



Climaterio

Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva

(P.A.S.A.R.)



Servicio
Canario de la Salud

► DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS ASISTENCIALES



Climaterio

Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva
(P.A.S.A.R.)



▼ DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS ASISTENCIALES

COORDINACIÓN GRUPO DE TRABAJO PASAR:

Barata Gómez, Teresa

Navarro Brito, Emma

COORDINACIÓN GRUPO DE TRABAJO CLIMATERIO:

Alonso Docampo, M^a Nieves

AUTORES (GRUPO DE TRABAJO CLIMATERIO):

Alonso Docampo, M^a Nieves (Médica de familia)

Gutiérrez Almarza, Miguel Ángel (Médico de familia)

Gómez Arnáiz, Alfredo (Médico de familia)

Hurtado Rodríguez, Rosaura (Ginecólogo)

Barata Gómez, Teresa (Médica de familia)

Iglesias Sánchez, José Miguel (Médico de familia)

Galván Pinos, José María (Enfermero)

Ramírez Báez, Raquel (Trabajadora Social)

Guillén González, Vicente (Ginecólogo)

COLABORADORES DEL GRUPO DE CLIMATERIO:

Amador Demetrio, M^a Dolores

Del Valle Álvarez, Rosa

Ascanio Perera, Francisca

Hernández Gallego, Regla

Carrillo Ojeda, Patricia

López Hernández, Celia

Damas Plasencia, Lila

Redondas Marrero, Ricardo

MAQUETACIÓN Y REALIZACIÓN:

Alonso Docampo, M^a Nieves

Daute Diseño, S. L.

EDICIÓN:

Servicio Canario de la Salud

Dirección General de Programas Asistenciales

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, ABRIL 2007

DEPÓSITO LEGAL:

GC 740-2007

ISBN:

978-84-611-9405-6

COLABORADORES EN LA REVISIÓN

Alviani Rodríguez-Franco, Montserrat	Martín Concepción, Pilar
Allende Riera, Ana	Martínez Pérez, Julio
Arbelo Gopar, M ^a Carmen	Mateos Pérez, Mar
Bolaños León, Carmen	Méndez Pombo, M ^a Dolores
Caiafa, Mónica	Ojeda Bruno, Soledad
Capece Fajardo, Natalia	Olavarrieta Serrano, M ^a Rosa
Capote Yares, Eulalia	Pascual Amorós, M ^a Antonia
Darias Fernández, M ^a Guadalupe	Perdomo Segura, Aurelia M ^a
Díaz Martín, M ^a Sonia	Pérez Acosta, Carmen Gladys
Flores Navarro, Isabel	Portaña Guerrero, Carmen
García Almeida, M ^a Esther	Quintana Lorenzo, Juana
García Hernández, José Ángel	Rodríguez Hernández, Antonia
García Medina, M ^a Migdalia	Rodríguez Riverol, Amalia
Giménez Capel, M ^a Elena	Sabater Díaz, Concepción
Gómez Rodríguez-Bethencourt, M ^a Ángeles	Santana Alonso, Nicolás
González Díaz, Jessica	Sicilia Plasencia, Carmen Gloria
González Medina, M ^a Nieves	Sosa Henríquez, Manuel
González Pérez, Verónica	Sosa Marrero, Manuel
Henríquez Reyes, Carmen Delia	Tadeo López, Mariam
Luelmo Buitrón, Eduardo	Toledo Rosell, Cristina
Madera González, Domingo	Valido Socorro, M ^a Gabriela
Maldonado Díaz, Ismael	Vázquez Díaz, José Ramón

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a aquellos que desinteresadamente han hecho aportaciones a nuestro trabajo: Jorge Cremades Díaz, Myriam Díaz Sánchez, Carmen Merenciano García, Marcos García Domínguez, Javier Maturral Pita, Juan Francisco Armas Padrón, M^a Teresa Martínez Ibáñez, Miguel Ángel Díaz Barreiros y Buenaventura Fernández San José.

Queremos agradecer también la colaboración en la distribución del primer borrador del documento para su revisión por los distintos profesionales a las Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Servicios Sanitarios de Canarias, a los Presidentes de las Sociedades Canarias de Medicina Familiar y Comunitaria, de Medicina Rural y Generalista y de Ginecología y Obstetricia, así como a los Jefes de Servicio de Ginecología y Obstetricia y a las Unidades Metabólicas Óseas y de Suelo Pélvico de los hospitales de nuestra comunidad autónoma.

PRÓLOGO

En el momento actual se acepta que el climaterio es un proceso biológico, sometido a múltiples condicionantes psicológicos, sociales y culturales. Sin embargo, aún hoy, en pleno siglo XXI, en una sociedad moderna y avanzada como la nuestra, algunas personas se refieren a él de un modo peyorativo, atribuyéndole de forma injustificada numerosas connotaciones negativas.

A pesar de que las mujeres cuentan con una mayor esperanza de vida que los varones, éstas tienen una peor autopercepción de su salud, sobretodo en los años coincidentes con el climaterio. Este dato también se pone de manifiesto en nuestro medio y así lo reflejan los datos sobre calidad de vida de la Encuesta de Salud de Canarias de 2004.

El Servicio Canario de la Salud, desde la Dirección General de Programas Asistenciales, pretende dar una respuesta integral a los distintos aspectos relacionados con la mujer. Con este fin quiere desarrollar una Guía de Actuación en el Climaterio, aspecto no incluido en el antiguo Programa de la Mujer, dentro del Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR).

Con esta guía se busca que los profesionales desarrollen actividades de promoción de la salud y de prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud relacionados o coincidentes con este periodo de vida de la mujer. Para su elaboración se ha recurrido a las fuentes que hasta la fecha aportan la máxima evidencia científica y los más altos grados de recomendación. Esta guía será válida hasta que la aparición de nuevos conocimientos aconseje su revisión.

La apuesta por guías adaptadas a nuestros profesionales y a nuestro medio, que sean un fiel reflejo del conocimiento universal y actualizado que se tiene sobre la materia, son una confirmación de la calidad y rigor que el Servicio Canario de la Salud quiere reflejar en la atención a la población de Canarias.



Hilda Sánchez Janáriz
Directora General de Programas Asistenciales.

ÍNDICE DE TEMAS	
ÍNDICE	7
ABREVIATURAS	9
NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN	10
INTRODUCCIÓN	11
CONCEPTOS	12
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	14
POBLACIÓN DIANA	16
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	17
FISIOPATOLOGÍA	23
• Fisiología	25
• Problemas de salud relacionados con el climaterio	26
• Aspectos psicosociales coincidentes con el climaterio	33
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	39
• Alteraciones menstruales	41
• Síntomas vasomotores	42
• Síntomas genitales	54
• Incontinencia urinaria	55
• Osteoporosis	58
• Aspectos psicosociales	64
EDUCACIÓN SANITARIA	67
• Intervenciones individuales	69
• Talleres grupales	71
PLANES DE ACTUACIÓN	73
• Alteraciones menstruales	75
• Síntomas vasomotores	76
• Síntomas genitales	77
• Incontinencia urinaria	78
• Osteoporosis	79
• Aspectos psicosociales	81
• Puntos clave	82
RECOMENDACIONES	83
• Evidencias sobre problemas de salud relacionados con el climaterio	85
• Evidencias en síntomas vasomotores	86
• Evidencias en incontinencia urinaria	87
• Evidencias en osteoporosis	88
RECURSOS EN CANARIAS	89
BIBLIOGRAFÍA	93

ÍNDICE DE LAS TABLAS, FIGURAS Y ALGORITMOS

Tabla 1.	Población adscrita al Servicio Canario de la Salud en marzo de 2007	14
Tabla 2.	Edad y tipo de menopausia en Canarias	14
Tabla 3.	Datos de tratamiento hormonal en Canarias	15
Tabla 4.	Evolución del gasto en tratamiento hormonal oral y transdérmico en Canarias	15
Tabla 5.	Prevalencias de DMO baja y de osteoporosis en la población femenina española	15
Tabla 6.	Actividades a desarrollar	21
Tabla 7.	Fases del proceso fisiológico del climaterio	25
Tabla 8.	Versión corta del cuestionario internacional de consulta sobre incontinencia urinaria (ICIQ-SF)	28
Tabla 9.	Diario miccional	29
Tabla 10.	Factores de riesgo en osteoporosis	31
Tabla 11.	Recursos para el bienestar emocional	35
Tabla 12.	Características y consecuencias de la alta y baja autoestima	36
Tabla 13.	Tratamiento farmacológico de las alteraciones menstruales	41
Tabla 14.	Resultados del HERS (número de casos por 10000 mujeres y año)	44
Tabla 15.	Resultados del WHI (número de casos por 10000 mujeres y año)	44
Tabla 16.	Resultados del WHI (casos totales en el brazo de TH combinado)	44
Tabla 17.	Resultados del WHI (casos totales en el brazo de TH con solo estrógenos)	44
Tabla 18.	Fármacos utilizados para TH oral y transdérmico con un solo principio activo	49
Tabla 19.	Fármacos utilizados para TH oral y transdérmico con asociación de principios activos	51
Tabla 20.	Fármacos utilizados para TH con estrógenos vía vaginal	54
Tabla 21.	Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria	56
Tabla 22.	Alimentos ricos en calcio	58
Tabla 23.	Tratamiento farmacológico de la osteoporosis	59
Tabla 24.	Estudios que muestran reducción estadísticamente significativa de la incidencia de fracturas	63
Tabla 25.	Información sobre recursos en Internet	91
Figura 1.	Representación gráfica de las pautas de tratamiento hormonal	50
Algoritmo 1.	Mujer con hipermenorrea o menorragia	75
Algoritmo 2.	Mujer con síntomas vasomotores	76
Algoritmo 3.	Mujer con síntomas genitales	77
Algoritmo 4.	Mujer con incontinencia urinaria	78
Algoritmo 5.	Abordaje de la osteoporosis	79
Algoritmo 6.	Abordaje de los aspectos psicosociales	81

ABREVIATURAS

AEMPS: Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
BONE: Oral Ibandronate Osteoporosis Vertebral Fracture Trial in North America and Europe.
comp: comprimidos.
DE: Desviación estándar.
DMO: Densidad mineral ósea.
EE: Estrógenos.
FIT: Fracture Intervention Trial.
FM: Fórmula menstrual.
FRDMO: Factores relacionados con disminución de la DMO.
FRF: Factores relacionados con aumento del riesgo de fractura.
FSH: Hormona foliculoestimulante.
FUR: Fecha de la última regla.
g: gramos.
HERS: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study.
HIP: Hip Intervention Program.
ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form
IMAO: Inhibidor de la monoamino oxidasa.
IU: Incontinencia urinaria.
IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo.
IUM: Incontinencia urinaria mixta.
IUU: Incontinencia urinaria de urgencia.
LH: Hormona luteinizante.
mcg: microgramos.
mg: miligramos.
ml: mililitros.
MORE: Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation.
NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.
NIH: National Institutes of Health.
PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.
PASAR: Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva.
PG: Progestágenos.
PROOF: Prevent Recurrence of Osteoporotic Fractures.
RR: Riesgo relativo.
SOTI: Spinal Osteoporosis Therapeutic Intervention.
TH: Tratamiento hormonal.
TOP: Treatment of Osteoporosis with Parathyroid Hormone.
TROPOS: Treatment of Peripheral Osteoporosis.
UI: Unidades internacionales.
VERT: Vertebral Efficacy with Risedronate Therapy.
WHI: Women Health Initiative.

NIVELES DE EVIDENCIA

- Ia. Evidencia obtenida de un metanálisis de ensayos clínicos aleatorios.
- Ib. Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorio.
- Ila. Evidencia obtenida de al menos un estudio observacional bien diseñado.
- Ilb. Evidencia obtenida de al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental bien diseñado.
- III. Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de cohortes y estudios de casos-control.
- IV. Evidencia obtenida de informes de comités de expertos o bien de opiniones o de la experiencia clínica de autoridades respetadas.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

- A. **Grado A:** Requiere al menos un ensayo clínico aleatorio, de buena calidad y consistencia, dirigido a recomendaciones específicas. Se corresponde con los niveles de evidencia Ia y Ib.
- B. **Grado B:** Requiere la disponibilidad de un estudio clínico bien conducido pero no de un ensayo clínico aleatorio. Se corresponde con los niveles de evidencia Ila, Ilb y III.
- C. **Grado C:** Requiere la evidencia obtenida de informes de comités de expertos o bien de opiniones o de la experiencia clínica de autoridades en la materia. Se corresponde con los niveles de evidencia IV.

INTRODUCCIÓN

El **climaterio** es un proceso natural, lento y variable de una mujer a otra, que se desarrolla de forma progresiva a partir de cierta edad y que constituye una etapa más en el proceso evolutivo y desarrollo personal de la mujer. Durante este periodo se presentan cambios hormonales que en ocasiones llevan asociados problemas de salud, por lo que es importante identificarlos y conocer qué tratamientos son eficaces y seguros. Así mismo, suelen ocurrir otros acontecimientos personales, familiares y laborales que influyen en la calidad de vida de la mujer, por lo que el climaterio ha de plantearse desde una óptica biopsicosocial.

La **menopausia** se define como la interrupción definitiva de las menstruaciones. Las actitudes y creencias respecto a ésta han variado ampliamente con el tiempo, desde su consideración como un signo de decadencia y una enfermedad, lo que suponía una visión negativa y una excesiva medicalización, hasta su consideración actual como un hecho universal, normal y fisiológico que no supone el final de la vida de la mujer, sino solamente el fin de la fase reproductora.

La edad media de la menopausia se sitúa en torno a los 50 años, y dado que en 2003 la esperanza media de vida para la mujer es de 83,7 años, la importancia que ésta adquiere es obvia, ya que más de la tercera parte de la vida va a transcurrir después de ella.

La mayoría de las mujeres no tienen un conocimiento adecuado sobre el climaterio, lo que lleva a que una parte importante de las que ven afectada su calidad de vida nunca consulten mientras otras que no la ven afectada sí lo hacen, medicalizando un proceso fisiológico y convirtiéndolo en una enfermedad. Este hecho se une en muchos casos a la confusión de los propios profesionales, ya que el cambio que se ha producido en las indicaciones de tratamiento tras los últimos estudios no siempre se ha difundido de una forma clara.

Hasta hace pocos años el servicio de atención al climaterio no se incluía en los programas de salud, pero el aumento del volumen de mujeres climatéricas debido al envejecimiento poblacional y el derecho a vivir el mayor número posible de años en buenas condiciones de salud, han hecho que se priorice su desarrollo.

El **objetivo general** de este documento es mejorar la salud de las mujeres en esta etapa de la vida. Para ello es fundamental actualizar los conocimientos de los profesionales de la salud teniendo en cuenta las últimas evidencias científicas disponibles, así como potenciar en las mujeres el conocimiento de este proceso y los comportamientos preventivos a través de la educación sanitaria y de los exámenes de salud periódicos. Además, es necesario informar y garantizar el acceso a este servicio, procurando la coordinación entre todos los ámbitos asistenciales.

CONCEPTOS

1. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL CLIMATERIO¹⁻³

Climaterio: Periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2 a 8 años antes de la última menstruación, hasta 2 a 6 años después.

Menopausia: Cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la fecha de la última menstruación y suele ocurrir aproximadamente a los 50 años. Se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que exista ninguna otra causa patológica o fisiológica.

Menopausia artificial: La que ocurre como consecuencia de la extirpación quirúrgica de los ovarios, con o sin histerectomía, o por la destrucción de las células germinales mediante radio o quimioterapia.

Menopausia espontánea o natural: La que ocurre de forma gradual y progresiva por el normal envejecimiento ovárico.

Menopausia precoz: La que ocurre antes de los 40 años.

Menopausia tardía: La que ocurre después de los 55 años.

Perimenopausia: Incluye el periodo anterior a la menopausia (cuando comienzan las manifestaciones indicativas de que se aproxima la menopausia) y el primer año tras la menopausia.

Premenopausia: Etapa de 2 a 8 años previa a la menopausia, que puede cursar con o sin sintomatología.

Posmenopausia inmediata: Periodo de 12 meses desde la última menstruación.

Posmenopausia establecida: Periodo a partir de los 12 meses desde la última menstruación.

2. CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA INCONTINENCIA URINARIA⁴

Incontinencia urinaria (IU): Pérdida involuntaria de orina.

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): Pérdida involuntaria de orina durante actividades que aumentan la presión intraabdominal (ejercicio, tos, estornudos, risa, coger peso...).

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): Pérdida involuntaria de orina acompañada de deseo repentino y fuerte de orinar (urgencia).

Incontinencia urinaria mixta (IUM): Combinación de las dos anteriores.

Síndrome de la vejiga hiperactiva: Sensación de urgencia miccional, con IUU (húmeda) o sin IUU (seca), que normalmente se acompaña de aumento de la frecuencia miccional y nicturia.

3. CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA OSTEOPOROSIS¹⁻³

Densidad mineral ósea (DMO): Cantidad de hueso mineralizado por unidad de volumen expresado en mg/cm³.

Escala densitométrica: La proporciona el propio densitómetro después de comparar el valor de la DMO del paciente explorado con los valores de referencia introducidos por el fabricante en el programa informático (habitualmente población americana). Cuando hay evidencia de discrepancia entre los valores de referencia de un determinado equipo y la población a explorar, cabe la posibilidad de calcular la escala T o Z a partir de valores de referencia de la propia población u otros valores obtenidos en la propia unidad de densitometría que hace la exploración.

Escala T (T-score): La comparación se establece entre la DMO individual y la de adultos jóvenes (20-35 años) y sanos del mismo sexo. Esta puntuación se expresa en forma de porcentaje y de número de desviaciones estándar (DE) en que este valor se separa de la media de los valores de referencia. Se obtiene a partir de la DMO del paciente menos el valor medio de la de los adultos jóvenes y sanos dividida por la DE de la de los adultos jóvenes y sanos del mismo sexo.

Escala Z (Z-score): La comparación se establece entre la DMO individual y la de los individuos de la misma edad y sexo. Esta puntuación se expresa en forma de porcentaje y de número de DE en que este valor se separa de la media de los valores de referencia. Se obtiene a partir de la DMO del paciente menos el valor de medio de la de los individuos de la misma edad y sexo dividida por la DE de la de los individuos sanos de la misma edad y sexo.

Osteoporosis: Trastorno del esqueleto caracterizado por una alteración de la resistencia ósea que predispone a un incremento del riesgo de fractura. El concepto de resistencia ósea integra tanto aspectos cuantitativos del hueso (tamaño y DMO), así como otros componentes relacionados con la calidad del hueso (macro y microarquitectura ósea, remodelado óseo, mineralización y presencia de microlesiones)⁵.

DMO baja (osteopenia en clasificaciones anteriores): Disminución de la DMO con un valor de T-score entre -1 y -2,5 DE.

4. CONCEPTOS RELACIONADOS CON ASPECTOS PSICOSOCIALES^{6,7}

Sexo: Características de varones y mujeres que vienen determinadas biológicamente.

Género: Características psicológicas, sociales, culturales, políticas... asignadas a cada sexo.

Rol o papel social: Conjunto de tareas y funciones derivadas de una situación o estatus, bien de la persona o de un grupo social.

Estereotipo: Idea preconcebida que se tiene sobre las cualidades o conductas de un grupo social.

Igualdad de género: Ausencia de discriminación basada en el sexo en materia de oportunidades, asignación de recursos, beneficios o acceso a servicios.

Equidad de género: Imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La población de mujeres climatéricas es muy numerosa y los datos demográficos reflejan que aumentan de manera constante. En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística a fecha de enero de 2006, había casi 5,5 millones de mujeres entre 45 y 64 años.

En nuestra comunidad autónoma, el total de mujeres entre 45 y 64 años adscritas al Servicio Canario de la Salud era en marzo de 2007 de 212008 lo que supone un 22% del total de la población femenina (tabla 1).

Tabla 1. Población adscrita al Servicio Canario de la Salud en marzo de 2007.

	POBLACIÓN TOTAL	MUJERES	MUJERES DE 45 A 64 AÑOS
FUERTEVENTURA	99535	47515	8026
GRAN CANARIA	779993	393219	88912
LANZAROTE	129403	63152	12425
EL HIERRO	8529	4231	943
LA GOMERA	16879	8284	1788
LA PALMA	73920	37464	8400
TENERIFE	800366	406608	91514
CANARIAS	1908625	960473	212008

Fuente: Tarjeta sanitaria.

La edad de la menopausia se ha mantenido más o menos estable a lo largo de los siglos en torno a los 50 años. Según los datos recogidos de las casi cien mil mujeres menopáusicas incluidas en el Programa Poblacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama de Canarias a fecha de enero de 2006 (tabla 2), la edad media de la menopausia es de 48,5 años. En un 6,1% de las mujeres la menopausia fue precoz, en un 4% tardía y en un 16% artificial.

Tabla 2. Edad y tipo de menopausia en Canarias.

	MUJERES MENOPÁUSICAS	EDAD MEDIA MENOPAUSIA (años)	MENOPAUSIA PRECOZ	MENOPAUSIA TARDÍA	MENOPAUSIA NATURAL	MENOPAUSIA ARTIFICIAL
PROVINCIA DE LAS PALMAS	48605	48,4	3074 (6,3%)	2011 (4%)	40767 (83,8%)	7117 (14,6%)
PROVINCIA DE SC DE TENERIFE	48103	48,6	2838 (5,9%)	2118 (4%)	38944 (81%)	8815 (18%)
CANARIAS	96708	48,5	5912 (6,1%)	4129 (4%)	79711 (82%)	15932 (16%)

Fuente: Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama. Dirección General de Programas Asistenciales.

El uso de tratamiento hormonal (TH) es en este grupo poblacional mayor del 20% y su duración supera los 5 años en casi el 21% (tabla 3). Este porcentaje indica únicamente el tiempo que la usuaria lleva tomando el TH, pero no supone que éste haya finalizado.

Tabla 3. Datos de tratamiento hormonal en Canarias.

	MUJERES MENOPÁUSICAS	CON TH	DURACIÓN TH ≤ A 5 AÑOS	DURACIÓN TH > DE 5 AÑOS
PROVINCIA DE LAS PALMAS	48605	10523 (21,6%)	8268 (78,5%)	2255 (21,4%)
PROVINCIA DE SC DE TENERIFE	48103	9611 (19,9%)	7664 (79,7%)	1947 (20,3%)
CANARIAS	96708	20134 (20,8%)	15932 (79,1%)	4202 (20,9%)

TH: Tratamiento hormonal

Fuente: Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama. Dirección General de Programas Asistenciales.

Coincidiendo con la publicación de parte de los resultados del *Women Health Initiative* (WHI)⁸ y la notificación de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre los riesgos del TH⁹, se observa una progresiva disminución en el gasto farmacéutico de este tipo de fármacos (tabla 4).

Tabla 4. Evolución del gasto en tratamiento hormonal oral y transdérmico en Canarias.

	2004	2005	2006
NÚMERO DE PRODUCTOS FINANCIADOS	78	75	64
NÚMERO DE ENVASES VENDIDOS	137185	114267	103603
PRECIO MEDIO POR ENVASE (euros)	9,57	8,71	8,05
GASTO TOTAL ENVASES (euros)	1313198,75	995265,78	833735,06

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales y Dirección General de Farmacia.

La prevalencia de incontinencia urinaria (IU) varía dependiendo del criterio usado para el diagnóstico y el grupo de población del estudio. En España se sitúa entre el 15 y el 20%, llegando en algunos estudios a más del 50%¹⁰.

Las prevalencias de DMO baja y de osteoporosis por intervalos de edad en la población femenina de nuestro país se muestran en la tabla 5. Las prevalencias de los diferentes tipos de fracturas es más difícil de determinar, ya que si bien para las fracturas de cadera existen registros hospitalarios fiables, para las vertebrales nos encontramos con que hasta un 70% de las mismas pasan desapercibidas. En la cohorte española del *European Prospective Osteoporosis Study* (EPOS)¹¹, la incidencia de fracturas encontrada por cada 100000 mujeres y año fue de 1250 para las vertebrales, 793 para las de muñeca y de 325 para las de cadera. Así mismo, y en la misma cohorte, se observó que la incidencia de las fracturas de muñeca se incrementa a partir de los 65 años, la de las vertebrales a partir de los 75 y las de cadera a partir de los 80.

Tabla 5. Prevalencias de DMO baja y de osteoporosis en la población femenina española¹².

EDAD (años)	DENSITOMETRÍA LUMBAR		DENSITOMETRÍA FEMORAL	
	DMO BAJA (%)	OSTEOPOROSIS (%)	DMO BAJA (%)	OSTEOPOROSIS (%)
45-49	31,9	4,3	26,7	0
50-59	42	9,1	39	1,3
60-69	50	24,3	51,4	5,7
70-80	39,4	40	57,6	24,2

DMO: Densidad mineral ósea.

POBLACIÓN DIANA

La población a la que va dirigido el Servicio de Atención al Climaterio incluye a las mujeres de 45 a 64 años y a las de menor edad con menopausia, independientemente de la presencia o no de sintomatología propia del climaterio.

Este servicio debe ofertarse con prioridad a:

1. Mujeres con sintomatología climatérica intensa que afecta a su calidad de vida, sobre todo en casos de menopausia precoz o artificial.
2. Mujeres que realizan tratamientos ineficaces.
3. Mujeres con otras patologías médicas asociadas (incontinencia urinaria y osteoporosis).
4. Mujeres en situaciones que previsiblemente limiten el acceso (tanto el acceso físico a la consulta como el acceso a la información por barreras culturales u otras):
 - Problemas de comprensión, analfabetismo o nivel sociocultural bajo.
 - Aislamiento social.
 - Mujeres con pocos recursos adaptativos.
 - Mujeres dependientes.
 - Mujeres inmigrantes.
 - Mujeres con trabajo no remunerado, sobretodo si son cuidadoras de dependientes.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

El Servicio de Atención al Climaterio debe adaptarse a las necesidades de la población diana en los diferentes ámbitos asistenciales, abarcando todos los aspectos de la atención sanitaria: promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud relacionados o coincidentes con este periodo de la vida de la mujer.

1. DIFUSIÓN Y CAPTACIÓN

Para llegar a la población diana es necesaria la difusión de la existencia de este servicio entre la población general a través de carteles o folletos en locales públicos, asociaciones de mujeres y vecinales, escuelas de personas adultas o mediante otros métodos (cuñas publicitarias en los medios de comunicación...).

La captación se desarrollará en el centro de salud de forma directa en la consulta, bien por la iniciativa del profesional o a petición propia de la mujer, que la orientará e informará sobre el funcionamiento de la consulta de climaterio así como de las actividades grupales.

2. CONSULTA DE CLIMATERIO (TABLA 6)

2.1. Mujeres de 45 a 64 años o de menor edad con menopausia

2.1.1. Consulta inicial: En una primera consulta, se debe abrir o actualizar la historia clínica y realizar una valoración climatérica y psicosocial, además de educación sanitaria.

► **Valoración climatérica:**

- Síntomas climatéricos y autopercepción de afectación de su salud:
 - Alteraciones menstruales: Fecha de la última menstruación (FUR), fórmula menstrual (FM) y posible sangrado posmenopáusico.
 - Síntomas vasomotores: Inicio, intensidad y duración.
 - Síntomas genitales: Sequedad vaginal y dispareunia.
 - Valorar medidas de actuación y la necesidad de tratamiento hormonal (TH).
- Incontinencia urinaria (IU):
 - Cribado con la versión corta del cuestionario internacional de consulta sobre incontinencia urinaria (ICIQ-SF).
 - Valorar medidas de actuación.
- Osteoporosis:
 - Valorar antecedentes de fractura por fragilidad y factores de riesgo.
 - Valorar medidas de actuación.
- Hábitos y estilos de vida:
 - Alimentación, ejercicio, ocio y participación en otros programas de salud (riesgo cardiovascular, anticoncepción y diagnóstico precoz de cáncer mama y cérvix).

► **Valoración psicosocial:**

- Genograma.
- Valoración psicológica:
 - Somatizaciones.
 - Síntomas de ansiedad (cambios de carácter, irritabilidad...).
 - Síntomas depresivos (cambios de ánimo, desesperanza, falta de proyectos de futuro, baja capacidad de concentración, fallos de memoria frecuentes...).

- Trastornos del sueño.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Abuso de sustancias (alcohol, benzodiazepinas...).
- Afectividad y sexualidad.
- Falta de adaptación a los cambios físicos.
- Acontecimientos vitales estresantes y adaptación a éstos.
- Baja autoestima y alteraciones en la auto y heteropercepción (“cómo me veo” y “cómo me ven”).
- Valorar medidas de actuación.
- Valoración social:
 - Disposición, uso y disfrute del tiempo propio.
 - Situación familiar (estructura y relaciones entre los miembros, violencia de género...).
 - Situación laboral y ocupacional.
 - Situación económica.
 - Red social de apoyo, buscando situaciones de aislamiento social.
 - Valorar medidas de actuación.

▶ **Educación sanitaria**

- Individual: Informar y aclarar aspectos de la etapa climatérica y sus consecuencias sobre la salud, así como los condicionantes de vida que rodean a las mujeres en esta edad.
- Grupal: Se ofertará anualmente, siendo su objetivo principal proporcionar a las mujeres información, habilidades y recursos para que sean las protagonistas y promotoras de su propia salud.

2.1.2. Anualmente

- ▶ Valorar síntomas climatéricos y autopercepción de afectación de su salud.
- ▶ Hábitos y estilos de vida.
- ▶ Educación sanitaria.
- ▶ Valorar medidas de actuación.

2.1.3. Bienalmente

- ▶ Cribado de incontinencia urinaria (cuestionario ICIQ-SF).
- ▶ Valorar antecedentes de fractura por fragilidad y factores de riesgo.
- ▶ Valoración psicosocial.
- ▶ Valorar medidas de actuación.

2.2. Además de las actividades previas, se añadirán en función de los hallazgos encontrados

2.2.1. A las mujeres con alteraciones menstruales, síntomas vasomotores o genitales sin tratamiento o con tratamiento no hormonal:

- ▶ **Consulta inicial:**
 - Valorar medidas de actuación.
 - Educación sanitaria.
- ▶ **A los 3 meses:**
 - Evaluar la aparición de efectos secundarios y la respuesta al tratamiento.
- ▶ **Anualmente:**
 - Evaluar la aparición de efectos secundarios y la respuesta al tratamiento.
 - Educación sanitaria.

2.2.2. *A las mujeres con alteraciones menstruales, síntomas vasomotores o genitales con tratamiento hormonal:*

- ▶ **Consulta inicial:**
 - Valorar contraindicaciones y consideraciones especiales.
 - Antes de iniciarlo, y si no tiene en el último año, toma de presión arterial, exploración mamaria, triglicéridos y mamografía.
 - Educación sanitaria.
- ▶ **A los 3 meses:**
 - Presión arterial y triglicéridos.
 - Valorar cambios en el patrón de sangrado y aparición de efectos secundarios.
- ▶ **Anualmente o antes si se presenta algún efecto no deseado:**
 - Presión arterial y exploración mamaria.
 - La mamografía se solicitará según la edad:
 - Mujeres de 50 o más años: Acudirán a las citas del Programa Poblacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama de Canarias.
 - Mujeres menores de 50 años: Si síntomas o cambio en la exploración.
 - Valorar cambios en el patrón de sangrado y aparición de efectos secundarios.
 - Reevaluar la indicación y duración del TH.
 - Educación sanitaria.

2.2.3. *A las mujeres con incontinencia urinaria (IU):*

- ▶ **Consulta inicial:**
 - Valorar la IU.
 - Valorar medidas de actuación.
 - Educación sanitaria.
- ▶ **A los 3 meses:**
 - Evaluar la aparición de efectos secundarios y la respuesta al tratamiento.
- ▶ **Anualmente:**
 - Evaluar la aparición de efectos secundarios y la respuesta al tratamiento.
 - Educación sanitaria.

2.2.4. *A las mujeres con osteoporosis:*

- ▶ **Consulta inicial:**
 - Valorar medidas de actuación.
 - Educación sanitaria.
- ▶ **A los 3 meses:**
 - Evaluar la aparición de efectos secundarios.
- ▶ **Anualmente:**
 - Evaluar la aparición de efectos secundarios.
 - Educación sanitaria.
 - Plantearse tratamiento alternativo si aparece una nueva fractura por fragilidad en algún momento a lo largo del seguimiento (no está indicada la realización de una búsqueda activa de fracturas si no hay sospecha clínica).

2.2.5. *A las mujeres con problemas psicosociales:*

- ▶ **Consulta inicial:**
 - Valorar medidas de actuación.
 - Educación sanitaria.
- ▶ **A los 3 meses:**
 - Valorar las actuaciones emprendidas y desarrollar otras nuevas si fuera preciso.

- ▶ **Anualmente:**
 - Valorar las actuaciones emprendidas y desarrollar otras nuevas si fuera preciso.
 - Educación sanitaria.

2.3. Derivaciones

2.3.1. Criterios de derivación a Ginecología

- ▶ Mujer con menopausia precoz de etiología no estudiada.
- ▶ Mujer con metrorragia.
- ▶ Mujer con hipermenorrea o menorragia con sintomatología que sugiera patología orgánica, duración superior a 7 días o con repercusión física o afectación de la calidad de vida.
- ▶ Mujer con síntomas climatéricos que afectan a su calidad de vida y con antecedentes que dificulten la valoración del balance de riesgos y beneficios para la instauración de TH (antecedentes de neoplasia ginecológica, miomas, hiperplasia endometrial, endometriosis, enfermedad tromboembólica, hepatopatía crónica...).
- ▶ Mujer con TH en pauta continua y sangrado que persiste más de 6 meses tras el comienzo del TH o inicio de sangrado en mujeres previamente amenorreicas.
- ▶ Mujer con TH en pauta cíclica y sangrados significativamente más duraderos e irregulares de los habituales que persisten más de 3 meses.
- ▶ Mujer con sangrado persistente o inexplicado de más de 6 semanas de duración tras suspender el TH.
- ▶ Mujer con cualquier sangrado posmenopáusico sin TH.

2.3.2. Criterios de derivación a Urología o Unidad de Suelo Pélvico

- ▶ Dudas en el diagnóstico o tratamiento de la IU.
- ▶ Alteración del vaciado vesical (volumen residual > 100 ml repetido).
- ▶ IU asociada a hematuria sin infección.
- ▶ Infecciones del tracto urinario de repetición.
- ▶ IU asociada a prolapso, incontinencia fecal o dolor pélvico.
- ▶ IU asociada a patología neurológica.
- ▶ IU tras cirugía de continencia previa.
- ▶ Fístula genitourinaria tras cirugía o radioterapia.
- ▶ IUU o IUM con predominio de urgencia, que no responde a la reeducación vesical ni al tratamiento farmacológico durante 3 meses.
- ▶ IUE o IUM con predominio de esfuerzo, que no mejora con los ejercicios de suelo pélvico.

2.3.3. Criterios de derivación a Reumatología o Unidad Metabólica Ósea:

- ▶ Tratamiento crónico con corticoides.
- ▶ Dudas diagnósticas, sobre todo si tras un año de tratamiento aparece una nueva fractura por fragilidad.

2.3.4. Criterios de derivación a Unidad de Salud Mental:

- ▶ Problemas psicológicos que no mejoran con la intervención realizada en atención primaria.

2.3.5. Criterios de derivación a Trabajo Social:

- ▶ Problemas sociales que precisan valoración o intervención conjunta.

Tabla 6. Actividades a desarrollar.

A. En todas las mujeres de la población diana deben realizarse las siguientes actividades:

	Consulta inicial	Anual	Bienal
Mujeres de 45 a 64 años o de menor edad con menopausia	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración climatérica • Valoración psicosocial • Educación sanitaria • Valorar medidas de actuación 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar síntomas climatéricos y autopercepción de afectación de su salud • Hábitos y estilos de vida • Educación sanitaria • Valorar medidas de actuación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cribado de incontinencia urinaria (cuestionario ICIQ-SF) • Valorar antecedentes de fractura por fragilidad y factores de riesgo • Valoración psicosocial • Valorar medidas de actuación

B. Además de las actividades previas, se añadirán en función de los hallazgos encontrados:

	Consulta inicial	A los tres meses	Anual
Alteraciones menstruales, síntomas vasomotores o genitales sin tratamiento o con tratamiento no hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar medidas de actuación • Educación sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios y respuesta al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios y respuesta al tratamiento • Educación sanitaria
Alteraciones menstruales, síntomas vasomotores o genitales con tratamiento hormonal (TH)	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar contraindicaciones y consideraciones especiales • Antes de iniciarlo, y si no tiene en el último año, presión arterial, exploración mamaria, triglicéridos y mamografía • Educación sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial y triglicéridos • Valorar cambios en el patrón de sangrado y aparición de efectos secundarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial y exploración mamaria • Mamografía según la edad • Valorar cambios en el patrón de sangrado y aparición de efectos secundarios • Reevaluar la indicación y duración del TH • Educación sanitaria
Incontinencia urinaria (IU)	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la IU • Valorar medidas de actuación • Educación sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios y respuesta al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios y respuesta al tratamiento • Educación sanitaria
Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar medidas de actuación • Educación sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios • Educación sanitaria • Plantearse tratamiento alternativo, si aparece nueva fractura por fragilidad en algún momento a lo largo del seguimiento
Problemas psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar medidas de actuación • Educación sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar actuaciones emprendidas y desarrollar otras nuevas si fuera preciso 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar actuaciones emprendidas y desarrollar otras nuevas si fuera preciso • Educación sanitaria

ICIQ-SF: Versión corta del cuestionario internacional de consulta sobre incontinencia urinaria.



Fisiopatología del climaterio

FISIOLOGÍA

Durante el climaterio, se producen cambios hormonales que, en general, se correlacionan clínicamente con cambios en los ciclos menstruales. Aunque el origen de estos cambios no está del todo claro, en la actualidad se cree que reside en el ovario, al que se considera el centro del eje reproductivo.

Se pueden establecer tres fases (**tabla 7**), que con variaciones interpersonales, se producen de manera progresiva^{13,14}:

- ▶ En una **primera fase** las concentraciones de estrógenos pueden estar disminuidas o ser normales. La reducción progresiva de los folículos ováricos y su menor sensibilidad a la hormona folículoestimulante (FSH), lleva a que se produzcan menos estrógenos. Este hecho hace que aumenten los niveles de FSH para conseguir la maduración folicular. Esta maduración se produce de forma irregular, dando lugar a un acortamiento de los ciclos (proiomenorrea). Además, el aumento de FSH puede ser debido a que la reducción progresiva de los folículos determina una menor producción de la inhibina, hormona que fisiológicamente produce una supresión selectiva de la liberación de FSH, lo que explica que la FSH aumente y los niveles de estrógenos puedan ser normales en esta fase.
- ▶ En una **segunda fase** las concentraciones de estrógenos continúan disminuyendo y la FSH continúa aumentando. En esta etapa son frecuentes los ciclos anovulatorios. No se produce progesterona por lo que no hay oposición a los estrógenos en el endometrio, respondiendo éste como si existiese un hiperestrogenismo y apareciendo una hipermenorrea.
- ▶ En una **tercera fase** la reducción progresiva de los estrógenos conduce a la instauración definitiva de la amenorrea. La concentración de la FSH sigue aumentando haciendo que se invierta el cociente FSH/LH. Tanto los valores de estradiol como de estrona disminuyen, pero es en la posmenopausia cuando el descenso de la estrona es menor que el de estradiol, por lo que ésta se convierte en el estrógeno principal. Aproximadamente a los 6 meses de la menopausia los niveles de estradiol se estabilizan, siendo sus valores similares a los que aparecen tras la extirpación ovárica, por lo que se cree que dicho estradiol es producto de la conversión periférica de otros estrógenos como la estrona y la testosterona. Tras la menopausia, y hasta 1-3 años después, la FSH alcanza hasta 10-20 veces su valor basal y la hormona luteinizante (LH) aumenta hasta 3 veces, para posteriormente ir disminuyendo progresivamente.

Tabla 7. Fases del proceso fisiológico del climaterio¹³.

	PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE
Estrógenos	normales o ↓	↓↓	↓↓↓
FSH	↑	↑↑	↑↑↑
LH	normal	↓	↑
Características	ciclos acortados	ciclos anovulatorios	FSH/LH>1
Menstruación	proiomenorrea	hipermenorrea	amenorrea

FSH: Hormona folículoestimulante; LH: Hormona luteinizante.

PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CLIMATERIO

Una cuarta parte de las mujeres climatéricas no presentan nunca síntomas, y en aquellas que los presentan son generalmente leves o pasajeros. En cualquier caso, no todas las mujeres tienen por qué percibirlos, y en caso de que esto suceda, no todas van a referirlos con la misma intensidad. Son frecuentes las variaciones en la percepción y expresión de los síntomas, de una cultura a otra y dentro de la misma.

Según la evidencia disponible actualmente, el descenso de los estrógenos que se produce en esta etapa de la vida **únicamente se asocia** a alteraciones menstruales, síntomas vasomotores o genitales y osteoporosis (**Grado A**).

No se relacionan con los cambios hormonales que ocurren en este periodo el aumento del riesgo cardiovascular, los síntomas osteomusculares o la disminución de la capacidad cognitiva (**Grado B**). Los trastornos del estado de ánimo no se deben tampoco al déficit estrogénico, sino que están relacionados con el ciclo vital de la mujer (**Grado B**).

1. ALTERACIONES MENSTRUALES

Una constante mantenida por la mayoría de las mujeres a través de toda su madurez sexual suele ser la regularidad de sus ciclos, pero unos años antes de la menopausia pueden aparecer alteraciones menstruales. Estas son la causa más frecuente de consulta, junto a las alteraciones vasomotoras, ya que son los síntomas que más afectan a la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio. Las hemorragias menstruales pueden dar lugar a cuadros de anemia ferropénica.

Las formas de presentación de las alteraciones menstruales más frecuentes durante el climaterio son:

- **Proiomenorrea o polimenorrea:** Ciclos menores de 21 días.
- **Hipermenorrea o menorragia:** Menstruación con sangrado intenso o prolongado.
- **Metrorragia:** Sangrado fuera de la menstruación.
- **Amenorrea:** Ausencia de menstruación.

2. ALTERACIONES VASOMOTORAS

Se describen comúnmente como “**sofocos**”. Consisten en una sensación subjetiva de calor, que se extiende desde el tórax y los brazos hacia la cara, y que se acompaña frecuentemente de enrojecimiento, sudoración, escalofríos y en ocasiones de palpitaciones. Aparecen sobre todo en los primeros dos años tras la menopausia y en un 25% de las mujeres pueden persistir hasta cinco años o más. En un pequeño porcentaje pueden presentarse en la premenopausia.

Se producen por una graduación del centro termorregulador “a la baja”, lo que hace que se pongan en marcha mecanismos para disminuir la temperatura como la vasodilatación cutánea.

Se ha demostrado la asociación entre determinados factores de riesgo y la frecuencia o intensidad de los síntomas vasomotores¹⁵⁻¹⁷. Algunos factores no son modificables (raza, ooforectomía, menopausia quirúrgica y padecer una enfermedad crónica), mientras que otros sí lo son (obesidad, ejercicio físico y tabaco entre otros).

Los síntomas vasomotores intensos se asocian a alteraciones del sueño, cefaleas o vómitos (**Grado B**).

3. ALTERACIONES GENITALES

La disminución de los estrógenos hace que la mucosa vaginal se atrofie, perdiendo glándulas secretoras, rugosidad y espesor. Asimismo, la vagina se acorta debido a la regresión del cérvix y la vulva y el introito pierden elasticidad. Estos cambios generan, en ocasiones, síntomas como sequedad vaginal y dispareunia.

Se ha demostrado la asociación entre determinados factores de riesgo y la frecuencia o intensidad de los síntomas genitales. Estos factores no son modificables (edad, raza, menopausia quirúrgica y posmenopausia y padecer una enfermedad crónica)^{15,17}. También se ha constatado que las mujeres sexualmente activas presentan un menor grado de atrofia vaginal que las no activas en la posmenopausia¹⁸.

4. INCONTINENCIA URINARIA (IU)

La uretra y la vejiga tienen también receptores estrogénicos, por lo que la mucosa de la uretra y la vejiga también se atrofian¹⁹⁻²¹. La asociación entre la IU y la disminución de estrógenos no está clara y mientras algunos estudios la demuestran²²⁻²⁶, otros no^{27,28} (**Grado C**). Tampoco se ha encontrado una asociación causal entre la menopausia y las infecciones recurrentes del tracto urinario²² (**Grado C**).

La IU se define como la pérdida involuntaria de orina. Constituye un problema que puede afectar de forma importante a la calidad de vida de las mujeres, causando vergüenza, tristeza, disminución de la autoestima y en algunos casos aislamiento social.

Se consideran factores de riesgo de IU la edad, las gestaciones, los partos y la obesidad. Otros estudios también incluyen el hábito tabáquico, la histerectomía, la menopausia, la cirugía o radioterapia pélvica, la enfermedad cerebrovascular, el deterioro cognitivo, la depresión, la movilidad reducida, las barreras o limitaciones para acceder al baño, una menor ingesta de líquidos y el aislamiento social²⁹.

4.1. Clasificación

4.1.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): Pérdida involuntaria de orina durante actividades que aumentan la presión intraabdominal (ejercicio, tos, estornudos, risa, coger peso...). Cursa sin contracción del detrusor de la vejiga.

4.1.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): Pérdida involuntaria de orina acompañada de deseo repentino y fuerte de orinar (urgencia o síndrome de vejiga hiperactiva). Se asocia a contracciones involuntarias del detrusor de la vejiga. La causa más frecuente de IUU de reciente aparición es una infección del tracto urinario que se resolverá tras el tratamiento antibiótico adecuado sin más estudios.

4.1.3. Incontinencia urinaria mixta (IUM): Combinación de las dos anteriores.

4.2. Cribado

Más del 50% de las mujeres con IU nunca han consultado a su médico³⁰, ya sea por vergüenza, por considerarlo normal con la edad o por creer que no tiene solución, por lo que debemos sospechar e investigar su presencia en todas las mujeres climatéricas.

Los cuestionarios autocumplimentados son instrumentos útiles para detectar la IU y para diseñar una estrategia de intervención. Entre ellos destaca la versión corta, ya validada en España, del cuestionario *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF)³¹. Su punto de corte es 1 punto (**tabla 8**).

4.3. Valoración inicial (tras cuestionario de cribado positivo)

- ▶ **Anamnesis:**
 - **Antecedentes personales:** Uropatías, intervenciones quirúrgicas, hábitos tóxicos o fármacos que favorezcan la incontinencia (diuréticos, estrógenos, ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, laxantes, antibióticos...)¹⁹.
 - **Antecedentes gineco-obstétricos:** Gestaciones, partos y menopausia.
 - **Tipo:**
 - **IUE:** ¿Se le escapa la orina cuando hace un esfuerzo físico como toser, estornudar, reír, levantar pesos...?
 - **IUU:** ¿Se le escapa la orina cuando nota una sensación urgente de ganas de orinar?
 - **Características:** Inicio, frecuencia, severidad, desencadenantes e impacto en la calidad de vida.
 - **Otros síntomas:** Estreñimiento, incontinencia fecal o prolapsos pélvicos.
- ▶ **Exploración física:** Neurológica, columna vertebral, abdomen, periné, esfínteres y tono y fuerza de los músculos perineales, haciendo hincapié en descartar cistocele, prolapso uterino o de cúpula vaginal o rectocele.
- ▶ **Pruebas complementarias:**
 - Glucemia y creatinina.
 - Sedimento de orina y urocultivo.
 - Diario miccional durante 3 días consecutivos (**tabla 9**).
 - Medición de orina residual posmicción por sondaje, si se sospecha disfunción de vaciado vesical.

Tabla 8. Versión corta del cuestionario internacional de consulta sobre incontinencia urinaria (ICIQ-SF).

Mucha gente pierde orina en un momento determinado. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? Marque solo una respuesta.

Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces a la semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

2. Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque solo una respuesta.

No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Mucho

Punto de corte: 1.
 IU con diagnóstico clínico: Sensibilidad 92,1 y especificidad 55,6.
 IU con diagnóstico urodinámico: Sensibilidad 87,7 y especificidad 40,8.

IU: Incontinencia urinaria.

Tabla 9. Diario miccional.

Hora	BEBIDAS		MICCIONES		PÉRDIDAS (Poca/media /mucho)	¿URGENCIAS? Sí/No	ACTIVIDADES ¿Qué está haciendo?
	Tipo	Cantidad (ml)	Número de veces	Cantidad (ml)			
De 06 a 08							
De 08 a 10							
De 10 a 12							
De 12 a 14							
De 14 a 16							
De 16 a 18							
De 18 a 20							
De 20 a 22							
De 22 a 00							
De 00 a 02							
De 02 a 04							
De 04 a 06							
TOTALES							

ml: mililitros. Número y tipo de compresas usadas en todo el día 1:

Hora	BEBIDAS		MICCIONES		PÉRDIDAS (Poca/media /mucho)	¿URGENCIAS? Sí/No	ACTIVIDADES ¿Qué está haciendo?
	Tipo	Cantidad (ml)	Número de veces	Cantidad (ml)			
De 06 a 08							
De 08 a 10							
De 10 a 12							
De 12 a 14							
De 14 a 16							
De 16 a 18							
De 18 a 20							
De 20 a 22							
De 22 a 00							
De 00 a 02							
De 02 a 04							
De 04 a 06							
TOTALES							

ml: mililitros. Número y tipo de compresas usadas en todo el día 2:

Hora	BEBIDAS		MICCIONES		PÉRDIDAS (Poca/media /mucho)	¿URGENCIAS? Sí/No	ACTIVIDADES ¿Qué está haciendo?
	Tipo	Cantidad (ml)	Número de veces	Cantidad (ml)			
De 06 a 08							
De 08 a 10							
De 10 a 12							
De 12 a 14							
De 14 a 16							
De 16 a 18							
De 18 a 20							
De 20 a 22							
De 22 a 00							
De 00 a 02							
De 02 a 04							
De 04 a 06							
TOTALES							

ml: mililitros. Número y tipo de compresas usadas en todo el día 3:

5. OSTEOPOROSIS

El hueso es un tejido vivo que se encuentra en constante remodelación y recambio. Su tamaño, resistencia y mineralización aumentan durante las diferentes etapas del desarrollo, apareciendo su pico máximo en la tercera década de la vida. Después de conseguir este pico, la masa ósea comienza a perderse gradual y lentamente. Esta pérdida está influida tanto por factores hereditarios y ambientales como por diversas enfermedades y tratamientos.

La pérdida de masa ósea ocurre antes en las mujeres y se acelera al cesar la producción estrogénica (**Grado A**). Inicialmente el ritmo de pérdida aumenta en la perimenopausia y en los años inmediatamente posteriores, para posteriormente disminuir e igualarse al de los varones (**Grado B**). La edad y el tiempo transcurrido desde el inicio de la menopausia son los predictores más importantes de la densidad mineral ósea (DMO).

Entre las numerosas definiciones de **osteoporosis**, la más aceptada internacionalmente es la de la Conferencia de Consenso de 2001 de los *National Institutes of Health* (NIH)⁵, que la definen como un trastorno del esqueleto caracterizado por una alteración de la resistencia ósea que predispone a un incremento del riesgo de fractura. El concepto de resistencia ósea integra tanto aspectos cuantitativos (tamaño del hueso y DMO) como cualitativos (macro y microarquitectura ósea, remodelado óseo, mineralización y presencia de microlesiones).

La consecuencia más importante de la osteoporosis es la fractura. Se define como **fractura por fragilidad** la que se presenta en ausencia de un traumatismo evidente o la que es resultado de una caída desde una altura equivalente a una persona de pie o menor. Las fracturas por fragilidad pueden suceder en cualquier localización excepto en la cara o los dedos. Si bien las fracturas vertebrales son las más frecuentes, son las de cadera las que causan una mayor morbimortalidad. Aproximadamente una tercera parte de los pacientes que las padecen mueren durante el primer año y otra tercera parte de los que sobreviven no vuelven a ser independientes.

5.1. Factores de riesgo

La fractura es la consecuencia más importante de la osteoporosis, siendo el riesgo de caídas su principal factor de riesgo. La DMO baja, aún siendo un factor importante, no es el que más influye en su aparición. El riesgo de caída aumenta significativamente con la edad, estimándose que un 30% de las personas mayores de 65 años se caen al menos una vez al año, siendo la fractura una consecuencia en un 10% de los casos³².

Los **factores de riesgo** actualmente reconocidos por la Organización Mundial de la Salud y el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)^{33,34} son los que figuran en la **tabla 10**. Los **factores de riesgo de caída** están desarrollados en el Programa de Atención a las Personas Mayores. El tratamiento crónico con corticoides debe ser valorado individualmente.

5.2. Evaluación de la densidad mineral ósea (DMO)

La DMO se define como la cantidad de hueso mineralizado por unidad de volumen expresada en mg/cm³. Puede medirse mediante métodos directos (densitometría ósea) o indirectos (marcadores óseos):

5.2.1. Densitometría ósea: El término densitometría ósea engloba aquellas pruebas no invasivas que miden la DMO en diferentes partes del esqueleto mediante técnicas que pueden utilizar o no las radiaciones ionizantes. Actualmente se considera a la absorciometría de rayos X de energía doble (DXA) como la prueba de elección para evaluar la DMO^{3,33-37} (**Grado B**).

Tabla 10. Factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Factores relacionados con aumento del riesgo de fractura (FRF): <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de fractura de cadera. • Consumo diario de 4 o más unidades de bebida estándar (UBE) de alcohol. • Artritis reumatoide severa de larga evolución. ▶ Factores relacionados con disminución de la DMO (FRDMO): <ul style="list-style-type: none"> • Índice de masa corporal (IMC) menor de 22 Kg/m². • Espondilitis anquilosante. • Enfermedad de Crohn. • Inmovilización prolongada. • Menopausia precoz no tratada.

DMO: Densidad mineral ósea.

Fuente: *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*.

Una vez obtenido el valor de la DMO, éste se compara con el de una población de referencia compuesta por adultos jóvenes y sanos del mismo sexo (T-score), o por individuos de la misma edad y sexo (Z-score). El resultado se expresa en forma de porcentaje y número de desviaciones estándar (DE) en que el valor se separa de la media del de referencia.

Según el valor del T-score obtenido en la densitometría ósea la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la siguiente clasificación³⁸:

- DMO normal: T-score \geq -1 DE.
- DMO baja (osteopenia en clasificaciones anteriores): T-score entre -1 y -2,5 DE.
- Osteoporosis: T-score \leq -2,5 DE.
- Osteoporosis severa (osteoporosis establecida en clasificaciones anteriores): T-score \leq -2,5 DE y al menos una fractura por fragilidad.

Esta clasificación, si bien permite homogeneizar los criterios diagnósticos, algo imprescindible para poder comparar estudios epidemiológicos y asimilar criterios de inclusión en ensayos clínicos, provoca la actual confusión terminológica entre osteoporosis clínica y densitométrica. Dado que el estado actual de la técnica no permite identificar a los pacientes con osteoporosis clínica, las principales guías diagnósticas hacen equivalentes estos dos términos.

Como la DMO baja es solo uno de los factores de riesgo capaces de predecir fracturas, su medición, como así lo demuestra el metanálisis de Marshall, no discrimina adecuadamente entre las personas que presentarán una fractura y las que no³⁹ (**Grado B**). Por otra parte, el diagnóstico mediante densitometría varía dependiendo de la localización donde se realiza la medición, del número de las mismas, de la marca del densitómetro y de las referencias poblacionales utilizadas. Debe disponerse preferiblemente de la medición de la DMO en cadera.

La **solicitud de una densitometría ósea** (preferiblemente de cadera) solo estaría justificada en el caso de que el valor de la DMO fuera necesario para decidir el inicio del tratamiento, es decir:

- ▶ Sin antecedentes de fractura por fragilidad: en mujeres menores de 70 años posmenopáusicas, que presenten al menos un FRF y un FRDMO (**tabla 10**) y en mujeres con 70 años o más, que presenten al menos un FRF o FRDMO (**tabla 10**).
- ▶ Con antecedentes de fractura por fragilidad: en todas las mujeres posmenopáusicas.

El *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)^{33,34} no recomienda la monitorización con densitometría a los pacientes en tratamiento. Si ésta se decidiera solicitar, la evidencia disponible hasta el momento no apoya su petición hasta pasados dos años del inicio del tratamiento⁴⁰.

Respecto a los **ultrasonidos** cuantitativos, un metanálisis reciente concluye que las evidencias actuales no son suficientes para recomendarlos como método para evaluar la DMO ni como predictores de fractura⁴¹ (**Grado B**).

5.2.2. Radiografía simple: La radiografía simple no ha mostrado ser útil para evaluar la DMO⁴² y las principales guías de práctica clínica tampoco la consideran útil como método de cribado de fracturas^{3,35-37} (**Grado B**). Sin embargo, si se ha solicitado por otra causa, el hallazgo de fracturas vertebrales se considera como un factor de riesgo importante para predecir fracturas en cualquier localización⁴³.

5.2.3. Marcadores óseos: Los marcadores óseos son sustancias químicas presentes en el suero y la orina que indican la tasa de recambio óseo. Existen marcadores de formación de hueso (fosfatasas alcalinas, osteocalcina, procolágeno...) y de reabsorción ósea (hidroxiprolina, calcio piridinolina...). La mayoría de ellos presentan una gran variabilidad debido a múltiples factores (edad, sexo, determinadas enfermedades y fármacos...).

Actualmente se acepta que los marcadores óseos no son útiles para detectar cambios en la DMO ni para predecir fracturas⁴⁴ (**Grado B**).

6. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

El incremento del riesgo cardiovascular durante la etapa climatérica, en contra de lo que se ha sostenido hasta hace poco tiempo, está relacionado con el aumento de los factores de riesgo que van apareciendo con la edad y no con la deprivación estrogénica (**Grado B**). Al compararse las curvas de mortalidad por edad en ambos sexos, se observa un paralelismo total a lo largo de la vida, de forma que las tasas de mortalidad en las mujeres se mantienen siempre inferiores a las de los varones, encontrándose el punto de inflexión en ambas curvas entre los 65-70 años y alejado, por tanto, de la edad en la que ocurre la menopausia⁴⁵⁻⁴⁸.

7. OTRAS MANIFESTACIONES

Los síntomas osteomusculares están relacionados con la sobrecarga mecánica y la falta de entrenamiento físico y no con los cambios hormonales que ocurren durante el climaterio (**Grado B**).

Diversos estudios⁴⁹ tampoco han observado relación entre la menopausia y la disminución de la capacidad cognitiva (**Grado B**).

Los trastornos del estado de ánimo aparecen con frecuencia a esta edad, pero son varios los estudios⁵⁰⁻⁵¹ que no han encontrado relación entre éstos y el déficit estrogénico (**Grado B**). Probablemente se observen más por el cambio vital que experimenta la mujer climatérica a nivel personal, familiar y laboral.

ASPECTOS PSICOSOCIALES COINCIDENTES CON EL CLIMATERIO

Para abordar de una forma integral la salud de la mujer durante el climaterio, es importante tener no solo conocimientos sobre los cambios físicos que se producen, sino también sobre las **características psicoevolutivas** de la mujer en esta etapa, el **contexto sociocultural** en el que está inmersa, los diferentes **roles** que puede adoptar y su **bienestar emocional**.

El climaterio constituye una etapa más en el proceso evolutivo de la mujer y, en consecuencia, la vivencia de los cambios que se producen en este período depende en gran medida no solo de factores biológicos sino psicológicos y socioculturales. Así esta etapa evolutiva, puede ser vivida de distintas maneras, casi tantas como mujeres existen, por lo que la percepción o no de malestar y el tipo de malestar no es universal.

1. CARACTERÍSTICAS PSICOEVOLUTIVAS

La madurez se caracteriza por la capacidad de autogestión de la propia vida y la capacidad para tomar decisiones de forma independiente y autónoma. Es una etapa, generalmente, llena de acontecimientos positivos que producen bienestar, pero en la que también pueden surgir acontecimientos generadores de tensión.

Las mujeres climatéricas se sitúan entre la **adultez media** (40 a 55 años) y la **adultez tardía** (56 a 65 años). Las principales características psicoevolutivas de estas fases son:

- **Adultez media:** Trabajo remunerado o doméstico, más autonomía en cuanto a la educación de hijos/as, relación más directa con la pareja, más tiempo para el desarrollo de actividades de ocio, aceptación y ajuste a los cambios fisiológicos y la propia imagen, adaptación a la ancianidad de los padres, mayor satisfacción por los logros de responsabilidades profesionales y sociales...
- **Adultez tardía:** Se asienta el aprendizaje de etapas previas (sabiduría, seguridad, aceptación del propio ciclo de vida...), se aspira al establecimiento de condiciones de vida más cómodas y comienza la adaptación al propio envejecimiento, a una próxima jubilación...

Los retos para introducir cambios positivos que mejoren la salud y la calidad de vida se plantean en torno a tres grandes aspectos:

- ▶ **Aspectos biológicos:** Es necesario su conocimiento previo para una mejor aceptación y posterior adaptación a los mismos.
- ▶ **Aspectos psicológicos:** Es importante la aceptación de la propia imagen, tener una adecuada autoestima y autoconocimiento, buena comunicación y adecuada confrontación con la enfermedad y la muerte.
- ▶ **Aspectos sociales:** Hay que tener en cuenta los posibles cambios en la estructura familiar (la ruptura o el reencuentro de la pareja, la reducción o desaparición de las tareas parentales, la aparición de familiares dependientes que requieran cuidados...), las relaciones fuera del hogar y el tiempo de ocio entre otros aspectos.

2. CONTEXTO SOCIOCULTURAL

A través de los procesos de socialización y educación, las mujeres interiorizan los modelos, estereotipos y normas sociales existentes asociadas al género para constituir una determinada **identidad femenina**.

Nuestro modelo social actual es el de "supermujer" y, en ocasiones, la que no se adapta es infravalorada. Es importante liberarse de las restricciones impuestas por los estereotipos, revisando y cuestionando las creencias y modelos, para un adecuado desarrollo personal y bienestar emocional.

En las últimas décadas, los cambios en la situación social de las mujeres han sido importantes, y aunque muchos de ellos suponen avances para la igualdad, actualmente, se mantienen situaciones de inequidad de género que son determinantes de la salud de las mujeres:

- ▶ **Aspectos laborales:** Existen barreras invisibles que orientan a hombres y mujeres a ocupaciones específicas (lo que conlleva la exposición a distintos riesgos laborales) y que ponen trabas a la promoción laboral de las mujeres. Las mujeres sin empleo remunerado son las que tienen un peor estado de salud, ya que éste proporciona unos beneficios adicionales tales como autonomía económica, reconocimiento y prestigio social.
- ▶ **Cuidados del hogar y de la familia:** Se desarrollan sin ninguna proyección social como actividades no asalariadas, lo que supone que pasen desapercibidas y no se valoren. A lo largo de esta etapa, y coincidiendo con el crecimiento e independencia de hijos/as, puede ir disfrutándose de más tiempo libre, si bien es frecuente que llegue un momento en el que se hacen cargo de algún familiar dependiente. Las mujeres asumen mayoritariamente estos cuidados y, al igual que las tareas domésticas, son actividades que ocupan todo el día y que deben realizarse en muchas ocasiones concomitantemente a un trabajo remunerado. Este papel puede tener claros efectos negativos sobre la salud de la mujer, dependiendo en gran medida de la posibilidad de contar con ayuda y del grado de parentesco y dependencia de la persona a la que cuida. Las mujeres mayores de 55 años cuyas hijas son ahora madres pertenecen a la generación de los cuidados, conocida como la “generación sándwich” (han cuidado a sus hijos/as, a sus padres, a su suegro/a y ahora están cuidando a sus nietos/as). Diversos estudios han demostrado que la salud de estas mujeres es peor y que seguirá empeorando durante su vejez.

Otro fenómeno social a tener en cuenta es la inmigración, ya que cada vez son más las mujeres que abandonan sus raíces y se desplazan a otros países culturalmente muy diferentes en busca de mejores oportunidades. En muchos casos, éstas desempeñan trabajos de cuidadoras de la población dependiente, de manera remunerada pero informal y sin la presencia de un lazo familiar.

3. ROLES FEMENINOS

Según el momento histórico, cada sociedad, incluso cada grupo social, adjudica a cada sexo de forma diferenciada un rol o conjunto de derechos, obligaciones, demandas y expectativas. Este rol ha sido aceptado y legitimado históricamente y, aunque existe una tendencia hacia el cambio, aún está presente en nuestra sociedad afectando a la salud de diversas maneras.

3.1. Rol de esposa

El papel de la esposa dependiente y abnegada está pasando cada vez más al de compañera independiente con necesidades propias.

3.2. Rol de madre

En la actualidad la maternidad es una elección para la mayor parte de las mujeres y cada vez se considera menos como su única y principal función social. El hecho de ser madre, en ocasiones, se vive con cierta ambivalencia, con sentimientos de felicidad y de preocupación y obligación al mismo tiempo.

3.3. Rol de “ama de casa”

Las tareas del hogar suscitan también sentimientos ambivalentes, por una parte negativos como soledad, monotonía e infravaloración familiar y social, y por otra positivos como autonomía. Estas tareas, desempeñadas hasta hace poco de forma casi total y exclusiva por la mujer, van compartiéndose cada vez más con el resto de la familia.

3.4. Rol de trabajadora

Actualmente el mayor acceso de la mujer al trabajo remunerado le proporciona autonomía económica, reconocimiento y prestigio social, aunque esto conlleva en muchas ocasiones “la doble o triple jornada” (laboral, doméstica y/o social) al mantenerse los roles tradicionales.

3.5. Rol de cuidadora de personas dependientes

La mujer asume aún de forma casi exclusiva el cuidado de los dependientes en la familia, los denominados “servicios familiares de prestación de salud”.

4. BIENESTAR EMOCIONAL

El bienestar emocional incluye dos aspectos diferentes: el primero relacionado con la **satisfacción de las necesidades vitales**, tanto para el mantenimiento del organismo (comer, beber, dormir...) como para el desarrollo de la persona (amar y ser amada, afrontar retos, tomar decisiones...), y el segundo en relación con la **propia personalidad** (“cómo se es” y “cómo se afronta la vida”) y con los **acontecimientos vitales** (situaciones difíciles de controlar con un importante impacto en nuestras vidas y que pueden ser positivas y generar bienestar o negativas y provocar malestar)⁶.

Los acontecimientos vitales tienen una clara influencia sobre los síntomas que manifiesta la mujer en el climaterio. Las mujeres con mayores recursos psicológicos están más protegidas ante situaciones conflictivas o estresantes y valoran la llegada del climaterio como un beneficio y una etapa de mayor desarrollo personal. Las mujeres con escasos recursos constituyen un grupo de riesgo en este período ya que son más vulnerables al estrés y tienen más probabilidad de desarrollar síntomas psicológicos.

Los recursos que deben desarrollarse para alcanzar un adecuado bienestar emocional se describen en la **tabla 11**.

Tabla 11. Recursos para el bienestar emocional.

- ▶ **Sentirse bien con una misma**
 - Autoestima
 - Asertividad
 - Manejo de emociones
 - Solución de problemas
 - Afrontamiento del estrés

- ▶ **Sentirse bien con las personas más cercanas**
 - Habilidades de comunicación
 - Manejo de conflictos

- ▶ **Sentirse bien con el medio**
 - Participación social

4.1. Sentirse bien con una misma

4.1.1. Autoestima: Se define como el conjunto de percepciones, imágenes, pensamientos, juicios y afectos sobre la propia persona. Influye en la manera de ser, de estar, de actuar y de relacionarse en la sociedad. Es un concepto aprendido del entorno, obtenido mediante la valoración que se hace del comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a una misma. Su importancia radica en que impulsa a actuar y avanzar y estimula la consecución de logros y objetivos (tabla 12).

Tabla 12. Características y consecuencias de la alta y baja autoestima.

	ALTA AUTOESTIMA	BAJA AUTOESTIMA
Características	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acepta cualidades y limitaciones. ▶ Defiende sus ideas y valores y rectifica ante errores. ▶ Confía en su propio criterio sin culpabilizarse. ▶ Confía en su capacidad de afrontar y resolver problemas. ▶ No se considera superior, ni inferior a otros. ▶ No se deja manipular por los demás. ▶ Pide ayuda cuando lo necesita. ▶ Disfruta de sus actividades. ▶ Respeta opiniones ajenas aún sin compartirlas. ▶ Cuida sus necesidades reales. ▶ Muestra satisfacción por vivir. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Muy autocrítica, insatisfecha consigo misma. ▶ Sentimientos de autculpabilidad exagerando sus errores y lamentándose indefinidamente. ▶ Indecisa por miedo a equivocarse. ▶ Hipersensible ante la crítica de los demás. ▶ Deseo de complacer a los demás, no dice "no". ▶ Perfeccionismo o autoexigencia ▶ Tendencia a la depresión por ver todo "negro". ▶ Comparación permanente con los demás.
Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estimula la autonomía personal. ▶ Lleva el control de su propia vida. ▶ Posibilita unas relaciones personales de calidad. ▶ Ayuda a afrontar los acontecimientos vitales difíciles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dificultad para afrontar y resolver los problemas cotidianos y emprender proyectos futuros. ▶ Favorece procesos defensivos, de sumisión y de retiro a un mundo interior.

4.1.2. Asertividad: Se define como la creencia a tener derecho a los propios sentimientos, ideas, opiniones, necesidades... Se considera una expresión de alta autoestima. En general, la forma de actuar de la mujer es poco asertiva debido a que los estereotipos y roles asimilados hacen que los deseos y sentimientos de los demás se antepongan a los suyos. Esta actitud puede acarrear en ocasiones consecuencias sobre su salud.

4.1.3. Manejo de emociones y sentimientos: Existen emociones o sentimientos positivos (amor, alegría...) y negativos (ira, hostilidad, culpa, enfado...). Entre una situación que se da y la emoción que se desarrolla media la apreciación, la captación e interpretación mental que se hace de la realidad. A veces surgen problemas al considerar la emoción como la única realidad, sin tener en cuenta el proceso descrito, y otras, al utilizar mecanismos mentales distorsionados (distorsiones cognitivas) que dificultan el conocimiento de la realidad. Estos últimos son:

- ▶ Hacer una regla general a partir de un hecho aislado.
- ▶ Utilizar apelativos peyorativos para autodestruirse.
- ▶ Prestar atención a lo negativo desatendiendo lo positivo.
- ▶ Categorizar las cosas en los extremos como "blanco" o "negro".
- ▶ Suponer que todas las personas piensan de la misma forma que uno mismo.

- ▶ Sentir que se tiene la responsabilidad total de todo o que no se tiene control sobre nada.
- ▶ Suponer que la vida es como uno la siente en cada momento sin objetividad.
- ▶ Culparse permanentemente de todo, con o sin culpa.

4.1.4. Solución de problemas: Se entiende como problema una situación a abordar y como solución el afrontamiento de la misma.

4.1.5. Afrontamiento del estrés: En el estrés se combinan situaciones generadoras de tensión, pensamientos negativos, emociones dolorosas y respuestas físicas de ansiedad. La inestabilidad emocional que se atribuye a la mujer no es debida, como aún en ocasiones se cree, a sus características hormonales, sino al estereotipo femenino que propone el no afrontamiento ante situaciones de estrés.

4.2. Sentirse bien con los demás

En toda relación hay tres componentes principales que nos ayudan a valorar su calidad: el reconocimiento recíproco (reconocer y aceptar que la otra persona es diferente), el intercambio (de comportamientos, actitudes, pensamientos, sentimientos, roles...) y el compromiso consensuado (respeto mutuo y metas comunes).

Cada tipo de relación cubre uno o varios aspectos necesarios para el bienestar emocional (afecto, apoyo emocional, atención, aceptación, pertenencia, diversión, amor, placer...). Los estereotipos de género más frecuentes en las relaciones de las mujeres son: la facilidad para conocer y expresar sentimientos (afectividad y emotividad), la inseguridad, la sumisión, el cuidado de otras personas... Estos estereotipos pueden dificultar las relaciones dependiendo de cómo se interioricen y de la personalidad de la mujer. Esta es la razón por la que frecuentemente se dan fenómenos de dependencia, falta de satisfacción personal, dificultad para desarrollar un proyecto vital, problemas de asertividad, incapacidad para priorizar sus necesidades y deseos, sometimiento en la relación de pareja...

Las **relaciones familiares** se ven condicionadas por la fase del ciclo vital en que se encuentra la familia y por cómo son las relaciones entre los diferentes miembros (hay que prestar especial atención a la presencia de autoritarismo, rigidez de normas, organización jerárquica... ya que pueden ser indicativas de una situación de violencia). La posible emancipación de hijos/as o la presencia o no de dependientes (ancianos/as, nietos/as...) son características de esta etapa, que aunque muchas mujeres la viven casi sin conflictos e incluso aliviadas, en otras pueden aparecer problemas de ansiedad, depresión, insomnio...

Las **relaciones de pareja** se ven condicionadas por los cambios tanto personales como de la pareja. Comienza la etapa de afrontamiento del envejecimiento, aparecen problemas de salud y la situación familiar cambia. La sexualidad durante el climaterio está sujeta a variaciones individuales y depende de la satisfacción sexual previa, del modelo sexual asumido y de su planteamiento a la pareja, de su identidad corporal y aceptación de la misma, de posibles problemas psicológicos (inseguridad...) y del tipo de relación. En este periodo desaparece el miedo a quedarse embarazada, disminuye el impulso sexual (no necesariamente la libido) y aumenta el tiempo de estimulación necesario para llegar al orgasmo, además de una menor lubricación vaginal.

Las **relaciones sociales** cumplen en esta etapa algunas funciones psicológicas importantes como ser una vía para expresar sentimientos, dar información sobre sí misma y aconsejar, lo que proporciona comprensión y esperanza.

4.2.1. Habilidades en la comunicación: La comunicación se define como el proceso interpersonal en el que los participantes expresan algo de sí mismos a través de signos verbales y no verbales con la intención de influirse de algún modo. Las actitudes básicas para comunicarse mejor son la aceptación de la otra persona, la congruencia a nivel verbal y no verbal y la empatía.

4.2.2. El manejo de conflictos: Existe un conflicto interpersonal cuando se encuentra en el comportamiento de otra persona un obstáculo que se interpone en el logro y satisfacción de nuestros objetivos y necesidades. El conflicto es una realidad en cualquier relación y no tiene por qué ser necesariamente negativo. El factor más crítico en una relación no es el número de conflictos que se tiene sino la forma de resolverlos.

4.3. Sentirse bien con el medio

Las mujeres que tienen una vida social gratificante y participativa y que utilizan redes de apoyo, viven esta etapa de su vida de forma positiva, con una mayor sensación y conciencia de bienestar y salud.



**Prevención
y tratamiento**

ALTERACIONES MENSTRUALES

Cuando se detectan alteraciones menstruales es necesario descartar, con una adecuada anamnesis y exploración física, y como paso previo al tratamiento o derivación:

- ▶ Patología ginecológica: Metrorragia, dispareunia, sangrado poscoital, dolor o sensación de peso pélvico...
- ▶ Enfermedades sistémicas: Enfermedad tiroidea, coagulopatías...
- ▶ Gestación.
- ▶ Repercusiones físicas: Anemia.
- ▶ Repercusiones en la calidad de vida.

Ante un mujer con hipermenorrea o menorragia sin síntomas o signos que sugieran patología orgánica, sin posibilidad de estar embarazada (tras test de embarazo si hay dudas), sin repercusión física (tras hemograma) y en la que no haya afectación de su calidad de vida, se investigará la presencia o no de dismenorrea (dolor con el sangrado menstrual) y la necesidad o no de anticoncepción para decidir el tratamiento.

Deben derivarse para estudio todas las metrorragias y las hipermenorreas o menorragias con síntomas o signos que sugieran patología orgánica, que duren más de 7 días, que tengan repercusiones físicas o afecten a la calidad de vida.

Las opciones terapéuticas (tabla 13) son:

- ▶ **Ácido tranexámico:** Es el de elección en mujeres sin dismenorrea durante los días de sangrado.
- ▶ **Ácido mefenámico:** Es el antiinflamatorio no esteroideo con más experiencia en esta patología y el de elección en mujeres con dismenorrea. También se pauta durante los días de sangrado.
- ▶ **Anticoncepción combinada con baja dosis de estrógenos:** Previene la proliferación del endometrio y tiene efecto contraceptivo.
- ▶ **Progestágenos** (orales, inyectados o intrauterinos): Previenen la proliferación del endometrio y tiene efecto contraceptivo. Los orales se administrarán entre el 5º y 26º días del ciclo menstrual.
- ▶ **TH:** Si las alteraciones menstruales se acompañan de otra clínica climatérica con afectación de la calidad de vida.

Se evaluará el tratamiento a los tres meses:

- ▶ Se continuará si el sangrado se reduce y no aparecen efectos secundarios.
- ▶ Se derivará a la paciente si no se reduce o aparecen efectos secundarios inaceptables.

Tabla 13. Tratamiento farmacológico de las alteraciones menstruales.

	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	NOMBRE COMERCIAL
Antifibrinolítico	Ácido tranexámico	1 g / 8 horas los días de sangrado	Amchafibrin®
Antiinflamatorio no esteroideo	Ácido mefenámico	500 mg / 8 horas los días de sangrado	Coslan®
Anticoncepción combinada con baja dosis de estrógenos	Ver guía de ANTICONCEPCIÓN		
Progestágenos			
Tratamiento hormonal	Ver tablas 18 y 19		

g: gramos;

mg: miligramos.

SÍNTOMAS VASOMOTORES

1. PREVENCIÓN Y MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

Es importante modificar ciertos hábitos y estilos de vida para disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas vasomotores (**Grado C**):

- ▶ **Obesidad:** El aumento de peso y la obesidad predisponen a que los síntomas vasomotores se presenten con mayor frecuencia e intensidad. No obstante, se desconoce si el perder peso puede disminuir el riesgo de padecerlos.
- ▶ **Ejercicio físico:** Posiblemente sea capaz de reducir los síntomas vasomotores. Las mujeres que hacen ejercicio regularmente tienen, con respecto a las sedentarias, una menor probabilidad de presentarlos.
- ▶ **Tabaco:** Tanto las fumadoras como las exfumadoras presentan más riesgo, siendo éste proporcional al número de cigarrillos consumidos. Tampoco se dispone de estudios que hayan evaluado si dejar de fumar influye en su frecuencia e intensidad.
- ▶ **Otros factores:** Las medidas que mantienen estable la temperatura corporal (ingerir bebidas frías, evitar picantes, café, té, mate, colas o alcohol, evitar situaciones de calor excesivo...) pueden ser efectivas.

2. TRATAMIENTO HORMONAL (TH)

2.1. Aspectos históricos

Actualmente se considera el climaterio como una etapa fisiológica más en la vida de la mujer, y no como una enfermedad, por lo que no debe medicalizarse. Esta nueva visión, unida a los resultados de varios estudios publicados recientemente, ha producido grandes cambios en su abordaje, lo que ha generado gran confusión entre los profesionales y las propias mujeres.

Hasta hace pocos años, el TH era la panacea no solo para el tratamiento de los síntomas climatericos sino para mantener a las mujeres "protegidas" de procesos cardiovasculares. Desde la publicación en 2002 de varios estudios que constataban un incremento del riesgo cardiovascular en la población tratada⁸, esta última indicación desapareció.

Además, en junio de 2005, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)⁵² suspende la comercialización de veralapríd por causar reacciones adversas neurológicas durante el tratamiento y psiquiátricas al finalizarlo o suspenderlo.

Por todos estos antecedentes debemos ser conscientes de que en el abordaje del climaterio puede haber cambios en las indicaciones de los tratamientos incluso a corto y medio plazo.

Todas las mujeres, sintomáticas o no, deben recibir instrucciones detalladas sobre los hábitos de vida saludables. Las mujeres sintomáticas deben recibir además información sobre los riesgos y beneficios de las distintas opciones terapéuticas, siendo ellas las que finalmente deben decidir si iniciar o no el tratamiento. No instaurar TH no implica necesariamente renunciar a tratamientos alternativos.

2.2. Principales estudios

2.2.1. *The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS y HERS II)*^{53,54}:

El HERS es el primer ensayo clínico aleatorio que analiza el efecto de la TH sobre la enfermedad cardiovascular. Se trata de un estudio de prevención secundaria.

En el HERS participaron 2763 mujeres entre 44 y 79 años, menopáusicas y con cardiopatía isquémica. El seguimiento medio fue de 4,1 años. El TH no solo no redujo los eventos cardiovasculares sino que aumentó el riesgo de trombosis venosas profundas de forma estadísticamente significativa. El aumento que se produjo de los cánceres de mama no fue estadísticamente significativo.

En el HERS II participaron 2321 mujeres del HERS que fueron seguidas durante 2,7 años más. Se llegó a las mismas conclusiones que con el HERS.

2.2.2. *Women Health Initiative (WHI) brazo con estrógenos y progestágenos combinados*⁸:

Es un ensayo clínico aleatorio de prevención primaria en el que participaron 16608 mujeres de 50 a 79 años, menopáusicas y sanas. Este brazo tuvo que ser suspendido de forma prematura a los 5,2 años al constatarse un incremento estadísticamente significativo del riesgo de cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares y trombosis venosas profundas. El aumento que se produjo de los cánceres de mama no fue estadísticamente significativo.

2.2.3. *Women Health Initiative (WHI) brazo con solo estrógenos*⁵⁵:

Es un ensayo clínico aleatorio de prevención primaria en el que participaron 10739 mujeres entre 50 y 79 años, menopáusicas, histerectomizadas y sanas. Como el brazo anterior tuvo que ser suspendido a los 7,5 años al constatarse un aumento estadísticamente significativo de accidentes cerebrovasculares y tromboembolismos pulmonares. En este brazo el riesgo de padecer cáncer de mama no se incrementó.

2.2.4. *Million Women Study*⁵⁶:

Es un estudio de cohortes de prevención primaria en el que participaron más de 700000 mujeres entre 50 y 64 años, menopáusicas y sanas. El periodo de seguimiento fue de 6 años. Tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer de mama aumentaron de forma estadísticamente significativa en el grupo de mujeres con TH (combinado o no).

2.2.5. *Women's International Study of Long Duration Oestrogen after Menopause (WISDOM)*⁵⁷:

Este estudio iniciado en 2001 pretendía estudiar los efectos del TH sobre la enfermedad cardiovascular y sobre la calidad de vida, así como sus efectos secundarios. Fue suspendido un año después tras publicarse los resultados del WHI.

2.2.6. *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-E₃N (EPIC-E₃N)*⁵⁸:

Este estudio, aún abierto, analiza el riesgo de cáncer de mama asociado al uso de TH entre 100000 mujeres (70000 de ellas menopáusicas). Todas están en tratamiento con estrógenos equinos conjugados, pero a un 58% de ellas se les ha añadido progestágenos sintéticos derivados de progesterona, a un 5% progestágenos sintéticos derivados de testosterona y a un 1% progesterona micronizada o natural. En este último grupo aún no se ha observado incremento del riesgo de cáncer de mama.

2.3. Balance de riesgos y beneficios

A la vista de los resultados del HERS y del WHI (tablas 14 a 17), la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), al igual que otras agencias internacionales, no recomienda el uso del TH en mujeres asintomáticas debido al desfavorable balance de riesgos y beneficios^{9,59}. Esta recomendación incluye a todas las especialidades farmacéuticas que contienen estrógenos, con o sin progestágenos, y a la tibolona.

Tabla 14. Resultados del HERS (número de casos por 10000 mujeres y año).

	CON TH	SIN TH	RIESGO RELATIVO
Eventos coronarios	366	368	0,99
Accidentes cerebrovasculares	212	195	1,09
Trombosis venosas profundas	59	28	2,08*
Cánceres de mama	59	47	1,27
Cánceres colorrectales	25	31	0,81
Fracturas	297	284	1,04
Cirugía biliar	191	129	1,48*

HERS: The Heart an Estrogen/progestin Replacement Study;

TH: Tratamiento hormonal.

*Estadísticamente significativo.

Tabla 15. Resultados del WHI (número de casos por 10000 mujeres y año).

	CON TH	SIN TH	RIESGO RELATIVO
Eventos coronarios	37	30	1,29*
Accidentes cerebrovasculares	29	21	1,41*
Trombosis venosas profundas	34	16	2,11*
Cánceres de mama	38	30	1,26
Cánceres colorrectales	10	16	0,63*
Fracturas	147	191	0,76*

WHI: Women Health Initiative;

TH: Tratamiento hormonal.

*Estadísticamente significativo.

Tabla 16. Resultados del WHI (casos totales en el brazo de TH combinado).

	TH COMBINADO	SIN TH	INCREMENTO POR 10000
Eventos coronarios	188	147	7
Accidentes cerebrovasculares	151	107	8
Cánceres de mama	166	124	8
Cánceres colorrectales	189	245	-6
Fracturas	733	896	-5

WHI: Women Health Initiative;

TH: Tratamiento hormonal.

Tabla 17. Resultados del WHI (casos totales en el brazo de TH con solo estrógenos).

	TH CON SOLO ESTRÓGENOS	SIN TH	INCREMENTO POR 10000
Eventos coronarios	179	197	-
Accidentes cerebrovasculares	151	108	12
Cánceres de mama	94	124	-
Cánceres colorrectales	61	58	-
Fracturas	53	724	-

WHI: Women Health Initiative;

TH: Tratamiento hormonal.

2.3.1. Estrógenos con o sin progestágenos:

- ▶ **Eventos coronarios:** El TH, tanto en prevención primaria como en prevención secundaria, no ha mostrado ningún beneficio sobre los eventos coronarios. Con TH combinado incluso puede haber un incremento del riesgo durante el primer año, si bien éste parece que se neutraliza cuando se prolonga el tratamiento más allá de los cuatro años.
- ▶ **Accidentes cerebrovasculares:** Aunque en el HERS⁵³ el aumento del riesgo no alcanzó la significación estadística, en el WHI⁸ sí se alcanzó a partir del segundo año de tratamiento.
- ▶ **Trombosis venosas profundas y tromboembolismos pulmonares:** Todos los estudios llegan a la conclusión de que el TH, combinado o no, aumenta el riesgo de trombosis venosas profundas de forma estadísticamente significativa. En los dos brazos del WHI^{8,55} también se observó un incremento del riesgo de tromboembolismos pulmonares de forma estadísticamente significativa.
- ▶ **Cáncer de mama:** Tanto en el HERS⁵³ como en el brazo con TH combinado del WHI⁸ se observó a partir de los 4 años de tratamiento un aumento no estadísticamente significativo del riesgo. Sin embargo, en el brazo con solo estrógenos no se objetivó ningún aumento. El *Million Women Study*⁶⁶ sí encontró un aumento estadísticamente significativo, si bien éste era menor en las que tomaban solo estrógenos y no variaba en las mujeres que habían tomado TH en el pasado. En el EPIC-E₃N⁵⁸, la utilización de progesterona natural micronizada aún no se ha relacionado con un aumento del riesgo.
- ▶ **Cáncer de endometrio:** En mujeres con útero el TH con solo estrógenos incrementa de 2 a 8 veces su riesgo⁶⁰. Éste parece que es dosis dependiente, que está directamente relacionado con la duración del tratamiento y que permanece elevado hasta 5 años después de su suspensión⁶¹. El riesgo no se incrementa cuando se asocia a progestágenos, sobre todo si la pauta de administración es continua. En el brazo con TH combinado del WHI⁸ incluso se objetiva una disminución, aunque no estadísticamente significativa.
- ▶ **Cáncer de ovario:** Si bien las revisiones sistemáticas con las que se cuenta no ofrecen datos concluyentes, el brazo con TH combinado del WHI⁸ muestra un aumento no estadísticamente significativo del riesgo de padecerlo.
- ▶ **Cáncer de colon:** Tanto las revisiones sistemáticas consultadas como el brazo con TH combinado del WHI⁸ muestran un efecto protector estadísticamente significativo^{62,63}.
- ▶ **Litiasis biliar:** El HERS⁵³ observó un aumento estadísticamente significativo del riesgo de cirugía biliar.
- ▶ **Fracturas:** Si bien el HERS⁵³ no demostró una reducción estadísticamente significativa del riesgo, los dos brazos del WHI sí lo hicieron, tanto para las vertebrales como para las no vertebrales.
- ▶ **Demencia:** Los resultados de las diferentes revisiones sistemáticas aún no ofrecen datos concluyentes, sin embargo, el *WHI Memory Study* con TH combinado encontró un aumento del riesgo estadísticamente significativo a partir del segundo año de tratamiento. Si bien este aumento se observó en todas las edades, éste era superior en las mayores de 75 años^{64,65}.

2.3.2. Tibolona: Los ensayos clínicos aleatorios de los que se dispone tienen un tiempo de duración de 3 años como máximo y no presentan suficiente información sobre los efectos secundarios y las tasas de abandonos.

- ▶ **Eventos coronarios:** Si bien parece que existe un efecto beneficioso sobre los marcadores relacionados con el riesgo, su efecto sobre los eventos coronarios aún no está claro.
- ▶ **Accidentes cerebrovasculares:** Es de destacar la reciente paralización del estudio Long Term Intervention on *Fractures with Tibolona* (LIFT) debido a un aumento del riesgo⁶⁶. Este hecho añade nuevas dudas sobre su perfil de seguridad.

- ▶ **Cáncer de mama:** El *Million Women Study*⁵⁶ mostró un incremento del riesgo estadísticamente significativo.
- ▶ **Cáncer de endometrio:** El *Million Women Study*⁶⁷ también mostró un aumento estadísticamente significativo, incluso por encima del de las mujeres con útero tratadas solo con estrógenos.

2.4. Indicaciones

Una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane⁶⁸ muestra que el TH administrado durante un periodo de entre 3 meses y 3 años es capaz de reducir la frecuencia de los síntomas vasomotores. La magnitud del efecto está relacionada con la intensidad de los mismos y la duración del tratamiento, y es mayor para el TH combinado que para los estrógenos solos⁶⁸.

Tras una adecuada información sobre los riesgos y beneficios del TH, es la mujer la que debe decidir sobre su toma o no. El TH sólo está justificado en mujeres con síntomas vasomotores que, por su frecuencia o intensidad, puedan repercutir en su calidad de vida (**Grado A**). El TH no está indicado para disminuir el riesgo cardiovascular ni para prevenir el cáncer de colon (**Grado A**). Debe pautarse siempre a la dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible⁹ debido a los riesgos asociados que comporta (eventos coronarios, accidentes cerebrovasculares, trombosis venosas profundas, tromboembolismos pulmonares, cánceres de mama, endometrio y ovario y litiasis biliar) (**Grado A**). El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) recomienda que el periodo de tratamiento no sea superior a 5 años⁶⁹.

Las mujeres con menopausia precoz (antes de los 40 años), especialmente aquellas con menopausia artificial, son subsidiarias, salvo contraindicación, de TH hasta la edad media de la menopausia, con el mismo seguimiento de una usuaria de TH sin valorar la retirada hasta dicha edad⁷⁰.

2.5. Contraindicaciones y consideraciones especiales

2.5.1. Contraindicaciones:

- ▶ Según la evidencia actual el TH está **contraindicado** en los siguientes casos:
 - Gestación.
 - Historia actual de cáncer hormonodependiente: endometrio, mama y melanoma.
 - Historia antigua de cáncer de endometrio, mama y melanoma: aunque habitualmente se considera una contraindicación, el TH transdérmico, el oral de corta duración o los estrógenos intravaginales pueden ser considerados tras la consulta con un oncólogo.
 - Nódulo mamario no filiado.
 - Sangrado vaginal no filiado.
 - Enfermedad cardiovascular.
 - Historia actual o reciente de tromboembolismo.
- ▶ El TH **no está contraindicado** en los siguientes supuestos⁷¹:
 - Endometriosis.
 - Leiomiomatosis uterina.
 - Enfermedad fibroquística de la mama.
 - Mastalgia.
 - Cefalea migrañosa.
 - Hipertensión arterial.
 - Tabaquismo.
 - Obesidad.

2.5.2 Consideraciones especiales:

- ▶ **Hiperplasia endometrial:** Se precisa un seguimiento endometrial estricto ya que aumenta el riesgo de cáncer de endometrio, sobretodo si la hiperplasia presenta atipias.
- ▶ **Miomas:** Se aconseja la realización de controles cada 6 meses y si al año no hay variaciones de tamaño, anualmente.
- ▶ **Diabetes mellitus:** El TH no altera sustancialmente la homeostasis hidrocarbonada y cuando se indica en diabéticas tipo 2 tampoco deteriora su control glucémico⁷².
- ▶ **Hipertensión arterial:** Se aconseja utilizar la vía transdérmica.
- ▶ **Hipertrigliceridemia:** Si bien la vía transdérmica es la de elección, ya que aumentan menos los triglicéridos que la oral⁷³, deben realizarse controles postratamiento.
- ▶ **Historia antigua de tromboembolismo:** Antes de instaurar el TH debe haberse realizado un estudio hematológico, debido al alto riesgo de recurrencia.
- ▶ **Situaciones que aumentan el riesgo de tromboembolismo⁷⁴:** Si se producen durante el TH, éste debe discontinuarse al menos hasta 3 meses de terminado el evento que aconseja suspenderlo.
- ▶ **Hepatopatía crónica:** Es de elección la vía transdérmica o intravaginal para evitar el efecto de primer paso hepático.
- ▶ **Toma de fármacos inductores del sistema microsomal hepático:** También es de elección la vía transdérmica o intravaginal para evitar el efecto de primer paso hepático.
- ▶ **Litiasis biliar:** En distintos estudios⁷¹ se ha visto que el riesgo de colelitiasis y colecistitis está incrementado.

2.6. Tipos, dosis y vías de administración (tablas 18 y 19)

Pueden utilizarse los estrógenos, combinados o no con progestágenos, o la tibolona⁷⁵.

2.6.1. Estrógenos: Pueden ser naturales (humanos como el 17β-estradiol y el estriol o equinos conjugados) o sintéticos (valerianato de estradiol), siendo los naturales los de elección.

Son eficaces tanto para el tratamiento de los síntomas vasomotores como para los genitales⁷⁶. La respuesta individual es variable, requiriéndose dosis diferentes en cada mujer para controlar la sintomatología⁷⁷. En menopausias de larga evolución se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas para ir aumentando progresivamente. En las fumadoras suelen requerirse dosis mayores.

Las vías de administración para el tratamiento de los síntomas vasomotores son la oral y la transdérmica (parches o gel). Con ambas se obtienen efectos clínicos semejantes, si bien la vía transdérmica, al evitar el metabolismo hepático, es de primera elección si:

- ▶ Existe hipertensión arterial, hipertrigliceridemia o hepatopatía crónica.
- ▶ Toma de fármacos inductores del sistema microsomal hepático.
- ▶ Existe una mala tolerancia oral.

2.6.2. Progestágenos: Deben asociarse a los estrógenos en las mujeres con útero, para reducir el riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio (**Grado A**).

Los más utilizados son la progesterona micronizada, el acetato de medroxiprogesterona, la dihidrogesterona, el acetato de noretisterona, el norgestrel, el acetato de ciproterona, el levonorgestrel y la drospirenona.

Las vías de administración son la oral, la transdérmica y la intrauterina (dispositivo de levonorgestrel). La vía oral o intramuscular, en mujeres peri y posmenopáusicas^{78,79}, con antecedentes de cáncer de mama⁸⁰ o de cáncer endometrial⁸¹, reducen significativamente los síntomas vasomotores (**Grado B**).

2.6.3. Tibolona: Es un esteroide oral sintético que al metabolizarse se transforma en metabolitos activos con acción estrogénica, androgénica débil y progestágena⁸².

Su eficacia es similar a la de los estrógenos, con o sin progestágenos, para el control de los síntomas vasomotores (**Grado A**)⁸³⁻⁸⁵. También produce mejoría de las alteraciones menstruales y de los síntomas genitales (**Grado B**).

2.7. Pautas (Figura 1)

Los factores a tener en cuenta en la prescripción del TH son la presencia o no de útero, el tiempo pasado desde la menopausia y el deseo de tener o no sangrado. En las mujeres con útero deben emplearse estrógenos más progestágenos de forma continua o cíclica y en las histerectomizadas, solo estrógenos de forma continua. A continuación se describen las distintas pautas de tratamiento:

2.7.1. Pauta continua: Tratamiento continuado con estrógenos. Es la indicada en menopáusicas histerectomizadas. La tibolona también se administra en pauta continua.

2.7.2. Pauta continua combinada: Tratamiento con estrógenos y progestágenos durante todo el ciclo. Es la indicada en menopáusicas con útero o en premenopáusicas que no desean menstruar.

2.7.3. Pautas cíclicas: Indicadas en premenopáusicas:

- ▶ Estrógenos durante 21 días asociando progestágenos del día 11º al 21º del ciclo. En los días de descanso se produce sangrado.
- ▶ Tratamiento continuado con estrógenos asociando progestágenos a partir del día 12º o 14º del ciclo.
- ▶ Tratamiento continuado con estrógenos asociando progestágenos a partir del día 14º del ciclo cada 3 meses.

2.8. Efectos secundarios

2.8.1. Sangrado: El sangrado irregular tras el comienzo del TH es muy común, y advertir previamente a la paciente de esta posibilidad puede fortalecer su adherencia al mismo. En la mayoría de las mujeres el sangrado irregular mejora a los 6-12 meses, por lo que los cambios de pautas demasiado rápidos son raramente de ayuda.

No existen criterios universalmente aceptados para definir un sangrado "anormal" tras la instauración del TH. Se debe informar a la mujer de que consulte cuando aparezca:

- ▶ Sangrado frecuente, intenso o con coágulos.
- ▶ Sangrado que dure más de 7 días, o más de 2 días de lo habitual.
- ▶ Ciclos de menos de 21 días.
- ▶ Manchas o sangrado intermenstrual.
- ▶ Sangrado vaginal poscoital.

El manejo varía según la pauta de TH que se haya indicado a la paciente:

- ▶ En la **pauta continua** no debe producirse sangrado, y si aparece y dura más de 6 meses debe derivarse para estudio. También debe derivarse a las mujeres que presentan sangrado si la menopausia fue hace más de 5 años.
- ▶ En la **pauta cíclica** se produce sangrado por supresión y la actuación variará dependiendo de sus características:
 - Si el sangrado es anterior al día 11º en la vía oral o al 9º en la transdérmica, debe aumentarse la dosis de progestágeno. Si el sangrado continúa una vez ajustada, debe valorarse la cumplimentación y la toma conjunta de otros fármacos (antibióticos...). Si a pesar de ello continúa más de 3 meses, debe derivarse para estudio.
 - Si el sangrado es excesivo, debe reducirse la dosis de estrógenos o aumentar o cambiar el progestágeno.
 - Si no hay sangrado, una vez considerada la atrofia de endometrio y la posibilidad de embarazo, debe aumentarse la dosis de estrógenos.

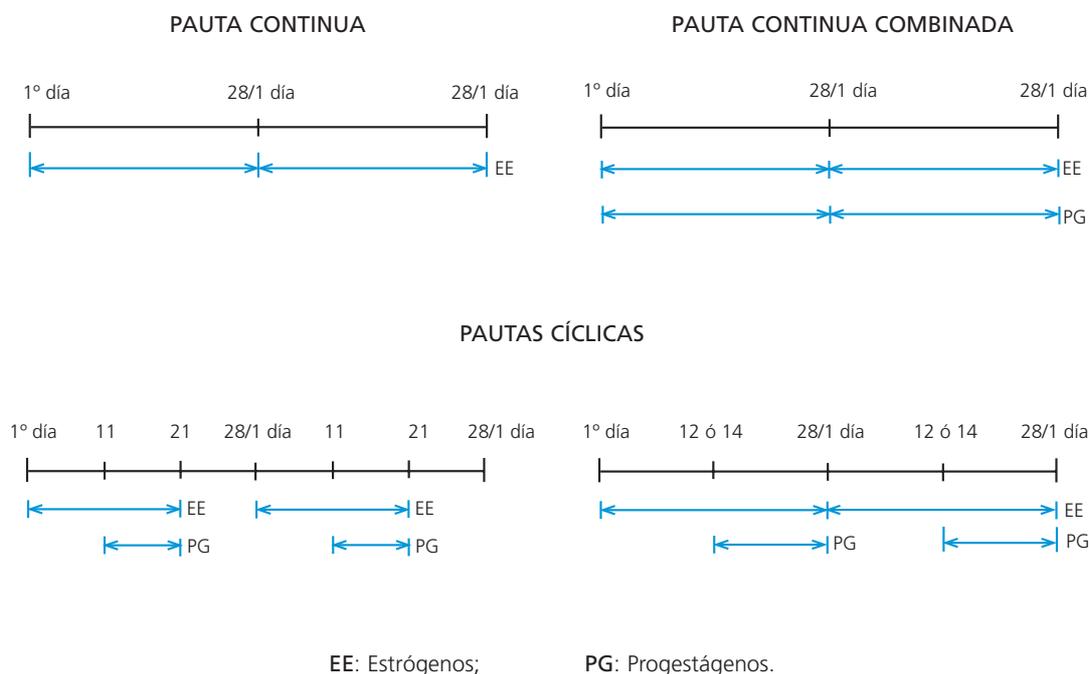
Tabla 18. Fármacos utilizados para TH oral y transdérmico con un solo principio activo.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	NOMBRE COMERCIAL
Estrógenos orales		
Estrógenos equinos conjugados	0,625-1,2 mg / día	Equin® 0,625 mg comp Longaplex® 0,625 y 1,2 mg comp
Estriol	1-2 mg / día	Ovestinon® 1 y 2 mg comp
Valerato de estradiol	1-2 mg / día	Meriestra® 1 y 2 mg comp Progynova® 1 mg comp
Estrógenos transdérmicos		
Estradiol	25-100 mcg / día	Absorlent matrix® 25, 50 y 100 parches Alcis® 25, 50 y 100 parches Alcis semanal® 25, 50 y 75 parches Cliogan® 50 y 100 parches Dermestril® 25, 50 y 100 parches Dermestril septem® 25, 50 y 75 parches Endomina® 25, 50 y 100 parches Estradot® 25, 37,5, 50 y 75 parches Estrapatch® 40, 60 y 80 parches Estroffik® 25 y 37,5 parches Evopad® 25, 50, 75 y 100 parches Progynova® 50 parches
	0,15 mg / día	Esprasone® 0,06% gel Oestracilin® 0,06% gel
Progestágenos orales		
Medroxiprogesterona	5-10 mg / día durante 12-14 días / mes 2,5 mg / día diaria	Progevera® 5 y 10 mg comp
Progesterona	200 mg / día durante 12-14 días / mes 100 mg / día diaria	Progeffik® 100 y 200 mg comp Utrogestan® 100 y 200 mg comp
Noretisterona	5-10 mg / día durante 12-14 días / mes 2,5 mg / día diaria	Primolut nor® 5 y 10 mg comp
Tibolona		
Tibolona	2,5 mg / día	Boltin® 2,5 mg comp

mg: miligramos;

mcg: microgramos;

comp: comprimidos.

Figura 1. Representación gráfica de las pautas de tratamiento hormonal.

2.8.2. Otros efectos secundarios relacionados con los estrógenos:

- ▶ **Mastalgia, cefalea, náuseas, dolor abdominal y disestesias en miembros inferiores:** Reducir la dosis, cambiar de tipo de estrógeno o utilizar otra vía de administración.
- ▶ **Hipertensión arterial:** En algunos casos cuando se utiliza la vía oral, por lo que si aparece debe cambiarse la vía de administración.
- ▶ **Dermatitis cutánea en la zona de aplicación del parche:** Una vez abierto debe agitarse para que el alcohol se evapore y no irrite la piel. Si a pesar de ello y tras aplicar corticoides tópicos no mejora, cambiar a vía oral.
- ▶ No hay evidencias respecto al aumento de peso ni al de transaminasas.

2.8.3. Otros efectos secundarios relacionados con los progestágenos:

- ▶ **Síndrome premenstrual:** En algunos casos cuando se utiliza la pauta cíclica, por lo que si aparece debe cambiarse la pauta, disminuir la dosis, utilizar progesterona micronizada oral o cambiar la vía de administración.
- ▶ **Trastornos del estado de ánimo:** Disminuir la dosis, utilizar progesterona micronizada oral o cambiar la vía de administración. Si persisten más de 12 meses, valorar su suspensión.
- ▶ **Cefalea, dolor abdominal y acné:** Disminuir la dosis, utilizar progesterona micronizada oral o cambiar la vía de administración.

2.9. Seguimiento, duración y retirada

2.9.1. Seguimiento:

- ▶ El **patrón de sangrado** y la posible aparición de **efectos secundarios** deben evaluarse a los 3 meses y posteriormente cada año. Anualmente también debe valorarse la indicación y la duración del TH.
- ▶ La indicación de **mamografías** de cribado no varía respecto a la población general.

Debe animarse activamente a las pacientes a partir de los 50 años a que participen en el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama. Si en cualquier momento a lo largo del TH apareciesen síntomas o cambios en la exploración mamaria debe solicitarse una mamografía.

- La **determinación hormonal** no está justificada ya que el TH no modifica los valores de FSH y si bien sí varían los niveles de estrógenos, aún no existen pautas claras para modificarlo.

2.9.2. Duración: Está en función de la indicación y sobre todo de las motivaciones, información y elección de la paciente. A los 2-3 años se puede suspender temporalmente para valorar la desaparición de los síntomas que aconsejaron su instauración. Si éstos apareciesen de nuevo, debe valorarse nuevamente su reinicio.

Tabla 19. Fármacos utilizados para TH oral y transdérmico con asociación de principios activos.

PRINCIPIO ACTIVO	PAUTA DE TRATAMIENTO	NOMBRE COMERCIAL
Estrógeno secuencial y progestágeno cíclico oral		
Valerato de estradiol (VE) y medroxiprogesterona (MDP)	2 mg / día de VE durante 21 días + 10 mg / día de MDP del 12º al 21º día del ciclo. Descanso de 7 días	Perifem® 21 comp (11 comp de VE y 10 comp combinados)
Valerato de estradiol (VE) y ciproterona (CPT)	2 mg / día de VE durante 21 días + 1 mg / día de CPT del 12º al 21º día del ciclo. Descanso de 7 días	Climen® 21 comp (11 comp de VE y 10 comp combinados)
Estrógeno continuo y progestágeno cíclico oral		
Valerato de estradiol (VE) y levonorgestrel (LNG)	2 mg / día de VE + 75 mcg de LNG durante 12 días por ciclo. No hay descanso	Auroclin® 28 grageas (16 grageas de VE y 12 combinadas) Nuvelle® 28 grageas (16 grageas de VE y 12 combinadas)
Estradiol, hemihidrato (HE) o valerato, y noretisterona (NRT)	1 mg / día de HE o 1-2 mg / día VE + 1 mg de NRT durante 12 días por ciclo. No hay descanso	Duofemme® 28 comp (16 comp de estradiol y 12 combinados) Merigest sequi® 1 y 2 mg, 28 comp (16 comp de estradiol y 12 combinados)
Estrógeno continuo y progestágeno cíclico transdérmico		
Estradiol y noretisterona	50 mcg / día de estradiol + 250 mcg / día NRT durante 14 días por ciclo. No hay descanso	Absorlent plus® 50 / 250, 8 parches Endomina plus® 50 / 250, 8 parches Estalis sequi® 50 / 250, 8 parches Estracomb® TTS 50 / 250, 8 parches (4 parches de estradiol y 4 parches combinados)
Estrógeno y progestágeno continuo oral		
Estradiol hemidrato y noretisterona	1 mg / día de estradiol + 0,5 mg / día de NRT sin descanso	Activelle® 28 comp
Valerato de estradiol y noretisterona	2 mg / día de estradiol + 0,7 mg / día de NRT sin descanso	Merigest® 28 comp
Estrógeno y progestágeno continuo trasdérmico		
Valerato de estradiol y noretisterona	50 mcg / día de VE + 250 mcg / día de NRT sin descanso	Estalis® 50 / 250, 8 parches

mg: miligramos;

mcg: microgramos;

comp: comprimidos.

2.9.3. Retirada: Actualmente no hay estudios que comparen las diferentes maneras de retirar el TH. En general se recomienda reducir la dosis progresivamente para que no aparezca un efecto rebote. Algunos autores recomiendan suspender el progestágeno bruscamente y disminuir el estrógeno poco a poco cada semana. Otra pauta consiste en disminuir la dosis de ambos a la mitad para después retirarlos bruscamente. En todos los casos debe advertirse de la posible aparición de sangrado o de la variación de éste si aún lo tuviese. Si continuasen estos cambios 6 semanas después, debe derivarse a la paciente para estudio.

3. OTROS TRATAMIENTOS

3.1. Tratamientos farmacológicos no hormonales

La mayoría de los estudios realizados con tratamiento no hormonal⁸⁶ incluyen un grupo reducido de mujeres con un periodo de seguimiento muy corto. Un número importante de ellos se ha realizado en mujeres con cáncer de mama, desconociéndose si sus resultados son generalizables al resto de la población. Por estas razones, el **raloxifeno**, la **clonidina**, la **metildopa**, la **gabapentina** y los **antidepresivos** no están indicados en el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado B**).

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) suspendió en junio de 2005 la comercialización del **veralipride** por la aparición de efectos secundarios neuropsiquiátricos⁵².

3.2. Tratamientos alternativos

El uso de estas terapias está muy extendido, a pesar de su limitada evidencia científica, su menor eficacia y sus posibles riesgos y efectos secundarios⁸⁷. Se desconoce la prevalencia exacta en nuestro medio y pueden obtenerse en tiendas de dietética, herbolarios, farmacias y a través de Internet. Dado que la eficacia de estos tratamientos aún no es concluyente y que su balance de riesgos y beneficios se desconoce, no deben indicarse en el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado B**).

3.2.1. Fitoestrógenos: Son sustancias no esteroideas con actividad estrogénica. Se encuentran en la soja y sus derivados (isoflavonas)⁸⁸, en cereales y legumbres (lignanos) y en hortalizas. Han mostrado un efecto beneficioso modesto en el tratamiento de los síntomas vasomotores, aunque gran parte del mismo desaparece a las 6 semanas de iniciar el tratamiento^{89,90}. Asimismo se han constatado algunas acciones beneficiosas en el perfil lipídico y en el hueso⁹¹, pero aún se desconoce su efecto sobre los eventos cardiovasculares y las fracturas⁹². No hay estudios que avalen su papel protector frente al cáncer de mama.

En un reciente ensayo clínico aleatorio se observó un aumento del riesgo de hiperplasia de endometrio a los 5 años. Se han descrito sangrados genitales, náuseas, estreñimiento, aumento de peso y algunos casos de alergia tras su utilización⁹³. La soja y sus derivados pueden disminuir la absorción de levotiroxina, por lo que si se está tomando se recomienda administrar la soja en cápsulas y separada del mismo. El ácido acetilsalicílico y los antiinflamatorios no esteroideos pueden interactuar con el trébol rojo aumentando el riesgo de sangrado⁹⁴. Dado que el balance de riesgos y beneficios aún no ha sido suficientemente estudiado⁹⁵, no se recomienda su utilización para el tratamiento de los síntomas vasomotores.

3.2.2. Vitamina E: Un ensayo clínico aleatorio evaluó su eficacia en el tratamiento de los síntomas vasomotores en un grupo de mujeres con cáncer de mama, observándose una disminución de los mismos pero sin alcanzar la significación estadística⁹⁶. La vitamina E tampoco se recomienda en el tratamiento de los síntomas vasomotores.

3.2.3. Medicamentos homeopáticos: No se dispone de ensayos clínicos aleatorios, pero los estudios disponibles hasta el momento (uno no aleatorio⁹⁷ y otro prospectivo en mujeres con cáncer de mama⁹⁸) muestran una mejoría de los síntomas vasomotores.

3.2.4. Hierbas medicinales:

- ▶ **Aceite de onagra:** No ha demostrado eficacia. Presenta interacciones con anticonvulsivantes y antidepresivos tricíclicos.
- ▶ **Cimicífuga racemosa (black cohosh):** Su eficacia no ha sido demostrada de manera concluyente⁹³. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)⁹⁹ ha alertado sobre su posible asociación a hepatopatías agudas, por lo que no debe indicarse en hepatópatas y retirarse si aparecen: astenia, náuseas y dolor abdominal, ictericia o coluria.
- ▶ **Dong quai (angelica sinensis):** Tampoco ha demostrado eficacia. Se han descrito casos de fotosensibilidad y mayor riesgo de sangrado cuando se administra junto a anticoagulantes orales⁷⁷.
- ▶ **Ginseng (panax ginseng):** No ha mostrado ningún beneficio¹⁰⁰. Presenta efectos secundarios tales como sangrado genital, mastalgia, euforia, insomnio, cefalea, náuseas, diarrea e hiper o hipotensión¹⁰¹. El ácido acetilsalicílico y los antiinflamatorios no esteroideos aumentan el riesgo de sangrado. Tampoco debe administrarse con inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), anticoagulantes o hipoglucemiantes.
- ▶ **Kava (piper methysticum):** Dos estudios han mostrado cierta disminución de los síntomas.
- ▶ **Ñame silvestre:** No ha demostrado eficacia.
- ▶ **Sauzgatillo (vitex agnus castus):** El gobierno alemán ha aprobado su uso para el tratamiento de los síntomas vasomotores¹⁰².

3.3. Otras técnicas

3.3.1. Relajación: La técnica de respiración rítmica (lenta, controlada y diafragmática) en el momento de producirse el sofoco, ya sea de forma aislada o formando parte de otras técnicas de relajación, ha mostrado en todos los estudios una disminución estadísticamente significativa de los síntomas vasomotores (**Grado B**).

3.3.2. Acupuntura: No ha demostrado diferencias significativas con placebo. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor local, sangrado leve y astenia¹⁰³⁻¹⁰⁵.

3.3.3. Reflexoterapia: Un estudio que compara la eficacia de la reflexología podal frente a la del masaje inespecífico en los pies, no ofrece diferencias estadísticamente significativas¹⁰⁶.

3.3.4. Magnetoterapia: Un ensayo clínico aleatorio ha mostrado que el placebo es más eficaz que esta técnica en la disminución de los síntomas vasomotores. No se han encontrado estudios que valoren su seguridad¹⁰⁷.

SÍNTOMAS GENITALES

1. PREVENCIÓN

No se ha demostrado asociación entre la frecuencia o intensidad de los síntomas genitales y factores de riesgo modificables como practicar ejercicio físico aeróbico, mantener un peso adecuado o el tabaco.

2. TRATAMIENTO

Existen en el mercado cremas hidratantes, geles y lubricantes vaginales que mejoran la sequedad vaginal y la dispareunia.

El TH vía vaginal (crema, óvulos o comprimidos) permite el control de los síntomas locales con dosis bajas, por lo que podría tener un papel como tratamiento adyuvante en mujeres con afectación importante (tabla 20). La eficacia es similar para todas sus formas de aplicación, si bien los comprimidos y anillos presentan menos efectos secundarios. Los anillos presentan una mayor aceptabilidad, ya que son más cómodos y fáciles de usar¹⁰⁸. El tratamiento se aplicará diariamente durante 2 a 4 semanas, y posteriormente se pasará a una o dos aplicaciones por semana. En las mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama no se deben administrar preparados que contengan estradiol.

Tabla 20. Fármacos utilizados para TH con estrógenos vía vaginal.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	NOMBRE COMERCIAL
Estriol	0,5 mg / día durante 2 semanas y después 1-2 veces / semana	Ovestinon® 0,1% crema Ovestinon® 0,5 mg óvulos
Promestrieno	1 mg / 2-3 veces al día durante 2 semanas y después 1-2 veces / semana	Colpotrofín® 1% crema
Estradiol	25 mcg / día durante 2 semanas y después 1-2 veces / semana	Vagifem® 25 mcg comp

INCONTINENCIA URINARIA

1. PREVENCIÓN Y MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

Es importante modificar ciertos hábitos y estilos de vida para prevenir la incontinencia urinaria (**Grado C**):

- ▶ Modificar la ingesta alta o baja de líquidos.
- ▶ Mantener un peso adecuado.
- ▶ Evitar diuréticos y excitantes del sistema nervioso (café, té, mate, colas, alcohol, fármacos, hierbas medicinales...).
- ▶ Evitar la sobrecarga de la musculatura pélvica (estreñimiento, tos crónica, cargar pesos...).
- ▶ Practicar ejercicio físico aeróbico.
- ▶ Eliminar barreras de acceso al aseo, usar ropa cómoda y fácil de quitar y tener una buena higiene personal.

2. TRATAMIENTO

Su objetivo es conseguir una micción completa, espontánea y voluntaria, con intervalos secos entre micciones. Existen opciones conservadoras, farmacológicas y quirúrgicas dependiendo del tipo y la gravedad de la incontinencia⁴.

2.1. Tratamiento conservador

2.1.1. Ejercicios de suelo pélvico: Tienen como objetivo fortalecer la musculatura del suelo pélvico lo que mejora la IU¹⁰⁹. Aunque se han recomendado gran variedad de ejercicios, las últimas evidencias recogidas por el *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE) indican que es suficiente con realizar series de al menos 8 contracciones (“como cuando se intenta cortar el chorro de la orina”) 3 veces al día (**Grado A**). La duración de la relajación debe ser el doble que la duración de la contracción. Pueden realizarse acostada, sentada o de pie, pero para mayor facilidad, se aconseja que se realicen en decúbito supino, con las piernas un poco flexionadas y separadas.

Deben indicarse durante un mínimo de 3 meses como primera línea de tratamiento de la IUE o IUM con predominio de esfuerzo (**Grado A**). También deben ofertarse a las mujeres en su primer embarazo como una estrategia preventiva de IU (**Grado A**).

Es necesario explorar previamente a la mujer para valorar la contracción de la musculatura del suelo pélvico y descartar un cistocele, un prolapso uterino o de cúpula vaginal o un rectocele. En las mujeres que no pueden contraer activamente los músculos del suelo pélvico, debe considerarse la retroalimentación o la estimulación eléctrica.

2.1.2. Reeducación vesical: Su objetivo es recuperar el control de la vejiga aprendiendo a resistir el impulso de salida de la orina. Consiste en vaciar la vejiga controlando el tiempo entre las micciones a intervalos fijos: al principio cada media hora para evitar que se produzca antes el reflejo miccional y progresivamente, si no aparecen urgencias, ir aumentándolo de 15 en 15 minutos hasta el vaciado cada 2-3 horas. Si aparecen urgencias intermedias, debe posponerse la micción 1-2 minutos, aumentando poco a poco el tiempo con ayuda de cambios posturales y contracciones del suelo pélvico.

Debe indicarse durante un mínimo de 6 semanas como primera línea de tratamiento de la IUU o IUM con predominio de urgencia (**Grado A**). Se necesitan más estudios para conocer el efecto en

otros tipos de IU. Puede beneficiar a mujeres con IU leve, micciones infrecuentes y con deterioro cognitivo.

2.1.3. Conos vaginales: El uso de conos vaginales es eficaz en la disminución de síntomas en la IUE¹⁰, si bien no hay evidencia de que sean más eficaces que los ejercicios de suelo pélvico.

2.1.4. Retroalimentación (biofeedback): Consiste en una sonda vaginal con un electrodo que al contactar con las paredes de la vagina permite visualizar mediante una gráfica, luminosa o sonora, la intensidad de la contracción muscular. Es menos eficaz que los ejercicios de suelo pélvico¹¹ y no aporta beneficio adicional a un adecuado programa de ejercicios, salvo en los casos en que haya dificultad para la contracción de la musculatura, en que sí debe proponerse esta técnica (**Grado A**).

2.1.5. Estimulación eléctrica: Solo debe indicarse cuando los músculos del suelo pélvico no pueden contraerse adecuadamente (**Grado A**).

2.1.6. Acupuntura: No se han encontrado evidencias para recomendar su uso.

2.2. Tratamiento farmacológico (tabla 21)

2.2.1. Anticolinérgicos: Disminuyen las contracciones del detrusor vesical y aumentan el tono del esfínter uretral interno, aumentando la capacidad de la vejiga. Son los fármacos de elección en la IUU o IUM con predominio de urgencia si no hay una respuesta adecuada al tratamiento no farmacológico (**Grado A**). Los efectos secundarios más frecuentes son sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, palpitaciones, insomnio, náuseas y mareo, pudiendo en ancianos llegar a producir confusión. La retención urinaria es el efecto secundario más raro pero importante. Están contraindicados en pacientes con retención urinaria, glaucoma de ángulo cerrado, miastenia gravis y colitis ulcerosa. Si bien no se han encontrado diferencias entre ellos en cuanto a eficacia, sí que poseen características que los diferencian:

- ▶ **Oxibutinina:** Acción poco selectiva sobre el tracto urinario, por lo que los efectos secundarios son frecuentes y la tasa de abandonos es alta.
- ▶ **Cloruro de trospio:** No tiene selectividad por los diferentes subtipos de receptores muscarínicos. Interacciona con los antidepresivos tricíclicos.
- ▶ **Tolterodina:** Debe indicarse en pacientes que no toleren la oxibutinina¹². Se necesita ajustar la dosis en insuficiencia hepática o renal grave.
- ▶ **Solifenacina:** No existen estudios que la comparen con la oxibutinina.

Tabla 21. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria (IU).

	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	NOMBRE COMERCIAL
Anticolinérgicos	Oxibutinina	5 mg / 8 horas	Ditropan®
	Cloruro de trospio	20 mg / 12 horas	Uraplex®
	Tolterodina	4 mg / 24 horas	Urotrol Neo® Detrusitol Neo®
	Solifenacina	5-10 mg / 24 horas	Vesicare®
Hormonas neurohipofisarias	Desmopresina	0,1-0,2 mcg / 8 horas	Minurin®
Estrógenos intravaginales	Ver tabla 20		

mg: miligramos;

mcg: microgramos.

2.2.2. *Desmopresina:* Está indicada en mujeres con nicturia molesta si no hay respuesta a otro tipo de tratamientos. Debe asegurarse una vigilancia médica estricta debido a sus posibles efectos secundarios graves (**Grado A**).

2.2.3. *Antidepresivos tricíclicos:* No están recomendados ya que el balance de riesgos y beneficios aún no está claro (**Grado A**).

2.2.4. *Tratamiento hormonal (TH):* Tanto en el HERS⁵³ como en el WHI⁸ se objetivó que la IU de cualquier tipo empeoraba con el TH. El TH no está indicado en la IU (**Grado A**), pero los estrógenos intravaginales sí están recomendados para el tratamiento del síndrome de vejiga hiperactiva en mujeres posmenopáusicas con atrofia vaginal (**Grado A**)⁴. En algunos estudios, estos estrógenos también presentan mejoría en la prevención de las infecciones recurrentes del tracto urinario^{76,113} (**tabla 20**).

2.3. Tratamiento quirúrgico

Cuando en la IUE fracasa el tratamiento conservador debe considerarse la opción quirúrgica (**Grado A**):

2.3.1. *Mallas suburetrales libres de tensión (retropúbicas o transobturatrices):* La intervención puede realizarse de forma ambulatoria. En los meses siguientes la paciente no puede realizar esfuerzos que aumenten la presión intraabdominal.

2.3.2. *Colposuspensión retropúbica de Burch:* Se realiza por laparotomía y requiere ingreso hospitalario. Tiene una mayor dificultad y morbilidad que las mallas.

2.3.3. *Técnicas en cabestrillo uretral (slings suburetrales):* También requiere laparotomía e ingreso hospitalario. La tasa de éxitos es de un 80-95%, si bien su eficacia disminuye con el tiempo.

2.3.4. *Inyecciones periuretrales:* Su eficacia disminuye con el tiempo, pudiéndose repetir.

OSTEOPOROSIS

1. PREVENCIÓN Y MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

Para prevenir la osteoporosis es importante modificar ciertos hábitos y estilos de vida:

1.1. Dieta

Diversos estudios sugieren que una dieta rica en calcio, tanto durante las etapas de crecimiento como durante la edad adulta y previamente a la menopausia, es importante para el máximo desarrollo de la DMO. Sin embargo, su influencia en la aparición de fracturas es aún un tema controvertido. Las guías de práctica clínica más importantes recomiendan un aporte de calcio en la dieta de 1000-1500 mg / día y unos adecuados niveles de vitamina D que se consiguen fácilmente con una dieta normal y con una exposición moderada al sol^{3,35-37} (**Grado B**).

Para evaluar el contenido de calcio en la dieta de una forma sencilla y rápida puede recurrirse a las denominadas "porciones de alimentos ricos en calcio". Para que una dieta se considere adecuada debe contener al menos 4 porciones, siendo una porción equivalente a un vaso de leche (200 ml), un yogur natural (125 g) o un trozo de queso curado (30 g). Otros alimentos ricos en calcio se relacionan en la **tabla 22**.

Tabla 22. Alimentos ricos en calcio.

ALIMENTO	CANTIDAD	CALCIO
Leche	200 ml	240 mg
Yogur natural	125 g	250 mg
Queso curado	30 g	225 mg
Sardinias en aceite	60 g	300 mg
Espinacas cocidas	90 g	130 mg
Chocolate con leche	50 g	110 mg
Queso tierno	30 g	80 mg
Judías cocidas	150 g	80 mg
Naranjas	Unidad	70 mg
Higos	30 g	70 mg
Almendras	30 g	70 mg
Salmón	60 g	50 mg
Pan blanco (rebanadas)	30 g	50 mg

ml: mililitros;

mg: miligramos;

g: gramos.

1.2. Ejercicio físico

El metanálisis consultado muestra que el ejercicio es capaz, aunque de forma leve, de aumentar la DMO¹¹⁴. Respecto a su efecto sobre la aparición de fracturas parece ser que también es eficaz para prevenirlas¹¹⁵. La mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan el ejercicio debido a su efecto sobre la salud en general y sobretodo por su asociación a un menor riesgo de caídas^{3,35-37} (**Grado B**).

1.3. Tabaco y alcohol

Los metanálisis encontrados confirman que el **tabaco** está asociado tanto a una menor DMO¹¹⁶ como a un aumento de fracturas¹¹⁷ (**Grado B**). El consumo moderado de **alcohol** y su efecto sobre la DMO y las fracturas es actualmente objeto de debate.

1.4. Caídas

Dado que los antecedentes de caídas son el factor de riesgo más importante de fractura, es obvio que su prevención evitaría una gran morbimortalidad. Los principales factores que influyen en las mismas son el deterioro funcional o sensorial, los fármacos y los obstáculos ambientales. Las medidas preventivas que pueden aplicarse están desarrolladas en el Programa de Atención a las Personas Mayores.

2. TRATAMIENTO

2.1. Tratamientos disponibles y su eficacia (tablas 23 y 24)

Tabla 23. Tratamiento farmacológico de la osteoporosis.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	NOMBRE COMERCIAL
Calcio y vitamina D		
Carbonato de calcio y vitamina D	1000-1500 mg de calcio + 400-800 UI de vitamina D	Ideos [®] , mastical D [®] , ostine [®] (comp masticables de 500 mg / 400 UI) Carbocal D [®] , cimascal D [®] , disnal [®] , veriscal D [®] (comp de 600 mg / 400 UI)
Glucoheptonato de calcio, carbonato de calcio y vitamina D	1000-1500 mg de calcio + 400-800 UI de vitamina D	Calcium sandoz forte D [®] (comp efervescentes de 500 mg / 400 UI)
Pidolato de calcio y vitamina D	1000-1500 mg de calcio + 400-800 UI de vitamina D	Ibercal D ₃ [®] , tepox Cal D [®] (sobres de 500 mg / 400 UI) Osvical D [®] (sobres de 600 mg / 400 UI)
Bisfosfonatos		
Etidronato	400 mg / día durante 14 días cada 3 meses	Difosfen [®] , osteum [®]
Alendronato	10 mg / día 70 mg / 1 día a la semana	Alendronato EFG, fosamax [®] Fosamax semanal [®]
Risedronato	5 mg / día 35 mg / 1 día a la semana	Actonel [®] Acrel semanal [®] , actonel semanal [®]
Ibandronato	150 mg / mes	Bonviva [®]
Otros		
Ranelato de estroncio	2 g / día	Osseor [®] , protelos [®]
Raloxifeno	60 mg / día	Evista [®] , opruma [®]
Calcitonina	200 UI / día	Calcitonina EFG Calsynar [®] , micalcic [®] , oseototal [®] , ospor [®] , osteobion [®]
Teriparatida	20 mcg / día (máximo 18 meses)	Forsteo [®]
Hormona paratiroidea humana recombinante	100 mcg / día (máximo 24 meses)	Preotact [®]

mg: miligramos; UI: Unidades internacionales; g: gramos; mcg: microgramos; comp: comprimidos.

2.1.1. Calcio y vitamina D: El metanálisis consultado llega a la conclusión de que los suplementos de calcio tienen un efecto beneficioso sobre la DMO pero no sobre las fracturas¹¹⁸. El calcio es en general bien tolerado y los datos sobre sus efectos adversos son escasos, si bien hay estudios observacionales que sugieren que estos suplementos incrementan el riesgo de cálculos renales. No hay datos concluyentes sobre qué tipo de preparado es el más efectivo. La dosis de calcio elemento recomendada es de 1000-1500 mg / día.

Respecto a la vitamina D, el metanálisis consultado muestra también un efecto beneficioso sobre la DMO, si bien en cuanto a las fracturas el efecto positivo sólo es estadísticamente significativo para las vertebrales¹¹⁹. La administración de vitamina D es relativamente segura, aunque puede ocasionar hipercalcemia e hipercalciuria. La dosis recomendada es de 400-800 UI / día.

Debe tenerse en cuenta que la calidad de los estudios que integran estos metanálisis es muy variable.

2.1.2. Tratamiento hormonal (TH): El WHI muestra que el TH combinado aumenta la DMO y reduce tanto las fracturas en general como las de cadera en particular¹²⁰. Al suspender el tratamiento el efecto sobre la DMO desaparece¹²¹. Actualmente el TH no se incluye como tratamiento de primera línea para la osteoporosis debido a su desfavorable balance de riesgos y beneficios^{3,33-37} (**Grado A**).

2.1.3. Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos: Son agonistas selectivos de los receptores estrogénicos que actúan inhibiendo la resorción ósea. Los resultados del estudio *Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation (MORE)*¹²² realizado a dos grupos de mujeres menopáusicas (uno con una DMO < -2,5 DE y una o más fracturas vertebrales y otro con una DMO < -2,5 DE) muestran la capacidad del raloxifeno para aumentar la DMO y disminuir las fracturas vertebrales pero no las no vertebrales (**Grado A**). Respecto al cáncer de mama ha mostrado una reducción significativa de su incidencia pero solo en mujeres con receptores estrogénicos positivos¹²³ (**Grado A**).

Su administración se asocia con una mayor incidencia de eventos tromboembólicos y de ictus mortales¹²³ (**Grado A**). Están contraindicados en insuficiencia renal grave, hepatopatía, colestasis, sangrado vaginal no filiado y neoplasias de útero.

2.1.4. Calcitonina: La calcitonina es una hormona que inhibe la resorción ósea. El principal estudio que la evalúa es el estudio *Prevent Recurrence of Osteoporotic Fractures (PROOF)*¹²⁴, realizado a mujeres menopáusicas con una DMO < -2 DE y una o más fracturas vertebrales. Los resultados muestran su capacidad para aumentar la DMO y disminuir las fracturas vertebrales pero no las no vertebrales (**Grado A**).

Se ha descrito que su administración nasal puede incrementar el riesgo de rinitis.

2.1.5. Bisfosfonatos: Son fármacos análogos estables de los pirofosfatos con una fuerte afinidad por los bisfosfonatos del hueso que actúan inhibiendo la resorción ósea. Los bisfosfonatos comercializados en nuestro país con indicación para osteoporosis son el etidronato, el alendronato, el risedronato y el ibandronato.

El **etidronato** muestra en su principal estudio realizado a mujeres menopáusicas con una o más fracturas vertebrales, su capacidad para aumentar la DMO y disminuir las fracturas vertebrales pero no las no vertebrales¹²⁵ (**Grado A**).

El **alendronato** cuenta con el *Fracture Intervention Trial (FIT)*. El FIT-1¹²⁶ fue realizado a mujeres menopáusicas con una DMO < -2 DE y una o más fracturas vertebrales. Los resultados del estudio muestran que el alendronato es capaz de aumentar la DMO y disminuir las fracturas vertebrales y de cadera pero no las no vertebrales en su conjunto (**Grado A**). El FIT-2¹²⁷ se realizó también a mujeres menopáusicas con una DMO < -2 DE pero sin fracturas vertebrales. El alendronato mostró los mismos resultados que el estudio previo salvo para las fracturas de cadera, en que sí demostró reducción pero solo en un análisis "post hoc" para la subpoblación de mujeres con una DMO < -2,5 DE (**Grado A**). Respecto a su presentación semanal aún no se disponen de datos sobre su efecto en las fracturas.

El **risedronato** es evaluado en el estudio *Vertebral Efficacy with Risedronate Therapy (VERT)*. El VERT-NA¹²⁸ fue realizado a mujeres norteamericanas menopáusicas con una o más

fracturas vertebrales. El resultado del estudio muestra que el risedronato es capaz de aumentar la DMO y reducir las fracturas tanto vertebrales como las no vertebrales en su conjunto (**Grado A**). El VERT-MN¹²⁹ fue realizado a mujeres menopáusicas europeas y australianas con dos o más fracturas vertebrales. El **risedronato** demostró en este caso disminuir las fracturas vertebrales pero no las no vertebrales (**Grado A**).

Posteriormente, el *Hip Intervention Program (HIP)*¹³⁰ realizado a mujeres mayores de 70 años con una DMO < -3 DE, muestra la capacidad del **risedronato** para disminuir las fracturas de cadera pero solo en la subpoblación de mujeres de 70 a 79 años (**Grado A**). Respecto a su presentación semanal tampoco se dispone aún de datos sobre su efecto en las fracturas.

El **Ibandronato** cuenta con el *Oral Ibandronate Osteoporosis Vertebral Fracture Trial in North America and Europe (BONE)*¹³¹ realizado a mujeres menopáusicas con una DMO < -2 DE y una o más fracturas vertebrales. Es de destacar que este estudio está hecho con dosis diarias o intermitentes de ibandronato, por lo que sus resultados pudieran no ser extrapolables a la presentación mensual que es la única comercializada en España. Los resultados concluyen que este bisfosfonato aumenta la DMO y disminuye las fracturas vertebrales, pero que para el conjunto de las no vertebrales solo las disminuye en un análisis "post hoc" en la subpoblación de mujeres con DMO < -3 DE (**Grado A**). Respecto a la presentación mensual aún no disponemos de datos sobre su efecto en las fracturas.

Todos los bisfosfonatos presentan una administración compleja debido a sus potenciales efectos adversos gastrointestinales. La toma debe ser en ayunas, con un vaso de agua (> 120 ml), sin masticar ni dejar que se disuelva en la boca y erguido (de pie o sentado). No deben tomarse alimentos o fármacos ni tumbarse hasta pasada media hora. Están contraindicados en insuficiencia renal grave, hipocalcemia, estenosis esofágica y acalasia.

2.1.6. **Ranelato de estroncio:** Este fármaco actúa tanto sobre la formación como sobre la resorción ósea.

El ranelato de estroncio cuenta con el *Spinal Osteoporosis Therapeutic Intervention (SOTI)*¹³², realizado a mujeres menopáusicas con una DMO < -2 DE y una o más fracturas vertebrales. En este estudio el ranelato de estroncio muestra su capacidad para disminuir las fracturas vertebrales (**Grado A**). Posteriormente, el estudio *Treatment of Peripheral Osteoporosis (TROPOS)*¹³³ se realizó a mujeres mayores de 70 años con una DMO < -2,5 DE. El ranelato de estroncio muestra en esta ocasión su capacidad para aumentar la DMO y disminuir las fracturas tanto vertebrales como no vertebrales en su conjunto, si bien la reducción para las de cadera sólo es estadísticamente significativa en un análisis "post hoc" de la subpoblación de mujeres mayores de 75 años con una DMO < -3 DE (**Grado A**).

Debe administrarse como mínimo 2 horas después de tomar alimentos o fármacos y suspenderse mientras dure el tratamiento con quinolonas o tetraciclinas. Su administración se asocia con una mayor incidencia de eventos tromboembólicos, por lo que debe indicarse con precaución si existe alto riesgo de padecerlos. Está contraindicado en insuficiencia renal grave.

2.1.7. **Teriparatida:** Es un polipéptido recombinante idéntico a la región activa de la hormona paratiroidea humana. Actúa estimulando la formación ósea por efecto directo sobre los osteoblastos.

La teriparatida muestra en su principal estudio realizado a mujeres menopáusicas con una o más fracturas vertebrales, su capacidad para aumentar la DMO y disminuir las fracturas tanto vertebrales como no vertebrales en su conjunto¹³⁴ (**Grado A**).

Se administra subcutáneamente en el muslo o en el abdomen. La duración total del tratamiento no debe exceder los 18 meses. Está contraindicada en insuficiencia renal y hepática graves, hipercalcemia, enfermedades metabólicas óseas, elevaciones de la fosfatasa alcalina no filiadas y en casos de radioterapia previa.

2.1.8. Hormona paratiroidea humana recombinante: A diferencia de la teriparatida el polipéptido es idéntico a la hormona paratiroidea humana. Su mecanismo de acción es similar.

En su principal estudio, el *Treatment of Osteoporosis with Parathyroid Hormone (TOP) Study*, realizado a mujeres menopáusicas, muestra su capacidad para aumentar la DMO y disminuir las fracturas vertebrales pero no las no vertebrales ¹³⁵ (**Grado A**). El mayor beneficio se obtiene en mujeres con "alto riesgo de fractura" (fractura previa o DMO < -2,5 DE).

Se administra subcutáneamente en el abdomen y la duración total del tratamiento no debe exceder los 24 meses. Sus contraindicaciones son similares a las de la teriparatida. Debe controlarse el calcio sérico o urinario al finalizar el primer, tercer y sexto mes de tratamiento. La medición debe realizarse al menos 20 horas después de la última inyección.

2.1.9. Fitoestrógenos: Actualmente no se dispone de evidencias suficientes como para conocer con certeza sus efectos sobre la DMO o las fracturas (**Grado A**). Tampoco se dispone de información sobre su seguridad a largo plazo, y si bien las cantidades consumidas en una dieta rica en soja o derivados son relativamente pequeñas, no ocurre lo mismo con las utilizadas en los preparados comerciales.

2.2. Indicación y tipo de tratamiento

Para valorar la indicación y el tipo de tratamiento nos hemos basado en las últimas recomendaciones del *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*^{33,34}, debido a su reconocido prestigio internacional, a que sus recomendaciones se basan en un análisis exhaustivo tanto de la eficacia del tratamiento como del coste social y a que el sistema de salud en el que están basadas es similar al nuestro.

Dado que todavía no hay evidencia clínica suficiente y los recursos limitados de que disponemos, el NICE no considera útil la densitometría ósea de control tras tratamiento en prevención primaria ni en la secundaria.

2.2.1. Prevención primaria: Si la finalidad del tratamiento es evitar una primera fractura, deben valorarse, los factores de riesgo, la edad y la DMO. El NICE, basándose en un estudio que actualmente está realizando la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como factores de riesgo los descritos en la **tabla 10**. El tratamiento crónico con corticoides debe valorarse de forma independiente.

El tratamiento de elección es el alendronato y se indicará en mujeres menores de 70 años posmenopáusicas con al menos un FRF y un FRDMO (**tabla 10**) que tengan una DMO ≤ -2.5 DE y en mujeres con 70 años o más con al menos un FRF o FRDMO (**tabla 10**) que tengan una DMO ≤ -2.5 DE (puede iniciarse directamente, si no es posible realizar la densitometría ósea, siempre que se trate de mujeres de 75 o más años con dos o más factores de riesgo).

Se recomienda añadir calcio y vitamina D siempre que no exista seguridad de que su aporte y niveles en sangre respectivamente sean los adecuados.

2.2.2. Prevención secundaria: Si la paciente tuviese antecedentes de fracturas por fragilidad y el tratamiento tuviera como finalidad evitar una nueva fractura debe valorarse la DMO. El tratamiento crónico con corticoides debe valorarse también de forma independiente.

El tratamiento de elección también es el alendronato y se indicará si la DMO es ≤ -2.5 DE y directamente en aquellas de 75 o más años en las que no se puede realizar la densitometría. Se recomienda añadir calcio y vitamina D siempre que no exista seguridad de que su aporte y niveles en sangre respectivamente sean los adecuados.

Tabla 24. Estudios que muestran reducción estadísticamente significativa de la incidencia de fracturas.

ESTUDIO	FÁRMACO	TIPO DE FRACTURA	EDAD (AÑOS)	T-SCORE (DE)	SEGUIMIENTO (AÑOS)	RR (IC 95%)
MORE ¹²² (≥ 1 fractura vertebral)	Raloxifeno	Vertebral	-	< -2,5 (cadera o lumbar)	3	0,7 (0,6-0,9)
MORE ¹²²	Raloxifeno	Vertebral	-	< -2,5 (cadera o lumbar)	3	0,5 (0,4-0,8)
PROOF ¹²⁴ (≥ 1 fractura vertebral)	Calcitonina	Vertebral	-	< -2 (lumbar)	5	0,67 (0,47-0,97)
Watts et al. ¹²⁵ (≥ 1 fractura vertebral)	Etidronato	Vertebral	< 75	-	2	0,44 (0,2-0,99)
FIT-1 ¹²⁶ (≥ 1 fractura vertebral)	Alendronato	Vertebral	55-81	< -2 (cadera)	3	0,53 (0,41-0,68)
FIT-1 ¹²⁶ (≥ 1 fractura vertebral)	Alendronato	Cadera	55-81	< -2 (cadera)	3	0,49 (0,23-0,99)
FIT-2 ¹²⁷	Alendronato	Vertebral	55-81	< -2 (cadera)	4	0,56 (0,39-0,8)
FIT-2 ¹²⁷ ("post hoc")	Alendronato	Cadera	55-81	< -2,5 (cadera)	4	0,44 (0,18-0,97)
VERT-NA ¹²⁸ (≥ 1 fractura vertebral)	Risedronato	Vertebral	< 85	Si sólo 1 fractura vertebral moderada < -2 (lumbar)	3	0,59 (0,43-0,82)
VERT-NA ¹²⁸ (≥ 1 fractura vertebral)	Risedronato	No vertebral	< 85	Si sólo 1 fractura vertebral moderada < -2 (lumbar)	3	0,6 (0,39-0,94)
VERT-MN ¹²⁹ (≥ 2 fractura vertebral)	Risedronato	Vertebral	< 85	-	3	0,51 (0,36-0,73)
HIP ¹³⁰	Risedronato	Cadera	70-79	< -4 (cadera) Si un factor de riesgo < -3	3	0,6 (0,4-0,9)
BONE ¹³¹ (≥ 1 fractura vertebral)	Ibandronato	Vertebral	55-80	< -2 (lumbar)	3	0,5 (0,25-0,59)
BONE ¹³¹ (≥ 1 fractura vertebral) ("post hoc")	Ibandronato	No vertebral	55-80	< -3 (lumbar)	3	-
SOTI ¹³² (≥ 1 fractura vertebral)	Ranelato de estroncio	Vertebral	> 50	< -2 (lumbar)	3	0,59 (0,48-0,73)
TROPOS ¹³³	Ranelato de estroncio	No vertebral	> 70	< -2,5 (cadera)	3	0,84 (0,7-0,99)
TROPOS ¹³³ ("post hoc")	Ranelato de estroncio	Cadera	> 75	< -3 (cadera)	3	0,64 (0,41-0,99)
Neer et al. ¹³⁴ (≥ 1 fractura vertebral)	Teriparatida	Vertebral	-	Si sólo 1 fractura vertebral moderada < -1 (cadera o lumbar)	2	0,35 (0,22-0,55)
Neer et al. ¹³⁴ (≥ 1 fractura vertebral)	Teriparatida	No vertebral	-	Si sólo 1 fractura vertebral moderada < -1 (cadera o lumbar)	2	0,46 (0,25-0,86)
TOP ¹³⁵	Hormona paratiroidea humana recombinante	Vertebral	> 45	Si 45-54 años < -3 (cadera o lumbar) y < -2,5 si ≥ 1 fractura vertebral. Si > 54 años < -2,5 y < -2 respectivamente	1,5	Si fractura vertebral previa 0,32 (0,14-0,75) Con fractura vertebral previa 0,47 (0,22-0,98)

DE: desviaciones estándar;

RR: riesgo relativo;

IC: intervalo de confianza.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Hay aspectos, tanto del profesional como de la propia mujer, que contribuyen a que los problemas psicosociales que pueden presentarse durante esta etapa pasen desapercibidos y no se traten de una forma adecuada.

Por parte del **profesional**:

- ▶ La alta presión asistencial.
- ▶ La falta de formación en habilidades de comunicación y de escucha.
- ▶ El uso de términos poco comprensibles para la paciente.
- ▶ La pérdida de empatía por condicionantes como ejercicio de "medicina defensiva", alta exigencia profesional...
- ▶ La creencia de que la "paciente ideal" es aquella que no plantea problemas.

Por parte de la **propia mujer**:

- ▶ El estereotipo femenino (abnegación, pasividad...) que conlleva el no pedir para sí mismas.
- ▶ La creencia de que sus demandas van a ser consideradas poco importantes y que no van a ser atendidas.
- ▶ El estado psicológico de un momento determinado que puede dificultar la escucha o la comprensión.

Una vez tomados en consideración estos aspectos, debe realizarse una valoración psicosocial que incluirá:

- ▶ **Aspectos psicológicos:** Identificar somatizaciones, síntomas de ansiedad (cambios de carácter, irritabilidad...), síntomas depresivos (cambios de ánimo, desesperanza, falta de proyectos de futuro, baja capacidad de concentración, fallos de memoria frecuentes...), trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias (alcohol, benzodiazepinas...) y baja autoestima. Cualquiera de estas circunstancias puede estar encubriendo una situación de violencia de género, estando su detección y abordaje desarrollados en el Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico. Además, hay que valorar la afectividad y sexualidad, los cambios físicos y la falta de adaptación a los mismos, los acontecimientos vitales estresantes y su adaptación a estos y las alteraciones en la auto y heteropercepción ("cómo me veo" y "cómo me ven"), que pueden estar condicionando la percepción de salud de la mujer.
- ▶ **Aspectos sociales:** Valorar la disposición, uso y disfrute del tiempo propio, la situación familiar (estructura y relaciones entre los miembros...), la situación laboral y ocupacional, la situación económica y la red social de apoyo, buscando posibles situaciones de aislamiento social.

El abordaje psicosocial debe dirigirse a los aspectos deficitarios detectados en la valoración. Se trata de informar y apoyar a la mujer, darle claves que le ayuden a mejorar sus habilidades, a recuperar la confianza en ella misma, reconocerle y valorarle los recursos con los que ya cuenta. Se elaborará conjuntamente una estrategia para la superación de las situaciones detectadas, con metas alcanzables y no culpabilizarlas por no ser perfectas. Puede trabajarse a nivel individual en consulta programada y se debe favorecer el acceso a los talleres de educación grupal e informar de los recursos de la comunidad de los que podría beneficiarse.

1. CLAVES PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

- ▶ Conocer y evaluar las cualidades y los defectos.
- ▶ Aceptarse e intentar cambiar, si es posible, parte de lo que no nos guste. Aceptar el propio cuerpo. No idealizar a otras personas ni compararse con ellas.
- ▶ Comprenderse y respetarse sin necesitar la aprobación de los demás.
- ▶ Conocer los derechos propios, necesidades y deseos, y pedir lo que se quiere.
- ▶ No ser demasiado autoexigente y darse permisos.
- ▶ Identificar y controlar los pensamientos negativos y las distorsiones cognitivas.
- ▶ Ser autónoma y controlar la propia vida.
- ▶ Afrontar los problemas y aprender de los errores.
- ▶ Cuidarse y disfrutar del presente (atender las propias necesidades físicas, emocionales, de tiempo propio, de relación, intelectuales, éticas...).

2. CLAVES PARA MEJORAR LA ASERTIVIDAD

- ▶ Identificar las situaciones en las que se desea ser más asertiva y analizar el porqué.
- ▶ Pensar y sentir que se tienen derechos, deseos y necesidades.
- ▶ Preparar una respuesta asertiva para esas situaciones.
- ▶ Desarrollar un lenguaje corporal adecuado (firme, directo, mirando a los ojos...).
- ▶ Evitar la manipulación por el contrario.

3. CLAVES PARA EL MANEJO DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

- ▶ Describir la situación de forma objetiva.
- ▶ Identificar los filtros, los pensamientos, el lenguaje interior utilizado.
- ▶ Identificar los sentimientos y emociones que se producen.
- ▶ Analizar los filtros y los mecanismos cognitivos, confrontándolos con los datos reales de que se dispone.
- ▶ Sustituir el lenguaje interior utilizado por otro más acorde con la realidad objetiva analizada.

4. CLAVES PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- ▶ Identificar el problema (observarse a sí misma y al entorno).
- ▶ Analizar el problema (identificar puntos fuertes y débiles).
- ▶ Tomar decisiones (buscar y analizar alternativas y tomar la decisión más adecuada).
- ▶ Tras los pasos anteriores puede ocurrir que se modifique la percepción del problema, que haya una adaptación crítica al mismo, que se controle la tensión que provoca o que haya cambios en sí misma o en el entorno.
- ▶ Programar la acción y ponerla en marcha.

5. CLAVES PARA AFRONTAR EL ESTRÉS

- ▶ Para afrontar la parte "física" pueden aplicarse las técnicas de relajación, respiración, masaje y ejercicio físico que serán abordadas en el capítulo de educación sanitaria.
- ▶ Para afrontar la parte "emocional" son útiles las claves desarrolladas en este capítulo.
- ▶ Introducir el máximo posible de situaciones y acontecimientos positivos y gratificantes.
- ▶ Imaginar o visualizar formas de ser más positivas y útiles.
- ▶ Controlar los pensamientos automáticos inquietantes (averiguar en qué se piensa cuando se siente ansiedad y buscar formas de pensar alternativas).

6. CLAVES PARA MEJORAR LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

- ▶ Elegir el lugar y el momento adecuado y pactarlo con la otra persona (estado emocional favorable...)
- ▶ Ser congruente y reflexionar sobre “qué se quiere”, “qué se quiere decir” y “cómo se quiere decir”.
- ▶ Ser consciente de los propios filtros para enviar y captar mensajes.
- ▶ Escuchar de forma activa y empática: Ponerse “en el lugar del otro”, observar cómo se siente y escuchar lo que dice, recoger el mensaje tanto verbal como no verbal y comunicarle que lo comprendemos verbalizando lo que hemos entendido.
- ▶ Comunicarse de forma asertiva: Expresar directamente los propios sentimientos, opiniones y necesidades sin perjudicar a las otras personas, es decir, desde el respeto hacia sí misma y hacia los demás.
- ▶ Usar “mensajes en yo” hablando en primera persona, ya que los “mensajes en tú” pueden hacer sentirse a los demás, culpados, evaluados, rechazados...
- ▶ Utilizar mensajes claros, precisos y útiles.
- ▶ Aceptar argumentos, objeciones o críticas.

7. CLAVES PARA MEJORAR EL MANEJO DE CONFLICTOS

Hay una serie de actitudes que mantienen o empeoran los conflictos:

- ▶ Empeñarse en demostrar que se está en lo cierto y que los demás están equivocados.
- ▶ Desarrollar conductas de evitación al creer que los conflictos desaparecen si fingimos que no existen.
- ▶ Solucionar rápidamente el conflicto para evitar enfrentarnos a él.

Otras actitudes, en cambio, son capaces de mejorarlos:

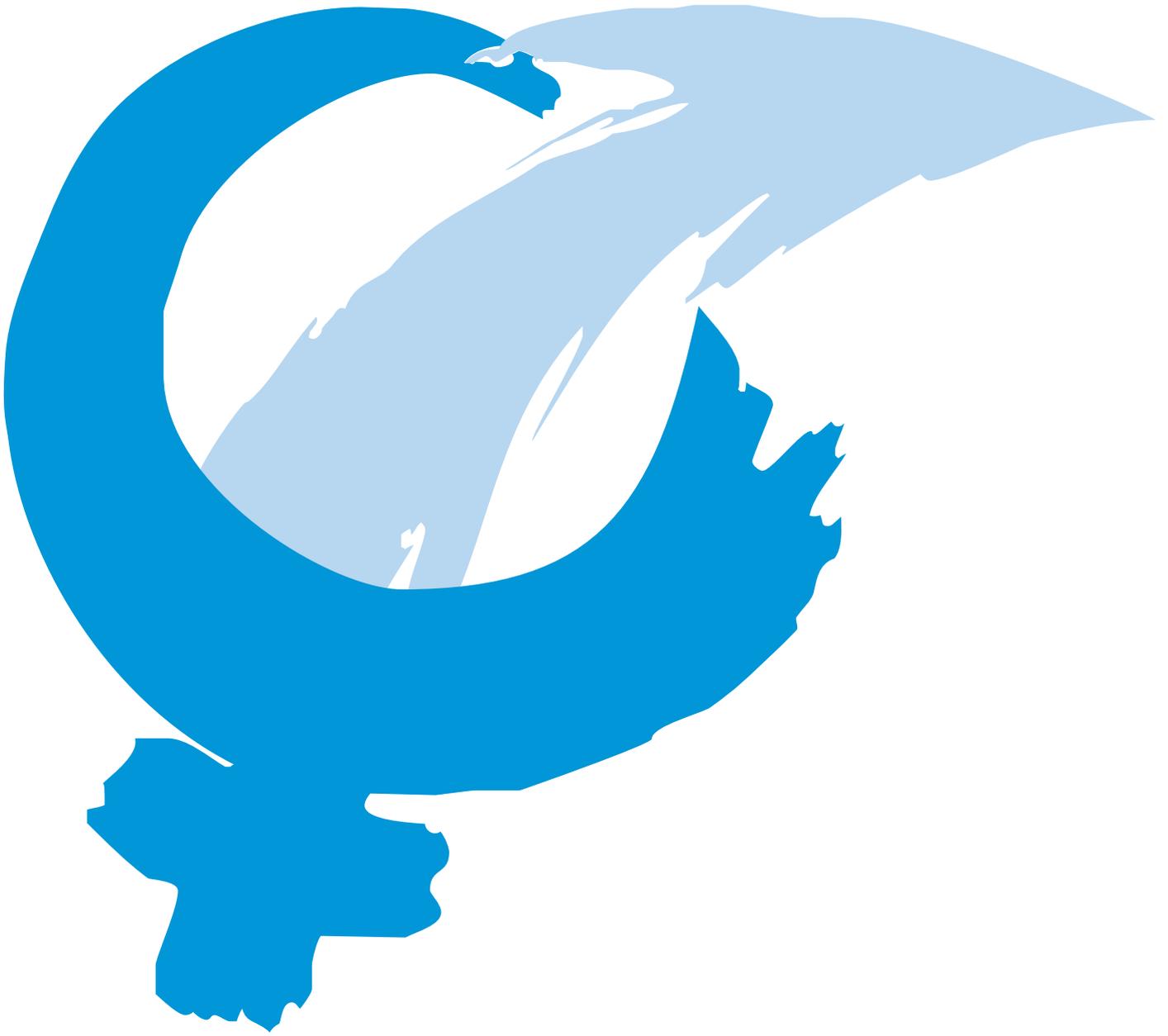
- ▶ Identificar y definir el conflicto, de forma objetiva y en un clima positivo, buscar alternativas (sin juzgar ni menospreciar ninguna), evaluarlas y definir las (razonando y dando argumentos), cumplir la decisión (determinando quién, cómo y cuándo se realizará) y evaluar su cumplimiento.
- ▶ Asegurar una mayor cohesión, implicación y compromiso de todas las partes en la ejecución de lo acordado.

El enfado es un sentimiento que expresa hostilidad y que dificulta la solución de los conflictos. Es importante conocer sus fases y cómo abordarlas:

- ▶ **Fase racional:** Puede discutirse cualquier problema ya que se cuenta con el nivel emocional adecuado.
- ▶ **Fase de disparo o de salida:** Es la fase ideal para escuchar.
- ▶ **Fase de enlentecimiento:** Debe esperarse ya que la hostilidad comienza a disminuir.
- ▶ **Fase de afrontamiento:** Debe decirse algo empático que reconozca el estado emocional.
- ▶ **Fase de enfriamiento:** La persona se calma.
- ▶ **Fase de solución de problemas:** Es el momento de afrontar el problema.

8. CLAVES PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

- ▶ Dar a conocer o facilitar información sobre los recursos sociales próximos (centros socioculturales, deportivos, asociaciones de mujeres...).
- ▶ Orientar en función de las preferencias o necesidades de cada caso.
- ▶ Ayudar en la búsqueda de tiempo propio.
- ▶ Animar a la participación.



Educación sanitaria

La educación sanitaria puede desarrollarse a nivel individual en la consulta de demanda o concertada, o en talleres grupales.

INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Tras una valoración de los conocimientos que la mujer tiene sobre el climaterio, se habrá de abordar la educación en dos direcciones: por un lado, se intentarán modificar aquellos conceptos erróneos explicándolos claramente y, por otro, se potenciarán los conceptos correctos que poseía, aprovechando para:

- ▶ Aclarar y explicar la relación que éstos tienen con el estado de salud objetivo y el percibido por la propia mujer.
- ▶ Ayudarle a entender “lo que siente”, “lo que le pasa” o “lo que le puede pasar”.
- ▶ Determinar sus expectativas en esta etapa de la vida, resaltando todos aquellos aspectos positivos de la misma y encontrando la mejor manera de asumir los negativos para conseguir tener una vida lo más satisfactoria posible.
- ▶ Analizar con ella los condicionantes para corregir los estilos de vida inadecuados y potenciar los estilos saludables.

Como resumen de la **información** a transmitir durante la **educación individual**, se establecen los siguientes puntos:

- ▶ La menopausia se considera establecida cuando transcurren 12 meses sin menstruaciones.
- ▶ Hasta que esto ocurre, es necesario plantearse el uso de algún método anticonceptivo como prevención de embarazos no deseados.
- ▶ Los síntomas por cambios hormonales (“sofocos”, sequedad vaginal...) van a hacerse más acusados al aproximarse la menopausia, si bien no todas las mujeres perciben síntomas y aquellas que los perciben no lo hacen con igual intensidad.
- ▶ Las molestias por la sequedad vaginal excesiva y el dolor genital durante la relación coital son debidos a la falta de lubricación natural, y tienden a hacerse más severas con el paso de los años.
- ▶ La enfermedad cardiovascular no se relaciona con la menopausia, sino con el aumento de los factores de riesgo consecuencia del paso de los años.
- ▶ Tampoco está probada la relación de los cambios hormonales con la pérdida de orina e infecciones urinarias de repetición, molestias musculares, cambios en el estado de ánimo, alteraciones en la memoria o alteraciones en la sexualidad, problemas coexistentes en algunas mujeres en esta etapa y que deben ser asimismo consultados.
- ▶ La percepción por parte de la mujer de síntomas que afectan a su calidad de vida debe transmitirse al profesional sanitario para valorar la necesidad de tratamiento.

A continuación se detallan una serie de recomendaciones sobre **hábitos y estilos de vida saludables** que han demostrado tener eficacia para el abordaje de la sintomatología o problemas de salud más frecuentes durante el climaterio. Hay que tener en cuenta que en toda educación sanitaria la justificación o explicación de la medida aconsejada hace que aumente la probabilidad de modificación de la conducta.

CONSEJOS EN RELACIÓN CON LOS “SOFOCOS”

- Mantener un peso adecuado.
- Practicar ejercicio físico aeróbico.
- Dejar de fumar.
- Ingerir bebidas frías.
- Evitar picantes, café, té, mate, colas o alcohol y situaciones de calor excesivo.
- Practicar técnicas de respiración rítmica.

CONSEJOS EN RELACIÓN CON LA SEQUEDAD VAGINAL O DOLOR DURANTE EL COITO

- Utilizar cremas hidratantes, geles o lubricantes vaginales.

CONSEJOS EN RELACIÓN CON LA INCONTINENCIA URINARIA

- Modificar la ingesta alta o baja de líquidos.
- Mantener un peso adecuado.
- Evitar diuréticos y excitantes del sistema nervioso (café, té, mate, colas, alcohol, fármacos, hierbas medicinales...).
- Evitar la sobrecarga de la musculatura pélvica (estreñimiento, tos crónica, cargar pesos...).
- Practicar ejercicio físico aeróbico.
- Eliminar barreras de acceso al aseo, usar ropa cómoda y fácil de quitar y tener una buena higiene personal.

CONSEJOS EN RELACIÓN CON LA OSTEOPOROSIS

- Dieta rica en calcio desde etapas tempranas.
- Dieta normal y exposición moderada al sol para asegurar un aporte adecuado de vitamina D.
- Dejar de fumar y si se consume alcohol, hacerlo de forma moderada.
- Mantener un peso adecuado.
- Practicar ejercicio físico aeróbico (y de resistencia si ya está diagnosticada).
- Disminuir el riesgo de caídas (deterioro funcional o sensorial, fármacos, obstáculos ambientales...).

CONSEJOS EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES

- Desarrollar habilidades y recursos personales que favorezcan el bienestar emocional consigo misma (autoestima, asertividad, manejo de emociones, solución de problemas y afrontamiento del estrés).
- Desarrollar habilidades de comunicación y manejo de conflictos para mejorar las relaciones interpersonales.
- Evitar el aislamiento social participando en talleres grupales, actividades en la comunidad...
- Buscar y reservar un tiempo para disfrute personal.

TALLERES GRUPALES

La educación sanitaria en grupos favorece la comunicación y el aporte multidireccional de información entre todos los participantes, evita sentimientos de culpa, permite la socialización de experiencias, favorece la adopción de nuevas alternativas y permite la puesta en práctica de algunos métodos y técnicas que no son posibles en la educación individual. En todas estas actividades debe incluirse una perspectiva de género que permita comprender y superar las desigualdades entre sexos.

1. OBJETIVOS

- ▶ Informar a la mujer de manera adecuada para que disponga de los conocimientos necesarios sobre su propio cuerpo y los cambios y síntomas que pueden aparecer en esta época de su vida. Sin información, la menopausia genera temor y ansiedad, haciendo que cualquier síntoma que aparezca se relacione con ella.
- ▶ Desarrollar actividades que favorezcan el bienestar emocional y facilitar el intercambio de experiencias, sensaciones y emociones con otras mujeres.
- ▶ Favorecer la adopción de hábitos y estilos de vida saludables. Esto tiene la misma importancia que en otras etapas de la vida y va a capacitar a la mujer para que pueda ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.
- ▶ Enseñar técnicas de relajación, respiración... para ayudar al manejo de situaciones de estrés.

2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL GRUPO

- ▶ Mujeres de 45 a 64 años y a las de menor edad con menopausia, independientemente de la presencia o no de sintomatología propia del climaterio.
- ▶ Deben ofertarse con prioridad a:
 - Mujeres con sintomatología climatérica intensa que afecta a su calidad de vida, sobre todo en casos de menopausia precoz o artificial.
 - Mujeres que realizan tratamientos ineficaces.
 - Mujeres con otras patologías médicas asociadas (incontinencia urinaria y osteoporosis).
 - Mujeres en situaciones que previsiblemente limiten el acceso (tanto el acceso físico a la consulta como el acceso a la información por barreras culturales u otras):
 - Problemas de comprensión, analfabetismo o nivel sociocultural bajo.
 - Aislamiento social.
 - Mujeres con pocos recursos adaptativos.
 - Mujeres dependientes.
 - Mujeres inmigrantes.
 - Mujeres con trabajo no remunerado, sobretodo si son cuidadoras de dependientes.
- ▶ Mujeres que de forma explícita expresen su deseo de recibir información y ser incluidas en el grupo.

3. CONTENIDOS

- ▶ **SESIÓN 1: CAMBIOS Y FACTORES RELACIONADOS CON EL CLIMATERIO. EL CONTEXTO FEMENINO Y LOS ROLES.**
 - Aparato reproductor femenino: Anatomía y fisiología.
 - Climaterio: Definición, condicionantes y etapas.
 - Problemas de salud, aspectos psicosociales y mitos.
 - Contexto femenino y roles.

▶ **SESIÓN 2: HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA. TRATAMIENTOS.**

- Hábitos y estilos de vida: Alimentación, ejercicio...
- Tratamiento hormonal.
- Tratamientos alternativos.

▶ **SESIÓN 3: EL BIENESTAR EMOCIONAL.**

- Autoestima.
- Asertividad.
- Manejo de emociones y sentimientos.
- Solución de problemas.
- Afrontamiento del estrés.

▶ **SESIÓN 4: RELACIONES INTERPERSONALES.**

- Relaciones familiares.
- Relación de pareja y sexualidad.
- Relaciones sociales.
- Habilidades de comunicación.
- Manejo de conflictos.
- Participación social.

4. ORGANIZACIÓN Y METODOLOGÍA

Los talleres grupales son desarrollados a través del Servicio de Aulas de Salud de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Para la captación de la población se utilizarán las consultas de los profesionales y todos los medios de información disponibles (carteles, folletos...).

Los talleres pueden desarrollarse en el propio centro de salud o en cualquier otro centro sociosanitario próximo que reúna las condiciones adecuadas.

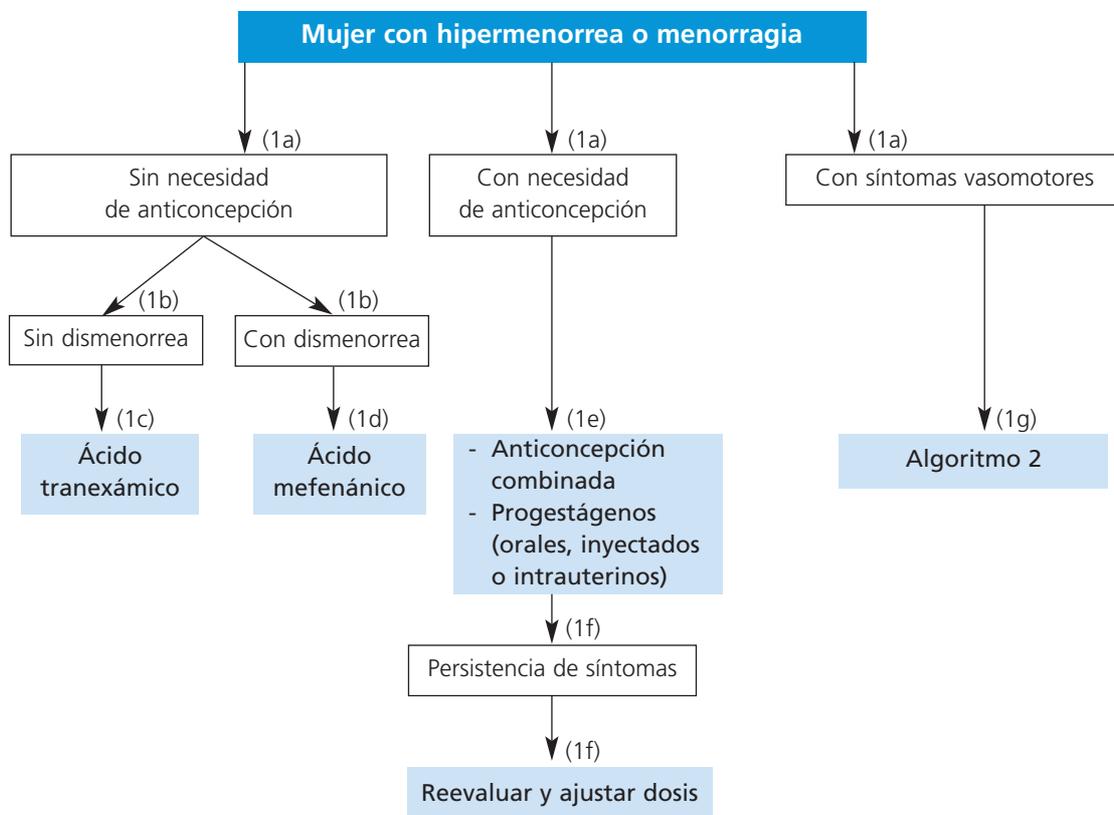
Las sesiones no deben durar más de 60-90 minutos diarios y el horario debe adaptarse a las necesidades de las participantes.

Los grupos pequeños y cerrados de 10 a 15 mujeres son preferibles ya que la interacción es más próxima e intensa. Los grupos numerosos son más adecuados para sesiones informativas. Debe procurarse que la metodología sea participativa, activa y abierta.



Planes de actuación

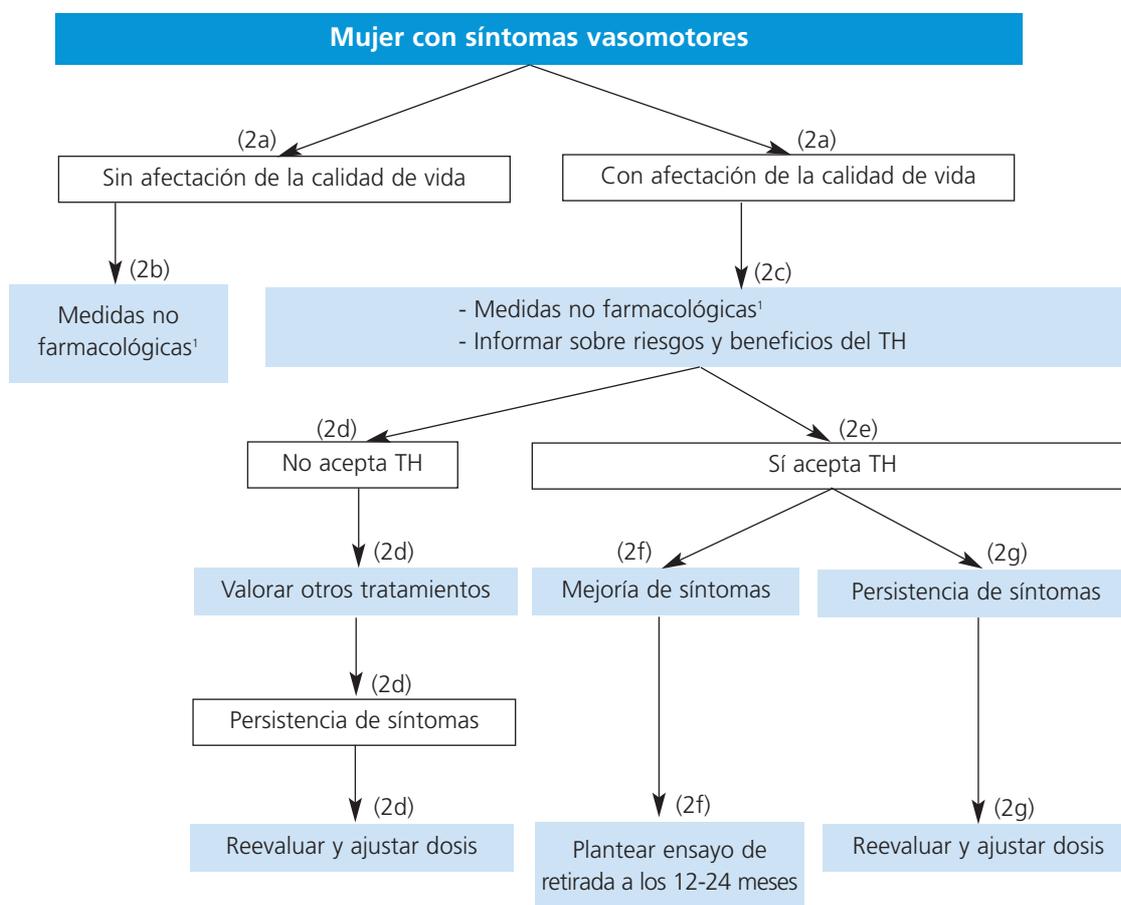
ALTERACIONES MENSTRUALES

Algoritmo 1. Mujer con hipermenorrea o menorragia.

- 1a) En mujeres con hipermenorrea o menorragia sin sospecha de patología orgánica, repercusión física o afectación de la calidad de vida, se investigará la necesidad de anticoncepción y la presencia de síntomas vasomotores.
- 1b) Si no hay necesidad de anticoncepción se investigará la presencia de dismenorrea.
- 1c) Si no hay dismenorrea se pautará ácido tranexámico (1g / 8 horas) durante los días de sangrado.
- 1d) Si hay dismenorrea se pautará ácido mefenámico (500 mg / 8 horas) durante los días de sangrado.
- 1e) Si hay necesidad de anticoncepción se informará sobre los distintos métodos y se descartarán contraindicaciones. Puede pautarse anticoncepción combinada o progestágenos (orales, inyectados o intrauterinos).
- 1f) Si los síntomas persisten se ajustará la dosis y se reevaluará nuevamente hasta conseguir la mejoría clínica.
- 1g) Si hay síntomas vasomotores que afecten a la calidad de vida se valorará la indicación de TH según el algoritmo 2.

SÍNTOMAS VASOMOTORES

Algoritmo 2. Mujer con síntomas vasomotores.

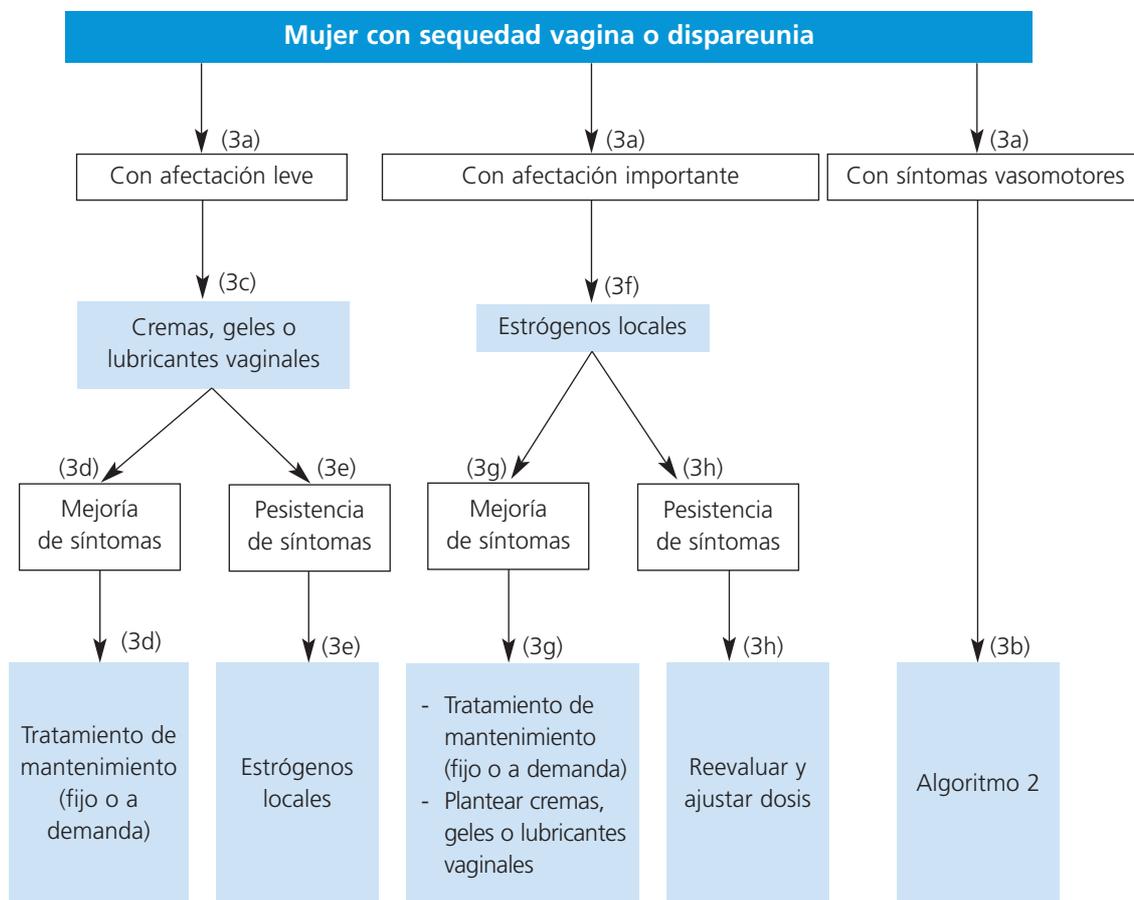


¹ **Medidas no farmacológicas:** Mantener un peso adecuado, practicar ejercicio físico aeróbico, dejar de fumar, ingerir bebidas frías, evitar picantes, café, té, mate, colas o alcohol y situaciones de calor excesivo y practicar técnicas de respiración rítmica.

- 2a) En mujeres con síntomas vasomotores se investigará la afectación de la calidad de vida (intensidad, frecuencia, alteraciones del sueño...).
- 2b) Si no hay afectación de la calidad de vida se explicará la benignidad y la naturaleza autolimitada de los síntomas y se recomendarán medidas no farmacológicas. Si los síntomas se intensifican se reevaluará la necesidad de otro tipo de tratamiento.
- 2c) Si hay afectación de la calidad de vida se explicará la benignidad de los síntomas y la naturaleza autolimitada de los síntomas, se recomendarán medidas no farmacológicas y se valorará con la mujer la posibilidad de iniciar un TH (estrógenos con o sin progestágenos o tibolona) explicando los riesgos y beneficios del mismo.
- 2d) Si no acepta el TH, se valorarán con la mujer otras opciones de tratamiento. Si los síntomas persisten se ajustará la dosis y se reevaluará nuevamente hasta conseguir la mejoría clínica.
- 2e) Si acepta el TH y no presenta ninguna contraindicación para el mismo, se iniciará con la dosis más baja disponible.
- 2f) Si los síntomas remiten se mantendrá el tratamiento y se propondrá un ensayo de retirada de manera progresiva a los 12-24 meses.
- 2g) Si los síntomas persisten, se incrementará la dosis y se reevaluará nuevamente hasta conseguir la dosis mínima eficaz.

SÍNTOMAS GENITALES

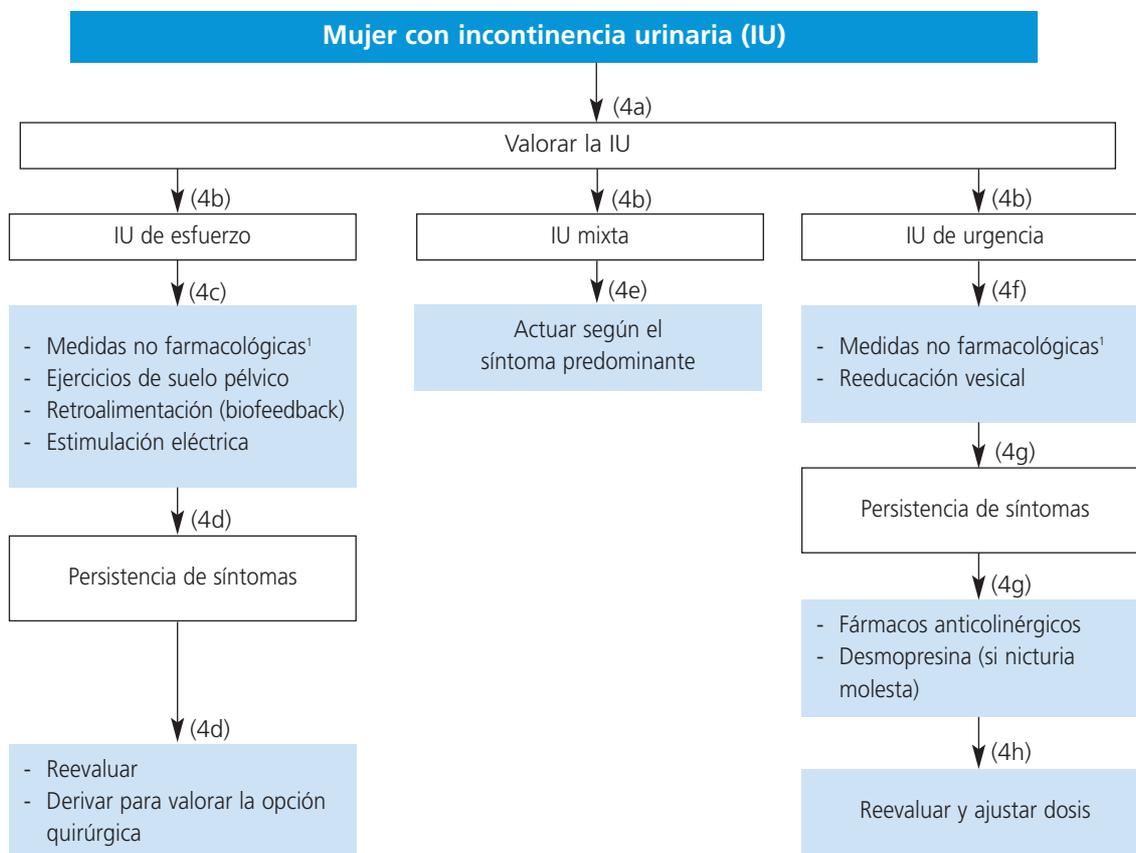
Algoritmo 3. Mujer con síntomas genitales.



- 3a) En mujeres con sequedad vaginal o dispareunia, se investigará el grado de afectación (intensidad, relaciones sexuales...).
- 3b) Si hay síntomas vasomotores que afecten a la calidad de vida se valorará la indicación de TH según el algoritmo 2.
- 3c) Si la afectación es leve, se pautarán cremas, geles o lubricantes vaginales.
- 3d) Si los síntomas mejoran se continuará con el tratamiento y se planteará su utilización a demanda.
- 3e) Si los síntomas persisten se propondrá TH con estrógenos locales siguiendo el punto 3f.
- 3f) Si el grado de afectación es importante, se propondrá TH con estrógenos locales (crema, óvulos o comprimidos).
- 3g) Si los síntomas mejoran se mantendrá el tratamiento y se planteará su utilización a demanda. Posteriormente se planteará la utilización de cremas, geles o lubricantes vaginales. Si los síntomas recurriesen, se valorará de nuevo el tratamiento con estrógenos locales.
- 3h) Si los síntomas persisten, se incrementará la dosis y se reevaluará nuevamente hasta conseguir la dosis mínima eficaz.

INCONTINENCIA URINARIA

Algoritmo 4. Mujer con incontinencia urinaria.



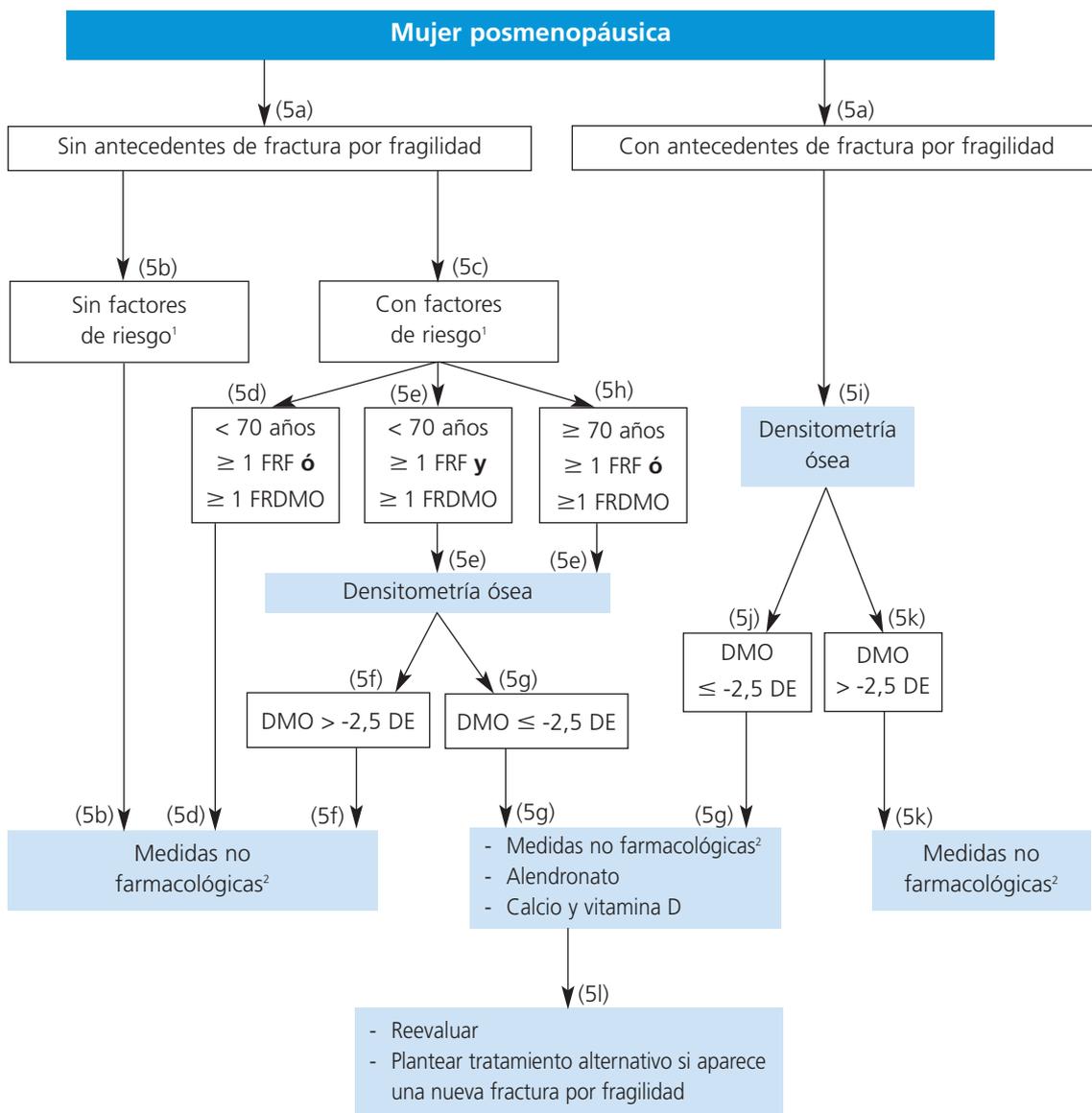
¹ **Medidas no farmacológicas:** Modificar la ingesta alta o baja de líquidos, mantener un peso adecuado, evitar diuréticos y excitantes del sistema nervioso (café, té, mate, colas, alcohol, fármacos, hierbas medicinales...), evitar la sobrecarga de la musculatura pélvica (estreñimiento, tos crónica, cargar pesos...), practicar ejercicio físico aeróbico, eliminar barreras de acceso al aseo, usar ropa cómoda y fácil de quitar y tener una buena higiene personal.

- 4a) En mujeres con IU se realizará una valoración de la misma para definir su tipo (anamnesis, exploración física y pruebas complementarias).
- 4b) El tratamiento de elección se decidirá en función del tipo de IU.
- 4c) Si la IU es de esfuerzo, se aconsejarán medidas no farmacológicas y ejercicios de suelo pélvico durante al menos 3 meses. En las mujeres que no pueden contraer activamente los músculos del suelo pélvico se planteará retroalimentación (biofeedback) o estimulación eléctrica.
- 4d) Si los síntomas persisten se reevaluará el tratamiento y se planteará la derivación para valorar la opción quirúrgica.
- 4e) Si la IU es mixta la actuación será acorde con el síntoma predominante. Si predominan los síntomas de esfuerzo se seguirá el punto 4c y si predominan los de urgencia, el punto 4f.
- 4f) Si la IU es de urgencia se aconsejarán medidas no farmacológicas y reeducación vesical durante al menos 6 semanas.
- 4g) Si los síntomas persisten se pautará un anticolinérgico. En algunos casos de nicturia que no mejore con los anticolinérgicos se planteará el tratamiento con desmopresina.
- 4h) Si los síntomas persisten se ajustará la dosis y se reevaluará nuevamente hasta conseguir la mejoría clínica.

OSTEOPOROSIS

El siguiente algoritmo está basado en las últimas recomendaciones del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE).

Algoritmo 5. Abordaje de la osteoporosis.



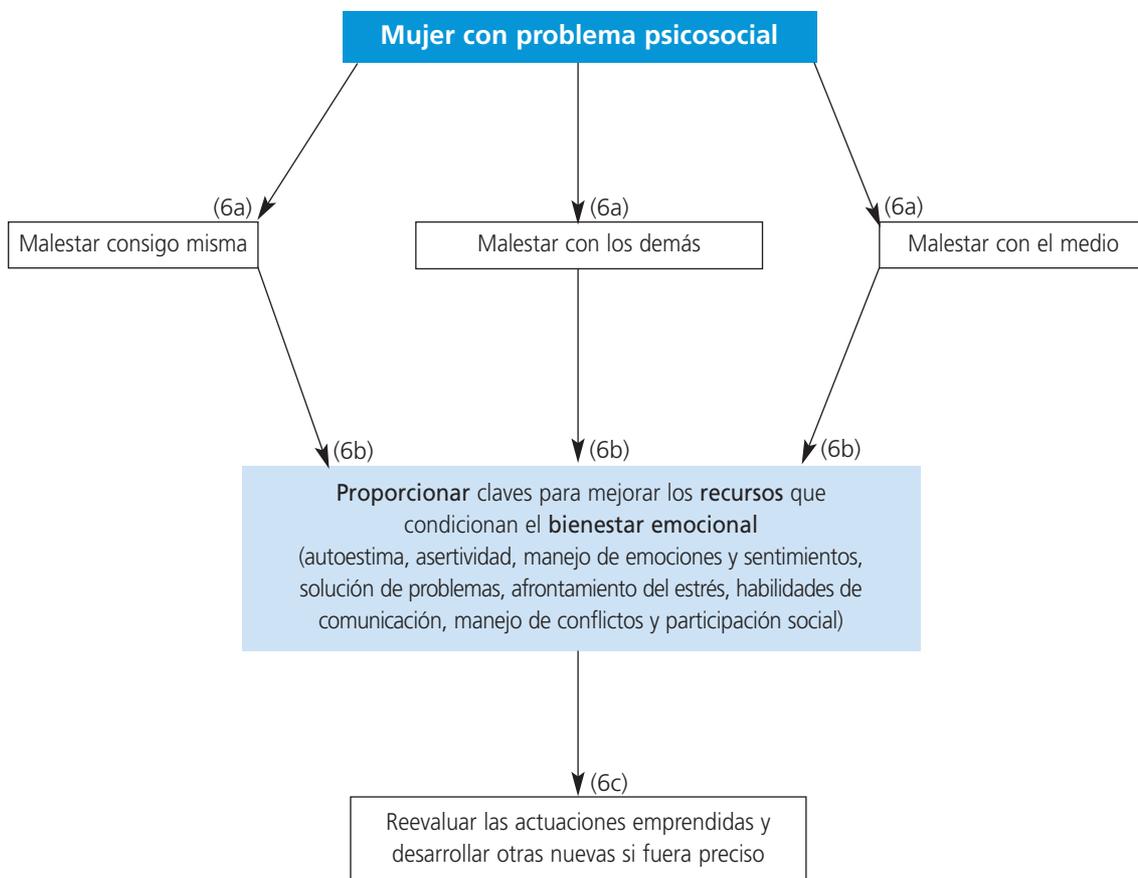
¹ **Factores de riesgo:** Factores relacionados con aumento del riesgo de fractura (FRF): Antecedentes familiares de fractura de cadera, consumo diario de 4 o más unidades de bebida estándar (UBE) de alcohol, artritis reumatoide severa de larga evolución, y Factores relacionados con disminución de DMO (FRDMO): índice de masa corporal menor de 22, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, inmovilización prolongada y menopausia precoz no tratada.

² **Medidas no farmacológicas:** Dieta rica en calcio desde etapas tempranas, dieta normal y exposición moderada al sol para asegurar un aporte adecuado de vitamina D, no fumar y si se consume alcohol hacerlo de forma moderada, mantener un peso adecuado, practicar ejercicio físico aeróbico (y de resistencia si ya está diagnosticada) y disminuir el riesgo de caídas (deterioro funcional o sensorial, fármacos, obstáculos ambientales...).

- 5a) En las mujeres posmenopáusicas se valorarán los antecedentes de fractura por fragilidad.
- 5b) Si no hay antecedentes de fractura por fragilidad en mujeres sin factores de riesgo, se aconsejarán medidas no farmacológicas.
- 5c) Si no hay antecedentes de fractura por fragilidad en mujeres con factores de riesgo, se valorará la edad.
- 5d) Si tiene menos de 70 años y presenta uno o más FRF o uno o más FRDMO se aconsejarán medidas no farmacológicas.
- 5e) Si tiene menos de 70 años y presenta uno o más FRF y uno o más FRDMO se solicitará una densitometría ósea.
- 5f) Si la DMO es mayor de -2,5 DE se aconsejarán medidas no farmacológicas.
- 5g) Si la DMO es menor o igual a -2,5 DE se aconsejarán medidas no farmacológicas y se pautará alendronato. Se recomendará añadir calcio y vitamina D siempre que no exista seguridad de que su aporte y niveles en sangre respectivamente sean los adecuados.
- 5h) Si no hay antecedentes de fractura por fragilidad en mujeres de 70 o más años que presentan uno o más FRF o uno o más FRDMO se seguirá el punto 5e. En mujeres de 75 años o más con 2 o más factores de riesgo en las que no se pueda realizar una densitometría ósea, se seguirá el punto 5g.
- 5i) Si hay antecedentes de fractura por fragilidad, se solicitará una densitometría ósea. En mujeres de 75 años o más en las que no se pueda realizar una densitometría se seguirá el punto 5g.
- 5j) Si la DMO es menor o igual a -2,5 DE, se seguirá el punto 5g.
- 5k) Si la DMO es mayor de -2,5 DE, se aconsejarán medidas no farmacológicas.
- 5l) Una vez prescrito el tratamiento farmacológico, se reevaluará y se planteará tratamiento alternativo si aparece una nueva fractura por fragilidad.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Algoritmo 6. Abordaje de los aspectos psicosociales.



- 6a) Tras la valoración psicosocial, se debe definir el problema en una de las siguientes categorías:
- **Malestar consigo misma** (problemas de autoestima, asertividad, de manejo de emociones y sentimientos, dificultad para solucionar problemas y afrontar el estrés...).
 - **Malestar con los demás** (dificultades para comunicarse y manejar los conflictos en la pareja, en la familia o con los demás en general).
 - **Malestar con el medio** (problemas laborales, aislamiento social...).
- 6b) Se deben proporcionar claves que permitan la mejora de la autoestima, asertividad, manejo de emociones y sentimientos, solución de problemas, afrontamiento del estrés, habilidades de comunicación, manejo de conflictos y estimular la participación social. El enfoque puede ser personal, de pareja, familiar o grupal.
- 6c) Se deben reevaluar las actuaciones emprendidas y desarrollar otras nuevas si fuera preciso.

PUNTOS CLAVE

1. El climaterio es un proceso fisiológico y como tal no debe medicalizarse.
2. La vivencia de los cambios que se producen en el climaterio depende de factores biológicos, psicológicos y socioculturales más que de los cambios hormonales.
3. La mayoría de las mujeres en el climaterio presentan síntomas leves o pasajeros e incluso un 25% permanecen asintomáticas.
4. Las alteraciones menstruales, los trastornos vasomotores, la atrofia urogenital y la disminución de la masa ósea muestran una asociación causal con la disminución de estrógenos.
5. Se debe sospechar e investigar la presencia de incontinencia urinaria en todas las mujeres climatéricas, si bien su relación con el descenso hormonal es controvertida.
6. El incremento del riesgo de muerte por enfermedad coronaria es debido, como en el varón, a la aparición de otros factores de riesgo y no al hecho concreto de la menopausia.
7. Antes de prescribir TH es necesario evaluar el balance de riesgos y beneficios individualmente y transmitir a la mujer una información adecuada, siendo ella la que finalmente decida tomarlo o no.
8. El balance de riesgos y beneficios del TH es favorable para el tratamiento de los síntomas climatéricos que afecten negativamente a la calidad de vida, siempre que se utilice la dosis mínima eficaz durante el tiempo más corto posible.
9. El TH no está justificado en mujeres asintomáticas, ni en la prevención de la enfermedad cardiovascular.
10. Aunque los estudios muestran que el TH tiene efectos beneficiosos sobre la prevención del cáncer de colon, éstos no son lo suficientemente significativos como para indicarlo solo con este fin.
11. A las mujeres con menopausia precoz (antes de los 40 años) se les debe ofertar TH hasta la edad promedio de la menopausia (50 años).
12. El balance de riesgos y beneficios del TH se considera desfavorable como tratamiento de primera línea en la osteoporosis.
13. Con los datos disponibles no existen argumentos para recomendar un tipo específico de TH, por lo que la elección del preparado debe realizarse de forma individual.
14. Cuando los síntomas genitales se manifiestan de forma aislada deben indicarse los tratamientos tópicos.
15. No es necesaria una analítica hormonal previa al TH, ni en su seguimiento.
16. En la IUE o IUM con predominio de esfuerzo, el tratamiento de elección es la realización de ejercicios de suelo pélvico durante al menos 3 meses y en la IUU o IUM con predominio de urgencia la reeducación vesical durante un mínimo de 6 semanas.
17. La solicitud de una densitometría ósea sólo está justificada en el caso de que su resultado fuera necesario para decidir el inicio de un tratamiento para la osteoporosis.
18. El tratamiento de primera elección tanto en prevención primaria como secundaria de la osteoporosis es el alendronato.
19. Son fundamentales las labores de educación sanitaria en el climaterio, tanto a nivel individual como grupal, para informar y aclarar aspectos de esta etapa y sus consecuencias sobre la salud y para proporcionar recursos y habilidades para que sean las mujeres las protagonistas y promotoras de su propia salud.
20. La educación sanitaria con grupos favorece la comunicación y permite la socialización de experiencias.



Recomendaciones

EVIDENCIAS SOBRE PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CLIMATERIO

1. Las alteraciones menstruales, vasomotoras y genitales y la osteoporosis muestran asociación con la disminución de estrógenos en la menopausia (**Grado A**).
2. El aumento del riesgo cardiovascular, los síntomas osteomusculares, la disminución de la capacidad cognitiva y los trastornos del estado de ánimo no muestran asociación con la disminución de estrógenos en la menopausia (**Grado B**).
3. Las alteraciones del sueño, las cefaleas y los vómitos muestran asociación con la presencia de síntomas vasomotores intensos (**Grado B**).
4. La asociación entre la incontinencia urinaria y la disminución de estrógenos en la menopausia es controvertida (**Grado C**).
5. La asociación entre las infecciones recurrentes del tracto urinario y la disminución de estrógenos en la menopausia es controvertida (**Grado C**).
6. La aceleración de la pérdida de masa ósea se asocia de manera consistente con la disminución de estrógenos en la menopausia (**Grado A**).
7. El ritmo de pérdida de masa ósea aumenta en los primeros años tras la menopausia para posteriormente disminuir e igualarse al de los varones (**Grado B**).
8. El diagnóstico de osteoporosis densitométrica debe realizarse mediante la absorciometría de rayos X de energía doble (DXA) (**Grado B**).
9. La medición de la DMO no discrimina adecuadamente entre las personas que presentarán una fractura y las que no (**Grado B**).
10. Los ultrasonidos cuantitativos no están indicados para evaluar la DMO ni para predecir fracturas (**Grado B**).
11. La radiografía convencional no debe utilizarse para evaluar la DMO ni como método de cribado de fracturas (**Grado B**).
12. Los marcadores óseos no son útiles para evaluar la DMO ni para predecir fracturas (**Grado B**).

EVIDENCIAS EN SÍNTOMAS VASOMOTORES

1. La pérdida de peso, el ejercicio físico, no fumar y las medidas que mantienen estable la temperatura corporal podrían ser opciones beneficiosas en la prevención y tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado C**).
2. El TH sólo está justificado en mujeres con síntomas vasomotores que por su intensidad o frecuencia puedan repercutir en su calidad de vida (**Grado A**).
3. El TH no está indicado para disminuir el riesgo cardiovascular ni para prevenir el cáncer de colon (**Grado A**).
4. El TH no se recomienda a medio-largo plazo debido a los riesgos asociados que comporta (eventos coronarios, accidentes cerebrovasculares, trombosis venosas profundas, tromboembolismos pulmonares, cánceres de mama, endometrio y ovario y litiasis biliar) (**Grado A**).
5. Al tratamiento de las mujeres con útero deben asociarse progestágenos para reducir el riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio (**Grado A**).
6. Los progestágenos solos son un tratamiento moderadamente efectivo para el control de los síntomas vasomotores y podrían ser una alternativa para las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o de endometrio (**Grado B**).
7. La eficacia de la tibolona es similar a la de los estrógenos, con o sin progestágenos, para el control de los síntomas vasomotores (**Grado A**).
8. El raloxifeno, la clonidina, la metildopa, la gabapentina y los antidepresivos no han mostrado resultados concluyentes, por lo que no están indicados en el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado B**).
9. Los fitoestrógenos, la vitamina E, la homeopatía y las hierbas medicinales no han mostrado resultados concluyentes, por lo que no están indicados en el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado B**).
10. La técnica de la respiración rítmica es moderadamente eficaz y podría ser un tratamiento complementario para el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado B**).
11. La acupuntura, la reflexoterapia y la magnetoterapia no se recomiendan para el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado C**).

EVIDENCIAS EN INCONTINENCIA URINARIA (IU)

1. Modificar la ingesta de líquidos, la pérdida de peso, evitar diuréticos y excitantes del sistema nervioso, evitar la sobrecarga de la musculatura pélvica, el ejercicio físico, eliminar barreras de acceso al aseo, usar ropa cómoda y fácil de quitar y tener una buena higiene personal podrían ser opciones beneficiosas en la prevención y tratamiento de la IU (**Grado C**).
2. En los programas de ejercicios de suelo pélvico es suficiente la realización de series de al menos 8 contracciones 3 veces al día (**Grado A**).
3. La realización de ejercicios de suelo pélvico supervisados durante al menos 3 meses debe ofrecerse como primera línea de tratamiento a las mujeres con IUE o IUM con predominio de esfuerzo (**Grado A**).
4. Los ejercicios de suelo pélvico deben ofertarse a las mujeres en su primer embarazo como una estrategia preventiva de IU (**Grado A**).
5. La reeducación vesical durante al menos 6 semanas debe ofrecerse como primera línea de tratamiento a las mujeres con IUU o IUM con predominio de urgencia (**Grado A**).
6. La retroalimentación o biofeedback sólo debe indicarse cuando haya dificultad para la contracción de la musculatura del suelo pélvico (**Grado A**).
7. La estimulación eléctrica sólo debe indicarse cuando haya dificultad para la contracción de la musculatura del suelo pélvico (**Grado A**).
8. Los anticolinérgicos son los fármacos de elección en la IUU o IUM con predominio de urgencia si no hay una respuesta adecuada al tratamiento no farmacológico (**Grado A**).
9. La desmopresina puede ser considerada en mujeres con nicturia molesta si no hay respuesta a otro tipo de tratamientos (**Grado A**).
10. Los antidepresivos tricíclicos no se recomiendan para el tratamiento de la IU (**Grado A**).
11. El TH no está indicado en el tratamiento de la IU (**Grado A**).
12. Los estrógenos intravaginales se recomiendan para el tratamiento del síndrome de la vejiga hiperactiva en mujeres posmenopáusicas con atrofia vaginal (**Grado A**).
13. La opción quirúrgica se recomienda como tratamiento de la IUE cuando el conservador ha fallado (**Grado A**).

EVIDENCIAS EN OSTEOPOROSIS

1. Una dieta rica en calcio, la exposición moderada al sol, el ejercicio físico y no fumar son medidas eficaces en la prevención y tratamiento de la osteoporosis (**Grado B**).
2. El TH no se incluye como tratamiento de primera línea para la osteoporosis debido a su desfavorable balance de riesgos y beneficios (**Grado A**).
3. El raloxifeno aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).
4. El raloxifeno reduce la incidencia de cáncer de mama en mujeres con receptores estrogénicos positivos (**Grado A**).
5. El raloxifeno se asocia con una mayor incidencia de eventos tromboembólicos y de ictus mortales (**Grado A**).
6. La calcitonina aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).
7. El etidronato aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).
8. El alendronato aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y de cadera (**Grado A**).
9. El alendronato disminuye la incidencia de fracturas de cadera en la subpoblación de mujeres con DMO < -2,5 DE (**Grado A**).
10. El risedronato aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y no vertebrales en su conjunto (**Grado A**).
11. El risedronato disminuye la incidencia de fracturas de cadera en la subpoblación de mujeres de 70 a 79 años con DMO < -3 DE. (**Grado A**).
12. El ibandronato aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).
13. El ibandronato disminuye la incidencia de fracturas no vertebrales en su conjunto en la subpoblación de mujeres con DMO < -3 DE (**Grado A**).
14. El ranelato de estroncio aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y no vertebrales en su conjunto (**Grado A**).
15. El ranelato de estroncio disminuye la incidencia de fracturas de cadera en la subpoblación de mujeres mayores de 75 años con una DMO < -3 DE (**Grado A**).
16. La teriparatida aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y no vertebrales en su conjunto (**Grado A**).
17. La hormona paratiroidea humana recombinante aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).
18. Los fitoestrógenos no están indicados en la prevención ni en el tratamiento de la osteoporosis (**Grado A**).



Recursos en Canarias

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y ASOCIACIONES PARA MUJERES

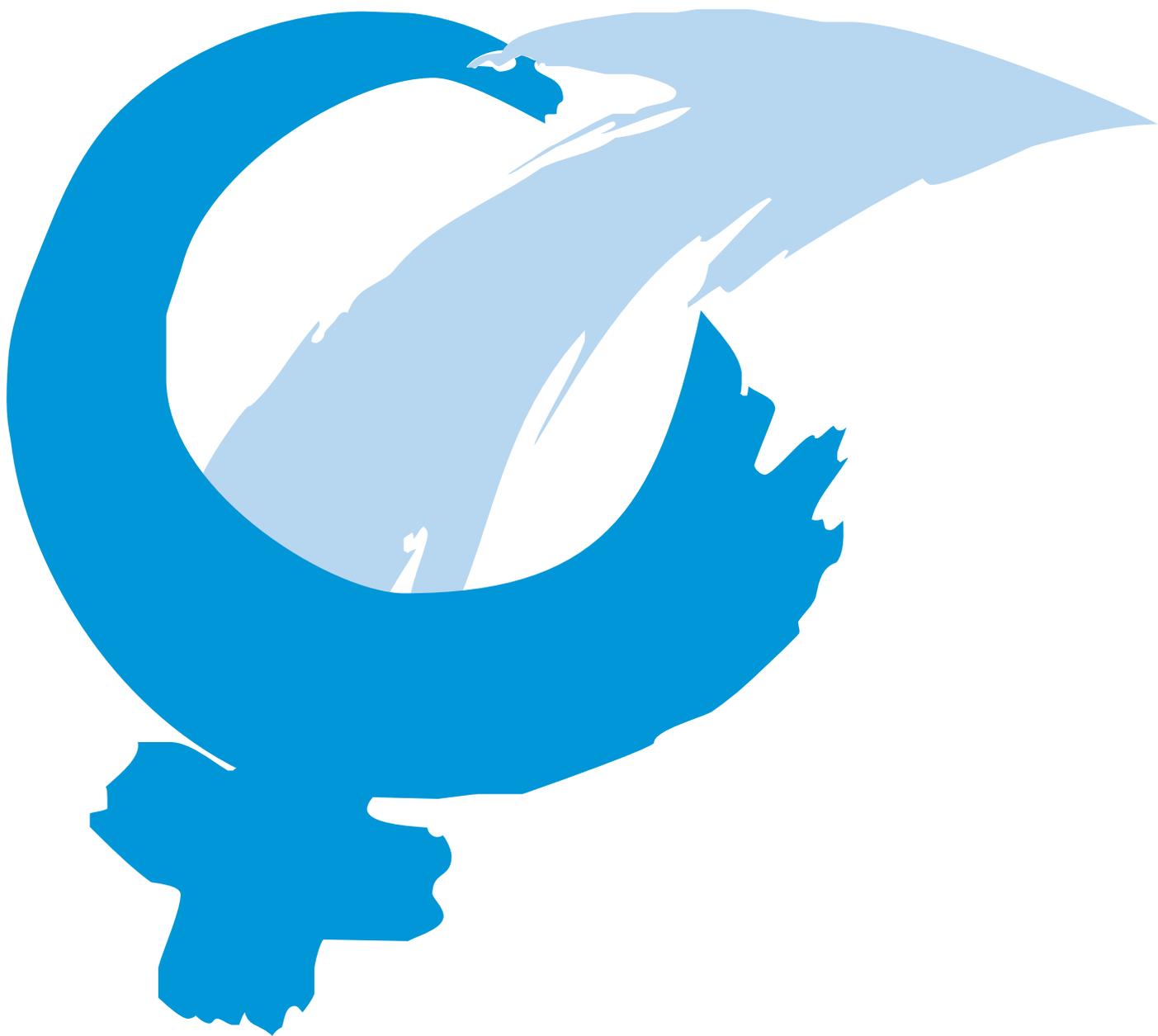
No existen recursos específicos para las mujeres en la etapa climatérica, por el simple hecho de encontrarse en ese periodo de su vida, sin embargo, muchos de los recursos existentes, tanto los dirigidos específicamente a la mujer como a la población en general, pueden resultar muy útiles. Las características de cada mujer y la situación que cada una presente en particular serán las condiciones que determinen el uso de un recurso concreto, si bien probablemente cobren en este caso mayor importancia los que fomentan la integración y la participación social (desde los servicios municipales en los que se realizan actividades relacionadas con la igualdad de oportunidades hasta las asociaciones en las que se realizan actividades culturales, recreativas...).

En cada centro de salud, el/la trabajador/a social mantiene actualizada una guía en la que se recogen los recursos y servicios específicos de los que se dispone en la zona básica de salud, para qué perfiles y en qué momento. En su defecto debe orientarse a la mujer hacia los puntos de información más cercanos como:

- Otros centros de salud del Servicio Canario de la Salud.
- Servicios sociales de cada ayuntamiento.
- Servicios de atención a la mujer, dependientes de los ayuntamientos.
- Servicios de atención a la mujer, dependientes de los cabildos.
- Servicios dependientes del Instituto Canario de la Mujer.

Tabla 25. Información sobre recursos en Internet.

www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs	Página del Servicio Canario de la Salud. Relación de centros de salud.
www.gobiernodecanarias.org/asuntossociales	Página de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales con información sobre servicios sociales.
www.gobiernodecanarias.org/icmujer	Página del Instituto Canario de la Mujer con información sobre servicios de atención a la mujer.
www.el-hierro.org	Página del Cabildo de El Hierro
www.lapalmabiosfera.com	Página del Cabildo de La Palma
www.cabildogomera.org	Página del Cabildo de La Gomera
www.cabtfe.es	Página del Cabildo de Tenerife
www.grancanaria.com	Página del Cabildo de Gran Canaria
www.cabildofuer.es	Página del Cabildo de Fuerteventura
www.cabildodelanzarote.com	Página del Cabildo de Lanzarote



Bibliografía

1. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. WHO The Rep Ser No. 866. Geneva; WHO, 1996.
2. Utian WH. The International Menopause Society. Menopause-related terminology definitions. *Climateric* 1999; 2: 284-6.
3. 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.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. Clinical Guidance. Octubre 2006. Disponible en : <http://guidance.nice.org.uk/CG40/niceguidance/pdf/English/download.dsp>
5. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. *JAMA* 2001; 285: 785-95.
6. Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoide M. En la madurez... Guía educativa para promover la salud de las mujeres. Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra; 1996.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/lanCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>
8. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in health postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative Randomized Control trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
9. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Restricciones de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución en la menopausia. Nota informativa 2004/01. Madrid: AEMPS; 2004. Disponible en: http://www.agemed.es/en/actividad/alertas/docs/THS_profesional-enero04.pdf
10. Pérez Lorente M, Moriano Bejar P, Dávila Álvarez V, Ledo García MP, Serrano Molina L, Nieto Blanco E, et al. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en las mujeres de 40 a 65 años en un área de salud de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 32: 410-4.
11. Naves Díaz M, Díaz López JB, Gómez Alonso C, Altadill Arregui A, Rodríguez Rebollar A, Cannata Andía JB. Estudio de incidencia de fracturas osteoporóticas en una cohorte de individuos mayores de 50 años en Asturias tras 6 años de seguimiento. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 650-3.
12. Díaz Curiel M, García JJ, Carrasco JL, Honorato J, Pérez Cano R, Rapado A, et al. Prevalencia de osteoporosis determinada por densitometría en la población femenina española. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 86-8.
13. Bailón Muñoz E, Landa Goñi J, López García-Franco A, Isasi Zaragoza C. Protocolos de menopausia. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *FMC* 2003; 10 (Supl 1).
14. López García-Franco A, Coutado Méndez A, Gutiérrez Teira B, Botija Yagüe P. Tratamiento de la menopausia sintomática. *Atención a la mujer. El médico* 2004; (906): DIX-DXXVIII.
15. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 463-73.
16. Whiteman MK, Staropoli CA, Lengenbergh PW, McCarter RJ, Kjerulff KH, Flaws JH. Smoking, body mass, and hot flashes in midlife women. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 264-72.
17. Li C, Samsioe G, Borgfeldt C, Lidfeldt J, Agardh CD, Nerbrand C. Menopause-related symptoms: what are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study). *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1646-53.
18. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E, Colburn D, Swartzman L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. *JAMA* 1983; 249: 2195-8.

19. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women. Scientific Review. JAMA. 2004; 291: 986-95.
20. Goode PS, Burgio KL, Locher JL, Roth DL, Umlauf MG, Ritcher HE, et al. Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial. JAMA 2003; 290: 345-52.
21. Robles García JE, Zudaire Bergera JJ, Rosell Costa D, Berian Polo JM. Nuevos fármacos en el tratamiento de la incontinencia urinaria. Rev Med Univ Navarra 2004; 48: 43-9.
22. Dennerstein L, Guthrie F, Birkhäuser M, Sherman S. Symptoms and the menopause. International Position Paper on Women's Health and Menopause: A comprehensive Approach. National Institutes of Health 2002; 43-63.
23. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. BMJ 1980; 281: 1243-5.
24. Iosif CS, Bekassy Z. Prevalence of genito-urinary symptoms in the late menopause. Acta Obstet Gynecol Scand 1984; 63: 257-60.
25. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. BMJ 1988; 296: 1300-2.
26. Kondo A, Kato K, Saito M, Otani T. Prevalence of handwashing incontinence in females in comparison with stress and urge incontinence. Neurology and urodynamics 1990; 9: 330-1.
27. Thom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. J AM Geriatr Soc 1998; 46: 1411-7.
28. Chen YC, Chen GD, Hu SW, Lin TL, Lin LY. Is the occurrence of storage and voiding dysfunction affected by menopausal transition or associated with the normal aging process? Menopause 2003; 10: 203-8.
29. Sampsel CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. Obstet Gynecol 2002; 100: 1230-8.
30. Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, Bump R, Obenchain R. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. J Women Health 2003; 12: 687-98.
31. Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin (Barc) 2004; 122: 288-92.
32. Pujula Blanch M, Quesada Sabaté M; Grupo APOC ABS Salt. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. Aten Primaria 2003; 32: 86-91.
33. National Institute for Health and Clinical Excellence. Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene and strontium ranelate for the primary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women. Appraisal Consultation Document, 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=appraisals.inprogress.osteoporosisprevent&c=91524>
34. National Institute for Health and Clinical Excellence. Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene, strontium ranelate and teriparatide for the secondary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women. Appraisal Consultation Document, 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=207028&c=91524>
35. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis in postmenopausal women. Ann Intern Med 2002; 137: 526-41.
36. Brown JP, Josse RG; Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. 2002 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. CMAJ 2002; 167 (suppl 10): S1-S34.
37. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of osteoporosis. A national clinical guideline, 2003. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/71/index.htm>
38. WHO Technical report series 921. Prevention and management of osteoporosis. 2003; 57.

39. Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ* 1996; 312: 1254-9.
40. Cummings SR, Palermo L, Browner W, Marcus R, Wallace R, Pearson J, et al. Monitoring osteoporosis therapy with bone densitometry: misleading changes and regression to the mean. Fracture Intervention Trial Research Group. *JAMA* 2000; 283: 1318-21.
41. Nayak S, Olkin I, Liu H, Grabe M, Gould MK, Allen E, et al. Meta-analysis: accuracy of quantitative ultrasound for identifying patients with osteoporosis. *Ann Intern Med* 2006; 144: 832-41.
42. Garton MJ, Robertson EM, Gilbert FJ, Gomersall L, Reid DM. Can radiologists detect osteopenia on plain radiographs? *Clin Radiol* 1994; 49: 118-22.
43. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbot TA 3rd, Berger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Mineral Res* 2000; 15: 721-39.
44. Looker AC, Bauer DC, Chesnut CH 3rd, Gundberg M, Hochberg MC, Klee G, et al. Clinical use of biochemical markers of bone remodelling: current status and future directions. *Osteoporos Int* 2000; 11: 467-80.
45. WHO MONICA Project Myocardial Infarction and Coronary Death in the World Health Organization. MONICA Project. *Circulation* 1994; 90: 583-612.
46. Tunstall-Pedoe H. Mito y paradoja del riesgo coronario y la menopausia. *Lancet* 1998; 351: 1425-7.
47. Mckinlay JB. Some contributions from the social system to the gender inequalities in heart disease. *J Health Soc Behv* 1996; 37: 1-26.
48. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolonen H, et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000; 355: 675-87.
49. Meyer PM, Powell LH, Wilson RS, Everson-Rose SA, Kravitz HM, Luborsky JL, et al. A population-based longitudinal study of cognitive functioning in the menopausal transition. *Neurology* 2003; 61: 801-6.
50. Nicol-Smith L. Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature. *BMJ* 1996; 313: 1229-32.
51. Deeks AA. Psychological aspects of menopause management. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2003; 17: 17-31.
52. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Suspensión de comercialización de veralapríde (Agregal®). Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios 2005/11. Madrid AEMPS; 2005. Disponible en: <http://www.agemed.es/en/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/veraliprida.htm>
53. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998; 280: 605-13.
54. Hulley S, Furberg C, Barrett-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, et al. Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA* 2002; 288: 58-66.
55. The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy. *JAMA* 2004; 291: 1701-12.
56. Beral V. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362: 419-27.
57. White C. Second long term HRT trial stopped early. *BMJ* 2002; 325: 987.
58. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E₃N-EPIC cohort. *Int J Cancer* 2005; 114: 448-54.

59. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Emea public statement on recent publications regarding hormone replacement therapy. Disponible en: <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/pres/pus/3306503en.pdf>
60. Voigt LF, Weiss NS, Chu J, Darling JR, McKnight B, van Belle G. Progestogen supplementation of exogenous oestrogens and risk of endometrial cancer. *Lancet* 1991; 33: 274-7.
61. Spencer CP, Cooper AJ, Whitehead MI. Management of abnormal bleeding in women receiving hormone replacement therapy. *BMJ*. 1997; 315: 37-42.
62. Nanda K, Bastian LA, Hasselblad V, Simel DL. Hormone replacement therapy and the risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 880-8.
63. Grodstein F, Newcomb PA, Stampfer MJ. Postmenopausal hormone therapy and the risk of colorectal cancer: a review and meta-analysis. *Am J Med* 1999; 106: 574-82.
64. Rapp SR, Espeland MA, Shumaker SA, Henderson VW, Brunner RL, Manson JE, et al; WHIMS Investigators. Effect of estrogen plus progestin on global cognitive function in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 2663-72.
65. Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, Thal L, Wallace RB, Ockene JK, et al; WHIMS Investigators. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 2651-62.
66. Cummings SR. LIFT study is discontinued. *BMJ* 2006; 332: 667.
67. Beral V, Bull D, Reeves G; Million Women Study Collaborators. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2005; 365: 1543-51.
68. MacLennan A, Lester S, Moore V. Oral oestrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
69. Del Cura-González I, Arribas-Mir L, Cortado A, Bailón-Muñoz E, Landa-Goñi J, López García-Franco A et al. Actividades preventivas en la mujer. *Aten Primaria* 2005; 36 (supl 2): 102-30.
70. Burger H, Archer D, Barlow D, Birkhäuser M, Calaf J, Gambacciani M, et al. Practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri- and postmenopause. *Climateric* 2004; 7: 210-6.
71. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Menopause and hormone therapy (HT): collaborative decision-making and management. ICSI Health Care Guideline, 2006. Disponible en: <http://www.icsi.org/>
72. Samaras K, Hayward CH, Sullivan D, Kelly RP. Effects of postmenopausal hormone replacement therapy on central abdominal fat, glycemic control, lipid metabolism, and vascular factors in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22: 1401-7.
73. The Writing Group for the PEPI Trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. *JAMA* 1995; 273: 199-208.
74. Alonso Ortiz del Río C, Medrano Ortega FJ, Romero Alonso A, Villar Conde E, Calderón Sandubete E, Marín León I et al. Guía PRETEMED 2003. Guía de profilaxis de enfermedad tromboembólica en patología médica. SADEMI, Córdoba. 2003.
75. González Candelas R. Problemas en la menopausia. En: *Guía de Actuación en Atención Primaria*. SEMFYC; 2006: 603-12.
76. Cardozo L, Bachmann G, McClish D, Fonda D, Bigerson L. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 722-7.
77. The North American Menopause Society. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2004; 11: 11-33.
78. Bullock JL, Massey FM, Gambrell D Jr. Use of medroxyprogesterone acetate to prevent menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 1975; 46: 165-8.

79. Albrecht BH, Schiff I, Tuchinsky D, Ryan KJ. Objective evidence that placebo and oral medroxyprogesterone acetate therapy diminish menopausal vasomotor flushes. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 631-5.
80. Loprinzi CL, Michalak JC, Quella SK, O'Fallon JR, Hatfield AK, Nelimark RA, et al. Megestrol acetate for the prevention of hot flashes. *N Engl J Med* 1994; 331: 347-52.
81. Aslaksen K, Frankendal B. Effect of oral medroxyprogesterone acetate on menopausal symptoms in patients with endometrial carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1982; 61: 423-8.
82. Egarter CH, Huber J, Leikermoser R, Haidbauer R, Pusch H, Fischl F, et al. Tibolone versus conjugated estrogens and sequential progestogen in the treatment of climacteric complaints. *Maturitas* 1996; 23: 55-62.
83. Rymer J, Morris EP. Extracts from "Clinical Evidence". Menopausal symptoms. *BMJ* 2000; 321: 1516-9.
84. Modelska K, Cummings S. Tibolone for menopausal women: systematic review of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 16-23.
85. Baracat EC, Barbosa IC, Giordano MG, Haidar MA, Marinho RM, Menegocci JC, et al. A randomized, open-label study of conjugated equine estrogens plus medroxyprogesterone acetate versus tibolone: effects on symptoms control, bleeding pattern, lipid profile and tolerability. *Climacteric* 2002; 5: 60-9.
86. Brewer D, Nashelsky J, Hansen LB. Clinical inquiries. What nonhormonal therapies are effective for postmenopausal vasomotor symptoms? *J Fam Pract* 2003; 52: 324-5.
87. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Alternatives to HRT for management of symptoms of the menopause. Scientific Advisory Committee Opinion. Paper 6. London 2006.
88. Muskies AL, Wilcox G, Davis S. Clinical review 92: phytoestrogens. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 297-303.
89. Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 137: 805-13.
90. Albertazzi P, Purdie D. The nature and utility of the phytoestrogens: a review of the evidence. *Maturitas* 2002; 42: 173-85.
91. Anderson JW, Johnstone BM, Cook-Newell ME. Meta-analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. *N Engl J Med* 1995; 333: 276-82.
92. Bilezikian JP. Dietary phytoestrogens and bone metabolism. Disponible en: www.ClinicalTrials.gov
93. Borrelli F, Ernst E. Cimicifuga racemosa: a systematic review of its clinical efficacy. *Eur J Clin Pharmacol* 2002; 58: 235-41.
94. Abebe W. Herbal medication: potential for adverse interactions with analgesic drugs. *J Clin Pharm Ther* 2002; 27: 391-401.
95. Phytoestrogens and endometrial hyperplasia. *Prescrire International* 2006; 15: 62-3.
96. Barton DL, Loprinzi CL, Quella SK, Sloan JA, Veeder MH, Egner JR, et al. Prospective evaluation of vitamin E for hot flashes in breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 1998; 16: 495-500.
97. Clover A, Ratsey D. Homeopathic treatment of hot flashes: a pilot study. *Homeopathy* 2002; 91: 75-9.
98. Thompson EA, Reilly D. The homeopathic approach to the treatment of symptoms of oestrogen withdrawal in breast cancer patients. A prospective observational study. *Homeopathy* 2003; 92: 127-8.
99. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Extracto de la raíz de "cimífuga racemosa" y lesiones hepáticas. Nota informativa 2006/06. Madrid: AEMPS; 2006. Disponible en: <http://www.agemed.es/en/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/cimicifuga.htm>
100. Wiklund IK, Mattsson LA, Lindgren R, Limoni C. Effects of a standardized ginseng extract on quality of life and physiological parameters in symptomatic postmenopausal women: a double-blind, placebo-controlled trial. *Swedish Alternative Medicine Group. Int J Clin Pharmacol Res* 1999; 19: 89-99.

101. Ernst E. The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginko, St John's Wort, Ginseng, Echinacea, Saw Palmetto and Kava. *Ann Intern Med* 2002; 136: 42-53.
102. American Botanical Council The Complete German Commission E Monographs-Therapeutic Guide to Herbal Medicines. Disponible en: http://www.herbalgram.org/default.asp?c=comission_e
103. Wyon Y, Lindgren R, Lundeberg T, Hammar M. Effects of acupuncture on climacteric vasomotor symptoms, quality of life, and urinary excretion of neuropeptides among postmenopausal women. *Menopause* 1995; 2: 3-12.
104. Ernst E, White AR. Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. *Am J Med* 2001; 110: 481-5.
105. Yamashita H, Tsukayama H, White AR, Tanno Y, Sugishita C, Ernst E. Systematic review of adverse events following acupuncture: the Japanese literature. *Complement Ther Med* 2001; 9: 98-104.
106. Williamson J, White A, Hart A, Ernst E. Related articles. Randomized controlled trial of reflexology for menopausal symptoms. *BJOG* 2002; 109: 1050-5.
107. Carpenter JS, Wells N, Lambert B, Watson P, Slayton T, Chak B, et al. A pilot study of magnetic therapy for hot flashes after breast cancer. *Cancer Nurs* 2002; 25: 104-9.
108. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local estrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women (Cochrane Metodology Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2003*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
109. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56: 238-49
110. Herbison P, Plevnick S, Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
111. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MG, Roth DL, Ritcher HE, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 2293-9.
112. Hay-Smith EJC, Bo K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ESC. Entrenamiento muscular del piso pélvico para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2004 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, 2004 Issue 2*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
113. New Zealand Guidelines Group. The appropriate prescribing of hormone replacement therapy, 2001. Disponible en: <http://www.nzgg.org.nz>
114. Shea B, Bonaiuti D, Iovine R, Negrini S, Robinson V, Kemper HC, et al. Cochrane review on exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Eura Medicophys* 2004; 40: 199-209.
115. Feskanich D, Willett W, Colditz G. Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288: 2300-6.
116. Ward KD, Klesges RC. A meta-analysis of the effects of cigarette smoking on bone mineral density. *Calcif Tissue Int* 2001; 68: 259-70.
117. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, De Laet C, Eisman JA, et al. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporos Int* 2005; 16: 155-62.
118. Shea B, Wells G, Cranney A, Zytaruk N, Robinson V, Griffith L, et al. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. VII. Meta-analysis of calcium supplementation for the prevention for postmenopausal osteoporosis. *Endocr Rev* 2002; 23: 552-9.
119. Papadimitropoulos E, Wells G, Shea B, Gillespie W, Weaver B, Zytaruk N, et al. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. VIII. Meta-analysis of the efficacy of vitamin D treatment in preventing osteoporosis in postmenopausal women. *Endocr Rev* 2002; 23: 560-9.
120. Cauley JA, Robbins J, Chen Z, Cummings SR, Jackson RD, La Croix AZ, et al. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density. The Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA* 2003; 290: 1729-38.

121. Barrett-Connor E, Wehren LE, Siris ES, Miller P, Chen YT, Abbott TA 3rd, et al. Recency and duration of postmenopausal hormone therapy: effects on bone mineral density and fracture risk in the National Osteoporosis Risk Assessment (NORA) study. *Menopause* 2003; 10: 412-9.
122. Ettinger B, Black DM, Mitlak BH, Knickerbocker RK, Nickelsen T, Genant HK, et al. Reduction of vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis treated with raloxifene: results from a 3-year randomized clinical trial. Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation (MORE) Investigators. *JAMA* 1999; 282: 637-45.
123. Barrett-Connor E, Mosca L, Collins P, Geiger MJ, Grady D, Kornitzer M, et al. Effects of raloxifene on cardiovascular events and breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2006; 355: 125-37.
124. Chesnut CH 3rd, Silverman S, Andriano K, Genant H, Gimona A, Harris S, et al. A randomized trial of spray nasal salmon calcitonin in postmenopausal women with established osteoporosis: the prevent recurrence of osteoporotic fractures study. PROOF Study Group. *Am J Med* 2000; 109: 267-76.
125. Watts NB, Harris ST, Genant HK, Wasnich RD, Miller PD, Jackson RD, et al. Intermittent cyclical etidronate treatment of postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 1990; 323: 73-9.
126. Black DM, Cummings SR, Karpf DB, Cauley JA, Thompson DE, Nevitt MC, et al. Randomized trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Fracture Interventional Trial Research Group. *Lancet* 1996; 348: 1535-41.
127. Cummings SR, Black DM, Thompson DE, Applegate WB, Barrett-Connor E, Musliner TA, et al. Effect of alendronate on risk of fracture in women with low bone density but without vertebral fractures: results from the Fracture Interventional Trial. *JAMA* 1998; 280: 2077-82.
128. Harris ST, Watts NB, Genant HK, McKeever CD, Hangartner T, Keller M, et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. Vertebral Efficacy with Risedronate Therapy (VERT) Study Group. *JAMA* 1999; 282: 1344-52.
129. Reginster J, Minne HW, Sorensen OH, Hooper M, Roux C, Brandi ML, et al. Randomized trial of the effects of risedronate on vertebral fractures in women with established postmenopausal osteoporosis. Vertebral Efficacy with Risedronate Therapy (VERT) Study Group. *Osteoporos Int* 2000; 11: 83-91.
130. McClung MR, Geusens P, Miller PD, Zippel H, Bensen WG, Roux C, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group. *N Engl J Med* 2001; 344: 333-40.
131. Chesnut CH 3rd, Skag A, Christiansen C, Recker R, Stakkestad JA, Felsenberg D, et al. Oral ibandronate Osteoporosis Vertebral Fracture Trial in North America and Europe (BONE). Effects of oral ibandronate administered daily or intermittently on fracture risk in postmenopausal osteoporosis. *J Bone Miner Res* 2004; 19: 1241-9.
132. Meunier PJ, Roux C, Seeman E, Ortolani S, Badurski JE, Spector TD, et al. The effects of strontium ranelate on the risk of vertebral fracture in women postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2004; 350: 459-68.
133. Reginster JY, Seeman E, De Vernejoul MC, Adami S, Compston J, Phenekos C, et al. Strontium ranelate reduces the risk of nonvertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: Treatment of Peripheral Osteoporosis (TROPOS) study. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 2816-22.
134. Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, Prince R, Gaich GA, Reginster JY, et al. Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2001; 344: 1434-41.
135. Greenspan SL, Bone HG, Ettinger MP, Hanley DA, Lindsay R, Zanchetta JR, et al; Treatment of Osteoporosis with Parathyroid Hormone Study Group. Effect of recombinant human parathyroid hormone (1-84) on vertebral fracture and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007; 146: 326-39.



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad



**Servicio
Canario de la Salud**

► DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS ASISTENCIALES