



ORIGINAL

Evaluación del impacto, los patrones de tratamiento y las percepciones de pacientes y clínicos de los síntomas vasomotores moderado-graves asociados a la menopausia en España



A. Cano^a, E. González Antona Sánchez^b, M. Scott^c y A. Ortiz Núñez^{b,*}

^a Universidad de Valencia, Instituto de Investigación Sanitaria (INCLIVA), Valencia, España

^b Astellas Pharma S. A., Madrid, España

^c Adelphi Real World, Bollington, Macclesfield, Reino Unido

Recibido el 30 de diciembre de 2022; aceptado el 6 de abril de 2023

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2023

PALABRAS CLAVE

Menopausia;
Síntomas
vasomotores;
Carga de la
enfermedad;
Satisfacción del
paciente;
Encuesta pacientes y
clínicos;
Calidad de vida

Resumen

Introducción: La menopausia puede originar distintos síntomas, siendo los vasomotores especialmente prevalentes y molestos. Este trabajo pretende conocer su impacto y los patrones/percepciones sobre el tratamiento en España, para lo que se han analizado las opiniones de clínicos y pacientes con síntomas vasomotores moderado-graves (SVM-MG).

Métodos: Estudio transversal descriptivo de la subpoblación española del Programa de Enfermedades Específicas de Adelphi-VMS™. Médicos de atención primaria y de Ginecología y Obstetricia seleccionaron las pacientes. Estas fueron invitadas a llenar una encuesta y los cuestionarios MENQOL y WPAI:SHP. Los datos se han presentado como porcentaje o media \pm desviación estándar.

Resultados: Un total de 32 médicos de Atención Primaria y Ginecología y Obstetricia completaron los formularios de registro para 241 mujeres, de las cuales 143 experimentaban SVM-MG. A pesar del impacto global reportado en el trabajo ($24,84\% \pm 17,49$ presentismo) y en la calidad de vida ($3,37 \pm 1,52$ MENQOL), solo el 53,85% de las mujeres eran tratadas. El tratamiento hormonal de la menopausia era el más prescrito (77,92%), seguido de los inhibidores de la recaptación de serotonina (32,47%). El 59% de los clínicos estaba muy o completamente satisfecho con el tratamiento hormonal de la menopausia, mientras que solo el 19% lo estaba con los inhibidores de la recaptación de serotonina. Pacientes y especialistas indicaron un nivel de satisfacción inferior al 38% en el control de los SVM.

Conclusiones: Los SVM-MG asociados a la menopausia tienen un importante impacto sobre la calidad de vida. Una mayor sensibilización en su manejo y mejores opciones terapéuticas contribuirían significativamente a mejorar la salud y bienestar de la mujer durante el climaterio.

© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aurora.ortiznunez@astellas.com (A. Ortiz Núñez).

KEYWORDS

Menopause;
Vasomotor symptoms;
Burden of illness;
Patient satisfaction;
Patient and clinician survey;
Quality of life

Analysis of the impact, patterns of care, and perspectives of patients and physicians about moderate-to-severe menopausal vasomotor symptoms in Spain**Abstract**

Introduction: Menopause generates different symptoms, among which vasomotor symptoms are especially prevalent and bothersome. The aim of this work was to determine their impact and the treatment patterns and perceptions in Spain by analyzing the opinions of physicians and patients with moderate-to-severe vasomotor symptoms (MS-VMS).

Methods: Descriptive cross-sectional study of the Spanish subpopulation from the Adelphi-VMS™ Disease-Specific Program. Primary Care and Gynecology and Obstetrics physicians selected the patients. These patients were invited to complete a survey and the MENQOL and WPAI:SHP questionnaires. Data are presented as percentage or mean \pm standard deviation.

Results: Overall 32 Primary Care and Gynecology and Obstetrics physicians participated in the study, enrolling 241 women, of whom 143 experienced MS-VMS. Despite the reported impact on global work ($24.84\% \pm 17.49$ presentism) and quality of life (3.37 ± 1.52 MENQOL score), only 53.85% of women with MS-VMS were treated. Menopausal hormone treatment was the most prescribed (77.92%), followed by serotonin reuptake inhibitors (32.47%). Fifty-nine percent of clinicians were very or completely satisfied with hormone treatment, whereas only 19% had this level of satisfaction with selective serotonin reuptake inhibitors. Less than 38% of patients and physicians were satisfied with the control of VMS.

Conclusions: Menopause-associated MS-VMS have an important impact on quality of life. Increased awareness about their management and better therapeutic options would significantly contribute to improving women's health and well-being during their climacteric period.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

Los síntomas vasomotores (SVM) son los más frecuentes en las mujeres durante la transición menopásica y en los años posteriores. A nivel mundial, el 57% de las mujeres con edades comprendidas entre los 40 y los 64 años ha reconocido haber tenido sofocos y/o sudores nocturnos¹. Estos síntomas se deben a un rápido aumento de la temperatura corporal con la consiguiente vasodilatación, y se cree que se producen debido a una alteración del sistema termorregulador hipotalámico en respuesta a la pérdida de estrógenos². De media, los SVM persisten de 4 a 5 años, pero en una cuarta parte de las mujeres pueden prolongarse hasta los 10 años^{3,4}.

Aunque la menopausia puede no causar problemas significativos para algunas mujeres, para otras puede ocasionar dificultades considerables tanto en su vida personal como en la laboral. Los SVM asociados a la menopausia tienen un impacto muy importante en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)^{5,6}. Las mujeres con SVM moderado-graves (SVM-MG) pueden tener problemas para dormir, fatiga, ansiedad y depresión^{7,8}, y varios trabajos respaldan su relación con un mayor riesgo cardiovascular^{9,10}.

Entre las diversas terapias disponibles, el tratamiento hormonal de la menopausia (TH) es el más eficaz para el manejo de los SVM-MG¹¹. Los TH con estrógenos o estrógenos asociados a un progestágeno se consideran seguros y efectivos en mujeres de bajo riesgo (sin cardiopatía coronaria subyacente ni antecedentes de cáncer de mama, menores de 60 años y que llevan menos de 10 años con la menopausia)^{11,12}. Su uso se resintió tras la publicación del

estudio *Women's Health Initiative* (Iniciativa para la Salud de las Mujeres¹³) en el 2002, debido a la preocupación ocasionada por los posibles riesgos asociados¹⁴. En general, esta inquietud ha generado que las mujeres consulten menos a su especialista cuando sufren un climaterio sintomático¹⁵, y ha podido disuadir a los profesionales de la salud de abordar convenientemente la menopausia.

Estudios previos han mostrado el impacto de los SVM asociados a la menopausia a escala mundial^{5,6,16}. El grado de afectación puede ser diferente según la etnia, el estado menstrual, el estilo de vida (hábito tabáquico, grado de actividad física) y el estatus socioeconómico¹⁷. Por ello, es importante conocer la realidad de las mujeres que tienen SVM en España para, así, sensibilizar sobre las necesidades no cubiertas y la importancia de un plan de salud de la mujer en esta etapa de la vida. Por tanto, el objetivo del presente análisis de datos de vida real ha sido explorar el impacto, las percepciones y la satisfacción con el tratamiento de las mujeres con SVM-MG asociados a la menopausia en España, e investigar las opiniones de los clínicos y las pacientes sobre su manejo.

Materiales y métodos

Diseño y población de estudio

Los datos se extrajeron de los *Disease Specific Programmes™* (Programas de Enfermedades Específicas) de Adelphi VMS II, en el cual se obtienen las perspectivas de médicos y pacientes mediante una metodología de encuesta, aportando información de la vida real¹⁸.

(Figura suplementaria 1). Los datos permitieron realizar un estudio transversal descriptivo de médicos de atención primaria (AP), especialistas de ginecología y obstetricia (GIN-OB) y sus pacientes, llevado a cabo en Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos entre febrero y octubre de 2020. Los *Disease Specific Programmes*TM permiten explorar muchas preguntas de investigación de forma objetiva desde la perspectiva del médico y del paciente, e incluyen 5 elementos de recogida de datos (Figura suplementaria 2). Toda la información fue recopilada de forma anónimizada y se trató con base en las leyes de protección de datos vigentes. Los resultados agrupados por región han sido publicados previamente⁶. El presente estudio analiza la subpoblación española.

Los médicos fueron identificados a partir de listas públicas de proveedores de atención sanitaria, seleccionados y examinados por entrevistadores sobre el terreno¹⁸. El estudio incluyó a médicos de AP y especialistas en GIN-OB de regiones geográficamente diversas, los cuales debían ser responsables de las decisiones de tratamiento y asistir a un mínimo de 3 mujeres con SVM a la semana en su consulta. A continuación, cada clínico completó su encuesta y el formulario de registro electrónico de 8 pacientes consecutivas de entre 40 y 65 años con SVM asociados a la menopausia clínicamente confirmados. A las mujeres candidatas se les revisó la historia clínica, y fueron invitadas a realizar una encuesta y a completar diversos cuestionarios validados. Todas las participantes otorgaron su consentimiento informado para que sus datos pudieran utilizarse en el estudio. El tamaño de la base de datos varía debido a la falta de datos y al componente voluntario de las encuestas de las pacientes. La recopilación de datos se llevó a cabo siguiendo las directrices de la Asociación Europea de Investigación del Mercado Farmacéutico¹⁸. La encuesta recibió adicionalmente la exención ética de la Junta de Revisión Institucional independiente de Occidente (número de registro 1-1258281-1).

Recogida de datos

Los datos recogidos a través de las encuestas a los clínicos incluían el número de pacientes con SVM asociados a la menopausia atendidas durante un periodo de 10 días, las características de los clínicos, los patrones de tratamiento, las preferencias, la importancia de los atributos asociados al tratamiento seleccionado/recomendado y la satisfacción con el tratamiento.

La información de las mujeres fue recopilada por los clínicos a través de la revisión de las historias clínicas. Incluía datos demográficos, síntomas/control de los síntomas, tratamientos prescritos, razones para la elección del tratamiento, factores de riesgo/enfermedades concomitantes y percepción de la gravedad de los SVM (leve, moderada o grave). Se estratificó la gravedad percibida por el clínico mediante la aplicación de unos criterios de clasificación específicos de percepción global (Tabla suplementaria 1).

Las encuestas dirigidas a las pacientes eran cumplimentadas de forma voluntaria. Recogieron información sobre datos demográficos, impacto de los SVM en la vida diaria, percepciones sobre el tratamiento y la satisfacción con el control de los síntomas¹⁸. Además, completaron el cuestionario de

CVRS específico para la menopausia *Menopause specific Quality of Life Questionnaire* (MENQOL) y el cuestionario de productividad laboral y deterioro de la actividad adaptado a los sofocos/sudores nocturnos *Working Productivity and Activity Impairment-Specific Health Problems* (WPAI:SHP)⁶.

Análisis estadístico

Se generaron estadísticas descriptivas para cada variable. La encuesta electrónica de los médicos y el formulario de registro de las pacientes no permitían que faltaran respuestas. Debido a que el cuestionario para las pacientes era voluntario, no todos los formularios de registro de pacientes cumplimentados por los médicos tenían cuestionarios de pacientes coincidentes. La integridad de los datos dependía de que las pacientes completaran la encuesta completa y correctamente. Se analizaron todas las respuestas disponibles utilizando el paquete estadístico Stata v16.1. Para las variables continuas (número de respuestas) y categóricas (frecuencias y proporciones) se usó la media \pm desviación estándar siempre que fue posible.

Resultados

Análisis de la población de estudio

Un total de 32 clínicos (AP y GIN-OB) completaron los formularios de registro para 241 pacientes con SVM confirmados, de las cuales 100 respondieron a los cuestionarios. Tras la valoración médica para determinar el nivel de gravedad de los SVM, el 41% de las pacientes fue clasificado con SVM leves, el 52% moderados y el 7% restante como graves. Para este estudio, solo se tuvieron en consideración las mujeres con afectación más grave (SVM-MG), que incluyó un registro de 143 pacientes, 58 de las cuales también habían llenado su propio formulario. La edad media de las mujeres incluidas en el estudio fue de $53,01 \pm 5,42$ años. Otras variables demográficas pueden encontrarse en la tabla 1. Para valorar el impacto de las morbilidades asociadas se usó el índice de comorbilidades de Charlson, y se obtuvo una puntuación media de $0,10 \pm 0,40$. La comorbilidad más destacada fue la ansiedad, con una afectación del 25,87% de los casos. El 12,59% de las mujeres tenía historia familiar de cáncer de mama y el 11,89% de enfermedad cardiovascular. El 34,27% de las pacientes reportaba inactividad física.

Diagnóstico clínico de los síntomas vasomotores y seguimiento de la paciente

En esta población, el diagnóstico de los SVM asociados a la menopausia fue realizado por los GIN-OB en un 57%, y en un 42% por los médicos de AP, y en ese momento las mujeres tenían una edad media de $49,65 \pm 4,89$ años. En el 82% de los casos, el diagnóstico por SVM se realizó el mismo día de la consulta. Para el seguimiento de las pacientes el porcentaje de GIN-OB subió hasta el 65,03%. Las mujeres afectadas visitaron una media de $2,37 \pm 1,83$ veces en el último año a su médico de AP por motivo de los SVM, mientras que consultaron a su GIN-OB una media de $1,45 \pm 0,88$ veces al año por las mismas razones.

Tabla 1 Características clínicas y demográficas de las pacientes con síntomas vasomotores asociados a la menopausia moderado-graves incluidas en el estudio (n = 143)

<i>Edad (años), media ± DE</i>	53,01 ± 5,42
<i>Edad inicio menopausia (años)^a, media ± DE</i>	49,03 ± 4,55
<i>Edad diagnóstico SVM^b, media ± DE</i>	49,65 ± 4,89
<i>IMC (kg/m²)^c, media ± DE</i>	24,91 ± 3,46
<i>Hábito tabáquico, n (%)^a</i>	
Fumadora activa	26 (18,71)
Exfumadora	32 (23,02)
Nunca ha fumado	81 (58,27)
<i>Características de las pacientes, n (%)</i>	
Historial de histerectomía	9 (6,29)
Historial de ooforectomía	7 (4,90)
Trastorno hemorrágico	3 (2,10)
Historia familiar de coágulos de sangre	7 (4,90)
Historia familiar de SVM severos	12 (8,39)
Historia familiar de cáncer de mama	18 (12,59)
Historia familiar de cáncer de útero	3 (2,10)
Historia familiar de enfermedad cardiovascular	17 (11,89)
Inactividad física	49 (34,27)
Ninguna	61 (42,66)
<i>Comorbilidades, n (%)</i>	
Ansiedad	37 (25,87)
Colesterol/hiperlipidemia	35 (24,48)
Hipertensión	29 (20,28)
Obesidad	21 (14,69)
Depresión	17 (11,89)
Ninguna	40 (27,97)
<i>Estatus laboral^c, n (%)</i>	
Actividad a tiempo completo	88 (61,97)
Actividad a tiempo parcial	14 (9,86)
Desempleada	11 (7,75)
Ama de casa	21 (14,79)
Jubilada	6 (4,23)
Inactiva por enfermedad	2 (1,40)

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; SVM: síntomas vasomotores.

^a n = 139.

^b n = 133.

^c n = 142.

Impacto de los síntomas vasomotores

El 94,37% de las mujeres eran laboralmente activas (tabla 1). Los resultados del WPAI:SHP indicaron que las mujeres afectadas nunca faltaron al trabajo por esa razón (0% de absentismo), pero sí experimentaron un deterioro de la productividad (21,67% ± 18,13 de presentismo), y el impacto global de los SVM-MG sobre el rendimiento laboral fue de 24,84% ± 17,49. En cuanto al impacto sobre actividades no laborables, fue mayor, con un valor de 33,15% ± 26,48.

Con base en las respuestas del MENQOL, la puntuación global fue de 3,37 ± 1,52 sobre 8 (a mayor puntuación, más impacto). Analizando cada una de las dimensiones que lo forman, el dominio vasomotor fue el de mayor peso, con una puntuación de 4,61 ± 1,67, seguido del dominio sexual (3,94 ± 2,18), el psicosocial (3,23 ± 1,97) y, por último, el físico (3,12 ± 1,59).

Prescripción terapéutica para la mejora de los síntomas vasomotores

A pesar de la gravedad de sus síntomas, a un 37,06% de las mujeres nunca se le había prescrito ninguna opción terapéutica, y el 9,09% no tomaba ninguna medicación, aunque lo había hecho previamente. Solo el 53,85% de las mujeres con SVM-MG recibía tratamiento en el momento de la realización de la encuesta, y la edad media en la que lo iniciaron fue de 50,48 años ± 4,10. De las 77 mujeres en tratamiento, el 77,92% recibían TH, el 5,19% un boidéntico de TH, el 32,47% recibían un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) y un 5,19% otro tipo de fármacos no incluidos en las categorías anteriores. Las mujeres podían estar recibiendo más de un tratamiento a la vez.

En cuanto a la actitud de la mujer hacia el tratamiento, de las 143 pacientes incluidas en el estudio, el 76% habían sido informadas por su médico de no tener antecedentes médicos que impidieran el uso de la TH, pero eran reacias a usarlo, y solo el 14% de las mujeres elegibles mostraron disposición a tomar el tratamiento. Con base en la revisión de los antecedentes de las pacientes, el 90% de la población era elegible para TH, mientras que el 10% lo tenían contraindicado.

Percepción clínica en la toma de decisiones terapéuticas

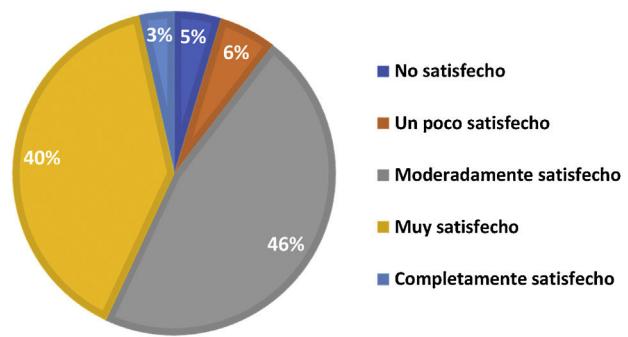
Según la respuesta de los clínicos (n = 32), globalmente los atributos más relevantes a la hora de escoger un tratamiento fueron en un 28,13% la seguridad a largo plazo, en un 21,88% el perfil favorable riesgo-beneficio, y en un 18,75% el alivio de otros síntomas relacionados con la menopausia.

Cuando se analizan las razones principales de los médicos para seleccionar el tratamiento actual de la paciente, de entre los 28 motivos proporcionados, los 5 atributos más importantes fueron el tratamiento de los sofocos, el tratamiento de los sudores nocturnos, el alivio de la sequedad vaginal, su buen perfil de tolerabilidad y el alivio de los trastornos del sueño (fig. 1A). El alivio de los SVM (sofocos y sudores nocturnos), la mejora de la libido y los cambios de humor/ansiedad destacaron como las áreas en común con margen de mejora del tratamiento para el TH y los ISRS (fig. 1B). Basándose en la experiencia con sus pacientes, los médicos apuntaron a una necesidad de mejora de la sequedad vaginal específicamente para el TH y el alivio de los trastornos del sueño para los ISRS (fig. 1B).

Control de síntomas y satisfacción terapéutica del clínico y de la paciente

Los clínicos mostraron un nivel de satisfacción moderado-alto con la terapia actual de la paciente (fig. 2). Cuando se evaluó el nivel general de satisfacción en función del tipo de terapia, se observaron diferencias entre los 2 tratamientos analizados (fig. 3). El 59% de los clínicos estaba muy satisfecho o completamente satisfecho con el TH, mientras que solo el 19% lo estaba con los ISRS. La principal razón de insatisfacción para la TH fue atribuida a la preocupación sobre

A



B

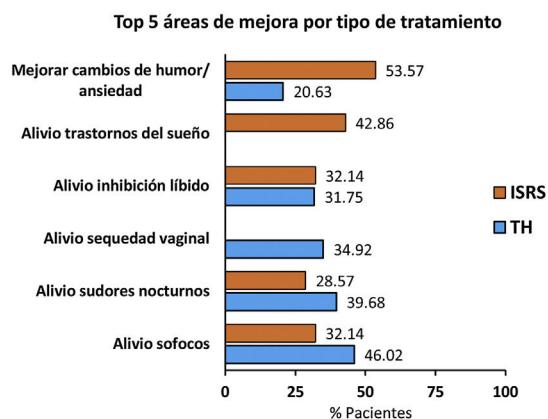


Figura 1 Las 5 principales razones declaradas por los clínicos para A) la elección del tratamiento (n = 77) y B) las áreas en las que es necesario una mejora en el tratamiento de los SVM (n = 63 TH; n = 28 ISRS). Se proporcionaron un total de 28 opciones de respuesta y se pidió a los médicos que seleccionaran todas las que aplicaran.

ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TH: tratamiento hormonal de la menopausia.

la seguridad o riesgo de cáncer de mama (68,97%), y para los ISRS, el control inadecuado de los SVM (38,46%).

Clínicos y pacientes reportaron un nivel de satisfacción en el control de los síntomas muy similar (35,66 vs. 37,74%, respectivamente). Mayores diferencias se detectaron cuando se valoró la insatisfacción con el tratamiento teniendo en cuenta si se había conseguido el mejor control posible (no

Figura 2 Nivel global de satisfacción del clínico con la terapia actual de la paciente (n = 86).

satisfactorio pero mejor opción disponible) o si un mejor control de los síntomas era posible (no satisfecho) (fig. 4).

Discusión

Nuestro estudio presenta la perspectiva de pacientes y clínicos sobre los SVM y los tratamientos relacionados. Más de la mitad de las mujeres que consultan al médico en España sufre SVM-MG, los cuales tienen un impacto considerable sobre la CVRS y las actividades diarias. Asimismo, casi la mitad de estas mujeres no está recibiendo tratamiento.

Según el *Study of Women's Health Across the Nation*, que comenzó en 1996 y que actualmente continúa activo, entre el 60 y el 80% de las mujeres experimenta SVM en algún momento de la transición menopáusica¹⁹. Una encuesta transversal de población en general mostró que la prevalencia global de SVM-MG era del 40%⁵. En este contexto, nuestro estudio muestra que el 59% de las mujeres que han acudido a un profesional sanitario experimenta SVM de forma moderada-grave. Esta estimación se halla incluso por debajo de la media europea publicada recientemente en el estudio global⁶, que reportó una afectación del 64,6% de las mujeres. Existen diferentes factores de riesgo para los SVM, entre los cuales destacan las variaciones étnico/raciales o factores socioeconómicos que no son modificables, mientras que otros sí son susceptibles de ser sometidos a una estrategia de prevención, como el estilo de vida o el índice de masa corporal¹⁰. Las características de las mujeres incluidas en el estudio son las esperables por su rango de edad²⁰, y destaca

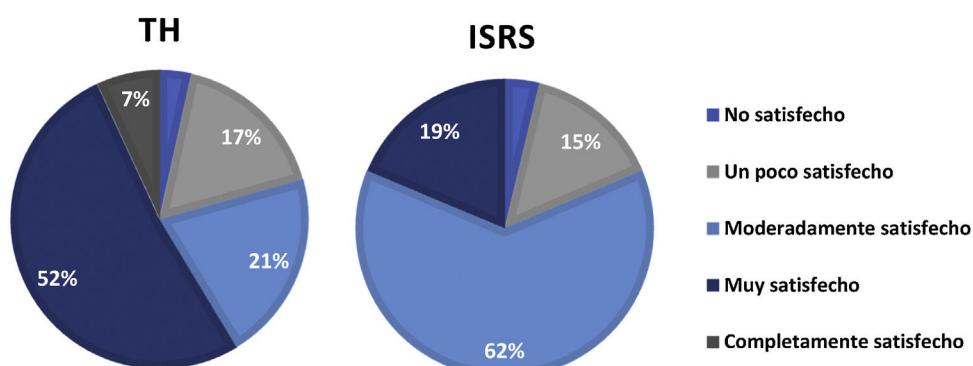


Figura 3 Nivel de satisfacción del clínico según el tipo de terapia (n = 29 TH; n = 26 ISRS).

ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TH: tratamiento hormonal de la menopausia.

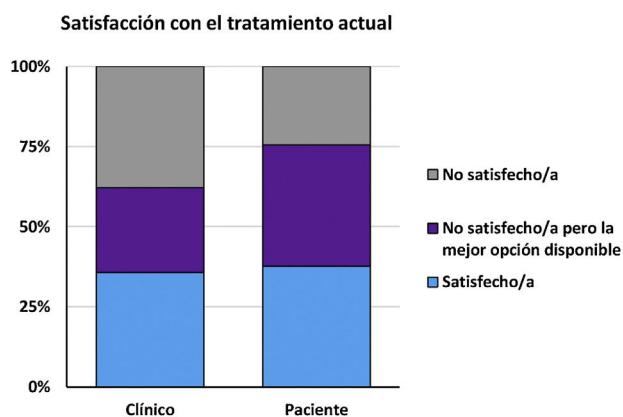


Figura 4 Nivel de satisfacción en el control de los síntomas del tratamiento actual según el clínico (n = 143) o según la paciente (n = 53).

que casi el 35% no realiza ningún tipo de actividad física. Las intervenciones en los estilos de vida orientadas a evitar la obesidad, realizar ejercicio físico y evitar el consumo de tabaco han demostrado que pueden reducir los SVM²¹. La menopausia es un momento ideal para evaluar la salud de una mujer y promover el autocuidado y hábitos saludables, una estrategia apoyada por las sociedades científicas²². Además, poner en marcha programas de formación sanitaria para mejorar el conocimiento sobre la menopausia y superar falsos mitos y creencias erróneas ayudaría a reducir los síntomas y las molestias asociadas^{23,24}.

Con el envejecimiento de la población activa, muchas mujeres trabajarán durante todo su climaterio. Hay pocos estudios que hayan analizado el impacto laboral de los SVM^{5,6,25}, y ninguno lo ha hecho a nivel nacional. Nuestro estudio demuestra que, a pesar de no causar absentismo, los SVM pueden afectar el rendimiento laboral (24,84%). De hecho, tener cualquier SVM se asocia con una mayor probabilidad de capacidad laboral pobre-moderada²⁵, y mujeres con síntomas severos durante la menopausia tienen 8,4 veces más probabilidad de declarar una baja capacidad de trabajo que sus homólogas sanas²⁶. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de esta realidad para mejorar el bienestar de las mujeres y su capacidad para seguir trabajando²⁷.

Otro punto fundamental ha sido investigar cómo la CVRS puede verse influida por la presencia de los SVM. El análisis del cuestionario MENQOL indicó unas puntuaciones de 4,61 y 3,94 para los dominios vasomotor y sexual, respectivamente, lo que se traduce en una repercusión considerable. Debido a que el estudio se focalizó en las mujeres con una afectación vasomotora moderada-grave, el impacto fue más elevado que el descrito en estudios más recientes, donde se analizó la población de mujeres menopáusicas en general^{5,6}. Significativamente, existen estudios que muestran que las mujeres con algún tipo de tratamiento mejoran la puntuación en los cuestionarios de CVRS²⁸. Por otra parte, las mujeres que obtuvieron una peor puntuación en los cuestionarios de CVRS son las que deciden con más frecuencia tratarse con TH²⁹. Estos datos indican que la afectación de la calidad de vida lleva a la mujer a iniciar el tratamiento con el fin de mejorar su bienestar global.

Nuestro estudio ha desvelado que solo el 58,53% de las mujeres con SVM-MG recibe tratamiento, y que menos del

38% de las pacientes y clínicos están satisfechos con el control de los síntomas, indicando una clara necesidad de más opciones terapéuticas. Trabajos previos realizados en España en mujeres posmenopáusicas mostraron que solo el 31,8% de ellas habían usado TH o fitoterapia³⁰. En nuestra investigación, aproximadamente el 43% de las pacientes tratadas estaba recibiendo TH y un 19% ISRS, un porcentaje que continúa siendo bajo teniendo en cuenta que son mujeres con SVM-MG que han buscado atención médica y que un 90% de ellas son elegibles para TH. Asimismo, el 76% de las pacientes incluidas en el estudio manifestó ser reacia al TH, lo que hace pensar que la poca información acerca de la medicación disponible puede estar funcionando de barrera para iniciar tratamiento para sus SVM.

Los estrógenos son el tratamiento más eficaz para aliviar los síntomas vasomotores¹². No obstante, en nuestro estudio ha sido identificado como área de mejora, reforzando la necesidad de otras opciones terapéuticas. Adicionalmente, los ISRS tienen una menor eficacia en el alivio de los SVM³¹, principal motivo de insatisfacción identificado en nuestro estudio. Hay que recordar que su uso no está autorizado para los SVM y pudiera estar destinado especialmente a mujeres con afectación emocional.

Nuestro estudio tiene una serie de limitaciones. El número relativamente pequeño de clínicos y, como consecuencia, de pacientes, puede limitar la generalización del estudio. Además, se trata de mujeres con SVM-MG que estaban recibiendo atención médica, lo que podría estar sobreestimando ciertas implicaciones. Entre las fortalezas del estudio destacan que se ha permitido explorar las perspectivas de pacientes y sus médicos, además de la comprensión del impacto de los SVM en la calidad de vida y en la productividad laboral de las pacientes. Todo ello ha aportado información muy valiosa, y ha puesto de manifiesto que sería necesario investigar una población más amplia para comprender mejor la afectación real de los SVM en la población general.

Conclusiones

Nuestro estudio ha ayudado a conocer la práctica clínica española en el manejo de los SVM y la carga sintomática real de las mujeres, con el fin de sensibilizar a todos los implicados hacia una mejora de la salud y el bienestar de la mujer durante esta etapa de la vida.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder de Adelphi Real World.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por Astellas Pharma Inc.

Autoría

Todos los autores contribuyeron en la redacción, realizaron una revisión crítica del contenido y aprobaron la versión final.

Conflictos de intereses

Aurora Ortiz Núñez y Elena González Antona Sánchez son empleadas de Astellas Pharma S. A. Antonio Cano ha participado en *advisory boards* de Theramex, Viatris y Astellas, y ha recibido honorarios por actividades educativas de Theramex, Viatris y Abbott. Megan Scott es empleada de Adelphi Real World.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración de la Dra. Miriam Ejarque y la Dra. Maria Giovanna Ferrario, de Medical Statistics Consulting S. L., en la preparación y edición del manuscrito.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gine.2023.100882](https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100882).

Bibliografía

1. Makara-Studzinska MT, Krys-Noszczyk KM, Jakiel G. Epidemiology of the symptoms of menopause - An intercontinental review. *Prz Menopauzalny*. 2014;13:203-11, [http://dx.doi.org/10.5114/pm.2014.43827](https://doi.org/10.5114/pm.2014.43827).
2. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The menopause transition: Signs, symptoms, and management options. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106:1-15, [http://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgaa764](https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764).
3. Col NF, Guthrie JR, Politi M, Dennerstein L. Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: A longitudinal study. *Menopause*. 2009;16:453-7, [http://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e31818d414e](https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31818d414e).
4. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med*. 2015;175:531-9, [http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8063](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8063).
5. Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen E, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: Prevalence and quality of life burden. *Menopause*. 2021;28:875-82, [http://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000001793](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001793).
6. Stute P, Cano A, Thurston RC, Small M, Lee L, Scott M, et al. Evaluation of the impact, treatment patterns, and patient and physician perceptions of vasomotor symptoms associated with menopause in Europe and the United States. *Maturitas*. 2022;164:38-45, [http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.06.008](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.06.008).
7. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Robinson PJ, Davis SR. Moderate-severe vasomotor symptoms are associated with moderate-severe depressive symptoms. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26:712-8, [http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2016.6142](https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6142).
8. Whiteley J, Wagner JS, Bushmakin A, Kopenhafer L, Dibonaventura M, Rackett J. Impact of the severity of vasomotor symptoms on health status, resource use, and productivity. *Menopause*. 2013;20:518-24, [http://dx.doi.org/10.1097/GME.0b013e31827d38a5](https://doi.org/10.1097/GME.0b013e31827d38a5).
9. El Khoudary SR, Thurston RC. Cardiovascular implications of the menopause transition: Endogenous sex hormones and vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018;45:641-61, [http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2018.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.07.006).
10. Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: Findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011;38:489-501, [http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2011.05.006](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2011.05.006).
11. Yuksel N, Esvaniuk D, Huang L, Malhotra U, Blake J, Wolfman W, et al. Guideline No. 422a: Menopause: Vasomotor symptoms, prescription therapeutic agents, complementary and alternative medicine, nutrition, and lifestyle. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43:1188-204.e1, [http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2021.08.003](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.08.003).
12. Grant MD, Marbella A, Wang AT, Pines E, Hoag J, Bonnell C, et al. *Menopausal symptoms: Comparative effectiveness of therapies*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2015. Report No.: 15-EHC005-EF.
13. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:321-33, [http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.3.321](https://doi.org/10.1001/jama.288.3.321).
14. Gartoulla P, Worsley R, Bell RJ, Davis SR. Moderate to severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for women aged 60 to 65 years. *Menopause*. 2018;25:1331-8, [http://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000001237](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001237).
15. Crawford SL, Crandall CJ, Derby CA, El Khoudary SR, Waetjen LE, Fischer M, et al. Menopausal hormone therapy trends before versus after 2002: Impact of the Women's Health Initiative Study Results. *Menopause*. 2018;26:588-97, [http://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000001282](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001282).
16. English M, Stoykova B, Slota C, Doward L, Siddiqui E, Crawford R, et al. Qualitative study: Burden of menopause-associated vasomotor symptoms (VMS) and validation of PROMIS Sleep Disturbance and Sleep-Related Impairment measures for assessment of VMS impact on sleep. *J Patient Rep Outcomes*. 2021;5:37, [http://dx.doi.org/10.1186/s41687-021-00289-y](https://doi.org/10.1186/s41687-021-00289-y).
17. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol*. Sep 1 2000;152:463-73, [http://dx.doi.org/10.1093/aje/152.5.463](https://doi.org/10.1093/aje/152.5.463).
18. Anderson P, Benford M, Harris N, Karavali M, Piercy J. Real-world physician and patient behaviour across countries: Disease-Specific Programmes - A means to understand. *Curr Med Res Opin*. 2008;24:3063-72, [http://dx.doi.org/10.1185/03007990802457040](https://doi.org/10.1185/03007990802457040).
19. Gold EB, Colvin A, Avis N, Bromberger J, Greendale GA, Powell L, et al. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of women's health across the nation. *Am J Public Health*. 2006;96:1226-35, [http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.066936](https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.066936).
20. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education. *Lancet*. 2012;379:843-54, [http://dx.doi.org/10.1016/j.laneuro.2012.02.020](https://doi.org/10.1016/j.laneuro.2012.02.020).

- education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37–43, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).
21. 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. [consultado Ago 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_571_Menopausia_AETSA_compl.pdf. Acceso Ago 2022.
22. Lambrinoudaki I, Armeni E, Gouliis D, Bretz S, Ceausu I, Durmusoglu F, et al. Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas*. 2022;163:1–14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.04.008>.
23. Baquedano L, Fasero M, Gabasa L, Coronado P, Presa J, Mendoza N, et al. What do Spanish women know about menopause? COMEM study. *J Obstet Gynaecol*. 2022;42:1448–54, <http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2021.1998892>.
24. Baquedano L, Espiau A, Fasero M, Ortega S, Ramirez I, Mendoza N, COMEM Study Spanish investigators. Beliefs, knowledge and the impact of COVID19 on menopause therapies in Spanish women: COMEM-treatment study. *BMC Womens Health*. 2020;20:277, <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-020-01151-x>.
25. Gartoulla P, Bell RJ, Worsley R, Davis SR. Menopausal vasomotor symptoms are associated with poor self-assessed work ability. *Maturitas*. 2016;87:33–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.003>.
26. Geukes M, van Aalst MP, Robroek SJ, Laven JS, Oosterhof H. The impact of menopause on work ability in women with severe menopausal symptoms. *Maturitas*. 2016;90:3–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.05.001>.
27. Rees M, Bitzer J, Cano A, Ceausu I, Chedraui P, Durmusoglu F, et al. Global consensus recommendations on menopause in the workplace: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*. 2021;151:55–62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.06.006>.
28. Sánchez Borrego R, García-García P, Mendoza N, Soler López B, Álamo González C. Evaluación de la calidad de vida en la mujer menopáusica mediante la escala Cervantes: impacto del tratamiento en la práctica clínica. *Prog Obstet Ginecol*. 2015;58:177–82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.12.004>.
29. Fasero M, Hernandez A, Varillas-Delgado D, Coronado PJ. Women with low quality of life by Cervantes-short form scale choose menopausal hormone therapy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;252:43–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.019>.
30. Mendoza N, Hernandez C, Cornellana MJ, Carballo A, Llaneza P, Harvey X, et al. Factors determining the use of hormonal therapy and phytotherapy in Spanish postmenopausal women. *Climacteric*. 2016;19:375–80, <http://dx.doi.org/10.1080/13697137.2016.1183625>.
31. Shams T, Firwana B, Habib F, Alshaharani A, Alnouh B, Hassan M, et al. SSRIs for hot flashes: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Gen Intern Med*. 2014;29:204–13, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2535-9>.