



SOCIEDAD CHILENA
DE CLIMATERIO

POSICIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE CLIMATERIO PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LA MUJER CLIMATÉRICA



Editor:

Dr. Juan Enrique Blümel M.

Panel de expertos:

Dr. Hernán Aravena P.

Dr. Sergio Brantes G.

Dr. Luis Cruzat T.

Dr. Pablo Lavín A.

Dr. René Montaña V.

Dr. Isidoro Navarrete A.

Dr. Eduardo Osorio F.

Temario

Resumen	3
Impacto de la menopausia en la salud de la mujer	4
Objetivos terapéuticos	6
¿Cómo evaluar el climaterio?	6
¿Cuándo tratar?	7
¿Cómo tratar?	8
Conclusiones generales	10
Bibliografía	11



POSICIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE CLIMATERIO PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LA MUJER CLIMATÉRICA

Resumen

La mayoría de las mujeres ve afectada su salud en el período climatérico, ya sea por sintomatología que le deteriora su calidad de vida (CV) o por la aparición de enfermedades crónicas que le afectan sus expectativas de vida. Por lo tanto, es básico evaluar estos dos aspectos, teniendo como objetivos centrales de las eventuales intervenciones terapéuticas, mejorar la CV y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y/o fracturas. Para evaluar CV es fundamental usar entrevistas estructuradas que ponderen sistemáticamente la sintomatología climatérica como es la escala MRS (Menopause Rating Scale). El paradigma del síndrome metabólico constituye un marco adecuado para evaluar el riesgo cardiovascular (perímetro abdominal, HDL, triglicéridos, glicemia, presión arterial). La edad, el bajo peso, el antecedente de fractura, el uso de corticoides, etc., constituyen señales que sugieren un riesgo de fractura aumentado. Una adecuada evaluación permitirá detectar pacientes con mala CV y/o alto riesgo de enfermedades crónicas, identificando a aquellas mujeres que requieren terapia. El manejo clínico implica mejorar los estilos de vida, aumentando la actividad física, abandonando hábitos como el tabaquismo y siguiendo dietas con menos calorías y ricas en verduras y frutas. Estas intervenciones mejoran los factores de riesgo cardiovascular y disminuyen los eventos coronarios. La terapia hormonal es el tratamiento más eficiente para mejorar la CV y su riesgo es mínimo cuando se usa en dosis bajas o por vía transdérmica y, como progestina, se indican las de nueva generación. Otra alternativa, es la tibolona, especialmente útil en pacientes con trastornos del ánimo y disfunción sexual. Los estrógenos vaginales son una buena opción cuando los síntomas urogenitales son la principal molestia. Algunos antidepresivos pueden ser terapias adecuadas en pacientes con síntomas vasomotores que no deseen o no puedan usar estrógenos. Un metanálisis de 70 RCT muestra que los datos actuales son insuficientes para respaldar la efectividad de ninguna terapia alternativa para el manejo de los síntomas menopáusicos. Si hay dislipidemia, además de mejorar el estilo de vida, podemos indicar estatinas o fibratos; para la hipertensión, diuréticos, inhibidores de la ECA u otros hipotensores; para la resistencia a insulina, metformina; y, para la obesidad, sibutramina. El calcio con vitamina D tiene un efecto positivo sobre la densidad ósea y cierta tendencia a reducir fracturas vertebrales. Los bisfosfonatos disminuyen el riesgo de fracturas vertebrales; la reducción de fracturas de cadera es sólo en prevención secundaria.



SOCIEDAD CHILENA
DE CLIMATERIO

Conclusión: debemos evaluar en toda mujer climatérica su CV y el riesgo de enfermedades crónicas. Si hay deterioro clínico indicar terapias. Las principales medidas terapéuticas son mejorar el estilo de vida y las terapias farmacológicas específicas.

1. Impacto del climaterio en la salud de la mujer

1. a). Calidad de vida

1. a).1 Aparecen síntomas que deterioran la calidad de vida: ⁽¹⁾

Psicológicos:

- Insomnio
- Trastornos del ánimo
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Fatigabilidad

Somáticos:

- Palpitaciones
- Bochornos
- Dolores osteo-articulares

Urogenitales:

- Sequedad vaginal
- Disfunción sexual
- Incontinencia urinaria

1. a).2 Factores de riesgo de deterioro de calidad de vida: ⁽²⁾

	OR (IC 95%)
● Antecedentes psiquiátricos	1,66 (1,41–1,96)
● Uso de psicofármacos	1,57 (1,29–1,90)
● Postmenopausia	1,48 (1,29–1,69)
● Uso de terapias alternativas	1,47 (1,22–1,76)
● Edad (≥ 49 años)	1,24 (1,08–1,42)
● Uso de TH	0,65 (0,56–0,76)
● Estilos de vida sanos	0,59 (0,50–0,69)

1. b). Riesgo cardiovascular

1. b).1 Hay deterioro de factores de riesgo cardiovascular como: ⁽³⁾

- El índice de masa corporal
- La circunferencia abdominal
- El colesterol total
- La hemoglobina glicosilada





**SOCIEDAD CHILENA
DE CLIMATERIO**

1. b.)2 En mujeres la menopausia aumenta el riesgo de infarto: ^(4,5)

- El riesgo de infarto en las mujeres que presentan su menopausia antes de los 45 años de edad es el doble de las que la presentan después de los 50.
- La menopausia quirúrgica en mujeres menores de 35 años aumenta el riesgo 7,2 veces.

1. c). Riesgo de osteoporosis

1. c.)1 En el climaterio el hipoestrogenismo aumenta el riesgo de osteoporosis: ^(6,7)

- En la pre-menopausia aumentan marcadores de recambio óseo.
- La densidad ósea disminuye 0,4% al año en el período premenopáusico, 1,2% en la siguiente década, para volver posteriormente a los niveles premenopáusicos.

Conclusión

La mayoría de las mujeres verán afectada su salud en el período climatérico ya sea por sintomatología que le deteriora su calidad de vida o por la aparición de enfermedades crónicas que le afectan sus expectativas de vida.

2. Objetivos terapéuticos

Contribuir a:

2. a). Mejorar la calidad de vida en el período climatérico.
2. b). Reducir el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares .
2. c). Disminuir riesgo de fracturas.

3. ¿Cómo evaluar el climaterio?

3. a). Calidad de vida ^(1,8,9)

3. a).1 Un instrumento que mide calidad de vida debe evaluar:

- Percepción de la paciente (autoadministrado).
- Impacto sobre la vida diaria (relevancia).
- Multidimensionalidad (varios dominios).

3. a).2 Se sugiere usar MRS (ver Anexo 1).

3. b). Riesgo cardiovascular

3. b).1 El riesgo cardiovascular se operativiza en el concepto de síndrome metabólico (SM). Se necesitan tres criterios para el diagnóstico: ⁽¹⁰⁾

- Obesidad abdominal (diámetro > 88 cm).
- Pr. art. sistólica ≥ 130 , diastólica ≥ 85 mm o tratamiento HTA.
- HDL <50 mg/dL o tratamiento de dislipidemia.
- TG ≥ 150 mg/dL o tratamiento específico.
- Glicemia ≥ 110 mg/dL o tratamiento de diabetes.

3. b).2 El aumento del perímetro abdominal sugiere SM: ⁽¹¹⁾

- Un diámetro abdominal ≥ 88 cm implica un riesgo 13 veces mayor de presentar SM.
- La obesidad abdominal tiene una sensibilidad de 84,8% para detectar SM.



3. c). Riesgo de osteoporosis

3. c).1 Se sugiere el uso del ORAI ⁽¹²⁾ (Osteoporosis Risk Assessment Instrument):

- Edad (>75 años: 15 pts, 65-74: 9 pts, 55-64: 5 pts, 45-54: 0 pts).
- Peso (<60 Kg: 9 pts, 60-69 Kg : 3 pts; >69 Kg: 0 pts).
- Terapia Hormonal (No: 2 pts, Sí: 0 pts).
- Riesgo >8 pts (sensibilidad 93,3%, especificidad 46,4%).

3. c).2 Otra opción es el FRAX ⁽¹³⁾.

3. c).3 Realizar densitometría ósea a pacientes con riesgo.

Conclusión

Usar instrumentos específicos para evaluar el deterioro de la calidad de vida y el riesgo de enfermedades crónicas.

4. ¿Cuándo tratar?

4. a). Calidad de vida

4. a).1 Se tratan pacientes con compromiso de calidad de vida: ⁽¹⁴⁾

- Con puntaje total del MRS mayor de 8.
- En el dominio psicológico el puntaje es >6.
- En el somático es > 8.
- En el urogenital > 3.

4. b). Riesgo cardiovascular

4. b.1 Se tratan las pacientes que tengan factores de riesgo de síndrome metabólico: ⁽¹⁰⁾

- Obesidad abdominal (diámetro > 88 cm).
- Pr. art. sistólica ≥ 130 , diastólica ≥ 85 mm o tratamiento HTA.
- HDL <50 mg/dL o tratamiento de dislipidemia.
- TG ≥ 150 mg/dL o tratamiento específico.
- Glicemia ≥ 100 mg/dL o tratamiento diabetes.



4. c). Riesgo de Osteoporosis

4. c).1 Se tratan las pacientes que tengan: ⁽¹⁵⁾

- Osteoporosis (densitometría con $T < -2,5$).
- Antecedentes de fracturas previas.
- $T < -1,5$ y factores de riesgo (uso de corticoides, edad > 62).

Conclusión

Se tratan las mujeres que sufren deterioro de su calidad de vida o que tienen mayor riesgo de enfermedades crónicas.

5. ¿Cómo tratar?

5. a). Calidad de vida

5. a).1 Terapia Hormonal (TH).

I. Evidencias: ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

- Disminuye en 80% la frecuencia y la severidad de los bochornos.
- EC y E2, oral o transdérmico, disminuyen en magnitud similar los bochornos.
- Postmenopáusicas con TH tienen menos depresión, hostilidad y agresividad.
- Tienen más lubricación vaginal, orgasmo y satisfacción sexual.

II. Riesgos: ⁽²⁰⁻²³⁾

- Los estrógenos solos aumentan el riesgo de cáncer endometrial; la adición de una progestina neutraliza este mayor riesgo.
- El estudio WHI mostró aumento no significativo de Ca de mama y sugirió que la medroxiprogesterona podría ser la causante.
- La progesterona micronizada y/o las nuevas progestinas no implicarían mayor riesgo de Ca de mama.
- Iniciar la TH oral en ancianas provoca mayor riesgo cardiovascular.

III. Para disminuir riesgo: ⁽²⁴⁻²⁶⁾

- Ca mama/endometrio. Indicar nuevas progestinas; no usar medroxiprogesterona.
- Riesgo cardiovascular y/o trombótico. Iniciar TH en perimenopausia con E2 transdérmico o con dosis bajas de estrógenos orales (EC: 0,3, E₂: 1 mg).



IV. Otras opciones hormonales: ⁽²⁷⁻³⁰⁾

- Tibolona. Además de disminuir los bochornos, mejora ánimo, atrofia genitourinaria y sexualidad. No estimula endometrio ni aumenta densidad mamaria. Puede bajar HDL. Dosis: 2,5 mg orales al día.
- Estrógenos vaginales. Un metanálisis señala que las cremas, tabletas, pesarios, anillos vaginales son igualmente efectivas. Estriol 0,5 mg (crema, óvulos); estradiol tab 25 ug.

V. Terapias no hormonales: ^(31, 32)

- Antidepresivos. Hay evidencias que muestran que la venlafaxina, desvenlafaxina y la paroxetina pueden ser beneficiosas en mujeres con síntomas vasomotores.
- Fitoestrógenos. Un metanálisis de 70 RCT muestra que los datos actuales son insuficientes para respaldar la eficacia de ninguna terapia alternativa para el manejo de los síntomas menopáusicos.

9

5. b). Riesgo cardiovascular

5. b).1 Cambio de estilo de vida: ⁽³³⁻³⁶⁾

- **Actividad física:** Mejora los factores de riesgo CV. Disminuye hasta en 43% el riesgo coronario.
- **Dieta:** El riesgo coronario disminuye 4% por cada fruta o porción de verdura que se ingiera al día.
- **Cigarrillo:** Aumenta el riesgo de eventos coronarios y cerebro-vasculares. El abandono del hábito provoca una reducción de 36% en la mortalidad coronaria.

5. b).2 Terapias farmacológicas: ⁽³⁷⁻⁴⁰⁾

- **Dislipidemia:** Estatinas, fibratos.
- **Hipertensión arterial:** Hipotensores, diuréticos.
- **Resistencia a insulina:** Metformina.
- **Obesidad:** Sibutramina, orlistat.





SOCIEDAD CHILENA
DE CLIMATERIO

5. c). Riesgo de Osteoporosis

5. c).1 Cambios de estilos de vida: ⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾

- Actividad física. Caminar 4 hrs. a la semana disminuye el riesgo de fractura en 41%.
- Mayor exposición al sol. Las personas que sufren fracturas tienen menos exposición al sol (Vit D).
- Disminuir cigarrillos. Fumar se asocia con mayor riesgo de fractura (RR:1,25; IC 95%:1,15- 1,36).

5. c).2 Calcio y Vitamina D: ⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾

- Tienen un efecto positivo sobre la densidad ósea y cierta tendencia a reducir fracturas vertebrales; no es claro si disminuyen las fracturas no vertebrales.
- Para lograr efectos terapéuticos las evidencias sugieren dosis de 1.200 mg. de Ca y 800 UI de vitamina D al día.

5. c).3 Terapias farmacológicas ^(47,48)

- Alendronato, calcitonina, risedronato y raloxifeno disminuyen fracturas vertebrales. Alendronato y risedronato disminuyen el riesgo de fracturas de cadera.
- Alendronato disminuye 45% el riesgo de fracturas vertebrales. La reducción de fracturas de cadera es de 40%, pero sólo en prevención secundaria.
- La terapia hormonal y la Tibolona también son otras opciones terapéuticas válidas.

Conclusión

Mejorar el estilo de vida y aplicar terapias farmacológicas son medidas efectivas para prevenir el deterioro de la calidad de vida y el aumento de las enfermedades crónicas que se asocian con la menopausia.

6. Conclusiones generales

- 1. Evaluar en toda mujer climatérica la calidad de vida y el riesgo de enfermedades crónicas.**
- 2. Si hay deterioro clínico indicar terapias.**
- 3. Las principales medidas terapéuticas son mejorar los estilos de vidas y las terapias farmacológicas específicas.**

Bibliografía general del trabajo

- 1.- Heinemann K. Health Qual Life Outcomes 2004; 2: 45.
- 2.- Chedraui P. Maturitas 2008; 61: 323-29
- 3.- Kuh D. BJOG 2005; 112: 476-85
- 4.- Palmer JR. Am J Epidemiol 1992; 136: 408-16
- 5.- Rosenberg L. Am J Obstet Gynecol 1981; 139: 47-51
- 6.- Hoshino H. Osteoporosis international 2000; 11: 128-33
- 7.- Warming L. Osteoporos Int 2002; 13: 105-12).
- 8.- Acquadro C. Val. Health 2003; 5: 522-31
- 9.- Aedo S. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71: 402 – 09
- 10.- NCEP ATP III. Circulation. 2002; 106:3143-21
- 11.- Royer M. Climacteric 2007;10:164-170
- 12.- Cadarette SM. CMAJ. 2000;162(9): 1289-94
- 13.- http://www.shef.ac.uk/FRAX/index_SP.htm (20/08/2009)
- 14.- http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountrGr.Pdf. Pdf. (10/04/2009)
- 15.- American College of Physicians. Ann Intern Med 2008; 149(6): 404-15
- 16.- Farquhar CM. Cochrane Database Syst Rev 2005; (3): CD004143.
- 17.- Nelson HD. JAMA 2004; 291: 1610-20
- 18.- Olson MB. J Womens Health (Larchmt) 2004; 13: 325-32
- 19.- Blumel JE. Rev Med Chil 2003 13:1251-5
- 20.- Grady D. Obstet Gynecol 1995; 85(2): 304-13
- 21.- Fournier A. Int J Cancer 2005;114: 448-54;
- 22.- de Lignieres B. Climacteric 2002; 5: 332-40.
- 23.- WHI. JAMA 2002; 288:321-33
- 24.- McKenzie J. Clin Endocrinol (Oxf) 2003; 59: 682-9
- 25.- Zegura B. Menopause 2006; 13: 643-50
- 26.- Straczek C. Circulation 2005; 112: 3495-500
- 27.- Kenemans P. Maturitas 2005; 51: 21-8
- 28.- Suckling J. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4): CD001500
- 29.- Mattsson LA. Acta Obstet Gynecol Scand 1983; 62(5): 397-401
- 30.- Weisberg E. Climacteric 2005; 8(1):83-92
- 31.- Cheema D. Arch Gynecol Obstet 2007; 276(5):463-9
- 32.- Nedrow A. Arch Intern Med 2006; 166: 1453-65
- 33.- Shaw K. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4): CD003817
- 34.- Manson JE. N Engl J Med 2002; 347(10): 716-25
- 35.- Dauchet L. J Nutr 2006; 136(10): 2588-93
- 36.- Critchley J. Cochrane Database Syst Rev 2004; (1): CD003041
- 37.- McPherson R. Can J Cardiol 2006; 22(11):913-27
- 38.- Khan NA. Can J Cardiol 2009; 25(5):287-98
- 39.- American Heart Association. Cardiol Rev 2005; 13(6): 322-7
- 40.- Lau DC. CMAJ 2007; 176(8): S1-13.
- 41.- Feskanich D. JAMA. 2002; 288(18): 2300-6
- 42.- Masoni A. Medicina (B Aires) 2007; 67(5): 423-8
- 43.- Brot C.Br J Nutr. 2001; 86 Suppl 1:597-103
- 44.- Kanis JA. Osteoporos Int 2005; 16(2): 155-62
- 45.- Tang BM. Lancet. 2007; 370(9588): 657-66
- 46.- Shea B. Cochrane Database Syst Rev 2007; (1): CD004526
- 47.- Hausemann HJ. Osteoporos Int 2003; 14: 2-12
- 48.- Wells GA. Cochrane Database Syst Rev 2008; (1): CD001155



Anexo 1 Ficha MRS

Marque con un número la severidad o intensidad con la cual siente actualmente las siguientes molestias:

Anote 0 = si no tiene molestias;

Anote 1 = molestias poco severas;

Anote 2 = molestias moderadas;

Anote 3 = molestias severas.

<i>Fecha día/mes/año</i>									
Síntomas Somato-vegetativos									
Sofocos, sudoración, bochornos									
Molestias o palpitaciones cardíacas									
Insomnio, problemas de sueño									
Dolores musculares y/o articulares									
<i>Puntaje Somato-vegetativo</i>									
Síntomas Psicológicos									
Decaída, triste, ganas de llorar									
Irritabilidad, agresividad									
Ansiedad (impaciencia, pánico)									
Agotamiento físico y mental									
<i>Puntaje Psicológico</i>									
Síntomas Urogenitales									
Problemas sexuales (deseo, actividad)									
Dificultad para orinar, incontinencia									
Resequedad vaginal (dolor en el sexo)									
<i>Puntaje Urogenital</i>									
<i>Puntaje Total (somato + psico + uro)</i>									

Plantear tratamiento si el puntaje somato-vegetativo es >8 y/o el psicológico >6 y/o el urogenital >3 o si el puntaje total es >8 .



SOCIEDAD CHILENA
DE CLIMATERIO