



**SANT PAU**  
Campus Salut  
Barcelona



Hospital de  
la Santa Creu i  
**Sant Pau**

# **PROTOCOL**

## **TRACTAMENT DE LA MENOPAUSA SIMPTOMÀTICA**

SERVEI D'OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Febrer 2024

**Data d'elaboració del protocol: 29/06/2023**

**ID: GO51**

**Títol:** TRACTAMENT DE LA MENOPAUSA SIMPTOMÀTICA

**Paraules clau:** Menopausa, Tractament hormonal substitutiu

**Versió núm.:** 1

Elaboració  Adaptació  Actualització

**COMISSIÓ / COMITÈ / GRUP DE TREBALL (si s'escau):**

Autors (marcar el coordinador)	Serveis / Àrea	Directors de Servei/Unitat i signatures
<b>Misericòrdia Guinot Gasull (coordinadora)</b> Carla Domínguez Gallardo Maria Coma Barbara	Ginecologia	Dra. Elisa LLurba Olivé  ELISA LLURBA OLIVE / num:08331715 Signat digitalment per ELISA LLURBA OLIVE / num:08331715 Data: 2024.02.12 13:37:29 +01'00'
Dra. Anna Feliu Ribera	Farmàcia	Dra. Anna Feliu Ribera  Anna Feliu Ribera - DNI 40316669S (SIG) Signat digitalment per Anna Feliu Ribera - DNI 40316669S (SIG) Data: 2024.02.08 12:37:54 +01'00'




**Àmbit d'aplicació del Protocol/GPC:**

- Ambulatori       Hospitalització       Laboratori       Rehabilitació  
 Urgències       Quirúrgic       Diagnòstic per la Imatge

El protocol/guia conté:

- a) Fàrmacs?  Sí  No  
 En cas de resposta afirmativa, cal contactar amb el farmacèutic consultor del servei corresponent per tal que validi la informació dels medicaments inclosos.
- b) Canvis substancials en la petició de proves d'imatge?  Sí  No
- c) Pautes analgèsiques per al control de dolor que són noves i/o modifiquen les existents?  Sí  No  
 Si les respostes b) i/o c) són afirmatives i entre els autors no hi ha cap representant de Diagnòstic per la Imatge i/o Clínica del dolor, caldrà la revisió pels serveis esmentats.

**Data d'entrada del protocol al PQA: 07/02/2024 Data d'institucionalització: 21/02/2024**

Dra. Xènia Acebes Direcció Assistencial  	Dr. Alfons Torrego Direcció Mèdica  	Sra. Maria Lacueva Direcció Infermera  
---	--	---

## ■ ÍNDEX

1. OBJECTIU .....	4
2. CONSIDERACIONS GENERALS.....	4
3. ÀMBIT D'APLICACIÓ .....	4
4. DEFINICIONS Y CONCEPTES.....	4
5. DESCRIPCIÓ DEL PROTOCOL.....	7
6. MANEIG DE LA SIMPTOMATOLOGIA CLIMATÈRICA EN CASOS ESPECIALS .....	15
7. INSUFICIÈNCIA OVÀRICA PREMATURA (IOP) .....	20
8. INDICADORS D'AVAUACIÓ.....	22
9. BIBLIOGRAFIA .....	24

# TRACTAMENT DE LA MENOPAUSA SIMPTOMÀTICA

Febrer 2024

## 1. OBJECTIU

Oferir ajuda als diferents professionals sanitaris per identificar la simptomatologia climatèrica i oferir una guia sobre el tractament més adient per aquestes pacients, per tal de millorar la seva qualitat de vida i facilitar la integració social i familiar durant la menopausa.

## 2. CONSIDERACIONS GENERALS

Durant els últims anys ha esdevingut un major interès pels temes que afecten a la dona durant el període que envolta la menopausa, i això és degut a dos fenòmens: en primer lloc la major esperança de vida, i en segon lloc, l'interès per millorar la qualitat de vida (1).

Cada dona experimenta la transició a la menopausa d'una forma diferent, en funció de l'edat a la que esdevé, el motiu pel que té lloc (de forma natural o secundària a una cirurgia), l'estat de salut, l'ètnia i la cultura, entre d'altres.

En aquest sentit és important disposar d'un protocol, consensuat entre els diferents professionals implicats en l'activitat del Bloc Ginecològic, que ens permeti oferir la millor atenció a la dona durant aquesta etapa de la seva vida.

Es repassaran les diferents definicions abraçades en aquest període així com la fisiopatologia bàsica que té lloc durant la menopausa, s'oferiran unes pautes diagnòstiques i es proporcionaran opcions terapèutiques i de maneig dels símptomes, en funció de la literatura actual.

## 3. ÀMBIT D'APLICACIÓ

Pacients amb menopausa, diagnosticades o amb sospita de la mateixa i professionals que tracten aquesta patologia al hospital de la Santa Creu i Sant pau i al CAP Guinardó.

## 4. DEFINICIONS Y CONCEPTES

A continuació presentem les definicions consensuades pel comitè científic de la OMS i la Societat Internacional de Menopausa, acceptades pel Board de la International Menopause Society en Octubre de 1999.

**Menopausa:** Etimològicament el terme menopausa ve del grec “men” mes, “pausi” interrupció.

Així la menopausa es defineix com el cessament permanent de menstruacions que resulta de la pèrdua de l'activitat fol·licular ovàrica i s'entén com la data de la darrera menstruació (OMS). La seva aparició no és tan fàcil de determinar perquè el cessament de les menstruacions no és bruscat i la menopausa s'instaura definitivament després d'un període llarg d'irregularitats menstruals.

Es reconeix després de 12 mesos consecutius d'amenorrea, sense que existeixi cap altre causa patològica. L'edat mitjana de menopausa natural ha estat descrita en 51,5

anys en països desenvolupats (2). En general té lloc entre els 45 i els 55 anys i es coneix com la data de la última regla.

### Menopausa:

- Perimenopausa: inclou el període immediatament anterior a la menopausa (quan comencen les Alteracions menstruals, i les manifestacions endocrinològiques, biològiques i clíniques) i fins 12 mesos després de la menopausa.
- Postmenopausa: període que té lloc després dels 12 mesos de la última regla i que finalitza al començament de la senectut.
- Menopausa natural: la que té lloc de forma gradual i progressiva pel procés normal d'envelliment ovàric.
- Menopausa iatrogènica: la provocada per la castració quirúrgica o per mecanismes destructors de les cèl·lules germinals com radiacions o quimioteràpia.
- Insuficiència ovàrica prematura (IOP): la que té lloc abans dels 40 anys.
- Menopausa primerenca: la que té lloc entre els 40 i els 45 anys.
- Menopausa tardana: la que té lloc més enllà dels 55 anys.

### Fisiopatologia de la menopausa

La unitat reproductiva de l'ovari és el fol·licle ovàric. Cada fol·licle conté un únic oòcit.

El major nombre d'oòcits els tenim a les 20 sg (6-7milions). Després es produeix una atrècia progressiva fins el moment del naixement (1-2 milions) i continua disminuint essent a la pubertat de 250.000 oòcits i disminuint dràsticament a partir dels 35-37 anys (3).

La pèrdua de fol·licles ovàrics s'associa a una disminució de l'estradiol (E<sub>2</sub>) i de la producció d'inhibina B per part de les cèl·lules de la granulosa així com de Hormona anti-Müleriana (AMH) i aquest fet comporta un augment en la producció de FSH, i davant que existeix una baixa reserva de fol·licles, aquests són incapaços de produir una concentració suficient d'estrògens com per produir un pic de LH i per tant, ovular, apareixent cicles anovulatoris i alteracions en la duració dels mateixos.

Alteracions en els nivells de FSH, E<sub>2</sub>, AMH i Inhibina B poden precedir o coincidir amb el desenvolupament d'irregularitats menstruals o de símptomes.

En funció d'això, classificarem les diferents etapes de la Menopausa segons els establerts per Stages of Reproductive aging Workshop (STRAW), més recentment actualitzats en STRAW+10 (4,5), tot i que aquest sistema presenta limitacions, per exemple en dones amb SOPQ, IOP, amb annexectomies, (entre altres).

	FSH	E2	AMH	INH B	Menstruacions	Símptomes
Etapa reproductiva tardana	+/-	+/-	↓	↓	Canvis en duració/ quantitat	Intermitents
Perimenopausa	↑	+/-	↓	↓	Cicles curts o anovulatoris	Més freqüents
PostMenopausa	↑	↓	↓	↓	No	Molt més freqüents

## Sintomatologia de la menopausa.

Existeix gran variabilitat entre dones pel que fa a la presència de símptomes secundaris als canvis hormonals durant la menopausa. Els símptomes descrits a continuació són secundaris a la deficiència sistèmica d'estrògen. Els més freqüents són:

- Síntomes vasomotors: fogots, sudoració nocturna.
- Psicològics: simptomatologia depressiva, ansietat/irritabilitat, alteracions del son, pèrdua de memòria, dificultat per concentrar-se, entre d'altres.
- Síntomes generals: cefalea, fatiga, dolor muscular/articular.
- Síndrome geniturinari: coïssor, prurit i sequedat vaginal, dispareúnia, polaquiúria, urgència miccional.
- Cutanis: sequedat i aprimament cutani, pèrdua d'elasticitat i sequedat de mucoses.

Així mateix, el dèficit d'estrògens produeix alteracions en diferents sistemes que afecten la salut de la dona (5):

- Alteracions metabòliques: Distribució central del greix corporal, resistència a la insulina i augment del risc de DM tipus 2, augment del Colesterol ( Total i LDL).
- Alteracions Cardiovasculars: Alteracions de la funció endotelial, hipertensió.
- Alteracions òssies: Pèrdua de massa òssia, augment risc de fractures.

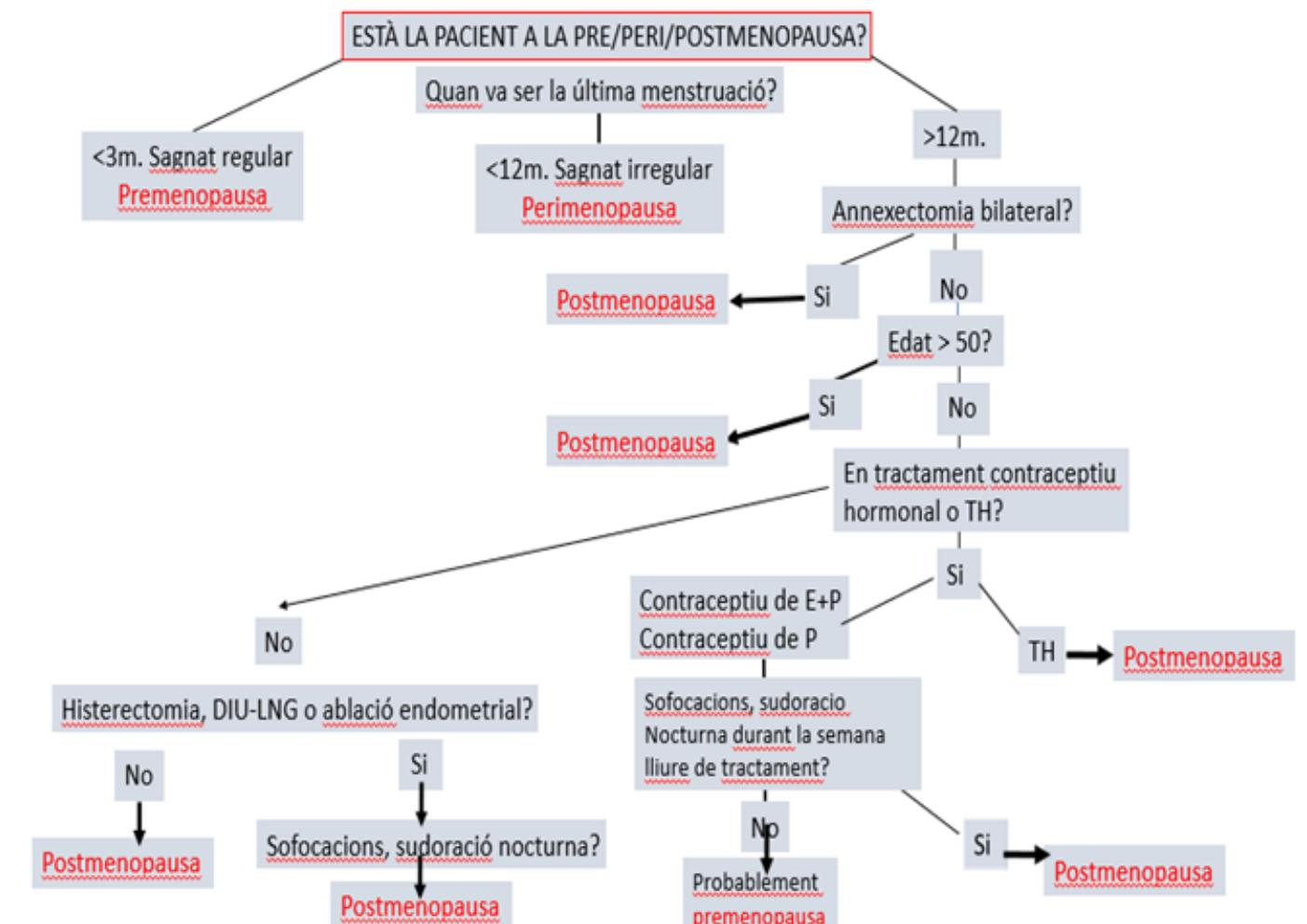


Figura1. Adaptació al nostre medi de l'article: Jane FM & Davis SR. A Practioner's Toolkit for Managing the Menopause, Climacteric, 2014, 17(5):564-79, DOI(5)

## En quins casos la determinació dels nivells hormonals pot ajudar-nos? (6)

- Dones menors de 50 anys amb 6 mesos d'amenorrea i simptomatologia climatèrica.
- Dones amb simptomatologia climatèrica dubtosa.
- Antecedent d'histerectomia, ablació endometrial o portadores de DIU- LNG.

En cas que la dona segueixi tractament contraceptiu, la determinació hormonal per diagnosticar la menopausa s'ha de realitzar després de suspendre el tractament o durant el període de descans (setmana placebo).

## 5. DESCRIPCIÓ DEL PROTOCOL

### 5.1. MANEIG DE LA DONA MENOPÀUSICA

#### 5.1.1. Objectius

- Promocionar la salut de les dones en el període perimenopàusic i postmenopàusic.
- Facilitar canvis que comportin una milloria en la qualitat de vida de la dona.
- Millorar la salut de la dona climatèrica, potenciant mesures preventives i de promoció de la salut periòdics.
- Millorar la qualitat de vida, afavorint la integració social i familiar.
- Facilitar la informació per poder viure aquesta etapa amb naturalitat.

#### 5.1.2. Consideracions generals

La importància de millorar l'estil de vida com realitzar activitat física diària gravitatòria, seguir una dieta mediterrània rica en Calci (1000mg de Calci al dia i 800 UI de Vitamina D), fomentar l'abandonament de l'hàbit tabàquic, limitar el consum d'alcohol. Han de ser recomanats durant la visita.

Totes les dones han de ser valorades en els següents aspectes:

- Risc cardiovascular: Mesura de TA, perfil lipídic, recomanar deixar de fumar, exercici físic, dieta mediterrània.
- Descartar aparició de Diabetis: glucosa en sang, Hemoglobina glicosilada.
- Cribratge de Càncer: mamografies, PAP segons les guies actuals.

#### 5.1.3. Control ossi (7,8)

La prevalença de Osteoporosi en dones majors de 50 anys s'estableix al voltant del 35%, arribant fins a un 52% en dones majors de 70 anys.

Tot i aquesta elevada prevalença, no s'ha demostrat cost-efectiu la realització de Densitometries rutinàries. Està indicat realitzar aquesta exploració en dones >65 anys i en dones <65 anys amb antecedent o amb risc de fractures òssies com risc de caiguda, ús de glucocorticoides, hipogonadisme, alteracions tiroïdals, IMC <19. ( Veure Protocol de "L'abordatge de l'osteoporosi primària postmenopàusica" de l'Àrea Integral de Salut Barcelona Dreta. Referència:

<http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir2889/protocol-osteoporosis-dreta2016.pdf>).



A continuació es mostra la classificació densitomètrica en funció de la densitat mineral òssia segons la OMS:

- Densitometria Normal: un valor de densitat mineral òssia (DMO) dins d'una desviació
- estàndard de la referència mitja de dones joves adultes.
- Baixa massa òssia (Osteopènia): un valor de DMO menor de -1 DE fins 2,5 DE.
- Osteoporosi: un valor de DMO menor o igual de -2.5 DE.
- Osteoporosi severa: un valor de DMO menor o igual de -2.5 DE amb presència d'una o més fractures per fragilitat.

•	<b>NORMAL</b>	T-score > -1
•	<b>BAIXA MASSA ÒSSIA (OSTEOPENIA):</b>	T-score entre -1 i -2,5
•	<b>OSTEOPOROSI</b>	T-score ≤ -2,5
•	<b>OSTEOPOROSI SEVERA</b>	T-score ≤ -2,5 + una o més fractures per fragilitat. Altres condicions clíniques no objectes d'aquest protocol

Nota: el valor T és el número de desviacions estàndard que es troba per sobre o per sota de la mitjana de DMO de la població normal jove del mateix sexe, estudiada amb tècnica DXA central.

#### 5.1.4. Valoració del Risc Cardiovascular (9,10)

Durant la menopausa, esdevé un risc augmentat de patir malaltia cardiovascular, per lo que és bàsic establir el risc i oferir mesures preventives i diagnòstiques en cada visita mèdica.

D'acord amb el National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel (NCEP-ATP III), s'estableixen uns factors de risc cardiovascular, independents dels valors de LDL Colesterol:

##### ➤ Factors no modificables

- Edat: dona > 55 anys o Menopausa precoç sense tractament hormonal substitutiu
- Antecedents personals de cardiopatia isquèmica o equivalents (Diabetis Mellitus)
- Antecedents familiars de cardiopatia isquèmica prematura
- Dones < 65 anys
- Homes < 55 anys

##### ➤ Factors modificables

- Consum de tabac
- Hipertensió arterial: TA > 140/90 mmHg
- HDL colesterol < 40 mg/dL

Així mateix, NCEP-ATP III, proposa la identificació de pacients amb síndrome metabòlic, si es compleixen 3 o més dels següents criteris, i proporcionar el tractament adequat en cada cas, o en cas de dubte, consultar amb un especialista:

- Obesitat abdominal: perímetre abdominal en dones > 88 cm



- Elevació de Triglicèrids > 150 mg/dL
- C-HDL en dones < 50 mg/dL
- TA > 130/85 mmHg
- Nivells de Glucosa > 110 mg/dL

### 5.1.5. Exploracions complementàries

Durant el seguiment d'aquestes pacients sol·licitarem una sèrie d'exploracions complementàries:

➤ Ecografia Ginecològica:

- Realitzar-la abans d'iniciar tractament
- Realitzar-la a l'any de l'inici del tractament per avaluar l'efecte de la THS sobre l'endometri

➤ Mamografia:

- Sol·licitar-la abans d'iniciar la THS per valorar la densitat mamària i descartar patologia subjacent
- En dones entre 40-50 anys amb THS: anual
- En dona de > 50 anys amb THS:
  - Anual si antecedents familiars de càncer de mama, mames fibroses
  - Bianual si no presenta antecedents ni factors de risc

### 5.1.6. ALTERNATIVES TERAPÈUTIQUES

#### Mesures higiènic-dietètiques

- Generar hàbits dietètics saludables: dieta mediterrània, limitar el consum d'alcohol, reduir les calories de la dieta.
- Ingesta diària de 1000 mg Calci/dia i 800 UI de Vitamina D/dia
- Corregir o eliminar hàbits tòxics: tabàquic i/o altres hàbits tòxics
- Fomentar l'exercici físic gravitatori

#### Teràpia Hormonal substitutiva (THS)

##### Generalitats

Després de la publicació de l'estudi WHI al 2002, l'ús de teràpia hormonal ha comportat controvèrsies entre els professionals, fent que s'hagi denegat l'ús de THS a moltes dones(11).

Posteriorment s'ha revalorat aquest estudi, cosa que ha permès establir unes pautes terapèutiques segures en la dona menopàusica, com el Global Consensus Statement on Menopausal Hormonal Therapy (12) IMS Recommendations(13) el NAMS (14).

**Position Statement, de 2017 (14, 15, 16, 17, 18) que estableix les següents recomanacions:**

- THS és el tractament més efectiu pels símptomes vasomotors associats a la menopausa a qualsevol edat, i els beneficis superen els riscos en dones menors de 60 anys o amb menys de 10 anys de l'inici de la menopausa.
- THS és apropiada per disminuir el risc de fractures relacionades amb osteoporosi en dones < 60 anys o amb < 10 anys de l'inici de la menopausa (sempre que els

altres tractaments per a l'osteoporosi estiguin contraindicats), o bé en dones amb símptomes climatèrics i osteoporosi.

- THS amb només estrògens (a dosis estàndards) disminueix el risc de malaltia cardiovascular (MCV) i la mortalitat general en dones menors de 60 anys o amb menys de 10 anys de l'inici de la menopausa, tenint en compte que la indicació és la simptomatologia climatèrica.
- El tractament amb estrògens locals és preferible en cas sequedat vaginal o dispareunia.
- Les dones que segueixen tractament amb THS haurien de tenir un control anual, on es realitzi:
  - exploració física, s'actualitzaran els antecedents personals i familiars
  - control analític si precisa
  - recomanacions d'estil de vida i altres estratègies per prevenir malalties cròniques i es valori la necessitat o no de continuar amb THS.
- El risc de malaltia isquèmica cerebrovascular i tromboembolisme venós augmenta amb l'ús de THS oral, tot i que el risc absolut és infreqüent en dones menors de 60 anys i sembla ser menor en teràpia percutània, via que estaria indicada en dones amb risc de trombosi (fumadores, obeses, alteracions hemostàtiques). Actualment sabem que la via percutània no altera els factors de coagulació (19).
- L'augment del risc de càncer de mama en usuàries de THS oral està associat amb l'addició de progestagen sintètic i està relacionat amb la durada de l'ús de THS, tot i que el risc total és baix i decreix en finalitzar el tractament. S'ha objectivat que la progesterona micronitzada i la dihidroprogesterona no augmenten el risc de càncer (19).
- La durada del tractament s'ha d'individualitzar. Els estudis recolzen un ús segur durant 5 anys, en dones sanes que hagin iniciat el THS entre els 50 els 60 anys amb dosis estàndards d'estrògens, i si és una dosi baixa el temps de seguretat és més llarg.
- En dones amb IOP, s'ha d'iniciar el tractament hormonal tan aviat com s'estableixi el diagnòstic i mantenir-lo, almenys, fins l'edat natural de menopausa.

#### **Indicacions de THS:**

- Insuficiència ovàrica prematura
- Dona perimenopàusica i postmenopàusica amb simptomatologia climatèrica
- Dones amb simptomatologia urogenital si el tractament local no és suficient)
- Dones amb fallada ovàrica temporal en edats primerenques
- Dones joves candidates a reduir el risc de fractura osteoporòtica a curt termini (valorar risc-benefici)
- Dones menopàusiques amb osteoporosi, quan els altres tractaments estiguin contraindicats
- Cal establir el risc individual en cada dona, però en termes generals, estar indicat iniciar THS en dones de més de 50 anys i menors de 60 anys, durant els 5 anys següents a l'inici de la menopausa (si s'utilitzen dosis estàndards) o fins a 10 anys si s'utilitzen dosis baixes.

- S'utilitzarà estrògens sistèmics en règim aïllat en dones histerectomitzades, mentre que en dones amb úter és obligatòria l'associació a un gestagen per protegir l'endometri, excepte en dones amb Endometriosis i Adenocarcinoma d'endometri estadi I, on és obligatori associar estrògens i gestàgens, independentment de l'absència d'úter, per prevenir focus de reactivació.
- S'ha d'utilitzar la dosi més baixa possible i durant el menor temps necessari per assolir els objectius terapèutics.

**No estaria indicat l'ús de la THS:**

- Dones sense simptomatologia vasomotora
- Dones sense risc d'osteoporosi
- Prevenció primària de malalties cròniques com la MCV o demència
- Prevenció secundària de MCV

**Contraindicacions de la THS:**

- Antecedent personal de carcinoma de mama ni càncer estrogen dependent
- Antecedent personal de carcinoma d'endometri (excepte en estadi I i grau I)
- Antecedent personal o episodi actual de tromboembolisme venós (TVP o TEP)
- Malaltia coronària recent o activa
- Malaltia hepàtica activa
- Falta de consentiment de la pacient

**Vies d'administració de la THS:**

La Teràpia hormonal en la dona menopàusica té diferents formulacions.

En funció de la clínica predominant de la pacient, i de les característiques i factors de risc de la mateixa, escollirem una via d'administració o una altra.

L'estrogen es pot administrar via oral o via percutània (gel, pegat, esprai):

- Via oral té diferents formulacions: estrogen conjugat equí, estradiol micronitzat o valerat d'estradiol. S'ha d'intentar utilitzar la dosi mínima possible (Taula 1).
- Amb la via percutània s'evita el primer pas hepàtic i no s'eleva el risc de trombosi venosa.

Els progestàgens poden ser de progesterona micronitzada o sintètica. És preferible la primera, per un millor perfil de seguretat. La via d'administració pot ser oral, vaginal, DIU-LNG.

S'ha d'ajustar la dosi de Progesterona segons la dosi d'estrògens i la pauta d'administració.

- Progesterona natural micronitzada (per pauta cíclica):
  - 100 mg/dia vaginal
  - 200 mg/dia oral
- Derivats de la Progesterona
- A. Medroxiprogesterona: 5 mg/dia
- Dihidrogesterona: 10 mg/dia
- A. Ciproterona: 1 mg/dia

Els gestàgens ofereixen protecció endometrial i disminueixen els riscos sistèmics.

Com efectes secundaris més freqüents trobem la retenció de líquids, efectes androgènics i alteracions del estat anímic. Per aquest motiu han aparegut nous gestàgens (dienogest, drospiriona i acetat de nomegestrol) amb variacions de l'efecte antiandrogènic i de l'efecte glucocorticoide, però que mantenen en comú l'acció progestàgena i antiestrogènica (11).

**Pautes cícliques vs. Pautes contínues:**

- Utilitzarem una pauta combinada continua amb E+P en casos de dones menopàusiques (> 12 mesos sense menstruacions) amb úter.
- Utilitzarem una pauta combinada continua amb només E en casos de dones menopàusiques sense úter, excepte si presenten antecedent d'endometriosi o càncer d'endometri estadi I on s'afegirà un gestagen.
- Utilitzarem una pauta combinada cíclica amb Estrògens i afegirem P els últims 12 dies de cicle en casos de dones perimenopàusiques (< 12 mesos sense menstruacions) en que vulguem mantenir menstruacions. Figura 2)

DONES SENSE ÚTER	DONES AMB ÚTER	DONES AMB ÚTER
Pauta estrogènica continua (si no contraindicacions)	Volem sagnats regulars (si no contraindicacions)	No volem sagnats (si no contraindicacions)
Estrògens (30 dies)	Estrògens (30 dies)	Estrògens (30 dies)
	Progesterona (dia 15 al 30)	Progesterona (30 dies)

Figura 2: Diferents pautes en el tractament hormonal

Via oral té diferents formulacions: estrogen equí conjugat, estradiol micronitzat o valerat d'estradiol. S'ha d'intentar utilitzar la dosi mínima possible (Taula 1).

	Alta	Estàndard	Baixa	Ultra baixa
estrògens equins conjugats (mg)	1,25/0,9	0,625	0,3/0,45	
17β estradiol micronitzat	4	2	1	0,5
valerat d'estradiol (mg)	..	2	1	..
17β estradiol transdèrmic (µgr)	100	50	25	..

**Tractament** de la síndrome genitourinària

Iniciar un tractament local urogenital està indicat quan la pacient presenta disparèunia, sequedat vaginal o ITU de repetició sense altre causa justificable. Es poden utilitzar de forma indefinida. I són molt eficaços en el tractament de l'atròfia vaginal. Contenen estrògens, i no cal associar un gestagen.

Estan contraindicats en dones amb antecedents de càncers hormonodependents, en especial en dones amb antecedent de càncer de mama que segueixen tractament amb els inhibidors de l'aromatasa.

➤ **Tractament local no hormonal:**

- Lubricants de naturalesa lipídica: atrapar l'aigua
- Rosa mosqueta, oli de Pompeia, oliva, onagre
- Fitoestrògens
- Centella asiàtica
- Hidratants vaginals
- Àc. hialurònic: reté l'aigua, repara el teixit epitelial
- Liposomes: microesferes lipídiques que mantenen l'aigua

➤ **Tractament local hormonal:**

- Estriol òvuls: 0,5-1 mg:
  - 1/dia x 1-4 setmanes
  - 1 cada/2-3 dies
- Òvuls de 17 $\beta$ -estradiol de 10pg:
  - 1/dia x 2 setmanes
  - 1-2/ setmana
- Crema de promestriè 10 mg/g
  - 1/dia x 2 setmanes
  - 1 cada/2-3 dies
- Crema d'estriol 0,005%
  - 1/dia x 2 setmanes
  - 1 cada/2-3 dies
- Anell d'Hemihidrat d'Estradiol 7,5 mg /24h. Alliberació continua (dura 90 dies).
- Prasterona: Doble efecte: estrogènic i androgènic. S'utilitza com a tractament per l'atrofia vulvo-vaginal amb símptomes de moderats a greus. No s'alliberen metabòlits actius a nivell sistèmic. No acció sobre l'endometri.

➤ **Tractament Sistèmic**

- Ospemifen (60 mg/24h): SERM (modulador selectiu dels receptors d'estrògens). Millora la clínica d'atròfia vulvovaginal: estimula el creixement de l'epiteli. Efectes secundaris son fogots, candidiasi vulvovaginal.

**5.1.7. Algorisme: adaptar el tractament a cada dona:**

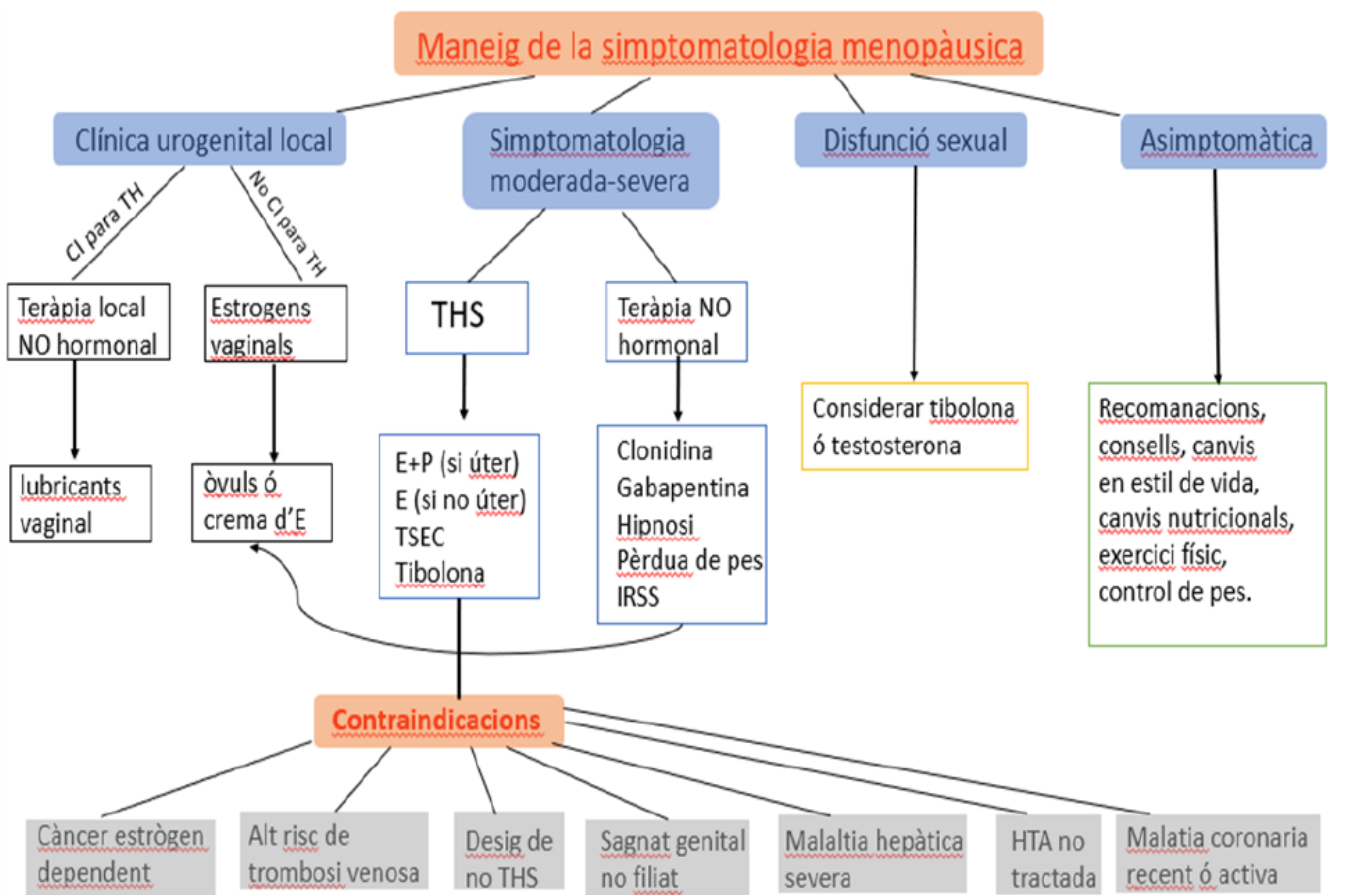
- **Dona perimenopàusica:** els objectius seran controlar el cicle i la quantitat de sagnat, oferir contracepció, millorar la simptomatologia climatèrica si està present i mantenir la massa òssia.

Tenim diferents opcions:

- Anticonceptius combinats E+P: anticonceptius amb estrògens naturals serien els més adequats.
- Poden ser escollides diferents vies d'administració: ACO, Estrogen oral/transdèrmic + DIU-LNG. En cas dels ACO, es pot plantejar eliminar la setmana de placebo en cas de que durant aquests dies existeixi una reaparició

de símptomes vasomotors.

- Píndola de Progesterona: proporciona milloria de la clínica vasomotora, de la hiperplàsia endometrial i del control del sagnat, però presenta efectes secundaris com mastàlgia, boca seca, augment del pes corporal, entre d'altres.
  - THS en pauta cíclica: pauta d'E continu i P durant els 12 últims dies de cicle.
- **Dona postmenopàusica:** l'objectiu principal és disminuir la simptomatologia climatèrica, millorar la qualitat de vida. Mantenir la massa òssia i disminuir el risc cardiovascular (Figura3).
- En dones amb úter, és necessari utilitzar estrògens associats a gestàgens. En dones histerectomitzades, pot utilitzar-se pauta única amb estrògens (excepte els casos prèviament descrits).
  - Pauta combinada continua de E+P: Resulta en la desaparició de sagnat menstrual a partir del primer any de tractament en el 90% de les dones, degut a l'atrofia endometrial que produeix, és per aquest motiu que és preferible administrar aquesta pauta, quan hagi passat un any des de la última regla normal.



Algoritme terapèutic en la simptomatologia menopàusica. Reproduïda de l'article: F.M.Jane & S.R.Davis (2014) A Practioner's Toolkit for Managing the Menopause, Climacteric. (figura 3)

**Altres teràpies:**

- Tissue-Selective Estrogen Complex (TSEC). Consisteix en una Teràpia combinada continua de estrogen conjugat equí (CEE) 0.45 mg/dia i 20 mg de



Bazedoxifen. Millora la clínica vasomotora, l'atrofia genital, preserva l'os i no estimula l'endometri.

- La tibolona en pauta de 1,25 mg/dia, ofereix una alternativa a la THS. Millora la clínica vasomotora, l'atrofia genital, disminueix la pèrdua òssia i pot augmentar el desig sexual. La tibolona no s'ha de prescriure de forma concomitant amb altres teràpies hormonals i està contraindicada en dones amb antecedent de càncer de mama (5).

#### Teràpies alternatives al THS:

- Fitoestrògens (isoflavones, cumestans) tenen una eficàcia molt inferior a la THS. dosis recomanada: **35-80 mg** al dia d'isoflavones (al menys 15 mg de genisteïna).
- Cimicifuga (Cimicifuga racemosa o Actaea racemosa): Espècie originària d'Amèrica del Nord, utilitzada per varietat d'indicacions (malària, reumatisme). La seva actuació no és a través dels receptors estrogènics, sinó per la seva capacitat d'unió a receptors de neurotransmissors clau en el SNC que intervenen en la termoregulació, l'estat anímic i el son. No indueix canvis sobre la densitat del teixit mamari ni espessor endometrial. Els estudis demostren que per a la simptomatologia climatèrica són superiors a placebo i amb **eficàcia similar** a la de dosis baixes d'estrògens transdèrmics o tibolona. (20)
- Llúpol (Humulus lupulus).
- Extracte citoplasmàtic de pol·len.
- Altres: Sàlvia, Hipèric o herba de Sant Joan.
- **IRSS** (flouxetina 20 mg, paroxetina 20 mg) i **IRSSN** (venlafaxina 75 mg i desvenlafaxina 100 mg). Milloren la inestabilitat vasomotora: tenen efecte sobre el centre termoregulador de l'hipotàlem, ja que mantenen una relació serotonina-norepinefrina òptima en el centre termoregulador de l'hipotàlem. És una alternativa en dones menopàusiques amb antecedents personals de càncer de mama i presència de sufocacions (les redueix entre un 50-67%). La desvenlafaxina no es metabolitza pel CYP450: menys interaccions medicamentoses (21).
- El tractament amb Testosterona, en dosis adequada, pot incrementar el desig sexual, però no hi ha evidència dels possibles efectes secundaris. A Espanya no es comercialitza.

## 6. MANEIG DE LA SIMPTOMATOLOGIA CLIMATÈRICA EN CASOS ESPECIALS

### Criteris d'Elegibilitat de la teràpia hormonal de la menopausa (THM) (22)

Aclariments per als següents gràfics

#### CRITERIS D'ELEGIBILITAT SEGONS NOMENCLATURA DE L'OMS

1. Categoria 1: Cap restricció en l'ús de THM.
2. Categoria 2: Les avantatges superen els riscos.
3. Categoria 3: Els riscos, generalment, superen els beneficis.
4. Categoria 4: No s'ha d'usar la THM.



**Tabla 3. Dirección, fuerza de la recomendación y calidad de la evidencia de los Criterios de Elegibilidad**

Dirección	Fuerza	Calidad de la evidencia	
A favor o en contra	Fuerte o débil	Alta	A
		Moderada	B
		Baja	C
		Muy baja	D

**Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM dependiendo de la edad de la mujer y duración de la THM**

Condición			THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones
			Oral	Trsd	Oral	Trsd		
Edad y Duración	< 40	< 5 años	1	1	1	1	NA*	* En caso de la tibolona, la evidencia disponible es de seguridad con respecto al riesgo de trombosis y cáncer de mama (>50 años). No hay evidencia del riesgo cardiovascular.  ** La evidencia disponible es baja por el limitado número de casos incluidos en los estudios. Se debe tener en cuenta el claro beneficio del uso de la THM en mujeres menores de 50 años.  *** Continuación de la THM (Categoría 2) / inicio de la THM por encima de los 10 años de la menopausia (Categoría 3)
		> 5 años	1	1	1	1	NA*	
	40-44	< 5 años	2	1	2	1	2**	
		> 5 años	2	2	2	2	2**	
	45-49	< 5 años	2	2	2	1	2**	
		> 5 años	2	2	2	2	2**	
	50-59	< 5 años	2	2	2	2	2 (< 55) 1 (> 55)	
		> 5 años	2	2	2	2	2 (< 55) 1 (> 55)	
	60-69	< 5 años	2/3***	2/3***	2/3***	2/3***	2	
		> 5 años	2/3***	2/3***	2/3***	2/3***	2	
	> 70	< 5 años	3	3	3	3	2	
		> 5 años	3	3	3	3	3	

NA = no aplicable por falta de evidencia disponible; Trsd = THM transdérmica

**Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM y enfermedad cardiovascular**

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones	
	Oral	Trsd	Oral	Trsd			
Enfermedad Cardiovascular	Ictus	3/2*	3/2*	3/2*	3/2*	NA	** Paciente que por edad sea tributaria de THM y que su ictus no sea secundario a arterioesclerosis, o bien el ictus sea hemorrágico y su estudio coronario / troncos supraaórticos sean normales y se descarten otros FR (diabetes mal controlada, tabaquismo, HTA mal controlada, trombofilia, insuficiencia cardíaca).
	IAM	3/2*	3/2*	3/2*.*	3/2*.**	NA	*Sin causa isquémica del IAM ni otros FR (Opinión de expertas/os). ** Pacientes que por edad sean tributarias de THM y que hayan sufrido un IAM y este haya sido corregido mediante bypass coronario con injerto de vena safena, tienen mejor pronóstico si están bajo THM con estrógenos solos en el momento de realizar la revascularización, por lo tanto, en estas pacientes se podría valorar mantener la THM.
	Angina	2/3*	2/3*	2/3*	2/3*	NA	* Causa isquémica o con otros FR (Opinión de expertas/os).
	Hipertensión	2/1***	2/1****	2	2	2	*** Combinación de estradiol + drospirenona. **** combinación de estradiol + noretisterona.

FR = Factores de riesgo; HTA = Hipertensión arterial; IAM = Infarto agudo de miocardio; I = Inicio; C = Continuación; IMC = Índice de masa corporal; NA = No aplicable por falta de evidencia disponible; Trsd = THM transdérmica

**Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM y riesgo trombótico**

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones		
	Oral	Trsd	Oral	Trsd				
Riesgo Trombótico	TVP/EP sin anticoagulación	4	3	4	3	NA		
	TVP/EP con anticoagulación de acción directa		*		*		* Si fuese necesaria la THM, usar la vía transdérmica (Opinión de expertas/os)	
	Trombofilia asintomática	4	2	3	2	NA		
Trastornos Neurológicos	Migraña	Sin aura	2	2	2	2	NA	
		Con aura	3*	2 (I)/3* (C)	3*	2 (I)/3* (C)	NA	* Puede considerarse la administración de un antiagregante (opinión de expertas/os).
	Cefalea tensional	1	1	NA	NA	1		

I (inicio): la migraña aparece antes de la THM; C (Continuación): la migraña aparece tras la THM.; NA: No aplicable por falta de evidencia disponible; Trsd = THM transdérmica

**Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM y tabaquismo**

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Aclaraciones
	Oral	Trsd	Oral	Trsd	
Tabaco	3	2	3	2	

NA = No aplicable por falta de evidencia disponible; Trsd = THM transdérmica



Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM y alteraciones metabólicas

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones	
	Oral	Trsd	Oral	Trsd			
Alteraciones metabólicas relacionadas con el síndrome metabólico	Diabetes mellitus	1	1*	2*	1*	NA	* Evidencia limitada
	Hipercolesterolemia	1	1	1	1	NA	
	Hipercolesterolemia y diabetes	1*	1*	1*	1*	NA	* Evidencia limitada
	IMC entre 25-30 kg/m2	2	1	2	1	NA	
	IMC >30 kg/m2	3	2	3	2	NA	* No hay datos en mujeres con IMC>35

IMC = Índice de masa corporal; NA = No aplicable por falta de evidencia disponible; Trsd = THM transdérmica

Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM y enfermedades digestivas

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones	
	Oral	Trsd	Oral	Trsd			
Enfermedades digestivas	Enfermedad inflamatoria intestinal*	2	1	2	1	NA	* Valorar factores de riesgo trombotico adicionales
	Antecedentes de hepatitis C	2	2	2	2	NA	
	Hepatitis aguda	4/3**	4/3**	4/2**	4/2**	NA	** En función de la gravedad de la condición
	Cirrosis	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	* No por el preparado sino por el daño hepático sería 4 (Opinión de expertas/os)

NA = No aplicable por falta de evidencia disponible; Trsd = THM transdérmica

Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM e interacciones farmacológicas

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones
	Oral	Trsd	Oral	Trsd		
Antihipertensivos*	1**/2***	1	2**	1	2**	* A pesar de no disponer de estudios de posible interacción, la evidencia del amplio uso conjunto sin comunicación de problemas asociados se considera suficientemente relevante ** con drosiprenona. *** En algunas pacientes, probablemente con cierta idiosincrasia, la THM oral puede alterar el control de la TA y requerirse ajuste de dosis y confirmar que con ello se resuelve.
Estatinas*	1/2**	1***	1/2**	1***	1/2**	* Mismo comentario que con los antihipertensivos ** La THM oral tiende a aumentar los triglicéridos, colesterol total y LDL-colesterol, y a aumentar HDL-colesterol. No hay interacción, pero considerar según el perfil de la paciente *** La THM transdérmica modifica menos el perfil lipídico. No interacción, pero considerar si indicación o pérdida de beneficio deseable según el perfil de la paciente.
Antiultricos/hipnóticos	1	1	1	1	1/2*	* Con Midazolam.
Analgésicos/antiinflamatorios	1	1	1	1	1	
Antidepresivos	1	1	1	1	1	
Inhibidores de la aromatasa	4	4	4	4	4	
Antidiabéticos orales	1	1	1	1	1	
Insulina	1	1	1	1	1	
Hormonas tiroideas*	1	1	1	1	1	* Valorar ajustar dosis (poca relevancia clínica).
Broncodilatadores	1*	1	1*	1	1*	* Con teoflina oral ajustar dosis.
Anticoagulantes	1/2*	1	1/2*	1	2*	* Se puede requerir ajustar la dosis del anticoagulante warfarínico en algunas mujeres (sobre todo al inicio) o suspensión del THM o cambio de la vía de administración.
SERMS	4	4	4	4	4	
Corticoides	2	2	2	2	2	
Antiepilépticos*	4	3	4	3	4	* La mayoría de los antiepilépticos son potentes inductores enzimáticos, por lo que pueden reducir la efectividad estrogénica. La THM oral podría reducir el efecto del antiepiléptico por interferencia con su metabolismo.
Antibióticos inhibidores enzimáticos (rifampicina/rifabutina)	2	2	2	2	2	
Antineoplásicos	4	4	4	4	4	
Inmunosupresores	3	3	3	3	3	

(Cont.)

Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM e interacciones farmacológicas (Cont.)

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones
	Oral	Trsd	Oral	Trsd		
Antifúngicos orales	1/2*	1	1/2*	1	1/2*	*En tratamientos crónicos.
Antirretrovirales	1/2*	1/2*	1/2*	1/2*	1/2*	Los inhibidores de la proteasa (Ritonavir, Saquinavir, Atazanavir, Tipranavir) son inductores enzimáticos y reducen el efecto estrogénico; pero los inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (Efavirenz, Nivirapina) son inductores enzimáticos que no lo reducen.
Dopaminérgicos	2	2	2	2	2	En los raros casos de prolactinoma en que estas sustancias deben administrarse en la postmenopausia, el THM no interfiere en el efecto de control tumoral.
Litolíticos*	3	2	3	2	3	* Con ACH se ha comunicado disminución del efecto litolítico y aumento colesterol hepático, lo que quizás podría ocurrir con la THM oral.
Neuroestimulantes	2	2	2	2	2	
Antitiroideos	2	2	2	2	2	
Antipsicóticos*	2/3*	2/3*	1	1	1	* Algunos estudios han comunicado interacción con el gestágeno para aripiprazid y pimozida.

ACH = Anticonceptivos hormonales; NA = No aplicable por falta de evidencia disponible; Trsd = THM transdérmica

Tabla resumen. Criterios de elegibilidad de la THM y cáncer de mama

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones
	Oral	Trsd	Oral	Trsd		
Supervivientes al cáncer de mama con tumores RH (-)	2	2	2	2	3	
Supervivientes al cáncer de mama con tumores RH (+)	3*	3*	3*	3*	4	* Opinión de expertas/os
Portadora BRCA1	2	2	2	2	NA	
Portadora BRCA2*	2	2	2	2	NA	* Extrapolación del BRCA1 (opinión de expertas/os)

NA = No aplicable por falta de evidencia disponible; Trsd = THM transdérmica

Tabla resumen: Criterios de elegibilidad de la THM y otros cánceres

Condición	THM combinada		THM solo estrógenos		Tibolona	Aclaraciones
	Oral	Trsd	Oral	Trsd		
Cáncer de ovario	1*	1*	1*	1*	1*	*Mayor supervivencia y menor recidiva, especialmente en menores de 55 años. No parece existir diferencia según tipo de THM ni vía de administración. Se requiere precaución para tumores de células serosas o de la granulosa (Opinión de expertas/os)
Cáncer de endometrio	2*	2*	2*	2*	2*	*No diferencias en SLE. (menor recurrencia con THM combinada que con THM solo estrógenos)
Cáncer de cérvix	2*	2*	2*	2*	2*	*No diferencias en supervivencia ni SLE. Escasa evidencia.
Cáncer de colon	1*	1*	1*	1*	NA	*No se evalúan diferencias entre diferentes formas de THM ** Parece evidenciarse mejor resultado con solo estrógenos
Cáncer de pulmón	2*	2*	2*	2*	NA	*No se evalúan diferencias entre diferentes formas de THM El tabaco incrementa el riesgo
Melanoma	2*	2*	2*	2*	NA	*Escasa evidencia. Sólo un estudio de cohortes.

NA = No aplicable por falta de evidencia disponible; SLE = Supervivencia libre de enfermedad; Trsd = THM transdérmica

## 7. INSUFICIÈNCIA OVÀRICA PREMATURA (IOP)

(23,24,25,26, 27, 28)

La IOP es defineix com una disfunció ovàrica. Es caracteritza per amenorrea, hipoestrogenisme i nivells elevats de gonadotropines abans dels 40 anys. El grau d'insuficiència ovàrica pot ser variable i en alguns casos pot ser reversible (20%) obtenint un 5-10% de gestacions espontànies.

És una entitat d'etiologia variada, la seva etiopatogènia no és ben coneguda i afecta aproximadament un 1% de les dones, tot i que la incidència està augmentant degut a les causes iatrogèniques, donat l'augment de la supervivència (tractament oncològic en pacients amb càncer).

La simptomatologia és igual que la de la menopausa, incloent amenorrea, símptomes vasomotors, i sequedat vaginal.

La clínica és més severa en les pacients més joves i quan la presentació és aguda (p.ex després d'una ooforectomia bilateral).

En un 20% dels casos poden cursar asimptomàtiques.

És un factor de risc independent per MCV.

### 7.1. Diagnòstic

Sempre que sospitem d'una IOP, hem de sol·licitar una analítica hormonal, FSH, LH, ESTRADIOL, PRL i TSH, on evidenciarem:

- Hipoestrogenisme
- Gonadotropines elevades: FSH > 40 IU/L en dues determinacions separades per 4-6 setmanes de diferència.
- És recomanable realitzar un estudi de la reserva ovàrica mitjançant ecografia transvaginal i determinació de la Hormona Antimulleriana (AMH), en cas de desig reproductiu.

Per tal de poder diagnosticar una possible **etiologia** sol·licitarem:

- Cariotip
- Descartar una síndrome X Fràgil
- Determinació d'anticossos: antiadrenals, antitiroides (antitiroglobulina i antiperoxidasa) i antitransglutaminasa Ig A
- Densitometria òssia
- Perfil lipídic i avaluació de la resistència a la insulina

Si hi ha sospita de patologia immunològica, es determinaran:

- Ac. anticardiolipina, IgG, IgM
- Ac. anticoagulant lúpic: Sicília i RUSELL
- Ac. antibeta 2 microglobulina IgG, IgM
- Ac. antibeta 2 glicoproteïna IgG, IgM
- Ac. triple teixits (AMA;AML;AMG)
- Ac antimicrosomals

## 7.2. Tractament.

Totes les pacients han de seguir una dieta rica en calci (1000 mg/dia) i 800 UI/dia de Vitamina D i s'ha de recomanar la realització d'activitat física.

Cal oferir suport psicològic a la pacient. L'objectiu del tractament variarà en funció de si la pacient té o no desig genèsic:

- Amb desig genèsic: adopció/ TRA amb donació d'òocits + THS
- Sense desig genèsic: THS + mètode contraceptiu

Es recomana utilitzar THS al menys fins l'edat natural de menopausa (51 anys), de forma individualitzada, a dosis estàndards.

No es poden extrapolar les dades d'estudis realitzats en una població de major edat.

THS no protegeix de les ovulacions espontànies en aquestes pacients.

La THS (a dosis estàndards), TSEC i Tibolona és el tractament més efectiu pels símptomes vasomotors i urogenitals i mantenir la massa òssia a qualsevol edat, però els beneficis superen els riscos.

És important també tractar i prevenir altres símptomes i patologies derivades de l'hipoestrogenisme (sequedat vaginal, pèrdua del desig sexual i osteoporosi, entre d'altres).



## 8. INDICADORS D'AVUACIÓ

### INDICADORS D'ACTIVITAT

- Núm. de **primeres visites** de dones **perimenopàusiques** amb simptomatologia climatèrica / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones **perimenopàusiques** amb simptomatologia climatèrica / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones amb **menopausa espontània** / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones amb **menopausa espontània** / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones amb **menopausa espontània i patologia associada** / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones amb **menopausa espontània i patologia associada** / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones amb **menopausa primerenca** / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones amb **menopausa primerenca** / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones amb **menopausa quirúrgica** / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones amb **menopausa quirúrgica** / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones amb **amenorrea** / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones amb **amenorrea** / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones amb **insuficiència ovàrica prematura (IOP)** / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones amb **insuficiència ovàrica prematura (IOP)** / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones **portadores BRCA 1 i/o BRCA 2** que consulten prèvia a la annexectomia per informar-se de la menopausa quirúrgica / Núm. total de primeres vistes en dones portadores BRCA 1 i/o BRCA 2 a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones **portadores BRCA 1 i/o BRCA 2** que consulten prèvia a la annexectomia per informar-se de la menopausa quirúrgica / Núm. total de segones vistes en dones portadores BRCA 1 i/o BRCA 2 a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** en dones **portadores BRCA 1 i/o BRCA 2 amb annexectomia bilateral amb menopausa iatrogènica** / Núm. total de primeres





vistes en dones portadores BRCA 1 i/o BRCA 2 a la consulta de menopausa

- Núm. de **segones visites** en dones **portadores BRCA 1 i/o BRCA 2 amb annexectomia bilateral amb menopausa iatrogènica** / Núm. total de segones vistes en dones portadores BRCA 1 i/o BRCA 2 a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones amb **Síndrome Genitourinària** / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones amb **Síndrome Genitourinària** / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **primeres visites** de dones amb **osteoporosi** / Núm. total de primeres vistes a la consulta de menopausa
- Núm. de **segones visites** de dones amb **osteoporosi** / Núm. total de segones vistes a la consulta de menopausa

#### INDICADORS DE RESULTAT

- Núm.de dones que han als 6 mesos de l'aplicació del protocol es constaten canvis en els seus hàbits de vida / Núm. total de dones visitades a la consulta de menopausa
- Núm.de dones que han als 6 mesos de l'aplicació del protocol es constata la millora de la seva qualitat de vida / Núm. total de dones visitades a la consulta de menopausa
- Núm.de dones que han als 6 mesos de l'aplicació del protocol es constata la millora la seva concentració en les tasques diàries / Núm. total de dones visitades a la consulta de menopausa
- Núm.de dones que han als 6 mesos de l'aplicació del protocol es constata una millora de la síndrome genitourinària / Núm. total de dones visitades a la consulta de menopausa
- Núm. de dones que després de dos anys d'osteoporosi presenten osteopènia / Núm. total de dones visitades a la consulta de menopausa que presenten osteoporosi.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Calaf J, Guinot M, Roca B. En Climaterio y Menopausia. Endocrinología de la mujer perimenopausica y del periodo postmenopausico. Dr. Santiago Palacios Gil-Antuñano, 1992. Grefol, S.A. Madrid. Pàg.: 16-29.
2. Gold EB, Crawford SL, Avis NE, Crandall CJ, Matthews KA, Waetjen LE, et al. Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses from SWAN. *Am J Epidemiol.* 2013 Jul 1;178:70-83. doi: 10.1093/aje/kws421. Epub 2013 Jun 20.
3. Johnson JA, Tough S. Delayed Child-Bearing. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012 Jan;34(1):80-93.
4. Harlow S, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97:1159-68.
5. Hale GE, Robertson DM et al. Review: The perimenopausal woman: Endocrinology and management. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology.* 2014;142(2014):121-31.
6. Jane FM, Davis SR. A Practitioner's Toolkit for Managing the Menopause, *Climacteric.* 2014;17:5: 564-79.
7. Menoguía para la Osteoporosis. Información para las mujeres: Prevención y tratamiento de la Osteoporosis Posmenopáusica. 2ª edición (AEEM, 2022)
8. Protocol Abordatge de l'osteoporosi primària postmenopàusica. Àrea Integral de Salut Barcelona Dreta. 2016.
9. ATP III Guidelines At-A- Glance Quick Desk Reference. National institutes of Health. 2001.
10. Stefanska et al. Metabolic Syndrome and Menopause: Pathology Clinical and Diagnostic Significance. *Advances in Clinical Chemistry.* 2015;72.
11. James V. Lacey Jr. Review The WHI ten year's later: an epidemiologist's view. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology.* 2014;142:12-5.
12. J. Baber. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric,* 2016;19(2):109-50.
13. IMS consensus statement 2020 Post Reproductive Health · October 2020 Crandall, MD,c,j. 2023;329(5):405-20. doi:10.1001/jama.2022.24140
14. The 2017 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society.* 2017;24(7):728-53.
15. Armieni et al. Maintaining postreproductive health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society (EMAS). *Maturitas.* 2016;89:63-72.
16. Crandall CJ, et al Management of Menopausal Symptoms A Review, *JAMA.* 2023;329(5):405-20.
17. Fenton A, Panay N. Global consensus statement on menopausal hormone therapy - an update, *Climacteric,* 2016;19:4:311-2,DOI: 10.1080/13697137.2016.1202475
18. Hamoda H, et al. BMS consensus statement 2020. *Post Reproductive Health ·*

October 2020 DOI: 10.1177/2053369120957514

19. Shelli Graham DF, et al. Review of menopausal hormone therapy with estradiol and progesterone versus other estrogens and progestins. *Gynecological Endocrinology*. 2022;21:18254.
20. Navarro MC et al. Productos naturales en la mujer madura. *MenoGuía AEEM*. Primera edición 2022.
21. Lilue M, Palacios S. Tratamiento no-hormonal de los síntomas vasomotores durante la menopausia: papel de la desvenlafaxina. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77(10):475-81.
22. Mendoza N, Ramírez I, de la Viuda E, Coronado P, Baquedano L, Ilaneza P, et al. Eligibility criteria for Menopausal Hormone Therapy (MHT): a position statement from a consortium of scientific societies for the use of MHT in women with medical conditions. MHT Eligibility Criteria Group. *Maturitas*. 2022 Dec;166:65-85. doi: 10.1016/j.maturitas.2022.08.008. Epub 2022 Aug 30.
23. Mendoza N, Juliá MD, Galliano D, Coronado P, Díaz B, Fontes J, et al. Spanish consensus on premature menopause. *Maturitas* 80 (2015) 220–5.
24. Silva CA, Yamakami LYS, Aikawa NE, Araujo DB, Carvalho JF, Bonfá E. Autoimmune primary ovarian insufficiency. *Autoimmunity Rev*. 2014 Apr-May;13(4-5):427-30. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.003. Epub 2014 Jan 10.
25. Panay N, Anderson RA, Nappi RE, Vincent AJ, Vujovic S, Webber L, Wolfman W. Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2020 Oct;23(5):426-446. doi: 10.1080/13697137.2020.1804547. Epub 2020 Sep 8. PMID: 32896176.
26. Rahman R, Panay N. Diagnosis and management of premature ovarian insufficiency. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2021 Dec;35(6):101600. doi: 10.1016/j.beem.2021.101600. Epub 2021 Nov 16. PMID: 34823999.
27. Webber L, Davies M, Anderson R, Bartlett J, Braat D, Cartwright B, et al. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Human Reprod*. 2016 May;31(5):926-37. doi: 10.1093/humrep/dew027. Epub 2016 Mar 22.
28. Guinot M, Alcovero L, Perello J, Espinós JJ, Calaf J. Review of premature ovarian failure. En el llibre: *Menopause State of the art*. Edizioni Internazionali.2011.pag: 333-5. ISBN: 978-88-7141-924-4.