



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2023-24)

Trabajo Fin de Grado

Menopausia precoz: calidad de vida y estrategias de intervención

Revisión bibliográfica

Estudiante: Jone Pérez Garay

Tutor/a: Beatriz Núñez Bueno

Junio, 2024

ÍNDICE

GLOSARIO DE ABREVIATURAS	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Justificación.....	9
1.2. Objetivos	11
2. MATERIAL Y MÉTODOS	12
2.1. Pregunta PICO	12
2.2. Palabras clave.....	12
2.3. Operadores booleanos.....	13
2.4. Criterios de inclusión y exclusión	14
2.5. Estrategia de búsqueda bibliográfica	14
2.5.1. Pubmed.....	14
2.5.2. Cuiden Plus.....	15
2.5.3. Cinahl Complete.....	15
2.5.4. Scielo y Dialnet Plus	16
2.5.5. Web Of Science	16
2.5.6. Biblioteca Cochrane	16
3. RESULTADOS	18
3.1. Terapia de reemplazo hormonal	18
3.2. Tratamientos alternativos	21
3.3. Efectos físicos	22
3.3.1. Pérdida de densidad mineral ósea u osteoporosis.....	22
3.3.2. Enfermedades cardiovasculares	24
3.4. Efectos psicológicos.....	26
3.5. Función sexual	27
4. DISCUSIÓN	29
4.1. Terapia de reemplazo hormonal	29
4.2. Tratamientos alternativos	30
4.3. Efectos físicos	32
4.3.1. Pérdida de densidad mineral ósea u osteoporosis.....	32
4.3.2. Enfermedades cardiovasculares	33
4.4. Efectos psicológicos.....	33
4.5. Función sexual	34

4.6.	Limitaciones y futuras líneas de investigación	34
5.	CONCLUSIÓN	36
6.	BIBLIOGRAFÍA	37
8.	ANEXOS	41

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AOC	Anticonceptivos orales combinados
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
DHEA	Dehidroepiandrosterona
DMO	Densidad mineral ósea
ECV	Enfermedad cardiovascular
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
FSH	Hormona foliculoestimulante
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
HERS	Heart Estrogen/Progestin Replacement Study
HTA	Hipertensión arterial
IMC	Índice de masa corporal
LDL	Lipoproteínas de baja densidad
MeSH	Medical Subject Headings
MP	Menopausia precoz/prematura
OMS	Organización Mundial de la Salud
TFG	Trabajo de Fin de Grado
TRH	Terapia de reemplazo hormonal

RESUMEN

Introducción: La menopausia precoz puede afectar en la calidad de vida de las mujeres con síntomas como sofocos y cambios hormonales. El diagnóstico y tratamiento son clave para controlar los síntomas y prevenir complicaciones como la osteoporosis y enfermedades cardiovasculares.

Objetivos: Aumentar los conocimientos sobre la menopausia precoz, incluyendo beneficios en la calidad de vida y las opciones de tratamiento más apropiadas.

Material y métodos: La revisión bibliográfica se organizó según la pregunta PICO y la búsqueda se llevó a cabo utilizando tesauros unidos por operadores booleanos para explorar diversas bases de datos y bibliotecas biomédicas. Los artículos fueron seleccionados en base de unos criterios.

Resultados: Se ofrece una descripción detallada de los diversos tipos de tratamientos disponibles y se evalúa su eficacia en múltiples aspectos como la prevención de la osteoporosis y enfermedades cardiovasculares, los efectos psicológicos y la mejora de la función sexual.

Discusión: El tratamiento se enfoca en la terapia de reemplazo hormonal, estilo de vida saludable y educación sanitaria. La terapia hormonal puede mejorar la densidad mineral ósea, reducir el riesgo cardiovascular y la disfunción sexual. Sin embargo, no es eficaz para tratar la depresión. El uso de testosterona no ha demostrado ser eficaz.

Conclusiones: Una atención integral adaptada a cada mujer, combinando los diversos tratamientos con educación para la salud, mejora la calidad de vida de las mujeres. Además, ayudan a reducir los impactos negativos, mientras mejoran la salud sexual, lo cual beneficia el bienestar general.

Palabras clave: Menopausia prematura, calidad de vida, terapia de reemplazo de hormonas, estilo de vida.

ABSTRACT

Introduction: Premature menopause can affect women's quality of life with symptoms such as hot flashes and hormonal changes. Diagnosis and treatment are key to managing symptoms and preventing complications such as osteoporosis and cardiovascular diseases.

Objectives: Increase understanding of premature menopause, including benefits on quality of life and the most appropriate treatment options.

Material and methods: The literature review was organized according to the PICO question, and the search was conducted using thesaurus combined with boolean operators to explore various biomedical databases and libraries. Articles were selected based on specific criteria.

Results: A detailed description of various types of treatments, both hormonal is provided. The effectiveness of these treatments is evaluated in multiple aspects, including prevention of osteoporosis and cardiovascular diseases, psychological effects, and improvement of sexual function.

Discussion: Treatment of premature menopause focuses on hormone replacement therapy, healthy lifestyle, and health education. Hormone therapy can improve bone mineral density and reduce cardiovascular risk and sexual dysfunction. However, it is not effective in treating depression. The use of testosterone has not been proven to be effective.

Conclusions: An integrated care tailored to each woman, combining various treatments with health education, improves women's quality of life. Additionally, it helps reduce negative impacts during this stage, while improving sexual health, which benefits overall well-being.

Keywords: Menopause, premature, quality of life, hormone replacement therapy, lifestyle.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la menopausia como una etapa fisiológica vital que sufren todas las mujeres debido a cambios hormonales. Lo habitual es que suceda entre los 45 y los 55 años como parte natural del proceso de envejecimiento biológico. Sin embargo, hay casos en los que la menopausia es previa a la edad estimada y es denominada menopausia precoz (MP). [1]

Lo que ocurre es que los ovarios pierden la función de liberar ovocitos regularmente (ovulación), generando un nivel insuficiente de hormonas sexuales (estrógeno, progesterona, y testosterona), lo que da lugar al cese de la menstruación e infertilidad, entre otras consecuencias. Es posible que la menopausia precoz pueda ser confundida con la premenopausia, la cual es la etapa de transición a la menopausia. [2]

Entre las causas que hacen que una mujer sea más propensa a experimentar la menopausia a una edad más temprana encontramos dos categorías principales. Por un lado, están las causas inevitables e independientes de la paciente como las alteraciones genéticas, los antecedentes familiares y las enfermedades autoinmunes. Por otro lado, la menopausia precoz también puede ser secundaria a ciertos tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas, infecciones o el uso de sustancias tóxicas. Estos factores podrían evitarse o controlarse para retrasar la llegada de la menopausia. [3]

En consecuencia a los cambios hormonales, la mujer presenta una serie de síntomas que afectan en su calidad de vida y que en ocasiones pueden llegar a limitar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). [4]

Según la OMS, la calidad de vida está definida como un estado de bienestar mental, social y físico, no solo en ausencia de enfermedades y afecciones. Está determinada por la cultura, posición social, valores y condiciones geográficas del individuo. La

calidad de vida es evaluada por las consecuencias de la enfermedad o la sintomatología, es decir, como afectan a las ABVD de una mujer. [4]

Al igual que todas las afecciones, la probabilidad de tener síntomas o no, es individual para cada caso. Cabe destacar que los síntomas son similares en las mujeres con menopausia prematura y en las que lo cursan en la edad promedio. [3]

La sintomatología más llamativa y definitiva incluye amenorrea y la incapacidad en la reproducción. Por lo general, estos síntomas se presentan junto con sofocos, mayor sudoración, incontinencia urinaria, alteraciones en la lubricación vaginal (lo que puede resultar en una disminución del deseo sexual), aumento de peso y cambios emocionales (lo que podría desencadenar una depresión). [3]

Además, el mal control de los síntomas, el diagnóstico y la demora en la implementación del tratamiento, puede provocar mayor riesgo de padecer osteoporosis, lo que conlleva mayor dolor de articulaciones, eleva la probabilidad de padecer cáncer de mama o enfermedades cardiovasculares. Para evitar dichas consecuencias, es importante prestar atención a los signos de alarma y síntomas previamente mencionados. [3]

A pesar de que el personal de enfermería es el encargado de la detección precoz basada en la sintomatología, el encargado de valorar la necesidad de realizar un análisis sanguíneo con el fin de valorar el perfil hormonal de la mujer será el ginecólogo. Con la valoración del perfil hormonal se realiza un control de niveles séricos de la hormona foliculoestimulante (FSH) y estradiol. La menopausia prematura queda confirmada si los niveles de FSH (>20 mUI/mL, usualmente >30 mUI/mL) o de la hormona luteinizante son elevados, en cambio, los de estradiol tienden a bajar (<20 pg/mL). [2]

Otros niveles que pueden ser utilizados en la fase del diagnóstico, son los de la hormona antimülleriana. Dichos niveles oscilan entre 1,5 y 4,0 ng/mL y son concluyentes, ya que esta hormona se produce únicamente en pequeños folículos ováricos. En caso de presentarse un nivel muy bajo de esta hormona, sugiere una

disminución ovárica. Sin embargo, hay pruebas como las biopsias ováricas y las pruebas de anticuerpos ováricos que no están indicadas por su falta de precisión. [2]

Tras el diagnóstico, la implantación del tratamiento adecuado es crucial, generalmente para paliar la sintomatología presente. Es importante tener en cuenta los valores o creencias, el historial médico y las preferencias de la mujer afectada. La diferencia entre los tipos de intervención es que unos son tratamientos hormonales, y los otros no. [1]

Como su propio nombre indica, la terapia hormonal sustitutiva consiste en reemplazar las hormonas que el cuerpo de la mujer no puede generar. Generalmente, se basa en la administración de estrógenos. Sin embargo, la píldora anticonceptiva combinada, que contiene progesterona y estrógenos, también es una opción. [3]

Por otro lado, encontramos terapias naturales que proporcionan propiedades beneficiosas (alimentos, plantas, etc.) y cambios en el estilo de vida (actividad), los cuales ayudan en cuanto a los síntomas y mantiene la salud de la mujer. [3]

1.1. Justificación

En la actualidad, el acceso a la información, a los servicios relacionados y la concienciación acerca de la menopausia puede llegar a ser escaso en la mayoría de los países. La menopausia es un tema silenciado en la comunidad, [00161] *Disposición para mejorar los conocimientos*, en el ámbito social e incluso en los centros de asistencia sanitaria, donde se debería hacer más hincapié. [1]

Debido a la incomodidad y vergüenza que sufren las mujeres afectadas, evitan hablar en público de este tema, por lo que muchas de ellas no solicitan ayuda, es más, hoy en día hay mujeres que no conocen la magnitud de los síntomas ni la relación que tienen con la afección. [1]

Según el Informe sobre Climaterio de la organización NO PAUSA, el 77% de la población entrevistada desconoce lo que es la menopausia, el 51% no recuerda

cuando escuchó hablar sobre el climaterio por primera vez y el 40% no relaciona los cambios hormonales con la sintomatología presente. [5]

Debido al desconocimiento acerca de la menopausia precoz, [00126] *Conocimientos deficientes*, muchos de los trabajadores sanitarios, no implantan la menopausia en sus planes de formación, ya que no son capaces de reconocer los síntomas y desconocen las opciones de intervención. [1]

Un mal control de los síntomas en consecuencia al desconocimiento puede provocar mayor riesgo de padecer osteoporosis, lo que conlleva mayor dolor de articulaciones y eleva la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares. [3]

La salud sexual, [00059] *Disfunción sexual*, el bienestar y la calidad de vida de las mujeres, parece no tenerse en cuenta, por lo que los efectos ginecológicos, como la dispareunia y la sequedad vaginal quedan desatendidos. [1] El 85% de mujeres entrevistadas, ha experimentado cambios en su sexualidad y el 75% presentan síntomas que afectan en su calidad de vida. [5]

Según los datos clave que aporta la asociación NO PAUSA, la menopausia precoz parece estar en auge debido a factores como el estrés y los hábitos tóxicos. Desde la asociación pretenden dar visibilidad a la menopausia prematura, mayor acceso a información de calidad, mejorar la calidad de vida de las afectadas y eliminar el estigma social. [5]

Realizamos una revisión bibliográfica acerca del impacto que genera la menopausia precoz en la mujer y cómo afrontarlo [00077] *Afrontamiento ineficaz de la comunidad* ofreciendo estrategias desde un punto de intervención enfermero para disminuir la sintomatología y los efectos adversos en un futuro.

1.2. Objetivos

- Objetivos generales:
 - Mejorar los efectos de la menopausia precoz en la calidad de vida de la mujer.
 - Aumentar los conocimientos acerca de la menopausia precoz.
- Objetivos específicos:
 1. Evaluar el impacto de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en la mejora de la calidad de vida del paciente.
 2. Implementar medidas de prevención dirigidas a mitigar las consecuencias físicas y psicológicas asociadas.
 3. Facilitar intervenciones destinadas a mejorar la función sexual en las mujeres afectadas.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Este TFG constituye una revisión bibliográfica narrativa que se fundamenta en la información científica disponible sobre la menopausia precoz. Para su elaboración se han seguido una serie de pasos metodológicos que han dado forma a este estudio.

2.1. Pregunta PICO

Para orientar y concretar la búsqueda bibliográfica, inicialmente se ha generado una pregunta PICO.

[P]aciente	[I]ntervención	[C]omparación	Resultado[O]
Mujeres con menopausia precoz (<45 años)	Terapia de reemplazo de hormonas	Tratamientos alternativos (estilo de vida, alimentación y plantas medicinales)	Calidad de vida

La unión de los componentes de la PICO conformó la siguiente pregunta:

“¿Tienen mejor calidad de vida aquellas mujeres con menopausia precoz tratadas con terapia de reemplazo de hormonas frente a las tratadas con tratamientos alternativos?”

2.2. Palabras clave

Para obtener los mejores resultados se ha seleccionado un conjunto de palabras clave en lenguaje natural o términos libres extraídas de la pregunta PICO y han sido transformadas a lenguaje controlado utilizando los tesauros.

Dichos tesauros o descriptores han sido obtenidos desde Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) [6] junto con los obtenidos a través de Medical Subject Headings (MeSH) para lograr una búsqueda avanzada [7].

Lenguaje Natural	DeCS	MeSH
Menopausia precoz	Menopausia prematura	Menopause, premature
Terapia hormonal	Terapia de reemplazo de hormonas	Hormone replacement therapy
Tratamiento alternativo	-	-
Estilo de vida	Estilo de vida	Life style
Alimentación	Dieta	Diet
Plantas medicinales	Plantas medicinales	Plants, Medicinal
Calidad de vida	Calidad de vida	Quality of life

Dado que no se han encontrado resultados para transformar la palabra clave “tratamiento alternativo” y usando el término libre traducido al inglés no se han obtenido resultados en varias bases de datos, se ha optado por utilizar alternativas que definen este tipo de tratamientos, estilo de vida, dieta y plantas medicinales.

2.3. Operadores booleanos

Con el fin de obtener unos resultados más acordes con la búsqueda, se utilizarán los operadores booleanos básicos, los cuales unirán las palabras clave entre sí generando una fórmula de búsqueda. Estos conectores limitan el ruido, amplían y definen la búsqueda.

La fórmula de búsqueda se genera con el fin de responder a la pregunta PICO, por lo tanto, son seleccionadas para obtener información más concreta y específica acerca del tema seleccionado.

- (Menopause, premature) AND (Hormone replacement therapy) AND (Quality of life)
- (Menopause, premature) AND (life style OR diet OR medicinal plants) AND (quality of life)

2.4. Criterios de inclusión y exclusión

Antes de realizar la búsqueda se han estipulado una serie de criterios que servirán para filtrar los resultados.

En cuanto a los criterios de inclusión, la temporalidad se limitará a los últimos 10 años debido a que así lo establece una ley bibliométrica llamada Ley de Price, la cual se considera importante por ser la ley de crecimiento exponencial u obsolescencia de la literatura científica, creada en 1965 por Derek J. de Solla. [8] Los artículos deberán estar en español o inglés, deben hablar de humanos con carácter femenino y que tengan un rango de edad de entre 19-44 años.

Secundario a esto, todos aquellos artículos que superen el rango de temporalidad, hablen de animales, de humanos de carácter masculino y personas de un rango superior a 45 años o menor a 19 años serán excluidos de la investigación.

2.5. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para la redacción de esta revisión, se han empleado varias bases de datos para recopilar información sobre el tema planteado. Concretamente, las bases de datos utilizadas han sido, Pubmed, Cuiden Plus, Cinahl Complete, Scielo, Dialnet Plus, Web of Science y la Biblioteca Cochrane. La búsqueda se ha realizado entre los meses de enero y abril del año 2024. A continuación, se expone detalladamente la estrategia de búsqueda para cada base de datos.

2.5.1. Pubmed

Con la primera búsqueda, (Menopause, premature) AND (Hormone replacement therapy) AND (Quality of life), se ha obtenido un total de 84 resultados, y tras la aplicación de los filtros indicados previamente, se quedó en 13 artículos. 6 de ellos han sido descartados debido a que hablan de afecciones muy concretas como neoplasias, mujeres menopáusicas con problemas hepáticos, y mutaciones genéticas que no engloban a la población general con menopausia precoz. A dos de ellos no se

ha obtenido acceso al texto completo, por lo que no es posible incluirlos en la revisión bibliográfica. Finalmente, 5 de ellos han sido seleccionados.

La búsqueda con (Menopause, premature) AND (life style OR diet OR medicinal plants) AND (quality of life) ha dado un resultado de 10 artículos, tras aplicar los filtros estipulados se han reducido a 3, de los cuales 2 se han excluido debido a que han sido seleccionados previamente en otra de las búsquedas y el restante, debido a que habla acerca de mujeres posmenopáusicas.

2.5.2. Cuiden Plus

Debido a que es una base de datos española, las búsquedas son realizadas con los descriptores en español haciendo uso de las fórmulas previamente estipuladas. No ha sido posible encontrar ningún resultado.

2.5.3. Cinahl Complete

Debido a que en la base de datos CuidenPlus no se han podido obtener resultados, se ha seleccionado Cinahl Complete, ya que ambas bases de datos son desarrolladas por profesionales de enfermería y se pretende darle un enfoque enfermero a la revisión bibliográfica.

La primera búsqueda ha obtenido 29 resultados. Tras la aplicación de filtros y criterios de inclusión y exclusión, se han reducido a 6 artículos. 3 de ellos han sido seleccionados previamente, 2 de ellos se descartan porque hablan del tratamiento utilizado para otro tipo de afecciones, finalmente el último ha sido descartado por no obtener acceso al texto completo, era un artículo que parecía responder muy bien a la pregunta pico planteada, tras realizar la búsqueda por título tampoco se ha conseguido acceso en ninguna de las plataformas.

En cuanto a la segunda búsqueda, con relación al tratamiento no farmacológico, principalmente se han obtenido 6 artículos. Tras la aplicación de los filtros adecuados, se ha disminuido a un resultado de 3 documentos, de los cuales 2 de ellos han sido descartados porque ya habían sido seleccionados en búsquedas previas y el restante

ha sido incluido, ya que habla del impacto de los síntomas en la calidad de vida de pacientes con menopausia prematura.

2.5.4. Scielo y Dialnet Plus

Tras la realización de ambas fórmulas de búsqueda tanto en inglés como en español, no se ha obtenido ningún resultado en ninguna de estas bases de datos.

2.5.5. Web Of Science

Con respecto a la primera fórmula de búsqueda se han obtenido 168 resultados, se han aplicado los filtros de temporalidad e idioma. A través de una de las opciones de filtro que ofrece esta base de datos llamada “Encabezado MesH” se han seleccionado los siguientes filtros: “femenino” or “humanos” or “adulto” or “calidad de vida” or “menopausia prematura” or “terapia de reemplazo de hormonas”. Tras el cribado, han quedado 70 artículos disponibles, de los cuales 5 han sido excluidos por haber sido ya seleccionados, 46 debido a que son demasiado específicas en referencia a otras afecciones o enfermedades, 3 de ellos no permite acceso al texto completo y 12 hablan sobre la menopausia sin ser precoz y posmenopausia. Otro de los artículos, a pesar del uso de filtros, establecía el rango de edad a partir de los 45 años, por lo que queda excluido de la revisión. Finalmente, los 4 restantes son seleccionados para la revisión bibliográfica.

En cuanto a la segunda fórmula de búsqueda, se han hallado 25 resultados, tras la aplicación de los filtros de temporalidad e idioma y los encabezados MesH “femenino” or “humano” or “menopausia prematura” or “calidad de vida” or “adulto” se han quedado únicamente 4 artículos. 2 de ellos se han descartado por haber sido seleccionados en búsquedas previas, otro debido a que se limita a hablar en referencia a la prevalencia y el último sí que ha sido escogido.

2.5.6. Biblioteca Cochrane

Finalmente, se ha seleccionado la Biblioteca Cochrane con el fin de encontrar resultados significativos para completar la revisión bibliográfica. Esta base de datos ofrece la opción de realizar la búsqueda por título, resumen o palabras clave, es decir,

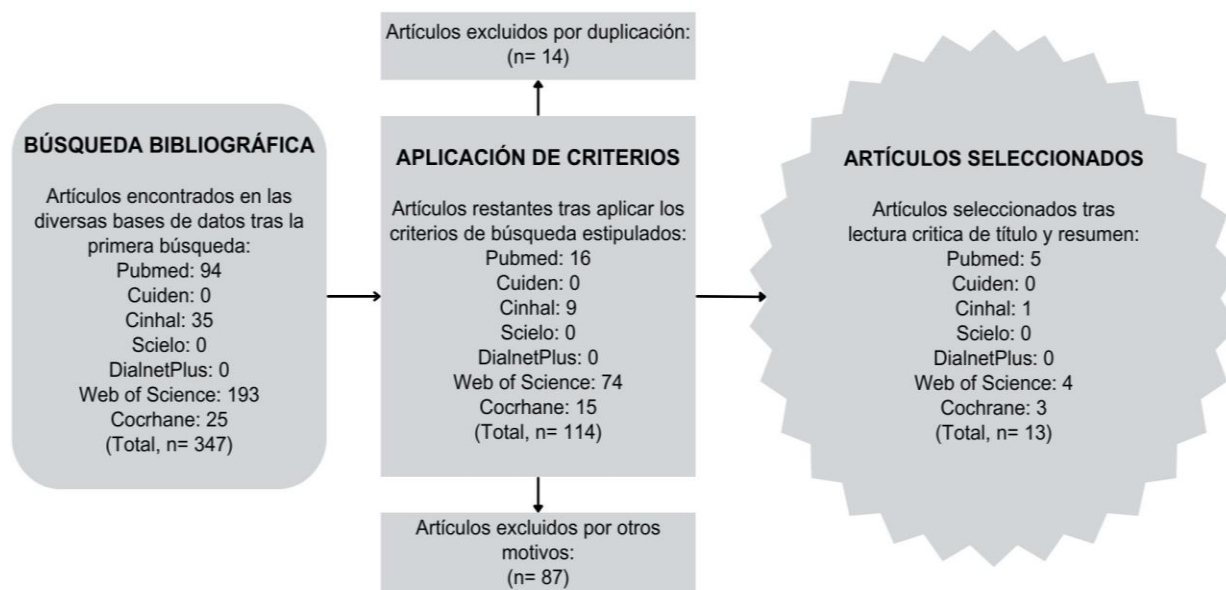
las palabras de la fórmula de búsqueda deberán aparecer en dichos apartados, lo que genera que los resultados sean más precisos, la razón de que se haya hecho uso de la misma.

La primera búsqueda da un resultado de 21 ensayos y 1 revisión que tras la aplicación de los criterios estipulados, quedo en 11 ensayos y 1 revisión. 6 han sido excluidos por estar relacionados con enfermedades o afecciones concretas que pueden condicionar los hallazgos, 1 de ellos por no exponer los resultados obtenidos tras el ensayo y el último porque la investigación excluye a las mujeres con menopausia precoz, el grupo sobre el que deseo investigar. Finalmente, 3 artículos son seleccionados.

La segunda fórmula de búsqueda da un resultado de 3 ensayos, los cuales son excluidos por presentar como tema de estudio otras afecciones, lo que limita el número de participantes con menopausia precoz y los hallazgos al respecto son más reducidos.

3. RESULTADOS

Por un lado, se ha elaborado un diagrama de flujo que detalla los pasos del proceso por el que han sido seleccionados únicamente 13 artículos para realizar la revisión bibliográfica. Por otro lado, se ha realizado una lectura de cada uno de ellos con el fin de extraer los hallazgos más relevantes y se han recopilado en una tabla de resúmenes [Anexo I] para facilitar la revisión y comprensión del contenido.



3.1. Terapia de reemplazo hormonal

Según SD. Sullivan et al., el estradiol transdérmico o transvaginal se considera la primera línea de terapia hormonal. La idea principal de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) es imitar la función ovárica normal. Se procura evitar la vía de administración oral, ya que da efectos de primer paso en el hígado y aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso. Refieren que la mitad de las mujeres con MP nunca ha tomado este tipo de tratamiento, lo comienzan años después del diagnóstico y lo interrumpen antes de la edad estimada para la menopausia espontánea. Este reemplazo hormonal se prescribe con el fin de controlar la sintomatología y la prevención de enfermedades. A diferencia de los anteriores, los anticonceptivos están dirigidos a suprimir la ovulación, por lo que proporcionan una mayor cantidad de hormonas, presentan una semana al mes de déficit temporal de estrógenos y tienen mayor riesgo de producir enfermedades cardiovasculares. La mayoría de las mujeres

con MP tienen el útero intacto, por lo que recomiendan añadir progestina a la dosis de estrógeno, ya que es beneficiosa para la protección endometrial y como mínimo debe administrarse 1 vez al mes. Los niveles de testosterona también se ven afectados. Se han realizado diversos estudios sobre su aplicación y no parece haber nada concluyente. También mencionan un andrógeno endógeno con un papel en la foliculogénesis ovárica, la DHEA (dehidroepiandrosterona). Su venta es libre y a pesar de que no haya una clara evidencia de su eficacia, algunos centros de fertilidad la han utilizado para mejorar la respuesta ovárica. [9]

R. J. Baber et al. refieren que la terapia más adecuada es la TRH, siempre y cuando la dosis sea mayor que la de las mujeres con menopausia natural y se asemeje a la fisiológica. Los datos sugieren que la TRH es mejor que los anticonceptivos orales cíclicos (AOC) para la densidad de masa ósea (DMO) y las enfermedades cardiovasculares (ECV). [10]

El estudio cualitativo de la revista *BMW Women's Health* refiere que la TRH regula los ciclos menstruales en caso de que los hubiera, lo que favorece los efectos psicológicos. En cuanto a los efectos físicos, se generó mejoría en los sofocos y la sequedad vaginal. Como efectos adversos se generan sensaciones negativas originadas por tomar hormonas a diario, aumento de peso, náuseas, migraña, acné, etc. [11]

I Lambrinoudaki et al. asocian el hipoestrogenismo con efectos físicos y psicológicos, por lo que deben ser tratadas como pacientes con deficiencias endocrinas desde el diagnóstico hasta la edad de menopausia normal, llevando a cabo un seguimiento clínico meticuloso. La terapia se asemejará a los niveles normales del cuerpo y debe estar individualizada para cada paciente según sus necesidades, preferencias y características. Además, la dosis de las mujeres jóvenes será superior a las de las más mayores. Recomiendan la terapia solo con estrógenos en mujeres histerectomizadas, mientras que las que tienen el útero intacto, deberán agregar un progestágeno para evitar la hiperplasia endometrial. La vía más adecuada es la transdérmica, ya que evita el efecto de primer paso y se asemeja más a la dosis fisiológica. Sin embargo, las píldoras anticonceptivas son más aceptadas socialmente, pero administran mayor dosis hormonal, tienen mayor riesgo trombótico y la semana

sin píldoras equivale a un trimestre de déficit de estrógenos. Refieren que mejora los efectos físicos, la grasa corporal y la sensibilidad a la insulina, entre otras. La terapia de andrógenos solo está indicada en mujeres con disfunción sexual y las dosis deben asemejarse a las fisiológicas, además muchas de las formulaciones de este compuesto no están autorizadas. [12]

El Comité de Práctica Ginecológica recomienda la TRH como primera línea de tratamiento. La terapia con estradiol debe combinarse con progestágenos, los cuales ayudan en la prevención de hiperplasia endometrial. El uso de AOC está mejor visto por la sociedad, pero las dosis son significativamente más potentes. Hasta la fecha no hay ensayos que comparen ambas formas de tratamiento en relación con la ECV, osteoporosis o la calidad de vida, pero se recomienda la TRH vía transdérmica antes que la AOC, ya que tienen menor riesgo de tromboembolismo pulmonar y evita el efecto “primer paso”. [13]

N. Burgos et al. refieren que los estrógenos tienen un papel importante sobre la DMO y la salud cardiovascular. Evaluaron la eficacia de la TRH y varios estudios mostraron beneficios en la DMO, 1 sobre las fracturas y síntomas vasomotores y ninguno sobre salud cardiovascular, ya que de los datos obtenidos no se pudieron extraer conclusiones. [14]

CR. Gonçalves et al. presentan dos estudios de cohorte, los cuales refieren que los síntomas vasomotores como los sofocos pueden ser reducidos hasta un 80% gracias a la terapia hormonal y que las tratadas con estrógeno y progestina tienen más beneficios en cuanto a la calidad de vida. [15]

G. Lundberg et al. mencionan la existencia de productos hormonales tópicos utilizados en la atrofia vulvovaginal, anillos, comprimidos e insertos vaginales con dosis bajas de estradiol que parecen ser eficaces y seguros. Los estrógenos sistémicos también se pueden presentar como inyectables, geles, aerosoles o en comprimidos orales. Recomiendan la adición de un progestágeno para evitar la hiperplasia endometrial, ya que provoca un sangrado menstrual mensual. Refieren que la TRH aumenta la producción de óxido nítrico, ayuda a disminuir la inflamación, la activación plaquetaria y la resistencia a la insulina, entre otros beneficios. Finalmente, los fitoestrógenos y

las isoflavonas de soja se consideran estrogénicos y según los autores muestran resultados. [16]

3.2. Tratamientos alternativos

Según R. J. Baber et al., promover un estilo de vida saludable requiere una aproximación multidisciplinar que incluya mejoras en la dieta y la actividad física sin extremos. Esto implica que los profesionales de la salud actúen como asesores, capacitando y educando a los pacientes para que tomen responsabilidad de su propia salud. [10]

Según M. Joshi et al., las mujeres con una vida sedentaria tienen síntomas más comprometidos. Además, los síntomas varían entre las poblaciones debido al mal registro por parte de los profesionales y a la mala comprensión por parte de las pacientes. Debido a una educación sanitaria ineficaz, muchos síntomas son pasados por alto, ya que las mujeres no los asocian con la menopausia. [17]

Según I. Lambrinoudaki et al. es necesario un control adecuado de la paciente realizando pruebas de detección de diabetes, HTA, control de peso, glucosa en ayunas, etc. La DMO se medirá tras el diagnóstico y debe llevarse un control exhaustivo. En caso de fracturas o de la ineficacia de la TRH para mantener la DMO, se derivará a un especialista. Es importante realizar cambios en el estilo de vida, comenzando por una dieta adecuada que aporte los nutrientes necesarios y continuando por realizar ejercicio de forma regular. En cuanto a la salud sexual, se recomienda una educación específica dirigida a estrategias cognitivo-conductuales. El asesoramiento psicosexual es recomendable para trabajar sobre los complejos y factores que afectan en la disfunción sexual. [12]

El Comité de Práctica Ginecológica, una vez recibido el diagnóstico, recomienda un apoyo familiar y por parte de profesionales de salud mental, enfermería y medicina que ayuden al paciente a comprender y aceptar el diagnóstico. [13]

R. Alnjadat et al. consideran que la dieta y la actividad física desempeñan un papel importante, ya que una buena adherencia puede minimizar riesgos de enfermedades, comorbilidades y aumenta la calidad de vida. Realizan un estudio de la adherencia de

mujeres menopáusicas a un estilo de vida saludable. Estas mujeres presentan malos hábitos dietéticos, lo cual afecta a la DMO y a los folículos ováricos. En cuanto a la actividad física, puede afectar a la producción de estrógenos. Por lo tanto, recomiendan programas de actividad física y control dietético, además de una instrucción nutricional adecuada a las mujeres. [18]

G. Lundberg et al. mencionan la importancia de llevar un estilo de vida adecuado para reducir los síntomas, incluyendo la actividad física, cambios en la ingesta, pérdida de peso y yoga. Es recomendable evitar comidas picantes, bebidas calientes y los hábitos tóxicos (tabaco y el alcohol). En cambio, acudir a terapia para disminuir el estrés y optimizar la atención y la hipnosis, tienen hallazgos limitados. Refieren que la paroxetina en dosis bajas es el único tratamiento no hormonal aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) para reducir los síntomas vasomotores. También han mostrado ser eficaces los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los gabapentoides, los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina y la clonidina, esta última, no se usa con frecuencia debido a los efectos adversos que genera. Estas alternativas se recomiendan cuando la TRH no está indicada. Por último, mencionan una aplicación para el móvil llamada “MenoPro app”, tras la cual se ofrecen cambios en el estilo de vida, opciones no farmacológicas, así como terapias médicas. Incluye un correo electrónico individualizado para que el paciente reciba información específica sobre su caso. [16]

3.3. Efectos físicos

3.3.1. Pérdida de densidad mineral ósea u osteoporosis

SD. Sullivan et al. apuntan que la menor DMO presente en mujeres con MP se asocia a un mayor riesgo de fractura. Aseguran que esta tasa elevada de fracturas disminuye tras el uso de TRH. Si la TRH no se comienza poco después del diagnóstico, el riesgo de fracturas puede convertirse en un problema de salud primario para estas mujeres. Tras un estudio de cohorte comparando mujeres que menstrúan normalmente y mujeres con MP, concluyeron que las segundas presentan niveles de DMO significativamente más bajos. La disminución de la DMO comienza previa al

diagnóstico, a raíz de las disminuciones progresivas de producción hormonal en el ovario. Además, mencionan varios factores que pueden modificarse para reducir los riesgos; retrasos en el diagnóstico, una corrección de la dieta (calcio y vit D), rutinas de ejercicio y conocimientos para relacionar los síntomas. Por otro lado, identifican la MP previa al pico de masa ósea (<30 años) y un IMC bajo como factores de riesgo. Tras un estudio de la DMO empleando estradiol transdérmico con progestina oral cíclica, se obtuvieron resultados en columna lumbar y cuello femoral y tras 3 años de tratamiento, la DMO era similar a la del grupo control. Sin embargo, la adición de testosterona no presentó beneficios adicionales sobre la DMO. La terapia continua con anticonceptivos orales combinados resultó ser menos eficaz. [9]

BMW Women's Health publicó un estudio cualitativo en el que entrevistó a varias mujeres que padecen MP. Dichas mujeres refieren tener dolor profundo en los huesos y articulaciones, pérdida de fuerza física y no poder dar largos paseos, lo que genera un deterioro de la calidad de vida. [11]

I. Lambrinoudaki et al. asocian la reducción de DMO y el riesgo de fracturas con la MP. Un metaanálisis mostró que el riesgo de fracturas en estos casos se eleva un 36%. Con el uso de AOC en una semana sin pastillas perdían DMO de un trimestre. Es importante realizar una ingesta adecuada (calcio y vit D) acompañada de una rutina regular de ejercicio y disminuir los factores que contribuyen a la pérdida de DMO, tales como un diagnóstico tardío. Las mujeres con MP deben tener un seguimiento de por vida, controlando el peso corporal, niveles lipídicos, HTA, diabetes, etc. La DMO se medirá al diagnóstico y si los valores son normales deberá repetirse al de 2-3 años, derivando cada fractura a un especialista. [12]

El Comité de Práctica Ginecológica relaciona la MP con mayor riesgo de osteoporosis, osteopenia y fracturas, especialmente si el debut es antes de llegar a la masa ósea máxima. La MP se asocia con un riesgo de fractura de 1,5 a 3 veces mayor que para las mujeres que tienen menopausia pasados los 50 años. Concretamente, la incidencia de fractura de cadera para menopausia precoz es de un 9.4% y para el resto del 3.3%, mientras que la fractura vertebral fue también 2,5 veces más probable. Varios estudios han mencionado las reducciones significativas de riesgo de fracturas

tras el uso de TRH, por lo que la seleccionan como tratamiento de primera línea acompañado de cambios en el estilo de vida. [13]

CR. Gonçalves et al. demostraron que la DMO mejoró con la TRH frente a otros tratamientos. Mencionan la existencia de una diferencia significativa entre los AOC cíclicos y la TRH, siendo un obstáculo la semana libre de los AOC. Sin embargo, la DMO en fémur y columna lumbar aumentó con AOC continua o estrógenos conjugados en dosis altas. Aunque la adición de testosterona no modificó la DMO. [15]

Según A. Orcesi, la pérdida de DMO está asociada con un mayor riesgo de fracturas. Presentan un estudio en el que la tibolona reduce tanto las fracturas no vertebrales como las vertebrales y el cáncer de mama. Por otro lado, los moduladores selectivos de estrógeno como el raloxifeno, se utilizan en la posmenopausia, pero en el caso del bazedoxifeno, ayuda a preservar la masa ósea y reducir los síntomas de la MP. En cuanto a los fitoestrógenos, no aportan datos concluyentes para hacer uso de ellos y las isoflavonas ejercen beneficios moderados para disminuir la pérdida ósea. En conclusión, recomiendan la TRH como tratamiento principal, ya que disminuye el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera. [19]

3.3.2. Enfermedades cardiovasculares

SD. Sullivan et al. se apoyan en la evidencia de que el déficit de estrógenos aumenta significativamente el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) en la MP. Las mujeres con MP tienen menor función vascular endotelial que el resto de las mujeres con la misma edad, la cual mejoró tras 6 meses de TRH. Además de un inicio temprano del tratamiento, recomiendan evaluaciones periódicas de los riesgos y medidas para reducirlos. A pesar de los hallazgos, refieren que la evidencia solo indica la TRH para mejorar los marcadores de riesgo, ya que los beneficios de salud cardiovascular solo se han demostrado en mujeres posmenopáusicas. El estradiol junto a la progestina ayuda a mejorar el riesgo cardiovascular, los niveles LDL y HDL, el fibrinógeno y la presión arterial. [9]

MC. Honigberg et al. realizaron un estudio entre mujeres con menopausia natural, quirúrgica y prematura para conocer la relación con la ECV. Se realizó un seguimiento durante 7 años de cada una de las mujeres. Los resultados asociaron la MP (natural

y quirúrgica) con un aumento de riesgo pequeño, pero a su vez estadísticamente significativo. La MP se asoció con mayor riesgo en edades más tempranas al diagnóstico. La MP no tiene por qué ser comórbida, tras el diagnóstico y conocidos los factores de riesgo, estos pueden ser modificados tras cambios en el estilo de vida. A pesar de los hallazgos, es necesaria más investigación. [20]

I. Lambrinoudaki et al. presentan pruebas sólidas de que las mujeres con MP tienen mayor riesgo de padecer ECV. Mencionan un metaanálisis que concluye que las mujeres con MP tienen mayor riesgo de cardiopatía isquémica, así como más riesgo de resultados de ECV totales, pero no de accidente cerebrovascular. [12]

Según el Comité de Práctica Ginecológica, las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar eventos y mortalidad cardiovascular. Un estudio demostró que la mortalidad cardiovascular se redujo un 2% por cada año que la menopausia se retrasó tras los 39 años. Un estudio posterior mostró que las mujeres con MP tenían un 50% mayor de riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica. Se asocian debido a los cambios metabólicos y endoteliales causados por el déficit de estrógenos. Afirman que un tratamiento durante 6 meses con TRH asemeja el grosor de las arterias braquiales de mujeres con MP al grupo control. A pesar de lo anterior, actualmente no hay evidencia de que la TRH prevenga eventos cardiovasculares. [13]

CR. Gonçalves et al. refieren que la TRH con estradiol transdérmico y progesterona vaginal disminuyó la presión arterial en comparación con la noretisterona y etinilestradiol. Por otro lado, un estudio de cohorte demostró mejoras en los niveles de HDL, reducciones del colesterol total, LDL y triglicéridos tras el uso de TRH, los últimos disminuyen con estradiol transdérmico y aumentan con el uso de estrógenos conjugados. [15]

G. Lundberg et al. refieren que en la evaluación de riesgos deben tenerse en cuenta varios factores como antecedentes de HTA, diabetes gestacional, hábitos tóxicos, obesidad, etc. El Heart Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) por su parte, realizó una evaluación de la TRH en mujeres mayores de 60 años en la que no hubo beneficios tras el tratamiento, por lo que concluyeron que los efectos de la terapia solo son eficaces si se inicia de forma temprana. Un estudio reciente estudió la incidencia

de ECV, el riesgo fue mayor en mujeres con MP quirúrgica, seguida por la MP espontánea y menor en la menopausia normal. Sin embargo, tras el uso de la TRH los riesgos disminuyeron, siendo más recomendable la vía transdérmica que la oral. [16]

3.4. Efectos psicológicos

SD. Sullivan et al. relacionan la menopausia precoz con un mayor riesgo de ansiedad y depresión, lo cual puede ser consecuencia de la falta percibida de apoyo, la infertilidad o las irregularidades menstruales. Se realizó una comparación de las mujeres con MP y un grupo de control, demostrando que las mujeres con MP presentan mayor ansiedad, síntomas de depresión y menor autoestima. Otro artículo en el que el grupo control se sustituye por jóvenes con Síndrome de Turner concluyó que un inicio de disfunción ovárica a edades más avanzadas aumenta el impacto psicológico. El papel del déficit de estrógenos asociado con la depresión es controvertido, ya que el riesgo aumenta por los síntomas vasomotores. Reflejan que la TRH alivia los síntomas y la terapia con andrógenos no ofrece beneficios en este caso. [9]

La revista *BMJ Women's Health* menciona que las mujeres con MP presentan preocupación acerca de la infertilidad y los constantes cambios de estado de ánimo previos al tratamiento. Además, presentan una imagen corporal distorsionada, se sienten envejecidas y presentan pérdida de confianza en sí mismas. [11]

Según I. Lambrinoudaki et al., el riesgo de síntomas depresivos es mayor en mujeres con MP. Mencionan un estudio que relacionó el comienzo de los síntomas con las alteraciones menstruales anteriores al diagnóstico de MP. Sugieren que las fluctuaciones de estrógeno son las causantes y que la retirada de la TRH en posmenopáusicas puede generar recidiva. Refieren que la exposición a los estrógenos también está relacionada, siendo menor el riesgo de depresión cuanto más mayor es la exposición. Vinculan una vida reproductiva más corta y la edad más temprana de MP con mayor riesgo de depresión tras la menopausia. Señalan la importancia de llevar un seguimiento de la paciente para detectar posibles síntomas

relacionados, al igual que el uso de TRH que a pesar de no estar aprobado como tratamiento para la depresión, ayuda en la reducción de síntomas. [12]

Según el Comité de Práctica Ginecológica, la menopausia precoz se denomina “el duelo silencioso” debido al aislamiento y la autoimagen negativa que presentan las pacientes. Los síntomas vasomotores que presentan las mujeres con MP explican el mal funcionamiento psicosocial. Además, cuanto más jóvenes reciben el diagnóstico peor es su respuesta emocional. El apoyo familiar y profesional de salud mental es primordial. [13]

Según G. Guerrieri et al. en cuanto al uso de testosterona en los síntomas depresivos y cambios conductuales, no hay evidencia de que sea beneficiosa, lo que sugiere que este tipo de síntomas son independientes a los andrógenos. Es posible que sean los factores ambientales o reproductivos los que generen los síntomas. Sherwin y Gelfand, sugieren que el uso de la testosterona obtiene mejorías en cuanto al bienestar y estado emocional de posmenopáusicas y de mujeres con menopausia quirúrgicas. [21]

3.5. Función sexual

SD. Sullivan et al. refieren en su artículo que los síntomas son los mismos que en la menopausia normal, consecuencia de una deficiencia de la producción ovárica de estradiol y probablemente de testosterona. Aseguran que un reemplazo de estrógenos mejora la disfunción sexual y los síntomas que acontece. A pesar de que algunos informes demuestren que el reemplazo de testosterona mejora la función sexual en ooforectomizadas, la deficiencia de andrógenos no parece estar bien definida, por lo que aún no existen compuestos aprobados por la FDA de Estados Unidos. [9]

Según R. J. Baber et al., en mujeres con libido reducida podrían prescribirse geles o parches de testosterona, pero existen pocas opciones femeninas autorizadas. [10]

Un estudio cualitativo publicado en *BMJ Women's Health* refiere que la disfunción sexual se desarrolla debido a cambios en la lubricación, pérdida de libido, dispareunia y la frecuencia e intensidad de orgasmos o placer durante las relaciones. Las mujeres con MP presentan como queja principal las alteraciones menstruales y amenorrea.

Su calidad de vida se ve disminuida debido a la sequedad y picazón que presentan en la zona vaginal, lo que hace que se sientan incómodas en lugares públicos. A pesar de las dificultades, refieren tener relaciones sexuales con frecuencia con el fin de mantener una vida sexual “normal”. [11]

Según I. Lambrinoudaki et al., la salud sexual se ve alterada tanto por efectos biológicos como psicosociales. El impacto en el bienestar, la falta de autoestima y la infertilidad influyen negativamente en las relaciones de pareja. Aparte de un déficit de estrógenos, pueden sufrir una reducción de andrógenos, los cuales desempeñan un papel importante en la función sexual, aunque los estudios no han podido demostrarlo. La pérdida de estrógenos también genera síntomas genitourinarios. Las mujeres deben ser evaluadas de forma biopsicosocial y pueden recurrir a terapia local para evitar o disminuir los síntomas. [12]

Según CR. Gonçalves et al., el grosor endometrial y el volumen uterino aumentaron con la TRH. [17]

Según G. Lundberg et al., no debemos olvidarnos de los cambios genitourinarios aparentes. Se establece la TRH con estrógenos como el tratamiento más eficaz, ya que con el reemplazo a base de testosterona no se encuentran mejoras. Por su parte, la testosterona no está aprobada por la FDA. [16]

4. DISCUSIÓN

4.1. Terapia de reemplazo hormonal

Una vez diagnosticada la menopausia precoz, se procede a seleccionar el tratamiento lo antes posible, individualizado para cada paciente y teniendo en cuenta sus características, necesidades y preferencias, según estipulan I Lambrinoudaki et al. [9] [12]

SD. Sullivan et al., R. J. Baber et al., I Lambrinoudaki et al. y el Comité de Práctica Ginecológica refieren que la terapia de reemplazo hormonal se considera el tratamiento de primera línea, el cual está dirigido al control de los síntomas y a la prevención de enfermedades relacionadas, imitando la función ovárica normal y los niveles fisiológicos de estrógeno. [9] [10] [12] [13]

SD. Sullivan et al., I. Lambrinoudaki et al., el Comité de Práctica Ginecológica y Gina Lundberg et al. coinciden en que el estradiol transdérmico suele ser la TRH seleccionada, ya que evita el efecto de primer paso del hígado y produce menos efectos adversos. Además, recomiendan acompañar al estradiol transdérmico con progesterona oral cíclica, ya que en mujeres con el útero intacto evita la hiperplasia endometrial debido a que genera un sangrado menstrual al mes. [9] [12] [13] [16]

Por otro lado, tenemos los AOC, los cuales según I. Lambrinoudaki et al. y el Comité de Práctica Ginecológica están mejor vistos por la sociedad, ya que son más comunes y se toman por vía oral. [12] [13] Sin embargo, SD. Sullivan et al., I Lambrinoudaki et al. y el Comité de Práctica Ginecológica están de acuerdo en que estos compuestos aportan mayores dosis hormonales que las fisiológicas, favorecen el efecto de primer paso, el cual es evitable con la TRH, y mayor riesgo trombótico. Esto se debe a la vía de administración y a que están dirigidos a suprimir la ovulación, además presentan una semana al mes de déficit de estrógeno, la cual refieren que equivale a 3 meses. [9] [12] [13] A estos tres artículos previos se unen R. J. Baber et al. para afirmar que la TRH aporta mejores beneficios que los AOC. [9] [10] [12] [13]

Aparte del déficit de estrógeno, SD. Sullivan et al. afirman la existencia de un déficit de andrógenos, que tras realizar pruebas de la aplicación de testosterona no parece

haber hallazgos significativos, salvo en mujeres con Síndrome de Turner. [9] Sin embargo, I. Lambrinoudaki et al. refiere que la terapia con andrógenos sí que está indicada en mujeres con disfunción sexual, a pesar de que muchos compuestos femeninos no están aprobados por la FDA. [12]

SD. Sullivan et al. a diferencia del resto de artículos, también mencionan un andrógeno endógeno llamado DHEA, el cual tiene un papel en la foliculogénesis ovárica y aunque no haya clara evidencia de su uso, hay centros de fertilidad que la han utilizado para mejorar la respuesta ovárica. [9]

Los fitoestrógenos y las isoflavonas de soja se consideran estrogénicos y según G. Lundberg et al., muestran resultados en cuanto a mejoras en la sintomatología. [16]

El tratamiento comenzará tras el diagnóstico y finalizará una vez alcanzada la edad de la menopausia normal, es decir, alrededor de los 50 años. I. Lambrinoudaki et al. y R. J. Baber et al. refieren que la dosis de la terapia hormonal será mayor en mujeres más jóvenes y se irá reduciendo a medida que avancen los años. [10] [12]

CR. Gonçalves et al. refiere que hasta un 80% de los síntomas vasomotores pueden ser reducidos con su aplicación [15] y según N. Burgos et al., además de los hallazgos en los síntomas vasomotores afirma que también existen datos que mejoren la DMO y el riesgo de fracturas, pero no el de la salud cardiovascular. [14] Por otro lado, la revista *BMJ Women's Health* menciona que es beneficiosa para las irregularidades menstruales, efectos físicos y psicológicos y nos recuerda que no todo son beneficios, sino que tomar hormonas a diario también causa efectos secundarios como náuseas, acné, migraña y aumento de peso. [11]

G. Lundberg et al. mencionan que aparte de los compuestos transdérmicos y orales, existen una variedad de opciones de administración para que sean pautados según las preferencias y necesidades a cubrir. [16]

4.2. Tratamientos alternativos

Lo principal para que el diagnóstico se lleve a cabo, como bien hacen referencia M. Joshi et al., es la educación sanitaria, ya que hoy en día sigue habiendo mucha

desinformación acerca de la menopausia. Este es el motivo por el que muchas mujeres como personal sanitario, no relacionan la sintomatología con la afección. [17]

R. Alnjadat et al. por su parte, recomiendan enfocar la educación a instrucción nutricional, programas de actividad física y control dietético. [18] I. Lambrinoudaki et al. por su parte, la enfocan en cuanto a educación sexual dirigida a estrategias cognitivo-conductuales, con asesoramiento psicosexual que trabaje sobre los factores influyentes en la disfunción sexual y los complejos. [12] Según R. J. Baber et al., la enfermera es una asesora que forma y aconseja a la paciente para que se responsabilice de su salud. [10]

A pesar de la aplicación de terapia hormonal como tratamiento principal, R. J. Baber et al., M. Joshi et al., I. Lambrinoudaki et al., R. Alnjadat et al. y G. Lundberg et al. recuerdan la importancia de llevar un estilo de vida adecuado, es decir una dieta que aporte los nutrientes necesarios (vit D y calcio) acompañada de una rutina de actividad física regular, ya que es la base para que muchos factores de riesgo sean reducidos. [10][12][16][17][18]

G. Lundberg et al. aconseja evitar comidas picantes, bebidas calientes y los hábitos tóxicos, como el tabaco y el alcohol, que a pesar de darse por hecho que un estilo de vida saludable no los contempla, otros artículos no hacen hincapié en ello. Sin embargo, no recomiendan acudir a terapia para disminuir el estrés ni la hipnosis, ya que afirman que es ineficaz. [16]

El Comité de Práctica Ginecológica dice que el apoyo familiar y profesional también es importante, ya que en ocasiones tras el diagnóstico las mujeres perciben bajo apoyo social y pueden aislarse. Además, una buena comunicación es beneficiosa para que comprenda su situación. [13]

En cuanto a fármacos no hormonales dirigidos a reducir la sintomatología de la MP, el artículo de G. Lundberg et al. es el único que los menciona. La paroxetina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los gabapentoides, los

inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina y la clonidina, esta última no se usa con frecuencia, ya que presenta efectos adversos. [16]

Uno de los cuidados a nivel enfermero, como bien mencionan I. Lambrinoudaki et al. y G. Lundberg et al., es el seguimiento y el control exhaustivo de la paciente. [12][16]

G. Lundberg et al., también proporcionan un nuevo enfoque, una herramienta digital llamada MenoPro App, que ofrece recomendaciones e información específica sobre cada caso. [16]

4.3. Efectos físicos

4.3.1. Pérdida de densidad mineral ósea u osteoporosis

I Lambrinoudaki et al. y el Comité de Práctica Ginecológica están de acuerdo en que la DMO se ve reducida por el diagnóstico de MP y el hipoestrogenismo que conlleva [12][13], aunque SD. Sullivan et al. comentan que esta reducción de DMO comienza antes del diagnóstico por las reducciones progresivas de hormonas sexuales. [9] Según I. Lambrinoudaki et al., hay un 36% de mayor riesgo de fracturas en MP. [12] Por su parte, el Comité de Práctica Ginecológica asocia un riesgo de fractura de 1,5 a 3 veces mayor en MP que en el grupo control. [13]

En cuanto al tratamiento, SD. Sullivan et al. argumentan que el estilo de vida y la TRH parecen tener hallazgos positivos para remediarlo y que tras 3 años de tratamiento, la DMO es similar al grupo de control. Sin embargo, la aplicación de AOC pareció ser menos efectiva. [9] CR. Gonçalves et al. refieren que el uso de AOC continuo si pareció beneficioso en el fémur y columna lumbar, pero porque la dosis de estrógenos es superior a la fisiológica. [15] CR. Gonçalves et al., está de acuerdo con I. Lambrinoudaki et al. en que existe una diferencia significativa entre el uso de AOC cíclico y la TRH, debido a la semana libre de AOC, que presenta una pérdida de DMO de tres meses. [12][15]

Por último, A. Orcesi menciona la tibolona, la cual reduce tanto fracturas no vertebrales como las vertebrales. Los moduladores selectivos de estrógeno como el

bazedoxifeno, que ayudan a preservar la masa ósea y reducir los síntomas y las isoflavonas que ejercen beneficios moderados para disminuir la pérdida ósea. [19]

4.3.2. Enfermedades cardiovasculares

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, según SD. Sullivan et al. se asocian por el hipoestrogenismo provocado por la MP [9] y por su parte MC. Honigberg et al., las asocia con edades más tempranas al diagnóstico de MP. [20]

El Comité de Práctica Ginecológica refiere que existe un 50% mayor de riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica debido a los cambios metabólicos y la menor función vascular endotelial. También refleja que los riesgos se redujeron un 2% por cada año que la menopausia se retrasó tras los 39 años. [13]

El Comité de Práctica Ginecológica coincide con SD. Sullivan et al. en que tras 6 meses de TRH la función endotelial mejoraba considerablemente. [9][13] CR. Gonçalves et al. refieren que la TRH con estradiol transdérmico y progesterona vaginal fue más efectiva que con noretisterona y etinilestradiol [15] y coincide con SD. Sullivan et al. en que la TRH aumenta los niveles de HDL y disminuye los de colesterol total y LDL. [9]

Según SD Sullivan et al., MC Honigberg et al. y el Comité de Práctica Ginecológica, no hay evidencia de que la TRH prevenga eventos cardiovasculares, simplemente reduce los riesgos. [9][20][13]

4.4. Efectos psicológicos

Los efectos psicológicos según SD. Sullivan et al., son consecuencia de las irregularidades menstruales, falta de apoyo o infertilidad. [9] Por otro lado, I. Lambrinoudaki et al. los relaciona con las fluctuaciones de estrógeno y con la temprana edad del diagnóstico [12] y ambos coinciden con el Comité de Práctica Ginecológica que afirma que se debe a los síntomas vasomotores, [13] en cambio, G. Guerrieri et al. lo relaciona con factores ambientales o reproductivos. [21]

Los anteriores autores discrepan entre la edad de incidencia, ya que I. Lambrinoudaki et al. y el Comité de Práctica Ginecológica lo asocian a una edad más temprana al

diagnóstico [12][13] y según un estudio que mencionan SD. Sullivan et al., en la que comparan MP con Síndrome de Turner y resultó que un inicio de disfunción ovárica a edades más avanzadas aumenta el impacto psicológico. [9]

SD. Sullivan et al. y G. Guerrieri et al. en la mejora de calidad de vida refieren que la terapia de reemplazo con testosterona no es eficaz para el tratamiento de los efectos psicológicos. [9][21] Por otro lado, SD. Sullivan et al. e I. Lambrinoudaki et al., coinciden en que la TRH no es eficaz como tratamiento a la depresión, sino en la reducción de síntomas. [9]

4.5. Función sexual

Según SD. Sullivan et al., la función sexual se relaciona con el déficit de estrógenos y de andrógenos. [9] I. Lambrinoudaki et al., por su parte, lo relaciona tanto con efectos biológicos como psicosociales. [12]

CR. Gonçalves et al., G. Lundberg et al. y SD. Sullivan et al. sugieren la TRH como tratamiento principal para disminuir la sintomatología y para aumentar el grosor endometrial y el volumen uterino. Además, refieren que la deficiencia de andrógenos no está bien definida y que los estudios no han podido demostrarlo. [9][15][16]

La FDA por su parte, no ha autorizado compuestos de testosterona dirigidos a la mujer, pero R. J. Baber et al. sí que recomienda la prescripción de geles o parches de testosterona para mujeres con la libido reducida. [10]

I. Lambrinoudaki et al. sugieren recurrir a terapia local para evitar o disminuir los síntomas. [12]

4.6. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Es importante tener en cuenta que existen discrepancias entre la menopausia precoz, prematura y la insuficiencia ovárica primaria. Mientras que algunos autores consideran que son sinónimos, otros sugieren que representan entidades clínicas diferentes. Esta

variabilidad en la terminología y conceptualización puede influir en la interpretación de los resultados y la generalización de los hallazgos en este estudio.

En cuanto a las barreras culturales, también pueden influir en la comprensión y el manejo de la menopausia precoz. Introduciendo sesgos en los datos recopilados y limitando la generalización de los resultados a otras poblaciones.

Atendiendo al uso de fármacos, el uso de testosterona no está suficientemente estudiado, lo que ha limitado el trabajo al no obtener resultados significativos con su uso.

Tras realizar este trabajo, como enfermera, veo necesario realizar un Programa de Salud [Anexo II] en el que las mujeres entiendan que el estilo de vida que tienen que llevar debe centrarse en las siguientes intervenciones, [2380] *Manejo de la medicación*, [4410]; *Establecimiento de objetivos comunes*, [5624] *Enseñanza: sexualidad y* [1100] *Manejo de la nutrición*, con el fin de resolver los problemas principales en la comunidad, [00161] *Disposición para mejorar los conocimientos*, [00126] *Conocimientos deficientes*, [00059] *Disfunción sexual*, [00077] *Afrontamiento ineficaz de la comunidad*.

5. CONCLUSIÓN

De acuerdo con la información y resultados proporcionados previamente, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Un enfoque holístico en mujeres con menopausia precoz es esencial para mejorar su calidad de vida, ya que aborda las necesidades específicas de esta etapa a nivel biopsicosocial.
- La información acerca de la menopausia precoz es limitada, por lo que la investigación y la educación sanitaria son esenciales, ya que empodera a las mujeres para que tomen decisiones informadas sobre su salud, así como al personal sanitario para que brinden una atención más completa y efectiva.
- La combinación de los tratamientos farmacológicos y los alternativos, proporciona mejores resultados en la calidad de vida que si son utilizados individualmente, siempre y cuando sea personalizada para cada paciente.
- La implementación de terapia de reemplazo hormonal y de mejoras en el estilo de vida, puede reducir los impactos negativos, tanto a nivel físico como psicológico, mejorando así su bienestar general.
- Reconocer la importancia de la salud sexual es fundamental para mejorar el bienestar de las afectadas. La combinación de los tratamientos mencionados tiene un impacto significativo en su calidad de vida y autoestima.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Menopausia [Internet]. Who.int. [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
2. Pinkerton, J. V. (s/f). Fallo ovárico primario. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 15 de febrero de 2024, de <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-menstruales/fallo-ov%C3%A1rico-primario>
3. de Segura, R. G., Gómez, M. B., Palomares, J. L. G., Salvador, Z., & Carizza, N. (2022, abril 7). Menopausia precoz o prematura: causas, síntomas y tratamientos. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/la-menopausia-precoz/>
4. Lopera-Valle JS, Parada-Pérez AM, Martínez-Sánchez LM, et al. Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2016;32(3):1-11.
5. Observatorio, IFE. Día Mundial de la Menopausia: El 77 % de las personas no sabe lo que es la menopausia [Internet]. Observatorio / Instituto para el Futuro de la Educación. Instituto para el Futuro de la Educación; 2021 [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://observatorio.tec.mx/edu-news/dia-mundial-menopausia-2021/>
6. Alves B/. O/. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
7. Home - MeSH - NCBI [Internet]. Nih.gov. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
8. Suárez Colorado Y, Pérez Anaya O. La evaluación de la actividad científica: indicadores bibliométricos [Internet]. Unirioja.es. 2018 [citado el 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.unirioja.es/revistas/revista-de-psicologia/ver/1201>

2024]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6652726>

9. Sullivan SD, Sarrel PM, Nelson LM. Hormone replacement therapy in young women with primary ovarian insufficiency and early menopause. *Fertil Steril* [Internet]. 2016 [citado el 22 de abril de 2024];106(7):1588–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.09.046>

10. Baber RJ, Panay N, Fenton A the IMS Wr. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* [Internet]. 2016;19(2):109–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>

11. Golezar S, Keshavarz Z, Ramezani Tehrani F, Ebadi A. An exploration of factors affecting the quality of life of women with primary ovarian insufficiency: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2020 [citado el 22 de abril de 2024];20(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-020-01029-y>

12. Lambrinoudaki I, Paschou SA, Lumsden MA, Faubion S, Makrakis E, Kalantaridou S, et al. Premature ovarian insufficiency: a toolkit for the primary care physician. *Climacteric* [Internet]. 2021;24(5):425–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13697137.2020.1859246>

13. Committee opinion no. 698: Hormone therapy in primary ovarian insufficiency. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [citado el 22 de abril de 2024];129(5):e134–41. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2017/05000/committee_opinion_no__698__hormone_therapy_in.48.aspx

14. Burgos N, Cintron D, Latortue-Albino P, Serrano V, Rodriguez Gutierrez R, Faubion S, et al. Estrogen-based hormone therapy in women with primary ovarian insufficiency: a systematic review. *Endocrine* [Internet]. 2017 [citado el

22 de abril de 2024];58(3):413–25. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1007/s12020-017-1435-x>

15. Gonçalves CR, Vasconcellos AS, Rodrigues TR, Comin FV, Reis FM. Hormone therapy in women with premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online* [Internet]. 2022;44(6):1143–57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.02.006>
16. Lundberg G, Wu P, Wenger N. Menopausal hormone therapy: A comprehensive review. *Curr Atheroscler Rep* [Internet]. 2020;22(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11883-020-00854-8>
17. Joshi M, Naidu S. Impact of Menopausal Symptoms on Quality of Life in Indian Women [Internet]. *Medicopublication.com*. [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://medicopublication.com/index.php/ijpot/article/view/17780>
18. Alnjadat R, Momani EA, Etoom M, Hamdan F, ALrub SA. Level of adherence to diet and physical activity among menopausal women and influencing factors in Jordan: a descriptive cross-sectional study. *Front Public Health* [Internet]. 2024 [citado el 22 de abril de 2024];12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2024.1333102>
19. World congress on osteoporosis, osteoarthritis and musculoskeletal diseases (WCO-IOF-ESCEO 2018): Non-sponsored symposia abstracts. *Osteoporos Int* [Internet]. 2018;29(S1):109–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-018-4439-3>
20. Honigberg MC, Zekavat SM, Aragam K, Finneran P, Klarin D, Bhatt DL, et al. Association of premature natural and surgical menopause with incident

cardiovascular disease. JAMA [Internet]. 2019 [citado el 22 de abril de 2024];322(24):2411. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.19191>

21. Lundberg G, Wu P, Wenger N. Menopausal hormone therapy: A comprehensive review. Curr Atheroscler Rep [Internet]. 2020;22(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11883-020-00854-8>
22. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

8. ANEXOS

Anexo I. Tabla de contenido. Breve resumen de los artículos seleccionados.

TÍTULO	AÑO	AUTORES	RESUMEN
Hormone replacement therapy in young women with primary ovarian insufficiency and early menopause	2016	Shannon D Sullivan, Philip M Sarrel, Lawrence M Nelson	La MP es una causa rara pero importante de infertilidad en mujeres, con riesgos como síntomas menopáusicos, osteoporosis, ECV y problemas psicológicos. La TRH es crucial para mejorar la calidad de vida y reducir los riesgos asociados. Se recomienda utilizar TRH que imite la producción hormonal natural y continuarla hasta la menopausia natural, alrededor de los 50 años. También abordan casos especiales, como mujeres con síndrome de Turner o con mayor riesgo de cáncer.
Association of Premature Natural and Surgical Menopause With Incident Cardiovascular Disease	2019	Michael C Honigberg, Seyedeh Maryam Zekavat, Krishna Aragam, Phoebe Finneran, Derek Klarin, Deepak L Bhatt, James L Januzzi Jr, Nandita S Scott, Pradeep Natarajan	La MP, se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar ECV, según un estudio de cohorte con 144,260 mujeres. El riesgo fue significativamente mayor en mujeres con MP en comparación con aquellas sin esta condición, abarcando una variedad de enfermedades cardíacas y

			vasculares. Esto sugiere que la MP puede ser un factor de riesgo para ECV en el futuro.
2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy	2016	R J Baber, N Panay, A Fenton; IMS Writing Group	La Sociedad Internacional de Menopausia (IMS) ha emitido nuevas recomendaciones en 2016 sobre la salud y la TRH. Estas abarcan diferentes terapias hormonales, con atención especial a la evidencia más reciente. Las recomendaciones fueron elaboradas por expertos del IMS y colaboradores clave, teniendo en cuenta las variaciones geográficas en la atención médica y la disponibilidad de productos.
An exploration of factors affecting the quality of life of women with primary ovarian insufficiency: a qualitative study	2020	Samira Golezar, Zohreh Keshavarz, Fahime Ramezani Tehrani, Abbas Ebadi	Este estudio cualitativo investigó los factores que afectan la calidad de vida en mujeres con MP. Se realizaron entrevistas en profundidad con 16 mujeres. Se identificaron tres temas principales: el impacto de la enfermedad en la calidad de vida, la distorsión del autoconcepto y los efectos de la terapia de reemplazo hormonal. Se recomienda un enfoque integral de atención médica para mejorar la calidad de vida de estas mujeres debido a los

			efectos profundos de la enfermedad en su salud física, psicológica y social.
Premature ovarian insufficiency: a toolkit for the primary care physician	2021	I Lambrinoudaki, S A Paschou, M A Lumsden, S Faubion, E Makrakis, S Kalantaridou, N Panay	La MP ocurre antes de los 40 años, afectando la fertilidad y la salud emocional. El diagnóstico y tratamiento a menudo se retrasan, subrayando la necesidad de educar a los profesionales de la salud. Expertos revisaron la literatura y proporcionaron orientación sobre el diagnóstico, tratamiento hormonal y seguimiento a largo plazo. El artículo busca ofrecer herramientas para el manejo óptimo de mujeres con MP en atención primaria, en un enfoque personalizado y basado en la evidencia.
Impact of Menopausal Symptoms on Quality of Life in Indian Women.	2021	Mugdha Joshi Shweta Naidu	La menopausia precoz y prematura, antes de los 45 y 40 años respectivamente, puede afectar significativamente la calidad de vida de las mujeres. Este estudio se enfoca en evaluar el impacto de los síntomas de la menopausia en la calidad de vida de las mujeres en Pune,

			Maharashtra, utilizando diversas escalas de evaluación poco exploradas en la región.
Committee Opinion No. 698: Hormone Therapy in Primary Ovarian Insufficiency	2017	Committee on Gynecologic Practice	La MP implica la disminución de la función ovárica y la fecundidad, con consecuencias como síntomas vasomotores, osteoporosis y enfermedades cardiovasculares. La TRH es efectiva para tratar el hipoestrogenismo y reducir los riesgos para la salud, aunque se necesitan más datos sobre diferentes regímenes hormonales. Se recomienda la TRH como tratamiento de primera línea para lograr niveles de estrógeno adecuados. Se destaca la importancia de un manejo integral de la MP, especialmente en mujeres jóvenes.
Estrogen-based hormone therapy in women with primary ovarian insufficiency: a systematic review	2017	Nydia Burgos, Dahima Cintrón, Paula Latortue-Albino, Valentina Serrano, Rene Rodriguez Gutierrez, Stephanie Faubion, Gabriela Spencer-Bonilla, Patricia J. Erwin & Mohammad Hassan Murad	Este estudio examinó la evidencia sobre los efectos de la terapia hormonal (TH) en la salud ósea y cardiovascular de mujeres con MP. La mayoría de los estudios mostraron mejoras en la densidad mineral ósea con la TRH, pero los resultados sobre fracturas, síntomas vasomotores y salud cardiovascular fueron limitados y

			heterogéneos. Se destaca la necesidad de más investigación para comprender mejor los efectos de la TRH en mujeres con MP y mejorar el manejo de esta condición.
Hormone therapy in women with premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis	2022	Caroline R. Gonçalves, Amanda S. Vasconcellos, Thaiana R. Rodrigues, Fabio V. Comin, Fernando M. Reis	Este estudio revisó la efectividad de varias terapias hormonales en mujeres con MP. Se observó que la terapia hormonal preserva la DMO y reduce los sofocos hasta en un 80%. Además, mejora la calidad de vida y el grosor endometrial, pero aumenta el volumen uterino. Aunque los resultados fueron prometedores, se necesita más investigación para confirmar la seguridad a largo plazo y evaluar posibles efectos adversos.
Level of adherence to diet and physical activity among menopausal women and influencing factors in Jordan: a descriptive cross-sectional study	2024	Rafi Alnjadat, Eshraq Al Momani, Mohammad Etoom, Falastine HamdanSalwa Abu ALrub	Este estudio evaluó la adherencia a una dieta saludable y actividad física en mujeres menopáusicas en Jordania. Se utilizó un cuestionario enviado a 299 mujeres, revelando una adherencia moderada en general. La mayoría comía alimentos refinados con poca frecuencia y no realizaba ejercicio regularmente. La edad, tener

			dos hijos y nivel educativo fueron predictores significativos de adherencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de intervenciones de salud dirigidas a este grupo demográfico para promover hábitos de vida saludables.
Update on hormone therapy and osteoporosis prevention	2018	Orcesi Pedro A	La osteoporosis, causada por la deficiencia de estrógeno, afecta a muchas mujeres. El tratamiento incluye la TRH, que preserva la densidad ósea y reduce las fracturas. Estudios muestran que la TRH reduce el riesgo de fracturas, especialmente en mujeres más jóvenes o recientemente menopáusicas. Otros medicamentos pueden usarse junto con la TRH según las necesidades individuales y la evaluación del médico.
Effects of physiologic testosterone therapy on quality of life, self-esteem, and mood in women with primary ovarian insufficiency	2014	Guerrieri GM, Martinez PE, Klug SP, Haq NA, Vanderhoof VH, Koziol DE, Popat VB, Kalantaridou SN, Calis KA, Rubinow DR, Schmidt PJ, Nelson LM	Se estudió el efecto de la terapia de testosterona en mujeres con MP. No se observaron diferencias significativas en calidad de vida, autoestima o estado de ánimo entre el grupo tratado con testosterona y el grupo de placebo después de 12

			meses. Los niveles de testosterona en sangre alcanzaron niveles normales en el grupo de tratamiento, pero no se asociaron con efectos clínicos significativos.
Menopausal Hormone Therapy: a Comprehensive Review	2020	Lundberg G, Wu P, Wenger N	La TRH fue previamente recomendada para diversas condiciones, pero estudios recientes revelaron riesgos cardiovasculares. La TRH puede ser segura en mujeres más jóvenes y recientemente se han desarrollado opciones de administración y dosis más seguras. Los proveedores de atención médica deben estar actualizados sobre estas opciones y los riesgos asociados para ofrecer el mejor tratamiento a las pacientes.

Anexo II. Tríptico “Programa de Salud: Menopausia Precoz”

