Recomendaciones para el cuidado clínico de la mujer de mediana edad. North American Menopause Society. Parte II/III

Capítulo 3: Temas Clínicos

Disminución de la fertilidad

Puntos clave

1. La fertilidad disminuye con la edad, especialmente después de los 35 años de edad, o aproximadamente 15 años antes de la menopausia. Se han confirmado disminuciones relacionadas con la edad en estudios epidemiológicos, así como por la observación de disminución de las tasas de embarazo con la edad avanzada en los ciclos de inseminación artificial y de fecundación in vitro (FIV).
2. La edad materna avanzada (más de 35 años) se asocia con aumento de los riesgos de aborto involuntario espontáneo (50% en 45 años de edad), anomalías cromosómicas en el feto, y otras complicaciones del embarazo incluyendo trabajo de parto prematura, mortalidad fetal y la necesidad de cesárea.
3. La reserva ovárica disminuida se asocia con disminución de la calidad de los ovocitos, la cantidad de ovocitos y su capacidad para concebir. No hay prueba ideal única para la evaluación de la reserva ovárica. Solo hay varias opciones que incluyen mediciones de los niveles de FSH y estradiol en el día 3 del ciclo, la prueba de citrato de clomifeno, el recuento de folículos antrales por ecografía transvaginal, y los niveles de HAM.
4. Cambios anatómicos relacionados con la edad tales como fibromas, enfermedad de las trompas, o endometriosis pueden contribuir a la disminución de la fertilidad con la edad avanzada.
5. Para las mujeres con infertilidad debido a edad reproductiva avanzada, la hiperestimulación ovárica controlada con inseminación intrauterina y la fecundación in vitro pueden aumentar la probabilidad del embarazo. Para las mujeres con una disminución significativa de la reserva ovárica, FIV con donación de ovocitos y adopción son opciones para la construcción de la familia. Gestantes subrogadas pueden tenerse en cuenta en las mujeres en alto riesgo de resultados adversos durante el embarazo.
6. El éxito del tratamiento de la infertilidad depende de la edad de la mujer, la reserva ovárica, la salud general, las indicaciones para el tratamiento y la modalidad de tratamiento utilizado, con tasas de éxito que disminuyen al aumentar la edad.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Las mujeres deben ser aconsejadas sobre el aumento del riesgo de infertilidad y resultados adversos del embarazo con el avance la edad. (Nivel II).
2. El tratamiento de fertilidad de mujeres con sus propios ovocitos en general no se recomienda después de los 43 años a causa de la probabilidad extremadamente baja de un embarazo exitoso. Cualquier tratamiento de fertilidad, incluyendo FIV donantes de ovocitos, no es recomendado después de la edad de 50 años debido a unos mayores riesgos asociados con el embarazo. (Nivel II).
3. El éxito de la donación de ovocitos de FIV en mujeres de 50 años y hasta principios de

los 60 confirma que el embarazo es posible en las mujeres con un útero normal, independientemente de la edad o la ausencia de los ovocitos. (Nivel II).

4. En las mujeres mayores que se someten a FIV con donación de ovocitos, se debe considerar seriamente la transferencia de un solo embrión por los riesgos asociados con los nacimientos múltiples. (Nivel II).
5. Las mujeres de edad avanzada que consideren la ovodonación en el FIV deben ser aconsejadas sobre temas de crianza y preocupaciones de salud específicas a su edad y la edad y la salud de sus parejas. (Nivel II).

Sangrado uterino

Puntos claves

1. Aproximadamente el 90% de las mujeres experimentan 4 a 8 años de cambios del ciclo menstrual antes de la menopausia natural, que pueden incluir flujo más abundante de mayor duración, dando lugar a anemia, reducción de actividades (incluyendo sexo) y disminución en la calidad de vida.
2. La perimenopausia temprana se caracteriza por alteraciones en el momento y en la regulación de la ovulación, mientras que a finales de la perimenopausia la característica es la disminución de la ovulación. La anovulación prolongada puede conducir a la exposición a los estrógenos sin oposición, aumentando el riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio.
3. Aproximadamente el 80% de las mujeres tratadas por sangrado menstrual severo no tienen patología anatómica. Además de la anovulación perimenopáusica, el sangrado irregular puede ser causado por anovulación asociada con anormalidades tiroideas, hiperprolactinemia o síndrome de ovario poliquístico. Las causas anatómicas de sangrado anormal uterino (AUB) incluyen pólipos, fibromas, endometritis, hiperplasia endometrial y cáncer.
4. La evaluación de la UAB puede incluir los siguientes exámenes de laboratorio, que son pruebas basadas en la situación clínica: hemograma completo, prueba de embarazo, perfil de coagulación, panel de infección de transmisión sexual, pruebas de función hepática y niveles de la hormona estimulante de la tiroides, prolactina, hormona folículo-estimulante, estradiol, progesterona, testosterona, y sulfato de dehidroepiandrosterona. Dichos procedimientos pueden incluir la citología cervical, la ecografía transvaginal, sonohisterografía con infusión salina, histeroscopia oficinal, toma de muestras de endometrio de la oficina y dilatación y curetaje.
5. El tratamiento médico es el menos invasivo y menos costoso para controlar el sangrado uterino abundante y/o irregular, aunque los efectos adversos y la pobre adherencia pueden limitar el éxito. Agentes no hormonales utilizados para manejar AUB incluyen antiinflamatorio no esteroideo, ácido tranexámico y desmopresina para las mujeres con un trastorno hemorrágico subyacente.
6. Opciones hormonales para el manejo de AUB incluyen dosis bajas De anticonceptivos orales, progestágenos orales cíclicos, inyecciones de medroxiprogesterona de depósito, el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel y hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). El uso de agonistas de la GnRH es limitado por su costo y porque ocasiona sofocos y pérdida de hueso. Anticonceptivos que contienen estrógenos en general no deben ser utilizados en mujeres con edades mayores de 35 años que fuman o en mujeres perimenopáusicas en mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.
7. Las opciones quirúrgicas para el manejo de AUB incluyen técnicas de ablación, polipectomía, miomectomía e histerectomía. Aunque la ablación endometrial representa una intervención relativamente eficaz y segura, las mujeres deben ser informadas de que estos procedimientos pueden impedir el diagnóstico de cáncer de endometrio en el futuro debido a

sangrado reducido, un signo temprano de cáncer, y la dificultad de tomar muestras del endometrio. Enfoques quirúrgicos mínimamente invasivos, entre ellos la histeroscopia y la laparoscopia, son a menudo una opción.

Recomendaciones para cuidado clínico

1. El embarazo debe ser excluido de cualquier actividad sexual en mujeres en edad reproductiva que se presentan con AUB. (Nivel I).
2. Las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas con AUB y sangrado requieren una amplia evaluación. (Nivel I).
3. Una vez que la patología se ha excluido, el manejo de AUB puede ser médico (hormonal y/o no hormonal), y el manejo quirúrgico debe individualizarse en preferencias personales, la necesidad de anticoncepción, el estado de la menopausia, los problemas médicos subyacentes, y el grado de sangrado y su impacto en la salud de la mujer y en su calidad de vida. (Nivel II).

Síntomas vasomotores

Puntos clave

1. Los fogajes ocurren hasta en el 75% de las mujeres. Aunque la mayoría de las mujeres los experimentan durante 6 meses a 2 años, algunas pueden experimentar fogajes molestos hasta 10 años o más.
2. Cambios en el estilo de vida, incluyendo mantenimiento de la temperatura corporal baja, conservación de un peso corporal saludable, abstención de fumar, ejercicio regular y práctica de técnicas de relajación, pueden proporcionar algún alivio.
3. Los remedios de venta libre como los suplementos de soja, isoflavonas, cohosh negro, vitamina E y ácidos grasos omega-3 –y ácidos grasos ácidos– son generalmente de bajo riesgo, pero con una eficacia general similar a placebo.
4. La terapia hormonal de la menopausia es el tratamiento más efectivo para los síntomas vasomotores. Las opciones incluyen estrógenos y progestágenos, estrógenos bazedoxifeno, progestágeno solo o los anticonceptivos orales combinados en las mujeres que requieren anticoncepción.
5. El modulador selectivo del receptor de estrógenos, bazedoxifeno combinado con estrógenos conjugados, está aprobado por la FDA para el tratamiento de los fogajes.
6. Las hormonas bioidénticas tradicionales no se recomiendan debido a la falta de regulación, pruebas de seguridad y eficacia rigurosas, normalización de lotes y medidas de pureza.
7. Los inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRI) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina han demostrado ser más eficaces que el placebo para fogajes e incluyen paroxetina, escitalopram, venlafaxina y desvenlafaxina; paroxetina 7,5 mg es el único SSRI aprobado por la FDA para esta indicación.
8. La gabapentina y la clonidina reducen los fogajes, pero no han sido aprobadas por la FDA para esta indicación.

Recomendaciones para cuidado clínico

1. El tratamiento para los sofocos se debe considerar si los síntomas de estos son molestos, interrumpen el sueño o afecta adversamente la calidad de vida. El tratamiento debe adaptarse a las metas de acuerdo con la historia médica, las metas de tratamientos individuales, y las actitudes personales hacia la menopausia y la medicación a usar. (Nivel I).
2. La decisión de iniciar el tratamiento para los fogajes, el tipo de la terapia elegido y la duración del tratamiento deben ser individualizados para cada mujer, considerando las condiciones de comorbilidad, la gravedad de los síntomas y los riesgos potenciales del tratamiento. (Nivel II).
3. La necesidad de tratamiento debe ser evaluada periódicamente, ya que la mayoría de las mujeres experimentan mejoría en los síntomas vasomotores con el trancurso

del tiempo. La necesidad de tratamiento extendido de los sofocos molestos y persistentes requiere una evaluación individualizada de los riesgos y beneficios.

Síndrome genitourinario de la menopausia/ atrofia vulvovaginal sintomática

Puntos clave

1. El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) se define como un conjunto de síntomas y signos asociados con una disminución de estrógeno y otros esteroides sexuales que implica cambios en los labios mayores/labios menores, clítoris, vestíbulo/introito, vagina, uretra y vejiga. El síndrome no se limita a los genitales y puede incluir, síntomas de sequedad, ardor e irritación, síntomas sexuales por falta de lubricación, molestia o dolor, y alteración de la función sexual; y síntomas urinarios de urgencia y disuria, e infecciones recurrentes del tracto urinario (ITUs).
2. Los síntomas de SGM/AVV pueden tener un efecto negativo en la calidad de vida, que puede extenderse a las actividades de la vida diaria, el ejercicio, la función sexual y las relaciones interpersonales.
3. El tratamiento para SGM/AVV incluye lubricantes vaginales no hormonales y humectantes. También, la terapia con dosis bajas de estrógenos vaginales (ET), TE sistémica (cuando se prescribe para el tratamiento de los síntomas vasomotores molestos) y ospemifeno (un agonista/antagonista de estrógenos, oral).
4. Las dosis bajas vaginales de TE resultan en mínima absorción sistémica.
5. El tratamiento vaginal ET, pero no sistémico, reduce el riesgo de recurrencia de ITUs.

Recomendaciones para cuidado clínico

1. Los proveedores de salud deben preguntar a todas las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas sobre síntomas vulvovaginales y urinarios en cada visita médica. (Nivel II).
2. Las mujeres con SGM/AVV deben considerar como terapia inicial lubricantes vaginales y cremas hidratantes no hormonales (Nivel II).
3. Las dosis bajas de TE vaginal (disponible como una crema, tableta o anillo) son un tratamiento muy eficaz para los síntomas persistentes de SGM/AVV. (Nivel I).
4. El ospemifeno, agonista/antagonista de estrógenos en una dosis oral, es un agente para el tratamiento de dispareunia moderada a severa debida a SGM/AVV. (Nivel I).
5. El tratamiento con progestágenos para la protección endometrial no es recomendado con el uso de dosis bajas de ET vaginal, aunque estudios de seguridad endometrial con TE vaginal no se extienden más allá de un año. (Nivel I).
6. Las mujeres posmenopáusicas con infecciones urinarias recurrentes pueden considerar el tratamiento profiláctico con dosis bajas de TE vaginal o antibióticos. (Nivel I).
7. Cualquier sangrado en una mujer posmenopáusica, incluyendo sangrado poscoital, requiere una evaluación completa. (Nivel I).
8. Todas las mujeres con SGM/AVV deben informarse acerca de las estrategias de manejo disponibles y dar información acerca de eficacia, riesgos y beneficios de las intervenciones hormonales y no hormonales. (Nivel II).

Incontinencia urinaria

Puntos clave

1. Aproximadamente el 50% de la mujeres en edad mediana reportan incontinencia urinaria, pero la vergüenza y la falta de ser conscientes acerca del éxito de las opciones de tratamiento hacen que muchas de ellas no busquen ayuda.
2. Aunque la prevalencia de incontinencia urinaria aumenta con la edad, no hay una asociación fuerte con la edad, y tampoco hay asociación fuerte entre la incontinencia urinaria y la menopausia.

3. La incontinencia de estrés (goteo con aumento de la presión intraabdominal) está relacionada con pobre soporte uretral, debilidad del esfínter uretral y/o disfunción de los músculos del piso pélvico, mientras la incontinencia de urgencia (goteo con sensación de urgencia urinaria) es causada por inhibición de las contracciones del músculo detrusor.
4. La evaluación de la incontinencia urinaria se debe enfocar en definir el tipo de incontinencia que experimenta la mujer para determinar qué tipo de tratamiento ofrecerle.

Recomendaciones de cuidado clínico

1. Los proveedores de salud deben preguntar a la mujer de edad mediana acerca de síntomas de incontinencia urinaria en cada visita médica. (Nivel II).
2. La mayoría de la incontinencia de estrés puede ser tratada con éxito con terapias conductuales (p. e. pérdida de peso), terapia del piso pélvico (ejercicios de Kegel, terapia física) y pesarios. (Nivel II).
3. La cirugía para incontinencia de estrés (más comúnmente cinta medio uretrales) tiene una tasa de éxito de aproximadamente 85%, aunque la efectividad a largo plazo (95 años) no ha sido bien establecida. (Nivel I).
4. La mayoría de la incontinencia de esfuerzo puede ser manejada con éxito con terapias conductuales (restricción de líquidos y cafeína), medicamentos anticolinérgicos y reentrenamiento vesical. (Nivel I).
5. La terapia estrogénica vaginal puede mejorar los síntomas de micción y urgencia urinaria. (Nivel II).
6. Las inyecciones de botox, tratamiento de neuromodulación sacra, son generalmente reservadas para síntomas de incontinencia de urgencia asociados con hiperreactividad del detrusor, después de que las demás opciones de tratamiento conservador han fallado. (Nivel I)

Función sexual

Puntos clave

1. Los problemas sexuales son altamente prevalente en mujeres de mediana edad y, a menudo, asociados con la angustia.
2. Los cambios hormonales en la menopausia, así como otros cambios fisiológicos, psicológicos, socioculturales e interpersonales y los factores de estilo de vida, contribuyen a la mitad de los problemas de la vida sexual.
3. La dispareunia debida a la atrofia vaginal es una importante causa tratable de problemas sexuales después de la menopausia.
4. A pesar de que los niveles de testosterona disminuyen con la edad, no se ha demostrado una asociación entre los niveles bajos de testosterona y el deterioro de la función sexual femenina.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Los proveedores de salud deben preguntar a las mujeres de mediana edad sobre preocupaciones sexuales en cada visita completa. (Nivel II).
2. La orientación y la terapia sexual, con un enfoque en la modificación técnica sexual, aumentando la novedad sexual, y la mejora de la relación de pareja y la comunicación, son eficaces intervenciones para muchos individuos y parejas con problemas sexuales. (Nivel II).
3. La atrofia vulvovaginal sintomática puede tratarse con cremas hidratantes vaginales, lubricantes, dosis bajas de estrógenos vaginales terapia y ospemifeno. La elección de la terapia depende de la gravedad de los síntomas, la historia médica de la mujer y las preferencias personales. La dispareunia independiente de AVV puede mejorar con terapia física del suelo pélvico. (Ni El tratamiento de la depresión y la ansiedad subyacente y el ajuste de la medicación antidepresiva pueden ser útiles para los problemas de interés sexual y la excitación. El Bupropion y los inhibidores de la PDE-5 pueden tener un

papel en el tratamiento de SSRI inducida por disfunción sexual. (Nivel II).

4. Existe alguna evidencia para apoyar el uso de la terapia de testosterona en mujeres posmenopáusicas cuidadosamente seleccionadas con el trastorno de interés sexual/excitación femenina (anteriormente conocida como trastorno de deseo sexual hipoactivo) y ninguna otra etiología para su problema sexual, aunque una formulación diseñada para las mujeres y datos de seguridad a largo plazo son escasos. (Nivel I).

Trastornos del sueño

Puntos clave

1. La perturbación crónica del sueño puede tener consecuencias importantes para el funcionamiento diurno, el bienestar general, la salud y la seguridad pública.
2. Las mujeres durante la transición de la menopausia son más propensas a reportar reducida calidad del sueño, y las que tienen fogajes son más propensas a reportar el sueño perturbado y cumplir con los criterios para el insomnio crónico.
3. Los trastornos primarios del sueño del insomnio, la apnea del sueño y el síndrome de las piernas inquietas son comunes en mujeres de mediana edad.
4. Los trastornos del sueño son un síntoma común de la la depresión clínica, que se presentan con mayor frecuencia durante la transición de la menopausia.
5. Las mujeres con síntomas vasomotores reportan mejoría en la calidad del sueño cuando reciben tratamiento hormonal y no hormonal de medicación para los fogajes.
6. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una técnica segura y eficaz en el tratamiento para el insomnio.

Recomendaciones de cuidado clínico

1. Las mujeres que informen trastornos del sueño durante la mediana edad deberían ser evaluadas, y la condición causal específica debería ser identificada y tratada. (Nivel II).
2. Las mujeres con molestos fogajes nocturnos pueden experimentar mejor calidad del sueño cuando estos se tratan con medicamentos hormonales o no hormonales. (Nivel I).
3. Los ayudantes farmacológicos del sueño son tratamientos efectivos para insomnio y trastornos del sueño, pero su uso debe ser por tiempo limitado. Estrategias de comportamiento, incluyendo la higiene del sueño y la CBT (terapia conductual cognitiva), también son eficaces. (Nivel I).
4. Las mujeres cuyas alteraciones del sueño pueden ser atribuibles a la depresión clínica, la apnea del sueño o el trastorno de las piernas inquietas/síndrome de movimientos periódicos de las extremidades deben ser referidas para diagnóstico y tratamiento. (Nivel II).

Cefalea

Puntos claves

La Organización Mundial de la Salud clasifica a los trastornos de dolor de cabeza en las cinco principales condiciones más discapacitantes para las mujeres.

1. Aunque la mayoría de los dolores de cabeza primarios son de tipo tensional, la mayoría de las mujeres que se presentan a una clínica ambulatoria con una queja principal de dolor de cabeza cumplen los criterios de migrañas, y la mitad no reciben el tratamiento adecuado.
2. Algunas características del dolor de cabeza deben dar lugar a mayor preocupación y consideración de una mayor investigación. Estas incluyen ser peor siempre, nuevo inicio en la edad mayor de 50 años, la aparición súbita durante la actividad, aumento de la frecuencia o la gravedad, y el despertar nocturno asociado.
3. Un dolor de cabeza acompañado de rigidez en el cuello, fiebre alta, confusión,

mareos, debilidad o signos neurológicos focales generalmente requiere una evaluación adicional, al igual que un dolor de cabeza en el marco de malignidad, inmunosupresión o infección sistémica.

4. Las migrañas sin aura son mucho más comunes que las migrañas con aura. Las mujeres con migraña sin aura a menudo experimentan una mejora en la frecuencia y severidad del dolor de cabeza con la menopausia. La mejoría con la menopausia es menos probable en aquellos dolores de cabeza asociados con aura.
5. La migraña con aura se asocia con un aumento de un significativo riesgo de accidente cerebrovascular, especialmente en las mujeres que fuman o utilizar anticonceptivos orales.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides son generalmente la terapia más eficaz para los dolores de cabeza de tipo tensional, mientras que los antidepresivos tricíclicos son más eficaces para profilaxis. (Nivel II).
2. Las migrañas se deben considerar con mayor frecuencia en el diagnóstico diferencial del dolor de cabeza cuando este se acompaña de náuseas, vómitos, fotofobia o fonofobia. (Nivel I).
3. Las mujeres con migrañas deben llevar un diario de sus potenciales desencadenantes para identificar posibles estrategias de evitación para la prevención. (Nivel I).
4. La combinación de anticonceptivos orales debe evitarse en mujeres con migrañas con comorbilidades significativas para el accidente cerebrovascular, incluyendo aquellas con aura a cualquier edad, las que no presentan aura que son mayores de 35 años y las que fuman. (Nivel I).
5. Las mujeres posmenopáusicas con migrañas y molestos síntomas vasomotores pueden usar la terapia hormonal a dosis normalmente prescrita para mujeres de mediana edad. La hormonoterapia puede mejorar o empeorar los dolores de cabeza. Se aconseja TH continua en lugar de cíclica porque los cambios en los niveles hormonales pueden desencadenar un dolor de cabeza. (Nivel II).
6. Las mujeres que sufren de migrañas con aura deben ser advertidas de deja de fumar. (Nivel I).

Cognición

Puntos clave

1. Los síntomas de falta de concentración, mala memoria y problemas para realizar múltiples tareas son comunes durante la menopausia, la transición menopáusica y la posmenopausia temprana.
2. La memoria y la disminución de velocidad de procesamiento disminuye ligeramente durante la transición menopáusica, pero reaparecerá para volver a los niveles premenopáusicos después de la menopausia. Los síntomas de la menopausia pueden estar asociados con síntomas cognitivos.
3. Los síntomas cognitivos pueden ser influenciados por trastornos del sueño, estado de ánimo deprimido, fogajes, fatiga, síntomas físicos, uso de medicamentos y una variedad de factores estresantes de la mediana edad.
4. La terapia hormonal no afecta sustancialmente a la memoria, la atención o las habilidades cognitivas de orden superior.
5. La remoción temprana de los ovarios se asocia con un mayor riesgo de demencia que puede ser compensado con el uso de la terapia de estrógenos hasta la edad típica de la menopausia.
6. El inicio de TH combinado después de los 65 años aumenta el riesgo de la demencia.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Para las mujeres de mediana edad con síntomas cognitivos, los proveedores de atención médica deben explicar que estos síntomas son comunes y parecen mejorar después de la transición a la menopausia.

Ellos deben revisar el uso de medicamentos y evaluar y tratar, en su caso, las alteraciones del sueño, estado de ánimo depresivo, fogajes, fatiga, síntomas físicos y factores estresantes situacionales. (Nivel II).

2. Los proveedores de atención médica deben tener en cuenta una evaluación adicional para las mujeres de mediana edad con deterioro cognitivo, síntomas cognitivos acompañados de deterioro funcional o antecedentes familiares de demencia que comience antes del la edad de 60 años. (Nivel II).
3. Las mujeres que se someten a ooforectomía antes de los 48 años pueden ser aconsejadas acerca de que tomar TE hasta la edad típica de la menopausia parece reducir el riesgo de demencia más adelante en la vida. (Nivel II).
4. En las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, la TH no debe utilizarse para mejorar las habilidades cognitivas. (Nivel III).
5. En las mujeres posmenopáusicas mayores, la TH no debe utilizarse para prevenir la demencia o el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. (Nivel I).
6. Las intervenciones que reducen el riesgo cardiovascular, incluyendo dejar de fumar, control de peso, aeróbico regular y control de la diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia, también pueden reducir el riesgo de deterioro cognitivo.

Síntomas sicológicos

Puntos clave

1. La mayoría de las mujeres no llegan clínicamente deprimidas a la transición menopáusica. Sin embargo los síntomas sicológicos, incluyendo modo depresivo, ansiedad y disminución de sensación de bienestar, son comunes.
2. Las mujeres con antecedentes de un trastorno del humor o ansiedad y eventos estresantes durante la primera infancia tienen mayor riesgo de aumento de los síntomas psicológicos durante la transición de la menopausia. Una historia de síndrome premenstrual o depresión posparto es un fuerte factor de riesgo para síntomas del estado de ánimo en la mediana edad.
3. Los factores estresantes de la vida son comunes en la mediana edad y con frecuencia coinciden con la transición de la menopausia.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Los proveedores de salud deben detectar síntomas psicológicos en la mediana edad y tratar los problemas psicológicos cuando esté indicado o proporcionar referencias apropiadas. (Nivel II).
2. Los síntomas depresivos leves responden bien a la psicoterapia. Los síntomas depresivos moderados o graves generalmente requieren tratamiento farmacológico además de psicoterapia. (Nivel I).
3. Los métodos no farmacológicos, incluyendo asesoramiento y técnicas de reducción de estrés, deben ser considerados para reducir los efectos adversos de los factores de estrés que se producen comúnmente en la mediana edad. (Nivel II).
4. La educación es clave para ayudar a las mujeres a comprender y lidiar frente a los síntomas del estado de ánimo relacionados con la transición menopáusica. (Nivel II).

Infecciones de transmisión sexual

Puntos clave

1. Aunque la mayoría de las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden ocurrir en mujeres más jóvenes, las perimenopáusicas y posmenopáusicas siguen siendo susceptibles a las infecciones, especialmente teniendo en cuenta que la actividad sexual puede causar microabrasiones en los tejidos genitales delicados y atrofias, aumentando la exposición a agentes patógenos.

2. Los virus del papiloma humano (VPH) son la ITS más común en los Estados Unidos.
3. Los factores de riesgo para las mujeres de mediana edad para la hepatitis B, la hepatitis C y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) incluyen actividad sexual fuera de un relación de largo plazo, mutuamente monógama, en busca de evaluación y/o tratamiento para las ITS y el uso de drogas inyectables, entre otros.
4. Los «baby boomers» (los nacidos entre 1945 y 1965) tienen el mayor riesgo de infección por hepatitis C; la tasa de infección es cinco veces mayor que la de otras cohortes de nacimiento.
5. La gonorrea y la clamidia son las infecciones más detectadas por pruebas de amplificación de ácidos nucleicos. Las tasas de detección son equivalentes utilizando una muestra vaginal o endocervical. Los análisis de orina son aceptables, pero pueden no detectarse hasta el 10% de las infecciones.
6. Las mujeres con VIH tienen problemas ginecológicos únicos que pueden incluir una transición perimenopáusica temprana y más sintomática.

Recomendaciones para la atención clínica

1. Las mujeres de mediana edad con alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluyendo las que tienen una nueva pareja sexual o múltiples parejas sexuales o cuya pareja tiene múltiples parejas sexuales, deben ser tamizadas para las ITS. (Nivel I).
2. Los médicos deberían utilizar las directrices basadas en la evidencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en relación con el manejo de las ITS. (Nivel I).
3. Todos los adultos deben ser examinados al menos una vez en su vida para el VIH. (Nivel I).
4. Papanicolaou cada 3 años o papanicolaou y concomitantemente VPH cada 5 años se recomienda para las mujeres de 30 a 65 años. Las mujeres mayores de 65 años podrán interrumpir la detección si 1) no tienen antecedentes de una displasia de alto grado en los últimos 20 años, 2) no son inmunodeprimidas, 3) no fueron expuestas a dietilestilbestrol y 4) han tenido al menos tres pruebas de papanicolaou normales (o dos pruebas Pap/VPH concomitantes) desde la edad de 55 años. (Nivel I).
5. Las mujeres mayores con y sin factores de riesgo para la hepatitis B que nunca han recibido la vacuna contra la hepatitis B deben ser aconsejadas sobre los beneficios de la vacunación. (Nivel I).
6. Todas las mujeres con diabetes y enfermedad hepática crónica deben ser vacunadas contra la hepatitis B. (Nivel I).