

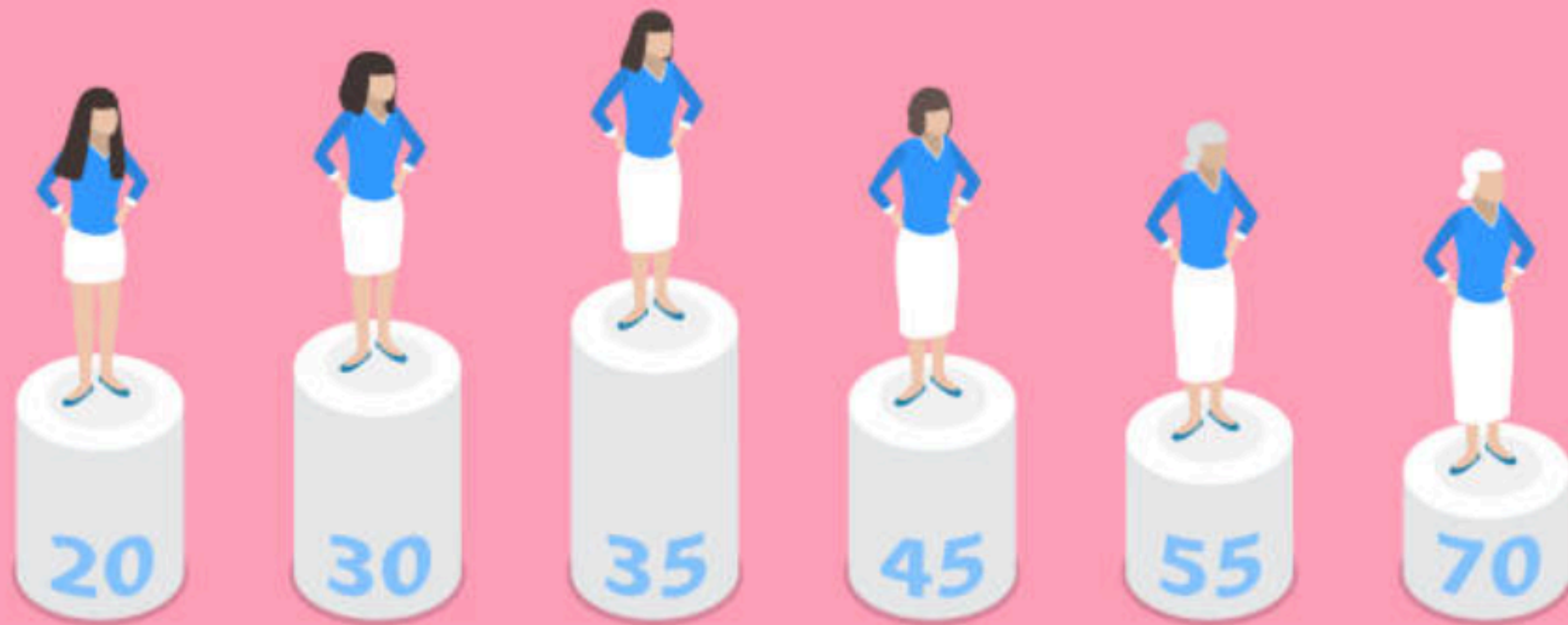
# Puesta al día en Menopausia

Laura Nieto Pascual  
Hospital Universitario Reina Sofía

17.oct.2022



## ESTROGEN HORMONE LEVEL





# INFORMAR

- De los síntomas de la perimenopausia
- De los síntomas de la menopausia
- De las recomendaciones en menopausia

18 de Octubre  
Día Mundial  
de la Menopausia





# Decálogo AEEM Menopausia

1. Mantén una **dieta equilibrada rica en calcio** y evita el sobrepeso y la obesidad.
2. Realiza **actividad física moderada** diaria.
3. Recibir los rayos del **sol** durante 15 minutos te ayudará a conseguir unos niveles de vitamina D adecuados.
4. **Evita el tabaco y los hábitos tóxicos.**
5. Evaluación del posible **riesgo cardiovascular** y eliminación de los factores de riesgo.
6. Evaluación del posible **riesgo de cáncer de mama** y estimulación para el diagnóstico precoz mediante las campañas de mamografía de screening poblacionales.
7. Evaluación del posible **riesgo de osteoporosis** y medición de la densidad mineral ósea en pacientes de alto riesgo.
8. Vive la menopausia con **vitalidad y optimismo.**
9. Mantén una **actividad sexual satisfactoria.**
10. **Cuida la calidad de vida** para conseguir el bienestar de la mujer durante la menopausia

Menarquia



Última regla (0)



Etapa	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminología	REPRODUCTIVA				TRANSICIÓN MENOPÁUSICA		POSMENOPAUSIA			
	Temprana	Pico	Tardía		Temprana	Tardía	Temprana		Tardía	
					Perimenopausia					
Duración	Variable				Variable	1-3 años	2 años (1+1)		3-6 años	Vida restante
CRITERIO PRINCIPAL										
Ciclo menstrual	Variable o regular	Regular	Regular	Ligeros cambios en cantidad/ periodicidad	Duración variable con diferencias ≥ 7 días en ciclos consecutivos	Baches amenorreicos ≥ 60 días				
CRITERIOS ADICIONALES										
Endocrinológicos										
FSH			Baja	Variable	Elevaciones variables	> 25 mUI/ml	Aumento variable	Elevada estable		
AMH			Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja		
Inhibina B				Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja		
RFA *			Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy bajo	Muy bajo		
CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS										
Síntomas						Probables síntomas vasomotores	Muy probables síntomas vasomotores			Síntomas crecientes de atrofia urogenital

FSH: hormona foliculoestimulante; AMH: hormona antimülleriana; RFA: recuento de folículos antrales.

Fuente: Adaptado de Harlow SD, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Apr;97(4):1159-68.

## Transición menopáusica

- Elevación de la FSH.
- Elevación del estradiol en fase folicular temprana.
- Disminución de la inhibina B.
- Disminución de la hormona antimülleriana.

## Menopausia

- Elevación abrupta y constante de FSH.
- Disminución estable del estradiol.



# Situaciones Especiales

- Pacientes histerectomizadas
- Pacientes con DIU LNG en amenorrea

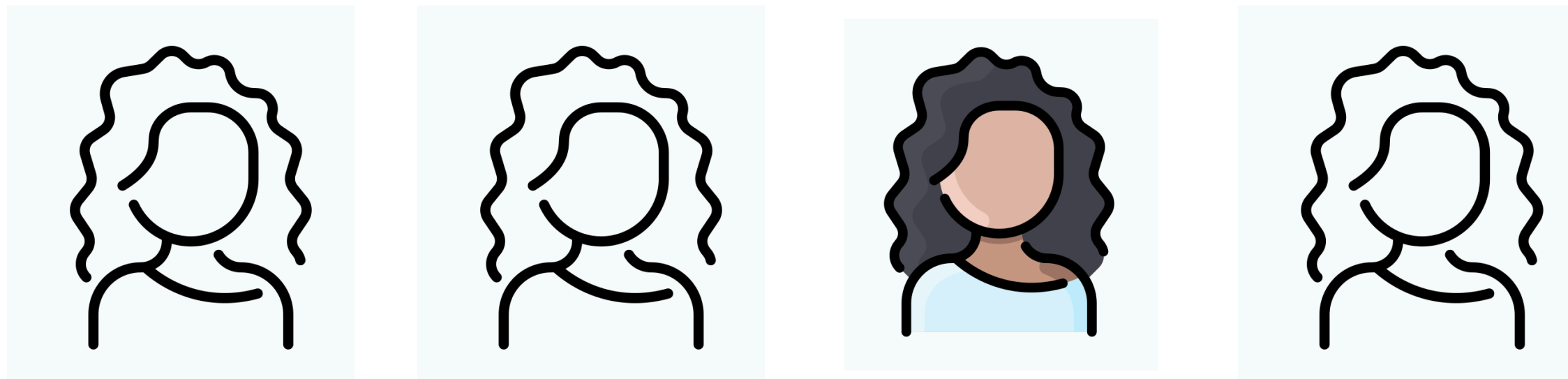
Determinación Analítica  
 $\text{FSH} > 40 \text{ mU/mL}$  y  $\text{Estradiol} < 30 \text{ pg/ml}$

# Síntomas Vasomotores

- **Sofocos**
- **Sudoraciones nocturnas**
- Palpitaciones
- Insomnio
- Parestesias
- Cefaleas
- Vértigos



- 60-80% transición perimenopáusica
- Solo 25% afecta a su calidad de vida
- Duración media: 4 años



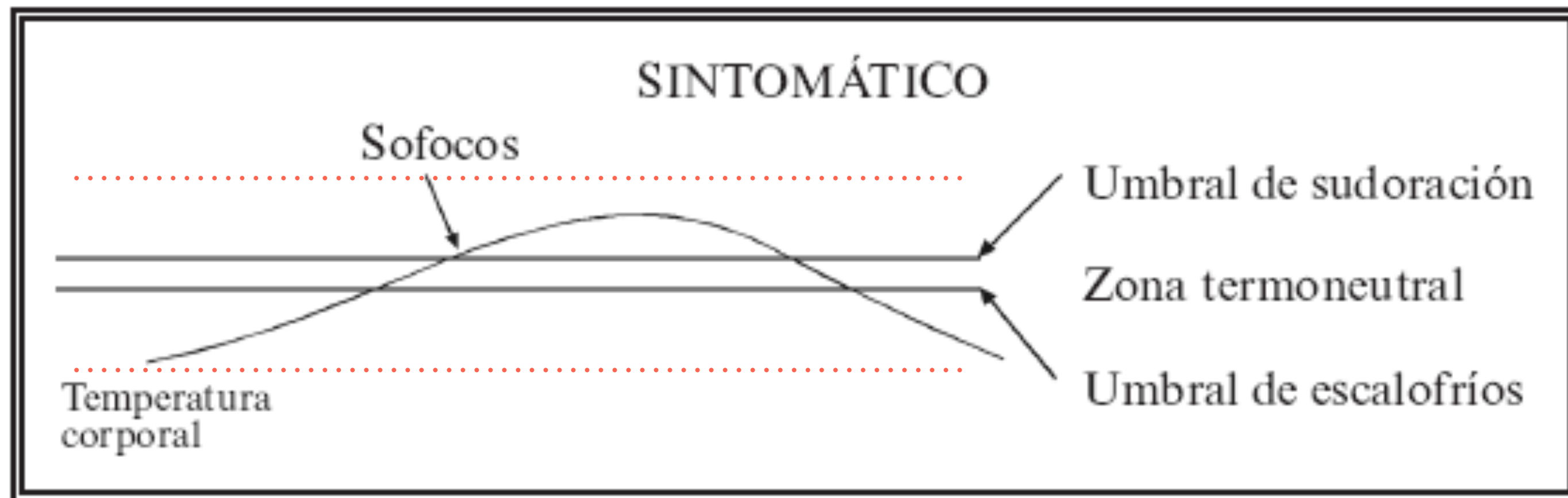
## Factores de Riesgo

- Raza afroamericana
- Obesidad (perimenopausia)
- Tabaco
- Sd. Premenstrual



## Fisiopatología

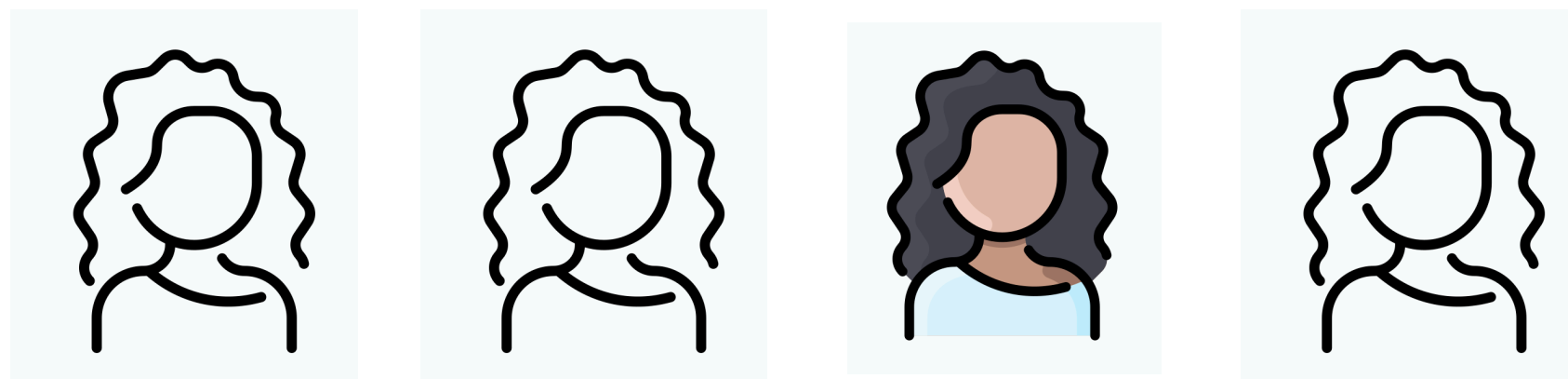
Actividad noradrenérgica central elevada  
que favorece la disminución de la zona  
termoneutral



**FIGURA 3.** Un intervalo termorregulador (zona termoneutral) acortado provoca una gran sensibilidad del centro termorregulador.

## Tratamientos

- Modificaciones del estilo de vida y recomendaciones higienico-dietéticas
- Tratamiento: Individualizado
  - No hormonal
  - Hormonal



## Tratamiento No hormonal

- Fitoestrógenos
- Cimífuga Racemosa
- Extracto citoplasmático de polen
- ISRS



## Fitoestrógenos

- Efecto estrogénico débil. Receptores beta
- Ingesta natural en dieta insuficiente
- Concentrados 40-80 mg con un mínimo de genisteína de 15 mg/día
- Con comidas: Si HC, no grasas
- No alcohol/tabaco
- 4-8 semanas para notar efectos
- Ajustar dosis IMC elevados

## **Cimífuga Racemosa**

- Dosis 40 mg/día
- Actividad central sobre neurotransmisores
- No aumenta densidad mamaria
- No aumenta actividad estrogénica

## **Estracto citoplasmático de polen**

- Sofocos, sueño, irritabilidad
- No modifica niveles FSH, E, SHBG y testosterona

# ISRS/ISRN/Anticonvulsivantes

		Efectivo contra sofocos	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Características importantes	Recomendado su uso junto tamoxifeno
ISRS	Fluoxetina	Sí	20 mg/día	20 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición potente de CYP2D6</li> <li>• Frecuentes efectos secundarios</li> </ul>	No
	Paroxetina	Sí	10 mg/día	10-20 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición potente de CYP2D6</li> </ul>	No
	Sertralina	No			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición débil de CYP2D6</li> </ul>	No
	Citalopram	Sí	10 mg/día	10-20 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición débil de CYP2D6</li> </ul>	No
	Escitalopram	Sí	10 mg/día	10-20 mg/día		No
ISRN	Venlafaxina	Sí	35,7 mg/día en 1.ª semana	75 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición muy débil de CYP2D6</li> </ul>	Sí
	Desvenlafaxina	Sí	50 mg/día durante 3 días	100 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición muy débil de CYP2D6</li> </ul>	Sí
Anticonvulsivantes	Gabapentina	Sí	300 mg/día	300 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia previa sugiere que no inhibe CYP2D6</li> </ul>	Sí
	Pregabalina	Sí	50 mg/día	75 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia previa sugiere que no inhibe CYP2D6</li> </ul>	Sí

Fuente: Grupo de Jóvenes Expertos de la AEEM.



## Tratamiento Hormonal

- El + eficaz
- Valoración individualizada
- Riesgo personal y familiar
- Tiempo pasado desde la menopausia
  - < 10 años
  - < 60 años
- Diferentes preparados
- Diferentes vías de administración
- Diferentes dosis

# Tratamiento Hormonal

## *Estrógenos +/- gestágenos*

## *Tibolona*

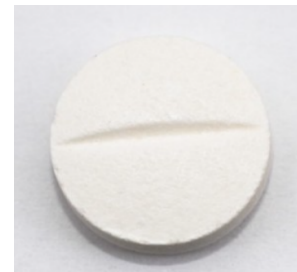
- Esteroide sintético
- Acción estrogénica, gestagénica y androgénica
- No tiene acción sobre endometrio
- SVM, sueño, sexualidad y humor

## *TSEC*

- Estrógeno + SERM
- El bazedoxifeno acción agonista sobre receptores E en hueso y acción antagonista en mama y endometrio







- La vía no influye en el resultado
- Estrógenos transdérmicos < riesgo TEV y alteración del metabolismo hepático
- Progestenona natural micronizada < riesgo de cáncer de mama y trombosis venosa

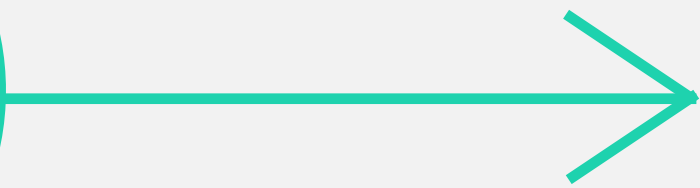


Solo estrógenos —> Transdérmica

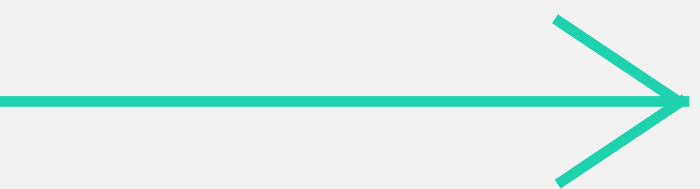
E + G

- Via oral para mejor control del ciclo, requiere mayor dosis, más incidencia efectos adversos (aumento TG, riesgo trombosis, HTA, cefalea, migrañas, trastornos GI, hepático o vesícula biliar)

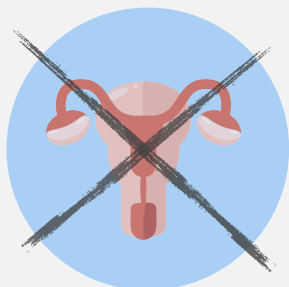
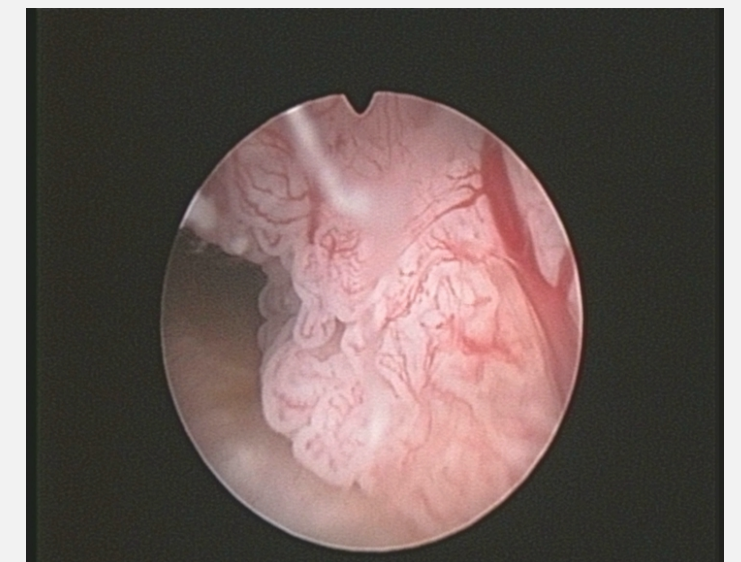
- **Vía oral:** de elección en mujeres con problemas dermatológicos, hipercolesterolemia y riesgo de cáncer de colon.
- **Vía transdérmica:** es de elección en pacientes con patología gastrointestinal o hepatopatía, colelitiasis, colecistectomía, hipertrigliceridemia, hiperinsulinemia, HTA mal controlada, cefalea o migraña, inmovilidad o tabaquismo.



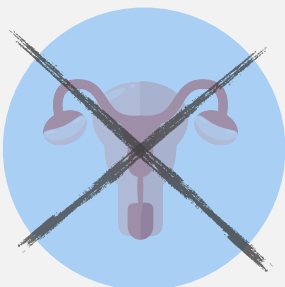
**Estrógenos**



**Estrógenos  
+  
Gestágenos**



endometriosis  
reciente



↑ TG

## De forma continua

### THM Continua combinada

Tratamiento con estrógeno y gestágeno de forma continuada y sin descanso

		1ª Semana							2ª Semana							3ª Semana							4ª Semana						
		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
E+G																													
G																													

Leyenda:

E-G: estrógeno+gestágeno; E: estrógeno; G: gestágeno.



## THM Continua secuencial

Tratamiento con estrógeno todos los días y gestágeno solo durante la 2.ª fase del ciclo

		1ª Semana							2ª Semana							3ª Semana							4ª Semana						
		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
E+G	E																												
G																													

Leyenda:

E-G: estrógeno+gestágeno; E: estrógeno; G: gestágeno.

En la THM combinada continua secuencial oral, se toman comprimidos todos los días, pero la presentación tiene comprimidos con diferente color y diferente composición (estrógeno solo / estrógeno-gestágeno) para que la toma sea secuencial.

En la THM combinada continua secuencial transdérmica, se realiza cambio del parche cada 3-4 días, pero la presentación tiene 4 parches que contienen solo estrógeno y 4 parches que contienen estrógeno-gestágeno para que la toma sea secuencial.

De forma  
continua



## THM Cíclica secuencial

Tratamiento durante 21 días con un intervalo libre de tratamiento durante 7 días

	1ª Semana							2ª Semana							3ª Semana							4ª Semana						
	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
E+G																												
E																												
G																												

**Leyenda:**

E-G: estrógeno+gestágeno; E: estrógeno; G: gestágeno.



En la THM combinada cíclica secuencial oral, se toman 11 comprimidos con solo estrógeno (\*) y a continuación 10 comprimidos con estrógeno + gestágeno (los comprimidos de cada composición son de diferente color).

De forma  
cíclica

## THM Estrogénica continua

Tratamiento solo con estrógeno durante todos los días

E	1ª Semana						
	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM

2ª Semana						
LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM

3ª Semana						
LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM

4ª Semana						
LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM

Leyenda:

E: estrógeno

Tratapia solo estrogénica

Combinación Estrógeno/Gestágeno	Dosis	Vía	Tipo	Produce sangrado	Envase	Marca comercial	F. SNS
Estradiol/Noretisterona	0,5 mg/0,1 mg	Oral	Continua combinada	No	28 comp.	Eviana®	No
	1 mg/0,5 mg	Oral	Continua combinada	No	28 comp.	Activelle®	Sí
	1 mg/1 mg	Oral	Continua secuencial	Sí	28 comp.	Duofemme®	Sí
	2 mg/1 mg	Oral	Continua secuencial	Sí	28 comp.	Trisequens®	No
	50 mcg/250 mcg	T	Continua combinada	No	8 parches	Estalis®	Sí
	50 mcg 50 mcg/250 mcg	T	Continua secuencial	Sí	4 parches 4 parches	Estalis® Sequidot®	Sí
Estradiol/Drospirenona	1 mg/2 mg	Oral	Continua combinada	No	28 comp.	Angeliq®	No
Valerato de estradiol/Acetato de ciproterona	2 mg 2 mg/1 mg	Oral	Cíclica secuencial	Sí	11 comp. 10 comp.	Climen®	Sí
Valerato de estradiol/Dienogest	2 mg/2 mg	Oral	Continua combinada	No	28 comp.	Climodien®	Sí
Valerato de estradiol/Acetato de medroxiprogesterona	2 mg/10 mg	Oral	Cíclica secuencial	Sí	21 comp.	Perifem®	Sí
Valerato de estradiol/Norgestrel	2 mg/0,5 mg	Oral	Cíclica secuencial	Sí	21 comp.	Progyluton®	Sí

T: transdérmico; comp.: comprimidos; F. SNS: financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Grupo de Jóvenes Expertos de la AEEM.

Estradiol/Progesterona	1 mg/100 mg	Oral	Continua combinada	No	28 comp	Bijuva	No
------------------------	-------------	------	--------------------	----	---------	--------	----



Estrógeno	Dosis	Vía	Envase	Marca comercial	F. SNS
Estradiol	1 mg	Oral	28 comp.	Eviana®	No
	2 mg	Oral	30 comp.	Estradiol Meriestra®	No
	25 mg (0,39 mg) 37,5 mg (0,59 mg) 50 mg (0,78 mg) 75 mg (1,17 mg)	Transdérmica	8 parches	Estradot®	No
	25 mg (0,75 mg) 50 mg (1,5 mg) 100 mg (3 mg)	Transdérmica	8 parches	Estraderm Matrix®	No
	25 mg (1,6 mg) 50 mg (3,2 mg) 75 mg (4,8 mg) 100 mg (6,4 mg)	Transdérmica	8 parches	Evopad®	Sí
	1,53 mg	Transdérmica	Pulverizador 56 dosis	Lenzetto®	Sí
	0,60 mg (1,5 mg)	Transdérmica	Gel 80 g	Oestraclin®	No

*T: transdérmica; comp.: comprimidos; F. SNS: financiado por el Sistema Nacional de Salud.*

*Fuente: Grupo de Jóvenes Expertos de la AEEM.*

Gestágeno	Dosis	Vía	Envase	Marca comercial	F. SNS
Progesterona natural micronizada	100 mg	Oral o vaginal	30 cápsulas	Progeffik® Utrogestan®	Sí
	200 mg	Oral o vaginal	15 cápsulas 60 cápsulas	Progeffik® Utrogestan®	No
Medroxiprogesterona	5 mg 10 mg	Oral	24 comp. 30 comp.	Progevera®	Sí
Levonorgestrel*	20 mcg/día	Intrauterina		DIU Mirena®	No

comp.: comprimidos; F. SNS: financiado por el Sistema Nacional de Salud.

\* Indicación no incluida en ficha técnica del producto.

Fuente: Grupo de Jóvenes Expertos de la AEEM.



## Duración del tratamiento

- Duración de la sintomatología
- No existen límites, la mayoría 5 años (minoría >5 años)
- Reevaluación periódica de riesgos-beneficios
- En IOP mantener hasta 50-51 años

## Seguimiento del tratamiento

- Control a los 3-6 meses
- Controles anuales (eficacia, dosis, tipo, vía de administración, indicaciones y contraindicaciones)
- No precisa aumentar control mamográfico ni citológico

## Contraindicaciones Absolutas THM

- Hemorragia vaginal causa desconocida
- Hepatopatía grave
- Hº personal Ca. Mama
- Cáncer endometrio estadio avanzado
- Cáncer de ovario
- Historia personal TEV
- Enfermedad tromboembólica
- Enfermedad hemorrágica arterial activa o reciente (angina, IAM, ictus)
- Trombofilia
- Porfiria

## Efectos secundarios

Efecto secundario	Solución
<b>Mastodinia</b>	Reducir la dosis del estrógeno, reducir la dosis del gestágeno, cambiar a tratamiento secuencial o a TSEC o tibolona, según la edad de la mujer
<b>Distensión abdominal</b>	Reducir dosis del estrógeno
<b>Calambres musculares</b>	Dar vitamina B <sub>6</sub>
<b>Náuseas</b>	Cambiar a vía transdérmica
<b>Síndrome premenstrual</b>	Cambiar a pauta continua
<b>Cefalea</b>	Reducir dosis del estrógeno, cambio de gestágeno, o cambio a TSEC o tibolona, según la edad de la mujer
<b>Edemas. Ansiedad. Depresión</b>	Reducir dosis del gestágeno, cambio a tratamiento secuencial, a TSEC o a tibolona, según la edad de la mujer

*TSEC: complejo estrogénico selectivo tisular.*

*Fuente: Grupo de Jóvenes Expertos de la AEEM.*

## Situaciones especiales

- Antecedente de miomas: dosis bajas estrógenos
- Antecedente de endometriosis: gestágenos altas dosis/tibolona
- Antecedente familiar Ca. mama: considerar TSEC
- Antecedente hiperplasia endometrial: gestágenos altas dosis
- Colelitiasis: vía transdérmica
- Hipertrigliceridemia: vía transdérmica, gestágenos a altas dosis o tibolona
- HTA: THM oral con drospirinona, vía transdérmica o asociar antiHTA
- Migraña severa: dosis ultrabaja no oral o tibolona
- Epilepsia: aumentar dosis del estrógeno

# Criterios de Elegibilidad de la terapia hormonal de la menopausia (THM)

M A T E R I A L D E C O N S U L T A

La utilización de la Terapia Hormonal para la Menopausia (THM) disminuyó de forma trascendente a partir de la publicación de los resultados de los estudios Women's Health Initiative (WHI) (Rossouw et al. 2002) y el Million Women Study (MWS) (Beral et al. 2003), reanalizados posteriormente por los mismos autores y con cambios importantes en sus conclusiones finales (Bolland et al. 2015). Aparte de estos reanálisis, todas las guías nacionales e internacionales publicadas con posterioridad, así como los comunicados de las sociedades científicas relacionadas con la Menopausia indican que, **basado en la mejor evidencia científica el uso de THM en el caso de mujeres sintomáticas sin riesgos añadidos, los beneficios superan claramente a los riesgos** (Villiers et al. 2016; Rees et 2020; NAMS 2017; Sánchez Borrego et al. 2018).

## OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este proyecto ha sido la creación de unos criterios de elegibilidad para el uso de la THM similares a los establecidos por la OMS para los métodos anticonceptivos. Un consorcio de Sociedades Científicas coordinado por la AEEM se reunió para definir estos criterios de elegibilidad basándose en la mejor evidencia disponible.

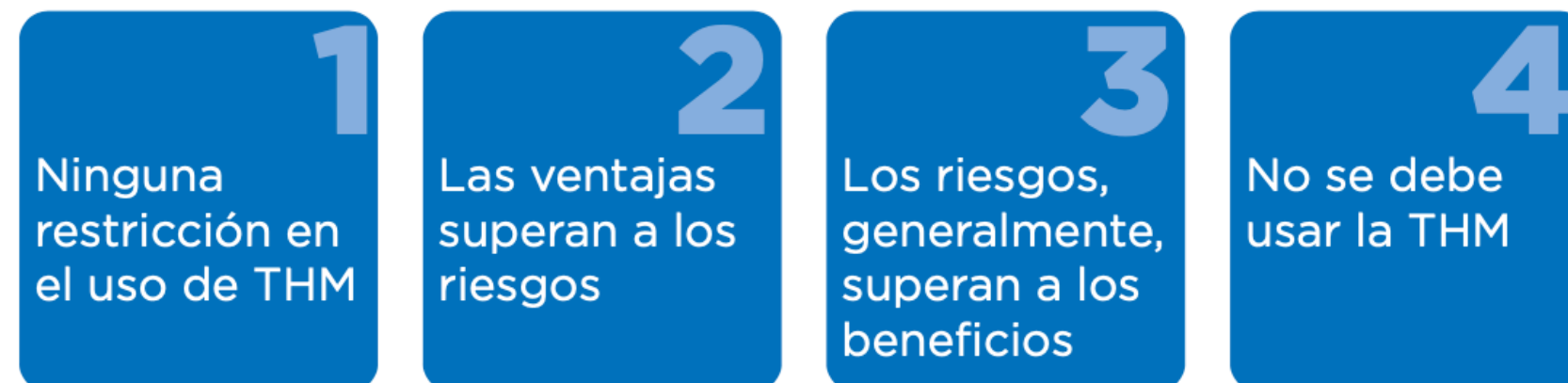


## METODOLOGÍA GENERAL

El protocolo del proyecto está publicado en la revista Maturitas, desarrollándose en dos fases:

**1ª FASE:** Como primer paso, se realizaron revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en diferentes condiciones médicas.

**2ª FASE:** Posteriormente, sus resultados ayudaron a un panel de personas expertas en todas estas materias a la definición de los criterios de elegibilidad, que se definieron mediante declaraciones a favor o en contra del uso de la THM siguiendo lo establecido por la nomenclatura internacional de la OMS en cuatro categorías:



La calidad se clasificó como alta (A), moderada (B), baja (C) o muy baja (D), dependiendo de factores como el riesgo de sesgo, la inexactitud, la inconsistencia, la falta de direccionalidad o el sesgo de publicación.



## SIGNIFICADO DEL “SEMÁFORO”

Para una presentación más visible hemos convertido estas categorías en las luces de un semáforo:

### Luz VERDE a la THM:

Se puede usar porque no existen restricciones o los beneficios superan los riesgos.

### Luz AMARILLA:

Se puede usar la THM en situaciones específicas (serán señaladas) pero globalmente la THM presenta más riesgos que beneficios.

### Luz ROJA:

No se debe usar la THM.



## Seguridad CV de THM en mujeres sanas

CONDICIÓN			THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	THM local <sup>i</sup>		
			Oral	Trsd	Oral	Trsd				
Edad y duración <sup>ii</sup>	<40*	<5 años	1C	1	1C	1C	NA <sup>iii</sup>	1		
		>5 años	1C	1C	1C	1C	NA	1		
	40-44	<5 años	2C	1C	2C	1C	2C	1		
		>5 años	2C	2C	2C	2C	2C	1		
	45-49	<5 años	2C	2C	2C	1C	2C	1		
		>5 años	2C	2C	2C	2C	2C	1		
	50-59	<5 años	2B	2B	2B	2B	2C (<55) 1C (>55)	1		
		>5 años	2B	2B	2B	2B	2C (<55) 1C (>55)	1		
	60-69	<5 años <sup>iv</sup>	2	3B	2	3B	2	3	2C	1
		>5 años <sup>iv</sup>	2	3	2	3	2	3	2C	1
	>70	<5 años	3D	3D	3D	3D	2C	1		
		>5 años	3D	3D	3D	3D	3C	1		

### Abreviaturas de la Tabla

ACH= anticonceptivos hormonales; FR= factores de riesgo; HTA= hipertensión arterial; IAM= infarto agudo de miocardio; I= inicio; C= continuación; IMC= índice de masa corporal; NA= no aplicable por falta de evidencia disponible; SLE= supervivencia libre de enfermedad; THM= terapia hormonal de la menopausia; THM local: estrógenos locales y prasterona; Trsd= THM transdérmica.

### REFERENCIAS

<sup>i</sup> La seguridad para la THM local se ha estudiado en población general con un máximo de 52 semanas, por lo que la mayoría de las categorías asignadas se han otorgado por Opinión de expertos/as.

<sup>ii</sup> La evidencia disponible es baja por el limitado número de casos incluidos en los estudios. Se debe tener en cuenta el claro beneficio del uso de la THM en mujeres menores de 50 años.

<sup>iii</sup> En caso de la tibolona para la condición edad mayor de 50 años, la evidencia disponible es de seguridad con respecto al riesgo de trombosis y cáncer de mama. No hay evidencia del riesgo cardiovascular.

<sup>iv</sup> Continuación de la THM (Categoría 2) / Inicio de la TM > 10 años después de la menopausia (Categoría 3).



## Condiciones médicas y criterios de elegibilidad de THM

CONDICIÓN			THM combinada		THM solo estrógenos			Tibolona	THM local <sup>1</sup>			
			Oral	Trsd	Oral	Trsd						
Riesgo trombótico	TEV/EP sin anticoagulación		4B	3C		4B	3C		NA	1		
	TEV/EP con anticoagulación de acción directa			3D			3D					
	Trombofilia asintomática		4B	2B		3B	2B		NA	1		
Trastornos neurológicos	Migraña	Sin aura	2C	2C		2C	2C		NA	1		
		Con aura	3D	2C(0)	3C(C)	3D	2C(0)	3C(C)	NA	1		
	Cefalea tensional		1B	1B		NA	NA		1B	1		
Enfermedad cardiovascular	Ictus		3A	3A	2D	3A	3A	2D	NA	1		
	IAM no mortal		3A	2D	3A	2D	3A	2C	3A	2C	NA	1
	Angina		2A	3D	2A	3D	2A	3D	2A	3D	NA	1
	Hipertensión		2B/1A		2B		2B/1B		2B		2B	1
Tabaco			3C		2C		3C		2C		NA	1
Alteraciones metabólicas relacionadas con el síndrome metabólico	Diabetes mellitus		1B		1D		2C		1D		NA	1
	Hipercolesterolemia		1D		1D		1D		1D		NA	1
	Hipercolesterolemia y diabetes		1C		1C		1C		1C		NA	1
	IMC entre 25-30 kg/m²		2B		1B		2B		1B		NA	1
	IMC >30 kg/m²		3B		2B		3B		2B		NA	1
Enfermedades Digestivas	Enfermedad inflamatoria intestinal		2D		1D		2D		1D		NA	1
	Antecedentes de hepatitis C		2C		2C		2C		2C		NA	1
	Hepatitis aguda		4D	3D	4D	3D	4D	2D	4D	2D	NA	1
	Cirrosis		NA		NA		NA		NA		NA	1





## Supervivientes de cáncer y criterios de elegibilidad de THM

CONDICIÓN		THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	THM local <sup>1</sup>
		Oral	Trsd	Oral	Trsd		
Cáncer de mama	BCS (HR-)	2B	2B	2B	2B	2B	2D
	BCS (HR+)	3C	3C	3C	3C	4A	2D
	Portadora BRCA1	2C	2C	2C	2C	NA	1D
	Portadora BRCA2	2D	2D	2D	2D	NA	1D
Otros cánceres	Cáncer de ovario	1B	1B	1B	1B	1B	1D
	Cáncer de endometrio	2C	2C	2C	2C	2C	1D
	Cáncer de cérvix	2C	2C	2C	2C	2C	1D
	Cáncer de colon	1C	1C	1C	1C	NA	1D
	Cáncer de pulmón	2C	2C	2C	2C	NA	1D
	Melanoma	2C	2C	2C	2C	NA	1D



## Interacciones farmacológicas y criterios de elegibilidad de THM

CONDICIÓN		THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	THM local <sup>1</sup>
		Oral	Trsd	Oral	Trsd		
Interacciones farmacológicas	Antihipertensivos	1/2	1	2	1	2	1
	Estatinas	1/2	1	1/2	1	1/2	1
	Ansiolíticos/hipnóticos	1	1	1	1	1/2	1
	Analgésicos/antiinflamatorios	1	1	1	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1	1	1	1
	Inhibidores de la aromatasa	4	4	4	4	4	1
	Antidiabéticos orales	1	1	1	1	1	1
	Insulina	1	1	1	1	1	1
	Hormonas tiroideas	1	1	1	1	1	1
	Broncodilatadores	1	1	1	1	1	1
	Anticoagulantes	1/2	1	1/2	1	2	1
	SERMS	4	4	4	4	4	1
	Corticoides	2	2	2	2	2	1
	Antiepilépticos	4	3	4	3	4	1
	Antibióticos inhibidores enzimáticos (rifampicina/rifbutina)	2	2	2	2	2	1
	Antineoplásicos	4	4	4	4	4	1
	Inmunosupresores	3	3	3	3	3	1
	Antifúngicos orales	1/2	1	1/2	1	1/2	1
	Antirretrovirales	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1
	Dopaminérgicos	2	2	2	2	2	1
	Litolíticos	3	2	3	2	3	1
	Neuroestimulantes	2	2	2	2	2	1
	Antitiroideos	2	2	2	2	2	1
	Antipsicóticos	2	3	2	3	1	1

# Síndrome Genitourinario de la menopausia

Conjunto de signos y síntomas asociados al déficit estrogénico que aparecen en los genitales externos, tejidos del suelo pelviano, vagina, uretra y vejiga. Incluye las disfunciones sexuales asociadas

Prevalencia:

- 25% perimenopáusicas
- 50% menopáusicas
- 70% > 70 años



## Síntomas

- Sequedad vaginal (más frecuente)
- Disminución de lubricación con la actividad sexual
- Disconfort o dolor con la actividad sexual
- Sangrado poscoital
- Disminución de la excitación, del orgasmo y del deseo
- Irritación, ardor o prurito vulvar o vaginal
- Disuria
- Urgencia/frecuencia miccional

## Signos

- Disminución de la hidratación
- Disminución de la elasticidad
- Reabsorción de labios menores
- Palidez/eritema
- Pérdida de rugosidades vaginales
- Pérdida de carúnculas himeneales
- Fragilidad tisular/fisuras/petequias
- Prolapso o eversión uretral
- Prominencia del meato uretral
- Retracción uretral
- Infecciones del tracto urinario recurrentes



# Fisiopatología



**Cambios fácilmente apreciables durante la exploración**

Definimos **Salud Vaginal** como el estado de la vagina que mantiene las condiciones fisiológicas adecuadas a la evolución de la edad de la mujer, que no produce sintomatología local, y permite una vida sexual satisfactoria.



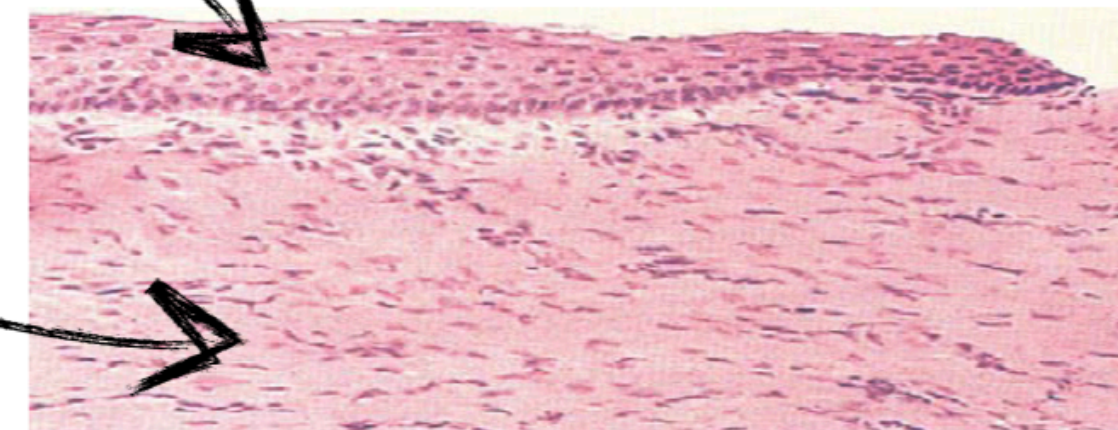
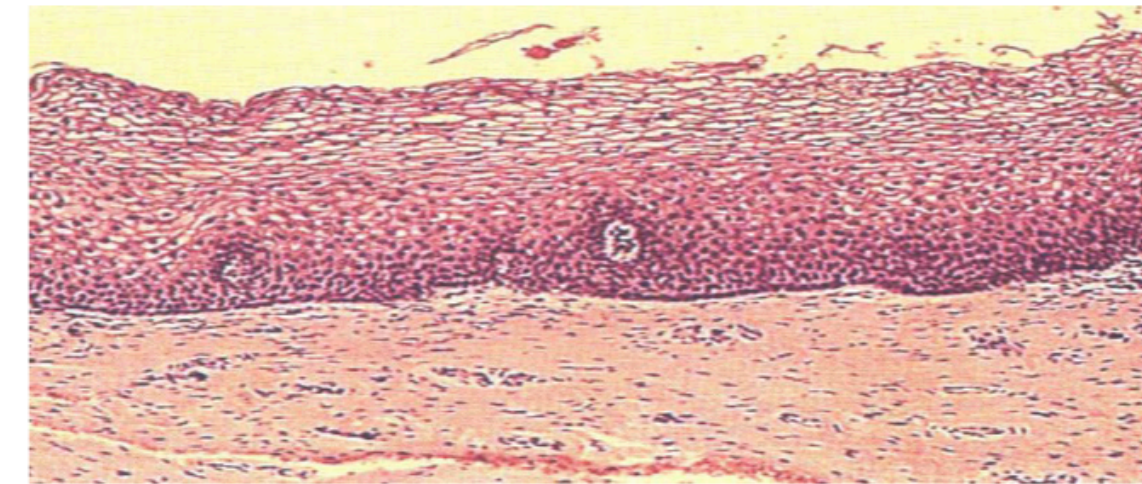
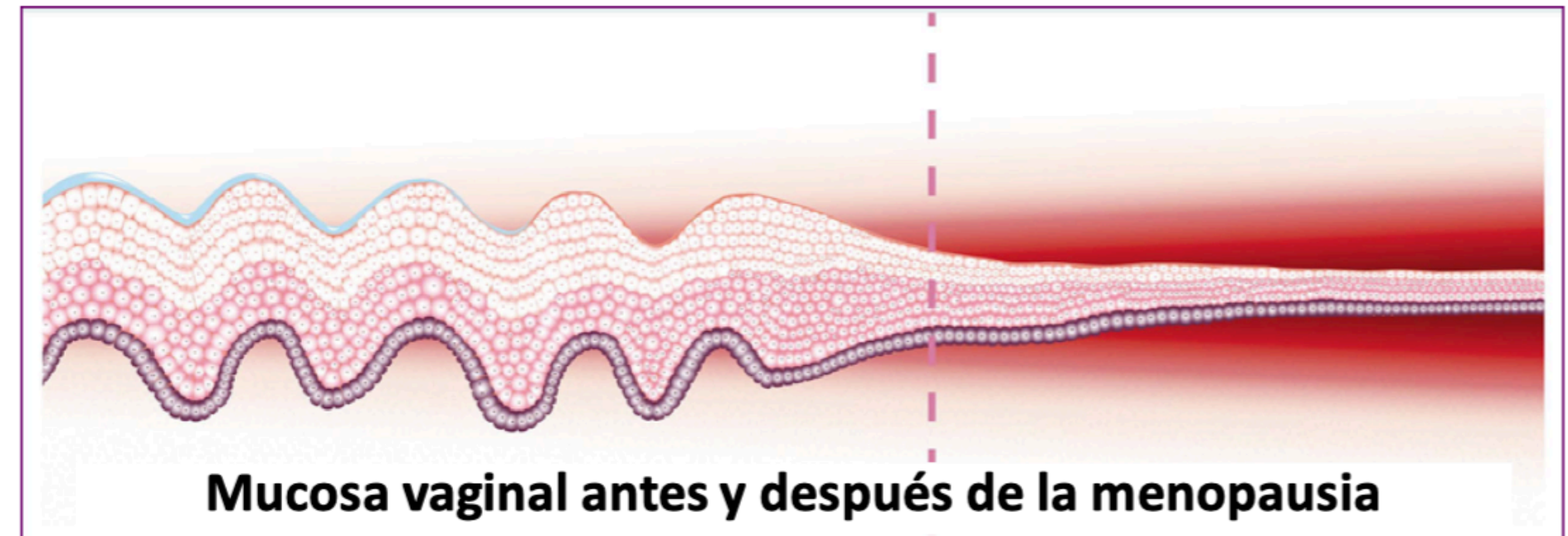
# Mucosa vaginal

Cambios en la Menopausia

## Epitelio escamoso poliestratificado

Debido a la **disminución de estrógenos** se producen **cambios en en epitelio vaginal** que dan lugar a la AVV

- ▶ **Adelgazamiento del epitelio**  
Disminución de células superficiales  
Aumento de células parabasales
- ▶ **Disminución de la vascularización**
- ▶ **Aumento del pH**
- ▶ **Disminución de las colonias de lactobacilos**





# Diagnóstico

- Anamnesis
- Exploración
  - Vagina pálida
  - Pérdida de pliegues
  - Escaso vello pubis
  - Disminución de elasticidad y turgencia vulvar
  - Estrechamiento del introito
  - Disminución de la humedad
  - Fusión y reabsorción de labios menores

# Tratamiento

- Cambios en el estilo de vida
  - Obesidad
  - Escasa actividad física
  - Tabaquismo
  - Actividad sexual
  - Dieta saludable
- Tratamientos farmacológicos no hormonales
- Tratamientos farmacológicos hormonales.
- Tratamientos no farmacológicos.

## Tratamientos No hormonales

- Lubricantes (base agua o silicona)
- Hidratantes vaginales (ácido hialurónico)
- Acido hialurónico inyectable

# Tratamientos Hormonales

- Estrógenos locales

Compuesto	Presentación	Dosis de mantenimiento
Estriol	Óvulos	0,5 mg (2 x semana)*
	Crema vaginal	0,5 g/día (1 mg/g) (2 x semana)*
	Gel vaginal	1 g (50 mcg/g) (2 x semana)*
Promestrieno	Crema vaginal	1 g/día (10 mg/g)
17 $\beta$ -Estradiol	Comprimidos vaginales	10 mcg (2 x semana)*
	Anillo vaginal	7,5 mcg/día (durante 90 días)

\* Comienzan con aplicación diaria las 2-3 primeras semanas para pasar después a dosis de mantenimiento.

Fuente: Grupo de Jóvenes Expertos de la AEEM.

Nuevo financiado: Estradiol 10 mcg



- Ospemifeno (tto.oral)
- Prasterona vaginal



# Tratamientos no farmacológicos

- **Láser**

Su acción se basa en que el efecto térmico se produce un aumento de células y glucógeno celular, existiendo como consecuencia una recuperación del trofismo vaginal. Aunque su evidencia actual disponible es baja, todos los estudios disponibles muestran mejoría del SGUM. Una indicación importante es para las pacientes supervivientes de cáncer de mama.
- **Radiofrecuencia**

También por efecto térmico y produce del mismo modo cambios histológicos. La evidencia disponible es escasa.

# Insuficiencia Ovárica Primaria

Pérdida de la  
función  
hormonal  
ovárica en  
una mujer  
menor de 40  
años

↓ Actividad  
folicular  
↓ 40 años  
↓ Estrógenos  
↓ Fertilidad  
↑ FSH/LH  
Amenorrea

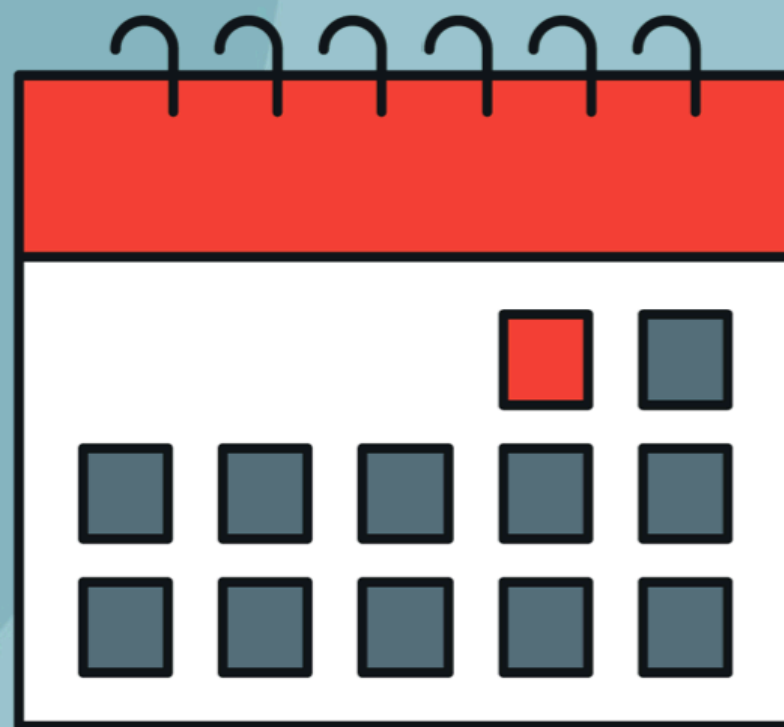
NO es  
permanente:

- 50% recuperan  
función,  
impredecible
- 5-10% gestación  
espontánea

## Criterios diagnósticos



**Edad < 40 años**



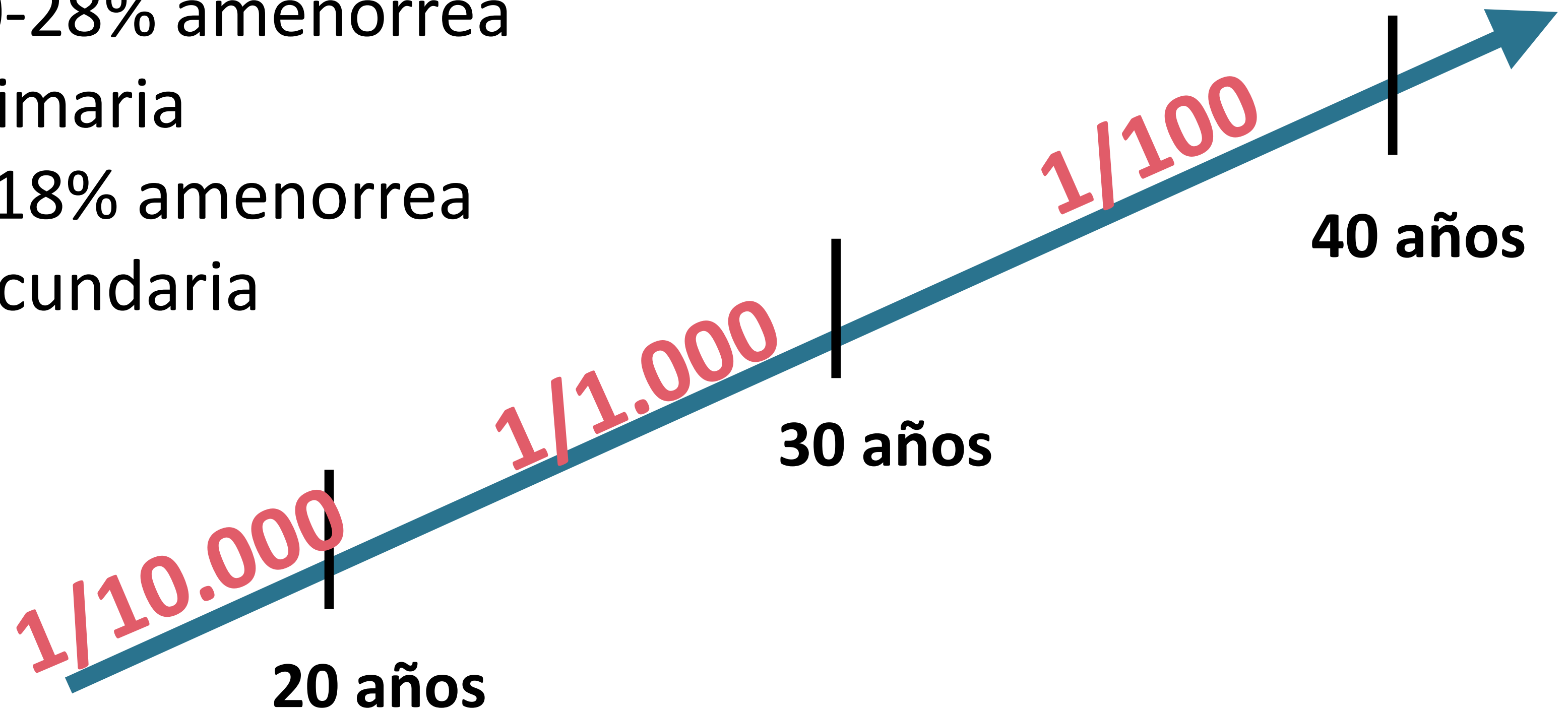
**Amenorrea > 3 meses**



**FSH > 40 mUI/mL (2 veces)**

## Incidencia

- 1-4% población
- 10-28% amenorrea primaria
- 4-18% amenorrea secundaria





# Incidencia

<b>IOP origen espontáneo</b>	Idiopática (50 %)	
	Genética	Alteraciones del cromosoma X (5 %): monosomía X, trisomía X, deleciones, traslocaciones, síndrome X frágil
		Alteraciones autosómicas: mutación del receptor FSH, síndrome de Bloom, ataxia telangiectasia, anemia de Fanconi, mutación del gen FOXL2
	Autoinmune	Patología tiroidea autoinmune, síndrome de Addison, diabetes mellitus, síndrome poliglandular autoinmune tipos 1 y 2
	Infecciosa	Ooforitis por parotiditis, tuberculosis, malaria, varicela, <i>Shigella</i> , citomegalovirus, herpes simple
	Metabólica	Déficit de 17- $\alpha$ -hidroxilasa, galactosemia, déficit de aromatasa
<b>IOP de origen iatrogénico (25 %)</b>	Quimioterapia Radioterapia Embolización de vasos pelvianos Ooforectomía Histerectomía	

Fuente: Nelson LM. Primary Ovarian insufficiency. *N Engl J Med*. 2009;360:606-14.

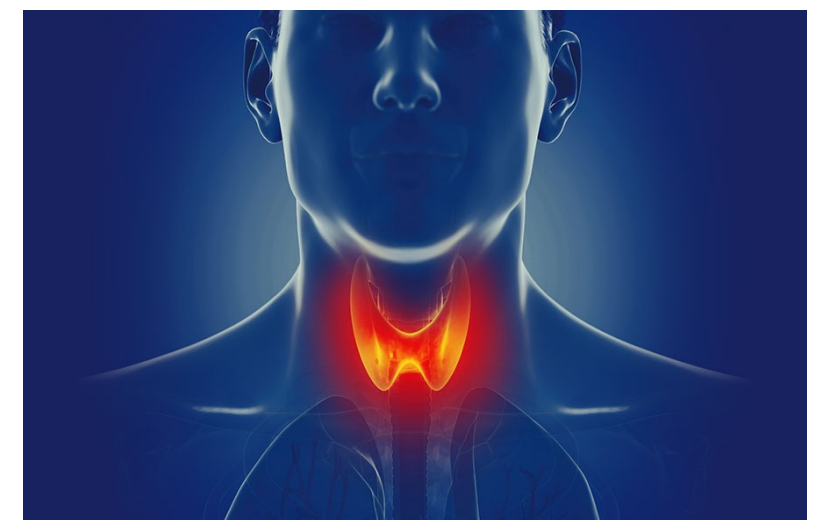
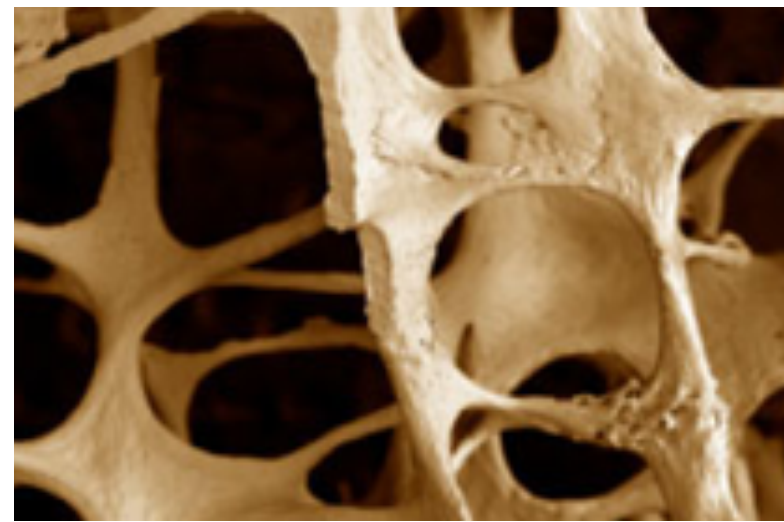
## Clínica

**Amenorrea**

**Esterilidad**

**Síntomas de hipoestrogenismo**

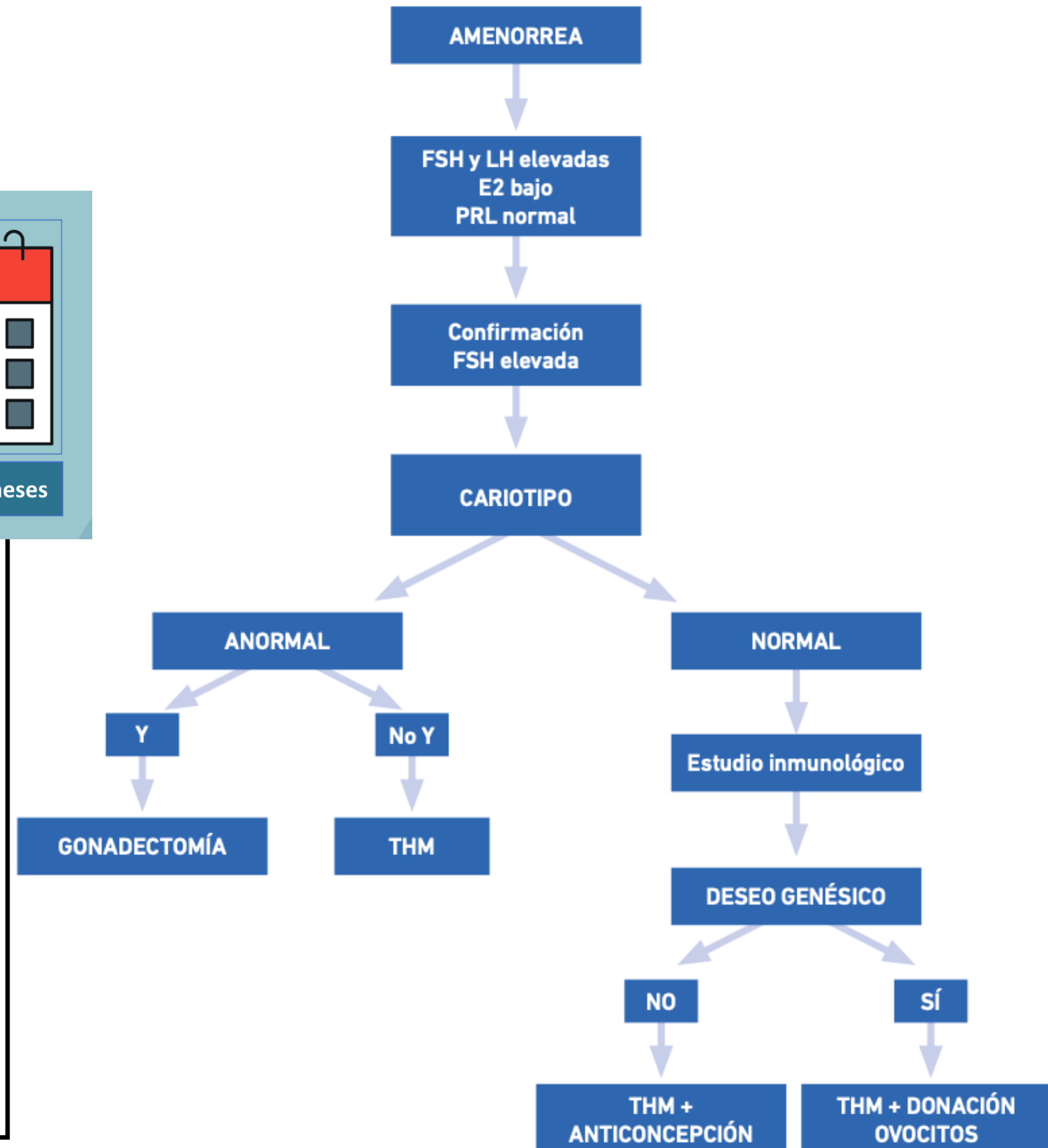
# Consecuencias





# Diagnóstico

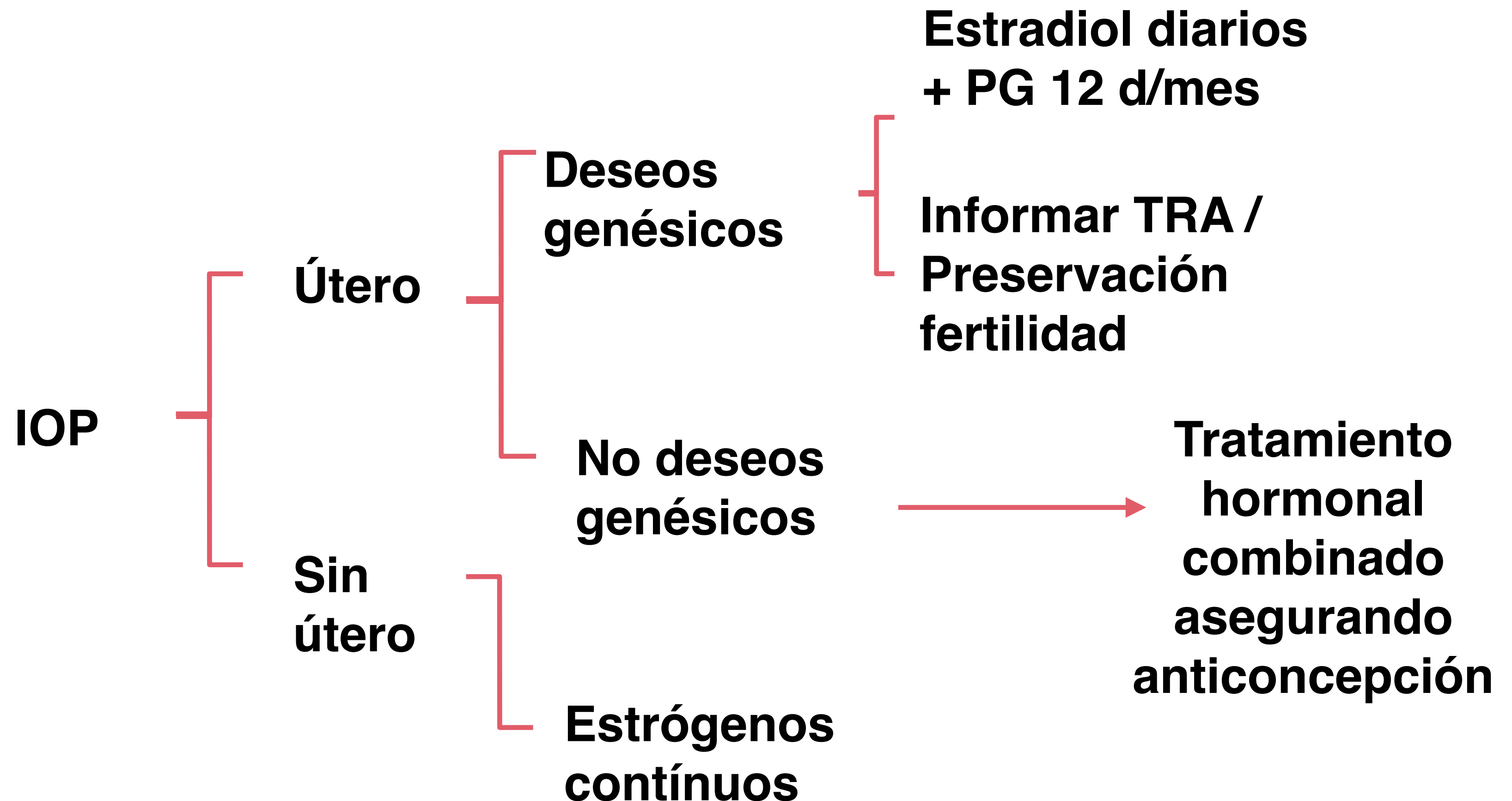
- Anamnesis
- Exploración
- Ecografía transvaginal
- Analítica: completa y hormonal. Test embarazo
- Cariotipo, estudio inmunológico.
- DMO





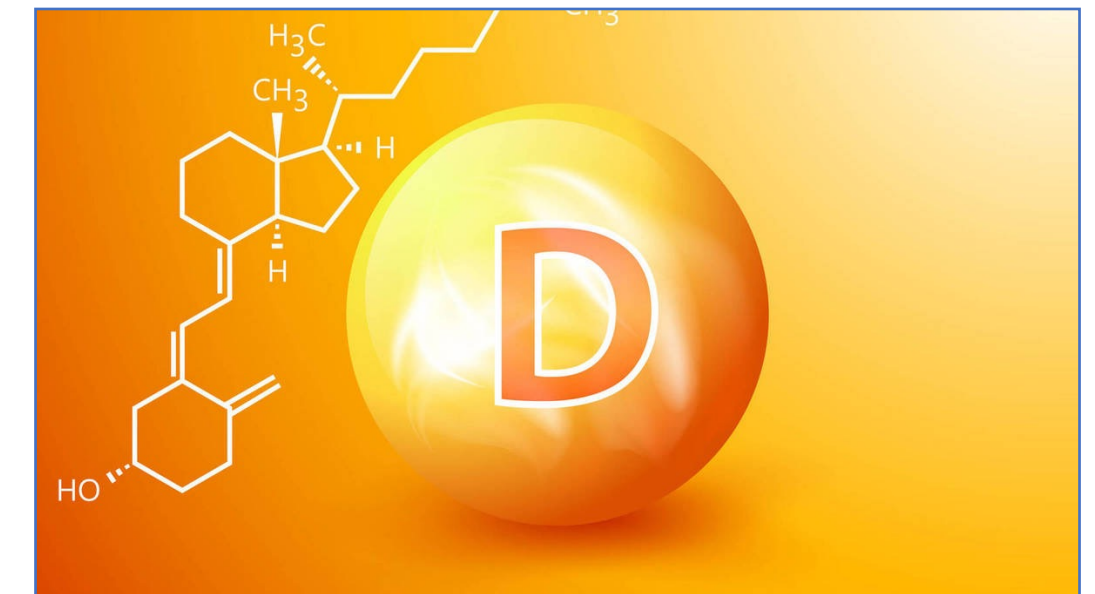


# Tratamiento





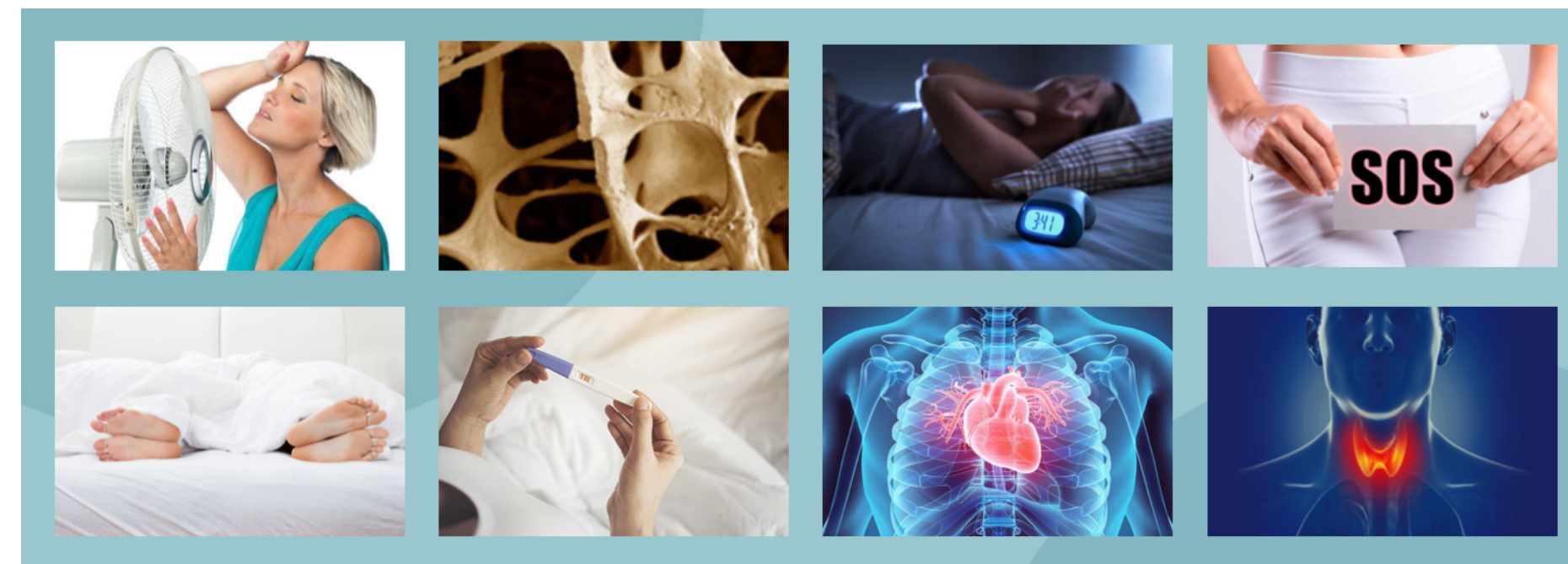
# Tratamiento





# Seguimiento anual

- Síntomas de hipoestrogenismo.
- Signos de alarma de insuficiencia suprarrenal.
- Anual: peso, TA, hábito tabáquico.
- Cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios
- Analítica: metabólico y THS.
- Sd. Turner: añadir perfil lipídico y Hb glicosilada.
- DMO: bianual.





# MANUAL BÁSICO DE MENOPAUSIA

Grupo de Jóvenes Expertos  
de la Asociación Española  
para el Estudio de la Menopausia  
(AEEM)

L. Nieto Pascual  
E.M. Iglesias Bravo  
M.J. Cuerva González



## Criterios de Elegibilidad de la terapia hormonal de la menopausia (THM)



# Material Complementario

## Criterios elegibilidad THM

<https://aeem.es/wp-content/uploads/2022/07/criterios-de-elegibilidad-electronico-002.pdf>

## Manual básico de Menopausia

[https://aeem.es/wp-content/uploads/2020/05/n1870\\_libro-jovenes-aeem-04-05-20-alta.pdf](https://aeem.es/wp-content/uploads/2020/05/n1870_libro-jovenes-aeem-04-05-20-alta.pdf)

