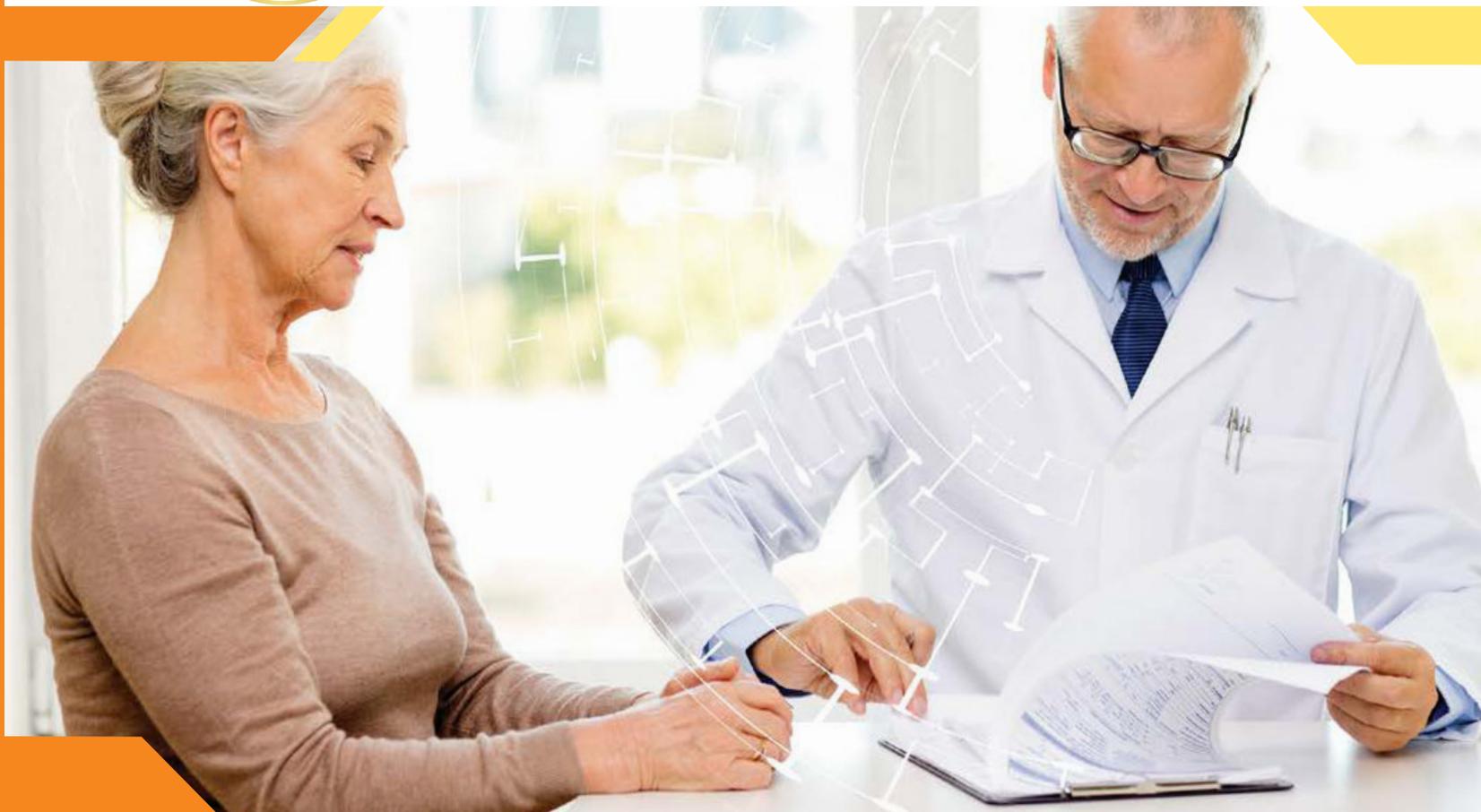




Boletín SOCHEG

Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica



Orientación técnica del manejo del climaterio, perspectiva médica

Edición N° 1, Julio 2017

ISBN 978-956-09285-4-2

www.socheg.org



Edición n° 1, julio de 2017

www.socheg.org

ISBN 978-956-09285-4-2

Comité Editorial ▶

- Director Boletín:
Dr. Patricio Barriga P.
- Editores encargados:
Dr. Sergio Brantes G.
Dr. Arnaldo Porcile J.
Dr. Sócrates Aedo
- Comité Científico:
Dra. Paula Vanhauwert S.
Dr. Pablo Lavín A.
Dr. Enzo Devoto
Dr. Rodrigo Carvajal
Dr. Rodrigo Macaya
Dra. Verónica Chamy P.
Dra. Macarena Castiglione
Dra. Paulina Villaseca
Dra. Marcela López

Directorio SOCHEG:

Dr. Patricio Barriga P. (Presidente)
Dr. Sergio Brantes G. (Paspresidente)
Dr. Arnaldo Porcile J. (Ex-Presidente)
Dr. Rodrigo Carvajal G. (Vicepresidente)
Dra. Marcela López P. (Secretaria General)
Dra. Cristina Iribarra A. (Tesorera)
Dra. Claudia Campusano M. (Directora)
Dr. Luigi Devoto C. (Director)
Dr. Pablo Lavín A. (Director)
Dr. Rodrigo Macaya P. (Director)
Dra. Paula Vanhauwaert S. (Directora)

Consejeros Regionales:

Dr. Juan Carlos Carvajal V. (Antofagasta)
Dra. Macarena Castiglione (Concepción)
Dra. Verónica Chamy P. (Valparaíso)
Dr. Eric Fritz Jara (Antofagasta)
Dr. Humberto Hott Aldea (Valdivia)
Dr. Alessandro Olivari M. (Concepción)

Consejeros:

Dr. Sócrates Aedo M.
Dr. Ítalo Campodónico G.
Dr. Angelo Castiglione D.
Dr. Luis Cruzat T.
Dr. Luis Espinoza V.
Dr. Guillermo Galán C.
Dr. Reinaldo González R.
Dra. Amanda Ladrón de Guevara H.
Dra. Abril Salinas Q.
Dr. Juan Enrique Schwarze M.
Dr. Alberto Palominos A.
Dr. Manuel Parra A.
Dr. Ernesto Pizarro O.

Temario ▶

Orientación técnica del manejo del Climaterio, perspectiva médica

- ▶ Definición
- ▶ Objetivos y grupo que aplica
- ▶ Comorbilidades y problemas de salud del grupo
- ▶ MRS y validación nacional – Cuestionarios Complementarios – EMPA Modificado
- ▶ Flujograma – Esquema para un manejo individualizado
- ▶ Patología CV– Metabólica para el grupo ¿Qué y cómo buscar? Recomendaciones.
- ▶ Evaluación, prevención y tratamiento de: fractura por osteoporosis
- ▶ Evaluación, prevención y manejo de los cánceres Ginecológicos frecuentes (mama, cuello, endometrio)
- ▶ Sangrado Uterino anormal en la premenopausia
- ▶ Anticoncepción en la premenopausia
- ▶ THM recomendaciones, objetivos y esquemas recomendados
- ▶ Contraindicaciones a la THM
- ▶ Novedades Terapéuticas hormonales y otras en el Climaterio
- ▶ Estilo de vida Saludable

Una mirada resumida a las orientaciones técnicas del minsal para manejo integral de la mujer en climaterio.



► Dr. Arnaldo Porcile J.

El MINSAL, después de un prolongado proceso, aprobó un subprograma de salud integral para mejorar calidad de vida en la población en edad del climaterio en Chile. Para hacer operativas esas acciones y lograr los objetivos y metas se desarrolló un instrumento indispensable, una guía orientadora, bajo el nombre de "Orientaciones Técnicas para el Manejo Integral de la Mujer en Edad del Climaterio" (O.T. sobre Climaterio), diseñada para que pueda aplicarse en la red de atención primaria del país. Terminada su redacción y edición, fue oficialmente difundida a partir de febrero del 2014 para su aplicación y así facilitar la capacitación de matronas y médicos. Para hacer más eficaz la implantación de dicho programa en el país, se determinó acotarlo a las mujeres de 45 a 64 años, incluyendo también a las mujeres que presenten claudicación ovárica antes de esa edad por razones diferentes a la menopausia natural.

Como ello involucra a más de dos millones de mujeres chilenas, el sistema público de salud evaluó que solamente es factible de llevar a cabo usando la red nacional de atención primaria, basándose en los equipos de salud, previa capacitación. Ello, fundamentalmente implica una delegación de funciones al profesional matrona o matron, funciones claramente acotadas y precisadas en la guía de manejo. En algo similar a la delegación acotada de funciones de regulación de la fertilidad y anticoncepción. La derivación a niveles de atención médica de mayor complejidad, ya sea a un servicio de ginecología (en una gran parte de los casos) o a otros servicios, como cardiología, urología, reumatología, diabetes, psiquiatría, etc., está bien detallada en dicha guía de manejo del MINSAL.

Para dar fluidez y operatividad, optimizando este flujo de pacientes entre la red de atención primaria y los niveles de mayor complejidad, en la misma guía se manifiesta que es una condición indispensable que los Directores de cada Servicio de Salud nombren, al menos, un ginecólogo con el rol de actuar como coordinador de este proceso.

Además del impacto que produce el síndrome climatérico, hay múltiples factores metabólicos y psicosociales involucrados en comorbilidades que afectan la calidad de vida. En la guía (O.T. sobre Climaterio) se desarrollan las pautas orientadoras para identificar y manejar las diferentes modalidades que se presentan en la perimenopausia y en la posmenopausia con sus respectivos tratamientos hormonales y no hormonales. Y también se precisan las contraindicaciones y circunstancias que requieren derivación a los ginecólogos. Con especial énfasis en casos de sangrado uterino anómalo.

Los servicios de Ginecología recibirán una fracción solamente de la población femenina en edad del climaterio. Ya evidencia registrada es que se derivan principalmente sangrados anómalos de la perimenopausia que no han respondido al tratamiento hormonal recomendado en la guía y todos los sangrados anómalos que se pesquisan en la población de mujeres en la etapa posmenopáusica.

En el nivel de mayor complejidad ginecológica se evaluará el informe ecográfico y decidirá biopsia endometrial y/o histeroscopia, decidiendo tratamiento en consecuencia. Llegará para resolución solo miomas complicados o de tamaño superior a una gestación de 4º mes. La evidencia histeroscópica ha mostrado que los miomas submucosos no son responsables de sangrado uterino anómalo no cíclico, sino que es más bien de causal endometrial, ya sea por atrofia o proliferación anormal. Es así como el envío selectivo desde la red primaria de las mujeres con ovarios quísticos o tumorales de más de 5 cms de diámetro, los prolapsos genitales verdaderamente sintomáticos con o sin incontinencia de orina, producirán una notable descongestión en la carga asistencial en los servicios de ginecología.

Una estrategia diferenciación que hacen las O.T. sobre Climaterio es separar las pacientes saludables o con comorbilidades de baja complejidad para que sean atendidas en el nivel primario, de las que tienen comorbilidades y afecciones crónicas, psicológicas o trastornos psicosociales más complejos que son derivadas al nivel de atención secundario.

El ginecólogo coordinador en cada Servicio de Salud, además de preocuparse de la acreditación de las matronas del consultorio, deberá facilitar que la paciente sea derivada oportunamente al servicio o especialidad que corresponda. Como la derivación al correspondiente Servicio de Ginecología es de la mayor relevancia, se espera que se preocupe de que ese proceso se desarrolle adecuadamente.

El rol integrador, que es el corazón del objetivo operacional de estas O.T. del Climaterio, se manifiesta planteando que en el quehacer asistencial de los profesionales APS, especialmente matronas y matrones, deben aplicar diferentes instrumentos y encuestas para identificar condiciones, patologías y comorbilidades, dando pautas generales que definen cuando derivar o encauzar a los diversos otros programas del MINSAL, ya sean de prevención o fomento de salud o de manejo y tratamiento.

Se destaca un énfasis orientado a apoyar acción sobre los principales problemas de salud del país. Es de interés mencionar su eje orientador para hacerse cargo de la mujer en edad del climaterio no sólo de los efectos del síndrome climatérico, sino que de todos los otros aspectos que intervienen en la salud y calidad de vida, tales como: pesquisa oportuna del cáncer cérvico uterino y de mama, identificar los riesgos metabólicos y cardiovasculares, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, diabetes, hipertensión, depresión, violencia doméstica, además de preocuparse de la autorealización, de la autonomía personal y de los desajustes en la relación familiar, social y laboral.

Las O.T. sobre Climaterio muestran escuetamente qué hacer y cuando derivar, en base a la evidencia científica actualizada, lo cual se precisa en el texto con 355 citas bibliográficas, cuidadosamente seleccionadas.

En estas O.T. se destaca que dentro de los instrumentos que son prioritarios e importantes para poder llevar a buen resultado el manejo personalizado de cada mujer en edad del climaterio están la Escala MRS, su Formulario Complementario y el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Modificado (EMPA Modificado).

La Escala MRS (Menopause Rate Scale)

Validada en Chile, es un valioso instrumento para la autoevaluación de calidad de vida en mujeres en edad de la menopausia. Se compone de 11 ítems de síntomas propios del climaterio, seleccionados por importancia y frecuencia, que afectan la calidad de vida. Como cada ítem se marca con 0 hasta 4 puntos, la sumatoria de ellos señala la intensidad del deterioro en calidad de vida. Amás puntaje, más compromiso de la calidad de vida. Se reconocen tres dominios, somático, psicológico y urogenital. (ver anexo)

Formulario complementario de MRS.

Es una pauta estructurada indispensable para interpretar correctamente la escala MRS. Apoya la anamnesis, permitiendo identificar la etapa del climaterio, el uso de fármacos que pueden afectar el puntaje MRS, tratamientos quirúrgicos de útero, trompas y ovarios, tratamientos de afecciones crónicas como diabetes e hipertensión arterial. También registra si está en control en otros programas de salud, identificando en cuáles. Facilita la recopilación de antecedentes para obtener mayor eficacia en las decisiones clínicas, haciéndolas más precisas y ahorrando tiempo en el registro de datos.

Contribuye a identificar y jerarquizar prioridades de intervención y en controles posteriores, permite evaluar la efectividad de la intervención realizada. (ver anexo)

Examen de Medicina Preventiva del Adulto Modificado (EMPA Modificado).

Es una lista de tareas ajustadas y modificadas específicamente para ser utilizada como otro de los instrumentos necesarios de usar en la Red de Atención Primaria, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas del MINSAL para el Manejo Integral de Mujeres en Edad del Climaterio. Incluye consultar, aplicar y registrar las acciones previstas en el EMPA, al cual se han agregado datos estructurados, indispensables para la toma de decisiones en el grupo poblacional en edad del climaterio, que en algunos aspectos difiere del resto de la población.

El EMPA Modificado, al contener un resumen de datos indagando sobre hábitos, manifestaciones depresivas, indicadores de riesgo metabólico, riesgo cardiovascular y riesgo osteoporótico, enfermedades transmisibles, prevención de cáncer cérvico uterino y mamas, facilita desarrollar una estrategia clínica personalizada para cada mujer en esa edad. (ver anexo)

Flujograma de atención:

En las O.T.de Climaterio del MINSAL hay un diseño de flujograma asistencial para las mujeres de 45 a 64 años o que tengan claudicación ovárica antes de esa edad. Todas las mujeres que cumplen con dicha condición se inscriben en el sistema de admisión de cada consultorio de la Red de Atención Primaria de Salud (APS). Es citada a la matrona/matrón para su ingreso al programa.

En esa sesión, la paciente recibe el formulario de MRS y su formulario complementario, indicándosele que debe completarlo personalmente. Se hace un registro de los contenidos entregados y se calcula el deterioro en calidad de vida y los puntajes más afectados.

En seguida se complementa anamnesis y examen físico. Se indaga sobre su condición psicosocial, si amerita profundizar se aplican instrumentos específicos. Las O.T. de Climaterio del MINSAL indican los exámenes de laboratorio y de imagenología que deben solicitarse.

Con estos antecedentes el profesional de la salud, en esta primera consulta o control, define el ingreso al programa de salud de climaterio, evaluando todos los antecedentes acumulados y separa las pacientes saludables o con morbilidad de baja complejidad de las con morbilidad de mayor complejidad. Las primeras son citadas al segundo control en elAPS y las otras son derivadas al nivel secundario de atención o al programa de salud correspondiente.

Para ambos grupos de pacientes, en este control se decide a quienes se les recomienda terapia de reposición hormonal (TRH). Se las separa entre las con climaterio asintomático o con MRS de muy bajo puntaje de las que son sintomáticas, con un puntaje MRS que demuestra un compromiso significativo de la calidad de vida.

Se evaluará, en cada caso de mujeres que no tengan contraindicaciones y que aceptan TRH, la etapa del climaterio que está cursando y se determinará la vía y dosis hormonal. Recibirán estrógenos si no tienen útero; se agregará una progestina o progesterona si tiene útero, considerado como indispensable para prevenir proliferación endometrial y cáncer de endometrio.

Las mujeres que presentan ovarios funcionantes y desean evitar embarazos, recibirán anticoncepción; pero quienes usen anticonceptivos hormonales podrán recibirlos hasta que se documente la claudicación ovárica con un FSH alto (al menos 30 mIU/mL).

En la misma O.T.de Climaterio del MINSAL se detallan los fármacos hormonales que recomienda el Ministerio.

En el tercer control, todas las mujeres participarán de los diferentes programas de salud y acciones preventivas desarrolladas por APS, reciben consejería, podrán participar en talleres estructurados que están descritos con precisión en las O.T.de Climaterio del MINSAL.

Las mujeres con tratamiento hormonal serán evaluadas, incluyendo un nuevo cuestionario MRS y se decidirá si requieren algún ajuste hormonal, siendo citadas cada 6 meses. Las pacientes sin tratamiento hormonal también registrarán una nueva MRS; seguirán posteriormente con controles anuales.

Patología CV – Metabólica para el grupo ¿Qué y cómo buscar? Recomendaciones.

Se sabe desde hace más de 25 años que la incidencia de infartos y la mortalidad por causa cardiovascular se relacionan con la menopausia; hay una brecha de entre 6 y 10 años entre la edad al momento de la menopausia y el punto de inflexión en la curva de incidencia de infartos. Es un periodo crítico para instalar intervenciones preventivas con eficacia. Convergen la acumulación de muchos factores además de la edad. La mayoría son interdependientes, peso, masa adiposa, prevalencia de diabetes, dislipidemia, sedentariedad, aparición de hipertensión arterial, insuficiencia de estrógenos, por nombrarlos que nunca debieran dejar de ser evaluados por su relevancia en cada caso individualmente por su valor fundamental como referencia para las intervenciones clínicas. Caso especiales el delta tabaquismo por su altísimo impacto en riesgo CV, con o sin colaboración de variables de riesgo metabólico.

La enfermedad cardiovascular que deriva del síndrome metabólico, con o sin diabetes establecida, y a su vez de la ecuación obesidad/sedentarismo, son un continuo en el estado metabólico que posee relación de causalidad sobre futuros infartos, que debe ser intervenido en todas sus etapas, tratando de llevar cada una de las variables a la mayor normalidad posible.

¿Qué buscar?

La circunferencia de cintura, idealmente estandarizada en decúbito, es la piedra angular de la evaluación metabólica. El punto de corte con poder estadístico para predecir riesgo varía según la raza, sin embargo está claro que nuestra población con cintura ≤ 80 cm rara vez tiene alteradas sus variables metabólicas, en cambio, sobre ≥ 88 cm, la mayoría tiene tres o más factores predictivos de riesgo metabólico alterados. La observación de acantosis nígricans en cualquier zona corporal en personas con sobrepeso u obesidad, hace superfluo realizar pruebas adicionales para identificar resistencia a la insulina.

No es necesario realizar insulinemias ni test de tolerancia a la glucosa si se cuenta con una glicemia de ayuno. Mientras la glicemia no sea ≥ 126 mg/dL no hay diabetes, al menos "por ahora". Eventualmente se puede realizar una glicemia posprandial y hemoglobina glicada (A1C), especialmente si la persona refiere polidipsia o nicturia. Hay correlación entre glicemias de ayuno en el rango 100–125 mg/dL y los valores de A1C entre 5,7 y 6,4%, para definir al grupo de prediabéticos. Este es un grupo marchando hacia la diabetes pero en etapa reversible y aún sin daños estructurales microvasculares evidenciables. Se les pedirá la meta de reducir el peso y lograr A1C consistentemente por debajo de 6,5% en controles periódicos. Deberían ser objeto de intervenciones intensivas para cambiar su estilo de vida y vigilar las demás variables metabólicas.

La presión arterial es variable de riesgo metabólico si es $\geq 130/85$ mm Hg. El nivel de presión arterial debería influir ante una eventual TRH, prefiriendo transdérmicos o TRH combinadas con drospirenona en hipertensas.

El perfil lipídico es esencial, debido a que valores de Colesterol LDL ≥ 190 mg/dL se asocian a riesgo de infartos aunque todas las demás variables estén normales. Esta situación no es común en la mujer a menos que tenga muy malos hábitos alimentarios o sea portadora de alguna de las dislipidemias congénitas, que son de muy alta prevalencia. Tampoco es tan común que las mujeres en la peri y posmenopausia requieran de fármacos para reducir el colesterol. La información epidemiológica acumulada cristalizó en modelos bastante precisos para tomar decisiones clínicas de intervención con fármacos con evidencia de beneficio. El Score de Framingham, ha evolucionado a "score cardiovascular" al incorporar fórmulas diferenciadas para personas de raza afroamericana o para los demás. En ese modelo, que está disponible en el panel de "instrumentos" en el sitio web de SOCHEG (<http://www.socheg.cl/INSTRUMENTOS.html>) se puede calcular el riesgo de infarto a 10 años combinando las siguientes variables: edad, sexo, colesterol total y HDL, control de la presión arterial, diabetes y tabaquismo. Es recomendable utilizar habitualmente este calculador frente a la paciente, porque permite mostrarle el peso relativo de cada variable, ayuda a enfatizar la importancia de cada intervención de tratamiento; evita muchos tratamientos innecesarios con estatinas. Hay base de evidencia para prescribir estatinas en mujeres que tengan score de 7,5% más, lo cual es, como ya se ha expresado, menos frecuente de lo que se supone. Probablemente la intervención más potente derivada de este modelo será obtener detención permanente del tabaquismo. Como se puede apreciar, este modelo de score "ex-Framingham" no predice diabetes ni toma en cuenta factores relacionados con obesidad o sedentarismo, por lo tanto, ATP-III sigue siendo el modelo estandarizado más eficiente para monitorear a la persona con sobrepeso u obesidad. Recordemos que ATP-III es el "adult treatment panel-III" que define el síndrome metabólico en base a cinco variables: Circunferencia de cintura, glicemia de ayuno, colesterol HDL, triglicéridos y presión arterial $\geq 130/85$ mm Hg.

La presencia de triglicéridos alterados es un marcador redundante de riesgos asociados a la carga de carbohidratos, no tiene poder predictivo en riesgo CV por sí solo, pero es útil para estimar el riesgo metabólico según los parámetros de ATP-III, que siguen teniendo alto valor predictivo para diabetes y CV combinados. Se debería seguir utilizando para pesquisa y para seguimiento. Cuando se observan niveles de triglicéridos ≥ 150 mg/dL se puede advertir a la persona que su ingesta reciente de carbohidratos (o también alcoholes) es excesiva.

Las OT de climaterio facilitan un modelo estructurado para evaluación global que se denomina EMPA-modificado (página 72, Anexo 3). No es otra cosa que un resumen de las variables del programa de medicina preventiva del adulto, que se han enriquecido al permitir una evaluación integral reuniendo en una sola consulta los parámetros necesarios para jerarquizar cuáles intervenciones tienen mayor urgencia en cada persona, a la vez que controlar el cumplimiento de metas en los controles futuros.

Todas estas variables deben ser necesariamente conocidas si se va a instituir una TRH, para establecer su elegibilidad. Si llegara a desembocar en contraindicación de TRH, es de todas maneras un excelente punto de partida para el manejo integral, que como se sabe, se centra principalmente en lograr la mejor calidad de vida y en el tiempo más breve que sea posible pero a la vez identifica las principales oportunidades para prevención primaria de numerosas enfermedades.

Recomendaciones:

Aplicar el modelo de atención integral propuesto en las OT de Climaterio para cualquier ámbito de la atención clínica, pública o privada. Identificar las variables de riesgo y fomentar la corrección de todas aquellas que sean modificables. Utilizar en lo posible el "Formulario EMPA modificado" en el trabajo diario. Considerar estas variables para la eventual elección de la TRH eligiendo aquella que ofrezca más ventajas al caso individual.

Evaluación, prevención y tratamiento de fractura por osteoporosis



► Dr. Sergio Brantes G.

A partir de los 35 años nuestra composición mineral esquelética declina de forma más o menos inexorable, pero esta curva descendente se vuelve abruptamente intensa desde el momento de la menopausia, a cualquier edad en que cese la actividad ovárica. Prevenir osteoporosis y prevenir fracturas no es lo mismo, aunque generalmente lo primero redundará en lo segundo.

Son medidas de prevención primaria procurar alcanzar la mejor masa y estructura ósea que sea posible, metas que dependen del acceso suficiente a nutrientes (proteínas, calcio, vitamina D), del estatus eugonadal, del tipo de ejercicio y de la protección contra agentes que causan osteoporosis, tales como fumar cigarrillos, uso de corticoides o exceso de hormonas tiroideas de modo que la exposición a ellos sea la menor posible en la vida de la persona o se tomen medidas de mitigación cuando esa exposición sea inevitable.

Detección de casos de mayor riesgo de osteoporosis:

Entre una lista relativamente larga de factores que pueden reducir la masa ósea, destacan tres grupos de personas que teniendo buen estilo de vida, están expuestas a perder masa ósea antes que el promedio:

- La presencia de hipogonadismo; el grado o intensidad del hipogonadismo en la posmenopausia varía de una persona a otra.
- Portadores de anomalías congénitas de la estructura colágena, generalmente hiperlaxos portadores de osteogénesis imperfectas, incluyendo las formas leves heterocigotas.
- Hipercalcúricas, con o sin historia de litiasis personal o parental.

Detección de casos de mayor riesgo de fractura.

El antecedente de haber sufrido una fractura por fragilidad es prueba suficiente de alto riesgo de una nueva fractura, al punto que ese sólo dato permite calificar el riesgo como "severo". Las fracturas vertebrales tienen el mismo valor predictivo que cualquiera otra fractura por fragilidad, aunque a menudo pasa inadvertida por haberse hecho asintomática. Un dato simple, que permite sospechar aplastamientos vertebrales, consiste en establecer la estatura actual y compararla con la talla máxima en la vida; una diferencia de -7 cm hace probable que ya tenga una fractura vertebral, mientras que -4 sugiere que es tan solo posible. Consecuentemente, en las OT de Climaterio del MINSAL se recomienda realizar estudios de imágenes para demostrarla presencia de alguna fractura vertebral, según se disponga de morfometría por DEXA o bien Rx en decúbito prono con rayo horizontal cuando la diferencia de estatura es ≥ 7 cm aunque no haya dolor en la columna vertebral.

SOCHEG ha preconizado el uso de una lista de chequeo para buscar sistemáticamente las causas reversibles de osteoporosis o para ponderar el impacto actual de las causas no reversibles y así definir un curso de acción, que puede ser profundizar un estudio o elegir un determinado tratamiento.

(ver. <http://www.socheg.cl/checlist-osteoporosis.pdf>).

En la actualidad, probablemente se están realizando muchas densitometrías óseas a personas con bajo riesgo, es decir a menores de 65 años sin factores de riesgo para osteoporosis. En las OT de climaterio del MINSAL (página 44) se sugiere restringir la indicación de densitometría independientemente de la edad, a personas con fractura previa por fragilidad, historia parental de fractura de cadera, usuarios de glucocorticoides sistémico por 3 meses o más, fumador actual, IMC ≤ 19 kg/m², o consumidora de 3 o más unidades de alcohol al día. Las enfermedades conocidamente causantes de osteoporosis justifican que se realice densitometrías en personas jóvenes en los siguientes casos: artritis reumatoide, hipogonadismo no tratado, a más precoz, más necesario, inmovilidad prolongada, trasplantes de órganos, diabetes tipo 1, hipertiroidismo, enfermedades gastrointestinales, enfermedades hepáticas crónicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipercalcemia idiopática (sospechada por litiasis urinaria), VIH, terapia antirretroviral y enfermedad renal crónica. Las OT contienen un nomograma para interpretar correctamente los datos obtenidos de FRAX, instrumento interactivo para calcular el riesgo de fractura mayor a 10 años. Si una mujer presenta osteoporosis estando eugonadal o bien recibiendo estrógenos, deberíamos investigar la posibilidad de osteoporosis secundaria y resolver la causa primaria o utilizar el tratamiento preventivo que tenga evidencia de costo-efectividad en cada caso específico.

Recomendación

La menopausia es uno de los principales determinantes de disminución de la masa ósea y afecta a todas las mujeres. El tratamiento precoz con reposición hormonal (TRH), cuando no hay contraindicaciones, es la medida farmacológica más eficaz para disminuir osteoporosis y fracturas en mujeres bien suplementadas con vitamina-D y calcio. Los estrógenos cuentan con evidencia para reducir osteoporosis y fracturas en mujeres posmenopáusicas en todos los grupos de edad, con o sin baja masa ósea al inicio de la TRH. Aquellas mujeres que no pueden recibir terapia de reposición hormonal o cesan en su uso, ya sea por contraindicaciones o por decisión personal, deben considerar otras medidas para protegerse del riesgo de osteoporosis y fractura.

Ante la presencia de enfermedades que al reconocerlas se sabe que pueden ser causa potencial de osteoporosis o cuando se detectan fracturas por fragilidad, se recomienda intensificar las medidas de evaluación, asegurar medidas de prevención y realizar seguimiento.



De acuerdo a datos oficiales en Chile, las primeras causas de muerte por cáncer en las mujeres, independiente de su edad, corresponden en orden decreciente a cáncer de mama, vesícula y vías biliares, estómago, traquea-bronquio-pulmón, colon y en sexto lugar cáncer cervicouterino, el resto de cánceres ginecológicos como ovario y endometrio son mucho menos frecuentes, pero con alta mortalidad, es por ello que estrategias de prevención y screening para todos ellos son fundamentales.

1.) Cáncer de Mama :

La tasa de mortalidad ha variado poco con los años (15 por 100.000), y aumenta a contar de los 45 años de edad (concentra el 90,2% de las defunciones). Actualmente la pesquisa se basa en realización de examen físico de mama protocolizado y enseñanza de autoexamen a toda mujer mayor de 35 años, y realización de mamografía cada 3 años o anual en mujeres de riesgo, a partir de los 40 años de edad. Mientras que el screening mamográfico, puede reducir riesgo de muerte por cáncer, el número de muertes es pequeño y el número de falsos positivos y biopsias innecesarias, aumenta, es por ello que no existe evidencia suficiente para screening más frecuente en mujeres asintomáticas o en mujeres mayores de 75 años. Como medidas preventivas es importante tener en consideración los factores de riesgo para cáncer de mama como son historia familiar de cáncer de mama, aumento de densidad mamaria, presencia de gen BRCA 1 y 2, baja edad de menarquia, edad más tardía de primer embarazo, pocos embarazos, breve o ausencia de lactancia materna, menopausia tardía, obesidad, consumo de alcohol, sedentarismo. Promover un estilo de vida saludable y la terapia quimiopreventiva (SERMs e inhibidores de la aromatasa) pueden ayudar a reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de mama.

2) Cáncer Cervicouterino :

Constituye un importante problema de salud pública. El 45,2% de las muertes se produce en mujeres entre 35 y 64 años, siendo la tasa observada de mortalidad en 2010 de 6,7 por 100.000. La distribución por etapas según clasificación FIGO, muestra que 69,2% se diagnostica en etapas precoces 1 y 2 y 7,4% en etapa 4. Basado en patogénesis del cáncer cervicouterino hay dos intervenciones mayores que lo pueden prevenir: vacunación y papanicolau. Estudios randomizados han demostrado que las vacunas contra HPV son altamente efectivas previniendo 93 a 100% de los cánceres debidos a tipos específicos de HPV cuando se administra antes de la exposición al HPV. La recomendación es de 3 dosis en un período de 6 meses, sin embargo, 2 dosis separadas al menos por 6 meses, también ha demostrado efectividad en niñas menores de 15 años (medida implementada en Chile). La vacunación en hombres además de reducir la incidencia de infección por HPV y cáncer cervicouterino en mujeres no vacunadas, también previene enfermedades como cáncer de pene, heridas genitales, cáncer anal, papilomas orales y cáncer orofaríngeo, es por ello que la OMS en el 2015 recomendó la vacunación también en hombres. Aunque la cobertura de la vacunación en Chile ha ido aumentando gracias al programa de vacunación, la metodología para tamizaje más utilizada a nivel mundial es el Papanicolau, siendo la edad recomendada para empezar a realizarlo desde los 21 años hasta los 65 años en Chile, cada 3 años o cada 5 años si se complementa con test de DNA de HPV. No se recomienda screening en menores de 21 años o mayores de 65 años, si es que no tienen factores de riesgo.

3) Cáncer de Ovario :

Es el más letal de los cánceres ginecológicos, usualmente tiene síntomas inespecíficos en etapas tempranas, por lo que la mayoría de los casos se diagnostica en estados avanzados, consecuentemente con mal pronóstico, 40% de sobrevivida a 5 años. Pruebas de screening para reducir la mortalidad han sido en vano, screening con ecografía transvaginal, CA 125 y examen clínico se han probado, pero considerando la situación no clara de eficacia y costo-efectividad, no está indicada.

La sociedad de oncología ginecológica publicó 5 recomendaciones para la prevención de cáncer de ovario:

- Uso de anticonceptivos orales reduce riesgo y son seguros en mujeres con BRCA 1 y 2.
- Ligadura tubaria está asociada a reducción de cáncer de ovario en población general y de alto riesgo.
- Salpingooforectomía es el método más probado en mujeres portadoras de BRCA 1 y 2 para prevenir cáncer de ovario entre 35-40 años. Sin embargo, la menopausia precoz y consecuente aumento de mortalidad cardiovascular hace que esta indicación solo sea para mujeres de alto riesgo.
- Consejería genética y exámenes son imperativos en mujeres con incremento del riesgo heredado para cáncer de ovario.
- En mujeres con riesgo promedio, brindar la oportunidad de salpingectomía al tiempo de realizar cirugía pélvica electiva, incluyendo histerectomía y como una alternativa a la esterilización, lo cual ha demostrado reducir el riesgo de cáncer de ovario.

4) Cáncer de Endometrio :

Es el más común de los cánceres ginecológicos en países desarrollados. Más del 90% de los casos ocurren en mujeres mayores de 50 años de edad, con una media al diagnóstico de 63. Sin embargo, 4% ocurren en mujeres <40 años. La mayoría son diagnosticados en etapas tempranas, 80% en estado I, con 95% de sobrevivida a 5 años.

Factores de riesgo para cáncer de endometrio son IMC >25, síndrome metabólico, hipertensión arterial, diabetes, nuliparidad, infertilidad, terapia estrogénica sin oposición, tumores productores de estrógenos, menarquia temprana, menopausia tardía y mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama tratado con tamoxifeno. La mayoría de los casos de cáncer de endometrio no se pueden prevenir, pero reduciendo los factores de riesgo e implementando estilo de vida saludable, puede bajar el riesgo de desarrollar esta enfermedad. El uso de anticonceptivos orales combinados está significativamente asociado con disminución del cáncer de endometrio en usuarias, beneficio que es mayor a mayor tiempo de uso y aún una vez discontinuado su uso. Screening de mujeres asintomáticas solo se recomienda en mujeres con Síndrome de Lynch. No hay evidencia que el screening con ecografía transvaginal reduzca la mortalidad, además si es que se utilizara de screening resultaría en un número innecesario de biopsias por falsos positivos. En el período postmenopáusico la mujer debe ser alentada a reportar cualquier sangrado vaginal o spotting para estudio con ecografía transvaginal, biopsia y/o histeroscopia, para diagnóstico y tratamiento en caso necesario. Si bien no se ha llegado a un consenso para definir un punto de corte en cuanto a grosor endometrial ecográfico, <5-8mm descarta razonablemente cáncer de endometrio en mujer perimenopáusica con sangrado anormal.

Bibliografía.

1. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la Red de Salud, MINSAL 2014.
2. Dong Hoon Suh et al. Major clinical research advances in gynecologic cancer in 2015. *J Gynecol Oncol.*, Nov 2016;27(6):e27-e53.
3. Albert L. Siu, MD, MSPH. Screening for Breast Cancer : U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, February 2016, vol 164, N° 4: 279-297.
4. Anthony Howell et al. Risk determination and prevention of breast cancer. *Breast Cancer Res.* September 2014; 16: 446-464
5. Brittany L. Bychkovsky, MD, MSc et al. Cervical Cancer Control in Latin America : A call to action. *Cancer*, February 2016: 502-514.
6. Committee opinion : Human Papillomavirus Vaccination. *Obstetrics & Gynecology*, September 2015, vol 126, N° 3: e38-e43.
7. Ian Jacobs et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKTOCS) : a randomised controlled trial. *Lancet* March 2016, vol 387: 945-956.
8. Joan L. Walker, MD et al. Society of Gynecologic Oncology Recommendations for the Prevention of Ovarian Cancer. *Cancer July* 2015: 2108-2120.
9. N. Colombo et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer : diagnosis, treatment and follow up. *Annals of Oncology* 2016, vol 27, N° 1: 16-41.



El sangrado uterino anómalo (SUA) es uno de los síntomas más frecuentes del climaterio, ya sea por alteración de la frecuencia o cantidad.

Sistema básico de clasificación PALM-COEIN de FIGO para sangrado uterino anormal en los años reproductivos de mujeres no embarazadas

PALM

Categorías definidas por criterios estructurales visualmente objetivos

Pólipos

Adenomiosis

Leiomioma

Submucoso: Mioma(s) submucoso (s).

Otro: Sin efecto en cavidad endometrial

Malignidad e hiperplasia

COEIN

Categorías que no están relacionadas con anomalías estructurales

Coagulopatía

Ovulatoria (disfunción)

Endometrial

Iatrogénica

No clasificado: Para afecciones aún no clasificadas

Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, del Grupo de Trabajo Trastornos Menstruales de FIGO (FMDG). Revista del Climaterio 2011;15(85):9-17

patología estructural y obliga al profesional a hacer un diagnóstico más preciso. Así un SUA por alteración de la ovulación se denominará SUA-Oy dependiendo de la causa del SUA se determina el tipo de terapia requerida. Para el tratamiento del SUA no estructural la terapia médica hormonal o no hormonal (anticonceptivos combinados y de progestina pura, progesterona de fase lútea, dispositivo liberador de hormona, antiinflamatorios no esteroideos y ácido tranexámico) es la más recomendada en la mayoría de los casos, dejando la cirugía para casos en que esta falla. En las OT para la atención de la mujer en etapa de climaterio se sugiere un periodo de prueba terapéutica médica de 3 meses antes de derivar al nivel secundario de salud.

A diferencia del sangrado de la post menopausia, en donde constituye una alarma por ser el síntoma más frecuente de cáncer endometrial (70% presentan sangrado), por lo general el sangrado uterino anómalo de la perimenopausia suele ser benigno y el riesgo de cáncer endometrial es aproximadamente del 0,3%.

Por dichas razones, el enfrentamiento de ambos es muy diferente:

– en el primero urge descartar cáncer, ya sea con una ecografía ginecológica para evaluar el grosor endometrial (sobre 4mm requiere estudio histológico) o directamente con una biopsia (aspirativa) por pipelle, legrado o histeroscopia, de preferencia este último.

– en el segundo el enfrentamiento es menos agresivo.

En perimenopausia el grosor endometrial ecográfico normal es hasta 12mm y debido al bajo riesgo la biopsia puede ser diferida en pro de una prueba terapéutica inicial.

Una característica del periodo pre menopáusico es la presencia de ciclos anovulatorios. Como consecuencia las mujeres pueden presentar dos tipos de síntomas: síndrome climatérico, en la que predomina el hipoestrogenismo; o en aquella que predomina un aumento relativo de estrógenos sin contraposición progestagénica se verán hipermenorrea, polimenorrea, presencia de quistes funcionales, adenomiosis, etc.

Actualmente el sistema de clasificación FIGO para el sangrado uterino anómalo divide las causas de sangrado en 9 y se representa con el acrónimo PALM-COEIN (pólipos, adenomiosis, leiomioma, maligno o hiperplasia – coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrial, iatrogénico, no clasificado aun). Este sistema elimina el denominativo “sangrado uterino disfuncional” en los casos en que no se encuentra

Anticoncepción en el climaterio premenopáusico



La protección anticonceptiva sigue siendo necesaria para las mujeres >44 años si la mujer quiere evitar el embarazo. Los embarazos en edad reproductiva avanzada presentan riesgos maternos, como hemorragia, tromboembolismo y muerte, además de complicaciones fetales, tales como aborto espontáneo, muerte fetal y anomalías congénitas.

La edad a la que una mujer ya no está en riesgo de embarazo no se conoce, aunque es raro que ocurran embarazos espontáneos. Las mejorías en salud y calidad de vida modernas no han modificado el límite de la fertilidad. Por otro lado la población mayor de 44 años tiene conductas de riesgo al considerar que su fertilidad es escasa y también de prevención para ITS.

Recomendaciones SOCHEG para informar a la mujer:

- Aunque su fertilidad disminuye desde los 40 años, debe usar un MAC hasta su menopausia
- El riesgo de aborto, anomalía cromosómica, complicación del embarazo y morbi – mortalidad materna aumentan desde los 40 años.
- No hay ningún MAC contraindicado solo por la edad.
- El uso de un anticonceptivo hormonal combinado (AHC) encubre la menopausia y síntomas climatéricos.
- Si usa un anticonceptivo hormonal, la falta de menstruación no es señal de infertilidad
- La terapia de remplazo hormonal (THM) no previene un embarazo
- Sólo el uso de condón previene el contagio de ITS

Recomendaciones SOCHEG al prescriptor:

- Al prescribir tome en cuenta los criterios de elegibilidad vigentes.
- La eficacia de los métodos aumenta con la edad ya que la fertilidad disminuye
- Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) tienen una efectividad similar a la esterilización.
- El método de calendario en esta edad disminuye y es clase C para la OMS.
- Con la edad la incidencia de patologías y factores de riesgo que contraindican el uso de anticonceptivos especialmente AHC.
- En la perimenopausia hay requerimientos especiales de la mujer que pueden ser mejorados utilizando un MAC.

No se dispone de pruebas de laboratorio fiables para confirmar la pérdida definitiva de la fertilidad en una mujer, la determinación de los niveles hormonales de la FSH para determinar cuando una mujer ya no es fértil puede aunque puede no ser exacta, la Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica recopilando la información

disponible propone suspender anticoncepción hormonal en las siguientes situaciones:

- 2FSH>30 UI/mL separadas por 1mes o
- Una determinación >40 UI/mL, o
- Edad >a 55 años

En mujeres mayores de 50 años, usuarias de un método hormonal:

- Si suspendió el uso de este método por 6 meses y existe amenorrea durante estos 6 meses, se puede suspender la anticoncepción;
 - Si se restablece la menstruación, debe reiniciar el método evaluando Criterios de Elegibilidad o
 - Suspender el método por 3 semanas y medir el nivel plasmático de hormona foliculo estimulante (FSH)
 - a) FSH >a 30 UI/mL se puede suspender el anticonceptivo
 - b) Si no es así, debe reiniciar el método y repetir la misma prueba doce meses después.
- Nota: Se debe indicar un método de barrera en el intervalo en ambos casos.

En mujeres mayores de 44 años, usuarias de un método no hormonal incluyendo el DIU,

- Suspender el método después de 6 meses de amenorrea con síntomas climatéricos o después de 12 meses de amenorrea sin síntomas.
- En mujeres cerca de los 50 años que no reúnen las condiciones anteriores, no se considera necesario extraer el DIU aunque se haya cumplido el plazo para el retiro.

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC), no están contraindicados sólo por la edad, sin embargo la presencia de un Factor de Riesgo Cardiovascular limita su uso y la presencia de dos o más Factores de Riesgos lo contraindica.

Especial atención se debe poner a la presencia de:

- Hipertensión arterial
- Migraña
- Tabaquismo >15 cigarrillos/día
- Diabetes
- Obesidad
- Antecedentes de enfermedad cardiovascular o vascular encefálica

Los profesionales de la salud deben considerar los riesgos de embarazo en una mujer en edad reproductiva avanzada, así como los riesgos de continuar la anticoncepción hasta la menopausia. Para ello se recomiendan las siguientes acciones:

- Anamnesis (Tabaquismo, migraña, enfermedad cardiovascular, etc.)
- Antropometría (IMC)
- Presión arterial
- Glicemia y perfil lipídico
- Dosis bajas de estrógenos:
- Etinilestradiol 20 ó 30µg
- Valerato de estradiol o estradiol
- En caso de síntomas climatéricos preferir esquemas:
 - Extendidos
 - Periodo Libre Hormona (PLH) corto
 - Estrógenos en lugar de placebo en el "PLH"
- No cambie el AHC salvo contraindicación o mala adherencia (efecto adverso, ausencia efecto beneficioso, incomodidad uso, etc.)
- Control de Presión arterial en cada visita
- Vigile aparición de Enfermedad Arterial.
- En caso de contraindicación o mala adherencia (cambio de MAC)

El mayor riesgo para el uso de anticoncepción hormonal está dado por el tabaquismo y la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer y enfermedades metabólicas que aumentan con la edad; por lo que el uso adecuado de criterios de elegibilidad (OMS, MEC estadounidense u otros) es útil para guiar el uso anticonceptivos en estas mujeres.

Existe un riesgo de enfermedad cardiovascular y vascular encefálica asociada al uso de AHC (TVP, TVP-EP, IAM, AVE isquémico y hemorrágico) o cáncer de mama. Este riesgo está directamente relacionado a la presencia de otros factores de riesgo en la usuaria, además el riesgo con AHC es menor al riesgo que representa un embarazo y disminuye con el tiempo de uso y se iguala al de la usuaria al año de su inicio basándose únicamente en la edad, las mujeres mayores de 45 años pueden utilizar AHC, implantes hormonales de LNG o ENG, el DIU-Cu o el DIU-LNG. Estos últimos pueden ser especialmente útiles en algunas condiciones de Sangrado Uterino Anormal y deben usarse para su indicación los criterios de elegibilidad para progestágenos solos.

Las mujeres mayores de 45 años generalmente pueden usar anticonceptivos hormonales combinados y MPA inyectable. Para este grupo tener presente que estos últimos entregan mayor dosis de progestinas (MPA inyectable), se debe descartar condiciones consideradas en Categoría 3, considerar que tienen un efecto negativo sobre la masa ósea y evaluarla irregularidad menstrual (mayor probabilidad de enmascarar una patología ginecológica).

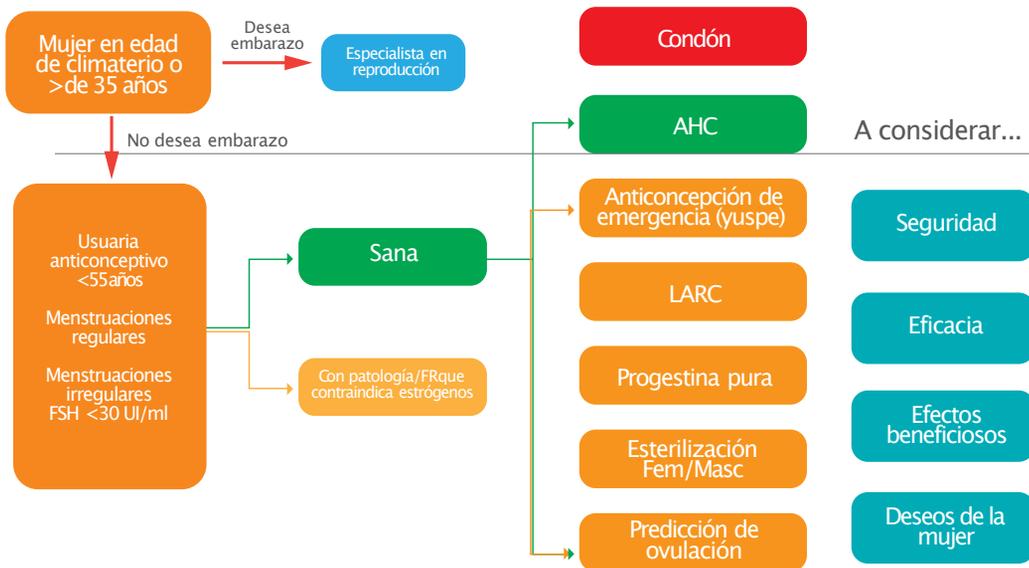
La incidencia de tromboembolismo venoso es mayor en usuarias de anticonceptivos orales mayores de 45 años en comparación con las usuarias de anticonceptivos orales más jóvenes en dos estudios; sin embargo, una interacción entre la anticoncepción hormonal

y el aumento de la edad en comparación con el riesgo basal no fue demostrado o no fue evaluado. El riesgo relativo de infarto de miocardio fue mayor entre las usuarias de anticonceptivos orales que en aquellas que no la usan. No hay evidencia fehaciente que el uso de anticonceptivos hormonales orales con estradiol, este riesgo sea menor, por lo que su indicación debe mantener los criterios de elegibilidad para estas formulaciones.

Un aumento del riesgo relativo con el aumento de la edad no se demostró. No se han realizado estudios sobre el riesgo de accidente cerebrovascular en las usuarias de AOC de ≥45 años (Nivel de evidencia: II-2, buena).

Tampoco existe aumento significativo del riesgo relativo para el carcinoma de mama

in situ o cáncer de mama entre las mujeres mayores de 40 años que han usado anticonceptivos hormonales combinados o DMPA en comparación con aquellas que nunca han utilizado ninguno de los dos métodos. (Nivel de evidencia: II-2 buena).



Conclusiones: La mujer necesita anticonceptivos eficaces y seguros en la peri-menopausia ya que su fertilidad está disminuida, pero no abolida. Si la mujer es sana, su edad no es una razón para limitar sus opciones anticonceptivas. La presencia de patología o factores de riesgo para el uso de ciertos métodos requiere evaluación cuidadosa de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad.

Bibliografía

1. Contraception during the perimenopause. Maureen K. Baldwin, Jeff rey T. Jensen. Maturitas 76 (2013)235–242.
2. Contraception in women over 40 years of age. Rebecca H. Allen MD MPH, Carrie A. Cwiak MD MPH, Andrew M. Kaunitz MD. CMAJ 2013. DOI:10.1503/cmaj.121280.
3. Contraception for Women Aged Over 40 Years Clinical Effectiveness Unit July 2010. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
4. Fifth edition, 2015. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use. WHO family planning corner stone

Terapia Hormonal de la Menopausia (THM): objetivos, recomendaciones y esquemas propuestos

La terapia hormonal de la menopausia (THM) como concepto incluye terapias que incluyen estrógenos, progestinas y regímenes combinados, así como el uso de tibolona. Esta constituye hasta el momento el mejor tratamiento para los síntomas hipogonadales que acompañan el climaterio posmenopáusicos, en especial los síntomas vasomotores y la atrofia genitourinaria. También la THM produce mejoría en otros síntomas como dolores articulares y musculares, fluctuaciones del estado de ánimo, alteraciones del sueño, sexualidad y la libido entre otras. Junto a otras estrategias de salud, educación y estrategias de prevención de algunas enfermedades crónicas, la THM contribuye a mejorar la calidad de vida de nuestras mujeres.

La indicación de THM debe ser individualizada según los síntomas y los antecedentes tanto personales como familiares de la paciente.

Los riesgos y beneficios de la THM varían entre mujeres que están en la transición menopáusica y la post menopausia. Una adecuada asesoría por parte del prescriptor es fundamental al momento de decidir la mejor opción terapéutica.

Las mujeres con menopausia antes de los 45 años, especialmente si esta se presenta antes de los 40 años sea por causa espontánea o iatrogénica presenta mayor riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria, osteoporosis, alteraciones afectivas y demencia por lo que el uso de THM debe recomendarse.

Las OT de climaterio son muy claras al señalar que la THM debe ser ofrecida a toda menopáusica precoz o temprana, independientemente de que haya síntomas, con el objetivo de prevenir enfermedades crónicas. A falta de mejor evidencia, los conocimientos actuales provenientes del estudio ELITE indican que no ofrecer THM a mujeres con menos de 6 años desde la menopausia sería un acto de privación de la beneficencia de la THM por omisión de prescripción. El universo de mujeres con SCORE CV (Ex-Framingham) sobre 7,5% a 10 años es muy pequeño en menores de 60 años, grupo en que no se requiere mayores justificaciones para iniciar una THM, por ejemplo como prevención primaria de osteoporosis, aunque no haya síntomas.

Recomendaciones OTMINSAL- SOCHEG

Es importante destacar que el programa del MINSAL de manejo del climaterio para el decenio, recomienda ofrecer THM especialmente a las mujeres entre 45 y 64 años que registren 15 o más puntos en la Escala MRS, o sea, que su calidad de vida esté claramente y notablemente afectada.

Ello se explica porque si está muy afectada la calidad de vida, se verá con mayor claridad si hubo o no eficacia de la THM.

DECISIÓN	PUNTAJE	DOMINIOS AFECTADOS
THM muy necesaria	15	MRS total
THM adecuada	8	MRS total
	8	Dominio somático aislado
	8	Dominio psicológico aislado
	8	Dominio urogenital aislado

Los puntajes MRS en que se considera adecuado usar TRH están detallados en la gráfica permitiendo en cada caso decidir si se instala el tratamiento. Toda THM debe iniciarse en ausencia de contraindicación, en “la ventana” de oportunidad ideal, o sea, cuando todavía no haya daño vascular.

TRH en pacientes con útero debe incluir un progestágeno o progestina

Edades de inicio THM



En mujeres menores de 60 años o con menos de 10 años de menopausia, sin enfermedad cardiovascular, el uso de estrógenos solos disminuye enfermedad coronaria y mortalidad por todas las causas. [A]Un reciente análisis de Cochrane demostró disminución en todas las causas de mortalidad cumpliendo los criterios ya mencionados.

La THM incluye diversos tipos de hormonas, dosis y vías de administración que potencialmente determinan diferentes riesgos y beneficios. Los tipos de fármacos disponibles en el nivel primario de atención y en farmacias se muestran en el cuadro siguiente:

Tipos de THM utilizadas en el primer nivel de atención



Obesa (IMC 30)
Hipertensión (tratada)
Diabetes Mellitus
Hipertrigliceridemia

Las OT de Manejo del Climaterio del MINSAL recomiendan preferentemente el estradiol y la progesterona micronizada (PM) o progestinas derivadas de progesterona. El acetato de medroxiprogesterona (AMP) sólo un máximo de 5 años y en ese caso después cambiar a PM.

La dosificación usada de acuerdo a la mayoría de las recomendaciones de diferentes sociedades científicas debe basarse en la menor dosis efectiva para tratarlos síntomas del hipoestrogenismo o que alteren la calidad de vida. No hay evidencia sustantiva que dosis menores en relación a riesgos cardiovasculares, cáncer y su impacto a nivel cardiovascular.

Actualmente y las OT de Climaterio del MINSAL orientan al uso de dosis hormonales bajas que son aproximadamente la mitad de las dosis estándar clásicas.

Dosis oral de estrógeno en THM



La evidencia ha demostrado que en el uso periódico de progestina, bastan 10 días para lograr efecto protector del cáncer de endometrio.

Por lo observado en el estudio WHI, se acepta usar AMP un máximo de 5 años; esto debido a que a veces es la única progestina disponible en APS; mientras se disponga de progestinas más recomendables para el largo plazo, tales como progesterona micronizada.

Dosis recomendadas de progestinas para protección endometrial

Alternativas de oposición con progestina para mujeres que reciben solamente estrógeno o requieren control del endometrio por insuficiencia lútea

Tipo de Progestina	Esquema continuo o permanente	Esquema discontinuo o periódico
Progesterona micronizada	100 mg/d (preferentemente en la noche), oral o vaginal	Ciclos de 200 mg/d x 10 - 14 d (en la noche), oral o vaginal
Didrogestrona	5 mg/d, oral	Ciclos de 10-20 mg/d x 10-14 d. oral
Nomegestrol	2,5 mg/d, oral	Ciclos de 5 mg/d x 10-14 d. oral
Desogestrel	0,75 mg/d, oral	Ciclos de 0,75 mg/d x 10-12 d. oral
Dienogest	2 mg/d, oral	Ciclos de 2 a 3 mg/d x 10-12 d. oral
Medroxiprogesterona acetato (MPA)	2,5 mg/d, con tope de 5 años	Ciclos de 5-10 mg/d x 10-14 d/ciclo

En la tabla se presentan las progestinas disponibles en el mercado chileno y las dosis sugeridas cuando se usan en esquema continuo o discontinuo.

La siguiente tabla resume las recomendaciones que el MINSAL y SOCHEG considera pueden iniciar y continuar una THM en el nivel primario de atención de salud y no requiere manejo o derivación a especialista:

Pueden ser tratadas con THM en APS

- | | | | |
|----------|--|-----------|--------------------------------------|
| 1 | Hipertensión y diabetes compensada y sin daño de parénquimas | 6 | IMC hasta 40 sin comorbilidad |
| 2 | Várico-flebitis o cirugía vascular periférica previa | 7 | Flujo rojo anormal en perimenopausia |
| 3 | Solo 1 trombosis venosa superficial | 8 | Osteopenia u osteoporosis |
| 4 | Miomas sintomáticos | 9 | Epilepsia no actual |
| 5 | ≤ de 3 puntos en ATP-III | 10 | Trastornos de ansiedad o depresión |

Bibliografía:

1. OT climaterio MINSAL 2014.
2. Recomendaciones 2016 Sociedad Internacional de la Menopausia.
3. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288(3):321-33.
4. Methods and baseline cardiovascular data from the early versus late intervention trial with estradiol testing the menopausal hormone timing hypothesis. Menopause. 2015Apr;22(4):391-401.

Contraindicaciones a las terapias hormonales de la menopausia (THM)



► Dr. Sergio Brantes G.

De una larga lista de antiguas contraindicaciones de terapia hormonal de la menopausia, la experiencia ha permitido decantar una lista corta de contraindicaciones absolutas y una serie de contraindicaciones relativas.

Son contraindicaciones absolutas el sangrado inexplicable, el cáncer de endometrio activo, el cáncer de mama presente o pasado, el tromboembolismo pulmonar y la hepatopatía aguda. El sangrado genital anómalo debería seguir su protocolo de estudio antes de intentar una THM. Si se detecta cáncer de endometrio, persiste la restricción de uso de THM hasta que se tenga controlada la enfermedad. Posterior a eso, una THM que contenga progestinas permanente puede tener ventajas específicas en ese caso particular.

Tener o haber tenido cáncer de mama es contraindicación formal. Pese a que la lógica sugiere que la restricción podría estar limitada solamente a cánceres hormono dependientes, no hay evidencia que brinde respaldo a la THM cuando los estudios de receptores hormonales en cáncer de mama han sido negativos, por lo tanto se contraindica en todos los casos con antecedente de cáncer de mama.

Los estrógenos por vía oral se asocian a un riesgo relativo más alto de trombosis venosas profundas (TVP) y con menos frecuencia con embolia pulmonar (EP). El riesgo de TVP y EP se asocian mucho menos con las THM con estrógenos transdérmicos, no obstante, ante la sospecha de TVP o embolia pulmonar se debería determinar dímero D en sangre y si supera 500 ng/mL abstenerse de iniciar una THM, suspenderla si está en curso y proceder con urgencia de acuerdo a los protocolos para confirmación diagnóstica en casos con disnea de aparición reciente o edema de extremidades sospechoso de TVP. El mero antecedente de tromboembolismo es una contraindicación relativa, debido a que la mayoría de estos se relaciona con causas circunstanciales, por ejemplo inmovilizaciones por causas ortopédicas y no con causas permanentes como las trombofilias. Superado el incidente se podría indicar o reiniciar THM, preferentemente transdérmica.

En el caso del lupus eritematoso sistémico, el riesgo vascular es más arterial que venoso y se asocia a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. El riesgo CV, especialmente en arterias cerebrales es mayor en terapias orales, efecto atribuido al anabolismo en factores de la coagulación y fibrinólisis por paso hepático, en muchos casos sin dichos anticuerpos se puede usar THM con seguridad, mejor aún si es transdérmica. En el caso de la porfiria aguda intermitente, las THM orales deben ser evitadas por sus efectos indirectamente neurotóxicos pero queda la opción de usar THM de dosis bajas por vía transdérmica de acuerdo a la severidad de los síntomas.

Las hepatopatías agudas o colestasias que pueden empeorar por progestágenos son contraindicación absoluta de THM pero no así las hepatopatías crónicas. Por ejemplo el pronóstico de hepatitis C y de la cirrosis biliar primaria pueden mejorar considerablemente con THM transdérmicas.

No hay estudios de buena calidad que permitan controlar el riesgo de trombosis a través de la supresión de terapias orales o su reemplazo por terapias transdérmicas en casos de personas que se van a operar de forma electiva. En la balanza habría que considerar el beneficio de la buena cicatrización y resistencia tisular propia de los estados eugonadales o de las THM bien llevadas con los riesgos de trombosis que se asocian a tratamientos hormonales orales. Dado que la praxis aconseja el uso de profilaxis con heparinoides o equivalentes en posoperatorios, ya no es posible efectuar estudios que puedan conducir a una mejor evidencia para elaborar una recomendación más precisa. Es muy dudoso que la supresión de una THM dos semanas antes de una cirugía pueda tener verdadero efecto en los riesgos cuando muchos de los factores circulantes involucrados tienen vida media más larga que ese plazo y se usará profilaxis con heparinoides o equivalentes en la mayoría de los casos.

Para enfrentar el tema de las contraindicaciones relativas o la elección de THM individualizada por consideraciones especiales en ciertos casos, las OT de Climaterio del Minsal contienen una sumatoria de situaciones clínicas comunes que permiten definir niveles de complejidad para decidir una THM y de esa manera evitar la sobrecarga con interconsultas a niveles más expertos.

Recomendación:

Tratar en el nivel primario

- Hipertensión arterial compensada y sin daño de parénquima. Preferir THM con estrógenos transdérmicos (THM-ETD) o fórmulas con drospirenona o progesterona micronizada. Considerar efecto sumatorio de normo-hiperkalemia si se usa conjuntamente drospirenona con ARA-II o IECA.
- Diabetes compensada y sin daño de parénquima.
- Varicoflebitis o antecedente de cirugía vascular venosa superficial. Recomendable advertir que TH puede aumentar ditatación venosa pero reduce úlceras varicosas. Insistiren medidas contra la fleboestasia.
- Antecedente de sólo una trombosis venosa superficial. Preferir THM-ETD.
- Mioma uterino asintomático.
- Riesgo cardiovascular moderado o síndrome metabólico ATP-III <3 puntos. En casos de hipertrigliceridemia preferir estrógenos transdérmicos o tibolona.
- Obesidad con IMC menor de 40 sin comorbilidad.
- Alteración de flujo rojo en perimenopáusia. Aplicar recomendaciones para evaluar sangrado anómalo (SUA). Aplicar PALM-COEIN.
- Osteopenia u osteoporosis sin contraindicación de THM.
- Antecedente de epilepsia sin tratamiento actual.
- Trastornos de ansiedad.
- Depresión. Recomendación expresa de iniciar THM si no hay contraindicación.
- Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas.

Referir al nivel secundario o a opinión más experta por contraindicaciones:

- Antecedente personal de tumor o cáncer estrógeno-dependiente o progesterona-dependiente (mama, endometrio, melanoma, colon, cáncer de ovario de células claras, cáncer hepático, meningioma; el melanoma ya no está en la lista).
- Patología de mama, hasta descartar cáncer.

Referir para manejo específico de la patología, no por contraindicación de THM:

- Diabetes o hipertensión arterial descompensada con meta A1C o normotensiva no cumplidas y/o microalbuminuria ≥ 30 mg/ g Cr o creatinemia mayor de 1,4 mg/dL (daño de parénquima), para manejo integral y consideración de interacciones farmacológicas.
- Riesgo cardiovascular ATP-III > 3 . El objetivo es descartar macro-angiopatías y discriminar entre opciones de THM.
- Riesgo alto de enfermedad tromboembólica. Antecedente personal de más de una trombosis venosa profunda o familiar de trombofilias diagnosticadas.
- SUA por exceso que persiste después de tratamiento inicial.
- Mioma sintomático o > 8 cm, para tratamiento específico.
- Epilepsia en tratamiento.
- Mesenquimopatías, por riesgos asociados a la patología e interacciones farmacológicas.
- Prolapso genital sintomático.
- Incontinencia de orina o urgencia miccional que falla a tratamiento inicial.
- Patología cervical, para diagnóstico y manejo específico.
- Depresión grave con síntomas psicóticos, alto riesgo suicida o refractariedad. Para elección de THM según interacciones farmacológicas y vigilancia.

Novedades terapéuticas hormonales y otras en el climaterio

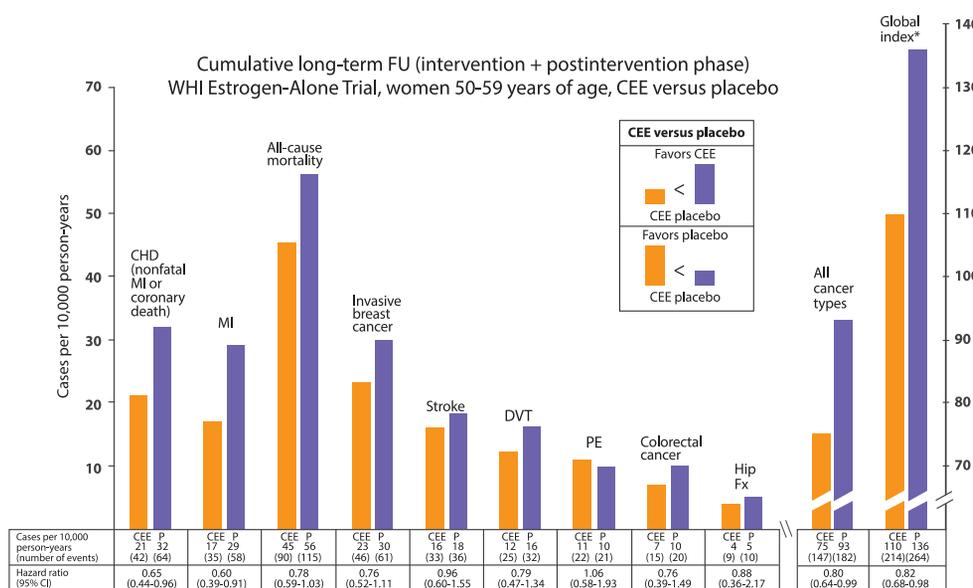
Los estrógenos y las THM están entre los fármacos más estudiados en la historia en su seguridad. La novedad principal que la acumulación de evidencias en seguridad y en beneficios a corto plazo en calidad de vida y largo plazo en reducción de morbimortalidad es tal, que en muchos casos la omisión de una THM sin causa justificada puede estar cayendo en conflicto con los paradigmas éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Con terapias hormonales en base a estrógenos orales, la evidencia demuestra que aunque sin reducir una importante suma de beneficios para la mayoría de las mujeres, cuando se inicia después de los 60 años, coincidiendo con la edad en que la mujer ya hipogonádica a causa de su menopausia no sustituida, ha venido desarrollando disfunción endotelial y ateromatosis en vasos arteriales, comienza a haber riesgos cardiovasculares.

La intervención con estrógenos altera la dinámica de la placa ateromatosa y se puede presentar la paradoja de favorecer el desprendimiento de alguna placa de ateroma inestable desprendiendo y precipitando infartos a pesar de estar ocurriendo una mejora general en el árbol vascular arterial. Esta parece ser la base de plausibilidad del concepto de "ventana de oportunidad" terapéutica de la THM; según el cual, el mejor momento para iniciarla es justo en coincidencia con la menopausia o hasta 10 años después.

En la década no ha surgido nueva evidencia que contradiga este concepto; se ha acumulado evidencia que lo consolida. La principal pieza de evidencia clase A proviene del estudio ELITE, prospectivo aleatorizado, doble ciego contra placebo, en el cual se observa que iniciar una terapia con estrógenos transdérmicos hasta los 60 años de edad, no aumenta el riesgo de infartos ni deteriora los marcadores putativos de daño vascular, en cambio, el inicio de una terapia hormonal antes de cumplir 6 años desde el momento de la menopausia, reduce en 20% el deterioro de marcadores vasculares asociados a infarto futuro, independientemente de la presencia de síntomas climatéricos. Esta información pone al médico en un nuevo dilema ético con respecto a la omisión de THM en mujeres asintomáticas. La omisión objetivamente aumenta los riesgos cardiovasculares.

La evidencia previa del estudio WHI en su brazo sin medroxiprogesterona había venido mostrando consistentemente una reducción del riesgo cardiovascular en el mismo grupo de edad. Los estudios longitudinales de grandes series europeas han mostrado beneficio en un rango de edad un poco más amplio (evidencia B). En un informe que consolida todos los informes WHI, se aprecia reducción de mortalidad por todas las causas en usuarias de estrógenos conjugados orales, en seguimientos de más de 10 años.



Resultados acumulativos a largo plazo del brazo estrógenos conjugados solos versus placebo, fase de intervención + posintervención, estudio WHI

Figura:
Reproducida de (4). Resultados en mujeres de 50-59 años de edad al ingreso del brazo estrógenos equinos conjugados (CEE) vs placebo en el estudio WHI, acumulativos a 13 años de seguimiento. Índice global = primer evento para cada participante de: enfermedad coronaria (infarto fatal o no fatal), apoplejía, embolia pulmonar, cáncer de mama, cáncer colorrectal, fractura de cadera, o la muerte debido a otras causas. (CEE: estrógenos equinos conjugados; CHD: enfermedad coronaria; DVT: trombosis venosa profunda; Fx: fractura; MI: infarto de miocardio; PE: embolia pulmonar). Fuente de los resultados (3).

En relación con pronóstico de sobrevivencia de mujeres a quienes se detectó cáncer de mama con THM previa o estando con THM, el estudio MaRIEplus aportó nueva evidencia de significativa menor mortalidad comparadas con nunca usuarias. (Hazard ratio (HR) 0.72, 95% CI 0.53-0.97). El riesgo relativo de recurrencia fue 39% menor (HR 0.61, 95% CI 0.46-0.82). La reducción de riesgo relativo de mortalidad se confirmó en tumores de bajo grado (HR 0.44, 95% CI 0.28-0.70; $p = 0.01$), no se modificó por el estatus de receptores de estrógenos o de adenopatías, disminuyó con la duración de THM en usuarias actuales y aumentó en las que fueron usuarias en el pasado pero ya no al momento del diagnóstico de cáncer ($p = 0.015$).

La mortalidad en usuarias actuales de TRH por otras causas diferentes del cáncer de mama disminuyó HR 0.51, 95% CI 0.32-0.81 y también fue menor el riesgo relativo de mortalidad general (HR 0.66, 95% CI 0.52-0.86).

En relación con nuevas terapias la novedad es la próxima aparición en el país de una fórmula de administración oral diaria compuesta por 0,45 mg de estrógenos conjugados y 20 mg de bazedoxifeno. Sus perfiles de seguridad son semejantes a las terapias con estrógenos solo en dosis baja pero no requieren agregar progestina para protección endometrial. La combinación de ambos evita la inestabilidad vasomotora (bochornos) que se observó con bazedoxifeno solo. No se dispone de datos en el uso de esta fórmula en mujeres mayores de 65 años.

- Bibliografía**
1. Budoff MJ, Young R, Lopez VA, et al. Progression of coronary calcium and incident coronary heart disease events: MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). *J Am Coll Cardiol* 2013;61:1231-1239. Article
 2. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, et al. ELITE Research Group. Vascular effects of early versus late postmenopausal treatment with estradiol. *N Engl J Med* 2016;374:1221-1231. Abstract
 3. Manson JE, Kaunitz AM. Menopause management—getting clinical care back on track. *N Engl J Med* 2016;374:803-806. Abstract
 4. Roehm EA. Reappraisal of Women's Health Initiative Estrogen-Only Trial: Long-Term Outcomes in Women 50-59 Years of Age. *Obstet Gynecol Int*. 2015;2015:713295.
 5. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*. 2013 Oct 2;310(13):1353-68
 6. Obi N, Heinz J, Seibold P, Vrieling A, Rudolph A, Chang-Claude J, Berger J, Flesch-Janys D. Relationship between menopausal hormone therapy and mortality after breast cancer: The MARIEplus study, a prospective case cohort. *Int J Cancer*. 2016 May 1;138(9):2098-108.

Estilo de Vida Saludable.



► Dr. Marcela Lopez P.

Hoy en día las mujeres gastan más de un tercio de sus vidas después de la menopausia.

Después de la sexta década de la vida, muchas enfermedades crónicas comienzan a emerger, todo lo cual afectaría la calidad como la cantidad de vida de la mujer. Por ello es que el comienzo de la menopausia es una excelente oportunidad para promover estrategias de prevención de estas enfermedades crónicas como la obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, osteoporosis y osteoartritis, disminución de capacidad cognitiva, demencia, depresión y cánceres. Evidencias basadas en prevención para estas enfermedades incluye lo que llamamos: "estilo de vida saludable" que incluye cese del consumo de tabaco, disminución en el consumo de alcohol, dieta sana, actividades físicas moderadas y también actividades mentalmente estimulantes.

Existe mucha evidencia de que un estilo de vida saludable está asociada con disminución del riesgo cardiovascular (aún en ausencia de antecedentes de enfermedad coronaria, hipertensión arterial y diabetes) y más recientemente, con disminución en el riesgo de padecer distintos tipos de cáncer, como también ayudar a reducir la sintomatología vasomotora de la menopausia.

Recomendaciones:

1. Dieta sana

El fomento de buenos hábitos dietéticos incluye comida fraccionada y variada, con suficiente cantidad de proteínas, verduras, frutas, fibras, aceites insaturados y cantidades moderadas de hidratos de carbono.

Reducción del consumo de sodio, azúcares simples, de grasas totales y grasas saturadas, incremento en el consumo de frutas, vegetales y fibra. Suplementación con vitamina D y calcio, se recomienda una dosis mínima de 1200 mg de calcio y superar el aporte de 800 UI de vitamina D al día.

De modo con ello alcanzar y mantener un peso saludable a través de la vida. Un alto IMC está asociado con mayor riesgo cardiovascular en forma independiente tanto como, por el mayor riesgo que conlleva a través del aumento de la presión arterial, resistencia insulínica y niveles elevados de colesterol.

Por su contraparte la tendencia al bajo peso se asocia a mayor riesgo de osteoporosis por disminución de la densidad mineral ósea. Debe recomendarse una alimentación con efectos favorables sobre lípidos, insulinoresistencia, síndrome metabólico, capacidad antioxidante, mortalidad cardiovascular e incidencia de cáncer.

2. Actividad física

La actividad física regular promueve la pérdida de peso y la redistribución corporal, disminuyendo la masa adiposa, especialmente cuando se asocia a dieta saludable. La actividad física disminuye la mortalidad asociada a riesgo de enfermedad coronaria y diabetes.

Es recomendable la actividad física regular para mantener el sistema músculo esquelético, el equilibrio, la coordinación motora.

El ejercicio se ha asociado también a menores tasas de cánceres. Algunos autores también describen disminución de síntomas climatéricos atribuibles al ejercicio.

Debe recomendarse actividad física aeróbica de moderada intensidad tales como caminata, baile, trote, con una frecuencia de 3 veces por semana, 40 a 60 minutos por día.

3. Cese del consumo de tabaco

El tabaquismo aumenta el riesgo de eventos coronarios y accidentes vasculares trombóticos, así como de diferentes tipos de cánceres, enfermedades crónicas pulmonares y osteoporosis. Las mujeres fumadoras igualan los riesgos cardiovasculares de los hombres.

Varios estudios sobre cese del consumo de tabaco muestran múltiples beneficios, incluyendo reducción de mortalidad de 36%.

Debe recomendarse el cese total de consumo de tabaco.

4. Disminución del consumo de alcohol

El exceso de consumo de alcohol está asociado con enfermedades hepáticas, daño cerebral y trastornos psiquiátricos.

Está descrito además que el consumo excesivo de alcohol en mujeres es tóxico para el hueso, por tanto como es necesario preservar la masa ósea después de la menopausia, debe ser evitado. También se ha asociado con mayor riesgo para diferentes tipos de cánceres como mama, colorrectal, pulmón y endometrio.

Debe recomendarse una reducción del consumo de alcohol a <15 gramos/ día.

5. Actividades mentalmente estimulantes

Existe evidencia consistente que mujeres más inteligentes, con mayor nivel educacional y trabajos con mayor demanda cognitiva son de menor riesgo para enfermedad de Alzheimer. Actividades mentalmente estimulantes de ocio y compromiso social, también reducen riesgo, presumiblemente a través de mecanismos similares. No hay evidencia que soporte alguna actividad mental particular sobre otra. Debe recomendarse actividades libremente elegidas, que respondan a verdaderos intereses de la mujer, que sean regulares y sistemáticas y que su realización produzca agrado.

- Bibliografía**
1. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la Red de Salud, MINSAL 2014
 2. Recomendaciones 2016 de la IMS sobre salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopausia. R. Baber et al. *Climateric* 2016;19:109-50
 3. R. A. Lobo et al. Prevention of diseases after menopause. *Climateric* 2014;17:540-556
 4. Sue Kim et al. Role of social determinants and lifestyle on women's metabolic risk during the perimenopausal transition: results from a cohort study. *Menopause*, Vol 23, Nº 4, pp 403-409, 2016
 5. René Rizzoli et al. Nutrition and bone health in women after the menopause. *Women's Health* (2014)10(6), 599-608
 6. Debra Anderson et al. Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas* 81(2015):69-75
 7. Claudio Soares et al. Menopausal transition, mood and cognition: an integrated view to close the gaps. *Menopause* vol17, Nº4, pp 812-814, 2010
 8. Fiona McKenzie et al. Healthy lifestyle and risk of breast cancer among postmenopausal women in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort study. *Int J Cancer* 00,00-00(2014)
 9. Golareh Agha et al. Healthy lifestyle and risk of heart failure in the women's health initiative observational study. *J Am Coll Cardiol*. 2014 October 28;64(17):1777-1785
 10. Liping Wu et al. Effects of lifestyle intervention improve cardiovascular disease risk factors in community-based menopausal transition and early postmenopausal women in China. *Menopause*, Vol 21, Nº 12, pp 1263-1268
 11. Larry Tucker et al. Is the dose-response relationship between body mass and hip bone mineral density in women influenced by diet, physical activity, or menopause? *Am J Health Promotion*, May/June 2014, Vol 28, Nº 5
 12. Managing Menopause, SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(9):830-833
 13. Ronit Haimov-Kochman et al. Regular exercise is the most significant lifestyle parameter associated with the severity of climacteric symptoms: a cross sectional study. *Eu J Obstet & Gynecol Reprod Biology* 170(2013) 229-234

La Escala MRS VALIDADA EN CHILE (Menopause Rate Scale).

		¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada línea					
		PUNTOS	No siente molestia	Siente molestia leve	Siente molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
			0	1	2	3	4
Dominio somático máx. 16 puntos.	1) Bochornos, sudoración, calores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3) Molestias musculares y articulares (dolores de hueso y articulaciones, dolores reumáticos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4) Dificultades en el sueño (Insomnio, duerme poco)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominio psicológico máx. 16 puntos.	5) Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	6) Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	7) Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	8) Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominio urogenital máx. 16 puntos.	9) Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	10) Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	11) Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje MRS:máx. 44 puntos. Rev chil obstet ginecol 2006; 71(6):402-409

FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE LA ESCALA MRS.

Edad: _____ años RUN/RUT: _____ Control fecha: _____

Fecha de última menstruación (regla) <input type="text"/>	Durante el último año la menstruación me llega: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Una vez todos los meses <input type="radio"/> Varias veces en un mes <input type="radio"/> No me llega todos los meses <input type="radio"/> Sangro durante todo el mes 	El sangrado de mi menstruación es: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Igual que siempre <input type="radio"/> Diferente <input type="radio"/> Poco <input type="radio"/> Abundante <input type="radio"/> Con coágulos
1) Uso pastillas anticonceptivas	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
2) Uso otras hormonas	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
3) Estoy operada para no tener mas hijos	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
4) Tengo útero	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
5) Tengo ovarios (al menos uno)	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
6) Tengo pareja	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
7) Tengo actividad sexual	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
8) Uso antidepressivos o remedios para dormir	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
9) Uso remedios para la diabetes	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
10) Uso remedios para la presión arterial	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
11) Estoy en control en otros programas de mi consultorio:	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe o no responde	
¿En cuál/cuáles?	<input type="text"/>	

Examen de Medicina Preventiva del Adulto Modificado (EMPAModificado).

Fecha:		Telefono:		Rut:	
Nombre usuaria:					
Fecha de Nacimiento:			Edad:		
Dirección:			Comuna:		
Previsión: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Otro					
Fecha de vigencia (fecha en que tiene que ser actualizado)					
Estado del EMPA: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Falta:					
HÁBITOS	Beber problema	¿Consume bebidas alcohólicas?		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
	Tabaquismo	¿Fuma?		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
	Sedentarismo	¿Realiza ejercicio?		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
	¿Se ha sentido cansada o decaída, casi todos los días?		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
	¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista, casi todos los días?		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
	¿Sienta que ya no disfruta o ha perdido el interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables?		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
	¿Duran los síntomas más de dos semanas?		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Peso	Talla	IMC	Circunferencia de cintura	Talla máx registrada	Pérdida de estatura
<input type="checkbox"/> Eutrófica		<input type="checkbox"/> Sobrepeso		<input type="checkbox"/> Obesidad	
				<input type="checkbox"/> Obesidad móbida	
Presión arterial sistólica actual		¿ Es \geq 130 mm Hg?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presión arterial diastólica actual		¿ Es \geq 85 mm Hg?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Colesterol total mg/dL actual		¿ Es \geq 200 mm Hg?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Colesterol HDL mg/dL actual		¿ Es \leq 50 mg/dL?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Triglicéridos mg/dL actual		¿ Es \geq 150 mg/dL?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Glicemia mg/dL actual		¿Está entre 100 y 126 mg/dL? ¿Es \geq 126 mg/dL?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Riesgo cardiovascular según ATP-III (*):			<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Diabetes		
Enfermedades Transmisibles		Ha tenido tos productiva por más de 15 días <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (programa tuberculosis)			
		Requiere otro VDRL o RPR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Requiere VIH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Prevención de cáncer cérvicouterino		Fecha último PAP Vigencia hasta tres años		<input type="checkbox"/> Muestra satisfactoria <input type="checkbox"/> ¿Requiere repetirlo?	
		<input type="checkbox"/> Negativo para neoplasia <input type="checkbox"/> Inflamatorio <input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> Atrófico			
Prevención de cáncer de mama		Mamografía: Fecha		BI-RADS Vigencia (con THR 1 año, sin THR 2 años)	
		Ecotomografía mamaria en Mx BI-RADS 0, 3 o 4, Fecha :			
Observaciones:					
Plan					

(*): ATP-III: consignar puntaje, 1 punto por cada factor presente

(#): Referir como depresión mayor si presenta duración > 2 semanas + cualquier otro síntoma emocional.

En relación con nuevas terapias la novedad es la próxima aparición en el país de una fórmula de administración oral diaria compuesta por 0,45 mg de estrógenos conjugados y 20 mg de bazedoxifeno. Sus perfiles de seguridad son semejantes a las terapias con estrógenos solo en dosis baja pero no requieren agregar progestina para protección endometrial. La combinación de ambos evita la inestabilidad vasomotora (bochornos) que se observó con bazedoxifeno solo. No se dispone de datos en el uso de esta fórmula en mujeres mayores de 65 años.

Bibliografía
1. Budoff MJ, Young R, Lopez VA, et al. Progression of coronary calcium and incident coronary heart disease events: MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). *J Am Coll Cardiol* 2013;61:1231-1239. Article
2. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, et al. ELITE Research Group. Vascular effects of early versus late postmenopausal treatment with estradiol. *N Engl J Med* 2016;374:1221-1231. Abstract
3. Manson JE, Kaunitz AM. Menopause management—getting clinical care back on track. *N Engl J Med* 2016;374:803-806. Abstract
4. Roehm EA. Reappraisal of Women's Health Initiative Estrogen-Only Trial: Long-Term Outcomes in Women 50-59 Years of Age. *Obstet Gynecol Int*. 2015;2015:713295.
5. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*. 2013 Oct 2;310(13):1353-68
6. Obi N, Heinz J, Seibold P, Vrieling A, Rudolph A, Chang-Claude J, Berger J, Flesch-Janys D. Relationship between menopausal hormone therapy and mortality after breast cancer: The MARIEplus study, a prospective case cohort. *Int J Cancer*. 2016 May 1;138(9):2098-108.

Estilo de Vida Saludable.



► Dr. Marcela Lopez P.

Hoy en día las mujeres gastan más de un tercio de sus vidas después de la menopausia.

Después de la sexta década de la vida, muchas enfermedades crónicas comienzan a emerger, todo lo cual afectaría la calidad como la cantidad de vida de la mujer. Por ello es que el comienzo de la menopausia es una excelente oportunidad para promover estrategias de prevención de estas enfermedades crónicas como la obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, osteoporosis y osteoartritis, disminución de capacidad cognitiva, demencia, depresión y cánceres. Evidencias basadas en prevención para estas enfermedades incluye lo que llamamos: "estilo de vida saludable" que incluye cese del consumo de tabaco, disminución en el consumo de alcohol, dieta sana, actividades físicas moderadas y también actividades mentalmente estimulantes.

Existe mucha evidencia de que un estilo de vida saludable está asociada con disminución del riesgo cardiovascular (aún en ausencia de antecedentes de enfermedad coronaria, hipertensión arterial y diabetes) y más recientemente, con disminución en el riesgo de padecer distintos tipos de cáncer, como también ayudar a reducir la sintomatología vasomotora de la menopausia.

Recomendaciones:

1. Dieta sana

El fomento de buenos hábitos dietéticos incluye comida fraccionada y variada, con suficiente cantidad de proteínas, verduras, frutas, fibras, aceites insaturados y cantidades moderadas de hidratos de carbono.

Reducción del consumo de sodio, azúcares simples, de grasas totales y grasas saturadas, incremento en el consumo de frutas, vegetales y fibra. Suplementación con vitamina D y calcio, se recomienda una dosis mínima de 1200 mg de calcio y superar el aporte de 800 UI de vitamina D al día.

De modo con ello alcanzar y mantener un peso saludable a través de la vida. Un alto IMC está asociado con mayor riesgo cardiovascular en forma independiente tanto como, por el mayor riesgo que conlleva a través del aumento de la presión arterial, resistencia insulínica y niveles elevados de colesterol.

Por su contraparte la tendencia al bajo peso se asocia a mayor riesgo de osteoporosis por disminución de la densidad mineral ósea. Debe recomendarse una alimentación con efectos favorables sobre lípidos, insulinoresistencia, síndrome metabólico, capacidad antioxidante, mortalidad cardiovascular e incidencia de cáncer.

2. Actividad física

La actividad física regular promueve la pérdida de peso y la redistribución corporal, disminuyendo la masa adiposa, especialmente cuando se asocia a dieta saludable. La actividad física disminuye la mortalidad asociada a riesgo de enfermedad coronaria y diabetes.

Es recomendable la actividad física regular para mantener el sistema músculo esquelético, el equilibrio, la coordinación motora.

El ejercicio se ha asociado también a menores tasas de cánceres. Algunos autores también describen disminución de síntomas climatéricos atribuibles al ejercicio.

Debe recomendarse actividad física aeróbica de moderada intensidad tales como caminata, baile, trote, con una frecuencia de 3 veces por semana, 40 a 60 minutos por día.

3. Cese del consumo de tabaco

El tabaquismo aumenta el riesgo de eventos coronarios y accidentes vasculares trombóticos, así como de diferentes tipos de cánceres, enfermedades crónicas pulmonares y osteoporosis. Las mujeres fumadoras igualan los riesgos cardiovasculares de los hombres.

Varios estudios sobre cese del consumo de tabaco muestran múltiples beneficios, incluyendo reducción de mortalidad de 36%.

Debe recomendarse el cese total de consumo de tabaco.

4. Disminución del consumo de alcohol

El exceso de consumo de alcohol está asociado con enfermedades hepáticas, daño cerebral y trastornos psiquiátricos.

Está descrito además que el consumo excesivo de alcohol en mujeres es tóxico para el hueso, por tanto como es necesario preservar la masa ósea después de la menopausia, debe ser evitado. También se ha asociado con mayor riesgo para diferentes tipos de cánceres como mama, colorrectal, pulmón y endometrio.

Debe recomendarse una reducción del consumo de alcohol a <15 gramos/ día.

5. Actividades mentalmente estimulantes

Existe evidencia consistente que mujeres más inteligentes, con mayor nivel educacional y trabajos con mayor demanda cognitiva son de menor riesgo para enfermedad de Alzheimer. Actividades mentalmente estimulantes de ocio y compromiso social, también reducen riesgo, presumiblemente a través de mecanismos similares. No hay evidencia que soporte alguna actividad mental particular sobre otra. Debe recomendarse actividades libremente elegidas, que respondan a verdaderos intereses de la mujer, que sean regulares y sistemáticas y que su realización produzca agrado.

Bibliografía
1. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la Red de Salud, MINSAL 2014
2. Recomendaciones 2016 de la IMS sobre salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopausia. R. J. Baber et al. *Climateric* 2016;19:109-50
3. R. A. Lobo et al. Prevention of diseases after menopause. *Climateric* 2014;17:540-556
4. Sue Kim et al. Role of social determinants and lifestyle on women's metabolic risk during the perimenopausal transition: results from a cohort study. *Menopause*, Vol 23, Nº 4, pp 403-409, 2016
5. René Rizzoli et al. Nutrition and bone health in women after the menopause. *Women's Health* (2014)10(6), 599-608
6. Debra Anderson et al. Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas* 81(2015):69-75
7. Claudio Soares et al. Menopausal transition, mood and cognition: an integrated view to close the gaps. *Menopause* vol17, Nº4, pp 812-814, 2010
8. Fiona McKenzie et al. Healthy lifestyle and risk of breast cancer among postmenopausal women in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort study. *Int J Cancer* 00,00-00(2014)
9. Golareh Agha et al. Healthy lifestyle and risk of heart failure in the women's health initiative observational study. *J Am Coll Cardiol*. 2014 October 28;64(17):1777-1785
10. Liping Wu et al. Effects of lifestyle intervention improve cardiovascular disease risk factors in community-based menopausal transition and early postmenopausal women in China. *Menopause*, Vol 21, Nº 12, pp 1263-1268
11. Larry Tucker et al. Is the dose-response relationship between body mass and hip bone mineral density in women influenced by diet, physical activity, or menopause? *Am J Health Promotion*, May/June 2014, Vol 28, Nº 5
12. Managing Menopause, SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(9):830-833
13. Ronit Haimov-Kochman et al. Regular exercise is the most significant lifestyle parameter associated with the severity of climacteric symptoms: a cross sectional study. *Eu J Obstet & Gynecol Reprod Biology* 170(2013) 229-234



Edición nº 1, julio de 2017

www.socheg.org