



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REGULACION
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LA
MUJER**

GUIA DE ATENCION CLINICA DEL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

EL SALVADOR. C.A. FEBRERO DE 2008



ISBN

COPY RIGHT: MSPAS Y UNFPA

RESPONSABLE DE LA ELABORACION
Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social

**COORDINADORES DE LA ELABORACION
DEL DOCUMENTO**

Coordinación General
Dr. Jorge Roberto Cruz González
Jefe Unidad de Atención Integral a la Mujer

Dra. Elisa Menjívar de Aróstegui
Coordinadora Técnica del Programa Nacional

ASISTENCIA TECNICA

Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo
Consultora UNFPA

Dr. Mario Morales Velado
Asistencia Técnica



PRIMERA EDICION Noviembre 2007.
San Salvador, El Salvador
TIRAJE: 2,000 Ejemplares

DISEÑO Y DIAGRAMACION:
IMPRESION

AUTORIDADES

DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA
MINISTRO DE SALUD

DR. JOSE ERNESTO NAVARRO MARIN
VICEMINISTRO DE SALUD

DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

DR. JOSE ROBERTO RIVAS AMAYA
DIRECTOR DE REGULACION

DRA. ENA GARCIA
DIRECTOR DE PLANIFICACION

DR. MARIO VICENTE SERPAS
DIRECTOR DE VIGILANCIA PARA LA SALUD

LIC. JUDITH ZARATE DE LOPEZ
DIRECTORA ADMINISTRATIVA

PRESENTACION

La esperanza de vida ha aumentado en nuestros días, y se prevé que se incremente más, por lo que las enfermedades crónicas degenerativas, y los problemas propios de la senectud han aumentado, en comparación cuando la esperanza de vida era menor.

El ciclo de vida de la mujer comprende varias etapas desde la infancia, la pubertad, adolescencia, adultez, el climaterio y la menopausia. Esta última es uno de los períodos más esenciales para la mujer debido a que conlleva cambios a nivel metabólico y hormonal que pueden originar signos y síntomas que pueden afectar su salud a nivel emocional y físico, repercutiendo esto muchas veces en la calidad de vida de las pacientes.

Por lo que el modelo de atención médica debe prepararse y a la vez adaptarse para poder enfrentar las enfermedades crónicas degenerativas y los problemas propios de esta etapa de la vida, incluyendo los cambios normales en la vida de las mujeres como son el climaterio y la menopausia. En la presente guía se establecen los lineamientos generales e indispensables que permitirán al personal de salud y especialmente a los que trabajan en el área de salud sexual y reproductiva, poseer los conocimientos y elementos adecuados para poder satisfacer las necesidades de esta población cada vez más creciente.

Exhorto al personal de salud a practicar los conocimientos brindar una atención integral con calidad y calidez a las mujeres en el período del climaterio y menopausia; de modo tal que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las mismas.



DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA

Ministro de Salud

CREDITOS:

Dr. Jorge Cruz González
Jefe de la Unidad Integral de Atención a la Mujer

Dra. Elisa Menjivar de Aróstegui
Coordinadora Técnica del Programa Nacional

Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo
Consultora UNFPA,

Dr. José Antonio Bonet Miro
Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Lamatepec
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Dr. Danilo Alfonso Arévalo León
Medico Gineco-Obstetra de Consulta.
Clínica de Especialidades Medicas Escalón
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Dra. Miriam Oliva de Navarrete
Medica Ginecóloga
Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador.
Capítulo Menopausia.

Dra. Lya Verónica Sandoval de Álvarez
Jefe de Endocrinología
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Dr. Mario Enrique Figueroa Jiménez
Infertólogo
Hospital Nacional de Maternidad

Dr. Carlos Enrique Dennys.
Medico Infertólogo
Hospital Nacional de Maternidad y
Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Dr. René A. Ramos Cordero
Infertólogo
Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador.
Capítulo Menopausia

Dr. Carlos Humberto Bonilla Colorado
Jefe de Infertilidad
Hospital Nacional de Maternidad

Dra. Mercedes Abrego de Aguilar
Medica Gineco-Obstetra.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador

INDICE

- **Presentación.**
- **Objetivos**
- **Marco conceptual y contextual.**
- **Aspectos técnicos de la atención en el climaterio y menopausia:**
 - Definición
 - Epidemiología
 - Factores de riesgo.
 - Medidas preventivas y de educación en salud.
 - Etiología.
 - Manifestaciones clínicas:

- **Sintomatología y Examen físico.**
 - Diagnóstico.
 - Diagnóstico diferencial
 - Apoyo diagnóstico.
 - Tratamiento
 - Flujograma
- **Anexos**
- **Abreviaturas**
- **Glosario**
- **Bibliografía.**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

“Proporcionar a los prestadores de servicios de salud los lineamientos generales, estandarizados y actualizados; que les permitan brindar una atención integral a las mujeres que se encuentren en el climaterio y la menopausia, previniendo las complicaciones asociadas a dicho período y mejorando su calidad de vida.”

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Establecer los lineamientos generales, que permitan al personal de salud; realizar un diagnóstico adecuado y oportuno de las mujeres con síndrome climatérico.
- Brindar al personal de salud las medidas terapéuticas generales para la atención integral de las mujeres en esta etapa y con ello mejorar su calidad de vida.
- Determinar las conductas a seguir para la prevención de las complicaciones metabólicas, cardiovasculares y óseas propias de las mujeres en el climaterio y menopausia.

INTRODUCCION

Según la encuesta nacional de salud familiar (FESAL 2002/2003), la esperanza de vida para las mujeres, es de 73.4 años. De la población general de El Salvador, el 50.9% son mujeres y de ellas el 11% son mayores de 49 años; es decir que alrededor de 300,000 salvadoreñas, enfrentarán los problemas propios de su edad, incluyendo los relacionados con el climaterio y la menopausia.

La presente guía es el primer instrumento estandarizado a nivel nacional para el diagnóstico y manejo adecuado de las mujeres en esta etapa de su ciclo de vida; el objetivo del mismo es proporcionar a los trabajadores de la salud, especialmente a aquellos que trabajan en el área de Salud Sexual y Reproductiva, los lineamientos generales, las pautas diagnósticas y terapéuticas que han sido elaboradas bajo la revisión y validación de un grupo de especialistas y subespecialistas en la materia incorporando las actualizaciones en el tema, para el tratamiento de y así influir en la incidencia y mortalidad de esta enfermedad.

Se ha dividido en diferentes secciones donde se abordan los aspectos relacionados con su incidencia, diagnóstico, estadíaje, tratamiento y seguimiento de estos casos.

El presente documento se ha dividido en varios capítulos en donde se abordan los conceptos generales, la fisiopatología, los elementos diagnósticos clínicos y de laboratorio; así como, la terapéutica de las mujeres que se encuentran en el climaterio y menopausia.

I- MARCO CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL.

1. MARCO CONCEPTUAL:

La nomenclatura de las diferentes fases de la cesación de la vida reproductiva han sido normalmente confusas por lo que es importante definir claramente dichos estadios y el personal de salud que brinda servicios de salud sexual y reproductiva deben conocer claramente los siguientes conceptos:

- a) **CLIMATERIO:** es un conjunto de síntomas y signos que se presentan en la perimenopausia y post menopausia como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo.
- b) **PERI MENOPAUSIA:** periodo comprendido desde el inicio de los eventos psíquicos, endocrinológicos clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma.
- c) **PREMENOPAUSIA:** Totalidad de la vida reproductiva de la mujer hasta la última menstruación.
- d) **POSMENOPAUSIA:** Etapa iniciada a partir del último Período menstrual ya sea por menopausia inducida o natural.
- e) **MENOPAUSIA INDUCIDA:** cese de la menstruación debido a pérdida de la función ovárica por la extirpación quirúrgica de ambos ovarios o daño de la función ovárica por quimioterapia o radiación o factores inmunológicos.
- f) **MENOPAUSIA NATURAL:** último periodo menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva una vez que han transcurrido doce meses consecutivos de amenorrea para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica
- g) **MENOPAUSIA PREMATURA:** cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta la edad menor de 40 años.

h) **MENOPAUSIA TARDÍA:** cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad mayor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta 54 años.

F I S I O L O G I A D E L C L I M A T E R I O

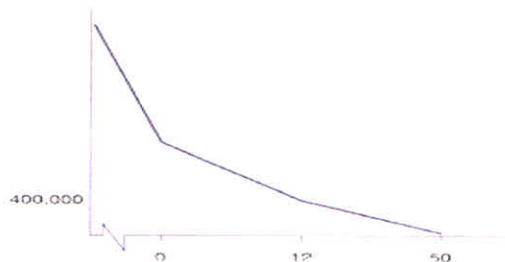


9

FISIOPATOLOGIA DEL CLIMATERIO:

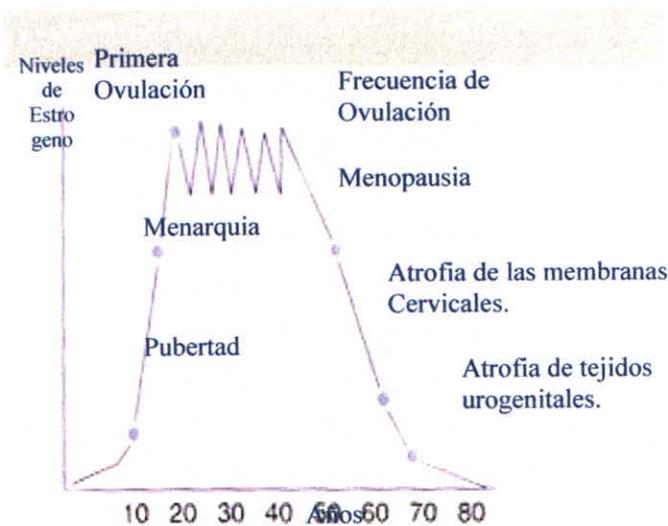
El número de óvulos de una mujer, está genéticamente determinado y continuamente están sufriendo atresia, de modo tal que en la menarquia se han reducido a un valor de aproximadamente 400,000 y en la peri-menopausia solo hay unos cuantos cientos de óvulos funcionales.

PERDIDA FOLICULAR A LO LARGO DEL CICLO VITAL DE LA MUJER



Los óvulos serán seleccionados, crecerán y madurarán en el ovario como consecuencia del estímulo de hormonas liberadas a nivel hipotalámico (GnRH) e hipofisiario (hormona foliculo estimulante, FSH y hormona Luteinizante , LH); la periodicidad que se observa en los ciclos menstruales en una mujer en la época reproductiva, depende de la producción fluctuante, cíclica y sincronizada de estas hormonas y de sus mecanismos de retroalimentación positiva a nivel hipotalámico (producción estrogénica baja en el ovario, estimula la liberación de FSH a nivel hipofisiario) y negativa por los estrógenos producidos en el ovario.(producción elevada de estrógenos a nivel ovárico, bloquea la liberación de FSH a nivel hipofisiario).

NIVELES ESTROGENICOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA MUJER (VER ANEXO 1)



A medida que se acerca la menopausia, la producción de estrógenos a nivel ovárico (por los pocos cientos de folículos funcionales a esta edad) disminuye; lo que hace un mecanismo de control positivo sobre el eje hipotálamo-hipófisis, produciendo una elevación de FSH, como respuesta para tratar de estimular la maduración folicular.

Esta declinación de la función ovárica dará como resultado la interrupción del ciclo ovárico-menstrual normal. La peri-menopausia, normalmente puede durar algunos años, estos períodos prolongados de poca producción estrogénica y elevación marcada de FSH, pueden ser seguidos por ocasionales respuestas foliculares normales, y la elevación de LH para que se de la ovulación, hasta que finalmente llega la falla ovárica completa y se produce entonces la menopausia (ultimo período menstrual).

La menopausia, que es un fenómeno puntual en la vida de las mujeres, ocurre en un promedio de edad de 50 años para Latinoamérica, con un rango que oscila entre los 45 y 54 años de edad. Generalmente el diagnóstico de la misma, se hace en forma retrospectiva y se considera el período de un año, de haber presentado el último período menstrual.

La sintomatología, los cambios y complicaciones, asociados al climaterio y a la menopausia dependerán del hipoestrogenismo secundario a la falla ovárica.

Acorde con el tiempo de evolución de la peri-menopausia, se presentarán la sintomatología típica de este período de la vida y las complicaciones secundarias a la misma.

HISTORIA NATURAL DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA:

Los efectos del hipoestrogenismo afectaran diferentes órganos y sistemas entre ellos: cerebro, mama, colon, sistema cardiovascular, óseo, vasomotor, y tracto urogenital, entre otros.

En general los cambios secundarios al **climaterio y la menopausia** ocurrirán en un orden establecido de la siguiente manera:

DISFUNCION SEXUAL		
	<p>Alteraciones Neurovegetativas (Inestabilidad Motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oleadas de calor • Sudoración • Palpitaciones • Parestesias • Náuseas • Cefaleas • Artralgias y mialgias • Insomnio. • Alteraciones del ciclo menstrual. 	<p>Alteraciones Psicológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labilidad emocional • Nerviosismo • Irritabilidad • Estado anímico depresivo • Pérdida de la memoria
Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
	<p>Síntomas de atrofia urogenital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sequedad vaginal • Dispareunia • Disuria • Polaquiuria • Incontinencia Urinaria • Infecciones de vías urinarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia de piel y mucosas • Dislipidemias
	<p>Hipertensión arterial, Osteoporosis, Enfermedad Cardiovascular Eventos cerebro-vasculares Trastornos de la memoria Demencia</p>	

- **BOCHORNOS:**

Es el síntoma a corto plazo más común, el 75% de las mujeres que inician el climaterio y menopausia los presentarán. Es debido al estímulo a nivel cerebral que ejercen la elevación de FSH y LH. Típicamente se presentan en cara, cuello y parte superior del pecho, para luego generalizarse, duran entre 2 y 4 minutos.

La severidad de los síntomas vasomotores se clasifica como: (clasificación 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.)
- **Disturbios del sueño y depresión:** Existe durante esta etapa alteración de neurotransmisores a nivel cerebral (serotonina).
 - **Alteraciones de la sexualidad:** Con los cambios hormonales de esta etapa de la vida, se producen alteraciones de la libido, reducción de la lubricación vaginal y de la elasticidad produciendo resequedad y dispareunia.
 - **Alteraciones en el tracto urogenital:** la deficiente producción estrogénica, ocasionará atrofia de las capas superficial e intermedia del epitelio uretral y vaginal produciendo: uretritis atrófica, incontinencia de urgencia y de esfuerzo, disuria y predisposición a infección de vías urinarias. Así mismo, la atrofia vaginal incrementan el Ph y cambian la flora vaginal normal, produciendo leucorrea e infecciones vaginales, dispareunia y en ocasiones hasta sangrado vaginal.

- **Osteoporosis:** secundario al hipoestrogenismo del climaterio y la menopausia, alrededor de los 50 años, la velocidad de resorción ósea supera la de regeneración, perdiéndose entre el 1 y el 5% de la masa ósea por año en los primeros 5 años de la menopausia, tornándose más lenta posteriormente (0.75% anual).
- **Enfermedades Cardio y Cerebro vasculares:** la incidencia de estas patologías se incrementará posterior a la menopausia, debido a la pérdida del factor protector de los estrógenos en el metabolismo de los lípidos, disminución del óxido nítrico y de las prostacilinas y aumento de la agregación plaquetaria
- **Cambios degenerativos de la función cerebral:** El hipoestrogenismo favorece la disminución de las interconexiones neuronales, aumento de la apoptosis neuronal, incremento del depósito de beta amiloides, disminución de la serotonina a expensas de la disminución del triptófano, e incremento de las aminas bioactivas, y de las enzimas monoaminooxidasas, ocasionando los cambios del humor, de la memoria, del sueño, irritabilidad y depresión.

2. MARCO CONTEXTUAL:

Desde los años sesenta, el segmento poblacional de adultos mayores ha ido incrementándose más rápidamente que los segmentos poblacionales más jóvenes, y se estima que continuará aumentándose. El noventa y cinco por ciento de este crecimiento ocurrirá en los países en vías de desarrollo y se estima que a nivel mundial la cantidad de mujeres mayores de 45 años excede los 700 millones. Además la esperanza de vida de las mujeres a nivel global, se ha incrementado con el transcurso de los años. Por lo que el perfil epidemiológico de la mayor parte de los países en vías de desarrollo cambiará, siendo más frecuentes la sintomatología de la peri y post- menopausia y las enfermedades crónicas degenerativas propias de las personas de mayor edad.

En El Salvador, la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía estima que la población de mujeres mayores de 45 años para el año 2005 fue de 371, 795 mujeres, lo que representa aproximadamente un once por ciento de la población de mujeres salvadoreñas. Así mismo, la esperanza de vida al nacer es de 73.4 años. La edad promedio en que se presenta la menopausia es de 50 años, lo que implica que un gran porcentaje de mujeres salvadoreñas vivirán un promedio de 23 ó más después de su menopausia. Lo que llevará, a la presencia más frecuente de sintomatología propia de la peri y post-menopausia; así como, el riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas, óseas y cardiovasculares.

3. PRINCIPIOS RECTORES PARA LA ATENCION DE LAS MUJERES EN EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA:

En el manejo de las mujeres en el período del climaterio y la menopausia, es de suma importancia que los prestadores de servicios de salud tomen en cuenta y apliquen una serie de principios que al final puedan llevarlos a brindar una atención integral con calidad y calidez a las mujeres que adolecen del síndrome climatérico, para ello es fundamental aplicar los siguientes conceptos:

a) Enfoque de derechos: Considera el reconocimiento de que todas las personas son iguales en dignidad y derechos, así como su carácter universal, intransferible e inalienable y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio. De igual manera en la Constitución de la República se establece que todos los salvadoreños tenemos el derecho a la salud, garantizando el acceso a los servicios de calidad, sin discriminación de ningún tipo.

En el caso de las mujeres en el climaterio y menopausia tienen el derecho de gozar de la mejor atención posible con los avances tecnológicos más apropiados para su diagnóstico y tratamiento.

Los trabajadores de la salud y especialmente los que atienden los servicios de salud sexual y reproductiva deben recordar proporcionar la información y consejería acorde a la cultura y grado educacional de la mujer y su pareja de modo que ellos puedan dar o no, el consentimiento informado para su tratamiento.

b) Enfoque de género: Implica el análisis diferencial de las necesidades de hombres y mujeres, basadas en los principios de igualdad y equidad. Aplicado a la salud, significa ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de salud y en la probabilidad de no padecer de enfermedades, ni discapacidad, ni muerte prematura por causas previsibles.

El concepto de género se fundamenta en los roles de los hombres y las mujeres, de los niños y las niñas, contruidos socialmente, en torno a las diferencias sexuales. Significa, igual tratamiento de las mujeres y los hombres ante la ley y las políticas y el acceso a recursos y servicios, tomando en cuenta las necesidades específicas de cada persona de acuerdo a su edad, dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.

En el caso particular del climaterio y menopausia, el personal de salud debe tener siempre en consideración que para la atención de estas pacientes es fundamental aplicar la equidad de géneros; teniendo siempre en mente que estas mujeres tienen necesidades especiales que deberían atenderse oportuna y adecuadamente.

c) Enfoque de atención integral e integrada: Considera que las intervenciones dirigidas a hombres y mujeres deberán basarse en un enfoque bio-sico-social, donde se les conciba como sujetos que tienen un cuerpo físico y una mente, que se encuentran interactuando dentro de un sistema social y natural. Lo que implica además proporcionar servicios de salud no solo para el motivo de consulta principal, sino que también para otros problemas asociados.

El caso particular del síndrome climatérico, muchas de sus manifestaciones estarán relacionadas con aspecto emocionales por lo que el personal de salud deben atender los aspectos psicológicos de estas mujeres.

Los cambios que ocurren durante el climaterio y la menopausia afectan gravemente la sexualidad de las mujeres en esta etapa; por lo que los trabajadores de la salud deben atender los aspectos relacionados con la sexualidad; las pacientes y sus parejas deben ser orientadas por el personal de salud a tratar de mantener una vida sexual saludable. No olvidar brindar servicios de planificación familiar para aquellas mujeres y sus parejas que lo necesiten, puesto que un embarazo en los extremos de la vida tiene una mayor morbi-mortalidad materna y perinatal.

d) Atención con enfoque de riesgo: El enfoque de riesgo tiene mucha importancia en la etapa del climaterio y la menopausia puesto que se han establecido claramente algunos factores de riesgo que permitirán identificar a aquellas mujeres con mayor riesgo cardiovascular u óseo y así poder dirigir la medidas más adecuadas para disminuir las complicaciones del climaterio tenemos: obesidad, sedentarismo, diabetes, alteraciones en el metabolismo de los lípidos, hipertensión arterial, eventos cerebrovasculares, historia de fractura patológica, historia familiar de osteoporosis, uso crónico de esteroides, alteraciones tiroideas o paratiroides, alcoholismo, tabaquismo, menopausia precoz, entre otros.

e) Promoción (educación en Salud Sexual y Reproductiva, SSR): La promoción de la salud se define como una acción motivacional, informativa, persuasiva y educativa, orientada a fomentar el conocimiento de SSR y la preferencia por los comportamientos humanos saludables. Este principio implica toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad, hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano, y hacia el más alto nivel de salud posible.

Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación que permitan incrementar el conocimiento y la participación activa de los proveedores en la salud, las mujeres, sus familias y comunidades en el desarrollo de los programas dirigidos a mantener una vida saludable en las diferentes etapas del ciclo vital humano como es el climaterio y la menopausia.

f) Atención con calidad, calidez y eficiencia: Fundamentado en el derecho humano de que todas las personas tienen derecho al más alto nivel posible de salud, se considera la calidad, como el derecho a recibir una atención oportuna con personal capacitado, con tecnología apropiada y con los insumos necesarios para la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud; lo mismo que recibir un trato digno, respetuoso y con sensibilidad humana.

La eficiencia expresa la relación entre los resultados obtenidos y los esfuerzos realizados en términos de los recursos utilizados. Permite evaluar si los beneficios son suficientes en relación con los costos incurridos. No puede desligarse de la equidad y de la calidad.

g) Atención con Equidad: Es el reconocimiento de la justa distribución de recursos con base en las necesidades propias de cada persona. Aplicado a la salud, significa procurar la distribución de los servicios y recursos asignados de acuerdo a las necesidades de la población, independientemente de su condición económica, social y cultural.

II- ASPECTOS TECNICOS DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA:

1. DEFINICION:

El climaterio es un período de tiempo variable, que no siempre está asociado con síntomas, cuando éstos ocurren, se designa "síndrome climatérico"; con consecuencias psicosomáticas y socioculturales cuyo grado varía en gran medida, dependiendo en parte del modo en que cada mujer haya vivido hasta ese momento y de sus antecedentes médicos.

Es importante considerar, que el impacto metabólico del hipoestrogenismo, se incrementará en la menopausia con repercusiones importantes a nivel neuroendocrino, cardiovascular, óseo, piel, sistema genitourinario y en el metabolismo de los lípidos; lo que aumentará el riesgo de morbimortalidad por enfermedades crónico degenerativas a mediano y largo plazo.

2. EPIDEMIOLOGIA:

A nivel mundial la pirámide poblacional ha cambiado en las últimas décadas, incrementándose significativamente la esperanza de vida de la mujer, por lo que actualmente la incidencia del síndrome climatérico es mayor que en el pasado.

En El Salvador, según la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía. Proyección de Población de El Salvador: 1995- 2025.

Se estima, que en el año 2005 aproximadamente un 11% de las mujeres fueron mayores de 49 años, por lo que más de 300,000 mujeres estuvieron expuestas a sufrir de la sintomatología derivada del climaterio y la menopausia. Y se espera que para el 2025 se incrementará de modo tal, que sólo las mujeres mayores de 65 años serán el 7.9% de la población salvadoreña.

3. FACTORES DE RIESGO:

En general el climaterio y la menopausia son procesos normales en el ciclo vital de la mujer, cuya sintomatología y edad de aparición no se influirá por el estado nutricional, y no ha cambiado desde épocas anteriores. Ocurre a un promedio de edad de 50 años con una variación de más o menos 1.1 años. Sin embargo, existen ciertas condiciones que afectarán la incidencia de sintomatología relacionada con el climaterio, como son:

- Tabaquismo
- Nuliparidad con ciclos menstruales regulares.
- Historia familiar de menopausia temprana.
- Diabetes mellitus tipo 1.
- Ciclos menstruales cortos durante la adolescencia.
- Tratamientos de infertilidad.
- Oforectomía.
- Histerectomía.

De igual manera existen ciertos factores de riesgo que podrán terminar en una mayor incidencia de **complicaciones** derivadas de la menopausia, entre ellas:

- Afección cardiovascular temprana (antes de los 50 años de edad).
- Antecedentes de diabetes mellitus tipo II
- Antecedentes de dislipidemias
- Antecedentes familiares o personales de osteoporosis.
- Obesidad y sedentarismo.
- Tabaquismo, alcoholismo y cafeista.

Específicamente para osteoporosis los factores de riesgo son los siguientes:

- Historia personal de fractura después de los 40 años.
- Historia de fracturas de cadera en parientes de primer grado de consanguinidad.
- Historia familiar de osteoporosis.
- Alteraciones tiroideas, paratiroideas o deficiencias de vitamina D.
- Colagenopatías
- Uso crónico de esteroides.
- Uso de anticonvulsivantes.
- Uso de Heparina.
- Uso a largo plazo de progestinas de depósito.
- Menopausia sin reemplazo hormonal.
- Resección ovárica.
- Tabaquista, etilista, cafeista
- Talla baja y bajo peso.
- Deficiencia de estrógenos por menopausia temprana u ovariectomía bilateral.

4. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE EDUCACIÓN EN SALUD:

El servicio se ofrecerá a mujeres de 40 años o más y/o aquellas de menor edad que presenten síntomas clínicos de climaterio, o con falla ovárica prematura natural o inducida, siendo atendidas por Médicos(as) Ginecólogos(as) y por médicos generales capacitados.

En esta etapa del ciclo de la vida es de suma importancia realizar consejería orientada a:

- Fomentar estilos de vida saludables, como: ejercicios, evitar el tabaquismo, alcoholismo, la ingesta excesiva de café, el tener una dieta balanceada y nutritiva, entre otros.

- Destacar la importancia de tratar de mantener la salud mental y la salud sexual durante este período.
- Establecer la necesidad de tener un control médico, para poder así, hacer un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las diferentes enfermedades crónico-degenerativas que ocurren más frecuentemente en este período.
- Informar que el climaterio y la menopausia son procesos naturales y que no todas las mujeres presentarán sintomatología, destacando la importancia del auto-cuidado durante la misma.
- Que los cambios hormonales de este período tendrán repercusiones en diferentes sistemas de su organismo, que son completamente normales y que algunos requerirán de tratamiento específico.
- Promover las medidas preventivas del cáncer de cérvix y de mama.
- Proporcionar métodos de planificación familiar a todas aquellas mujeres en la peri-menopausia que lo necesiten.

La atención integral de las mujeres en este período del ciclo vital, será dada por médico ginecólogo o médico general (capacitado) del primer y del segundo nivel de atención, así mismo, la enfermera, trabajadora social, o educadora que atiende los programas de salud sexual y reproductiva realizarán las actividades de información, educación y comunicación a las mujeres en esta etapa.

El ginecólogo o médico general capacitado realizará la **inscripción** (de primera vez) de las pacientes atendiendo un total **de 2 pacientes por hora o 1 inscripción y 2 subsecuentes; en caso de que todas sean subsecuentes se verán 4 pacientes por hora.**

En la inscripción inicial el médico hará la evaluación completa de la mujer y brindará consejería destacando los efectos beneficiosos y los riesgos que implica la terapia hormonal para que así, la mujer pueda dar su consentimiento para el tratamiento. De

igual manera, brindará el plan general de seguimiento así como los exámenes que deberán realizarse.

5. ETIOLOGIA:

El climaterio y la menopausia son ocasionados por la falla ovárica, y secundariamente por la falta de estrógenos, o inducida por procedimientos quirúrgicos, quimioterapia, radioterapia o procesos autoinmunes, entre otros.

El aparecimiento del síndrome climatérico dependerá de la interrelación de los siguientes factores:

- **Factores biológicos:** disminución de la actividad ovárica con la sub-secuente disfunción hormonal, causante de signos y síntomas tempranos como: bochornos, sudoración, dispareunia, y de síntomas tardíos relacionados con diferentes órganos blanco como hueso y sistema cardiovascular.
- **Factores socio-culturales:** determinados por el medio ambiente familiar, cultural, social y laboral que rodea a la mujer.
- **Factores psicológicos:** determinados por el carácter individual de la mujer.
- **Factores genéticos y otros:** menopausia inducida.

6. DIAGNOSTICO:

El diagnóstico clínico del climaterio se hace al tener la sintomatología propia de este período acompañada o no de alteraciones en el ciclo menstrual.

El diagnóstico clínico de la menopausia es hecho por la ausencia de menstruación durante un año.

7. MANIFESTACIONES CLINICAS:

A- SINTOMATOLOGIA

La sintomatología clínica que se presenta más comúnmente durante el climaterio y menopausia puede resumirse en el cuadro que aparece en el marco conceptual.

Para ello es de utilidad la hoja de inscripción para las mujeres en el climaterio y menopausia. **(Ver anexo 2)**

B- HISTORIA CLINICA:

Deberá consignarse en el expediente los aspectos relacionados con:

- El nivel de bienestar y autonomía de la mujer, incluyendo supervivencia en condiciones del hogar, vida familiar.
- Dieta,
- Actividad física
- Función auditiva y agudeza visual
- Salud dental.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE:

- Historia Menstrual anterior y actual.
- Afecciones Ginecológicas
- Cirugía Ginecológica
- Cáncer: mama, ovario, endometrio.
- Mastopatías
- Trombo embolismo
- Dislipidemias.
- Afecciones Cardiovasculares
- Afecciones Hepáticas.

- Antecedentes de migraña o cefalea vascular.
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Alergias
- Ingesta de medicamentos de uso crónico.
- Consumo previo de terapia hormonal.
- Planificación familiar hormonal.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Cáncer (mama, endometrio, ovario, entre otros.)
- Afección Cardiovascular Temprana (menor de 50 años, incluyendo HTA)
- Diabetes.
- Osteoporosis
- Dislipidemias

B- EXAMEN FISICO:

Al momento de hacer la evaluación de la mujer en el climaterio y menopausia debe constatar en la historia clínica los siguientes aspectos:

- Examen físico completo, incluyendo peso, talla, perímetro abdominal e índice corporal,
- Inspección de piel y anexos.
- Signos vitales completos: Tensión arterial, pulso.
- Examen de cuello.
- Auscultación cardio-pulmonar.
- Examen de las mamas y axilas.
- Examen del abdomen.
- Examen ginecológico.
- Determinar el estado emocional general.

8. APOYO DIAGNOSTICO (EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE):

A- BASICOS:

- Hemograma,
- Examen General de orina,
- Colesterol (valor normal menos de 200 mg/dl)
- Triglicéridos (valor normal menores de 150 mg/dl),
- Glicemia en ayunas (valor normal menor de 100)
- Ácido úrico, (según criterio médico)
- Transaminasas (según criterio médico)
- Citología Cérvico- Vaginal si lo amerita (según norma de prevención de cáncer de cérvix)
- Mamografía, (acorde con guía de prevención de cáncer de mama)
- Ultrasonografía Pélvica.

- **SI LOS EXAMENES SON NORMALES REPETIRLOS ANUALMENTE**

B- COMPLEMENTARIOS (3ª Nivel de Atención y/o según necesidad):

- HDL , LDL,
- Proteína C Reactiva,
- T3, T4 y TSH,
- En casos dudosos valores séricos de FSH, LH,
- Densitometría ósea periférica (Tamizaje)
- Biopsia de Endometrio.

La biopsia de endometrio se realizará por medico ginecólogo y en las siguientes condiciones:

- **HEMORRAGIA UTERINA** (sin aparente causa anatómica incluyendo el sangrado post-menopáusico)

- **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 poliquísticos, 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 a 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

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 años.

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 tromboembolismo 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

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).

5. Progestinas solas o anticonceptivos combinados de baja dosis pueden ser utilizados para el alivio de la sintomatología en las mujeres en la perimenopausia 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.

13. En pacientes con menopausia quirúrgica e hysterectomizadas 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.

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.

B.2.c- PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS:

La terapia hormonal, ejercerá un efecto protector 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

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- PREVENCIÓN 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

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 continua Valerato de estradiol continuo	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 privación	0.3 a 0.6 mg + 2.5 mg de ACMP últimos días del ciclo.	Paciente perimenopáusicas que aún ven regla.
	Valerato de estradiol+ acetato de ciproterona los últimos días del ciclo. (c) por 21 días y descansar 7 días para ver sangrado por privación	1 mg VE + 1mg de AC	
	Estrógenos equinos conjugados + acetato de medroxiprogesterona por 28 días continua 17 Beta estradiol + drospirona (a) por 28 días continua. 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 continua	Idealmente menores de 50 años. Pacientes post-menopáusicas con útero (mayores de 50 años).

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 semanar 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 .

B.4. CASOS ESPECIALES: como endometriosis, cáncer de mama, falla ovárica prematura, ooforectomía 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.**

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. Otosclerosis
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

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.

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

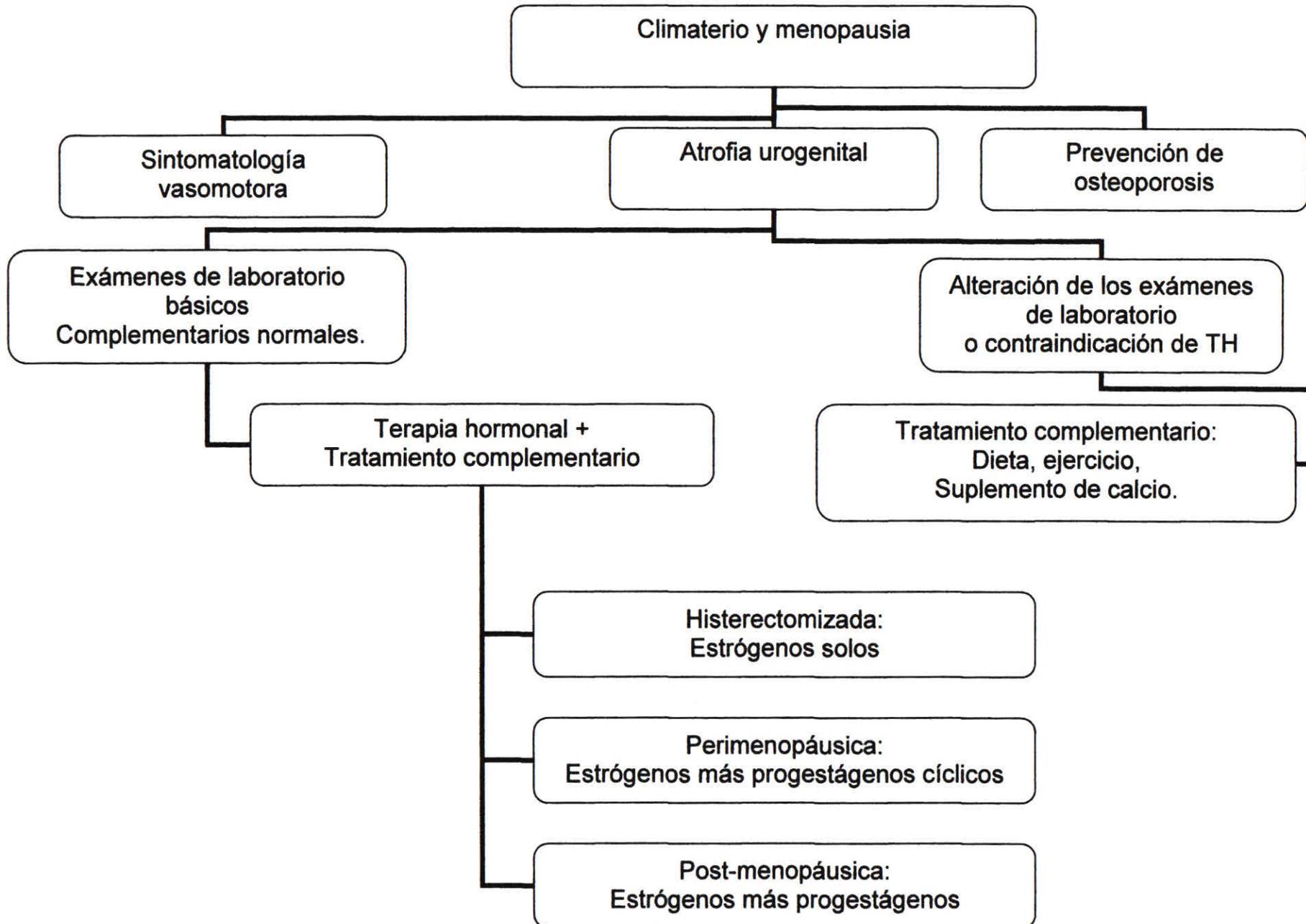
12. CRITERIOS DE SEGUIMIENTO:

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.

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LAS MUJERES EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA



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 Postmenopáusica 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.	<p>Vía oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estrógenos conjugados, 0.625-1.25 mg/día. -Valerianato de estradiol, 2 mg/día. -Succinato de estriol, 4-12 mg/día. <p>Vía transdérmica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estradiol, 1-8 mg cada 4 días (2 veces por semana). -Estradiol, 3.55-1.452 mg cada 7 días (1 vez por semana). <p>Vía Percutánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estradiol, 3.0 mg/día (2 aplicaciones cutáneas por día).

<p>II Estrógeno continuo sin interrupción más progestágeno por 10 a 14 días cada mes (Cíclico) (TRH).</p>	<p>Mujer peri o posmenopáusica con útero.</p>	<p>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.</p>	<p>Continuación del sangrado menstrual en postmenopausia.</p>	<p>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:</p>
---	---	---	---	--

				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

				<p>3.2 mg asociado con acetato de noretisterona 11.2 mg.</p> <p>Si no se cuenta con estas combinaciones se pueden combinar las presentaciones de estrógenos ya descritas con cualquiera de los progestágenos siguientes:</p> <p>Progesterona micronizada, 100 mg/día.</p> <p>Medroxiprogesterona, 2.5 mg/día.</p> <p>Clormadinona, 2 mg/día.</p>
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.	<p>Vía parenteral (intramuscular):</p> <p>Valerianato de estradiol, 4 mg asociado con Enantato de prasterona 200 mg en solución oleosa, cada 4 semanas.</p> <p>Valerianato de estradiol, 4 mg asociado con Enantato de testosterona 90.3 mg en solución oleosa, cada 4 semanas.</p>
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.	<p>Vía vaginal:</p> <p>Estrógenos conjugados, crema vaginal, 0.625-1.250 mg dos veces por semana.</p> <p>Estriol micronizado, óvulo vaginal 3.5 mg 2 veces por semana durante 3</p>

				semanas, posteriormente uno por semana. Estríol, 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.

SISTEMA DE ESTADIAJE DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Final del período menstrual



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

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.	uno por semana. Estriol, crema vaginal 0.5 mg/día por 2 semanas y continuar 0.5 mg/día 2 veces por semana. 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.

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 Mtrs²) _____ 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)		

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 _____

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) $\text{Peso en kg/ Talla EN MTRS}^2$

Dislipidemias: alteración en el metabolismo de los lípidos.

Obesidad: Índice 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.

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.

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.