

Manejo de la menopausia en la práctica general:

Una historia de pragmatismo, cautela y optimismo.

Paula Briggs y Janice Rymer

En la actualidad, en los medios de comunicación circula un mensaje preocupante: todos los síntomas en mujeres mayores de 40 años se deben a una deficiencia de estrógenos o testosterona. Debemos cuestionarlo. Los médicos de atención primaria están en condiciones de conocer la historia de una mujer y brindar una atención integral en el contexto de los antecedentes de una paciente; estos son los puntos fuertes de la medicina general. Hemos copiado el título de este editorial de un artículo de opinión.¹ *B/GP* Editorial sobre inteligencia artificial (IA).²

Si bien una IA óptima podría ayudar a las mujeres a gestionar la transición a la menopausia y más allá, debemos reconocer que la gestión de la menopausia es un problema histórico, que antecede a la IA, las redes sociales y la desinformación. Es probable que la educación, la tutoría y el apoyo de los médicos de cabecera sean la mejor solución, ya que se necesitan factores humanos para contrarrestar el impacto de la menopausia en la calidad de vida y garantizar una atención individualizada.²

Pragmatismo

Es importante que los médicos clínicos cuenten con el respaldo de una sólida base de evidencia y un fácil acceso a las pautas clínicas elaboradas por organizaciones nacionales como la Sociedad Británica de Menopausia (BMS). Esto tiene como objetivo proteger la seguridad de las pacientes.

Precaución

Instamos a que no se den por sentados los beneficios de los tratamientos hormonales para todas las mujeres. La atención primaria del NHS ofrece el mejor entorno para una consulta rutinaria y de alta calidad sobre la menopausia. Esto debería incluir la oportunidad de una "revisión de la mediana edad", recomendada por primera vez por la BMS en 2013.³ y lo mejor es hacerlo con acceso al historial médico completo del paciente.

Un control de la presión arterial, una evaluación del índice de masa corporal y un perfil lipídico son cosas simples que tienen el potencial de alterar el perfil de riesgo de una mujer, en particular el riesgo de enfermedad cardiovascular, la causa más común de muerte en las mujeres de mediana edad.⁴ La provisión de terapia de reemplazo hormonal (TRH) por sí sola, sin abordar los problemas subyacentes, incluidos los antecedentes médicos, los antecedentes familiares y los problemas domésticos y de pareja, tocará la punta del iceberg, en lugar de lograr beneficios a largo plazo. La posición contraria es negar la TRH, debido a la ansiedad del médico o de la paciente sobre los riesgos asociados con el tratamiento. El manejo óptimo de la menopausia se puede lograr con la educación adecuada.

Optimismo

La edad promedio de la menopausia (1 año después del último período menstrual de la mujer) en el Reino Unido es de 51 años, en comparación con los 46 años de la perimenopausia. Para la mayoría de las mujeres, esta es una etapa inevitable de la vida.

Además, es importante que las mujeres reciban información precisa de médicos capacitados, en lugar de personas influyentes, mucho antes de que se presente la menopausia, para que puedan tomar una decisión informada en relación con las opciones de tratamiento, de las cuales hay muchas. Una consulta de atención primaria bien informada, respaldada si es necesario por especialistas en atención secundaria, ofrece a las mujeres una atención integral, probablemente asociada con mejores resultados.

Ya está disponible el 'Certificado de Gestión de la Menopausia' del BMS.⁵ Se trata de un paquete educativo integral en línea, que incluye información y evaluación revisadas por pares, con certificación al finalizar con éxito el programa, realizado al propio ritmo del alumno. Esto elimina el "cuello de botella" asociado con la falta de capacitadores certificados en menopausia y permite que todos los médicos registrados accedan a la información necesaria para garantizar que se compartan los consejos más actualizados con los pacientes y se respalde la atención individualizada, como

Recomendado por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en la Atención.⁶

Todas las mujeres tienen derecho a recibir una atención sanitaria de alta calidad del NHS para apoyar su salud reproductiva. Un mejor acceso a la atención adecuada con la oportunidad de restablecer el riesgo, siempre que sea posible mediante la adopción de cambios de estilo de vida manejables, tiene el potencial de ayudar a las mujeres a aceptar la menopausia en lugar de temerla. El pensamiento crítico en relación con la base de evidencia actual garantiza la seguridad de las pacientes, y las pacientes deben poder confiar en su médico.

La perimenopausia es el puente entre la vida reproductiva y la vida posreproductiva. Esta transición puede estar asociada a grandes fluctuaciones

en los niveles hormonales, debido a la producción persistente y a veces intermitente de estrógeno por parte de los ovarios, que también siguen produciendo óvulos de forma intermitente. Los picos de estrógeno en esta población pueden provocar efectos secundarios estrogénicos comunes, como dolor de cabeza, náuseas y dolor de mamas. En mujeres susceptibles, los picos de estradiol pueden ser un desencadenante de migraña y convulsiones.^{7,8} Para las mujeres que presentan síntomas de menopausia a principios de los 40, es importante considerar que son potencialmente fértiles y tener en cuenta si el embarazo es un resultado deseado. Si no es así, existe una variedad de píldoras que contienen estrógenos naturales, que pueden, en mujeres elegibles⁹ quienes rechazan un dispositivo intrauterino de levonorgestrel, se les proporciona tanto anticoncepción como reemplazo hormonal.

Para las mujeres menopáusicas, es útil considerar las consecuencias tempranas, intermedias y a largo plazo asociadas con los niveles bajos de estrógeno. Los síntomas vasomotores (SVM) son el síntoma agudo más común de la menopausia, con alrededor del 50% de

Mujeres que todavía experimentan síntomas después de muchos años.¹⁰ El estrógeno es el mejor tratamiento para las mujeres que lo desean y que cumplen los requisitos. Los progestágenos se añaden para prevenir la hiperplasia y el cáncer de endometrio en mujeres con útero intacto y en algunas mujeres que se han sometido a una histerectomía, en las que se ha conservado el cuello uterino o en las que hay antecedentes de endometriosis.

Los fármacos antagonistas neuroendocrinos, que recientemente llegaron al mercado, con fezolinetant (Veozla)¹⁰ Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, oxibutinina y gabapentina/pregabalina son otras opciones de tratamiento no hormonal disponibles actualmente con receta médica y son una adición bienvenida a la clonidina, la única opción de tratamiento no hormonal alternativa autorizada para el síndrome de vómitos y espasmos musculares. Otras opciones de tratamiento no hormonal para controlar el síndrome de vómitos y espasmos musculares incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, oxibutinina y gabapentina/pregabalina. Otros síntomas menopáusicos agudos comunes incluyen problemas relacionados con el estado de ánimo y problemas musculoesqueléticos. Estos pueden ser causados o exacerbados por la menopausia y están menos directamente relacionados con la menopausia, en comparación con el síndrome de vómitos y los trastornos del sueño.

El síndrome genitourinario de la menopausia (GSM) puede aparecer varios años después de la menopausia y puede perderse la relación con la reducción de los niveles de estrógeno. Es posible que las mujeres no revelen síntomas como sequedad vaginal, picazón, ardor, dolor durante las relaciones sexuales y problemas de vejiga. La terapia local con estrógenos puede ser muy eficaz, pero debe continuarse a largo plazo antes de pasar a opciones de segunda línea, como la dehidroepiandrosterona y el ospemifeno.

11

El síndrome de deseo sexual hipoactivo y las cuestiones de relación son importantes a la hora de considerar el trastorno del deseo sexual hipoactivo y el uso de testosterona en mujeres. La testosterona no es una hormona esencial para las mujeres, sino una hormona femenina que disminuye con la edad. El uso del término descriptivo "estado de deficiencia" es incorrecto. Es razonable considerar la adición de testosterona una vez que se ha optimizado la terapia de reemplazo hormonal y algunas mujeres se benefician mientras que otras no.¹² Por lo tanto, la tormenta mediática que sugiere que todas las mujeres necesitan testosterona es engañosa. Las "Herramientas para médicos" de la BMS están disponibles gratuitamente.

Paula Briggs,

(ORCID: 0000 0003 0468 9151), Consultora en Salud Sexual y Reproductiva, Liverpool Women's NHS Foundation Trust, Liverpool.

Janice Rymer,

Profesor de Obstetricia y Ginecología, King's College London; Ginecólogo Consultor, Guy's and St Thomas' Foundation Trust; Presidente, British Menopause Society, Londres.

Procedencia

Encargado; no revisado por pares externos.

Intereses en competencia

Paula Briggs ha recibido honorarios de Bayer, MSD (Organon), Theramex, Besins, Meda, Mylan (Viatris), GSK, Gedeon Richter, Consilient, Astellas, Actavis, Shionogi y Pfizer, y ha recibido apoyo para asistir a reuniones de Gedeon Richter, Bayer, MSD, GSK, Shionogi y Theramex. Janice Rymer ha recibido honorarios de Astellas por formar parte de un consejo asesor; todos los honorarios que recibe por sus conferencias se donan a la empresa Kibera Pad de Kenia para que las niñas puedan asistir a la escuela.

DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp24X739137>

CORRESPONDENCIA

Paula Briggs

Liverpool Women's NHS Foundation Trust, Crown St, Liverpool L8 7SS, Reino Unido. Correo electrónico: paula.briggs@lwh.nhs.uk

accesible a los médicos de atención primaria y ofrece asesoramiento de apoyo a los médicos de cabecera.¹³ Sin embargo, la prescripción de testosterona a mujeres puede verse limitada por las directrices de los comités de prescripción de la zona local, que influyen en la toma de decisiones basadas en la práctica. Otro desafío es la falta de un producto de testosterona autorizado para mujeres en la atención sanitaria del NHS, pero los posibles beneficios de su uso están asociados con una alta respuesta al placebo y es posible que se haya promocionado demasiado la testosterona para mujeres.

Las consecuencias a largo plazo de los niveles bajos de estrógeno pueden incluir enfermedades cardiovasculares y osteoporosis.

Los análisis de sangre rara vez son necesarios para diagnosticar la menopausia o para controlar la respuesta a la terapia de reemplazo hormonal. La prescripción excesiva de estrógenos en dosis altas, a veces con una cantidad mínima de progestágeno, se ha asociado con un aumento de las derivaciones por sangrado.¹⁴ Debemos ser conscientes de que se están desperdiciando recursos e instar a los médicos a que sigan preguntándose si están haciendo lo correcto para sus pacientes.

Las expectativas equivocadas de las pacientes, en particular en el caso de las mujeres mayores con comorbilidades, pueden dar lugar a una prescripción inadecuada de terapia de reemplazo hormonal, lo que podría poner a estas pacientes en riesgo de sufrir daños. Los médicos de atención primaria tienen acceso a la historia clínica completa de las pacientes y, con este recurso, están en mejores condiciones de individualizar la atención, aplicando pragmatismo, cautela y optimismo, junto con realismo.

Referencias

- Stokes-Lampard H, Machirori M, Bennett F. IA en la práctica general: una historia de pragmatismo, cautela y optimismo. *Br J Gen Pract* 2024; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp24X738525>.
- Currie H, Abernethy K, Hamoda H. *Visión para la atención de la menopausia en el Reino Unido*. 2024. <https://thebms.org.uk/wp-content/uploads/2023/05/BMS-Vision-MAY2023%E2%80%9393A.pdf> (consultado el 7 de agosto de 2024).
- Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M; Sociedad Británica de Menopausia y Women's Health Concern. Recomendaciones de 2013 de la Sociedad Británica de Menopausia y Women's Health Concern sobre la terapia de reemplazo hormonal. *Menopausia Int* 2013; **19**(2):59–68.
- García M, Mulvagh SL, Merz CN, y otros. Enfermedad cardiovascular en mujeres: perspectivas clínicas. *Res. de circo* 2016; **118**(8):1273–1293.
- Sociedad Británica de Menopausia (BMS). Principios y práctica de la BMS en el cuidado de la menopausia. <https://thebms.org.uk/education/principles-practiceof-menopause-care> (consultado el 7 de agosto de 2024).
- Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE). *Menopausia: diagnóstico y tratamiento*. NG23. Londres: NICE, 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23> (consultado el 7 de agosto de 2024).
- MacGregor EA, Briggs P. Terapia de reemplazo hormonal (TRH) en mujeres perimenopáusicas con migraña. *Salud post reproductiva* 2024; **30**(1):64–66.
- Briggs P. Una breve revisión de mujeres que informan convulsiones. *Salud post reproductiva* 2019; **25**(4):215–216.
- Percy L. Los nuevos criterios de elegibilidad médica del Reino Unido (UKMEC): ¿qué ha cambiado? *J Fam Plann Reproducción Atención Sanitaria* 2016; **42**(2):81–82.
- Lederman S, Ottery FD, Cano A, y otros. Fezolinetant para el tratamiento de los síntomas vasomotores moderados a severos asociados con la menopausia (SKYLIGHT 1): un estudio controlado aleatorizado de fase 3. *Lanceta* 2023; **401**(10382):1091–1102.
- Briggs P. Declaración de consenso: atrofia urogenital. *Salud post reproductiva* 2022; **28**(1):47–50.
- Davis SR, Baber R, Panay N, y otros. Declaración de posición de consenso mundial sobre el uso de la terapia con testosterona en mujeres. *J Clin Endocrinol Metab* 2019; **104**(10):4660–4666.
- BMS. Herramientas para médicos. <https://thebms.org.uk/publications/tools-forclinicians> (consultado el 7 de agosto de 2024).
- Manley K, Hillard T, Barber K, et al. *Manejo del sangrado no programado durante la terapia de reemplazo hormonal (TRH)*. 2024. <https://thebms.org.uk/wp-content/uploads/2024/07/01-BMS-GUIDELINE-Management-of-unscheduled-bleeding-HRT-JULY2024-A.pdf> (consultado el 7 de agosto de 2024).