si lo prefiere, puede cambiar a un método no hormonal (condón, espermicida). Si usted tiene más de 45 años, está utilizando un método no hormonal, y no ha tenido una regla en los últimos 12 meses, puede dejar de usar la anticoncepción por completo.
- Si es portadora de un DIU, puede que se lo retiren después de lo indicado en su tiempo de eficacia (después de los 5 años) debido a la menor tasa de fertilidad de usted.

■ Síntomas de la menopausia

A medida que los ovarios dejan de funcionar, caen los niveles de estrógenos, lo que provoca los síntomas típicos de la menopausia. Algunas mujeres tienen pocos o ningún síntoma de la menopausia, mientras que otras mujeres tienen síntomas molestos que interfieren con su vida. Estos síntomas a menudo comienzan durante la transición a la menopausia, antes de dejar de tener reglas.

Los síntomas más comunes de la menopausia incluyen:

- Sofocos. Los sofocos suelen comenzar como una repentina sensación de calor en la parte superior del pecho y la cara. Luego, la sensación de calor se disemina por todo el cuerpo y tiene una duración de dos a cuatro minutos. Algunas mujeres sudan durante el sofoco y luego sienten escalofríos y tiemblan cuando finaliza el sofoco. Algunas mujeres tienen una sensación de ansiedad o palpitaciones del corazón durante el sofoco. Los sofocos pueden ocurrir una o dos veces al día o tan a menudo como una vez por hora durante el día y la noche.

Los sofocos suelen comenzar mucho antes de que finalicen las reglas. No está claro lo que provoca los sofocos. La mayoría de las mujeres que tienen sofocos los seguirán teniendo durante un promedio de dos a cuatro años.

- **Sudoración nocturna.** Cuando los sofocos ocurren durante el sueño se denominan sudores nocturnos. Los sudores nocturnos pueden causar sudoración profusa y despertarle de su sueño porque se sienta fría o caliente. Esto puede ocurrir una o más veces por noche. Despertarse con frecuencia puede hacer que sea difícil conseguir un sueño reparador. Como resultado de la interrupción del sueño, muchas mujeres desarrollan otros problemas, como fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse y cambios de humor.
- **Trastornos del sueño.** Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres comienzan a tener problemas para dormirse o permanecer dormidas, aunque los sudores nocturnos no sean el problema. Los problemas del sueño puede hacer que se sienta cansada e irritable al día siguiente. Se disponen de tratamientos eficaces para los trastornos del sueño.
- **Sequedad vaginal.** A medida que disminuyen los niveles de estrógeno en sangre antes y durante la menopausia, los tejidos

de la vagina y la uretra (el conducto que va desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo) se hace más fino y seco. Esto puede hacer que usted tenga sequedad o irritación vaginal o sienta dolor o sequedad con el coito.

- **Depresión.** Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres desarrollan nuevos problemas con el estado de ánimo, como tristeza, dificultad para concentrarse, sensación de desinterés en las actividades normales, y el dormir demasiado o tener problemas para quedarse dormidos. Las mujeres con antecedentes de depresión puede sentirse más **lábil** durante la transición a la menopausia. Si usted tiene algún síntoma de depresión o tristeza que no desaparece, consulte a su médico o enfermera. Hay una serie de tratamientos eficaces disponibles.

Tratamiento de la menopausia

No todas las mujeres necesitan un tratamiento para los síntomas de la menopausia, especialmente si los síntomas son leves. De hecho, hay cosas que usted puede hacer por su cuenta que pueden ayudarle a aliviar con los síntomas que tiene (tabla 1). Para las mujeres cuyos síntomas son muy molestos, hay varias opciones de tratamiento:

Formas de hacer frente a los síntomas de la menopausia

SÍNTOMA	LO QUE PUEDE HACER
Sofocaciones y sudoración nocturna	Vístase en capas para que pueda quitarse la ropa si se acalora. Mantenga una temperatura ambiente baja y evite las bebidas calientes, como café o té. Póngase una toallita fría y húmeda en su cuello durante los sofocos. No fume (fumar empeora los sofocos)
Sequedad vaginal	Use lubricantes antes de las relaciones sexuales. Use un hidratante vaginal. Las relaciones sexuales o la masturbación ayudar a mantener la salud vaginal.
Trastornos del sueño	Vaya a dormir y levántese a la misma hora todos los días, incluso cuando usted no duerma bien (Hacer la siesta puede empeorar el problema). Evite la cafeína y otros estimulantes a partir del atardecer y no consuma abundante alcohol.
Depresión	Trate de mantenerse activa. El ejercicio ayuda a prevenir la depresión. Busque apoyo social entre mujeres en su situación.

- Terapia hormonal posmenopáusica. Las mujeres aquejadas por sofocos obtienen alivio con la terapia hormonal posmenopáusica. Para las mujeres que conservan su útero, debe utilizarse una combinación de estrógenos y un medicamento similar a la progesterona. Las mujeres a las que se les ha extirpado el útero (después de una histerectomía) únicamente necesitan estrógenos. La terapia hormonal está disponible en pastillas vía oral, y en parches y gel de aplicación en la piel.
- Alternativas a la Terapia Hormonal. Si los sofocos son molestos, pero usted no puede tomar o prefiere evitar la terapia hormonal, hay alternativas. A pesar de que la terapia hormonal es el tratamiento más eficaz para los sofocos, las alternativas no hormonales son una buena opción para muchas mujeres como los fitoestrógenos.
- Tratamientos vaginales. Existen varias opciones de tratamiento para mujeres con sequedad vaginal, incluyendo estrógenos vaginales.

