

# **GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

## **CAPÍTULO:**

### **ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER EN CLIMATERIO**

**para el  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
y  
Prevención de consecuencias  
evitables**

**Montevideo – Uruguay  
2009**

GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública

**Del Este Sol S.R.L.**  
**Depósito Legal N°**

<b>INDICE</b>	<b>Página</b>
<b>PROLOGO</b>	4
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	6
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	8
1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud	8
1.2 Antecedentes	10
1.3 Alcance de la guía	12
1.4 Declaración de intención	12
<b>2. ATENCION PRIMARIA INTEGRAL DE LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS</b>	14
2.1 Programa de promoción de salud	14
2.2 Programa de prevención de enfermedades	16
2.2.1 Enfermedad Cardiovascular	16
2.2.2 Modelo de programa preventivo para la mujer de 40 a 64 años	17
2.3 Importancia del rol del estilo de vida en los cuidados preventivos de la salud en la mujer entre los 40 y 64 años	21
2.4 Modelo Preventivo	23
2.5 Programa de asistencia	25
<b>3. SINTOMAS CLIMATERICOS</b>	26
3.1 Síntomas vasomotores	26
3.2 Desórdenes del sueño	30
3.3 Trastornos tróficos génito-urinarios	33
3.4 Función sexual	37
<b>4. GUIA PRÁCTICA</b>	45
4.1 Mujeres mayores de 40 años que menstrúan	45
4.1.1 Asintomáticas	45
4.1.2 Con interés reproductivo	46
4.1.3 Anticoncepción	46
4.1.4 Síndrome climatérico/Disforia premenstrual	46
4.1.5 Alterción del ciclo	47
4.1.6 Con disfunción sexual	47
4.2 Mujeres postmenopáusicas	47
4.2.1 Asintomáticas	47
4.2.2 Con trastornos vasomotores	48
4.2.3 Con disfunción sexual	48
4.2.4 Con trastornos génito-urinarios	48
4.2.5 Con factores de riesgo de osteoporosis	49
4.2.6 Con factores de riesgo de enfermedad cardio-vascular	49
4.2.7 Con trastornos del sueño	49
<b>5. FLUJOGRAMAS</b>	51

GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública

Ministra de Salud Pública  
María Julia Muñoz

Subsecretario  
Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud  
Jorge Basso Garrido

Subdirector General de la Salud  
Gilberto Ríos Ferreira

Coordinador del Área Programática  
Alberto Dellagatta

Coordinadora Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género  
Cristina Grela

Coordinador Área de Salud Sexual y Reproductiva  
Fabián Rodríguez

## **PROLOGO**

---

La Dirección General de la Salud y el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género se complacen en entregar a ustedes estas guías que también reglamentan parte de la LEY 18426 SOBRE Salud Sexual y Reproductiva.

Es de singular importancia asumir con detalle el cuidado de la salud integral de las mujeres en esta etapa de sus vidas.

Para el sistema de salud colmar el espacio ciego o de acciones personales que se ha perpetuado en estas áreas es vital.

La importancia social e integradora de las mujeres en este momento de sus vidas significan un aporte sustancial en la salud, la sociedad, las artes, las ciencias y el reconocimiento de sus propias familias y, fundamentalmente, para ellas mismas.

El aumento en años del índice de esperanza de vida también obliga al SISTEMA INTEGRADO DE SALUD a revisar prácticas y fortalecer derechos de las usuarias cuando hay en promedio más de diez años de vida de las mujeres que no fueron objetivo de especial cuidado de salud, derechos y equidad de género.

Es por ello que por una parte agradecemos al equipo de trabajo, a los y las consultores que colaboraron con el PNSMyG en forma honoraria y permanente en el proceso de construcción de las mismas y a la Dra. María Inés Martínez que especialmente puso esta tarea entre sus prioridades con la sola voluntad de mejorar la calidad de vida y salud de las uruguayas.

Por otra parte, entregamos a los equipos de salud este instrumento que contiene en forma sistemática lo de mayor uso que se sostiene en experiencias basadas en la evidencia y material que permitirá protocolizar y brindar una línea de abordaje en común.

Esperando que apliquen las mismas en acuerdo, con buenos logros de salud y calidad de vida y satisfacción de las usuarias de los servicios públicos y privados de salud,

Los saludan

Dr. Jorge Basso Garrido  
Director General de Salud  
DIGESA-MSP-URUGUAY

Dra. Cristina Grela  
Directora del Programa Nacional  
de Salud de la Mujer y Género

GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública

## **Agradecimientos**

Las GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CAPÍTULO: ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER EN CLIMATERIO para el PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN y Prevención de consecuencias evitables, fueron creadas a través de un proceso consultivo que duró dieciocho meses. A lo largo de este tiempo se fueron organizando varias reuniones donde muchos colegas fueron aportando sus conocimientos y su valioso tiempo para que esta Guía se concretara.

En un tema tan polémico como el Climaterio le agradecemos la buena voluntad que han demostrado a todos-as aquellos que han trabajado en esta Guía, con la intención de alcanzar consenso, muchas veces abandonando posturas muy queridas.

Desde el Programa Nacional Salud de la Mujer y Género, nos ha quedado un profundo respeto por los profesionales de los equipos de salud, y una inmensa gratitud por el trabajo realizado.

Aquellas personas que son nombradas a continuación, no necesariamente están de acuerdo con todos los conceptos que se encuentran en este documento.

Anahi Barrios  
Antonia Marrero  
Estela Conselo  
Fabián Rodríguez  
Fernando Lacava  
Francisco Coppola  
Gabriela Tellechea  
Gricel Valerio  
Griselda Gonzalez  
Jorge Arena  
José Duarte  
Leticia Rieppi  
María Inés Martínez  
María Luisa Banfi  
Rafael Aguirre  
Richard Viera  
Selva Lima  
Victor Recchi  
Wilma Chijani  
Washington Lauría  
Lucy Mendina

Pedimos disculpas por las omisiones que podrían haberse cometido.

GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública



## **1. INTRODUCCIÓN**

---

### **1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud**

El climaterio es una etapa natural en la vida de la mujer, que generalmente duplica en tiempo a la adolescencia o la niñez. Suele anteceder en varios años a la menopausia y la sucede hasta aproximadamente los 60 años de edad. Es el espacio vital que continúa al período reproductivo, con múltiples cambios biológicos y psicológicos que algunas mujeres lo pueden evaluar como una disminución de calidad de vida. Los síntomas característicos adoptan modalidades diversas en intensidad y frecuencia, pudiendo ser desde ausentes hasta severos. Independientemente de la intensidad de los síntomas se observa un incremento en el riesgo cardio-vascular y osteoporosis (1). Dichos cambios, sumado a la jerarquización de la mujer como individuo de valor fundamentalmente reproductivo, seguramente justifiquen la confusión popular, que asocia climaterio con enfermedad, a lo que acompañan mitos y dichos que ofenden la vivencia del período.

No obstante, la atención en salud durante el climaterio es crucial y debe ser encarada como un momento propicio para una atención personalizada de calidad y escucha, así como para realizar campañas de conocimiento real y acciones para prevenir enfermedades, conservar y aún mejorar la salud.

Los cambios epidemiológicos y demográficos han determinado un incremento en la esperanza de vida en la población, especialmente de las mujeres. La OMS estima que para el año 2030, 1.2 billones de mujeres en el mundo tendrán más de 50 años.

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas, el 27% del total de mujeres uruguayas se encuentra entre los 40 y 64 años. Las proyecciones

para el año 2020 estiman un incremento del 2.2%, que representa aproximadamente 60.000 mujeres más en este rango de edad (Fig. 1).

Estas guías encuentran justificación dado que en el periodo climatérico muchas mujeres se verán afectadas ya sea por sintomatología que le deteriorará su calidad de vida o por la aparición de enfermedades crónicas que le afectarán su expectativa de vida.

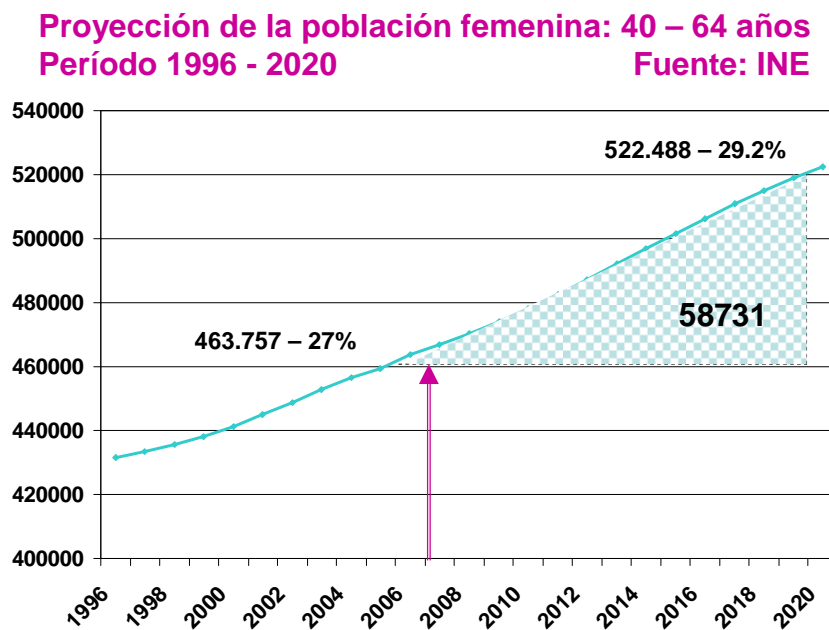


Figura 1

Las principales causas de mortalidad en el mismo grupo etario son: primero el cáncer y en segundo lugar aquellas vinculadas al aparato circulatorio.

Todas estas enfermedades no siempre son consecuencia inevitable de la edad, sino que en muchos casos pueden prevenirse con éxito, mediante prevención primaria, secundaria o terciaria.

## 1.2 Antecedentes

Hace aproximadamente dos décadas, en Uruguay, al igual que en la región y en el mundo, en función del envejecimiento poblacional, resurge un nuevo impulso destinado a jerarquizar la atención del climaterio femenino: cobró gran importancia el tratamiento de reposición de los esteroides sexuales en déficit, indicados por períodos prolongados con muy pocas contraindicaciones y grandes beneficios.

Entre varias, sus indicaciones incluían los tres niveles de prevención de la cardiopatía isquémica, así como la prevención de osteoporosis, sin dejar de lado los típicos trastornos neurovegetativos.

Durante algunos años, su uso fue adquiriendo mayor volumen y por ende también se efectuaron estudios epidemiológicos de mayor envergadura y rigurosidad estadística. Así la American Heart Association en el año 2001 (2), tomando como base los resultados del estudio Heart and Estrogen/progestin Replacement Study – HERS (3), recomienda no iniciar tratamiento hormonal (TH) para la prevención secundaria de enfermedad cardio-vascular (ECV) y cuestiona su uso en prevención primaria.

Situación similar ocurrió con la prevención de osteoporosis sin dejar de reconocer el efecto beneficioso de los estrógenos, en el tratamiento de primera línea se aconseja el uso de otros antirreabsortivos.

El fin del idilio entre la TH, las usuarias y el equipo de salud se completó en el mes de julio de 2002, cuando se presentan a los medios de comunicación algunos resultados parciales del estudio Women's Health Intervention - WHI (4). Este estudio fue interrumpido prematuramente debido a que los riesgos del TH superaban sus beneficios. Esta afirmación se basó en el hallazgo

estadísticamente significativo de que por cada 10.000 usuarias existirían 8 casos más de cáncer de mama, 7 eventos cardíacos más, 8 accidentes vasculares y 18 casos más de tromboembolismo venoso.

En función de estos resultados adversos, frente a la necesidad de ofrecer soluciones a la mujer madura, cobran fuerza otras opciones terapéuticas tales como los fito-estrógenos, los moduladores selectivos de receptores estrogénicos (SERM) y otros, sin embargo su aceptación ha sido parcial y los estudios realizados no han sido concluyentes en cuanto a sus efectos beneficiosos.

Del análisis detallado de los resultados del WHI, surgen algunos datos que hacen presumir que los mismos, hayan sido interpretados precipitadamente sin haber considerado la edad de las mujeres. Recientemente la International Menopause Society (IMS) ha manifestado que el uso del TH podría ser seguro en las mujeres menores de 60 años.

Los resultados de investigaciones recientes parecen demostrar que los beneficios superan los riesgos, cuanto más próximo a la menopausia es el inicio del TH (5, 6, 7). De todas maneras, parecería existir un acuerdo general de que de ser necesaria realizar TH, esta debe ser a la menor dosis posible y la menor cantidad de tiempo posible.

En los casos de mujeres con fallo ovárico prematuro, menopausia quirúrgica o menopausia temprana, el TH debería ser ofrecida y puede ser recomendada hasta la edad de menopausia natural.

Es importante tener presente que más allá de la indicación o no de un TH, la mujer después de los 40 años, transita por una época de cambios fisiológicos. La peri y postmenopausia son susceptibles de desarrollar amplios programas de prevención en cualquiera de sus niveles, destinados a las patologías

relacionadas tanto con la deprivación estrogénica como con el envejecimiento.

### **1.3 Alcance de la guía**

- **Población objetivo:** mujeres entre 40 y 64 años
- **Usuarios a los que está dirigida,** equipo de salud del 1er. nivel de atención:
  - Asistentes sociales
  - Educadores
  - Enfermeras
  - Ginecólogos
  - Licenciadas en enfermería
  - Médicos de medicina familiar y comunitaria
  - Médicos de medicina general
  - Nutricionistas
  - Psicólogos
  - Psiquiatras
  - Tomadores de decisiones (autoridades, directores de servicio, etc.)

### **1.4 Declaración de intención**

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

A continuación se ofrece:

- las recomendaciones para el primer nivel de atención en el marco del sistema nacional integrado de salud, con enfoque de género
- la guía práctica para la atención de la mujer mayor de 40 años
- los criterios de evaluación

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Blumel JE, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34:17-23
2. Mosca L, Collins P, Herrington DM, Mendelsohn ME, Pasternak RC, Robertson RM, Schenck-Gustafsson K, Smith SC Jr, Taubert KA, Wenger NK. American Heart Association. Hormone Replacement Therapy and Cardiovascular Disease: A statement for Healthcae Professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001; 104(4):499-503
3. Hulley SB, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. HERS Research Group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women; *JAMA* 1998;280:605-13
4. Writing Group for the Women´s Health Initiative investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288(3):321-33
5. Pines A, et al. IMS Updated Recommendations on postmenopausal hormone therapy, *Climacteric* 2007, 10: 181-194
6. Summary of the First IMS Global Summit on menopause-related issues [www.imsociety.org/pdf\\_files/comments\\_and\\_press\\_statements/ims\\_press\\_statement\\_13\\_05\\_08.pdf](http://www.imsociety.org/pdf_files/comments_and_press_statements/ims_press_statement_13_05_08.pdf)
7. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of the North American Menopause Society, *Menopause* 2008; 15(4): 584-603

## **2. ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL DE LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS**

---

La Atención Primaria constituye el primer y en ocasiones el único contacto con la mujer, por tal motivo, el manejo y seguimiento de la mujer climatérica es necesario plantearlo desde una perspectiva bio-psico-social.

El programa de prevención de la enfermedad de la mujer mayor de 40 años ha de implicar a todo su organismo y no reducirse a su aparato genital, por este motivo podrá ser llevado adelante tanto por el médico de atención primaria o por el especialista en ginecología. Se informará sobre las diferentes técnicas a realizar, con sus riesgos, sus valores predictivos y su balance costo/beneficio, asimismo, promover la educación sanitaria en lo que a prevención primaria de las patologías más frecuentes se refiere. Actuando en esta doble vertiente, se asegura una prevención más efectiva y eficaz de las patologías más prevalentes en este grupo etáreo.

A toda mujer mayor de 40 años que consulte por cualquier patología o programadas dentro del Sistema Integrado de Salud, en el primer nivel de atención se le ofrecerá los siguientes programas:

- **Promoción de salud**
- **Prevención**
- **Asistencia**

### **2.1 PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD PARA LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS**

El climaterio es una etapa rica en vivencias y en experiencias, si la mujer adquiere el conocimiento y el dominio relacionado con los cambios que experimenta. Es una oportunidad para la reflexión sobre los hábitos vividos,

con una mirada crítica que oriente a la necesidad de efectuar cambios o no en el estilo de vida, para su mejor adaptación a esta nueva etapa.

Se recomiendan las **actividades educativas e informativas grupales**, de carácter interactivo, en forma periódica, con el apoyo de folletería ilustrativa. Inicialmente se sugiere comenzar con una serie de 5 charlas semanales cada 2 meses, en 2 turnos, matutino y vespertino, a los efectos de facilitar la concurrencia de las mujeres trabajadoras. Al cabo de un año se evaluará la demanda, así como las sugerencias de las usuarias y se harán los ajustes pertinentes.

Los/as integrantes del equipo de salud de cada centro, bajo la coordinación del/la licenciado/a en enfermería, se encargarán de dichas actividades. Si no existiera personal entrenado, la institución será responsable de su capacitación. Se sugiere la **participación comunitaria**, tanto en el desarrollo de la tarea educativa como en la planta física a desarrollarse. Se recomienda estimular actividades en conjunto y ofrecer el apoyo del personal de salud del centro referente.

Se propone el siguiente temario básico, el cual estará sujeto a modificaciones en función de las inquietudes de las participantes:

- Menopausia y climaterio. Mitos y realidades
- Importancia del estilo de vida y hábitos saludables en condiciones de hipoposterogenismo. Salud cardiovascular y salud ósea
- Epidemiología y prevención del cáncer gínito-mamario
- Sexualidad en la etapa post-reproductiva
- Desórdenes del sueño
- Salud mental, autoestima y reconocimiento de su nuevo lugar en la familia, la sociedad y su nuevo proyecto de vida



No obstante estas instancias grupales, es importante insistir en el concepto que la acción educativa debe ser un principio elemental en la consulta médica diaria, donde la promoción de salud mediante información y acciones preventivas de tamizaje serán pilares insustituibles.

## **2.2 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PARA LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS**

En Uruguay, de acuerdo con los datos aportados por la División Estadísticas del MSP, las principales causas de muerte en mujeres entre 40 y 64 años por orden de frecuencia obedecen en primer lugar a cáncer, siendo el de mama el más frecuente, seguido del colo-rectal y en tercer lugar el de cuello uterino. El segundo lugar lo ocupa la enfermedad cardiovascular.

Las medidas preventivas primarias fundamentales incluyen la corrección de los factores de riesgo tanto para el cáncer como para la ECV.

En lo que se refiere a la prevención del cáncer se seguirá la normativa nacional realizando mamografía y colpocitología oncológica. Fecatest, cuando existen antecedentes familiares de Cáncer de colon y/o recto.

### **2.2.1 ENFERMEDAD CARDIO-VASCULAR**

La ECV tiene características género-específicas. Durante la transición menopáusica se observa un aumento en la prevalencia del síndrome metabólico coincidiendo con un incremento en la obesidad central, cambios hacia un perfil lipídico más aterogénico y aumento de niveles de glucosa e insulina (1,2). El estudio de las mujeres latino americanas postmenopáusicas reveló que el síndrome metabólico tiene una alta prevalencia, constituyendo fuertes predictores de riesgo: la edad, los años transcurridos desde la menopausia, la obesidad y la hipertensión (3). El aumento de las cifras

tensionales en las mujeres posmenopáusicas depende del tiempo transcurrido desde la menopausia, probablemente del hipoestrogenismo mantenido (4). El déficit estrogénico, también se asocia con un incremento significativo en los niveles plasmáticos de ácido úrico, constituyendo otro factor de riesgo de ECV (5).

Se establecerá el riesgo CV para cada mujer, de acuerdo con la guía práctica para la prevención cardiovascular de la Sociedad Uruguaya de Cardiología (6), tomando en cuenta:

- Perfil lipídico
- Glicemia
- Control de PA
- Tabaquismo

### **2.2.2 PERDIDA OSEA**

La pérdida ósea que se produce en el climaterio por déficit estrogénico, sumado a otros factores de riesgo hace imprescindible tomar medidas con criterio preventivo a los efectos de evitar una pérdida mayor y llegar a la osteoporosis.

Se toma como referencia la Guía Práctica de Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de Osteoporosis del Grupo de Estudio de Osteopatías de la Sociedad Uruguaya de Reumatología – GEOSUR (en imprenta) y las Guías alimentarias basadas en alimentos esenciales para las mujeres (MSP, Programa Nutrición 2006).

La osteoporosis es una enfermedad metabólica ósea caracterizada por una alteración de la estructura del hueso y una disminución de la masa ósea, todo lo cual aumenta el riesgo de fractura.

Las fracturas osteoporóticas más relevantes son la radiocarpiana, la vertebral y la de cadera.

Las estrategias de prevención deben estar orientadas en primer lugar a evitar pérdida de masa ósea y en etapas más tardías prevenir las fracturas.

Existen factores de riesgo para osteoporosis y factores de riesgo de fractura.

### **Factores de riesgo para osteoporosis**

- Disminución de la masa ósea
- Edad
- Raza
- Sexo
- Antecedentes familiares de fractura
- Antecedentes personales de fractura previa
- Terapia con corticoides
- Falla ovárica precoz
- Menopausia precoz (< de 40 años)
- Hipertiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Hipogonadismo: primario o secundario
- Síndrome de malabsorción
- Bajo índice de masa corporal (< 20)
- Artritis Reumatoidea
- Inmovilización mayor a 3 meses
- Inadecuada ingesta de calcio a lo largo de toda la vida.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Exceso de ingesta de cafeína ( más de 3 pocillos de café /día)
- Exceso de consumo de sal de sodio.

- Otras enfermedades que causan disminución de la densidad mineral ósea: osteomalacia, insuficiencia renal crónica, hipercalciuria, enfermedades Inflammatorias intestinales, otras artropatías inflamatorias, enfermedades hepáticas crónicas, enfermedades hematológicas crónicas, neoplasias.
- Drogas que causan disminución de la densidad mineral ósea

### **Factores de riesgo de fractura**

- Edad
- El antecedente de fractura previa (vertebral o extravertebral)
- El antecedente de fractura de cadera en familiar directo
- Densidad Mineral Ósea
- Corticoterapia por más de 3 meses
- Bajo índice de masa corporal
- Tabaquismo
- Alcoholismo

El único examen complementario que hace diagnóstico de Osteoporosis es la Densitometría Ósea (DMO). No está indicada como método de tamizaje en toda la población postmenopáusica, porque no se ha demostrado una relación costo-efectividad favorable. Por este motivo es que en todo el mundo se ha intentado determinar criterios clínicos (factores de riesgo de osteoporosis y fracturas), que permitan seleccionar los pacientes que deben ser estudiados, resultando así más eficiente el uso de esta técnica. Recomendamos que la DMO se realice en:

- Mujeres menores de 45 años con deficiencia estrogénica
- Mujeres en peri o posmenopausia con factores de riesgo
- Mujer con amenorrea 2ª prolongada mayor a 6 meses
- Fractura por trauma mínimo
- Evidencia radiográfica de osteopenia o fracturas vertebrales

- Tratamiento con glucocorticoides durante 3 meses o más (dosis = 0 > a 5 mg/ día de prednisona o equivalente)
- Bajo IMC (<20)
- Portadoras de enfermedades o con tratamientos medicamentosos asociados a pérdida de masa ósea, inmovilidad o propensión a las caídas.
- Como monitoreo de tratamiento.

Para control de tratamiento o evolución de la enfermedad se recomienda, en general, repetir la densitometría cada 2 años, usando el mismo procedimiento y con el mismo aparato.

Los Marcadores Bioquímicos de Remodelación Ósea no hacen diagnóstico de osteoporosis, pero orientan en la selección de pacientes en riesgo. Su indicación queda reservada al especialista.

Existen Marcadores de Osteoformación: fosfatasa alcalina ósea y osteocalcina; y marcadores de Osteoresorción: deoxipiridinolina en orina (DPD), N-telopéptidos en orina y C- telopéptidos en sangre (beta cross laps). Los marcadores de resorción son útiles para predecir el ritmo de pérdida de masa ósea y el riesgo de fractura, y sobre todo para valorar precozmente la respuesta al tratamiento antirresortivo, que ya puede evidenciarse a los 3- 6 meses de comenzado.

La **prevención** de la osteoporosis debe realizarse desde las primeras a las últimas etapas de la vida. Los pilares de la prevención de la osteoporosis consisten en: evitar el sedentarismo, realizar una alimentación adecuada rica en lácteos y eliminar los hábitos considerados tóxicos.

El tratamiento debe ser individualizado y adaptado a cada paciente.

El desarrollo en profundidad de todos los aspectos de la osteoporosis: clínicos, paraclínicos y terapéuticos se detallan en la Guía de Prevención y Tratamiento de Osteoporosis del Grupo de Estudio de Osteopatías de la Sociedad Uruguaya de Reumatología GEOSUR ( [www.reumauruguay.org](http://www.reumauruguay.org))

Medicamentos utilizados en el tratamiento de la osteoporosis

<b>PRINCIPIO ACTIVO</b>	<b>DOSIS</b>
Bifosfonatos	
Alendronato	70mg/ una vez por semana v/o
Risedronato	35mg una vez por semana v/o
Ibandronato	150mg/mes v/o
Acido Zoledronico	5 mg. /1 vez al año i/v
Otros	
Ranelato de estroncio	2g/día v/o
Raloxifeno	60mg/día v/o
Teriparatida	20mcg/día (max 18 meses)

### **2.3 IMPORTANCIA DEL ROL DEL ESTILO DE VIDA EN LOS CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA SALUD EN LA MUJER ENTRE LOS 40 Y 64 AÑOS**

El estilo de vida influye en la salud y en la adquisición de enfermedades crónicas, incapacidad prematura o mortalidad. Este es el justificativo para efectuar intervenciones tendientes a mejorar los diferentes estilos de vida, con especial énfasis en:

- hábitos dietéticos, los cuales influyen en las 3 principales causas de morbilidad, en las mujeres de este grupo etario: cáncer, ECV y osteoporosis
- hábitos tóxicos:
  - el tabaquismo se vincula tanto con la ECV, como con neoplasias y osteoporosis, sin dejar de lado la enfermedad pulmonar

obstructiva crónica (EPOC). También aumenta la eliminación metabólica de los estrógenos.

- el abuso de alcohol parece incrementar el riesgo de cáncer de mama y la osteoporosis.
- el abuso de fármacos. Es importante recordar que la mayoría de las mujeres mayores de 50 años ingieren en forma habitual medicaciones que no siempre han sido indicadas profesionalmente, ni controladas en su evolución.
- actividad física, un ejercicio aeróbico moderado se relaciona con una reducción del número de fracturas, tanto por el aumento de densidad mineral ósea, como por el efecto a nivel del tono muscular, así como la prevención de caídas a través de mayor agilidad. También el aumento de HDL con la disminución subsecuente de eventos cardiovasculares.
- salud sexual, no existe evidencia científica que pueda vincular exclusivamente el hipoestrogenismo como causa de las disfunciones sexuales que ocurren en esta etapa. Una correcta educación sanitaria al respecto, unida a la administración de estrógenos locales o lubricantes íntimos contribuye a prevenir estos problemas.
- salud oral, cuando esta se afecta, la salud global y presumiblemente la calidad de vida pueden verse mermadas.
- control ponderal.
- inmunización activa.
- prevención de lesiones.

## 2.4 MODELO DE PROGRAMA PREVENTIVO PARA LA MUJER DE 40 A 64 AÑOS

Control preventivo	Periodicidad
<p><i>Anamnesis:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• motivo de consulta,</li> <li>• estado de salud</li> <li>• hábitos tóxicos</li> <li>• actividad física y sexual</li> </ul> <p><i>Examen físico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talla, peso, cintura</li> <li>• PA</li> <li>• Cabeza y cuello</li> <li>• Tóraco abdominal</li> <li>• Piel</li> <li>• Mamas y axila</li> <li>• Ginecológico</li> </ul> <p><i>Exámenes paraclínicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colpocitología*</li> <li>• Mamografía</li> </ul> <p>LUEGO DE MENOPAUSIA, SE RECOMIENDA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía ginecológica, preferentemente TV</li> <li>• Perfil lipídico</li> <li>• Glicemia</li> <li>• Fecatest</li> <li>• Pruebas específicas en grupos de riesgo</li> </ul>	<p>- Anual</p> <p>- Anual</p> <p>- Luego de tres anuales negativos y sin FR, se puede realizar cada 3 años, hasta los 64 años, según normas vigentes</p> <p>- Anual</p> <p>- Cada 2 años o según criterio del profesional</p> <p>- Anual</p> <p>- Anual</p> <p>- Anual, si presenta FR</p> <p>- Según necesidad</p>
<p><b><i>Evaluación y educación sanitaria sobre:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexualidad, trastornos tróficos génito-uritarios</li> <li>• Valoración psicosocial y prevención de salud mental: trastornos del sueño, de la alimentación y otros síntomas depresivos, estrés, relaciones socio-familiares, violencia doméstica, situación laboral, detección de tentativas de suicidio u otras conductas anormales</li> <li>• Factores de riesgo CV</li> <li>• Prevención de caídas y lesiones</li> <li>• Autoexploración de las mamas</li> <li>• TH</li> <li>• Promoción de hábitos saludables: IMC adecuado, exposición solar moderada, dieta saludable, limitar alcohol, tabaco, café, actividad física adecuada</li> <li>• Promoción de salud dental</li> </ul>	
<p><b><i>Inmunizaciones</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tétanos, cada 10 años</li> </ul> <p>En grupos de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hepatitis B</li> <li>○ Antineumocócica</li> <li>○ Antigripal</li> </ul>	

Modificado de González S y Lanchares J; Prevención y Menopausia. Ginecología y Obstetricia Clínica 2003; 4(4): 216 – 230



\* La Ordenanza N°402 del MSP, resuleve disponer de un examen gratuito de Papanicolaou cada tres años a las mujeres entre veintiún y sesenta y cinco años de edad, y una mamografía gratuita cada dos años entre los cuarenta y cincuenta y nueve años.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

1. Romero C., El Síndrome Metabólico; Rev Med Urug 2006; 22: 108-121
2. Pisabarro R, Metabolismo y Climaterio: la visión de un endocrinólogo; Rev Med Urug 2000; 16: 144-151
3. Royer M et al, The US Nacional Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (CEP ATP III): prevalence of the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women; Climacteric 2007; 10: 164-170
4. Izumi Y et al; Am. J Hypertens; October 1, 2007; 20(10): 1045-50
5. Lorenzo S, Martínez MI; Menopausia, uricemia y TRH Rev. SAEGRE 2006 Vol 13 (2): 67
6. Guía Práctica de Prevención Cardiovascular,  
[http://www.suc.org.uy/Gui\\_Prev\\_fotos\\_archivos/guiaprevencion\\_Nov2007\\_W.pdf](http://www.suc.org.uy/Gui_Prev_fotos_archivos/guiaprevencion_Nov2007_W.pdf)

## 2.5 PROGRAMA DE ASISTENCIA A LA MUJER ENTRE 40 Y 65 AÑOS

Recomendaciones básicas:

- Control anual de peso, talla, cintura y presión arterial a cargo de enfermería.
- Atención de 4 pacientes por hora como máximo.
- Atención de los siguientes motivos de consulta:
  - ✓ Control preventivo
  - ✓ Seguimiento y repetición de medicamentos
  - ✓ Infecciones genito-urinarias
  - ✓ Control de embarazo y puerperio
  - ✓ Planificación familiar
  - ✓ Desórdenes menstruales
  - ✓ Síndrome climatérico
  - ✓ Patología del tracto genital inferior
  - ✓ Patología mamaria
  - ✓ Alteraciones endócrino-ginecológicas
  - ✓ Violencia Doméstica
  - ✓ Dificultades en la esfera sexual

Se realizará historia clínica (anamnesis + examen físico) y se solicitará:

- Colpocitología oncológica. Luego de 3 anuales normales y sin FR se puede realizar cada 3 años
- Mamografía cada 1 año
- Ecografía ginecológica preferentemente transvaginal, cada dos años, luego de la menopausia (o según criterio del profesional)
- Glicemia
- Perfil lipídico
- Otros exámenes en función del motivo de la consulta y/o factores de riesgo

## **3. SINTOMAS CLIMATERICOS**

### **3.1 Síntomas vasomotores**

Los síntomas Vasomotores afectan del 60 al 80 % de mujeres perimenopáusicas, aunque solamente algunas tendrán sintomatología de moderada a severa que ameritan la consulta o tratamiento.

La mayoría de las mujeres postmenopáusicas (60 %) experimentan accesos repentinos de calor, los mismos duran menos de 7 años para la mayoría de ellas y hasta el 15 % relata que persisten durante 15 años o más. Los síntomas que pueden acompañar a los accesos repentinos de calor (sudoración, palpitaciones, aprehensión y ansiedad) contribuyen a generar incomodidad a la mujer y angustia, en particular cuando estos episodios ocurren a menudo. Ellos pueden ser un contribuidor significativo a los desórdenes del sueño.

Se han descrito Factores de Riesgo (FR) para accesos repentinos de calor: obesidad, tabaquismo, alcoholismo, cafeína, bebidas calientes, mate, depresión, ansiedad. Evitar estos FR son la base de recomendaciones de estilo de vida para reducir los síntomas vasomotores y es imperativo que en el primer nivel de atención se brinde esta información a la mujer.

Luego del informe sobre riesgos de la HTR realizado por el WHI en 2002, muchos médicos han abandonado la prescripción de HT para los síntomas vasomotores a favor de recomendaciones sobre cambios del estilo de vida y utilización de terapia alternativa. Al respecto de estas terapias alternativas varias revisiones sistemáticas recientes han examinado opciones para tratamiento de los síntomas vasomotores moderados a severos. (1-5) Ninguna de ellas recomienda alguna terapia alternativa complementaria eficaz para la sintomatología moderada a severa, y la revisión más nueva concluida (6) declara que "aunque los procesos individuales sugieran ventajas de cierto

tipo de terapias, los datos son insuficientes para apoyar la eficacia de cualquier terapia complementaria y/o alternativa en esta revisión para la disminución de síntomas menopáusicos."

Las opciones no hormonales que han mostrado alguna eficacia para el alivio de síntomas vasomotores incluye bellergal® (una combinación de fenobarbital, cornezuelo del centeno y belladona) (7) clonidine (8) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS (9) o su metabolito activo como succinato de desvenlafaxina (10) y gabapentin (11,12). Este último ha generado gran expectativa dado su bajo costo y la poca vinculación con efectos secundarios indeseables.

Pese al estudio WHI, la Carta Médica del 2004 (13) y otra revisión sistemática del estrógeno contra el placebo en el tratamiento de accesos repentinos de calor concluyó que ningún agente terapéutico era tan eficaz como el estrógeno. (14) Esta información permite mantener a los estrógenos como arma terapéutica de segunda elección, en aquellas mujeres que no mejoran con los tratamientos (comportamentales, alternativas y/o farmacológicos) indicados en primera instancia. Dado los conocimientos actuales, se debe informar a la mujer los riesgos que corre al optar por esta medicación, y la dosis suministrada deberá ser la menor posible, la menor cantidad de tiempo posible.

### **Recomendaciones**

1. Para reducir síntomas vasomotores leves se recomiendan modificaciones de estilo de vida, incluso reducir peso hasta llegar a su peso normal, ejercicio aeróbico regular, cesar tabaquismo y evitar gatillos conocidos como bebidas calientes, mate y alcohol. (IC)
2. Para sintomatología moderada, además de los cambios higiénico-dietéticos comentados se puede comenzar con tratamiento con agentes

- antidepresivos, gabapentin, clonidina y bellergal. Estos pueden causar algún alivio aunque tienen sus propios efectos secundarios. (IB)
3. Para sintomatología vasomotora severa, la HTR es la terapia más eficaz hasta el momento. (IA)
  4. Los Progestágenos solo o anticonceptivos orales de dosis baja pueden ser ofrecidos como alternativas para el alivio de los síntomas menopáusicos durante la transición menopáusica. (IA)
  5. Hay pruebas limitadas para la administración de terapias alternativas. Sin contar con buenas pruebas para comprobar su eficacia, y ante datos mínimos en seguridad, aquellas deberían ser aconsejados con precaución. (IB)

#### **CONSEJOS EN RELACIÓN CON LOS "SOFOCOS"**

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

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Speroff L. Alternative therapies for postmenopausal women. *Int J Fertil Womens Med* 2005;50(3):101-4.
2. Huntley AL, Ernst E. A systematic review of herbal medicinal products for the treatment of menopausal symptoms. *Menopause* 2003;10:465-76.
3. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: Position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2003;11:11-33.

4. Nedrow A, Miller J, Walker M, Nygren P, Huffman LH, Nelson HD. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review. *Arch Intern Med* 2006;166:1453–65.
5. Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J, et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2006;295:2057–71.
6. Nedrow A, Miller J, Walker M, Nygren P, Huffman LH, Nelson HD. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review. *Arch Intern Med* 2006;166:1453–65.
7. Shanafelt TD, Burton LB, Adjei AA, Loprinzi CI. Pathophysiology and treatment of hot flashes. *Mayo Clin Proc* 2002;77:1207–18.
8. Pandya KJ, Raubertas RF, Flynn PJ, Hynes HE, Rosenbluth RJ, Kirshner JJ, et al. Oral clonidine in postmenopausal patients with breast cancer experiencing tamoxifen-induced hot flashes: a University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program study. *Ann Intern Med* 2000;132:788–93.
9. Rapkin AJ. Vasomotor symptoms in menopause: physiologic condition and central nervous system approaches to treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:97–106.
10. Speroff L, Gass M, Constantine G, Olivier S. Study 315 Investigators. Efficacy and tolerability of desvenlafaxine succinate treatment for menopausal vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):77–87.
11. Pandya KJ, Morrow GR, Roscoe JA, Zhao H, Hickok JT, Pajon E, et al. Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet* 2005;366:818–24
12. Reddy SY, Warner H, Guttuso T Jr, Messing S, DiGrazio W, Thornburg L, et al. Gabapentin, estrogen, and placebo for treating hot flashes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108(1):41–8.
13. Treatment of menopausal vasomotor symptoms. *Med Lett Drugs Ther* 2004 Dec 6–20;47(1197–8):98–9.
14. MacLennan A, Lester S, Moore V. Oral estrogen replacement therapy versus placebo for hot flashes: a systematic review. *Climacteric* 2001;4(1):58–74.

### **3.2 DESORDENES DEL SUEÑO**

Los desordenes del sueño son una situación frecuente, aproximadamente 30% de la población adulta sufre alguna vez trastornos del sueño y cerca del 10% presenta insomnio en forma crónica, con mayor incidencia en la mujer luego de los 45 años (1.7 veces más que el hombre).

Dichos trastornos pueden presentarse como insomnio, dificultades para conciliar el sueño, despertares nocturnos, apnea obstructiva (ronquidos), movimientos involuntarios de MMII, despertar temprano con imposibilidad de continuar durmiendo.

Muchos de estos trastornos coexisten con situaciones de salud comórbidas como depresión, ansiedad, stress. Por otra parte numerosos estudios han encontrado una mayor incidencia de desarrollo de estas situaciones en pacientes con trastornos del sueño

La disminución de horas de sueño (menos de 5hs) se ha observado que incrementa el riesgo de desarrollar: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, trastornos metabólicos, diabetes, sobrepeso, etc.

Numerosos estudios han encontrado marcadores inflamatorios elevados- proteína c reactiva, interleukina 6 etc-, hiperglicemia de ayuno, aumento del fibrinógeno entre otros en pacientes con desórdenes del sueño. Muchos de estos trastornos coinciden en su aparición o se exacerbaban con los cambios hormonales que ocurren durante el climaterio, (premenopausia, perimenopausia y postmenopausia).

Existe una fuerte asociación entre tuforadas de calor y sudoración nocturnos e insomnio crónico, con mayor incidencia en la etapa de transición

climatérica. En estos casos se ha comprobado una importante corrección de estos desórdenes del sueño con la terapia de reposición hormonal.

Después de la menopausia, también aumenta la frecuencia de la apnea del sueño (3). Este aumento estaría relacionado con el déficit de progesterona. Se atribuye a esta hormona un efecto ansiolítico, así como una acción estimulante respiratoria. El aumento del peso, que se observa después de la menopausia, así como el déficit de progesterona mencionado, pueden ser las causas que justifiquen este trastorno del sueño en este período biológico.

Atendiendo a la importante repercusión de los trastornos del sueño como causa o consecuencia de alteraciones de la salud, se impone realizar una correcta historia clínica, acerca de horas de sueño diarias, dificultades en su conciliación y mantenimiento, frecuencia de despertares nocturnos, hora de levantarse en la mañana. Momento en que aparecen estos trastornos y su relación con diferentes circunstancias de la vida de la paciente, necesidad de fármacos para lograr el sueño, tiempo de uso y dosis de los mismos.

Identificar comorbilidades preexistentes (depresión, ansiedad, stress, o patologías crónicas: hipertensión arterial, diabetes, hiperinsulinismo, sobrepeso, fatiga, trastornos de memoria, trastornos del humor, disminución de libido, bajo rendimiento intelectual o laboral) o aparición de las mismas, para elaborar estrategias de tratamiento efectivas, corrigiendo dichas afecciones.

En casos necesarios realizar estudios específicos para evaluar tipo y severidad del trastorno del sueño mediante polisomnografía.

Incentivar hábitos saludables: ejercicio sobre todo diurnos, abandono de hábitos tóxicos y adicciones, nutrición saludable, regular uso de psicofármacos.



Enseñar higiene del sueño. Puede utilizarse fármacos como N acetil5 medroxitriptamina: Melatonina. Indicada para lograr restaurar el ritmo del sueño.

Terapias cognitivo-comportamentales.

Inductores del sueño no benzodiazepínicos tales como el Zoplicone, Zolpidem, Eszopicone, etc. Tienen vida media corta, efectos aditivos mínimos. Otros fármacos como las benzodiazepinas también son utilizados, si bien pueden ocasionar mayores efectos colaterales indeseables. Deben ser prescritos por especialistas.

La corrección de los trastornos del sueño permitirá disminuir riesgos de salud o corregir los mismos.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med. Rev.2002
- Taylor DJ, et al. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. Sleep 2007
- Patel SR, et al. A prospective study of sleep duration and mortality risk in women. Sleep 2004
- Kravitz HM, et al. Sleep disturbance during the menopause transition in a multi-ethnic community sample of women. Sleep 2008
- Parry BL, et al. Sleep disturbances at menopause are related to sleep disorder and anxiety symptoms. Menopause 2007
- Dancey DR, Hanly PJ, Soong C, Lee B, Hoffstein V. Impact of menopause on the prevalence and severity of sleep apnea. Chest 2001;120:151-5

### **3.3 TRASTORNOS TRÓFICOS GÉNITO-URINARIOS**

Los síntomas génito-urinarios incluyen la atrofia urogenital, la incontinencia de orina de esfuerzo, la micción imperiosa y las infecciones urinarias recurrentes. Si bien la causa de estos trastornos es una consecuencia inevitable de la menopausia y el envejecimiento, no todas las mujeres son sintomáticas (1).

La incidencia de infección urinaria aumenta en relación directa con la edad de la mujer post menopáusica. 10-15% de las mujeres mayores de 60 años, sufre infecciones urinarias recurrentes, y no menos del 30% de las mayores de 80 años presenta bacteriuria.

El inicio de los síntomas con frecuencia es insidioso y puede aparecer un tiempo prolongado después del cese de otros síntomas propios de esta etapa, o bien pueden aparecer en la perimenopausia, aún sin signos clínicos de atrofia. Se ha observado que las fumadoras tienen mayor riesgo (2).

Las paredes vaginales se vuelven delgadas, pálidas, secas y a veces inflamadas. La vagina se acorta y se estrecha, se vuelve menos elástica y progresivamente más lisa debido a la disminución de los pliegues rugosos. Clínicamente se manifiesta por sequedad vaginal y dispareunia, en algunos casos se observa sangrado postcoital. Otros síntomas frecuentes son prurito, ardor y/o flujo (3,4).

Cuando la estimulación estrogénica falta, los lactobacilos disminuyen, lo que lleva a que el pH aumente y facilite la colonización de la vagina por flora fecal y otros patógenos.

Los síntomas urinarios incluyen incontinencia de esfuerzo, urgencia miccional, poliuria, nicturia y disuria. En general la incontinencia es mixta. Es frecuente observar prolapso uretral, a veces responsable de sangrado genital.

### **3.3.1 Medidas preventivas**

De la incontinencia de orina:

- Ejercicios de Kegel, útiles para la prevención y tratamiento. Su objetivo es el fortalecimiento del piso pélvico.
- Medidas higiénico dietéticas.

De las infecciones urinarias:

- Higiene adecuada
- Ingesta de abundantes líquidos
- Corrección del estreñimiento

### **3.3.2 Evaluación**

1) Atrofia vaginal:

- El examen genital permite comprobar la pérdida de los pliegues vaginales, el adelgazamiento y la palidez del epitelio, así como el acortamiento de la vagina. La disminución de la elasticidad, la presencia de prolapso de las paredes vaginales y/o útero, son otros hallazgos frecuentes vinculados al hipoestrogenismo y al envejecimiento génito-urinario.
- Son marcadores de atrofia vaginal:
  - o pH >5
  - o Colpocitología oncológica: predominio células basales
  - o Cultivo vaginal: predominio de gérmenes entéricos

2) Incontinencia urinaria: Urocultivo, como evaluación inicial

Otros estudios más específicos los indicará el especialista.

### 3.3.4 Tratamiento

**Atrofia vaginal:** el objetivo primario es regresar los cambios anatómicos de atrofia. Las diferentes opciones incluyen:

- Estimular estilo de vida saludable, con especial énfasis en el cese del tabaquismo
- Lubricantes vaginales, no corrigen la atrofia pero mejoran la dispareunia
- Actividad sexual regular cuando ella es posible. El incremento del flujo sanguíneo regional contribuiría a mejorar el trofismo. El mismo efecto se observa con la masturbación (5,6).
- Terapia hormonal. Cuando el único síntoma es debido a la atrofia vaginal, se logran mejores resultados con el uso de estrógenos locales que a nivel sistémico.
- Fitoestrógenos, su administración sistémica puede aumentar la estrogenización vaginal (7,8)

### BIBLIOGRAFIA

1. Van Geelen JM, van de Weijer PH, Arnolds HT. Urogenital symptoms and resulting discomfort in non-institutionalized Dutch women aged 50–75 years. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11:9–14.
2. Kalogeraki A, Tamiolakis D, Relakis K, Karvelas K, Froudarakis G, Hassan E, et al. Cigarette smoking and vaginal atrophy in postmenopausal women. *In Vivo* 1996;10:597–600.
3. Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U, Cnattingus S. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. *Maturitas* 1996;24:31–6.
4. Utian WH, Schiff I. North American Menopause Society-Gallup Survey on women's knowledge, information sources, and attitudes to menopause and HRT. *Menopause* 1994;1:39–48.
5. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E, Colburn D, Schwartzman L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman: the importance of sexual activity and hormones. *J Am Med Assoc* 1983;249:2195–8.

6. Laan E, van Lunsen RHW. Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:126–33
7. De Dios L. y colab. Medida de la estrogenización vaginal mediante el uso del red clover. Tema libre, presentado en el XIV Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia, 2005
8. Chiechi LM, Putignano G, Guerra V. The effect of a soy rich diet on the vaginal epithelium in postmenopause: a randomized double blind trial. *Maturitas*. 2003, 45(4):241-6

### **3.4 - FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER. ABORDAJE Y TRATAMIENTO**

La función sexual tiene una base multisistémica: incluyendo lo neurológico, lo muscular, lo vascular, lo endocrinológico, lo inmunológico.

Las comorbilidades médicas y sexuales interactúan y muchas veces se predisponen unas a otras, a saber: la depresión y el bajo deseo sexual, lo uroginecológico y las disfunciones sexuales, las enfermedades gastrointestinales y las comorbilidades sexuales, enfermedades crónicas, las enfermedades neoplásicas entre otras a destacar.

El rol del campo psicológico en la fisiopatología biológica influye notoriamente en lo que tiene que ver con la disfunción sexual femenina.

Las disfunciones sexuales del varón también afectan la expresión de la función sexual en la mujer.

Importan las tres dimensiones del deseo o interés sexual, el deseo biológico, el deseo motivacional, y el deseo cognitivo (los factores cognitivos se ponen en juego y son los que evalúan los estímulos sexuales y los riesgos, antes de comprometerse o no con una conducta específica sexual).

El dimorfismo sexual, del varón y la mujer, es condición básica a tener en cuenta. La diferencia de patrones de respuesta del varón y la mujer.

La mayor diferencia neurológica entre varones y mujeres es causada por la acción de la testosterona en el cerebro.

Siempre existen muchas condicionantes: debemos identificar el problema que plantea, si es actual o era previo, debemos indagar como fue su proceso de

erotización en su infancia, adolescencia y adultez, como es su relación de pareja, que historia médica tiene.

Multifactorial, multisistémico.-

Las tres dimensiones mayores: la identidad sexual, la función sexual, el relacionamiento sexual.

Falta de satisfacción sexual?

Disfunción sexual?

Patologías severas?

Desórdenes del piso pélvico?

Estrés agregado?

Los factores socioculturales modulando la percepción, expresión de la función sexual.

Comorbilidades: hormonales, urológicas, ginecológicas, proctológicas, metabólicas, cardiovasculares, del sistema nervioso, entre otras.

Compleja etiología

Desorden situacional? generalizado? de toda la vida?

Clasificación de los desórdenes sexuales femeninos según Basson et al.

- Desorden del deseo sexual, interés sexual.

La falta de deseo, es la llave para el diagnóstico. Cuando la motivación, para ser sexualmente receptiva, por cualquier razón es mínima, o el estímulo sexual no causa excitación alguna, y no prosigue con el deseo sexual, entonces estamos frente a un desorden del deseo. Indagar sobre: *motivación, intimidad sexual emocional de la pareja, contexto y estímulos sexuales, interacciones de las horas previas al relacionamiento sexual, factores psicológicos, distracciones y factores*

*biológicos como fatiga, depresión o fármacos. Valorar la pérdida anormal de actividad androgénica, (por ejemplo, ooforectomía bilateral, o en la postmenopausia, mujeres que están medicadas con estrógenos vía oral, lo que incrementa al SHBG, lo que reduce la biodisponibilidad de la testosterona).*

*Valorar todo lo relativo al dolor.*

- Desorden de la excitación subjetiva, *sentimientos de excitación*
- Desorden de la excitación genital,
- Desorden combinado, subjetivo y genital
- PSAD, desorden persistente de la excitación sexual
- Desorden orgásmico
- Vaginismo
- Dispareunia

Son muchas las sustancias que interactúan para desencadenar la respuesta sexual en la mujer, son muchas las imágenes que aparecen a nivel del sistema límbico, para generar una respuesta adecuada en la mujer.

¿Coincide su despertar sexual central, de deseos, sentimientos, con su despertar sexual genital o viceversa?

La dopamina es el neurotransmisor principal del deseo, las endorfinas lo modulan. Los esteroides sexuales juegan un rol importante para mantener la integridad anatómica y funcional de todas las estructuras implicadas en la función sexual femenina. Los estrógenos contribuyen en las dimensiones periféricas y centrales del interés sexual. Tienen que ver con la lubricación, la satisfacción sexual, el humor y el deseo.

Los andrógenos son los que tienen que ver con el impulso sexual y no actúan sin la existencia de los estrógenos.

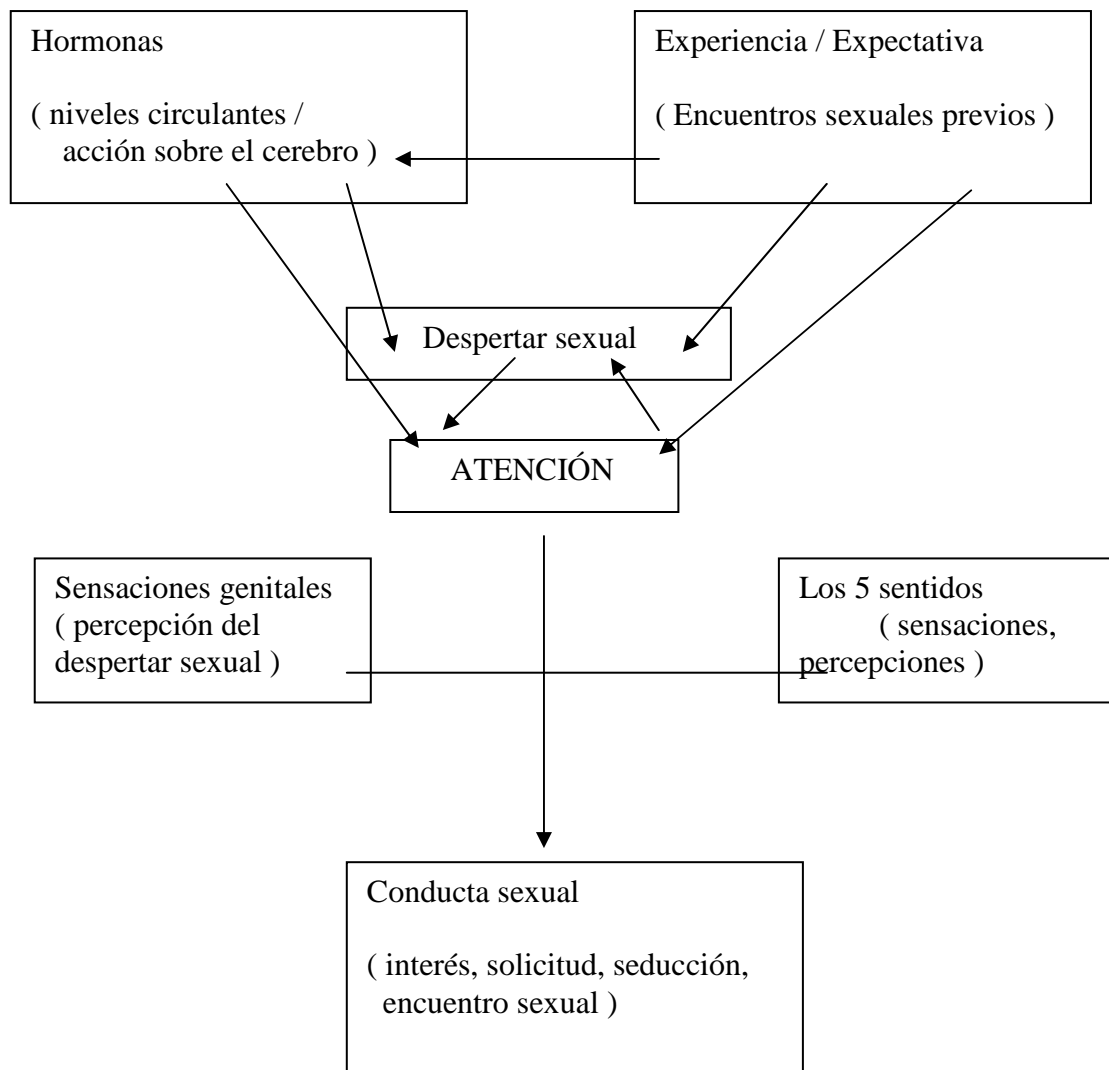
Son efectos propios o por conversión a estrógenos? La prolactina y las hormonas tiroideas juegan también un papel importante. La adrenalina, la



noradrenalina, la serotonina, la acetilcolina, la histamina, el ácido gamaaminobutírico, la oxitocina, entre tantos otros modulan la respuesta sexual.

Moduladores autónomos y heterónomos interactúan en la génesis de la función sexual.

Propios de las personas y propios de la cultura o sea de los valores a los cuales se adhiere, cada cual.



La Disfunción Sexual Femenina, es un problema de Salud habitual, que entonces puede corresponder a desórdenes del deseo, del despertar sexual, del orgasmo, o de los desórdenes vinculados al dolor y que generan estrés personal o dificultades de relacionamiento. Frecuentemente multifactorial en su etiología y con bases fisiológicas y psicológicas. El abordaje de la disfunción sexual femenina incluye un intercambio profundo con la paciente, seguido de un correcto examen físico y exámenes de laboratorio.

La terapia consiste en educación sexual a la pareja, modificaciones de la conducta y puede incluir farmacoterapia.

Se debe tener en cuenta la medicación que usa la paciente, las drogas que afectan el SNC, las psicoactivas; las de uso cardiovascular y las hormonales.

Se deben indagar, los síntomas y signos asociados a la carencia estrogénica: disturbios vasomotores, irritabilidad, depresión, fatiga, vaginitis atrófica, dispareunia.

Analizando nuevamente, los diferentes componentes o las diferentes dimensiones del deseo y siguiendo a Levine, el primer componente, impulso, pulsión, deseo espontáneo, es el deseo biológico, y su intensidad varía de una persona a la otra. Declina naturalmente con la edad, sin embargo algunas enfermedades o medicamentos pueden hacerlo declinar también. El segundo componente del deseo incluye las creencias, valores, conocimientos. Este, corresponde a la dimensión social del deseo, y el que esboza la naturaleza sexual del individuo. El tercer componente es la motivación, lo que corresponde a la dimensión psicológica del deseo. Los factores que crean la voluntad de tener una experiencia sexual, son los que motivan a la persona o no. La complejidad del deseo sexual, permite que los técnicos de la salud, evalúen el deseo sexual hipoactivo desde cada aspecto para descubrir que es

realmente lo que lo causa. La deficiencia de testosterona puede ser considerada entre las causas del desorden del deseo sexual hipoactivo.

La caída de la producción de testosterona es una consecuencia de la edad, más que de la menopausia, lo que sucede muy gradualmente, como resultado de la actividad ovárica y adrenal. Igualmente se sigue produciendo. En un reciente estudio se ha visto en esta etapa un ligero incremento de la hormona.

Contrariamente, la mujer que ha sido histerectomizada con ooforectomía bilateral, experimenta una dramática y permanente, caída de la producción ovárica de testosterona, correspondiendo a más del 50 % de lo que sucede en una mujer con menopausia natural.

Se debe saber que caso tenemos delante de nosotros si realmente corresponde a una pérdida del deseo, disminución del placer sexual, incapacidad para sentirse bien, y fatiga persistente.

Las vías de administración de la testosterona, han sido varias: oral, intramuscular, implantes subcutáneos, todo lo cual incrementaba el deseo sexual en las mujeres postmenopáusicas. Sin embargo, la administración transdérmica ha probado ser la más ventajosa, porque evita el 1er paso hepático y distribuye dosis fisiológicas de testosterona y está aprobada en toda Europa solo para las mujeres que han sido ooforectomizadas y durante un período corto.

No se puede asumir que la deficiencia de testosterona, es la única causa de disminución del deseo, como ya fuera explicitado.

Corrientemente, la testosterona disponible solo es off-label. Hay productos cuyas licencias han sido dadas para otros usos. Los productos destinados para

los varones, y off-label para las mujeres, pueden llevar a dosis suprafisiológicas para la mujer, dado que ella necesita dosis ínfimas, pudiendo por otra parte determinar varios efectos colaterales de importancia, a saber efectos colaterales a nivel cardiológico y cáncer de mama. En el caso de ser necesaria la sustitución hormonal androgénica, y luego de realizar una correcta valoración hormonal paraclínica, como cuando medicamos con hormona tiroidea, contamos con un producto, con acción estrógena, progestagénica y androgénica que es la tibolona y que está aceptada por las autoridades de Salud pública.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Masters W., Johnson V. El vínculo del placer. Editorial Grijalbo, Bs. As. 1977
- Kaplan H. S. Trastornos del Deseo sexual. Editorial Grijalbo. Barcelona, 1982
- Boero Gastón . Las armas del amor. Editorial Fin de Siglo. Montevideo,1999
- Summer Diane. The voyage of love and sex. The oracle Press, Australia. 1999
- Basson et al., JAMC. May, 2005; 172
- Cyrulnik Boris. Aux origines du désir . En Désir, Couple , Dépression , Philippe Brenot et al. L Esprit du Temps, France, 2001.
- Flores Colombino Andrés. El lenguaje sexual. A y M Ediciones, Montevideo. 2003
- Kenemas P., Speroff L. , Tibolone : Clinical recommendations and practical guidelines. A report of the International Tibolone Consensus Group. Maturitas 51( 2005 ) 21-28
- Rosemary Basson , Womens sexual dysfunction ; revised and expanded definitions JAMC. 10 MAI 2005, 1327 a 1333
- Rachel N. Pauls, Steven D. Kleeman, Mickey M. Karram. Female Sexual Dysfunction : Principles of Diagnosis and Therapy. CME Review article, Volume 60, Number 3. Obstetrical and Gynecological Survey, 2005.
- Alessandra Graziottin ,Introduction to Female Sexual Disorders. En Standard Practice in Sexual Medicine, Hartmut Porst, Buvat Jacques, 2006, desde pág. 287 a 349
- Pfaus G. James, Centers for studies in behavioral neurobiology, Montreal , Québec, Conference, XVIII World Association for Sexual Health ,Congress, Sidney, april, 2007
- Cavalcanti e Cavalcanti, Tratamento clínico das inadequacoes sexuais , terceira edicao, Roca, 2006
- Revue européenne de Santé Sexuelle, janvier – mars 2007

- Gruewald Ilan , Rambam Medical Center, Haifa, Israel. New Pharmacological approaches to Female Sexual Dysfunction. Conference , 10<sup>th</sup> ESSM Congress, Lisbon, November 2007
- Patrice Lopes, Michele Lachowsky, Ménopause et Sexualité : Les aspects organiques, Ménopause au XXI<sup>e</sup> siècle, Michele Lachowsky. En Manuel de sexologie, II Elsevier Masson, 2007, desde pág. 105 a 114 . Pratique en gynécologie – obstétrique.
- Marie Chevret – Measson , Physiologie de la réaction sexuelle féminine. En Manuel de sexologie, II Elsevier Masson, 2007, desde pág. 80 a 85.
- Ibáñez Toda Lourdes y Potau Vilalta Neus. Puesta al día pruebas de Laboratorio en Endocrinología y Nutrición. Ovario : estrógenos, gestágenos, andrógenos, globulina fijadora de hormonas sexuales, inhibinas y cariotipo. En Endocrinol Nutr, 2007; 54 (3 ):174-81
- Pons JE ¿ De qué hablamos cuando hablamos de Sexualidad ? En Material de apoyo para las clases, Guía teórica, Curso de Capacitación en Medicina Sexual, 2008
- Sheryl A. Kingsberg, PhD, James A. Simon, MD, CCD, FACOG, and Irwind Goldstein, MD. The Journal of Sexual Medicine, Official Journal, of the International Society for Sexual Medicine, Volume 5, Supplement 4 –2008. The Current Outlook for Testosterone in the Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women.

## 4. GUÍA PRÁCTICA

---

Los principales objetivos de estas guías son:

a.- Contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer entre los 40 y 64 años, así como a reducir los Factores de Riesgo de enfermedades cardiovasculares y de fracturas.

b.- Colaborar con el equipo de salud del primer nivel de atención a los efectos de facilitar su labor

La población objetivo incluye al grupo de mujeres entre los 40 y 64 años, bajo dos condiciones clínicas específicas, con menstruación y postmenopáusicas.

Se presentan los motivos de consulta más frecuente y las recomendaciones para su diagnóstico, tratamiento, eventual derivación a nivel de mayor complejidad y seguimiento.

### 4.1. Mujeres mayores de 40 años que menstruan

<b>MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE MENSTRUAN</b>				
Motivo de consulta	Exámenes paraclínicos	Intervención	Derivación	Frecuencia Seguimiento
<b>4.1.1. CONTROL Asintomática</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PAP y Mamografía, de acuerdo a norma Vigente</li><li>• Perfil lipídico</li></ul>	Promoción estilo de vida saludable	No	Control anual
anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico				

GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública

<p><b>4.1.2.</b> <b>CON INTERES REPRODUCTIVO</b></p> <p>anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAP y Mamografía, de acuerdo a norma vigente</li> <li>• Hemograma</li> <li>• Glicemia</li> <li>• Perfil lipídico</li> <li>• Orina</li> <li>• Toxoplasmosis</li> <li>• VAT y antirrubéola</li> <li>• VDRL HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar posibilidades reproductivas y riesgos materno – fetales</li> <li>- Promoción de estilo de vida saludable</li> <li>- Ac. Fólico 400ug/día</li> </ul>	<p>A 3er nivel Policlínica de asesoramiento prenatal y ARO</p> <p>Consejo genético</p>	<p>A cargo de especialista</p>
<p><b>4.1.3.</b> <b>ANTICONCEPCION</b></p> <p>anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAP y Mamografía, de acuerdo a norma vigente</li> <li>• Hemograma</li> <li>• Glicemia</li> <li>• Perfil lipídico</li> </ul>	<p>Usar manual de criterios de elegibilidad médica</p> <p>Valorar DIU con progesterona</p> <p>Continuar por 1 año a partir de la menopausia</p> <p><b>Contraindicaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticoncepción hormonal en fumadoras, hipertrigliceridemias y enfermedad trombotica</li> <li>- DIU de Cu en menometrorragia</li> <li>- Métodos naturales en pacientes con irregularidad menstrual</li> </ul>	<p>No</p>	
<p><b>4.1.4</b> <b>SINDROME CLIMATERICO o DISFORIA PREMENSTRUAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAP y Mamografía, de acuerdo a norma vigente</li> <li>• TSH</li> <li>• Perfil lipídico</li> <li>• Uricemia</li> <li>• Glicemia</li> </ul> <p>Frecuencia: anual</p>	<p>Promoción de estilo de vida saludable +</p> <p><b>1°) No farmacológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia alternativa</li> <li>• Restricción de Na y cafeína</li> <li>• Ejercicio aeróbico</li> <li>• Control peso</li> <li>• Alimentación que provea Ca y Vit D</li> </ul> <p><b>2°) Suplementos Nutricionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ca 1200mg/día</li> <li>- VIT D 800U/día</li> <li>- Mg 200-400mg/día</li> <li>- Vit. B.6 50-100mg/día</li> <li>- Vit. E 400 UI/día</li> </ul>	<p>No</p> <p>No</p>	<p>Control Tri o semestral</p>

GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública

anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico		<b>3°) Farmacológico el menor tiempo posible a la menor dosis posible</b> • ISRS, gabentin, • ACO • Estrógenos + gestágenos	<b>A 2° nivel:</b> - Psiquiatra - Policlínica de climaterio	Repetición c/3 ciclos  Control fijado por especialista
<b>4.1.5. ALTERACIONES DEL CICLO</b>	Descartar: • Gravidéz: B- HCG • Anemia clínica y/o hemograma • Disf. Tiroidea TSH • Pat. Orgánica: Ex, físico y Ecografía ginecológica	Promoción de estilo de vida saludable  <b>1°) Sangrado uterino irregular</b>  <b>2°) Amenorrea</b> Prueba de progesterona  • <b>POS:</b> continuar como premenopausia  • <b>NEG:</b> continuar como postmenopausia	EVALUAR CON ESPECIALISTA  EVALUAR CON ESPECIALISTA	Control tri o semestral  Frecuencia indicada por especialista A cargo del especialista
anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico				
<b>4.1.6. DISFUNCION SEXUAL</b>	• RUTINAS HABITUALES	• Promoción de estilo de vida saludable • Corrección de factores: - Ginecológicos - farmacológicos - generales • Revisión de aspectos psicosociales y sexuales	Si no mejora derivar a especialista	CONTROL SEGÚN CRITERIO ESPECIALISTA

## 4.2. Mujeres postmenopáusicas

Motivo de consulta	Exámenes paraclínicos	Intervención	Derivación	Frecuencia Seguimiento
<b>4.2.1. CONTROL Asintomática</b>	- PAP - Mamografía - TSH - ECOGRAFIA	Promoción estilo de vida saludable	No	Control anual



GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública

anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico	TV BIANUAL <b>Prevención CV</b> – Perfil lipídico – Uricemia – Glicemia <b>Prevención ósea</b> – ninguno			
<b>4.2.2. TRASTORNOS VASOMOTORES</b>	– PAP – Mamografía – Ecografía TV  <b>Prevención CV</b> – Perfil lipídico – Uricemia – Glicemia  <b>Prevención ósea</b> – Ninguno	<b>1°) Modif. estilo de vida</b> – respiración controlada – cese tabaquismo – ejercicio  <b>2°) Trat. no hormonal</b> – Veralapríde – Bellergal – Antidepresivos – Gabapentina  <b>3°) Trat. Hormonal el menor tiempo posible a la menor dosis posible</b> – estrógenos – gestágenos – tibolona  <b>4°) Otros</b> – fitoestrógenos – acupuntura	No  No  A 2° nivel: para ser indicados - Psiquiatra - Pol. climaterio  No	Control fijado por especialista
anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico				
<b>4.2.3. DISFUNCION SEXUAL</b>	• PAP y Mamografía, de acuerdo a norma vigente • TSH • Perfil lipídico • Uricemia • Glicemia	• Promoción de estilo de vida saludable • Corrección del trofismo vaginal: – Estrogenos locales • Corrección de otros factores: – ginecológicos – farmacológicos – generales – psicosociales – DE PAREJA – SEXUALES	Si no mejora derivar a especialista	Control SEGÚN ESPECIALISTA
<b>4.2.4 TRASTORNOS GENITOURINARIOS</b>	– <b>RUTINAS</b>  – <b>ESPECIFICOS</b> – orina – urocultivo  <b>Prevención CV</b> – Perfil lipídico	<b>Medidas preventivas</b> De la incontinencia de orina: - Obesidad - Higienico - Ejercicios de Kegel, útiles para la prevención y		

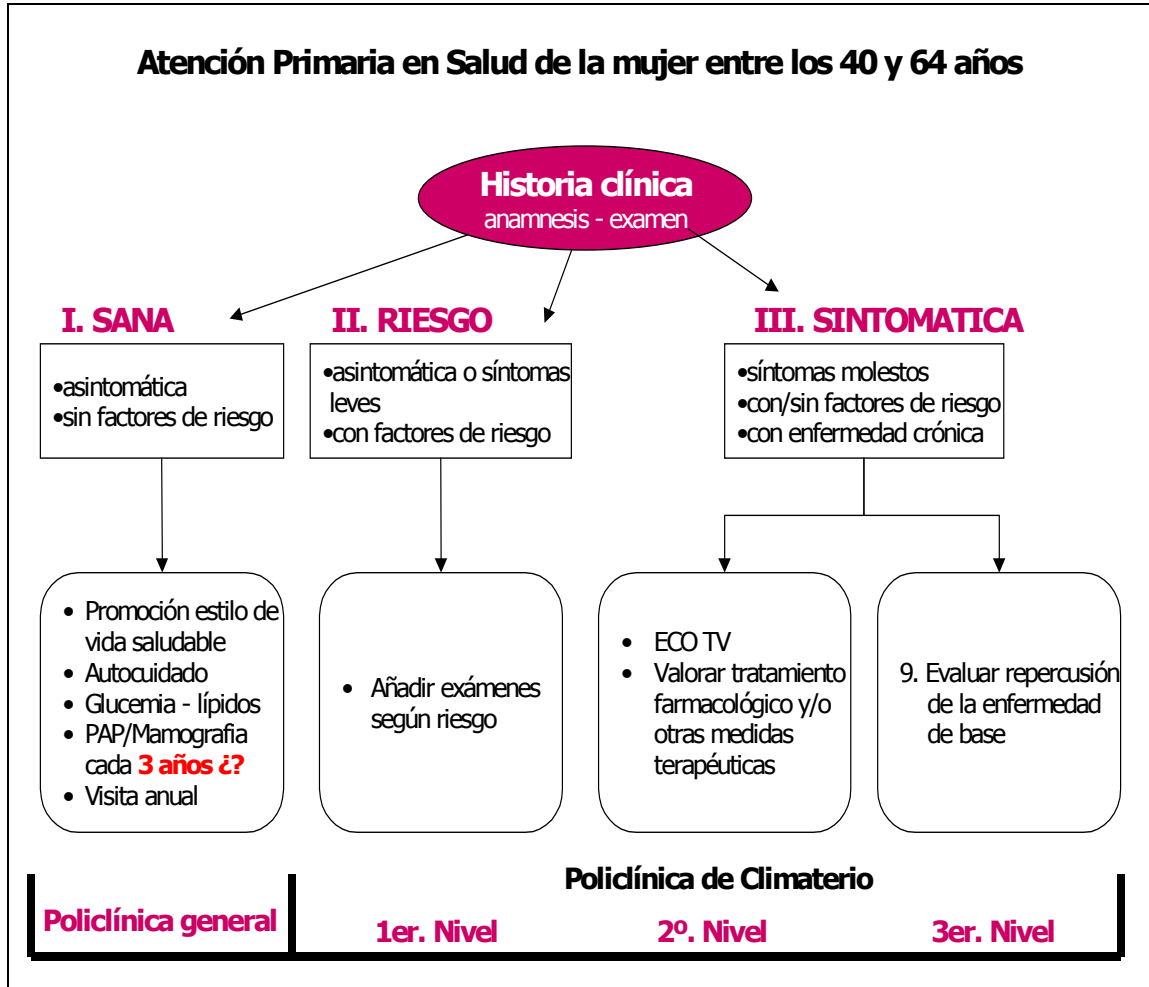
GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública

anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uricemia</li> <li>- Glicemia</li> </ul> <p><b>Prevención ósea</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> </ul>	<p>tratamiento. Su objetivo es el fortalecimiento del piso pélvico.</p> <p>De las inf. urinarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- higiene adecuada</li> <li>- abundantes líquidos</li> <li>- corrección del estreñimiento</li> </ul> <p>De la atrofia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrógenos locales</li> </ul>		
<b>4.2.5. CON FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PAP</li> <li>- Mamografía</li> <li>- TSH</li> </ul> <p><b>Prevención CV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil lipídico</li> <li>- Uricemia</li> <li>- Glicemia</li> </ul> <p><b>Prevención ósea</b></p> <p>Solicitar especialista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Densitometría ósea</li> <li>- Marcadores de resorción ósea</li> </ul>	<p><b>1- Paraclínica normal</b> Calcio + vit D</p> <p><b>2. DO normal + DPD ↑</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ca + Vit D</li> <li>- Antirreabsortivos</li> </ul> <p><b>3. DO osteopenia +</b> (t-score: entre -1 y -2.5)</p> <p>a) <b>DPD normal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- corrección fact. riesgo</li> <li>- Ca + Vit D</li> </ul> <p>b) <b>DPD ↑</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- = al anterior + terapia antirreabsortiva</li> </ul> <p><b>4. DO osteoporosis</b> (t-score = o &lt;2.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- corrección fact. riesgo</li> <li>- Ca + Vit D</li> <li>- antirreabsortivos</li> </ul>	<p>Al menos un control con especialista</p> <p>Si</p> <p>Si, reumatólogo</p> <p>Si, reumatólogo</p> <p>Si, reumatólogo</p>	<p>Según especialista</p> <p>DO: cada 2 años DPD c/6 – 12m</p> <p>DO: cada 2 años DPD anual Repetición Control fijado por especialista</p> <p>DO: cada 2 años DPD c/6 – 12m Repetición Control fijado por especialista</p> <p>Repetición Control fijado por especialista DO: cada 2 años DPD c/3 o 6m</p>
anamnesis + Peso, cintura Talla y PA examen físico				
<b>4.2.6. CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PAP</li> <li>- Mamografía</li> <li>- TSH</li> </ul> <p><b>Prevención CV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil lipídico</li> <li>- Uricemia</li> <li>- Glicemia</li> <li>- ECG</li> <li>- ergometría</li> </ul>	<b>Establecer el riesgo CV, siguiendo las Guías de Prevención CV 2007</b>	No	Control anual
<b>4.2.7. CON TRAST. DEL SUEÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PAP</li> <li>- Mamografía</li> <li>- TSH</li> </ul> <p><b>Prevención CV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil lipídico</li> <li>- Uricemia</li> <li>- Glicemia</li> </ul>	<p><b>Medidas Preventivas:</b></p> <p><b>1.</b> Aplicar pautas de higiene de sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dormitorio oscuro, reservado, sin televisión, no leer, etc</li> </ul> <p><b>2.</b> Reforzar ritmo circadiano, reorganizando actividades diurnas</p> <p><b>3.</b> Distribución de las comidas durante el día</p>		

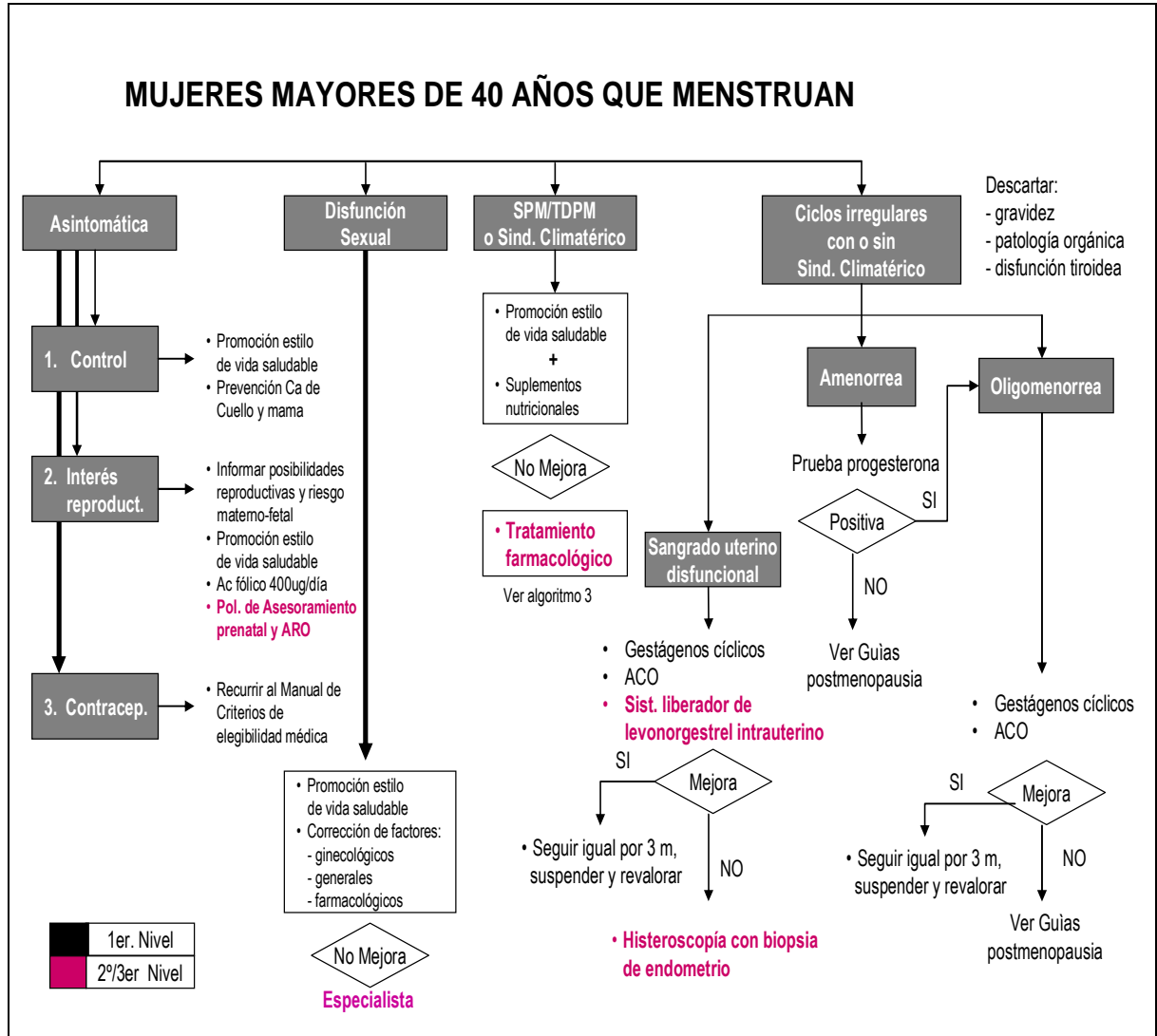
GUÍAS CLIMATERIO  
Ministerio de Salud Pública

		<b>Tratamiento:</b> 1. Terapia cognitivo comportamental 2. Tratamiento farmacológico - Tratamiento hormonal - otros	2º nivel Psicología  2º nivel	Control c/ 3-6m  Control c/3-6m
--	--	---	--	---------------------------------------

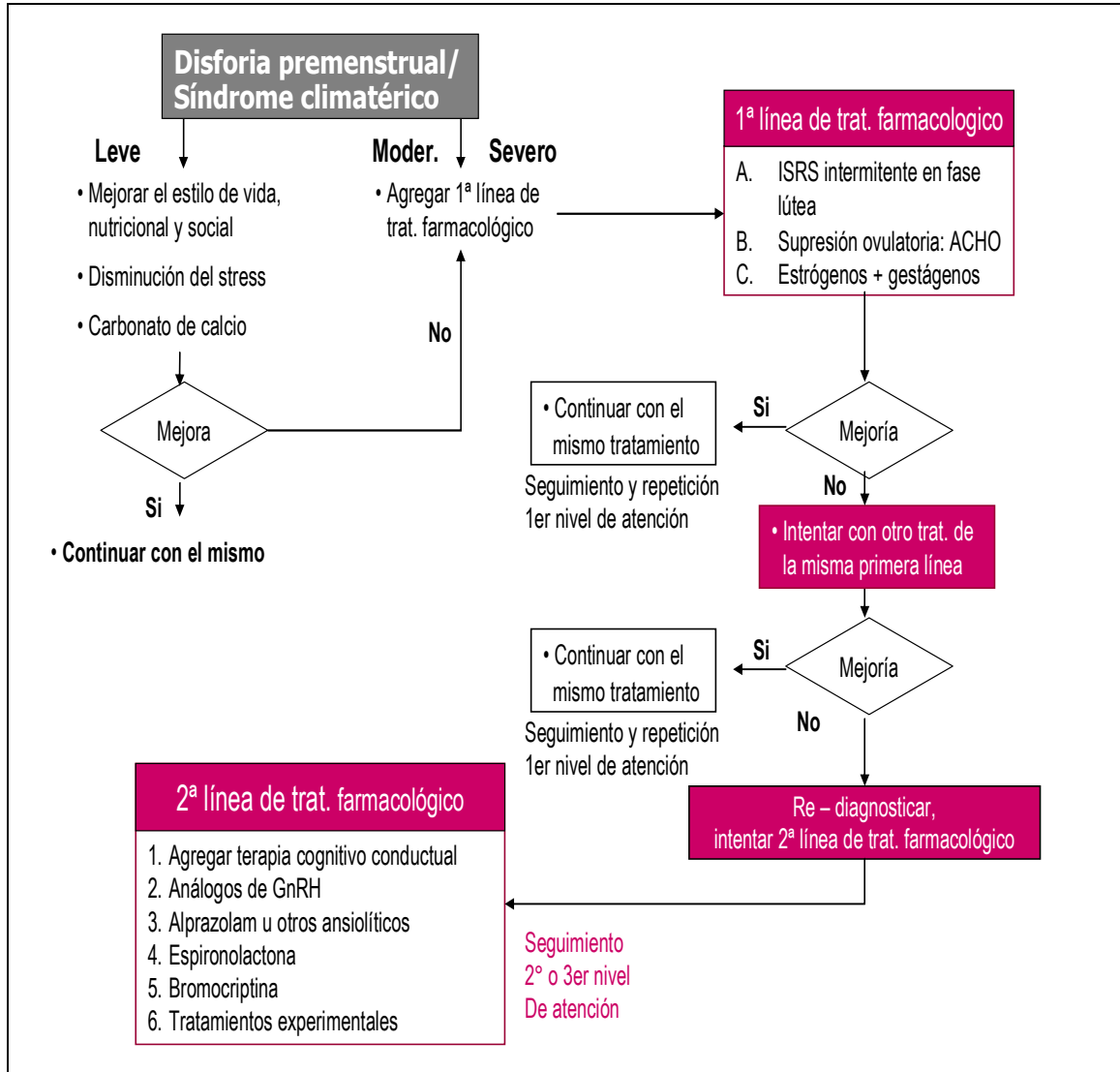
Flujograma N° 1



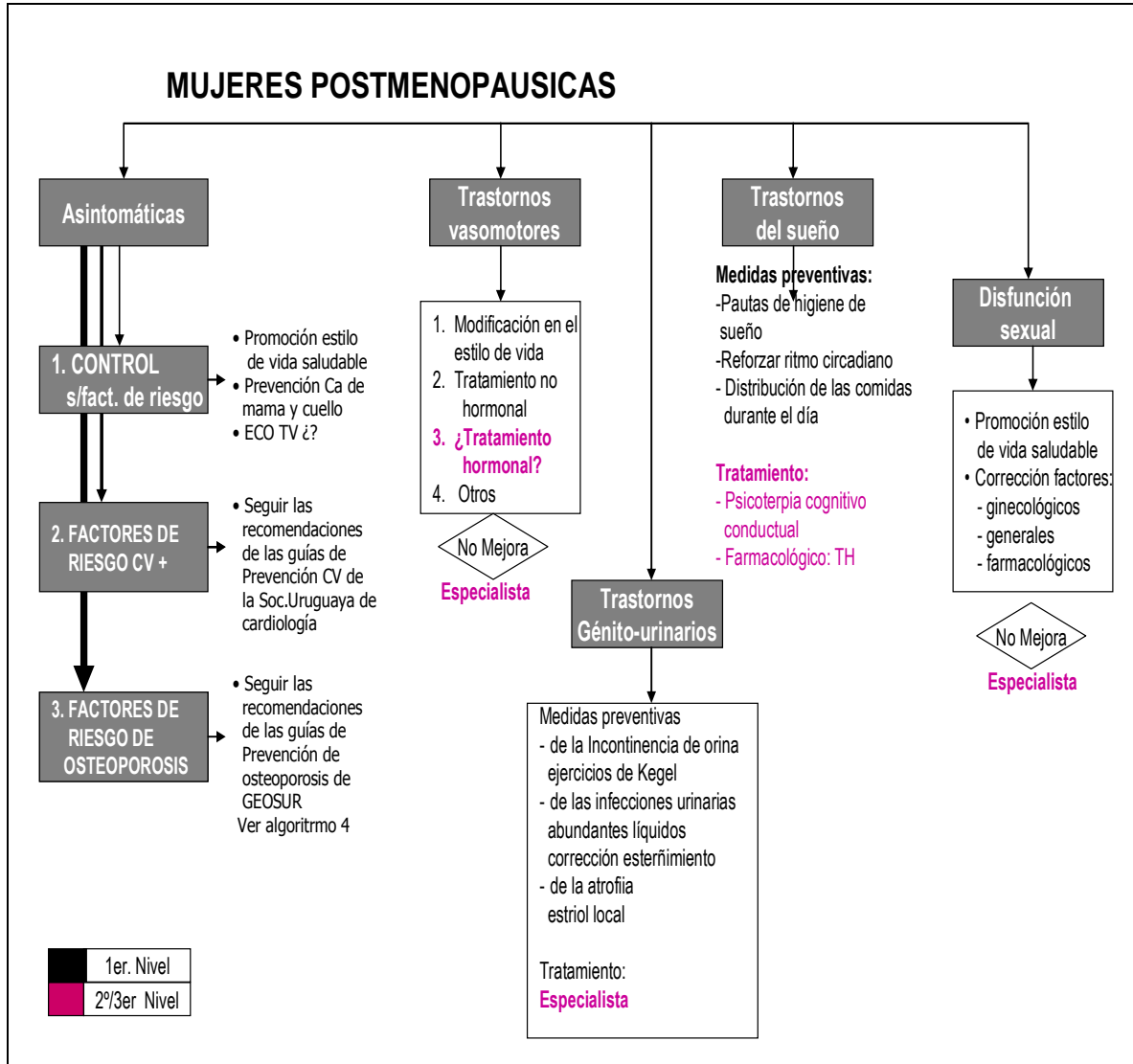
Flujograma N° 2



Flujograma 3

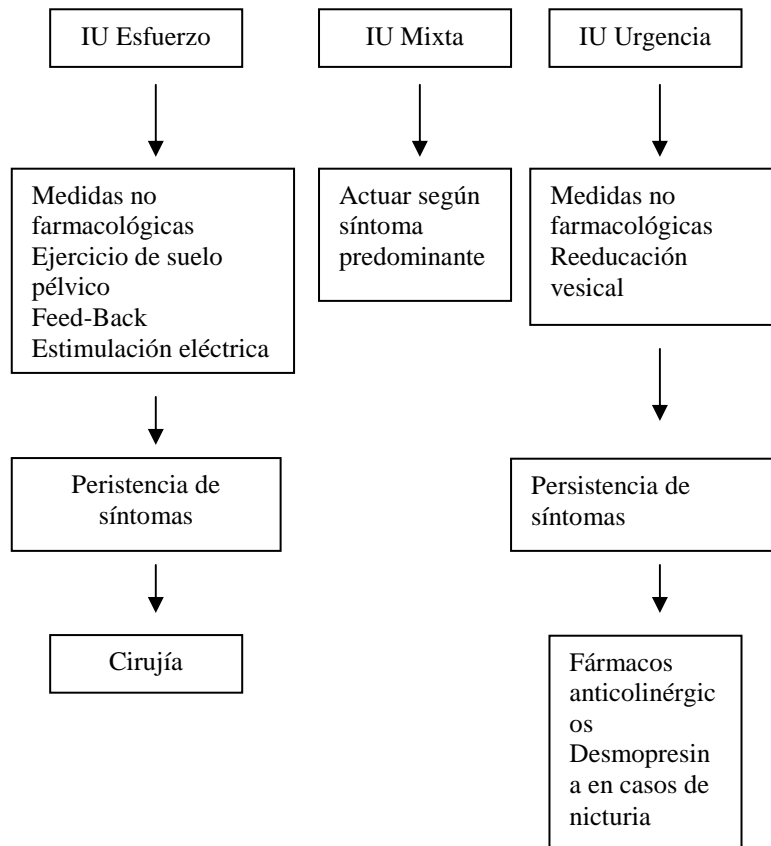


Flujograma N° 4



Flujograma N° 5

**Mujer con incontinencia urinaria**



**Medidas No Farmacológicas**

Modificar ingesta de líquidos, mantener peso adecuado, evitar diuréticos y excitantes del SNC (té, café, mate, alcohol, bebidas cola), evitar sobrecarga de musculatura pélvica (estreñimiento, tos crónica, esfuerzos), practicar ejercicio aeróbico, eliminar barreras de acceso al baño, usar ropa cómoda no ajustada.

	<b>PRINCIPIO ACTIVO</b>	<b>DOSIS</b>
<b>Anticolinérgicos</b>	Oxibutinina	5mg/8h
	Cloruro de Trospio	20mg/12h
	Tolterodina	4mg/24h
	Solifenacina	5-10mg/24h
<b>Hormonas neurohipofisarias</b>	Desmopresina	0.1-0.2mcg/8h
<b>Estrógenos vaginales</b>		