- CASOS SOSPECHOSOS DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL POR ULTRASONOGRAFIA: en edad reproductiva. (peri menopausia) con endometrio mayor de 5 milímetros en ultrasonografía los primeros 6 días del ciclo y en la posmenopausia con endometrio igual o mayor de 5 milímetros con o sin terapia de reemplazo hormonal.

9. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Embarazo. (no olvidar que las mujeres en la perimenopausia pueden presentar ocasionalmente ovulación y darse un embarazo en este período de la vida).
- Anovulación crónica: Síndrome de ovarios poliquisticos, amenorrea-galactorrea.
- Amenorreas secundarias a enfermedades sistémicas.
- Hipogonadismo de otro origen, entre otros.

10. TRATAMIENTO:

A- Tratamiento complementario:

Los prestadores de servicios de salud deben de motivar a las mujeres en la edad del climaterio y la menopausia ha realizar cambios en los estilos de vida que le permitan tener una mejor calidad de vida, entre ellos:

A.1 DIETA:

Se recomendará una dieta según estado nutricional e IMC de la paciente. Que incluya de 1200 a 1500 mg de calcio elemental al día, baja en grasas y colesterol. En los casos que lo ameriten referir al nutricionista.

A.2. CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Fomentar los estilos de vida saludables. Evitar alcohol, el café y el tabaco.

A.2. EJERCICIO:

Recomendar ejercicios con moderación, 30 minutos cinco veces a la semana mínimo y previa valoración médica. Los ejercicios recomendados son los siguientes: aeróbicos de

Documento Derogado

bajo impacto, bicicleta, caminata rápida con límite de tiempo y distancia, gimnasia clásica y natación.

A.3. EXPOSICION AL SOL:

Se sugiere la exposición a la luz solar (Directa o indirecta) por lo menos de media hora diaria con vestimenta normal.

A.4. SUPLEMENTOS DE CALCIO:

En caso necesario se administrara por vía oral calcio ionizable, insistiendo que la fuente principal de calcio deberá ser la dieta. Combinado con Vitamina D en pacientes mayores de 60 anos.

B- TERAPIA HORMONAL:

Es la administración de hormonas esteroideas ováricas cuando se encuentran disminuidas, buscando alcanzar niveles sanguíneos suficientes para la normalización de la función de las células en los tejidos blanco, con el objetivo de impedir, disminuir o eliminar la sintomatología o el síndrome dismetabólico resultante de la deprivación hormonal.

La terapia con estrógenos es el estándar de oro, para el alivio de los síntomas de la menopausia, y debe utilizarse en aquellas mujeres que presenten sintomatología climatérica de moderada a severa.

Es la terapia más adecuada para las mujeres menopáusicas sintomáticas, excepto en aquellas que tienen antecedentes de: cáncer de mama, antecedentes de trombo-embolismo o eventos cerebro-vasculares, o que tienen alto riesgo de padecer estas enfermedades; el riesgo absoluto de presentar cualquiera de estas complicaciones de una mujer de 50 años de edad en tratamiento con TH durante 1 a 5 años y se incrementa de 1/1000 a 1/200; por lo que en general la recomendación es que la

Documento Derogado

duración de la terapia sea menor de 7 años; o por mayor tiempo considerando riesgo beneficio en la calidad de vida de la mujer.

Recordar que antes de iniciar terapia de reemplazo hormonal deben analizarse exámenes de laboratorio/ gabinete y determinar el riesgo.

B.1- RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE EL USO DE TERAPIA HORMONAL

RECORDAR SIEMPRE QUE LA TERAPIA HORMONAL TENDRA QUE SER INDIVIDUALIZADA.

1. La terapia hormonal deberá utilizarse en aquellas mujeres en el climaterio y menopausia con sintomatología propia de la misma de moderada a severa.
2. El inicio de la terapia hormonal será lo más temprano posible acorde con la sintomatología, no después de 5 años de la menopausia, ni después de los 60 años.
3. Individualizar la terapia para cada paciente y seleccionar la dosis menor de estrógenos que de mejores resultados.
4. El tiempo de uso de la terapia en cada paciente, será determinado por criterio médico, los estudios sugieren como promedio de uso 7 años de tratamiento, según recomendación de la Sociedad Internacional de Menopausia (IMS).

Documento Derogado

5. Progestinas solas o anticonceptivos combinados de baja dosis pueden ser utilizados para el alivio de la sintomatología en las mujeres en la peri-menopausia que desean usar algún método de planificación familiar.

6. La terapia seleccionada deberá ser de MANERA CONTINUA en las pacientes post-menopáusicas, sin dejar períodos de descanso, dado que fisiológicamente la necesidad de estrógenos es permanente.

7. En la peri y post-menopausia, si la sintomatología es a predominio urogenital, la aplicación de cremas vaginales con estrógenos suele ser suficiente.

8. Las mujeres sexualmente activas que tienen problemas con disfunción sexual pueden beneficiarse de la administración de andrógenos.

9. Debe recordarse que a toda mujer con terapia hormonal, debe continuar el tamizaje de cáncer cervical y de mama acorde con las guías preventivas del mismo, así como, un seguimiento de su control metabólico anual.

10. Además de la terapia hormonal, debe de prescribirse Calcio, a dosis de 1200 miligramos por día de calcio elemental, de preferencia con vitamina D, en pacientes mayores de 60 años.

11. Paciente con peri menopausia sintomática y con útero necesitará terapia hormonal de tipo combinada cíclica o continua (estrógenos y progestágenos).

12. Paciente posmenopáusica con útero necesitará terapia hormonal de tipo combinada continua.

Documento Derogado

13. En pacientes con menopausia quirúrgica e histerectomizadas se indicará terapia estrogénica sola. (excepto en los antecedentes de endometriosis).

B.2-INDICACIONES:

Actualmente se acepta a nivel general las siguientes indicaciones de la Terapia hormonal:

1. Síntomas vasomotores moderados a severos.
2. Atrofia uro-genital.

Desde el punto de vista preventivo todas las mujeres en el climaterio y menopausia sin contraindicación deberían recibir terapia hormonal para la **Prevención de osteoporosis y enfermedad cardiovascular siempre que se inicie tempranamente. (Dentro de los primeros 5 años de la menopausia).**

B.2.a. SÍNTOMAS VASOMOTORES:

Para incluirse en la terapia hormonal la paciente debe de tener bochornos de moderados a severos (ver clasificación de Voda); los cuales deben caracterizarse por ser de inicio súbito, acompañarse de sudoración profusa, iniciar en el pecho y extenderse a cuello y cara.

La terapia hormonal es muy efectiva para aliviar este síntoma, alrededor del 85.7% de las mujeres mejorarán con la administración sistémica de Estrógenos (más progestinas si tienen útero). No hay diferencia en cuanto a la vía de administración para el alivio de este síntoma, tanto los parches, como las tabletas serán efectivos.

Documento Derogado

Los anticonceptivos combinados de baja dosis son adecuados para el alivio de este síntoma en las mujeres que necesitan anticoncepción y tratamiento de los bochornos.

En las mujeres con alguna contraindicación para la terapia hormonal puede utilizarse medicamentos como: clonidine, antidepresivos como la fluoxetina y la gabapentina, entre otros.

Los esquemas usados serán acorde con la edad de la paciente, el riesgo y la presencia o no de útero y son presentados más adelante en dosificación.

B.2.b. ATROFIA DEL TRACTO URO-GENITAL: con los síntomas asociadas a la misma como: dispareunia, disuria, infecciones de vías urinarias recurrentes, incontinencia urinaria de urgencia o de esfuerzo, entre otros.

En general la terapia estrogénica local (cremas vaginales) es suficiente para el alivio de los síntomas secundarios a atrofia urogenital; si esta es la única sintomatología que la paciente acusa es suficiente con el tratamiento local; no es necesaria la adición de progestinas para la protección endometrial siempre y cuando la dosis del estrógeno sea la correcta. No olvidar la vigilancia con ultrasonografía vaginal anual para medir el endometrio en aquellas mujeres con útero.

Para el alivio de la incontinencia de urgencia y de esfuerzo secundaria a la atrofia urogenital es conveniente los ejercicios de Kegel, el tratamiento de la obesidad, el uso de estrógenos vaginales, y los moduladores de receptores alfa adrenérgicos como la imipramina, tolterodina y la oxibutinina.

Documento Derogado

B.2.c- PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS:

La terapia hormonal, ejercerá un efecto protectivo contra la osteoporosis, siempre y cuando se inicie tempranamente en los primeros 5 años de la menopausia. No tiene la capacidad de revertir los cambios óseos cuando ya hay osteoporosis.

La terapia hormonal sistémica es la indicada para esta prevención.

Para el tamizaje de la osteoporosis, la densitometría ultrasonográfica se indicará a toda mujer con edad entre 45 y 60 años de edad con factor de riesgo de fractura. Para el diagnóstico definitivo, tratamiento y seguimiento lo indicado es la densitometría DEXA.

RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO POSTERIOR RESULTADO DE DENSITOMETRÍA ULTRASONOGRAFICA.

- Si el resultado es NORMAL, se repetirá la prueba en dos años.
- Si el resultado es OSTEOPENIA, la prueba se indicará nuevamente en un año.

Ambos casos serán manejados por ginecólogo(a) o médico general capacitado del segundo nivel de atención, quien evaluará el uso de terapia hormonal, calcio, y vitamina D, e indicará ejercicios y cambios en el estilo de vida.

- Si se detecta OSTEOPOROSIS, se referirá al tercer nivel de atención (endocrinología u hospital ginecológico de tercer nivel) según disponibilidad.

Idealmente el Médico endocrinólogo o ginecólogo del tercer nivel indicará densitometría de columna lumbar y/o fémur y de acuerdo al resultado de exámenes, iniciará

Documento Derogado

tratamiento adecuado, para que posteriormente lo continúe prescribiendo el médico(a) general capacitado o ginecólogo(a) del segundo nivel, en los controles subsecuentes.

Si el resultado **es normal,** continuará sus controles en ginecología y se indicará nuevamente la densitometría Ultrasonográfica en dos años.

B.2.d- PREVENCION DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Considerando que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la mujer posmenopáusica, el inicio del climaterio es el tiempo propicio para fomentar los cambios en el estilo de vida de estas pacientes y el uso de la terapia hormonal, lo que les permitirá reducir el riesgo de dicha patología.

Las mujeres que recién inician la menopausia y tienen algún factor de riesgo cardiovascular (hipertensión controlada, diabetes controlada, obesidad, entre otros) podrán beneficiarse de la terapia hormonal y especialmente de la transdérmica.

En mujeres que ya previamente tienen alguna patología cardiovascular de base o mayores de 60 años, el riesgo de estas patologías se incrementarán al utilizar terapia hormonal.

- **TIBOLONA:** es un esteroide sintético derivado del noretinodrel, el cual tiene un efecto estrogénico, progestágeno y androgénico débil, por lo que no se combina con progestágenos. Solo debe ser usado en mujeres post-menopáusicas puesto que no tiene efecto estrogénico en la mama ni endometrio pero si en hueso y

Documento Derogado

cerebro. Está contraindicada en la dislipidemias. A dosis de 2.5 mg al día vía oral.

B. 3. TERAPIAS ALTERNATIVAS: Actualmente existen en el mercado otras alternativas como: moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, antidepresivos, los cuales quedan a criterio del medico.

B.4- VIA DE ADMINISTRACION Y DOSIFICACIÓN.	Medicamento	Dosis	Tipo de paciente
Oral	Estrógenos equinos conjugados contínua *Valerato de estradiol contínuo*	0.3 a 0.6 mg cada día 1- 2 mg cada día	Histerectomizada
	Estrógenos equinos conjugados por 21 + 2.5 mg de acetato de medroxiprogesterona del día 12 al 21 del ciclo descansar 7 días para ver sangrado por deprivación	0.3 a 0.6 mg + 2.5 mg de ACMP últimos días del ciclo.	Paciente perimenopaúsicas que aún ven regla.
	Valerato de estradiol+ acetato de ciproterona los últimos días del ciclo. (c) por 21 días y descanzar 7 días para ver sangrado por deprivación	1 mg VE + 1mg de AC	
	Estrógenos equinos conjugados + acetato de medroxiprogesterona por 28 días contínua 17 Beta estradiol + drospirenona (a) por 28 días contínua. Estradiol hemihidratado + Acetato de noretisterona (c) por 28 días	0.3 a 0.6 mg EC+ 2.5mg de ACMP 1 tableta cada día continua 1mg E2 + 1mg DRSP 1 tableta cada día continua 2mg de E2 + 1 mg NRET 1 tableta cada día en forma contínua	Idealmente menores de 50 años. Pacientes post-menopáusicas con útero (mayores de 50 años).

Documento Derogado

B.4. VIA DE ADMINISTRACION Y DOSIFICACION:	Medicamento	Dosis	Indicación
TRANSDERMICA	Estradiol Hemihidratado 1.5 mg 17 beta estradiol 3.55 mg.	1 parche 1 vez por semana liberando 50 mcgr de estradiol/ día 1 parche 1 vez a la semana liberando 50 mcgr / día.	Paciente histerectomizada casos especiales++
	17 beta estradiol +Acetato de Noretisterona secuencial(es)	1 parche 2 veces a la semana 2 semanas estradiol 50 mcgr/día y 2 semanas liberan 50 mcgr de estradiol+170 mcgr de noretisterona	Pacientes con útero perimenopausicas
	17 Beta estradiol + acetato de noretisterona (ec)	1 parche 2 veces por semanan liberando 25 a 50 mcgr de estradiol/ día y 170 mcgr de noretisterona / día.	Pacientes con útero posmenopáusica casos especiales ++
Vía de administración	Medicamento	Dosis	Indicación
Vaginal	Estrógenos conjugados naturales o sintéticos, Estriol. Como terapia coadyuvante puede utilizarse cremas hidratantes y/o lubricantes vaginales.	0.5 a 2 g/ dosis (2 a 3 veces a la semana), continuidad acorde a la respuesta clínica.	Atrofia urogenital con y sin útero .

Documento Derogado

B.4. CASOS ESPECIALES: como endometriosis, cáncer de mama, falla ovárica prematura, oforectomía bilateral en mujeres jóvenes, entre otras; serán manejadas por especialista del tercer nivel.

B.5- CONTRAINDICACIONES DEL USO DE TERAPIA HORMONAL

B.5.a-ABSOLUTAS

1. **Por oposición de la paciente**, Si se presenta esta situación deberá ofrecerse controles periódicos, planteando su vigilancia con los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios.
2. **Embarazo** (o sospecha del mismo).
3. **Enfermedad tromboembólica activa**
4. **Enfermedad coronaria**
5. **Antecedentes de evento cerebro vascular**
6. **Presencia o sospecha de cáncer de mama, cérvix, endometrio y de tumores hormono dependientes.**
7. **Hemorragia genital de causa desconocida.**
8. **Enfermedad hepática o renal activa o crónica**
9. **Porfiria o melanomas.**

Documento Derogado

B.5.b-RELATIVAS

1. Presencia de miomas uterinos, hiperplasia endometrial, endometriosis, adenomiosis.
2. Obesidad.
3. Tabaquismo.
4. Convulsiones
5. Migraña.
6. Enfermedad de la vesícula biliar.
7. Hipertensión arterial no controlada
8. Diabetes mellitus no controlada
9. Varices sintomáticas
10. Dislipidemias
11. Otoesclerosis
12. Antecedente familiar de cáncer de seno
13. Antecedentes de mastopatía fibroquistica sintomática de la mama.

B.6-EFECTOS SECUNDARIOS DE TERAPIA HORMONAL:

1. Hemorragia uterina anormal.
2. Mastalgia

Documento Derogado

3. Cefalea
4. Alteraciones cutáneas (acné)
5. Distensión abdominal
6. Edema
7. Hipertensión
8. Trombosis
9. Alteraciones del sistema nervioso.

Si se presentan alguno de estos efectos, deberá hacerse una reevaluación del caso para decidir la continuidad, suspensión o cambio del tratamiento.

11. CRITERIOS DE REFERENCIA (hacia el tercer nivel):

Toda paciente que en el climaterio y/o menopausia presente cualquiera de las siguientes complicaciones debe ser referida del primer o segundo nivel, para reevaluación del caso por médico especialista del tercer nivel:

1. Presenten problemas médicos asociados de difícil manejo.
2. Que bajo tratamiento, presenten Hemorragia uterinas anormales con complicaciones hemodinámicas o anemias refractarias al tratamiento convencional.
3. A pesar del tratamiento hormonal y complementario no tengan mejoría de la sintomatología.

Documento Derogado

4. Casos especiales como: falla ovárica prematura, antecedentes de endometriosis severa, oforectomía bilaterales en mujeres jóvenes, entre otros.

12. CRITERIOS DE SEGUIMIENTO:

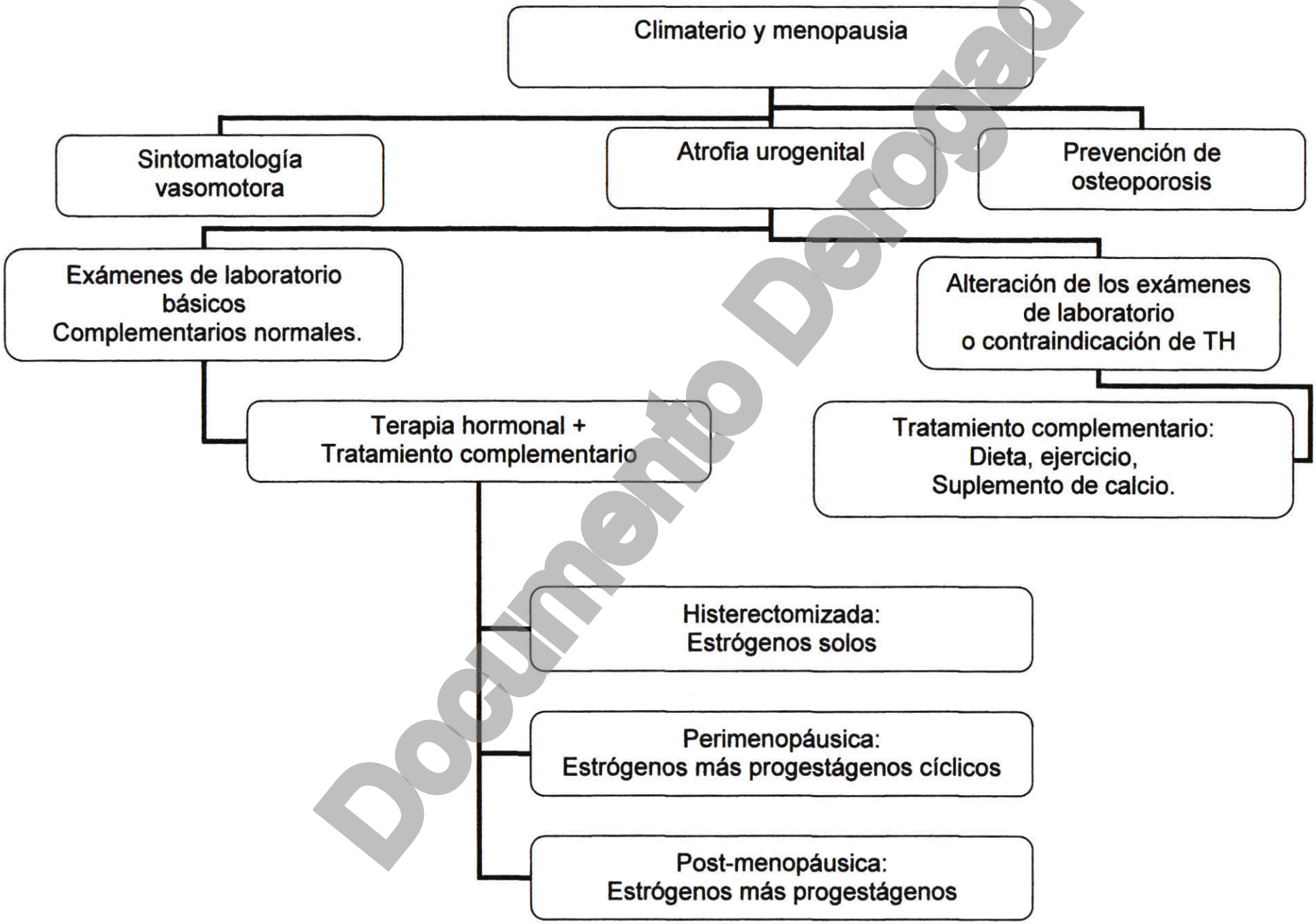
La primera consulta sub-secuente deberá realizarse de 4 a 6 semanas posteriores a la inscripción y la siguiente a los cuatro meses. Si todo es normal cada 6 meses.

En las consultas sub-secuentes si es necesario, se realizará la evaluación de los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete con especial atención en los resultados que hagan referencia a dislipidemias, diabetes, disfunción tiroidea, alteraciones mamográficas, osteopenias, osteoporosis, displasias y su posterior manejo.

No olvidar indicar los exámenes complementarios como mamografía, citología cervico-vaginal, densitometría acorde con las respectivas guías de prevención.

Documento Derogado

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LAS MUJERES EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA



Documento Derogado

DIFERENTES ESQUEMAS DE TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO Y DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS. ANEXO 2

ESQUEMA	INDICACIONES	VENTAJAS	DESVENTAJAS	ESQUEMA
I Estrógeno continuo sin interrupción (TRE).	Mujer peri o Posmenopáusica sin útero.	La administración continua evita la sintomatología vasomotora que se llega a presentar con esquemas discontinuos durante el periodo libre de hormonas.	Mayor aumento de triglicéridos con formulaciones de administración oral. El succinato de estriol carece de efectos sistémicos adversos.	Vía oral: -Estrógenos conjugados, 0.625-1.25 mg/día. -Valerianato de estradiol, 2 mg/día. -Succinato de estriol, 4-12 mg/día. Vía transdérmica: -Estradiol, 1-8 mg cada 4 días (2 veces por semana). -Estradiol, 3.55-1.452 mg cada 7 días (1 vez por semana). Vía Percutánea: -Estradiol, 3.0 mg/día (2 aplicaciones cutáneas por día).

Documento Derogado

II Estrógeno continúo sin interrupción más progestágeno por 10 a 14 días cada mes (Cíclico) (TRH).	Mujer peri o posmenopáusica con útero.	En perimenopausia control de sangrados irregulares, en postmenopausia posible efecto psicológico positivo al continuar la función menstrual; ausencia de sintomatología vasomotora al no suspender efecto estrogénico.	Continuación del sangrado menstrual en postmenopausia.	Vía oral: -Estrógenos conjugados, 0.625-1.25 mg/día, asociado con Acetato de medroxiprogesterona, 5 mg del día 15 al día 28, de cada ciclo. Vía transdérmica: -17β Estradiol, 4 mg 2 veces por semana por 2 semanas, seguido de 17β Estradiol, 10 mg asociado con Acetato de noretisterona 30 mg, 2 veces por semana las siguientes 2 semanas del ciclo. Vía Oral: Estrógenos, los mencionados en el esquema I, asociados con algún progestágeno siguiente: Progesterona micronizada, 200 mg/día. Acetato de clormadinona, 5 mg/día. Acetato de medroxiprogesterona, 5-10 mg/día. Vía vaginal:

Documento Derogado

				Progesterona micronizada en gel, 45-90 mg/día, en los últimos 12 días del ciclo en días alternos (6 aplicaciones en total).
III Estrógenos por 21 días seguido de Progestágeno en los últimos 10 a 14 días de administración estrogénica. Periodo libre de hormonas por 7 días (Secuencial) (TRH).	Mujer peri o posmenopáusica con útero.	Control de sangrados irregulares en perimenopausia.	Continuación del sangrado menstrual en postmenopausia. Recurrencia de sintomatología vasomotora en periodo libre de hormonas.	Vía Oral: -Valerianato de estradiol, 2 mg/día, asociado con Acetato de ciproterona, 1 mg/día. -Valerianato de estradiol, 2 mg/día, asociado con Acetato de medroxiprogesterona, 10 mg/día.
IV Estrógenos combinados con progestágenos en forma continua (TRH).	Mujer posmenopáusica con útero.	Ausencia de sangrado por privación hormonal.	Posible reducción mínima del efecto protector endometrial del progestágeno. Manchado en los primeros ciclos de tratamiento.	Vía Oral: 17β Estradiol, 2 mg asociado con Acetato de noretisterona, 1 mg/día. Estrógenos conjugados, 0.625 mg asociado con Acetato de medroxiprogesterona, 2.5 mg/día. Vía transdérmica Estradiol hemihidratado

Documento Derogado

				3.2 mg asociado con acetato de noretisterona 11.2 mg. Si no se cuenta con estas combinaciones se pueden combinar las presentaciones de estrógenos ya descritas con cualquiera de los progestágenos siguientes: Progesterona micronizada, 100 mg/día. Medroxiprogesterona, 2.5 mg/día. Clormadinona, 2 mg/día.
V Estrógenos con andrógenos combinados.	Mujer peri o posmenopáusica con o sin útero con intensa disminución de la libido. Falta de respuesta a dosis habituales de TRH.	Aplicación mensual intramuscular, normalización de los ciclos, sensación de bienestar así como aumento de la libido.	Administración parenteral intramuscular, efecto negativo sobre el perfil de lípidos por lo que no se recomienda su uso por más de 6 meses. Desarrollo de tolerancia al compuesto.	Vía parenteral (intramuscular): Valerianato de estradiol, 4 mg asociado con Enantato de prasterona 200 mg en solución oleosa, cada 4 semanas. Valerianato de estradiol, 4 mg asociado con Enantato de testosterona 90.3 mg en solución oleosa, cada 4 semanas.
VI Estrógeno local.	Mujer con sintomatología genitourinaria por deficiencia estrogénica y/o atrofia urogenital.	Absorción sistémica adecuada por vía vaginal cuando se emplean estrógenos conjugados. Mejoría de sintomatología genitourinaria.	La aplicación de estriol carece de efectos extragenitales. Molestia y rechazo al aplicador vaginal.	Vía vaginal: Estrógenos conjugados, crema vaginal, 0.625-1.250 mg dos veces por semana. Estriol micronizado, óvulo vaginal 3.5 mg 2 veces por semana durante 3

Documento Derogado

				semanas, posteriormente uno por semana. Estriol, crema vaginal 0.5 mg/día por 2 semanas y continuar 0.5 mg/día 2 veces por semana.
VII Progestágeno sólo, de 10 a 14 días a partir del día 15 del ciclo.	Mujer perimenopáusica con útero y alteraciones menstruales y/o hiperplasia simple de endometrio.	Permite reconocer clínicamente el momento de la menopausia y regulariza el ciclo.	La administración cíclica es más difícil y afecta el apego de la paciente a la terapia y no elimina totalmente la sintomatología vasomotora. Es posible un déficit de estrógeno aun con sangrado lo que retarda una suplementación oportuna.	Progestágenos descritos en esquema II.
VIII Progestágeno sólo sin interrupción.	Mujer posmenopáusica con y sin útero.	Inactivación endometrial, inducción de amenorrea, sensación de bienestar. Efectos benéficos sobre densidad mineral ósea, sólo con tibolona.	Disminución transitoria de HDL.	Vía oral: Tibolona, 2.5 mg/día. Acetato de Medroxiprogesterona, 20 mg/día. Vía parenteral (intramuscular): Acetato de Medroxiprogesterona, 150 mg cada 3 meses.
IX Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógenos (SERM´s).	Mujer posmenopáusica con osteoporosis.	No estimula endometrio ni el tejido mamario. Disminuye el colesterol y LDL.	Incrementa la incidencia de fenómenos trombóticos similar a los estrógenos. Incrementa la sintomatología vasomotora.	Vía oral: Clorhidrato de raloxifeno, 60 mg/día.

Documento Detallado

SISTEMA DE ESTADIAJE DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Final del período menstrual

0

Estadio	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
Terminología	**Reproductivo**			**Transición Menopausica**		**Post Menopausia**	
	Temprana	Pico	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía
				Peri Menopausia			
Duración del estado	Variable			Variable		4 años	Hasta la muerte
Ciclos menstruales	Variable A regular	Regulares		Duración del ciclo variable (diferencia más o menos 7 días de lo normal)	un intervalo de amenorrea mayor o igual a 60 días	No existe	
Endocrinología	FSH normal		↑FSH	↑FSH		↑FSH	

Documento Derogado

				uno por semana. Estriol, crema vaginal 0.5 mg/día por 2 semanas y continuar 0.5 mg/día 2 veces por semana.
VII Progestágeno sólo, de 10 a 14 días a partir del día 15 del ciclo.	Mujer perimenopáusica con útero y alteraciones menstruales y/o hiperplasia simple de endometrio.	Permite reconocer clínicamente el momento de la menopausia y regulariza el ciclo.	La administración cíclica es más difícil y afecta el apego de la paciente a la terapia y no elimina totalmente la sintomatología vasomotora. Es posible un déficit de estrógeno aun con sangrado lo que retarda una suplementación oportuna.	Progestágenos descritos en esquema II.
VIII Progestágeno sólo sin interrupción.	Mujer posmenopáusica con y sin útero.	Inactivación endometrial, inducción de amenorrea, sensación de bienestar. Efectos benéficos sobre densidad mineral ósea, sólo con tibolona.	Disminución transitoria de HDL.	Vía oral: Tibolona, 2.5 mg/día. Acetato de Medroxiprogesterona, 20 mg/día. Vía parenteral (intramuscular): Acetato de Medroxiprogesterona, 150 mg cada 3 meses.
IX Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógenos (SERM´s).	Mujer posmenopáusica con osteoporosis.	No estimula endometrio ni el tejido mamario. Disminuye el colesterol y LDL.	Incrementa la incidencia de fenómenos trombóticos similar a los estrógenos. Incrementa la sintomatología vasomotora.	Vía oral: Clorhidrato de raloxifeno, 60 mg/día.

Documento Derogado

ANEXO HOJA DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTES EN EL CLIMATERIO

Nombre de la paciente: _____ # de expediente o de afiliación_____

Fecha _____ Edad_____ Estado civil_____

Centro de referencia_____

Peso_____ Talla _____ Presión Arterial _____

IMC (Kg de peso / talla en Mtrs^2) _____ Perímetro abdominal_____

Historia Clínica

Consulta por_____

Sintomatología	Si	No	Sintomatología	Si	No
Calores			Insomnio		
Sudores			Cefalea		
Depresión			Fatiga		
Irritabilidad			Artralgias/mialgias		
Perdida de libido			Trastornos miccionales		
Sequedad vaginal					

Historia menstrual actual_____

Antecedentes personales

G___P___P___A___V___ FUR___/__/___

Edad de menarquia_____ Edad de menopausia_____

Antecedentes	Si	No	Antecedentes	Si	No
Ciclos regulares			Afecciones ginecológicas		
Histerectomía			Cáncer		
Mastopatía			Varices sintomáticas o trombosis		
Cardiopatías			Enfermedades hepáticas		
Cefalea Vascular					
Tabaquismo			Alcoholismo		
Tratamiento con quimioterapia o radiación pélvica.			Cafeista(Mayor de 6 tazas)		
TRH previa (tiempo)			Ejercicio físico(mayor de 30 minutos 5 veces a la semana)		

Documento Derogado

Antecedentes Familiares

Antecedentes	SI	Quien	NO	Antecedentes	SI	Quien	NO
Cardiopatías antes de 50 años				Diabetes			
Osteoporosis				Hiperlipidemias			
Ca. de mama				Ca. Endometrial			
Ca. de ovario							

Otros_____

Hallazgos en el Examen Físico

*Cabeza y cuello*_____ *mamas y axilas* _____

_____Cardiopulmonar_____Abdomen_____

Pelvis_____

Miembros Inferiores_____

Impresión diagnòstica_____

Plan de manejo_____

_____

_____

Referencia: _____

_____

Exámenes de laboratorio y gabinete a indicar:

Exámenes básicos: Hemograma, Examen General de Orina, glicemia, colesterol, triglicéridos, transaminasas, Citología cervicovaginal, mamografía,

Exámenes optativos, según disponibilidad: FSH, LH, Pruebas tiroideas, prolactina, densitometría ultrasonográfica, ultrasonografía pélvica.

Otros_____

Documento Derogado

GLOSARIO

MODULADOR SELECTIVO DE RECEPTORES ESTROGENICOS (MSRE).
Medicamento que actúa como un estrógeno sobre algunos tejidos, pero que bloquea el efecto del estrógeno sobre otros tejidos.

HIPOESTROGENISMO:
Producción disminuida de estrógenos por causas diversas

CLASIFICACION DE VODA :

1. **Calores Ligeros:** Sensación de calor de duración de 1-2 minutos, con sudoración ligera, rubor y parestesias.
2. **Calores Moderados:** Sensación de calor de duración de 5 minutos con sudoración y rubor.
3. **Calores Graves:** Sensación de calor intenso de hasta 12 minutos de duración con sudoración profusa e intenso rubor. Se interrumpe la actividad habitual de la mujer (asociado a mareos, dolor precordial, etc.)

OFORECTOMIA: extirpación quirúrgica de un ovario o ambos ovarios

Indice de masa corporal (ICM) Peso en kg/ Talla EN MTRS^2

Dislipidemias: alteración en el metabolismo de los lípidos.

Obesidad: Indice de masa corporal mayor de 29.

Cafeista: consumo de más de 6 tazas de café al día.

Tabaquista: consumo de más de 3 cigarrillos al día.

Documento Derogado

ABREVIATURAS

FSH: hormona folículo estimulante.

LH: hormona Luteinizante

GnRH: hormona liberadora de Gonadotropinas.

TH: terapia hormonal.

HTA: hipertensión arterial.

T3: tiroxina

T4: tetra tironina

TSH: Hormona estimulante de la tiroides.

HDL: *lipoproteína de alta densidad.*

LDL: lipoproteína de baja densidad.

ACMP: acetato de medroxiprogesterona.

DRSP: drospirenona.

E2: estradiol.

EEC: estrógenos equinos conjugados.

VE: valerato de estradiol.

AC:Acetato de ciproterona.

Mcgr: microgramos.

Documento Derogado

BIBLIOGRAFIA

1. US Bureau of the Census. Projections of the population of the Earth: 1977 to 2050. Curr Pop Rep serie 25. No 74.
2. General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía. Proyección de Población de El Salvador: 1995- 2025. San Salvador, diciembre de 1996.
3. Instituto Nacional de Perinatología de Méjico Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2005 pág 250-260.
4. Lobo A. Rogelio. Treatmento of the Postmenopausal Women. 1996 pág 11-27.
5. Clinical journal of Norteamérica. Hormonal Characteristics of the human menstrual cycle. 1995. 699-706.
6. Clínicas Obstetricas y Ginecológicas de Norteamérica Vol 4. 1992. Tratamiento con Reposición Estrogénica. Pág 847-884.
7. clínicas Obstetricas de Norteamérica Volumen 1 / 1995 .Atención primaria en Ginecología pág 187-193.
8. Sociedad Internacional de Menopausia. Actualización de Recomendaciones de terapia hormonal en mujeres postmenopausicas. Febrero del 2007. climaterio 2007. 10: 181-94.
9. Sociedad Americana de Medicina Reproductiva división de infertilidad estadíos de la edad reproductiva. Nov 2001. 76: 874-78.
10. instituto Salvadoreño del Seguro Social. Normas de atención a la mujer en el climaterio 2004.
11. Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006. s45-126.

Documento Borrador