

Atención médica en el primer nivel a la mujer peri y posmenopáusica

Cada mujer experimenta la menopausia con diferentes requerimientos de atención, pero lo que es común a todas es que constituye una oportunidad ideal para evaluar la salud, mejorar los problemas existentes y adoptar prácticas saludables.

CONTENIDO

1. Definiciones
 2. Epidemiología
 3. Síntomas asociados con la menopausia
 4. Atención en el primer nivel
 5. Estudios de laboratorio y gabinete
 6. Cuidados para la mujer
 7. Medicamentos recomendados
 8. Referencia al segundo nivel de atención
- Referencias bibliográficas

I. Definiciones

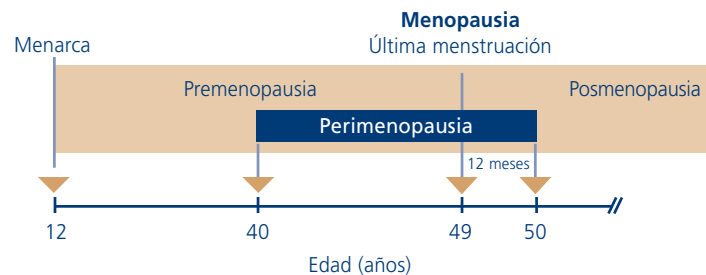
La menopausia natural corresponde a la última menstruación de la mujer, y se identifica después de transcurridos doce meses de amenorrea. La menopausia no es un hecho aislado, ya que se inserta dentro de una etapa que puede durar varios años, denominada perimenopausia, a lo largo de la cual la función del ovario declina gradualmente.^{1,2}

La perimenopausia se inicia cuando aparecen las irregularidades menstruales, y termina al completarse el primer año de amenorrea. La posmenopausia comprende el periodo iniciado a partir de la última menstruación y se extiende hasta el final de la vida. La premenopausia comprende la totalidad del periodo reproductivo iniciado con la menarca y que concluye con la menopausia. (ver figura 1).³

El climaterio abarca todo el periodo de transición desde la etapa reproductiva a la no reproductiva.

Cuando la función ovárica se pierde por extirpación quirúrgica de los ovarios, por radiaciones o medicamentos citotóxicos se considera que ha ocurrido una menopausia inducida. Cuando la menopausia ocurre antes de los 40 años de edad corresponde a menopausia prematura.¹⁻³

FIGURA 1. CRONOLOGÍA DE LA PREMENOPAUSIA, PERIMENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA



2. Epidemiología

En las mujeres mexicanas la menopausia natural se presenta alrededor de los 49 años de edad.^{4,5} Los dos principales factores que pueden influir sobre la edad en la que cada mujer presenta la menopausia son la constitución genética y el hábito tabáquico. Se ha comprobado que las fumadoras presentan la menopausia alrededor de dos años antes que las no fumadoras. No ha sido comprobado que la edad de la menarca, la raza o el uso de píldoras anticonceptivas influyan en la edad a la menopausia.

3. Síntomas asociados con la menopausia

Durante la perimenopausia aparecen cambios físicos y emocionales debidos tanto a la menopausia como al envejecimiento y otros factores. Dentro de las alteraciones asociadas a la menopausia se cuentan los síntomas vasomotores que incluyen:

- los bochornos y las sudoraciones nocturnas
- la sequedad vaginal
- las alteraciones del sueño
- los cambios de humor

Se ha demostrado que sólo los dos primeros tienen una relación clara con los cambios hormonales, y que las alteraciones del sueño y emocionales pueden ser consecuencia de los síntomas vasomotores o deberse a otros factores. No todas las mujeres experimentan estas molestias y quienes las presentan lo hacen con distinta intensidad y por periodos de duración variable. En la mayoría de las mujeres los síntomas vasomotores son transitorios, mientras que en otras se prolongan por años durante la peri y la posmenopausia. La atrofia vaginal es un hecho frecuente en la posmenopausia.

Otros síntomas y cambios físicos que se presentan durante la peri o la posmenopausia corresponden a manifestaciones de enfermedades que se desarrollaron en etapas previas, tales como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, la dislipidemia y las enfermedades tiroideas.

5. Estudios de laboratorio y gabinete

a) Durante la perimenopausia

No se requieren estudios de laboratorio para reconocer que una mujer se encuentra en la perimenopausia, ya que el diagnóstico se basa en la presencia de las irregularidades menstruales, la edad de la paciente y los síntomas vasomotores. La hormona estimulante del folículo (FSH) puede encontrarse elevada durante esta etapa, pero también puede ser normal sin que ello invalide el diagnóstico, debido a que durante la perimenopausia la secreción de FSH varía en forma importante. La cuantificación de FSH podría ser útil en mujeres histerectomizadas cuando existe duda acerca del origen de los síntomas y también en el diagnóstico de menopausia prematura.

Al igual que la FSH, el estradiol también presenta amplias variaciones durante la perimenopausia, pudiéndose encontrar normal, bajo o incluso elevado, y por lo tanto no es de utilidad para el diagnóstico. Tampoco sirve para evaluar la efectividad del tratamiento hormonal.

4. Atención en el primer nivel

La atención que el médico de primer nivel puede brindar es muy importante. Debe ser integral, abarcando varios aspectos:³

- Historia clínica enfocada a factores de riesgo: cardiovascular, neoplasia y fractura osteoporótica.
- Exploración física con énfasis en: antropometría (tensión arterial, talla, peso, índice de masa corporal y medición de cintura con cinta métrica), exploración mamaria y ginecológica.
- Información y consejería sobre:
 - los cambios que pueden presentarse
 - la alimentación adecuada, actividad física, disuasión de hábitos nocivos, cambios en el estilo de vida, por ejemplo: ejercicio, alimentación saludable, suspensión del hábito tabáquico y alcohol, entre otros.
- La valoración de las molestias asociadas a la menopausia: bochornos, sudoraciones nocturnas, alteraciones del sueño, inestabilidad emocional, depresión, sequedad vaginal y características de sangrado endometrial.
- La detección oportuna de los padecimientos crónicos más frecuentes, particularmente la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes, la dislipidemia y los cánceres cérvico-uterino y mamario.
- La prescripción de productos farmacológicos cuando sea necesario.
- La referencia al segundo nivel cuando esté indicado.

En cambio, el médico general puede brindar enormes beneficios a las mujeres perimenopáusicas solicitando la cuantificación de glucosa, triglicéridos, colesterol total y colesterol-HDL en suero, la citología cérvico-vaginal y una mastografía basal. Estos estudios permiten detectar las enfermedades crónicas frecuentes durante la perimenopausia, además de que son necesarios para evaluar la relación riesgo-beneficio y la vía de administración más adecuada de la terapia hormonal en cada caso. La densitometría ósea en mujeres menores de 65 años de edad sólo estará indicada cuando existan factores de riesgo para osteoporosis, tales como haber presentado alguna fractura osteoporótica o haber recibido tratamiento con glucocorticoides (más de 3 meses), menopausia prematura, índice de masa corporal menor de 21, antecedentes paterno y/o materno de fractura de cadera y hábito tabáquico en el momento de la consulta.

b) Durante la posmenopausia

Tampoco se requieren estudios para conocer si una mujer se encuentra en la etapa posmenopáusica, ya que la edad y la ausencia de menstruaciones durante 12 meses o más son los criterios que se utilizan para establecer el diagnóstico. La conducta señalada para la perimenopausia en relación a la cuantificación de la FSH y la indicación de estudios de laboratorio y gabinete es válida para la posmenopausia.

6. Cuidados para la mujer

6.1 Medidas higiénico-dietéticas^{3, 6-8}

Para la prevención y/o paliación de los síntomas vasomotores es importante que el médico general recomiende:

- Evitar fumar, tomar bebidas alcohólicas, café y alimentos irritantes o calientes.
- Mantener la habitación e indumentaria frescas.
- Practicar ejercicios de relajamiento.

Para mantener la salud ósea y prevenir la osteoporosis se recomienda:

- El ejercicio aeróbico.
- La ingesta de 1200mg de calcio elemental al día (entre dieta y suplementos).
- La exposición al sol para activar la vitamina D.

6.2 Terapia hormonal

Se conoce como terapia hormonal (o terapia de reemplazo hormonal) a aquellas formulaciones farmacológicas que contienen una o las dos principales hormonas que produce el ovario: el estradiol y la progesterona, o bien hormonas sintéticas con actividad similar a la de dichas hormonas.

De acuerdo con sus componentes la terapia hormonal puede ser de tres tipos:⁶

- Estrógenos solos para mujeres sin útero.
- Combinación de estrógenos más progestágenos, para mujeres con útero.
Existen dos modalidades: la secuencial y la continua.
- Progestina sola para mujeres con o sin útero, preferentemente posmenopáusicas o bien, cuando existe contraindicación o intolerancia a los estrógenos.

De acuerdo con la vía de administración:

- Oral
- No oral: transdérmica, intramuscular, percutánea y vaginal.

De acuerdo con el efecto:

- Sistémica
- Local

En la actualidad existen varias vías de administración para cada uno de los tipos de terapia hormonal. También hay variedad en cuanto al tipo y dosis de estrógenos y progestágenos. La mayoría de los productos tienen efectos sistémicos. Las cremas y óvulos para aplicación vaginal actúan localmente para mejorar la atrofia genital.

FIGURA 2. CLASIFICACIÓN DE LA TERAPIA HORMONAL DE ACUERDO CON SUS COMPONENTES



6.2.1 Mujeres que pueden recibir terapia hormonal sistémica⁶

Si bien la sintomatología asociada a la menopausia es variada, las indicaciones apropiadas son:

- Paliación del síndrome vasomotor moderado
- Prevención y tratamiento de la atrofia genitourinaria (en mujeres que tienen síntomas vasomotores)
- Prevención de osteoporosis en aquellas pacientes con síntomas vasomotores, cuando no existe la posibilidad de utilizar tratamientos más específicos.

Se debe utilizar la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible, de acuerdo a la presencia e intensidad de los síntomas. Actualmente no se recomienda prescribir terapia hormonal sistémica para tratar las alteraciones del sueño y/o inestabilidad emocional en mujeres que no padecen de bochornos. En presencia de depresión mayor es recomendable la valoración del especialista, quien determinará el tratamiento conveniente.

La prescripción de terapia hormonal es una decisión que el médico general debe evaluar cuidadosamente en cada paciente considerando el beneficio que se pretende ofrecer y los riesgos que se impondrían por el tratamiento

La terapia estrogénica sistémica está indicada sólo para mujeres histerectomizadas. La terapia combinada, secuencial o continua, es la apropiada para mujeres que aún conservan el útero, ya que el progestágeno protege al endometrio del estímulo continuo de los estrógenos solos, y por lo tanto de la hiperplasia y el cáncer del endometrio. La terapia combinada también está indicada en mujeres histerectomizadas que padecieron endometriosis. Las progestinas solas en la perimenopausia se utilizan para mejorar la sintomatología y para regular los ciclos menstruales, evitando la hiperplasia endometrial. En la posmenopausia la tibolona es útil para paliar la sintomatología vasomotora y genitourinaria confiriendo prevención de osteoporosis y de hiperplasia endometrial.

6.2.3 Mujeres que pueden recibir terapia hormonal local

Mujeres con síntomas de atrofia genitourinaria como resequedad vaginal, dispareunia o infecciones urinarias y vaginales frecuentes, que no sufren de síntomas vasomotores.

6.2.4 Productos de terapia hormonal sistémica disponibles en México

En la farmacopea mexicana existe una amplia gama de productos que contienen estrógenos solos o combinaciones de estrógeno y progestágeno, útiles para el tratamiento sintomático de los bochornos y la atrofia vaginal. La mayoría son útiles también para la prevención de la osteoporosis.⁹

La dosis más utilizada de estrógenos conjugados ha sido la de 0.625mg, equivalente a 2mg de 17 β -estradiol. Ahora se sabe que las dosis más pequeñas: 0.3mg de estrógenos conjugados, 1mg de 17 β -estradiol por vía oral, o 0.025mg en parches son suficientes para paliar la sintomatología y brindar protección ósea en muchas mujeres. Las dosis bajas tienen la ventaja de producir menos efectos secundarios y por lo tanto son las más recomendables.

Las formulaciones combinadas contienen, además de los estrógenos, alguno de los diversos progestágenos existentes. Los efectos de éstos son similares. El esquema secuencial permite que se presenten sangrados endometriales al terminar cada ciclo, por lo que es más aceptado por las mujeres perimenopáusicas. El esquema continuo produce amenorrea. La tibolona es la única progestina disponible en México para la terapia hormonal sin estrógenos.

6.2.5 Mujeres a las que no se les debe administrar terapia hormonal sistémica

Mujeres que tienen o han tenido trombosis venosas profundas y/o tromboembolia pulmonar, enfermedad coronaria (infarto agudo del miocardio, revascularización coronaria), eventos cerebrovasculares y cáncer hormono-dependiente, especialmente el mamario. Tampoco debe utilizarse la terapia hormonal en pacientes con enfermedades hepáticas activas. En mujeres diabéticas, hipertensas, obesas y/o con dislipidemia es preferible utilizar formulaciones de administración no oral, de baja dosis, o bien tibolona.

6.2.6 Medidas de vigilancia para la terapia hormonal sistémica

En usuarias de terapia hormonal sistémica es necesario realizar evaluaciones clínicas cada 3 a 6 meses para revalorar la indicación del tratamiento y detectar efectos secundarios. Es importante identificar la aparición de trombosis venosa o arterial. Estas son alteraciones raras que pueden presentarse con mayor frecuencia en el primer año de tratamiento. La terapia hormonal combinada se ha asociado al aumento de riesgo de cáncer mamario cuando se utiliza por tiempos prolongados. Es recomendable realizar una mastografía anual, a fin de identificar oportunamente el cáncer mamario.

Si se documenta cualquiera de los diagnósticos anteriores la terapia hormonal debe suspenderse.

6.3 Beneficios de los fitoestrógenos

Los fitoestrógenos son compuestos extraídos de las plantas que poseen efectos similares a los de los estrógenos, o bien que pueden ser antagonistas de éstos. Pese a que gozan de popularidad, las investigaciones no han demostrado que sean más efectivos que el placebo. Sin embargo, debido a que tampoco tienen efectos adversos importantes es aceptable prescribirlos a quienes consideran que experimentan beneficio con su uso. Los más conocidos son la isoflavona y la cimicifuga racemosa. Se necesitan más estudios para definir mejor su utilidad.

CUADRO 1. FORMULACIONES DE TERAPIA HORMONAL INCLUIDAS EN EL CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS
Estrogénica sistémica

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg)	PRESENTACIÓN
1489	Estrógenos conjugados de origen vegetal	0.625	42 grageas o tabletas
1499	Estrógenos conjugados de origen vegetal	1.250	42 grageas o tabletas
1501	Estrógenos conjugados de origen equino	0.625	42 grageas o tabletas
1502	Estrógenos conjugados de origen equino	1.250	42 grageas
1494	Valerianato de estradiol	1	28 grageas
1495	Valerianato de estradiol	2	28 grageas

Estrogénica local

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg/100g)	PRESENTACIÓN
1506	Estrógenos conjugados de origen equino	62.5	Crema vaginal en envase con 43 g y aplicador
4206	Estriol	100	Crema vaginal en tubo con 15 g

Combinada secuencial

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg)	PRESENTACIÓN
1497	Valerianato de estradiol y valerianato de estradiol + acetato de ciproterona	2 y 2 + 1	21 grageas: 11 color blanco y 10 color rosa
1509	Estrógenos conjugados de origen equino y estrógenos conjugados de origen equino + acetato de medroxiprogesterona	0.625 y 0.625 + 5	28 grageas: 14 color azul y 14 color marrón
1514	17-beta estradiol y 17-beta estradiol + trimegestona	1 y 1 + 0.250	28 grageas: 14 color rosa claro y 14 color rosa

Combinada continua

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg)	PRESENTACIÓN
1496	Estradiol hemihidratado + acetato de noretisterona	2 + 1	28 tabletas
1508	Estrógenos conjugados de origen equino + acetato de medroxiprogesterona	0.625 + 2.5	28 grageas
1513	17-beta estradiol + trimegestona	1 + 0.125	28 grageas

Progestágenos

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg)	PRESENTACIÓN
3044	Acetato de medroxiprogesterona	10	10 tabletas
1521	Acetato de clormadinona	2	10 tabletas
2207	Tibolona	2.5	28 ó 30 tabletas
4217	Progesterona	200	14 perlas

Fuente: http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/cuads_bas_cat2002/medica_2005.htm

Cuadro adecuado por los autores a partir de la información correspondiente a la edición 2006 actualizada.

CUADRO 2. FORMULACIONES DE TERAPIA HORMONAL INCLUIDAS EN EL CATÁLOGO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS INTERCAMBIABLES
Estrogénica sistémica

NÚMERO	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg)	PRESENTACIÓN
2390	Estrógenos conjugados de origen equino	0.625	42 grageas

Estrogénica local

NÚMERO	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg/100g)	PRESENTACIÓN
2389	Estrógenos conjugados de origen equino	62.50	Crema vaginal en envase con 43g y aplicador

Combinada continua

NÚMERO	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg)	PRESENTACIÓN
2391	Estrógenos conjugados de origen equino + acetato de medroxiprogesterona	0.625 + 2.5 0.625 + 5.0	28 grageas color rosa 28 grageas color azul

Progestina

NÚMERO	NOMBRE GENÉRICO	CANTIDAD (mg)	PRESENTACIÓN
	Tibolona	2.5	28 ó 30 tabletas

Fuente: <http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/publica/genericos.html>

Cuadro adecuado por los autores a partir de la información correspondiente a la 53ª actualización, del 27 de octubre 2007.

7. Medicamentos recomendados

Otras alternativas no hormonales (dosis diaria) son: el veralipride 100mg, algunos antidepresivos (venlafaxina 37.5 a 75mg, paroxetina 12.5 a 25mg, fluoxetina 20mg y sertralina 50mg), anticonvulsivantes (gabapentina 900mg) y antihipertensivos (clonidina 0.1 a 0.2mg).

8. Referencia al segundo nivel de atención

Se recomienda referir oportunamente a la mujer cuando:

- Hay sospecha o diagnóstico de menopausia prematura.
- Existen sangrados muy abundantes o prolongados durante la perimenopausia.
- Reaparecen los sangrados endometriales en la posmenopausia.
- La sintomatología vasomotora no logra controlarse adecuadamente.
- Existen numerosos factores de riesgo cardiovascular y la sintomatología vasomotora requiere tratamiento hormonal.
- Hay sospecha o diagnóstico de cáncer mamario, endometrial o del cérvix.
- Se presenta depresión en ausencia de bochornos.

Referencias bibliográficas

- 1 Utian WH. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climacteric* 1999; 2:284-286.
- 2 Cravioto MC, Martínez L, González Macedo J. Menopausia. En: *Endocrinología Clínica*. 2ª Ed. A Dorantes Cuéllar, C Martínez Sibaja, A Guzmán Blanno (Eds). Editorial El Manual Moderno, México, 2005. pp. 479-487.
- 3 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. *Diario Oficial de la Federación*, Septiembre 2003. pp.13-34. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html
- 4 Velasco ME, Malacara JM, Cervantes F, Díaz de León J, Dávalos G, Castillo MJ. Gonadotropin and prolactin serum levels during the perimenopausal period: Correlation with diverse factor. *Fertility and Sterility* 1990;53:56-60.
- 5 Castelo-Branco C, Blumel JE, Chedraui P, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006;13:706-712.
- 6 The North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in peri- and postmenopausal women: March 2007 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2007;14:1-17. www.menopause.org
- 7 Grady D. Management of menopausal symptoms. *The New England Journal of Medicine* 2006;355:2338-2347.
- 8 Cravioto MC. Síndrome climatérico. En: *Decisiones en Endocrinología*. I Lerman Garber, R Rivera Moscoso, A Vergara López (Eds). Editorial Graphimedica, México, 2006. pp. 274-276.
- 9 Cravioto MC. Controversias sobre terapia hormonal en la menopausia. *Gaceta Médica de México* 2006;142:33-42.

DIRECTORIO

Dr. José Angel Córdova Villalobos
SECRETARIO DE SALUD
Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Dr. Mauricio Hernández Ávila
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
Dr. Eduardo Pesqueira Villegas
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD
Dr. Mario Henry Rodríguez
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Miguel Ángel González Block
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

AUTOR

Dra. Ma. del Carmen Cravioto G. • INCMNSZ*

Revisores

Dr. Vitelio Velasco Murillo • IMSS**
Dr. Rodolfo Campos González • SSA***
Dr. José A. Hernández Bueno • AMIM****
Dr. Roberto Silvestri Tomassoni • INPer*****
Dr. Jorge Martínez Tlahuel • INCAN*****
Lic. Rosa E. Barrón Sánchez • INCMNSZ*****

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Faba Beaumont • INSP
Lic. Lizbeth Evoli Goya • INSP

Diseño • Arroyo + Cerda, S.C.

Producción • Sentido y Significado, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el
Instituto Nacional de Salud Pública y la **Secretaría de Salud**
Ave. Universidad #655, Cuernavaca,
C.P. 62508, Morelos, México

El NLS es un programa de
colaboración entre el INSP y la SSA.

<http://www.insp.mx/nls/bpme>

* / Coordinadora Clínica.
Salud Reproductiva. Biología de la Reproducción.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán
** / Coordinador de Salud Reproductiva.
Instituto Mexicano del Seguro Social
*** / Adscrito a la Dirección de Planificación Familiar
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud
Reproductiva. Secretaría de Salud
**** / Director de Atención Médica Integral
para la Mujer, S. C. AMIM
*****/ Coordinador del Servicio de Climaterio
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes
***** / Médico adscrito al Departamento
de Oncología Médica.
Instituto Nacional de Cancerología
*****/ Trabajador Social del departamento
de Biología de la Reproducción.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán