



NOLA KUDEATU MENOPAUSIAREN SINTOMAK

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ MENOPAUSIAREN SINDROME
GENITOURINARIOA (MSG)
 - Hidratatzaile eta lubrifikatzaileak
 - Hormona-tratamendua
 - Ospemifenoa
 - Prasterona
 - Beste tratamendu batzuk
- ▶ BEROALDIAK. SINTOMA BASOMOTORRAK
 - Neurri orrokorak edo ez-farmakologikoak
 - Terapia psikokorporala
 - Fitoestrogenoak
 - Sendabelarrak
 - Hormona tratamendu sistemikoa
 - Beste hormona-aukera batzuk
 - Sendagai ez hormonalak
 - Izar-gongoilaren blokeoa
- ▶ HORMONA-TRATAMENDU
SISTEMATIKOAREN (HTS) SEGURTASUNA



SARRERA

Menopausia zera da: hilekoa behin betiko etetea, obulutegiko jarduera folikularra galtzen delako. Prozesu naturala da gizateriaren erdiarentzat, eta alderdi positiboak zein negatiboak ditu¹. Bizitzaren etapa fisiologiko bat da, eta ez da gaixotasuntzat jo behar². Aldebiko ooforektomiagatik edo minbizi batzuen tratamenduagatik ere gerta daiteke¹. Hormona-antisorgailurik hartzen ari ez diren 45 urtetik gorako emakumezkoetan, guxtienez 12 hilabetez hilekorik gabe egon ondoren diagnostikatzen da³.

Emakumeek modu desberdinetan bizi dute menopausia: batzuek ez dute sintomarik izaten edo sintoma arinak izaten dituzte; beste batzuek, berriz, sintoma astunagoak izaten dituzte, eta sintomek nabarmen eragiten diote emakume horien bizi-kalitateari⁴. Azken hilekoa izan baino lehen ere has daitezke sintomak, eta, besteak beste, hauek ager daitezke: beroaldiak eta gaueko izerdiak (sintoma basomotorrak), baginako lehortasuna, azkura edo mina sexu-harremanak izatean (sintoma urogenitalak), artikulazioetako eta muskulueta mina (sintoma muskuloesketikoak), aldarte-aldaketak edo loaren patroien aldaketak eta sexu-eremua erasatea^{3,5,6}.

Ez dago menopausiaren esperientzia zehazten duen eredu unibertsalik. Eragile askoren arabera aldatzen dira emakumeek menopausia-sintomak hautemateko modua eta sintomen intentsitatea; hor dira estatus sozioekonomikoa, hezkuntza-maila eta menopausiarekiko jarrera sozial eta kulturala, aldaketa hormonalak, tabakismoa, dieta eta gorputz-masaren indizea¹.

Menopausia aukera bat da osasungintzako profesionalak aholku osasungarriak sustatzeko, hala nola dieta-aldaketak eta ariketa fisikoa egitea, ongizatea hobetzeko, gaixotasun kronikoen arriskua murrizteko eta epe luzera osasun mentala eta fisikoa hobetzeko¹. Tratamendu farmakologikoak eraginkorrak izan badaitezke ere menopausiaren eraginez bizi-kalitatea nabarmen okertu zaien emakumeentzat, medikalizazioak areagotu egin ditzake emakumei bizitzaren etapa natural horrek eragiten dien antsietatea eta beldurra¹.

INFAC buletin honetan, menopausiaren sintoma basomotorrak eta urogenitalak nola kudeatu aztertzen da –sintoma horiek dira menopausiarekin gehien erlazionatzen direnak²–, eta hormona-tratamendu sistemikoaren segurtasunari buruzko azken ebidentziak jaso dira.

MENOPAUSIAREN SINDROME GENITOURINARIOA (MSG)

Emakumeek, menopausiarekin gertatzen den estrogeno-galeraren ondorioz, eremu bulbobaginala eta besikouretralean izan ditzaketen sintoma atrofiko guztiak biltzen dira Menopausiaren Sindrome Genitourinarioaren (MSG) barruan (garai batean, "atrofia bulbobaginala" esaten zitzaion). Normalean, okerrera egiten du adinean aurrera egin ahala, eta, askotan, molestia bulbobaginalak izaten dira, hala nola lehortasuna, erresumina, azkura, dispareunia, baginako fluxua, odol-galtzea edo zikintzea. Gernu-traktuko sintomak ere eragin ditzake, hala nola disuria, polakiuria eta gernu-infekzio errepikakorrek⁷.

HIDRATATZAILE ETA LUBRIFIKATZAILEAK

Baginako lehortasuna eta dispareunia tratatzeko, lehen aukerakoa da gel hidratatzaileak modu erregularrean erabiltzea, hau da, astean 2 edo 3 egunetan, eta lubrifikatzaileak, sexu-harremanak izaten direnean. Baselina, olio edo landare-koipe bidezko lubrifikatzaileek preserbatiboan latexa hondatu dezakete^{7,8}.

Antiseptikoak (adibidez, klorhexidina) dituzten bagina-gelak saihestu behar dira, ez baitute abantailarik, eta ohikotasunez erabiltzen badira baginako floraren oreka alda dezake eta baginosi bakterianoa eragin. Alergiak eragin ditzaketen substantziak dituzten gelak ere saihestu behar dira, hala nola osagai hauek dituztenak: propilenglikola, hidroxibentzoatoak edo parabenoak, lurrinak edo landare-aterakinak, esaterako *Aloe vera*⁸.

HORMONA-TRATAMENDUA

Hidratatzaileei eta lubrifikatzaileei behar bezala erantzuten ez dietenentzat baginatiko estrogenoak dira bigarren aukerako tratamendua MSGrako. Sintoma hauek hobetu ditzakete: lehortasuna, ondoez bulbobaginala (erresumina, azkura, narritadura), ehunen hauskortasuna (koitoaren ondoren odol-galera edo pitzadurak eragin ditzake) edo dispareunia. Gernu-traktuko infekzioak eta maskuri hiperaktiboaren sintomak ere gutxitu ditzakete, baina ez dute hobetzen urgentziak eta esfortzuko gernu-ihesa^{7,8}. Kontraindikaturak daude tumore estrogeno-mendekoak dituzten emakumeentzat, bereziki terapia antiestrogenikoa jasotzen dutenentzat.

Gel, krema, obulu eta konprimatu baginalak, ahal dela, oheratu aurretik administratzen dira, lehenengo 2-3 asteetan egunero eta ondoren astean bitan. Baginako eratzuna 90 egunean behin aldatzen da. Erabil daitezke baginako hidratatzaileekin eta lubrifikatzaileekin batera³.

Ahalik eta denbora laburrenean eta dosi eraginkor txikienean erabili behar dira, betiere gaixotasun tronboenbolikoa edo tumore estrogeno-mendekoa baztertu badira (ikus 1. koadroa). Sintomak berriz ager daitezke tratamendu eteten denean³. Baginatiko estrogenoen erabilera ez du progestagenoen bidezko tratamendu osagarri behar hiperplasia edo endometrioko kartzinoma izateko arriskutik babesteko. Umetokiko odol-galtzeak izaten badira, pazienteak aztertu egin behar da^{3,7}.

Estrogenoak baginatik administratzea eraginkorragoa da administrazio sistemikoa (ahotikoa edo txaplatak) baino, eta segurtasun-profil hobea du⁷. MSGa eta sintoma basomotorrak dituzten emakumeen kasuan, hormona-tratamendu sistemikoa (HTS) bi sintoma mota horiek arintzeko balio du⁹. Hormona-tratamendu sistemikoa jasota ere MSGak jarraitzen badu, baginatiko estrogenoak ere eman daitezke³.

1. koadroa. Baginatiko estrogenoak. Eztabaida

2020an, [Medikamentuen Europako Agentziaren Segurtasun Batzordearen \(PRAC\)](#) berrikuspen batek ondorioztatu zuen kontzentrazio handiko estradiol-krema baginalek (0,1 mg/g, Espainian merkaturatu gabea), SGMa tratatzeko erabiltzen direnek, THSarekin ahoz eta transdermikoki behatutakoan antzeko albo-ondorioak eragin zitzaizkela (tronboenbolismo benosoa, istripu zerebrobaskularra, endometrioko minbizia eta bularreko minbizia). Horrenbestez, gomendatzen du kontzentrazio handiko estradiol topikoa ez litzatekeela errezetatu behar 4 asteko tratamendu bakar bat baino gehiagorako. Merkaturatuta dauden baginatiko estrogeno guztien fitxa teknikoan ohartarazten da dosi eraginkor txikienean erabili behar dela, ahalik eta denborarik laburrenean, eta aldian behin ebaluatu beharra dagoela tratamenduarekin jarraitu beharrik ote dagoen.

Hala ere, zenbait gidak³ eta argitalpenek¹⁰ ez dute hain jarrera murriztailea; hala, horien aburuz, 2002an WHI azterketekin detektatu ziren segurtasun-arazoez ondorioztatu sortu dituzte menopausia sintomatikoari arreta egokia emateko. NICE gidaren arabera, baginatiko estrogenoak behar beste denboran erabili daitezke, eta, sintomak behar adina aritzen ez badira, dosia handitzeko aukera egongo litzateke, kontuan hartuta baginatiko estrogenoek eragindako kontrako efektuak oso gutxitan agertzen direla. Nolanahi ere, ez dago baginatiko estrogenoaren dosi baxuen erabileraren segurtasuna ebaluatzen duen epe luzeko saiakuntza ausazkoturik. Epe luzerako behaketa-azterlanek ez dute erakutsi bularreko edo endometrioko minbizia, gaixotasun koronarioa, istripu zerebrobaskularra edo tronboenbolismo benosoa izateko arriskua handitzen denik. Dena den, agintari arautzaileek xedatu dute HTSrako erabilitako estrogenoei buruz egiten den ohartarazpen bera egin behar dela baginatiko estrogenoei buruz ere⁷.

OSPEMIFENOA

Ahotiko ospemifenoa estrogeno-hartzaileen modulatuzaile selektiboa (SERM) da, eta atrofia bulbobaginal sintomatiko moderatu edo larriaren tratamendurako dago indikaturik menopausia ostean diren emakumeetan, ez dituztenean betetzen estrogeno lokalen bidezko baginatiko tratamendua jasotzeko baldintzak. Ez da baginatiko estrogenoekin konparatu, eta plazeboarekin alderatuta, emaitzak funsgabeak izan dira. Beroaldien intzidentzia areagotu dezake. Ez da erabili behar bularreko minbiziaren aurrekariak dituzten emakumeekin⁹. SERMek tronbo-si erako kontrako efektuak izateko arrisku potentziala dute; nahiko konplikazio arraroa da eta azterketa gehiago behar dira konplikazio hori detektatzeko. Ahotik hartzen da, egunean behin, elikagaiekin batera^{7,11,12}.

PRASTERONA

Dehidroepiandrosterona (DHEA) baginala, prasterona izenez ere ezaguna, beste tratamendu-aukera bat da MSGarekin lotutako dispareuniari aurre egiteko. Efiakazia txikia erakutsi du plazeboarekin alderatuta, baina ikusi da DHEA, testosterona eta estronaren maila plasmatikoa pixka bat igotzen dituela, eta horrek estrogenoekiko sentikorrek diren neoplasia gaiztoak izateko arriskua handitzea ekar lezake, bereziki bularreko minbizia duten emakumeen kasuan; beraz, segurtasuna zalantzazkoa da epe luzera⁷. Ez da baginatiko estrogenoekin alderatu. Obulu moduan administratzen da, egunean behin, oheratu aurretik. Gomendatzen da 6 hilabeteetan behin berriz ere ebaluatzea ea tratamenduarekin jarraitzeko beharra dagoen^{7,13,14}.

MSGaren tratamendua, bularreko minbizia duten emakumeetan⁷

Sintomak baginako hidratatzaile eta lubrifikatzaile ez-hormonalekin behar bezala kontrolatzen ez badira, pazienteak bularreko minbiziaren aurka jasotzen duen tratamendu motaren arabera kudeatuko da:

- **Estrogeno-hartzaileen modulatuzaile selektiboekin (SERM)** tratatzen diren emakumeen kasuan (bazedoxifenoa, ospemifenoa, erraloxifenoa eta tamoxifenoa): baginatiko estrogenoak edo baginatiko prasterona erabili daitezke dosi txikietan. Sendagai horiek ez dute loturarik bularreko minbizia berriz agertzeko arrisku handiagoa izatearekin.
- **Aromatasaren inhibitzaileekin** tratatutako emakumeen kasuan (anastrozola, exemestanoa, letrozola): ez da baginatiko estrogenorik edo prasteronarik erabili behar. Aukera bat da onkologoarekin adostea aromatasaren inhibitzailearen ordez tamoxifenoa erabili daitekeen.

BESTE TRATAMENDU BATZUK

Fisioterapia pelbikoa aukera bat izan daiteke MSGa duten emakumeetan, ez badiete beste terapia batzuei erantzuten edo beste terapia batzuk kontraindikatuta badituzte. Baliagarria da pelbiseko minaren sindromeak, gernu-ihesa edota pelbiseko organoen prolapsioa izanez gero⁷.

Ebaluazio osagarri bat behar duten tratamenduen artean daude ahotiko probiotikoak eta probiotiko baginalak, ahotiko D bitamina, E bitamina baginala eta laser-gailuak edo irrati-maiztasunekoak^{7,15}.

1. taula. MSGari aurre egiteko sendagaiak

Printzipio aktiboa	Agerpena	Dosia/aplikazioa	Marka komertziala
Estrogeno topikoak			
ESTRIOLA	Baginako gela	0,05 mg	Gelistrol® (F), Blissel®
	Baginako krema	0,5 mg	Ovestinon®
	Baginako obulua	0,03 mg	Femmyl®
		0,5 mg	Ovestinon®
ESTRADIOLA	Baginatiko konprimatua	0,01 mg	Vagirux® (F), Vagifem®
	Bagina-eraztuna	0,0075 mg	Estring®
PROMESTRIENOA	Baginako krema	10 mg	Colpotrofin®
Sexu-hormonen beste modulatzailer batzuk			
OSPEMIFENOA	Ahotiko konprimatua	60 mg	Senshio®
PRASTERONA	Baginako obulua	6,5 mg	Intrarosa®

≤0,05 mg-ko estradiol-dosiak dituzten baginatiko agerpenak, dosi baxutzat jotzen dira⁷.

Estriolak estradiolak baino potentzia estrogeniko txikiagoa du (1:10etik 1:100era) eta efektu estrabaginal gutxiago¹⁶.

(F): OSNk finantzatua.

BEROALDIK. SINTOMA BASOMOTORRAK

Emakume batzuek ondoez basomotorrak izaten dituzte menopausian: beroaldiak eta gaueko izerdiak. Emakumeen % 80k izan ditzake, baina kulturaren eta etniaren arabera aldatu egiten da maiztasuna. Hala ere, emakumeen % 20-30ek soilik jotzen du arreta medikora¹⁷. Beroaldiak azken hilekoekin hasten dira, eta gehien edo indartsuen azken hilekoa izan eta urtebetera ageri ohi dira. Beti ez dute intentsitate eta iraupen bera izaten; batez beste, 4-10 bat urte bitartean izaten dira, zenbaitetan baita 12 urtez ere (emakumeen % 10ek), eta berez desagertzen dira^{15,18}.

Bat-bateko bero-sentsazioa dute ezaugarri; bularraren eta aurpegiaren goialdean izaten dira, baina berehala zabaltzen da gorputzaren gainerako ataletara; 2-4 minutu irauten dute. Batzuetan, izerditu ere egiten da beroaldiekin batera, eta, oso gutxitan, palpazioak eta hotzikara ere izan daitezke, zeinek antsietatea eragin dezaketen⁸. Gazez gertatzen badira, loaldiaren nahasmenduak eragin ditzakete. Arrisku faktoreen artean hauek deskribatu dira: obesitatea, tabakismoa, jarduera fisiko gutxi egitea, hormona-kontzentrazioak, amaren sintoma basomotorren aurrekariak, menopausia 52 urte bete aurretik izatea, menopausia indusitua, faktore etnikoak eta aldaera genetikoak^{2,15,17}.

Beroaldien kudeaketa zenbait faktoreen arabera da, hala nola intentsitatea eta maiztasuna, aurrekari klinikoak eta pazientearen lehentasunak edo menopausiaren beste sintoma batzuk batera izatea¹⁷.

NEURRI OROKORRAK EDO EZ-FARMAKOLOGIKOAK^{2,17,18}

- Saihestu beroaldi-eragileak: edari edo elikagai beroak, espeziak, kafeina, alkohola edo tabakoa.
- Erabili arropa arina edo geruza batekoa baino gehiagokoa.
- Jaitsi giro-tenperatura edo erabili haizagailuak. Egin lo gela freskoetan.
- Gehiegizko pisua edo obesitatea badago, pisua galduta gutxitu egiten da beroaldien intentsitatea.

- Egin jarduera fisikoa ohikotasunez. Behaketa-azterlan batzuetan ikusi da jarduera fisiko gutxi egiten duten emakumeek maizago izaten dituztela sintoma basomotorrak. Hala ere, ariketa egiteak sintoma basomotorretan zer-nolako efikazia duen ebaluatzeko saiakuntzetan ez da frogatu efikaza denik.

Beroaldi arinak dituzten emakume gehienentzat nahikoa izaten da aurretik adierazitako neurriak hartzea. Beste kasu batzuetan, terapia osagarriak eta alternatiboak proba daitezke; gehienek, hala ere, efikazia egiaz-tatzeko ebidentzia mugatua dute, baina bai plazebo efektua, zeinak onura handia ekar baitezake. Plazeboek pazienteen % 50i murrizten dizkiote beroaldiak.

TERAPIA PSIKOKORPORALA

Finean, psikoterapiako edo estresa kudeatzeko teknikak dira (mindfulnessa, terapia kognitibo-jokabidekoak, jokabide-terapiak, hipnosia); ez dute frogatu, hala ere, plazeboa baino efikazagoak direnik beroaldiak gutxi-tzeko^{3,17,18}.

FITOESTROGENOAK

Fitoestrogenoak propietate estrogeniko eta antiestrogenikoak dituzten landare-konposatuak dira. Lekaleetan, zerealeetan eta frutetan egoten dira, eta osagarri gisa ere saltzen dira; oro har, ez dute frogatu plazeboa baino efikazagoak direnik. Genisteinak –isoflabona-mota bat da–, eguneko 30 mg baino gehiagoko dosia hartuz gero, beroaldien maiztasuna murriztu dezake plazeboarekin alderatuta^{17,18}.

Zalantzak daude fitoestrogenoak epe luzera edo dosi handietan erabiliz gero efektu immunoezabatzailea izan dezaketen, edo bularreko minbizia edo endometrikoia izateko arriskua handitu ote dezaketen. Horre-gatik, ez da gomendatzen epe luzera erabiltzea, eta minbizi estrogeno-mendekoa duten emakumeen kasuan ez lirateke gehigarriak erabili behar, seguruak diren erabaki arte. Elikagaietan neurritz kontsumitzen badira, ez dirudi arriskua handitzen dutenik^{17,18}.

SENDABELARRAK

Oro har, ez dago behar bezala finkatuta efikazak ote diren¹⁷. Gainera, kontuan hartzekoa da sendabelarrek erreakzio alergikoak eragiteko arriskua dutela, ez baitute sendagaiek eskaintzen duten kalitate-bermerik. Kontrako efektuak eragin ditzakete –askotan ez dira ondo ezagutzen, batez ere luzaroan erabiltzen badira–, edo interakzioak izan ditzakete sendagaiekin¹⁸.

- Baleriana-infusioa: efikaza izan daiteke beroaldi kopurua murrizteko, emakume gutxiarekin egindako iker-keta bakanen baten arabera. Ez dago kontrako efektuekin erlazionaturik.
- Zimizifuga edo cohosh beltza (*Cimicifuga racemosa*): banakako saiakuntzak egin zirenean –txikiak eta epe laburrekoak– onurak iradoki bazituzten ere, azterketa sistematikoek eta metaanalisiek ez dute erakutsi plazeboa baino efikazagoa denik. Gibeledko arriskuak dakartza; horregatik AEMPSek [informazio-ohar bat](#) argitaratu zuen osasungintzako profesionalentzat. Gainera, efektu estrogenikoa izan dezakeenez, saihe-s-tu egin beharko litzateke bularreko minbizia duten emakumeetan^{17,18}.
- Beste landare hauek ere erabili izan dira, baina ez dute efikazak direnik frogatu: ginsenga, santio belarra edo milazulua, onagra, liho-haziak, gari-hozia, zalitzukia (*Vitex agnus castus*), Siberiako erruibarboa (*Rheum raphonticum*), pinu-azala, belar tradizional txinatarrak (Dong quai, *Ginkgo biloba*, basa-ñamea), beta-ala-nina eta polen edo pistilo aterakinak, besteak beste^{17,18}.

HORMONA TRATAMENDU SISTEMIKOA (HTS)

Sintomak gogaikarriak direnean eta bizi-kalitatea nahasten dutenean has daiteke hormona-tratamendu sis-temikoa, beste ekimen batzuk erantzun egokirik lortu ez badute, betiere tratamenduaren iraupena mugatzen bada eta efikaza den dosi txikiena erabiltzen bada^{2,18}.

Estrogenoetan oinarritutako HTSa da eraginkorrena beroaldiak gutxitzeko (% 50 eta % 100 bitartean murriz-ten dira lau astean)¹², baina hiperplasia eta endometriko minbizia, bularreko minbizia, tronboenbolismo benosoa eta iktusa izateko arriskua handitzen da. Estrogenoa erabiltzearen ondorioz izaten den hiperplasia eta endometriko minbizia izateko arriskua saihesteko, uteroa osorik duten emakumeen kasuan progestage-noak edo SERM bat –esaterako, bazedoxifenoa– gehitu ohi dira. Bestalde, kontuan izan behar da tratamen-duari progestagenoak gehitzeak areagotu egiten duela bularreko minbizia, tronboenbolismoa eta gaixotasun kardiobaskularra izateko arriskua^{12,19}.

Saihestu egin behar da HTSa, hauek dituzten emakumeetan^{2,15,17}:

- Bularreko minbizia. Orain, lehen edo susmoa.
- Endometrioko edo obulutegiko minbiziaren aurrekariak.
- Estrogenoekiko sentikorrek diren tumore gaiztoak (ezagunak edo susmoak), zainketa aringarrietan izan ezik.
- Tratatu gabeko hiperplasia endometrial.
- Baginako odol-galtze ulertezina.
- Gaixotasun tronboenboliko arterial aktiboa edo duela gutxikoa, hala nola angina edo miokardio-infartua.
- Gaixotasun tronboenbolikoaren aurrekari pertsonalak edo arrisku handi ezaguna.
- Hipertentsio tratatu gabea.
- Larruazaleko porfiria berantiarra.
- Gibealeko gaixotasun aktiboa.
- Behazun-maskuriko arrisku handiko gaixotasuna.

Estrogenoak

Estrogeno mota guztiak eraginkorrak dira beroaldiak arintzeko. Sendagaia aukeratzeko komorbilitatea, arrisku-faktoreak, eskuragarritasuna, emakumearen lehentasunak eta kostua hartu behar dira kontuan.

Estradiol-dosi txikienarekin hasi behar da (0,5 mg/egun ahotik edo 0,025 mg/egun bide transdermikutik), eta handitzen joan, sintomak arindu arte. Hau da estradiolaren ohiko dosia: 1 mg/egun ahotik, edo 0,05 mg/egun bide transdermikutik. Emakume gazteek ooforektomia bilateral baten ostean, askotan, dosi altuagoak behar dituzten arren kirurgiaren osteko lehenengo bi-hiru urteetan (esate baterako, 2 mg estradiol ahotik edo 0,1 mg estradiol bide transdermikutik), dosia gutxitu egin daiteke gerora¹⁷. Dosi efikaz baxuena erabiltzea gomendatzen da ahalik eta denborarik laburrenean, eta dosia gutxitzea emakume zaharragoen kasuan¹⁵.

Hipertentsioa, hiperkolesterolemia edo kolelitiasi-arrisku handiagoa duten emakumeen kasuan, bide transdermikutik hartzen diren estrogenoak dira nahiago⁹. Badirudi zainetako tronboenbolismoa eta iktus iskemikoa izateko arriskua handiagoa dela ahotik hartzeko estrogenoen kasuan, bide transdermikutik hartzekoetan baino^{3,4}.

Progestagenoak

Progestagenoak uteroa osorik duten emakumeen kasuan gehitzen dira, estrogenoak erabiltzeagatik izaten den hiperplasia eta minbizi endometrialaren izateko arriskua murrizteko. Gainera, beroaldi moderatuak edo larriak izan eta estrogenoak edo beste farmako ez-hormonal batzuk erabili ezin dituzten emakumeentzat, aukera bat izan daiteke progestagenoak bakarrik erabiltzea.

Progesterona modu ziklikoan ahotik hartzeko administratu daiteke (200 mg/egun 12 egun/hilabete, fase luteoa imitatuz) edo erregimen jarraituan (100 mg/egun). Oheratu aurretik hartzea gomendatzen da, logura sorbaitezake. Aukera gisa, bide topikutik edo baginatik hartzeko prestakinak daude²⁰. Progesterona mikronizatuko prestakinak ahotik zein baginatik administra daitezke. Estrogenoak eta progestagenoak konbinatzen dituzten hainbat prestakin daude, modu jarraituan edo ziklikoan administratzeko (ikusi 2. taula).

Endometrioia babesteko gehien aztertu den progestagena medroxiprogesterona azetatoa da (2,5 mg/egun); WHI saiakuntzan erabili zen. Estrogeno konjugatuekin batera administratuta, gaixotasun koronarioa eta bularreko minbizia izateko arriskua areagotzearekin lotu zen.

Menopausiarako trantsizioan (perimenopausia) dauden emakumeetan, beroaldiak badituzte oraindik hileko-zikloak dituztela eta antisorgailuak erabili nahi badituzte, aukera bat da ahotiko antisorgailuak estrogeno dosi txikiekin konbinatuta erabiltzea. Ez dira erabili behar perimenopausian dauden emakume obesoei, tronboenbolismo-arrisku handiagoa dutelako¹⁷.

Kontrako efektuak

Estrogenoen kasuan, kontrako efektu ohikoenen artean daude bularretako mina edo sentikortasuna, gogoaldatearen asaldurak eta abdomeneko distentsioa. Baliteke pisua handitzea aldi baterako, baina denboran ez iraitea⁹. Estrogenoekin eta progestagenoekin tratamenduan dauden ia emakume guztiek dituzte baginako odol-galtzeak erregimen ziklikoekin, eta lehenengo hilabeteetan, erregimena jarraitua bada. Hori aukeraketa-irizpide bat izan daiteke, emakumeak odol-galtzerik eduki nahi ez badu. Nolanahi ere, progestagenoen erregimen jarraituak bularreko minbizia izateko arrisku handiagoa eragin dezake erregimen ziklikoek baino²⁰. Erregimen jarraituetan, 3-6 hilabeteren ostean odol-galerak bere horretan jarraitzen badu^{3,20} azterketa bat egi-tea gomendatzen da pelbiseko patologia baztertzeko (hiperplasia endometrial edo endometrioko minbizia).

Gainera, estrogenu eta progestagenu bidezko hormona-terapia egiten den bitartean eta eten ondoren bularreko minbizia izateko arriskua areagotu egiten denez, HTSa erabiltzen dutenei gomendatu behar zaie beren adinerako gomendatutako bularreko minbizia detektatzeko probak egiteko¹⁵.

HTSaren iraupena

HTSarekin jarraitzeko erabakiak indibiduala izan behar du, eta emakumearen sintometan eta arriskuaren eta onuraren analisisian oinarritua, adina edozein dela ere¹⁵. Zenbait egilek⁵ gomendatzen dute 6-12 hilabeteko tarteetan terapiarekin jarraitzeko beharra ote dagoen ebaluatzea, eta 6 hilabetera egiten den lehenengo azterketan ere dosia murrizteko aukera balioestea. Beste egile batzuek, berriz, lehenengo murrizketa 3-5 urtera balioestea proposatzen dute²⁰.

Hormona-terapia etetea, ez da ezagutzen zein den eteteko jarraibide egokiena: bat batean etetea edo pixkanaka gutxitzea, sintomak berriz agertzea prebenitzeko¹⁵. Erabaki partekatua izatea gomendatzen da, nola eten erabakitzeak, banakako lehentasunen arabera¹⁵.

BESTE HORMONA-AUKERA BATZUK

Bazedoxifenoa estrogenu-hartzailearen (SERM) modulatzaile selektiboa da, eta, estrogenu konjugatuekin konbinatuta, aukera bat izan daiteke beroaldi moderatuertarako, progestagenuok eragindako kontrako efektuak (adibidez, bularreko sentikortasuna) toleratzen ez dituzten emakumeetan, baldin eta histerektomiarik egin ez bazaie. Hala ere, endometriko hiperplasiaren kasu batzuk hauteman dira, eta, beraz, osasungintzako agintaritzek endometriko epe luzerako segurtasun-azterketak eskatu dituzte (PTT bazedoxifeno asoziatua). Progestagenuok eta beste SERM batzuk bezala, zainetako tronboenbolismoa izateko arriskua handitzearekin lotzen da¹⁷.

Tibolona esteroide sintetiko bat da, eta haren metabolitoek propietate estrogenikoak, androgenikoak eta progestagenuok dituzte. Plazeboarekin alderatuta, sintoma basomotorrak murrizten ditu, baina ez da estrogenuok bezain eraginkorra. Programatu gabeko baginako odol-galtzearen intzidentzia HTSarekin baino txikiagoa da¹⁵. Ez da gomendatzen bularreko minbiziaren aurrekariak dituzten emakumeekin erabiltzea, minbizia berriz izateko arriskua areagotu baitezake. Istripu zerebrobaskularra izateko arriskua ere areagotu dezake. Ez da HTSarekin batera erabili behar^{2,15,17}.

SENDAGAI EZ-HORMONALAK

Kontuan hartu beharreko aukera bat da beroaldi moderatu eta biziak dituzten emakumeentzat. Horietako batek ere ez dauka indikazio baimendurik gure inguruan. Zer onura-arrisku dituen pazientearekin batera aztertzea gomendatzen da.

- Antidepressiboak. Paroxetina baimenduta dago Estatu Batuetan, dosi honetan: 7,5 mg/egun^{15,17}. Beroaldiak murriztu ditzake: gutxi gorabehera beroaldi bat gutxiago egunean tratamenduan hasi eta 4-8 asteren ostean. Ez da egokia tamoxifenoa hartzen duten emakumeen kasuan, CYP2D6 bidez metabolito aktibo bihurtzea blokeatzen baitu. Nolabaiteko efikazia erakutsi duten beste SBIS batzuk dira: benlafaxina, desbenlafaxina, zitaloprama eta eszitaloprama. Baina sertralina eta fluoxetina ez dirudi plazeboa baino efikazagoak direnik. SBIS/SNBI batekin asmatzen ez bada, hauxe gomendatzen da: beste SBIS/SNBI batekin probatzea, beste sendagai mota bati heldu aurretik¹⁷. Ez dago frogaririk SBISek edo SNBIek gogo-aldarte baxua arintzen dienik depresioa diagnostikatu ez zaien emakume menopausikoei³.
- Gabapentina. Azterketa batean, egunean 2 beroaldi inguru murriztu zituen, 8 asteko tratamenduaren ondoren¹⁸. Antidepressiboen ordezkari aukera bat izan daiteke gauetako izerdiak dituzten emakumeetan; egunean dosi bakarra administratu behar da, oheratzerakoan. 100 mg-rekin has daiteke, oheratu baino ordu bate lehenago hartuz, eta hiru gauetik behin 100 mg handitu dosia, beroaldiak arindu arte, edo bigarren mailako ondorioen arabera, gehienez ere 900 mg/egun hartu arte. Dosi handiak mugatuta daude bigarren mailako ondorioengatik (buruko mina, zorabioak eta desorientazioa...). Pregabalina, eguneko 300 mg-ko dosian, gabapentinaren ordezkari aukera izan daiteke, beroaldietarako duen eraginari buruzko azterketa gutxiago ditu eta garestiagoa da¹⁷.
- Klonidina. Zenbait saiakuntza egin dira –emakume gutxiarekin–, eta efikazia txikia erakutsi du horietan. Erabilera mugatua du, nolako bigarren mailako ondorioak dituen kontuan hartuta (aho lehorra, zorabioak, idorreria eta sedazioa). Dosi hau erabiltzen da: egunean 0,1 mg eta 1 mg artean, dosi zatituetan^{17,18}.
- Oxibutinina. Plazeboa baino efikazagoa dela erakutsi du dosi honetan: 5-10 mg/egun. Ez dakigu zer efikazia erlatibo duen beste aukera batzuekin alderatuta. Efektu antikolinergiko garrantzitsuak ditu, eta ez da gomendatzen epe luzera erabiltzea^{17,21}.

- E bitamina. Aukera bat izan daiteke beroaldi arinak dituzten emakumeetan, dosi txikietan ondo onar-tzen delako eta ez delako toxikotasunarekin erlazionatzen. Plazeboarekin alderatuta, alde marjinal bat erakutsi du beroaldien maiztasuna murrizteari dagokionez, eta ez dirudi klinikoki garrantzitsua denik^{17,18}.
- Fezolinetant bezalako NK3Rren antagonistak. Ikuspegi ez-hormonal bat erakutsi dezake beroaldien tra-tamendurako. Hala ere, saiakuntza gehiago behar dira efikazia eta segurtasuna balioesteko¹⁷.

Menopausia ondoko emakume gehienetan beroaldiak pixkanaka tratamendurik gabe desagertzen direnez, sendagai guztiak berriz ere ebaluatu behar dira arrazoizko denbora-epe baten ondoren, hau da, urtebete edo bi urteren ondoren. Batez ere, SBIS/SNBlen kasuan, pixkanaka murriztu behar dira abstinentsia-sintomak saihesteko.

IZAR-GONGOILAREN BLOKEOA

Aurretiazko ikerketek aditzera ematen dute izar-gongoilaren blokeoak beroaldi moderatu eta biziak arindu ditzakeela¹⁷.

Bularreko minbizia izan eta beroaldiak dituzten emakumeentzako farmakoak¹⁷

Bularreko minbizia duten emakumeek arazo gehiago dituzte beroaldiekin beste emakume batzuek baino, besteak beste arrazoi hauengatik: estrogenoak nahiko azkar gutxitzen dira kimioterapiaren ondorioz, eta horrek obulutegiaren hutsegite goiztiarra eragiten du. Gainera, menopausiaren ondoren diagnostikatutako bularreko minbizia duten emakume askok tamoxifenoa hartzen dute, zeina beroaldiekin erlazionatzen baita. Aromatasaren inhibitzaileek ere eragiten dituzte beroaldiak, baina ez dira hain ohikoak eta biziak izaten.

Bularreko minbiziaren aurrekariak dituzten emakumeen kasuan, estrogeno sistemikoen bidezko tratamenduak ez dira egokiak izaten. Antidepressiboei dagokionez, nahiago dira benlafaxina, zitaloprama edo duloxetine paroxetina edo fluoxetine baino (CYP2D6aren inhibitzaile indartsuak, tamoxifenoaren metabolismoan eragin dezaketenak). SBISek ez dute eragozten aromatasaren inhibitzaileen metabolismoa. Gauzez bereziki sintomatikoak diren beroaldiak badi-tuzte, gabapentina-dosi gero eta handiagoetan administrazioa daiteke, oheratzeko garaian soilik hartzekoak. Aurretiaz-ko azterlanen batek aditzera ematen duenez, bularreko minbizia duten emakumeen beroaldiak murriztu ditzake oxibutininak, 12 orduan behin 2,5-5 mg-ko dosietan²¹.

2. taula. Menopausiaren sintoma basomotorretarako sendagaiak

Printzipio aktiboa	Agerpena	Dosifikazioa:	Marka komertziala
Estrogenoak			
ESTRADIOLA	Ahotiko konprimatua	1mg; 2mg	Estradiol Meriestra® Progynova®
	Txaplata transdermikoa	0,025; 0,0375; 0,05; 0,075; 0,1 mg/24h	Estraderm matrix® Estradot® Evopad® (F)
	Lainoztatzeko disoluzioa	1,53 mg/dosi	Lenzetto® (F)
	Larruazaleko gela	60 mg /100 g	Oestraclin®
Progestagenoak			
MEDROXI- PROGESTERONA	Ahotiko konprimatua	5 mg eta 10 mg	Progevera® (F)
NORETISTERONA	Ahotiko konprimatua	5 mg eta 10 mg	Primolut-Nor® (F)
PROGESTERONA	Kapsula biguna, ahotik eta baginatik	100 mg eta 200 mg	Progeffik® (F, 100 mg) Utrogestan® (F, 100 mg)
Estrogenoak progestagenoekin konbinatuta			
ESTRADIOLA + ZIPROTERONA	Ahotiko konprimatua (sekuentziala: zuria eta arrosa)	2 mg estradiol (11 konprimatu zuria), 2 mg estradiol + 1 mg ziproterona (10 konprimatu arrosa), 7 egun/hilean, tratamendurik gabe	Climen® (F)

Printzipio aktiboa	Agerpena	Dosifikazioa:	Marka komertziala
ESTRADIOLA + DIENOGESTA	Ahotiko konprimatua	2 mg estradiol + 2 mg dienogest	Climodien® (F)
	Ahotiko konprimatua	1 mg estradiol + 2 mg dienogest	Velbienne®
ESTRADIOLA + DROSPIRENONA	Ahotiko konprimatua	1 mg estradiol + 2 mg drospirenona	Angeliq®
ESTRADIOLA + MEDROXI-PROGESTERONA	Ahotiko konprimatua (sekuentziala: zuria eta urdina)	2 mg estradiol (11 konprimatu zuri), 2 mg estradiol + 10 mg medroxi-progesterona (10 konprimatu urdin), 7 egun/hilean, tratamendurik gabe	Perifem® (F)
ESTRADIOLA + NORETISTERONA	Ahotiko konprimatua	1 mg estradiol + 0,5 mg noretisterona	Activelle® (F)
	Ahotiko konprimatua	0,5 mg estradiol + 0,1 mg noretisterona	Eviana®
	Ahotiko konprimatua (sekuentziala: gorria eta zuria)	1 mg estradiol (16 konprimatu gorri), 1 mg estradiol + 1 mg noretisterona (12 konprimatu zuri),	Duofemme® (F)
	Ahotiko konprimatua (sekuentziala: urdina, zuria eta gorria)	2 mg estradiol (12 konprimatu urdin), 2 mg estradiol + 1 mg noretisterona (10 konprimatu zuri), 1 mg estradiol (6 konprimatu gorri),	Trisequens®
	Txaplata transdermikoa	I. fasea: 0,05 mg/h/24h estradiol/ txaplata II. fasea: 0,05 mg estradiol + 0,25 mg noretisterona/24h	Estalis sequidot® (F)
ESTRADIOLA + NORGESTRELA	Ahotiko konprimatua	2 mg estradiol (11 konprimatu zuri), 2 mg estradiol + 0,5 mg norgestrel (10 konprimatu marroi), 7 egun/hilean, tratamendurik gabe	Progyluton® (F)
ESTRADIOLA + PROGESTERONA	Ahotiko kapsula biguna	1 mg estradiol + 100 mg progesterona	Bijuva®
ESTROGENO KONJUGATUAK + BAZEDOXIFENO	Ahotiko konprimatua	0,45 mg estrogeno konjugatu + 20 mg bazedoxifeno	Duavive® (F)
Beste hormona-aukera batzuk			
TIBOLONA	Ahotiko konprimatua	2,5 mg	Boltin® (F) Tibicare® (F) Tibocina® (F) Tibolona EFG® (F)
Farmazietan eskuragarri dauden beste substantzia batzuk			
<i>Cimicifuga racemosa</i>	Ahotiko konprimatua	20 mg	Mensifem® Remifemin®

HORMONA-TRATAMENDU SISTEMATIKOAREN (HTS) SEGURTASUNA

WHI saiakuntzek (Women's Health Initiative) erakutsi zutenez –menopausia ostean ziren 27.000 bat emakumek parte hartu zuten, 63 urtekoak batez beste–, progestagenoekin lotutako estrogeno bidezko hormona-trata-

mendu sistemikoa (HTS)²² edo monoterapien egiten dena²³ gehiegizko arrisku hauekin lotzen zen: kardiopatia koronarioa, istripu zerebrobaskularra, tronboenbolismo benosoa eta bularreko minbizia. Horren ondorioz, osasungintzako agintaritzek **informazio-alertak** argitaratu zituzten, eta HTSa erabiltzeari utzi zitzaion gaixotasun koronarioaren eta osteoporosiaren prebentziorako. Izan ere, indikazio horietarako erabili zen aurretik datu epidemiologikoetan oinarrituta, ematen baitzuten estrogenoek bihotza eta hezurak babeste zituztela. Arriskua handitu arren, geroa egindako beste azterketa batean²⁴ ez zen alde nabarmenik hauteman HTSarekin kausa guztiengatik hilkortasunari, hilkortasun kardiobaskularrari eta minbiziagatik hilkortasunari dago-kionez.

WHI azterketei kritikatu zaie ez zutela ordezkatu menopausiaren sintomak hasi ohi diren adin-taldea (45-55 urte bitartekoak), azterketa horietan 60 urtetik gorako emakumeen ehuneko handiak hartu zuelako parte (% 75). HTSa 50 urterekin hasten duten emakumeek izango dituzten arrisku eta onura absolutuen kalkuluak argitaratu dira. Oro har, kalkulu horietan, arrisku-onuraren profila hobea da 50-59 urte bitarteko emakumeentzat emakume zaharragoentzat baino. Alde horren azalpen nagusia da kardiopatia koronarioa, istripu zerebrobaskularra, tronboenbolismo benosoa eta bularreko minbizia izateko arrisku basala txikiagoa dela menopausia osteko emakume gazteetan. Saiakuntza kliniko batzuetan, azpitaldeen edo tarteko aldagaien analisek iradokitzen dute arriskuak WHI saiakuntzetan ikusitakoak baino txikiagoak izan daitezkeela²⁵.

Hori guztia kontuan hartuta, bai, halaber, HTSa menopausiaren sintometarako eraginkorra dela, alternatiba efikazik ez dagoela eta emakume askok beren bizi-kalitateari eragiten dioten beroaldi moderatu eta biziak izaten dituztela, zenbait klinikok HTSa gomendatzen diete tratamendu hori kontraindikaturik ez duten emakumei, jakinarazita arrisku absolutuak haien kasuan txikiagoak direla. Kontuan izan behar da arrisku horiek balioespenetan oinarritzen direla, eta estrogenoen eta progestagenoen konbinazioak eragiten duen gehiegizko arriskuak iraun egiten duela (ikus 3. taula).

3. taula. Gehiegizko arriskua, estrogeno eta progestageno bidezko 5 urteko tratamenduarekin (gertakari-kop.: 1.000 emakume/urte)

Estrogenoak + progestagenoak	WHI saiakuntza (50-79 urte; 63,3 urte, batez beste) ²²	WHI saiakuntzaren balioespena, 50-59 urterekin hasita ²⁵ (WHIaren datuetan oinarrituta)	Balioespen eguneratua, 50 urterekin hasita ¹⁹ (metaanalisiaren datuetan oinarrituta)	Balioespen eguneratua Arriskua, guztira, 50-69 urtekoen artean, HTSa 50 urterekin hasten bada ¹⁹ (metaanalisiaren datuetan oinarrituta)
Gehiegizko arrisku absolutua				
Kardiopatia koronarioa	+7	+2,5	0	0
Istripu zerebrobaskularra/iktusa	+8	+2,5	+1	+3
Biriketako enbolismoa	+8	+3		
Tronboenbolismo benosoa			+7	+10
Bularreko minbizi inbaditzaileak	+8	+3	+8 (*)	+17 (\$)
Obulutegiko minbizia			+<1	+<1
Arrisku-murrizketak				
Kolon eta ondesteko minbizia	-6	-0,5		
Aldaka-hausturak	-5	-1,5	0	0

(*) +7 progestageno sekuentzialak badira, eta +10 jarraituak badira. (\$) +14 progestageno sekuentzialak badira, eta +20 jarraituak badira.

Progestagenorik gabeko estrogenoen erabilera bularreko minbiziaren eta tronboenbolismo benosoaren gehiegizko arrisku txikiagoekin eta endometriko minbizia izateko arrisku handiagoekin lotzen da. Datu hauek eta 10 urteko tratamenduarekin lotutako arriskuak esteka hauetan kontsulta daitezke:

- 1. taula: Summary of HRT risks and benefits during current use and current use plus post-treatment from age of menopause up to age 69 years, per 1000 women with 5 years or 10 years use of HRT. Hemen eskuragarri: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5d680409e5274a1711f6e65a/Table1.pdf>
- 2. taula: Detailed summary of relative and absolute risks and benefits during current use from age of menopause and up to age 69, per 1000 women with 5 years or 10 years use of HRT. Hemen eskuragarri: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5d680384ed915d53b8ebdba7/table2.pdf>

2019an azterlan epidemiologiko prospektiboen metaanlisi bat²⁶ argitaratu zen, eta egile batzuek HTSaren eta bularreko minbiziaren arteko loturari buruz dituzten kezak berraktibatu ditu analisi horrek. Batez beste 65 urterekin bularreko minbizia diagnostikatu zitzairen 100.000 emakume baino gehiagoren kasuak sartu ziren. Epe luzerako jarraipena egin zitzairen, bai HTSrik jaso ez zuten emakumeei, bai jaso zutenei, iraupena alde batera utzita. 50 urterekin hasi ziren batez beste HTSarekin.

Metaanlisi horretan ikusi zen bularreko minbiziaren arriskua:

- Handitu egiten zela HTSaren erabilera-denbora luzatu ahala: gutxi, urtebete baino gutxiagoko esposizioarekin; % 60 (RR: 1,6; IC% 95: 1,5-1,7) estrogeno eta progestageno bidezko urte 1etik 4 urtera bitarteko tratamendu-aldietan, eta arriskua bikoiztu egiten zen (RR: 2,1; IC% 95: 2,0-2,2) 5-14 urteko esposizioaren ondoren. Arriskua gutxitu egiten zen tratamendua eteteen, nahiz eta 10 urte baino gehiago iraun etenal-diaren ondoren.
- Murriztu egiten zen tratamendua eteteen, baina 10 urte baino gehiago irauten zuen tratamendua eten eta gero.
- Ez zegoen lotuta tratamendua hasteko adinarekin (69 urterekin arriskua antzekoa zen, HTSa 40 urterekin hasi edo 50 urterekin).

HTS motari dagokionez, HTS mota guztiak lotu ziren bularreko minbizia izateko arrisku handiegiarekin, baginatiko dosi txikiko estrogenoak izan ezik. Arriskua handiagoa izan zen progestagenoekin batera hartutako estrogenoen konbinazioekin estrogenoekin bakarrik baino, batez ere progesterona egunerokoa bazen sekuentzialki hartu beharrean. Ez zen alderik ikusi progestageno motaren, estrogeno motaren eta administrazio-bidearen (ahotikoa edo transdermikoa) arabera.

Metaanlisi horri buruz nabarmendu behar da, WHI saiakuntza klinikoak ez bezala, behaketa-azterlanak izan direla, eta horrek muga bat dakarrela. Halaber, kritikatu da emakume gehienek estrogeno konjugatuak eta medroxiprogesterona azetatoa erabili zituztela, eta gaur egun estrogeno-dosi txikiagoak erabiltzen direla.

Bularreko minbiziaren arriskuen balioespenaren eguneraketa honekin, gehiegizko arrisku totalak (kardiobaskularrak eta minbizikoak, ikusi 3. taula) nabarmen handitzen dira, bai HTSa erabiltzen den bitartean, bai eten ondoren. Beraz, informazio hori menopausiaren sintomak arintzeko HTSa erabiltzen duten edo erabiltzea pentsatzen duten emakumeekin partekatu eta eztabaidatu beharko litzateke¹⁹.

IDEIA NAGUSIAK

- Menopausia bizitzaren etapa fisiologiko bat da, eta ez da gaixotasuntzat jo behar. Menopausiari lotutako era askotako sintomak daude.
- Sindrome genitourinarioari dagokionez, baginako hidratatzaileak eta lubrifikatzaileak dira aukera, eta, nahikoak ez badira, baginatiko estrogenoak.
- Plazeboak pazienteen % 50i murrizten dizkio beroaldiak.
- Sintoma basomotorretan, HTSa da tratamendurik eraginkorrena. Epe luzera estrogeno eta progestageno konbinazioa erabiltzeak, hasteko adina edozein dela ere, onura baino arrisku gehiago izan ditzake menopausia osteko emakumeetan (bularreko minbizia eta istripu kardiobaskularrak izateko arriskua).
- 50 urterekin bost urtean ahotik hartzeko HTS konbinatuta erabiltzeak esan nahi du bularreko minbiziaren kasu bat gehiago izango dela 69 urterekin, tratatutako 50 emakumeko. Arriskua bikoiztu egiten da 10 urtez erabiltzen bada.
- Sintoma menopausiko desatsegin eta ezgaitzaileak izanez gero, indibidualki balioetsi behar da HTSa, dosi efikaz txikiena emanez, eta aldian behin baloratuz, eta betiere tratamendua ahalik eta denborarik laburrenean emanda.

BIBLIOGRAFIA

1. Hickey M, Hunter M S, Santoro N, Ussher J. Normalising menopause BMJ 2022; 377 :e069369 doi:10.1136/bmj-2021-069369. Hemen eskuragarri: <https://www.bmj.com/content/377/bmj-2021-069369>
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Hemen eskuragarri: <https://portal.guialud.es/gpc/menopausia-postmenopausia/>
3. Newson L, Kirby M, Stillwell S, Hackett G, Ball S, Lewis R. Position Statement for Management of Genitourinary Syndrome of the Menopause (GSM). Hemen eskuragarri: <http://www.bssm.org.uk/wp-content/uploads/2021/03/GSM-BSSM.pdf>

4. Hamoda H, Mukherjee A, Morris E, et al. Joint position statement by the British Menopause Society, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Society for Endocrinology on best practice recommendations for the care of women experiencing the menopause. *Post Reproductive Health*. June 2022. doi:[10.1177/20533691221104879](https://doi.org/10.1177/20533691221104879). Hemen eskuragarri: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20533691221104879>
5. Foran T. Managing menopausal symptoms. *Aust Prescr* 2010;33:171-5. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2010.082>. Hemen eskuragarri: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/managing-menopausal-symptoms>
6. Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of menopause. Uptodate. Hemen eskuragarri: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause>
7. Bachmann G y Pinkerton, JV. Genitourinary syndrome of menopause (vulvovaginal atrophy): Treatment. Uptodate. Hemen eskuragarri: https://www.uptodate.com/contents/genitourinary-syndrome-of-menopause-vulvovaginal-atrophy-treatment?search=sequedad%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=1~133&usage_type=default&display_rank=1
8. Troubles liés à la ménopause. Actualisation Juin 2020. *Revue Prescrire*. 2020; (446):919-923.
9. Dynamed. Terapia de reemplazo hormonal (TRH) para la menopausia y la perimenopausia. Servicios de información de EBSCO. Hemen eskuragarri: <https://www.dynamed.com/management/hormonal-replacement-therapy-hrt-for-menopause-and-perimenopause>
10. Schaedel Zy Rymer J. Menopause care and over the counter vaginal oestradiol. *Lancet*. 2022;399(10343):2250-2252. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00952-7. Hemen eskuragarri: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673622009527?via%3Dihub>
11. Informe de Posicionamiento Terapéutico de Ospemifeno (Senshio®) en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal en mujeres postmenopáusicas con síntomas moderados a graves. Hemen eskuragarri: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-ospemifeno-Senshio.pdf?x57618>
12. Manson JE. Drugs for Menopausal Symptoms. *The Med Lett*. 2020; (62):124-128.
13. Informe de Posicionamiento Terapéutico de Prasterona (Intrarosa®) en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal en mujeres postmenopáusicas con síntomas moderados a graves. Hemen eskuragarri: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-prasterona-Intrarosa.pdf?x61620>
14. Manson JE. Prasterona (intrarosa) for dyspareunia. *Drugs for Menopausal Symptoms. The Med Lett*. 2017; (59):149-150.
15. Dynamed Menopause. Servicios de información de EBSCO. Hemen eskuragarri: <https://www.dynamed.com/condition/menopause>
16. Caruso S, Cianci S, Amore FF, Ventura B, Bambili E, Spadola S, et al. Quality of life and sexual function of naturally postmenopausal women on an ultralow-concentration estriol vaginal gel. *Menopause*. 2016; 23(1): 47-54.
17. Santen RJ, Loprinzi CL, Casper RF. Menopausal hot flashes. Hemen eskuragarri: https://www.uptodate.com/contents/menopausal-hot-flashes?search=hot%20flashes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
18. Bouffées de chaleur à la ménopause. *Revue Prescrire*. 2019; 39(428):434-440.
19. Hormone replacement therapy (HRT): further information on the known increased risk of breast cancer with HRT and its persistence after stopping. Hemen eskuragarri: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/hormone-replacement-therapy-hrt-further-information-on-the-known-increased-risk-of-breast-cancer-with-hrt-and-its-persistence-after-stopping>
20. Martin KA, UpToDate: Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy. Hemen eskuragarri: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-menopausal-symptoms-with-hormone-therapy?search=menopause&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
21. Oxybutynin for hot flashes in women with breast cancer. *Med Lett Drugs Ther*. 2019;61(1566):30-31
22. The Women's Health Initiative Steering Committee. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(3):321. Hemen eskuragarri: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195120>
23. The Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291(14):1701. Hemen eskuragarri: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/198540>
24. Manson JE. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause specific mortality. The women's health initiative randomized trials. *JAMA*. 2017; 318 (10) 927-938+ supplementary online content 9 pages.. Hemen eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5728370/>
25. Martin KA y Barbieri RL. UpTo Date Menopausal hormone therapy: Benefits and risks. Hemen eskuragarri: https://www.uptodate.com/contents/menopausal-hormone-therapy-benefits-and-risks?search=menopause&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
26. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *The Lancet*. 2019; ,394(10204): 1159-1168.

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2022ko abuztua

«INFAC buletina argitalpen elektroniko bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

Buletin hau horrela aipatu behar da: Nola kudeatu menopausiaren sintomak. INFAC. 2022;30(8):76-87.

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEren bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetza intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaram.es/Pages/CCAA.aspx#no-back-button>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure ESIko farmazialariei edo MIEZi edo infac@osakidetza.eus e-mailari.

Idazkuntza Batzordea: Iñigo Aizpurua¹, Miren Albizuri², Iciar Alfonso³, María Armendáriz⁴, Saioa Domingo⁴, Maitane Elola⁶, Arritxu Etxebarria⁴, Julia Fernández⁴, Isabel Fontán⁴, Leire Gil⁴, Ana Isabel Giménez⁴, Juan José Iglesias², Josune Iribar⁴, Nekane Jaio⁴, Itxasne Lekue⁴, M^a José López¹, Javier Martínez⁴, Lorena Martínez⁷, Mónica Martínez⁴, Teresa Morera⁵, Carmela Mozo⁴, Elena Olloquiegi⁴, Elena Ruiz de Velasco⁴, Rita Sainz de Rozas⁴, Inés San José⁴, Elena Valverde⁴, Miren Zubillaga².

1. CEVIMEko farmazialaria; 2. Familiako medikua; 3. Farmakologa klinikoa; 4. Lehen mailako farmazialaria; 5. Farmakologiako irakaslea (EHU); 6. Barne medikuntzako medikua; 7. Lehen mailako pediatra.



<https://www.euskadi.eus/informazioa/infac-buletina/web01-a2cevime/eu/>



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

