GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Atención de los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la postmenopausia

GPC

Guía de Práctica Clínica

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

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

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 especificados
GPC
Atención de los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la postmenopausia
ISBN en trámite

DEFINICIONES

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.

PREVENCIÓN PRIMARIA

La opción de indicar Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) es sólo una estrategia como parte de un manejo integral que se le debe ofrecer a la mujer postmenopáusica; su evaluación es la misma 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:

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.

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. 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; pero sobretodo, permitirá identificar factores de riesgo existentes en cada caso para ofrecer un manejo integral e individualizado.

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. 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. 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. 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. 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.

DIAGNÓSTICO

La menopausia corresponde al último periodo menstrual y se determina de forma retrospectiva una vez que han trascurrido 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). 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

*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.

TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO (THR)

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. 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. Las únicas situaciones para iniciar THR son:

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

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

- Prevención y tratamiento de osteoporosis

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. 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

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

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.

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

- 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.

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

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

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. 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 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 reemplazo. 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. 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.

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA EN LA POSTMENOPAUSIA

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. 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.
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. 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. 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. Los principales síntomas urogenitales en la mujer postmenopáusica son: dispareunia, vaginitis, poliaquiuria, disuria y urgencia urinaria.
La depresión, ansiedad, cansancio, pérdida de concentración y memoria son experiencias comunes en el periodo postmenopáusico. El manejo médico de la mujer postmenopáusica se describe en el **Algoritmo I**.

DETECCIÓN OPORTUNA DE NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS

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. 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.

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 reemplazo o no. 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. 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.

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 en 1.28 veces. El riesgo para cáncer de ovario se reduce cuando se administra progestina en combinación con estrógenos. 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. En las mujeres postmenopáusicas la exploración pélvica bi-manual cada año podría contribuir en la detección temprana de tumores pélvicos. 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.

En las mujeres postmenopáusicas asintomáticas, no se debe practicar biopsia endometrial como método de escrutinio para el cáncer endometrial. En aquellas asintomáticas, y que no están recibiendo terapia hormonal de reemplazo, 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.

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. En las mujeres mayores de 40 años, la realización anual de la mastografía puede reducir entre 26-36% la mortalidad por cáncer mamario. En las mujeres postmenopáusicas se debe realizar la mastografía de manera anual como prueba de escrutinio para el cáncer de mama.

SANGRADO TRANSVAGINAL

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. La causa más frecuente de sangrado transvaginal en la mujer postmenopáusica es la atrofia endometrial. 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. 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. 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. 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; aunque el valor 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. 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). 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). La D&C es el método tradicional utilizado para abordar el sangrado postmenopáusico; sin embargo, actualmente esta alternativa se considera obsoleta y ha sido remplazada por métodos menos invasivos. 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 vaginoscopico, 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. 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. La histeroscopia con curetaje puede ser considerada cuando existe un reporte de hiperplasia endometrial (simple o compleja) obtenido tras una biopsia realizada en consultorio. 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.). Toda paciente con recidiva de la hemorragia debe ser valorada minuciosamente ya que presenta un riesgo considerable de carcinoma.

TRASTORNOS UROGENITALES

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 postmenopásuica 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. 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; los estrógenos vaginales (locales) en comparación con placebo disminuyen el número de IVU de manera significativa. 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; 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. 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. Los productos alimenticios derivados el arándano disminuyen significativamente la incidencia de IVU, por lo que la paciente con IRVU debe ser informada que los productos derivados del arándano son efectivos en reducir la recurrencia de infección.

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. 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 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.

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

SEXUALIDAD

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. No se recomienda la evaluación rutinaria del nivel de las hormonas sexuales en las mujeres postmenopáusicas con trastornos sexuales. En aquellas 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. Se recomienda el uso de terapia estrogénica local y/o lubricantes vaginales para mejorar la sintomatología de dispareunia.

FUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

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). 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. 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:

- 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.

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. Las mujeres que se encuentran en el periodo de transición menopáusica son más vulnerables a padecer 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.
Existen pruebas convincentes de que la THR no previene el deterioro cognitivo en las mujeres postmenopáusicas.
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.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

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.

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

- 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.

Sistema de Contrarreferencia: Se realizará contrarreferencia del nivel superior al nivel de donde se

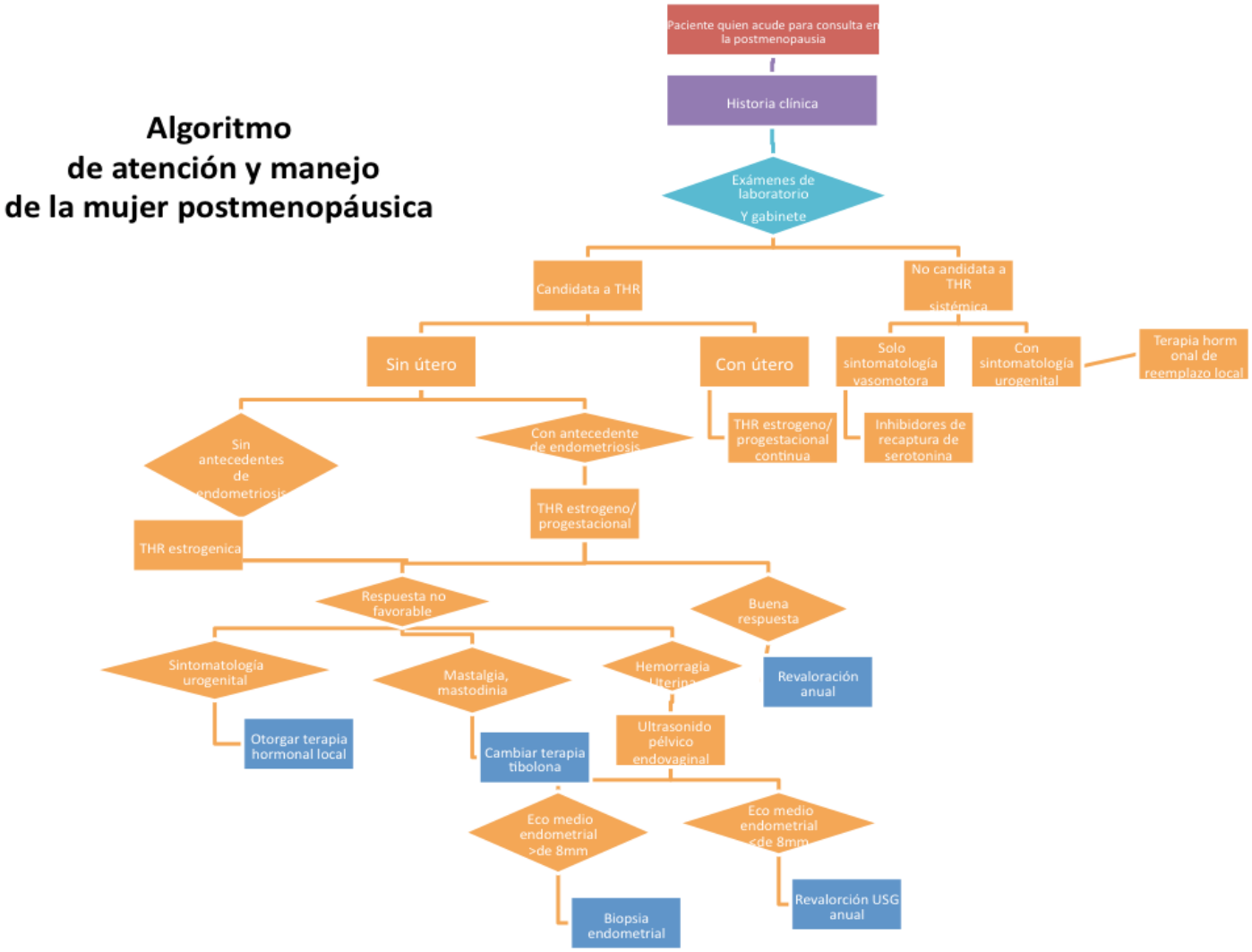
originó la referencia, para el seguimiento y manejo de la paciente, de acuerdo a indicaciones claras y precisas, descritas en los formatos establecidos de cada institución para tal fin.

INCAPACIDAD

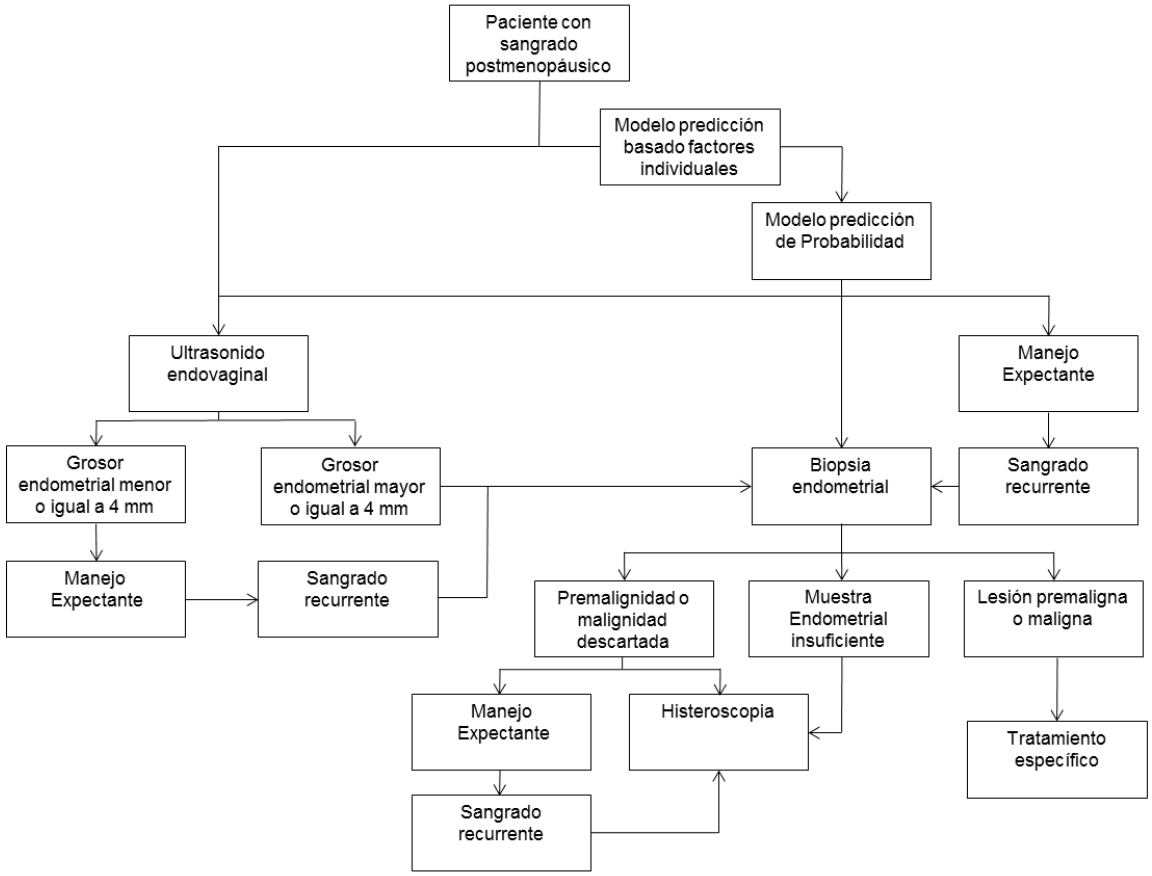
Dentro de normativa vigente, la incapacidad otorgada a la paciente dependerá de la evaluación individualizada de cada caso.

ALGORITMOS

Atención y manejo de la mujer postmenopáusica



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.