Recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de la Menopausia para la atención clínica de mujeres de mediana edad.

Parte I

The North American Menopause Society Recommendations for Clinical Care of Midlife Women. Menopause Practice: A Clinician's Guide, 5th ed. Jan L. Shifren, MD, NCMP, Margery L.S. Gass, MD, NCMP,

The Journal of The North American Menopause Society Vol. 21, No. 10, 2014 by The North American Menopause Society
http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations

En la celebración del 25° aniversario de La Sociedad Norteamericana de Menopausia (The North American Menopause Society: NAMS), la misma ha recopilado una serie de puntos clave y recomendaciones clínicas para la atención de mujeres de mediana edad. Además de cubrir los temas más destacados sobre síntomas vasomotores, osteoporosis y alteraciones vulvovaginales, esta guía incluye información y recomendaciones para el cuidado de más de 50 temas importantes, incluyendo la función sexual, la cognición, la salud cardiovascular, alteraciones tiroideas, y cáncer .Secciones adicionales revisan fisiología básica, cuestiones de asesoramiento, pruebas de screening, y medicina alternativa

PARTE I

- MENOPAUSIA

La Menopausia es un evento fisiológico definido como el final de la menstruación, reflejando la pérdida de la función folicular ovárica. Su diagnóstico es retrospectivo, luego de 12 meses de amenorrea. La edad promedio es alrededor de los 52 años, pero puede variar desde los 40 a los 58 años. La menopausia inducida hace referencia al cese de la menstruación luego de la ooforectomía bilateral o ablación iatrogénica de la función ovárica (por ejemplo luego de un tratamiento de quimioterapia o radiación pélvica).
The Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) estableció una nomenclatura y un sistema de clasificación para describir el continuo envejecimiento reproductivo femenino en el 2001, revisándose luego en 2011 con el sistema de estadificación STRAW + 10
De acuerdo a lo establecido en STRAW + 10, el término transición menopausia hace referencia al período de tiempo donde ocurren alteraciones del ciclo y cambios hormonales, comenzando con la variación de la duración del ciclo menstrual, y finalizando con la pérdida de la menstruación.
Se describe insuficiencia ovárica primaria a la pérdida transitoria o permanente de la función ovárica que conduce a la amenorrea en mujeres de menos de 40 años. Esta condición afecta a aproximadamente el 1 % de las mujeres. La menopausia temprana ocurre en mujeres de 40 a 45 años y es experimentada por alrededor de 5 % de las mujeres. La menopausia prematura puede ser usada para referirse a los casos definitivos de menopausia antes de los 40 años de edad.
Para el año 2025, el número de mujeres postmenopáusicas se cree llegará a 1.1 billones en todo el mundo.

Recomendaciones para la atención clínica.

La menopausia debería ser considerada como un momento que ofrece una oportunidad única para un diálogo entre las mujeres y sus profesionales de la salud para evaluar y mejorar las prácticas relacionados con la salud. (Nivel de evidencia II)
La consejería en menopausia, incluye la discusión de los cambios fisiológicos, la evaluación de los síntomas relacionados con la menopausia y las opciones de tratamiento, revisión de las recomendaciones de detección y análisis de las estrategias de reducción de riesgos de enfermedades y problemas psicosociales, facilitando la toma de decisiones entre la mediana edad y las mujeres mayores. (Nivel de evidencia II)

Al considerar la preocupación de la mujer, valores y preferencias, los profesionales de la salud tienen el potencial de mejorar el bienestar de la mujer, no sólo mientras esté transitando la menopausia, sino también para el resto de sus vidas (Nivel de evidencia III).

- ENVEJECIMIENTO OVÁRICO Y PRODUCCIÓN HORMONAL.

La transición de la menopausia refleja la declinación natural de la producción de estrógenos ováricos. Se caracteriza por cambios del ciclo menstrual, con el aumento de episodios de amenorrea. Dado que la producción ovárica de estradiol disminuye aún más, se produce la ausencia total de la menstruación.
Los síntomas durante la transición hacia la menopausia, en especial los vasomotores, se desarrollan en un periodo que se extiende inmediatamente dos años antes y después del final del periodo menstrual, pero podrían prolongarse por algunos años más en algunas mujeres. Los cambios característicos en el eje hipotálamo- hipófisis-ovario, resultado de disminución de retroalimentación ovárica de inhibina y estradiol, se manifiestan principalmente como elevaciones de la hormona estimulante del folículo (FSH).
Junto con la transición de la menopausia, ocurren cambios en la glándula suprarrenal que incluyen elevaciones de cortisol sérico y elevaciones transitorias de sulfato de dehidroepiandrosterona, androstenediona y otros andrógenos suprarrenales.
El conocimiento de la función del receptor de esteroides sexuales facilita el desarrollo de agentes farmacológicos que manipulan selectivamente estos receptores y el efecto de un conjunto diverso de los resultados clínicos.

Dada la naturaleza errática de la función ovárica, las mediciones hormonales son difíciles de interpretar y en la mayoría de los casos debe ser evitado. (Nivel de evidencia II)
A pesar de contar con factores que permiten determninar la reserva ovárica, incluyendo los niveles de la hormona anti mülleriana y recuento de folículos antrales ováricos, su uso clínico está orientado a aconsejar a las mujeres que buscan la fertilidad en lugar de predecir el tiempo para la menopausia. (Nivel de evidencia I)
Dentro de las estrategias terapéuticas que contamos, en las mujeres no fumadoras sanas, se podría considerar dosis bajas de anticonceptivos orales para el tratamiento del sangrado abundante o irregular durante la transición de la menopausia. (Nivel de evidencia I)
Los síntomas vasomotores pueden comenzar mucho antes del cese de la menstruación, por lo que los proveedores de salud deben preguntar a sus pacientes de mediana edad sobre la presencia de los mismos y proporcionar información acerca de las opciones terapéuticas. (Nivel de evidencia II).
Teniendo en cuenta que durante la transición de la menopausia aún persisten ciclos ovulatorios, se recomienda la anticoncepción hasta que las mujeres hayan experimentado 12 meses de amenorrea. (Nivel de evidencia I)

El riesgo de patología endometrial se incrementa en la transición de la menopausia debido a la elevación intermitente de las concentraciones de estrógeno en suero y la disminución de la producción de progesterona ovárica. Cualquier sangrado abundante o irregular en la mediana edad debe ser evaluado. (Nivel de evidencia I)

- MENOPAUSIA PREMATURA E INSUFICIENCIA OVÁRICA PRIMARIA

La menopausia ocurre aproximadamente alrededor de los 52 años. Llamamos menopausia prematura aquella que ocurre antes de los 40 años.
Insuficiencia ovárica primaria es el término elegido para designar la insuficiencia ovárica prematura, porque esta condición puede ser transitoria y ser intermitente.

La insuficiencia ovárica primaria se puede producir por cualquier causa que provoque una disminución de la reserva ovárica o por la disfunción folicular ovárica. Aunque la etiología es a menudo idiopática, puede ser causada por anormalidades genéticas, trastornos metabólicos, cirugía pélvica, radioterapia, quimioterapia o trastornos del sistema inmunológico.

El tratamiento para los síntomas menopáusicos asociados con la insuficiencia ovárica primaria puede incluir medicación hormonal y no hormonal.

En aquellas mujeres que realicen tratamiento oncológico durante la edad reproductiva, se sugiere consultar a un especialista en fertilidad para ser asesorados en relación con las futuras opciones de conservación de la procreación y la fertilidad (Nivel de evidencia II)
La terapia hormonal o anticonceptivos hormonales que contienen estrógeno, si no están contraindicado, son de elección para el tratamiento de los síntomas menopaúsicos y para preservar la densidad mineral ósea en las mujeres con menopausia prematura o Insuficiencia Ovárica Primaria. (Nivel de evidencia I)

Resumen realizado por:

Dra Maria Fernanda Jousse Residente de Tocoginecología del Hospital J.M.Penna

Dra Alejandra Belardo Jefe de la Sección Endocrinología Ginecológica del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires