ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN CLIMATERIO

Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

DGPS
DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS DE SALUD

DIRECCIÓN DE
SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

GOBIERNO
NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Autoridades

Dr. Julio César Borba Vargas
Ministro

Dra. Lida Mercedes Sosa Argüello
Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud

Dr. Víctor Hernán Martínez Acosta
Viceministro de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social

Dra. Patricia Veiluva Argüello
Directora General de Programas de Salud

Dr. Cesareo Saldívar Patiño
Director de Salud Sexual y Reproductiva

FICHA TÉCNICA

Profesionales que participaron en el Proceso de Elaboración y Validación:

Equipo Técnico Redactor
Dra. Lida Sosa, Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud
Dra. Karen Díaz, Jefa de Gabinete del Viceministerio de Rectoría y de Vigilancia de la Salud

Equipo Técnico de Validación (primera y segunda)

Dirección General de Programas de Salud - Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Patricia Veiluva
Dr. Cesareo Saldívar
Dra. Cynthia Díaz
Dra. Andrea Díaz
Lic. Carmen Santacruz
Lic. Liliana López
Dra. Mía Park
Silvia Ramos
Lic. Susana Recalde
Lic. Liz Escribano

Dirección de Salud Mental
Lic. Ana Vera
Lic. Walter Caballero

Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas - DINASAPI
Lic. Beatriz Martínez

Centro Materno Infantil del Hospital de Clínicas – Facultad de Ciencias Médicas -UNA y Federación Paraguaya de Ginecología y Obstetricia
Dra. Blanca Lila Fretes
Dra. Lisa Airaldi
Dr. Oscar Ruiz
Dr. Joaquín Galeano

Instituto Nacional del Cáncer (INCAN)
Dr. Jorge Alvarenga
Hospital General de Barrio Obrero
Dra. Sara Ferrari

Hospital Materno Infantil San Pablo
Dr. Vicente Acuña
Dr. Miguel Porzio
Dra. Belinda Barrientos
Dr. Gustavo Britez

Hospital Nacional de Itaugua
Dra. Gladys Vázquez
Dra. Maribel Báez
Dra. Valeria Sanabria
Dra. Lourdes Santacruz
Dr. Jorge Arce

Instituto Nacional de Cardiología "Prof. Dr. Juan Adolfo Cattoni" - Hospital Militar San Jorge
Lic. Gladys Chamorro

Hospital Central de Polícia Rigoberto Caballero
Dra. Shirley Cardozo
Dra. Diana Garcete
Dra. Juana Espinoza
Dra. Cynthia Machuca

Hospital Materno-Infantil Reina Sofía - Cruz Roja Paraguaya
Dra. Andrea Villalba
Dra. Karen Fuenmayor
Dra. Eva Guerrero
Dra. María Andrea Lezcano

Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud - DNERHS
Dr. Diego Núñez

Laboratorio Central de Salud Pública
Dra. Verónica Villalba
Dra. María Vera

Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA
Dra. Adriane Salinas Bomfim - Oficial de Salud Sexual y Reproductiva

Es propiedad:
©Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción, Paraguay
Febrero 2023

Están autorizadas la reproducción y la divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto, no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

Edición: Emilce Galeano
Diseño: Goiriz Imagen & Cía.
Tirada: 1.000 ejemplares
ISBN: 978-99925-11-34-3

CONTENIDO

RESOLUCIÓN S.G. Nº 10
PRESENTACIÓN 13
INTRODUCCIÓN 14
SIGLAS 16
MARCO JURÍDICO 17
CAPÍTULO 1 / DEFINICIONES 20
FACTORES MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES QUE INFLUYEN EN LA EDAD DE APARICIÓN DE LA MENOPAUSIA Y EN EL SÍNDROME CLIMATÉRICO 21
CAPÍTULO 2 / MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO 22
SÍNTOMAS 24
CAPÍTULO 3 / EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO 25
RECOMENDACIONES BÁSICAS 26
ADAPTACIÓN DEL MENOPAUSE RATING SCALE (MRS) 28
EXPLORACIÓN Y EXÁMENES A SER SOLICITADOS ANUALMENTE 29
OTROS ESTUDIOS 30
CITAS DE CONTROL 34
FRECUENCIA DE CONTROLES 34
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 34
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 35
CAPÍTULO 4 / ACCIONES PROMOCIONALES Y PREVENTIVAS ORIENTADAS A MUJERES EN CLIMATERIO 36
ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LAS MUJERES EN CLIMATERIO 36
BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN 36
ACTIVIDAD FÍSICA 36
CONSEJERÍA EN CONSULTA DE CLIMATERIO 38
CAPÍTULO 5 / TERAPIAS FARMACOLÓGICAS 40
TERAPIAS FARMACOLÓGICAS HORMONALES Y NO HORMONALES 40
TRATAMIENTO NO HORMONAL 40
AGENTES NO HORMONALES FARMACOLÓGICOS 41
AGENTES NO HORMONALES NO FARMACOLÓGICOS 42
ESQUEMAS DE TERAPIA HORMONAL PARA LA MENOPAUSIA (THM) 44
ESTRÓGENOS EN THM 46
PROGESTÁGENOS UTILIZADOS 46
THM EN SITUACIONES ESPECIALES 47
METABOLISMO HIDROCARBONADO 48
DIABETES 48
HUMOR, COGNICIÓN, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 48
SEGURIDAD DE LA TERAPIA HORMONAL 48
RIESGOS 48
CONTRAINDICACIONES 49
EFECTOS COLATERALES NO GRAVES 49
TERAPIA NO ESTROGÉNICA 50
TRATAMIENTO DEL SINDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA 51
OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS 53
DROGAS ANTIRRESORTIVAS 54
BIFOSFONATOS 54
ALENDRONATO 55
IBANDRONATO 55
RISEDRONATO 55
ZOLEDRONATO 55
MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS 56
BAZEDOXIFENO 56
HORMONA PARATIROIDEA 56
RANELATO DE ESTRONCIO 56
DENOSUMAB 57
CAPÍTULO 6 / ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y THM 58
THM EN MUJERES CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES 60
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR 60
COAGULACIÓN, TROMBOEMBOLISMO VENOSO Y THM 62
CAPÍTULO 7 / DESEO GESTACIONAL EN LA PERIMENOPAUSIA 63
NECESIDAD DE ANTICONCEPCIÓN 63
ASPECTOS A CONSIDERAR 63
ELECCIÓN Y UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 64
ANTICONCEPCIÓN NO HORMONAL 65
DIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL 67
MÉTODOS DE BARRERA 67
ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA 67
INTERRUPCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN 68
CAPÍTULO 8 / TERAPIA HORMONAL Y CÁNCER 70
BIBLIOGRAFÍA 72

RESOLUCIÓN S.G. Nº

"Bicentenario de la Epopeya Nacional 1864 – 1870"

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 267.-

POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN CLIMATERIO", Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN.

Asunción, 05 de junio de 2023.-

VISTO:

La nota D.G.P.S. Nº 91, de fecha 26 de abril de 2023, presentada por la Dirección General de Programas de Salud, por medio de la cual manifiesta que el documento propuesto surge ante el desafío de mejorar la salud y la calidad de vida de la mujer adulta, en la etapa que va desde la declinación de la fertilidad hasta los 60 años o más, y que el mismo es fruto de un trabajo multidisciplinario e interinstitucional que pretende plasmar un enfoque integral de salud con recomendaciones concretas y basadas en la mejor evidencia posible; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la República del Paraguay, en su Art. 68 encomienda al Estado paraguayo la protección y promoción de la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, y en su Art. 69 enuncia que se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que la Ley N° 836/1980, Código Sanitario, establece que: "...Art. 3° El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social... es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social. Art. 4° La autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación...".

Que la Ley Nº 836/1980, Código Sanitario, en su Artículo 10 define que el cuidado de la salud comprende: a) En relación a las personas, las acciones integrales y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación del estado de bienestar físico, mental y social; b) En relación al medio, el control de los factores condicionantes de la salud de las personas.

Que la Ley Nº 3803/2009, y su modificatoria, la Ley Nº 6211/2018, se refieren al derecho de todas las mujeres trabajadoras, del sector público o privado, dependientes o no, con cargo permanente, temporal o contratada, gozar de licencia remunerada de dos (2) días laborables en cada año, para someterse a exámenes de Papanicolau y Mamografía.

Que por Resolución S.G. Nº 597/2019, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social aprobó el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019-2023, como respuesta a los compromisos internacionales asumidos, tanto en la "Declaración de Panamá", como en el "Consenso de Montevideo", reafirmando la decisión de superar las inequidades en salud, asegurando la igualdad de género y garantizando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en el Paraguay.

Que las políticas públicas deben adecuarse a las necesidades de cada etapa de la vida de la mujer, teniendo en cuenta sus diferentes características y considerando que las acciones sanitarias adoptadas en una etapa tendrán sus implicancias en la salud y la calidad de vida de la siguiente, hasta llegar a la de la mujer adulta en etapa post reproductiva.

Visado: Sin un Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social eficaz, eficiente y transparente que garantice el acceso efectivo de la población, para la asistencia sanitaria integral y equitativa, que intervenga sobre determinantes de la salud en coordinación con mecip

"Bicentenario de la Epopeya Nacional 1864 – 1870"

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 267.-

POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN CLIMATERIO", Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN.

Asunción, 05 de junio de 2023.-

Que el objetivo del documento "Orientaciones Técnicas para la Atención Integral a la Mujer en Climaterio" es ofrecer al personal de salud las recomendaciones basadas en evidencia científica disponible, con el fin de estandarizar las acciones nacionales para cambiar conductas clínicas inadecuadas, mejorando sus conocimientos de tal forma que puedan contribuir para que las mujeres tomen decisiones informadas respecto a su autocuidado, al uso de terapia hormonal de reemplazo, así como a la suplementación de medicamentos para evitar o reducir el riesgo de ciertas condiciones propias de esta etapa.

Que la Política Nacional de Salud, aprobada por Decreto Nº 4541/2015, e implementada y aplicada por Resolución S.G. Nº 612/2015, presta especial interés a los mecanismos para hacer frente a los determinantes sociales, con miras a fortalecer la estrategia de acceso y cobertura universales a la salud, señalándose cuatro categorías desde donde analizar las intervenciones de salud: Ambientales-Socioeconómicos y culturales – Servicios de atención en salud - Biológicos.

Que por Decreto Nº 21376/1998, se reconoce el derecho de todas las personas a un nivel adecuado y digno de vida en lo que respecta a la salud y al bienestar; así, en su Artículo 4º se manifiesta que esto no solo descansa en la atención médica y sanitaria, sino que comprende a la vez, el derecho a servicios sociales desde una perspectiva de género y dentro del marco de libertad y equidad, en consonancia con un ambiente saludable.

Que en concordancia con lo preceptuado en el Art. 242 de la Constitución de la República del Paraguay, el Decreto N° 21376/1998, en su Art. 19, dispone que compete al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ejercer la administración de la Institución; y en su Art. 20, establece las funciones específicas del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, en el numeral 6) la de ejercer la administración general de la Institución como Ordenador de Gastos y responsable de los recursos humanos, físicos y financieros, y en el numeral 7) le asigna la función de dictar resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamente su organización y determine sus funciones.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, según Dictamen A.J. Nº 531, de fecha 02 de mayo de 2023, ha emitido su parecer favorable para la firma de la presente Resolución.

POR TANTO; en ejercicio de sus atribuciones legales,

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
R E S U E L V E:

Artículo 1°. Aprobar el documento "Orientaciones Técnicas para la Atención Integral a la Mujer en Climaterio", que forma parte como Anexo de la presente Resolución.

Artículo 2°. Disponer la implementación del documento aprobado en el Artículo 1° de la presente Resolución, a través de las Direcciones Regionales y Direcciones de establecimientos de salud que forman parte del Sistema Nacional de Salud, y en la malla curricular de las Instituciones formadoras de Recursos Humanos en Salud, a partir de la fecha de la firma de la presente Resolución.

Visado: Sin un Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social eficaz, eficiente y transparente que garantice el acceso efectivo de la población, para la asistencia sanitaria integral y equitativa, que intervenga sobre determinantes de la salud en coordinación con mecip

"Bicentenario de la Epopeya Nacional 1864 - 1870"

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 967 -

POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN CLIMATERIO", Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN.

Asunción, 05 de junio de 2023.-

Artículo 3°. Responsabilizar del monitoreo y evaluación de las "Orientaciones Técnicas para la Atención Integral a la Mujer en Climaterio" a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, dependiente de la Dirección General de Programas de Salud, con el apoyo de la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.

Artículo 4°. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

DR. JULIO CÉSAR BORBA VARGAS
MINISTRO

/amro.
SIMSE Nº 74.446/2023

Página 3 de 3

PRESENTACIÓN

Con el afán de seguir avanzando en la atención integral de las mujeres y mejorar sustancialmente su calidad de vida, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social plantea estrategias, normativas y planes que contribuyan a la prevención y control de la morbimortalidad femenina.

Para esto, es necesario elevar progresivamente los estándares de los servicios de salud, ampliando la oferta y facilitando el acceso, optimando la calidad de la atención y la oportunidad de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, todo ello de manera equitativa y con enfoque de derechos y género.

Las políticas públicas deben adecuarse a las necesidades de cada etapa de la vida de la mujer teniendo en cuenta sus diferentes características y considerando que las acciones sanitarias adoptadas en una etapa tendrán sus implicancias en la salud y la calidad de vida de la siguiente, hasta llegar a la de la mujer adulta en etapa post-reproductiva.

Las mujeres han experimentado cambios en diversos aspectos, como la inserción laboral, el aumento de la expectativa de vida y los cambios de roles sociales; todos estos deben ser tenidos en cuenta al momento de la atención de su salud.

Estas orientaciones técnicas surgen ante el desafío de mejorar la salud y la calidad de vida de la mujer adulta, en la etapa que va desde la declinación de la fertilidad hasta los 60 años o más. Es producto de un trabajo multidisciplinario e interinstitucional que pretende plasmar un enfoque integral de salud con recomendaciones concretas y basadas en la mejor evidencia disponible.

Con la visión de que la atención de mujeres en menopausia o cercana a esta representa un gran desafío, se plantean la oferta de servicios por niveles de atención y criterios claros de derivación del primer nivel al segundo nivel de atención con el fin de dar respuesta, tanto a síntomas a corto plazo, como a los problemas de salud a largo plazo.

Brindar calidad en la atención no es actuar siempre de la misma manera, es ajustar las acciones a las necesidades de cada persona y acorde a la última evidencia. Este material no pretende reemplazar las competencias individuales de los y las profesionales, sino que apunta a ser un instrumento que contribuya y les oriente, tanto a ellos como a las mujeres, en la toma de decisiones.

Dr. Julio César Borba Vargas
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

INTRODUCCIÓN

El final del periodo fértil de la mujer se caracteriza por una serie de modificaciones morfológicas y funcionales, que llevan a un nuevo estado biológico no reproductivo, el climaterio. Es una etapa de modificaciones paulatinas que confluyen con el cese de la función menstrual, menopausia.

El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI, han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcance el climaterio y que al menos un tercio de su vida corresponda sea posterior a la menopausia.

De acuerdo a estimaciones correspondientes al año 2018 de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), actual Instituto Nacional de Estadística, Paraguay cuenta con una población de 7.052.983 habitantes, de la cual el 50,4 % son mujeres. De la población total de mujeres, el 62% se encuentra en edad fértil, entre 10 a 49 años de edad, de las cuales el 19% son adolescentes de entre 10 a 19 años de edad.

Hay un descenso de la cantidad de la población de niños, niñas y adolescentes, mientras que hay un aumento de la cantidad de población de adultos jóvenes. La proporción de población de adultos mayores también está creciendo, aunque más lentamente de lo que disminuye la población infanto-juvenil.

La esperanza de vida está aumentando en Paraguay y en mayor medida en los varones. En el 2011 en la población total era de 72.5 años de edad y para el 2020 ese valor subió a 74.7, incrementándose un poco más de dos años en ese periodo.

Al analizar población por sexo, encontramos que en el 2011, la expectativa de vida de las mujeres fue de 74.6 años, aumentando en el 2020 a 77.7, lo que representa 3 años más; en los varones para el 2011 la esperanza de vida fue de 70.4 años y en el 2020 de 71.8 años.

Las principales causas de muerte para las mujeres comprendidas en la franja etaria de 10 a 54 años son:

- Tumores en un 27.7 %
- Causas externas, 14%
- Enfermedades cardiovasculares, 7.8%
- Diabetes Mellitus, 6.4%

El climaterio constituye una etapa en la vida de la mujer, que demanda una preocupación especial por mantener o mejorar, tanto su salud, como su calidad de vida, por lo que en los últimos años ha aumentado el interés por el abordaje del síndrome climatérico.

Durante esta etapa se producen cambios hormonales desfavorables a la protección que ejercen las hormonas sexuales femeninas sobre su organismo, incrementándose el riesgo de morbilidad y mortalidad cuando la mujer todavía se encuentra activa, laboral y socialmente. Si bien el climaterio es una etapa fisiológica, los síntomas derivados del hipoestrogenismo pueden deteriorar su calidad de vida, favoreciendo el desarrollo de enfermedades crónicas de la edad adulta. Por lo que un adecuado control de salud tiene un efecto beneficioso.

La mujer climatérica sintomática no diagnosticada y no tratada de manera oportuna y eficaz, forma parte de una población con necesidades desasistidas en materia de salud, demandante de información actualizada basada en evidencia científica. Brindar una atención e información calificada desde la perimenopausia se reflejará en una buena salud .

Al igual que en otros países, en el nuestro, la oferta de servicios públicos y privados para una atención integral en climaterio y menopausia es muy escasa, y en muchas regiones sanitarias, hasta impensable, por lo que se hace imprescindible plantear el desarrollo de los mismos.

El presente material tiene como objetivo ofrecer al personal de salud las recomendaciones basadas en evidencia científica disponible con el fin de estandarizar las acciones nacionales para cambiar conductas clínicas inadecuadas mejorando sus conocimientos, de tal forma a que puedan contribuir para que las mujeres tomen decisiones informadas respecto a su autocuidado, al uso de terapia hormonal de reemplazo, así como a la suplementación de medicamentos para evitar o reducir el riesgo de ciertas condiciones propias de esta etapa.

SIGLAS

AHC: Anticoncepción hormonal combinada.
DIU-LNG: Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.
DMO: Densitometría ósea.
DMPA: Acetato de medroxiprogesterona de depósito.
FSH: Hormona folículo-estimulante.
ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.
IU: Unidades internacionales.
POP: Píldora con solo-gestágeno.
SUA: Sangrado uterino anormal.
THM: Terapia Hormonal de la Menopausia.
MMII: Miembros inferiores.
MRS: Menopause Rating Scale.
AVV: Atrofia vulvovaginal.

MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN NACIONAL

Artículo 4. (…) Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y su reputación (…).-

Artículo 6. La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad (…).-

Artículo 68. El Estado protegerá y promoverá la salud de como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades (…)

CÓDIGO SANITARIO
(Ley Nº 836/1980)

Artículo 3°. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social.

Artículo 7º. Los planes, programas y actividades de salud y bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio que debe orientarlos de acuerdo con la política de salud y bienestar social de la Nación.

Ley N° 1.032/96:
"Que crea el Sistema Nacional de Salud"

Artículo 5º. El Sistema tendrá como pilar básico, el concepto científico de atención integral de la salud, que armoniza como un todo, las funciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo incorpora como estrategia capaz de controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad.

Artículo 10º. El Sistema debe redefinir y orientar el rol del subsistema de salud dependiente del Estado, para que cumpla función rectora y protagónica en el marco político global bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ejerciendo eficientemente las funciones que le competen.

LEY Nº 3.803/6211
"Que otorga Licencia a trabajadoras para someterse a exámenes de Papanicolaou y Mamografía".

Artículo 1º. Toda trabajadora, dependiente o no, del sector privado o público, con cargo permanente, temporal o contratada, con cargo electivo o no, goza de licencia remunerada de un día laborable en cada año, para someterse a exámenes de Papanicolaou y Mamografía.

Artículo 3º. La fecha de licencia será establecida de común acuerdo entre la beneficiaria y el empleador, la autoridad superior, el departamento de Recursos Humanos, o similar que correspondiere, salvo prescripción médica que indique la necesidad urgente de realizar dichos estudios.

DECRETO 21.376
"Por el cual se establece la nueva organización funcional del MSPyBS"

Artículo 3°. La Salud Pública tradicional como disciplina institucional y sectorial claramente hegemonizada por concepciones centradas en la atención médica donde predomina operacionalmente la atención de la enfermedad en vez de la salud y lo biológico en vez de lo social, debe dar paso a una nueva Salud Pública concebida como proceso social con compromiso de todos, para posibilitar la realización de la población en equidad en cuanto a su derecho a la salud y a la calidad de vida.

Artículo 5°. Salud Pública, como institución se constituye en el ente rector de la política sanitaria nacional y como tal tiene la responsabilidad de apoyar la conducción del Sistema Nacional de Salud en base a una sólida capacidad normativa, de planificación y de decisión, que le posibilite identificar las prioridades, controlar la gestión pública y privada en salud, promover recursos humanos capacitados y tecnología apropiada según los niveles de atención, asegurar una financiación adecuada, garantizar el acceso universal a los servicios de salud, formalizar la participación intersectorial, regional y local, armonizar las políticas gubernamentales en la lucha contra la pobreza, la enfermedad y la inequidad, con miras a lograr la salud para todos como centro eje del desarrollo humano sostenible.

Artículo 10°. Son funciones específicas del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social en el área de Regulación y Atención Sanitaria: 1) Definir normas generales y específicas de atención en salud que posibiliten el desarrollo de programas y servicios acordes con la eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones en las áreas de prevención y recuperación en salud.

POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD
2017 – 2030
(Resolución SG Nº 316/2017)

Rectoría y Desarrollo Institucional: 2. Articular todas las instancias implicadas en la definición y elaboración de normativas para la incorporación de criterios y estándares de calidad de atención a ser cumplida por los prestadores de servicios de salud.

RESOLUCIÓN SG Nº 597/2019
"Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019 – 2023 y se dispone su implementación y utilización en todos los Establecimientos de Salud y en la formación de profesionales de Salud"

Artículo 1º. Aprobar el PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2019 – 2023 como instrumento rector de procesos nacionales en cuyo marco de integran los esfuerzos del sector salud y otros sectores afines, orientando los programas y proyectos para el logro del objetivo estratégico. El mismo se anexa y forma parte de la presente Resolución.
Artículo 5º. Responsabilizar del monitoreo y evaluación del Plan a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, dependiente de la Dirección General de Programas de Salud, con apoyo de la Dirección General de Información Estratégica en Salud y de la Dirección General de Planificación y Evaluación.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE – ODS

3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

METAS ODS

3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

CAPÍTULO 1 | DEFINICIONES

Menopausia: cese permanente de la menstruación, confirmado 12 meses después del último periodo menstrual. Se considera natural o fisiológica a la que se presenta entre los 45 a 55 años de edad. Está determinada por el agotamiento folicular ovárico.

Menopausia Artificial: secundaria a tratamientos quirúrgicos, quimioterápicos o radioterápicos.

Climaterio: periodo de adaptación y transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva que abarca la menopausia. Puede darse entre 2 y 8 años antes de la menopausia y culminar entre 2 a 6 años después de la misma.

Síndrome climatérico: conjunto de signos y síntomas que anteceden y siguen a la menopausia, los cuales se han agrupado en vasomotores o circulatorios, psicológicos y/o sociales, genitourinarios, alteraciones del sueño, entre otros.

Transición a la menopausia: se da desde el inicio de la aparición de los síntomas, hasta el último periodo menstrual. Comienza con variaciones en la duración del ciclo menstrual y con un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH), sin incremento de la hormona luteinizante (LH).

Perimenopausia: es el periodo en el cual empiezan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas inmediatamente anteriores a la menopausia y termina un año después del último periodo menstrual.

Posmenopausia: es la fase que corresponde a los años posteriores a la menopausia.

FACTORES MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES QUE INFLUYEN EN LA EDAD DE APARICIÓN DE LA MENOPAUSIA Y EN EL SÍNDROME CLIMATÉRICO

Factores Modificables

- Nivel sociocultural.
- Población urbana o rural.
- Ingreso económico.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Condiciones laborales.
- Condiciones ambientales.
- Altitud mayor a 2.400 m sobre el nivel del mar.
- Estilo de vida sedentaria.
- Alimentación excesiva en calorías, con predominio de grasas y proteínas de origen animal.
- Tabaquismo.
- Uso de anticonceptivos hormonales.
- Índice de masa corporal menor de 18.
- Índice de masa corporal mayor de 30.
- Factores psicológicos.

Factores No modificables

- Antecedentes de menopausia inducida o de inicio abrupto.
- Menarca tardía.
- Oligomenorrea.
- Acentuación del síndrome premenstrual en mujeres mayores de 35 años.
- Antecedente familiar de síndrome climatérico.
- Raza.

CAPÍTULO 2 | MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO

Es importante evaluar la condición de la mujer considerando su sintomatología y la etapa en la que se encuentra a fin de poder abordar de forma efectiva su tratamiento.

Para ello utilizamos la clasificación de STRAW (Figura 1).

La deficiencia de estrógeno que caracteriza al climaterio y a la menopausia es la principal causa de los signos y síntomas inmediatos y tardíos. La mayoría de las mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos durante el climaterio o posteriormente.

Las manifestaciones pueden permanecer latentes, o presentarse de forma leve a severa.

FIGURA 1

Menarca — **FMP (0)**

Tapa	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1ª	+1b	+1c	+2
Terminología	**Reproductiva**				**Transición a la menopausia**		**Posmenopausia**			
	Temprana	Òptima	Tardía		Temprana	Tardía	Temprana			Tardía
Duración	Variable				**Perimenopausia**					
					Variable	1-3 años	2 años (1+1)		3 a 6 años	Vida restante
Criterios principales										
Ciclo menstrual	Variable o regular	Regular	Regular	Cambios sutiles en el flujo y la longitud	Longitud variable. Diferencia persistente ≥ 7 días en la longitud de ciclos consecutivos	Intervalo de amenorrea ≥ 60 días				
Criterios de apoyo										
Endócrinos										
FSH			Baja	Variable *	↑ Variable *	↑>25μ/L**	↑Variable*		Estable Muy baja	
AMH			Baja	Baja	Baja	Baja	Baja		Muy baja	
Inhibina B			Baja	Baja	Baja		Baja			
Recuento de los folículos antrales			Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy bajo		Muy bajo	
Características descriptivas										
Síntomas						Probablemente síntomas vasomotores	Muy probablemente síntomas vasomotores			Exacerbación de los síntomas de atrofia urogenital

*Toma de la muestra de sangre en los 2 a 5 días del ciclo; ↑= elevación.
** Nivel esperado aproximado en base a estudios que utilizan el estándar hipofisario internacional actualizado.

Fuente: Dennis L. Kasper, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo. Harrison: principios de medicina interna 19e: www.accessmedicine.com
©McGrawhill Education. Derechos reservados.

SÍNTOMAS/CONSECUENCIAS

CORTO PLAZO	**ALTERACIONES DE LOS CICLOS MENSTRUALES**	• Ciclos largos o cortos • Anovulatorios o no • Amenorrea
	SÍNTOMAS VASOMOTORES	• Bochornos • Sofocos • Sudoración • Palpitaciones • Parestesia • Náuseas • Cefaleas • Escalofríos
	SALUD MENTAL	• Cambios de estado de ánimo • Ansiedad, depresión, tensión, irritabilidad • Disminución de la energía y la voluntad
	DESÓRDENES DEL SUEÑO	• Insomnio, dificultades paraconciliar el sueño, despertares nocturnos, apnea obstructiva (ronquidos), movimientos involuntarios de MMII, despertar temprano con imposibilidad de continuar durmiendo
MEDIANO PLAZO	**TRASTORNOS TRÓFICOS GENITOURINARIOS**	• Pérdida de la almohadilla adiposa en el monte de Venus y los labios mayores • Vagina acortada y estrecha, introito contraido • Sequedad vaginal, falta de lubricación • Retraso ante el estímulo sexual • Vaginitis atrófica • Genitorragia • Dispareunia
	ATROFIA MAMARIA	
	MANIFESTACIONES CUTÁNEAS	• Alopecia, piel seca, arrugas • Anhidrosis, prurito general • Fragilidad capilar • Fragilidad cutánea
LARGO PLAZO	**SISTEMA OSTEOARTICULAR Y MUSCULOSO TENDINOSO**	• Dolores musculares y articulares relacionados con la artritis y la osteoporosis • Enfermedad cardiovascular (arteriopatía coronaria y enfermedad vascular cerebral)
	CAMBIOS EN EL METABOLISMO LIPÍDICO	• Aumenta el LDL y disminuye el HDL • Aumento de índice de masa corporal y de la circunferencia abdominal
	SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS	• Declinación cognitiva en mujeres durante la transición a la menopausia • Alzheimer

La menopausia quirúrgica o inducida se asocia con una mayor prevalencia y gravedad de los síntomas vasomotores.

Las mujeres con antecedentes de depresión y problemas emocionales presentan mayor vulnerabilidad en la peri y la posmenopausia.

CAPÍTULO 3 | EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Los cambios que se presentan en esta etapa no corresponden únicamente a un proceso biológico por lo que la evaluación debe involucrar también aspectos psicosociales. Durante la primera entrevista se recomienda aplicar el APGAR FAMILIAR, instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Nombre: _____

Edad: _____ años. Documento de Identidad / CINº _____

☐ Ingreso - fecha: ___/___/___

☐ Control - fecha: ___/___/___

	Haga una marca en un casillero en cada línea, el que mejor describa su caso			
A	¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando algo la perturba?			
B	¿Está satisfecha con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
C	¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer cambios en su estilo de vida o realizar nuevas actividades?			
D	¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena?			
E	¿Está de acuerdo con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
	TOTAL			

INTERPRETACIÓN:	0 a 3 Disfunción severa	Necesidad de apoyo inmediato
	4 a 6 Probable disfunción	Evaluar, verifique ecograma y geograma
	7 a 11 Funcionalidad normal	No requiere intervención

Tomado de: Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS). Programa Nacional Salud de la Mujer. Disponible en: http:// web.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf

Ante un Apgar familiar menor a 6, realizar interconsulta con el área de salud mental. Frente a la sospecha de situación de violencia, actuar según Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el Sistema Nacional de Salud, Segunda Edición, año 2021, aprobado por Resolución S.G N° 638/2021.

RECOMENDACIONES BÁSICAS

Se realizará anamnesis y examen físico, con control de peso y talla, toma de presión arterial, circunferencia abdominal e IMC, registrarlo en la historia clínica poniendo especial atención en los siguientes motivos de consulta:

- Control preventivo
- Seguimiento y repetición de medicamentos
- Infecciones genitourinarias
- Control de embarazo y puerperio
- Planificación familiar
- Desórdenes menstruales
- Síndrome climatérico
- Patología del tracto genital inferior
- Patología mamaria
- Alteraciones endocrino-ginecológicas
- Violencia doméstica
- Dificultades en la esfera sexual

Debido a la variada sintomatología se requiere de un instrumento que simplifique y refleje de manera cuantitativa la situación clínica basándose en los síntomas al momento de la consulta, de modo a orientar la toma de decisiones con respecto al tratamiento. Una herramienta sencilla para ello y que inclusive puede ser completada por la paciente antes de consultar, es el Menopause Rating Scale (MRS), desarrollado por Schneider & Heinemann en 1996, quienes, basándose en la sintomatología de las mujeres y lo publicado por otros autores, aplicaron el análisis factorial para seleccionar once (11) grupos de síntomas, en tres (3) apartados: psicológico, somático y urogenital.

No es suficiente que el profesional de salud identifique un síntoma particular, también es importante la apreciación de la mujer sobre los síntomas y si estos afectan o no su calidad de vida.

Sin la influencia de otra persona, la mujer puede realizar el Test y calificar la severidad de sus síntomas en una escala de 0 (cero) en caso de ausencia de síntomas a 4 (cuatro) en síntomas severos. El puntaje se calcula por apartado y también se realiza una suma total. Esta escala es útil para conocer la situación actual de la mujer y para el seguimiento de su posible tratamiento.

Un valor de 15 o más en el puntaje total de la MRS, se interpreta como calidad de vida en general comprometida severamente. En el caso de que algún apartado esté afectado, sin sobrepasar el grado general de severidad en la calidad de vida, realizar el análisis de manera individual.

El apartado somático: contempla síntomas vasomotores, palpitaciones, trastornos del sueño y artralgias.

El apartado psicológico: agrupa a la ansiedad, la angustia, las alteraciones de memoria y los síntomas depresivos, sin embargo, no es válido para diagnosticar depresión.

El apartado urogenital: refiere a las molestias del área urogenital y sexual. La sintomatología del síndrome climatérico tiene estrecha relación con el déficit de estrógenos.

Por ello, cuando el puntaje total es igual o mayor a quince (15) o si algún apartado refleja severidad de síntomas, podría considerarse una terapia de sustitución hormonal en caso que la mujer lo desee y no existan contraindicaciones.

En la página siguiente se presenta el cuadro tomado de: Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS). Programa Nacional Salud de la Mujer. Disponible en:
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf

ADAPTACIÓN DEL MENOPAUSE RATING SCALE (MRS)

Nombre: _____ Fecha: ___/___/___

☐ MRS ingreso

☐ MRS control

	¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada uno de los grupos de síntomas	No siente molestia 0	Siente molestia leve 1	Siente molestia moderada 2	Siente molestia moderada importante 3	Siente demasiada molestia 4
1	Sofocos, sudoración, calores					
2	Molestias del corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de hueso y articulaciones, dolores reumáticos)					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, estar a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6	Irritabilidad (sentirse tensa o rabiosa, explotar o enojarse fácilmente)					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta)					
8	Cansancio físico y mental rinde menos, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse					
9	Problemas sexuales (disminución del deseo sexual, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10	Problemas al orinar (orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor, malestar o dolor durante las relaciones sexuales)					

	Somático (1 a 4)	Sicológico (4 a 9)	Urológico (9 a 11)	Total
Uso del profesional				

EXPLORACIÓN Y EXÁMENES BÁSICOS A SER SOLICITADOS ANUALMENTE

EXAMEN FÍSICO GENERAL

- Presión arterial
- Talla y peso
- IMC
- Circunferencia abdominal
- Acantosis nigricans
- Examen de mamas y de genitales

LABORATORIO GENERAL

- Hemograma
- Glicemia
- Perfil renal
- Perfil hepático
- Perfil lipídico
- Perfil tiroideo
- 25 OH vitamina D
- Orina

MAMOGRAFÍA

Anual o según indicación de especialista

ECOGRAFÍA MAMARIA

Según resultado de mamografía y criterio médico

PAPANICOLAU

Luego de 3 pruebas anuales sucesivas con resultados normales y sin factores de riesgo, se puede realizar cada tres años
Considerar Test de VPH

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

Endometrio:
-Menor a 5 mm, en posmenopausia SIN TERAPIA HORMONAL
-Hasta 8 mm en posmenopausia con terapia hormonal
Superados estos límites realizar biopsia de endometrio

OTROS ESTUDIOS

MEDICIÓN DE HORMONAS: FSH Y ESTRADIOL

En transición a la menopausia Sangrado uterino anormal (SUA)	**FSH:** mayor a 25 UI/L. **Estradiol:** menor a 20 UI/L.
Histerectomizadas en edad fértil Amenorrea quirúrgica	**FSH:** mayor a 25 UI/L. **Estradiol:** menor a 20 UI/L.
Menopausia Amenorrea de 12 a 18 meses	**FSH:** mayor a 25 UI/L. **Estradiol:** menor a 20 UI/L.

Importante aclarar que muchas escuelas no solicitan dosajes hormonales, la clínica prevalece para decidir conducta terapéutica hormonal.

La medición de FSH en caso de duda diagnóstica en mujeres menores de 35 años de edad se realizará en dos (2) tomas con intervalos de tiempo de dos (2) ciclos (dependiendo del sangrado menstrual).

DENSITOMETRÍA ÓSEA (DMO)

El Instrumento Osteoporosis Risk Assessment Instrument (ORAI) es útil en mujeres mayores de 45 años de edad para decidir la realización de una densitometría.

Un puntaje total mayor de nueve (9) puntos debe considerarse de riesgo elevado.

El ORAI tiene en cuenta solo tres (3) parámetros: edad, peso y Terapia Hormonal de la Menopausia (THM).

Edad	**Peso**	**Terapia Hormonal de la Menopausia (THM)**
a- > 75 años: 15 puntos **b-** 65-74 años: 9 puntos **c-** 55-64 años: 5 puntos **d-** 45-54: 0 puntos	**a-** < 60 Kg: 9 puntos **b-** 60-69 Kg: 3 puntos **c-** > 69 Kg: 0 puntos	**No recibe:** 2 puntos **Sí recibe:** 0 puntos

TABLA DE CÁLCULO DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS (ORAI)			
Parámetro	**Riesgos**	**Puntaje**	**Valor Registrado**
Edad (años)	45-54	0	
	56-64	5	
	65-74	9	
	> 75	15	
Peso (kg)	> 69	0	
	60-69	3	
	< 60	9	
THM	Sí	0	
	No	7	
Puntaje total			

En el riesgo de fracturas en la mujer posmenopáusica influyen factores como el peso, la edad, la carga hereditaria y lo relacionado con el metabolismo óseo. Así mismo influye el nivel de estrógenos circulantes, el nivel de vitamina D, el consumo o no de tabaco, el hábito de realizar ejercicio o no, los fármacos y la posmenopausia.

También se recomienda solicitar una Densitometría a:

1. Pacientes con fractura previa por fragilidad (vértebra, cadera, muñeca o tercio proximal de húmero). En el caso de las fracturas de vértebra y cadera, aunque no es necesaria la DMO para iniciar el tratamiento, es aconsejable su realización para evaluar la eficacia del tratamiento.

2. Presencia de dos (2) factores de riesgo mayores.

3. Presencia de un (1) factor de riesgo mayor más dos (2) factores de riesgo menores.

Factores de riesgo mayores de pérdida de masa ósea	Factores de riesgo menores de pérdida de masa ósea
• Edad ≥ 65 años • Tratamiento con prednisona a dosis ≥ 7,5 mg/día durante más de 3 meses • Antecedente familiar de fractura de cadera • IMC < 20 Kg/m2 • Menopausia precoz < 45 no tratada • Caídas (>2 caídas en el último año)	• Tabaquismo activo • Consumo de alcohol en exceso • Enfermedades crónicas osteopenizantes como: artritis reumatoide, enfermedades digestivas que condicionen malabsorción, diabetes mellitus Tipo 1, hipertiroidismo • Tratamiento con fármacos osteopenizantes: inhibidores de la aromatasa, anticonvulsivantes, citostáticos, heparina y antirretrovirales

DENSITOMETRÍAS DE SEGUIMIENTO

Con THM: DMO realizar después de 2 años del inicio de la terapia para monitorizar la respuesta al tratamiento, y posteriormente, si la DMO permanece estable, con menor frecuencia, cada 3 a 5 años.

Sin THM: el determinante principal es el valor basal de T-score, junto con la valoración de los factores de riesgo.

DMO baja (T-score -2 a -2,49) o con factores de riesgo	Cada 2 años
DMO (T- score - 1,5 a 1,99) y sin factores de riesgo	Cada 3 a 5 años
DMO normal o ligeramente baja (T– score -1,01 a 1,49) y sin factores de riesgo	Cada 10 a 15 años

HISTEROSCOPIA

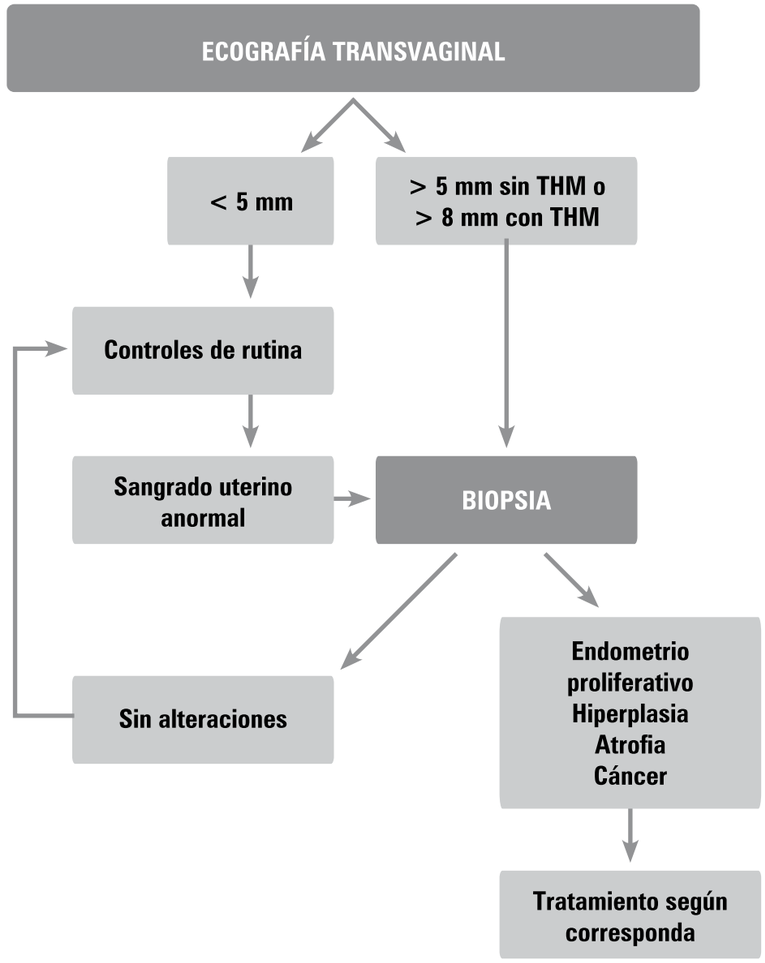
Para evaluar y tratar las alteraciones intrauterinas. Son indicaciones de histeroscopia:

- Sangrado uterina anormal (SUA) en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas.
- Sospecha de patología endometrial por imagen (ecografía transvaginal, histerosalpingografía).
- Sospecha de malformación uterina.
- Extracción de cuerpo extraño (DIU que no se observe el hilo).

BIOPSIA

Se realiza ante un endometrio engrosado o frente a un cuadro comprobado de sangrado uterino anormal (SUA), ambos comunes en la posmenopausia, o ante la reiteración del síntoma, independientemente del resultado de la ecografía. De acuerdo al nivel de complejidad del servicio se puede realizar:

- Legrado biópsico fraccionado bajo anestesia general.
- La biopsia dirigida por histeroscopia es el Gold standard en la evaluación diagnóstica del endometrio.
- Biopsia ambulatoria por aspiración endocavitaria.



CITAS DE CONTROL

FRECUENCIA DE CONTROLES

El climaterio requiere control con una frecuencia de al menos una vez por año, con los siguientes objetivos:

- Valorar la calidad de vida
- Identificar los problemas predominantes
- Detectar la aparición de eventuales contraindicaciones de THM
- Evaluar el cumplimiento y la eficacia de las diversas medidas de tratamiento
- Evaluar las condiciones de comorbilidad, el cumplimiento y la eficacia de sus medidas de tratamiento
- Decidir continuar con THM o realizar ajustes de tratamiento

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Primera consulta: realizar anamnesis, examen físico y registrar en la historia clínica, evaluación y solicitud de estudios complementarios. Realización de consejería sobre autocuidado, estilos de vida saludable, salud sexual, charlas preventivas (con énfasis en dieta sana y actividad física) y detección de situaciones de riesgo. Iniciar administración de calcio, vitamina D, y el uso de cremas humectantes o lubricantes vaginales según necesidad.

Serán remitidas al segundo nivel de atención, las pacientes que ameriten THM y en quienes se sospeche miomatosis uterina, sangrado uterino anormal, hiperplasia o poliposis endometrial. Igualmente, en quienes se sospeche cáncer cervicouterino, ovárico, o alguna coagulopatía, y aquellas que no respondan al tratamiento hormonal, presenten alguna complicación o tengan contraindicación para terapia de reemplazo hormonal.

Segunda consulta: control con resultados en no más de tres meses luego de la primera consulta. Si requiere terapia, iniciar la no farmacológica o farmacológica no hormonal según se indique y remitir al segundo nivel para inicio de tratamiento de sustitución hormonal según criterios. Interconsultas y/o derivación a otros programas si corresponde.

Tercera consulta y posteriores: si se inició THM o si no presenta factores de riesgo realizar el control a los seis meses. Controles posteriores de forma anual. Se evalúa el resultado de la terapia personalizada instalada. Se aplica el cuestionario del Menopause Rating Scale (MRS). Realizar y registrar el examen físico general en la historia clínica. Si de acuerdo a la evaluación se considera necesario, reajustar el plan de tratamiento y remitir al segundo nivel de atención. Insistir en consejerías y hábitos saludables.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

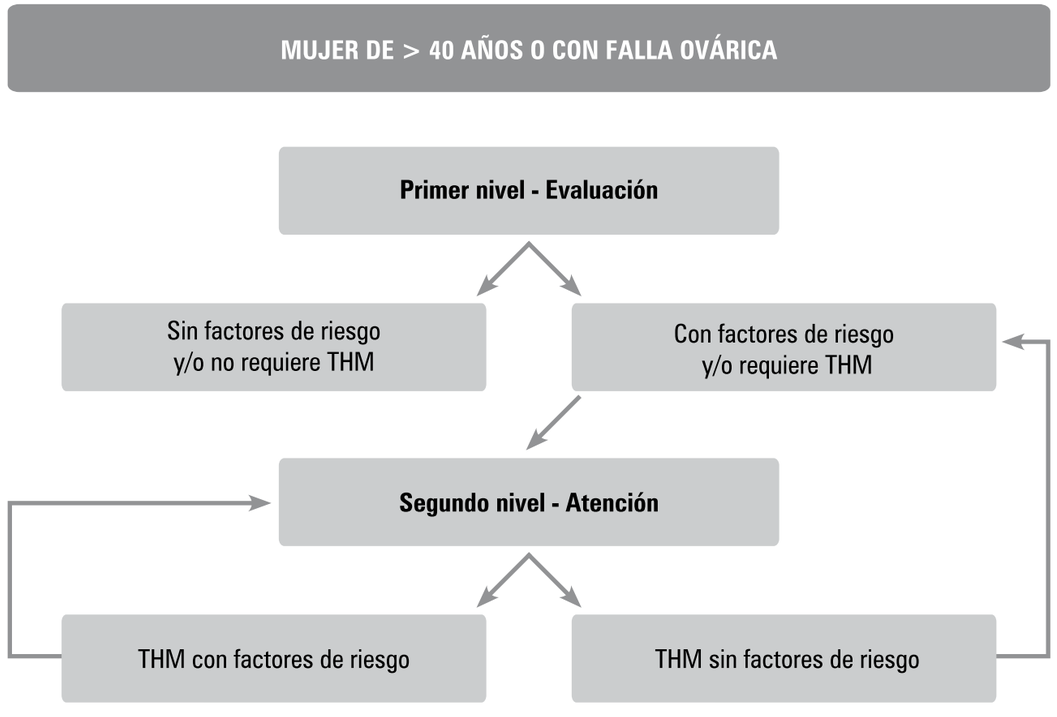
Consulta con ginecólogo, endocrinólogo:

- **Primera consulta:** evaluar el inicio de terapia farmacológica y/o hormonal si no hubiere contraindicaciones y si la mujer lo desea
- **Segunda consulta:** transcurrido 1 mes
- **Tercera consulta:** a los seis meses

Se realizará contrarreferencia al primer nivel de atención cuando:

- No existieren factores de riesgo, sintomatología agregada o complicaciones.
- Cuando se considere que existe control con tratamiento establecido.
- La paciente no acepte la terapia.

Al año de la primera consulta, volver para control al segundo nivel si se inició THM o se requiere de la misma.



CAPÍTULO 4 | ACCIONES PROMOCIONALES Y PREVENTIVAS ORIENTADAS A MUJERES EN CLIMATERIO

Las acciones de promoción de la salud fortalecen el marco operativo para la atención de las mujeres en climaterio, orientándolas a lograr y mantener estilos de vida y patrones de comportamiento saludables, como realizar ejercicios físicos, disminuir o evitar el tabaquismo o la ingesta de alcohol.

Así mismo controlar el peso corporal mediante una alimentación adecuada y participar en acciones comunitarias para la salud.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LAS MUJERES EN CLIMATERIO

BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

Incentivar los buenos hábitos alimenticios, tales como el consumo de agua en cantidad suficiente y una alimentación variada, rica en proteínas, fibra, verduras, aceites insaturados (vegetales). Se debe incluir, además pescado, cantidades moderadas de hidratos de carbono, frutos secos, alimentos ricos en calcio y vitamina D, frutas sin exceso y otros alimentos que contribuyan a disminuir el riesgo cardiovascular, la obesidad, la hipertensión, la diabetes y la incidencia del cáncer.

Para evitar la obesidad se recomienda no exceder el consumo de dos a tres porciones diarias de hidratos de carbono, que se encuentran en grandes cantidades en alimentos en base a cereales, como harina de trigo, pan, arroz, y otros. Igualmente, en leguminosas, entre las que se incluyen los porotos, las arvejas y los tubérculos; a menos que la persona se encuentre sometida a un gasto calórico aumentado.

ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física regular mejora no solo el estado físico, también ayuda a mejorar el estrés, el estado de ánimo, el sueño y por ende el aspecto físico con mejoras en la autoestima.

El sedentarismo eleva los factores de riesgo cardiovascular, a la par de aumentar los lípidos, la presión arterial y la glicemia, más aún, en aquellas mujeres que no pierden peso.

Incentivar el ejercicio físico regular como factor protector cardiovascular produce un estado de bienestar físico y psíquico, originando menores niveles de ansiedad y estrés y con mejoría de los demás síntomas de la menopausia. A fin de evitar el sedentarismo se aconseja realizar actividad física aeróbica moderada por 30 minutos, al menos 3 veces por semana. Si el ejercicio es caminar, debe ser a paso regular constante y lograr acelerar el pulso para que sea efectivo.

CONSEJOS PARA INICIAR EJERCICIO FÍSICO

- Debe realizarse siempre un precalentamiento de 5 a 10 minutos y estiramiento al finalizar
- Es necesario mantener una rutina de ejercicio de al menos 30 minutos diarios
- Si es portadora de alguna enfermedad crónica, debe consultar con el médico antes de iniciar la actividad física
- Debe hidratarse apropiadamente al menos 2 horas antes y durante la actividad física

Los ejercicios recomendados son aeróbicos de bajo impacto, bicicleta, caminata rápida con límite de tiempo y distancia, gimnasia clásica y natación.

CONSUMO DE TABACO, BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y CAFEÍNA

El consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer arterosclerosis con el consiguiente riesgo de eventos coronarios, accidentes cerebro-vasculares hemorrágicos y accidentes vasculares trombóticos.

Además, se pueden presentar aumentos de sequedad vaginal y atrofia genital llevando a un trastorno del deseo sexual hipoactivo, siendo la patología de la sexualidad más frecuente en la mujer.

El **tabaquismo** en mujeres menopáusicas aumenta su riesgo de sufrir osteoporosis (debilitamiento de la masa ósea), provocando dolores y fracturas.

El alcohol es un fármaco depresor no selectivo del SNC que produce pseudo excitación por inhibición a dosis bajas y a dosis más elevadas produce incoordinación, depresión e hipotermia.

Debido a que las mujeres con menopausia son más susceptibles a padecer ansiedad, depresión y aumento de los sofocos nocturnos y que el alcohol que es un azúcar de fácil absorción, éste tiende a empeorar estos síntomas. Favorece además el insomnio ya que es más fácil entrar en sueño REM aunque será más fácil el despertar más temprano.

Se describe el aumento de osteoporosis con el riesgo de sufrir caídas y fracturas.

El exceso de consumo de alcohol está asociado con enfermedades cardiacas, hepáticas, daños cerebrales, trastornos mentales y cáncer.

Se debe disminuir el consumo excesivo de cafeína.

Evitar o abandonar el consumo de tabaco y el exceso en el consumo de alcohol.

CONSEJERÍA EN CONSULTA DE CLIMATERIO

El objetivo de esta consejería es orientar e informar a las mujeres sobre las pautas que deben adoptar para mejorar su salud y su calidad de vida. La consejería debe realizarse en el contexto de una consulta con enfoque biopsicosocial, acompañando y facilitando el proceso de cambio y la toma de decisiones en forma constructiva.

La consejería debe iniciar en la atención primaria, es decir en las Unidades de Salud Familiar, pues es una intervención en la cual un profesional de salud informa, orienta y apoya a las personas durante una determinada situación, con el fin de que pueda enfrentar el futuro.

RECOMENDACIONES PARA LA CONSEJERÍA DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO

• Explorar la situación (signos y síntomas del problema) y el padecimiento (la experiencia personal de la situación).
• Considerar a la mujer como una persona única, con sus emociones, con una historia personal y un componente sociocultural también únicos.
• Buscar acuerdos para el manejo de los problemas de la persona, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
• Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona.
• Usar de manera realista el tiempo y los recursos.
• La consejería debe estar orientada a las necesidades actuales de la mujer.

TEMAS A ABORDAR DURANTE LA CONSEJERÍA

- Identificar los conflictos que más afectan su calidad de vida.
  Por ejemplo: las situaciones de violencia de género.
- Relaciones familiares, definir la etapa del ciclo vital individual y familiar en que se encuentra la mujer y su dinámica familiar.
- Establecer las necesidades de un control médico para poder así realizar un diagnóstico oportuno y adecuado a las diferentes enfermedades crónicas degenerativas que ocurren más frecuentemente en este periodo.
- Referir al área de salud mental a las mujeres con riesgo psicosocial.
- Informar que el climaterio y menopausia son procesos naturales y no todas las mujeres presentaran sintomatología.
- Si se presentan signos y síntomas vasomotores explicar que son normales y que algunos requerirán tratamiento específico: referir al médico especialista (ginecoobstetra).
- Brindar consejería y servicio de planificación familiar a todas las mujeres que lo necesiten.
- Nutrición: reforzar la dieta balanceada. Derivar a nutricionista a las mujeres que estén fuera del rango normal de IMC, o que presenten trastornos metabólicos específicos.
- Relaciones sociales: estimular el desarrollo de vínculos con el entorno.
- Uso de tiempo libre: recreación, pasatiempos como la TV, el cine y otros.
  Consumo problemático y/o dependencia de tabaco, alcohol, drogas u otras sustancias.

ORIENTACIONES EN SALUD SEXUAL EN LA ETAPA DE CLIMATERIO

La consejería en salud sexual cumple una doble función: la promoción y la prevención:

- **Promoción:** de una vida sexual saludable, placentera, sin culpas ni miedos, entregando información que facilite a la mujer el reconocimiento de su cuerpo en esta etapa de la vida, así como la comunicación con la pareja y la búsqueda de espacios de intimidad.
- **Prevención:** implica compartir información acerca de comportamientos sexuales seguros, evaluar las vulnerabilidades y riesgos personales frente al VIH y las ITS. Además de actualizar información y planificar estrategias de prevención de manera personalizada.

• Abordar la consejería con respeto, tolerancia y, sobre todo, evitando juicios morales o religiosos.
• Hablar sobre cambios en la libido y lubricación genital.
• Hablar sobre la utilización de métodos anticonceptivos para planificación familiar, de acuerdo a las necesidades personales y de la pareja.
• Detectar las necesidades de la paciente, que puede tener temor a embarazarse o dificultades con su pareja.
• Realizar actividades educativas, interactivas e informativas grupales, con apoyo de materiales explicativos y participación del personal de salud.
• Debe considerarse la oferta del test de VIH, y otros exámenes de detección de ITS si corresponde.
• Para mujeres viviendo con VIH o con parejas viviendo con VIH ofrecer condones o preservativos.

Aunque la sexualidad no debería representar un problema, los condicionamientos sociales han causado que muchas personas y comunidades tengan dudas y preguntas respecto a este aspecto fundamental de la experiencia humana. De ahí la importancia de que sea abordada por las y los profesionales de la salud.

EJERCICIOS DE KEGEL

Los ejercicios de Kegel pueden ayudar a fortalecer los músculos del piso pelviano. Informar a la mujer que los puede hacer en cualquier momento cuando esté sentada o acostada, y de forma concomitante con otra actividad que realice en las posiciones mencionadas como ver televisión, leer, viajar en el colectivo, tejer, coser, etc.

Para que la mujer identifique qué músculos debe contraer, indicarle que la primera vez, puede hacerlo durante la micción, orinando de forma intermitente, contrayendo los músculos para atajar la orina. Explicarle que sentirá los músculos de la vagina y el ano ponerse firmes y desplazarse hacia arriba. Estos son los músculos del piso pélvico. Si los siente firmes, ha hecho el ejercicio correctamente. Sus muslos, glúteos y abdomen deben permanecer relajados.

Luego debe hacerlo fuera del momento de la micción, al menos 3 series al día -mañana, tarde y noche- cerciorándose de que la vejiga esté vacía. En cada serie, debe mantener los músculos del piso pélvico contraídos de 3 a 5 segundos, relajarlos y hacer una pausa de 3 a 5 segundos y volver a contraerlos repitiendo 10 veces. Debe respirar profundamente y relajar el cuerpo cuando esté haciendo estos ejercicios, sin contraer el estómago, los muslos, los glúteos ni los músculos del pecho.

Después de 4 a 6 semanas, debe sentirse mejor y tener menos síntomas.

CAPÍTULO 5 | CAPÍTULO 5 TERAPIAS FARMACOLÓGICAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS HORMONALES Y NO HORMONALES

Antes de iniciar una terapia farmacológica se debe elaborar un plan de trabajo que incluya estilo de vida saludable, alimentación, ejercicio, evitar o dejar el tabaco, salud bucodental, ejercicios pelvianos: ejercicios de Kegel, y haber cumplido con los estudios de tamizaje ya citados en capítulos anteriores.

Evaluar los resultados entre los 30 a 60 días antes de iniciar cualquier medicación.

Excepto en aquellas pacientes con sintomatología de riesgo inmediato como, por ejemplo, casos de sangrado. Ante ese tipo de situaciones las mujeres deben ser remitidas a la o el especialista. Luego de la evaluación previa, con el cambio de estilo de vida, se evalúa la sintomatología, y si es leve y persistente se podría considerar el inicio del Tratamiento no hormonal.

Cuando la sintomatología aumente se recurrirá a la terapia hormonal de la menopausia (THM) que debe ser indicada por la o el especialista.

TRATAMIENTO NO HORMONAL

Aquellas mujeres que tienen contraindicada o no desean utilizar terapia hormonal, que tengan sofocos leves o falta de respuesta al tratamiento, tienen la posibilidad de emplear otros productos no hormonales.

Dentro de las estrategias terapéuticas podemos decir que contamos con agentes no hormonales farmacológicos y no farmacológicos.

AGENTES NO HORMONALES FARMACOLÓGICOS

PSICOFÁRMACOS

NOMBRE	GRUPO	DOSIS	OBSERVACIONES
PAROXETINA	Inhibidor de la recaptación de serotonina	10 -20 mg/día (Eficacia menor al 50%)	En pacientes que reciben tamoxifeno por cáncer de mama debe manejarse con precaución ya que es inhibidor de las enzimas del citocromo P450, lo que disminuye las concentraciones del endoxifeno, metabolito activo del tamoxifeno
SERTRALINA	Inhibidor de la recaptación de serotonina	25-50 o 100 mg/día	En pacientes que reciben tamoxifeno por cáncer de mama debe manejarse con precaución ya que es inhibidor de las enzimas del citocromo P450, lo que disminuye las concentraciones del endoxifeno, metabolito activo del tamoxifeno
FLUOXETINA	Inhibidor de la recaptación de serotonina	20 mg/día (Eficacia menor al 42%)	En pacientes que reciben tamoxifeno por cáncer de mama debe manejarse con precaución ya que es inhibidor de las enzimas del citocromo P450, lo que disminuye las concentraciones del endoxifeno, metabolito activo del tamoxifeno
VENLAFAXINA/ DESVENLAFAXINA	Inhibidor de la recaptación de serotonina (en dosis bajas) y de la norepinefrina (en dosis altas)	37,5-75 mg/día (Reducción de los sofocos hasta en un 66%). La desvenlafaxina también se ha utilizado en dosis entre 100 y 150 mg	Están aprobadas por la FDA en Estados Unidos para el tratamiento de sofocos en pacientes con antecedentes de cáncer de mama. Está contraindicada en mujeres con hipertensión lábil
ESCITALOPRAM/ CITALOPRAM	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, con efecto débil en la recaptación de noradrenalina y dopamina	10 y 20 mg/día (Eficacia de más del 65%)	Tiene como ventaja una muy buena tolerancia
GABAPENTINA	Es un anticonvulsivante de estructura similar al GABA	300 mg a 900 mg/día (Reducción de hasta el 70% en frecuencia e intensidad de sofocos)	Es una droga segura y efectiva usada en periodos cortos
PREGABALINA	Antidepresivo de nueva generación similar a la Gabapentina	150 a 300 mg/día	

OBSERVACIÓN: es importante analizar el uso de antidepresivos en mujeres con antecedente de cáncer de mama hasta disponer de más datos. Las mujeres que estén tomando tamoxifeno para reducir su riesgo de recidiva por cáncer de mama, deberían evitar el empleo simultáneo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como fluoxetina, paroxetina y sertralina. Los antidepresivos más "seguros" desde este punto de vista son el **citalopram**, el **escitalopram**, la **venlafaxina**, y la **desvenlafaxina**.

Se debe informar a las pacientes que el efecto protector cardiovascular a largo plazo se obtiene con otro tipo de terapia.

AGENTES NO HORMONALES NO FARMACOLÓGICOS

Fitoestrógenos: son compuestos no esteroides derivados de las plantas, que poseen una acción estrogénica débil. El grupo más estudiado son los derivados de la soja, las isoflavonas, principalmente la genisteína y la dadzeína. Se consideran suplementos dietarios el ginseng, la valeriana, los lignanos (cereales, frutas, vegetales), las semillas, los cumestanos (alfalfa). Todos ellos de venta libre. Si bien los mismos han demostrado respuestas favorables en un grupo de mujeres, su eficacia no supera el 30% al 40%.

También se incluye en este grupo a la cimicifuga racemosa utilizada por nativos americanos para el alivio del dolor menstrual y durante el parto, por sus propiedades sedantes. Tanto los fitoestrógenos (cualquiera de ellos) como la cimicifuga racemosa están contraindicados en mujeres con antecedentes de cáncer de mama.

TAMBIEN DEBE TENERSE EN CUENTA EL B-SITOESTEROL, LOS GLUCOSINOLATOS Y LOS CITROFLAVONOIDES

Los medicamentos no hormonales para el control de síntomas vasomotores son considerados de segunda línea para pacientes que no desean THM o tienen contraindicación para recibirla.

Informar que la terapia no hormonal no ha mostrado mayor eficacia y confiabilidad que la THM.

TRATAMIENTO HORMONAL DE LA MENOPAUSIA

La THM tiene como objetivo disminuir las manifestaciones de la menopausia, así como el riesgo de enfermedades asociadas y contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer. Debe ser evaluada e indicada por un o una especialista.

CARACTERISTICAS DE LA THM

La THM debe ser segura, eficaz y acorde a las necesidades e las mujer para permitir la adherencia al tratamiento.

Terapia hormonal: Estrógeno – Progesterona

Terapia hormonal no estrogénica: Tibolona – SERM

Terapia androgénica

RECORDATORIO:
Para establecer la TH tener en cuenta los siguientes puntos:
- La escala MRS >o= 15
- Que la mujer lo desee
- Que no tenga contraindicaciones

A TENER EN CUENTA:

• La indicación primaria de la THM son los síntomas vasomotores moderados o severos que pueden presentarse en menopausia natural o quirúrgica, falla ovárica precoz, amenorreas primarias o secundarias luego de ser bien estudiadas.

• La THM no debe ser indicada para la prevención de enfermedades crónicas.

• Tampoco debe considerarse como un régimen único, ofrecido a una mujer de manera estándar. Los beneficios y riesgos varían según las características de cada paciente, por lo que la terapia debe ser individualizada.

• Debe recomendarse en la mujer con menopausia prematura, durante el tiempo que sea necesario hasta llegar al menos a la edad promedio en la que aparece la menopausia espontánea.

• El balance entre los beneficios y riesgos de cada tipo de tratamiento hace que la elección sea individualizada de ser posible iniciando la THM lo más temprano posible, y/o antes de los 10 años de posmenopausia antes de los 60 años y utilizando la menor dosis efectiva. Valorar e individualizar la duración y la dosis.

• Considerar iniciar dosis bajas de THM para el control de las manifestaciones clínicas del síndrome climatérico.

• Usar THM combinada (Estrógeno + Progesterona - EP), en mujeres con útero íntegro para reducir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio. En mujeres histerectomizadas con endometriosis, carcinoma de endometrio E1G1 operado, cistoadenoma endometroide operado, hipertrigliceridemia, terapia con anticonvulsivantes y osteoporosis severa (los norderivados tienen más efecto sobre la masa ósea).

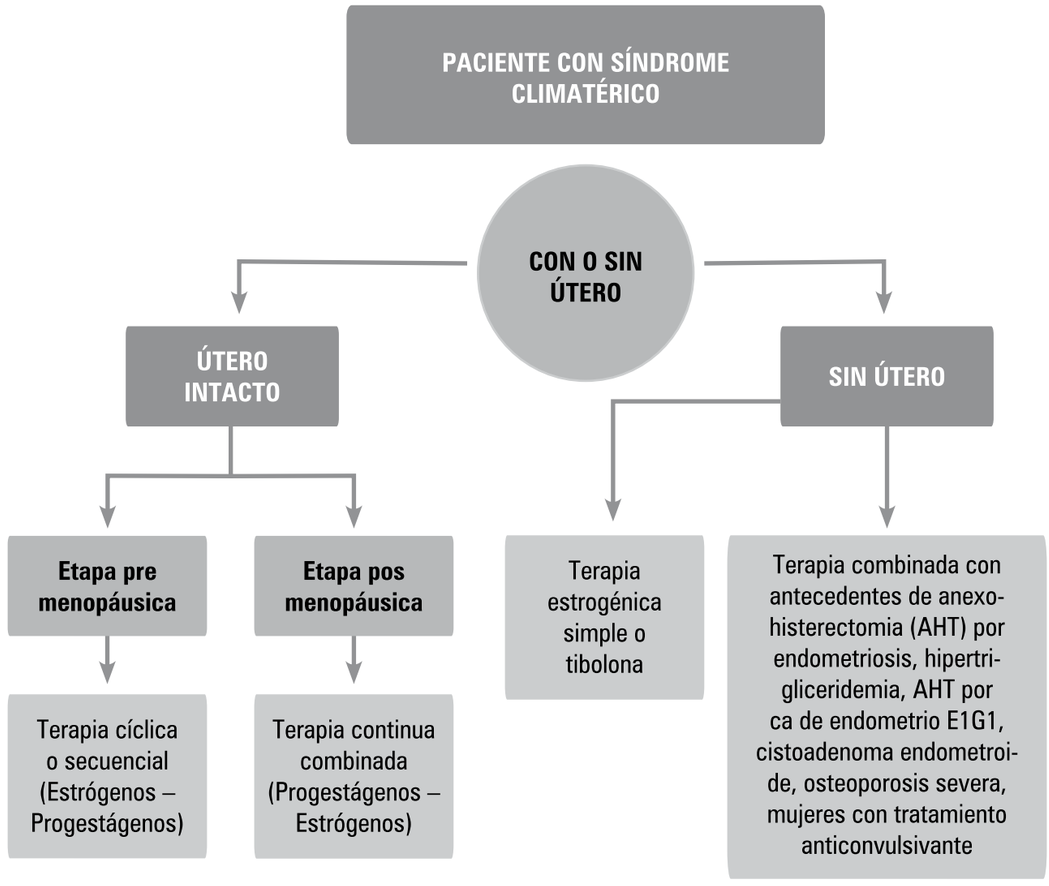
• Administrar THM transdérmica en litiasis biliar, hipertrigliceridemia, HTA no estabilizada, inmovilidad relativa, postoperatorio, cefalea migrañosa, síndrome de mala absorción y disfunción hepática crónica.

• El esquema de la THM combinada, en parte dependerá de la elección de la paciente en cuanto a si desea o no continuar con sangrados cíclicos.

ESQUEMAS DE TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA (THM)

		Indicaciones	
1	**Esquema de Estrógeno continuo**	Estrógenos solos de toma diaria en mujeres histerectomizadas. En algunas pacientes, a pesar de no tener útero, se debe adicionar un progestágeno en caso de:	• Antecedentes de anexo histerectomía (AHT) por endometriosis • Hipertrigliceridemia • Antecedentes de AHT por cáncer de endometrio E1G1 operado, cistoadenoma endometroide operado • Osteoporosis severa (los norderivados tienen más efecto sobre la masa ósea) • Mujeres con tratamiento anticonvulsivante
2	**Esquema combinado secuencial**	Estrógenos continuos más progestágenos durante 10 a 14 días (D11-D25)	• Más fisiológico • Fácil de comprender • Podrían aparecer sangrados anormales por lo que la consejería es sumamente importante
3	**Esquema combinado estacional**	Estrógenos continuos + progestágenos estacionales 4 veces al año, siguiendo el esquema combinado secuencial. Indicación: pacientes, en etapa de transición menopáusica, con intolerancia a los progestágenos o sangrados intensos por disrupción mensual	Se requiere de más experiencia respecto a la seguridad endometrial, por lo tanto, se debe controlar mediante ecografía el grosor endometrial
4	**Esquema combinado continuo**	Estrógenos continuos más progestágenos continuos. En posmenopáusicas que no deseen sangrados por disrupción	• Amenorrea • Ausencia de tensión premenstrual • Sangrado a corto plazo hasta que entre en amenorrea • Sangrado a largo plazo por atrofia

Para elegir el progestágeno se deberá tener en cuenta, además de la protección endometrial, su tolerancia e impacto en el metabolismo y los efectos mineralocorticoides, glucocorticoides, y androgénicos.



ESTRÓGENOS EN THM

La via trandérmica es de primera elección, iniciando con dosis bajas y ajustando según evaluación médica.
La vía oral es de segunda elección.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN / APLICACIÓN			
ORAL	TRANSDÉRMICA Y/O CUTÁNEA	SUBDÉRMICA	NASAL
Valerianato de estradiol: 1-2 mg/día	Parches de 17B-estradiol: 14,25, 50 o 100 microgramos/día	Implantes de 25,50 y 100 mg	17 B – estradiol: 300 o 150 μg/día
Estradiol micronizado: 1-2 mg/día	Gel de 17 B-estradiol: 0,75 a 1,25 g/día		
Sulfato de estrona: 1,5-3 mg/día	Anillos de 17 B- estradiol: 2 mg de estrógeno		
Estriol: 0,5 mg/día	Crema vaginal / óvulos de estriol: 0,5 mg de estriol/día		
	Crema de estriol: 1mg de estriol		

Observación: en caso de no disponer en el mercado local, se encuentran mediante preparados magistrales.

PROGESTÁGENOS UTILIZADOS

VÍA DE ADMINISTRACIÓN / APLICACIÓN	
ORAL	ORAL / VAGINAL
Tibolona 2,5 mg (en posmenopásicas con útero y sin útero)	Progesterona natural micronizada: 100/200 mg/ día
Didrogesterona: 10- 20 mg/día	
Acetato de nomegestrol: 5 mg/día	
Dienogest: 2 mg/día	
Drospirenona: 2mg/día	

La dosis adecuada de progesterona micronizada parece ser de 200 mg/día durante 10 a 14 días en un esquema secuencial y de 100 mg/día en un esquema continúo combinado.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGESTÁGENOS

PROGESTINA	PROGESTAGÉNICA	ANDROGÉNICA	ANTIANDROGÉNICA	ANTIMINERALOCORTICOIDE	ESTROGÉNICA	CLUCOCORTICOIDE
Progesterona	+	–	+	+	–	+
Drospirenona	+	–	+	+	–	–
MPA	+	+/–	–	–	–	+
Ciproterona	+	–	+	–	–	+
Clormadinona	+	–	+	–	–	+
Levonorgestrel	+	+/–	–	–	–	–
Desogestrel	+	+/–	–	+/–	–	–
Nomegestrol	+	–	–	–	–	–
Gestodeno	+	+/–	–	+/–	–	–
Dienogest	+	–	+	–	+/–	–
Promegestona	+	–	–	–	–	–
Didrogesterona	+	–	+/–	+/–	–	–
Noretisterona	+	+	–	–	–	–
Norgestimato	+	+	–	–	–	–

THM EN SITUACIONES ESPECIALES

- Miomas: en miomas tratados con agonistas GnRh, sintomáticos, en crecimiento, múltiples, submucosos sin imposibilidad de seguimiento no es aconsejable utilizar THM.
- Endometriosis: THM con E en baja dosis y P en dosis habitual, aún en la mujer histerectomizada. La tibolona es otra alternativa.
- Enfermedades reumáticas y autoinmunes
- AR: la THM potencia la mejoría de los síntomas y su uso no posee contraindicaciones.
- Túnel carpiano: se observa mejoría con la THM.
- Fibromialgias: se nota mejoría de los síntomas con la THM.
- LES: la THM está contraindicada en LES con antecedentes de TEV, anticuerpos antifosfolipídicos (+), compromiso del estado general. Ante síntomas vasomotores severos usar THM en bajas dosis y por no más de 12 meses.

• Glaucoma: al usar la THM en bajas dosis en glaucoma de ángulo abierto es esperable un efecto neutro o beneficioso en la presión intraocular.
• Cefaleas: en caso de antecedentes de migraña o baja adaptación al estrés la THM podría empeorar la cefalea. Es preferible usar dosis bajas vía transdérmica, mediante esquemas combinados continuos con estrógeno y progesterona natural.
• Epilepsia: es preferible usar esquemas combinados continuos con estrógeno y progesterona natural, en bajas dosis y por vía transdérmica.
• Asma bronquial: usar THM en esquema continuo, en bajas dosis, por vía dérmica y bajo vigilancia.

METABOLISMO HIDROCARBONADO

• Progestágenos androgénicos: efecto negativo.
• Progestágenos no androgénicos: tienen efecto neutro. Es preferible su administración vía transdérmica que oral.

DIABETES

• Indicar THM a dosis bajas y vía transdérmica.
• Recomendar estatinas y/o AAS en mujeres diabéticas con factores de riesgo cardiovasculares que requieran THM por su sintomatología vasomotora severa. La THM no debe ser indicada para prevención de diabetes peri o posmenopáusica.

HUMOR, COGNICIÓN, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La THM mejora el humor y el estado de ánimo en mujeres perimenopáusicas depresivas. Su efecto parece ser mayor en la peri que en la posmenopausia.

No debe ser indicada la THM para reducir el riesgo de demencia en la posmenopausia, ni para preservar la función cognitiva. Tampoco para retardar la progresión de la enfermedad de Alzheimer diagnosticada.

OBESIDAD

Estradiol transdérmico
Progestágenos

SEGURIDAD DE LA TERAPIA HORMONAL

RIESGOS

Existen múltiples evidencias sobre los efectos adversos de la THM; los más relevantes son:

• Cáncer de mama.
• Accidentes cardiovasculares.
• Accidentes vasculares cerebrales.
• Eventos trombóticos.

CONTRAINDICACIONES

No debe indicarse THM en pacientes con:

• Cáncer de mama.
• Condiciones malignas dependientes de estrógenos.
• Sangrado uterino anormal de causa desconocida.
• Hiperplasia endometrial no tratada.
• Tromboembolismo venoso idiopático o previo.
• Enfermedad tromboembólica arterial.
• Cardiopatía isquémica.
• Enfermedad hepática aguda.
• Hipertensión arterial no controlada.
• Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes.
• Porfiria cutánea (contraindicación absoluta).

EFECTOS COLATERALES NO GRAVES

Los efectos secundarios de la THM que han sido reportados como poco frecuentes son:

• Sangrado uterino (que inicia o que regresa).
• Sensibilidad mamaria.
• Náuseas.
• Distención abdominal.
• Retención de líquidos en las extremidades.
• Cambios en la forma de la córnea.
• Cefalea o migraña.
• Mareo.

La THM debe ser personalizada, se la debe considerar a partir de una indicación precisa basada en las contraindicaciones y el potencial de beneficio individual, y no como una terapia estandarizada y única; los beneficios y riesgos son diferentes según las condiciones de cada paciente.

Las mujeres con menopausia prematura o falla ovárica primaria (antes de 40 años) tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, metabólica y ósea, en ellas la THM debe plantearse durante el tiempo necesario para llegar a la edad promedio en que la menopausia espontánea aparece. La duración de la THM debe ser según el perfil clínico de la paciente. Si es solo con terapia estrogénica o combinada, bajas dosis y la vía de administración, debe determinarse siempre, teniendo en cuenta el riesgo/beneficio.

OBSERVACIÓN: La THM será suspendida si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

• Sangrado uterino anómalo.
• Aparición de efectos secundarios: mastodinia, cefalea, mucorrea, etc.
• Aparición de un cáncer hormono sensible.
• Aparición de una trombosis venosa profunda en cualquier localización.
• Aparición de un evento vascular arterial.
• Cuando los riesgos superan a los beneficios.

TERAPIA NO ESTROGÉNICA

TIBOLONA

Es un esteroide sintético, análogo de un progestágeno, el noretinodrel. Su actividad es considerada como STEAR (regulador tisular selectivo de la actividad estrogénica).

Sus metabolitos tienen propiedades estrogénicas, progestagénicas o androgénicas según el órgano en el que actúa. Su uso ha sido consensuado por las sociedades internacionales para las siguientes indicaciones:

- Síntomas vasomotores moderados o severos.
- Atrofia urogenital.
- Prevención de pérdida ósea y fracturas cuando otras terapias sean inapropiadas.

DOSIS ÓPTIMA: 2,5 mg/día con significantes beneficios dentro de las 4 semanas.
1,25 mg/día con efectos beneficiosos a las 12 semanas.

SERM

Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos son un grupo de fármacos con afinidad para unirse a los receptores estrogénicos donde simulan su acción en ciertos tejidos mientras inhiben su acción en otros.

TAMOXIFENO	Efecto estrogénico sobre endometrio, ovario, hueso e hígado. Efecto antiestrogénico sobre el tejido mamario. OBS: Tener en cuenta efecto sobre las células beta del páncreas.
RALOXIFENO	Actividad estrogénica manifiesta en la regeneración del hueso con antagonismo a nivel endometrial y mamario.
BAZEDOXIFENO	Efecto estrogénico sobre hueso y sistema cardiovascular, y antiestrogénico sobre tejido mamario y útero.

ANDRÓGENOS Y THM

Los niveles de andrógeno disminuyen con la edad, pero no hay cambios a través de la transición a la menopausia.

Antes de considerar la terapia con testosterona, las mujeres deben ser sometidas a una evaluación exhaustiva sobre otras posibles causas de su disfunción sexual, las cuales deben ser abordadas para considerar otras opciones de tratamiento.

Los andrógenos pueden resultar eficaces para mejorar los síntomas, el bienestar, el deseo sexual y el área cognitiva. Su uso influye sobre la función sexual femenina.

La testosterona puede ser útil para mujeres que han experimentado pérdida del deseo sexual y/o la excitación, pero siempre se debe controlar los posibles efectos adversos como acné, cambios en el pelo, lípidos y función hepática.

No se debe continuar con la terapia con testosterona si hay mejoría a los 6 meses de uso.

TESTOSTERONA (enantato ompropionato) (Gel)	75 mg/mes (Dosis de 2.5mg/día) A la misma hora cada día (Vía vaginal o dérmica)
DHEA (dehidroepiandrosterona) Enantato(200mg) + VALERATO DE ESTRADIOL (4mg)	200/4mg/mes (vía intramuscular)
DHEA (Gel) 25-50mg	1 por dia (via oral o dérmica)

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

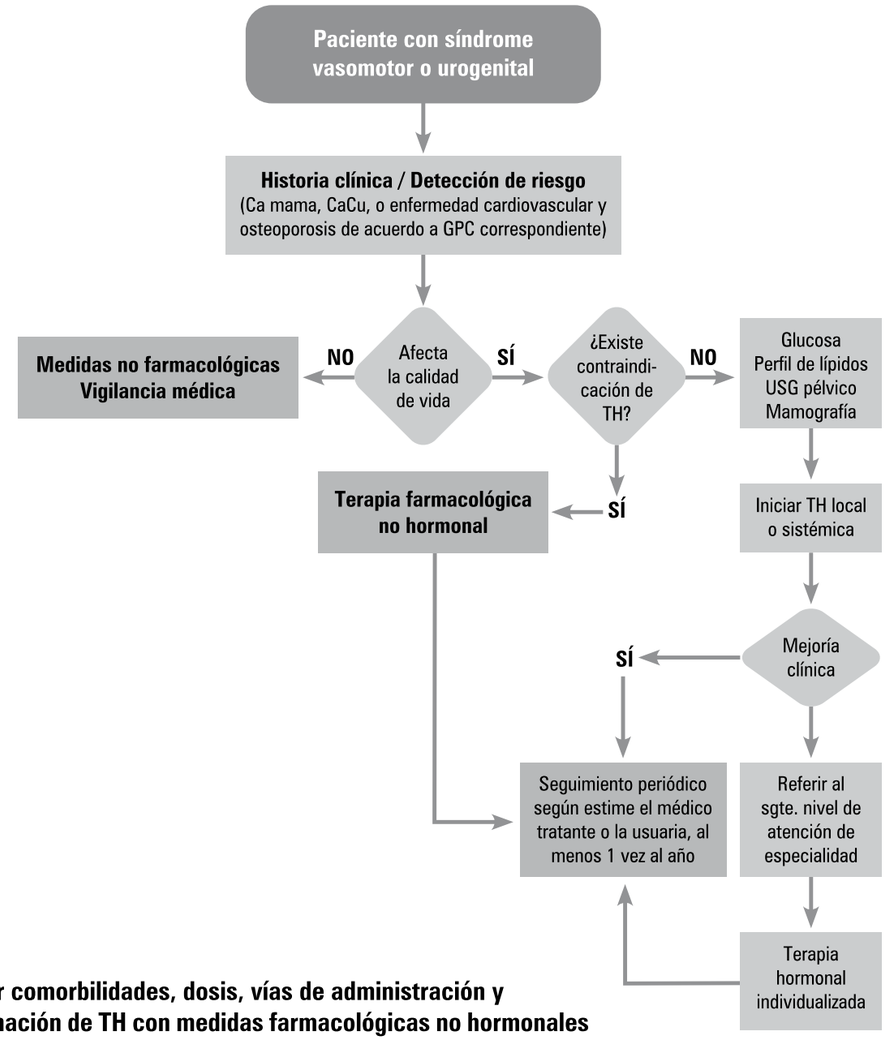
El tratamiento debe ser precoz, es decir, antes de que se produzcan cambios atróficos irreversibles, y es necesario que sea continuo para mantener sus beneficios. Los principios del tratamiento en mujeres con atrofia vulvovaginal (AVV) establecida son; la restauración de la fisiología urogenital y el alivio de los síntomas. Cuando la AVV es el único síntoma, el tratamiento con estrógenos locales debe ser la primera elección.

Todas las preparaciones de estrógeno local (cremas, pesarios, comprimidos, anillo vaginal) son eficaces en la disminución de los signos y síntomas de atrofia vaginal, pero difieren ligeramente en sus perfiles de efectos adversos.

– Los hidratantes y lubricantes vaginales, así como la actividad sexual regular pueden ser útiles para mujeres con AVV. Las cremas hidratantes vaginales pueden tener una eficacia equivalente al estrógeno vaginal tópico y deben ser ofrecidas a las mujeres que desean evitar el uso de terapia hormonal y vaginal.
– La terapia con estrógeno local minimiza la absorción sistémica y aunque la administración vaginal puede aumentar los niveles plasmáticos de estrógenos durante la administración crónica, los mismos no están por encima del rango normal de 20pg/ml para las mujeres posmenopáusicas. En la atrofia severa, lo ideales aplicar crema y óvulos diariamente durante 3 semanas y posteriormente 2 veces a la semana, siempre y cuando no existan efectos adversos.

- Estriol: crema vaginal (0.1%) – óvulos (50mg).
- Anillo vaginal liberador de estrógenos: es un anillo de silicona flexible que contiene 2 mg de hemihidrato de estradiol. Libera 6,5 a 9,5 μg/día durante al menos 90 días. Útil para infección urinaria y la disuria.
- Promestriene: (análogo del E2). Cápsulas blandas: 10 mg, crema: 1g/100 g. El uso adicional de progesterona no está indicado cuando se utiliza una dosis baja de estrógenos locales.

– Se cuenta con pocos datos sobre el uso de estrógenos vaginales en mujeres con cánceres ginecológicos hormonodependientes, por lo que deben ser empleados con precaución, evaluando el riesgo/beneficio.
– El uso tópico diario de DHEA (0.5%) es prometedor en el tratamiento de la VVA y de los síntomas sexuales asociados debido a un perfil favorablemente seguro en mujeres con contraindicaciones para terapia hormonal. Dosis: óvulos de 0,5 mg 1 vez por dia por 12 semanas y evaluar respuesta y seguimiento del tratamiento.
– El ospemifeno es un SERM a dosis de 60 mg vía oral, indicado para el tratamiento sistémico de la dispareunia moderada y severa asociada con VVA en mujeres que no están dispuestas a recibir estrógenos locales o sistémicos.



Valorar comorbilidades, dosis, vías de administración y combinación de TH con medidas farmacológicas no hormonales

OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

Recordar la evaluación de los factores de riesgo seguido de la aplicación de medidas para la disminución de los mismos, y de ser necesario iniciar la terapia farmacológica.

Incentivar cambios en el estilo de vida, como mantenimiento de un peso saludable, dieta balanceada, adecuada ingesta de calcio y vitamina D, ejercicio apropiado, evitar el cigarrillo, el excesivo consumo de alcohol y utilizar medidas para prevenir las caídas.

CALCIO Y VITAMINA D

Las mujeres posmenopáusicas requieren una ingesta dietética de referencia (IDR) de 1.000 a 1.500 mg de calcio elemental por día.

El suplemento de vitamina D es de 800 a 1000 UI/día durante el periodo posmenopáusico. La mayor fuente de esta vitamina proviene de la exposición a la luz solar, por lo que la necesidad de suplementación puede variar. Es de utilidad la medición en sangre de los niveles de 25-hidroxivitamina D.

La suplementación de esta vitamina ha demostrado disminuir el riesgo de fractura y de caída en pacientes ancianas, pues mejora la fuerza muscular y el equilibrio. En pacientes con antecedentes de nefrolitiasis se debe evaluar previamente las causas de la formación renal de cálculos o de hipercalciuria para indicar la suplementación de calcio.

Las mujeres con movilidad limitada que pasan mucho tiempo dentro del hogar, las pacientes con síndrome de malabsorción, las que toman anticonvulsivantes o glucocorticoides por largo plazo están particularmente en riesgo de deficiencia de vitamina D.

Niveles de Vitamina D:

– Nivel mínimo aceptado: 30 ng/ml.
– Rango deseable 30-60 ng/ml. Valores mayores de 100 ng/ml raramente son tóxicos.

Se necesitan dosis entre 1.000 a 2.000 UI/día de Vitamina D para alcanzar los valores deseables.
Para deficiencia o insuficiencia, la dosis es de 50.000 UI semanales por 8 semanas y continuar con dosis de 1000 a 2000 UI/dia

Indicaciones para inicio de una terapia farmacológica en osteoporosis:

– Mujeres posmenopáusicas con fractura vertebral osteoporótica o fractura de cadera.
– Mujeres posmenopáusicas con valores de DMO consistentes con osteoporosis (T-score ≤-2,5) en columna lumbar, cuello femoral o cadera total.
– Mujeres posmenopáusicas con puntaje de T-score de -1 a -2,5 y dos factores de riesgo mayor o, un factor de riesgo mayor más dos factores de riesgo menores (pág. 22).

OBSERVACIÓN: las fracturas vertebrales deben ser confirmadas mediante radiografías de columna de perfil. La fractura vertebral es confirmada cuando se nota una disminución de la altura vertebral anterior, media o posterior mayor al 20%.

TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA

La THM es la única terapia disponible con eficacia comprobada para la reducción de fracturas en pacientes con osteopenia. Disminuye la incidencia de todas las fracturas, incluyendo las vertebrales y no vertebrales y las de cadera. La edad en que se da inicio a la misma es importante. Cuanto antes mejor.

Todos los tratamientos hormonales recuperan la DMO, aún los de bajas dosis.

Se puede indicar THM y tibolona a mujeres posmenopáusicas con riesgo de fractura u osteoporosis que sean menores de 60 años o dentro de los 10 años de la menopausia.

Iniciar la THM después de los 60 años con la indicación de prevención de fractura es considerada una segunda línea terapéutica y requiere el cálculo individual de la relación riesgo/beneficio, en comparación con las otras drogas aprobadas.

Si se opta por la THM se debe utilizar la menor dosis efectiva. Cuando la THM es discontinuada la pérdida ósea puede ser rápida y el uso de otro agente terapéutico debería ser considerado para mantener la DMO.

DROGAS ANTIRRESORTIVAS
BIFOSFONATOS

Son potentes inhibidores de la resorción ósea con eficacia comprobada en la prevención de fracturas vertebrales y de cadera. No existe evidencia que indique que eviten fracturas en pacientes osteopénicas.

Deben ser consumidos en ayunas, con un vaso con agua una vez que ya se han levantado de la cama, ya que luego no deben volver a acostarse.

Los efectos adversos son similares para todos los bisfosfonatos orales e incluyen alteraciones gastrointestinales como dificultad en la deglución, esofagitis y gastritis y pueden afectar la función renal. Está contraindicado en pacientes con clearence de creatinina < 30 a 35 ml/minuto y puede presentarse inflamación ocular. Raramente puede producirse osteonecrosis de mandíbula y fractura atípica de fémur con el uso prolongado de bisfosfonatos. El riesgo parecería aumentar con la duración del tratamiento por más de 5 años.

ALENDRONATO

Dosis de prevención: 5 mg/día vía oral. Indicado en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica con una dosis de: 10 mg/día o 70 mg/semana por vía oral.

Disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y de cadera en aproximadamente un 50%, en pacientes con fractura vertebral previa o con osteoporosis de cadera luego de 3 años de tratamiento, y alrededor de un 48%, las fracturas vertebrales en pacientes sin fractura vertebral previa.

IBANDRONATO

Reduce la incidencia de fractura vertebral en aproximadamente 50% luego de 3 años, pero la reducción en el riesgo de fractura no vertebral no está documentada. Se utiliza, tanto en la prevención, como en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica con una dosis de 150 mg/mes por vía oral. Para esto último también se puede indicar 3 mg durante 3 meses, por vía intravenosa.

RISEDRONATO

Disminuye la incidencia de fractura vertebral entre 41% y 49%, y de no vertebral en casi un 36% a los 3 años de tratamiento. Reduce el riesgo dentro del año en pacientes con fractura vertebral previa. Está indicado en la prevención y el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica con una dosis diaria de 5 mg, 35 mg por semana y 150 mg al mes por vía oral.

ZOLEDRONATO

Disminuye la incidencia de fracturas vertebrales en un 70% con una significativa reducción al año. Las fracturas de cadera en ≈ 41% y las no vertebrales en ≈ 25% a los 3 años de tratamiento en pacientes con osteoporosis.

Como medida preventiva: 5mg durante 2 años por vía intravenosa. Para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica indicar 5mg durante 1 año, por vía intravenosa.

MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS

Los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (SERMs), raloxifeno y bazedoxifeno reducen las fracturas vertebrales en mujeres posmenopáusicas con o sin fracturas vertebrales prevalentes.

BAZEDOXIFENO

Indicado para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica en mujeres con riesgo aumentado de fracturas, 20 mg/día vía oral en cualquier momento, con o sin comida.

HORMONA PARATIROIDEA

La hormona paratiroidea (PTH) presente en el medicamento Teriparatide es un agente anabólico que disminuye el riesgo de fracturas vertebrales a través de la estimulación de la formación de hueso.

Disminuye el riesgo de fractura vertebral en 65% y de fractura no vertebral en 53% en pacientes con osteoporosis luego de un uso promedio de 18 meses. No se debe exceder la administración por más de 24 meses.

Indicada para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura, 20 μg/día, vía subcutánea. Cuando el tratamiento es discontinuado, la pérdida ósea puede ser rápida y el uso de otro agente terapéutico debería ser considerado para mantener la DMO.

El uso de PTH está contraindicado en pacientes con riesgo de osteosarcoma, enfermedad de Paget, antecedente de radioterapia, metástasis óseas, hipercalcemia o antecedente de neoplasia esquelética.

OBSERVACIÓN: el tratamiento previo con bisfosfonato mitiga el efecto de la PTH usada posteriormente.

RANELATO DE ESTRONCIO

Reduce significativamente el riesgo de fracturas tanto vertebrales (41%), como no vertebrales (16%), y de cadera (36%) en pacientes con osteoporosis en 3 años, independientemente si hay o no antecedente de fracturas o de la edad. Tratamiento: 2 gr/día por vía oral.

Por los efectos adversos cardiovasculares, su uso está limitado a aquellos pacientes que no pueden utilizar otras drogas aprobadas para el tratamiento de la osteoporosis.

DENOSUMAB

Es un anticuerpo humano monoclonal inhibidor del RANKL[1]. Disminuye la incidencia de fractura vertebral en 68%, no vertebral en 40% y de cadera en 40% luego de 3 años de tratamiento.

En el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura, administrar 60 mg cada 6 meses por vía subcutánea.

Cuando el Denosumab es discontinuado, la pérdida ósea puede ser rápida y el uso de otro agente terapéutico debería ser considerado para mantener la DMO.

Durante el tratamiento es apropiado reevaluar los objetivos terapéuticos y la elección de la droga, basado en el examen médico periódico y el seguimiento con densitometría.

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA, PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA, DIHIDROPROGESTERONA, ACETATO DE CIPROTERONA.

No modifican los efectos antioxidantes del estrógeno.

[1] *RANKL es el ligando del receptor activador del factor nuclear κB (RANK). El sistema intercelular proteico RANK/RANKL/OPG, encargado de la activación y diferenciación de células óseas. Una desregulación en alguno de sus componentes puede generar una disminución en la masa ósea, lo que puede llevar a desarrollar osteoporosis.*

CAPÍTULO 6 | ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y THM

- La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en mujeres.
- El riesgo cardiovascular aumenta con la edad y con el IMC.

RIESGO CARDIOVASCULAR Y MENOPAUSIA

Las bajas concentraciones de estrógeno durante la menopausia parecen estar asociadas a la alteración de la función vascular, inflamación y modificaciones en la regulación de otros sistemas como el renina-angiotensina-aldosterona y el nervioso simpático.

Una revisión sistemática encontró que las mujeres que experimentaron menopausia antes de los 45 años tenían un riesgo relativo de 1,19% (intervalo de confianza de 95 %; 1,08 - 1,31) de mortalidad, debido a enfermedades cardiovasculares.

Otros estudios epidemiológicos han demostrado una disminución de aproximadamente 2 % del riesgo de mortalidad por eventos cardiovasculares por cada año de retraso de la menopausia.

La transición a la menopausia se asocia con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular atribuido principalmente a la desregulación del metabolismo de los lípidos y la glucosa, así como la redistribución de la grasa corporal, principalmente abdominal.

El hábito tabáquico induce a la disfunción endotelial prematura en mujeres premenopáusicas, debido a la alteración de la regulación de receptores de estrógenos en la pared vascular además de la inflamación y la activación del sistema trombótico y la promoción de la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad. La evaluación de la función endotelial puede ser realizada de forma no invasiva mediante una ecografía de la arteria braquial o tonometría arterial digital.

Las mediciones de la función endotelial periférica se correlacionan con la función endotelial de la arteria coronaria y pueden indicar futuros eventos cardiovasculares.

Con las mediciones de la velocidad de la onda de pulso se puede establecer el grado de rigidez arterial, el cual es un signo de futuros eventos cardiovasculares.

En el caso del estrés crónico y principalmente del psicosocial, el sistema alostático se puede sobrecargar con la hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, y el sistema nervioso autónomo con la desregulación de la presión arterial y de los niveles de cortisol. Además, se produce una respuesta inmunoinflamatoria con la producción de citoquinas inflamatorias.

Si este fenómeno dura mucho tiempo debido a una adversidad crónica -por ejemplo, estrés laboral o social- los efectos fisiopatológicos pueden provocar alteraciones metabólicas como desregulación de la glucosa y los lípidos y producir malestar a las mujeres en esta etapa de la vida.

Estos hallazgos apoyan la necesidad de realizar una mayor vigilancia de los marcadores metabólicos y antropométricos de las mujeres que están en este proceso fisiológico y la consecuente necesidad de reforzar los factores protectores.

RECOMENDACIONES DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Además de lo mencionado en el capítulo sobre Evaluación y Diagnóstico, considerar los siguientes estudios auxiliares.

EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SE PODRÍA SOLICITAR

– Electrocardiograma
– Ecocardiografía

EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN SE PODRÍA INDICAR

– Doppler carotideo
– Ergometría
– Velocidad de onda de pulso

Todos estos estudios se solicitarían con evaluación personalizada e interdisciplinaria.

THM EN MUJERES CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES

- El inicio oportuno de la terapia de estrógeno antes de los 60 años y/o dentro de los 10 años de la menopausia reduce el riesgo de enfermedad y mortalidad coronaria en mujeres menores de 60 años con menopausia reciente y sin antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- Sin embargo, hay fuerte evidencia de un mayor riesgo de tromboembolismo venoso, tanto si se empezó antes como después de los 60 años.
- No se recomienda iniciar la THM únicamente como medida de prevención primaria o secundaria de la enfermedad coronaria.
- Los beneficios vasculares de los estrógenos, solo se presentan cuando el endotelio vascular no está dañado; pero cuando ya existe alguna lesión endotelial tienen efectos negativos, el efecto vasodilatador desaparece, las placas ateroescleróticas se vuelven inestables y son protrombóticos. Dependiendo esta respuesta de la edad, el tiempo de menopausia y el estado endotelial
- Los efectos de los progestágenos dependen del tipo y dosis.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

- El riesgo de accidente cerebrovascular isquémico está relacionado con la edad. Raramente ocurre antes de los 60 años, y es mayor cuando la THM se inicia en mujeres mayores de 60 años.
- La THM en mujeres menores de 60 años y/o a menos de 10 años desde la menopausia no tiene efecto sobre el riesgo de accidente cerebrovascular.
- No se inicia el tratamiento en mujeres con mas de 10 años de menopausia.
- En las que comenzaron el tratamiento más de diez años después de la menopausia hubo un aumento en el riesgo de accidente cerebrovascular.
- La THM oral tiene mayor relación con el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico, siendo menor con dosis bajas.
- La THM transdérmica no tiene efecto sobre el riesgo de accidente cereborvascular.

METABOLISMO LIPÍDICO
LEVONORGESTREL, ACETATO DE NORETISTERONA (NETA)

EFECTOS FAVORABLES	EFECTOS DESFAVORABLES
↓ TGR	↑ lipasa hepática
↓ LPa	↓ HDL
	↑ LDL

TIBOLONA

EFECTOS FAVORABLES	EFECTOS DESFAVORABLES
↓ TGR	↓ HDL
↓ CT	
↓ LDL	

COAGULACIÓN, TROMBOEMBOLISMO VENOSO Y THM

- Evaluar historia personal y familiar de tromboembolismo venoso (TEV). El riesgo se relaciona con el tiempo y dosis de la THM y factores de riesgo de trombosis. Es incrementado por la obesidad y la edad.
- La terapia estrogénica oral está contraindicada en mujeres con antecedente personal de TEV.
- El riesgo es mayor al inicio de la THM. Al discontinuarla, el riesgo desaparece aproximadamente a los 2,5 años.
- La terapia estrogénica transdérmica debe ser la primera opción en mujeres obesas que sufren síntomas climatéricos.
- El riesgo de trombosis venosa aumenta con la edad, obesidad y la presencia de otros factores de riesgo, como las trombofilias adquiridas o congénitas.
- Algunos progestágenos como AMP, derivados norpregnanos y regímenes combinados contínuos podrían estar asociados a un aumento del riesgo de TEV . No así con progesterona natural micronizada ni con los derivados pregnanos.
- Existe un menor riesgo con THM transdérmica de baja dosis asociada con progesterona.

TIBOLONA

EFECTOS FAVORABLES	EFECTOS DESFAVORABLES
↓fibrinógeno	↓ Antitrombina
↓PAI-I	↑Productos degradación fibrina
↓I Factor VII	

CAPÍTULO 7 | DESEO GESTACIONAL EN LA PERIMENOPAUSIA. ANTICONCEPCIÓN EN LA TRANSICIÓN MENOPÁUSICA

Fuente: Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres. 3a edición. 2021

La fertilidad comienza a declinar después de los 35 años. A la disminución de la reserva ovárica se suma la mala calidad ovocitaria (con mayores aneuploidías por fenómenos de no disyunción meiótica). Esta condición aumenta el riesgo de abortos espontáneos y de fetos con cromosomopatías.

Cuando se consulta por infertilidad, el estudio se inicia a los 6 meses después que la mujer ha cumplido los 35 años e inmediatamente si ha superado los 40 años.

La edad es un factor determinante en la tasa de embarazos espontáneos y en los resultados de los tratamientos de fertilidad.

Con la ovodonación se evita el riesgo de fetos con anomalías cromosómicas (la edad del ovocito es la de la donante), pero no se evita otras complicaciones del embarazo que aumentan la morbimortalidad en la perimenopausia, como la diabetes gestacional, la hipertensión, el crecimiento intrauterino restringido, la patología placentaria y la prematuridad, que son dependientes de la edad de la madre y su condición de salud previa al embarazo.

Por estas cuestiones se debe brindar una buena consejería e informar de los riesgos que la edad ocasiona en la concepción.

NECESIDAD DE ANTICONCEPCIÓN

Aunque la edad sea uno de los factores determinantes de la capacidad fértil de una mujer, en este periodo todavía existe riesgo de embarazo ya que es posible la ovulación espontánea ocasional. Un embarazo acarrea más riesgos en esta etapa.

ASPECTOS A CONSIDERAR

- Fertilidad y necesidades anticonceptivas.
- Riesgos de una gestación.
- Conducta sexual y uso de anticonceptivos.
- Problemas de salud y sintomatología climatérica.

ELECCIÓN Y UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- Los criterios de elegibilidad para uso de anticonceptivos no se basan solo en la edad. Además, se debe evaluar la presencia o no de enfermedades y síntomas climatéricos.
- Como paso previo a la elección del método se debe realizar una anamnesis y exploración básica que ayude a decidir el mejor para cada caso.
- Para ayudar a la elección informada y libre, es preciso escuchar y transmitir adecuadamente la información sobre las distintas opciones existentes.
- Siempre se debe considerar las prioridades de la usuaria y las de su pareja porque la demanda durante la perimenopausia puede ser más amplia y contemplar no solamente la anticoncepción, sino también la solución de otras necesidades.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO IDEAL

- Alta eficacia anticonceptiva.
- Control de las alteraciones del ciclo menstrual.
- Mejora de los síntomas climatéricos y/o del mantenimiento de la vida sexual.
- No aumenta el riesgo cardiovascular.
- Protege la masa ósea frente a la osteoporosis.
- Protege de las infecciones de transmisión sexual.

	Ligadura	Vasectomía	Condón	DIU	Hormonal
Previene embarazos no planeados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Minimiza las fluctuaciones hormonales	No	No	No	No	Sí
Proporciona beneficio (s) de salud adicional	Sí, previene cáncer de ovario, protección sobre EPI	No	Sí, previene ITS, VIH	Disminuye la anemia, dismenorrea y EPI con DIU-LNG	Sí, previene cáncer de ovario, endometrio, protección ósea, alivio de las funciones hormonales, control de ciclo, dismenorrea, otros

ANTICONCEPCIÓN NO HORMONAL

Los métodos anticonceptivos no hormonales disponibles para las mujeres en transición menopáusica son los mismos que para otras edades. Desde el punto de vista de su eficacia, tanto los métodos de autoconocimiento de la fertilidad, como los de barrera, requieren un adecuado cumplimiento, por lo que se catalogan como de baja eficacia (Índice de Pearl >10).

Debido a los cambios hormonales, la eficacia de los métodos naturales en este periodo es muy baja. Carecen de beneficios no contraceptivos, algunos especialmente importantes para la perimenopausia, como el alivio de la sintomatología vasomotora y el control del ciclo menstrual.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

Para mujeres mayores de 40 años sin contraindicaciones, el criterio de elegibilidad es 1, al igual que para mujeres de menor edad, para todos los métodos hormonales combinados: parches, anillos vaginales combinados y anticonceptivos hormonales combinados orales e inyectables.

Si existiera alguna contraindicación que condicione un criterio 3 o 4, se ofrecerán otras opciones anticonceptivas.

BENEFICIOS DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

- Control del flujo menstrual y ciclo irregular.
- Control de síntomas vasomotores.
- Reducción de la desmineralización ósea.
- Disminución del riesgo de algunos tipos de cáncer. Se atribuye una menor mortalidad por cáncer en general, en las usuarias de anticonceptivos orales combinados (AOC). El efecto protector sobre el cáncer de ovario (40-60%) es uno de los beneficios más significativos, este aumenta con la duración del uso y persiste durante 15 a 20 años o más tras cesar la toma del anticonceptivo. Además, reduce el riesgo de cáncer de endometrio en un 40- 50%, manteniéndose esta protección al menos entre 10 a 15 años después de abandonarlo y ofrece un 20% de posible reducción del riesgo de cáncer colorrectal.
- No hay evidencias suficientes que demuestren que el uso de AOC aumente el riesgo de cáncer de mama y de cuello uterino.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL CON SOLO-GESTÁGENOS

Para mujeres de hasta 45 años de edad sin otra contraindicación, el criterio de elegibilidad es 1 para todos los métodos hormonales solo progestágenos: anticonceptivos solo progestina orales e inyectables, implantes y DIU con levonorgestrel.

En mujeres mayores de 45 años, los inyectables de progestina sola corresponden a criterio 2.y los demás a criterio 1.

Si existe alguna contraindicación que condicione un criterio 3 o 4, se ofrecerán otras opciones anticonceptivas.

Además, el DIU con levonorgestrel puede utilizarse en aquellas mujeres que requieran Terapia de Reemplazo Hormonal en combinación con algún estrógeno.

PROGESTÁGENOS ORALES O IM SOLOS	
Ventajas	**Desventajas**
Anticoncepción eficaz en perimenopausia	Sequedad vaginal
Conducen a amenorrea	Deseo sexual hipoactivo
Disminuyen el sangrado	Poca o nula accción en sofocos
Controlan la adenomiosis y el tamaño de los miomas	Depresión
Controla la dismenorrea	No evitan la pérdida de masa ósea
Menor riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio	Sangrado irregular

DIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL

Ventajas	Desventajas
Anticoncepción eficaz en perimenopausia	Costo
Disminuye el sangrado. Conducen a la amenorrea	Nula acción en sofocos
Disminuye dismenorrea y síndrome de tensión premenstrual	Alteraciones del humor
Previene hiperplasia endometrial. Evita la histerectomía total	Seborrea
No enmascara la menopausia	No evita la pérdida de la masa ósea
Comodidad. Solo requiere control periódico	

DIU/ T DE COBRE

De alta eficacia y respaldado por evidencia científica de nivel I, su uso es muy aceptado, con excepción de aquellas mujeres con sangrado abundante y dismenorrea.

El criterio de elegibilidad para el DIU es 1. No interfiere con las relaciones sexuales, no está relacionado a riesgos metabólicos o cardiovasculares y no interacciona con otros fármacos.

MÉTODOS DE BARRERA

En este grupo están los condones o preservativos masculinos y femeninos. El criterio de elegibilidad para todos estos métodos es 1, en relación al ciclo de vida de la mujer.

Si bien no mejora las alteraciones del ciclo ni la sintomatología climatérica, y necesita la colaboración de la pareja, ofrece protección contra las infecciones de transmisión sexual.

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

La ligadura tubárica posee alta eficacia y es de efecto definitivo. Debe evaluarse la existencia de condiciones que requieran posponer su implementación o cuidados especiales para la realización del procedimiento. En los últimos años se observa que van disminuyendo a favor de los métodos anticonceptivos reversibles

de larga duración (LARC), por sus siglas en inglés.

La vasectomía también se encuentra entre estas opciones anticonceptivas.

INTERRUPCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN

- Mujeres menores de 50 años: hasta 2 años de amenorrea.
- Mujeres de 50 años o más: hasta 1 año de amenorrea.
- En mujeres que se encuentran tomando AOC a partir de los 45 años medir FSH en el periodo de descanso del AOC. Con un FSH mayor de 30 microgramos/dl en sangre, en 2 determinaciones separadas en 6 semanas, se puede suspender la anticoncepción.
- Las que no utilicen un método anticonceptivo hormonal y que continúen con el ciclo menstrual a la edad de 51 años deben usar algún método anticonceptivo.
- Las mujeres mayores de 40 años que utilizan DIU pueden mantener el dispositivo hasta la menopausia o hasta que ya no necesiten anticoncepción.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ASESORAMIENTO EN LA INTERRUPCIÓN DE LA CONTRACEPCIÓN	
NO HORMONAL	< 50 años	≥ 50 años
	Suspender anticoncepción tras 2 años de amenorrea	Suspender anticoncepción tras un año de amenorrea
AHC	Puede continuarse hasta los 50 años o cambiar a un no hormonal y esperar 2 años de amenorrea	Suspender AHC a los 50 años y cambiar a método no hormonal o con solo –gestágenos, luego seguir los consejos propios de su caso
DMPA	Puede continuarse hasta los 50 años de edad o abandonar y esperar 3 años de amenorrea	Suspender a los 50 años y dar a elegir entre las siguientes opciones: cambiar a un método no hormonal y suspender tras dos años de amenorrea por 2 años o cambiar a POP, implante o DIU-LNG y seguir los consejos propios de su caso
IMPLANTE O DIU-LNG	Puede continuarse hasta más de 50 años o más de edad	Continuar método. Si se produce amenorrea, evaluar los niveles de FSH y suspender método tras un año si FSH sérica ≥30 IU/L en dos ocasiones con un intervalo de 6 semanas. o Suspender a los 55 años cuando la pérdida normal de la fertilidad puede ser asumida por la mayoría de las mujeres. Si no hay amenorrea, investigar cualquier sangrado anómalo o cambios en el patrón de sangrado y continúe contracepcón después de los 55 años hasta amenorrea de 1 año

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE LA MENOPAUSIA (IMS) 2016

- A pesar del declive de la función ovárica con la edad, las mujeres requieren de contracepción efectiva hasta 1 año después del último período menstrual a los 50 años y hasta 2 años antes de los 50 años.
- Los métodos de larga duración proveen mayor efectividad y altas tasas de continuación.
- Este grupo de mujeres puede tener condiciones médicas que incrementan el riesgo en el uso de ciertos métodos.
- Hay beneficios adicionales de anticonceptivos con estrógenos + progestágenos para mujeres perimenopáusicas, incluyendo el manejo de los síntomas vasomotores y el sangrado uterino anormal.
- Los estrógenos deben utilizarse cuidadosamente en este grupo si la mujer presenta el hábito de fumar, obesidad o si tiene otros factores de riesgo cardiovascular. En estos casos, los métodos con progestágenos solos son efectivos y una alternativa segura.
- SIU puede ser usado como primera línea de tratamiento para el sangrado uterino anormal abundante, y es una alternativa reversible versus a la ablación endometrial y a la histerectomía.
- Anticonceptivos hormonales combinados proveen importantes beneficios anticonceptivos que incluyen el tratamiento del sangrado uterino irregular, la reducción de síntomas vasomotores, la disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, y el mantenimiento de la densidad mineral ósea.

CAPÍTULO 8 | TERAPIA HORMONAL Y CÁNCER

CÁNCER DE MAMA

La mamografía anual está indicada como método de despistaje en todas las mujeres de 40 años o más. En aquellas mujeres que utilicen THM y que tengan la densidad mamaria aumentada se debe evaluar el riesgo que presenta cada paciente a través de una buena historia clínica, sus antecedentes personales y ginecológicos. Además, sus antecedentes familiares de cáncer.

También es importante un examen físico y los métodos de diagnóstico, así como evaluar y educar sobre medidas preventivas en el estilo de vida (reducir el peso corporal y el consumo de alcohol, y aumentar la actividad física).

Requerirá más estudios complementarios como ecografía mamaria y resonancia magnética, siempre según evaluación de especialista.

CÁNCER DE ENDOMETRIO

- El sangrado uterino anormal en la posmenopausia es indicador de sospecha de cáncer de endometrio hasta demostrar lo contrario.
- Se debe realizar estudios de endometrio como histeroscopia y/o biopsia.
- Para la protección endometrial pueden ser necesarias, dosis mayores de progesterona que la habitual cuando se utilizan dosis mayores de estradiol o en mujeres con IMC elevado.
- El uso de terapia estrogénica sin progestágeno se asocia al aumento de riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio en relación a la dosis y la duración del tratamiento.
- Tras un período de 10 años, el riesgo de cáncer de endometrio aumenta 10 veces más en mujeres que reciben tratamiento con solo estrógenos, que en aquellas no usuarias. El índice se reduce en las terapias a las cuales se agrega progesterona durante al menos 14 días al mes.
- El riesgo disminuye rápidamente luego del cese de la THM; luego de 5 años el riesgo es el mismo que las mujeres que nunca tomaron hormonas.
- Las progesteronas recomendadas son la progesterona natural micronizada, y la dihidrogestona entre las sintéticas.
- Los datos de estudios con tibolona sobre el endometrio sugieren similar protección al de los esquemas combinados continuos.
- El endometrio resulta protegido también con el uso de bajas dosis.
- Con ultra bajas dosis de estrógenos y progesterona se demostró una buena protección endometrial y amenorrea.

CÁNCER DE OVARIO

- Es un cáncer frecuente en mujeres de 50 a 65 años.
- Los metaanálisis concluyen que las mujeres que realizan menos de 5 años de THM, no incrementan significativamente el R: RR 1.04 (CI95%:0.91-1.20) comparadas con las de más de 5 años de uso, con RR 1.47 (CI95%:1.12-1.92).
- El riesgo es mayor para los estrógenos solos.
- La THM está contraindicada en mujeres con mutaciones BRCA 1 o BRCA 2.
- La THM puede ser indicada en mujeres con antecedente de cáncer de ovario EI y II, luego de 2 años del tratamiento oncológico.

CÁNCER DE PULMÓN

- Por medio de estudios se ha reportado un efecto protector de la THM para todos los cánceres de pulmón, (uso previo de E + P durante menos de 5 años), y para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (uso previo de cualquier THM durante 5–10 años).
- El tabaquismo es un factor de riesgo importante. Las fumadoras tienen mayor riesgo asociado a 10 o más años de uso de E + P.

CÁNCER COLORRECTAL

- La mayoría de los estudios observacionales muestran menor riesgo de cáncer colorrectal y pólipos colorrectales en las mujeres sometidas a THM.
- Los datos disponibles son limitados en relación al efecto de la THM no oral sobre el riesgo de cáncer colorrectal.
- Según estudios, la tibolona se asocia con menor riesgo de cáncer de colon en mujeres de 60 a 79 años.
- La THM no debe ser utilizada únicamente para la prevención del cáncer colorrectal.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

- La THM no se relaciona con aumento del riesgo de cáncer de cuello uterino.

CÁNCER GÁSTRICO, ESOFÁGICO Y DE LA VESÍCULA BILIAR

- La THM podría asociarse a un riesgo reducido de cáncer gástrico.

BIBLIOGRAFÍA

Monsalve C, Reyes V, Parra J, Chea R. Manejo terapéutico de la sintomatología climatérica. Rev Peru Ginecol Obstet.2018; 64 (1).

CONSENSO FLASOG 2016- Atención en el Climaterio.

Asociación Española para la Menopausia –Menoguía 2012.

Atención integral de la salud de la mujer en climaterio para el primer nivel atención y prevención de consecuencias evitables. Montevideo, Uruguay, 2009.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2015; 126:859-76). Https://www.greenjournal.org

Sosa,Lida; Corrales, Fanny; Diaz,Karen. Síndrome Climatérico – http://flasog.org/wp-content/uploads/2022/02/Sindrome-Climaterico_compressed.pdf

Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, Barad D, Barnabei VM, Ko M, LaCroix AZ, Margolis KL, Stefanick ML. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. JAMA. 2007; 297(13):1465-77.

Mack WJ, Slater CC, Xiang M, Shoupe D, Lobo RA, Hodis HN. Elevated subclinical atherosclerosis associated with oophorectomy is related to time since menopause rather than type of menopause. Fertil Steril. 2004; 82:391-7.

Chile. Ministerio de Salud (2013). Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS).

Español- Obstetrics & Gynecology 16 Kaunitz y Manson Manejo de Síntomas de la Menopausia © 2015 The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2015; 126:859-76) www.greenjournal.org

Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología- Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54:61-78.

Rev. Chil.obstet.ginecol. v.72 n.2 Santiago; 2007.

Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas Consenso Nacional inter-sociedades sobre cáncer de endometrio, junio 2016.

International Society for Clinical Densitometry. 2013. ISCD Official Positions-Adult. Disponible en: www.iscd.org/official-positions/2013-iscd-official-positions-adult

Rosen HN, Drezner MK. Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women. ©2014, UpToDate, Inc.

Kleerekoper M. Screening for osteoporosis. ©2014, UpToDate, Inc.

Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, Junio, 2016.

Avances de endocrinología ginecológica y reproductiva – SAEGRE 2012; 1008 18.

Recomendaciones 2016 de la IMS sobre Salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopáusica-climatérica – 2016; 19: 109-50.

Luis Ernesto Pérez A. Md. 6ginecólogo obstetra* e Ingrid C. Rojas Md- artículo de revisión- menopausia - panorama actual de manejo. Rev. Fac. Med. V. 19 N. 1. Bogotá, Enero-Junio, 2011.

Recomendaciones NAMS 2017.

Cadarette SM, Jaglal SB, Kreiger N, McIsaac WJ, Darlington GA, Tu JV. Development and validation of the Osteoporosis Risk Assessment Instrument to facilitate selection of women for bone densitometry. CMAJ 2000; 162:1289-94.

Lydick E, Cook K, Turpin J, Melton M, Stine R, Byrnes C. Development and validation f a simple questionnaire to facilitate identification of women likely to have low bone density. Am J Manag Care 1998; 4(1):37-8. 23.

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres. 2da edición. 2018.

Yabur J. La menopausia puesta al día. Gacetilla Médica Caracas. 2006; 114: 1-12.5.

Chakrabarti S, Morton JS, Davidge ST. Mechanisms of estrogen effects on the endothelium: an overview. Can J Cardiol. 2014; 30 (7): 705-712.6.

Pradhan AD, Manson JE, Rossouw JE, Siscovick DS, Mouton CP, Rifai N, et al. Inflammatory biomarkers, hormone replacement therapy, and incident coronary heart disease: prospective analysis from the Women's Health Initiative observational study. JAMA. 2002; 288 (8): 980-987.7.

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN CLIMATERIO

ISBN: 978-99925-11-34-3

Con el apoyo de