

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica GPC

ACTUALIZACIÓN

2013

Diagnóstico y Tratamiento
de la
**PERIMENOPAUSIA
Y POSTMENOPAUSIA**

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC: **S1908**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA	4
3. HISTORIA NATURAL DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA	5
4. DIAGRAMAS DE FLUJO	17

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA

CIE- 10: N95.1 ESTADOS MENOPÁUSICOS Y CLIMATÉRICOS FEMENINO.

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA**DEFINICIÓN**

Menopausia: evento o etapa en la vida de la mujer, que marca el final de la vida reproductiva llegando en forma más objetiva a la ausencia de la menstruación después de 12 meses, considerándose natural o fisiológica la que se presenta a partir de los 40 años de edad.

Síndrome climatérico: Conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y posmenopausia, incluye los síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, alteraciones psicológicas y atrofia genital.

Etapas de transición a la menopausia: también conocida en nuestro medio como perimenopausia, inicia con variaciones en la duración del ciclo menstrual y un aumento de la Hormona folículo estimulante (FSH) sin incremento de la hormona Luteinizante (LH) y termina con la ausencia de la menstruación por 12 meses.

Perimenopausia: Significa literalmente sobre o alrededor de la menopausia, empieza al mismo tiempo de la Transición a la menopausia y termina un año después del último período menstrual.

Postmenopausia: Periodo que inicia a partir del año de la ausencia de la menstruación hasta el fin de la vida.

PREVENCIÓN

El personal de salud debe fomentar la modificación de estilos de vida saludables como:

Realizar ejercicio físico regular, control de peso, reducción de tabaquismo o bebidas alcohólicas lo que puede reducir la sintomatología vasomotora y prevenir la osteoporosis en mujeres climatóricas, alimentación rica en calcio.

Es recomendable en esta etapa el consumo de alimentos ricos en calcio y bajos en grasas saturadas, que cuando existe intolerancia a los lácteos se darán suplementos de calcio y vitamina D.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CLASIFICACIÓN

Evaluar a la mujer y clasificar por medio de la clasificación de STRAW (Algoritmo 1, tabla 1), en qué etapa se encuentra, debiendo clasificarla de acuerdo a cada caso en:

- ❖ Etapa reproductiva.
- ❖ Transición a la menopausia (perimenopausia)
- ❖ Postmenopausia.

El diagnóstico de menopausia se establece por la ausencia de menstruación por 12 meses o más en mujer con útero.

El diagnóstico del síndrome climatérico es clínico, basado en una historia clínica orientada y fundamentada en:

- ❖ Trastornos menstruales
- ❖ Síntomas vasomotores (Bochornos y/o sudoraciones)
- ❖ Manifestaciones Genitourinarias.
- ❖ Trastornos psicológicos (cambios del estado de ánimo, ansiedad, depresión, alteraciones del patrón de sueño).

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La realización de FSH y/o antimülleriana será en casos de duda diagnóstica o en mujeres con histerectomía para el diagnóstico de menopausia o transición a la menopausia.

Es compatible con transición a la menopausia los niveles arriba de 25 UI/L de Hormona folículo estimulante (FSH).

La evaluación integral de la mujer en etapa climatérica debe incluir los siguientes estudios:

- Citología cervicovaginal
- Perfil de lípidos
- Glucosa sérica
- Mastografía basal por lo menos un año antes.
- Ultrasonido pélvico
- Examen General de orina
- TSH sérica
- Densitometría (Ver GPC osteoporosis) en pacientes mayores de 60 años, si no se cuenta con el recurso se puede aplicar el instrumento clínico FRAX.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las alteraciones de la transición a la menopausia o menopausia se divide en farmacológico y no farmacológico, el farmacológico contiene dos subgrupos:

- ❖ Tratamiento Hormonal (TH) en base a estrógenos y o progestágenos.
- ❖ No hormonal (Inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina), clonidina gabapentina o veraliprida.

Se debe de ofrecer de primer línea tratamiento hormonal (Estrógeno o estrógenos progestágenos) o no hormonal cuando haya contraindicación (Desvenlafaxina, Venlafaxina o Clonidina) para el tratamiento de las alteraciones de la transición a la menopausia o menopausia.

Se debe prescribir TH para controlar los síntomas del climaterio (síntomas vasomotores, trastornos del sueño, atrofia vaginal, dispareunia y disminución de la libido, los cuales pueden tener impacto adverso sobre la calidad de vida debiendo considerar el perfil de la paciente.

El considerar la posibilidad de Terapia hormonal (TH) debe incluir otras estrategias complementarias como estilos de vida en materia de alimentación y ejercicio, no fumar y consumo de alcohol en rangos seguros.

La TH combinada está indicada en mujeres con útero íntegro para reducir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio.

El esquema de terapia hormonal será seleccionado de acuerdo a la etapa del climaterio; bajo la elección de la paciente, en etapa de transición y perimenopausia se recomienda esquemas combinados secuenciales; en la posmenopausia esquema continuo combinado. (Algoritmo 2).

ESQUEMAS HORMONALES

De acuerdo a la forma de administración del estrógeno y la progesterona, existen diferentes esquemas de TH combinados.

- Terapia Cíclica
- Cíclico-Combinado
- Continuo Cíclico (Secuencial)
- Continuo Cíclico (Secuencial) de ciclo largo
- Continuo combinado
- Intermitente combinado

Las dosis que pueden utilizarse de terapia estrogénica son:

- Estrógenos conjugados derivados equinos (ECE) .625 mg
- Estradiol 1 mg (dosis estándar) y 0.125 mg (bajas dosis)
- Etinilestradiol + acetato de noretindrona.

Las dosis de progestágenos utilizados en la TH es:

- Acetato de Medroxiprogesterona (AMP) 2.5 mg o 5 mg por 12 días/ mes.
- Progesterona micronizada (100 o 200 mg por 10 o 12 días/mes)
- Acetato de noretindrona (0.35 mg 'por día o 5 mg por 10 días/mes)
- Drospirenona (3mg día)
- Levonogestrel (0.075 mg/día)

La TH combinada (estrógeno-progestágeno) está indicada en mujeres con útero íntegro para reducir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio.

Debe utilizarse el progestágeno es recomendable que sea por lo menos 12 a 14 días de cada mes.

El uso de TH está bien justificado en mujeres menores de 60 años sanas o dentro de los 10 años de menopausia.

Debe de ofrecerse TH en la mujer con menopausia prematura durante el tiempo necesario para llegar a la edad promedio de aparición en esa población menopausia espontáneo (50 años).

TRATAMIENTO HORMONAL

Las bajas dosis de TH deben ser consideradas para el control de las manifestaciones clínicas del a peri y postmenopausia, considerando el tiempo necesario para su control.

Las dosis estándar reconocidas de terapia estrogénica son:

Estrógenos conjugados derivados equinos (ECE) simples o combinados con Acetato de Medroxiprogesterona (AMP).625 mg

Estradiol 1 mg (dosis estándar) y 0.125 mg (bajas dosis)

Etinilestradiol + acetato de noretindrona.

Las bajas dosis reportadas en la literatura son:

Estrógenos conjugados (EC) orales de 0.3 mg día (no disponible en México)

17 estradiol oral micronizada 0.5 a 1 mg

17 estradiol transdérmica de 25 µg.

Es aconsejable que la TH combinada (Estrógeno-progestágeno) por vía oral se utilice en un periodo menor de 3 años, pudiendo utilizarse con mayor seguridad la Terapia estrogénica simple hasta 7 años.

Se debe valorar e individualizar la duración y dosis enfocándose a detectar perfil de riesgo (trombosis, cáncer de mama, enfermedad cardiovascular, y enfermedad cerebrovascular siempre y cuando el beneficio supere los riesgos.

La duración de la TH varía en cada paciente, siendo recomendable periodos cortos (meses o años), sin embargo puede prolongarse por varios años, principalmente con TH de bajas dosis.

El uso de periodos mayores de 5 años está justificado si:

Recidiva de sintomatológica con afección en su calidad de vida.

Mujeres menores de 60 años con indicaciones y con dosis bajas.

-Perfil de bajo riesgo de eventos tromboticos, accidentes cerebrovasculares y cáncer de mama).

Esta indicado el uso de Terapia estrogénica local cuando la sintomatología está ubicada exclusivamente en el área urogenital.

Considerar la vía transdérmica en la paciente con síndrome climatérico portadora de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, y/o hepatopatía crónica o con riesgo leve de trombosis.

Las pacientes candidatas a TH deben se ser informadas sobre el aumento del riesgo de cáncer de mama, accidentes cardiovasculares, cerebrales y eventos tromboticos, cáncer de ovarios).

En pacientes con riesgos de la terapia farmacológica durante el climaterio deben ser individualizados; siendo ideal su uso en:

Edad de menores de 60 años.

Motivo de consulta de la paciente

Repercusiones en la calidad de vida y

Aceptabilidad de a paciente al esquema farmacológico ofrecido.

No usar TH con estrógenos sin oposición progestacional en mujeres con útero ya que aumenta el riesgo de hiperplasia endometrial, siendo mayor el riesgo con dosis altas.

La terapia hormonal no se recomienda como tratamiento preventivo primario en la prevención de EVC en la menopausia, ni en pacientes mayores de 60 años.

Es recomendable no utilizar la TH combinada con acetato de Medroxiprogesterona en pacientes de 60 años o más con comorbilidad, ya que aumenta el riesgo de eventos cerebrovasculares y trombóticos.

CONTRAINDICACIONES

No debe indicarse terapia hormonal en pacientes con:

- Cáncer de mama
- Condiciones malignas dependientes de estrógenos
- Sangrado uterino anormal de causa desconocida
- Hiperplasia endometrial no tratada
- Tromboembolismo venoso idiopático o previo
- Enfermedad tromboembólica arterial
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad hepática aguda
- Hipertensión Arterial no controlada
- Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes
- Porfiria cutánea (contraindicación absoluta).

Se debe informar a las pacientes los efectos secundarios, aunque poco frecuentes de la TH.

La TH con tibolona en pacientes con trastornos de sangrado uterino disfuncional en la perimenopausia puede considerarse ya que muestra reducción del sangrado.

Para el control de la retención de líquidos es recomendable restringir el consumo de sal, ingestión adecuada de agua, ejercicio, o uso de un diurético.

La COFEPRIS en el año 2011 emite un comunicado sobre el reporte de dos estudios de pacientes que ingerían píldoras anticonceptivas con drospirenona y etinilestradiol (0.03 mg más drospirenona 3 mg) mostraron mayores eventos trombóticos en comparación con el uso de levonogestrel, recomendando no usar anticonceptivos hormonales combinados en pacientes con perfil de riesgo trombóticos (fumadoras, obesas, mujeres mayores de 35 años como método anticonceptivo, recomendaciones ya ampliamente emitidas desde hace algún tiempo.

La alerta de drospirenona que reportó la FDA compete a la presentación anticonceptiva, la cual contiene mayor dosis de progestágeno, sin embargo recordar que cualquier tratamiento hormonal siendo recomendable evitar en pacientes con alto riesgo (obesidad, tabaquismo, enfermedad cardiovascular, cáncer de mama o endometrial, trombosis venosa o arterial).

CONTROL DE EFECTOS SECUNDARIOS NO GRAVES

Recomendar para el control de:

- Distensión abdominal: cambiar el estrógeno oral a otra vía de dosis bajas; o reducir la dosis del progestágeno, cambiar a otra progestinas o progesterona micronizada.
- Mastalgia: reducir de dosis de estrógeno; cambiarlo; restringir la sal; cambiar la progestina; disminuir cafeína o chocolate.
- Cefalea cambiar a estrógeno no oral o reducir dosis de estrógenos y/o progestágenos, cambiar a un régimen continuo combinado; cambiar a progesterona o a un derivado 19-norpregnano; ingesta adecuada de agua; restringir la sal; la cafeína y el alcohol.
- Cambios de ánimo búsqueda de depresión preexistentes, reducir la dosis de progestágeno; cambio de progestina sistémica a intrauterina; cambio a régimen combinado continuo; ingesta adecuada de agua; restringir la sal; la cafeína y el alcohol.
- Náuseas recomendar ingesta de las tabletas de estrógenos junto a las comidas o antes de dormir; cambio a otro estrógeno oral; cambio a estrógeno no oral; reducir la dosis de estrógeno o de progestágeno.

HORMONAS BIOIDÉNTICAS

Las Hormonas 'bioidénticas' o 'naturales' son hormonas del tipo estradiol, la estrona o estriol, progesterona, testosterona, y Hormona del crecimiento, denominadas 'naturales' sustancias sintetizadas ' a partir de ñame vegetal mexicano (camote) y son idénticos a los estrógenos ováricos, considerándose productos no-probados. No está recomendado el uso de hormonas bioidénticas como tratamiento hormonal, debiendo fomentar la información a la paciente de la poco conocimiento que existe.

TRATAMIENTO NO HORMONAL

Los fármacos no hormonales que han mostrado eficacia para atenuar los síntomas vasomotores se dividen en dos grupos:

1.- Fármacos

- Los inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina (Desvenlafaxina o Venlafaxina)
- Clonidina, Gabapentina,
- Veraliprida.

2.- Fitoterapia:

Isoflavonas (soya)

- Ginsen
- Camote mexicano
- Valeriana
- Derivados de soya, (Isoflavonas, genisteína, daiteína), lignanos (cereales, frutas, vegetales y semillas)
- Cumestanos (alfalfa)

La terapia no hormonal está indicada cuando existe contraindicación para la misma en el control del síndrome vasomotor o en pacientes que no aceptan la TH mostrando mayor utilidad en pacientes con síntomas vasomotores leves.

Un medicamento que se ha utilizado durante cerca de 20 años en México es la veraliprida disponible en México, no en el IMSS, medicamento antidopaminérgico, la cual reduce los síntomas hasta un 80% en promedio.

En la República Mexicana El Centro Nacional de Farmacovigilancia (COFEPRIS) emite recomendaciones de seguridad en Mayo del 2009, y vigentes actualmente siendo las siguientes:

- Indicarlas sólo para control de crisis vasomotoras y manifestaciones psicofuncionales del climaterio.
- Respetar el esquema terapéutico de uso diario de en dosis de 100 mg 20 días con 10 días de descanso
- Vigilancia y seguimiento estrecho para detección efectos discinecias.
- Realizar un seguimiento estrecho y reportar cualquier sospecha de reacción adversa.

FITOTERAPIA (FITOESTRÓGENOS)

Los productos de fitoterapia utilizados en este grupo son:

Isoflavonas (soya)

- Camote mexicano
- Valeriana
- Derivados de soya, (Isoflavonas, genisteína, daitseína), lignanos (cereales, frutas, vegetales y semillas)
- Cumestanos (alfalfa).

El uso de medicamentos no hormonales del tipo de fitoterapia para el control de síntomas vasomotores serán de segunda línea en pacientes no desean el uso de TH o exista contraindicación, debiéndose informar que no han mostrado mayor eficacia confiable que la TH simple o combinada.

Las pacientes que consuman tratamientos alternativos (anexo) deben ser advertidas de los efectos adversos, ya que no entran como productos regulatorios con control sanitario.

CRITERIOS DE REFERENCIA

La referencia de las pacientes en perimenopausia y postmenopausia será en los siguientes casos:

- Pacientes que amerite TH y sospecha de miomatosis uterina, hiperplasia y/o poliposis endometrial, cáncer cérvicouterino, ovárico, o alguna coagulopatía.
- Sin respuesta a Tratamiento Hormonal establecido.
- Contraindicación de TH.

CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA

De segundo a primer nivel

Las pacientes valoradas o tratadas por médico especialista serán contrareferida cuando:

- Exista control con tratamiento establecido.
- Pacientes sin aceptación de Terapia Hormonal

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

El grupo elaborador de esta guía acepta la recomendación de que la paciente en peri o postmenopausia debe llevar a cabo un seguimiento estrecho y reportar cualquier sospecha de reacción adversa, en base a los eventos adversos de la TH o medicamentos no hormonales más frecuentes que se dan en los primeros meses de su uso.

La valoración integral debe ser anual, la cual deberá incluir:

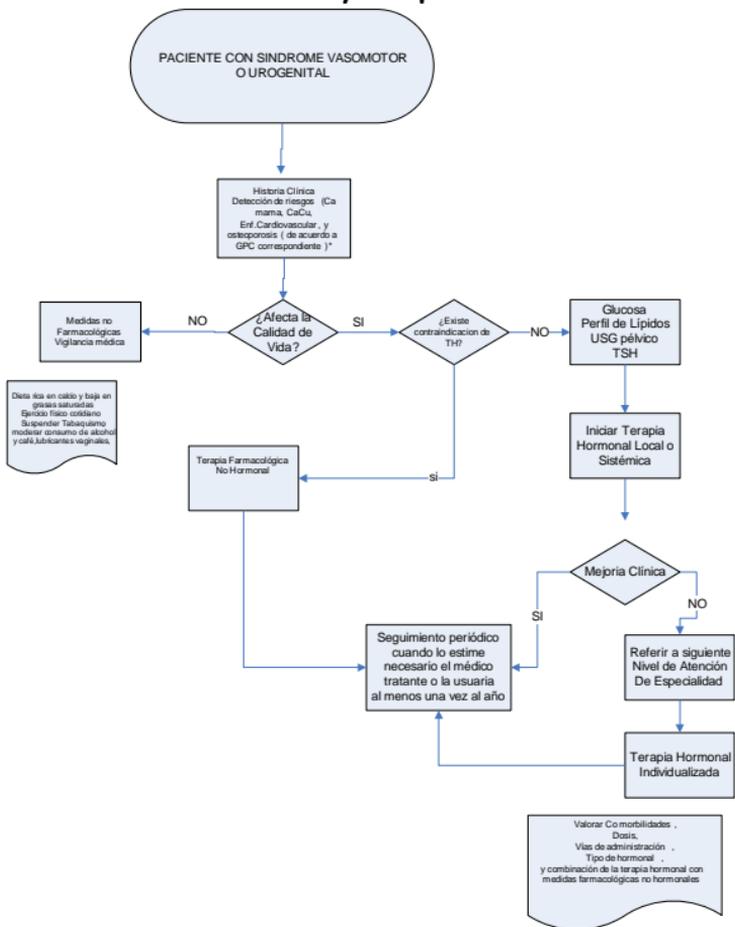
- Historia clínica completa
- Laboratorio (Glucosa, perfil de lípidos)
- Citología cervicovaginal
- Mastografía o mamografía
- Ultrasonido pélvico en pacientes con sangrado uterino o pacientes con riesgo alto de cáncer endometrial.

La densitometría ósea debe ser considerada en cada caso.

Vigilar los primeros 3 a 6 meses de inicio de terapia hormonal, con fines de evaluar eficacia y tolerancia para brindar mayor seguridad a la paciente.

4. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1 Atención del Climaterio y menopausia



Algoritmo 2 Esquemas de terapia hormonal

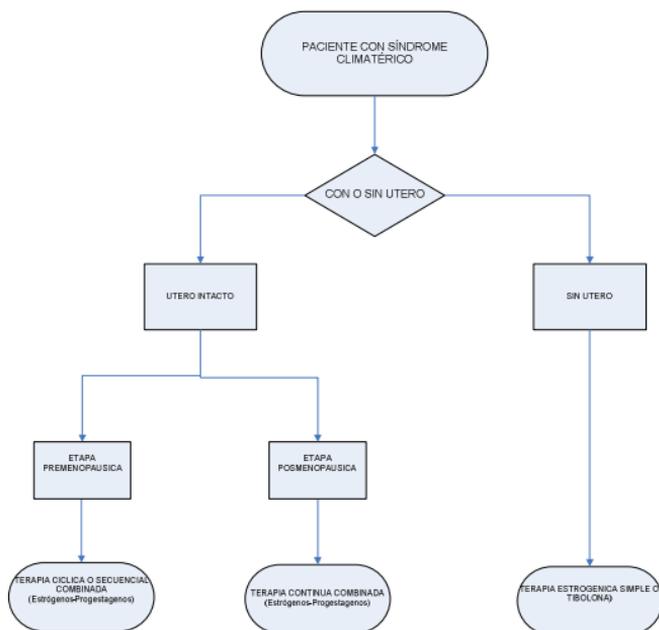


Tabla 1 Clasificación de las etapas de envejecimiento reproductivo (STRAW)

	Menarca				Final de periodo menstrual(0)					
Etapa	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1 a	+1 b	+1 c	+2
Terminología	Reproductiva				Transición a la menopausia		Postmenopausia			
	Temprana		Pico	Tardia	Perimenopausia		Temprana			Tardia
Duración	Variable				Variable	1-3 años	2 años (1+1)		3-6 años	Vida Restante
Criterios principales										
Ciclos menstruales	Regulares e irregulares	Regular	Regular	Cambios	Duración variable del ciclo >7 días diferente de lo normal	Periodos amenorrea (> 60 días)				
Criterios de soporte										
Endocrino FSH AMH Inhibina B			Baja Baja Baja	Variable Baja Baja	↑ Variable Baja Baja	↑ Variable >25U/L Baja Baja	↑ Variable Baja Baja		Estable Muy baja Muy baja	
Cuenta folicular antral			Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja	Muy baja		
Características descriptivas										
Síntomas						Probable mente Síntomas vasomotores	Muy probablemente Síntomas vasomotores			Aumento de síntomas de atrofia urogenital

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia del Cuadro Básico del IMSS

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1508.00	Estrógenos conjugados y/medroxiprogesterona	1 gragea 0.625 mg / 5.0 mg cada 24 hrs sin suspender.	Gragea 0.625 mg / 5.0 mg 28 grageas, 14 grageas de color azul y 14 grageas de color marrón Caja con	6 a 12 meses	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA

010.000.1501.00	Estrógenos conjugados	1 gragea 0.625 mg diariamente por 21 días descansando una semana.	Gragea 0.625 mg Caja con 42 grageas o tabletas.	6 a 12 meses	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo
010.000.1506.00	Estrógenos conjugados	Tubo crema con 62.5 gm / Envase con 43 g y aplicador	Gragea 0.625 mg	Una aplicación de .625 mg diarios por 7 días continuar dos veces a la semana por 21 días	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria,	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólica

					trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.		activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo
010.000.1521.00	Clormadinona	Tabletas 2 mg 1 a 3 tabletas diarias de 10 a 14 días cada mes	Envase de 10 tabletas de 2 mg	2 a 3 tabletas diariamente por 10 a 14 días cada mes	Retención de líquidos. Congestión mamaria, distensión abdominal, aumento de peso, vómito, náusea, acné, colestasis intrahepática, eritema, eritema nodos, urticaria, migraña, hipertensión arterial, trombosis, hemorragia cerebral,	Interactúa con ampicilina, barbitúricos, fenitoína y tetraciclinas. Por su actividad glucocorticoide disminuye la tolerancia a la glucosa	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma mamario, enfermedad tromboembólica,, enfermedad cerebrovascular, ictericia colestática, insuficiencia hepática

					depresión		
010.000.2207.0 1	Tibolona	1 tabletas 2.5 mg diario	Envase con 30 tabletas	6 a 12 meses	Aumento de peso, mareo, dermatosis seborreica, sangrado vaginal, cefalea, alteraciones gastrointestinales, hirsutismo facial, edema pretibial, elevación de transaminasas, intolerancia a la glucosa, alteraciones en lípidos séricos.	Mayor sensibilidad a los anticoagulantes.	Hipersensibilidad al fármaco, tumores hormona dependientes, tromboflebitis, tromboembolia, disfunción hepática y sangrado vaginal de etiología desconocida.
010.000.1006.0 0	Calcio	1 a 2 comprimidos cada efervescente cada 12 horas	Envase con 12 comprimidos cada comprimido contiene lactato gluconato de calcio 2.94 g, carbonato de calcio 300 mg y calcio ionizable 500 mg.	Durante el tiempo que el médico considere.	Trastornos gastrointestinales, hipercalcemia, insuficiencia renal, hipercalciuria y cálculos renales.	Las tetraciclinas y los corticosteroides disminuyen su absorción intestinal. Disminuyen el efecto terapéutico de los bloqueadores de calcio e incrementan el riesgo de toxicidad por digitalicos.	Hipersensibilidad al fármaco, hipercalcemia, insuficiencia renal, hipercalciuria y cálculos renales
010.000.1095.0 0	calcitriol	1 capsula diario aumentando a las 2 o 4 semanas a 2 al día	Envase con 50 capsulas de calcitriol 0.25 µg	Por lo menos 3 meses y revalorar el caso.	Náusea, vómito e hipercalcemia.	Antagoniza el efecto terapéutico de los bloqueadores del calcio. Con	Hipersensibilidad al fármaco a la vitamina D e hipercalcemia.

						tiazida aumenta el riesgo de hipercalcemia.	Usar con precaución en pacientes con digitalicos.
--	--	--	--	--	--	---	---

Avenida 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
2013

ISBN: **978-607-7790-34-1**