

# CLIMATERIO: CONSIDERACIONES DIANÓSTICO-TERAPÉUTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

**Autor:** Dr. Eduardo García S., Residente de Medicina Familiar UC.

**Editora:** Dra. Isabel Mora M., Docente de Medicina Familiar UC.

**Fecha:** noviembre 2023.

**Portada:** La menopausia es una etapa que vivirán la mayoría de las mujeres en el mundo y el climaterio, que comienza unos años antes, se caracteriza por cambios hormonales importantes que condicionarán la aparición de síntomas y complicaciones susceptibles de requerir tratamiento. En este artículo revisaremos aspectos centrales diagnósticos y terapéuticos de estas condiciones.

**Palabras clave:** Climaterio, Menopausia, Terapia de reemplazo hormonal, APS, Medicina Familiar.

## INTRODUCCIÓN

La menopausia es definida retrospectivamente como el cese de menstruaciones espontáneas por 12 meses<sup>(1)</sup> y el climaterio corresponde a la etapa de vida de la mujer en que declina la capacidad reproductiva y se inicia entre 4 a 6 años antes de la menopausia y se prolonga hasta la senectud<sup>(2)</sup>.

Mundialmente, la mayoría de las mujeres entra en menopausia a la edad entre 49 a 52 años<sup>(1)</sup>. En Chile, el Censo 2017 identifica que 51% de la población es de sexo femenino y, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, aproximadamente 1,3 millones de mujeres entre 45 y 64 años cursan con menopausia<sup>(3)</sup>.

Respecto a los cambios en estas etapas, el primero que se produce en los ciclos menstruales es una disminución del intervalo entre ellos, seguido por un alargamiento de estos que puede aumentar hasta 40 – 50 días. Posteriormente, las mujeres desarrollan ciclos anovulatorios intercalados con ovulatorios. Los síntomas vasomotores (bochornos y sudores nocturnos) son los más comunes durante la menopausia y se reportan en el 80% de las mujeres menopáusicas. El síndrome genitourinario de la menopausia produce atrofia y sequedad vaginal y puede provocar molestias, prurito y dispureunia. Los estudios sugieren que afecta entre un tercio y casi la mitad de las mujeres menopáusicas, y que los síntomas aumentan durante la postmenopausia tardía. Otros síntomas (como del estado de ánimo, cognitivos, etc.) se consideran atípicos porque no se han relacionado de forma concluyente con los cambios hormonales propios de la menopausia<sup>(4)</sup>.

Si bien el climaterio es una etapa natural en el ciclo de vida de la mujer, el hipoestrogenismo determina cambios fisiopatológicos que deterioran su calidad de vida y favorece el desarrollo de enfermedades crónicas. Se ha visto que el 80% de las mujeres en Chile tiene un puntaje alterado en encuestas de calidad de vida relacionadas con los síntomas de la menopausia<sup>(2)</sup>.

## ¿QUÉ ASPECTOS DEL ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y DE SEGUIMIENTO SON RELEVANTES AL ENFRENTARSE A UNA PACIENTE EN ETAPA DE CLIMATERIO?

La atención de salud de la mujer en el climaterio corresponde a todos los miembros del sistema de salud (matronas/es, nutricionistas, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, kinesiólogos/as, médicos/as, etc.). En la red de salud pública, el acceso se centraliza a través de la matrona o matrón del Centro de Salud de Atención Primaria.

En relación al proceso clínico, en Atención Primaria de Salud este se divide principalmente en mínimo 3 controles:

- **Primer control (ingreso a la atención profesional)**, que incluye estimación de riesgo cardiovascular y oncológico:
  - Anamnesis:
    - Próxima y remota.
    - Evaluación de calidad de vida: aplicación es escala Menopause Rating Scale (MRS).
    - Riesgo de osteoporosis: aplicación de FRAX.
    - Examen de medicina preventiva modificado (incluye aspectos emocionales con detección de depresión).
    - Cálculo del riesgo cardiovascular<sup>(5)</sup> a 10 años<sup>(2)</sup>.
  - Examen físico general: estatura, peso, cálculo de índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura, presión arterial, examen físico de mama, etc.
  - Examen ginecológico: inspección de vulva y vagina, especuloscopía, tacto vaginal (útero y anexos) y toma de muestra para citología cervical (Papanicolaou).
  - Solicitud de exámenes radiológicos y de laboratorio: exámenes según programa cardiovascular, mamografía<sup>(5)</sup> (indispensable)<sup>(2)</sup>, hemograma-VHS (si sangrado anómalo), VDRL o RPR, VIH, colesterol HDL, triglicéridos<sup>(5)</sup> (indispensable)<sup>(2)</sup>, TSH, FSH (sólo en casos en que se quiera evaluar fertilidad en perimenopausia), orina completa y/o ecotomografía ginecológica preferentemente transvaginal (cuando hay útero, especialmente si examen ginecológico es anormal).
  - Educación y consejería<sup>(5)</sup>.

La escala MRS es un instrumento que fue originalmente desarrollado por Schneider & Heinemann en 1996, el cual se basa en 11 grupos de síntomas relacionados al climaterio que se encuentran reunidos en 3 dominios: psicológico, somático y urogenital<sup>(5)</sup>. Sus objetivos son: (1) medir la calidad de vida relacionada con la salud o la gravedad de los síntomas, (2) medir los cambios a lo largo del tiempo, (3) medir los cambios antes y después de la terapia hormonal y (4) realizar mediciones estandarizadas<sup>(6)</sup>. La mujer califica la relevancia de sus síntomas en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (síntomas severos); el puntaje se calcula por dominio y también como suma total. Esta escala ha sido validada en Chile y puede ser autoadministrada<sup>(5)</sup>.

- **Segundo control**, agendado a los 3 meses como límite. Incluye detección de riesgos, definición del plan de atención personalizado, educación y consejería, decisión de iniciar tratamientos hormonales y/o no hormonales, y derivaciones si corresponden.
- **Tercer control y posteriores (de seguimiento)**, si la paciente se encuentra en terapia de reemplazo hormonal (TRH) o presenta factores de riesgo que requieren mayor seguimiento, las pacientes se deben controlar a los 6 meses después del control anterior y, posteriormente, de forma anual. En estos se deben evaluar los resultados de las intervenciones, repetir la escala MRS junto con las medidas antropométricas (peso, IMC, circunferencia de cintura), presión arterial y revisar exámenes de acuerdo al plan de atención personalizado, redefiniéndolo o ajustándolo de acuerdo a los cambios observados<sup>(5)</sup>.

## ¿A QUIÉNES INDICAR TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL (TRH) Y QUÉ CONSIDERACIONES SE DEBEN TENER?

Según la British Medical Journal, donde se revisan recomendaciones de guías internacionales (2014-2022), estas coinciden en que la indicación para prescribir TRH son los síntomas de la menopausia<sup>(7)</sup>. Según el puntaje de la escala MRS, se considera TRH muy necesaria a mujeres con puntaje total ≥ 15 puntos; y se considera TRH adecuada a mujeres con puntaje total ≥ 8 puntos o dominio somático ≥ 8 puntos o dominio psicológico ≥ 6 puntos o dominio urogenital ≥ 3 puntos<sup>(2,5)</sup>.

Según las Orientaciones Técnicas de Climaterio del Ministerio de Salud, en Atención Primaria de Salud, la indicación de TRH debería realizarla un/a médico/a general capacitado/a, farmacoterapia que podrá ser controlada en su aplicación por matrón/a capacitado/a bajo supervisión médica y que podrían ser tratadas en este nivel de atención aquellas mujeres que cumplen con la condición de ser sanas o de baja complejidad, no constituyendo contraindicación, como aquellas con hipertensión arterial (HTA) o diabetes mellitus (DM) compensadas y sin daño de parénquima, entre otros diagnósticos. El resto de casos o si presentan contraindicaciones deberían ser derivados a nivel secundario<sup>(5)</sup>.

Las **contraindicaciones** de TRH son:

- **Absolutas:** cáncer hormono-dependiente<sup>(2)</sup> (cáncer de endometrio activo o cáncer de mama presente o pasado)<sup>(5)</sup>, enfermedad tromboembólica activa (trombosis venosa profunda<sup>(2)</sup>, tromboembolismo pulmonar)<sup>(2,5)</sup>, sangrado uterino anormal o de causa no aclarada, enfermedad coronaria o accidente cerebrovascular previos<sup>(2)</sup>, hepatopatía aguda<sup>(5)</sup>.
- **Relativas:** antecedente de enfermedad cardiovascular, factores de alto riesgo cardiovascular en > 60 años, alto riesgo de enfermedad tromboembólica, porfiria, cáncer de endometrio tratado<sup>(2)</sup>, lupus eritematoso<sup>(5)</sup>.

Las siguientes son algunas de las **consideraciones relevantes** para prescribir TRH:

- Los mayores beneficios se obtienen iniciando la terapia lo más precozmente posible, durante la ventana de oportunidad: hasta los 10 años de la menopausia.
- Se debe indicar la dosis más baja que logre el control de la sintomatología.
- No existe evidencia que permita decir que el uso de esquemas secuenciales o continuos sean mejor uno que el otro.
- La vía que no confiere riesgo adicional de eventos venosos tromboembólicos es la transdérmica (gel o aerosol) y debe preferirse en pacientes que presenten algún factor de riesgo de trombosis venosa o si la mujer lo prefiere.
- Los efectos sistémicos del estrógeno local en dosis bajas, para tratamiento local genitourinario, son insignificantes debido a su mínima absorción; no requieren progestágeno<sup>(2)</sup>. La TRH tópica vaginal no sería de primera línea para el síndrome genitourinario de la menopausia<sup>(8)</sup>.
- Se puede usar la TRH indefinidamente, mientras no se presente alguna contraindicación y se mantenga la vigilancia en cada caso particular<sup>(2)</sup>.
- En caso de TRH sistémica, si la mujer presenta útero, se debe prescribir estrógeno asociado a una progestina, y si es hysterectomizada, estrógeno solo<sup>(5)</sup>.
- Las recomendaciones de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) para la prevención primaria de enfermedades crónicas, en personas postmenopáusicas, desaconsejan el uso de estrógenos y progestágenos combinados, y en personas postmenopáusicas hysterectomizadas, desaconsejan el uso de estrógenos solos (certeza moderada de la evidencia, no tendría un beneficio neto). Esto no aplica para

personas que están considerando la TRH para el tratamiento de los síntomas postmenopáusicos, como los bochornos o la sequedad vaginal<sup>(9)</sup>.

- En cuanto a eficacia, la TRH sistémica (con o sin progestágenos) disminuye la frecuencia y severidad de los bochornos en aproximadamente 75% y los estrógenos vaginales en dosis bajas mejoran los síntomas genitourinarios en aproximadamente 60 a 80%<sup>(10)</sup>.

## ¿CUÁLES OTROS TRATAMIENTOS SE PUEDEN OFRECER A MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO?

Para todas las pacientes se debería considerar la promoción de estilos de vida saludables<sup>(2)</sup>.

Para los síntomas vasomotores, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la hipnosis clínica son eficaces para la reducción a corto plazo de los síntomas vasomotores y los trastornos del sueño asociados. La cimicifuga racemosa y las isoflavonas han demostrado ser eficaces en comparación con placebo, pero no significativamente más que los preparados hormonales, y carecen de formulaciones estándar.

Opciones farmacológicas no hormonales para los síntomas vasomotores se deben considerar para pacientes con contraindicaciones para la terapia hormonal y las que desean alternativas para estos síntomas. Se ha demostrado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) son eficaces para el tratamiento de los bochornos, pero los datos de ensayos comparativos directos de fármacos de ambas clases son limitados. Otras opciones de medicación no hormonal incluyen la gabapentina, la clonidina y la oxibutinina, pero los datos que respaldan su eficacia son limitados.

Los productos vaginales sin hormonas (humectantes y lubricantes) de venta libre son tratamientos de primera línea razonables para el síndrome genitourinario de la menopausia<sup>(8)</sup>.

## CONCLUSIONES

- En Chile, la menopausia tiene una prevalencia importante en mujeres entre 45-64 años. Al menos el 80% tendrá síntomas relacionados al climaterio y la mayoría tendrá afectada su calidad de vida.
- El enfrentamiento diagnóstico de las mujeres en etapa de climaterio debe ser realizada por equipos multidisciplinarios y, en el proceso clínico, se deben evaluar la calidad de vida (principalmente con la escala MRS), los riesgos cardiovascular, osteometabólicos y oncológicos, que son relevantes para decidir la terapia posterior.
- La TRH debe ser complementaria a los cambios del estilo de vida y muchas pacientes no tendrán indicación de esta terapia y se pueden considerar otros tratamientos (no farmacológicos y farmacológicos no hormonales), tomando en cuenta sus preferencias y deseos.

## REFERENCIAS

- (1) Takahashi TA, Johnson KM. Menopause. Med Clin North Am. [Internet]. 2015 May [cited 2023 Dec 11]; 99(3):521-34. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712515000218?via%3Dihub>.
- (2) López M, Vanhauwaert P, Barriga P, Lavín P, Porcile A, Parra M et al. Manual para manejo de la mujer en edad del climaterio. [Internet]. 2nd ed. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica; 2020 Apr [cited 2023 Dec 11]; 36 p. Available from: <https://socieg.org/Manual-Climaterio-SOCHEG-2020.pdf>.

- (3) Martorell M, Ramírez-Alarcón K, Labraña AM, Barrientos D, Opazo M, Martínez-Sanguinetti MA et al. Menopausia y factores de riesgo cardiovascular en mujeres chilenas. Rev. méd. Chile. [Internet]. 2020 Feb [cited 2023 Dec 11]; 148(2):178-186. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872020000200178&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000200178&lng=es).
- (4) McNeil MA, Merriam SB. Menopause. Ann Intern Med. [Internet]. 2021 Jul [cited 2023 Dec 11]; 174(7):ITC97-ITC112. Available from: [https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/AITC202107200?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/AITC202107200?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed).
- (5) Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el Nivel Primario de la Red de Salud (APS). [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2014 Jan [cited 2023 Dec 11]; 120 p. Available from: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf>.
- (6) Sourouni M, Zanger M, Honermann L, Foth D, Stute P. Assessment of the climacteric syndrome: a narrative review. Arch Gynecol Obstet. [Internet]. 2021 Oct [cited 2023 Dec 11]; 304(4):855-862. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-021-06139-y>.
- (7) Duralde ER, Sobel TH, Manson JE. Management of perimenopausal and menopausal symptoms. BMJ. [Internet]. 2023 Aug [cited 2023 Dec 11]; 382:e072612. Available from: <https://www.bmj.com/content/382/bmj-2022-072612.long>.
- (8) Chang JG, Lewis MN, Wertz MC. Managing Menopausal Symptoms: Common Questions and Answers. Am Fam Physician. [Internet]. 2023 Jul [cited 2023 Dec 11]; 108(1):28-39. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0700/menopausal-symptoms.html>.
- (9) Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Caughey AB, Chelmow D et al. Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. [Internet]. 2022 Nov [cited 2023 Dec 11]; 328(17):1740-1746. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797867>.
- (10) Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms: A Review. JAMA. [Internet]. 2023 Feb [cited 2023 Dec 11]; 329(5):405-420. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2801054>.