

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

ACTUALIZACIÓN
2013

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

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: S-019-08





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JAVIER DÁVILA TORRES

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

DR. VICTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

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

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

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia** México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013 .

Actualización **Parcial**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

CIE-10: N95.1 Estados menopáusicos y climatérico femenino
 GPC: Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES AÑO 2010

Coordinadores:

Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico no Familiar Adscrito Unidad Médicas de Alta Especialidad Hospital de Ginecología # 3 CMN "L Raza" Delegación Norte México, D.F.	Miembro activo Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de área Desarrollo de Guías de Práctica Clínica División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE) Dirección de Prestaciones Médicas Instituto Mexicano del Seguro Social México, D.F.	Sistema Nacional de Investigadores Nivel I

Autores :

Dr. Luis Miguel Bedia Sánchez.	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dr. Sergio Fuentes Morales.	Ginecología y Obstetricia	Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado.	Hospital General de Tacuba ISSSTE	
T.S. Covarrubias Torres Sara	Trabajo Social	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	
Dra. Adriana Guadalupe García Sánchez.	Ginecología y Obstetricia	Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado.	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"/ Encargada de la Clínica de Gineco-Urología	
Dra. García Ramírez Leticia.	Medicina Interna		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	
L. Enf. Gutiérrez Nava Ana María.	Enfermería		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	
Dra. María de los Ángeles Guzmán Ibarra	Ginecología y Obstetricia		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dr. Samuel Alejandro Liévano Torres.	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	
L. N. Hernández López José Antonio.	Nutrición		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	
Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz	Ginecología y Obstetricia Biología de la Reproducción		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Mac Gregor Gooch Ana Luz	Ginecología y Obstetricia		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Dr.- Luis Castelazo Ayala",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dr. Matute González Manuel Mario.	Ginecología y Obstetricia		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Mercedes Alejandra Nájera Gómez	Ginecología y Obstetricia	Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado.	Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"/ Encargada de la Clínica de Gineco-Urología.	
Dra. Graciela Orozco Vázquez	Anestesióloga	Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado.	Subjefe del Departamento de Programas Sectoriales	

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA

Dra. Norma Ortiz Estrada	Ortodoncia	Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado.	Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria.	
Dr. Pérez Figueroa Eduardo.	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dr. Puello Támara. Edgardo Rafael.	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Berta Irene Rodríguez Robles.	Ginecología y Obstetricia Medicina Familiar	Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado.	CMF División Norte	
Dr. Víctor Saul Vital Reyes	Ginecología y Obstetricia		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Validación interna:				
Dr. Cuauhtémoc Celis González	Ginecología y Obstetricia		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Dr-. Luis Castelazo Ayala",	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Imelda Hernández Marín	Biología de la Reproducción	Secretaría de Salud	Hospital Juárez de México Asociación Mexicana Para el estudio del Climaterio	Colegiado adjunto Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia A.C.
Dr. Armando Montaña Uzcanga	Ginecología y Obstetricia		Hospital General de México Asociación Mexicana Para el estudio del Climaterio	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES AÑO 2013

Coordinadores:

Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE) Dirección de Prestaciones Médicas Instituto Mexicano del Seguro Social México, D.F.	Miembro activo de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de área Desarrollo de Guías de Práctica Clínica División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE) Dirección de Prestaciones Médicas Instituto Mexicano del Seguro Social	Sistema Nacional de Investigadores Nivel I

Autores :

Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE) Dirección de Prestaciones Médicas Instituto Mexicano del Seguro Social México, D.F.	Miembro activo de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de área Desarrollo de Guías de Práctica Clínica División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE) Dirección de Prestaciones Médicas Instituto Mexicano del Seguro Social	Sistema Nacional de Investigadores Nivel I
Dr. Alberto Alvarado García	Ginecología y Obstetricia Biología de la Reproducción Humana	Iniciativa Privada	Asociación Mexicana Para el estudio del Climaterio A.C. (AMEC) México D,F	Presidente Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio
Dr. Tomas Hernandez Quijano	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMA Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI. México, D.F.	
Dr. Marcelino Hernández Valencia	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMA Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. Unidad de Investigación de Enfermedades Endócrinas Delegación Sur México, D.F.	Miembro activo Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C. Colegiado Titular Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Miriam Concepción Negrín Pérez	Ginecología y Obstetricia	Grupo Ángeles	Hospital Angeles del Pedregal	Secretario Asociación Mexicana Para el estudio del Climaterio (AMEC) Colegiado Titular Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dr. Gregorio Urbano Valencia Pérez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General de De Zona No. 2 "Francisco del Paso y Troncoso Delegación Sur México, D.F.	
Dr. Víctor Saul Vital Reyes	Ginecología y Obstetricia		UMA Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza",	Vicepresidente Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción A.C. Miembro Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.

Validación interna:

Dr. Alejandro Vázquez Alanís	Ginecología y Obstetricia	Iniciativa Privada	Atención Médica Integral para la Mujer S.C.	Vicepresidente Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio
Dr. Guillermo Federico Ortiz Luna	Ginecología y Obstetricia Endocrinología Ginecológica	Secretaría de Salud	Médico Adscrito Ex Jefe de Clínica de Climaterio Instituto Nacional de Perinatología Secretaría de Salud México, D.F.	Colegiado titular Emérito Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia A.C. Socio Emérito Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción A.C.

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	8
2. PREGUNTAS A RESPONDER	9
3. ASPECTOS GENERALES	10
3.1 JUSTIFICACIÓN	14
3.2 OBJETIVO.....	14
3.3 DEFINICIÓN.....	15
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	16
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA.....	17
4.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	17
4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	18
4.2.1 CLASIFICACIÓN STRAW.....	18
4.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.....	21
4.4 TRATAMIENTO.....	24
4.5 TRATAMIENTO HORMONAL.....	26
4.6 ESQUEMAS HORMONALES.....	29
4.7 SEGURIDAD DE LA TERAPIA HORMONAL.....	36
4.8 RIESGOS DE LA TERAPIA HORMONAL (TH).....	47
4.9 CONTRAINDICACIONES.....	62
4.10 EFECTOS COLATERALES NO GRAVES.....	63
4.11 HORMONAS BIOIDÉNTICAS.....	66
4.12 TRATAMIENTO NO HORMONAL.....	68
4.13 FITOTERAPIA (FITOESTRÓGENOS).....	71
4.14 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	73
4.14.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	73
4.15 CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA.....	73
4.15.1 DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL.....	73
4.16 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO.....	74
5. ANEXOS	75
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	75
5.1.1 PRIMERA ETAPA (SI APLICA).....	75
5.1.2 SEGUNDA ETAPA (SI APLICA).....	76
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	77
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA.....	85
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	87
5.5 LISTADO DE RECURSOS.....	89
5.5.1 TABLA DE MEDICAMENTOS.....	89
6. GLOSARIO	92
7. BIBLIOGRAFÍA	94
8. AGRADECIMIENTOS	98
9. COMITÉ ACADÉMICO	99

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: <S-019-08>	
Profesionales de la salud	Médico Gineco-Obstetra, Biólogos de la Reproducción Humana, Medicina Familiar
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: N95.1 Estados Menopáusicos y Climatéricos Femeninos
Categoría de GPC	Tres niveles de atención : Diagnóstico y Tratamiento
Usuarios potenciales	Médico General, Médico Familiar, Gineco-Obstetra, Internista, Endocrinólogo, Psiquiatras y psicólogos Personal de salud.
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Mujeres en la perimenopausia o postmenopausia
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	Historia Clínica integral, Laboratorio clínico: Determinación de FSH, LH, perfil de lípidos, química sanguínea, densitometría, citología cérvico-vaginal, ultrasonografía ginecológica, Perfil tiroideo, mastografía, ultrasonido mamario, Terapia Hormonal estrogénica, Terapia hormonal estrógenos-progestágenos, Terapia hormonal androgénica, Fitoterapia, Fármacos Los inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina, veralaprída, Estilo de vida saludable.
Impacto esperado en salud	<p>La actualización parcial de esta guía se llevó a cabo por la emisión de alertas de esteroide sexual , estandarización de terminología a nivel mundial, actualización de la NOM-035 en el año 2012, enfoque de seguridad de la TH, e inclusión de información de hormonas bioidénticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualizar la información científica disponible sobre la atención integral de la peri o postmenopausia. - Fomentar las buenas prácticas sobre seguridad de la Terapia Hormonal - Incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno - Fomentar tamizaje de riesgos en la peri y postmenopausia - Establecer los criterios de referencia y contra referencia en los niveles de atención.
Metodología ¹	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaran las fuentes con mayor puntaje obtenido, en la evaluación de su metodología, las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	<p>Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia</p> <p>Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura.</p> <p>Número de fuentes documentales utilizadas: 49</p> <ul style="list-style-type: none"> Guías seleccionadas: 5 Revisiones sistemáticas: 12 Ensayos controlados aleatorizados: 5 Cohorte: 6 Reporte de casos: 1 Consensos: 12 Otras fuentes seleccionadas: 8
Método de validación:	<p>Validación por pares clínicos</p> <p>Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social</p> <p>Validación de la guía: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Perinatología (INPER) Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio</p>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	SS-019-08
Actualización	Fecha de publicación: 03/10/2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE DIRIGIR SU CORRESPONDENCIA A LA DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA, CON DOMICILIO EN DURANGO No. 289 Piso 1^a, COL. ROMA, MÉXICO, D.F., C.P. 06700, TELÉFONO 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cómo se define la Perimenopausia y posmenopausia?
2. ¿Cuál es la clasificación del envejecimiento femenino?
3. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas en la perimenopausia y postmenopausia atrófica?
4. ¿Qué exámenes de Laboratorio y Gabinete son útiles para evaluar la peri y posmenopausia?
5. En que consiste el instrumento FRAX?
6. ¿Cuáles son las enfermedades o síndromes que con mayor frecuencia se presentan en la postmenopausia?
7. En que consiste el tratamiento no farmacológico para el control de alteraciones clínicas en perimenopausia y postmenopausia?
8. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de primera línea en el control de alteraciones clínicas en perimenopausia y postmenopausia?
9. ¿Cuáles son los criterios para la prescripción de la terapia hormonal en pacientes con: Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Síndrome Metabólico, riesgo trombótico y cáncer de mama?
10. ¿Cuáles son las contraindicaciones de la TH?
11. ¿Cuál es el manejo complementario y suplementario en la atención de la peri y postmenopausia con síntomas vasomotores?
12. ¿Cuál es la utilidad de las Hormonas Bioidénticas?
13. ¿Cuáles son los criterios para la referencia y contra referencia a otro nivel de atención?
14. ¿Cuál es el seguimiento y vigilancia de las pacientes sin riesgo de morbilidad en la peri y postmenopausia?

3. ASPECTOS GENERALES

La posmenopausia es el periodo de la vida en donde ocurre un profundo descenso en las concentraciones circulantes de estrógenos, induciendo la aparición de los síntomas psico y somáticos (American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause.(AACE), 2011, Hernández, 2011, Harlow, 2012, NOM-035,2012, ASRM, 2008).

Diversos estudios observacionales han mostrado una asociación entre determinados factores de riesgo y la frecuencia y/o intensidad de los síntomas vasomotores, estos se dividen en no modificables y modificables, dentro de estos últimos están: la obesidad, tabaquismo, sedentarismo, ansiedad y depresión(Gold, 2006, Beth, 2010, Daley, 2008, NAMS, 2010).

La clasificación para entender la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer reconocida como "STRAW" es útil para determinar los cambios clínicos, endócrinos la cual contempla ciclos menstruales, síntomas, mediciones de FSH, LH, inhibina B, Hormona antimulleriana, y cuenta folicular, lo cual varía en virtud de la etapa en la que se encuentre: Reproductiva, transición a la menopausia y postmenopausia, esta clasificación es útil para detectar el diagnóstico de estas etapas. El diagnóstico de menopausia se establece por la ausencia de menstruación por 12 meses o más. Las manifestaciones clínicas más frecuentes del síndrome climatérico y o Transición a la menopausia son:

- ❖ Trastornos menstruales
- ❖ Síntomas vasomotores(Bochornos y/o sudoraciones)
- ❖ Manifestaciones Genitourinarias.

Trastornos Psicológicos con cambios del estado de ánimo, ansiedad, depresión, alteraciones del patrón de sueño (Harlow, 2012, NOM-035,2012, ASRM, 2008, American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause.(AACE), 2011).

Niveles arriba de 25 UI/L de Hormona folículo estimulante (FSH) se observan en transición a la menopausia en la postmenopausia (Zárate, 2011, Harlow, 2012), está indicada su realización ante duda diagnóstica, en mujeres con histerectomía y sospecha de menopausia (NOM-035, 2012), en la evaluación de la mujer en la peri o postmenopausia, son útiles las realización de:

- Citología cervicovaginal
- Perfil de lípidos
- Glucosa sérica
- Mastografía basal por lo menos un año antes.
- Ultrasonido pélvico
- Examen General de orina
- TSH sérica

Densitometría (Ver GPC osteoporosis) en pacientes mayores de 60 años, si no se cuenta con el recurso se puede aplicar e FRAX (Martínez 2012, Sarrafzadegan, 2013, NOM-035, 2012, NAMS,

2010, The North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women, 2010).

El tratamiento farmacológico para el tratamiento de las alteraciones de la transición a la menopausia o menopausia se divide en:

- ❖ Tratamiento Hormonal (TH) en base a estrógenos y o progestágenos.

No hormonal siendo los más recomendados los Inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina, clonidina, gabapentina o veraliprida. El tratamiento aceptado de primer línea es el tratamiento hormonal (Estrógeno o estrógenos progestágenos), contando con otros fármacos no hormonales en caso de contraindicación como la desvenlafaxina, venlafaxina o Clonidina (SOGC, 2009, NOM-035, 2012, Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013, American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011, American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011, NAMS, 2012, Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010).

Dentro de las contraindicaciones aceptadas por la FDA se encuentran:

- Cáncer de mama
- Condiciones malignas dependientes de estrógenos
- Sangrado uterino anormal de causa desconocida
- Hiperplasia endometrial no tratada
- Tromboembolismo venoso idiopático o previo
- Enfermedad tromboembólica arterial
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión Arterial no controlada
- Enfermedad hepática aguda
- Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes
- Porfiria cutánea (contraindicación absoluta) (American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011, Birkhäuser, 2008, NOM-035, 2012, Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010, Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013).
-

La seguridad de la TH es un aspecto relevante, siendo la edad y la co-morbilidad aspectos importantes.

Mujer sana y menor de 60 años, alta seguridad farmacológica (Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011, NAMS, 2012).

Existen evidencias que la dosis estándar y las dosis bajas con o sin progesterona muestran la misma eficacia para el control de manifestaciones clínicas de la peri o postmenopausia (Executive

summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010, NAMS, 2012, Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010).

Existen otros fármacos que se utilizan en el tratamiento de estas pacientes las llamadas Hormonas 'bioidénticas' o 'naturales': son hormonas del tipo estradiol, la estrona o estriol, progesterona, testosterona, y Hormona del crecimiento, denominadas 'naturales' sustancias sintetizadas a partir de ñame vegetal mexicano (camote) y son idénticos a los estrógenos ováricos, considerándose productos no-probados (Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011, Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013).

Existen múltiples evidencias sobre los efectos adversos de la Terapia Hormonal, siendo los más relevantes:

- Cáncer de mama
- Accidentes cardiovasculares Y vasculares cerebrales
- Eventos trombóticos.

La TH debe ser recomendada solo por una indicación precisa, tomando en cuenta las contraindicaciones y el potencial de beneficio individual (NOM-035, 2012, Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010, Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013). Además de la edad hay otros factores importantes en la TH, como lo es causa de la menopausia, tiempo transcurrido de la menopausia y uso previo de alguna hormona incluyendo tipo, vía de administración, dosis y condición médica durante el tratamiento (Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010, Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013).

Se ha establecido como ventana de oportunidad en pacientes en la perimenopausia o menores de 60 años, considerándose que el beneficio cardiovascular a largo plazo aún después de suspenderse, existe, por lo que es esencial iniciarlo antes de que se establezcan los cambios vasculares propios del paso del tiempo. (NAMS, 2012, Zárate, 2011).

La individualización es de importancia clave en la decisión de usar terapia hormonal (TH) y debe considerarse el estado de salud de la mujer y de sus estilos de vida así como factores de riesgo de trombosis, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o cáncer de mama (NAMS, 2012).

Otros efectos de la TH no graves y si raros, pueden ser controlados, para evitar el abandono de la T, por lo que es necesario vigilancia durante el uso los primeros meses (Furness, 2012, Formoso, 2013, MacLennan, 2009).

Como es sabido habrá pacientes en los que está contraindicada la TH, contando con otros productos no hormonales que han mostrado eficacia para atenuar los síntomas vasomotores (Nelson, 2006, Canadian Consensus Conference on Menopause, update (SOGC), 2006, Lilue 2009, Levis 2010,) los que se dividen en dos grupos:

1.- Fármacos

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

2.- Fitoterapia:

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

Los fármacos no hormonales o fitoterapia no están exentos de efectos secundarios, por lo que se debe de informar a las pacientes usuarias de los mismos (Consenso AMEC, 2012, Nelson, 2006).

Dentro de las alertas de la OMS y OFEPRIS están la veraliprida y la drospirenona,

La veraliprida se ha utilizado en cerca de 20 años en México, no disponible en el IMSS, medicamento antidopaminérgico, la cual reduce los síntomas hasta un 80% en promedio (Consenso AMEC, 2012, Nelson, 2006).

En la República Mexicana El Centro Nacional de Farmacovigilancia (COFEPRIS) emite recomendaciones de seguridad en Mayo del 2009 en relación de los efectos adversos reportados en otros países, por lo que emite las siguientes recomendaciones:

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

La atención de la peri o postmenopáusia debe ser de acuerdo al riesgo del uso de la TH o a la comorbilidad de la paciente, caso de alto riesgo de uso de TH deberá enviarse a especialista de climaterio, para su evaluación y atención (NOM-035, 2012, Procedimiento para la atención de la mujer en etapa de climaterio en unidades de medicina familiar, IMSS 2012), la paciente en la Peri o postmenopausia debe llevar a cabo un seguimiento estrecho y reportar cualquier sospecha de reacción adversa. En base a los eventos adversos de la TH o medicamentos no hormonales más frecuentes que se dan en los primeros meses de su uso (Consenso de la Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio, 2012, COFEPRIS, 2009).

3.1 JUSTIFICACIÓN

Con el aumento de la esperanza de vida (de 49 a 77.6 años) y a reducción de la mortalidad perinatal la población mayor de 50 años se ha incrementado; de 112 336 538 millones de nacionales, predomina el sexo femenino con 57 481 307 o un 51.3%, por lo que la mujer pasará casi un tercio de su vida después de la menopausia, la cual se presenta en México entre 49 a 50 años de edad (Los adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio siglo XXI. INEGI, Legorreta, 2012)

Las mujeres en la peri o postmenopausia pueden presentar un perfil clínico variable en cada una de las pacientes pudiendo estar asintomáticas o sintomáticas en forma leve a severo, en los casos sintomáticos pueden tener una severidad alta que afecta su calidad de vida, circunstancia que afecta su papel, en la sociedad, en la economía y la salud de la población. Otro aspecto relevante para conocer en esta población es la comorbilidad que conllevan los cambios físicos, y metabólicos con alta incidencia de enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico y deterioro de masa ósea.

Aunado a la falta de criterios diagnósticos y terapéuticos durante el climaterio, polémica de los riesgos del tratamiento de primer línea de las alteraciones clínicas de la Peri o postmenopausia, por lo anterior es necesario contar con una Guía que proporcione información actualizada, con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y así atender las necesidades de la población mexicana con calidad que finalmente se refleja en una buena salud posmenopáusica, ofreciendo una herramienta al médico para proporcionar un manejo adecuado.

La primera versión desarrollada hace 3 años, amerita actualización parcial, con fines de simplificar y hacer más práctico y simplificado este documento, siendo los siguientes motivos y puntos a tratar:

- Emisión de alertas (COFEPRIS Veraliprida(2009), drosperinona como progestágenos (2011)
- Actualización de la norma oficial mexicana NOM 035 sobre Atención de la Menopausia año 2012
- Publicación del Consenso Nacional sobre Veraliprida por la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio (AMEC) año 2012.
- Actualización sobre Criterios de uso de Terapia hormonal (TH) y seguridad.
- Revisión sobre hormonas bioidénticas.

3.2 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

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

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Actualizar la información científica disponible sobre la atención integral de la peri o postmenopausia.
- Fomentar las buenas prácticas sobre seguridad de la Terapia Hormonal
- Incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno
- Fomentar tamizaje de riesgos en la peri y postmenopausia
- Establecer los criterios de referencia y contra referencia en los niveles de atención.

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

3.3 DEFINICIÓN

Menopausia: evento o etapa en la vida de la mujer, que marca el final de la vida reproductiva llegando en forma más objetiva a la ausencia de la menstruación después de 12 meses, considerándose natural o fisiológica la que se presenta a partir de los 40 años de edad (NOM-035, 2012, Goodman endocrinology, 2011, NAMS, 2010).

Síndrome climatérico: Conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y posmenopausia, incluye los síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, alteraciones psicológicas y atrofia genital (NOM-035, 2012).

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

Perimenopausia: Significa literalmente sobre o alrededor de la menopausia, empieza al mismo tiempo de la Transición a la menopausia y termina un año después del último período menstrual (ASRM, 2008, Harlow, 2012, NOM-035, 2012, NAMS, 2010).

Postmenopausia: Periodo que inicia a partir del año de la ausencia de la menstruación hasta el fin de la vida (ASRM, 2008, Harlow, 2012, NOM-035, 2012, NAMS, 2010),

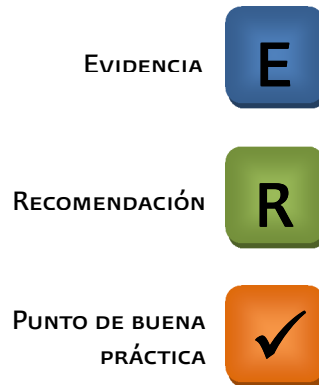
Posmenopausia temprana: Periodo de tiempo dentro de los 5 años después de la última menstruación ya sea en forma natural o inducida (ASRM, 2008, Harlow, 2012, NOM-035, 2012, nams 2010).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES


Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: <nombre de la escala>.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	Ia Shekelle <i>Matheson, 2007</i>

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 FACTORES DE RIESGO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">E</div>	<p>Diversos estudios observacionales han mostrado una asociación entre determinados factores de riesgo y la frecuencia o intensidad de los síntomas vasomotores, clasificándolos en no modificables y modificables</p>	<p>Zc <i>Estudios de etiología</i> <i>Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia.</i> <i>Barcelona</i> <i>2004.</i></p>
	<p>Factores no modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raza afro-americana • Menopausia inducida o menopausia de inicio abrupto • Padecimientos crónicos 	<p>IIb (Shekelle) <i>Gold , 2006</i></p>
<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">E</div>	<p>Modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad o no mantenerse en peso ideal • Tabaquismo • Sedentarismo • Escolaridad o nivel Socioeconómico bajo • Historia de ansiedad y depresión. 	<p>III (Shekelle) <i>Beth , 2010</i></p>
		<p>la (Shekelle) <i>Daley, 2008</i></p>
		<p>IV (Shekelle) <i>NAMS, 2010</i></p>
		<p>C (Shekelle) <i>Beth , 2010</i></p>
<div style="background-color: #76923c; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">R</div>	<p>El personal de salud debe fomentar la modificación de estilos de vida saludables como:</p>	<p>A (Shekelle) <i>Daley, 2008</i></p>
	<p>Realizar ejercicio físico regular, control de peso, reducción de tabaquismo o bebidas alcohólicas lo que puede reducir la sintomatología vasomotora y prevenir la osteoporosis en mujeres climatéricas, alimentación rica en calcio.</p>	<p>D (Shekelle) <i>NAMS, 2010</i></p>
		<p>D (Shekelle) <i>Updated IMS</i> <i>recommendations on</i> <i>postmenopausal hormone</i> <i>therapy and preventive</i> <i>strategies for midlife</i> <i>health, 2011</i></p>
		<p>la (Shekelle) <i>Avenell, 2008</i></p>

E

La vitamina D junto con el calcio reduce las fracturas de cadera RR 0,84; IC del 95%: 0,73 a 0,96.

Ia
(Shekelle)
Avenell, 2008

R

La ingesta de 1000 a 1200 mg de calcio y de 800 a 1000 UI/día de vitamina D están recomendados en mujeres en la peri y postmenopausia

D
(Shekelle)
Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

R

Es recomendable en esta etapa el consumo de alimentos ricos en calcio y bajos en grasas saturadas, que cuando existe intolerancia a los lácteos se darán suplementos de calcio y vitamina D (Anexo 6.2 Cuadro I)

A
(Shekelle)
Avenell, 2008

4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

4.2.1 CLASIFICACIÓN STRAW

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	<p>La clasificación para entender la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer reconocida como "STRAW" es útil para determinar los cambios clínicos, endócrinos y reproductivos, la cual contempla ciclos menstruales, síntomas, mediciones de FSH, LH, inhibina B, Hormona anti-mülleriana, y cuenta folicular , lo cual varía en virtud de la etapa en la que se encuentre: Reproductiva, transición a la menopausia y postmenopausia, esta clasificación es útil para detectar el diagnóstico de estas etapas. (anexo 5.3 CUADRO I)</p>	<p>IV (Shekelle) <i>Harlow, 2012</i></p> <p>D (Shekelle) <i>NOM-035-2012</i></p> <p>D (Shekelle) <i>The American Society for Reproductive Medicine(ASRM), 2008</i></p>

R

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

- Etapa reproductiva.
- Transición a la menopausia o perimenopausia
- Postmenopausia.

D
[Shekelle]

Harlow, 2012

D
[Shekelle]

NOM-035-2012

D
[Shekelle]

The American Society for Reproductive Medicine(ASRM), 2008

IV
[Shekelle]

American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause.(AACE), 2011.

E

La menopausia marca el final de la vida reproductiva llegando en forma más objetiva a la ausencia de la menstruación después de 12 meses, considerándose natural o fisiológica aquella que se presenta a partir de los 40 años de edad en mujer con útero.

IV
[Shekelle]

Harlow, 2012

IV
[Shekelle]

NOM-035-2012

R

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

D
[Shekelle]

Harlow, 2012

D
[Shekelle]

NOM-035-2012

D
[Shekelle]

NAMS,2010

IV
[Shekelle]

American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause.(AACE), 2011



Las manifestaciones clínicas más frecuentes del síndrome climatérico y o Transición a la menopausia son:

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

IIb
[Shekelle]

Hernandez, 2011

D

[Shekelle]

Harlow, 2012

D

[Shekelle]

NOM-035-2012

D

[Shekelle]

NAMS,2010

IV

(Shekelle)

American Associaton of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practicce for the diagnosis and treatment of menopause.(AACE), 2011



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

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

IIb

[Shekelle]

Hernandez, 2011

D

(Shekelle)

Harlow, 2012

D

[Shekelle]

NOM-035-2012

D

[Shekelle]

NAMS,2010

IV

(Shekelle)

American Associaton of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practicce for the diagnosis and treatment of menopause.(AACE), 2011



Se debe de sospechar menopausia ante la ausencia de menstruación por más de 12 meses.

D
(Shekelle)
Harlow, 2012

D
(Shekelle)
NOM-035-2012

III
[Shekelle]
Hernández, 2011

D
(Shekelle)
NAMS,2010

IV
(Shekelle)
American Associaton of
Clinical endocrinologist
medical guidelienes for
clinical practicce for the
diagnosis and treatment
of menopause.(AACE),
2011

4.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Niveles arriba de 25 UI/L de Hormona foliculo estimulante (FSH) se observan en transición a la menopausia y en la postmenopausia, siendo la amenorrea por más de 12 meses lo que marca la menopausia.</p>
	<p>Es compatible con transición a la menopausia los niveles arriba de 25 UI/L de Hormona foliculo estimulante (FSH).</p>

III
(Shekelle)
Zarate, 2011

IV
[Shekelle]
Harlow, 2012

C
(Shekelle)
Zarate, 2011

D
[Shekelle]
Harlow, 2012

E

La hormona antimülleriana (HAM) producida por la granulosa folicular expresa la el reclutamiento folicular o reserva folicular ovárica , a menor número de folículos menores niveles de HAM en sangre, alteraciones observadas la transición de la menopausia y en la menopausia.

III
[Shekelle]
Hernández, 2011
III
[Shekelle]
ASMR, 2008

R

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

D
[Shekelle]
NOM-035, 2012

E

Las mediciones hormonales en saliva no son útiles en la práctica clínica, porque los valores son cambiantes día a día e incluso durante el día

IV
[Shekelle]
Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

IV
[Shekelle]
SOCC, 2009

E

El metabolismo de los lípidos, de la glucosa, la distribución de grasa en el centro del cuerpo se alteran en la transición de la menopausia o menopausia lo que incrementa el riesgo cardiovascular, y aumento del síndrome metabólico.

Iib
[Shekelle]
Sarrafadegan , 2013
Ib
[Shekelle]
Martinez, 2012
IV
[Shekelle]
NOM-035, 2012

R

Debe evaluarse el perfil de lípidos y glucosa en la mujer en perimenopausia y postmenopausia.

B
[Shekelle]
Sarrafadegan , 2013
D
[Shekelle]
NOM-035, 2012
B
[Shekelle]
Martinez, 2012



En la menopausia se observa una reducción importante de masas óseas correlacionadas con niveles bajos de estradiol sanguíneo.

IV
(Shekelle)
The North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women, 2010

Ib
(Shekelle)
Nich, 2011

IV
(Shekelle)
NOM-035, 2012



Debe considerarse la posibilidad de osteoporosis en postmenopausia.

IV
(Shekelle)
The North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women, 2010

Ib
(Shekelle)
Nich, 2011

IV
(Shekelle)
NOM-035, 2012



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

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

B
(Shekelle)
Sarrafadegan , 2013

B
(Shekelle)
Martinez, 2012

D
(Shekelle)
NOM-035, 2012

4.4 TRATAMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p style="text-align: center;">E</p>	<p style="text-align: center;">IA <i>(SOGC, 2009)</i></p>
	<p style="text-align: center;">IV [Shekelle] <i>Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013</i></p>
	<p style="text-align: center;">1 <i>(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)</i></p>
	<p style="text-align: center;">D [Shekelle] <i>NOM-035, 2012</i></p>
<p>El tratamiento de las alteraciones de la transición a la menopausia o menopausia se divide en farmacológico y no farmacológico, el farmacológico contiene dos subgrupos:</p>	<p style="text-align: center;">IV [Shekelle] <i>Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tratamiento Hormonal (TH) en base a estrógenos y o progestágenos. ❖ No hormonal (Inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina), clonidina gabapentina o veraliprida. 	<p style="text-align: center;">IV [Shekelle] <i>NAMS, 2012</i></p>

R

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

IV
[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

1

*(American Association of
Clinical endocrinologist
medical guidelines for
clinical practice for the
diagnosis and treatment
of menopause.(AACE),
2011)*

IV
[Shekelle]

NAMS, 2012

IV
[Shekelle]

*Updated IMS
recommendations on
postmenopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2011*

IA
(SOGC, 2009)

4.5 TRATAMIENTO HORMONAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>IV [Shekelle] <i>Update 2013</i> <i>International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013</i></p>
	<p>1 <i>(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)</i></p>
	<p>IV [Shekelle] <i>NAMS, 2012</i></p>
	<p>IV [Shekelle] <i>Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011</i></p>
<p>La Terapia Hormonal (TH) ha demostrado ser la más eficaz para el control de síntomas vasomotores y atrofia urogenital del Climaterio.</p>	<p>IA <i>(SOGC, 2009)</i> A <i>(Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)</i></p>

E

Un metanálisis encuentra que la TH reduce la frecuencia de síntomas vasomotores de un 75%, observándose en un corto tiempo uso.

Ia
[Shekelle]
MacLennan, 2009

R

La principal indicación para el uso de TH para controlar los alteraciones del climaterio:

- Síntomas vasomotores (Bochornos, sudoraciones o taquicardias)
- Atrofia Vulvovaginal (Dolor al coito dispareunia, quemazón, resequedad)
- Prevención de osteoporosis en postmenopáusica en pacientes con factores de riesgo para osteoporosis) siempre y cuando no exista contraindicación.

A
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D
[Shekelle]
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

D
[Shekelle]
Birkhäuser, 2008

A
(Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

D
[Shekelle]
NOM-035, 2012

R

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

IA
(SOGC, 2009)
A
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D
[Shekelle]
Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D
[Shekelle]
NAMS, 2012

D
[Shekelle]
NOM-035, 2012

E

Están bien reconocidas las contraindicaciones de la terapia hormonal, en las pacientes con manifestaciones clínicas de hipoestrogenismo en la perimenopausia o postmenopausia.

1
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

IV
[Shekelle]
Birkhäuser, 2008

IV
[Shekelle]
NOM-035, 2012



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

D
[Shekelle]
Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D
[Shekelle]
Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

D
[Shekelle]
NOM-035, 2012

4.6 ESQUEMAS HORMONALES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>De acuerdo a la forma de administración del estrógeno y la progesterona, existen diferentes esquemas de TH combinada (Anexo 6.4 Cuadro III)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cíclica • Cíclico-Combinado • Continuo Cíclico (Secuencial) • Continuo Cíclico (Secuencial) de ciclo largo • Continuo combinado • Intermitente combinado. 	<p>IV [Shekelle] <i>Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the north American Menopause Society, 2008</i></p>

La duración de los estrógenos o progestágenos identificara el tipo o esquema de TH como a continuación se observa.



- Terapia Cíclica (estrógenos de 1-25 días más progestágeno los últimos 10 a-14 días de haber iniciado los estrógenos.
- Cíclico-Combinado (estrógenos de 1-25 días y progestágenos de 1 a 25 días junto con estrógenos)
- Continuo Cíclico (Secuencial) de ciclo largo: estrógenos diariamente y progestágeno pos 14 durante 14 días durante 2 a 6 meses
- Continuo combinado: Estrógeno más progestágeno. diariamente sin descanso
- Intermitente combinado: estrógenos diariamente y progestágenos 3 días con tres de descanso).

IV

[Shekelle]

Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the nort American Menopause Society, 2008

IV

[Shekelle]

Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the nort American Menopause Society, 2008

C

AHRQ,2006

IV

[Shekelle]

Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone herapy and preventive strategies for midlife health, 2013



La TH combinada consiste en la prescripción de estrógenos y progestágeno para el control del síndrome climatérico.

E

La principal función de los progestágenos en la TH es la de protección endometrial en mujer con útero, estudios han demostrado que el uso de Terapia estrogénica simple oral en mujer con útero durante 1 año o más aumenta el riesgo de cáncer en 2.4, y a los 10 años lo incrementa a 8.

R

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

R

El esquema de terapia hormonal será seleccionado de acuerdo a la etapa del climaterio; en etapa de transición y perimenopausia se recomienda esquemas combinados secuenciales; en la posmenopausia esquema continuo combinado. (Algoritmo 1).

III

[Shekelle]

Stanczyk, 2013

IV

[Shekelle]

Role of progestogen in hormone therapy for postmenopausal women: position statement of the north american Menopause Society, 2003

D

[Shekelle]

Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

IA

(SOGC, 2009)

D

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D

[Shekelle]

Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the north American Menopause Society, 2008

IV

[Shekelle]

NAMS, 2007

R

La elección del esquema de administración de la TH combinada dependerá de la elección de la paciente en cuanto a si desea o no continuar con sangrados cíclicos. (Algoritmo 1).

E

Los estrógenos utilizados en la TH solos o combinados más conocidos son:

Oral

- Estrógenos conjugados derivados equinos(ECE) simples o combinados con Acetato de Medroxiprogesterona (AMP)
- Etinilestradiol + acetato de noretindrona
- Estradiol-drosperinona
- Estradiol -norgestrel

Transdérmica

- Estradiol –levonogestrel
- Estradiol-acetato de noretindrona

R

Las dosis estándar reconocidas de terapia estrogénica son:

- Estrógenos conjugados derivados equinos(ECE) simples o combinados con Acetato de Medroxiprogesterona (AMP).625 mg
- Estradiol 1 mg (dosis estándar) y 0.125 mg (bajas dosis)
- Etinilestradiol + acetato de noretindrona.

D
[Shekelle]

NAMS, 2007

IV
[Shekelle]

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

IV
[Shekelle]

Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the north American Menopause Society, 2008

IV
[Shekelle]

Cuadro básicos Consejo de salubridad

D
[Shekelle]

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D
[Shekelle]

Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the north American Menopause Society, 2008

D
[Shekelle]

Cuadro básicos Consejo de salubridad



Las dosis de progestágenos utilizados en la TH más conocidos son:

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



Un estudio sobre el riesgo de Cáncer endometrial en pacientes con útero y con TH encontró un riesgo Relativo(RR) de 2.52 IC 95%=1.77-3.57 en pacientes con TH estrogénica sola, el grupo con TH combinada con un progestágeno el RR fue de 2.42 IC95%=1.53 a 3.83.

I
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

IV
[Shekelle]
Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the north American Menopause Society, 2008

IV
[Shekelle]
Cuadro básicos Consejo de salubridad

I Ib
[Shekelle]
Allen, 2010

III
[Shekelle]
Stanczyk, 2013

IV
[Shekelle]
Role of progestogen in hormone therapy for postmenopausal women: position statement of the north american Menopause Society, 2003



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

A
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

III
[Shekelle]
Stanczyk, 2013

IV
[Shekelle]
Role of progestogen in hormone therapy for postmenopausal women: position statement of the north american Menopause Society, 2003



Un estudio sobre el riesgo de Ca endometrial de pacientes con útero y con TH encontró: Riesgo Relativo(RR) de 2.52 IC 95%=1.77-3.57 en pacientes con TH estrogénica sola, el grupo con TH combinada con un progestágeno el RR fue de 2.42 IC95%=1.53 a 3.83.

Ib
[Shekelle]
Allen, 2010

III
[Shekelle]
Stanczyk, 2013

IV
[Shekelle]
Role of progestogen in hormone therapy for postmenopausal women: position statement of the north american Menopause Society, 2003



El progestágeno debe utilizarse entre 12 a 14 días de cada mes.

A
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

III
[Shekelle]
Stanczyk, 2013

IV
[Shekelle]
Role of progestogen in hormone therapy for postmenopausal women: position statement of the north american Menopause Society, 2003



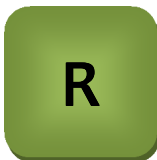
En México el acetato de clormadinona es uno de los progestágenos que se usan frecuentemente como terapia combinada en el síndrome climatérico.

Punto de Buena Práctica



La TH cíclica está indicada en mujeres con útero en la Perimenopausia que desean continuar con ciclos menstruales. (Algoritmo 1)

Punto de Buena Práctica



Los resultados de un estudio observacional (PEPI) sugieren que cuando las mujeres experimenten efectos colaterales indeseables con una progestina se considere cambiar a progesterona natural para mejorar la adherencia.

D
[Shekelle]
NAMS, 2007



En Nuestro medio los esquemas más recomendados son:

- Terapia cíclica continua (también denominada secuencial): El estrógeno se utiliza todos los días con el agregado de progestágeno 10 a 14 días por mes.

Punto de Buena Práctica

Terapia continua combinada: Emplea dosis fijas de estrógeno-progestágeno diariamente.

R

Para la selección de la progestina se deberá tomar en cuenta además de protección endometrial, su tolerancia y su impacto en el metabolismo y sus efectos mineralocorticoides, glucocorticoides, y androgénicos.

D
[Shekelle]
NAMS, 2003

E

La combinación de drospirenona como progestágeno al ser un derivado de la espironolactona ha mostrado menor efecto adverso sobre la tensión arterial en mujeres hipertensas,

III
[Shekelle]
Archer, 2007
III
[Shekelle]
White, 2005

4.7 SEGURIDAD DE LA TERAPIA HORMONAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	La edad, co-morbilidad, tipo de Th, dosis, duración de uso y vías de administración son puntos importantes para la seguridad de la TH. Mujer sana y menor de 60 años, alta seguridad farmacológica.	<p>IV [Shekelle] Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013</p> <p>IV [Shekelle] Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011</p> <p>A (American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011</p> <p>IV [Shekelle] NAMS, 2012</p>

Edad



En población mayor de 60 años incrementan los riesgos de la TH.
Los eventos coronarios no aumentan en mujeres menores de 60 años de edad o dentro de los 10 años de menopausia

IV
[Shekelle]
*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

IV
[Shekelle]
NAMS, 2012

A
*(American Association of
Clinical endocrinologist
medical guidelines for
clinical practice for the
diagnosis and treatment
of menopause. (AAACE),
2011)*

D
[Shekelle]
*Updated IMS
recommendations on
postmenopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2011*

IA
(SOGC, 2009)



La TH no debe considerarse como un régimen único ofrecido a una mujer estándar, los beneficios y riesgos varían según las características de cada paciente, en donde los riesgos pueden ser minimizados y los beneficios maximizados, debiendo individualizarse.

D
[Shekelle]
*Updated IMS
recommendations on
postmenopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2011*



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



Las mujeres con menopausia prematura o falla ovárica primaria (antes de 40 años) tiene mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, metabólica y óseo.

D

[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

D

[Shekelle]

*Updated IMS
recommendations on
postmenopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2011*

A

*(American Association of
Clinical endocrinologist
medical guidelines for
clinical practice for the
diagnosis and treatment
of menopause. (AACE),
2011*

D

[Shekelle]

NAMS, 2012

A

*(Executive
Summary: Postmenopausal
hormone therapy: an
Endocrine Society
Scientific Statement,
2010)*

IV

[Shekelle]

*Updated IMS
recommendations on
postmenopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2011*

R

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

Dosis

E

Existen evidencias que la dosis estándar y las dosis bajas con o sin progesterona muestran la misma eficacia para el control de manifestaciones clínicas de la peri o postmenopausia.

A

(Executive Summary:Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

D

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

A

(Executive summary:Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

IV

[Shekelle]

Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the nort American Menopause Society, 2008

D

[Shekelle]

NAMS, 2012

A

(Executive Summary:Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

Ib

[Shekelle]

Carranza, 2006



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

A

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

A

(Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

D

[Shekelle]

NAMS, 2012

D

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011



Las bajas dosis reportadas en la literatura son:

- Estrógenos conjugados (EC) orales de 0.3 mg día (no disponible en México)
- 17βestradiol oral micronizada 0.5 a 1 mg
- 17βestradiol transdérmica de 25 μg



Debe de considerarse la prescripción de TH en dosis bajas.

A

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

IV

[Shekelle]

Estrogen and progesterone use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the North American Menopause Society, 2008

A

(Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

D

[Shekelle]

Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

A

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D

[Shekelle]

NAMS, 2012

A

(Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society

Duración



No hay razones para imponer limitaciones obligatorias a la duración de la TH.
 La TH será individualizada según el perfil clínico de la paciente, si es sólo con terapia estrogénica. bajas dosis o vía oral, valorando sobre riesgo-beneficio .

Scientific Statement, 2010)

D

[Shekelle]

NOM-035-2012

IV

[Shekelle]

NAMS, 2012

IV

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

A

(Executive Summary:Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

IV

[Shekelle]

NAMS, 2012

IV

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

IV

[Shekelle]

Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

A

(Executive Summary:Postmenopausal hormone therapy: an



La TH combinada (Estrógeno-progestágeno) por vía oral mostró mayor incidencia de cáncer de mama, eventos cardiovasculares, trombóticos y cerebrovasculares en comparación al uso de estrógenos solos, a los 3 años de uso.

R

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

*Endocrine Society
Scientific Statement,
2010)*

A

*(American Association of
Clinical endocrinologist
medical guidelines for
clinical practice for the
diagnosis and treatment
of menopause. (AACE),
2011)*

D

[Shekelle]

NAMS, 2012

D

[Shekelle]

*Updated IMS
recommendations on
postmenopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2011*

E

Los síntomas vasomotores tienen la posibilidad de recurrencia en 50% de los casos cuando la TH es suspendida.

IV

[Shekelle]

NAMS, 2012

IV

[Shekelle]

NAMS, 2010

A

*(American Association of
Clinical endocrinologist
medical guidelines for
clinical practice for the
diagnosis and treatment of
menopause. (AACE),
2011)*

D

[Shekelle]

NAMS, 2012

D

[Shekelle]

*Updated IMS
recommendations on
postmenopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2011*

R

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

R

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

A

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D

[Shekelle]

NAMS, 2012

D

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

A

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D

[Shekelle]

NAMS, 2012

D

[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

R

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

- Recidiva de sintomatológica con afección en su calidad de vida.
- Mujeres menores de 60 años con indicaciones y con dosis bajas.
- -Perfil de bajo riesgo de eventos tromboticos, accidentes cerebrovasculares y cáncer de mama).



Cuando la sintomatología se localiza exclusivamente en el área urogenital la terapia local en bajas dosis es eficaz.



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

Vía de administración



En La administración transdérmica se puede prescribir dosis más bajas sin aumento de triglicéridos, sin incremento de factores de coagulación ni de enfermedad de la vesícula biliar, pero no aumenta el colesterol de alta densidad (HDL).

IV
[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013*

A
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D
[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013*

D
[Shekelle]

Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

IV
[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013*

IV
[Shekelle]

NAMS 2012

R

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

E

Existen evidencias que la TH estrogénica oral muestra un mayor riesgo de tromboembolismo de casi 4 veces más e incremento de lípidos sanguíneos en comparación con la vía transdérmica.

D

[Shekelle]

Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

D

[Shekelle]

NAMS 2012

IV

[Shekelle]

Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

III

[Shekelle]

Canonico, 2008

3

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)



Se recomienda la vía transdérmica en terapia hormonal para el control del Síndrome climatérico como fines de minimizar el riesgo de trombosis o en pacientes con hipertrigliceridemia.

B
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D
[Shekelle]
Canonico, 2007

D
[Shekelle]
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

4.8 RIESGOS DE LA TERAPIA HORMONAL (TH)



Evidencia / Recomendación

Existen múltiples evidencias sobre los efectos adversos de la Terapia Hormonal, siendo los más relevantes:

- Cáncer de mama
- Accidentes cardiovasculares
- Accidentes vasculares cerebrales
- Eventos trombóticos.

La TH debe ser considerada solo por una indicación precisa, tomando en cuenta las contraindicaciones y el potencial beneficio individual

Nivel / Grado
IV
[Shekelle]
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

1
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

IV
[Shekelle]
NAMS, 2012

A
 (Executive

Summary:Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

IV

[Shekelle]

Stuenkel, 2012

D

[Shekelle]

Update 2013

International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

A

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause.(AAACE), 2011)

D

(Shekelle)

NAMS, 2012

A

(Executive Summary:Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

D

(Shekelle)

Stuenkel, 2012



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

E

Los riesgos mayores al riesgo de la TH se relacionan con la edad de la paciente, edad de la menopausia, causa de la menopausia, tiempo transcurrido de la menopausia y uso previo de alguna hormona incluyendo tipo, vía de administración, dosis y condición médica durante el tratamiento.

R

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

- Edad de menores de 60 años.
- Motivo de consulta de la paciente
- Repercusiones en la calidad de vida y
- Aceptabilidad de la paciente al esquema farmacológico ofrecido.

D

[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

IV

(Shekelle)

NAMS, 2010

A

*(Executive
Summary:Postmenopausal
hormone therapy: an
Endocrine Society
Scientific Statement,
2010)*

A

*(Executive
Summary:Postmenopausal
hormone therapy: an
Endocrine Society
Scientific Statement,
2010)*

D

[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

D

(Shekelle)

Stuenkel, 2012

E

En la menopausia prematura o en insuficiencia ovárica prematura tienen un bajo riesgo de cáncer de mama, En Mujeres mayores de 60 años, la TH no debe utilizarse sin una indicación precisa y solo después de un apropiado consentimiento y atención de los factores de riesgo cardiovascular.

D
(Shekelle)

NAMS, 2012

D
[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

R

Se debe de indicar TH en pacientes con menopausia prematura o en insuficiencia ovárica prematura con gran seguridad, previa valoración clínica y no habiendo contraindicación de la misma, bajo información precisa y solo después de un apropiado consentimiento y atención de los factores de riesgo.

A

*(Executive
Summary:Postmenopausal
hormone therapy: an
Endocrine Society
Scientific Statement,
2010)*

D
[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

D
(Shekelle)

Stuenkel, 2012

Riesgo de hiperplasia o cáncer endometrial



En mujeres posmenopáusicas con útero que reciben TH con estrógenos sin oposición progestacional aumenta la incidencia de hiperplasia y cancer endometrial en comparación al placebo después de un año de uso, observándose mayormente con el uso de dosis altas.

Ia
(Shekelle)
Furness, 2012

IV
[Shekelle]
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

IV
(Shekelle)
Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D
(Shekelle)
NAMS, 2012

IV
(Shekelle)
NAMS, 2010

A
(Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

R

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

**A
(Shekelle)**

Furness, 2012

**IV
(Shekelle)**

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

**D
(Shekelle)**

NAMS, 2012

**D
(Shekelle)**

*Updated IMS
recommendations on
postmenopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2011*

**IV
(Shekelle)**

NAMS, 2010

A

*(Executive
Summary: Postmenopausal
hormone therapy: an
Endocrine Society
Scientific Statement,
2010)*

Cáncer de mama

E

El aumento de cáncer mamario es mayor en pacientes con terapia hormonal combinada (uso de progestágenos, principalmente con acetato de medroxiprogesterona por vía oral) durante 3 a 5 años de uso, la TH estrogénica simple mostró aumento de riesgo de Cáncer de mama a partir del 7º año de su uso.

R

Las pacientes con TH combinada durante 3 a 5 años deben ser valoradas estrechamente por el aumento del riesgo de cáncer de mama.

Ib
(Shekelle)
 WHI, 2002

IV
(Shekelle)
 NAMS, 2010

IV
[Shekelle]
 Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

IV
(Shekelle)
 NAMS, 2012

1
 (American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

A
(Shekelle)
 WHI, 2002

D
(Shekelle)
 NAMS, 2012

D
[Shekelle]
 Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

A
 (American Association of Clinical endocrinologist

medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)



Las pacientes candidatas a TH deben ser informadas sobre el aumento del riesgo de cáncer de mama principalmente con la Terapia combinada de Estrógenos conjugados derivados equinos más Acetato de Medroxiprogesterona por vía oral, las cuales se les debe de realizar mastografía anual o bianual de acuerdo a su perfil de riesgo.

Punto de Buena Práctica

Cáncer de ovario



La literatura científica disponible del riesgo de cáncer de ovario en pacientes con terapia hormonal es controversial. , aceptándose que la TH con estrógenos sólo durante un largo plazo puede asociarse a un pequeño aumento del riesgo de cáncer de ovario de 0.7 por 1000 mujeres durante 5 años de uso, no así con la terapia hormonal combinada.

**IV
(Shekelle)**
NAMS, 2010

**IV
[Shekelle]**
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

**IV
(Shekelle)**
NAMS, 2010



En pacientes con factores de riesgo para cáncer de ovario candidatas a terapia hormonal se debe de informar a la paciente la asociación con cáncer de ovario.

**IV
[Shekelle]**
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

Riesgo cardiovascular e isquemia cardiaca

E

En mujeres que reciben terapia hormonal después de 10 años de la menopausia el riesgo de enfermedad cardiovascular se incrementa de manera significativa. En pacientes mayores de 60 años y Enfermedad cerebrovascular (EVC) la terapia hormonal incrementa el riesgo.

Ib
[Shekelle]
 WHI, 2002
IV
[Shekelle]
 Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013
1
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

R

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

Ia
[Shekelle]
 Main, 2013
Ib
[Shekelle]
 WHI, 2002
IV
[Shekelle]
 Stuenkel, 2012



El uso de TH en pacientes menores de 60 años de edad o en los primeros 10 años de posmenopausia se apega a mayor seguridad.



La TH no está recomendada como preventiva en la mujer en la peri o postmenopausia de enfermedad cardiovascular.

A
[Shekelle]
Main, 2013

D
[Shekelle]
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

A
(Shekelle)
WHI, 2002

A
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

D
(Shekelle)
Stuenkel, 2012

D
[Shekelle]
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

A
(Shekelle)
WHI, 2002

D
(Shekelle)
Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D
(Shekelle)

NAMS, 2010

IV

[Shekelle]

NAMS, 2010

IV

[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

E

Análisis posteriores de los datos obtenidos del estudio WHI (Women's Health Initiative), en concordancia con otros estudios observacionales señalan que la terapia hormonal puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria cuando se inicia en mujeres jóvenes o con menopausia reciente.

1

*(American Association of
Clinical endocrinologist
medical guidelines for
clinical practice for the
diagnosis and treatment
of menopause. (AACE),
2011)*

Ib

(Shekelle)

WHI, 2002

IV

[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

Ia

(Shekelle)

Main, 2013

E

Revisiones sistemáticas de estudios aleatorizados que utilizaron un esquema de terapia combinada a través de estrógenos conjugados equinos más acetato de medroxiprogesterona en dosis estándar y con poblaciones que tenían patología previa y edades avanzadas han concluido que la terapia hormonal combinada incrementa el riesgo de tromboembolismo, embolias, cardiopatía isquémica y cáncer de mama, presentando este aumento del riesgo durante el uso de 6 a 12 meses.

E

Todos los progestágenos se han relacionado en el incremento del riesgo de cáncer de mama, el más estudiado y relacionado con éste aumento es el acetato de medroxiprogesterona y aún no se tiene evidencia suficiente de que la progesterona micronizada u otra progestina tengan el mismo efecto.

1

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

1b

(Shekelle)

WHI, 2002

A

(Shekelle)

Main, 2013

IV

[Shekelle]

Update 2013

International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

R

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

A

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

B

(Shekelle)

WHI, 2002

A

(Shekelle)

Main, 2013

Tromboembolismo

E

En un estudio de casos y controles de usuarias de terapia estrogénica vía oral o transdérmica comparadas con no usuarias de terapia estrogénica se observó que el grupo de terapia estrogénica oral mostro un mayor riesgo de tromboembolismo con un OR de 4.2 (95%IC 1.5-11.6) , en comparación a la vía transdérmica mostrando esta ultima un OR de 0.9 (95% IC, 0.4-2.1) ,; no habiendo diferencias significativas entre el tipo de progestágeno (derivados norpregnos y progesterona micronizada).

E

Dentro de las ventajas conocidas del Estrógeno transdérmica sobre la vía oral, se encuentran:

- Evita el efecto hepático de primer paso
- Menos incremento en triglicéridos.
- Menos efecto sobre la proteína C reactiva.
- Tal vez menos riesgo de trombosis.
- Menos riesgo de disminución de la libido.
- Menos efectos colaterales gastrointestinales.

IV
[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

III
(Shekelle)

Canonico, 2008

3

*(American Associaton of
Clinical endocrinologist
medical guidelines for
clinical practicce for the
diagnosis and treatment
of menopause.(AACE),
2011)*

3

*(American Associaton of
Clinical endocrinologist
medical guidelines for
clinical practicce for the
diagnosis and treatment
of menopause.(AACE),
2011)*

IV
[Shekelle]

*Update 2013
International Menopause
Society recommendations
on menopausal hormone
therapy and preventive
strategies for midlife
health, 2013*

III
(Shekelle)

NAMS, 2007



El estudio del Millón de mujeres, en relación al cáncer de mama y TH muestra que el riesgo de cáncer es menor si se utilizan sólo estrógenos o tibolona en comparación con diferentes progestinas como Acetato de medroxiprogesterona, noretindrona y levonogestrel.

IIb
(Shekelle)
Million, 2003



En un estudio de casos y controles de usuarias de terapia estrogénica vía oral o transdérmica comparadas con no usuarias de terapia estrogénica se observó que el grupo de terapia estrogénica oral mostro un mayor riesgo de tromboembolismo con un OR de 4.2 (95%IC 1.5-11.6) , en comparación a la vía transdérmica mostrando esta ultima un OR de 0.9 (95% IC, 0.4-2.1); no habiendo diferencias significativas entre el tipo de progestágeno (derivados norpregnos y progesterona micronizada).

III
(Shekelle)
Canónico, 2007



El riesgo de tromboembolismo venoso se incrementa con cualquier terapia hormonal sobre todo el primer año de uso con la administración por vía oral.

IV
[Shekelle]
Update 2013
International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

Ia
(Shekelle)
Canónico, 2008



La TH no se recomienda en pacientes con obesidad, tabaquismo, tromboembolismo y mutaciones pro-trombóticas.

3
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)

IV
[Shekelle]
Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013

A
(Shekelle)
Canonico, 2008

C
(Shekelle)
Canonico, 2007

IA
(SOGC, 2009)

B
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AACE), 2011)



Los proveedores de salud se deben de abstener de prescribir la terapia hormonal en mujeres con alto riesgo de tromboembolia venosa.

Cambios en masa corporal



En la mujer los cambios hormonales asociados a la transición menopáusica afectan la composición corporal y contribuyen a la ganancia de peso. No hay consistencia en los resultados sobre el efecto de la TH sobre ganancia de peso, masa grasa periférica o central, pues algunos reportan reducción y otros sin cambios.

IV
(Shekelle)
NAMS, 2010

B
(Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)



Debe de fomentarse dieta sana y actividad física en la paciente candidata a TH ya que puede variar la composición corporal.

D
(Shekelle)
NAMS, 2010

B

(Executive Summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010)

4.9 CONTRAINDICACIONES



La FDA reporta como contraindicaciones de la terapia hormonal las siguientes:

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

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

1

(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AAACE), 2011)

IV

(Shekelle)

Birkhäuser, 2008

IV

(Shekelle)

NOM-035, 2012

R

No debe indicarse terapia hormonal en pacientes con:

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

A
(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AAACE), 2011)

D
(Shekelle)
Birkhäuser, 2008

D
(Shekelle)
NOM-035, 2012

4.10 EFECTOS COLATERALES NO GRAVES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Hay varios efectos secundarios de la Terapia Hormonal estrogénica sola o combinada, variando de acuerdo a la vía de administración, tipo de progestágeno y dosis.</p>	<p>Ia (Shekelle) <i>Furness, 2012</i></p>
<p>Los efectos secundarios de la TH reportados y poco frecuentes son:</p>	<p>Ia (Shekelle) <i>Furness, 2012</i></p>
<p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado Uterino(que inicia o que regresa • Sensibilidad mamaria • Náuseas • Distensión abdominal • Retención de líquidos en las extremidades • Cambios en la forma de la córnea. • Cefalea o migraña • Mareo • Cambios en estado de ánimo(Con Terapia combinada 	<p>Ia (Shekelle) <i>Formoso , 2013</i></p> <p>Ia (Shekelle) <i>MacLennan, 2009</i></p>

R

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

A
(Shekelle)
Furness, 2012

A
(Shekelle)
Formoso, 2013

A
(Shekelle)
MacLennan, 2009

E

En pacientes con sangrado uterino y síndrome menopáusico el uso de TH con tibolona mostró una reducción significativa del sangrado.

Ia
(Shekelle)
Formoso, 2013

R

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

A
(Shekelle)
Formoso, 2013

R

La trimegestona es recomendable como terapia progestacional en pacientes que muestran perfil de sangrado con otra terapia Hormonal.

C
(Shekelle)
Schindle, 2003

R

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

D
(Shekelle)
NAMS, 2007

E

Con el uso de terapia estrogénica simple o combinada con una progestina tipo drospirenona, se observó una menor incidencia de edema periférico en la terapia combinada con drospirenona versus la TH con estradiol simple (1.8% y 5.3% respectivamente) y niveles de presión arterial menores.

Ib
(Shekelle)
Archer, 2007

Ib
(Shekelle)
White, 2005

E

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

IV
(Shekelle)
COFEPRIS, 2011

R	<p>En el cuadro básico del consejo la presentación de TH con drospirenona es de 2mg de drospirenona combinada con estradiol 1mg, siendo mayor la dosis en su presentación para uso anticonceptivo(3 mg).</p>	<p>IV (Shekelle) Cuadro básico de medicamentos, Consejo de Salubridad, 2011</p>
R	<p>La alerta de drospirenona que reportó la FDA compete a la presentación anticonceptiva, siendo recomendable evitar en pacientes con alto riesgo(obesidad, tabaquismo, enfermedad cardiovascular, cáncer de mama o endometrial, trombosis venosa o arterial)</p>	<p>A <i>(American Association of Clinical endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause.(AACE), 2011)</i></p> <p>D (Shekelle) Birkhäuser, 2008</p>
R	<p>En Distención abdominal cambiar el estrógeno oral a otra vía de dosis bajas; o reducir la dosis del progestágeno, cambiar a otra progestinas o progesterona micronizada.</p>	<p>D (Shekelle) NAMS, 2007</p>
R	<p>En mastalgia reducir de dosis de estrógeno; cambiarlo; restringir la sal; cambiar la progestina; disminuir cafeína o chocolate.</p>	<p>D (Shekelle) NAMS, 2007</p>
R	<p>Para el control de la cefalea es recomendable: cambiar a estrógeno no oral,; reducir dosis de estrógenos y/o progestágenos, cambiar a un régimen continuo combinado; cambiar a progesterona o a un derivado 19-norpregnano; ingesta adecuada de agua; restringir la sal; la cafeína y el alcohol.</p>	<p>D (Shekelle) NAMS, 2007</p>
R	<p>Para el control de cambios de ánimo se sugiere la búsqueda de depresión preexistentes, reducir la dosis de progestágeno; cambio de progestina sistémica a intrauterina; cambio a régimen combinado continuo; ingesta adecuada de agua; restringir la sal; la cafeína y el alcohol.</p>	<p>D (Shekelle) NAMS, 2007</p>

R

Para el control de la náusea se recomienda ingesta de las tabletas de estrógenos junto a las comidas o antes de dormir; cambio a otro estrógeno oral; cambio a estrógeno no oral; reducir la dosis de estrógeno o de progestágeno.

D
(Shekelle)
NAMS, 2007

4.11 HORMONAS BIOIDÉNTICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Las Hormonas 'bioidénticas' o 'naturales' son hormonas del tipo estradiol, la estrona o estriol, progesterona, testosterona, y Hormona del crecimiento, denominadas 'naturales' sustancias sintetizadas ' a partir de ñame vegetal mexicano (camote) y son idénticos a los estrógenos ováricos, considerándose productos no-probados.</p>	<p>IV (Shekelle) <i>Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011</i></p>
<p>E</p>	<p>Estas hormonas generalmente se administran en comprimidos (pastillas bucales) o como cremas transdérmica, compuestas por farmacéuticos locales bajo la prescripción de médicos, en combinaciones y dosis que no han sido probadas en ensayos clínicos de calidad, las cuales tienen efecto celular farmacológico lo que conlleva también riesgos.</p>	<p>IV [Shekelle] <i>Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011</i></p> <p>D [Shekelle] <i>Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013</i></p>



Los preparados hormonales bio idénticos no han sido bien evaluados en dosis, eficacia y sus riesgos aún se desconocen.

IV
[Shekelle]
Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D
[Shekelle]
Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013



No está recomendado el uso de hormonas bio idénticas como tratamiento hormonal.

IV
[Shekelle]
Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011

D
[Shekelle]
Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2013



No es recomendable el uso de hormonas bio idénticas, debiendo el profesional de la salud informar a la paciente que son preparados que no han sido bien evaluados en dosis, eficacia y sus riesgos aún se desconocen.

Punto de Buena Práctica

4.12 TRATAMIENTO NO HORMONAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los fármacos no hormonales que han mostrado eficacia para atenuar los síntomas vasomotores se dividen en dos grupos:	Ia (Shekelle) <i>Nelson, 2006</i>
	1.- Fármacos	Ib <i>(Canadian Consensus Conference on Menopause, update SOGC, 2006)</i>
	Los inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina (Desvenlafaxina o Venlafaxina)	
	Clonidina, Gabapentina, Veraliprida.	
	2.- Fitoterapia:	
	Isoflavonas (soya)	III (Shekelle) <i>Lilue 2009</i>
	Ginsen	
	Camote mexicano	
	Valeriana	Ib (Shekelle) <i>Levis 2010</i>
	Derivados de soya, (Isoflavonas, genisteína, daiteína),	
	Lignanos (cereales, frutas, vegetales y semillas)	
	Cumestanos (alfalfa)	IB <i>(Canadian Consensus Conference on Menopause, update SOGC, 2006)</i>
		IB <i>SOGC, 2009</i>
R	La terapia no hormonal está indicada cuando existe contraindicación para la misma en el control del síndrome vasomotor o en pacientes que no aceptan la TH mostrando mayor utilidad en pacientes con síntomas vasomotores leves.	Ib <i>(Canadian Consensus Conference on Menopause, update (SOGC, 2006)</i>
		III (Shekelle) <i>Lilue 2009,</i>
		IB <i>SOGC, 2009</i>
		Ib (Shekelle) <i>Levis 2010</i>

<p>E</p>	<p>El fármaco inhibidor de recaptura de serotonina y norepinefrina que ha mostrado mayor efectividad en el control de los síntomas vasomotores es la desvenlafaxina.</p>	<p>III (Shekelle) <i>Lilue 2009</i></p>
<p>E</p>	<p>Un medicamento que se ha utilizado durante cerca de 20 años en México es la veraliprida disponible en México, no en el IMSS, medicamento antidopaminérgico, la cual reduce los síntomas hasta un 80% en promedio</p>	<p>IV (Shekelle) <i>Consenso AMEC, 2012</i></p>
<p>E</p>	<p>Los efectos secundarios de veraliprida son desde leve a severos, siendo los efectos leves los más comunes tales como: Galactorrea Mastodinia Boca seca Náuseas Astenia Taquipnea Disnea Los efectos secundarios más serios son la depresión y discinecias tardías del tipo de Síndrome Parkinsoniano.</p>	<p>Ia (Shekelle) <i>Nelson,2006</i> III (Shekelle) <i>Helio, 2001</i> IV (Shekelle) <i>Consenso de la Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio, 2012</i></p>
<p>E</p>	<p>El Síndrome Parkinsoniano, ha sido reportado en casos aislados lo cual ha generado polémica y retiro del fármaco en algunos países, en un metanálisis de tratamiento no hormonal, no se documentaron eventos de discinecia o parkinsonianos.</p>	<p>Ia (Shekelle) <i>Nelson,2006</i> III (Shekelle) <i>Helio, 2001</i></p>
<p>R</p>	<p>Por el reporte de casos de Síndrome Parkinsoniano la OMS en el año 2007 emite unas recomendación para el uso del veraliprida en donde especifica que con su uso los riesgos superar a los beneficios.</p>	<p>IV (Shekelle) <i>Alerta, OMS,2007</i></p>



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

Indicarlas sólo para control de crisis vasomotoras y manifestaciones psicofuncionales del climaterio.

Respetar el esquema terapéutico de uso diario de en dosis de 100 mg 20 días con 10 días de descanso

Vigilancia y seguimiento estrecho para detección efectos discinecias

Realizar un seguimiento estrecho y reportar cualquier sospecha de reacción adversa.

En el consenso nacional de veraliprida (AMEC) recomienda:

1. Para poder prescribir el fármaco el médico debe tener conocimientos de sus reacciones adversas, efecto terapéutico y posología.

2. El médico debe mencionar a la paciente las otras opciones terapéuticas existentes.

3. Debe evaluar adecuadamente el estado mental y neurológico para identificar trastornos del movimiento o signos extra piramidales, descartar trastornos de depresión o de ansiedad que puedan confundirse con los síntomas del climaterio que se tratan con otros medicamentos.

4. Se invita a la comunidad médica a que reporte los eventos adversos a la siguiente dirección: www.cofepris.gob.mx



El uso de veraliprida como tratamiento no hormonal para el control de síntomas vasomotores en el climaterio debe ser contemplado bajo prescripción médica exclusivamente en dosis recomendada por la COFEPRIS y con vigilancia médica estrecha en pacientes que tengan mínimas posibilidades de efectos neurológicos, y con estos evitar los efectos secundarios más serios que sean motivo de interrupción del tratamiento.



IV
(Shekelle)
COFEPRIS, 2009

D
(Shekelle)
Consenso de la Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio, 2012

D
(Shekelle)
Consenso de la Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio, 2012

Punto de Buena Práctica

4.13 FITOTERAPIA (FITOESTRÓGENOS)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Los productos de fitoterapia utilizados en este grupo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isoflavonas (soya) • Camote mexicano • Valeriana • Derivados de soya, (Isoflavonas, ,genisteína, daitseína), Lignanos (cereales, frutas, vegetales y semillas • Cumestanos (alfalfa) 	<p>Ia (Shekelle) <i>Nelson, 2006</i></p> <p>Ib (Shekelle) <i>Carranza, 2006</i></p> <p>Ib <i>(Canadian Consensus Conference on Menopause, update (SOGC), 2006)</i></p> <p>III (Shekelle) <i>Lilue 2009</i></p> <p>Ib (Shekelle) <i>Levis 2010</i></p> <p>Ia (Shekelle) <i>Lethaby, 2008</i></p> <p>Ia (Shekelle) <i>Nelson, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>Las evidencia publicadas sobre eficacia y toxicidad son limitadas principalmente por la calidad de los estudios ya que midieron pocos datos de seguridad, y cuando los registraron fueron principalmente efectos gastrointestinales.</p>	<p>Ia (Shekelle) <i>Tempfer, 2009</i></p> <p>Ia [Shekelle] <i>Leach, 2012</i></p> <p>Ib (Shekelle) <i>Levis. 2010</i></p>

R

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

A
(Shekelle)
Lethaby, 2008

A
(Shekelle)
Tempfer, 2009

A
(Shekelle)
Nelson, 2008

B
SGOC, 2009

A
[Shekelle]
Leach, 2012

R

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

IB
SGOC, 2009

R

El uso de fitoterapia conlleva efectos secundarios, los cuales deben ser del conocimiento del personal médico que lo prescribe e informar a la paciente de los mismos (Cuadro de Fitoterapia)

IB
(SGOC, 2009)

E

Un estudio controlado en pacientes con postmenopausia, a las que se administró 200 mg de isoflavonas de soya durante 2 años mostró mejor masa ósea en comparación al grupo placebo.

Ib
(Shekelle)
Levis. 2010

R


En pacientes que no reúnan los requisitos para indicar TH el uso d isoflavonas pueden ofrecer algunos beneficios.

A
(Shekelle)
Levis. 2010

D
(Shekelle)
NOM-035, 2002


4.14 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.14.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN





	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La referencia de las pacientes en perimenopausia y postmenopausia será en los siguientes casos:	D (Shekelle) <i>NAMS, 2007</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que amerite TH y sospecha de miomatosis uterina, hiperplasia y/o poliposis endometrial, cáncer cérvicouterino, ovárico, o alguna coagulopatía. 	D (Shekelle) <i>NOM-035, 2012</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sin respuesta a Tratamiento Hormonal establecido. • Contraindicación de TH. 	D (Shekelle) <i>Procedimiento para la atención de la mujer en etapa de climaterio en las unidades de medicina familiar IMSS, 2012</i>

4.15 CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA

4.15.1 DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las pacientes valoradas o tratadas por médico especialista serán contrareferida cuando: <ul style="list-style-type: none"> • Exista control con tratamiento establecido. • Pacientes sin aceptación de Terapia Hormonal. 	Punto de Buena Práctica

4.16 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>El grupo elaborador de esta guía acepta la recomendación de que la paciente en Peri o postmenopausia debe llevar a cabo un seguimiento estrecho y reportar cualquier sospecha de reacción adversa, en base a los eventos adversos de la TH o medicamentos no hormonales más frecuentes que se dan en los primeros meses de su uso.</p>	<p>D (Shekelle) <i>Consenso de la Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio, 2012</i> IV (Shekelle) <i>COFEPRIS, 2009</i></p>
	<p>Otras instancias internacionales consideran que las pacientes usuarias de TRH deben tener al menos una cita anual en donde se debe de registrar estado clínico, eventos adversos y solicitud de exámenes complementarios.</p>	<p>D (Shekelle) <i>NAMS, 2007</i> D (Shekelle) <i>Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011</i></p>
	<p>La valoración integral debe ser anual, la cual deberá incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica completa • Laboratorio (Glucosa, perfil de lípidos) • Citología cervicovaginal • Mastografía o mamografía • Ultrasonido pélvico en pacientes con sangrado uterino o pacientes con riesgo alto de cáncer endometrial. • La densitometría ósea debe ser considerada en cada caso. 	<p>D (Shekelle) IV (Shekelle) <i>Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011</i> D (Shekelle) <i>NAMS, 2010</i></p>
	<p>Vigilar los primeros 3 a 6 meses de inicio de terapia hormonal, con fines de evaluar eficacia y tolerancia para brindar mayor seguridad a la paciente.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática **Peri y postmenopausia**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **Inglés y español**
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Peri y postmenopausia**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda

5.1.1 PRIMERA ETAPA (SI APLICA)

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema menopausia o perimenopausia en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **menopausal (s) and postmenopause, hormonal therapy MeSh**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **885** resultados, de los cuales sólo se pudieron disponer de se utilizaron **206** siendo **útiles 35** documentos en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado
885	206 de documentos obtenidos como resultado>

Algoritmo de búsqueda:

- Search **menopausal**
- Search ("**Postmenopause**"[Mesh]) AND "**Menopause**"[MeshSearch
- [Mesh]) "**Menopause/diagnosis**"
- [Mesh] OR "**Menopause/therapy**"[Mesh])
- [Mesh]) ("**Menopause/diagnosis**"[Mesh]
- [Mesh]) "**Menopause/therapy**"
- [Mesh]) Filters:**Free full text available**
- [Mesh]) "**Menopause/epidemiology**
- [Mesh]) "**Menopause/etiology**"[Mesh)
- "[Mesh] OR "**Menopause/physiology**"
- "[Mesh]) Filters: **published in the last 5 years**

5.1.2 SEGUNDA ETAPA (SI APLICA)

En esta etapa se realizó la búsqueda en **Cochrane** con el término **Therapy hormonal**. Se obtuvieron **20** resultados de los cuales se utilizaron **12** documentos en la elaboración de la guía.

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

La Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores

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

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

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

Niveles de Evidencia de la Guía "Executive summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement, 2010"

Categoría de la Recomendación	Naturaleza
A	Con probabilidades de no presentar cambios,
B	Con un menor nivel de certeza
C	Tentativo de cambios

Santen y colaboradores, *J Clin Endocrinol Metab* 2010, 95 (Suppl 1):S1-S66

**Niveles de evidencia y recomendaciones de la American Association of Clinical
Endocrinologists
Evidence Rating Based on Reference Methodology**

Nivel de evidencia	Descripción metodológica	Fuerza de recomendación
1	Evidencia obtenida de Meta análisis de Ensayos Clínicos controlados; estudios aleatorizados con bajos falsos positivos y bajos errores (alto poder) (MECA)	A
1	Evidencia obtenida de un ensayo clínico aleatorizado (ECA)	A
2	Evidencia obtenida de Meta análisis de estudios prospectivos no aleatorizados o casos y controles (MCC)	B
2	Evidencia obtenida de un estudio clínico no aleatorizado (ENA)	B
2	Evidencia obtenida de un estudio tipo cohorte prospectiva (EC)	B
2	Evidencia obtenida de un estudio tipo casos y controles ECC)	C
3	Evidencia obtenida de estudio transversal (ET)	C
3	Evidencia obtenida de un estudio de sobrevivencia (registros, sobrevida, o estudio epidemiológico) (ES)	C
3	Evidencia obtenida de casos en serie (CS)	D
3	Evidencia obtenida de reporte de un caso (RC)	D
4	No hay evidencia (teoría, opinión de experto, consenso o revisión (NE)	D
1= Evidencia Fuerte 2= Evidencia intermedia 3= Evidencia débil 4= Sin evidencia		

Tomado de: Mechanic JI, Camacho PM, Cobin RH, et al. (American Association of clinical Endocrinologists ad Hoc Task Force for standardized Production of clinical Practice Guidleines) American Association of Clinical Endocrinologists protcol for standardized production appers in Endocr Pract. 2008;14:802-803. Endocri Pract.2004;10:353-361.

“JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY CANADA

Calidad de la Evidencia*		Clasificación de las Recomendaciones**	
Nivel	Significado	Grado	Significado
I	Evidencia procedente de Meta análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados	A	Existe adecuada evidencia para recomendar acciones preventivas
II-1	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico Controlado no Aleatorizado bien diseñado	B	Existe evidencia aceptable para recomendar acciones preventivas
II-2	Evidencia de Estudios de Cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o Estudios de Caso Control, preferentemente por más de un centro o grupo de investigación	C	La evidencia existente es conflictiva y no permite hacer una recomendación para una acción preventiva, sin embargo hay otros factores que pueden influir en la toma de decisión.
II-3	Evidencia obtenida de comparación entre tiempos o lugares con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados.	D	Hay evidencia aceptable para no recomendar la acción preventiva
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, Estudios Descriptivos o reportes de comités experimentados	E	Existe evidencia adecuada para no recomendar la acción preventiva.

*La cualidad de la evidencia reportada en esta guía ha sido adaptada de la Evaluación de los Criterios de la Evidencia descritos en “Canadian Task Force on Preventive Care”

**Las recomendaciones incluidas en esta guía han sido adaptadas de la clasificación de las recomendaciones de los criterios descritos en la “Canadian Task Force on Preventive Care”

**ESCALA UTILIZADA POR LA GUÍA DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA ESPAÑOLA
ESTUDIO SOBRE EL TRATAMIENTO PREVENCIÓN Y ETIOLOGÍA Y COMPLICACIONES.**

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS de ECA, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	1b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos).
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
B	2a	RS de estudios de cohortes. Con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2b	Estudios de cohorte individual y ECA de baja calidad (<80% de seguimiento).
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	RS de estudios de caso-control, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3b	Estudios de caso-control individuales.
C	4	Series de casos y estudios de cohortes y casos control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos en valoración crítica explícita.

RS: revisión sistemática, ECA: Ensayo clínico aleatorio.

* Guía Española

ESTUDIO DE HISTORIA NATURAL Y PRONÓSTICO.

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS de estudios de cohorte, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección) reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en diferentes poblaciones.
	1b	Estudios de cohortes individuales con >80% de seguimiento. Reglas de decisión diagnóstica (algoritmo de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validados en una única población.
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (series de casos).
B	2a	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2b	Estudios de cohorte retrospectivo o seguimiento de controles no tratados (algoritmo de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validados en muestras separadas.
	2c	Investigación de resultados en salud.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración explícita.

RS: revisiones sistemáticas. RCA: ensayo clínico aleatorio

* Guía Española

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL /ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SÍNTOMAS

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección) de estudios prospectivos de cohorte.
	1b	Estudios de cohortes prospectivo con un seguimiento >80% y con una duración adecuada para la posible aparición de diagnósticos alternativos.
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (serie de casos).
	2a	RS de estudios de nivel 2 o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
B	2b	Estudios de cohorte retrospectivo de baja calidad (<80% de seguimiento)
	2c	Estudios ecológicos
	3a	RS de estudios de nivel 3b o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3b	Estudios de cohortes con pacientes no consecutivos o con una población muy reducida.
C	4	Series de casos o estándares de referencia no aplicados.
D	5	Opinión de expertos sin valoración clínica explícita

RS: revisión sistemática.

* Guía Española

DIAGNÓSTICO

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica con estudios 1b de diferentes centros clínicos.
	1b	Estudio de cohortes que validen la calidad de un test específico con unos buenos estándares de referencia (independientes del test) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) estudiados en un solo centro.
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2a	RS de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios de resultados comparables y en la misma dirección).
	2b	Estudios exploratorios por ejemplo, a través de una regresión logística. Determine qué factores son significativos con unos buenos estándares de referencia (independientes del test). Algoritmos de categorizaciones del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) derivadas o validadas en muestras separadas o bases de datos.
	3a	RS de estudios diagnósticos de nivel 3b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3b	Estudios con pacientes no consecutivos sin estándares de referencia aplicados de manera consistente.
C	4	Estudios de casos y controles de baja calidad o sin estándar independiente.
D	5	Opinión de expertos sin valoración clínica explícita.

RS revisión sistemática

* Guía Española

ANÁLISIS ECONÓMICO Y ANÁLISIS DE DECISIONES

Grados de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad). Con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	1b	Análisis basados en los costos clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas de la evidencia, e incluso de análisis de sensibilidad.
	1c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenos o mejores, pero mas baratos, claramente tan malos o peores. Pero mas caros.
B	2a	RS de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2b	Análisis basados en sus costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas con evidencia limitada, estudios individuales, e inclusión de análisis de sensibilidad.
	2c	Investigación de resultados en salud
	3a	RS de estudios económicos de nivel 3b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Análisis de medida de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes.
C	4	Análisis que no incluya análisis de la sensibilidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

96 anexos

* Guía Española

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Cuadro I. Estilos de vida para la mujer climatérica y posmenopáusia

Abuso de sustancias:

- Dejar Tabaquismo
- Seguridad del alcohol-drogas (por ejemplo evitar consumo al manejar, nadar. Etc.
- Alcoholismo-abuso de drogas

Dieta y Ejercicio

- Limitar el consumo de grasa y colesterol
- Mantener el equilibrio calórico
- Consumir una dieta con base en granos enteros, frutas, verduras y agua.
- Asegurar un consumo adecuado de vitaminas y minerales, especialmente calcio.
- Resaltar la importancia de la actividad física regular.

Prevención de lesiones:

- Utilizar cinturones de seguridad, evitar caídas etc.

Conducta sexual:

- Instituir la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Utilizar condones o una barrera femenina
- Evitar conductas sexuales de alto riesgo.
- Prevenir los embarazos no deseados con el método de anticoncepción adecuado.

Salud dental:

- Hacer hincapié en la importancia de las visitas regulares al dentista
- Utilizar hilo dental y cepillar los dientes diariamente con pasta que contenga fluoruro

NAMS 2008

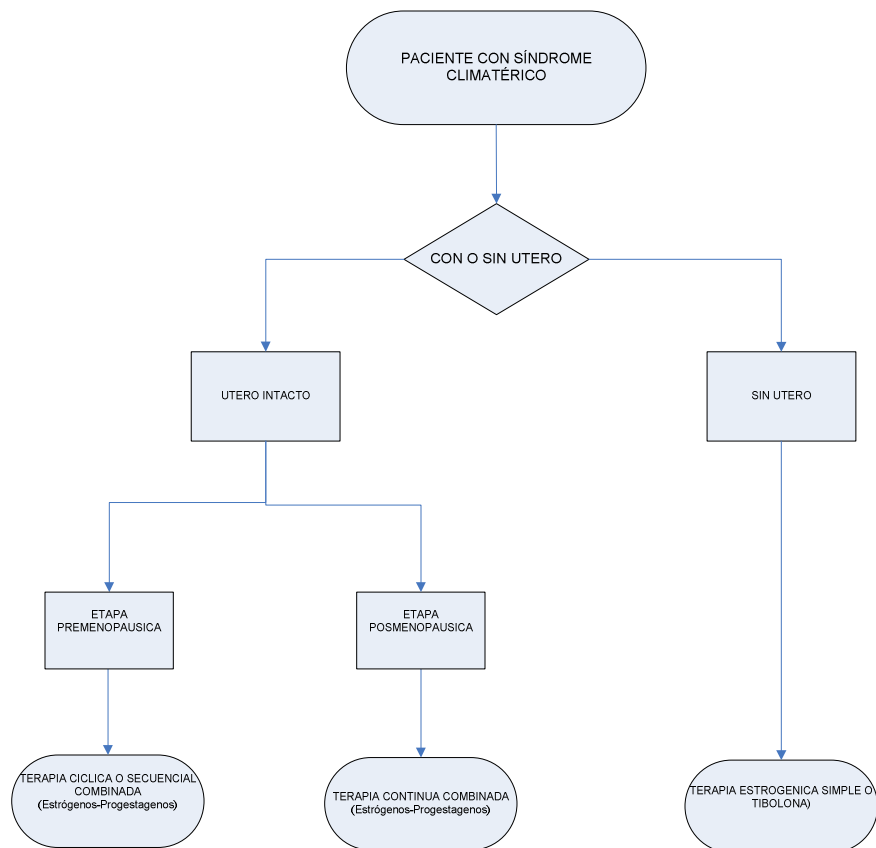
Tabla 2 Etapas del envejecimiento reproductivo (STRAW)

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

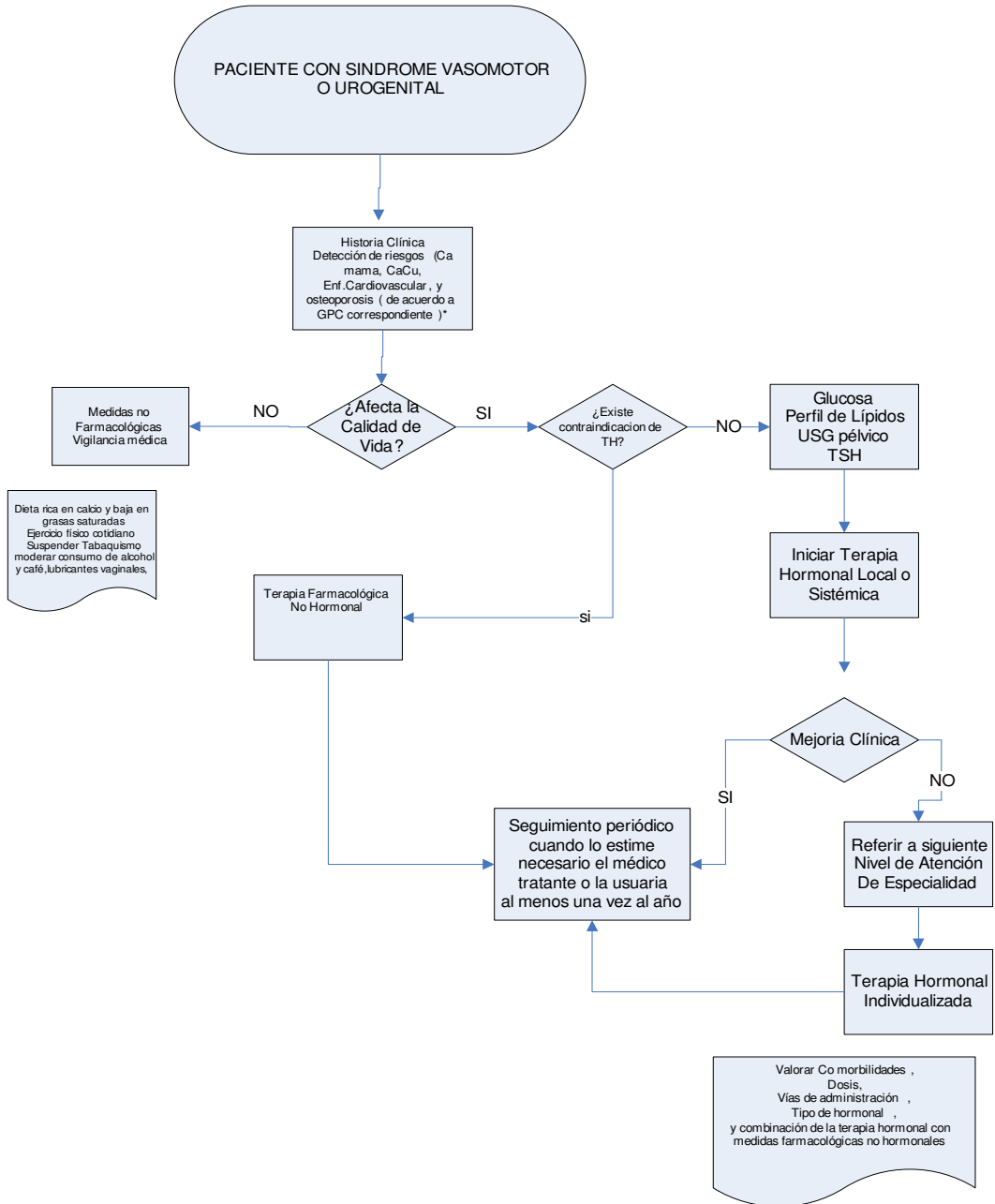
The Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. Harlow. Menopause 2012;19(4):1-9.

5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO

Esquemas de Terapia Hormonal



Atención del Climaterio y menopausia



5.5 LISTADO DE RECURSOS

5.5.1 TABLA DE MEDICAMENTOS

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

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1508.00	Estrógenos conjugados y/ medroxiprogesterona	1 gragea 0.625 mg / 5.0 mg cada 24 hrs sin suspender.	Gragea 0.625 mg / 5.0 mg 28 grageas, 14 grageas de color azul y 14 grageas de color marrón Caja con	6 a 12 meses	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no hysterectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo
010.000.1501.00	Estrógenos conjugados	1 gragea 0.625 mg diariamente por 21 días descansando una semana.	Gragea 0.625 mg Caja con 42 grageas o tabletas.	6 a 12 meses	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no hysterectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo

010.000.1506.00	Estrógenos conjugados	Tubo crema con 62.5 gm / Envase con 43 g y aplicador	Gragea 0.625 mg	Una aplicación de .625 mg diarios por 7 días continuar dos veces a la semana por 21 días	Edema, cefalea, retención de líquidos, urticaria, anorexia, náusea, vómito, meteorismo, migraña, congestión mamaria, trombosis arterial, cloasma, hipertensión arterial, depresión, hepatitis, irritabilidad.	Disminuyen su efecto terapéutico: barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina, incrementan sus niveles.	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma estrógeno dependiente, ictericia colestática, eventos tromboembólicos activos y sangrado genital no diagnosticado. Precauciones: Hipertrigliceridemia, insuficiencia hepática, hipertensión arterial, hipocalcemia, mujeres no histerectomizadas, diabetes mellitus, endometriosis, hipotiroidismo
010.000.1521.00	Clormadinona	Tabletas 2 mg 1 a 3 tabletas diarios de 10 a 14 días cada mes	Envase de 10 tabletas de 2 mg	2 a 3 tabletas diariamente por 10 a 14 días cada mes	Retención de líquidos. Congestión mamaria, distensión abdominal, aumento de peso, vómito, náusea, acné, colestasis intrahepática, eritema, eritema nodos, urticaria, migraña, hipertensión arterial, trombosis, hemorragia cerebral, depresión	Interactúa con ampicilina, barbitúricos, fenitoína y tetraciclinas. Por su actividad glucocorticoide disminuye la tolerancia a la glucosa	Hipersensibilidad al fármaco, carcinoma mamario, enfermedad tromboembólica,, enfermedad cerebrovascular, ictericia colestática, insuficiencia hepática
010.000.2207.01	Tibolona	1 tabletas 2.5 mg diario	Envase con 30 tabletas	6 a 12 meses	Aumento de peso, mareo, dermatosis seborreica, sangrado vaginal, cefalea, alteraciones gastrointestinales, hirsutismo facial, edema pretibial, elevación de transaminasas, intolerancia a la glucosa, alteraciones en lípidos séricos.	Mayor sensibilidad a los anticoagulantes.	Hipersensibilidad al fármaco, tumores hormona dependientes, tromboflebitis, tromboembolia, disfunción hepática y sangrado vaginal de etiología desconocida.
010.000.1006.00	Calcio	1 a 2 comprimidos cada efervescente cada 12 horas	Envase con 12 comprimidos cada comprimido contiene lactato gluconato de calcio 2.94 g, carbonato de calcio 300 mg y calcio ionizable 500 mg.	Durante el tiempo que el médico considere.	Trastornos gastrointestinales, hipercalcemia, insuficiencia renal, hipercalcemia y cálculos renales.	Las tetraciclinas y los corticosteroides disminuyen su absorción intestinal. Disminuyen el efecto terapéutico de los bloqueadores de calcio e incrementan el riesgo de toxicidad por digitalicos.	Hipersensibilidad al fármaco,, hipercalcemia, insuficiencia renal, hipercalcemia y cálculos renales
010.000.1095.00	calcitriol	1 capsula diario	Envase con 50 capsulas de	Por lo menos 3 meses y	Náusea, vómito e	Antagoniza el efecto	Hipersensibilidad al

		aumentando alas 2 o 4 semanas a 2 al día	calcitriol 0.25 µg	revalorar el caso.	hipercalcemia.	terapéutico de los bloqueadores del calcio. Con tiazida aumenta el riesgo de hipercalcemia.	fármaco a la vitamina D e hipercalcemia. Usar con precaución en pacientes con digitalicos.
--	--	--	--------------------	--------------------	----------------	---	--

6. GLOSARIO

Amenorrea: Ausencia de la menstruación por 90 días o más.

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

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

Atrofia urogenital: Disminución del grosor epitelial y tono muscular de vulva, vagina y uretra secundarios a la deficiencia estrogénica.

Contraindicación: Situación de riesgo a la salud por la cual no se debe administrar o aplicar un medicamento, practicar un procedimiento, o realizar un examen de laboratorio o gabinete.

Climaterio: fase en el proceso de envejecimiento durante la cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva y se inicia alrededor de los 45 años y puede permanecer hasta los 70 años.

Consejería, al proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y usuarias, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso. (NOM CA DE MAMA 2002)

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

Estrógenos conjugados: Preparaciones farmacológicas que contienen una mezcla de diversos estrógenos, siendo sus principales constituyentes el sulfato de estrona, sulfato de equilina y la 17 α dihidroequilina. Según su origen se clasifican en equinos y vegetales.

Factor de riesgo: Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Gonadotropinas: Hormonas de origen hipofisiario o coriónico que estimulan la producción hormonal en el ovario.

Dispareunia: Coito doloroso.

Hiperplasia: Multiplicación anormal de los elementos de un tejido debida a un proceso inflamatorio o neoplásico.

Hormonas 'bioidénticas' o 'naturales': Son hormonas iguales a los esteroides ováricos, considerándose productos no-probados, pueden ser del tipo estradiol, estrona estriol, progesterona, testosterona, u Hormona del crecimiento, las cuales son denominadas 'naturales' pero que son sintetizadas a partir de ñame o camote Mexicano .

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

Mastografía o Mamografía: Estudio radiológico de las mamas.

Obesidad: Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en el adulto cuando existe un índice de masa corporal [peso (kg)/ talla² (m)] mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

Orientación-consejería: Proceso de análisis y comunicación interpersonal entre el/la prestador(a) de servicios y la usuaria mediante el cual se proporciona información, orientación y asesoría sobre acciones tendientes a aliviar el síndrome climatérico y a prevenir enfermedades relacionadas al proceso natural de envejecimiento, sea éste dependiente o independiente del hipoestrogenismo, considerado no sólo como un fenómeno fisiológico sino también psicológico y social. (NOM. 035-2002)

Prevención primaria: Todas aquellas actividades o acciones de promoción, educación o fomento de la salud, así como las de protección específica para la prevención de las enfermedades.

Prevención secundaria: Todas aquellas actividades o acciones que están encaminadas a disminuir un daño.

Prevención terciaria: Todas aquellas actividades o acciones que están encaminadas a evitar la progresión de la enfermedad y las secuelas.

Progestágeno o progestina: Esteroide sintético derivado de la 19 nortestosterona o de la 17 α hidroxiprogesterona que ejerce acción hormonal similar a la progesterona.

Progesterona: Hormona esteroide de 21 átomos de carbono que se produce principalmente en el ovario.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia para una enfermedad, un accidente o un evento dañino.

Tabaquismo: Dependencia o adicción al tabaco.

Terapia de reemplazo estrogénica: Tratamiento hormonal que incluye sólo estrógenos, encaminado a restablecer el equilibrio que ha disminuido o se ha perdido durante la peri o postmenopausia.

Terapia de reemplazo hormonal: Tratamiento que incluye estrógenos más alguna progestina, encaminado a restablecer el equilibrio que ha disminuido o se ha perdido en la peri o en la postmenopausia.

Medicina Complementaria: Terapia utilizada en conjunto con el tratamiento convencional.

Medicina Alternativa: Terapia utilizada en lugar del tratamiento convencional.

Menopausia: es el cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la fecha de la última regla 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: cese inmediato de la menstruación debida a la pérdida de la función ovárica por extirpación quirúrgica de los ovarios con o sin histerectomía, o por las radiaciones y la quimioterapia que causan destrucción de las células germinales.

Menopausia espontánea o natural: es la suspensión definitiva de la menstruación, producto del proceso natural de envejecimiento en la que se produce la pérdida de la actividad folicular del ovario. Habitualmente ocurre en promedio a los 50 años.

Menopausia prematura: es la suspensión definitiva y espontánea de la menstruación antes de los 40 años (dos desviaciones estándar a la izquierda de la media estimada para una población de referencia).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Allen NE, Tsilidis KK, Key TJ, Dossus L, et al. Menopausal hormone therapy and risk of endometrial carcinoma among postmenopausal women in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Am J Epidemiol*. 2010;172: 1394—1403.
2. American Association of Clinical Endocrinologist medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. (AAACE) *Endocrine Practice* 2011. Goodman Neil F., MD, FACE; Rhoda H. Cobin, MD, MACE; Samara Beth Ginzburg, MD; Ira A. Katz, MD, FACE; Dwain E. Woode, MD.; 17(Suppl 6):1-26.
3. Archer, DF. Drospirenone and estradiol: A new option for the postmenopausal woman. *Climacteric*; Feb 2007;10 (Suppl 1):3-10
4. Avenell A, Gillespie Willimas J, Gillespie Lesley D, Connell Diane O. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and postmenopausal osteoporosis. *Cochrane Database of systematic review* 2009.
5. Beth J, Plante, Glinda S Cooper, Doona D, Baird, Anne Z Steiner. The impact of smoking on antimüllerian hormone levels in women aged 38 to 50 years. *Menopause*, vol.17, No.3, 2010:571-576
6. Birkhäuser MH, Panay N, Archer DF, Barlow D, Burger H, Gambacciani M, et al. Update practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri- and postmenopause. *Climacteric* 2008;11: 108—23
7. Canadian Consensus Conference on Menopause, Update (SOGC), *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2006;28:S1-S112.
8. Canonico M, Geneviève Plu-Bureau, Gordon D O Lowe, Pierre-Yves Scarabin. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;336:1227-1231.
9. Canonico Marianne, Emmanuel Oger, Geneviève Plu-Bureau, Jacqueline Conard, Guy Meyer, et al. Hormone Therapy and Venous Thromboembolism Among Postmenopausal Women: Impact of the Route of Estrogen Administration and Progestogens: The ESTHER Study. *Circulation* 2007;115:840-845
10. Carranza-Lira Sebastian, Ana Luz Mac Gregor Gooch, Guillermina Velasco-Diaz, Jacqueline Solano, Angelica Arzola-Paniagua. Low and Ultra Low-dose Estrogen Therapy for climacteric Symptom, *Contl-Preliminary Report Int J Steril* 5(4);2006:171-175.
11. Cheema D, Coomarasamy A, El-Toukhi, Non-Hormonal Therapy of postmenopausal vasomotor symptoms: structure evidence-base review. *Archives Gynecol Obst*, 2007 Nov, 276(5): 463-9
12. COFEPRIS. Comunicado a los profesionales de la Salud de drospirinona 2011. Consultado 14/08/2013 y disponible en: www.cofepris.gob.mx/AZ/Paginas/Farmacovigilancia/Comunicados.aspx
13. Cuadro básico de medicamentos, Consejo de Salubridad, 2011
14. Daley A, MacArthur C, Mutrie N, Stokes-Lampard H. Ejercicio para los síntomas vasomotores menopáusicos. Revisada y traducida en: La biblioteca Cochrane Plus, 2008.
15. Executive summary: Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society Scientific Statement. Santen RJ, Allred CD, Ardoin SP, Archer DF, Boyd N, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2010, 95 (Suppl 1):S1-S66

16. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 . position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2008;15(4):584-603.
17. Furness Susan, Roberts Helen, Marjoribanks Jane, Lethaby Anne. Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. Issue 8, Art.No.:CD000402.doi:10.1002/14651858.CD000402.pub4.
18. Formoso Giulio, Perrone Enrica, Maltoni Susanna, Balduzzi Sara, D'Amico Roberto, Bassi Chiara, Basevi Vittorio, Marata Anna Maria, Magrini Nicola, Maestri Emilio. Short and long term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, 2013; Issue 7, Art. No. CD008536. DOI
19. Guía de Práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona 2004
20. Gold Ellen B, Colvin Alicia, Avis Nancy, Bromberger Joyce, Greendale Gail, et al. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of women's health across the nation. *AM J Public Health*. 2006;96: 1226-1235.
21. Hansen, L.B. and Portman, D. (2006) Hormone therapy update. Current recommendations for menopausal symptoms. *US Pharm*, 31(9), 89-96.
Disponible y consultado 19/08/2013
www.uspharmacist.com/content/d/featured_articles/c/11556/
22. Harlow Siobhán D., Gass Margery, Hall Janet E, Lobo Roger, Maki Pauline, Rebar Robert W, Sherman Sherry, Sluss Patrick M. STRAW + 10 Collaborative Group Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause* 2012;19(4):1-9.
23. Hernández-Valencia M, Cordova Nydia, Vargas Antonio, Basurto Lourdes, Saucedo Renata, et al. Symptomatic changes in postmenopause with different methods of hormonal therapy. *Open Journal of Preventive Medicine* 1 (2011) 20-24
24. Helio Teive A G., Daniel S. Worsening of parkinsonism after the use of verapamil for treatment of menopause case report. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(1):123-124.
25. Leach Matthew J, Moore Vivienne. Black cohosh (cimicifuga SPP) for menopausal symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, issue 9. Art.No.:CD007244.doi:10.1002/14651858.CD007244.pub2
26. Legorreta D, Montañó JA, Hernández I, Salinas C, Hernández-Bueno JA; on behalf of the Amec Research Committee. Age at menopause, motives for consultation and symptoms reported by 40-59-year-old Mexican women. *Climacteric*. 2012 Aug 13. [
27. Lethaby A, Farquhar C, Sarkis A, Roberts H, Jepson R, Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden. Fitoestrógenos para los síntomas vasomotores menopáusicos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
28. Levis Silvina, Strickman-Stein N, Doerge DR, Krischer Jeffrey. Design and baseline characteristics of the soy phytoestrogens as replacement estrogens (SPARE) Study-A clinical trial of the effects of soy isoflavones in menopausal women. *Contemp Clin Trials*. 2010;31(4):293-302.

29. Lilue Mariella, Palacios Santiago. Tratamiento no-hormonal de los síntomas vasomotores durante la menopausia: papel de la desvenlafaxina. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(10):475-81
30. Los adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio siglo XXI. NEGI Disponible y consultado 28/05/2013 http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
31. MacLennan A, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen replacement Therapy versus placebo for hot flushes (Review) In the Cochrane Library, Issue 1. 2009 Chichester, UK: Jhon Wiley and Sond. Ltd.
32. Main C, Knight B, Moxham T, Sanchez GR, Sanchez Gómez LM, Roqueé I, Figuls M, Bonfil Cosp X. Hormone Therapy for preventive cardiovascular disease in post-menopausal women (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. Issue 4. Art, No.: CD002229. doi:10.1002/14651858.CD002229pub3.
33. Mechanic JI, Camacho PM, Cobin RH, et al. (American Association of clinical Endocrinologists ad Hoc Task Force for standardized Production of clinical Practice Guidelines) American Association of Clinical Endocrinologists protocol for standardized production appears in *Endocr Pract.* 2008;14:802-803. *Endocr Pract.* 2004;10:353-361.
34. Martinez MN, Emfinger CH, Overton M, Hill S, Ramaswamy T. Obesity and altered glucose metabolism impact HDL composition in CETP transgenic mice: a role for ovarian hormones. *Journal of lipid research.* 2012;53:379-389.
35. Nich Christophe, Langlois Jean, Marchadier Arnaud, Vidal Catherine, Cohen-Solal M, et al. Oestrogen deficiency modulates particle-induced osteolysis. *Arthritis Research Therapy.* 2011;13:R100:4-12. ENSAYO
36. Procedimiento para la atención de la mujer en etapa de climaterio en las Unidades de Medicina Familiar 2660-003-059 Consultado y disponible: 24/05/2013 <http://intranet/Docs/Normas/DIR.%20PRESTACIONES%20MEDICAS/UNIDAD%20DE%20ATENCION%20MEDICA/COORD.%20AREAS%20MEDICAS/PROCEDIMIENTOS/2660-003-059.pdf>
37. Sarrafzadegan Nizal, Khosravi -B, Esmailzadeh Ahmad, Sadeghi M, Rafie, Asgary Sedigheh. The Association between Hypertiglyceridemia Waist Phenotype Menopause, and cardiovascular risk factors. *Arch of Iranian Medicine.* 2013;16(3):161-163.
38. Stanczyk FZ, Hapgood JP, Winer S, Mishell D. Progestogens used in postmenopausal hormone therapy: differences in their pharmacological properties, intracellular actions, and clinical effects. *Endocrine Rev* 2013;34:171-208
39. Stuenkel Cynthia A, Gass Marery LS, Manson Joann E, Lobo Rogerio A, Pal Lubna, Rebar Robert W, et al. A decade after the Women's Health Initiative- the experts do agree. *Menopause.* 2012;19(8):1-2.
40. SOGC Clinical Practice Guideline. Menopause and osteoporosis Update 2009. *Journ Obst Gynec Can* 2009;S1-S48.
41. Tempfer CB, Froese Georg, Heinze Georg, Bentz EK, Hefler LA, et al. The American Journal of Medicine. 2009;122(10):940-946. Side effects of phytoestrogens: A meta-analysis of randomized trials.

42. The North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*: 2010;17(1):23-24.
43. The menopausal Transition. The American Society for Reproductive Medicine, Fertility and Sterility 2008 90 Suppl 3, November: S61-S66 Revision clínica. (ASRM)
44. The North American Menopause Society. Role of progestogen in hormone therapy for postmenopausal women: position statement of the North American Menopause Society, *Menopause* 2003;10:113-132.
45. The North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*: 2010;17(1):23-24.

46. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health D. W. Sturdee and A. Pines on behalf of the International Menopause Society Writing Group Writing Group: D. F. Archer, R. J. Baber, D. Barlow, M. H. Birkhauser, M. Brincat, L. Cardozo, T. J. de Villiers, M. Gambacciani, A. A. Gompel, V. W. Henderson, C. Kluff, R. A. Lobo, A. H. MacLennan, J. Marsden, R. E. Nappi, N. Panay, J. H. Pickar, D. Robinson, J. Simon, R. L. Sitruk-Ware and J. C. Stevenson. *CLIMACTERIC* 2011;14:302-320.
http://www.imsociety.org/pdf_files/ims_recommendations/updated_ims_recommendations_on_postmenopausal_hormone_therapy_and_preventive_strategies_for_midlife_health_01_06_11.pdf
47. Villiers T.J, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer D F et al . Update 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2013;16(3):316-337.
48. White William B., MD; Bertram Pitt, MD; Richard A. Preston, MD; Vladimir Hanes, MD. Antihypertensive Effects of Drospirenone With 17 β -Estradiol, a Novel Hormone Treatment in Postmenopausal Women With Stage 1 Hypertension. *Circulation*. 2005;112:1979-1984
49. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. (WHI) *JAMA* 2002;288:321-333.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de <institución a la que pertenecen los autores que elaboraron la GPC> las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el <institución que coordinó el desarrollo de la GPC> y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de <institución que participó en los procesos de validación interna, revisión, validación externa, verificación> su valiosa colaboración en la <enunciar los procesos realizados> de esta guía.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

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

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Ricardo Jara Espino	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador