

Declaración del IMAP sobre la menopausia

Introducción

La menopausia es un diagnóstico retrospectivo: se define después de que una mujer o persona menstruante haya tenido amenorrea durante 12 meses. [\(1\)](#) En este momento, los niveles de estrógeno disminuyen, los ovarios ya no ovulan y la concepción espontánea ya no es posible. La edad promedio del último período menstrual (UPM) está entre los 46 y 52 años a nivel mundial. [\(2\)](#) La menopausia temprana ocurre entre los 40 y los 45 años, y la insuficiencia ovárica prematura se refiere a la menopausia que ocurre de forma espontánea antes de los 40 años de edad.

Cabe destacar que, aunque la mayoría de las sociedades profesionales define que la menopausia ocurre después de 12 meses de amenorrea, la Facultad de Salud Sexual y Reproductiva del Reino Unido la define como 12 meses en personas mayores de 50 años y 24 meses en aquellas entre 40 y 50 años de edad. [\(3\)](#) Consulte la Tabla 1 para ver un glosario de términos.

La transición a la menopausia es el inicio de los síntomas menopáusicos o irregularidades

Tabla 1: Glosario de términos

Término	Definición
Menopausia	Cese de los ciclos menstruales. El último período menstrual (UPM) se diagnostica después de 12 meses completos sin sangrado.*
Menopausia quirúrgica	Menopausia inducida por la extirpación de ambos ovarios.
Menopausia inducida	Cese de los ciclos menstruales debido a otras causas, como la quimioterapia.

Término	Definición
Menopausia temprana	Cese de la menstruación entre los 40 y 45 años, que no se debe a otras causas de amenorrea secundaria.
Insuficiencia ovárica prematura	Cese de la menstruación antes de los 40 años.
Transición a la menopausia	Inicio de los síntomas menopáusicos o irregularidades menstruales hasta el UPM.
Perimenopausia	La fase que incluye la transición a la menopausia hasta 12 meses después del UPM.

La Facultad de Salud Sexual y Reproductiva del Reino Unido la define como 12 meses en pacientes mayores de 50 años y 24 meses en pacientes entre 40 y 50 años de edad.

menstruales hasta el UPM. La perimenopausia abarca la transición a la menopausia (momento en el que puede seguir siendo necesaria la anticoncepción) y un año después del UPM, cuando se diagnostica oficialmente la menopausia. (4) Tanto la menopausia como la perimenopausia son momentos de gran transición. La perimenopausia está asociada con significativas fluctuaciones hormonales y una eventual reducción en la producción de estrógeno ovárico. En los primeros años después del UPM, los niveles de estrógeno aún pueden fluctuar pero, con el tiempo, disminuirán a un estado persistentemente bajo estrógeno. Estos cambios hormonales pueden tener profundos efectos físicos, emocionales y mentales.

La menopausia sucede naturalmente, pero también existen otros tipos. La menopausia quirúrgica se produce cuando ambos ovarios son extirpados quirúrgicamente. La menopausia también puede ser inducida después de tratamientos médicos, como la quimioterapia, que provocan el cese de la función ovárica. Esto puede ser permanente o reversible.

A nivel global, la esperanza de vida está aumentando, aunque varía según la ubicación geográfica. Algunas personas pueden pasar décadas en la perimenopausia y la menopausia. A menudo, no se satisfacen las necesidades de quienes están en la perimenopausia/menopausia. Reconocer y abordar estas necesidades es esencial

para garantizar la salud y el bienestar de esta población que con frecuencia se pasa por alto.

Propósito de la declaración

El propósito de esta declaración es definir el impacto de la perimenopausia y la menopausia en la salud, y analizar las opciones terapéuticas para abordar las necesidades de atención médica de esta población.

Público objetivo y partes interesadas

Esta declaración está dirigida principalmente a las Asociaciones Miembro de IPPF para definir los problemas de la perimenopausia y la menopausia y guiar la atención médica que brindan. También puede ser útil para el personal médico de atención primaria, para profesionales que atienden a pacientes durante la perimenopausia o menopausia, o para quienes tengan interés en el tema. Por último, esta guía también puede servir de referencia a otras organizaciones de salud sexual y reproductiva y a personas encargadas de elaborar las políticas, investigadoras o activistas.

Definir el problema

Síntomas de la perimenopausia y la menopausia

La perimenopausia puede preceder al cese de los ciclos menstruales por meses o años. Ocurren fluctuaciones hormonales más allá de las del ciclo menstrual normal, con mayores aumentos y

disminuciones en los niveles hormonales, como los del estradiol. Estos cambios pueden desencadenar una variedad de síntomas, aunque algunos tienen un impacto mínimo o nulo.

Sangrado:

El síntoma más común durante la perimenopausia es el sangrado irregular. Inicialmente, los ciclos menstruales pueden ser regulares y predecibles, pero eventualmente se vuelven irregulares en cuanto al tiempo, la duración y la cantidad. Los ciclos menstruales pueden ser más cortos, más espaciados o una combinación de ambos. Esto conduce a patrones de sangrado impredecibles, que puede ser problemático para algunas personas. La cantidad de sangrado también puede cambiar. Algunas personas experimentan un flujo más abundante que lo habitual, mientras que otras pueden notar un flujo más ligero. [\(1\)](#)

Aunque el sangrado irregular es común en la perimenopausia, el sangrado que es más frecuente, más abundante o prolongado y/o interespaciado entre períodos requiere una evaluación adicional. Esto es para descartar condiciones precancerosas (hiperplasia endometrial) o cancerosas, así como problemas estructurales (como pólipos endometriales). La evaluación puede consistir en diagnóstico por imágenes, biopsia endometrial o remisión para una evaluación adicional. Después de la menopausia, cualquier sangrado vaginal es anormal y debe ser evaluado. Las personas menores de 45 años deben ser evaluadas en busca de otras causas de amenorrea.

Síntomas vasomotores:

Otros síntomas de la perimenopausia y la menopausia incluyen los síntomas vasomotores (SVM), como los sofocos y los sudores nocturnos. Los sofocos se caracterizan por una sensación súbita e intensa de calor que a menudo comienza en el pecho y se extiende al cuello y la cabeza. Pueden ir acompañados de sudoración. La frecuencia y la intensidad pueden variar a lo largo de la perimenopausia y empeorar o disminuir una vez que se llega a la menopausia. Si bien los SVM

son una característica clásica de la perimenopausia y la menopausia, pueden no ser el síntoma más molesto. Preguntar sobre otros síntomas más allá de los SVM es importante para determinar si la persona está sufriendo de otras manifestaciones menos reconocidas de esta transición hormonal. [\(1\)](#)

Síntomas genitourinarios:

Los niveles más bajos de estrógeno provocan cambios en los tejidos de la vulva y la vagina: hay una disminución de colágeno, elastina y formación de vasos sanguíneos; los tejidos se vuelven más delgados, menos lubricados y menos flexibles; hay modificaciones del entorno vaginal y de la flora vaginal normal. En general, las poblaciones de lactobacilos disminuyen. Esto lleva a un aumento del pH y, potencialmente, a un mayor riesgo de infecciones vaginales, como la vaginosis bacteriana (VB). Diagnosticar VB en personas menopáusicas es difícil, ya que los criterios diagnósticos fueron desarrollados para personas premenopáusicas y los cambios naturales debido a la reducción en los niveles de estrógeno pueden imitar los signos y síntomas de la VB. [\(5,6\)](#) Todos los cambios mencionados anteriormente causan sequedad vaginal, irritación, ardor y dolor con la penetración vaginal. También pueden volverse más comunes la incontinencia urinaria por esfuerzo y las infecciones del tracto urinario y vaginal. [\(6\)](#) La combinación de estos cambios en los tejidos y los síntomas conforman el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM).

Cambios cognitivos, conductuales y de humor:

Los cambios de humor también son comunes durante la perimenopausia. La irritabilidad, la ansiedad y la depresión pueden comenzar o empeorar en aquellas personas con antecedentes previos. Los síntomas pueden volverse debilitantes y la persona puede necesitar terapia rápida para minimizar el impacto en el bienestar. Puede ser apropiado el uso de terapia cognitivo-conductual, medicamentos psiquiátricos o terapia hormonal. Debido a que las fluctuaciones hormonales son frecuentemente el desencadenante de la alteración del estado de ánimo, estos síntomas

pueden mejorar una vez que se haya pasado la perimenopausia, cuando se establece un estado hipestrogénico estable. (1) La calidad del sueño puede verse afectada, con dificultad para conciliar o mantener el sueño. El despertar en medio de la noche y no poder volver a conciliar el sueño es una queja frecuente de pacientes en la perimenopausia. Los sofocos también pueden interrumpir el sueño. Algunos son tan intensos que las personas necesitan cambiar su ropa de cama. (1)

También se han informado cambios cognitivos. Muchas personas perimenopáusicas experimentan “niebla cerebral” (dificultad para concentrarse), cambios en la memoria a corto y largo plazo, problemas para encontrar palabras y la sensación de no estar tan cognitivamente “agudas” como antes. Estos síntomas pueden ser lo suficientemente graves como para afectar el funcionamiento diario, tanto en el trabajo como en el hogar. Los cambios cognitivos pueden causar una gran angustia adicional, ya que las personas pueden preocuparse de que los síntomas indiquen el inicio de la demencia o un declive cognitivo significativo y permanente. Afortunadamente, la niebla cerebral a menudo mejora o se estabiliza con el tiempo y no está asociada con un riesgo futuro de demencia. (7)

Es común que la libido esté más baja durante la perimenopausia y la menopausia. La libido es multifacética y puede verse afectada por fluctuaciones hormonales, factores estresantes de la vida, cambios físicos, incluido el SGM, factores relacionales y salud mental, entre otros. Dada la etiología compleja de la libido baja durante este período, a menudo se necesita un enfoque de atención múltiple, que incluye la derivación a una persona especialista con experiencia en el tratamiento de estos problemas. (8)

Otros cambios:

Otros cambios que pueden notarse durante la perimenopausia y la menopausia abarcan una mayor prevalencia o gravedad del síndrome metabólico, la grasa abdominal, el colesterol y la

aterosclerosis. Estos cambios están asociados con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). El tipo de menopausia también aumenta la ECV: la menopausia temprana y quirúrgica presenta un mayor riesgo que la menopausia natural. (9)

También se producen cambios en la piel debido a la pérdida de colágeno y la pérdida de definición muscular. Durante esta transición, hay una pérdida aproximada del 30 % de músculo esquelético y colágeno cutáneo. (7) Aumentar el entrenamiento de resistencia y fuerza puede ayudar a mitigar la pérdida de masa muscular y mejorar las capacidades físicas.

El sistema musculoesquelético presenta otros cambios, incluido un aumento del dolor articular y un aumento del catabolismo óseo. Esto puede llevar a tener una baja masa ósea y osteoporosis. La terapia con estrógenos puede disminuir la resorción ósea y prevenir la osteoporosis y las fracturas óseas. (10,11)

Las personas pueden experimentar una amplia gama de síntomas durante la perimenopausia, y su presencia e intensidad pueden variar a lo largo de la transición a la menopausia. Por ejemplo, los síntomas del estado de ánimo y los cambios en el sueño pueden ser más frecuentes durante la perimenopausia, mientras que los síntomas vasomotores son más prominentes después de la menopausia. Cada persona tiene una vivencia única, y no hay un patrón o curso predecible.

Impacto de los síntomas

El impacto de los síntomas puede ir más allá de afectar a la persona e influir también en la familia, el entorno laboral y la productividad. Durante la perimenopausia y la menopausia, hay aumentos en el absentismo laboral y en el trabajo sin sentirse bien, ya que la falta de sueño, la niebla cerebral, la ansiedad y la depresión combinadas con los síntomas vasomotores pueden hacer que las personas se sientan mal. (12–14) A menudo las personas se sienten poco respaldadas en su entorno laboral y reportan una falta de

comprensión y conocimiento sobre sus síntomas. Brindar asesoramiento y educación a las personas (tanto a las empleadoras como empleadas) sobre los posibles síntomas, el impacto potencial y las opciones de tratamiento puede ayudar a aliviar el estrés y la incertidumbre que se vive durante este tiempo. Abordar y tratar los síntomas puede mejorar los problemas de productividad en el lugar de trabajo.

La fatiga, la depresión, la ansiedad y los cambios físicos pueden influir negativamente en las relaciones con la familia y las amistades, así como en el entorno del hogar. Los cambios hormonales de la menopausia a menudo corresponden con dinámicas cambiantes en el hogar, ya que las personas suelen estar divididas entre el cuidado de sus hijos/hijas y padres/madres mayores. Las personas también pueden experimentar sentimientos de tristeza y melancolía una vez que sus hijos/hijas mayores de edad han dejado el hogar. (15) Una alta resiliencia, es decir, la capacidad para hacer frente a todos estos cambios, y un fuerte apoyo familiar pueden reducir el impacto psicológico que los cambios podrían tener en el bienestar general. (16)

A nivel mundial, la prevalencia de los síntomas varía y los estudios demuestran hallazgos inconsistentes. Una revisión sistemática reciente descubrió un alto grado de variabilidad entre los estudios, pero se observaron tendencias generales. Los síntomas vasomotores fueron más frecuentes en personas negras que en personas blancas o de ascendencia asiática oriental, mientras que los trastornos del sueño fueron más comunes en mujeres blancas. (17) La mayor prevalencia general de síntomas vasomotores se encontró en las mujeres quechuas de Perú. (17) Un estudio de encuesta transversal global de personas en Japón, Europa y Estados Unidos descubrió que los síntomas más comunes informados fueron la fatiga, el dolor articular y la dificultad para dormir, seguidos de los síntomas vasomotores. El síntoma más molesto reportado fue el aumento de peso. (18) Los factores ambientales y culturales

también juegan un papel. Las mujeres de origen asiático indio que viven en el Reino Unido tenían una mayor prevalencia de síntomas vasomotores en comparación con aquellas que vivían en la India. Sin embargo, las mujeres bangladesíes, independientemente de su ubicación (Reino Unido o Bangladesh), tenían una mayor prevalencia de síntomas vasomotores en comparación con las mujeres europeas blancas. (19)

Cabe destacar que los países de ingresos medios y bajos parecen tener una edad de inicio de la menopausia más temprana y una mayor prevalencia de menopausia temprana. (20) Esto es especialmente relevante ya que hay nuevos datos que indican que la edad más temprana en la menopausia y la intensidad y duración de los síntomas vasomotores pueden correlacionarse con un aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular en el futuro. (11,21) Reconocer el inicio temprano de la menopausia ayudará al personal médico y demás profesionales de atención médica a asesorar sobre estrategias de prevención de enfermedades para intentar mejorar la salud y la longevidad.

Necesidad insatisfecha de terapia hormonal para la menopausia (THM)

La THM se refiere al uso de hormonas exógenas administradas de manera sistémica para tratar los síntomas perimenopáusicos y menopáusicos. La población general puede no estar al tanto de los signos y síntomas de la perimenopausia y la menopausia. También es posible que las personas no sepan que existen terapias, hormonales y no hormonales, sistémicas y locales, que pueden aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Esta falta de información a veces evita que las personas accedan a la atención médica para analizar y abordar sus necesidades perimenopáusicas y menopáusicas. No todas las personas querrán o necesitarán terapia, pero entender las opciones las ayuda a tomar las mejores decisiones de atención médica para sí mismas.

Otro obstáculo para acceder a la atención es la falta de educación, formación y conocimiento en las personas proveedoras de atención médica. Aunque la mitad de la población mundial vivirá la menopausia, se dedica poco tiempo a este tema en la educación médica. En 2002, la Iniciativa de Salud de las Mujeres (Women's Health Initiative, WHI) publicó un gran ensayo controlado aleatorizado sobre la terapia hormonal para la menopausia (THM). Allí afirmó que la THM aumentaba el riesgo de cáncer de mama y de enfermedades cardiovasculares en las usuarias. (22) Este estudio tuvo un impacto duradero y de gran alcance al reducir drásticamente el uso de la THM a nivel mundial, ya que el mensaje principal fue que la THM es arriesgada y debe usarse con moderación, si es que se usa. (23) Dos décadas después, con estudios y datos adicionales, se hace evidente una comprensión más matizada de los riesgos descritos en la WHI. Esta comprensión más profunda ha llevado a un enfoque más equilibrado de la THM que pondera de manera equitativa los riesgos y beneficios de esta terapia que podría cambiar la vida.

A nivel mundial, existen diferencias geográficas y étnicas en el uso de la THM. Se ha informado una tasa de uso más alta en personas blancas, europeas y norteamericanas, que en otras regiones. (17) Esto puede deberse a varios factores, incluido el acceso a profesionales de atención médica con conocimientos y comodidad en medicina menopáusica, el acceso a opciones terapéuticas y la falta de educación de pacientes sobre los síntomas y tratamientos de la menopausia. Claramente existe una necesidad de información más precisa, tanto para mujeres como para profesionales de atención médica, sobre los riesgos y beneficios de los diferentes tipos de THM (estrógeno solo, combinación de estrógeno-progestágeno, otros compuestos hormonales), según las condiciones y necesidades individuales.

Necesidad insatisfecha de anticoncepción

Un tema importante para las personas perimenopáusicas es la presencia de síntomas junto con la necesidad continua de

anticoncepción. A la par que experimentan síntomas menopáusicos tradicionales como los síntomas vasomotores, las personas perimenopáusicas aún pueden estar ovulando. Por ende, la concepción es posible, a pesar de la disminución de la fertilidad relacionada con la edad. Sin embargo, hasta el 75 % de los embarazos que ocurren después de los 40 años son no planificados. (24) Los embarazos no planificados son frecuentes en esta población, ya que tanto las personas como sus profesionales de atención médica a menudo creen que la persona ya no es fértil o que las posibilidades de embarazo son escasas. Muchas sociedades médicas recomiendan la anticoncepción hasta los 55 años o hasta que se confirme la menopausia. (1,3,25,26) Se deben analizar las opciones anticonceptivas para todas las personas perimenopáusicas y se debe aplicar un enfoque de riesgo/beneficio sobre el uso de los métodos. Afortunadamente, algunas opciones anticonceptivas pueden tratar los síntomas menopáusicos o combinarse con terapia hormonal para ayudar a abordar tanto la necesidad anticonceptiva como el tratamiento de los síntomas.

Menopausia e infecciones de transmisión sexual (ITS)

El uso de condones disminuye con la edad a medida que las personas se preocupan menos por la prevención del embarazo. Esta disminución en el uso genera un mayor riesgo y la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Abordar la necesidad continua de protección contra las ITS puede promover prácticas sexuales más seguras en todas las edades. (27)

Menopausia y VIH

Las personas con VIH están viviendo más tiempo y pasando más de sus vidas en la perimenopausia y la menopausia. No está claro si las personas que viven con VIH llegan a la menopausia antes que la población general. (28) Diagnosticar la menopausia en esta población puede ser complicado debido a que hay síntomas que se superponen entre el VIH y la perimenopausia/

menopausia. Por ejemplo, irregularidades menstruales y dolor en las articulaciones. Un aumento en los síntomas menopáusicos puede llevar a una disminución en la adherencia al tratamiento del VIH en esta población. (29) Las personas que viven con VIH tienen un mayor riesgo de padecer osteoporosis y enfermedades cardiovasculares, dos afecciones que también empeoran con la menopausia. (30,31)

Las personas que viven con VIH a menudo tienen un retraso en el diagnóstico de la menopausia y una disminución en el tratamiento con THM. Esto se debe a que quienes les proporcionan atención suelen tener preocupaciones sobre posibles interacciones de los medicamentos. Sin embargo, la THM no está contraindicada con los medicamentos contra el VIH concurrentes y puede ser particularmente beneficiosa para la prevención de la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares. (29)

Violencia sexual y de género (VSG)

Si bien la violencia sexual y de género (VSG) es más frecuente en poblaciones más jóvenes, las personas perimenopáusicas y menopáusicas también están en riesgo. Las personas que viven VSG tienen una mayor prevalencia de síntomas menopáusicos, incluidos los síntomas vasomotores, el insomnio y el SGM. (32) La detección de la VSG actual y pasada ayudará a identificar a las personas en riesgo de sufrir violencia y a aquellas con mayor riesgo de sufrir síntomas perimenopáusicos y menopáusicos molestos.

Revisión de la evidencia disponible y orientación para personas sintomáticas

Al considerar el mejor enfoque terapéutico para personas sintomáticas, hay varios criterios importantes para la orientación. En primer lugar, ¿la persona necesita anticoncepción? Si es así, el mejor tratamiento puede ser un anticonceptivo hormonal combinado o un anticonceptivo que solo contenga progestina combinado con estrógeno. Estas también son opciones

apropiadas para una persona que experimenta sangrado molesto, como menstruaciones frecuentes o más abundantes. Si no se necesitan terapias anticonceptivas o para el sangrado, la terapia hormonal tradicional con estrógeno y progestágeno suele ser la opción de tratamiento de primera línea más razonable. No hay una solución única para las terapias perimenopáusicas y menopáusicas. La persona y su profesional de atención médica deben decidir el mejor enfoque, sabiendo que pueden ser necesarios ajustes si los síntomas no se abordan adecuadamente.

Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

La AHC, incluida la vía oral, transdérmica y vaginal, puede prevenir el embarazo y abordar varios síntomas, como el sangrado irregular, los cambios de humor y los síntomas vasomotores. En pacientes saludables, sin otras comorbilidades o contraindicaciones médicas (según los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS), la AHC podría usarse hasta los 55 años. (33,34)

Anticoncepción combinada con terapia con estrógenos

Otra opción es la anticoncepción que solo contiene progestina combinada con terapia con estrógenos. La terapia con estrógenos, por vía oral, transdérmica o vaginal, puede combinarse de manera segura con anticonceptivos de progestina, ya sean píldoras orales o sistemas intrauterinos. Los productos con estrógeno, particularmente en vías no orales (transdérmicas o vaginales), tienen menos restricciones de uso que el etinilestradiol oral, utilizado en la mayoría de los anticonceptivos hormonales combinados, y pueden aliviar mejor los síntomas. Si las personas tienen síntomas perimenopáusicos persistentes incluso con AHC, puede ser de ayuda cambiar a una AHC con un estrógeno diferente al etinilestradiol (como estetrol o estradiol) o a una opción de progestina sola con terapia con estrógeno. Consulte la Tabla 2 para obtener orientación sobre cómo combinar opciones de progestina sola con terapia con estrógenos. (33)

Tabla 2: Uso de métodos anticonceptivos que solo contienen progestina en combinación con terapia con estrógenos

Método		Uso recomendado
MPS	Noretindrona	Dosis mínima diaria de 0,35 mg
	Drospirenona	Dosis diaria de 4 mg
Implante de etonogestrel		No aprobado aunque los datos demuestran adelgazamiento endometrial
SIU	52 mg de levonorgestrel	Aprobado en Europa para 5 años de uso con terapia de reemplazo hormonal; uso no indicado en los EE. UU.
	19,5 y 13,5 mg de levonorgestrel	El uso no indicado puede no brindar protección adecuada durante todo el período de anticoncepción aprobado por la FDA
DMPA		Sin datos y generalmente no se recomienda

MPS: método de progestina sola

SIU: sistema intrauterino

DMPA: medroxiprogesterona de depósito

EE. UU.: Estados Unidos

Reimpreso con autorización de *Perimenopausal contraception*. Voedisch AJ, Ariel D. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2020 12;32(6):399-407.

El implante anticonceptivo de etonogestrel y el acetato de medroxiprogesterona inyectable en combinación con terapia estrogénica no han sido estudiados extensamente para la protección endometrial en personas perimenopáusicas sintomáticas y no se utilizan rutinariamente en este contexto. Sin embargo, se sabe que ambos productos causan adelgazamiento del endometrio, y puede ser razonable considerarlos, siempre que el estado endometrial pueda evaluarse periódicamente.

Una pregunta importante es cómo determinar cuándo ya no se necesita anticoncepción, ya que el uso de un anticonceptivo hormonal puede enmascarar la menstruación como marcador de la menopausia. En el caso de personas sin síntomas que son médicamente elegibles para continuar con su método hormonal, es razonable continuar la terapia hasta los 55 años. También es posible evaluar el estado menopáusico mientras se usan anticonceptivos. Consulte la Tabla 3 para obtener pautas sobre la evaluación del estado menopáusico en personas que usan anticonceptivos. (33)

Tabla 3: Evaluación del estado menopáusico por método anticonceptivo

	Evaluación clínica	Evaluación de laboratorio*
No hormonal	Amenorrea por 12 meses	
AHC		Detener el método durante 6 semanas y, si no hay menstruación, controlar la FSH dos veces con 1 o 2 meses de diferencia; si se eleva > 30 UI/L en ambas ocasiones se puede suspender la anticoncepción O FSH > 30 UI/L en dos ocasiones con 6 a 8 semanas de diferencia después de 7 a 14 días sin hormonas a partir de los 50 años
DMPA		FSH > 30 UI/L en dos ocasiones con 90 días de diferencia (primer día de la inyección): se puede suspender el método
Implante, SIU, MPS		FSH > 30 UI/L en una ocasión, continuar con el método por un año más
Otros	A los 55 años se pueden suspender todos los métodos sin evaluación de laboratorio	

*L'évaluation en laboratoire doit être limitée aux femmes de 50 ans ou plus.

Réimprimé avec la permission de Perimenopausal contraception. Voedisch AJ, Ariel D. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2020 12;32(6):399-407.

Terapia hormonal para la menopausia

La THM utiliza hormonas exógenas, en diferentes formas de estrógeno y progestágeno, para tratar los síntomas perimenopáusicos y menopáusicos. La terapia con estrógeno está disponible por vía oral, transdérmica y vaginal. Las formulaciones más comunes son el estradiol y los estrógenos conjugados de origen equino. Los progestágenos están disponibles por vía oral e intrauterina, así como en productos transdérmicos combinados con estrógeno. Los progestágenos orales incluyen progesterona micronizada y progestinas sintéticas en forma de medroxiprogesterona, noretindrona y drospirenona.

El objetivo de la THM es mejorar la calidad de vida mediante la disminución del sangrado problemático, los trastornos del sueño, los SVM, el SGM, los trastornos del estado de ánimo y la disminución del riesgo de pérdida ósea y osteoporosis. Aunque la THM puede ser beneficiosa para las enfermedades cardiovasculares y la "niebla cerebral", no se recomienda para la prevención de enfermedades cardiovasculares o la demencia.

Las personas sintomáticas que no necesitan anticoncepción, ya sea porque tienen 55 años de edad o han pasado más de 12 meses sin

menstruar, pueden beneficiarse de la terapia hormonal para la menopausia (THM). Como con todos los medicamentos, existen riesgos asociados

con la THM, pero estos riesgos dependen principalmente del momento de inicio de la terapia ([Tabla 4](#)).

Tabla 4: Riesgos de la terapia hormonal para la menopausia (THM)

	Aumento del riesgo	Disminución del riesgo	Sin cambios
Iniciada dentro de los 10 años de la menopausia y <60 años	TEV ^b (11 casos/10 000 por mujer por año)	EC	Derrame cerebral ^c
	Cáncer de mama ^d (<1/1000 por mujer por año en TEP)	Mortalidad por cualquier causa (aprox. 30 %)	Demencia ^e
	Enfermedad de la vesícula ^b (47/10 000 TEP y 58/10 000 TEP por mujer por año)	Ostéoporose, perte osseuse et fractures	
		CCR (6/10 000 personas-años)	
	Aumento del riesgo	Disminución del riesgo	Sin cambios
Iniciada más de 10 años después del UPM y/o > 60 años de edad	TEV ^{af}	Osteoporosis y fracturas	Mortalidad por cualquier causa
	Cáncer de mama (<1/1000 por mujer por año en TEP)	CCR (6/10 000 personas-años)	
	Derrame cerebral		
	EC		
	Demencia		

^a Los cambios en la estimación de riesgos se proporcionan cuando los datos están disponibles.

^b Especialmente por vía oral.

^c Los datos son mixtos. Puede haber un pequeño aumento absoluto del riesgo de 1,5/10 000 mujeres por año.

^d Mayor riesgo en personas usuarias de combinación de estrógeno y progestina únicamente, y el aumento del riesgo es menor que otros factores del estilo de vida.

^e Los estudios observacionales muestran un menor riesgo de Alzheimer.

^f Mayor que el riesgo cuando se inicia dentro de los 10 años posteriores al UPM.

Abreviaturas: UPM: último período menstrual; TEV: tromboembolismo venoso; EC: enfermedad coronaria; CCR: cáncer colorrectal
Reimpreso con autorización de Voedisch et al, *Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice*. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol. 64, N.º 3, 528-554

Si la THM se inicia en personas sintomáticas dentro de los 10 años de su UPM o antes de los 60 años, los beneficios de la THM generalmente superan a los riesgos. El principal riesgo es un pequeño aumento en el desarrollo de coágulos sanguíneos, que se puede minimizar utilizando vías no orales de estrógeno. Las vías orales son seguras y deben ser utilizadas en personas que deseen la terapia si las vías no orales están limitadas o la persona prefiere la terapia oral.

(11) El estrógeno estimula el revestimiento del

útero, y se necesita una terapia adecuada con progestágenos para contrarrestar e inhibir el desarrollo de hiperplasia endometrial o cáncer endometrial. El riesgo general de tener precáncer o cáncer de endometrio con el uso apropiado de la terapia con progestágenos es muy bajo. Las personas que han tenido una histerectomía no necesitan usar terapia con progestágenos. Consulte la Tabla 5 para conocer la dosificación de progestágeno necesaria para la protección endometrial al usar terapia con estrógeno. (11)

Tabla 5: Dosis de progestágeno necesarias para proteger contra la hiperplasia endometrial

	PET continua (dosificación diaria)	PET cíclica (progestágeno 12-14 días/mes)
Oral		
Progesterona micronizada	100 mg	200 mg
Acetato de noretindrona	0.5-1 mg	2.5 mg
Noretindrona	0.35 mg	0.35-0.7 mg
Acetato de medroxiprogesterona	2.5 mg	5 mg
Vaginal		
Gel de progesterona ^a	45 mg	45 mg
Sistema intrauterino		
Levonorgestrel ^a	6-20 µg/día	N/A

La dosis de progestágeno necesaria para proteger contra la hiperplasia endometrial mientras se usa terapia con estrógenos cuando no se usan productos combinados preenvasados. El uso continuo de progestágeno implica una dosificación diaria de progestágeno. La dosificación cíclica implica tomar progestágeno de 12 a 14 días al mes.

Adaptado con la autorización de Menopause Practice: A Clinician's Guide (6th Edition) de The North American Menopause Society. Abreviaturas: TEP (terapia con estrógenos y progestágenos)

^a No aprobado por la FDA para su uso con terapia de reemplazo hormonal.

El riesgo de THM que ha recibido más publicidad es el riesgo de cáncer de mama, que se observa solo en quienes usan estrógeno-progestágeno. No hay un riesgo aumentado con el uso de solo estrógeno. A menudo, se considera por error que las personas no son candidatas adecuadas para la THM según antecedentes familiares de cáncer de mama y, por lo tanto, han sufrido innecesariamente de síntomas que podrían haber sido tratados. Las personas con el gen del cáncer de mama (BRCA) pueden ser candidatas para la THM, especialmente si se les extirpan los ovarios para reducir su riesgo futuro de tener cáncer de ovario. Aunque hay un aumento del riesgo de cáncer de mama en usuarias de estrógeno y progestágeno, el aumento absoluto del riesgo es pequeño (aproximadamente 1 caso por 1000 personas-año) y no debe evitar que las personas que son candidatas de otro modo reciban una terapia que potencialmente pueda cambiar su vida. (11) Sin embargo, las personas con antecedentes personales de cáncer de mama no deben usar THM.

Iniciar la terapia hormonal después de los 60 años o más de 10 años después del UPM presenta un perfil de riesgo diferente y no se recomienda. En esta población, se ha informado un aumento del riesgo de demencia, accidente cerebrovascular, tromboembolismo e infartos de miocardio. Es importante destacar que este aumento del riesgo es para personas que inician la THM en este grupo de edad, pero esto no se aplica a aquellas que iniciaron la THM anteriormente y continúan después de los 60 años o más de 10 años desde su UPM. La THM puede continuarse para personas después de los 60 años con síntomas persistentes o en el contexto de la prevención de la osteoporosis si no tienen otra contraindicación. La edad en sí misma no es una contraindicación para la continuación de la THM. (11,35) Sin embargo, la duración más prolongada de la terapia debe ser por indicaciones documentadas, con una toma de decisiones compartida y una reevaluación periódica de los beneficios y riesgos. (11) Las contraindicaciones para la THM se enumeran en la Tabla 6.

Tabla 6: Contraindicaciones de la THM

sangrado vaginal inexplicable
antecedentes de cáncer sensible a los estrógenos
enfermedad coronaria
enfermedad hepática
derrame cerebral
infarto de miocardio
tromboembolismo venoso
antecedentes o alto riesgo de enfermedad tromboembólica

Abreviaturas: TRH: terapia de reemplazo hormonal

Reimpreso con autorización de **Voedisch** AJ. *Counseling on hormone replacement therapy: the real risks and benefits. Curr Opin Obstet Gynecol.* 2023 04 01;35(2):154-159.

Terapias recetadas no hormonales

Recientemente se ha lanzado al mercado un nuevo medicamento, fezolinetant, que se dirige específicamente a los SVM. También se espera que haya terapias más dirigidas en un futuro cercano. (36) El fezolinetant está disponible actualmente solo en los Estados Unidos, Canadá, Europa y Australia, y es costoso, lo que limita aún más su accesibilidad. Los datos sobre el uso del medicamento son actualmente limitados, pero se espera que haya más estudios en el futuro.

Otras terapias recetadas que son beneficiosas incluyen el uso de gabapentina, un agente neuropático, que ha demostrado cierto beneficio en la reducción de los SVM y los trastornos del sueño. Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina también han mostrado beneficios en la reducción de los SVM y el abordaje de los problemas de ánimo. La oxibutinina ha demostrado ser eficaz en la reducción de los SVM, pero puede causar deterioro cognitivo en poblaciones mayores, por lo que debe ser monitoreada. (37)

Terapias no recetadas

Las terapias no recetadas también pueden reducir los síntomas. La terapia cognitivo-conductual y la hipnosis clínica han demostrado reducir los SVM. (37) La obesidad aumenta la frecuencia y gravedad de los SVM, y la pérdida de peso ha mostrado reducir estos síntomas. (37) El ejercicio, los suplementos de venta libre, la acupuntura y la atención plena pueden tener otros beneficios para la salud, pero no se ha demostrado que reduzcan los SVM. Las medidas de enfriamiento, como los ventiladores, los sistemas de enfriamiento para la cama, vestirse en capas y usar ropa de cama y sábanas frescas, pueden proporcionar alivio temporal durante los SVM, pero no reducen la frecuencia o gravedad de los episodios. (37) La terapia cognitivo-conductual para el insomnio aborda eficazmente los trastornos comunes del sueño, como el insomnio inducido por el sueño

o los despertares nocturnos. (38) La melatonina también puede ser útil. (39)

Los remedios herbales, como el cohosh negro y los fitoestrógenos, a menudo se utilizan para mitigar los síntomas de la menopausia debido a que están fácilmente disponibles. Sin embargo, los estudios controlados no han demostrado que los suplementos herbales reduzcan los síntomas de la menopausia, y su uso puede retrasar el acceso a la atención terapéutica. (37)

Síndrome genitourinario de la menopausia (SGM)

Hay varias opciones disponibles para tratar el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM). En personas con SGM que no tienen otros síntomas sistémicos, la terapia local con estrógeno puede tratar adecuadamente los síntomas. La THM con estrógenos y AHC pueden tratar con éxito el SGM en personas con otros síntomas perimenopáusicos y menopáusicos, pero puede ser necesario administrar terapias locales adicionales si los síntomas empeoran o no mejoran.

Los humectantes vaginales están disponibles sin receta y se pueden usar 2-3 veces por semana antes de acostarse para aliviar la sequedad, la irritación, la quemazón y la dispareunia. Los lubricantes, diferentes a los humectantes, deben usarse generosamente durante la actividad sexual. Los productos a base de silicona pueden ser los más efectivos para aliviar la incomodidad durante la penetración vaginal. (6)

Las terapias recetadas incluyen estrógeno vaginal, dehidroepiandrosterona vaginal (DHEA) y ospemifeno oral. Los estrógenos vaginales tienen pocas contraindicaciones y pueden usarse solos o en combinación con THM o con otros anticonceptivos. Se debe evitar su uso si hay sangrado ginecológico no diagnosticado y se debe tener precaución en aquellas personas con

cáncer dependiente de estrógenos. Los estrógenos vaginales están disponibles en forma de crema, anillo y supositorio. (6)

La DHEA, o prasterona, se usa como un inserto vaginal diario y no está contraindicada en aquellas personas con antecedentes de cáncer de mama, aunque se recomienda precaución en su uso. Puede combinarse con THM u otros anticonceptivos. El ospemifeno es un modulador selectivo del receptor de estrógeno oral que puede mejorar los signos y síntomas del SGM. Debido a la falta de datos, no se recomienda para personas con antecedentes de cáncer de mama. (6)

Recomendaciones para las Asociaciones de Miembro de IPPF sobre la prestación de atención basada en derechos para personas que experimentan síntomas de la menopausia:

Las personas proveedoras de las Asociaciones Miembro deben:

- Recibir capacitación para comprender y reconocer los principales síntomas de la perimenopausia y la menopausia. Deben sentirse cómodas analizando y asesorando sobre los posibles cambios y síntomas de la perimenopausia y la menopausia. También deben sentirse cómodas discutiendo terapias con y sin receta, y estos productos deben incluirse en cantidades suficientes durante la adquisición de medicamentos.
- Garantizar que las clínicas sean espacios acogedores para las personas en perimenopausia y menopausia, y trabajar para aumentar la conciencia y la educación en torno a la atención médica perimenopáusica y menopáusica.
- Reconocer la necesidad de anticoncepción para aquellas personas que no buscan un embarazo hasta que tengan 55 años o hasta que se confirme la menopausia. Las Asociaciones Miembro deben estar familiarizadas con las opciones anticonceptivas y la elegibilidad médica para su uso.

- Reconocer la necesidad de asesoramiento continuo sobre cómo mantener una vida sexual satisfactoria y placentera con el envejecimiento. Esto puede incluir el uso de humectantes y lubricantes vaginales y estrategias de prevención de ITS.
- Ofrecer una toma de decisiones compartida con las personas usuarias, asegurándose de que comprendan los riesgos y beneficios del tratamiento con THM para los síntomas de la menopausia que les resultan molestos. Si las Asociaciones Miembro no tienen acceso a la THM, se deben proporcionar referencias adecuadas.
- La esperanza de vida de las personas usuarias está aumentando al igual que la demanda mundial de servicios. Las Asociaciones Miembro deben desarrollar aún más experiencia y capacidad para satisfacer la creciente demanda de atención médica para la menopausia.
- Establecer un mecanismo de referencia formal para personas con síntomas complejos, que no responden al tratamiento o cuyas necesidades no pueden ser satisfechas en el entorno de atención médica local.

Referencias

1. North American Menopause Society. *Menopause practice: a clinician's guide*. 2019.
2. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. *Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications*. *Nat Rev Endocrinol*. Abril de 2018;14(4):199–215.
3. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Contraception for Women Aged Over 40 Years* [internet]. 2017. Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrhguidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>
4. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. *Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging*. *J Clin Endocrinol Metab*. Abril de 2012;97(4):1159–68.
5. Micks E, Reed SD, Mitchell C. *The Postmenopausal Vaginal Microbiome and Genitourinary Syndrome of Menopause*. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. Marzo de 2024;67(1):79–88.
6. *The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society*.

Menopause. Septiembre de 2020;27(9):976–92.

7. Voedisch AJ, Dunsmoor-Su R, Kasirsky J. *Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice*. Clin Obstet Gynecol. 1 de septiembre de 2021;64(3):528–54.

8. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. *The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study*. The Melbourne Women's Midlife Health Project. Climacteric. Diciembre de 2004;7(4):375–89.

9. El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, Hodis HN, Johnson AE, Langer RD, et al. *Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association*. Circulation [Internet]. 22 de diciembre de 2020 [citado el 21 de noviembre de 2022];142(25). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000912>

10. Khosla S, Monroe DG. *Regulation of Bone Metabolism by Sex Steroids*. Cold Spring Harb Perspect Med. 2 de enero de 2018; 8(1):a031211.

11. "The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society" Advisory Panel. *The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society*. Menopause. 1 de julio de 2022; 29(7):767–94.

12. Hobson G, Dennis N. "I can't be dealing with this brain fog": A workplace focus group study investigating factors underpinning the menopausal experience for NHS staff. Maturitas. Febrero de 2024; 180:107889.

13. Ishimaru T, Okawara M, Tateishi S, Yasui T, Horie S, Fujino Y. *Impact of menopausal symptoms on presenteeism in Japanese women*. Occupational Medicine. 20 de octubre de 2023; 73(7):404–9.

14. Prothero LS, Foster T, Winterson D. 'Menopause affects us all...': menopause transition experiences of female ambulance staff from a UK ambulance service. British Paramedic Journal. 1 de diciembre de 2021; 6(3):41–8.

15. Abreu ACG de, Alves MS, Zuchelo LTS, Santos SVD, Noll PRES, Baracat EC, et al. *Full and empty nest syndromes in women in the climacteric period*. Rev Assoc Med Bras (1992). Enero de 2022; 68(1):109–17.

16. Wang Q, Zhao D, Zhou M, Zhao X, Gao Y, Duan J, et al. *The Effect of Resilience and Family Support Match on Psychological Distress among Women in the Menopausal Transition Based on Polynomial Regression and Response Surface Analysis*. Int J Environ Res Public Health. 29 de octubre de 2022; 19(21):14165.

17. Kingsberg SA, Schulze-Rath R, Mulligan C, Moeller C, Caetano C, Bitzer J. *Global view of vasomotor symptoms and sleep disturbance in menopause: a systematic review*. Climacteric. 2 de noviembre de 2023; 26(6):537–49.

18. Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen

E, et al. *Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden*. Menopause. Agosto de 2021; 28(8):875–82.

19. Kingsberg SA, Schulze-Rath R, Mulligan C, Moeller C, Caetano C, Bitzer J. *Global view of vasomotor symptoms and sleep disturbance in menopause: a systematic review*. Climacteric. 2 de noviembre de 2023; 26(6):537–49.

20. Leone T, Brown L, Gemmill A. *Secular trends in premature and early menopause in low-income and middle-income countries*. BMJ Glob Health. Junio de 2023; 8(6):e012312.

21. Lobo RA. *Surgical menopause and cardiovascular risks*. Menopause. 2007;14(3 Pt 2):562–6.

22. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial*. JAMA. 17 de julio de 2002; 288(3):321–33.

23. Paciu J. *Hormone Therapy in Menopause*. Adv Exp Med Biol. 2020;1242:89–120.

24. Long ME, Faubion SS, MacLaughlin KL, Pruthi S, Casey PM. *Contraception and hormonal management in the perimenopause*. J Womens Health (Larchmt). Enero de 2015; 24(1):3–10.

25. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*, 2016. MMWR Recomm Rep. 29 de julio de 2016; 65(4):1–66.

26. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. *FFPRHC Guidance (January 2005) contraception for women aged over 40 years*. J Fam Plann Reprod Health Care. Enero 2005; 31(1):51–63; quiz 63–4.

27. Syme ML, Cohn TJ, Barnack-Tavlaris J. *A Comparison of Actual and Perceived Sexual Risk Among Older Adults*. J Sex Res. Febrero de 2017; 54(2):149–60.

28. Van Ommen CE, King EM, Murray MCM. *Age at menopause in women living with HIV: a systematic review*. Menopause. 1 de diciembre de 2021; 28(12):1428–36.

29. Scofield D, Moseholm E, Aebi-Popp K, Hachfeld A, Women Against Viruses in Europe (WAVE), European AIDS Clinical Society. Dirección electrónica: wavesecretariat@eacssociety.org. *Management of menopause in women living with HIV - A comparative guideline review*. Maturitas. 9 de febrero de 2024; 183:107937.

30. Finnerty F, Walker-Bone K, Tariq S. *Osteoporosis in postmenopausal women living with HIV*. Maturitas. Enero de 2017; 95:50–4.

31. Solomon D, Sabin CA, Mallon PWG, Winston A, Tariq S. *Cardiovascular disease in women living with HIV: A narrative review*. Maturitas. Febrero de 2018; 108:58–70.

32. Gibson CJ, Huang AJ, McCaw B, Subak LL, Thom DH, Van Den Eeden SK. *Associations of Intimate Partner Violence, Sexual Assault, and Posttraumatic Stress Disorder With Menopause Symptoms Among Midlife and Older Women*. JAMA Intern Med. 1 de enero de 2019;179(1):80–7.
33. Voedisch AJ, Ariel D. *Perimenopausal contraception*. Curr Opin Obstet Gynecol. Diciembre de 2020; 32(6):399–407.
34. *Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015.
35. *The North American Menopause Society Statement on Continuing Use of Systemic Hormone Therapy After Age 65*. Menopause. Julio de 2015; 22(7):693.
36. Onge ES, Phillips B, Miller L. *Fezolinetant: A New Nonhormonal Treatment for Vasomotor Symptoms*. J Pharm Technol. Diciembre de 2023; 39(6):291–7.
37. *The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society*. Menopause. Junio de 2023; 30(6):573–90.
38. Schaedel Z, Holloway D, Bruce D, Rymer J. *Management of sleep disorders in the menopausal transition*. Post Reprod Health. Diciembre de 2021; 27(4):209–14.
39. Proserpio P, Marra S, Campana C, Agostoni EC, Palagini L, Nobili L, et al. *Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments*. Climacteric. Diciembre de 2020; 23(6):539–49.

Agradecimientos

Agradecemos las contribuciones de Amy J Voedisch, quien redactó la declaración, y a los miembros del IMAP, por su revisión.

¿Quiénes somos?

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) es una organización global proveedora de servicios y defensora líder de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento mundial de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y los individuos.

IPPF

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
Reino Unido
tel.: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
correo electrónico: info@ippf.org
www.ippf.org

Organización benéfica registrada en el Reino Unido
n.º 229476

Publicado en mayo de 2024