

Resumen

Conocidos los últimos datos de la literatura médica, la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) ha reunido a un grupo de expertos para reevaluar el uso de la Terapia Hormonal de la Menopausia (TH), con el fin de adoptar una decisión informada, basada en la evidencia que determina el tipo más apropiado de dosis, formulación, vía de administración y duración del uso de la TH.

Existe una discordancia entre las evidencias de carácter científico, sobre la eficacia y la seguridad de la TH, y la percepción que tienen de ello las mujeres que están en la menopausia y los médicos que las atienden, lo que redundará en una pérdida innecesaria de la calidad de vida en las que lo rechazan, o en el temor injustificado de las que optan por su utilización.

Se ha realizado una revisión crítica de la literatura disponible más reciente, fundamentalmente de ensayos clínicos aleatorizados y estudios epidemiológicos, publicados desde enero de 2015.

El presente documento revisa los nuevos ensayos clínicos publicados desde entonces, así como nueva información sobre los posibles riesgos y beneficios de la TH para el tratamiento de los síntomas de la Menopausia. Las decisiones sobre la TH deben basarse en los riesgos de salud específicos de cada mujer, la edad o el tiempo desde la Menopausia y los objetivos de la terapia.

Abstract

Following the latest medical literature data, the Spanish Menopause Society (AEEM) has assembled a group of experts to re-evaluate the use of Menopause Hormone Therapy (HT) so that women can make an informed decision based on evidence to determine the most appropriate dose, formulation, route of administration and duration of use of HT.

There is disagreement between the scientific evidence on the efficacy and safety of the hormonal treatment of menopause and the perception of it by the clinicians who care for the health of women and menopausal women themselves. This results in an unnecessary loss of quality of life in those who reject it or in the unjustified fear of those who choose to use it.

A critical review of the most recent available literature, mainly randomized clinical trials and epidemiological studies, published since January 2015 has been conducted.

This paper reviews the new clinical trials published since then, as well as new information on the potential risks and benefits of HT for the treatment of menopausal symptoms. Decisions about HT should be based on a woman's specific health risks, age or time since menopause, and therapy goals.

En julio de 2017, la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) actualizaron su Posicionamiento con respecto a la TH. Este documento está disponible de forma gratuita en la página web de la AEEM (www.aeem.es). Dicho Posicionamiento de la *Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)/Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)* actualiza las Guías de Práctica Clínica de Menopausia (MenoGuías) ya publicadas, pero no las reemplaza.

JUSTIFICACIÓN:

Existe una discordancia entre las evidencias de carácter científico sobre la eficacia y la seguridad del tratamiento hormonal de la Menopausia y la percepción que tienen al respecto las mujeres que están en la menopausia y los médicos que las atienden, lo que ocasiona una pérdida innecesaria de la calidad de vida en las que lo rechazan o en el temor injustificado de las que optan por su utilización.

-
- Chew F, Wu X.- Sources of information influencing the state-of-the-science gap in hormone replacement therapy usage. *PLoS ONE* 2017 January; **12**(2): e0171189
 - Pinkerton JV.- Changing the conversation about hormone therapy. *Menopause*. 2017 Sep; **24**(9):991-993.
 - Menopause: diagnosis and management. NICE guidelines [NG23]. Published date: November 2015 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-1837330217413> (accessed 12.07.17).
-

Se ha realizado una revisión crítica de la literatura disponible más reciente, fundamentalmente de ensayos clínicos aleatorizados y estudios epidemiológicos, publicados desde enero de 2015. El presente documento revisa los nuevos ensayos clínicos publicados desde entonces, así como nueva información sobre los posibles riesgos y beneficios de la Terapia Hormonal para el tratamiento de los síntomas de la Menopausia.

Los síntomas de la Menopausia se extienden más allá de los síntomas vasomotores (sofocos y sudoración nocturna). Otros síntomas asociados con el inicio de la Menopausia incluyen posibles alteraciones en la respuesta sexual, las quejas musculoesqueléticas, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad y trastornos del sueño, que afectan a la calidad de vida y donde la TH también ha mostrado ser beneficiosa.

- Minkin MJ, Reiter S, Maamari R.- Prevalence of postmenopausal symptoms in North America and Europe. *Menopause*. 2015; **22**(11):1231-8.
 - Manson JM, Kaunitz AM.- Menopause management—Getting clinical care back on track. *N. Engl. J. Med.* 2016; **374**(9):803–806.
-

Modificaciones del Estilo de Vida

Como primer paso, y para todas las mujeres con síntomas de la Menopausia, a cualquier edad, son recomendables unas medidas higiénico-dietéticas como llevar ropa suelta, beber bebidas frías, evitar la comida picante y mantener una temperatura ambiente más baja. Además, la AEEM recomienda cambios en el estilo de vida, mantener un peso corporal adecuado, realizar ejercicio físico regular y adaptado y evitar los hábitos tóxicos.

-
- Anderson D, Seib C, McGuire A, Porter-Steele J.-Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas*. 2015; **81**(1):69-75.
 - Blümel JE, Fica J, Chedraui P, Mezones-Holguín E, Zuñiga MC, Witis S, Vallejo MS, Tserotas K, Sánchez H, Onatra W, Ojeda E, Mostajo D, Monterrosa A, Lima S, Martino M, Hernández-Bueno JA, Gómez G, Espinoza MT, Flores D, Calle A, Bravo LM, Benítez Z, Bencosme A, Barón G, Aedo S.- Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America. Sedentary lifestyle in middle-aged women is associated with severe menopausal symptoms and obesity. *Menopause*. 2016 May; **23**(5):488-93.
-

-Mendoza N, De Teresa C, Cano A, Godoy D, Hita-Contreras F, Lapotka M, Llana P, Manonelles P, Martínez-Amat A, Ocón O, Rodríguez-Alcalá L, Vélez M, Sánchez-Borrego R.- Benefits of physical exercise in postmenopausal women. *Maturitas*. 2016 Nov; **93**:83-88.

-Saccomani S, Lui-Filho JF, Juliato CR, Gabiatti JR, Pedro AO, Costa-Paiva L.- Does obesity increase the risk of hot flashes among midlife women? A population-based study. *Menopause*. 2017 Sep; **24**(9):1065-1070.

Terapia Hormonal de la Menopausia (TH)

Las nuevas recomendaciones en este Posicionamiento se han sintetizado en diez conceptos básicos:

1. La principal indicación para la TH sigue siendo el tratamiento de los síntomas vasomotores. La TH mediante estrógenos solos o combinados con gestágenos, la Tibolona, y la combinación de estrógenos equinos y bazedoxifeno (CE/BZA), es el tratamiento más eficaz para el alivio de los síntomas vasomotores asociados a la Menopausia a cualquier edad.

-Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J.-Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017; **1**:CD004143.

-Formoso G, Perrone E, Maltoni S, Balduzzi S, Wilkinson J, Basevi V, Marata AM, Magrini N, D'Amico R, Bassi C, Maestri E.-Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016 Oct; **10**:CD008536.

-Bazedoxifene for HRT? *Drug Ther. Bull.* 2017 April; **55**(4):42-44.

2. **Antes de prescribir la TH** en mujeres sintomáticas deben considerarse los factores de riesgo personal y familiar, la edad y el tiempo pasado desde la menopausia.

La TH puede no ser adecuada para algunas mujeres con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (como las que tienen obesidad o antecedentes de trombosis venosa) o un mayor riesgo de algunos tipos de cáncer, como el de mama.

La edad y el tiempo de déficit estrogénico al inicio de la terapia hormonal importa. Además, la evidencia científica disponible apoya la “hipótesis del momento”, la cual propone que la TH frenaría la progresión de la aterosclerosis entre las mujeres en la Menopausia reciente, pero tendría un efecto neutro o adverso en las mujeres de más edad o si se inicia más de 10 años después de la Menopausia.

Existe un mayor apoyo a la posibilidad de que los efectos metabólicos de los estrógenos puedan variar por edad y tiempo desde la Menopausia, y hay evidencia de que los receptores de estrógenos pueden ser más funcionales y más sensibles al inicio de la Menopausia que posteriormente.

- Las mujeres menores de 60 años, o en los 10 años desde la Menopausia, sin contraindicaciones, son las candidatas ideales para el tratamiento de Síntomas Vasomotores (SVM) molestos y riesgo elevado de pérdida ósea, e incluso fractura.
- Para las mujeres que inician la TH más de 10 años desde la Menopausia, o después de los 60 años, esta relación beneficio/riesgo aparece menos favorable debido a mayores riesgos absolutos de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso.

-Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, et al; for the ELITE Research Group.- Vascular effects of early versus late postmenopausal treatment with estradiol. *N. Engl. J. Med.* 2016; **374**(13):1221-1231.

-Keaney JF, Solomon G.- Postmenopausal hormone therapy and -atherosclerosis--time is of the essence [editorial]. *N. Engl. J. Med.* 2016; **374**(13):1279-1280.

- Pereira RI, Casey BA, Swibas TA, Erickson CB, Wolfe P, Van Pelt RE. Timing of estradiol treatment after menopause may determine benefit or harm to insulin action. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2015; **100**(12):4456-4462.
- Langer RD.-The evidence base for HRT: what can we believe? *Climacteric.* 2017 April; **20**(2):91-96.
- Simin J, Tamimi R, Lagergren J, Adami HO, Brusselaers N.- Menopausal hormone therapy and cancer risk: An overestimated risk? *Eur. J. Cancer.* 2017 August; **84**(1):60-68

Dosis. El principal indicador de seguridad en los preparados de TH parece ser la dosis y el momento del uso, y existe controversia sobre la importancia del tipo de estrógeno y la vía de administración.

Aunque las mujeres en la Menopausia reciente tengan reducciones similares y sustanciales en los sofocos y sudores nocturnos, con dosis inferiores a las convencionales de estrógeno oral o transdérmico, es importante transmitir que debe utilizarse la dosis necesaria para obtener el beneficio deseado. Sugerimos empezar con las dosis más bajas que permita la forma galénica escogida y ajustar según la respuesta.

- Crandall CJ, Hovey KM, Andrews C, Cauley JA, Stefanick M, Shufelt C, Prentice RL, Kaunitz AM, Eaton C, Wactawski-Wende J, Manson JE.- Comparison of clinical outcomes among users of oral and transdermal estrogen therapy in the Women's Health Initiative Observational Study. *Menopause.* 2017 Oct; **24**(10):1145-1153.
- Santoro N, Allshouse A, Neal-Perry G, Pal L, Lobo RA, Naftolin F, Black DM, Brinton EA, Budoff MJ, Cedars MI, et al.- Longitudinal changes in menopausal symptoms comparing women randomized to low-dose oral conjugated estrogens or transdermal estradiol plus micronized progesterone versus placebo: the Kronos Early Estrogen Prevention Study. *Menopause.* 2017 Mar; **24**(3):238-246.
- Bergendal A, Kieler H, Sundström A, Hirschberg AL, Kocoska-Maras L.- Risk of venous thromboembolism associated with local and systemic use of hormone therapy in peri- and postmenopausal women and in relation to type and route of administration. *Menopause.* 2016; **23**(6):593.

Todas las vías de administración de estrógenos parecen ser igualmente eficaces para el alivio de los síntomas, pero sus efectos metabólicos difieren.

Los preparados transdérmicos merecen ser considerados en relación a sus menores efectos adversos, pues es posible que al evitar el *primer paso hepático* no exista acumulación de metabolitos con actividad estrogénica. Los datos sugieren que los preparados de estrógeno transdérmico son tan eficaces como la terapia oral, y potencialmente más seguros.

- Beck KL, Anderson MC, Kirk JK. - Transdermal estrogens in the changing landscape of hormone replacement therapy. *Postgrad. Med.* 2017 Aug; **129**(6):632-636.
- Canonica M, Scarabin PY.-Oral versus transdermal estrogens and venous thromboembolism in postmenopausal women: what is new since 2003? *Menopause.* 2016; **23**:587-588.
- Crandall CJ, Hovey KM, Andrews C, Cauley JA, Stefanick M, Shufelt CL, Prentice RL, Kaunitz AM, Eaton C, Wactawski-Wende J, Manson JE.- Comparison of clinical outcomes among users of oral and transdermal estrogen therapy in the Women's Health Initiative Observational Study. *Menopause.* 2017 Oct; **24**(10):1145-1153.
- Qureshi AI, Malik AA, Saeed O, Defillo A, Sherr GT, Suri MF. Hormone replacement therapy and the risk of subarachnoid hemorrhage in postmenopausal women. *J. Neurosurg.* 2016; **124**(1): 45-50.
- Lekovic D, Miljic P, Dmitrovic A, Thachil J. -How do you decide on hormone replacement therapy in women with risk of venous thromboembolism? *Blood Rev.* 2017 May; **31**(3):151-157.

3. Cuando sea necesario el uso de gestágenos, la progesterona natural, o su alternativa sintética, la dihidroprogesterona, administradas a dosis adecuadas para la vía utilizada (oral o vaginal), se considera la alternativa más segura.

Para las mujeres portadoras de un DIU-LNG, activo en el momento de presentación de los síntomas, no es precisa la adición de otro gestágeno. Esta alternativa puede ser válida, aunque fuera de ficha técnica, para las mujeres que no toleren los gestágenos orales.

Otra opción es la combinación de bazedoxifeno con estrógenos conjugados. En esta combinación, el bazedoxifeno previene la hiperplasia endometrial inducida por estrógenos, de modo que no es necesario administrar un gestágeno.

-Sjögren LL, Mørch LS, Løkkegaard E.-Hormone replacement therapy and the risk of endometrial cancer: A systematic review. *Maturitas*. 2016 Sept; **91**:25-35.

-Mirkin S, Amadio JM, Bernick BA, Pickar JH, Archer DF.- 17β-Estradiol and natural progesterone for menopausal hormone therapy: REPLENISH phase 3 study design of a combination capsule and evidence review. *Maturitas*. 2015 May; **81**(1):28-35.

-Stute P, Neulen J, Wildt L.- The impact of micronized progesterone on the endometrium: a systematic review. *Climacteric*. 2016 Aug; **19**(4):316-28

4. En ausencia de otros factores, la edad no es un límite para la duración de la TH. Las decisiones sobre la mayor o menor duración de la TH deben ser individualizadas, y en función del riesgo para múltiples enfermedades (trombosis venosa, ictus y algunos tipos de cáncer). La interrupción de la TH debe realizarse en función de la desaparición de los síntomas. La duración de los periodos sin tratamiento, para evaluarla, debe ser lo más corta posible, y la marcará la reaparición de la sintomatología.

-Fournier A, Mesrine S, Dossus L, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F, Chabbert-Buffet N.- Risk of breast cancer after stopping menopausal hormone therapy in the E3N cohort. *Breast Cancer Res. Treat.* 2014; **145**:535-543.

-Mikkola TS, Tuomikoski P, Lyytinen H, Korhonen P, Hoti F, Vattulainen P, Gissler M, Ylikorkala O.- Increased Cardiovascular Mortality Risk in Women Discontinuing Postmenopausal Hormone Therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015 Dec; **100**(12):4588-94.

-Kaunitz AM.- Extended duration use of menopausal hormone therapy. *Menopause*. 2014; **21**(6):679-68.

5. Tanto el estrógeno sistémico como el vaginal son eficaces para los síntomas de atrofia genitourinaria, pero en las mujeres que sólo tienen Síndrome Genitourinario de la Menopausia, sin otros síntomas menopáusicos como los sofocos, los estrógenos vaginales son más eficientes. Los estrógenos vaginales pueden usarse a cualquier edad. Administrados localmente proporcionan una mejora del trofismo y confort vaginal. Estas mejorías biológicas no garantizan, por ellas mismas, una buena respuesta sexual.

-Palacios S, Cancelo MJ, Castelo Branco C, Llanea P, Molero F, Sánchez-Borrego R.- Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perceptions. *Climacteric*. 2017 Feb; **20**(1):55-61.

6. La TH no está indicada para la prevención primaria o secundaria de las enfermedades cardiovasculares, ni para la prevención del deterioro cognitivo en mujeres postmenopáusicas. Sin embargo, los nuevos hallazgos obtenidos en mujeres postmenopáusicas jóvenes, que usan TH, indican un balance riesgos/beneficios cardiovasculares favorable.

Puesto que no se dispone de estrategias de prevención primaria validadas, para las mujeres más jóvenes (<60 años de edad), aparte del manejo del estilo de vida, se podría

considerar la TH como una buena estrategia, teniendo en cuenta nuestra comprensión actual de la eficacia de la TH en la reducción del riesgo de fracturas osteoporóticas en mujeres menopáusicas, y en la reducción de la enfermedad coronaria y mortalidad general en las mujeres en la década de los 50 años (o en los 10 años desde la Menopausia), a menos que tengan contraindicaciones específicas.

-
- Bhupathiraju SN, Grodstein F, Stampfer MJ, Willett WC, Hu FB, Manson JE.- *Exogenous Hormone Use: Oral Contraceptives, Postmenopausal Hormone Therapy, and Health Outcomes in the Nurses' Health Study*. *Am. J. Public Health*. 2016 Sept; **106**(9):1631-7
 - Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, Gabriel Sanchez R, Knight B.- Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015 Mar; (3):CD002229.
 - Gartlehner G, Patel SV, Viswanatha M, et al.- Menopausal Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions: An Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. AHRQ Publication No. 15-05227-EF-1. Rockville, Maryland. May 2017.
 - Langer RD, Simon JA, Pines A, Lobo RA, Hodis HN, Pickar JH, Archer DF, Sarrel PM, Utian WH.- Menopausal hormone therapy for primary prevention: why the USPSTF is wrong. *Climacteric*. 2017 Oct; **20**(5):402-413.
 - Lobo RA, Pickar JH, Stevenson JC, Mack WJ, Hodis HN. - Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. *Atherosclerosis*. 2016 November; **254**:282-290
 - Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: The Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*. 2017 Sep 12; **318**(10):927-938.
 - Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J.-Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017; **1**:CD004143.
 - Park SY, Wilkens LR, Kolonel LN, Henderson BE, Le Marchand L.- Inverse associations of dietary fiber and menopausal hormone therapy with colorectal cancer risk in the Multiethnic Cohort Study. *Int. J. Cancer*. 2016 Sept; **139**(6):1241-50.
-

7. El uso de terapia hormonal en la menopausia no implica la necesidad de realizar más exploraciones complementarias que las que corresponderían al estudio básico de salud a esa edad.

-
- Blanchard AK, Goodall P.- Preventive Care in Women's Health. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 2016 Jun; **43**(2):165-80.
 - Lobo RA.- Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2017 Apr; **13**(4):220-231.
-

8. La AEEM/SEGO no recomienda el uso de terapia hormonal alternativa (también mal llamada "Bioidéntica").

No existe evidencia científica que apoye una seguridad superior con estos productos, y a menudo hay falta de consistencia en el contenido o en la liberación de los componentes, lo que conduce a que se administren cantidades menores o mayores de hormona biológicamente activa. No existen ensayos controlados que apoyen la eficacia o descarten la preocupación por su seguridad

-
- Files JA, Kransdorf LN, Ko M, Kling JM, David PS, Pruthi S, Sood R, Creedon D, Chang YH, Mayer AP.- Bioidentical hormone therapy: An assessment of provider knowledge. *Maturitas*. 2016 Dec; **94**:46-51.
 - Gaudard AM, Silva de Souza S, Puga ME, Marjoribanks J, da Silva EM, Torloni MR.- Bioidentical hormones for women with vasomotor symptoms. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016 Aug; (8):CD010407.
 - Whedon JM, Kizhakkeveetil A, Rugo NA, Kieffer KA.-Bioidentical Estrogen for Menopausal Depressive Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017 January; **26**(1):18-28.
-

-
9. Salvo que existan contraindicaciones, debe alentarse a las mujeres con Menopausia precoz (insuficiencia ovárica primaria), o aquellas a las que se le practica una salpingo-ooforectomía bilateral antes de los 50 años a usar la TH, al menos hasta que alcancen la edad de la menopausia espontánea en la población general.
-

Las consecuencias a largo plazo de la Menopausia precoz o temprana incluyen efectos adversos sobre la cognición, el estado de ánimo, la salud cardiovascular, ósea y sexual, así como un mayor riesgo de mortalidad temprana.

Es importante individualizar la TH para mujeres con deficiencia temprana de estrógenos, ya que pueden requerirse dosis más altas para aproximarse a las concentraciones fisiológicas encontradas en las mujeres premenopáusicas. También es importante abordar el impacto psicológico de la Menopausia precoz, revisar las opciones de fertilidad y la posible necesidad de anticoncepción, si los ovarios están intactos.

-Johansen N, Liavaag AH, Iversen OE, Dørum A, Braaten T, Michelsen TM. -*Use of hormone replacement therapy after risk-reducing salpingo-oophorectomy. Acta Obstet. Gynecol Scand.* 2017 May; **96**(5):547-555

-Mendoza N, Juliá MD, Galliano D, Coronado P, Díaz B, Fontes J, Gallo JL, García A, Guinot M, Munnamy M, Roca B, Sosa M, Tomás J, Llana P, Sánchez-Borrego R.- Spanish consensus on premature menopause. *Maturitas.* 2015; **80**(2):220-5.

-Sarrel PM, Sullivan SD, Nelson LM.- Hormone replacement therapy in young women with surgical primary ovarian insufficiency. *Fertil Steril.* 2016 Dec; **106**(7):1580-1587.

-Sullivan SD, Sarrel PM, Nelson LM.- Hormone replacement therapy in young women with primary ovarian insufficiency and early menopause. *Fertil. Steril.* 2016 Dec; **106**(7):1588-1599.

10. Como cualquier intervención médica, el tratamiento debe individualizarse utilizando la mejor evidencia disponible para maximizar los beneficios y minimizar los riesgos, con una reevaluación periódica de los beneficios y riesgos de continuar o suspender la THM.
-

-National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE Clinical Guideline Menopause (2015) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-1837330217413>.

-Roberts H, Hickey M.- Managing the menopause: An update. *Maturitas.* 2016 Apr; **86**:53-8.

-Pinkerton JV.- Changing the conversation about hormone therapy. *Menopause.* 2017 Sep; **24**(9):991-993.

Este Posicionamiento ha sido elaborado por miembros de la AEEM/SEGO:

Rafael Sánchez-Borrego, Plácido Llana, Nicolás Mendoza, Rafael Comino, Javier Ferrer Barriendos, Laura Baquedano, Ana Rosa Jurado, Montse Manubens, Borja Otero, Daniel Lubián, Pluvio Coronado, Joaquim Calaf, Santiago Palacios.

Miembros de Sociedades *Partners* que han revisado y aceptado este Posicionamiento.....

- SEGO: MJ Cancelo Hidalgo

Listado de Sociedades *Partners* que aprueban y apoyan el Documento.....

Se ha marcado el objetivo de realizar próximamente un documento que proporcione una Guía detallada, para grupos específicos de pacientes, que van desde aquellas con Menopausia temprana a las portadoras de mutación BRCA o pacientes con riesgo cardiovascular.

Nuestro agradecimiento a la esponsorización de Fundación Española para el Estudio de la Menopausia, por posibilitar este Posicionamiento. No ha existido apoyo comercial.
