

ATENCIÓN A LA MUJER CLIMATÉRICA.

Guía de Actuación Clínica en A. P.

AUTORES

Marisa Altarriba Cano

Médico de Familia del Centro de Atención Primaria de Salvador Pau de Valencia

Asunción López Martínez

Médico de Familia del Centro de Salud de Campanar de Valencia

Rosa M^a Marín Torrens

Jefa de la Unidad de Climaterio-Personas Mayores. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Consellería Sanitat

Joan Quiles i Izquierdo

Tècnic Superior de Programes de Salut Unitat de Climateri-Persones Majors
Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Consellería de Sanidad

Sílvia Furió Bonet

Matrona del Centro de Salud "Cecilia Martí" de Sagunto



1. INTRODUCCION

El climaterio es una etapa biológica de transición en la vida de la mujer que delimita el paso de la vida reproductiva a la senectud, siendo su instauración progresiva y su duración variable. Es un acontecimiento que afecta a todas las mujeres y que no se asocia a la génesis directa de ninguna patología. La OMS. La sitúa entre los 45-64 años de edad ¹.

En la Comunidad Valenciana según los datos del último padrón (año 1996) las mujeres incluidas en este grupo de edad se sitúa en torno al 11'3% (452.673 mujeres, de un total de población general de 4.009.329).

En España la edad media de menopausia se presenta entre los 46'7 y 50'1 años, pudiendo estar influenciada la edad de aparición por factores genéticos, obesidad o tabaquismo (adelanta la edad de la menopausia en uno o dos años). Otros factores no parecen influir en la edad de aparición de la menopausia. En la Comunidad Valenciana la edad media estimada de menopausia es de 47'8±5'1, ². Las mujeres histerectomizadas que mantienen los ovarios suelen presentar un adelanto de aproximadamente 4 años en la llegada de la menopausia.

El incremento de la esperanza de vida en nuestra actual sociedad, hace que un número progresivamente mayor de mujeres viva durante más tiempo en el periodo posmenopáusico, que va a suponer aproximadamente un tercio del ciclo vital de la mujer.

El papel de la Atención Primaria (AP) como primer y en ocasiones único contacto con la mujer menopáusica, le otorga la misión de conocer los significados que esta etapa tiene para las mujeres y poner a su alcance métodos y medios suficientes para que este periodo sea un periodo sin trastornos y con alta calidad de vida. El manejo y seguimiento de las manifestaciones climatéricas es necesario plantearlo desde una perspectiva biopsicosocial como cualquier otra actividad de nuestra práctica habitual. ^{2,5}.

2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN.^{6,7,8}

El climaterio es una etapa de transición y de adaptación de la mujer a una nueva situación fisiológica, que se caracteriza por la pérdida de la capacidad reproductora y el paso a la senectud con la modificación del patrón hormonal.

Se pueden distinguir varias fases:

- La Premenopausia: Comprende aproximadamente los 8-10 años anteriores a la menopausia. Se caracteriza por inestabilidad endocrinológica, en la cual aparecen las primeras manifestaciones clínicas y hormonales del fallo ovárico (existencia de alteraciones del ciclo menstrual).

- La Menopausia, es el periodo que sigue al cese definitivo de las menstruaciones. De forma práctica se describe su inicio coincidiendo con el hecho puntual del último sangrado menstrual. Se habla de menopausia confirmada, tras 12 meses de amenorrea:

- Menopausia Natural o Espontánea: cuando aparece fisiológicamente entre los 45 y 55 años y no existen síntomas o estos son leves.

- Menopausia Artificial: secundaria a tratamientos quirúrgicos, quimioterápicos o radioterápicos. Es susceptible de una mayor atención, pues suele presentar problemas y/o patologías con mayor frecuencia que la menopausia natural

- Menopausia Precoz: cuando se produce antes de los 40 años (a efectos de valorar el riesgo de osteoporosis, se considera precoz antes de los 45 años) es considerada siempre patológica y por tanto, al igual que la menopausia quirúrgica, debe vigilarse especialmente.

- Menopausia Tardía: cuando se produce después de los 55 años.

- La Perimenopausia: periodo que incluye los años previos a la menopausia y el año posterior a la última menstruación.

- La Posmenopausia, tiene una duración entre 1-6 años tras la menopausia y a cambio de una relativa “tranquilidad hormonal”, constituye un periodo en el que potencialmente se puede incrementar el riesgo de algunas enfermedades.

3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

El diagnóstico del climaterio es clínico y debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos^{8,9}:

- 1- Haber transcurrido más de 12 meses desde la última menstruación (OMS. 1981), algunos autores consideran suficientes 6 meses si hay sintomatología florida.

- 2- Cifras de FSH en sangre superiores a 35-40 UI/l, dentro de un contexto clínico adecuado.

3- En mujeres con histerectomía sin anexectomía, el diagnóstico estará en función del síndrome climatérico y de los niveles hormonales.

Las manifestaciones clínicas consecuencia del déficit estrogénico de la menopausia no las presentan todas las mujeres, ni con la misma intensidad, ni suceden a la vez. Las implicaciones clínicas varían según el estadio clínico que consideremos y para cada mujer ^{9,11}. Podemos diferenciar los síntomas en función del tiempo transcurrido desde la menopausia como:

3.1.-Sintomatología a corto plazo:

- Alteraciones de los ciclos menstruales (aparecen en el 90% de las mujeres): en la Perimenopausia precoz se suelen dar ciclos mas cortos, en la media los periodos intermenstruales se alargan siendo algunos de estos ciclos anovulatorios y en la tardía acontece el cese total de menstruaciones.

- Sintomatología Neurovegetativa: “Síndrome Climatérico: Puede aparecer meses e incluso años antes de que cesen las menstruaciones y suele permanecer durante 2 a 5 años.

El sofoco, constituye el síntoma cardinal. El número de sofocos es variable y se suele acompañar de palpitaciones, náuseas o mareos. Su intensidad y frecuencia varía de unas mujeres a otras, están estrechamente relacionados con trastornos del sueño (insomnio), que pueden afectar de forma importante su calidad de vida.

Para cuantificar la severidad clínica de la sintomatología climatérica, una de las escalas más utilizadas es el Índice de Blatt-Kupperman, donde se valora no solo la presencia de un síntoma, sino también su intensidad (Tabla I) ¹². Algunos autores consideran que al incluir síntomas no ligados directamente a la menopausia carece de especificidad. ^{13,14}. Sin embargo en la evaluación piloto del Programa de la Conselleria, ha demostrado su utilidad ².

Tabla I Índice de Blatt-Kupperman

Sintomatología	Severidad*	Factor Conversión	Puntos**
Sofocos y Sudoración	0-3		X4
Parestesias	0-3		X2
Insomnio	0-3		X2
Nerviosismo	0-3		X2
Melancolía	0-3		X1
Vértigo	0-3		X1
Cefalea	0-3		X1
Fatiga	0-3		X1
Artromialgias	0-3		X1
Palpitaciones	0-3		X1
Disestesias	0-3		X1

* 0 = Nada 1 = Ligera 2 = Moderada 3 = Intensa

** Menor de 20: Déficit Ligero 20-35: Déficit Moderado > 35: Déficit Intenso.

3.2.-Sintomatología a medio plazo:

- Atrofia genital produce sequedad vaginal, dispareunia y coitorragia.
- Atrofia del aparato urinario provoca micción imperiosa, polaquiuria, cistocele e incontinencia de esfuerzo.
- Atrofia mamaria: el epitelio mamario sufre un proceso de regresión, no disminuyendo prácticamente el tejido graso y produciéndose un descenso de elasticidad de los ligamentos de Cooper.
- Atrofia Cutánea: prurito general, piel seca y fragilidad capilar.

3.3.-Sintomatología a largo plazo:

La osteoporosis y la enfermedad coronaria son procesos ligados a la edad y de etiología multifactorial, en los que la privación hormonal sólo es uno más de los factores implicados en su génesis, por lo que puede coincidir, o agudizarse su manifestación con el climaterio. La menopausia sólo añade un factor más de riesgo, que no debería condicionar un abordaje específico para las mujeres menopáusicas sino el habitual de dichas patologías ^{15,16}.

4. CAPTACIÓN. VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO. ^{16,18}

Los profesionales implicados directamente en la valoración inicial y seguimiento de la mujer climatérica serán tanto el médico como la matrona, o personal de enfermería en función de los recursos humanos, organización interna y necesidades de cada Equipo de Atención Primaria (EAP). También es importante la colaboración de otros profesionales como el trabajador social y/o el fisioterapeuta, si se cuenta con estos recursos en el equipo.

4.1.Captación:

Activa: por los diferentes profesionales del EAP, médicos, personal de enfermería, matronas, fisioterapeutas y asistentes sociales, ante una mujer que demande asistencia por este u otros motivos.

También si se considera oportuno, puede hacerse una captación activa mediante campañas divulgativas, charlas, medios de comunicación, etc.

Mujer a mujer: desde las ya incluidas en el Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica (PAIMC) que posteriormente, podrá acudir a cualquiera de los miembros del EAP.

Servicios de apoyo a Atención Primaria: Centro de Planificación Familiar y Sexualidad, Unidad de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, Unidad de Salud Mental.

Atención Especializada: Ginecólogo y/o cualquier otro especialista del Centro de Especialidades u Hospital de Distrito.

Otros Servicios. Públicos o Privados.

Si la captación inicial de la mujer, se ha realizado en la consulta médica (motivada por esta demanda o por otra cualquiera), se remitirá a la paciente a la consulta de la matrona (o enfermería en función de los recursos humanos, organización interna y necesidades de cada EAP) para su inclusión en el Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica (PAIMC).

Se recomienda iniciar la captación a través de las mujeres que ya están utilizando el Centro de Salud, porque presentan problemas y/o patologías.

4.2. Primera Visita:

Actividades:

I. Apertura de la Historia de Salud, si no está abierta, y cumplimentación de la misma.

II. Cumplimentación de los cuestionarios y hoja de seguimiento del PAIMC, con las actividades de Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud que incluye¹⁸.

III. Detección de Riesgos.

I Apertura de La Historia de Salud. ^{16,17} (médico, matrona/enfermera)

Antecedentes Familiares.

Antecedente Personales:

-Historia ginecológica y obstétrica

-Riesgo cardiovascular

-Patología mamaria.

-Factores de riesgo de osteoporosis ¹⁹.

-Otras patologías: colestiasis, hepatopatía, patología tiroidea, varices/tromboflebitis.

-Intervenciones quirúrgicas previas,

Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y fármacos

Motivo de consulta actual

Exploración Física (médico matrona/enfermería):

Exploración General: , Peso, Talla y cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).
Presión Arterial.

Exploración por Sistemas, si procede

Exploración Perineal y Mamaria.

Exploraciones Complementarias (médico matrona/enfermería):

Laboratorio (si la mujer no la tiene reciente, 6 meses o menos): Hemograma, bioquímica (glucemia, colesterol total, HDL-C, triglicéridos, calcio, fósforo, perfil hepático y creatinina).

La determinación de niveles de FSH y LH solo se justificaría en mujeres menores de 40 años que experimentan signos y síntomas de menopausia o en casos seleccionados en que haya dudas diagnósticas o que se quiera saber, por algún motivo, el nivel estrogénico.

II. Cumplimentación de los cuestionarios y hoja de seguimiento del PAIMC (matrona/enfermería):

- Capacidad funcional.
- Valoración de la calidad de vida.
- Estado de salud general percibida.
- Sintomatología climatérica.

Nota: El cuestionario de Osteoporosis no se contempla por encontrarse en revisión y pendiente de futura modificación.

Aquellos Centros que cuenten con otros profesionales como el trabajador social y/o el fisioterapeuta, pueden participar tanto en la cumplimentación de cuestionarios, como en la realización de exploraciones más específicas.

III. Prevención de Riesgos (médico, matrona/enfermería y atención especializada):

Anticoncepción: en las mujeres todavía fértiles: En aquellas mujeres premenopáusicas o perimenopáusicas, todavía fértiles, se les informará de los métodos anticonceptivos más apropiados, remitiéndolas al Centro de Planificación Familiar y Sexualidad correspondiente si fuera necesario.

Revisión ginecológica a todas las mujeres con una periodicidad de 3 años.

Citología Vaginal y de Cervix según pautas de prevención del cáncer ginecológico de la Comunidad Valenciana..

Ecografía genital vaginal para valorar el endometrio cuando la sospecha clínica lo justifique.

Detección Precoz del Cáncer de Mama según protocolo del Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana y reforzamiento de la participación desde el PAIMC

Prevención riesgo Cardiovascular y Osteoporosis: valoración de factores de riesgo, exploración física y pruebas complementarias según apartados I y II. Pruebas específicas, si procede según riesgos y patologías detectadas.

4.3. Segunda Visita:

- Valoración de las exploraciones complementarias y derivaciones a atención especializada en función de los resultados

-Valoración de riesgos y derivación según PAIMC, de aquellas mujeres que presenten alto riesgo de problemas:

Sociales: Derivación a trabajadora Social.

Psíquicos: Derivación a Salud Mental.

Sexuales: Derivación a Planificación familiar y/o Sexólogo

-Valoración de derivación a Unidad de Menopausia, Servicio de Ginecología y/o Centro de Planificación Familiar, según protocolo de derivación establecido en cada Área de Salud.

- Promoción de la Salud: A todas las mujeres incluidas en el PAIMC se las derivara a las sesiones de Educación para la Salud en grupo y Educación Sanitaria y al Subprograma de Ejercicio Físico y Relajación.

4.4. Seguimiento

Al año por Atención Primaria

– Valoración Clínica

– Valoración Analítica

– Valoración Cuestionarios del PAIMC(*)

– Valoración y seguimiento subprogramas

– Supervisión de los grupos que han salido del Centro y siguen en el PAIMC

(*) Se están revisando desde la coordinación del Programa, tras 9 años de experiencia, la periodicidad más recomendable para cada cuestionario

Bienal/Trienal:

– Valoración especializada

– Densitometría si lleva tratamiento

En mujer con THS (según protocolo de cada Área de Salud):

Atención Primaria: exploración general, pruebas complementarias y vigilancia de sangrado

Atención Especializada: Mamografía, exploración ginecológica y mamaria y vigilancia sangrado con modificación de THS si procede.

5. DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES Y REGISTRO ^{16,18}

Tanto en las actividades de promoción y prevención de salud, van a intervenir distintos profesionales sanitarios pertenecientes al centro de atención primaria y especializada.

Matrona:

- Captación.
- Apertura de historia clínica si no está abierta.
- Valoración perineal.
- Toma de citología cérvico vaginal según protocolo de cada área.
 - Valoración venosa.
 - Solicitud de analítica.
 - Ejecución del, Subprograma de ejercicio físico y relajación.
- Educación grupal.
- Introducción en otros programas existentes en el centro; Diabetes, HTA, Obesidad, abandono hábito tabáquico...

Enfermera: (si no hay matrona)

- Captación.
 - Apertura de historia clínica si no la tienen.
 - Valoración venosa.
 - Solicitud de analítica:
 - Ejecución del, subprograma de ejercicio físico y relajación.
- Educación grupal
- Introducción en otros programas existentes en el centro; Diabetes, HTA, Obesidad, abandono hábito tabáquico...

Médico:

- Captación
- Valoración clínica: diagnóstico y tratamiento.

- Valoración de la información generada tras el examen de salud realizado por la matrona y/o enfermería.
- Interconsulta especializada de las posibles complicaciones.
- Introducción en otros programas existentes en el centro; Diabetes, HTA, Obesidad, abandono hábito tabáquico...
- Participación en la educación sanitaria.

Trabajador social:

- Captación
- Información sobre recursos sociales, educativos, comunitarios, laborales, de ocio, etc. de la zona.
- Búsqueda de locales para facilitar la continuidad de las actividades del subprograma del ejercicio físico.
- Apoyo para la formación de asociaciones ciudadanas.
- Atención individualizada a las mujeres con riesgo socio-sanitario.
- Participación en la educación sanitaria.

Fisioterapeuta:

- Realizar una valoración músculo-articular a las mujeres que lo precisen antes de su inclusión en el programa de ejercicio físico. Se repetirá la valoración en el momento del alta.
- Asesorar en el programa de ejercicio físico.
- Participar en la educación sanitaria

6. TRATAMIENTO. INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. ^{2,5,6,7,11,15,23}

Una mujer climatérica no está enferma, necesita información para decidir como abordar los cambios que se producen en esta etapa de la edad media de la vida. Nuestra tarea como sanitarios será el fomentar las conductas que hagan a la mujer promotora de su propia salud y asesorarlas cuando ellas lo soliciten. Las actividades de prevención y promoción de la salud de la mujer durante el climatérico, deben desarrollarse fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria^{2,3,5,23,27}.

6.1. Actividades preventivas y de promoción de la salud:

a) Información a las mujeres de los cambios que se pueden producir en esta etapa y su significado: Cambios fisiológicos y posibles alteraciones físicas.

b) Fomentar hábitos saludables:

Ejercicio físico aeróbico. Ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.

Información sobre higiene postural y ergonomía doméstica.

Técnicas de relajación.

Higiene: bucal, genital, ropa, piel, etc.

Alimentación, especial referencia a ingesta de calcio > 1200-1500 mg/día.)

c) Consejo sobre hábitos tóxicos (tabaco y alcohol. Evitar consumo excesivo de café.

d) Análisis de las diversas estrategias, farmacológicas o no, para el tratamiento de la posible sintomatología y/o complicaciones climatéricas.

e) Prevención de los problemas de salud más frecuentes en esta etapa. Control de patologías, sobre todo la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares.

f) Trabajar aspectos psicosociales:

Estrategias para mejorar la autoestima

Manejo de las Habilidades Sociales.

Estrategias para mejorar la comunicación

Gestión del tiempo. Ocio y tiempo libre.

Estrategias para fomentar las relaciones sociales.

Dinámica familiar.

Relación con la pareja.

Vivencia positiva de la sexualidad

Análisis de roles femeninos: laboral, de ama de casa.

6.2. Opciones terapéuticas en función de intensidad de los síntomas: ^{6, 7, 11}

• *Sofocos y sudoración de intensidad leve:*

Evitar estímulos que pueden desencadenarlos: cafeína, alcohol, ambientes calurosos, bebidas calientes, prendas de vestir poco transpirables.

Fármacos antidopaminérgicos: Veralapride (100 mg/24 horas, 20 días al mes y 10 de descanso, repitiendo pautas mensuales), el más utilizado con mejores resultados. Se puede utilizar durante 2-3 años.

En cuanto a la utilización de Fitoestrógenos, moléculas no esteroideas de origen vegetal con actividad estrogénica; y la Isoflavonas, precursores de estos (provenientes de los granos de soja), su acción es menos potente que la de los estrógenos, pero dada su aceptación como productos naturales pueden recomendarse su utilización para el tratamiento de los síntomas vasomotores. No existen suficientes evidencias científicas.

- *Síntomas urogenitales de intensidad leve:* Estrógenos locales en óvulos (óvulos de estriol o promestieno) y crema dan buenos resultados. La posología es de un óvulo cada 24 horas durante uno o dos meses, pasando a una dosis de mantenimiento de dos a tres óvulos por semana mientras persistan los síntomas. Tras un periodo de tratamiento de seis meses se aconseja descanso de un mes para valorar si persiste sintomatología.

Si se mantiene el tratamiento durante varios meses es preciso valorar el endometrio ya que en algunos casos se ha observado paso a nivel sistémico tras la aplicación local del estradiol.

* Síntomas vasomotores y del área urogenital de intensidad moderada-severa: Cuando sean capaces de interferir con la calidad de vida de la mujer se planteará el tratamiento sistémico con estrógenos, por vía oral o transdérmica, o tibolona. (ver complicaciones apartado 9)

6.3. Tratamiento Hormonal (TH) con estrógenos: ^{6,7,15, 20, 21}

En la actualidad solo se dispone de evidencia de que el descenso de estrógenos se asocia a tres fenómenos:

I. Síntomas Vasomotores

II. Atrofia urogenital

III. Pérdida de masa ósea

En la Tabla se muestran las recomendaciones de los principales grupos de expertos sobre la TH.

Sin embargo, hemos de tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Solo un tercio de las mujeres presentan clínica vasomotora de intensidad suficiente para que este indicada su instauración.

- El gran interés del TH, por su posible utilidad en la prevención primaria y/o secundaria de los episodios cardiovasculares y óseos de la mujer posmenopáusica y más recientemente de la enfermedad de Alzheimer, aunque este último aspecto presenta evidencias aún insuficientes.

Los análisis realizados sobre la efectividad real del TH, al menos con las estrategias actuales pone de manifiesto:

a) escasa utilización, entre un 5-20% en España.

b) altas y precoces tasas de abandono, hasta un 40% en el primer año, y

c) bajo grado de mantenimiento a largo plazo, solo un 3% a los 10 años; en una terapia cuya eficacia se haya ligada a un mantenimiento en el tiempo entre 5 y 10 años.

El establecimiento de criterios consensuados entre Atención Primaria y Especializada es prioritario para marcar las indicaciones del TH , el seguimiento y

los motivos de derivación, y que harán posible el manejo de la TH por ambos niveles.

Indicaciones teóricas del TH:

Mujeres posmenopáusicas con trastornos vasomotores y sintomatología genitourinaria que afecten negativamente a su calidad de vida.

Mujeres con menopausia precoz

Mujeres con riesgo de osteoporosis.

Efectos secundarios:

Estrógenos: Aumento del riesgo de tromboembolismo venoso. Hipersensibilidad en la zona de la areola mamaria, junto con mastalgia; tensión mamaria, flujo cervical, edemas, retención hídrica y calambres en zona gemelar. La vía transdérmica puede producir irritación de la piel y la vía oral, náuseas y vómitos. Se han descrito algunos casos de hipertensión en tratamientos con estrógenos cuando se utiliza la vía oral, no cuando se utiliza la vía transdérmica. Aumento del riesgo de coleditiasis (estrógenos orales) El riesgo de adenocarcinoma de endometrio disminuye al asociar los estrógenos a gestágenos.

Cuando el periodo de utilización es superior a 5 años se incrementa el riesgo de cáncer de mama entre el 1.1 y 1.7. Este riesgo está asociado a la dosis y duración del tratamiento. Los ensayos clínicos puestos en marcha para ver si con la asociación a gestágenos disminuye este riesgo tienen que finalizar todavía para poder ver sus resultados.

Gestágenos: síndrome premenstrual, retención hídrica, cefalea, aumento de peso y alteración del perfil lipídico.

Contraindicaciones THS:

Existen determinadas situaciones que obligan a una valoración riesgo / beneficio a nivel individualizado. Se considera contraindicado el tratamiento con estrógenos en las mujeres con antecedentes personales de:

- Carcinoma de mama
- Carcinoma de endometrio
- Deterioro grave de la función hepática
- Hipertensión arterial grave
- Melanoma Maligno
- Jaqueca severa
- Otosclerosis
- Tromboembolismo pulmonar ó trombosis venosa profunda activa..
- Embarazo.
- Hemorragia vaginal anómala de causa no diagnosticada.
- Cáncer hormonodependiente reciente.

Requieren una valoración detallada antes de iniciar el tratamiento, aunque no se recoja como contraindicación, las mujeres con antecedentes de:

- Tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda.
- Endometriosis
- Miomatosis uterina.
- Pancreatitis
- Cardiopatía isquémica
- Epilepsia
- Enfermedad hepatoiliar
- Mastopatía fibroquistica.

Fármacos y pautas de administración: ^{6,7,15,20,21}

- Pauta continua
 - Estrógenos
 - Orales: son de primera elección. Diarios
 - Valerinato de estradiol 1-2mg/día (Progynova)
 - Estriol 2-4 mg/día (Ovestinón, Synapause)
 - Equino conjugados 0´300-0´625mg/día (Equin, Premarin,Carentil)
 - Parches transdérmicos: 2 veces/semana.
 - Estradiol 25-50-100mcg.día.
(Absorlentmatrix,EstradermTTS,Climpak,Dermestril,DermiHormon Menorrest, Evopad)
 - Gel transdérmico de estradiol 150 mcg/día. (Oesteraclin)
 - Progestágenos
 - Medroxiprogesterona 2´5 mg./día, todos los días. (Progevera)
 - Progesterona natural 100mg. /día, todos los días (Progeffik, Utrogestan)
 - Noretisterona 5-10 mg/día. (Primolut nor)
 - Didrogesterona 10 mg/día. (Duphaston)
- Pauta cíclica
 - Estrógenos continuos más progestágenos cíclicos.
 - Estrógenos: Igual que la pauta continua.
 - Progestágenos

Medroxiprogesterona 5-10 mg./día del 1-14 del mes.

Progesterona natural 200mg.día del 1-14 del mes.

- Estrógenos más progestágenos cíclicos.

- Estrógenos: Los mismos preparados que los continuos administrados del 1-25 día de cada mes en preparados orales, o 2 veces por semana en los preparados transdérmicos.

- Progestágenos:

- Medroxiprogesterona 5-10 mg./día del 13-25 del mes.

- Progesterona natural 200mg.día del 13-25 del mes.

También se pueden utilizar asociaciones, que aunque farmacológicamente no aportan ninguna ventaja, si pueden ayudar a la cumplimentación en algunas mujeres.

- Asociación de estrógenos más progestágenos orales;

- (Primosiston, Progylluton, Aurocrim, Nuvelle, Activelle, Perifem, Meriges, Premene, Trisiquens)

- Asociación de estrógenos mas progestágenos transdérmicos;

- (Absorlent plus, Estracomb TTS)

- Otra posibilidad es la vía inyectable;

- Estrógenos; (Progynon depot, Estradurin)

- Estrógenos más progestágenos; (Gynodian depot)

- También la vía vaginal;

- Progesterona; (Utrogestan óvulos, Progeffik óvulos)

- Promestrieno; (Colpotrofin, crema ó capsula vaginal)

Otras formas no comercializadas en España son los implantes ó los aerosoles nasales.

Posología:

La dosis variará en cada caso, ya que el objetivo de la THS es conseguir unas concentraciones de 17-beta-estradiol lo más `parecidas a la premenopausia, considerándose como valores óptimos en estradiol entre 60-150 pg/ml. Para tratar los síntomas climatéricos son suficientes concentraciones en sangre de 40,50 pg/ml.

La pauta continua se elegirá si la mujer no quiere tener menstruaciones y la cíclica si quiere tener menstruaciones.

Las mujeres con más de 10 años de menopausia y obesas, necesitan iniciar el tratamiento con dosis bajas de estrógenos, mientras que las menopáusicas precoces y fumadoras requieren dosis más elevadas.

Seguimiento :

Es conveniente una revisión a los tres meses de iniciado el tratamiento con estrógenos para valorar posibles efectos secundarios: preguntar sobre sangrados irregulares y toma de tensión arterial.

Posteriormente, valoración clínica anual: Vigilancia del sangrado, toma de tensión arterial, citología cérvico-vaginal, según protocolo, derivación al nivel especializada para control biopsia o ecografía de endometrio en caso de pauta con bajas dosis de gestágeno o sangrado irregular. Petición de mamografía y realización de un balance riesgo / beneficio con la mujer que tenga en cuenta: la indicación primaria de tratamiento, la evolución clínica de los síntomas y la valoración riesgo / beneficio en relación con el tiempo transcurrido desde el inicio y planteamiento de alternativas terapéuticas.

Duración del tratamiento:

Guardará relación con el motivo por el que se inicia. Si es por sofocos o sintomatología urogenital, normalmente no suele ser necesario prolongarlo más allá de dos o tres años. En el caso de prevención de osteoporosis, para que el tratamiento sea eficaz su duración debe ser superior a dos años. La recomendación es mantenerlo entre cinco y siete años. No es aconsejable más de diez años por el incremento de cáncer de mama que se ha evidenciado.

7. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE MENOPAUSIA.

Se indican aquí las que recoge el Programa de Atención Integral a la mujer Climatérica ^{16,17}, aunque actualmente se siguen los criterios de los protocolos consensuados en cada Area Sanitaria de la Comunidad Autónoma.

- Mujeres afectadas de menopausia con especial riesgo
- Menopausia precoz.
- Menopausia quirúrgica. (ooforectomía bilateral) y/o yatrogénicas.
- Tratamientos prolongados con fármacos que favorezcan la osteoporosis; corticoides, anticonvulsionantes, hormonas tiroideas, antiácidos con aluminio.
- Mujeres con criterios de riesgo de osteoporosis:
- Fracturas patológicas previas

- Enfermedades endocrinas como: hiperparatiroidismo, hipertiroidismo,
- Diabetes tipo 1, síndrome de Cushing.
- Sintomatología climatérica intensa (test de Kupperman mayor de 35.)
- Sangrado Posmenopáusico.

8. ACTUACIÓN FRENTE A POSIBLES COMPLICACIONES ^{7,11,16,20, 24-27}

La atención a las complicaciones patológicas de la menopausia, cuando se presenten, contemplara el abordaje del diagnostico y tratamiento desde una perspectiva biopsicosocial

- **Síntomas Psíquicos:** en este periodo, pueden presentarse alteraciones del ánimo, que en muchos de los casos reflejan la dificultad para adaptarse a los cambios en la dinámica familiar y social coincidentes con estas edades. No es aceptado en la actualidad que sean debidas al déficit estrogénico ^{9,24,25,26}.

- **Menopausia precoz:** independientemente de que la causa sea natural o artificial, si no hay contraindicaciones se dará THS.

– Sintomatología Urogenital intensa:

– THS si no hay contradicciones.

– Tratamientos hormonales locales.

– Ejercicios de entrenamiento vesical: orinar en periodos de tiempo de 1 hora sin esperar a que la paciente tenga ganas, aumentar el tiempo entre micciones hasta 2 ó 3 horas.

– Ejercicios de rehabilitación de suelo pelviano (ejercicios de Kegel).

– Conos vaginales.

– Terapia conductista, estimulación eléctrica.

– Tratamiento farmacológico: oxibutinina, flavoxato, trospio...

– Tratamiento quirúrgico.

- **Embarazo:** anticoncepción en mujeres fértiles

- Detección de **factores de riesgo cardiovascular:** Introducir en los programas que existen en los centros.

- **Osteoporosis posmenopáusica:** ^{13,15,19,20,21,28}

En los dos primeros años de la menopausia se va a producir una aceleración en la pérdida de masa ósea en algunas mujeres. Si en estas mujeres perdedoras rápi-

das de densidad mineral ósea su masa ósea inicial ya era baja, se va a incrementar el riesgo de osteoporosis y como consecuencia de ello se incrementará el riesgo de fractura. A los cinco años de iniciada la menopausia el grado de pérdida de masa ósea disminuye.

El diagnóstico y seguimiento de la osteoporosis se fundamenta en la realización de densitometría ósea. Según las recomendaciones del USA Task Force y del Canadian, no está justificado el cribaje poblacional mediante densitometría a todas las mujeres posmenopáusicas. Su indicación quedaría para aquellas mujeres que presentan un perfil de riesgo de padecer osteoporosis.

1. Medidas generales: dieta rica en calcio y vitamina, nutrición variada evitando dieta hiperproteica. Ejercicio físico habitual. Exposición solar, evitar tabaco y alcohol, consumo alto, delgadez y fármacos osteopenizantes.

2. Prevención de caídas.

3. Tratamiento con diferentes fármacos: ^{15,20,21}

- **Calcio y Vitamina D:** Su utilización en prevención está justificada cuando su aporte no esté asegurado con la dieta.

Los suplementos de calcio se administrarán con las comidas y se calcularán de forma que el aporte final asegure los 1500mg/día. Es más eficaz cuando se asocia a antirresortivos.

La vitamina D está más indicada en la osteoporosis senil a dosis de 400-800UI/día. En las mujeres posmenopáusicas con riesgo de osteoporosis se asociará a fármacos antirresortivos.

- **Calcitonina:** Su indicación es en mujeres posmenopáusicas que presentan riesgo de fractura osteoporótica. La dosis recomendada es de 200 UI/día vía nasal, que presenta menos efectos secundarios que la vía subcutánea. No existen ventajas sobre su utilización continuada o intermitente.

- **Difosfonatos** aprobados por la FDA para la prevención y tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica.

- **Tibolona:** Es un gonadomimético con acción estrogénica, gestagénica y androgénica. No tiene efecto estimulador del endometrio. Frena la pérdida de masa ósea en mujeres posmenopáusicas. En la osteoporosis posmenopáusica establecida aumenta la DMO en la columna lumbar. Los efectos sobre la reducción de la incidencia de fracturas todavía no han sido demostrados.

Está indicada en las mujeres que además de riesgo de fracturas presentan trastornos vasomotores y/o sintomatología urogenital, además de mejorar el estado de ánimo y la libido por su actividad androgénica.

La dosis es de 2.5 mg/día vía oral y de forma continuada. Tiene la ventaja sobre los estrógenos en que produce sangrado.

- **Raloxifeno:** es un modulador selectivo de los receptores estrogénicos (SERM), teniendo una acción agonista sobre el tejido óseo y el metabolismo lipídico, y una acción antagonista sobre el tejido endometrial y mamario.

Está indicado en la mujer con osteoporosis pues aumenta la densidad mineral ósea, disminuye los marcadores de remodelado óseo y disminuye el riesgo de fracturas vertebrales.

La dosis es de 60 mg/día, administrado a cualquier hora del día sin depender de la comida. No tiene efecto sobre los síntomas vasomotores y su principal efecto secundario es el riesgo de presentar episodios tromboembólicos venosos, otros efectos secundarios son los sofocos y los calambres en las piernas. Actualmente se ha puesto en marcha el estudio STAR para determinar si el tratamiento a largo plazo previene la aparición de cáncer de mama.

Las recomendaciones para la **prevención primaria** de la osteoporosis y los niveles de evidencia son los siguientes:

	DMO	Fx vertebral	Fx de cadera
Ejercicio	A	B	B
Calcio y Vitamina D	A	B	B
Dieta	B	B	B
Abandono de tabaco	B	B	B
Reducir consumo alcohol	C	C	B
THS	A	B	B
Raloxifeno	A	A	-
Etidronato	A	-	-
Alendronato	A	-	-
Risendronato	A	-	-
Calcitonina	A	-	-

Las recomendaciones en cuanto a **prevención secundaria** de osteoporosis y nivel de evidencia son los siguientes:

	DMO	Fx vertebral	Fx de cadera
Calcio y Vitamina D	A	A	B
THS	A	A	B
Raloxifeno	A	A	-
Etidronato	A	A	B
Alendronato	A	A	A
Risendronato	A	A	A
Calcitonina	A	A	B
Calcitriol	A	A1	C

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. OMS. Investigaciones sobre la menopausia. Serie de informes técnicos no 670. Ginebra: OMS, 1981.
2. Marin Torrens RM, Pastor E, Quiles J, Bueno FJ. Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica en la Comunidad Valenciana. Evaluación Preliminar. *Matronas profesión*:2000: 2; 26-34)
3. Dupuy Layo MJ, Marin Torrens RM, Donat Colomer F. Promoción de salud en mujeres climatéricas. El rol de la matrona. *ROL* 1994; 193: 17-23.
4. Marin Torrens RM. Atención Integral a la mujer de mediana edad. En: Sanchez Canovas J (Coordinador). *Menopausia y Salud*. Barcelona: ed. Ariel, 1996.
5. Olazabal Ulacia JC et al. La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde Atención Primaria. *Atención Primaria* 2000; 26 (6): 405-413.
6. Hollihn Uwe K. Menopausia y Terapia Hormonal Sustitutiva. En: Grupo Aula Médica editor. *Monografía*. Laboratorios Schering, 1998: 27- 40.
7. Del Álamo J. Problemas de la Menopausia, 301-305, 1998. *Menopausia Precoz*. En *Guía de Actuación en Atención Primaria de la SemFyC*.
8. Arribas Mir L. et al. Mujeres y Menopausia. Abordaje en Atención Primaria. En: *Programas Básicos de Salud de la semFyC: Programa de la mujer. Volumen II*, 2000: 189-222.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de la Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Complicaciones patológicas de la Menopausia*. Madrid: AETS- Instituto de la Salud Carlos III, 1995.
10. Sanchez Canovas J (Coordinador). *Menopausia y Salud*. Barcelona: ed. Ariel, 1996.
11. Landa J. Atención a la Menopausia y la posmenopáusica, 810-813,1998. En *Guía de Actuación en Atención Primaria de la SemFyC*.
12. Kupperman HS. Blatt MHG. Wiesbänder H.
13. *Guía de Medicina Clínica Preventiva*. U.S. Preventive Services Task Force. Edición española, 1998.
14. Piñero Chousa, F., Donís Otero, M. y Ramos Ruiz, P.. *Menopausia y Climaterio*, 97-104, 2000. *Protocolos de Obstetricia y Ginecología para Atención Primaria*
15. Grupo de osteoporosis de la semFYC. *Osteoporosis. Guía de abordaje. Recomendaciones semFYC*. Barcelona 2000.
16. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica. Valencia: Conselleria de Sanidad y Consumo 1992. (*Monografies Sanitaris Serie E*, núm. 8).

17. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad y Consumo. Direccion General de Salud Publica. Guía del Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica. Valencia: Consellería de Sanidad y Consumo, 1993.

18. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad y Consumo. Direccion General de Salud Publica. Carpeta de cuestionarios del Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica. Valencia: Consellería de Sanidad y Consumo, 1993.

19. CEE. Report on Osteoporosis in the European Community. Bruselas;1998.

20. Abizanda, Mercedes.Bailón, Emilia. Carbonell, Cristina.Díaz Curiel, Manuel. Díez Perez,Adolfo. Dueñas Díez, Jose Luis. Y colb. Atención primaria y menopausia. Proyecto APM. Madrid 1999, Lilly.

21. Belenguer Prieto,Rafael. Pastor Oliver, Jose Fco.Osteoporosis, 100 preguntas más frecuentes en Atención primaria. Madrid 2001. EDIMSA.

22. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Atención primaria de la Comunidad Valenciana. Cartera de Servicios. Valencia: Consellería de Sanitat, 2000.

23. INSALUD. Programa de atención a la Mujer en el Climaterio. Oviedo: INSA-LUD, Area IV, 2000.

24. Freixas Farré A. El impacto de la menopausia en la vida de la mujer. Reflexiones personales. Rev. Gerontol 1992; 4: 251-256.

25. Valls C. Mujeres, Hombres, Salud y Diferencias. Barcelona: ed. Folio, 1995.

26. Marin Torrens RM, Sanchez Canovas J, Donat Colomer F, Dupuy Layo MJ, Salas Trejo D. Acontecimientos Vitales más frecuentes en mujeres de 45-64 años. Repercusiones como estresores psicofísicos. Atención Primaria 1996; 17 (8): 512-516.

27. Flores JC y CHulvi V. Climaterio y ejercicio físico: la experiencia de 6 centros de salud de la Comunidad Valenciana. Atención Primaria 1997; 20 (3): 137-140.

28. Marin Torrens RM, Pastor Villalba E, Salas Trejo D, Cuevas Cuerda D, Moya Garcia C, Importancia socio-sanitaria de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana. Rev. Esp. Enf. Metaló Óseas 1995; 4 (1): 15-19.



ATENCIÓN A LA MUJER CLIMATERICA

DEFINICION

- Fecha del cese definitivo de la menstruación secundaria a la pérdida de la actividad folicular ovarica
- El diagnóstico de la menopausia es clínico y debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos:
 - 1- Haber transcurrido más de 12 meses desde la última menstruación (OMS. 1981), algunos autores consideran suficientes 6 meses si hay sintomatología florida.
 - 2- Cifras de FSH en sangre superiores a 35-40 UI/l, dentro de un contexto clínico adecuado.
 - 3- En mujeres con histerectomía sin anexectomía, el diagnóstico estará en función del síndrome climatérico y de los niveles hormonales.
- En la Comunidad Valenciana la edad media estimada de menopausia es de $47,8 \pm 5,1$ años.

INTERVENCION DESDE ATENCION PRIMARIA

El papel de la Atención Primaria (AP) como primer y en ocasiones único contacto con la mujer menopaúsica, le otorga la misión de conocer los significados que esta etapa tiene para las mujeres y poner a su alcance métodos y medios suficientes para que este periodo sea un periodo sin trastornos y con alta calidad de vida. El manejo y seguimiento de las manifestaciones climatéricas es necesario plantearlo desde una perspectiva biopsicosocial como cualquier otra actividad de nuestra práctica habitual.^{2,5}

1. Fomentar hábitos saludables

1.1. Practica regular de actividad física (existe asociación entre sedentarismo y morbilidad por enfermedades cardiovasculares y osteoporosis). Como caminar, u otros ejercicios aeróbicos por lo menos 30 minutos diarios.

1.2. Dieta: Asegurar el aporte de calcio (1.200-1.500 mgrs/día). Evitar dieta hiperproteica y de alto contenido en sodio.

1.3. Alcohol y tabaco: Se debe desaconsejar la toma abusiva de alcohol y aconsejar el abandono del tabaco

1.4. Evitar consumo de fármacos osteopenizantes.

2. Control de patologías y uso de fármacos

2.1 La intervención ira dirigida al control de patologías asociadas a osteoporosis, la anticoncepción, el cáncer ginecológico y de mama y los factores de riesgo cardiovascular (ver Guías específicas).

2.2 Vigilar las mujeres en tratamiento con fármacos que se asocian a osteoporosis

3. Intervención farmacológica

3.1 Menopausia precoz (mujeres < de 40 años) esta indicado el tratamiento hormonal sustitutivo si no existen contraindicaciones (THS)

3.2 Síntomas específicos de la menopausia(vasomotores y urogenitales):

3.2.1 Intensos: THS si no existen contraindicaciones.

3.2.2 Ligeros-moderados: Evitar estímulos (café, alcohol, bebidas calientes, ambientes calurosos u prendas de vestir poco transpirables). Verapride (100 mgrs/24 horas 20 días/mes; hasta 2-3 años). Estrogenos locales en óvulos o cremas.

3.3 Prevención primaria de osteoporosis: Las recomendaciones y los niveles de evidencia son los siguientes:

	DMO	Fx vertebral	Fx de cadera
Ejercicio	A	B	B
Calcio y Vitamina D	A	B	B
Dieta	B	B	B
Abandono de tabaco	B	B	B
Reducir consumo alcohol	C	C	B
THS	A	B	B
Raloxifeno	A	A	-
Etidronato	A	-	-
Alendronato	A	-	-
Risendronato	A	-	-
Calcitonina	A	-	-

3.4 Las recomendaciones en cuanto a prevención secundaria de osteoporosis y nivel de evidencia son los siguientes:

	DMO	Fx vertebral	Fx de cadera
Calcio y Vitamina D	A	A	B
THS	A	A	B
Raloxifeno	A	A	-
Etidronato	A	A	B
Alendronato	A	A	A
Risendronato	A	A	A
Calcitonina	A	A	B
Calcitriol	A	A	C



TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO (THS)

- Síntomas específicos de la menopausia: Tratar durante 2-3 años
- No está justificado su uso en prevención del riesgo cardiovascular, demencia o problemas psicológicos.
- Prevención de osteoporosis en mujeres sin antecedentes de fracturas: Recomendación controvertida, sobre todo en mujeres < de 65 años. Si se indica THS su duración no será inferior a 5 años ni superior a 10 años, esto último debido a asociación con cáncer de endometrio y mama. En mujeres con útero asociar progestageno.
- Contraindicaciones: Carcinoma de mama, Carcinoma de endometrio, Deterioro grave de la función hepática, Hipertensión arterial grave, Melanoma Maligno, Jaqueca severa, Otosclerosis, Tromboembolismo pulmonar ó trombosis venosa profunda activa, Embarazo, Hemorragia vaginal anómala de causa no diagnosticada y Cáncer hormonodependiente reciente.