

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD


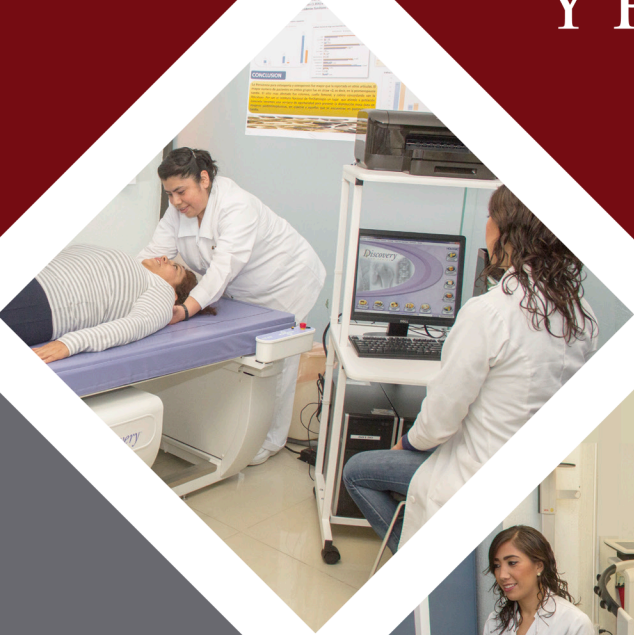



CNEGSR

CENTRO NACIONAL DE EQUITAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



GUÍA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN LA PERI Y POSTMENOPAUSIA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

2018

GUÍA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN LA PERI Y POSTMENOPAUSIA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

PAGINA LEGAL

DIRECTORIO

DR. JOSÉ NARRO ROBLES
SECRETARIO DE SALUD

DR. PABLO ANTONIO KURI MORALES
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO
NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, CNEGSR

DR. RUFINO LUNA GORDILLO
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE SALUD REPRODUCTIVA, CNEGSR

DR. JORGE ARTURO CARDONA PÉREZ
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, INPER

DR. JOSÉ DE JESÚS MÉNDEZ LIRA
DIRECTOR DE CÁNCER DE LA MUJER, CNEGSR

DR. ELÍAS YUSED ARGÜELLO ESPARZA
SUBDIRECTOR DE CÁNCER DE MAMA, CNEGSR

APOYO TÉCNICO

DR. GUILLERMO FEDERICO ORTIZ LUNA
DR. SILVIA ESTHER RODRÍGUEZ COLORADO
DRA. MA. DE LOURDES TOKUNAGA BRAVO
DR. ARTURO VEGA SALDAÑA

ÍNDICE

1. Introducción	11
2. Justificación	13
3. Objetivo General	15
3.1 Objetivos Específicos	15
3.2 Acciones a implementar:	15
4. Recomendaciones generales para la consulta de “primera vez” postmenopausia	17
5. Síndrome Climaterico	19
6. Enfermedades Concomitantes	20
6.1 Cardiovasculares	21
6.2 Síndrome metabólico	23
6.3 Diabetes mellitus.	24
6.4 Cáncer de mama.	25
6.5 Cáncer cérvico uterino.	28
6.6 Cáncer de endometrio.	29
6.7 Cáncer de ovario	31
6.8 Osteoporosis.	32
6.8.1. Recomendaciones en la evaluación de salud ósea.	33
6.8.2. Medicamentos para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica	37
7. Terapia hormonal	38
7.1 Indicaciones.	38
7.2 Contraindicaciones	39
7.3 Esquemas de prescripción.	40
7.4 Seguimiento.	44
8. Síndrome Genitourinario	45
9. Disfunción sexual.	47
10. Síntomas vasomotores.	48
11. Plan de actividad física	50

<i>Anexo 1. Tarjeta de evaluación de Globorisk</i>	53
<i>Anexo 2. Instrumento FRAX</i>	55
<i>Anexo 3. Escala breve del Perfil de Función Sexual Femenina (PFSF)</i>	59
12. Referencias.	61
13. Agradecimientos	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Ventajas de una atención médica preventiva y de calidad	14
Figura 2.	Desventajas de la falta de una atención médica oportuna	14
Figura 3.	Esquema integral de atención a mujeres	15
Figura 4.	Estadios del Síndrome Climatérico	17
Figura 5.	Diagnóstico clínico del Síndrome Climatérico	17
Figura 6.	Identificación factores de riesgo	18
Figura 7.	Factores de riesgo cardiovasculares	19
Figura 8.	Criterios diagnósticos del Síndrome Metabólico	21
Figura 9.	Recomendaciones en paciente con factores de riesgo de diabetes	22
Figura 10.	Factores de riesgo para cáncer de mama	23
Figura 11.1	Tamizaje de cáncer de mama	24
Figura 11.2.	Tamizaje de cáncer de mama	25
Figura 12.	Tamizaje de cáncer cérvico uterino	26
Figura 13.	Factores de riesgo de cáncer de endometrio	27
Figura 14.	Tamizaje de cáncer de endometrio	28
Figura 15.	Factores de riesgo de cáncer de ovario	29
Figura 16.	Tamizaje de cáncer de ovario	30
Figura 17.	Factores de riesgo de osteoporosis y fracturas	30
Figura 18.	Factores de riesgo de fracturas (Cuestionario FRAX)	31
Figura 19.	Indicaciones para administrar terapia hormonal	36
Figura 20.	Contraindicaciones absolutas para terapia hormonal	37
Figura 21.	Esquemas de terapia hormonal, según perfil de mujeres destinatarias	38
Figura 22.	Seguimiento de la usuaria que recibe terapia hormonal (TH)	42
Figura 23.	Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM)	43
Figura 24.	Tratamiento de disfunción sexual	45
Figura 25.	Tratamiento de síntomas vasomotores	46
Figura 26.	Medicamentos no hormonales para la sintomatología vasomotora	46
Figura 27.	Tratamiento de las manifestaciones psicológicas	47
Figura 28.	Plan de actividad física	48

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



**INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA**
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

IMPRESO EN MÉXICO

GUÍA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS
MUJERES EN LA PERI Y POSTMENOPAUSIA PARA
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente en México, la población femenina que se encuentra en las etapas de la peri y postmenopausia, entre los 45 y los 64 años, representa un grupo poblacional muy importante, en constante crecimiento, demandante y merecedor de mejores acciones médicas para la promoción del autocuidado de la salud, la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno de las patologías concomitantes que se presentan durante estas etapas.^{1,2} Principalmente la postmenopausia ya que constituye una etapa importante en la vida de las mujeres, en la que la deprivación hormonal ovárica condiciona cambios en la homeostasis y metabolismo intermedio de carbohidratos, lípidos y minerales, así como cambios estructurales en los tejidos hormono-dependientes, lo que resulta en condiciones patológicas asociadas como son las enfermedades crónico degenerativas, cardiovasculares, oncológicas, óseas y del sistema genitourinario ^{4,5,6}

El “Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, el “Programa Sectorial de Salud 2013-2018” ³, el “Programa de

Acción Específico de Cáncer de la mujer” y el “Programa Nacional para la igualdad de oportunidades y no Discriminación contra las mujeres 2013-2018”, en todos éstos se establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud la inclusión de la perspectiva de género, con apego a criterios éticos y con un completo respeto al mosaico multicultural que caracteriza a nuestro país, implementando estrategias específicas orientadas a garantizar y proteger la salud de la mujer.

Para el logro de esta visión la Secretaría de Salud ha venido realizando acciones que buscan consolidar la promoción de estilos de vida saludables libres de estigma y estereotipos de género, así como medidas preventivas para reducir el impacto negativo de conductas y hábitos no saludables, como la alimentación incorrecta, falta de actividad física, consumo de alcohol y tabaco que inciden en el deterioro de la salud de estas mujeres.

2. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país actualmente se tiene una población femenil de 25 años y más de 35,391, 867 dentro de las cuales 11,870,419 son de 45-64 años de edad lo que representa un importante porcentaje (33%), debido a la transición demográfica del envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida (78 años). Analizando este porcentaje poblacional vulnerable y propenso a enfermedades crónico degenerativas, cardiovasculares y oncológicas, se obtuvieron las siguientes tasas de incidencia* de las enfermedades más frecuentes reportadas en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Durante el año 2016, se reportaron a nivel nacional en las mujeres de 50-59 años una tasa de incidencia de Diabetes Mellitus no insulino dependiente (Tipo II) de 1043.00, enfermedad isquémica del corazón con 87.63, tumores malignos de mama de 56.06, y en tumores malignos del cuello del útero se presentó una tasa de 13.11.

En las mujeres de 60-64 años se repor-

tó una tasa de incidencia* de 1329.99, de casos nuevos de Diabetes Mellitus no insulino dependiente (Tipo II), enfermedad isquémica del corazón con 174.92, tumores malignos de mama con una tasa de 71.02, de igual manera se presentó una mayor tasa de incidencia del 15.32 en tumores malignos del cuello del útero .⁷

Concluyendo que la Diabetes Mellitus no insulino dependiente Tipo II, es el primer lugar en morbilidad, en segundo lugar la enfermedad isquémica del corazón, consecutivamente los tumores malignos de mama y en cuarto lugar los tumores malignos del cuello del útero. Siendo el grupo de 60-64 años, el que presenta una mayor tasa de incidencia de las enfermedades antes mencionadas.

Con respecto a la mortalidad de este mismo grupo poblacional, en ese mismo año 2016, se reportó un total de 65,347 defunciones, ocupando el primer lugar la Diabetes con un 24.64% (16,048 defunciones), en segundo lugar, las neoplasias malignas (cama, cacu y caova) con un 9.6% (6,253 defunciones) y en tercer lugar el infar-

to al miocardio, con un 7.8% (5,110 defunciones)

Otras causas de muerte son las enfermedades hepáticas con 3.1% (2,003 defunciones), la insuficiencia renal crónica con un 1.7% (1,090 defunciones), por último la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con un 1.4% (932 defunciones).⁸

Derivado de las cifras aquí presentadas, es posible concluir que las mujeres adultas mayores de 45 años, conforman el grupo poblacional hacia el cual deben dirigirse y reforzarse las acciones de promoción y prevención de un estilo de vida saludable.

Por este motivo, la Secretaría de Salud, a través del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), optaron por elaborar una “Guía Médica de Atención Integral a la Mujer en la Peri y Postmenopausia para el Primer Nivel de Atención”, que establezca las bases de una atención médica integral, efectiva y actualizada.

3. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la capacidad técnica del personal médico de primer contacto en la atención integral de las mujeres mayores de 45 años, que garantice la atención continua y coordinada, a través de intervenciones preventivas de los riesgos potenciales y de las enfermedades concomitantes que se pueden presentar en este ciclo post reproductivo.

3.1 Objetivos Específicos

- a) Proporcionar una atención integral y de calidad a todas las mujeres en las etapas de la peri y postmenopausia, a través de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno del síndrome climatérico y sus enfermedades concomitantes^{2,4}
- b) Identificar las etapas de la perimenopausia y postmenopausia como un período de vida que involucra cambios fisiológicos con relevancia significativa en la vida de las mujeres⁹.
- c) Identificar los factores de riesgo de las enfermedades concomitantes más frecuentes, para implementar medidas estratégicas de prevención y tratamiento.⁹
- d) Desarrollar los criterios para seleccionar la terapia hormonal apropiada (indicaciones, esquema, vías, dosis, duración, efectos secundarios, contraindicaciones).¹⁰
- e) Conocer los criterios terapéuticos no farmacológicos con base en cambios de hábitos de autocuidado para un estilo de vida saludable.
- f) Contar con los criterios de referencia para el segundo y tercer nivel de atención médica.

3.2 Acciones a implementar:

- 1) Identificar y manejar los signos y síntomas del síndrome climatérico.
- 2) Fomentar la prevención y promoción de un estilo de vida saludable en estas etapas.
- 3) Aumentar la capacidad técnica del personal de salud para la identificación y manejo de los signos y síntomas del síndrome climatérico y enfermedades concomitantes.

La prevención es esencial para proporcionar una buena atención médica y promover un estilo de vida saludable en las mujeres mayores de 45 años.



Figura 1. Ventajas de una atención médica preventiva y de calidad ¹

Porque si no prevenimos, si no proporcionamos una buena atención médica y si no fomentamos un estilo de vida saludable el resultado será:



Figura 2. Desventajas de la falta de una atención médica oportuna durante la peri y postmenopausia

Figura 3. Esquema integral de atención a mujeres.

Actividad	Promoción	Consulta Primera Vez	Consultas Subsecuentes	Referencia
Diagnóstico clínico del síndrome climatérico		X	X	X
Identificar riesgos de enfermedades cardiovasculares, diabetes, neoplasias (cama, cacu, caova y cáncer de endometrio), y osteoporosis		X	X	X
Confirmar diagnóstico			X	X
Instaurar tratamiento			X	X
Proporcionar Orientación-Consejería	X	X	X	
Realizar recomendaciones para un estilo de vida saludable	X	X	X	
Referencia y contrarreferencia		X	X	X

4. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CONSULTA DE “PRIMERA VEZ” POSTMENOPAUSIA

1. Historia Clínica y tarjetas de evaluación

12,13,14,15,16,17

- a) Elaboración de historia clínica. Ver figura 5, 6 y 7.
- b) Utilizar tarjeta de evaluación de riesgo cardiovascular (Glorisk). Consultar anexo 1.
- c) Aplicar herramienta de cálculo de riesgo de fracturas (FRAX). Ver figuras 17 y 18, y anexos 2.
- d) Emplear Escala Breve Perfil de Función Sexual Femenina (PFSF), a fin de identificar si existe alguna disfunción sexual, y referir para terapia psicológica y psicoterapia sexual, si es considerada necesaria. Revisar figuras 23, 24 y 27 y anexo 3.

- e) Identificar riesgo de Síndrome Metabólico. *Analizar figuras 8 y 9.*
- f) Identificar riesgos de cáncer: de mama, del cuello uterino, de endometrio, de ovario. *Leer figuras 11 a 16.*

2. Exploración física

- a) Clinimetría: talla, peso, IMC, índice cintura-cadera, presión arterial. *Ver figura 8.*
- b) Exploración clínica de glándulas mamarias. *Ver figuras 11 y 11.1*
- c) Exploración ginecológica. *Ver figura 12.*

3. Solicitar exámenes de laboratorio y de gabinete ^{11, 18, 20, 21, 22,23}

- a) Determinación de glucosa en ayuno. *Ver figura 9.*
- b) Identificar glucosa basal alterada (más de 100 mg/dl). *Ver figura 9.*
- c) Identificar diabetes mellitus con glucosa basal mayor de 125 mg.
- d) Corroborar diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada arriba de 6.5%.
- e) Mastografía anual. *Ver figura 11.1.*
- f) Citología cervical de cuello uterino, en forma anual después de tres normales y continuar realizándola cada tres años. *Ver figuras 12.*

- g) Ultrasonido abdominal o USG endovaginal, de preferencia (PRN).
- h) Evaluar síndrome genitourinario. *Ver figura 23.*
- i) Densitometría ósea central o periférica (PRN). *anexo 2.*
- j) Pruebas de laboratorio anuales o PRN (cuantificación de lípidos y lipoproteínas, EGO (examen general de orina), cuantificación de FSH (hormona folículo estimulante).
- k) Identificar dislipidemia (C-LDL más de 155 mg/dl C-HDL <50 mg/dl), triglicéridos >150 mg/dl. *Ver figura 7.(tratamiento y seguimiento en el primer nivel).*
- l) Identificar si presenta colesterol total mayor de 200 mg.

4. Promoción de un estilo de vida saludable, (Consultar figura 28)

- a) Promover el peso ideal, para controlar sobrepeso y obesidad.
- b) Modificar hábitos higiénico-dietéticos. Indicar dieta hipocalórica, hipoproteica e hiposódica (consultar tabla), así como evitar el consumo excesivo de tabaco, alcohol y bebidas con cafeína.
- c) Indicar actividad física. Recomendar actividad física de 20-30 minutos, de tres a cinco veces por semana.
- d) Exposición diaria al sol, de 10-15 minutos.

5. Orientación – Consejería

- a) Vigilar adherencia al tratamiento indicado.
- b) Fomentar la asistencia a la consulta de una a dos veces por año.
- c) Recomendar autoexploración mamaria mensual.
- d) Recomendar anticoncepción hormonal como primera opción en la mujer en la perimenopausia, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.
- e) Instaurar terapia hormonal, de acuerdo a indicaciones y/o contra-
- f) Identificar alteraciones del Síndrome Climatérico. *Ver figura 5.*
- g) Enviar a medicina preventiva y recomendar esquema de vacunación correspondiente.
- h) Identificar cambios de memoria, cognoscitivos y de concentración.
- i) Identificar si hay cambios en el ritmo del sueño, o bien, si se expresa inestabilidad emocional, y referir para terapia psicológica si es considerada necesaria. *Ver figura 27.*

5. SÍNDROME CLIMATERICO

Figura 4

Estadios del Síndrome Climaterico ⁹	
Alteraciones del ciclo menstrual (Straw) ⁹	<p>Estadio - 2 Siete días de retraso por dos ciclos.</p> <p>Estadio - 1 60 días de retraso en dos ciclos.</p> <p>Estadio 0 12 meses de amenorrea.</p> <p>Estadio +1a Más de 12 meses de amenorrea.</p> <p>Estadio +1b Amenorrea de dos a tres años.</p> <p>Estadio +1c Amenorrea de tres a seis años.</p> <p>Estadio +2 Amenorrea de más de ocho años.</p>
<p>Adaptado de Sioban D. Harlow, et.al, Executive summary of the Stage of Reproductive Aging Workshop+10: addressing the unfinished agenda of stating reproductive aging, Menopause: The Journal of The North American Menopause Society Vol. 19, No. 4, pp. 000/000 DOI: 10.1097/gme.0b013e-31824d8f40 * 2012</p>	

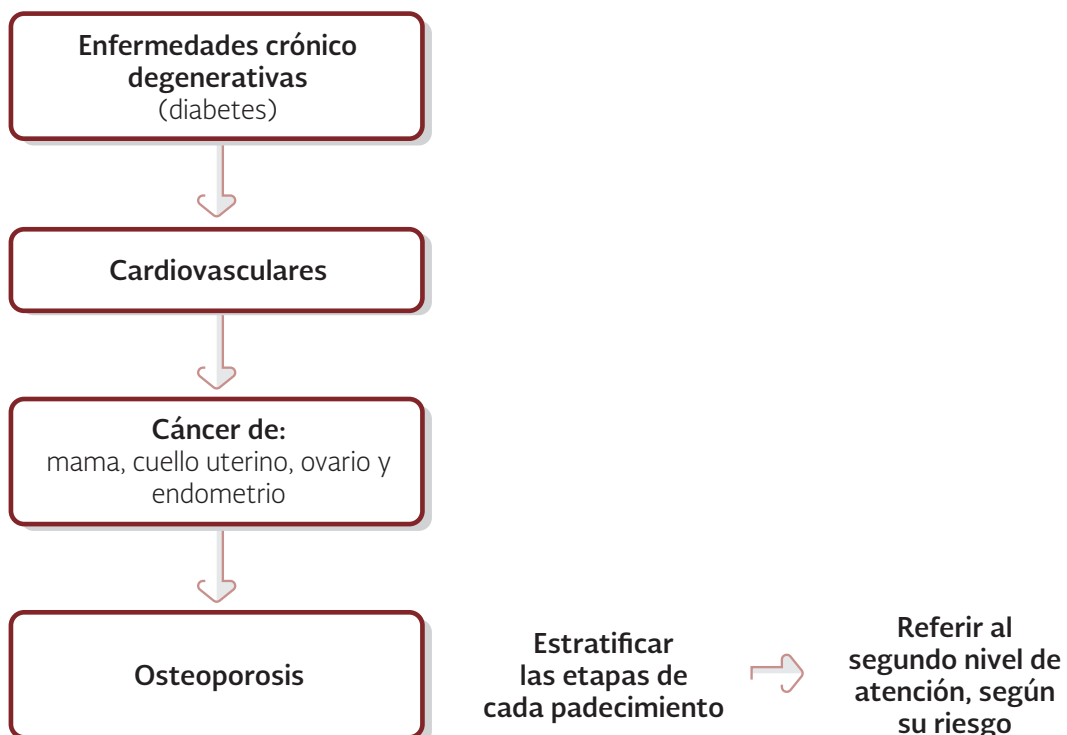
Figura 5

Diagnóstico Clínico del Síndrome Climatérico ¹⁰	
Manifestaciones vasomotoras, ^{24, 25}	<p>Leves Con sensación de sofoco o calor.</p> <p>Moderadas Con diaforesis.</p> <p>Severas Sofocos con diaforesis, que hacen interrumpir sus actividades.</p>

Manifestaciones neuropsíquicas ²²	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Irritabilidad. • Depresión. • Miedo. • Sentimientos negativos. • Pérdida de la capacidad de concentración. • Trastornos del sueño. • Disminución de la libido. • Falta de energía y dolores osteomusculares.
Síndrome genitourinario, ^{26, 27, 28}	<ul style="list-style-type: none"> • Disuria. • Polaquiuria. • Urgencia urinaria. • Resequedad vaginal. • Dispareunia.
Escala Breve PFSF (Perfil de Función Sexual Femenina) ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo. • Excitación. • Lubricación. • Orgasmo. • Satisfacción. • Dolor.

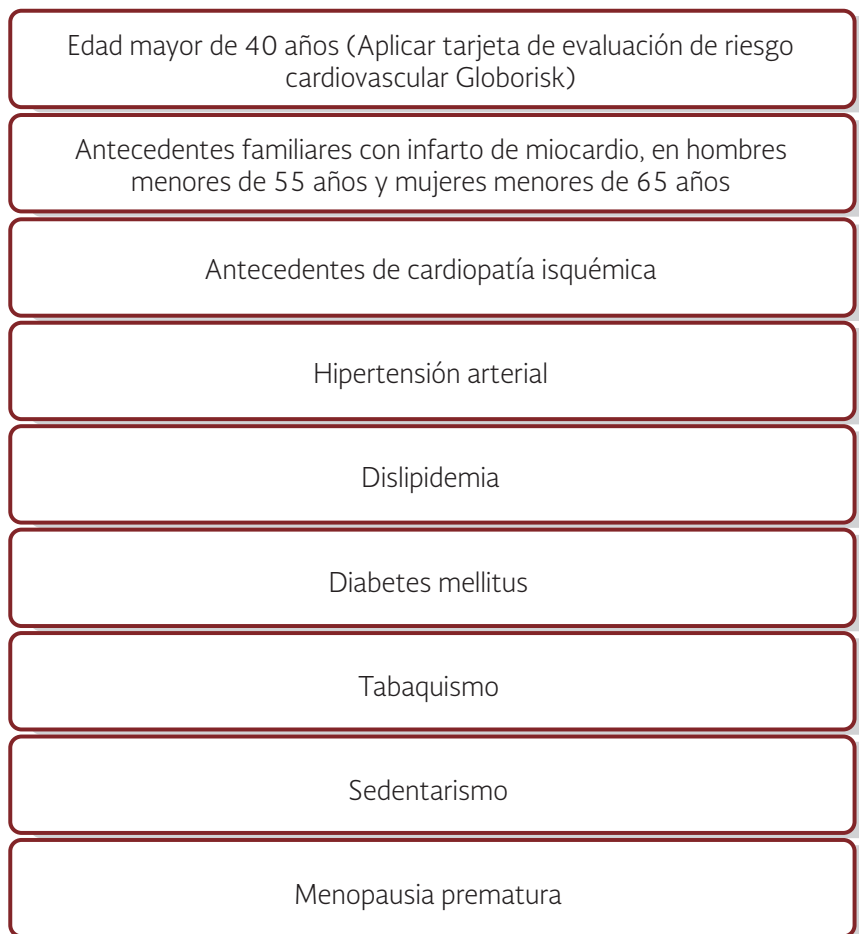
6. ENFERMEDADES CONCOMITANTES

Figura 6. Identificación según factores de riesgo, ²⁰



6.1 Cardiovasculares

Figura 7. Factores de riesgo cardiovasculares ^{12, 29}



Si presenta Globorisk mayor de 5% - 9% Alto riesgo, >10% muy alto riesgo, realizar estudios de laboratorio

Valores normales:

Lipoproteínas de alta densidad (> 50 mg/dl)

Lipoproteínas de baja densidad (<150 mg/dl)

Proteína C reactiva ultrasensible (<1 mg/l)

Tratamiento y seguimiento en el primer nivel: ³⁰

Se considerará en pacientes del primer nivel en que se identifica riesgo moderado y alto lo siguiente:

- 1) Realizar un perfil de lípidos a las 12 semanas posteriores al inicio de la terapia de estatina o al ajuste de dosis, para determinar la adherencia de la paciente y, después, cada seis a 12 meses.

- 2) Continuar con la dosis de estatina actual si la paciente ha alcanzado el objetivo terapéutico (reducción de C-LDL).

- 3) Es recomendable disminuir la dosis de estatina con dos valores consecutivos de C-LDL menor de 40 mg/dl.

Criterios para Estratificar y referir al segundo nivel

Se considera de muy alto riesgo a las pacientes con alguna de las siguientes alteraciones:

- 1) Antecedente de infarto al miocardio.
- 2) Evento cerebrovascular tipo isquémico.
- 3) Enfermedad cerebrovascular y cardiovascular establecida.
- 4) Diabetes mellitus tipo 2 o diabetes Tipo I con daño a órgano blanco (microalbuminuria).
- 5) Pacientes con disminución moderada a severa de la tasa de filtración glomerular (<60 ml/min/1.73m²).
- 6) Un riesgo calculado en Globorisk mayor de 10% a 10 años.



ENVIAR A SEGUNDO NIVEL

6.2 Síndrome metabólico

Figura 8.

Criterios diagnósticos del Síndrome Metabólico ^{31,32, 33, 34, 35}

Criterios	Valores anormales	
	Anterior	Vigente
Criterios	ATP III (2001)	ADA(2003); IDF(2005)
Cintura	>88 cm de cintura	>80 cm
Triglicéridos	>150 mg/dl	>150 mg/dl
Colesterol HDL	< 50mg/dl	<50 mg/dl
Tensión arterial	Sistólica >130 mm/Hg Diastólica >85 mm/Hg	Cualquiera de las dos Sistólica >130 Diastólica >85
Glicemia en ayunas	>110 mg/dl o Diabetes Mellitus II	>100 mg/dl o Diabetes Mellitus



Cintura mayor de 88 cm.
dos criterios anormales

Tres criterios o más



Diagnóstico de Síndrome Metabólico

Considerar aplicar, índice de cintura-cadera mayor de 0.85, como riesgo de adiposidad central (obesidad androide).

6.3 Diabetes mellitus.

Figura 9. Recomendaciones en paciente con factores de riesgo de diabetes ^{36,37}



6.4 Cáncer de mama.

Figura 10. Factores de riesgo para cáncer de mama ^{38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 70}

- 1) Antecedentes personales de cáncer de mama.

- 2) Antecedentes familiares de cáncer.

- 3) Antecedentes personales de enfermedad benigna de la mama (hiperplasia atípica en biopsia de mama).

- 4) Edad > de 30 años en el momento del primer parto.

- 5) Antecedentes menstruales (menarquia temprana / menopausia tardía).

- 6) Nuligesta.

- 7) Densidad del tejido mamario aumentada (mamográfica).

- 8) Estrógeno endógeno por obesidad.

- 9) Terapia hormonal combinada por más de 10 años.

- 10) Mutación de la línea germinal en los genes BRCA1 y BRCA2, y en otros genes de susceptibilidad del cáncer de mama.

- 11) Consumo de bebidas alcohólicas más de 2 unidades por día

Figura 11.1 Tamizaje de cáncer de mama, ⁴⁶

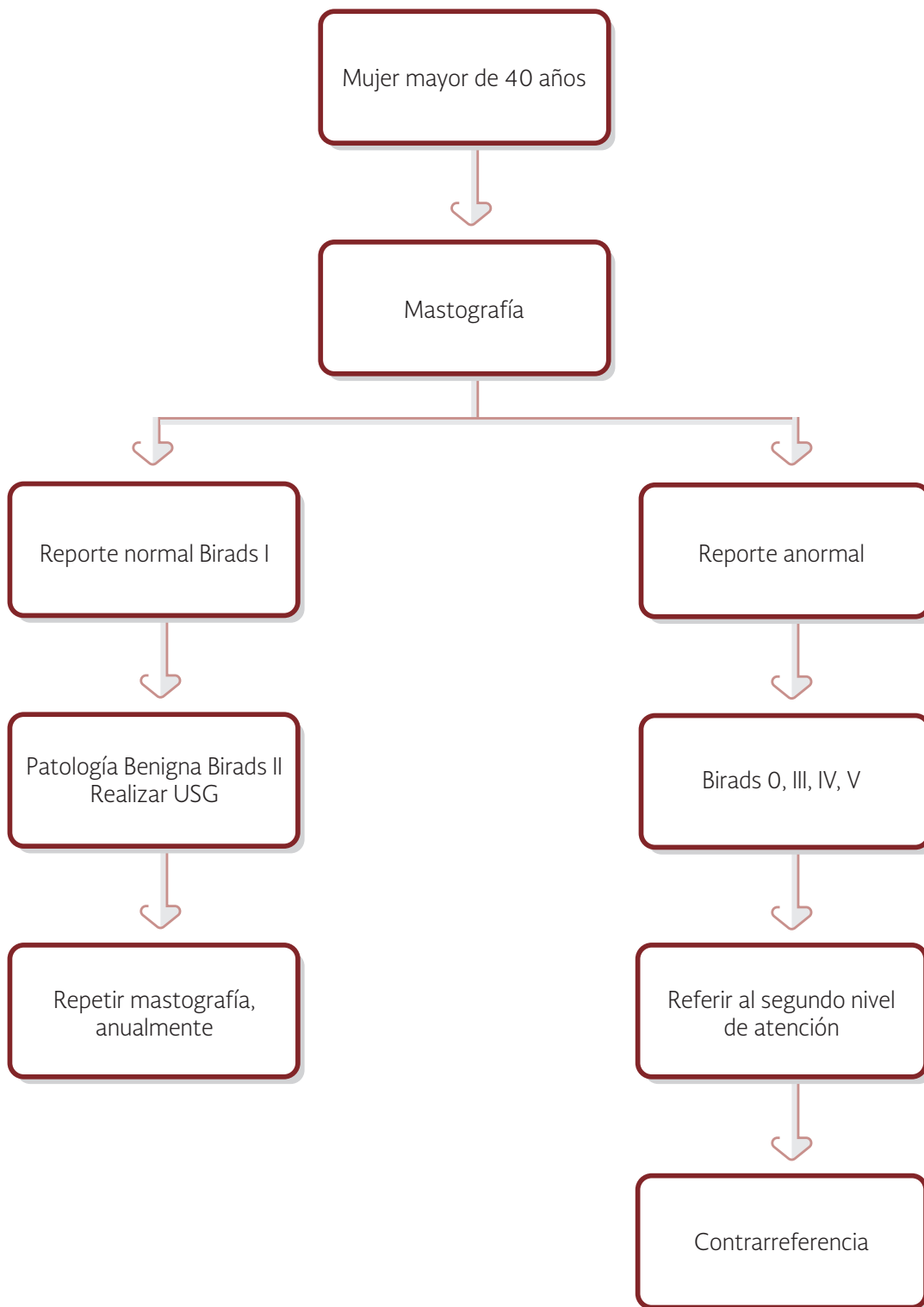
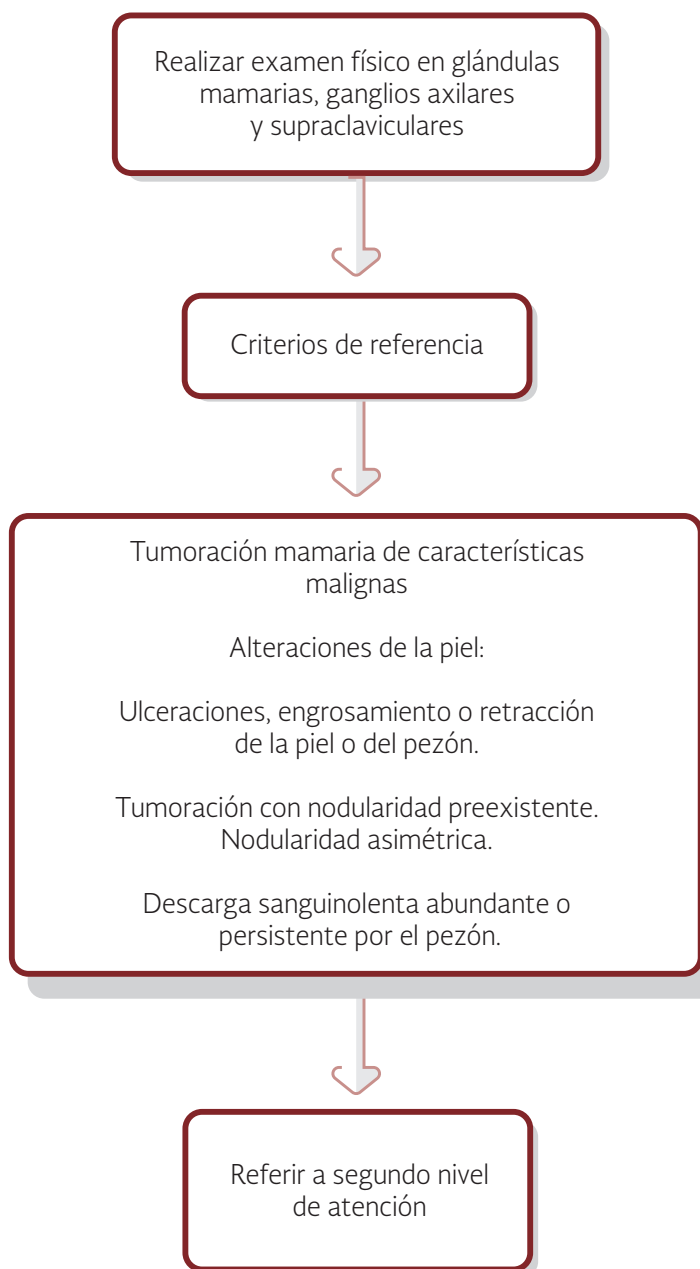


Figura 11. 2 Tamizaje de cáncer de mama ⁷⁰



6.5 Cáncer de cuello uterino.

Factores de riesgo de cáncer de cuello uterino,

47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino se distinguen en tres grandes grupos:

1) Factores virales:

- a) Persistencia de la infección por Virus del Papiloma Humano de alto riesgo (VPH-AR), con posible asociación a neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- b) Genotipos de alto riesgo de VPH.
- c) Co-infección con otros tipos de VPH.

2) Factores del huésped:

- a) Inmunosupresión.
- b) Virus de inmunodeficiencia humana (Vih-SIDA).
- c) Desnutrición.

3) Factores asociados de riesgo:

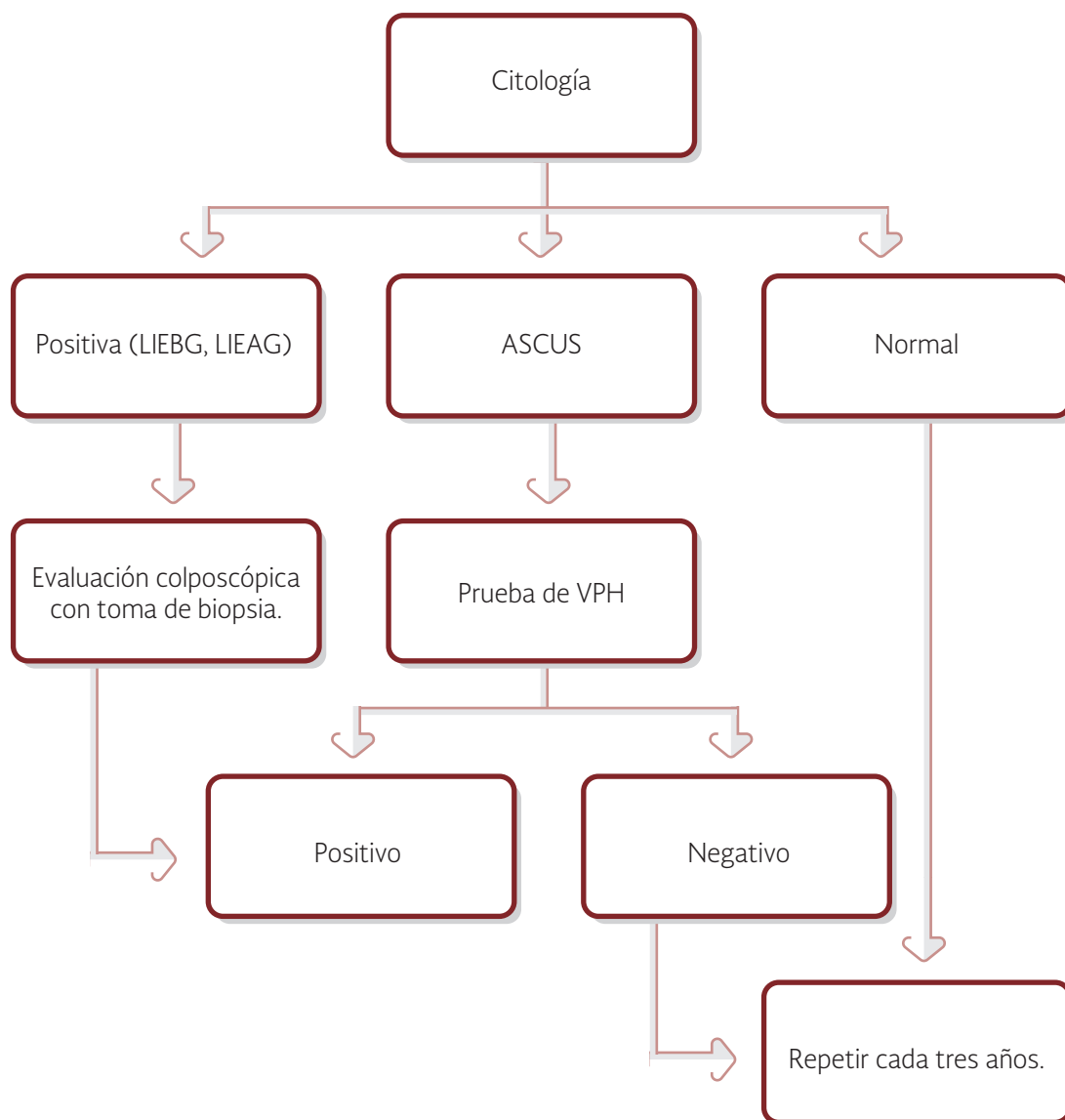
- a) Historia de varias parejas sexuales.
- b) Actividad sexual sin método de barrera (preservativo).
- c) Uso de anticonceptivos orales por más de cinco años.
- d) Co-infecciones de transmisión sexual (chlamydia y herpes simple tipo 2).
- e) Consumo de tabaco.
- f) Multiparidad.

Figura 12. Tamizaje de cáncer de cuello uterino

Citología cervical de 25 a 69 años.

Detección de VPH de alto riesgo en mujeres de 35 a 69 años.

En el primer nivel se toma la muestra cervical, se interpreta el resultado y si es positiva se envía a colposcopia en segundo nivel de atención.



6.6 Cáncer de endometrio.

Figura 13.

Factores de riesgo de cáncer de endometrio ³⁰

- 1) Antecedente personal de cáncer de endometrio.
- 2) Hiperplasia de endometrio con atipias.
- 3) Obesidad.
- 4) Anovulación crónica.

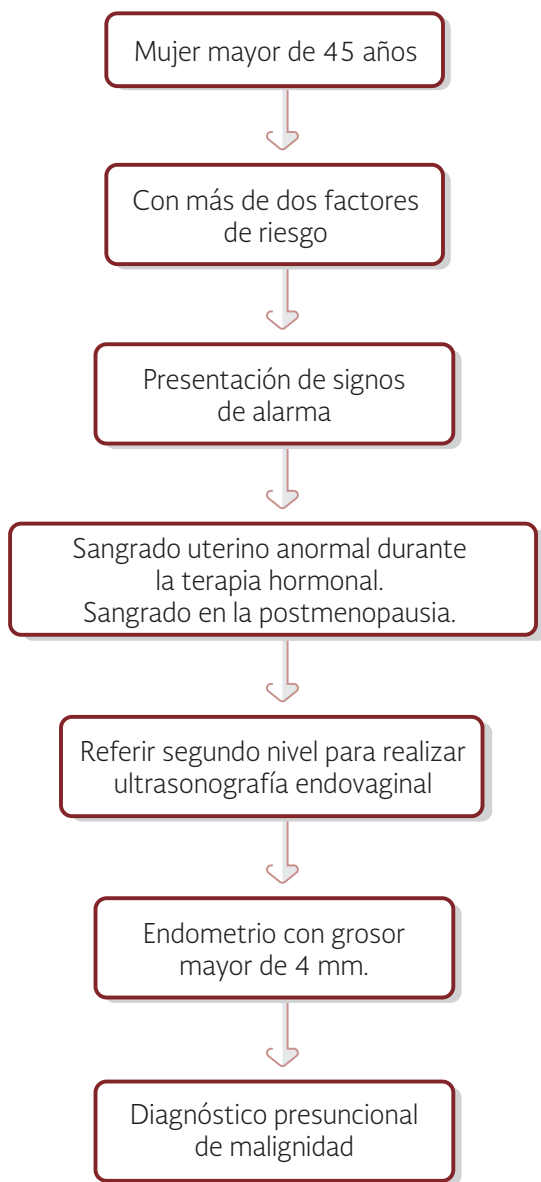
-
- 5) Menopausia tardía.

 - 6) Diabetes mellitus.

 - 7) Hipertensión arterial.

 - 8) Uso de estrógenos sin oposición progestacional.

Figura 14. Tamizaje de cáncer de endometrio



6.7 Cáncer de ovario

Figura 15. Factores de riesgo de cáncer de ovario ^{71, 72, 74}

- 1) Tener más de 40 años.
- 2) Haber tenido o tener un familiar que haya padecido cáncer de mama, ovario o cáncer colorrectal.
- 3) Menarca temprana.
- 4) Menopausia tardía.
- 5) Haber recibido tratamiento hormonal para la infertilidad.
- 6) Nuligesta.
- 7) Obesidad en mujeres con alto IMC (>30) después de los 18 años.
- 8) Tabaquismo.
- 9) Mutación genética en los genes BRCA 1 y 2.
- 10) Endometriosis.
- 11) Síndrome de ovario poliquístico.

Signos y síntomas de alarma

- a) Inflamación.
- b) Dolor en la pelvis o en el abdomen.
- c) Dificultad para ingerir alimentos o sensación rápida de llenura al comer.
- d) Síntomas urinarios, tales como urgencia (sensación constante de tener que orinar) o frecuencia (orinar a menudo).

Estos síntomas también pueden ser causados por enfermedades benignas (no cancerosas), pero también por cáncer de otros órganos. Cuando son causados por el cáncer de ovario, estos síntomas tienden a ser per-

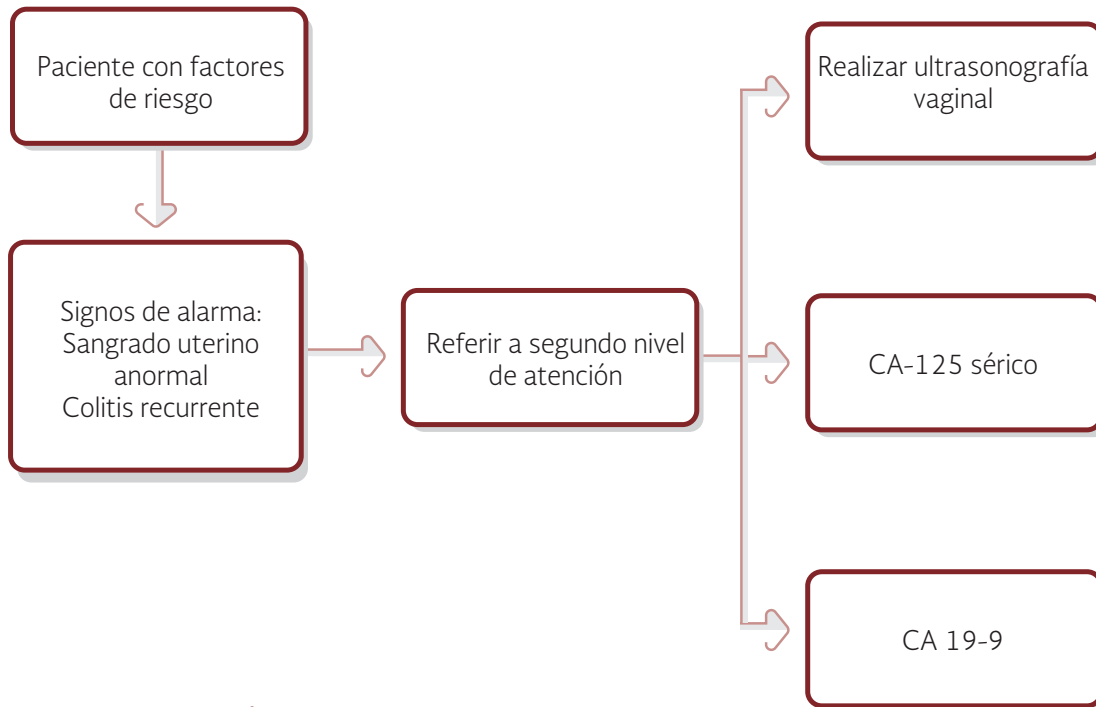
sistentes y a representar un cambio de lo que es normal. Por ejemplo, los síntomas pueden ser más graves o presentarse con más frecuencia. Si una mujer presenta estos síntomas más de 12 veces al mes, y referir al segundo nivel.

Otros síntomas del cáncer de ovario pueden incluir: ⁵⁷

- a) Cansancio.
- b) Problemas estomacales.
- c) Dolor de espalda.
- d) Dolor durante las relaciones sexuales.

- e) Estreñimiento.
- f) Cambios en los periodos menstruales.
- g) Inflamación abdominal con pérdida de peso.
- h) Aumento del perímetro abdominal con sospecha de Ascitis

Figura 16. Tamizaje de cáncer de ovario



6.8 Osteoporosis.

Figura 17.

Factores de riesgo de osteoporosis y fracturas

Falla ovárica primaria, y/o quirúrgica

Deficiencia de estrógenos

Sedentarismo

Dieta deficiente en calcio y vitamina D

Exceso de ingesta de cafeína

Tabaquismo

Consumo excesivo de alcohol

Uso prolongado de corticoesteroides

Figura 18.

Factores de riesgo de fracturas (Cuestionario FRAX)

Edad mayor de 50 años.
IMC < 20.
Tabaquismo.
Consumo de bebidas alcohólicas más de tres unidades.
Familiares directos con fractura de cadera.
Fractura previa.
Corticoides.
Artritis Reumatoide.
DMO disminuida en cuello femoral.
Diagnóstico de osteoporosis secundaria.

Paciente de 50 años o más, con dos o más factores de riesgo ⁵⁸



Realizar densitometría ósea periférica o central ¹⁴

6.8.1. Recomendaciones en la evaluación de salud ósea.

64, 86, 87, 88, 89 90, 91, 92

P1 ¿Cómo se evalúa el riesgo de fractura y se diagnostica osteoporosis?	R1 Evaluar a todas las mujeres posmenopáusicas con edad ≥ 50 años para el riesgo de osteoporosis.	(Grado B; BEL 1)
	R2 Una historia detallada y examen físico; la evaluación clínica del riesgo de fractura con la herramienta de evaluación de riesgo de fracturas de la OMS FRAX, debe incluirse en la evaluación inicial para la osteoporosis.	(Grado B; BEL 2)
	R3 Considere las pruebas de densidad mineral ósea basadas en el perfil de riesgo de fractura clínica.	(Grado B; BEL 2)

	R4 Cuando se mide la DMO, se debe utilizar la medición axial de absorciometría de rayo X de energía dual (columna y cadera).	(Grado B; BEL 2)
	R5b La osteoporosis también se puede diagnosticar en pacientes con osteopenia y aumento del riesgo de fractura, con los umbrales específicos del país FRAX.	(Grado B; BEL 2)
P ¿Cuáles son los valores normales en la salud ósea?	R9 Mida la 25-hidroxivitamina D en suero en pacientes con riesgo de insuficiencia de vitamina D, particularmente aquellos con osteoporosis.	(Grado B; BEL 2)
	R10 Mantenga la 25-hidroxivitamina D sérica ≥ 30 ng/ml en pacientes con osteoporosis (rango de 30-50 ng/ml).	(Grado B; BEL 3)
	R11 Complemente con vitamina D si es necesario; por lo general se necesitan de 1000 a 2000 UI de mantenimiento	(Grado C; BEL 4)
	diarios, para mantener un nivel sérico óptimo de 25 (HVD).	
	R12 Pueden ser necesarias dosis más altas en presencia de ciertos factores (obesidad, mala absorción, pacientes trasplantados, grupos étnicos, individuos mayores)...	(Grado A; BEL 1)
	R13 Aconsejar a los pacientes que mantengan una ingesta dietética adecuada de calcio, ingesta total (incluida la dieta más un suplemento, si es necesario) de 1 200mg/día para mujeres ≥ 50 años.	(Grado B; BEL 2)
P4 ¿Quién necesita terapia farmacológica?	R20 Fuerte recomendación de tratamiento farmacológico para pacientes con osteopenia o baja masa ósea y antecedente de fractura por fragilidad, de cadera o columna vertebral.	(Grado A; BEL 1)
	R21 Fuerte recomendación de tratamiento farmacológico para pacientes con puntaje T-score de -2.5 o menos en la columna vertebral, cuello femoral o total de cadera; o 1/3 del radio.	(Grado A; BEL 1)

	R22 Fuerte recomendación del tratamiento farmacológico para pacientes con puntaje T-score entre -1.0 y -2.5, si la probabilidad FRAX a los diez años de fractura mayor osteoporótica es $\geq 20\%$, o bien, es $\geq 3\%$ en los Estados Unidos o por encima del umbral específico del país o región.	(Grado B; BEL 2)
	R23 Los agentes aprobados con eficacia para reducir las fracturas de cadera, no vertebrales y de columna como el Alendronato, Risendronato, Ácido Zoledrónico y Denosumab, son apropiados como terapia inicial para la mayoría de los pacientes con alto riesgo de fractura.	(Grado A, BEL 1)
	R24 La Teriparatida, el Denosumab o el Ácido Zoledrónico, deben ser considerados en pacientes que no pueden usar terapia oral como terapia inicial, en pacientes con riesgo alto de fractura.	(Grado A, BEL 1)
	R25 EL Raloxifeno o el Ibandronato pueden ser la terapia inicial apropiada en casos en los que los pacientes requieren medicamentos, con eficacia específica en la columna vertebral.	(Grado A; BEL 1)
	R26 Obtener una DMO basal (columna y cadera) y repetir cada 1 a 2 años hasta que los hallazgos sean estables. Continuar con DMO de seguimiento cada 1 a 2 años o en intervalos menos frecuentes según las circunstancias clínicas.	(Grado B; BEL 2)
	R27 Monitorizar los cambios seriados en la DMO de columna lumbar, cadera total o cuello femoral, si la columna vertebral, la cadera o ambos no son valorables, considerar la monitorización usando el 1/3 de radio.	(Grado A; BEL 1)
	R28 El seguimiento de los pacientes idealmente se debe realizar en la misma instalación, y con la misma máquina.	(Grado B; BEL 4)
	R30 El tratamiento exitoso de la osteoporosis se define como DMO estable o creciente sin evidencia de nuevas fracturas o progresión de la fractura.	(Grado A; BEL 1)

Para referir a segundo nivel de atención...	R32 Considerar la posibilidad de una terapia alternativa o una nueva evaluación para las causas de osteoporosis secundaria, en pacientes que presentan fracturas recurrentes o pérdida significativa de hueso durante el tratamiento.	(Grado A; BEL 1)
	R34a Para los bifosfonatos orales, considerar un “descanso” después de cinco años de estabilidad en pacientes de riesgo moderado.	(Grado B; BEL 1)
	R34b Para los bifosfonatos orales, considerar un “descanso” después de seis a diez años de estabilidad en pacientes de alto riesgo.	(Grado B; BEL 1)
	R34c Para el Ácido Zoledrónico (IV), considerar un descanso después de tres dosis anuales en pacientes de riesgo moderado y, después de seis dosis, en pacientes de alto riesgo.	(Grado B; BEL 1)
	R34d La Teriparatida o el Raloxifeno se pueden usar durante el período de “descanso”, en pacientes de alto riesgo.	(Grado D; BEL 4)
	R34e El Denosumab no se recomienda durante el período de “descanso”.	(Grado A; BEL 1)
	R34f El final del “descanso” para el tratamiento con bifosfonatos debe basarse en las circunstancias individuales de cada paciente (riesgo de fractura, cambio en la DMO o MRO).	(Grado B; BEL 4)
P9 ¿La terapia de combinación es mejor que el tratamiento con un solo agente?	R35a AACE no recomienda el uso concomitante de agentes, para la prevención o el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica.	(Grado C; BEL 4)
	R35b Si se administran estrógenos para el tratamiento de síntomas menopáusicos o se administra Raloxifeno para reducir el riesgo de cáncer de mama, se puede considerar un agente adicional como Bifosfonato, Denosumab o Teriparatida en pacientes de alto riesgo.	(Grado D; BEL 4)

P12 ¿cuándo se debe considerar la derivación a un especialista en osteoporosis o endocrinología?	R38 Cuando una o un paciente con DMO normal sufre una fractura sin traumatismo mayor.	(Grado C, BEL 4)
	R39 Cuando se producen fracturas recurrentes, pérdida ósea continua en una o un paciente que recibe tratamiento, sin causas obvias de pérdida de masa ósea tratables.	(Grado C, BEL 4)

Adaptado de: Camacho PM., Petak SM., Binkley N., Clarke B.L., Harris S.T., Hurley DL., Kleerekoper M, Lewiecki EM,. Clinical Practice Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Postmenopausal Osteoporosis. American Association Of Clinical Endocrinologists And American College Of Endocrinology - 2016--Executive Summary. Endocr Pract. 2017 Sep;22(9):1111-8. doi: 10.4158/EP161435.ESGL.

6.8.2. Medicamentos para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica

20, 73, 85, 86, 92

Medicamento	Prevención	Tratamiento
Alendronato	5 mg diariamente, vía oral (VO). 35 mg semanalmente, VO.	10 mg diariamente, VO. 70 mg semanalmente, VO. 70 mg, sumado a vitamina D.
Denosumab	----	60 mg semestralmente, vía subcutánea (VSC).
Estrógenos. Múltiples formulaciones	Múltiples tratamientos.	Ver figura 22.
Ibandronato	150 mg, mensualmente, VO. 3 mg trimestralmente, vía intravenosa (VIV).	150 mg mensualmente, VO. 3 mg trimestralmente, VIV
Raloxifeno	60 mg diariamente, VO.	60 mg diariamente, VO.
Risendronato	5 mg diariamente, VO. 35 mg semanalmente, VO. 150 mg mensualmente, VO.	5 mg diariamente, VO. 35 mg semanalmente, VO. 150 mg mensualmente, VO.
Teripartida	-----	20 mcg diariamente, VSC.
Ácido Zoledrónico	5 mg VIV, en 100 ml de solución fisiológica.	5 mg anualmente, VIV, en 100 ml de solución fisiológica.

Fuente: Tomado de Guía de Consulta para el Médico de Primer de Atención. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis, CENAPRECE, 2015.

7. TERAPIA HORMONAL

7.1 Indicaciones.

Figura 19.

Indicaciones para administrar terapia hormonal (TH)

2, 10, 20, 24, 59, 60, 61, 62

- 1) Realizar una correcta selección de la paciente. El tratamiento del síndrome climatérico debe ser la principal indicación. ⁶³

- 2) Valorar la vía adecuada y el tiempo necesario. ⁶⁴

- 3) Valorar riesgo-beneficio. ²⁹

- 4) Valorar las contraindicaciones y los efectos adversos. ⁵⁷

- 5) Selección del tipo de terapia hormonal adecuada, sólo si la sintomatología lo amerita. ⁶⁵

- 6) Utilizar anticonceptivos hasta confirmar la menopausia.

- 7) Con riesgo cardiovascular, utilizar vía parenteral o subdérmica.

- 8) Valorar duración y seguimiento periódico, ventana terapéutica de diez años, a partir de la menopausia. ⁶⁶

- 9) Evaluación clínica integral adecuada, antes de iniciar y durante el tratamiento (previa mastografía normal). ⁶⁷

- 10) Motivar la adherencia e identificar eventos adversos y de acuerdo a ellos, modificar el esquema de terapia ya sea secuencial o continua y la vía oral, parenteral o transdérmica. ¹⁰

7.2 Contraindicaciones

Figura 20.

Contraindicaciones absolutas para terapia hormonal

1, 2, 4, 10, 58

- 1) Cáncer de mama, de ovario o de endometrio.
- 2) Sangrado o hemorragia uterina disfuncional por causa no determinada.
- 3) Infarto agudo al miocardio.
- 4) Enfermedad vascular cerebral.
- 5) Enfermedad tromboembólica.
- 6) Trombosis venosa profunda.
- 7) Insuficiencia hepática aguda.
- 8) Lupus eritematoso sistémico generalizado.
- 9) Fumadora activa

7.3 Esquemas de prescripción.

Figura 21.

Esquemas de terapia hormonal, según perfil de mujeres destinatarias

4, 10, 20, 21, 27, 68, 69,70, 71, 72

Esquema	Perfil de destinataria	Posología recomendada
I. Estrógeno continuo, sin interrupción (TE), de dosis estándar o baja	Mujer perimenopáusica o postmenopáusica, sin útero.	Vía transdérmica: Estradiol, 1-8 mg cada cuatro días (dos veces por semana). Estradiol, 3.55-1.452 mg cada siete días (una vez por semana). Se recomienda optar por vía transdérmica, que disminuye triglicéridos. Vía percutánea: Estradiol, 3.0 mg/día (dos aplicaciones cutáneas por día). Se toman sin suspender, aunque las presentaciones sean para 28 días.
II. Estrógeno continuo sin interrupción, sumado a un progestágeno por 10 a 14 días, cada mes (Cíclico) (TH)	Mujer perimenopáusica o durante la postmenopausia, con útero, o con antecedente de endometriosis moderada a severa, incluso sin útero.	Esquema I VO: Estrógenos conjugados, 0.625-1.25 mg/día, asociado con acetato de medroxi-progesterona, 5 mg, del día 15 al día 28, de cada ciclo. Vía transdérmica: 17b Estradiol, 4 mg dos veces por semana durante dos semanas, seguido de 17b Estradiol, 10 mg asociado con acetato de noretisterona 30 mg, dos veces por semana las siguientes dos semanas del ciclo.

		<p>Esquema II VO: Estrógenos, los mencionados en el esquema I, asociados con algún progestágeno siguiente: Progesterona micronizada, 200 mg/día. Acetato de clormadinona, 5 mg/día. Acetato de medroxiprogesterona, 5-10 mg/día. Vía vaginal: Progesterona micronizada en gel, 45-90 mg/día, en los últimos 12 días del ciclo en días alternos (seis aplicaciones en total).</p>
<p>III. Estrógenos por 21 días, seguidos de progestágeno en los últimos diez a 14 días de administración estrogénica. Periodo libre de hormonas por siete días. (Secuencial) (TH)</p>	<p>Mujer peri o durante la postmenopausia, con útero.</p>	<p>VO: Valerianato de estradiol, 2 mg/día, asociado con acetato de ciproterona, 1 mg/día. Valerianato de estradiol, 2 mg/día, asociado con acetato de medroxiprogesterona, 10 mg/día. Dosis estándar, o bajo la indicación de antecedente de endometriosis, aun sin útero</p>
<p>IV. Estrógenos combinados con progestágenos, en forma continua. (TH)</p>	<p>Mujer durante la postmenopausia, con útero. Dosis estándar o bajo la indicación de antecedente de endometriosis, aun sin útero.</p>	<p>VO: 17b Estradiol, 2 mg asociado con acetato de noretisterona, 1 mg/día. Estrógenos conjugados, 0.625 mg asociado con acetato de medroxiprogesterona, 2.5 mg/día. Vía transdérmica: Estradiol hemihidratado 3.2 mg asociado con Acetato de Noretisterona 11.2 mg.</p>

		<p>Si no se cuenta con estas combinaciones, se pueden combinar las presentaciones de estrógenos ya descritas, con cualquiera de los progestágenos siguientes:</p> <p>Progesterona micronizada, 100 mg/día.</p> <p>Medroxiprogesterona, 2.5 mg/día.</p> <p>Clormadinona, 2 mg/día.</p> <p>Se toman sin suspender, aunque las presentaciones vengan para 28 días.</p>
V. Estrógenos con andrógenos combinados	<p>Mujer perimenopáusica o durante la postmenopausia, con o sin útero, con disfunción sexual.</p> <p>Sin respuesta a dosis habituales de TH.</p>	<p>Vía parenteral (intramuscular):</p> <p>Valerato de estradiol 4 mg, asociado con Enantato de prasterona 200 mg en solución oleosa, cada cuatro semanas.</p> <p>Valerato de estradiol 4 mg, asociado con Enantato de testosterona 90.3 mg, en solución oleosa, cada cuatro semanas.</p>
VI. Estrógeno local	<p>Mujer con sintomatología genitourinaria por deficiencia estrogénica, y/o atrofia urogenital</p>	<p>Vía vaginal:</p> <p>Estrógenos conjugados, crema vaginal, 0.625-1.250 mg, dos veces por semana.</p> <p>Estriol micronizado, óvulo vaginal 3.5 mg, dos veces por semana durante tres semanas, posteriormente, uno por semana.</p> <p>Estriol, crema vaginal 0.5 mg/día durante dos semanas y continuar 0.5 mg/día, dos veces por semana.</p>
VII. Progestágeno solo, de 10 a 14 días a partir del día 15 del ciclo	<p>Mujer perimenopáusica con útero y alteraciones menstruales, y/o hiperplasia simple de endometrio.</p>	<p>Progesterona micronizada, 200 mg/día.</p> <p>Acetato de clormadinona, 5 mg/día.</p> <p>Acetato de medroxiprogesterona, 5-10 mg/día.</p> <p>Vía vaginal:</p> <p>Progesterona micronizada en gel, 45-90 mg/día, en los últimos 12 días del ciclo, en días alternos (seis aplicaciones en total).</p>

VIII. Progestágeno solo o asociado a terapia hormonal, sin interrupción	Mujer durante la postmenopausia, con y sin útero.	Vía oral: Acetato de Medroxiprogesterona, 20 mg/día. Vía parenteral (intramuscular): Acetato de Medroxiprogesterona, 150 mg cada tres meses.
IX. Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógenos (SERM). Raloxifeno	Mujer en la postmenopausia, con osteopenia u osteoporosis.	VO: Clorhidrato de Raloxifeno, 60 mg/día. Quimioprevención de cáncer de mama en mujeres con riesgos del mismo.
X. Regulador Selectivo de los Receptores de Estrógenos. (STEAR) Tibolona	Mujer postmenopáusica, con y sin útero, con o sin osteoporosis.	VO: Tabletas de Tibolona, 2.5 mg/día. Dosis continua, sin periodo de descanso.
XI. Tratamientos combinados de bajas dosis. Estrógeno continuo sin interrupción, sumado a progestágeno por 14 días, cada mes. (Secuencial) (TH)	Mujer pre y postmenopáusica, con útero. Dosis estándar o baja, con endometriosis, aun cuando no haya útero.	VO: 17b-Estradiol 1 mg/día, por 14 días, 17b Estradiol 1 mg/día, y trimegestona 0.250 mg/día, por 14 días restantes. 17b-Estradiol 1 mg/día, por 14 días, 17b Estradiol 1 mg/día, y gestodeno 0.025 mg/día, por 14 días restantes. Se toman sin suspender, aunque las presentaciones vengan para 28 días.
XII. Tratamientos combinados de baja dosis. Estrógeno y progestágenos, sin interrupción, durante todo el mes. (Continuo) (TH)	Mujer durante la postmenopausia, con útero.	VO: 17b-Estradiol 1 mg/día y trimegestona 0.125 mg/día, por 28 días del ciclo. 17b-Estradiol 1 mg/día y drospirenona 0.2 mg/día, por 28 días del ciclo.

Adaptado de: Elaboración propia, basada en Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica
DOF: 07/01/2013.

7.4 Seguimiento.

Figura 22.

Seguimiento de la usuaria que recibe terapia hormonal (TH)

63, 73

- 1) Mantener actualizada la historia clínica.
- 2) Realizar examen físico anual con exploración de mama, pelvis, útero y ovario.
- 3) Realizar mastografía anual.
- 4) Indicar citología cervical, de acuerdo a criterio médico.
- 5) Investigar presencia de miomas mayores a 4 cm, y/ o crecimiento del útero mayor a 12 cm. de longitud.
- 6) Sí hay sangrado genital anormal, descartar por USG endovaginal, grosor endometrial mayor de 4 mm.
- 7) Descartar por USG endovaginal tumoraciones quísticas trabeculadas mixtas y sólidas, en ovarios de más de 5 cm, y enviar al segundo nivel.
- 8) Aplicar cuestionarios de RCV (Glorobrisk) y dislipidemias.
- 9) Aplicar cuestionario de Riesgo de Fractura (FRAX). Ver anexo 2.
- 10) Realizar pruebas de laboratorio anualmente (química sanguínea de cuatro elementos, glucosa, perfil de lípidos y examen general de orina).
- 11) Evaluar y fomentar tolerancia y adherencia al tratamiento en la paciente.
- 12) Valorar respuesta de TH, para modificar o referir al siguiente nivel de atención.
- 13) Continuar TH vía transdérmica o parenteral, de acuerdo a valores anormales de lípidos o con Glorobrisk > de 5%.
- 14) Continuar la TH local en síndrome genitourinario.
- 15) Control cada seis meses, en pacientes con enfermedades concomitantes y, cada año, en pacientes sin factores de riesgo.

8.- SÍNDROME GENITOURINARIO

Figura 23.

Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM)

15, 16, 17, 28, 75

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Presión y/o dolor pélvico y vaginal.
- Resequedad, Irritación / quemadura.
- Disminución turgencia y elasticidad.
- Dolor suprapúbico, leucorrea.
- Equimosis, eritema.
- Vello púbico delgado y gris.
- Epitelio vaginal pálido o adelgazado, con leucoplaquia, petequias, rugosidades aplanadas.
- Fusión de labios menores, contracción labial.

COMPLICACIONES

- Atrofia labial, lesiones y atrofia vulvar.
- Atrofia de Glándulas de Bartholini.
- Retracción intravaginal de la uretra.
- PH Alcalino (5-7).
- Secreciones vaginales cervicales disminuidas.
- Prolapso de órganos pélvicos.
- Acortamiento y estenosis vaginal o del introito.

COMPLICACIONES

- Pérdida de la libido.
- Ausencia de lubricación.
- Dispareunia, disorgasmia.
- Dolor pélvico.
- Sangrado durante relación sexual.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DISFUNCIONES GENITOURINARIAS

- Frecuencia, urgencia, goteo postmiccional.
- Nicturia, disuria, hematuria.
- Incontinencia de urgencia / esfuerzo.
- Infecciones urinarias recurrentes.

COMPLICACIONES

- Isquemia del trígono vesical.
- Estenosis meatal.
- Atrofia uretral.
- Cistocele y rectocele.
- Retracción del meato uretral dentro de vagina con micción vaginal.
- Prolapso uterino.
- Carúncula o pólipo uretral.

9.- DISFUNCIÓN SEXUAL.

Figura 24.

Tratamiento de disfunción sexual
75, 76, 77, 78,79,80

Manifestación	Tratamiento
Dispareunia	Estrógenos locales (vía vaginal). Lubricantes a base de agua.
Libido disminuida	Prasterona (50mg.c/12 hrs.) VO, período máximo, seis meses. Enantato de prasterona (200 mg) más Valerato de estradiol (4 mg), VIM, mensual. Valerato de estradiol (5 mg), más enantato de testosterona (100 mg),VIM, mensual. Valerato de estradiol (2.5 mg), más enantato de testosterona (50 mg), VIM, mensual. Terapia sexual.

10.- SÍNTOMAS VASOMOTORES.

Figura 25.

Tratamiento de síntomas vasomotores
20,22, 65, 73, 78, 81

Intensidad	Manifestaciones	Tratamiento
I	Bochornos leves, solo sofocos	Estrógenos dosis bajas. Sin útero: estrógeno solo. Gabapentina. Fluoxetina.
II	Bochornos moderados, con diaforesis	Con útero: estrógenos / progestina. Gabapentina / Fluoxetina. Sin útero: sólo estrógenos.
III	Bochornos severos, con diaforesis profusa y que hacen interrumpir sus actividades diarias	Estrógenos dosis convencional o baja dosis. Con útero: estrógenos / progestina. Sin útero: estrógenos solos y andrógenos. Prasterona sola o asociada con estrógenos.

Figura 26.

Medicamentos no hormonales para la sintomatología vasomotora
82, 83, 84, 85

Sustancia activa	Descripción y uso	Dosis recomendada
Venlafaxina	Es el primer agente antidepresivo que cuenta con estudios de investigación para el tratamiento de los bochornos. Este agente inhibe la recaptura tanto de serotonina como norepinefrina.	VO: Deberá de iniciarse el tratamiento con 37.5 mg/día, e incrementarse hasta 75 mg/día, posterior a la primera semana, en caso de que el efecto no sea el esperado.

Gabapentina	Es un ácido gamma aminobutírico, análogo de GABA, usada para tratar algunos desórdenes neurológicos, incluyendo la epilepsia y trastornos convulsivos. Su mecanismo preciso de acción aún es incierto. Reduce de manera efectiva la frecuencia e intensidad de los bochornos en las mujeres postmenopáusicas.	VO: 900 mg/día, fraccionado en tres dosis.
Fluoxetina	Poseen una eficacia antidepressiva similar ya que son inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; disminuyen eficazmente la ansiedad comórbida y tienen cierta eficacia en el tratamiento de los síntomas vasomotores.	VO: Fluoxetina 20-80 mg/día.
Desvenlafaxina	Es un modulador selectivo de recaptura de serotonina y noradrenalina, indicado en el tratamiento de los síntomas vasomotores moderados a severos, asociados con la menopausia.	VO: 50mg/día durante una semana e incrementarla a 100mg/día, a partir de la segunda semana.

Figura 27.

Tratamiento de las manifestaciones Psicológicas

1, 2, 4, 10, 11, 22, 65, 84,85

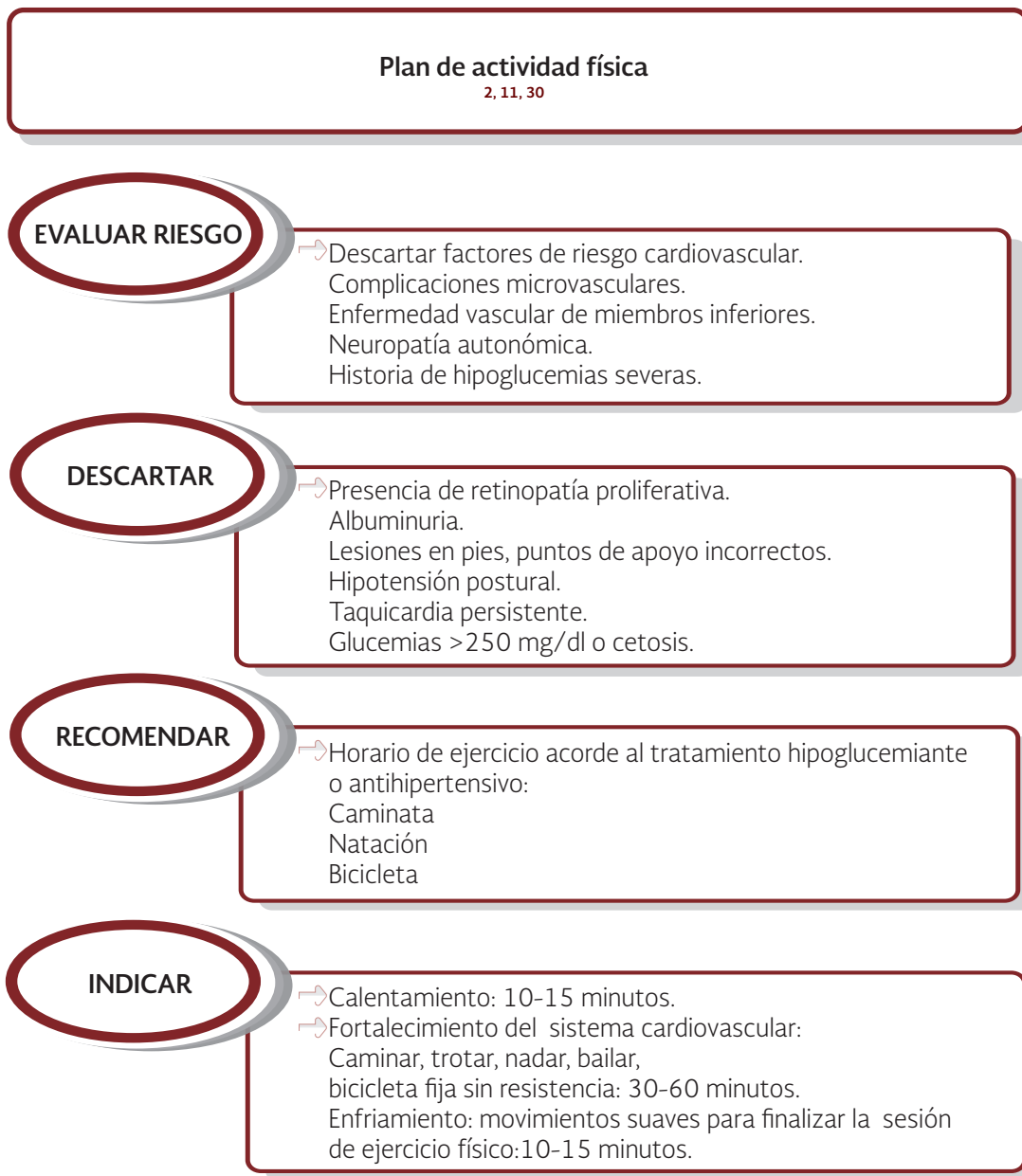
Manifestaciones para evaluar la intensidad, aplicando las siguientes pruebas, de: Zung, Hamilton, Green	Tratamiento
Depresión leve	Moduladores de serotonina (Fluoxetina).
Depresión moderada o severa	Referir a especialista antes de iniciar terapia hormonal: Sin útero: estrógenos solos. Con útero: dosis bajas de estrógenos y progestina.

Sentimientos negativos
(miedo, ideas autodestructivas, crisis de pánico, pensamientos suicidas)

Valorar uso de antidepresivos:
Moduladores de serotonina.
Cita de control cada seis meses.

11. PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA

Figura 28.



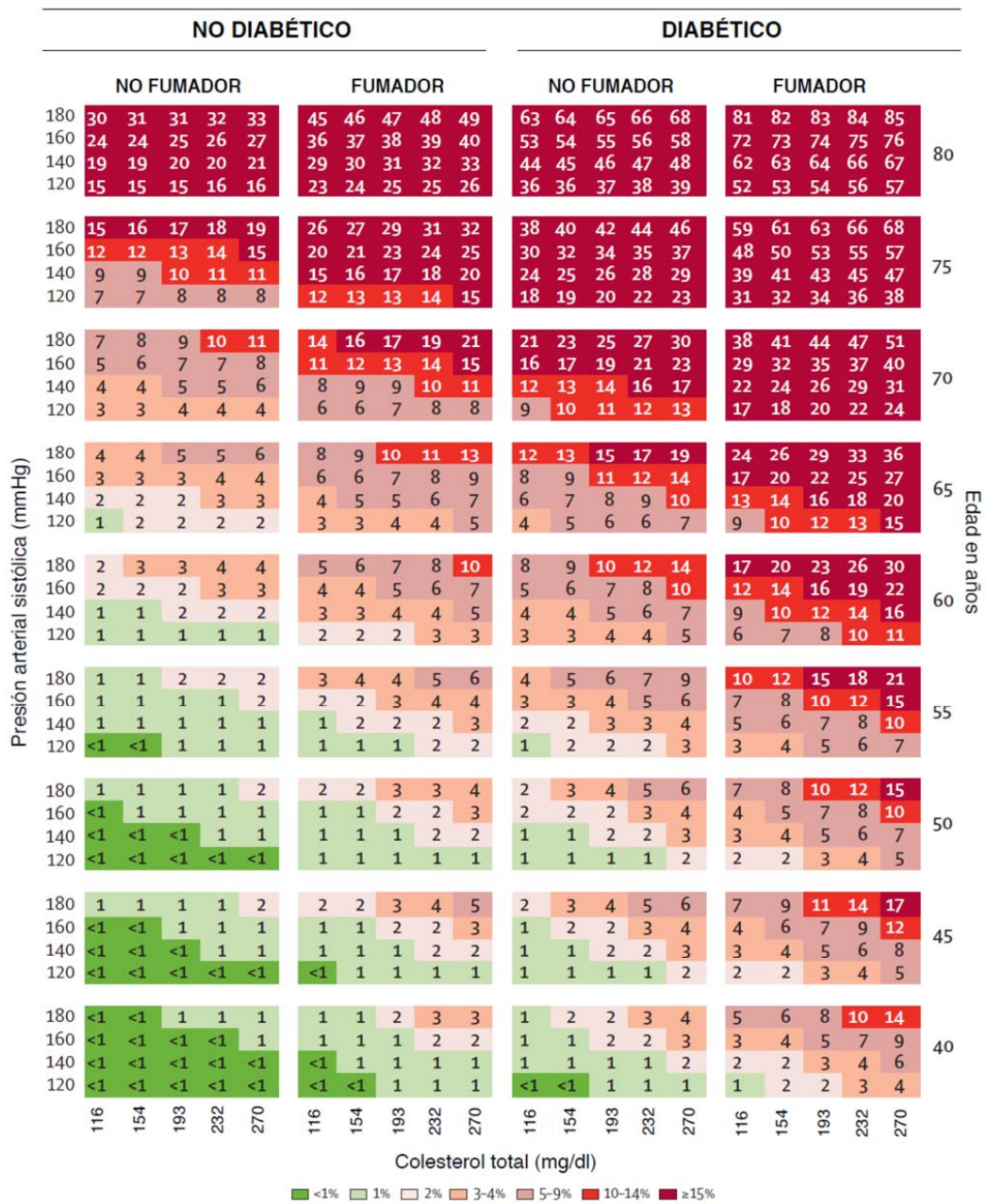
FRECUENCIA

→ Frecuencia: tres a cinco veces por semana.
Duración: comenzar de 20-30 minutos, e ir aumentando progresivamente hasta los 60 minutos.
Recomendar un total de 150 minutos de ejercicio moderado-intenso por semana, dividido en días no consecutivos.

ANEXO 1.

Tarjeta de evaluación de Globorisk
12, 30

**CUADRO 3B. TARJETA DE EVALUACIÓN DE RIESGO “GLOBORISK”
MUJERES**



Tomado de: Hajifathalian K, et al. A novel risk score to predict cardiovascular disease risk in national populations (Globorisk): a pooled analysis of prospective cohorts and health examination surveys. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 May; 3(5):339-55.

Instrucciones para aplicar la tarjeta de evaluación Globorisk

Para el cálculo de riesgo cardiovascular, se recomienda utilizar la tabla de referencia, en ella hay que tomar en cuenta:

- 1) Identificar diferenciación de columnas, según si la mujer es o no diabética.
- 2) Ubicar, asimismo en las columnas, si es o no fumadora.
- 3) En la base de la columna busque el colesterol total que la usuaria presenta.
- 4) Escoger en la última columna, de extrema derecha, la edad.
- 5) En la primera columna del extremo izquierdo, identificar tensión arterial sistólica obtenida.
- 6) Dependiendo del color del cuadro final seleccionado, en la referencia al final de la tabla, podrá apreciarse el grado de riesgo de la mujer atendida.

ANEXO 2.

Instrumento FRAX

14, 86, 87, 88, 89

Herramienta de Cálculo FRAX® (HERF), OMS.

HERF (FRAX®) se encuentra calibrado para la población mexicana; además, su adecuación para el primer nivel, se ha desarrollado en formato de papel, lo cual favorece poder obtener el riesgo de fractura, aun sin contar con una computadora ni red de internet.

Herramienta de cálculo

Responda las preguntas a continuación para calcular la probabilidad de fractura a diez años con DMO.

País: **México**
Nombre / ID:
[Acerca de los factores de riesgo](#)

Cuestionario:

1. Edad (entre 40 y 90 años) o fecha de nacimiento
Años:
Fecha de nacimiento:
Y: METRO: RE:

2. Sexo
 Masculino Hembra

3. Peso (kg)

4. Altura (cm)

5. Fractura anterior No Sí

6. Cadera fracturada de los padres No Sí

7. Fumar actual No Sí


8. Glucocorticoides No Sí

9. Artritis Reumatoide No Sí

10. Osteoporosis secundaria No Sí

11. Alcohol 3 o más unidades / día No Sí

12. DMO del cuello femoral (g / cm²)



Conversión de peso


Libras ➔ kg

Conversión de altura

Pulgadas ➔ cm

00231460

Personas con riesgo de fractura evaluadas desde el 1 de junio de 2011

 [Herramienta de impresión e información](#)

Cuestionario para la detección de fracturas.

90, 91



CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE RIESGO DE FRACTURAS POR OSTEOPOROSIS

Fecha: ___ / ___ / ___ Nombre : _____
 F.Nac _____ Edad: _____ Peso: _____ (Kg) Talla: _____ (mts) IMC _____
 Sexo: H M Domicilio-calle: _____ N°ext: _____ N°int : _____
 Col: _____ Localidad: _____ Mpio _____
 Estado: _____ Teléfono : _____ C.P. _____ Jurisdicción: _____
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí No IMSS ISSSTE Seguro Popular Otro: _____

Este cuestionario se aplica a personas de 50 años o más para identificar el riesgo de fractura por osteoporosis. Marque con una X en la columna correspondiente la respuesta del paciente.

Pregunta	SI	NO
1. ¿Ha tenido una fractura previa? (fractura de muñeca, fémur, húmero o próximal, vértebra u otra sin trauma severo)	1	0
2. Antecedente ¿Alguno de su padres ha tenido fractura de cadera?	1	0
3. ¿Fuma actualmente?	1	0
4. ¿Utiliza glucocorticoides o los ha tomado por más de 3 meses?	1	0
5. ¿Le han diagnosticado artritis reumatoide?	1	0
6. ¿Presenta osteoporosis secundaria? (Se incluye a aquellas personas que padecen diabetes tipo I, osteogénesis imperfecta del adulto, hipertiroidismo no tratado durante largo tiempo, hipogonadismo o menopausia prematura (<45 años), malnutrición o malabsorción crónicas o hepatopatía crónica)	1	0
7. ¿Toma 3 o más dosis diarias de alcohol? (1 dosis equivale a 8-10 g de alcohol) Esto equivale a una caña de cerveza (285 ml), copa de licor (30 ml), copa de vino tamaño mediano (120 ml), copa de aperitivo (60 ml).	1	0
Resultado: Sume la totalidad de los puntos y compare en la tabla correspondiente, para lo cual requiere cruzar la edad, el IMC de la persona entrevistada y el puntaje obtenido. En caso de obtener 7 puntos, serán considerado igual a 6, para la comparación en la tabla	Total	

Fuente: Elaboración propia, adaptada del FRAX al HERF para México, CENAPRECE, 2015.

En caso de obtener alto riesgo, determine el tratamiento farmacológico adecuado para su paciente. Pueden ser consultados en:

Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html

Herramienta de Cálculo FRAX®

EDAD (años)	RIESGO	IMC														
		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45 y +		
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	
50-54	BAJO	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	ALTO	4-6	5-6	5-6	6	6		6								
55-59	BAJO	0-3	0-4	0-4	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	ALTO	4-6	5-6	5-6	6	6		6		6						
60-64	BAJO	0-2	0-4	0-3	0-4	0-4	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	ALTO	3-6	5-6	4-6	5-6	5-6	6	5-6		6						
65-69	BAJO	0-2	0-3	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6
	ALTO	3-6	4-6	4-6	5-6	5-6	6	6		6		6				
70-74	BAJO	0-1	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-5	0-3	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6	0-6
	ALTO	2-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	6	4-6	6	5-6		6		
75-79	BAJO	0-1	0-2	0-1	0-3	0-2	0-3	4-2	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5	0-4	0-5	0-5
	ALTO	2-6	3-6	2-6	4-6	3-6	4-6	3-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6	5-6	6	6
80-84	BAJO	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5
	ALTO	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	5-6	5-6	6	6
85-89	BAJO	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5	0-5
	ALTO	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6	6
90 y +	BAJO	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-2	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5	0-5
	ALTO	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	3-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6	6

Fuente: Elaboración propia, CENAPRECE, 2015, con base a FRAX®, OMS
 Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). Peso en kilos/ Talla en metros elevada al cuadrado.
 Ejemplo: 60.5 kg/ (1.60 m)=60.5 kg/ 2.56 m= 23.4375 el IMC es 23.4

Ejemplo del uso del instrumento:

Mujer de 67 años de edad, con peso de 38Kg. Talla 142 cm. con antecedentes personales de: fractura vertebral sin dato de trauma severo, artritis reumatoide, uso de glucocorticoides por más de 6 meses; con antecedentes familiares, madre con fractura de cadera por caída desde su propia altura.

Con la información anterior se calcula el IMC (18.8). En el cuestionario de detección de fracturas, se anotan los factores de riesgo mencionados

(fractura vertebral sin trauma severo, antecedente de padres con fractura de cadera, uso de glucocorticoides por más de 3 meses, diagnóstico de artritis reumatoide), total de puntos: 4. Posteriormente, localizar al paciente en el rango de edad, IMC, sexo y número de factores de riesgo obtenido y evaluar si el riesgo es alto o bajo. (Datos para Clasificar el Riesgo (alto o bajo) de Fractura). En este caso clínico, la paciente obtendría riesgo alto y se le debe prescribir tratamiento.

ANEXO 3.

Escala breve del Perfil de Función Sexual Femenina (PFSF) ²⁶

Fecha: (dd/mmm/aaaa) | Día: | Mes: | Año:

Visita Número: |

Instrucciones

Este cuestionario ha sido diseñado para mujeres que experimentan poco deseo sexual y les preocupa. En este cuestionario se le preguntará sobre sus sentimientos en torno a la sexualidad, su actividad sexual y sobre algunas preocupaciones que pueda haber tenido sobre su grado de interés en el sexo durante los últimos dos a tres meses. Lea atentamente cada frase y rodee con un círculo el número que mejor se corresponda con su experiencia. A continuación, sume todos los números para obtener la puntuación total y escriba la puntuación en la casilla que aparece más abajo.

Marque únicamente una alternativa por pregunta

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. He tenido ganas de tener relaciones sexuales.	0	1	2	3	4	5
2. Me he sentido descontenta por mi poco interés en el sexo.	5	4	3	2	1	0
3. Tardaba muchísimo en excitarme.	5	4	3	2	1	0
4. Me he sentido totalmente indiferente con respecto al sexo.	5	4	3	2	1	0
5. He sentido poco deseo sexual.	5	4	3	2	1	0
6. Me he sentido decepcionada por mi poco interés en el sexo.	5	4	3	2	1	0

7. He llegado al orgasmo con facilidad.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Por favor sume sus respuestas y escriba la puntuación total aquí:

Una puntuación entre 0 y 20 indica que podría tener poco deseo sexual, y que esta situación le preocupa o le angustia. (También conocido como Trastorno por deseo sexual hipoactivo).

Fuente: Tomado de López-Olmos J. Trastorno del deseo sexual hipoactivo: comparación de 2 cuestionarios (breve perfil de la función sexual de la mujer y salud y disfunción sexual femenina en atención primaria) en 2 grupos de mujeres (ovariectomizadas e hysterectomizadas, y normales). Clin Invest Gin Obst. 2010; 37(126):

12. REFERENCIAS.

- 1 Malacara JM, Canto de Cetina T, Bassol S, González N, Cacique L, Vera-Ramírez ML, Nava LE., Symptoms and pre and postmenopause in rural and urban women from there states of Mexico. *Maturitas* 2002; 43: 11-19.
- 2 Menopause Guidebook 2015, The North American Menopause Society. Octava edición. <https://www.menopause.org/.../-em-menopause-guidebook-em-8t...>
- 3 Plan Naconal de Desarrollo 2013-2018, pnd.gob.mx
- 4 Tony Mander., NICE guideline-Menopause: diagnosis and management, long-term benefist and risks of HRT. *Posr Reproductive Health* 2016, Vol.22(2) 95 DOI:10.1177/20533691 16648254
- 5 Howard N. Hodis, M.D., Wendy J. Mack, Ph.D., Victor W. Henderson, M.D., Donna Shoupe, M.D., Matthew J. Budoff, M.D., for the ELITE Research Group*. (March 31, 2016). Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol. *n engl j med*, 374;13, 1221-1231.
- 6 Paul D. Rosenblit, MD., Zachary T. Bloomgarden, MD., Vivian A. Fonseca, MD., Alan J. Garber, MD., George Grunberger, MD., Chris K. Guerin, MD., (April 2017). American association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology guidelines for management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Endocrine practice*, Vol 23 (Suppl 2), 1-87.
- 7 Incidencia de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad Tasa por 100,000 habitantes femeninas. Población General SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2016.
- 8 Tasa de incidencia de 100,000 habitantes femeninas. Cubos Dinámicos defunciones (mortalidad) SSA/DGIS. SUIVE/DGE/Secretaria de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2016.
- 9 Sioban D. Harlow,et.al, Executive summary of the Stage of Reproductive Aging Worshop+10: addressing the unfinished agenda of stating reproductive aging, *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* Vol. 19, No. 4, pp. 000/000 DOI: 10.1097/gme.0b013e-31824d8f40 * 2012
- 10 Pinkerton JV, Sánchez-Aguirre F, Blake J, Cosman F, Hodis H, Hoffstetter, et al. The 2017 hormone therapy position statement of The North

- American Menopause Society. *Menopause*, 24(7):728-754
- 11 *Medical Guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and treatment of menopause. American association of clinical endocrinologist 2011*
 - 12 Kaveh Hajifathalian, MD., Peter Ueda, PhD., Yuan Lu, MSc., Mark Woodward, PhD., Alireza Ahmadvand, MD+, Carlos A Aguilar-Salinas, PhD+, A novel risk score to predict cardiovascular disease risk in national populations (Glorobrisk): a pooled analysis of prospective cohorts and health examination surveys. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, Volume 3, No. 5,, p339–355, May 2015.
 - 13 Kanis JA, Johnell O, De Laet C, et al. A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk. *Bone* 2004; 35:375.
 - 14 Interpretation and use of FRAX in clinical practice. *Osteoporosis international* 2011. DOI: 10.1007/s00198-011-1713-z.
 - 15 Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D., *The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26: 191-208
 - 16 Blümel M, J. E., et al. índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2004. 69: 118-125
 - 17 López-Olmos J. Trastorno del deseo sexual hipoactivo: comparación de 2 cuestionarios (breve perfil de la función sexual de la mujer y salud y disfunción sexual femenina en atención primaria) en 2 grupos de mujeres (ovariectomizadas e hysterectomizadas, y normales). *Clin Invest Gin Obst.* 2010; 37(1):14–26.
 - 18 NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.
www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.htm
 - 19 Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2015; 22:1155.
 - 20 NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica DOF: 07/01/2013.

- dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fcha=07/01/2013
- 21 Santoro N, Epperson C.N, Mathews S.B. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin N Am* 44 (2015) 497–515
 - 22 Toffol E, Heikinheimo J, Partonen T. Associations between psychological well-being, mental health, and hormone therapy in perimenopausal and postmenopausal women: results of two population-based studies. *Menopause* 2011; 20 (6):
 - 23 Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia) en el adulto. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016.
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
 - 24 Bakour SH, Williamson J. Latest evidence on using hormone replacement therapy in the menopause. *The Obstetrician & Gynecologist* 2015; 17:20–8.
 - 25 Neil Goodman, Rhoda Cobin, Samara Ginzburg, Ira Katz, and Dwain Woode (2011) American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Treatment of Menopause. *Endocrine Practice*: November 2011, Vol. 17, No. Supplement 6, pp. 1-25.
<https://doi.org/10.4158/EP.17.S6.1>
 - 26 Bachmann GA, Cheng RJ, Rovner E. Vulvovaginal complaints. In: Lobo RA, ed. *Treatment of the Postmenopausal Woman: Basic and Clinical Aspects*, 3rd ed. Burlington, MA: Academic Press, 2007:263-270.
 - 27 Leiblum, Sandra R. et al Vaginal Dryness: A Comparison of Prevalence and Interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 2009 Volume 6 , September
 - 28 Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus ... the new terminology--genitourinary syndrome of menopause (GSM)--in 2014
 - 29 Alonio LV, Picconi MA, Dalbert D, et al. Haras oncogene mutation associated to progression of papillomavirus induced lesions of uterine cervix. *J Clin Virol* 2003; 27: 263-269
 - 30 Ruvalcaba-Limón E, et al. Primer Consenso Mexicano de cáncer de endometrio. *Rev Invest Clin* 2010; 62 (6): 585-605
 - 31 Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-2.

- 32 Bachmann GA, Cheng RJ, Rovner E. Vulvovaginal complaints. In: Lobo RA, ed. *Treatment of the Postmenopausal Woman: Basic and Clinical Aspects*, 3rd ed. Burlington, MA: Academic Press, 2007:263-270.
- 33 The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. International Diabetes Federation, 2005.
www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf
- 34 Alberti KGM.M, Zimmet PZ, Shaw JE. The metabolic syndrome: a new world-wide definition from the International Diabetes Federation consensus. *Lancet*. 2005;366:1059-62
- 35 Paul Zimmeta, K. George M.M. Alberti y Manuel Serrano Ríos. Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(12):1371-6
- 36 Scott M. Grundy, MD, PHD .Pre-Diabetes, Metabolic Syndrome, and Cardiovascular Risk *Journal of the American College of Cardiology*. Vol. 59, No. 7, 2012 ISSN 0735-1097. doi:10.1016/j.jacc.2011.08.080
- 37 Classification and Diagnosis of Diabetes. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2015 Jan; 38(Supplement 1): S8. S16.
<https://doi.org/10.2337/dc15-S005>
- 38 The writing group for the WHI Investigators. Risk and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women, Principal Results From the WHI Randomized Control Trial. *JAMA* 2002; 288 (3): 321-333
- 39 Beral V, Reeves G, Bull D, Green J. Breast Cancer Risk in Relation to the Interval Between Menopause and Starting Hormone Therapy. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103 (4) :296–305
- 40 Harvey JA, Pinkerton 1V, Baracat EC, Shi H, Chines AA, Mirkin S. Breast density changes in a randomized controlled trial evaluating bazedoxifene/ conjugated estrogens. *Mcnopou.se*. 2013;20(2):138-145.
- 41 Pinkerton JV, Harvey IA, Pan K, et al. Breast effects of bazedoxifene--conjugated estrogens: a randomized controlled trial. *Ohstet Gynecol*. 2013;121(5):959-968
- 42 Martino S. Cauley IA, Barrett-Connor E, et al; CORE Investigators. Continuing outcomes relevant to Evista: breast cancer incidence in postmenopausal osteoporotic women in a randomized trial of raloxifene. *J Nall Cancer Inst*. 2004;96(23):1751-1761.

- 43 Jordan VC. *Optimising endocrine approaches for the chemoprevention of breast cancer beyond the Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) trial.* *Etir J Cancer.* 2006;42(17):2909-2913.
- 44 Vogel VG, Constantino JP, Wiekerhani DL, et al; National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP). *Effects of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancers and other disease outcomes: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 Trials.* *JAMA.* 2006;295(23):2727-2741. Erratum in: *JAMA.* 2006;296(24):226, 14 NIA-2007;298(91):973. doi:10.1001/jama.295.23.joc60074
- 45 Barrett-Connor, Mosca L, et al: *Raloxifene Use for the Heart (RUTH) Trial Investigators, Effects of raloxifene on cardiovascular events and breast cancer in postmenopausal women.* *N EngJ-Med,*2006;355:125-137
- 46 Cárdenas Sánchez J, Bargalló Rocha E, Erazo Valle A, Maafs Molina E, Poitevin Chacón A. *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario Quinta revisión Colima* <http://consensocancermamario.com>
- 47 Melo-Santiesteban G., Waliszewski S.M., *El Virus del Papiloma Humano Revista de Divulgación Científica.* 2009Vol. XXII; No. 2.
- 48 Jerónimo J, Castle P, Temin S, Denny L, Gupta V et. al. *Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline.* *Journal of Global Oncology Special Article,* 2016 October.
- 49 Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R., *The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function.* *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26,2: 191-208
- 50 Norma Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-1994, *Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.*
- 51 González M. G., Núñez T.J., *Colposcopia y Patología Cervical sobre lesiones premalignas y malignas de cuello uterino,* *Rev. Obstet Ginecol Venez* 2014; 74(2):134-137).
- 52 *Papilomavirus humano (PVH) y cáncer cérvicouterino. Nota descriptiva No. 380 Organización Mundial de la Salud. Marzo 2015.* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>

- 53 Programa de Acción Específico “Cáncer de la Mujer 2013-2018”, SS. cnegr.salud.gob.mx/.../PrevencionyControldelCancerdelaMujer_2013_2018
- 54 Read TR, Hocking JS, Chen MY, Donovan B, Bradshaw CS, Fairley CK. The near disappearance of genital warts in young women 4 years after commencing a national human papillomavirus (HPV) vaccination programme. *Sex Transm Infect.* 2011 Dec. 87(7):544-7.
- 55 Villa LL, Costa RL, Petta CA, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol.* 2005 May. 6(5):271-8.
- 56 Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, Zur Hausen H: Classification of papillomaviruses. *Virology* 2004; 324: 17–27
- 57 Mytton, J., Evison F., Chilton P.J., Lilford P.J., Removal of all ovarian tissue versus conserving ovarian tissue at time of hysterectomy in premenopausal patients with benign disease: study using routine data and data linkage. *BMJ*, 356J372, 1-8. 06 January 2017
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j372>
- 58 Kanis JA, Johnell O, De Laet C, et al. A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk. *Bone* 2004; 35:375.
- 59 Hormone therapy and heart disease. ACOG, Committee opinion No. 565. 2013; 121 (6): 1407-14010
- 60 The WHI Steering Committee. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women with Hysterectomy, The WHI Randomized Control Trial. *JAMA* 2004; 291 (14): 1701-1712
- 61 GPC. Tratamiento Quirúrgico-Médico del Cáncer Epitelial de ovario. CENETEC. Secretaría de Salud; 25 de septiembre 2014.
www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-468-11/ER
- 62 Eichinger S., Evers J.L.H., Glasier A., La Vecchia C., Martinelli, I., Skouby, S., Somigliana E., Venous thromboembolism in women: a specific reproductive health risk. *Human Reproduction Update*, Volume 19, Issue 5, 1 September 2013, Pages 471–482.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmt028>
- 63 Shifren J, Schiff I. Role of hormone therapy in the management of menopause. *Obstet Gynecol* 2010; 15 (4): 839-855

- 64** Robbins J. et al. Women's Health Initiative clinical trials: interaction of calcium and vitamin D with hormone therapy. *Menopause*. 2014 Feb;21 (2):116-23. doi: 10.1097/GME.0b013e3182963901
- 65** MacLennan Alastair H, Broadbent Jessica L, Lester Sue, Moore Vivienne. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, (2013):9
- 66** Bakour SH, Williamson J. Latest evidence on using hormone replacement therapy in the menopause. *The Obstetrician & Gynecologist* 2015; 17:20-8.
- 67** Sunder S., D Neal R., *Diagnosis of ovarian Cancer BMJ* 2015; 2015; 351: h4443. *BMJ* 2015; 351 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4443>
- 68** The WHI Steering Committee. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women with Hysterectomy, the WHI Randomized Control Trial. *JAMA* 2004; 291 (14): 1701-1712
- 69** Hormone therapy and heart disease. ACOG, Committee opinion No. 565. 2013; 121 (6): 1407-14010
- 70** Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención, México; Secretaria de Salud, 2009
www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/...09...Mama.../EyR_IMSS_232_09
- 71** Rivas L. M., y col., Perfil Epidemiológico del cáncer de Ovario. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2011; 79(9); 558-564
- 72** Gallardo R. D., Cantú de León D., Alanís L P., Álvarez A. M. , Bañuelos F. J., Tercer Consenso Nacional de Cáncer de Ovario 2011. *Rev Invest Clin* 2011; 63(6) : 665-701
- 73** Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013 .
www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/.../SS_019_08_EyR
- 74** Eeles R., Morden J., et. al. Adjuvant Hormone Therapy May Improve Survival in Epithelial Ovarian Cancer: Results of de AHT Ranadomized Trial. *Journal of Clinical Oncology* 2015 by American Society of Clinical Oncology DOI: 10.1200/JCO.2015.60.9719

- 75** G. Constantin. Female sexual function improved with ospemifene in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: results of a randomized, placebo-controlled trial. *Climacteric*. 2015 Mar; 18(2): 226–232
- 76** Davis SR, Panjari M, Stanczyk FZ. Clinical review: DHEA replacement for postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(6):1642-1653.
- 77** Alkatib AA, Cosma M, Elamin MB, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of DHEA treatment effects on quality of life in women with adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(10):3676-3681.
- 78** Wierman ME, Basson R, Davis SR, et al. Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91(10):3697-3710.
- 79** Bell RJ, Davison SL, Papalia MA, McKenzie DP, Davis SR. Endogenous androgen levels and cardiovascular risk profile in women across the adult life span. *Menopause*. 2007;14(4):630-638.
- 80** Tammam RM, Hankinson SE, Chen WY, Rosner B, Colditz GA. Combined estrogen and testosterone use and risk of breast cancer in postmenopausal women. *Arch Intern Med*. 2006;166(14):1483-1489.
- 81** Davis SR, Braunstein GD. Efficacy and safety of testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med*. 2012 Apr;9(4):1134-48. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02634.x. Epub 2012 Feb 3.
- 82** Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2015; 22:1155.
- 83** Nelson HD, Vesco KK, Haney E, et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2006; 295:2057.
- 84** Loprinzi CL, Sloan J, Stearns V, et al. Newer antidepressants and gabapentin for hot flashes: an individual patient pooled analysis. *J Clin Oncol* 2009; 27:2831.
- 85** Santoro N, Taylor, E.S and Sutton-Tyrrell, K. (2011). The SWAN Song: Study of women's Health Across the Nation's Recurring Themes. *Obste-*

- trics and Gynecology Clinics of North America*, 38(3), 417-423. <http://doi.org/10.1016/j.ogc.201104.001>.
- 86** American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines on osteoporosis in gastrointestinal diseases. *Gastroenterology* 2003; 124:791.
- 87** Van Staa TP, Leufkens HG, Abenhaim L, et al. Use of oral corticosteroids and risk of fractures. *J Bone Miner Res* 2000; 15:993
- 88** Vestergaard P, Mosekilde L. Hyperthyroidism, bone mineral, and fracture risk--a meta-analysis. *Thyroid* 2003; 13:585
- 89** Ward KD, Klesges RC. A meta-analysis of the effects of cigarette smoking on bone mineral density. *Calcif Tissue Int* 2001; 68:259
- 90** Proyecto de Norma Oficial Mexicana Proy-NOM-049- SSA2-2017 Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de la osteoporosis dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496348&fecha=06/09/2017
- 91** Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis, CENAPRECE, 2015. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html.
- 92** Camacho PM., Petak SM., Binkley N., Clarke B.L., Harris S.T., Hurley DL., Kleerekoper M, Lewiecki EM,. *Clinical Practice Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Postmenopausal Osteoporosis*. American Association Of Clinical Endocrinologists And American College Of Endocrinology - 2016--Executive Summary. *Endocr Pract.* 2017 Sep;22(9):1111-8. doi: 10.4158/EP161435.ESGL.

AGRADECEMOS LA COLABORACIÓN A:

Dr. Gustavo Fuentes Sánchez CNEGSR
Dr. Héctor Morales Valerdi CNEGSR

**AGRADECEMOS EL APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO AL
PATRONATO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA:**

Lic. Sabrina Lucila Herrera Aspra
Lic. Jacqueline Balcárcel Santa Cruz
Dra. Paola Berger Alazraki
Lic. Pablo Esteban Jiménez Zorrilla
Sra. Rosaura Henkel
Sra. Claudia Lizaldi Mijares
Lic. Marco Alain Moesgen
Lic. Miguel Mier y Esparza
Sra. Pixie Pliego de Devlyn
Sra. Silvia A. Rojo García de Alba
Arq. Giselle Muñoz León
I.Q. Juan Emilio García Valdecasas González
Sra. Alejandra Cué
Lic. Billy Rovzar
Sra. Zarina Flores Shore
Sra. Ana Shveid Saez

COLABORADORES DEL INPER:

Dr. Arturo Arellano Eguiluz
Dra. Perla Dennice Aguilar Roa
Dra. María Antonieta Araiza Illán
Dr. Ángel Adrián Astorga Acevedo
Dra. Benítez Castro Kenia Lizeth
Dr. Mario Borbolla Ramos
Dra. Fabiola del Carmen Brito Sandoval
Dra. Mariana Castañeda Tenorio

Dra. Maryvi Ileana Castillo Toral
Dr. Christian Ronald Choque Hidalgo
Dra. Tlanetzi Florentino Posadas
Dr. José Mauricio Freyre Santiago
Dra. María Valeria García Cerda
Dra. Yenara Patricia Guevara Gómez
Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz
Dra. Claudia Marcela Hernández González
Dra. Cristina Anaís Hernández Saldaña
Dra. Esther Iyune Cojab
Dra. Rosa Margarita Jiménez Esquivel
Dra. Alejandra Legaria Esteban
Dra. Liat Levy Mitrani
Dra. Virginia Medina Jiménez
Dra. Rosa Virginia Merodio Anguiano
Dr. Horacio Méndez Serrano
Dr. Guillermo Moreno Flores
Dr. Andrés Patricio Neira Peralta
Dr. Javier Payén Padilla
Dra. Gabriela Estephania Pérez Cortés
Dr. Ricardo Pineda Baltazar
Dr. Christian Reyes Mayoral
Dr. Ernesto Rodolfo Rivera Medina
Dr. Alejandro Sánchez Aranda
Dra. Alicia Sánchez Ceballos
Dr. Jorge Luis Santibáñez Flores
Dra. Pamela Saravia Cruz
Dra. Romina Elisabeth Schafer Vega
Dr. Carlos Alejandro Zendejas Andrade

**DEPARTAMENTO DE IMAGEN INSTITUCIONAL
(LOGÍSTICA Y PROTOCOLO)**

Lic. María de las Mercedes Bolaños Vera
Lic. Christian Molina Castro



INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

CIUDAD DE MÉXICO
2018