

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Atención de los Padecimientos Ginecológicos más Frecuentes en la **POSTMENOPAUSIA**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-568-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Atención de los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la postmenopausia.** México: Secretaría de Salud, 2012.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE 10. Cap. XIV. Códigos N00-N99 Enfermedades del aparato genitourinario
(N95) Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos
(N95.0) Hemorragia postmenopáusica
(N95.1) Estados menopáusicos y climatéricos femeninos
(N95.2) Vaginitis atrófica posmenopáusica
(N95.3) Estados asociados con menopausia artificial
(N95.8) Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos especificados
(N95.9) Trastorno menopáusico y perimenopáusico, no especificado
GPC: Atención de los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la postmenopausia

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores :

Dr. Julio García Baltazar	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Área. División de Apoyo a la Gestión. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. México, DF
---------------------------	---------------------------	--------------------------------------	---

Autores :

Dr. Benigno Figueroa Núñez	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador Delegacional de Investigación en Salud. Delegación Regional Michoacán.
Dra. Sonia Cecilia Montes Espinoza	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar adscrita al servicio de Toco-Cirugía de la UMAE HGO No. 3 "La Raza" México, DF.
Dr. Oscar Moreno Álvarez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos. División de Apoyo a la Gestión. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. México, DF.
Dr. Juan Carlos Pérez Barba	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Encargado de la Clínica de Climaterio en la UMAE HGO 344 del CMNO. Guadalajara, Jalisco.
Dr. Claudio Quinzaños Fresnedo	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos. División de Evaluación y Rendición de Cuentas. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. México, DF.
Dr. José Manuel Segura Zavala	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe del Servicio del Departamento de Medicina Materno-Fetal. UMAE HGO No. 344 Guadalajara, Jalisco.

Validación interna:

Dr. Felipe Caldiño Soto	Médico Gineco-obstetra, Biólogo de la Reproducción	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar, adscrito al Departamento de Medicina de la Reproducción de la UMAE HGO No. 4 "Luis Castelazo Ayala" O
Dra. María Inés Yt Castorena	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar Adscrito al Servicio de Tococirugía UMAE HGO No. 4.

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	8
3.1 ANTECEDENTES	8
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	9
3.3 PROPÓSITO.....	10
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	10
3.5 DEFINICIÓN	11
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	12
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA	13
4.2 DIAGNÓSTICO	18
4.3 TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO (THR)	19
4.4 ANÁLISIS COSTO-UTILIDAD DE LA THR.....	25
4.5 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA EN LA POSTMENOPAUSIA.	26
4.5.1 DETECCIÓN OPORTUNA DE NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS.	28
4.5.2 SANGRADO TRANSVAGINAL.....	32
4.5.3 TRASTORNOS UROGENITALES	38
4.5.4 SEXUALIDAD	44
4.5.5 FUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	45
4.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	49
4.7 INCAPACIDAD	50
5. ANEXOS.....	52
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	52
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	54
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	56
5.4 MEDICAMENTOS.....	60
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	61
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	63
7. BIBLIOGRAFÍA.....	67
8. AGRADECIMIENTOS	71
9. COMITÉ ACADÉMICO.	72
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	73
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	74

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo Maestro: IMSS-568-12	
Profesionales de la salud.	Médico Familiar, Gineco Obstetras, Enfermeras Generales.
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: CAPITULO XIV. Código N00-N99 Enfermedades del aparato genitourinario. (N95) Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos. (N95.0 , N95.1, N95.2, N95.3, N95.8 y N95.9)
Categoría de GPC.	Primer, segundo y tercer Nivel de Atención
Usuarios potenciales.	Médicos familiares, Ginecobstetras, endocrinólogos, geriatras, cardiólogos, médicos internistas, enfermería, personal de salud interesado.
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco.	Mujeres en etapa de postmenopausia
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales. 89.26 Examen ginecológico. 89.36 Examen manual de mama. 87.37 Otras mamografías 91.4 Examen microscópico de tracto genital femenino 88.79 Otras ultrasonografías diagnósticas.
Impacto esperado en salud.	Mejorar la atención médica en la mujer postmenopáusica a través de atención preventiva, educación para la salud, detección oportuna de neoplasias malignas.
Metodología ¹ .	Elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Número de fuentes documentales revisadas: <57> Guías seleccionadas: <11> Revisiones sistemáticas: <10> Ensayos controlados aleatorizados: <11> Reporte de casos: <15> Otras fuentes seleccionadas: <10>
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: Instituto Mexicano del Seguro Social
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-568-12

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. En mujeres postmenopáusicas que presentan sangrado transvaginal ¿Qué acciones debe llevar a cabo el personal de salud?
2. En mujeres postmenopáusicas con hemorragia uterina ¿A partir de qué medida del eco medio endometrial se considera como punto de corte para la realización de una biopsia de endometrio?
3. En la mujer postmenopáusica con hemorragia uterina, en quién se descartó patología neoplásica ¿Cuál es el manejo y seguimiento ginecológico?
4. En mujeres postmenopáusicas, ¿cuáles son las manifestaciones clínicas ginecológicas más frecuentes como motivo de consulta?
5. En la paciente mayor de 60 años con sintomatología vasomotora, ¿Cuál es la terapia más adecuada?
6. En pacientes postmenopáusicas, ¿Con qué frecuencia debe realizarse la citología cervicovaginal para la detección oportuna de cáncer cervicouterino?
7. ¿Cuáles son las situaciones que obligan a la suspensión de la terapia hormonal de remplazo en las pacientes postmenopáusicas?
8. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para la detección oportuna del cáncer de mama, ovario y endometrio en la evaluación de la mujer postmenopáusica?
9. ¿Cuál es la terapia hormonal de remplazo más conveniente en la paciente postmenopáusica que la requiere?
10. ¿Cuál es el manejo adecuado de la disminución de la libido en la mujer postmenopáusica?
11. En pacientes postmenopáusicas, ¿Cuánto tiempo se debe otorgar la terapia hormonal de remplazo?
12. ¿Cuál es el protocolo de estudio básico que requiere una paciente para iniciar la terapia de hormonal de remplazo en la paciente postmenopáusica?
13. ¿Cuáles son las contraindicaciones absolutas de la terapia de hormonal de remplazo en la paciente postmenopáusica?
14. ¿Cuáles son las indicaciones para cambiar de terapia sistémica oral a terapia sistémica transdérmica en la paciente postmenopáusica?
15. ¿Cuánto tiempo puede recibir la paciente postmenopáusica terapia hormonal local?

16. ¿Qué evidencia existe en la actualidad de la asociación entre terapia hormonal y cáncer de mama en la paciente postmenopáusica?
17. ¿Cuál es la utilidad de la profilaxis antimicrobiana urinaria en la paciente postmenopáusica?
18. En pacientes postmenopáusicas, ¿está indicada la terapia hormonal remplazo en la prevención y manejo de la incontinencia urinaria?
19. En las pacientes postmenopáusicas la terapia hormonal, ¿es de utilidad en la prevención y manejo de la depresión?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

La menopausia suele asociarse con el momento en el cual el ovario interrumpe la producción de hormonas. El déficit estrogénico es un factor importante, y a veces de riesgo, para el desarrollo de determinados padecimientos cuyas consecuencias se expresan hasta mucho tiempo después, en la postmenopausia.

El abordaje clínico tradicional para este fenómeno caracterizado por el cese en la producción de hormonas por el ovario, se ha realizado con un enfoque dirigido principalmente al periodo conocido como: “climaterio”; los límites de esta etapa son difíciles de definir, aunque de una forma sencilla se puede explicar como la etapa de transición que existe en la vida reproductiva y la no reproductiva de la mujer. **(NAMS, 2010)** Por otro lado, la menopausia corresponde al último periodo menstrual y se determina de forma retrospectiva una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista otra causa obvia, patológica o fisiológica. De esta forma, el climaterio abarca un periodo de tiempo tanto previo como posterior a la menopausia. Bajo este enfoque de manejo, en el periodo conocido como postmenopausia que abarca desde la menopausia hasta la muerte de la mujer, existe un gran grupo de la población que escapa del abordaje habitual y que aún presenta manifestaciones de diversa índole, principalmente ginecológicas y relacionadas con la disminución en la producción de hormonas ováricas. En la postmenopausia es posible identificar dos etapas: la temprana (10 años después de la meopausia) y tardía (diez años de la menopausia hasta la muerte) **(Figura 1)**; ésta división permite advertir al clínico el periodo que tiene como “ventana” (postmenopausia temprana) para iniciar una terapia hormonal de remplazo (THR); iniciar este manejo después de este momento por un lado se asocia con un incremento en el riesgo de presentar diversos padecimientos, entre otros: cáncer de ovario, de endometrio, de mama, así como riesgos cardiovasculares; y por otro lado con una reducción en los QALYs o AVAC es decir, “años ganados ajustados por calidad de vida”. **(Salpeter SR, 2009)**

Debido a los efectos del hipoestrogenismo crónico sobre los llamados órganos blanco (vagina, vejiga, vías urinarias, musculatura pélvica, mama, etc.) durante la postmenopausia, la mujer es especialmente susceptible de sufrir padecimientos de diversa índole, su aparición después de la menopausia sigue un patrón de presentación en el tiempo que se representan gráficamente en la **Figura 2**. La duración de síntomas y signos de carácter ginecológico tras la menopausia se muestran en la **Figura 3**: la sequedad vaginal suele estar presente los primeros 5 años, dispareunia alrededor de 10, disuria y urgencia urinaria en los primeros 15 e infección recurrente de vías urinarias recurrente hasta 20 años después.

De acuerdo con proyecciones de la población en México realizada por el CONAPO en 2006, cada década se incrementará en alrededor del 70% la población de mujeres mayores de 50 años, lo que implica que de acuerdo a estos cálculos, para el año 2050 esta población podría alcanzar un valor cercano a los 27 millones; es decir, la cantidad de mujeres postmenopáusicas respecto a valores del año 2010, sería triplicada. **(Figura 4)** Este cambio en el perfil epidemiológico requiere que los servicios de salud diseñen estrategias que permitan otorgar atención médica acorde con este sector

de la población. En los próximos años, dado que se observará un incremento progresivo en la cantidad de mujeres mayores de 50 años, seremos testigos del incremento en la demanda de atención médica en los diferentes niveles de atención por parte de mujeres que presentan síntomas y signos derivados de la ausencia de estrógenos y que se encuentran en la postmenopausia.

En este grupo de mujeres, la osteoporosis es uno de los problemas con mayor impacto, y debido a la gran cantidad de estrategias existentes para su prevención y tratamiento, existe una Guía de Práctica Clínica dedicada exclusivamente a la revisión de este tema, y por ende no se abordará en la presente guía.

A pesar de que en este momento existe una Guía de Práctica Clínica destinada al Climaterio, no es propósito del presente documento abarcar intervenciones realizadas durante la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva de la mujer. Su principal fundamento es ser un complemento de la Guía antes citada y dedicada exclusivamente a los síntomas y signos más frecuentes que se presentan durante el periodo de la postmenopausia (tanto temprana, como tardía), de carácter ginecológico o no ginecológico, pero derivados de la ausencia de estrógenos.

3.2 JUSTIFICACIÓN

El incremento notable de la esperanza de vida al nacimiento en la población, particularmente de las mujeres, que ocurrió en la última mitad del siglo XX (actualmente en 76 años, según el censo 2010) condicionó que un mayor número de mexicanas alcancen la edad promedio de la menopausia y pasen una importante parte de su vida en la condición postmenopáusica. En las mujeres mexicanas la menopausia ocurre en promedio a los 49 años de edad, siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico, que en ocasiones demandan atención médica. (NOM-035-SSA2-2002)

De acuerdo a estos datos, la postmenopausia duraría una tercera parte de la vida de la mujer, período más largo que el de la vida reproductiva. Naturalmente, este período que conduce hasta la vejez requiere una atención diferente de la que se da al síndrome climatérico propiamente dicho. Según el censo de población del 2010 se calcula que existe una población de mujeres mayores de 45 años de 6'840,275 (11.9% de la población total femenina). Una proyección del 2006 del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2006) estimó que la población de mujeres mayores de 50 años se triplicará para el 2050 con una cantidad de 27'325,441 de mujeres.

El aumento de la esperanza de vida de la población en general y de la mujer en particular, aunado a los avances terapéuticos nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico, caracterizado por la mayor prevalencia de procesos crónicos, que repercuten de forma importante sobre la salud y la calidad de vida. En esta etapa de la vida de la mujer, es importante diferenciar qué síntomas y problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no. Asimismo, es importante conocer qué tratamientos e intervenciones son eficaces y seguros. (Palacios S, 2008; Coutado A, 2004) Estos conceptos obligan al personal de salud a unificar esfuerzos en la prevención y tratamiento de patologías que se presentan en la postmenopausia para ofrecer a la mujer una mejor calidad de vida.

3.3 PROPÓSITO

Identificar los principales motivos por los cuales la mujer en el periodo postmenopáusico acude a solicitar valoración de tipo ginecológica para determinar, basado en la mayor evidencia disponible en la actualidad para cada una de las situaciones identificadas, el mejor manejo médico y no médico existente, ofreciendo un enfoque integral y multidisciplinario en el que intervengan los especialistas de la salud involucrados.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Atención de los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la postmenopausia**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición de todo el personal de salud, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- 1.-Analizar la información vigente en la literatura mundial relacionada con la patología ginecológica, en la etapa de postmenopausia.
- 2.-Recomendar las intervenciones más oportunas a realizar por el personal de salud para la atención ginecológica, en la postmenopausia.
- 3.-Estandarizar los criterios de manejo de las patologías ginecológicas más frecuentes en la postmenopausia.
- 4.-Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención de las mujeres con patologías ginecológicas en la postmenopausias.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.5 DEFINICIÓN

POSTMENOPAUSIA:

Es el período de la mujer que inicia con la menopausia y continúa hasta la muerte.

POSTMENOPAUSIA TEMPRANA:

Es el período de tiempo que inicia con la menopausia hasta aproximadamente los primeros 10 años de amenorrea, y que se relaciona con la ventana de oportunidad o momento ideal para iniciar la Terapia Hormonal de Reemplazo.

POSTMENOPAUSIA TARDIA:

Es la etapa posterior a esos primeros 10 años y hasta la muerte de la mujer.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	Z++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

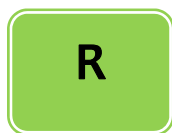
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	Ia [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

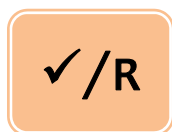
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E En España, la indicación, prescripción y seguimiento del tratamiento con terapia hormonal de remplazo (THR) en la mujer postmenopáusica puede realizarse en el primer nivel de atención médica sin necesidad de revisiones por atención del segundo nivel, siempre y cuando el profesional cuente con la capacitación necesaria en este tratamiento.	III (E: Shekelle) <i>Coutado A, 2004</i> <i>Coutado A, 2008</i>
✓/R En nuestro país, la indicación, prescripción y seguimiento del tratamiento con terapia hormonal de remplazo (THR) en la mujer menopáusica puede realizarse en el primer nivel de atención médica bajo la supervisión del nivel inmediato superior, siempre y cuando el profesional cuente con la capacitación necesaria para iniciar con este tipo de tratamiento y se sigan protocolos establecidos en guías de práctica clínica que presenten la mayor evidencia científica disponible.	D <i>Consenso de grupo</i>

R

La opción de indicar THR es sólo una estrategia como parte de un manejo integral que se le debe ofrecer a la mujer postmenopáusica; además se debe incluir: dieta, ejercicio, abandono del tabaquismo y el bajo consumo de alcohol para mantener un estado de salud adecuado.

C

(E: Shekelle)

IMS Writing Group, 2011

E

Las pacientes en postmenopausia, acuden con mayor frecuencia a consulta con el ginecólogo, por diferentes síntomas que repercuten en su morbi-mortalidad y calidad de vida, por ejemplo: sangrado postmenopáusico, sintomatología vasomotora, incontinencia urinaria y atrofia genital.

I

(E: Shekelle)

GPC Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004

R

La evaluación de la mujer postmenopáusica es el mismo que el de cualquier mujer, independientemente del momento de su vida en que se encuentre; sin embargo, durante la postmenopausia se deberá hacer énfasis en los efectos de la menopausia sobre el sistema cardiovascular, salud ósea y síntomas cotidianos. Los puntos clave a cubrir en la evaluación del personal médico en la postmenopausia son:

C

(E: Shekelle)

Royal College of Nursing Guidance, 2006

- a. Tabaquismo
- b. Dieta y nutrición
- c. Ejercicio
- d. Consumo de alcohol
- e. Control de peso
- f. Aspectos psicológicos
- g. Detección oportuna de Cáncer de mama y cervicouterino
- h. Reducción del impacto de los síntomas asociados con la postmenopausia.

R

La detección de factores de riesgo inherentes a la edad e iniciar acciones oportunas para detectar patologías crónico-degenerativas, permitirá realizar acciones específicas en prevención y terapéutica de las diferentes patologías que afectan esta etapa de la vida.

A

(E: Shekelle)

GPC Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004



Cualquier actividad física es mejor que el sedentarismo.

El ejercicio reduce la mortalidad total y cardiovascular.

En las personas físicamente activas se observan mejores perfiles metabólicos, balance, fuerza muscular, cognición y calidad de vida. Los eventos cardíacos, embolias, fracturas y cáncer de mama son significativamente menores en frecuencia.

C

(E: Shekelle)

IMS Writing Group, 2011



El ejercicio aeróbico puede mejorar la salud psicológica y la calidad de vida en mujeres que padecen sintomatología vasomotora. Además resulta en una mejoría significativa en muchos de los síntomas asociados a la disminución de estrógenos: estado de ánimo, calidad de vida relacionada con la salud e insomnio.

El ejercicio de bajo impacto como el yoga, podría ser benéfico para reducir los síntomas vasomotores y mejorar el bienestar psicológico.

C

(E: Shekelle)

RCOG, 2010



No todos los tipos de actividad física pueden producir una mejoría en los síntomas. El ejercicio poco frecuente y de alto impacto puede empeorar los síntomas.

El mejor ejercicio es el aeróbico y realizado en forma cotidiana, como nadar o correr.

C

(E: Shekelle)

RCOG, 2010



El ejercicio físico, la pérdida de peso y evitar el consumo de tabaco, podrían ser opciones benéficas en la prevención y tratamiento de los síntomas vasomotores y mejorar la calidad de vida.

A

(E: Shekelle)

GPC Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004

R

La recomendación óptima de ejercicio en la postmenopausia es de al menos 150 minutos de ejercicio con intensidad moderada a intensa por semana. Dos sesiones adicionales por semana de ejercicios de resistencia pueden proveer beneficios adicionales. Sin embargo, la intensidad recomendada de actividad aeróbica debe llevarse a cabo tomando en cuenta la capacidad aeróbica del adulto mayor.

C

(E: Shekelle)

IMS Writing Group, 2011

R

La elaboración de una historia clínica completa constituye la primera herramienta con la que cuenta el médico de primer contacto para detectar indicaciones y contraindicaciones para considerar iniciar una THR. Además permitirá identificar factores de riesgo existentes en cada caso para ofrecer un manejo individualizado.

A

(E: Shekelle)

GPC Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004

E

La obesidad (índice de masa corporal mayor a 30 kg/m²) afecta hasta el 20% de la población, y se ha convertido en un grave problema de salud pública, principalmente en los estratos socioeconómicos bajos. Una pérdida de peso de solamente el 10% es suficiente para mejorar muchas de las anormalidades asociadas al síndrome de resistencia a la insulina.

III

(E: Shekelle)

IMS Writing Group, 2011

R

Los componentes básicos de una dieta saludable incluyen: varias porciones diarias de frutas y verduras, cereales integrales, pescado dos veces por semana, bajo contenido en grasas (exceptuando el aceite de olivo). El consumo de sal debe ser limitado y el consumo de alcohol diario no debe exceder diariamente los 20 g.

C

(E: Shekelle)

IMS Writing Group, 2011

La dieta de la mujer postmenopáusica debe ser saludable y balanceada, con énfasis en ser baja en grasas y sal, y rica en calcio.

Las grasas totales deberían de ser reducidas a un valor no mayor de un tercio de las calorías totales necesarias diarias provenientes de las grasas.

Se recomienda remplazar las grasas saturadas por grasas no saturadas.



Las frutas y vegetales contienen vitaminas antioxidantes y minerales que son fundamentales para prevenir los efectos dañinos de los radicales libres.

C
(E: Shekelle)
*Royal College of Nursing
Guidance, 2005*

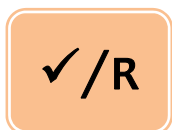
Se deberá recomendar que los requerimientos de calcio en la mujer adulta (700 mg/día) sean obtenidos totalmente de la dieta.

Podría ser necesario indicar adicionalmente como suplemento, 10 mcg de vitamina D al día, particularmente en las mujeres que no se alimenten por cualquier motivo de una forma adecuada o en aquellas con baja exposición a la luz solar.



Se requiere una nueva relación médico-paciente en el caso de la mujer postmenopáusica, en la cual el médico desempeña un papel mayor de consejero, y la paciente toma la responsabilidad de su salud.

C
(E: Shekelle)
IMS Writing Group, 2011



Todo médico tras el primer contacto con la mujer postmenopáusica debe entender la relevancia del diagnóstico oportuno para poder establecer estrategias acordes con cada paciente, sin dejar de lado la promoción de prácticas que favorecen un adecuado estado de salud.

Punto de buena práctica.

4.2 DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La menopausia corresponde al último periodo menstrual y se determina de forma retrospectiva una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista otra causa obvia, patológica o fisiológica La postmenopausia es el período que sigue a la menopausia y se extiende hasta la muerte. Se subdivide en temprana y tardía (ver definiciones).	
E	TEMPRANA: período de tiempo que inicia con la menopausia hasta aproximadamente los primeros 10 años de amenorrea, y que ocurre antes de los 55 años de edad y que se relaciona con la ventana de oportunidad o momento ideal para iniciar la terapia de remplazo hormonal. TARDIA: Etapa posterior a los primeros 10 años a partir de la menopausia hasta la muerte. Los momentos y periodos de tiempo referidos se representan gráficamente en la Figura 1.	III (E: Shekelle) <i>STRAW +10 Collaborative Group, 2012</i>
E	El diagnóstico de falla ovárica prematura se realiza en pacientes que presenten la menopausia por debajo de los 40 años de edad y que presentan niveles séricos de FSH mayores a 30mU/ml.	Ia (E: Shekelle) <i>WHI, 2002</i>

Ante una paciente que acude a consulta por sintomatología inherente a la menopausia, en la primer valoración médica se deberá realizar invariablemente para poder considerar iniciar la THR los siguientes estudios de laboratorio y gabinete:

- Mastografía*
- Química sanguínea
- Examen general de orina
- Perfil completo de lípidos
- Perfil hepático
- Ultrasonido pélvico
- Pruebas de función ovárica**
- Perfil tiroideo

R

C
(E: Shekelle)
NAMS, 2010

*Se realizará mastografía anualmente en mujeres mayores de 40 años; mujeres con factores de riesgo específicos como antecedente familiar directo de cáncer de mama, se realizará 10 años antes de la edad de presentación del cáncer en el familiar.

**Se reservan las pruebas de función ovárica sólo para aquellos casos en los cuales exista duda respecto al diagnóstico de menopausia. Se diagnostica menopausia cuando la FSH es mayor a 30mU/ml.

R

C
(E: Shekelle)
Bourne T, 1997

En la mujer postmenopáusica la realización de un ultrasonido transvaginal, es más sensible para evaluar adecuadamente el útero y los ovarios, en comparación con realizar el mismo a través de la vía abdominal.

4.3 TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO (THR)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Se aplica el término THR para referirse a la medicación utilizada para el tratamiento y/o prevención de síntomas y patologías derivados de la deficiencia estrogénica en la mujer posmenopáusica, y es el tratamiento más efectivo para el alivio de los síntomas vasomotores y la atrofia urogenital postmenopáusica mejorando la calidad de vida en estas pacientes.	III (E: Shekelle) Coutado A, 2004

E

Existen diversas opciones que pueden aplicarse cuando las pacientes no toleran, no pueden recibir o abandonan la THR, o bien cuando ésta no es mandatoria, pero la sintomatología presente en la paciente justifica iniciar algún tratamiento. Estas opciones son dos principalmente:

- Fluoxetina
- Desvenlafaxina

III

(E: Shekelle)

Coutado A, 2004

E

El momento ideal para iniciar la THR es durante la menopausia temprana; es decir, dentro de los primeros 10 años posteriores a la menopausia. A esta etapa se le llama ventana de oportunidad. (Figura 1)

la

(E: Shekelle)

NAMS, 2010

la

(E: Shekelle)

WHI, 2002

El riesgo de iniciar la THR después de esta etapa, supera al beneficio obtenido con el tratamiento.

Las únicas situaciones para iniciar THR son:

- Sintomatología vasomotora moderada a severa, y
- Atrofia urogenital.

R

Sin embargo, la North American Menopause Society (NAMS) propone como una tercera indicación:

- Prevención y tratamiento de osteoporosis

A

(E: Shekelle)

NAMS, 2010

R

En pacientes mayores de 60 años de edad, el riesgo supera el beneficio de otorgar terapia hormonal sistémica; por lo tanto, únicamente se deberá considerar la aplicación de terapia hormonal estrogénica local mientras persista la sintomatología urogenital, o bien inhibidores de la recaptura de serotonina (ej. fluoxetina o desvenlafaxina) en caso de sintomatología vasomotora.

A

(E: Shekelle)

WHI, 2002

R

En pacientes con falla ovárica prematura se considerará otorgar THR hasta la edad fisiológica de aparición de la menopausia en la población a la que corresponde la paciente; en México corresponde con los 49 años de edad.

A

(E: Shekelle)

NAMS, 2010

R

El periodo de tiempo ideal para otorgar la THR es de 3 a 5 años de duración; sin embargo existe un grupo de pacientes en el que se debe considerar el riesgo/beneficio para continuar o interrumpir el manejo, tomando en consideración la calidad de vida de la mujer.

A
(E: Shekelle)
WHI, 2002

R

La THR debe ser interrumpida cuando existe alguna de las siguientes situaciones:

- Hemorragia uterina de origen no explicable
- Sospecha de cáncer de mama
- Tromboembolismo en cualquier sitio anatómico

A
(E: Shekelle)
NAMS, 2010

Se deberán de aplicar las acciones encaminadas a cada una de las situaciones por la que se suspendió la terapia hormonal.

E

En caso de decidir interrumpir la THR, dicha acción debe realizarse de manera progresiva, para disminuir el riesgo del efecto llamado “de rebote”.

Ib
(E: Shekelle)
Coutado A, 2004

No obstante, no existe en la actualidad suficiente evidencia que sugiera que algún protocolo de interrupción de la THR sea superior a otro.

Si se decide iniciar terapia hormonal local se debe tener en cuenta que:

R

- Los estrógenos conjugados en crema tienen un mayor nivel de absorción sanguínea y de efecto sistémico
- El estriol en crema aporta una menor absorción y menos efecto sistémico.

B
(E: Shekelle)
Raz R, 1993

Para su prescripción, se deberá individualizar cada caso, según el efecto que se desea obtener.

E

En la mujer postmenopáusica, uno de los aspectos más influyentes en la calidad de vida es la esfera sexual.

Ia
(E: Shekelle)
NAMS, 2010

La disminución de estrógenos provocará una atrofia vaginal con malestares durante el coito.

La terapia estrogénica sistémica tendrá efecto importante mejorando la lubricación vaginal, el grosor y turgencia de los epitelios; y como consecuencia mejorar el estado general de la paciente, lo que sin duda tendrá un efecto favorable en la actividad sexual.

R

En mujeres con disminución en el deseo sexual (síndrome de hipoactividad sexual) además de considerar otorgar terapia sexual a ambos integrantes de la pareja, la adición de terapia con andrógenos a la mujer, puede contribuir al incremento en el deseo sexual de la mujer; sin embargo, aún queda por establecer los resultados y posibles complicaciones de este manejo.

En la mujer postmenopáusica, antes de iniciar la THR, se debe tener en cuenta si existe el antecedente de histerectomía.

- Pacientes con útero:

Deberá recibir terapia que contenga estrógenos y progestágenos y se administrará de manera continua, a este régimen se le conoce como terapia estrógenos/progestacional continua.

- Pacientes sin útero:

En estas mujeres se indicará terapia estrogénica sin oposición. Sin embargo cuando exista el antecedente de endometriosis, se indicará terapia estrogénico/progestacional con la intención de no estimular los focos endometriósicos.

E

La Tibolona es una terapia de segunda línea dada su acción tisular selectiva; es decir, no estimula al tejido mamario ni al uterino.

La Tibolona, se indica en:

- Pacientes con intolerancia a la terapia estrogénica,
- Mastopatía fibroquística,
- Miomatosis uterina o
- Pacientes en que además de la sintomatología vasomotora se desea provocar un aumento específico en la libido.

R

B
(E: Shekelle)

Coutado A, 2004

A

*SOGC
APHRODITE Study Team,
2008*

A
(E: Shekelle)

NAMS, 2010

A
(E: Shekelle)

*GPC Grupo de trabajo de
menopausia y
postmenopausia, 2004*

I
(E: Shekelle)

TOTAL Study, 2007

I
(E: Shekelle)

TOTAL Study, 2007

R

En la actualidad la THR no se recomienda como única o principal indicación para la protección de enfermedad cardiovascular en mujeres de cualquier edad.

Probablemente el inicio de la THR en ventana de oportunidad podría reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

A
(E: Shekelle)
NAMS, 2010

E

No se ha establecido relación directa entre las alteraciones psicológicas (trastornos del sueño, depresión y ansiedad, irritabilidad, falta de concentración y pérdida de memoria) y menopausia, sin embargo se ha relacionado a la THR con un efecto benéfico en éstas esferas.

IIb
(E: Shekelle)
Bromberger JT, 2011

E

Se ha demostrado el efecto de la THR en la reducción del riesgo de fracturas, así como preventivo de osteoporosis; sin embargo éste efecto termina al suspender la terapia.

A
(E: Shekelle)
NAMS, 2010

La THR no produce efectos sobre el peso corporal y no puede prevenir el aumento de peso durante la menopausia.

Algunas mujeres se niegan a tomar THR porque creen que causa un aumento de peso.

E

El estrógeno sin oposición y el estrógeno combinado no causan efectos sobre el peso corporal, además del aumento que se produce normalmente en la menopausia (5 a 10 kg atribuidos a la modificación del metabolismo).

la
(E: Shekelle)
Norman RJ, 2008

No existe evidencia que la THR prevenga el aumento de peso experimentado durante la menopausia.

A pesar de los diversos inconvenientes reportados con el tratamiento hormonal de la menopausia durante los últimos años, no existe en este momento ningún argumento acerca de la eficacia y superioridad de los estrógenos como tratamiento de elección en esta etapa de la vida de la mujer.

Los más recientes ensayos clínicos aleatorizados han destacado la importancia de individualizar cada caso y considerar los potenciales riesgos contra los posibles beneficios de la terapia hormonal de remplazo.

R

Antes de iniciar una THR, la paciente debería ser informada de riesgos y beneficios de tal conducta y su aceptación o rechazo a la misma ser considerada como parte de su manejo integral.

C
(E: Shekelle)
Palacios S, 2008

Tanto la dosis como el régimen de la THR a administrar, deberá de individualizarse y prescribirse de acuerdo con las características de cada paciente; la prescripción debería ser basada en el principio de la dosis apropiada más baja posible, en relación a la intensidad de la sintomatología y la edad de cada mujer.

4.4 ANÁLISIS COSTO-UTILIDAD DE LA THR

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

Tras una comparación del costo y la efectividad de THR en la postmenopáusica:

- De indicarse en la postmenopausia temprana incrementa los QALY's y representa un buen balance riesgo/beneficio.
- De indicarse en la postmenopausia tardía, se reducen los QALY's durante varios años, y antes de que en realidad se pueda observar una mejora.

E

		Postmenopausia	
		Temprana	Tardía
THR	SI	15.65	9.42
	NO	14.65	9.31

Iib
(E: Shekelle)
Salpeter SR, 2009

Tabla que describe el número de QALY's observados de acuerdo con el momento en que se inició la THR.

En comparación con ningún tratamiento hormonal, la THR resultó en un costo adicional de \$2,438 dólares por QALYs ganado en la mujer en postmenopausia temprana y de \$27,953 dólares por QALYs ganado en la mujer en postmenopausia tardía.

E

La THR reduce la mortalidad total cuando se administra antes de los 60 años.

Ia
(E: Shekelle)
Salpeter SR, 2004

4.5 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA EN LA POSTMENOPAUSIA.

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La disminución de los niveles de estrógenos puede ocasionar un gran número y variedad de síntomas. A pesar de que al observar la lista de los mismos podrían alarmar a la mujer, muy pocas experimentan todos ellos, y algunas son afortunadas puesto que no presentan problemas obvios.	III (E: Shekelle) <i>Royal Collegue of Nursing, 2006</i>
	Desde un punto de vista médico, los primeros síntomas son de muy poco riesgo para la salud de la mujer; son las consecuencias a largo plazo de la disminución de estrógenos sobre el sistema esquelético, los que suelen causar mayor ansiedad.	
R	Además de la THR, se deberían considerar otras alternativas en el manejo de la paciente postmenopausia con el propósito de aliviar síntomas, más que prevenir aspectos a largo plazo.	C (E: Shekelle) <i>Royal Collegue of Nursing, 2006</i>
E	El Síndrome climatérico se presenta en el 85% de las mujeres.	
	En un 75% de estas pacientes las manifestaciones se extienden por un periodo entre 1 a 5 años después de la menopausia y en el 25% restante se extienden por un tiempo mayor.	III (E: Shekelle) <i>Coutado A, 2004</i>
	Hasta el 35% de las mujeres sintomáticas presentan manifestaciones intensas que incluyen alteraciones del ciclo menstrual (hipermenorrea, polimenorrea, oligomenorrea, amenorrea), síntomas vasomotores y neurovegetativos, síntomas del tracto urogenital inferior como urgencia miccional con poliaquiuria o sin ella, disuria, dispareunia y sequedad vaginal.	

R

La terapia estrogénica sigue siendo el tratamiento más efectivo para el alivio de los bochornos (oleadas de calor) y los síntomas urogenitales.

III
(E: Shekelle)
Coutado A, 2004

E

La vagina y la uretra distal son tejidos estrógeno-dependientes. Al descender los niveles de estrógenos, existe una notable caída en el aporte sanguíneo capilar vulvar y vaginal. La piel se observa seca y con color rojo y. Adicionalmente, existe una pérdida de colágena en capas subdérmicas. Estos factores provocan que el epitelio vaginal sea más delgado y menos elástico, y la vagina es más corta y angosta. Las secreciones vaginales disminuyen, por lo que se incrementa el riesgo de infección.

III
(E: Shekelle)
Royal Collegue of Nursing, 2005

Los principales síntomas urogenitales en la mujer postmenopáusica son: dispareunia, vaginitis, poliaquiuria, disuria y urgencia urinaria.

E

La depresión, ansiedad, cansancio, pérdida de concentración y memoria son experiencias comunes en el periodo postmenopáusico.

III
(E: Shekelle)
Royal College of Nursing Guidance, 2005

✓/R

Los síntomas asociados a la menopausia son diversos; sin embargo los urogenitales son los que suelen ser motivo de la paciente para acudir a solicitar valoración por el personal de salud.

La evaluación a la mujer postmenopáusica constituye una gran oportunidad para el personal de salud para modificar estilos de vida y promover acciones que repercutirán favorablemente en la vida de la mujer, entre ellas, una dieta saludable, ejercicios físicos y mentales, abandono en el consumo de tabaco, cafeína y alcohol, entre otras.

Punto de Buena Práctica

En la evaluación por parte del personal de salud, será primordial realizar una historia clínica completa para identificar aquellos factores de riesgo de cada mujer, ya sea para padecimientos metabólicos, hemodinámicos o neoplásicos, y diseñar un plan de manejo individualizado con la participación de los diversos integrantes del equipo de salud. El manejo médico de la mujer postmenopausia se presenta en el **algoritmo I**.

4.5.1 DETECCIÓN OPORTUNA DE NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
En la detección oportuna del cáncer cervicouterino: - La visualización con ácido acético tiene una sensibilidad del 20%, una especificidad del 97%, un valor predictivo positivo de 5% y valor predictivo negativo del 99%. - El coeficiente de correlación inter-observador en los casos de visualización con ácido acético es pobre, con un índice de Kappa menor a 0.2. - La citología cervico-vaginal tiene una sensibilidad de 80%, una especificidad de 99%, valor predictivo positivo de 57% y un valor predictivo negativo de 99%.	III (E: Shekelle) <i>Velázquez-Hernández N, 2010.</i>
✓/R Para la detección oportuna de cáncer cervicouterino no se recomienda la visualización del cérvix con ácido acético. Con este propósito, se deberá realizar la citología cervico-vaginal.	Punto de Buena Práctica
En el grupo de mujeres postmenopáusicas, después de una citología cervico-vaginal normal: - Transcurrido un año desde la realización de la citología, se encuentran alteraciones cervicales en el 0% de los casos en la nueva citología. - Transcurridos dos años desde la realización de la citología, se encuentran alteraciones cervicales en el 0.9% de los casos en la nueva citología.	Ib (E: Shekelle) <i>Sawaya G, 2000</i>

E

En el grupo de mujeres posmenopáusicas la administración de estrógenos y progestina no incrementa de manera significativa el riesgo de presentar anormalidades en la citología cervical cuando se compara con placebo HR 1.58 (IC 95%: 0.99-2.52).

Ib
(E: Shekelle)

Sawaya G, 2000

E

En mujeres en quienes se realizó una histerectomía total por condiciones benignas, la citología vaginal de control posterior, detecta alteraciones en el 1.1 al 3% de los casos durante el seguimiento a 19 años.

III
(E: Shekelle)

Pearce K, 1996

Videlefsky A, 2000

R

En mujeres postmenopáusicas con tres citologías cervico-vaginales negativas a infección por Virus del Papiloma Humano, displasia o cáncer, está indicado repetir la citología cada 3 años, independientemente de si está recibiendo terapia hormonal de remplazo o no.

C
(E: Shekelle)

ACS Guidelines, 2002

R

En mujeres mayores de 70 años, con tres citologías cervico-vaginales consecutivas negativas, y sin antecedente de patología cervical en los últimos 10 años, se puede suspender la detección de cáncer cervico-uterino mediante citología cervico-vaginal.

C
(E: Shekelle)

ACS Guidelines, 2002

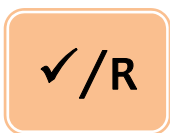
R

En mujeres postmenopáusicas sin útero, en quienes se tiene acceso al resultado histopatológico de la histerectomía donde se pueda confirmar ausencia de alteraciones cervicales, no se debe realizar citología cervico-vaginal como método de escrutinio para el cáncer cervico-uterino.

C
(E: Shekelle)

ACS Guidelines, 2002

Todo el personal de salud debería de promover la práctica de la detección oportuna del Cáncer Cervico-Uterino en todas las mujeres postmenopáusicas.



La Modificación a la NOM-014-SSA2-1994 realizada en 1998 “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino” señala que la citología se realice cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías cervicovaginales consecutivas anuales negativas.

Punto de Buena Práctica

La evidencia científica expuesta previamente sugiere vigilancia cada tres años en pacientes con tres citologías anuales consecutivas negativas.



En mujeres postmenopáusicas el riesgo de desarrollar cáncer de ovario es de 0.4% y cuando reciben terapia estrogénica existe un incremento en el riesgo de presentarlo.

Ia
(E: Shekelle)
Greiser C, 2007

El riesgo se incrementa en 1.28 veces en el grupo con tratamiento cuando se compara con placebo (IC 95%; 1.18-1.40).



El riesgo para cáncer de ovario se reduce cuando se administra progestina en combinación con estrógenos (RR 1.22 Vs 1.10; $p < 0.01$).

Ib
(E: Shekelle)
Pearce C, 2009



En mujeres postmenopáusicas, la realización anual de ultrasonido endovaginal y de CA-125 no reduce la mortalidad por cáncer de ovario, ni aumenta la detección de cáncer en etapas tempranas. Cuando se compara la mortalidad con un grupo de mujeres a quienes se les da seguimiento sin dichas pruebas, no existen diferencias significativas (RR 1.18; IC 95%: 0.82 - 1.71).

Ib
(E: Shekelle)
Kobayashi H, 2008
Buys SS, 2011



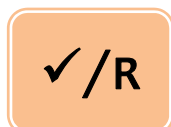
En las mujeres postmenopáusicas no se recomienda realizar ultrasonido endovaginal ni CA-125 en combinación de manera anual como métodos de detección oportuna de cáncer de Ovario. Estos estudios deben ser realizados ante sospecha por hallazgos físicos de tumor pélvico.

B
(E: Shekelle)
Buys SS, 2011



En las mujeres postmenopáusicas la exploración pélvica bi-manual cada año podría contribuir en la detección temprana de tumores pélvicos.

B
(E: Shekelle)
Buys SS, 2011



No existe evidencia en la literatura para recomendar una alternativa de escrutinio para cáncer de ovario en mujeres que reciben THR. Son necesarios estudios aleatorizados que comparen el uso de diversas alternativas referidas en la literatura para tal propósito como: CA-125, USG endovaginal y la exploración bimanual.

D
Punto de Buena Práctica

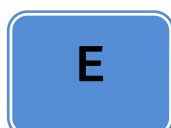


En las mujeres postmenopáusicas asintomáticas, que no están recibiendo terapia hormonal de remplazo, el hallazgo de un eco medio endometrial mayor a 4.5 mm medido mediante ultrasonido endovaginal, se encuentra hasta en un 17% de los casos, y de éstos, en menos del 1% se encuentra un cáncer de endometrio.

Ia
(E: Shekelle)
SOCC, 2010

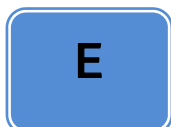


En las mujeres postmenopáusicas asintomáticas, no se debe practicar biopsia endometrial como método de escrutinio para el cáncer endometrial.



En las mujeres postmenopáusicas, el riesgo de presentar cáncer mamario se incrementa con la edad. Las mujeres por arriba de los 50 años tienen un riesgo de 2.5 a 4.8% de presentar dicha neoplasia.

III
(E: Shekelle)
Leitch M, 1997



En las mujeres mayores de 40 años, la realización anual de la mastografía puede reducir entre 26-36% la mortalidad por cáncer mamario.

Ia
(E: Shekelle)
Leitch M, 1997



En las mujeres postmenopáusicas se debe realizar la mastografía de manera anual como prueba de escrutinio para el cáncer de mama.

A
(E: Shekelle)
Leitch M, 1997

4.5.2 SANGRADO TRANSVAGINAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El sangrado postmenopáusico se define como la hemorragia uterina que sucede al menos un año después de la menopausia. Se calcula que su incidencia puede ser en población general de hasta el 10% durante la postmenopausia temprana.	III (E: Shekelle) <i>Breijer MC, 2010</i>
E La causa más frecuente de sangrado transvaginal en la mujer postmenopáusica es la atrofia endometrial.	IIb (E: Shekelle) <i>American College of Radiology, 2007</i>
E Entre las diversas causas de sangrado en este periodo de vida de la mujer, el cáncer endometrial es responsable aproximadamente del 10% de los casos.	III (E: Shekelle) <i>Seebacher V, 2009</i>
E El 90% de las mujeres con cáncer de endometrio presenta sangrado transvaginal como única manifestación clínica de la enfermedad.	III (E: Shekelle) <i>Breijer MC, 2010</i>
E En países desarrollados, el cáncer de endometrio ocupa el primer lugar de las neoplasias malignas del tracto genital femenino. A diferencia de otros tumores malignos, presenta manifestaciones clínicas en fases tempranas de desarrollo, lo que permite la posibilidad de ofrecer un tratamiento curativo mediante la histerectomía.	III (E: Shekelle) <i>Breijer MC, 2010</i>
E No existe hasta el momento consenso respecto a la utilidad del tamizaje para la detección temprana del cáncer endometrial. El valor clínico que representa realizar a población asintomática un ultrasonido endovaginal para detectar este padecimiento es controvertido.	III (E: Shekelle) <i>Seebacher V, 2009</i>

E

Al comparar la evolución del cáncer endometrial entre mujeres asintomáticas y aquellas que presentaron sangrado transvaginal como manifestación clínica, una mayor proporción de mujeres que no presentan síntomas tienen tumores bien diferenciados; sin embargo, el pronóstico evaluado mediante periodo libre de enfermedad y sobrevida no difiere entre ambos grupos.

III
(E: Shekelle)

Seebacher V, 2009

En mujeres postmenopáusicas asintomáticas:

1. El ultrasonido transvaginal no debería usarse como un método de tamizaje de cáncer endometrial.
2. La biopsia de endometrio no debería ser realizada de forma rutinaria.
3. no debería realizarse una biopsia endometrial cuando el grosor endometrial es de 4 a 5 mm. (aunque esta indicaciones es válida cuando existe sangrado transvaginal).
4. Que presenten un engrosamiento endometrial, además de otros hallazgos ecográficos como: aumento en la vascularidad, endometrio heterogéneo, presencia de líquido libre en cavidad uterina o eco medio endometrial de hasta 11 mm, deberían ser referidas a la especialidad de Ginecología para realizar evaluaciones complementarias.

R

II-1E

SOGC, 2010

II-2E

SOGC, 2010

II-1A

SOGC, 2010

II-1B

SOGC, 2010

5. Con engrosamiento endometrial demostrado por ultrasonido, las decisiones sobre realizar una mayor investigación deberá ser basada en antecedentes de riesgo de cada mujer para cáncer de endometrio como lo son: obesidad, diabetes, hipertensión, menopausia tardía, etc.

R

A toda mujer postmenopáusica con sangrado transvaginal se le debe ofrecer un estudio diagnóstico de imagen con el propósito de evaluar una posible existencia de: pólipos, miomas u otras anomalías estructurales focales, entre las que destacan el cáncer de endometrio.

B

(E: Shekelle)

American College of Radiology, 2007

Un grosor endometrial menor o igual a 5 mm tras la realización de un ultrasonido transvaginal, se asocia con una probabilidad menor al 1% de cáncer endometrial.

R

En mujeres postmenopáusicas con sangrado transvaginal, el punto de corte del grosor endometrial a partir del cual se debería realizar una biopsia con el propósito de excluir cáncer es aún controversial.

C

(E: Shekelle)

Breijer MC, 2010

El punto de corte correcto debería de ser individualizado para cada caso y ajustado a las características de cada paciente, entre otras: presencia de diabetes, índice de masa corporal, e hipertensión arterial.

R

La probabilidad de cáncer endometrial en postmenopáusicas con sangrado y grosor endometrial menor o igual a 4 mm es fuertemente reducida, y no se recomienda realizar una biopsia en estas circunstancias.

C

(E: Shekelle)

Breijer MC, 2010

R

Algunos autores consideran que el número de falsos positivos que ofrece la evaluación del grosor endometrial mediante ultrasonido es demasiado alto (4%), por lo que realizar este estudio no reduce la necesidad de realizar pruebas invasivas para evaluar el endometrio.

B

(E: Shekelle)

Tabor A, 2002

R

Previos metanálisis que evalúan la medición del grosor endometrial, probablemente han sobrestimado la precisión diagnóstica en la detección del carcinoma de endometrio utilizando un punto de corte mayor o igual a 4 mm; al utilizar un valor de 3 mm o menos es posible excluir la posibilidad de carcinoma de endometrio en mujeres postmenopáusicas con sangrado.

Ib

(E: Shekelle)

Timmermans A, 2010

R

El manejo de la paciente con sangrado en la postmenopausia se describe en el **algoritmo II**. Antes de optar por realizar un ultrasonido endovaginal, biopsia endometrial o incluso instalar un manejo expectante, deberían tenerse en cuenta las condiciones individuales de cada paciente (probabilidad pretest). Por ejemplo, la probabilidad de malignidad en mujeres menores de 50 años (1%) se incrementa a un 24% en mujeres mayores de 80 años; estos valores de probabilidad son independientes de otras variables como obesidad (la probabilidad se incrementa en 18%) y diabetes (21% de aumento) en comparación de no tener ninguno de estos factores y sólo el sangrado transvaginal (8%).

C

(E: Shekelle)

Breijer MC, 2010

R

De encontrar un engrosamiento endometrial por ultrasonido en postmenopáusicas con sangrado transvaginal, se deberían realizar pruebas invasivas para descartar patología endometrial. Las opciones a realizar son: Biopsia endometrial en consultorio, histeroscopia y la dilatación cervical con curetaje (D&C).

C

(E: Shekelle)

Breijer MC, 2010

E

La D&C es el método tradicional utilizado para abordar el sangrado postmenopáusico; sin embargo, en aproximadamente 60% de estos procedimientos, menos de la mitad de la cavidad uterina es legrada. Otro inconveniente es que requiere de anestesia general para poderse llevar a cabo. Actualmente esta alternativa se considera obsoleta y ha sido remplazada por métodos menos invasivos.

III

(E: Shekelle)

Breijer MC, 2010

E

La biopsia endometrial en consultorio realizada con instrumentos mínimamente invasivos como la cánula Pipelle (Pipelle de Cornier, Paris, Francia) y la cánula Vabra son técnicas muy sensibles utilizadas para la detectar carcinoma endometrial, con tasas de detección (sensibilidad) de 99.6 y 97.1% respectivamente.

IIb

(E: Shekelle)

Dijkhuizen FP, 2000

E

A pesar de los valores aceptables en la tasa de detección de carcinoma endometrial obtenidos mediante la biopsia endometrial de consultorio, la cantidad de tejido obtenido varía considerablemente en cada procedimiento, y en ocasiones es insuficiente para establecer un diagnóstico. En estas circunstancias, el clínico tiene la duda sobre si avanzar hacia una técnica más invasiva o confiar en el resultado negativo de la biopsia. Se calcula que hasta en el 6% de los casos en que se reporta muestra endometrial insuficiente presentan carcinoma endometrial o hiperplasia atípica.

III
(E: Shekelle)

Breijer MC, 2010

R

En la mujer postmenopáusica que presenta sangrado transvaginal, y en la cual se practicó una biopsia de endometrio con resultado de material insuficiente, el clínico debería progresar hacia otros métodos diagnósticos invasivos para descartar la presencia de carcinoma o hiperplasia atípica endometrial.

C
(E: Shekelle)

Breijer MC, 2010

E

Comparando los métodos tradicionales como la biopsia en consultorio o D&C, la histeroscopia ofrece como ventaja tomar la biopsia directamente de la visualización de anomalías macroscópicas o focales, además en los últimos años se han desarrollado instrumentos de menor calibre, y se ha introducido el abordaje vaginoscópico, evitando la introducción de espejos o pinzas vaginales, lo que ha repercutido en una mejor aceptación del procedimiento por parte de la paciente, además se lleva a cabo sin la necesidad de usar anestesia y de forma ambulatoria.

III
(E: Shekelle)

Breijer MC, 2010

R

La biopsia endometrial ciega realizada mediante cánula de Novak demuestra muy baja sensibilidad y precisión en el diagnóstico de lesiones focales benignas intracavitarias. La histeroscopia es el estándar de oro para la evaluación del sangrado en la postmenopausia, ya que elimina los resultados falsos negativos que derivan de realizar un procedimiento a ciegas y dirigir la biopsia a un blanco de tejido con sospecha de patología.

B
(E: Shekelle)

Angioni S, 2008

R

La histeroscopia con curetaje puede ser considerada cuando existe un reporte de hiperplasia endometrial (simple o compleja) obtenido tras una biopsia realizada en consultorio.

C

(E: Shekelle)

Daud S, 2011

Cuando existe el diagnóstico de hiperplasia atípica, independientemente de la forma en la cual haya sido obtenida la muestra para el diagnóstico, el clínico debe considerar que un carcinoma endometrial coexiste dentro del útero.

E

En mujeres con útero a las que se les ha dado THR, en las cuales se administra exclusivamente estrógenos, y sin oposición de progestágenos existe un incremento en el riesgo de hiperplasia endometrial.

Ia

(E: Shekelle)

Furness S, 2009

En caso de mujeres con útero, y en las cuales se administran bajas dosis de estrógenos combinadas con 1 mg de acetato de noretisterona o 1.5 mg de acetato de medroxiprogesterona, el riesgo de hiperplasia endometrial no es significativamente mayor que mujeres a las que se les ha administrado placebo.

R

La THR en mujeres postmenopáusicas con útero intacto debe incluir tanto estrógenos, como progestágenos para reducir el riesgo de hiperplasia endometrial.

A

(E: Shekelle)

Furness S, 2009

R

En mujeres postmenopáusicas que se encuentran bajo terapia hormonal, en caso de presentar hemorragia uterina, está indicado realizar el ultrasonido transvaginal, y en caso de tener un eco medio endometrial mayor a 8 mm, se recomienda realizar biopsia dirigida mediante histeroscopia.

B

(E: Shekelle)

SOCC, 2010

R

La tasa de recurrencia tras un primer episodio de sangrado posmenopáusico es baja y no se puede anticipar que sucederá, tomando como base las características de la paciente (obesidad, anticoagulantes, hipertensión, etc.).

C

(E: Shekelle)

Van Doorn HC, 2008

Toda paciente con recidiva de la hemorragia debe ser valorada minuciosamente ya que presenta un riesgo considerable de carcinoma.

4.5.3 TRASTORNOS UROGENITALES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los síntomas urogenitales, cambios fisiológicos y cambios anatómicos relacionados a la deficiencia de estrógenos se muestran en la Tabla I.	III (E: Shekelle) <i>Sturdee DW, 2010</i>
E La infección de vías urinarias (IVU) es una de las infecciones bacterianas más comunes en mujeres; se calcula que entre el 50 al 60% presentarán algún episodio de IVU durante su vida. Se estima que en la mujer postmenopáusica existen 0.07 episodios de cistitis aguda por persona y por año. La infección recurrente de vías urinarias (IRVU) se define como la presencia de dos episodios no complicados de IVU en seis meses o tres o más cultivos urinarios positivos en los últimos doce meses.	Ia (E: Shekelle) <i>SOGC, 2010</i>
R A las pacientes con hematuria persistente o crecimiento persistente de <i>Escherichia coli</i> se les debe practicar una cistoscopia y visualización de vías urinarias superiores.	Ia (E: Shekelle) <i>SOGC, 2010</i>

Los principales factores asociados con IRVU en la postmenopausia son prolapso vesical, cistocele, presencia de orina residual e incontinencia urinaria. Todos ellos pueden encontrarse asociados con una disminución de estrógenos.

Los estrógenos orales no reducen la IVU en comparación con placebo. (OR: 1.08; IC95%: 0.88 – 1.33).

Los estrógenos vaginales (locales) en comparación con placebo disminuyen el número de IVU de manera significativa. (OR: 0.25; IC95%: 0.13 – 0.50).

Los resultados obtenidos para evaluar la eficacia del manejo con antibióticos orales vs. estrógenos vaginales (crema o pesarios) en el tratamiento de IVU han mostrado una gran heterogeneidad y sus resultados no pueden ser extrapolados a la práctica clínica cotidiana.

En todos los estudios en los que se utilizaron estrógenos vaginales se reportaron algunas reacciones adversas: hipersensibilidad mamaria, manchado o sangrado transvaginal, leucorrea no fisiológica, irritación, ardor y comezón vaginal.

E

la
(E: Shekelle)

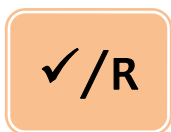
Perrota C, 2008

R

El examen general de orina y el urocultivo de chorro medio de orina con antibiograma deben ser realizados en toda mujer que presenta sintomatología sugestiva de infección de vías urinarias.

A

SOGC, 2010



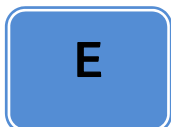
El manejo de la infección de vías urinarias será específico y de acuerdo a los resultados obtenidos tras realizar el cultivo urinario, teniendo en cuenta el antibiograma practicado.

Punto de Buena Práctica



Los estrógenos locales reducen la cantidad de episodios de IVU en mujeres postmenopáusicas con episodios de IRVU, sin embargo los resultados varían de acuerdo a la vía de administración y la duración del tratamiento.

A
(E: Shekelle)
Perrota C, 2008
IA
SOGC
Reid RL, 2008



Los productos alimenticios derivados el arándano disminuyen significativamente la incidencia de IVU (RR: 0.66; IC95%: 0.47 – 0.92).

Sin embargo, no existe una clara evidencia de la cantidad ni de la concentración que deba ser consumida, ni tampoco del periodo de tiempo que deba durar la intervención para que sea efectiva.

No existen estudios que comparen el consumo del arándano contra otras opciones terapéuticas como el uso de antibióticos.

Ia
SOGC
Reid RL, 2008



La paciente con IRVU debe ser informada que los productos derivados del arándano son efectivos en reducir la recurrencia de IVU.

Ia
SOGC
Reid RL, 2008

El principal propósito del manejo de la atrofia vaginal es aliviar los síntomas y revertir los cambios atróficos anatómicos.

La primera línea de manejo en caso de atrofia genital incluye la terapia no hormonal como lubricantes y emolientes.

Para aquellos casos en los cuales no existe una respuesta clínica adecuada, se debería considerar como opción la terapia farmacológica.

Ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que la prescripción local de estrógenos en dosis bajas es efectiva y bien tolerada en el manejo de la atrofia vaginal, además de que sus efectos sistémicos son limitados.

R

Todos los productos comerciales disponibles tópicos que contienen estrógenos en dosis bajas (cremas, anillos, tabletas, etc.) son igualmente eficaces en el manejo de la atrofia vaginal. La elección de uno u otro, dependerá de las preferencias de cada paciente.

La terapia con progestágenos no se recomienda cuando se prescriben estrógenos locales en dosis bajas.

La duración de la terapia con estrógenos locales en dosis bajas está determinada por el alivio de los síntomas de la paciente. Se recomienda suspender el manejo en caso de que los síntomas desaparezcan.

En mujeres a las que se les haya dado terapia debido a un tumor no dependiente de hormonas, el manejo de la atrofia vaginal es similar a la que no ha tenido cáncer. En estos casos, se sugiere establecer el manejo en consenso con el Oncólogo.

R

Los estrógenos conjugados locales (crema), el anillo intravaginal con liberación prolongada de estradiol y las tabletas vaginales con estradiol se recomiendan como una terapia efectiva para la atrofia vaginal.

A
(E: Shekelle)

NAMS, 2007

IA

SOCG
Reid RL, 2008

R

La administración conjunta de progestinas para la protección del endometrio no es necesaria en mujeres que reciben estrógeno local siempre y cuando se administren las dosis apropiadas.

IIIC

SOCG

Reid RL, 2008

E

Los esteroides sexuales como el estrógeno tienen una influencia significativa sobre la vejiga femenina a lo largo de la vida adulta con fluctuaciones en sus niveles que conducen a cambios macroscópicos, histológicos y funcionales. Por lo tanto, síntomas urinarios pueden presentarse durante el ciclo menstrual, en el embarazo y después de la menopausia.

Ia

(E: Shekelle)

Cody JD, 2009

Los mecanismos de continencia urinaria son sensibles a los estrógenos, por lo tanto es posible que su deficiencia se asocie con incontinencia.

El 70% de las mujeres postmenopáusicas con incontinencia relacionan la aparición del síntoma con la menopausia.

E

Muchas mujeres presentan una combinación de problemas urinarios que incluyen la poliaquiuria, tenesmo e incontinencia urinaria de urgencia. El tipo de incontinencia urinaria predominante en la mujer postmenopáusica es del tipo mixto.

Ia

(E: Shekelle)

Cody JD, 2009

E

La evidencia es limitada para asegurar que el entrenamiento muscular del suelo pélvico sea más efectivo para el tratamiento de la incontinencia urinaria que la terapia estrogénica.

Ia

(E: Shekelle)

Cody JD, 2009

E

Mujeres con útero intacto y que eran continentes urinarias al iniciar con THR sistémica informaron una mayor incontinencia después de un año de terapia estrogénica más progestógeno en comparación con las mujeres en tratamiento con placebo (RR: 1.39; IC 95%: 1.27 a 1.52).

Ib

(E: Shekelle)

Hendrix SL, 2005

R

Como parte del manejo de incontinencia urinaria, la mujer postmenopáusica debe ser motivada a intentar utilizar opciones no quirúrgicas como: bajar de peso (en obesas), fisioterapia del suelo pélvico (con o sin retroalimentación) y otras alternativas como uso de conos vaginales, estimulación eléctrica funcional y/u otros pesarios intravaginales.

II-1B

SOCC
Reid RL, 2008

R

Se recomienda para mujeres con incontinencia urinaria de urgencia: modificar el estilo de vida, ejercicios para entrenamiento vesical y terapia específica medicamentosa

II-1B

SOCC
Reid RL, 2008

R

La terapia estrogénica no se recomienda para los casos en los cuales existe incontinencia urinaria de urgencia, pero pueden indicarse antes de realizar algún tratamiento quirúrgico.

IA

SOCC
Reid RL, 2008

R

Los casos que fueron tratados por adenocarcinoma endometrial posterior a histerectomía y presentan síntomas derivados de la menopausia moderados a severos (síntomas vasomotores, atrofia vaginal, etc.) se puede ofrecer la terapia con estrógenos.

IB

SOCC
Reid RL, 2008

El uso sistémico de la combinación de estrógenos y progestágenos o sólo estrógenos administrados a mujeres por motivos diferentes a la incontinencia parece no mejorar la incontinencia, e incluso podría empeorarla.

R

Este hecho deberá ser informado a la paciente que recibe terapia hormonal sistémica para aliviar los síntomas de la postmenopausia con mayor énfasis en las que presentan incontinencia urinaria.

A
(E: Shekelle)

Cody JD, 2009

La terapia estrogénica local puede mejorar o curar la incontinencia.

Se recomienda adicionar la terapia local a la sistémica en estos casos.

La evidencia respecto al uso de estrógenos para prevenir o manejar el prolapso genital es limitada.

El uso de estrógenos locales con ejercicios para fortalecer la musculatura del piso pélvico antes de realizar una cirugía podría disminuir la incidencia de cistitis postoperatoria en las primeras 4 semanas después de la cirugía.

R

Algunos estudios sugieren que el uso del raloxifeno oral podría reducir la necesidad de procedimientos quirúrgicos para la corrección del prolapso genital en mujeres mayores de 60 años; sin embargo, de acuerdo con la evidencia disponible, es demasiado preliminar hacer esta recomendación para llevarla a cabo en la práctica clínica cotidiana.

A
(E: Shekelle)

Ismail SI, 2010

✓/R

El manejo de los síntomas urogenitales requiere una evaluación minuciosa de los antecedentes personales de cada paciente. Tras realizar esta valoración, considerar de ser necesario, la evaluación de otros especialistas para ofrecer un manejo integral, entre los que destacan el Uroginecólogo, Oncólogo, etc.

Punto de Buena Práctica

4.5.4 SEXUALIDAD

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Una evaluación biopsicosexual practicada a ambos integrantes de la pareja permite identificar factores intrapersonales, contextuales y biológicos; debería ser practicada en toda mujer en la que se identifiquen trastornos sexuales.

IIIA

SOGC
Reid RL, 2008

R

No se recomienda la evaluación rutinaria del nivel de las hormonas sexuales en las mujeres postmenopáusicas con trastornos sexuales.

IIIA

SOGC
Reid RL, 2008

Los resultados de exámenes que evalúan la concentración de andrógenos circulantes no tienen ninguna asociación con la función sexual.

R	En mujeres postmenopáusicas que no reciben estrógenos, el tratamiento con un parche que libere 300 µg diarios de testosterona resulta en una modesta (aunque de gran importancia para la mujer) mejoría en la función sexual. Los efectos a largo plazo de la testosterona, incluyendo aquellos provocados en la glándula mamaria, permanecen por ser establecidos.	A SOGC APHRODITE Study Team, 2008
R	La terapia con testosterona indicada para casos seleccionados de trastornos sexuales debe ser iniciada solamente por clínicos con experiencia en el manejo de disfunción sexual de la mujer y bajo consentimiento informado. La falta de información acerca de la seguridad que ofrece esta terapia a largo plazo y la necesidad de terapia estrogénica concomitante ameritan un seguimiento cuidadoso de cada caso.	IC SOGC Reid RL, 2008
R	Se recomienda el uso de terapia estrogénica local y/o lubricantes vaginales para mejorar la sintomatología de dispareunia.	IIIC SOGC Reid RL, 2008
E	La indicación de utilizar gel de polycarbophil (crema hidratante vaginal) es una terapia efectiva para aliviar los síntomas de la atrofia vaginal, incluyendo la sequedad y la dispareunia.	IA SOGC Reid RL, 2008

4.5.5 FUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Estudios neurobiológicos han sugerido que los esteroides gonadales afectan un amplio rango de procesos neuromoduladores, incluyendo a la serotonina y norepinefrina, los cuales se asocian con el desarrollo de depresión. Sin embargo, estudios clínicos y epidemiológicos que han investigado la asociación entre niveles hormonales y trastornos depresivos han tenido resultados inconsistentes.

IIb
(E: Shekelle)
Bromberger JT, 2011

E

Durante la menopausia y la postmenopausia, se presentan con mayor frecuencia trastornos psicosomáticos (alteraciones psicológicas y sexuales) que requieren ser atendidos, tales como: trastornos del sueño, síntomas de ansiedad-depresión, irritabilidad, falta de concentración, pérdida de memoria y disminución de la libido (deseo sexual).

lb
(E: Shekelle)

Bromberger JT, 2011

No se ha establecido su relación directa, pero múltiples estudios señalan su asociación y posible mejoría con la THR, cuando esta se inicia en base a sus indicaciones primarias.

E

La depresión, ansiedad, cansancio, pérdida de concentración y memoria son experiencias comunes en el periodo postmenopáusico.

III
(E: Shekelle)

Royal College of Nursing Guidance, 2005

Después de la menopausia, a algunas mujeres les es difícil manejar la pérdida de la fertilidad, lo cual se puede sumar a otros problemas de salud y otros problemas de la vida media tardía como lo son:

E

- Los hijos abandonan en el hogar (o incluso pueden retornar al mismo tras una larga ausencia).
- Un incremento en la dependencia de los padres de la mujer postmenopáusica.
- Miedo a la frivolidad (preocupación por cosas intrascendentes).
- Retiro o jubilación laboral inminente.
- Sensación de expectativas fallidas.

III
(E: Shekelle)

Royal College of Nursing Guidance, 2005

El cambio en el estado de vida, además de síntomas propios de la menopausia puede disminuir la autoestima y producir descuidos en la imagen corporal de la mujer.

Las siguientes medidas pueden mejorar los aspectos psicológicos alterados durante la postmenopausia:

R

- Estimulación mental regular para mantener la habilidad cognitiva.
- La actividad física regular suele ayudar a conciliar el sueño con mayor facilidad.
- Una dieta balanceada aportará las vitaminas y minerales esenciales para una adecuada función cerebral.
- La actividad social mejora la función mental.
- La concentración puede mejorarse con la práctica de resolver crucigramas, rompecabezas y acertijos.
- Aprender nuevas habilidades o idiomas mejora la función mental.
- Moderar la ingesta de alcohol es de gran importancia para una buena memoria.

C
(E: Shekelle)

*Royal College of Nursing
Guidance, 2005*

Existe evidencia de que la terapia con estrógenos puede ser un tratamiento efectivo para el manejo por sí sola en el manejo de la depresión en mujeres postmenopáusicas. Además, puede mejorar la respuesta al tratamiento con antidepresivos, específicamente en aquellos cuyo mecanismo se encuentra relacionado con la inhibición en la recaptura de serotonina.

E

Sin embargo, para las mujeres con un diagnóstico de Depresión, establecido por un experto, el uso de medicación antidepresiva se encuentra plenamente justificado.

IB

SOGC, 2009

IA

SOGC, 2009

Los estrógenos mejoran el estado de ánimo en mujeres deprimidas. El efecto parece mayor en mujeres postmenopáusicas que iniciaron la THR en etapa temprana.

Las mujeres que se encuentran en el periodo de transición menopáusica son más vulnerables a padecer una Depresión Mayor.

E

Pruebas de tamizaje rutinarias en esta edad de la mujer, seguidas de una evaluación minuciosa de los síntomas depresivos podría contribuir a identificar a aquellas que padecen una Depresión Mayor. Desde un punto de vista clínico, es fundamental que el personal de salud pueda discriminar los síntomas asociados con la menopausia de aquellos relacionados con una Depresión Mayor. Un diagnóstico temprano permitirá un manejo más eficaz y una mayor calidad de vida de la paciente.

IIb
(E: Shekelle)

Clayton AH, 2010

E

El diagnóstico de Depresión Mayor se establece cuando la mujer experimenta cinco o más síntomas de depresión o ansiedad en la mayoría de los días, durante dos o más semanas, y además los mismos se asocian con un deterioro en la funcionalidad.

IIb
(E: Shekelle)

Clayton AH, 2010

R

Las medidas de intervención para mujeres con Depresión Mayor incluyen terapia hormonal de remplazo y medicación con antidepresivos, o ambos.

C
(E: Shekelle)

GPC Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004

✓/R

De identificarse datos clínicos en la mujer postmenopáusica sugestivos de Depresión Mayor, la evaluación debería ser realizada por el personal de salud que cuente con mayor experiencia en el área. Para instalar algún manejo se deberá tener en cuenta la opinión de las diversas disciplinas involucradas, con decisiones basadas en el consenso y teniendo en cuenta las características individuales de cada caso.

Punto de Buena Práctica

E

Existen pruebas convincentes de que la THR no previene el deterioro cognitivo en las mujeres postmenopáusicas.

Ia
(E: Shekelle)

Lethaby A, 2008

Aún queda por establecerse si factores como: edad al momento de iniciar THR, tipo de menopausia (natural o quirúrgica), y tipo, modo y dosis de la THR tienen efectos clínicos positivos y relevantes en la función cognitiva.

R

De acuerdo con la evidencia disponible, la THR no puede recomendarse para la mejoría o mantenimiento cognitivo general en mujeres postmenopáusicas sin deficiencia cognitiva.

A
(E: Shekelle)
Lethaby A, 2008

R

La terapia con estrógenos no puede recomendarse para reducir el riesgo de demencia que se puede llegar a desarrollar en el periodo postmenopáusico; ni tampoco para retardar la progresión de la Enfermedad de Alzheimer una vez que se ha establecido el diagnóstico.

IB
SOGC, 2009

Estudios preliminares sugieren que el uso de terapia hormonal podría asociarse a una disminución en el riesgo de que se presente demencia en el periodo final de la postmenopausia tardía; sin embargo se requieren mayores estudios para que se pueda recomendar la THR con este propósito.

4.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

Referencia del primer al segundo nivel de atención médica:

La presencia de cualquier sangrado postmenopáusico será motivo de envío al segundo nivel de atención, con o sin presencia de factores de riesgo para patología endometrial.

✓/R

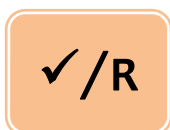
Ante una detección positiva a cualquier tipo de carcinoma, se enviará a Oncología para pruebas diagnósticas y manejo específico.

D
Punto de Buena Práctica

Los trastornos de la estática pélvica, ameritan valoración por el Servicio de Ginecología para establecer la gravedad del padecimiento y manejo específico.

La sospecha de una Depresión Mayor requiere valoración por Psicología o Psiquiatría. Un envío oportuno mejora el pronóstico.

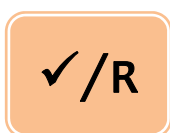
Referencia del segundo al tercer nivel de atención médica o de mayor capacidad resolutive:



- Menopausia prematura de cualquier etiología.
- No respuesta al tratamiento establecido para el hipoestrogenismo.
- Manifestaciones sugestivas de osteoporosis y/o enfermedad cardiovascular aterosclerosa que no puedan ser atendidas en el nivel.
- Contraindicaciones para el uso de estrógenos como son: hemorragia uterina anormal de origen no determinado, antecedente o presencia de cáncer mamario y/o de endometrio, de trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar y presencia de enfermedades hepáticas agudas o crónicas.

D
Punto de Buena Práctica

Sistema de Contrarreferencia:



Se realizará contrarreferencia del nivel superior al nivel de donde se originó la referencia, para el seguimiento y manejo de la paciente, de acuerdo a indicaciones claras y precisas, descritas en los formatos establecidos de cada institución para tal fin.

D
Punto de Buena Práctica

4.7 INCAPACIDAD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
Dentro de normativa vigente, la incapacidad otorgada a la paciente dependerá de la evaluación individualizada de cada caso	D (E: Shekelle) Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Atención de los padecimientos ginecológicos más frecuentes en las postmenopausia.

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 3 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Periodo postmenopáusico en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 3 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica o metanálisis y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Postmenopause. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Blood, drug effects, ethnology, metabolism, physiology, psychology, urine. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 48 resultados, de los cuales se utilizaron 10 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

"Postmenopause"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND ("women"[MeSH Terms] OR "female"[MeSH Terms])) AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "2008/06/29"[PDat] : "2011/06/28"[PDat])

Algoritmo de búsqueda

- 1.- Postmenopause [Mesh]
- 2.- Blood [Subheading]
- 3.- Drug effects [Subheading]
- 4.- Epidemiology [Subheading]
- 5.- Ethnology [Subheading]
- 6.- Metabolism [Subheading]
- 7.- Physiology [Subheading]
- 8.- Psychology [Subheading]
- 9.- Urine [Subheading]
- 10.-#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
- 11.-#1 And #10
- 12.-2008[PDAT]: 2011[PDAT]
- 13.-Humans [MeSH]
- 14.-#10 and # 13
- 15.-English [lang]
- 16.-Spanish [lang]
- 17.-#15 OR # 16
- 18.-#14 AND # 17
- 19.-Guideline [ptyp]
17. #15 AND #18

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 40 documentos, de los cuales se utilizaron 8 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	2	1
2	TripDatabase	34	4
3	NICE	1	1
4	Singapore Guidelines Moh	0	-
5	AHRO	1	1
6	SIGN	2	1
Totales		40	8

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de desorden de ansiedad. Se obtuvieron 7 RS, 3 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

POSTMENOPAUSIA: Es el período de la mujer que inicia con la menopausia y continúa hasta la muerte.

POSTMENOPAUSIA TEMPRANA: Es el período de tiempo que inicia con la menopausia hasta aproximadamente los primeros 10 años de amenorrea, y que se relaciona con la ventana de oportunidad o momento ideal para iniciar la Terapia Hormonal de Reemplazo.

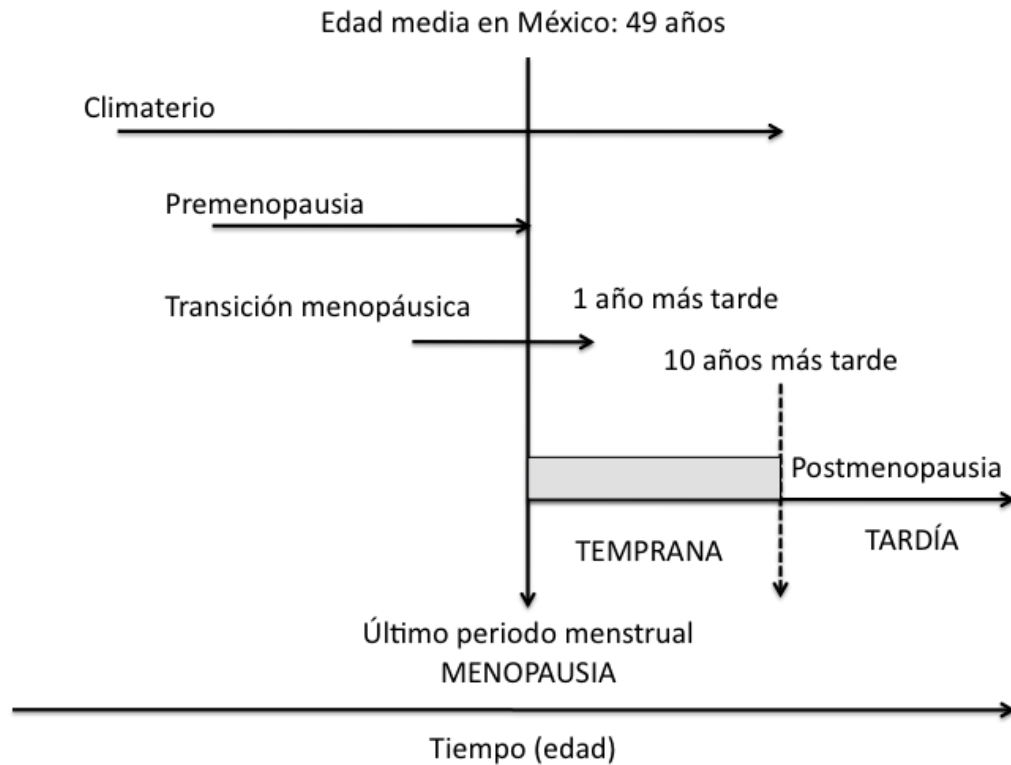
POSTMENOPAUSIA TARDIA: Es la etapa posterior a esos primeros 10 años y hasta la muerte de la mujer.

TABLA I. SÍNTOMAS UROGENITALES, CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y CAMBIOS ANATÓMICOS RELACIONADOS A LA DEFICIENCIA DE ESTRÓGENOS

Vulva	Pérdida de la almohadilla adiposa labial Retracción y pérdida de la definición de los labios mayores y menores Acortamiento del prepucio y exposición excesiva del clítoris Susceptibilidad a irritantes químicos y físicos, a traumas mecánicos e infecciones Pérdida del vello púbico
Vagina	Sequedad, humedad insuficiente Flujo sanguíneo disminuido Dispareunia Prurito Sensación de ardor Dolor Pérdida de elasticidad Adelgazamiento del tejido vaginal y alteración de la queratinización Defectos en la mucosa incluyendo petequias, microfisuras, ulceración e inflamación Acortamiento, fibrosis, obliteración de la cúpula vaginal y/o estrechamiento del introito vaginal Alisamiento de los fondos de saco, aplanamiento de los pliegues/rugosidades vaginales Susceptibilidad a traumas mecánicos Impacto adverso en la curación de heridas traumáticas y postoperatorias Índice de maduración vaginal anormal: porcentaje disminuido de capas celulares superficiales, porcentaje aumentado de células parabasales Contenido de glicógeno disminuido en células epiteliales vaginales Expulsión de la flora facultativa de la vagina que mantiene contenidos a los microorganismos patógenos Aumento del pH vaginal por arriba de 5.0 Leucorrea y/o secreción anormal Infiltración de la submucosa por linfocitos y células plasmáticas
Vejiga y uretra	Aumento del residuo vesical post-miccional Disminución de la capacidad vesical Disminución de la presión máxima de contracción miccional del músculo detrusor de la vejiga Disminución del umbral de sensibilidad a la distensión de la vejiga (sensación primera de urgencia) Disminución de la presión de cierre uretral Disminución de la perfusión de los plexos venosos periuretrales Disminución del flujo de orina uretral Índice de maduración uretral anormal: porcentaje disminuido de capas celulares superficiales, porcentaje aumentado de células parabasales Síntomas de disuria, nicturia y urgencia Incontinencia urinaria Infecciones urinarias recurrentes Alteración en la biosíntesis de colágeno en el tejido conjuntivo periuretral

Sturdee DW, Panay N, on behalf of International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy Climacteric 2010; 13: 509-22.

FIGURA 1. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS DIVERSOS PERIODOS ASOCIADOS CON LA MENOPAUSIA. EN LAS POSTMENOPAUSIA SE DISTINGUEN DOS PERIODOS, LA TEMPRANA (MARcada EN GRIS) Y LA TARDÍA. EL "PERIODO DE VENTANA" QUE CORRESPONDE CON LA MENOPAUSIA TEMPRANA ES EL MOMENTO ADECUADO PARA INICIAR LA TERAPIA HORMONAL DE REMPLAZO (THR).



Basado en: Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, Sherman S, et al. for the STRAW +10 Collaborative Group. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. Fertil Steril 2012; 97: 843-51.

FIGURA 2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MOMENTO DE APARICIÓN DE DIVERSOS EVENTOS ASOCIADOS CON LA MENOPAUSIA. EN MÉXICO, EN PROMEDIO ES A LOS 49 AÑOS. EN LOS PRIMEROS AÑOS TRAS ESTE EVENTO PREDOMINAN SÍNTOMAS VASOMOTORES Y PSICOLÓGICOS Y EN LA ETAPA TARDÍA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y FRACTURAS.

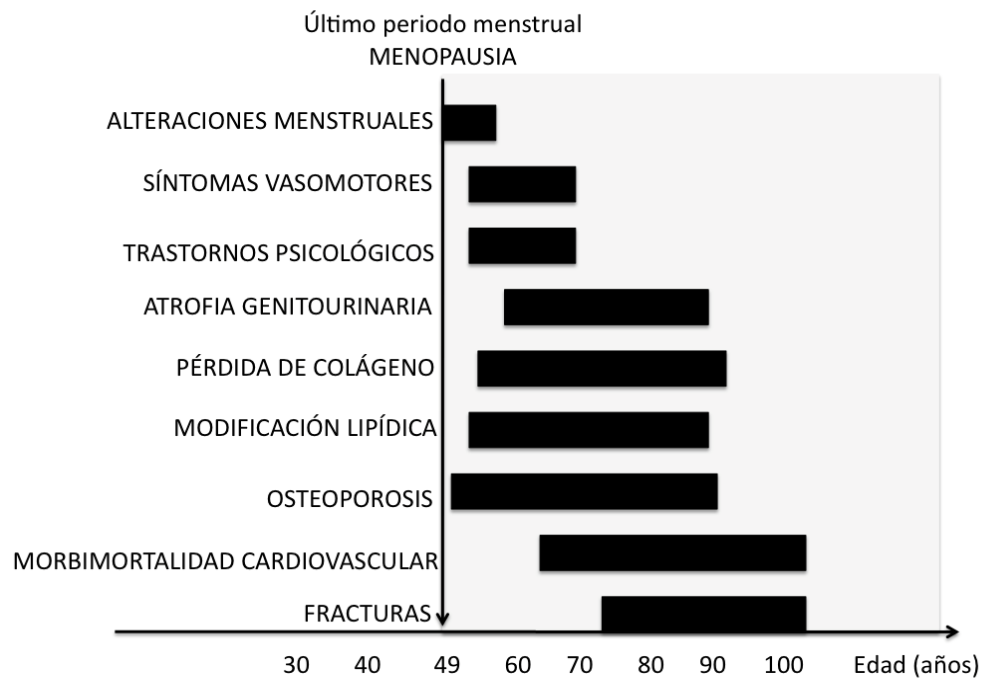


FIGURA 3. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA DURACIÓN DE DIVERSOS EVENTOS GENITOURINARIOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA MENOPAUSIA.

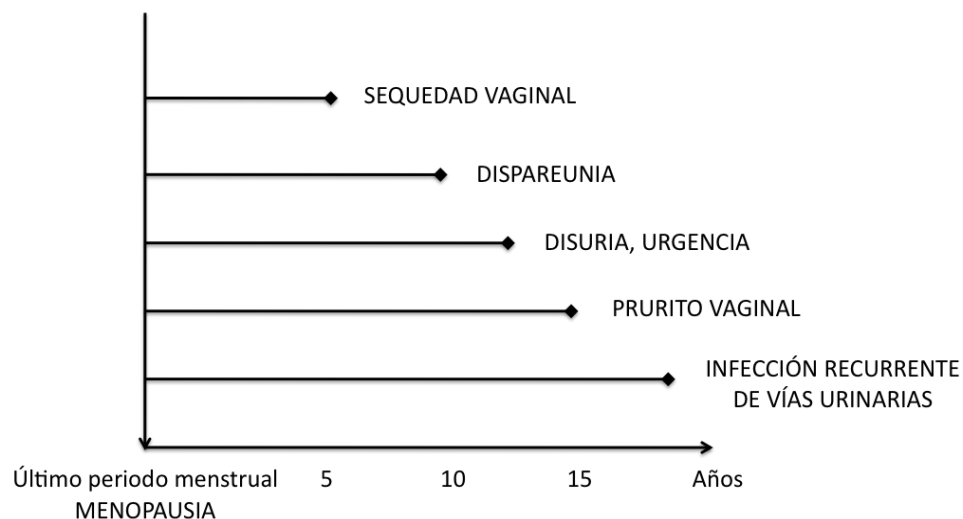
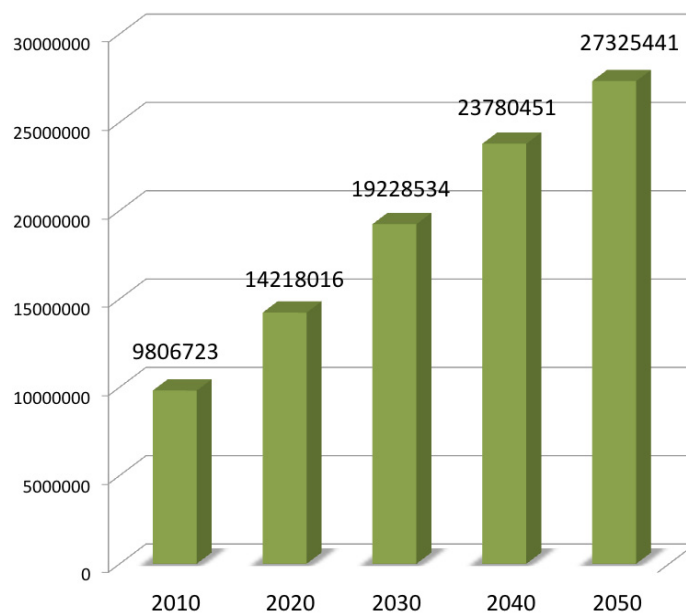


FIGURA 4. PROYECCIÓN POBLACIONAL DE LA POBLACIÓN DE MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS HASTA EL AÑO 2050. FUENTE: CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MÉXICO 2005 – 2050. CONAPO 2006.

Proyección poblacional Mujeres mayores de 50 años México 2010 – 2050.



5.4 MEDICAMENTOS

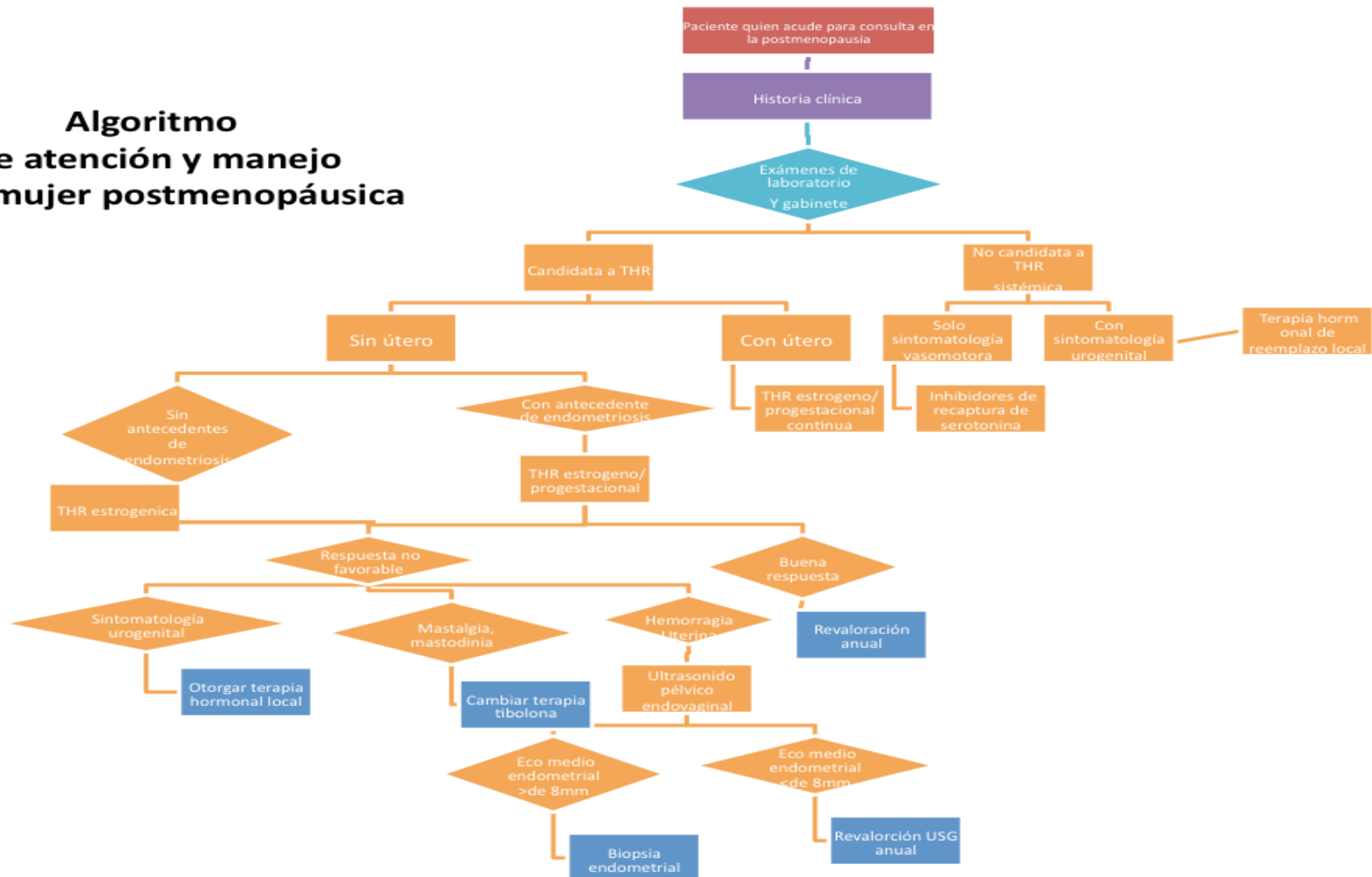
CUADRO I. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA POSTMENOPAUSIA

Clave	Principio Activo	Dosis Recomendada	Presentación	Periodo de Uso	Efectos Adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1508	Estrogenos Conjugados y Medroxiprogesterona	0.625mg y 2.5mg	Caja con 28 grageas.	6 a 12 meses y revalorar el caso.	Náusea, vómito, dispepsia, meteorismo, cefalea, retención hídrica, mastalgia, mastodinia, trombosis venosa, hepatitis	Fenobarbital, y la fenitoina, rifampicina y dexametasona pueden reducir su efecto Eritromicina y ketoconazol pueden aumentar sus niveles plasmáticos	Hipersensibilidad al fármaco, cáncer estrógeno dependiente, patología hepática actual, sangrado uterino no diagnosticado, endometriosis
1516	17B estradiol y drospirenona	Una gragea al día	Envase con 28 grageas, estradiol 1mg y drospirenona 2mg	6 a 12 meses y revalorar el caso.	Gastrointestinales, dispepsia, cefalea, mastalgia mastodinia, aumento tamaño miomas	Fenobarbital, y la fenitoina, rifampicina y dexametasona pueden reducir su efecto Eritromicina y ketoconazol pueden aumentar sus niveles plasmáticos	Hipersensibilidad al fármaco, cáncer estrógeno dependiente, patología hepática actual, sangrado uterino no diagnosticado
1513	17B estradiol y trimegestona	1a gragea al día	Caja con 28 grageas 17b estradiol 1mg y trimegestona 0.125mg terapia ciclica	6 a 12 meses y revalorar el caso.	Efectos gastrointestinales, dispepsia, cefalea, mastalgia mastodinia, aumento en tamaño miomas, Retención hídrica	El fenobarbital, y la fenitoina, rifampicina y dexametasona pueden reducir su efecto Eritromicina y ketoconazol pueden aumentar sus niveles plasmáticos	Hipersensibilidad al fármaco, cáncer estrógeno dependiente, patología hepática actual, sangrado uterino no diagnosticado
1506	Estrógenos Conjugados Equinos	0.625mg Dosis respuesta iniciando dos veces por semana	Tubo con crema vaginal	Mientras persistan los síntomas	Hipersensibilidad al fármaco, mastalgia, mastodinia, disuria	No conocidas	Hipersensibilidad al compuesto activo, neoplasia genital
1514	17B estradiol y trimegestona	1 gragea al día	Caja con 28 grageas 17bestradiol 1mg y trimegestona 0.125mg continua	6 a 12 meses y revalorar el caso.	Efectos gastrointestinales, dispepsia, cefalea, mastalgia mastodinia, aumento del tamaño de miomas, Retención hídrica	El fenobarbital, y la fenitoina, rifampicina y dexametasona pueden reducir su efecto Eritromicina y ketoconazol pueden aumentar sus niveles plasmáticos	Hipersensibilidad al fármaco, cáncer estrógeno dependiente, patología hepática actual, sangrado uterino no diagnosticado
4206	Estriol	Dosis respuesta, iniciando aplicación 1cm dos veces por semana	Tubo crema vaginal 15g	Mientras persistan los síntomas	Hipersensibilidad al fármaco, disuria	No conocidas	Hipersensibilidad al compuesto activo, neoplasia genital
4483	Fluoxetina	20 a 40 mg por día	Tabletas de 20mg	6 a 12 meses y revalorar el caso.	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trast. visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad.	No debe de administrarse en pacientes que se encuentren en terapia con SERMS, por ejemplo: Tamoxifeno Raloxifeno	Hipersensibilidad a fluoxetina. Ancianos. Insuficiencia hepática y/o renal. Lactancia.
2207	Tibolona	1 gragea al día	Caja con 30 grageas de 2.5mg	6 a 12 meses y revalorar el caso.	Efectos gastrointestinales, dispepsia, cefalea, mastalgia mastodinia, aumento del tamaño de miomas, intolerancia a la glucosa, Retención hídrica	Aumento de la sensibilidad a los anticoagulantes	Hipersensibilidad al fármaco, cáncer estrógeno dependiente, patología hepática actual, sangrado uterino no diagnosticado

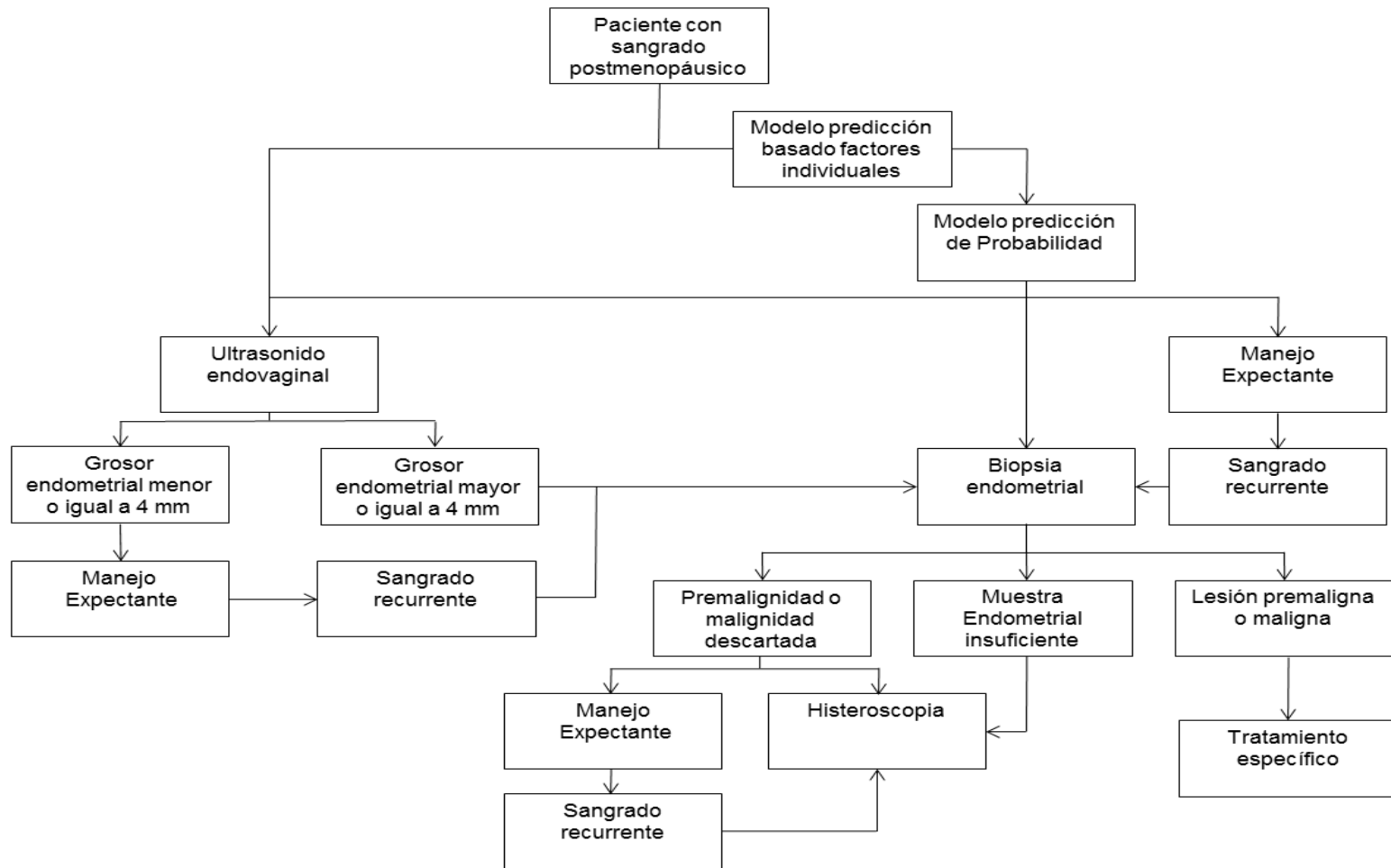
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

ALGORITMO 1. ATENCIÓN Y MANEJO DE LA MUJER POSTMENOPÁUSICA.

Algoritmo de atención y manejo de la mujer postmenopáusica



ALGORITMO 2. MANEJO DEL SANGRADO TRANSVAGINAL EN LA MUJER POSTMENOPÁUSICA.



Obtenido de: Breijer MC, Timmermans A, van Doorn HC, Mol BWJ, Opmeer BC. Diagnostic strategies for postmenopausal bleeding. Obstet Gynecol Int 2010; 2010: 850812.

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.

AMENORREA: ausencia de la menstruación por 90 días o más.

ANDROGENOS: hormonas esteroides de 19 átomos de carbono producidas en el testículo, corteza suprarrenal y ovario. Los principales son la testosterona y la androstendiona. Estos se biotransforman en estrógenos.

ATROFIA UROGENITAL: disminución del grosor epitelial y tono muscular de vulva y uretra secundarios a la deficiencia estrogénica.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO: extracción y examen microscópico del tejido endometrial con fines diagnósticos.

BOCHORNO: expresión coloquial que se refiere a los síntomas vasomotores.

CLIMATERIO: (del gr. klimater, escalón). Periodo de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva con límites difusos; se inicia con la declinación de la función folicular y termina cuando las manifestaciones del hipoestrogenismo se confunden con los cambios de la senectud. El STRAW recomienda, indistintamente, el término “climaterio o perimenopausia”, sin embargo el CAMS define al climaterio como la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva.

DISPAURENIA: coito doloroso.

ESTROGENOS: hormonas esteroides de 18 átomos de carbono que se producen principalmente en el ovario y en menor proporción en otros tejidos. Los principales son: estradiol, estrona y estriol. En la mujer postmenopáusica predomina la estrona, cuya formación ocurre en tejidos periféricos a partir de andrógenos ováricos y suprarrenales.

ESTROGENOS CONJUGADOS: preparaciones farmacológicas que contienen una mezcla de diversos estrógenos, siendo sus principales constituyentes el sulfato de estrona, sulfato de equilina y la 17 μ dihidroequilina. Según su origen se clasifican en equinos y vegetales.

FACTOR DE RIESGO: característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

GONADOTROPINAS: hormonas de origen hipofisiario o coriónico que estimulan la producción hormonal en el ovario.

HIPERACTIVIDAD DEL DETRUSOR: incremento en la actividad vesical diagnosticado mediante pruebas urodinámicas.

HIPERPLASIA: multiplicación anormal de los elementos de un tejido debida a un proceso inflamatorio o neoplásico.

HIPOESTROGENISMO: disminución en la producción ovárica de estrógenos.

HISTEROSCOPIA: examen de la cavidad del útero con un instrumento óptico llamado histeroscopio.

INCONTINENCIA URINARIA: cualquier pérdida involuntaria de orina.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: pérdida de orina al toser o al hacer ejercicios.

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA: pérdida urinaria acompañada o precedida de un tenesmo (fuerte deseo de evacuar).

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA: pérdida involuntaria de orina cuando coexisten la incontinencia urinaria de esfuerzo y la de urgencia o la de esfuerzo con hiperactividad del detrusor.

INDICACION: prescripción, aplicación de un medicamento, práctica de examen (laboratorio o gabinete) de acuerdo a las necesidades y factores de riesgo para la salud.

INFECCIÓN RECURRENTE DE VÍAS URINARIAS. tres episodios de infección de vías urinarias en los últimos doce meses o la aparición de dos cuadros en los últimos 6 meses.

INSUFICIENCIA OVARICA PREMATURA: Insuficiencia ovárica antes de los 40 años de edad con ausencia menstrual permanente o transitoria.

IRVU: Infección Recurrente de Vías Urinarias.

IVU: Infección de Vías Urinarias

MASTOGRAFIA O MAMOGRAFIA: estudio radiológico de las mamas.

MENOPAUSIA: corresponde al último periodo menstrual, se diagnostica en retrospectiva una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista otra causa obvia, patológica o fisiológica.

MENOPAUSIA ESPONTANEA: menopausia que se presenta sin ningún problema aparente médico o quirúrgico que puede modificar la edad de aparición de los síntomas. Refleja la disminución fisiológica, casi completa, de la función ovárica por baja en la cantidad de folículos.

MENOPAUSIA INDUCIDA: cese de la menstruación debido a la pérdida de la función ovárica por extirpación quirúrgica de útero, anexos o ambos, o por la ablación endometrial, por radiación o quimioterapia. La ooforectomía bilateral es la causa más común de menopausia inducida. Dependiendo de la edad de la mujer, la insuficiencia ovárica ocasionada por la quimioterapia puede ser transitoria.

MENOPAUSIA PREMATURA: cese de las menstruaciones antes de los 40 años de edad de manera natural o inducida. De acuerdo con el CAMS es la que ocurre a una edad menor de dos desviaciones estándar por debajo de la media de edad calculada para la población de referencia y sostiene que los 40 años de edad son un punto de corte arbitrario por debajo del cual la menopausia es prematura.

MIOMATOSIS UTERINA: presencia de neoplasias benignas en el tejido muscular del útero.

NAMS: North American Menopause Society.

OBESIDAD: enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en el adulto cuando existe un índice de masa corporal $[\text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}]$ mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

OSTEOPOROSIS: disminución en la densidad mineral ósea con daño a la microarquitectura y aumento en la frecuencia de fracturas con trauma mínimo. La densidad mineral ósea se encuentra 2.5 o más desviaciones estándar por debajo del promedio para adultos jóvenes normales (índice T < a -2.5).

PERIMENOPAUSIA: sinónimo de transición menopáusica. La perimenopausia reúne tres eventos importantes: transición menopausia, una parte de la premenopausia y un año posterior al último periodo menstrual; la menopausia como evento es un accidente en este periodo y marca para el clínico diferentes etapas del climaterio.

POLIPO: neoplasia benigna generalmente pediculada que se desarrolla en una membrana mucosa a expensas de alguno de los elementos de ésta.

PROGESTÁGENOS: esteroideos sintéticos que contienen progesterona y progestinas, derivados de la 19 nortestosterona o de la 17a hidroxiprogesterona que ejercen acción hormonal similar a la progesterona.

PROGESTERONA: hormona esteroide de 21 átomos de carbono que se produce principalmente en el ovario.

QALY's (calidad de vida ajustada por año): medida establecida para evaluar el impacto en la salud que representa algún padecimiento, incluye la calidad y cantidad de años vividos con el mismo. Generalmente se usa para determinar el costo económico que representa llevar a cabo determinada intervención médica. Su cálculo se basa en el número de años de vida que podrían ser añadidos tras realizar una intervención.

RALOXIFENO: modulador selectivo del receptor de estrógenos (SERMS), es un benzotiofeno con propiedades agonistas y antagonistas del estrógeno. Posee efecto hipolipemiente y nula estimulación del endometrio. Se utiliza en la terapia no hormonal de la osteoporosis.

RIESGO: probabilidad de ocurrencia para una enfermedad, un accidente o un evento dañino.

SERMS: siglas en inglés de Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógenos. Compuestos hormonales sintéticos no esteroideos, que actúan a través de los receptores de estrógenos produciendo efectos diversos en los tejidos.

SINDROME CLIMATERICO: conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y postmenopausia, como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo.

SINTOMAS VASOMOTORES: también conocidos como “sofocos ó bochornos”, constituyen la manifestación más característica del climaterio y se definen como una sensación subjetiva de calor que habitualmente se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración que se sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca. El insomnio, la cefalea y los mareos, aunque pueden estar presentes en mujeres con síntomas vasomotores intensos, no han mostrado una asociación causal con la disminución de estrógenos.

TERAPIA DE REEMPLAZO ESTROGÉNICA: tratamiento hormonal que incluye sólo estrógenos, encaminado a restablecer el equilibrio que ha disminuido o se ha perdido durante la peri o postmenopausia.

TERAPIA HORMONAL REEMPLAZO (THR): tratamiento que incluye estrógenos más alguna progestina, encaminado a restablecer el equilibrio que ha disminuido o se ha perdido en la peri o en la postmenopausia.

TERAPIA HORMONAL LOCAL (TÓPICA): estrógenos que se aplican localmente pero que su absorción no es sistémica, pero sus efectos sí son clínicamente significativos.

TERAPIA HORMONAL SISTÉMICA: la que se absorbe y llega al torrente circulatorio desde donde ejerce efectos clínicos significativos.

TIBOLONA: compuesto esteroideo, relacionado estructuralmente con los derivados de la 19-nortestosterona, con triple débil actividad estrogénica, progestacional y androgénica. Este esteroide es un compuesto de acción específica por tejido, lo que significa que en cada uno de los tejidos en los que actúe producirá fundamentalmente uno de los efectos hormonales mencionados.

TRANSICION MENOPÁUSICA: periodo que precede a la menopausia, durante el cual existen cambios en el patrón de sangrado, con elevación de FSH y síntomas relacionados con el climaterio hasta un año de instaurada la menopausia.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Angioni S, Loddo A, Milano F, Piras B, Minerba L, Melis GB. Detection of benign intracavitary lesions in postmenopausal women with abnormal uterine bleeding: a prospective comparative study on outpatient hysteroscopy and blind biopsy. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:87-91.
2. Bourne T, Hamberger L, Hahlin M, Granberg S. Ultrasound in Gynecology: endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 56: 115-27.
3. Breijer MC, Timmermans A, van Doorn HC, Mol BWJ, Opmeer BC. Diagnostic strategies for postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol Int* 2010; 2010: 850812.
4. Bromberger JT, Kravitz HM. Mood and menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over ten years. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011; 38: 609-25.
5. Buys SS, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2011; 305: 2295-303.
6. Clayton AH, Ninan PT. Depression or Menopause? Presentation and Management of Major Depressive Disorder in Perimenopausal and Postmenopausal Women. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12:PCC. 08r00747blu.
7. Cody JD, Richardson K, Moehrer B, Hextall A, Glazener CMA. Terapia estrogénica para la incontinencia urinaria en mujeres posmenopáusicas (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD001405. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Guía de práctica clínica para el estudio del climaterio y la menopausia. *Ginecol Obstet Mex* 2009; 77:S253-76.
9. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyección de la población de México 2005 – 2050. CONAPO. Primera edición. Noviembre de 2006. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>. (19 de septiembre de 2012).
10. Coutado A. Menopausia y terapia hormonal. Guías clínicas en atención primaria España 2004; 4(9): 9p.
11. Coutado A, Bello A, Román MD, Barcón MD. Menopausia. Abordaje desde atención primaria. *Cad Aten Prim* 2008; 15: 33-8.
12. Daud S, Jalil SS, Griffin M, Ewies AA. Endometrial hyperplasia – the dilemma of management remains: a retrospective observational study of 280 women. *Eur J Obstet Gynecol reprod Biol* 2011; 159: 172-5.
13. Davis SR, Moreau M, Bouchard C, Panay N, Gass M, Braunstein GD, Linden Hirschberg A, et al. for the APHRODITE Study Team. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med* 2008; 359: 2005-17.
14. Delmas PD, Davis SR, Hensen J, Adami S, Van Os S, Nijland EA. Effects of tibolone and raloxifene on bone mineral density in osteopenic postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2008; 19:1153–1160.

15. Dijkhuizen FP, Mol BWJ, Brölmann AM, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. *Cancer* 2000; 89: 1765-72.
16. Fleisher AC, Andreotti RF, Allison SO, Angtuaco TL, Horrow MM, Lee SI, Javitt MC, Lev-Toaff AS, Scoutt LM, Zelop C, Expert Panel on Women's Imaging. ACR Appropriateness Criteria abnormal bleeding. (online publication). Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2007. 5 p. (25 references).
17. Furness S, Roberts H, Marjoribanks J, Lethaby A, Hickey M, Farquhar C. Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD000402. DOI: 10.1002/14651858.CD000402.pub3.
18. Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, et. al. Cardiovascular Disease Outcomes During 6.8 Years of Hormone Therapy Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Follow-up (HERS II). *JAMA* 2002; 288:49-57.
19. Greiser CM, Greiser EM, Dören M. Menopausal hormone therapy and risk of ovarian cancer: systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2007; 13(5): 453-463.
20. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asociación Española para el estudio de la Menopausia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
21. Hammar ML, Van Der Weijer P, Franke HR, Pornel B, Von Mauw EMJ, Nijland EA, TOTAL Study Investigators Group. Tibolone and low-dose continuous combined hormone treatment: vaginal bleeding pattern, efficacy and tolerability. *BJOG* 2007; 114: 1522-29.
22. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, Sherman S, et al. for the STRAW +10 Collaborative Group. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of stating reproductive aging. *Fertil Steril* 2012; 97: 843-51.
23. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA* 2005; 293: 935-48
24. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D. Randomized Trial of Estrogen Plus Progestin for Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Postmenopausal Women. *JAMA*. 1998;280(7):605-613.
25. Ismail SI, Bain C, Hagen S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD007063. DOI: 10.1002/14651858.CD007063.pub2.
26. Kobayachi H, Yamada Y, Sado T, Sakata M, Yoshida S. A randomized study of screening for ovarian cancer: a multicenter study in Japan. *Int J Gynecol Cancer* 2008; 18(3): 414-420.
27. LaCroix AZ, Chlebowski RT, Manson JE, Aragaki AK, Johnson KC. Health Outcomes After Stopping Conjugated Equine Estrogens Among Postmenopausal Women With Prior Hysterectomy A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2011;305(13):1305-1314.
28. Leitch AM, Dodd GD, Costanza M, Linver M, Pressman P, et. al. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Breast Cancer: Update 1997. *CA Cancer J Clin* 1997; 47: 150-153.
29. Lethaby A, Hogervorst E, Richards M, Yesufu A, Yaffe K. Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD003122. DOI: 10.1002/14651858.CD003122.pub2. NAMS. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2008; 15(4): 584-603.

30. NAMS. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2010; 17: 242-255.
31. Norman RJ, Flight IHK, Rees MCP. Terapia de remplazo hormonal con estrógenos y progestágenos para mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas: peso y distribución de la grasa corporal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
32. Palacios S. Advances in hormone replacement therapy: making the menopause manageable. *BMC Women's Health* 2008, 8:22p.
33. Pearce CL, Chung K, Pike MC, Wu AH. Increased Ovarian Cancer Risk Associated With Menopausal Estrogen Therapy Is Reduced by Adding a Progestin. *Cancer* 2009; 115:531-539.
34. Pearce KF, Haefner HK, Sarwar SF, Nolan TE. Cytopathological findings on vaginal Papanicolaou smears after hysterectomy for benign gynecologic disease. *N Engl J Med* 1996 ;335:1559-62.
35. Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD005131. DOI: 10.1002/14651858.CD005131.pub2
36. Raz R, Stamm WE. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. *N Engl J Med* 1993; 329: 753-6.
37. Rossouw JE, Prentice RS, Manson JE, Wu L, Barad D, et. al. Postmenopausal Hormone Therapy and Risk of Cardiovascular Disease by Age and Years Since Menopause. *JAMA*. 2007;297: 1465-1477.
38. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Scientific Advisory Committee Opinion Paper 6 (2nd edition). 2010; 12 p.
39. Royal College of Nursing. Complementary approaches to menopausal symptoms. RCN guidance for nurses, midwives and health visitors 2006: 23p.
40. Royal College of Nursing. Women's health and the menopause. RCN guidance for nurses, midwives and health visitors 2005: 24p.
41. Salpeter SR, Walsh JME, Greyber E, Ormiston TM, Salpeter EE. Mortality Associated with Hormone Replacement Therapy in Younger and Older Women a Meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2004;19: 791-804.
42. Salpeter SR, Buckley NS, Liu H, Salpeter EE. The cost-effectiveness of hormone therapy in younger and older postmenopausal women. *American Journal of Medicine* 2009 122(1):42-52.
43. Saslow D, Runowicz C, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, et. al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 342-362.
44. Sawaya G, Grady D, Kerlikowske K, La Valleur J, Barnabei V, et.al. The Positive Predictive Value of Cervical Smears in Previously Screened Postmenopausal Women: The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS). *Ann Intern Med* 2000; 133:942-950.
45. Seebacher V, Schmid M, Polteraureur S, Hefler-Frischmuth K, Leipold H, Concin N, Reinthaller A, Hefler L. The presence of postmenopausal bleeding as prognostic parameter in patients with endometrial cancer: a retrospective multi-center study. *BMC Cancer* 2009; 9:460.
46. Sturdee DW, Pines A, on behalf of the International Menopause Society (IMS) Writing Group. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2011; 14:302-30.

47. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Clinical Practice Guideline. Asymptomatic endometrial thickening. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32: 990-9.
48. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Mood, memory, and cognition. In: Menopause and osteoporosis update 2009. J Obstet Gynaecol Can 2009 Jan; 31(1Suppl 1):S31-3. [27 references]
49. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) Menopause and osteoporosis update 2009. J Obstet Gynaecol Can 2009; 31(1 Suppl 1):S27-30.
50. Stefanick ML, Anderson GL, Margolis KL, Hendrix SL, Rodabough RJ, et. al. Effects of Conjugated Equine Estrogens on Breast Cancer and Mammography Screening in Postmenopausal Women With Hysterectomy. JAMA. 2006;295: 1647-1657.
51. Tabor A, Watt HC, Wald NJ. Endometrial thickness as a test for endometrial cancer in women with postmenopausal vaginal bleeding. Obstet Gynecol 2002; 99: 663-70.
52. The North American Menopause Society. The role of local vaginal estrogen for treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women: 2007 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2007; 14: 355-69.
53. Timmermans A, Opmeer BC, Khan KS, Bachmann LM, Epstein E, Clark TJ, Gupta JK, Bakour SH, van den Bosch T, van Doorn HC, Cameron ST, Giusa MG, Dessole S, Dijkhuizen FP, Ter Riet G, Mol BW. Endometrial thickness measurement for detecting endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol 2010;116:160-7.
54. Van Doorn HC, Timmermans A, Opmeer BC, Kruitwagen RF, Dijkhuizen FP, Kooi GS, Van De Weijer PH, Mol BW, Dupomeb F. What is the recurrence rate of postmenopausal bleeding in women who have a thin endometrium during a first episode of postmenopausal bleeding? Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87: 89-93.
55. Velázquez-Hernández N, Sánchez-Anguiano LF, Lares-Bayona EF, Cisneros-Pérez V, Milla-Villeda RH, et. al. Comparación de la utilidad diagnóstica entre la inspección visual con ácido acético y la citología cervical. Ginecol Obstet Mex 2010;78(5):261-267.
56. Videlefsky A, Grossl N, Denniston M, Sehgal R, Lane M, Goodenough G. Routine Vaginal Cuff Smear Testing in Post-Hysterectomy Patients With Benign Uterine Conditions: When Is It Indicated. J Am Board Fam Med. 2000; 13(4): 233-238.
57. 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 (WHI) randomized controlled trial. JAMA 2002;288: 321-33.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Lic. Francisco García	Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIDS. Instituto Mexicano del Seguro Social
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud / SSA

Mtro Salomón Chertorivski Woldenberg

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo

Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidente
Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Alfonso Petersen Farah Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Secretario del Consejo de Salubridad General	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. José Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2012-2013
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos Secretario de Salud en el Estado de Oaxaca	Titular 2012-2013
Dr. Jesús Frago Bernal Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	Titular 2012-2013
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dra. Sara Cortés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Ing. Ernesto Dieck Assad Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente

Dr. Sigfrido Rangel Fraustro
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud
Dra. Mercedes Macías Parra
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría
Dr. Esteban Hernández San Román
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC

Asesor Permanente

Invitado

Secretario Técnico