





ARTICULO DE REVISIÓN

Atención integral de la salud de la mujer durante el climaterio

Comprehensive care for women during the weather

Ronelsys Martínez-Martínez ¹, Karina Alejandra Álvarez-Lino ¹, Ariel Leonardo Alarcón-Vela ¹, Diana Sofía Iglesias-Espín ¹

¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato. Ecuador.

*Autor para la correspondencia: ua.ronelsysartinez@uniandes.edu.ec

Recibido: 28 de diciembre de 2024

Aprobado: 24 de febrero de 2025

RESUMEN

Introducción: el climaterio es un período de transición de la mujer, que se prolonga años antes y después de la menopausia, hasta la vejez o senectud. Menopausia significa última menstruación, donde existen cambios fisiológicos, como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos. La clínica es variable encontrándose sofocos, cambios del ánimo, osteoporosis, alteraciones cardiovasculares y genitourinarias, fundamentalmente. Los avances terapéuticos del siglo XXI han determinado que cada vez es mayor el número de mujeres que alcanzan el climaterio y que pasan al menos un tercio de su vida luego de dicha etapa. **Objetivo:** realizar una revisión actualizada sobre el manejo integral a la mujer durante el climaterio, para mejorar su calidad de vida durante esta etapa. **Métodos:** estudio descriptivo

mediante revisión bibliográfica, de diversas literaturas científicas, que abarcan metaanálisis y ensayos. **Resultados:** las molestias osteoarticulares, el cansancio físico y mental y el ánimo depresivo son los síntomas prevalentes. El esquema terapéutico se elige de acuerdo con la etapa del climaterio: secuencial para la transición y perimenopausia y continuo para la posmenopausia, en mujeres con útero, y pacientes histerectomizadas, terapia de reemplazo hormonal. **Conclusiones:** las estrategias terapéuticas hormonales y no hormonales son eficaces, pero aún se necesitan más estudios para optimizarlos, ya que existe riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso al mantenerlas por varios años. Es fundamental el diagnóstico y manejo temprano de esta condición, así como la educación de la población en este

sentido, para evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida de la mujer.

Palabras Clave: Climaterio; Menopausia; Estrógenos.

ABSTRACT

Introduction: menopause is a transitional period in women, lasting years before and after menopause, until old age or senescence. Menopause refers to the final menstrual period, which involves physiological changes as a result of ovarian depletion, associated with a decrease in estrogen production. Clinical manifestations vary, primarily including hot flashes, mood swings, osteoporosis, and cardiovascular and genitourinary disorders. Therapeutic advances in the 21st century have led to an increasing number of women reaching menopause and spending at least a third of their lives beyond this stage. **Objective:** to conduct an updated review of the comprehensive management of women during menopause, aiming to improve their quality of life during this stage. **Methods:** a descriptive study conducted through a

bibliographic review of various scientific literature, including meta-analyses and trials. **Results:** the prevalent symptoms are osteoarticular discomfort, physical and mental fatigue, and depression. The therapeutic regimen is chosen according to the stage of menopause: sequential for the transition and perimenopause and continuous for postmenopause. In women with a uterus and hysterectomized patients, hormone replacement therapy is required. **Conclusions:** hormonal and non-hormonal therapeutic strategies are effective, but further studies are needed to optimize them, as there is a risk of stroke and venous thromboembolism if these strategies are maintained for several years. Early diagnosis and management of this condition, as well as education of the population in this regard, are essential to avoid complications and improve women's quality of life.

Key words: Climacterium; Menopause; Estrogens..

Cómo citar este artículo:

Martínez-Martínez R, Álvarez-Lino KA, Alarcón-Vela AL, Iglesias-Espín DS. Atención integral de la salud de la mujer durante el climaterio. Gac Med Est Internet]. 2025 [citado día mes año]; 6(1): e631. Disponible en: <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/631>

INTRODUCCIÓN

Siglos atrás el climaterio era un tema complejo en su comprensión y manejo, aun para los profesionales de la salud, además de no contar con eficaces estrategias para atender la diversidad de cambios y limitaciones que presentaban las féminas durante este periodo; donde termina su etapa reproductiva. Para unos era considerado como enfermedad, y para otros, un suceso inesperado e inexplicable, pero con el transcurso de los años y los diversos estudios dedicados a mejorar la calidad de vida de la mujer, hoy se conoce que es un momento resultante de la evolución natural, donde existen cambios fisiológicos como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución de la producción de



estrógenos. Hoy día, es un tema al que se le dedica gran atención, lográndose un significativo incremento de la esperanza de vida en los últimos 50 años.⁽¹⁾

El climaterio proviene del griego «climacter», que significa escalera; es un proceso natural, biológico, lento y variable de una mujer a otra, que se desarrolla de forma paulatina a partir de cierta edad y que forma parte de una etapa más en el proceso evolutivo y desarrollo personal de la mujer, y que está sometido a múltiples condicionantes psicológicos, sociales y culturales.⁽¹⁾

El climaterio en la mujer comienza aproximadamente a los 35-37 años, momento en que inicia una disminución de la función ovárica, y como consecuencia disminuye la fertilidad. En el siglo XVI, la esperanza de vida era de 48 años, de modo que los médicos de ese entonces no tuvieron que angustiarse por el tratamiento de la mujer menopaúsica. En la actualidad, la mujer sobrepasa los 75 años con suma facilidad, con un promedio de vida de 83 años aproximadamente, trayendo como consecuencia que transcurra un tercio de su vida en la etapa climatérica y posmenopáusica, por lo que necesita asistencia médica, ya que se produce una deficiencia estrogénica a mediano y largo plazo.⁽²⁾

Los síntomas se vuelven mucho más comunes durante la transición menopáusica, con una frecuencia de aproximadamente el 40 % en la transición temprana y que aumenta del 60 al 80 % en la transición menopáusica tardía y la etapa posmenopáusica temprana. Los síntomas vasomotores (SVM) o "sofocos" son la queja más común durante la transición menopáusica y ocurren hasta en el 80 % de las mujeres, aunque la frecuencia parece variar según la cultura y origen étnico. Muchas describen sus síntomas como graves, pero sólo aproximadamente entre el 20 y el 30 % de ellas buscan atención médica para recibir tratamiento.^(3,4)

El manejo integral de la salud de la mujer durante el climaterio es de vital importancia para garantizar su calidad de vida durante esta etapa. A partir de este planteamiento se definió como objetivo actualizar sobre la atención integral de la salud de la mujer durante el climaterio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo documental respecto a la atención integral a la mujer durante el climaterio. Para el efecto se realizó una revisión bibliográfica con la utilización de criterios de selección en bases de datos digitales. Se realizó la evaluación de la calidad de los documentos seleccionados, análisis de la variabilidad, fiabilidad y validez de los artículos.

Se incluyeron publicaciones en inglés y español publicadas entre 2018 y 2024. Los artículos científicos seleccionados se clasificaron según su nivel de relevancia y pertinencia, posteriormente se procedió a realizar un análisis de la información encontrada con el fin



de responder las preguntas de investigación y de esta manera continuar con la discusión de los diferentes aportes logrados en la presente revisión bibliográfica.

DESARROLLO

A nivel mundial, la pirámide poblacional ha tenido un gran cambio en las últimas décadas, aumentando significativamente la esperanza de vida de la mujer. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, por lo que actualmente la longevidad de la mujer posmenopáusica puede constituir más del 33 % de la vida de la población femenina. La prevalencia de síntomas vasomotores que se relacionan con la menopausia cambia según la región geográfica: 74 % de mujeres en Europa; 36-50 % de mujeres en América del Norte; 45-69 % de mujeres en América Latina y 22-63 % de mujeres en Asia.⁽⁵⁾

El climaterio es un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva y se manifiesta un año antes aproximadamente. También se puede definir como síndrome climatérico al conjunto de signos y síntomas que aparecen en la perimenopausia. Es importante conocer la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer para determinar los cambios clínicos, endocrinos y reproductivos (Figura 1.).

Tabla 2. Transición de la vida reproductiva a la menopausia: estadificación de STRAW^a

	-5	-4	-3	-2	-1	1	2
Nombre	Reproductiva			Transición menopáusica		Posmenopausia	
	Temprana	Media	Tardía	Inicial	Avanzada	Temprana	Tardía
Duración	Variable			Variable	1 año	4 años	Muerte
Ciclo menstrual	Regular	Regular	Regular	Variable (> 7 días de diferencia a lo normal)	Falta de > 2 ciclos + intervalo de amenorrea de 60 días o más	Amenorrea por 12 meses	
Fase folicular	FSH normal < 10	FSH normal < 10	FSH > 10	FSH > 10		FSH 10-30	FSH > 40

^aLa estadificación de STRAW considera la periodicidad de ciclos ováricos y niveles de hormona foliculoestimulante. FSH: hormona foliculo estimulante.

Figura 1. Cronología del envejecimiento reproductivo de la mujer

Fuente: Torres. A., et al., (2018)

En el climaterio, se producen cambios hormonales, por lo general, se correlacionan clínicamente con las variaciones en los ciclos menstruales. En una primera fase, la disminución progresiva de los folículos ováricos acompañado de una menor sensibilidad a la hormona foliculoestimulante (FSH), lleva a la disminución de estrógenos, aumentando los niveles de FSH para alcanzar la maduración folicular.⁽⁶⁾

En una segunda fase, la acumulación de estrógenos progresivamente desciende y la FSH continua aumentando. En esta etapa son de mayor frecuencia los ciclos anovulatorios, no produciendo progesterona por lo que no hay resistencia a los estrógenos en el endometrio, dando como resultado un hiperestrogenismo e hipermenorrea. En una tercera fase, se encuentran los valores de estradiol y de estrona disminuidos, y en la posmenopausia se evidencian más bajos niveles de estrona en comparación con estradiol. Los niveles de estradiol se normalizan a los seis meses después de la menopausia, llegando a ser similar los valores que aparecen tras la extirpación ovárica, posterior a la menopausia y en el rango de uno a tres años la FSH llega a un pico de 10 – 20 veces su valor basal y hasta tres veces la hormona luteinizante (LH).⁽⁶⁾

Las etapas del climaterio se dividen en, premenopausia, perimenopausia y postmenopausia.⁽⁷⁾

Perimenopausia: significa sobre o alrededor de la menopausia. Empieza al mismo tiempo que la transición a la menopausia y termina un año después del último periodo menstrual.

Menopausia: Evento o etapa en la vida de la mujer que indica el final de la vida reproductiva. Se determina con la ausencia de la menstruación durante 12 meses. Las mujeres tienen la menopausia a una edad media de 51 años, y el 95 % llega a la menopausia entre los 45 y 55 años.

Postmenopausia: periodo que inicia a partir del año de la ausencia de la menstruación hasta el final de la vida.

Son múltiples los factores de riesgo asociados a esta etapa de la vida de la mujer tales como: el incremento de edad, el medio ambiente, altura (>2000 msnm) tienen mayor riesgo de presentar menopausia temprana. El estilo de vida, los hábitos como el tabaco producen un adelanto de aproximadamente 1,5 años. La no realización de ejercicios físicos, historia materna de síntomas vasomotores. La menopausia temprana puede estar relacionada con la nuliparidad, el uso de antidepresivos, quimioterápicos, radiación pélvica y el bajo índice de masa corporal. La menopausia tardía puede ser causada por la multiparidad y el aumento de masa corporal. Existen también factores hereditarios que influyen y determinan el climaterio.⁽⁸⁾

Entre las manifestaciones clínicas más comunes se encuentran los sofocos o calores, sudoración profusa; molestias cardíacas, palpitaciones o bradicardias, trastornos del sueño, dolores en las articulaciones. En esta etapa aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, ya que en el hígado la disminución estrogénica favorece una disminución del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL),⁽⁹⁾ Existe un mayor riesgo de osteoporosis y la sobreexpresión de los receptores de serotonina (5-HT_{2A}), que se ha asociado a una fuerte disfunción del centro termorregulador en el hipotálamo genera los calores y vapores. La sensación de calor es debido a una vasodilatación periférica inapropiada con aumento del flujo sanguíneo cutáneo.^(9,10)

La deficiencia estrogénica disminuye la formación de todas las capas celulares de epitelio vaginal, por lo tanto produce disminución de colágeno, la vascularización y la secreción, lo que hace que exista fragilidad de la mucosa vaginal, alcalinización del pH, lubricación deficiente, atrofia urogenital, sequedad y prurito vaginal, dispareunia, disuria, urgencia miccional e incontinencia urinaria, presencia y severidad de problemas sexuales alteración de libido/deseo, de la actividad y satisfacción sexual.⁽¹⁰⁾

Atención integral de la salud de la mujer durante la etapa del climaterio

Impulsar la práctica de estilos de vida saludables, como el ejercicio físico regular, control de peso, eliminar el tabaquismo o bebidas alcohólicas e implementar una alimentación rica en calcio se convierten en medidas preventivas durante la etapa del climaterio. El ejercicio físico regular reduce la mortalidad cardiovascular, mejora el metabolismo, genera armonía física, fuerza muscular, favorece la cognición y la calidad de vida (Tabla 1). Además, mejora los trastornos del sueño, regula el tránsito intestinal, disminuye en general los síntomas vasomotores y el estrés. Los estudios muestran que en las mujeres postmenopáusicas los ejercicios aeróbicos y los de resistencia son de gran efectividad para aumentar la densidad mineral ósea en la columna lumbar.^(11,12)

Tabla 1. Estilos de vida para la mujer climatérica y posmenopáusica

Abuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar de fumar • Preservar la seguridad al consumir alcohol o drogas.
Dieta y ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar el consumo de grasa y colesterol • Mantener el equilibrio calórico • Consumir una dieta con base en granos enteros, frutas, verduras y agua • Asegurar un consumo adecuado de vitaminas y minerales. • Resaltar la importancia de la actividad física regular
Prevención de lesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar cinturones de seguridad, evitar caídas, etcétera
Conducta sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir la prevención de enfermedades de transmisión sexual • Utilizar condones o una barrera femenina • Evitar conductas sexuales de alto riesgo • Prevenir los embarazos no deseados con el método de anticoncepción
Salud dental	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer hincapié en la importancia de las visitas regulares al dentista

Fuente: Torres. A., et al., (2018)

El uso de los estrógenos sin progesterona asociada genera un incremento de riesgo de cáncer de endometrio. En cambio, con el tejido mamario, nuevos estudios no muestran una gran incidencia en el aumento de riesgo de cáncer de mama. La terapia hormonal oral debido a su efecto proinflamatorio y procoagulante por su paso hepático tiene un riesgo alto de trombosis. Por tal motivo se recomienda la vía transdérmica en mujeres con: obesidad (IMC >30 Kg/m²), hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, litiasis biliar, hipertrigliceridemia, disfunción hepática crónica o antecedentes de tromboembolia. Aunque, la vía transdérmica también tiene contraindicaciones como cáncer de mama, cáncer de endometrio, sangrado inexplicado y relativas (lupus, porfiria).⁽¹³⁾

La terapia hormonal de la menopausia (THM) se utiliza en el tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia, del síndrome genitourinario de la menopausia. Además, para la prevención de la osteoporosis en las mujeres con alto riesgo de fractura osteoporótica que no pueden tolerar los medicamentos preventivos estándar y en la menopausia prematura. Se contraindica esta terapia cuando hay sangrado vaginal sin explicación, disfunción o enfermedad hepática, historia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar, trastorno de coagulación conocido o trombofilia, hipertensión no tratada, historia de cáncer de mama, endometrio u otra neoplasia estrógeno dependiente, hipersensibilidad conocida a terapia hormonal, historia de enfermedad coronaria, ACV o AIT y triglicéridos altos (superiores a 400 mg/dl).^(13,14)

La THM es de elección en mujeres sanas, perimenopausias y posmenopáusicas dentro de los 10 años de ocurrencia de su menopausia (o con edad < 60 años), que manifiesten síntomas vasomotores moderados a severos, mujeres sintomáticas con alto riesgo de osteoporosis, y mujeres que han experimentado una falla ovárica prematura.⁽¹⁵⁾

Para las mujeres sin contraindicaciones de terapia oral se dispone de las siguientes hormonas:

- **Estrógenos:** Valerato de Estradiol 1mg/día, 17-B-estradiol 1mg/día o estrógenos conjugados 0,3-0,45 mg/día.
- **Vía transdérmica en pacientes con contraindicaciones de vía oral, se utiliza:** Estradiol gel 0,5 a 1,5mg/día o parche 0,5 mg/día.
- **Progestinas:** se encuentra en presentaciones orales, parenteral, transdérmicas, endoceptivas.
- **Opciones orales:** progesterona micronizada: continuo: 100mg/día o cíclico: 200 mg/día por 10 a 14 días. Drospirenona 2mg/ día. Didrogestrona 5mg/día. Dienogest 2mg/día. Acetato de Medroxiprogesterona 5mg/día.
- **Opciones transdérmicas:** levonorgestrel 10 ug /día. Noretisterona 250ug/día Opción endoceptiva: (SIU o DIU) Levonorgestrel 20ug. Liberados/24 horas.

Combinaciones de Estrógenos + Progestinas continuas: 17-B-estradiol 1mg+ drospirenona 2mg. Estradiol 1mg+didrogestrona 5mg. Valerato de estradiol 1mg + dienogest 2mg

- **Tibolona:** a dosis 2,5 mg/día o 1,25 mg/día.
- **Estrógeno equino conjugado + Bazedoxifeno:** para mujeres con problemas de sensibilidad en las mamas, densidad mamaria, o sangrado uterino con THM convencional. Dosis: EC 0,45 mg/día + BZA 20mg/día
- **Ospemifeno:** SERM 60 mg/día, para tratamiento de síntomas genitourinarios de la menopausia, incluyendo sequedad vaginal y dispareunia, entre mujeres que prefieren tratamiento oral

Los inhibidores de la recaptura de serotonina (IRS) tales como la paroxetina, venlafaxina y fluoxetina han llegado a demostrar en estudios aleatorizados doble ciego y controlados

con placebo, ser de gran efectividad como tratamiento farmacológico no hormonal al reducir la intensidad y frecuencia con la que se presentan las manifestaciones clínicas. Además, los IRS mejoran la sintomatología relacionada con eventos depresivos y labilidad emocional. La gabapentina es un agonista del ácido γ -aminobutírico, comprobando su gran utilidad en la disminución de la intensidad de los síntomas, en comparación con pacientes tratadas con placebo. ⁽³⁾En la tabla 2 se muestra el tratamiento farmacológico hormonal y no hormonal.

Tabla 2. Tratamiento farmacológico hormonal y no hormonal

Aspecto	Farmacológico hormonal	Farmacológico no hormonal
Subgrupos	<ul style="list-style-type: none"> • Estrógenos • Progestágenos • Estrógenos+progestágenos 	Fármacos Los inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina (desvenlafaxina o venlafaxina). La clonidina, la gabapentina. La veraliprida. Fitoterapia Valeriana. Derivados de soya (isoflavonas, genisteína, daitseína), lignanos (cereales, frutas, vegetales) y semillas.
Indicaciones	Síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones o taquicardias). Atrofia vulvovaginal (dolor al coito o dispareunia, quemazón, resequedad). Prevención de osteoporosis en posmenopáusicas.	Cuando existe contraindicación para la misma En el control del síndrome vasomotor o en pacientes que no aceptan la TH. Muestra mayor utilidad en pacientes con síntomas vasomotores leves
Riesgos	El cáncer de mama. Los accidentes cardiovasculares. Los accidentes vasculares cerebrales. Los eventos trombóticos.	Relacionados con tasas más bajas de cardiopatías e incluso pueden ayudar a reducir el colesterol.
Contraindicaciones	Cáncer de mama. Condiciones malignas dependientes de estrógenos. Sangrado uterino anormal de causa desconocida. Hiperplasia endometrial no tratada. Tromboembolismo venoso idiopático o previo. Enfermedad tromboembólica arterial. Cardiopatía isquémica. Enfermedad hepática aguda. Hipertensión arterial no controlada. Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes. Porfiria cutánea (contraindicación absoluta).	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de cáncer de mama • Antecedentes de cáncer de endometrio.

Fuente: Torres. A., et al., (2018)

Un estudio realizado en América Latina en 8373 mujeres de 40 a 59 años, al aplicar la escala Menopause Rating Scale (MRS) con 11 ítems, muestra la prevalencia de diversos síntomas climatéricos.⁽¹⁶⁾ Globalmente, el 90,9% de la población estudiada tenía al menos un síntoma climatérico y en el 24,9% algunos de estos síntomas eran severos. Las molestias osteoarticulares, el cansancio físico y mental y la depresión fueron prevalentes; la intensidad de estos síntomas fue severa en 15,6%, 13,8% y 13,7% de las mujeres respectivamente.⁽¹⁷⁾

Esta escala los divide en síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales. Dentro de los somáticos se encuentran: dolores osteoarticulares, sofocos, sudoración nocturna, trastornos del sueño y palpitaciones. El predominante corresponde a los dolores osteoarticulares y su intensidad fue de leve a moderada en el 63% de las mujeres y severa en el 15.6%, lo que concuerda con su impacto en el ausentismo laboral femenino. En el grupo de síntomas psicológicos están: fatiga, trastornos del sueño, irritabilidad y ansiedad; dentro de estos, la fatiga está presente en el 64.8%, siendo severa en el 13.8%. Dentro de la sintomatología genitourinaria están: sequedad vaginal, pérdida del deseo sexual y molestias urinarias, no hay diferencia significativa en los porcentajes, aunque son predominantes los trastornos de la sexualidad en un 46,6%. Por otro lado, los trastornos vasomotores, como bochornos y diaforesis, típicamente asociados al climaterio, tienen una prevalencia mucho menor en comparación con otros síntomas.⁽¹⁷⁾

En la tabla 3 se muestra una comparación entre el climaterio y la menopausia, muchas veces se hacen sinónimos o se confunden.

Tabla 3. Comparación entre el climaterio y menopausia

Aspecto	Climaterio	Menopausia
Definición	Transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva, marcada por cambios hormonales y síntomas.	Cese permanente de la menstruación después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas.
Inicio	Inicia aproximadamente 1 año antes de la menopausia y puede extenderse hasta 1 año después.	Ocurre en mujeres entre los 45 y 55 años, con una edad promedio de aparición de 48 años.
Cambios Hormonales	Comienzan cambios hormonales y síntomas.	Disminución de los niveles de estrógeno y progesterona.
Síntomas	Conjunto de signos y síntomas que aparecen en la perimenopausia.	Puede incluir bochornos, cambios en el ciclo menstrual, sequedad vaginal, entre otros.
Fases del Ciclo Menstrual	No aplica	Fase folicular y fase lútea.
Diagnóstico	Basado en la aparición de síntomas y cambios hormonales.	Basado en 12 meses consecutivos de amenorrea sin causas patológicas.
Pruebas diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> • Citología cervicovaginal • Perfil de lípidos • Glucosa sérica • Mastografía basal por lo menos 	<ul style="list-style-type: none"> • Citología cervicovaginal • Perfil de lípidos • Glucosa sérica • Mastografía basal por lo menos

	<p>un año antes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonido pélvico • Examen general de orina • TSH sérica. 	<p>un año antes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonido pélvico • Examen general de orina • TSH sérica.
Tratamiento Farmacológico	Puede incluir terapia hormonal sustitutiva y no hormonal.	Incluye terapia hormonal sustitutiva y tratamiento no hormonal.
Vigilancia	Se recomienda solicitar estudios de laboratorio y gabinete.	Seguimiento médico periódico para evaluar efectos y ajustes del tratamiento.

Fuente: Torres. A., et al., (2018)

El climaterio es una etapa fisiológica en la vida de la mujer que se caracteriza por la disminución de la producción de hormonas sexuales y puede estar acompañada de síntomas como sofocos, sequedad vaginal, cambios de humor y trastornos del sueño, entre otros. La atención integral durante esta etapa es crucial para garantizar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres que la atraviesan. Muchas veces las desigualdades de género provocan la falta de atención de la salud femenina durante esta importante etapa del curso vital.

Está demostrado que la atención integral de la salud femenina durante el climaterio debe abarcar aspectos físicos, emocionales y sociales. En este sentido, es fundamental que las mujeres reciban una evaluación completa de su estado de salud, con un diagnóstico oportuno de su condición y comorbilidades, así como la atención temprana, donde se incluya la educación a la paciente y su familia.⁽¹⁰⁾

El Estudio GAZEL es un trabajo de investigación desarrollado en Francia, con 286 mujeres de la compañía de Gas y Electricidad de Francia. Se utilizó como instrumento el Nottingham Health Profile, un instrumento de calidad de vida. Este estudio encontró que, tras corregir por edad, la mujer menopáusica presentaba una peor calidad de vida que la premenopáusica, concretamente aislamiento social, dolor, sueño y energía; todos ellos explicables por las molestias propias del climaterio.

Blümel y Castelo-Branco han publicado recientemente un estudio, el cual es el primero que utiliza un instrumento específico para el climaterio, y evalúa el impacto del cese de la función ovárica sobre la calidad de vida. Tras incluir a 481 mujeres entre 40 y 59 años, los autores encuentran un deterioro considerable en la calidad de vida. Al aplicar regresión logística, muestran que la pérdida de calidad de vida en estas mujeres no depende de la edad ni de variables sociodemográficas como el estado civil, el número de hijos, la educación o el trabajo, sino esencialmente, de haber tenido o no el climaterio.⁽¹⁵⁾

La literatura plantea que el deterioro en el área psicosocial se revierte después de cinco años de menopausia, Sin embargo, no siempre existe un deterioro significativo en la sexualidad femenina. Estas diferencias podrían deberse a factores culturales, hábitos de vida u otras variables que influyen en la experiencia de la menopausia.

Con respecto al tratamiento, se encuentra la terapia estrogénica, terapia con estrógeno-progesterona: el progestágeno es agregado para proteger al útero del efecto estrogénico. El tratamiento de los síntomas vasomotores moderados o severos es la indicación primaria de terapia hormonal (TH). Los beneficios superan a los riesgos en la mayoría de las mujeres saludables, menores a 60 años y antes de los 10 años de menopausia. Hay que usar TH combinada (Estrógeno + Progesterona), en mujeres con útero, histerectomizadas con endometriosis, carcinoma de endometrio operado, cistoadenomaendometroide operado, hipertrigliceridemia, y terapia con anticonvulsivantes.⁽¹⁸⁾

Se debería administrar estrógenos transdérmicos en litiasis biliar, hipertrigliceridemia, HTA no estabilizada, inmovilidad relativa, postoperatorio, cefalea migrañosa, síndrome de mala absorción y disfunción hepática crónica. La terapia hormonal no debe ser indicada para la prevención de enfermedades crónicas.⁽⁹⁾

Todos los tipos de TH son efectivos para reducir los síntomas vasomotores, con una efectividad del 70- 90%. Todas las dosis convencional, baja y ultra baja dosis, vías de administración oral o transdérmica y los esquemas de tratamiento hallan este beneficio.⁽¹⁸⁾

En canto al riesgo de cáncer de mama con el uso de la TH, varían según tipo, dosis y duración del tratamiento. El riesgo aumenta cuando las mujeres usan estrógenos (E) más de 10-12 años. Por cada mil mujeres que inician la TH a los 50 años y la mantienen durante 10 a 15 años, hay seis casos más de cáncer de mama sin modificaciones notables en la sobrevivencia global. Schainer y col. en un estudio de cohorte de 46.355 mujeres posmenopáusicas, demostraron un riesgo mayor de cáncer de mama en las pacientes de terapia combinada con respecto a las usuarias de Estrógenos solos.⁽⁹⁾

Estudios de TH y cáncer de ovario: las mujeres que realizan menos de 5 años de TH no demostraron incremento significativo del riesgo, comparadas con las de más de cinco años de uso. El riesgo es mayor para los estrógenos solos.^(9,11) Con respecto al cáncer colorrectal los datos globales de los estudios observacionales indican una reducción aproximada del 30% en el riesgo de cáncer de colon y de pólipos colorrectales en un 20 – 50% entre las mujeres tratadas con TH. La protección es mayor con el uso de estrógenos solos.⁽⁹⁾

TH y cáncer pulmonar: estudios observacionales han reportado un efecto protector de la anticoncepción hormonal y de la TH postmenopáusica sobre el riesgo de cáncer pulmonar.⁽¹¹⁾ Con respecto al cáncer de endometrio la terapia con estrógenos solos se asocia a un aumento de riesgo de hiperplasia y cáncer endometrial dependiente de la duración, siendo 10 veces mayor, reduciéndose el mismo en las que se les agrega progestágenos.⁽⁹⁾ Los estrógenos tienen mejores efectos sobre el sistema circulatorio de mujeres jóvenes (50-59 años) que sobre los de mujeres alejadas de su menopausia; entendiendo la importancia del inicio temprano de la TH para disminuir el riesgo cardiovascular. La respuesta vascular al estrógeno difiere dependiendo de la edad, tiempo o

desde la menopausia y estado de las arterias. El tromboembolismo se incrementa por la obesidad y la edad. Las recomendaciones vigentes establecen evitar el uso de TH en mujeres con antecedente de eventos tromboembólicos.^(9,11)

La TH disminuye la incidencia de diabetes tipo II, mejora el control glicémico y mejora el perfil lipídico, el resultado varía de acuerdo con el tipo, la dosis y la vía de administración. El tratamiento cardioprotector adjunto (estatinas, aspirina) podría ser aconsejado en mujeres diabéticas con riesgo cardiovascular alto. De igual manera se usa para mejorar el humor y el estado de ánimo en mujeres depresivas, el efecto parece ser mayor en la peri que en la postmenopausia. Habitualmente no es recomendada para reducir el riesgo de demencia en la postmenopausia, ni para retardar la progresión de enfermedad de Alzheimer diagnosticada.⁽¹¹⁾

Es importante que se brinde información adecuada sobre los cambios que experimenta su cuerpo durante esta etapa y se les oriente sobre las opciones de tratamiento disponibles para aliviar los síntomas del climaterio. En este sentido, la terapia hormonal sustitutiva ha sido una de las opciones más comunes para tratar los síntomas del climaterio, pero es importante que se evalúen los riesgos y beneficios de esta opción en cada caso particular. Por todo lo anterior debe ser una preocupación constante de los profesionales de la salud, la existencia de programas y protocolos de atención actualizados, para el manejo integral de la salud de la mujer en la etapa del climaterio.

CONCLUSIONES

Durante la transición a la menopausia, un gran porcentaje de mujeres presentan manifestaciones clínicas siendo los más comunes dolores osteoarticulares, fatiga, trastornos depresivos y más de la mitad presentan síntomas genitourinarios. Recibir terapia hormonal dentro de los 10 años posteriores a la menopausia genera un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y eventos cardiovasculares, sin embargo, el riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso no disminuye. El abordaje del tratamiento del climaterio comprende un amplio espectro de posibilidades terapéuticas desde la elección del Terapia hormonal con estrógenos simples o combinación de estrógenos - progestágenos, hasta medidas generales de prevención y cambio de estilo de vida. La elección del tratamiento deberá adecuarse al perfil individual de la mujer y su problemática, y su continuidad o interrupción dependerá del mantenimiento de los beneficios y de la aparición de efectos adversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Jiménez Ana Paola, Torres Rincón José María. Climaterio y menopausia. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2024 Abr 10]; 61(2): 51-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es.



2. Ñañez, M. CLIMATERIO: ACTUALIZACIÓN. Catedra de clínica Ginecológica. [revista en la Internet]. 2022. [citado 2024 Abr 10]; 61(2): 51-58. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147826/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Charles L Loprinzi, MD. Robert F Casper, MD. SOFOCOS MENOPÁUSICOS. [Internet]. 2024 [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/menopausal-hot-flashes?search=climaterio%202024&source=search_result&selectedTitle=6%7E150&usage_type=default&display_rank=6
4. Kimball A Johnson, Nancy Martin, Rossella E Nappi, Genevieve Neal-Perry, Marla Shapiro, Petra Stute, Rebecca C Thurston, Wendy Wolfman, Marci English, Catherine Franklin, Misun Lee, Nanette Santoro, Eficacia y seguridad del fezolinetante en pacientes moderados a graves Síntomas vasomotores asociados con la menopausia: un ECA de fase 3, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism , volumen 108, número 8, agosto de 2023, páginas 1981–1997, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad058>
5. Ayala-Peralta FD. Estrategias de manejo durante el climaterio y menopausia. Guía práctica de atención rápida. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2020 Sep. 7;9(2):34
6. Sánchez, F. ASOCIACION COLOMBIANA DE MENOPAUSIA. TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA DEL AÑO 2021. [Internet]. 2021 [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1344264/04.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). MENOPAUSIA. [Internet]. 2022 [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
8. Kathryn A Martin, MD. Robert S Rosenson, MD. TERAPIA HORMONAL MENOPAUSICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR. [Internet]. 2023 [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/menopausal-hormone-therapy-and-cardiovascular-risk?search=etapas%20del%20climaterio%202024&source=search_result&selectedTitle=23%7E150&usage_type=default&display_rank=23
9. Robert F Casper. Clinical manifestations and diagnosis of menopause - UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 9]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause?search=climaterio%202024&source=search_result&selectedTitle=4%7E150&usage_type=default&display_rank=4.



10. Espitia-De-La-Hoz FJ. Osteoporosis en mujeres en climaterio, prevalencia y factores de riesgo asociados. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*. 2021 Apr;35(2):133–40.
11. Pamela Douglas, MD. Athena Poppas, MD. Stacie L Daugherty, MD, MSPH. Overview of atherosclerotic cardiovascular risk factors in females - UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 9]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-atherosclerotic-cardiovascular-risk-factors-in-females?search=Menopausal+hormone+therapy%3A+Benefits+and+risks+-+UpToDate&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
12. Monsalve C, Reyes V, Parra J, Chea R. Manejo terapéutico de la sintomatología climaterica Therapeutic management of climacteric symptomatology [Internet]. Vol. 64, *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/de->
13. Kathryn A Martin, MD. Robert L Barbieri, MD. Menopausal hormone therapy: Benefits and risks - UpToDate [Internet]. [cited 2024 Apr 9]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/menopausal-hormone-therapy-benefits-and-risks?search=Menopausal+hormone+therapy%3A+Benefits+and+risks+-+UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
14. Faubion SS, Crandall CJ, Davis L, El Khoudary SR, Hodis HN, Lobo RA, et al. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2024 Apr 9];29(7):767–94. Available from: https://journals.lww.com/menopausejournal/fulltext/2022/07000/the_2022_hormone_t_herapy_position_statement_of_the.4.aspx
15. Monsalve C, Reyes V, Parra J, Chea R. Manejo terapéutico de la sintomatología climaterica Therapeutic management of climacteric symptomatology [Internet]. Vol. 64, *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/de->
16. Vallejo Maldonado Soledad. Terapia hormonal de la menopausia, ¿por qué prescribirla? *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2018 ene [citado 2024 Mar 31]; 64(1): 51-59. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100008&lng=es.
17. Capua, N., Diseño y Validación de un Instrumento de Medición del Deterioro de Calidad de Vida Después de los 40 (Dcvd40) [Internet]. 2020. FASGO. [citado el 31 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/index.php/numeros/volumen-19-n-7-mayo-de-2020/111-revista-fasgo/n-7-2020/2055-diseno-y-validacion-de-un-instrumento-de-medicion-del-deterioro-de-calidad-de-vida-despues-de-los-40-dcvd40>



18. Consenso FASGO. Estado actual en el tratamiento en el climaterio. [Internet]. 2018 [citado el 31 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRATAMIENTO_EN_CLIMATERIO.pdf

19. Rodríguez Sotomayor Y, Pardo Fernández A, Castañeda Abascal IE. La conciliación vida laboral-vida familiar y la salud de las mujeres en tiempos de COVID-19. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 2025 Ene 12]; 48(Sup). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2911>

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

RMM, KAAL, ALAV y DSIE: conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización, redacción-borrador original, redacción, revisión y edición.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

