

MENOPAUSIA TERAPIA HORMONAL



*I JORNADA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PARA ATENCIÓN PRIMARIA*

25 MAYO 2012

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA

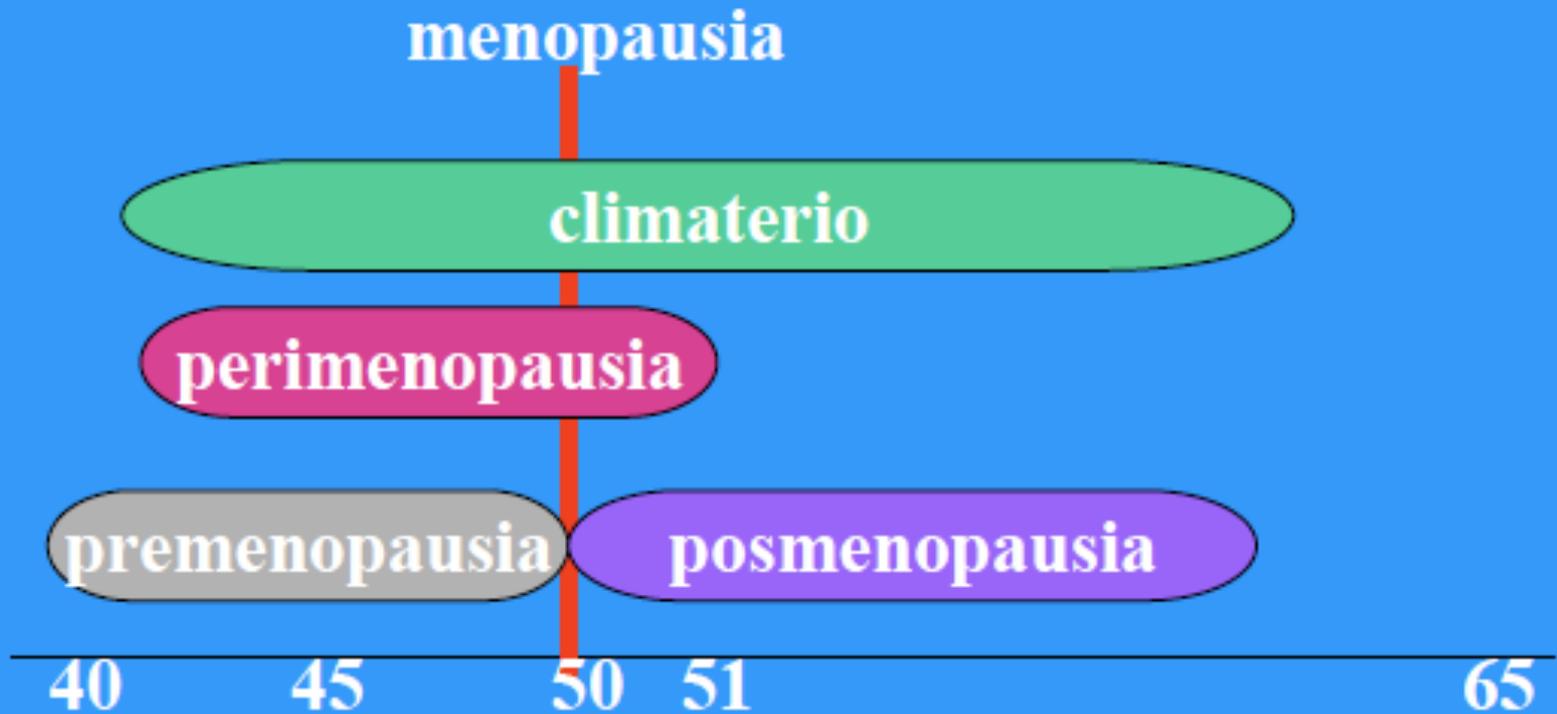
DRA. BORDÉS

DEFINICIONES (O.M.S.)



- **MENOPAUSIA:** es el cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la fecha de la última regla y suele ocurrir aproximadamente a los 50 años. Se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que exista ninguna otra causa patológica o fisiológica.
- **PERIMENOPAUSIA:** incluye el período anterior a la menopausia (cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia) y el primer año tras la menopausia.
- **PREMENOPAUSIA:** etapa de 2-6 años previa a la menopausia, que puede cursar con / sin sintomatología.
- **POSTMENOPAUSIA:** período que transcurre a partir del último período menstrual sin tener en cuenta si la menopausia ha sido inducida o espontánea .
Se puede dividir en:
 - Inmediata: período desde la última menstruación hasta un año después.
 - Establecida: período a partir de los 12 meses de la fecha de última
- **CLIMATERIO:** período de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación.

DEFINICIONES (O.M.S.)



TIPOS DE MENOPAUSIA



PRECOZ / FALLO OVÁRICO PREMATURO:

Aquellas mujeres con alteraciones del ciclo menstrual de más de 3 meses de evolución asociadas a gonadotropinas en rango menopáusico y edad inferior a 40 años . Se caracteriza por una función ovárica INTERMITENTE, con producción de E2 en la mitad de los casos, y ovulaciones ocasionales con posibilidad de embarazo.

PREMATURA:

Aquella menopausia que se presenta entre los 40 y 45 años. Conlleva irreversibilidad.

TARDÍA:

Aquella menopausia que se presenta por encima de los 55 años.

INDUCIDA:

- Se define como el cese de la menstruación debido a la exéresis quirúrgica de ambos ovarios o por mecanismos iatrogénicos.

CLÍNICA



- SINTOMAS A CORTO PLAZO:
 - **VASOMOTORES:** sofocos, palpitaciones, cefaleas, parestesias y vértigos.
 - **PSIQUÍCOS MENORES:** irritabilidad, labilidad emocional, pérdida de concentración y tendencia a la depresión.
- SINTOMAS A MEDIO PLAZO:
 - **ALTERACIONES GENITOURINARIAS:** existe asociación en cuanto a los síntomas vaginales, siendo controvertido en los síntomas urinarios.
 - ALTERACIONES CUTÁNEAS.
- SINTOMAS A LARGO PLAZO:
 - **OSTEOPOROSIS:** la edad y el tiempo transcurrido desde el inicio de la menopausia, son los predictores más importantes en la disminución de la densidad mineral ósea (DMO).
 - ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

DIAGNÓSTICO



¡¡ ANAMNESIS !!



DETERMINACIONES HORMONALES

- Para el diagnóstico de menopausia **no** es necesario hacer determinaciones hormonales puesto que el diagnóstico es retrospectivo ante la constatación de un año de amenorrea.
- En caso de necesidad debemos solicitar gonadotropinas (LH, FSH). En la perimenopausia entre el 3º y 5º día del ciclo. En histerectomizadas repetir la determinación a los 4-6 meses.
- Para control del TH **no** es necesario realizar ninguna determinación hormonal, puesto que es más importante la sintomatología que explica la mujer y la respuesta al tratamiento una vez instaurado.
- La citología vaginal nos informará de la impregnación estrogénica con más fiabilidad que la analítica hormonal.

ALGORITMO



MENOPAUSIA

DÉFICIT ESTROGÉNICO

OTROS

VASOMOTORES

VAGINALES

OSTEOPOROSIS

TRATAMIENTOS
ESPECÍFICOS

PREVENCIÓN
PRIMARIA

TERAPIA HORMONAL
(TH)

ÍNDICE FRAX®

PREVENCIÓN
PRIMARIA

**MENOPAUSIA
PRECOZ/FOP**

THS / ACOS

TRATAMIENTO

CONTROL

PREVENCIÓN PRIMARIA



SÍNTOMAS	FACTORES RIESGO		PREVENCIÓN PRIMARIA
VASOMOTORES	NO MODIFICABLES	MODIFICABLES	<ol style="list-style-type: none"> 1. EJERCICIO FÍSICO 2. PÉRDIDA DE PESO 3. ABANDONO HÁBITO TABÁQUICO 4. BEBIDAS FRÍAS 5. NO COMIDAS PICANTES, NI CAFÉ NI ALCOHOL.
	<ul style="list-style-type: none"> • raza • ooforectomía • menopausia iatrogénica • enfermedad crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • obesidad • tabaco • sedentarismo • elevaciones de Tª corporal 	
OSTEOPOROSIS	ASOCIACIÓN CONSISTENTE	MENOS CONSISTENTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIETA RICA EN CALCIO Y VITAMINA D ANTES DE LA MENOPAUSIA. 2. EJERCICIO FÍSICO AERÓBICO REGULAR 3. EXPOSICIÓN MODERADA AL SOL 4. ABANDONO HÁBITO TABÁQUICO 5. MODERAR LA INGESTA DE CAFÉ Y ALCOHOL 6. PROTECTORES DE CADERA EN MUJERES INSTITUCIONALIZADAS
	<ul style="list-style-type: none"> • edad • raza blanca • bajo peso o pérdida de peso • no utilización actual de tratamiento estrogénico • historia previa personal o familiar de fractura y/o caída. 	<ul style="list-style-type: none"> • tabaco • alcohol • cafeína • baja ingesta de calcio y vitamina D • fármacos (anticonvulsivantes, heparina, litio glucocorticoides). 	

ÍNDICE DE FRAX®



- Herramienta de evaluación de riesgo de fractura a 10 años en hombres y mujeres, desarrollada por la O.M.S.
- (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>)
- Utiliza la edad, IMC y factores de riesgo (una fractura previa por fragilidad, antecedente de fractura de cadera en los padres, tabaquismo actual, consumo a largo plazo de glucocorticoides en cualquier momento, artritis reumatoide, otras causas de osteoporosis secundaria, consumo diario de alcohol de 3 o más unidades al día).
- Puede incluir o no la D.M.O medida por densitometría ósea en cuello femoral.
- Existen distintos modelos para los diferentes países.

ÍNDICE DE FRAX®





Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Inicio Herramienta de Cálculo ▼ Tablas FAQ Referencias Español

Recepción a FRAX

La herramienta FRAX® ha sido utilizada por millones de pacientes. Se basa en modelos de riesgo con la densidad mineral ósea.



Dr. John A Kanis
Professor Emeritus,
University of Sheffield

Los modelos FRAX® se han validado en grupos poblacionales de Europa, Asia, Australia. La herramienta FRAX® se encuentra disponible en español. Se puede descargar otras versiones simplemente seleccionando el país de riesgo que haya disponibles.

Los algoritmos de FRAX® calculan el riesgo de fracturas osteoporóticas mayores en la columna vertebral, antebrazo, codo y cadera durante los próximos 10 años.

- Asia
- Europa
- Oriente Medio y África
- América del Norte
- América Latina
- Oceanía

- Austria
- Bélgica
- República Checa
- Dinamarca
- Finlandia
- Francia
- Alemania
- Hungría
- Italia
- Malta
- Países Bajos
- Noruega
- Polonia
- Rumania
- Rusia
- Eslovaquia
- España**
- Suecia
- Suiza

FRAX Desktop Application

Click here to view the applications available



Web Version 3.5

View Release Notes



Links

www.iofbonehealth.org



www.nof.org



www.jpof.or.jp



www.esceo.org



02315753
Individuals with fracture risk assessed since 1st June 2011

FRAX/tool.jsp?country=4

ÍNDICE FRAX®

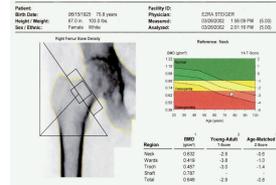


- **PROBABILIDAD DE PRESENTACIÓN DE UNA FRACTURA DE CADERA EN LOS PRÓXIMOS 10 AÑOS**

Nº FACTORES DE RIESGO	MODERADO RIESGO			
	50 años	60 años	70 años	80 años
1	0,2	0,9	3,6	10,4
2	0,4	1,8	7,0	19,4
3	0,7	2,6	10,4	27,2
4	0,9	3,5	13,6	34,0

Barcelona, España

DENSITOMETRÍA ÓSEA (DXA)



- No se recomienda el cribado poblacional de la osteoporosis mediante DXA para la prevención de fractura.
- En mujeres > 65 años con un riesgo elevado de fractura, se recomienda la DXA de cribado cada 2 ó más años.
- Deben ser informadas de los beneficios y limitaciones de la misma, así como del beneficio relativo y los potenciales efectos adversos de las opciones terapéuticas.
- Desestimar la DXA por el mero hecho de que la paciente lo solicite, o si no se va a someter a ningún tratamiento en caso de estar indicado.

TRATAMIENTOS



SÍNTOMAS VAGINALES Y VASOMOTORES

- NO FARMACOLÓGICOS:
 - HIDRATANTES VAGINALES.
 - FITOESTRÓGENOS: ISOFLAVONAS DE SOJA (PHYTO SOYA®, MALENA®, FITOLADIUS...).
 - HOMEOPATÍA: CIMICÍFUGA RACEMOSA.
- FARMACOLÓGICOS:
 - HORMONALES : ESTRÓGENOS ± PROGESTÁGENOS; TIBOLONA (BOLTÍN®).
 - NO HORMONALES: VERALIPRIDE (AGREAL®).

OSTEOPOROSIS

- SUPLEMENTOS DE CALCIO+VITAMINA D.
- TERAPIA HORMONAL (TH).
- MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM): LASOFOXIFENO, BAZEDOXIFENO.
- CALCITONINA.
- PTH
- RANELATO DE ESTRONCIO (PROTELOS®, OSSEOR®).
- BIFOSFONATOS.
- ANTICUERPOS MONOCLONALES: DENOSUMAB (PROLIA®).

TERAPIA HORMONAL



GENERALIDADES

- **INDICACIONES:**
 - Menopausia precoz. En este caso, se habla de Terapia Hormonal Sustitutiva (T.H.S)
 - Síndrome climatérico.
 - Atrofia urogenital.
 - Osteoporosis.
- **ANTES DE INSTAURARLA:**
 - Realizar una anamnesis completa, una exploración ginecológica básica y una mamografía (si ha pasado > 1 año).
 - No es preciso realizar analítica hormonal previa.
- **DOSIS:**
 - La mínima dosis eficaz.

TERAPIA HORMONAL



GENERALIDADES

- HASTA CUÁNDO MATENERLA:
 - Mientras existan objetivos terapéuticos a cumplir concretos y relacionados con el déficit estrogénico. Los datos de los últimos estudios apoyan la seguridad del empleo de la TH al menos durante los 5 primeros años.
 - Si hablamos de THS, se ha de mantener hasta los 50 años sin existir hasta entonces los riesgos asociados a la misma.
 - Respecto al alivio de los trastornos vasomotores, 2 ó 3 años serán adecuados, sin embargo un 25% de las mujeres tienen estos síntomas durante un promedio de 5 años.
 - La hormonoterapia debe continuarse si el objetivo primario es la prevención de osteoporosis. Es lógico establecer un balance riesgo/beneficio, mantenerlo tanto como sea posible y suspenderlo antes de que se manifieste el incremento de riesgo mamario.

TERAPIA HORMONAL



GENERALIDADES

- SEGUIMIENTO:
 - Valorar repetir la mamografía de forma anual. Sería conveniente suspender la TH un ciclo, para evitar falsos negativos en mujeres con densidad mamaria elevada.
 - A los 3-6 meses del inicio, valorar la posible aparición de efectos secundarios y el patrón de sangrado.
 - ✦ En la pauta continua se consideran aceptables las hemorragias irregulares durante el primer año. Si éstas persisten, realizar un estudio endometrial.
 - ✦ En la pauta cíclica se consideran normales aquellas hemorragias que aparecen a partir del 10^o día tras iniciar el progestágeno y cuya cantidad y duración es similar a la menstruación. En caso contrario, ajustar la dosis de éste aumentando los días y/o la dosis diaria. Si éstas persisten, realizar un estudio endometrial.
 - No es necesario realizar un estudio endometrial, salvo en los casos descritos anteriormente. Se usa la ecografía transvaginal, y seguir actitud en función del grosor del endometrio.

TERAPIA HORMONAL



GENERALIDADES

- **CONTRAINDICACIONES:**

ABSOLUTAS	RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none">• Cáncer de mama actual• Cáncer de endometrio actual• Hemorragia uterina no filiada• Enfermedad hepática activa severa• Antecedentes de trombosis profunda y/o enfermedad tromboembólica• Embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Hepatopatía crónica• Enfermedad pancreática• Antecedentes de cáncer de mama• Antecedentes de cáncer de endometrio

TERAPIA HORMONAL



GENERALIDADES

● RIESGOS:

RIESGOS	WHI	HERS
CA. MAMA *	❖ 1,26(1,00-1,59)	❖ 1,27 (0,84-1,94)
E. CORONARIA*	❖ 1,27 (0,84-1,94)	❖ 1,27 (0,84-1,94)
ICTUS	❖ 1,27 (0,84-1,94)	❖ 1,27 (0,84-1,94)
TROMBOEMBOLISMO	❖ 1,27 (0,84-1,94)	❖ 1,27 (0,84-1,94)
CA. ENDOMETRIO	❖ 1,58 (0,77-3,24)	❖ 1,58 (0,77-3,24)

- ❖ AUMENTO NO SIGNIFICATIVO
- ❖ AUMENTO SIGNIFICATIVO
- ❖ DISMINUCIÓN NO SIGNIFICATIVA

- DETERIORO COGNITIVO
- DEMENCIA
- ALTERACIONES DE VESÍCULA BILIAR

- INDIVIDUALIZAR LOS CASOS
- DOSIS BAJAS
- PERÍODO CORTO DE TTO < 5 a
- SIN GESTÁGENO

TIPO	< 5 AÑOS	> 5 AÑOS
ESTRÓGENOS (E2)	1,21	1,34
E2 + GESTÁGENOS	1,70	2,21
TIBOLONA *	1,32	1,57
OTROS	1,35	1,54

Million Women Study Collaborators. *The Lancet* 2003; 362:419-4277

TERAPIA HORMONAL



PAUTAS FARMACOLÓGICAS

- SÍNTOMAS VAGINALES → TRATAMIENTO LOCAL.

- ESTRADIOL (VAGIFEM®): 2 mg/día
 - ESTRIOL (OVESTINÓN®): 0,5 mg/ día
 - PROMESTRIENO* (COLPOTROFÍN®): 1%
- durante 3-4 sem, para reducir a 2/semana
- 3 aplic/día → 1 semana
1 aplic/día → 2 semana
-

- SÍNTOMAS VASOMOTORES → TRATAMIENTO ORAL.

- Si la mujer tiene útero asociar un progestágeno:
 - ✦ Acetato de medroxiprogesterona (Progevera®) .
 - ✦ Progesterona oral (Progeffik® ; Utrogestán®).
- En Europa el estrógeno más usado es el VALERATO DE ESTRADIOL, pues parece que tiene menos efectos adversos.

TERAPIA HORMONAL

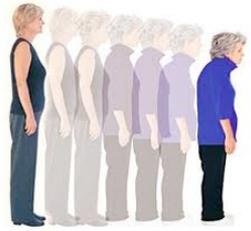


PAUTAS FARMACOLÓGICAS

- Asociaciones de E2 y P2:

PAUTA CÍCLICA	VALERATO ESTRADIOL + ACETATO MEDROXIPROGESTERONA	PERIFEM®
	VALERATO ESTRADIOL + ACETATO CIPROTERONA	CLIMEN® CLISIN®
PAUTA CONTINUA	VALERATO ESTRADIOL + LEVONORGESTREL	NUVELLE® AUROCLIM®
	VALERATO ESTRADIOL + NORESTITERONA	MERIGEST SEQUI®
	HEMIHIDRATO ESTRADIOL + ACETATO NORESTITERONA	DUOFEMME®
OTROS	VALERATO ESTRADIOL + NORGESTREL	PROGYLUTON®
	HEMIHIDRATO ESTRADIOL + ACETATO NORESTITERONA	TRISEQUENS®

TRATAMIENTO OSTEOPOROSIS



GRUPOS FARMACOLÓGICOS

- SUPLEMENTOS DE CALCIO+VITAMINA D.
- TERAPIA HORMONAL (TH).
- MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM): CONBRIZA®; FABLYN®.
- CALCITONINA.
- PTH
- RANELATO DE ESTRONCIO (PROTELOS®, OSSEOR®).
- BIFOSFONATOS (BONVIVA®, ACTONEL®, ZOMETA®)

- ANTICUERPOS MONOCLONALES: DENOSUMAB (PROLIA®).

CRITERIOS DE DERIVACIÓN



MENOPAUSIA PRECOZ

**SÍNDROME CLIMÁTERICO
INTENSO CON PATOLOGÍA
CONCOMITANTE**

**CONTROL
HOSPITALARIO**

**MENOPAUSIA SINTOMÁTICA
CON ANTECEDENTES
PERSONALES / FAMILIARES
DE CÁNCER GINECOLÓGICO**

**POSTMENOPÁUSICAS CON
FACTORES DE RIESGO DE
OSTEOPOROSIS**

OBJETIVO



MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER DADA SU ESPERANZA DE VIDA EN EL SIGLO ACTUAL



MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

ginecologia.hie@capiosanidad.es

910 894 84 10 - Ext 2229/2472/2473