

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ADAPTACIÓN DE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)**

**DE CLIMATERIO**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**Autores: Dra. Cristina Gabriela Castellanos Quiroga**

**Dra. Claudia Elizabeth Bohórquez Hernández**

**Director de Tesis: Dr. Antonio Domínguez V.**

**Director Metodológico: Dr. Wilfrido León**

**Quito - 2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios, que nos ha acompañado siempre y no nos ha dejado caer, por mantenernos junto a nuestra familia cada día.

A nuestras familias por estar a junto a nosotras brindándonos su apoyo incondicional, su amor y sus consejos para hacer de nosotras unas mejores personas, con su fortaleza y dedicación han guiado nuestro camino.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios por inundar de bendiciones y alegría toda nuestra vida.

A nuestro director de tesis por la guía y colaboración, por la disponibilidad mostrada en el desarrollo de la tesis, ya que sin su apoyo no habría sido posible completar este proyecto que nos planteamos.

A todos los profesores que contribuyeron compartiendo sus conocimientos a lo largo de nuestra formación en esta nueva etapa que hoy iniciamos.

# ÍNDICE

Portada .....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos .....	iii
Índice .....	iv
Índice de figuras.....	vii
Índice de tablas.....	viii
Abreviaturas.....	ix
RESUMEN.....	1
Abstract.....	3
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2.    OBJETIVOS .....	9
1.2.1. Objetivo General.....	9
1.2.2. Objetivos Específicos.....	9
1.3.    JUSTIFICACIÓN .....	10
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>13</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>13</b>
2.1.    PREPARACIÓN.....	14

2.1.1. Comprobar que la adaptación es factible:.....	14
2.1.2. Establecer un Comité Organizador: .....	15
2.1.3. Seleccionar el tema de la adaptación de guía: .....	15
2.1.4. Identificar recursos y habilidades:.....	16
2.1.5. Completar tareas de preparación:.....	18
2.1.6. Escribir un plan de adaptación:.....	20
2.2. ADAPTACIÓN:.....	20
2.2.1. Determinar las preguntas clínicas .....	20
2.2.2. Búsqueda de guías y otros documentos relacionados.....	21
2.3. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA.....	23
2.3.1. Tamizaje de guías.....	24
2.3.2. Reducción del número de guías .....	25
2.3.3. Evaluación de la calidad .....	26
2.3.4. Evaluación de la validez.....	29
2.3.5. Evaluación del contenido, consistencia, aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones .....	29
2.3.6. Revisión de las Evaluaciones (Resultados) .....	30
2.3.7. Seleccionar entre las Guías para crear una guía adaptada .....	31
2.3.8. Elaborar una adaptación de guía (borrador) .....	31
2.3.9. Finalización: .....	32
2.3.9.1. Equipo de validación.....	32
2.3.10. Criterios de selección de expertos.....	32
2.3.10.1. Elaboración del documento final de la guía.....	32

2.3.11.Criterios de inclusión y exclusión.....	33
2.3.11.1.Criterios de inclusión.....	33
2.3.11.2.Criterios de exclusión.....	33
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>34</b>
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>34</b>
3.1.    RESULTADOS.....	34
3.1.1. Búsqueda de evidencia.....	34
3.1.2. Calificación porcentual: dominios AGREE II.....	36
3.2.    PREGUNTAS CLÍNICAS.....	43
3.3.    DISCUSIÓN.....	53
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>55</b>
4.1.    CONCLUSIONES.....	55
4.2.    RECOMENDACIONES.....	57
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Agree II.....28

Figura 2 Esquema de adaptaciòn.....35

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Fases del proceso de adaptación: metodología adapte.....	13
Tabla 2 Ejemplo de formato de Tamizaje de guías.....	25
Tabla 3 Búsqueda de evidencia.....	36
Tabla 4 Selección de la guía para adaptación .....	37
Tabla 5 ¿Cómo se realiza la promoción de la salud en la mujer en etapa de climaterio?.....	43
Tabla 6 ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas, los estudios de laboratorio y gabinete que se deben realizar a una mujer en etapa de climaterio?.....	45
Tabla 7 ¿Cuál es el tratamiento no hormonal del climaterio?.....	49

## ABREVIATURAS

<b>AGREE:</b>	Appraisal Of Guidelines Research Evaluation
<b>ADAPTE:</b>	Resource Toolkit for Guideline Adaptation
<b>INEC:</b>	Instituto Nacional De Estadística Y Censos
<b>CIE 10:</b>	Clasificación Internacional De Enfermedades, Décima Versión
<b>MESH:</b>	Medical Subject Headings
<b>GPC:</b>	Guía De Práctica Clínica
<b>NCC-WCH:</b>	National Collaborating Centre for Women's and Children's Health
<b>JOGC:</b>	Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada
<b>SIGN:</b>	Scottish Intercollege Guidelines Network
<b>NICE:</b>	National Institute for Health and Clinical Excellence
<b>OCEBM:</b>	Centre for Evidence-Based Medicine Oxford

## RESUMEN

La investigación elabora la adaptación de una guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento del climaterio utilizando el sistema de adaptación de la colaboración ADAPTE 2009, los pasos de adaptación han sido elaborados metódicamente, adyacente con la calificación de calidad metodológica AGREE II, que se aplica a las guías seleccionadas, las cuales fueron cuatro guías internacionales, dos de las cuales fueron finalistas para la realización de la adaptación de guía de práctica clínica.

El proceso de adaptación se ha elaborado para obtener la mejor información internacional basada en evidencia que está disponible actualmente a nivel mundial en una guía de práctica clínica y que sea acorde a la realidad de nuestro país, para facilitar el manejo integral del climaterio en la atención médica.

La menopausia es el comienzo de una etapa que ocupa casi la tercera parte de la vida femenina, un proceso fisiológico normal, que se origina con el cese paulatino de la actividad hormonal ovárica, lo que desencadena un complejo proceso, en los cuales se entrelazan factores biológicos, sociales, económicos, culturales, familiares y otros, que actúan como aspectos condicionantes de las prácticas individuales en la atención de salud. Además, se toma como referencia que el climaterio “no es el cese de la existencia, sino la etapa que deja abierta las puertas al disfrute de una nueva

forma que debe cursar con menos tensión, con menos carga” (Capote, Segredo, & Gómez, 2011).

Según los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la OMS, no hay razones para que la mujer climatérica no sea mental y sexualmente sana (Capote, Segredo, & Gómez, 2013). Es por eso que “se deben estudiar y recomendar todos aquellos elementos que permitan la plenitud de sus posibilidades físicas, psíquicas y sociales en esta etapa de la vida” (Capote, Segredo, & Gómez, 2011). Además, la longevidad a nivel mundial ha aumentado en las últimas décadas, lo que ha permitido que más número de mujeres se encuentren en etapa de climaterio y sea necesario brindarles una atención de calidad; en el Ecuador se estima que aproximadamente el 7% de la población son mujeres mayores de 65 años y que se alcanzará porcentajes mayores de población envejecida hasta el año 2025 (Paredes, 2016).

Con este enfoque, se hace evidente lo importante que resulta una guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del climaterio que disminuya la variabilidad clínica en la atención. Esto permite mejorar la calidad del cuidado y la prestación de los servicios de salud más racionales, en términos de un mejor empleo de los recursos. Así, es necesario ajustar el modelo integral de salud ecuatoriano hacia el contexto internacional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

## **ABSTRACT**

The investigation elaborates an adaptation to a clinical practical guide about a diagnose and a treatment of a climacteric using an adaptation system with the collaboration of ADAPTEII 2009, the steps for the adaptation have been elaborated methodically, adjacent to the methodological quality rating AGREE II, which are applied to the selected guidelines, the ones that were four international guides, two of them were finalists for the accomplishment of the clinical practice guide adaptation.

The process of adaptation has been elaborated to obtain the best international information based on evidence that is available worldwide in a practical clinic guide and that is related to the reality of our country, to facilitate the integrate management of the climacteric in the medical attention.

The menopause is the start of phase that uses the third part of the female life, a normal physiological process, that is originates with the slowly cessation of the hormonal ovary activity, that unchains a complex process, in the ones biological, social, economic, cultural, familiar and other factors interlace, that act like conditioner aspects of the individual practices of health attention. By the side, it is proposed that the climacteric is not the cessation of the existence, but the phase that leaves the doors open to a new form that should curse with less tension and burden (Capote, Segredo, & Gómez, 2011).

According to the WHO concepts of health, mental health and sexual health, there is no reason for climacteric women not to be mentally and sexually healthy (Capote, Segredo, & Gómez, 2013). That is why we must study and recommend all aspects that will encourage the fullness of their physical, psychic and social possibilities in this stage of life (Capote, Segredo, & Gómez, 2011). In addition, worldwide longevity has increased in recent decades, which has allowed more women to be in the climacteric stage and need to provide quality care; in Ecuador, it is estimated that approximately 7% of the population are women over 65 years old and that a greater percentage of the elder population in 2025 will be reached (Paredes, 2016).

With this approach, it shows how important it results for a clinical practice guide of the diagnosis and treatment of climacteric to reduce the clinical variability in care; to improve the quality of care; and that permits the provision of health services in a rational way, in determination of a better use of resources, that also involves adjusting the integral model of Ecuadorian health to the international context (Ministry of Public Health of Ecuador, 2014).

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Durante la vida sexual de la mujer se pueden identificar varias etapas, las mismas que en muchos casos, se convierten en eventos de vital importancia, por ejemplo: la primera relación sexual, el embarazo, el parto, el climaterio, entre otros. “Diferentes estudios realizados han demostrado que las mujeres viven la menopausia según sus factores hereditarios, dieta, estilo de vida, medio social y actitudes culturales” (Capote, Segredo, & Gómez, 2011).

Además, otro estudio realizado manifiesta que:

el climaterio y la menopausia se consideran dentro de los procesos psicofisiológicos, de causa endocrina, mediados por el estrés y con manifestaciones severas de éste, tales como irritabilidad, alteraciones del sueño, frecuencia cardíaca acelerada, dolores de cabeza, necesidad de tranquilizadores o hipnóticos, signos de ansiedad (sudor, temor, agitación) y depresión (olvido, tristeza, astenia, etcétera), entre otros. (Lugones, Quintana, & Cruz, 1998)

A pesar de la cercanía existente, las palabras menopausia y climaterio, no poseen el mismo significado.

La primera se refiere a la desaparición definitiva de la menstruación por un periodo aproximado de 12 meses, producto del fallo de la función ovárica. Antes de los 40 años, su aparición

se denomina menopausia precoz. Climaterio se conoce como el tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. (Capote, Segredo, & Gómez, 2013)

Según los últimos criterios utilizados, el climaterio ocurre en mujeres entre los 45 y 59 años de edad. Además, se inicia “unos años antes de la menopausia (perimenopausia) y se extiende años después (posmenopausia). Otros estudios entienden por posmenopausia todo el tiempo de vida de la mujer con posterioridad al cese de la función reproductiva del ovario” (Capote, Segredo, & Gómez, 2013).

Otro aspecto a destacar es que, durante la etapa de climaterio, la mujer puede vivir con menos tensión de la normal, puesto que:

ya no tendrá el riesgo o temor del embarazo, no requerirá métodos anticonceptivos, puede despreocuparse ya de la planificación familiar, cesan las molestias menstruales, ha disminuido la atención a los hijos, que se valen por sí solos, puede compartir con los nietos y mostrarse como una adulta mayor, dispuesta a disfrutar de su vida familiar, laboral y social a plenitud. (Capote, Segredo, & Gómez, 2011)

Según los conceptos planteados para describir la salud, salud mental y salud sexual, no existen motivos para que una mujer, en período de climaterio, sea incapaz mental y sexualmente. Es por eso que “se deben estudiar y recomendar todos los aspectos que favorezcan a la plenitud de

sus posibilidades físicas, psíquicas y sociales en esta etapa de la vida” (Capote, Segredo, & Gómez, 2011).

El anterior análisis hace evidente la necesidad de promover modelos de atención con un enfoque biopsicosocial en el que se fortalece la labor preventiva y de promoción de la salud, optimizando las herramientas de diagnóstico y tratamiento para mejorar la calidad de vida de las pacientes en etapa de climaterio, preconizando el enfoque sistémico, conociendo al individuo y al medio donde vive (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

## **1.1. Planteamiento del problema**

En la atención médica, la valoración de la mujer en etapa de climaterio genera muchas interrogantes, tensión, dificultad al momento de diagnóstico y tratamiento; en la actualidad no se cuenta con una fuente bibliográfica dentro del panel de guías que dispone al momento el Ministerio de Salud del Ecuador.

¿Cuál sería la vía más adecuada, disponible para el estudio y tratamiento de la mujer en etapa de climaterio, desplegando la mejor evidencia médica disponible que permita actualizar, analizar y promulgar la temática cardinal para proveer una aproximación razonable al diagnóstico, evaluación y tratamiento, que sea aplicable para el entorno y permita un mejor manejo de la mujer en esta etapa vulnerable, atendiendo sus necesidades y promulgando una calidad de vida válida y confortable?

## **1.2. Objetivos**

### **1.1.1. Objetivo General**

Adaptar una guía de práctica clínica para el estudio y tratamiento de la mujer en etapa de climaterio, desplegando la mejor evidencia médica disponible que permita actualizar, analizar y promulgar la temática cardinal para proveer una aproximación razonable al diagnóstico, evaluación y tratamiento, que sea aplicable para el entorno médico y permita un manejo adecuado e integral de la mujer climatérica en el Ecuador, atendiendo sus necesidades y promulgando una calidad de vida válida y confortable.

### **1.1.2. Objetivos Específicos**

- Examinar en forma sistemática las fuentes bibliográficas confiables sobre las Guías de Práctica Clínica para el estudio y tratamiento de la mujer en etapa de climaterio en los sistemas de bases de datos bibliográficos y meta-buscadores.
- Identificar las guías de práctica clínica correspondientes al tema de interés previamente elaborado por otros países.
- Categorizar las guías de práctica clínica identificadas mediante los criterios del método AGREE II.
- Formular recomendaciones sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de mujeres en etapa de climaterio.
- Validar mediante el criterio de expertos

## **Justificación**

La esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado a lo largo de la historia, experimentado su mayor crecimiento desde el siglo pasado. “Los cambios socioculturales, los avances médicos y demográficos, así como los avances en otras ciencias afines, son los factores más relevantes para explicar que haya un elevado número de personas que llegan a edades más avanzadas” (Oliva y Osuna, 2009 citado en Paredes, 2016).

También se destaca que el envejecimiento en Latinoamérica abarca al sexo femenino, principalmente en áreas geográficas donde existe un bajo nivel educativo. “En Ecuador actualmente el 7% de sus habitantes tiene más de 65 años, pero en solo 9 años superará (2025) el 10% con lo cual estará entre los países considerados con una población envejecida” (Paredes, 2016).

Ecuador tiene 8'087.914 mujeres, lo que representa el 50,5% de la población del país, según las proyecciones poblacionales. En los próximos seis años “la población femenina se incrementará en un 9,36% mientras la de los hombres lo hará en 9,14%. De acuerdo a las proyecciones poblacionales, para el año 2020 la esperanza de vida será de 79 años, cinco años más que la de los hombres” (INEC, 2014).

Según las estadísticas del INEC y la proyección de la población femenina se puede deducir que las mujeres mayores de 45 años que

presentan o presentarán algún grado de déficit estrogénico representan un grupo poblacional significativo en el Ecuador.

Esta perspectiva permite comprender los cambios que se producen en el climaterio, y propiciar las mejores estrategias de detección de riesgos, diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones clínicas propias de esta etapa.

Por lo expuesto, es necesario elaborar intervenciones orientadas a la mujer en etapa de climaterio que constituyan una oportunidad que facilita una concepción de salud integral, que permite una valoración de necesidades, no solo físicas, sino también sociales, psicológicas, etc (Contreras & Gonzalez, 2015).

El fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento mediante herramientas que den parámetros de atención estandarizada al personal de salud, facilitarán la toma de decisiones, las cuales deben ser serán oportunas y óptimas. “Por tanto, mantener la autonomía y la independencia de las personas en edades avanzadas incluye un reto de gran magnitud” (Paredes, 2016).

El interés científico de la presente investigación se basa en la importancia de obtener una guía de práctica clínica que permita brindar una atención sistemática, estandarizada, sustentable por parte del personal de salud a la mujer en etapa de climaterio, con la mejor evidencia científica disponible; y brindar una atención integral a este grupo de población

vulnerable, de tal manera que se puedan identificar, controlar o reducir los factores biológicos del ambiente y el comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue u ocasione secuelas y consecuencias mayores sobre el individuo.

Frente a la información expuesta, se destaca la necesidad de ofrecer la debida atención médica a esta etapa de la vida, donde, particularmente, la atención primaria juega un rol fundamental.

## CAPÍTULO II

### MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología utilizada en la presente guía, se basó en el método ADAPTE, el cual establece las directrices metodológicas para adaptar Guías de Práctica Clínica, la misma que se subdivide en tres fases:

- Fase de preparación
- Fase de adaptación
- Fase de finalización

**Tabla 1**  
**Fases del proceso de adaptación: metodología adapte**

<b>1. FASE DE PREPARACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comprobar que la adaptación es factible</li><li>• Establecer un comité organizador</li><li>• Seleccionar el tema de adaptación de guía</li><li>• Identificar recursos y habilidades</li><li>• Completar tareas de preparación</li><li>• Escribir un plan de adaptación</li></ul>
<b>2. FASE DE ADAPTACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar las preguntas clínicas</li><li>• Búsqueda de guías y otros documentos relacionados</li><li>• Tamizaje de guías</li><li>• Reducción del número de guías</li><li>• Evaluación de la calidad</li><li>• Evaluación de la validez</li><li>• Evaluación del contenido, consistencia, aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones</li></ul>

- Revisión de las evaluaciones (Resultados)
- Selección entre las guías y recomendaciones para crear guías adaptadas.
- Elaborar una adaptación de guía (Borrador)

### **3. FASE DE FINALIZACIÓN**

- Equipo de validación
- Elaboración del documento final

Fuente: Iza & Vozmediano, 2017, págs. 10-11.

## **2.1. PREPARACIÓN**

### **2.1.1. Comprobar que la adaptación es factible:**

Una vez que se ha considerado la temática y la necesidad de una guía de práctica clínica, por encontrarse la mujer en periodo de menopausia y posmenopáusica en etapas vulnerables, apremia mejorar la calidad de vida y de atención integral de salud.

La búsqueda de información se realizó en varios sitios especializados, donde se verificó que existe la evidencia necesaria y las guías de práctica clínica sobre el tema propuesto, esto hace factible la adaptación de guía de práctica clínica.

Particularmente para la investigación que se desarrolla, la adaptación de la guía de práctica clínica: DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CLIMATERIO, se puede realizar debido a la existencia de evidencia

científica actualizada con alta calidad y guías de práctica clínica realizadas a nivel internacional.

### **2.1.2. Establecer un Comité Organizador:**

Se formuló el presente documento de investigación previo a la obtención del título de especialistas, donde la institución promotora es la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y los participantes son:

#### **Coordinador Ejecutivo**

Director de Tesis: Dr. Antonio Domínguez

#### **Experto Metodológico (EM)**

Tutor metodológico de Tesis: Dr. Wilfrido León Valdiviezo

#### **Expertos Temáticos (ET)**

Dr. Wilfrido León, Md. Cristina Castellanos, Md. Claudia Bohórquez, Md. Belén Vozmediano, Md. Silvana Iza, Md. Paulina Parra, Md. Narcisca Cevallos.

### **2.1.3. Seleccionar el tema de la adaptación de guía:**

La elección del tema ha sido ampliamente discutida por el grupo de adaptación, se estableció la necesidad de una adaptación de guía de

práctica clínica analizando que el Ecuador tiene 8'087.914 mujeres, lo que representa el 50,5% de la población del país, de ellas 1'069.988 son jefas de hogar.

En los próximos seis años la población femenina se incrementará en un "9,36% y la esperanza de vida aumentará, de acuerdo a las proyecciones poblacionales, para el año 2020 la esperanza de vida será de 79 años, cinco años más que la de los hombres" (INEC, 2014). Se puede deducir que las mujeres mayores de 45 años que presentan o presentarán algún grado de déficit estrogénico en corto plazo comprenden un grupo poblacional significativo.

El manejo integral de las mujeres en etapa de climaterio es un tanto compleja, internacionalmente las guías para su diagnóstico y especialmente el manejo se actualizan con información basada en evidencia, y además existen cada vez nuevos consensos, por lo que es indiscutible tener lineamientos de una guía de práctica clínica que sea útil en el desempeño del personal de salud del país en los diferentes niveles de atención.

#### **2.1.4. Identificar recursos y habilidades:**

Para la adaptación de esta guía se incluyeron recursos como el tiempo, los recursos económicos que fueron aportados por los profesionales que participaron en elaboración, para el aporte investigativo se estipularon reuniones semanales para el desarrollo y cumplimiento de los avances de la

guía, reuniones con los profesionales expertos que permitió la orientación de la investigación oportuna y metódica.

Las habilidades de cada uno de los participantes fueron tomadas en cuenta para el desarrollo de la adaptación de guía de práctica clínica de climaterio – menopausia.

**Experiencia profesional y personal en el tema:** Tanto el director así como el tutor de tesis, cuentan con gran experiencia y amplios conocimientos debido a que son especialistas en Ginecología y Obstetricia, siendo valioso su aporte para esta adaptación de guía de práctica clínica. Desarrollando y procesando la información científica para la adaptación de la guía egresadas del Post grado de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

**Experiencia administrativa y política:** Las investigadoras cuentan con un experto metodológico Dr. Antonio Domínguez quien tiene una gran trayectoria como Ginecólogo-Obstetra y experiencia en el Ministerio de Salud Pública en adaptaciones de guías de práctica clínica.

**Experiencia metodológica:** Dr. Wilfrido León experto metodológico para la realización de la adaptación de Guías de Práctica Clínica.

**Experiencia en la búsqueda:** la búsqueda de información se realizó en forma sistemática en meta buscadores, bases de datos, buscadores de

Guías de Práctica Clínica y buscadores específicos de información científica basada en evidencia, para este proceso los investigadores dedicaron tiempo y gran parte de los recursos.

#### **2.1.5. Completar tareas de preparación:**

La preparación contiene algunos ítems que deben cumplir un proceso para que el trabajo de investigación sea más real y objetivo. Para el trabajo de investigación se contó con la ayuda de 2 investigadoras que desarrollan la temática, en total 6 evaluadores de la guía de práctica clínica, el director de tesis, el tutor metodológico y un tercer lector, se cuenta con el cronograma de trabajo desarrollado y aprobado en el protocolo de tesis aprobado por la Coordinación de Posgrado de Ginecología y Obstetricia y la Unidad de Titulación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, el Consejo Directivo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, donde se detalla los horarios y límites de tiempo establecidos para el desarrollo de cada una de las etapas del trabajo.

Los colaboradores que forman parte del equipo de trabajo declararon que no poseen ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo, u otra relación con una persona o institución que se beneficie financieramente o actividades que puedan generar conflicto de interés (Ver Anexo 1).

Se estableció el proceso del consenso mediante decisiones conjuntas con los diferentes colaboradores y expertos, el tutor metodológico y director de tesis, tanto para de desarrollo metodológico y esencial de información científica para la adaptación y elaboración del documento final de la guía de práctica clínica.

Los organismos auspiciantes para este trabajo de titulación son en primera instancia la Pontificia Universidad Católica del Ecuador encargada del proceso metodológico, aprobación de temática, protocolo, validez y necesidad del medio, los evaluadores, el director de tesis y el tutor metodológico.

Consecutivamente se tiene perspectiva que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se encargue de la validación y difusión de la adaptación de guía de práctica clínica. Consecutivamente se tiene perspectiva que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se encargue de la validación y difusión de la adaptación de guía de práctica clínica, dentro de un proceso de vinculación con la colectividad de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a través de sus posgrados.

La autoría de la adaptación ha sido atribuida a los participantes y equipo nombrado en el acápite respectivo, acorde a los estándares y lineamientos del Ministerio de Salud Pública

### **2.1.6. Escribir un plan de adaptación:**

En la salud pública del Ecuador existen guías de práctica clínica que son instrumentos útiles y pragmáticos en la atención de salud, por lo que se aplicarán los parámetros según la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

## **2.2. Adaptación:**

### **2.2.1. Determinar las preguntas clínicas**

Para la formulación de las preguntas clínicas, se consideró la validez, utilidad, necesidad de las guías de práctica clínica en relación al tema para su aplicación en el Ecuador, además ha sido necesario considerar los criterios explícitos y metodológicos para evaluar la evidencia científica.

Las preguntas clínicas que son la base para la búsqueda bibliográfica de la información y que en el trabajo final serán dilucidadas para la elaboración de las recomendaciones son:

1. ¿Cómo se realiza la promoción de la salud en la mujer en etapa de climaterio?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas, los estudios de laboratorio y gabinete que se deben realizar a una mujer en etapa de climaterio?

3. ¿Cuál es tratamiento hormonal de la mujer en etapa de climaterio?
4. ¿Cuál es la duración del tratamiento con terapia de reemplazo hormonal?
5. ¿Cuál es la vía de administración?
6. ¿Cuáles son los efectos adversos del tratamiento hormonal?
7. ¿Cuáles son los las contraindicaciones de la terapia hormonal?
8. ¿Cuál es el tratamiento no hormonal del climaterio?
9. ¿Cuándo realizar la referencia de pacientes en climaterio de primer a segundo nivel de salud?

### **2.2.2. Búsqueda de guías y otros documentos relacionados**

Las guías de práctica clínica delimitadas en la búsqueda sistemática son revisadas por las autoras del trabajo de titulación para brindar soporte a las preguntas clínicas expuestas anteriormente, de tal manera que se puedan emitir las respuestas y recomendaciones adecuadas y basadas en evidencia científica actualizada.

En la investigación se buscaron documentos sobre el diagnóstico y tratamiento del Climaterio, delimitándose a documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español. Especialmente se buscaron documentos correspondientes a Guías de Práctica Clínica como está

puntualizado en los criterios de inclusión que más adelante se especifican, para la investigación se utilizaron términos validados del MESH, que permite mejorar el rigor científico del trabajo.

Los términos MESH utilizados en la investigación se describen a continuación:

- "Estrogen Replacement Therapy"[Mesh]
- "Practice Guideline" [Publication Type]
- "Climacteric"[Mesh]
- ("Menopause"[Mesh]) AND ("Postmenopause"[Mesh] OR "Premenopause"[Mesh])
- ("Climacteric"[Mesh]) AND "Estrogen Replacement Therapy"[Mesh]

Los motores de búsqueda que se utilizaron por la calidad de la información científica y fundamentación de las guías de práctica clínica como fuentes de información fueron: Tripdatabase, Epistemonikos, PubMed, Guideline Clearinghouse, Cochrane Library, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, New Zealand Clinical Guidelines y Ovid.

### 2.3. Resultados de la búsqueda

La búsqueda documental se realizó examinando inicialmente toda la información relacionada al tema del Climaterio/Menopausia en los metabuscadorees que se especifican a continuación:

- Medline: base de datos perteneciente a la National Library of Medicine de Estados Unidos.
- PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Pubgle: buscador específico para GPC <http://www.pubgle.com>
- Tripdatabase: [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)
- Compiladores:
- Guías y protocolos de la Sociedad Española: [www.giasalud.es](http://www.giasalud.es)
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov>
- U.S. National Institutes of Health: <https://clinicaltrials.gov>
- Biblioteca Cochrane: <http://cochranelibrary.com>
- Guías de práctica clínica IMSS: <http://www.imss.gob.mx/>
- MJA The Medical Journal of Australia: <https://www.mja.com.au/>
- CPG InfoBase, NeLH Guidelines Finder. NICE National Institute for Health and Care Excellence.

### **2.3.1. Tamizaje de guías**

Se estableció una secuencia estandarizada para la selección y la revisión de la mejor información basada en evidencia, en la que se establece las particularidades de los documentos encontrados con las fortalezas y las debilidades.

A continuación se detalla el formato utilizado de las características de publicación, y metodología de los documentos, así como la descripción por lo que se han seleccionado o descartado, la enumeración de los documentos se pueden revisar en Anexo 7.

**Tabla 2**  
**Ejemplo de formato de Tamizaje de guías**

<b>TÍTULO</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>
<p>GPC (MEXICANA)  DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO  DE LA PERIMENOPAUSIA Y  POSTMENOPAUSIA</p> <p><b>Organización:</b> Instituto Mexicano del Seguro Social</p> <p>Fecha publicación: Septiembre 2014</p> <p>Población, contexto de aplicación: Mujeres en la perimenopausia y posmenopausia.</p> <p><b>Dirigida a:</b>  Medico gineco-obstetras, biólogos de la reproducción humana, médicos familiares</p> <p><b>Financiación:</b>  Instituto Mexicano del Seguro Social</p> <p><b>Conflicto de intereses:</b>  Los autores no tienen conflicto de intereses</p> <p><b>Buscador:</b>  PUBMED, Tripdatabase, Embase</p>	<p>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 contenida sea completa y actual; declaran que no tienen conflicto de intereses, de tal manera que no se afecte la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.</p> <p><b>Enfoque de la GPC:</b> responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía.</p> <p>Elaboración de preguntas clínicas.  Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia.  Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura.</p> <p>Búsquedas mediante bases de datos electrónicas.</p> <p>Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores.</p> <p>Búsqueda en páginas Web especializadas.</p>

### 2.3.2. Reducción del número de guías

Se seleccionaron finalmente 4 guías en las que se ha considerado la pertinencia y claridad de la información y que se ajusten fundamentalmente a los parámetros del AGREE II, así como a la evaluación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y que finalmente puedan ser adaptadas a la realidad del Ecuador.

### **2.3.3. Evaluación de la calidad**

Para la evaluación de las guías, se utilizó el instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica AGREE II. Este instrumento se ha creado para determinar la variabilidad relativa a la calidad de las guías clínicas. “El Instrumento AGREE es una herramienta que evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía” (AGREE II, 2009).

Esta evaluación preliminar permitirá asegurar la calidad de las guías que se seleccionan y por tanto asegurar en primera instancia la calidad que podrá tener la adaptación que se desarrollará. El AGREE II establece seis denominados dominios que permiten evaluar una dimensión de calidad de las guías. Estos seis dominios se dividen en un total de 23 ítems que abarcan los diferentes contenidos de la evaluación. Los dominios establecidos son:

Dominio 1. Alcance y Objetivo alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana (ítems 1-3).

Dominio 2. Participación de los implicados se refiere al grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada (ítems 4-6).

Dominio 3. Rigor en la Elaboración hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas (ítems 7-14).

Dominio 4. Claridad de la Presentación tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía (ítems 15-17).

Dominio 5. Aplicabilidad hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos (ítems 18-21).

Dominio 6. Independencia editorial tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses (ítems 22-23).

La Evaluación global incluye una puntuación de la calidad general de la guía y sobre si la guía debe ser recomendada para su utilización en la práctica. (AGREE II, 2009, págs. 13-14)

AGREE II		
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	5	POCO ADUERDO
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>		
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	3	POCO DESACUERDO
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	2	EN DESACUERDO
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>		
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	1	MUY EN DESACUERDO
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.		
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.		
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.		
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.		
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.		
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.		
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.		
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>		
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.		
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.		
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.		
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>		
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.		
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.		
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.		
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.		
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>		
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.		
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.		

**Figura 1 AGREE II**

Fuente: AGREE, 2001.

El proceso de revisión se realizó por parte de seis evaluadores, mediante la valoración profunda haciendo uso del Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE II).

Con la información de los resultados del AGREE II, considerando los diferentes criterios y dominios de esta herramienta, se diferenciaron las guías con mayor puntaje, logrando la objetividad necesaria en el proceso.

Para el detalle de cada una de las guías y sus puntuaciones por dominio favor revisar Anexo 6.

Las guías seleccionadas para la adaptación cumplieron sobradamente con los criterios de factibilidad, aplicabilidad e impacto clínico considerándolas como las mejores para su adaptación al medio ecuatoriano.

#### **2.3.4. Evaluación de la validez**

Para evaluar la validez de las guías de práctica clínica seleccionada se utilizó el instrumento AGREE II, considerando los acápites como la fecha de elaboración de la guía, el instituto internacional elaborador y la fecha de actualización.

En la investigación las guías seleccionadas se han publicado desde el año 2012, muestran criterio de actualización y emiten las recomendaciones para asistir las decisiones del médico y del paciente para una adecuada atención de salud respecto a una circunstancia clínica específica, y cuentan con documentos de respaldo, así como consensos y revisiones actualizadas por las organizaciones elaboradoras.

#### **2.3.5. Evaluación del contenido, consistencia, aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones**

La investigación utiliza como punto de referencia la información obtenida de GPC internacionales, de esta manera, se plantea la evidencia y recomendaciones derivadas del estudio realizado.

La evidencia y las recomendaciones planteadas en las diferentes guías “corresponden a la información disponible organizada según los criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron” (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010, pág. 12).

La evidencia científica se presenta con niveles de evidencia y grados de recomendación adaptados de la clasificación de la Scottish Intercollege Guidelines Network (SIGN) y los del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) que son similares para niveles de recomendación y Gráficos de evidencia en criterios de tratamientos y diagnóstico; y se usarán los del Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (OCEBM) para las variables como prevención, etiología, daño, pronóstico, prevalencia o economía.

En caso de que la guía seleccionada utilice otro tipo de clasificación esta será adoptada por el estudio con el objetivo de mantener la información lo más parecida a la guía que será adaptada.

### **2.3.6. Revisión de las Evaluaciones (Resultados)**

Para la selección objetiva de la Guía de Práctica Clínica que se adapte a la realidad de la población en nuestro país se consideraron los resultados de la calificación AGREE II tanto individual como global, la tabla comparativa

de documentos científicos por año, la tabla de guías de práctica clínica, revisiones y artículos basados en la evidencia, la tabla de recomendaciones.

### **2.3.7. Seleccionar entre las Guías para crear una guía adaptada**

En el trabajo de adaptación de la guía se hizo uso de la lectura crítica de los documentos obtenidos respaldado con el instrumento AGREE II, revisando la metodología aplicada en el diseño de las guías de práctica clínica presentadas en la base de datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se ha utilizado para la selección fiable y sistematizada que pueda ser aplicable a la realidad nacional; sin embargo cada población tiene sus particularidades y características, las mismas que son difíciles de encajar en una herramienta metodológica que permita acoplar perfectamente la información internacional a la realidad de la población.

### **2.3.8. Elaborar una adaptación de guía (borrador)**

Para el resultado final de la adaptación de la guía se utilizará como base la metodología propuesta por el modelo establecido por el Ministerio de Salud Pública, donde se deja plasmada el esquema general y específico, así como las recomendaciones en base a la evidencia científica analizada, constituyendo la Guía de Práctica Clínica de Climaterio orientado hacia las características propias de la población ecuatoriana. El borrador del documento se encuentra constituido por los siguientes elementos:

Organización desarrolladora, Índice, Descripción de la adaptación de guía de práctica clínica, Clasificación CIE 10, Preguntas que responde esta guía, Introducción, Alcance, Propósito: Objetivos general y específicos, Aspectos metodológicos, Evidencia y grados de recomendación, Historia natural de la enfermedad, Definición y epidemiología, Evidencia y recomendaciones: Diagnóstico y Manejo, Abreviaturas, Glosario de términos, Bibliografía, Anexos. (Iza & Vozmediano, 2017, págs. 30-31).

### **2.3.9. Finalización:**

#### **2.3.9.1. Equipo de validación**

Para la validación del documento final se utilizan los siguientes indicadores la actualidad, la pertinencia, la aplicabilidad, la novedad y la rigurosidad.

### **2.3.10. Criterios de selección de expertos.**

#### **2.3.10.1. Elaboración del documento final de la guía**

El documento final se presenta como resultado de todo el proceso de adaptación realizado por las investigadoras, con la colaboración de las evaluadoras de calificación AGREE II y con la revisión y aprobación del director de tesis y tutor metodológico, el documento se plasma en el formato de MSP del Ecuador y se anexa para la revisión en forma íntegra.

## **2.3.11. Criterios de inclusión y exclusión**

### **2.3.11.1. Criterios de inclusión**

- Documentos enfocados en estudio y tratamiento del climaterio con esquema de Guías de Práctica Clínica.
- Documentos escritos en inglés y español
- Documentos publicados en los últimos 5 años

### **2.3.11.2. Criterios de exclusión**

- Documentos escritos en idiomas que no sean inglés o español
- Documentos con publicaciones de más de 5 años de antigüedad.
- Documentos con información técnica que no tengan característica de guía clínica:
  - Estudios como: meta-análisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados, estudios observacionales de cohorte, caso control.
  - Guías resumidas
  - Manuales de procedimientos
  - Documento técnico
  - Ensayos no publicados
  - Conferencias
  - Cartas de editores

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

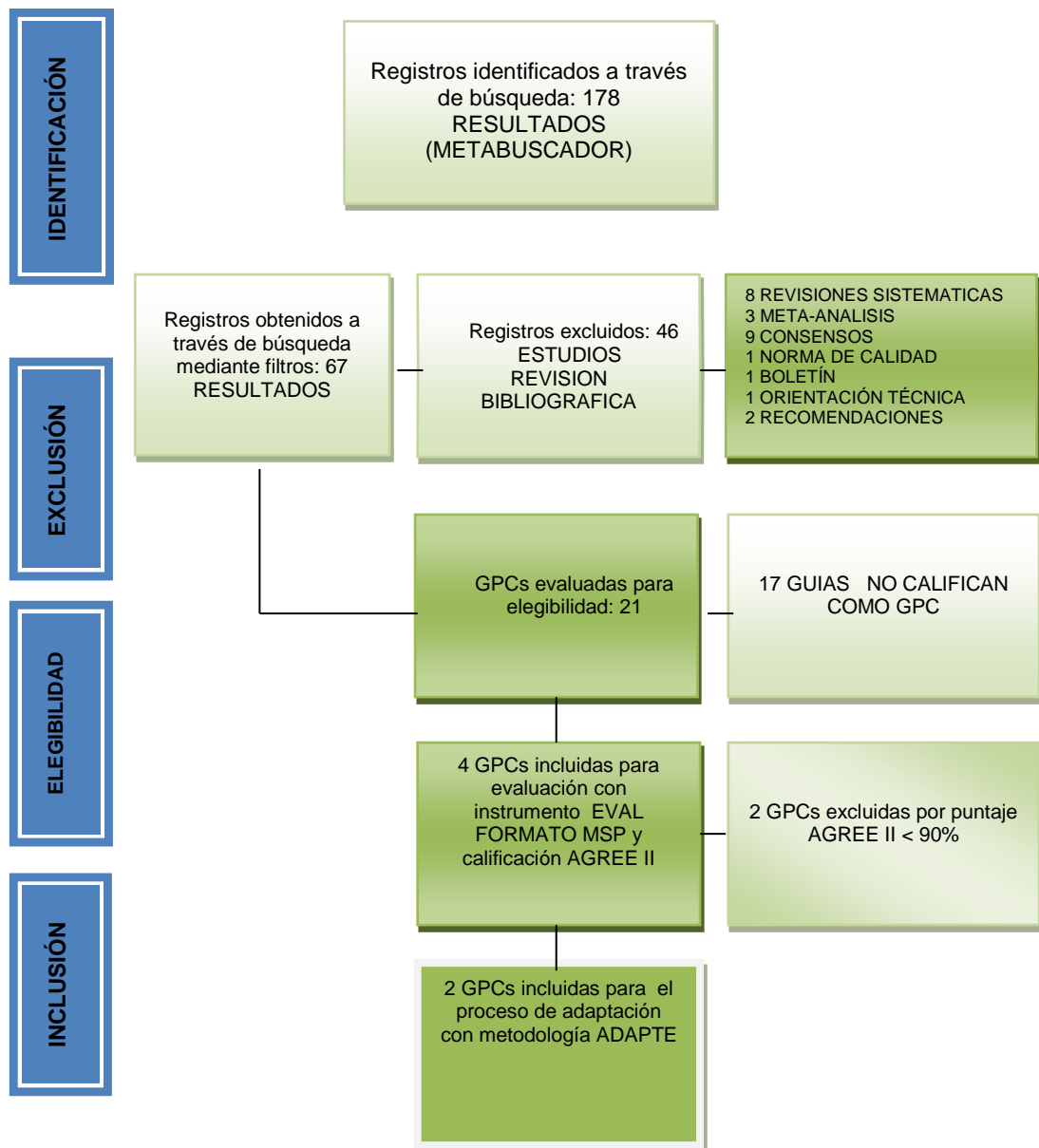
#### 3.1. Resultados

##### 3.1.1. Búsqueda de evidencia

De la revisión bibliográfica que es detallada en el capítulo de metodología, se obtuvo como resultados: 178 artículos relacionados (tripdatabase) sin filtro, de los que se eliminaron las revisiones bibliográficas que incluían otro idioma que no sea inglés o español, y que sean menores al año 2012.

De esta revisión se obtuvo 46 documentos bibliográficos:

A manera de resumen se presenta el siguiente esquema de búsqueda y selección de guías para la adaptación:



Fuente: ADAPTE, 2009.

Las guías seleccionadas por obtener la mejor evaluación con el instrumento AGREE II se señalan en la siguiente tabla:

**Tabla 3**  
**Búsqueda de evidencia**

<b>GUIA DE PRACTICA CLINICA</b>
NCC-WCH MENOPAUSE FULL GUIDELINE CLINICAL GUIDELINE METHODS, EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS.1 JUNE 2015
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE: AN ENDOCRINE SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. 2015
JOGC MANAGING MENOPAUSE ORGANIZACIÓN: NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NCC-WCH ,NICE)
GPC (MEXICANA) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA. 2013

### 3.1.2. Calificación porcentual: dominios AGREE II

Para la calificación porcentual se utilizó la siguiente formula:

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}} \times 100$$

En la sección de resultados se puede encontrar la evaluación individual de cada una de las guías. La evaluación global de las guías seleccionadas se especifica en la tabla a continuación.

**Tabla 4**  
**Selección de la guía para adaptación**

EVALUADOR							
GUIA	1 (BV)	2 (NC)	3 (SI)	4 (CC)	5 (CB)	6 (PP)	TOTAL
GPC MEXICANA	98%	85%	93%	95%	83%	100%	92,3%
MENOPAUSE-FULL-GUIDELINE NICE	98%	92%	91,6%	90,7%	88%	91,6%	91,9%
JOGC MANAGING MENOPAUSE	79,3%	75,9%	87%	97%	73,6%	95,8%	84,7%
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE.	85%	60%	79,8%	92,5%	66,6%	90%	78,9%

**Evaluador 1:** Md. BELÉN VOZMEDIANO (BV)  
**Evaluador 2:** Md. NARCISA CEVALLOS (NC)  
**Evaluador 3:** Md. SILVANA IZA (SI)  
**Evaluador 4:** Md. CRISTINA CASTELLANOS (CC)  
**Evaluador 5:** Md. CLAUDIA BOHORQUEZ (CB)  
**Evaluador 6:** Md. PAULINA PARRA (PP)

Fuente: ADAPTE, 2009.

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPUSIA Y POSTMENOPAUSIA MÉXICO 2013.**

R I	DOMINIO I			DOMINIO II			DOMINIO III							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	7	7	6	7	4	7	7	7	7	7	6	7	7	6
2	7	7	7	6	5	7	7	7	7	7	7	7	5	7
3	6	7	7	6	4	7	7	7	5	6	7	7	7	7
4	7	7	7	7	6	7	7	5	6	6	7	7	7	5
5	7	7	7	7	6	7	7	5	6	6	7	7	7	5
6	7	7	7	4	1	7	7	7	7	7	7	7	7	7
T	124			110			317							
PMP	126			126			336							
Pmp	18			18			48							
%	98%			85%			93,4%							

R I	DOMINIO IV			DOMINIO V				DOMINIO VI	
	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	7	7	7	6	7	7	6	7	7
2	6	7	7	7	7	6	4	7	7
3	6	6	7	5	6	5	7	7	7
4	6	7	7	5	6	6	6	7	7
5	6	7	7	5	6	6	6	7	7
6	7	7	7	4	7	7	7	7	7
T	121			144				84	
PMP	126			168				84	
Pmp	18			24				12	
%	95%			83%				100%	
R: revisor; I: ítems; T: total; PMP: puntuación máxima posible; Pmp: puntuación mínima posible									

Fuente: AGREE II, 2009.

## NICE 2015 FULL GUIDELINE MENOPAUSE

R I	DOMINIO I			DOMINIO II			DOMINIO III							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7	5
2	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	5	4	3
3	7	7	7	7	6	7	7	7	5	6	7	7	7	2
4	6	7	7	6	5	7	7	7	6	6	7	7	6	6
5	6	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6
6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
T	124			118			312							
PMP	126			126			336							
Pmp	18			18			48							
%	98%			92%			91,6%							

R I	DOMINIO IV			DOMINIO V				DOMINIO VI	
	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	7	7	7	7	7	7	6	7	5
2	6	7	7	5	4	7	7	7	7
3	7	7	6	7	7	7	6	7	7
4	6	6	5	5	5	7	6	6	6
5	6	6	5	5	5	6	7	6	6
6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
T	116			151				78	
PMP	126			168				84	
Pmp	18			24				12	
%	90,7%			88%				91,6%	
R: revisor; I: ítems; T: total; PMP: puntuación máxima posible; Pmp: puntuación mínima posible									

Fuente: AGREE II, 2009.

**JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY CANADA:  
MANAGING MENOPAUSE.**

R \ I	DOMINIO I			DOMINIO II			DOMINIO III							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	7	7	7	7	4	5	7	7	6	6	7	7	7	2
2	7	7	3	6	5	1	7	7	3	7	7	7	4	1
3	7	7	6	7	6	7	7	7	6	7	7	7	7	2
4	6	7	6	6	5	6	7	7	6	7	6	7	6	6
5	7	7	6	7	5	6	7	7	7	6	7	6	7	6
6	7	7	7	4	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
T	118			100			299							
PMP	126			126			336							
Pmp	18			18			48							
%	79,3%			75,9%			87%							

R \ I	DOMINIO IV			DOMINIO V				DOMINIO VI	
	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	7	7	7	5	7	6	7	7	7
2	6	7	7	3	5	1	1	7	7
3	7	7	7	5	6	6	6	7	7
4	6	7	7	5	6	5	6	6	6
5	7	6	7	5	6	5	7	6	7
6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
T	123			130				81	
PMP	126			168				84	
Pmp	18			24				12	
%	97%			73,6%				95,8%	
<b>R: revisor; I: ítems; T: total; PMP: puntuación máxima posible; Pmp: puntuación mínima posible</b>									

Fuente: AGREE II, 2009.

**TREATMENT OF SYNTOMS OF THE MENOPAUSE: AND ENDOCRINE  
SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE 2015**

R I	DOMINIO I			DOMINIO II			DOMINIO III							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	5	7	6	6	3	3	7	7	5	7	6	7	5	2
2	7	7	3	5	1	1	7	7	3	7	7	7	1	1
3	7	7	6	7	6	7	7	6	6	7	7	7	7	2
4	5	7	5	5	6	6	7	7	7	7	7	7	6	6
5	5	6	6	6	6	6	7	7	6	6	6	6	6	6
6	7	7	7	4	1	4	1	2	2	5	7	7	1	7
T	110			83			278							
PMP	126			126			336							
Pmp	18			18			48							
%	85%			60%			79,8%							

R I	DOMINIO IV			DOMINIO V				DOMINIO VI	
	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	5	6	7	4	6	5	3	5	5
2	6	7	7	1	4	1	4	7	7
3	7	7	6	5	6	6	6	6	7
4	7	7	7	6	7	5	5	7	6
5	6	6	6	6	6	6	5	7	6
6	7	7	7	5	7	7	1	7	7
T	118			120				77	
PMP	126			168				84	
Pmp	18			24				12	
%	92,5%			66,6%				90%	
<b>R: revisor; I: ítems; T: total; PMP: puntuación máxima posible; Pmp: puntuación mínima posible</b>									

Fuente: AGREE II, 2009.

Finalmente se seleccionó las guías de práctica clínica:

- **GPC (MEXICANA) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA**
- **NCC-WCH MENOPAUSE FULL GUIDELINE CLINICAL GUIDELINE METHODS, EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS**

Las mismas que cumplen con características de aplicabilidad, pertinencia, actualidad, novedad y rigurosidad, que permiten adaptar un documento de alta calidad, para la atención médica.

### 3.2. Preguntas clínicas

Tabla 5

¿Cómo se realiza la promoción de la salud en la mujer en etapa de climaterio?

PREGUNTA CLÍNICA: ¿Cómo se realiza la promoción de la salud en la mujer en etapa de climaterio?				
GPC o revisión sistemática	Recomendación ( en el caso de GPC o conclusiones en el caso de RS)	Evidencia incluida en la guía	Referencia bibliográfica	COMENTARIO
<b>GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.</b>	Se debe identificar la relación entre los factores de riesgo y la frecuencia o intensidad de los síntomas vasomotores. Dichos factores pueden ser tanto modificables así como no modificables.	Entre los principales factores no modificables tenemos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raza afro-americana</li> <li>• Menopausia inducida o menopausia de inicio</li> <li>• Abrupto</li> <li>• Padecimientos crónicos</li> </ul> Por su parte, los modificables son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Baja escolaridad o nivel Socioeconómico bajo</li> <li>• Historial de ansiedad y depresión.</li> </ul>	Nivel/Grado 2C Estudios de etiología Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barcelona 2004.</li> <li>• IIb (Shekelle)</li> <li>• Gold, 2006</li> <li>• III (Shekelle)</li> <li>• Beth, 2010</li> <li>• Ia (Shekelle)</li> <li>• Daley, 2008</li> <li>• IV (Shekelle)</li> <li>• NAMS, 2010</li> <li>• C (Shekelle)</li> <li>• Beth, 2010</li> <li>• A (Shekelle)</li> <li>• Daley, 2008</li> </ul>	La pregunta es sobre la Asociación entre los factores de riesgo modificables y no modificables con la asociación en frecuencia e intensidad de los síntomas vasomotores de la menopausia. Sin embargo en la evidencia se responde claramente cuáles son los factores modificables y que pueden tener un impacto favorable en la mujer climaterica
<b>GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia México:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicio físico de forma regular y controles periódicos de peso,</li> <li>• Minimizar el hábito del tabaquismo o consumo de bebidas alcohólicas lo que puede reducir la sintomatología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar a las mujeres sobre estrategias de reducción de riesgos, nutrición, ingesta de calcio, ejercicio y prevención de caídas.</li> <li>• En las mujeres post menopausias los ejercicios aeróbicos y los de resistencia son efectivos para aumentar la DMO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D (Shekelle)</li> <li>• NAMS, 2010</li> <li>• D (Shekelle)</li> <li>• Updated IMS</li> <li>• Recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health, 2011</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La fortaleza de la mayoría de la evidencia y recomendaciones es congruente y contestan la pregunta clínica, y brinda las pautas a tomar en cuenta.</li> </ul>

<b>Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013</b>	<p>vasomotora y</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir la osteoporosis en mujeres climatéricas,</li> <li>• Alimentación rica en calcio.</li> <li>• Uso constante de vitamina D junto con el calcio, Dicha combinación ayuda a reducir las fracturas de cadera RR 0,84; IC del 95%: 0,73 a 0,96.</li> </ul>	<p>de columna lumbar, y en mujeres pre menopáusicas tienen también efecto favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La exposición moderada al sol para prevención de osteoporosis. C</li> <li>• Las mujeres fumadoras presentan una reducción significativa de la DMO y aumento de fracturas en cadera y columna vertebral y no de muñeca. 2a.</li> <li>• El consumo moderado de alcohol y cafeína es recomendable para prevención de fracturas secundarias a osteoporosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La (Shekelle)</li> <li>• Avenell, 2008</li> </ul>	
---	---	---	--	--

Fuente: Alvarado, y otros, 2013.

**Tabla 6**

**¿Cuáles son las manifestaciones clínicas, los estudios de laboratorio y gabinete que se deben realizar a una mujer en etapa de climaterio?**

<b>PREGUNTA CLINICA: ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas, los estudios de laboratorio y gabinete que se deben realizar a una mujer en etapa de climaterio?</b>				
<b>GPC o revisión sistemática</b>	<b>Recomendación ( en el caso de GPC o conclusiones en el caso de RS)</b>	<b>Evidencia incluida en la guía</b>	<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>COMENTARIO</b>
<b>GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.</b>	Existen varias manifestaciones del síndrome climatérico, entre los principales se identifican: Trastornos menstruales Síntomas vasomotores (Bochornos y/o sudoraciones) Manifestaciones Genitourinarias. Trastornos Psicológicos (trastornos de ánimo, ansiedad, depresión, alteraciones del patrón de sueño)	Moderada +++ Cada acción o inacción tiene beneficios y secuelas asociadas a ella. La mujer debe entender las consecuencias de sus decisiones y hacer una elección basada en la evidencia, misma que debe ser anotada en un registro de atención.	Nivel/Grado 2C IIb [Shekelle] Hernandez, 2011 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	La pregunta es sobre la Asociación entre los factores de riesgo modificables y no modificables con la asociación en frecuencia e intensidad de los síntomas vasomotores de la menopausia. Sin embargo en la evidencia responde claramente cuáles son los factores modificables y que pueden tener un impacto favorable en la mujer climaterica
<b>Full guide NICE</b>	Conclusión Los sofocos y sudores nocturnos son los síntomas más comunes se producen en el 75 % de las mujeres en la menopausia. Los problemas sexuales incluyen sequedad vaginal, dispareunia y baja libido.	Moderada Los cambios hormonales son a menudo el factor contribuyente a la sintomatología Baja. La ansiedad, irritabilidad, palpitaciones, sequedad en la piel, fatiga no pueden	-Davis,S.R., APHRODITE Study Team. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen, New England Journal of Medicine, 359, 2005-2017, 2008 -Geller,S.E., Safety and efficacy of black cohosh and red clover for the management of vasomotor symptoms: a 17 randomized controlled trial, Menopause, 16, 1156-1166,	Se responde parcialmente la pregunta, sin embargo la evidencia permite disipar algunas dudas sobre las manifestaciones clínicas y la implicación que estas generan sobre los pacientes afectados.

	<p>Los síntomas pueden desaparecer en 2 a 5 años con una duración media de 7 años. Hay que hacer un diagnóstico diferencial con entidades distintas como los trastornos de tiroides, fármacos, antihipertensivos, antidepresivos.</p>	<p>atribuirse directamente a la menopausia. La fatiga puede deberse a trastornos del sueño causados por los sudores nocturnos.</p>	<p>2009 -Armitage, G. D., Women's needs for CAM information to manage menopausal symptoms, Climacteric, 10, 215-224, 2007</p>	
<p><b>Full Guide NICE</b></p>	<p>Conclusión. La atrofia vaginal /urogenital es una causa importante de la reducción de la calidad de vida en la mujer menopaúsica y puede requerir tratamiento a largo plazo. Se produce por la falta del efecto estrogenico en el tejido vaginal y vulvar.</p>	<p>Moderada +++ El tratamiento debe iniciarse antes de que se produzcan cambios irreversibles y debe mantenerse para continuar los beneficios, se incluyen terapia con estrógeno local, cremas, pesarios, anillo vaginal. Opciones no hormonales, como los hidratantes y lubricantes Moderada. Considerar en la terapia a largo plazo: hiperplasia endometrial, cáncer y el impacto en la calidad de vida.</p>	<p>-Dessole, Efficacy of low-dose intravaginal estriol on 2 urogenital aging in postmenopausal women, Menopause (New York, N.Y.), 11, 49-56, 2004. -Bachmann,G.A., Lowest effective transdermal 17beta-21 estradiol dose for relief of hot flushes in postmenopausal women: a randomized controlled 22 trial, Obstetrics and Gynecology, 110, 771-779, 2007. -Karp, D.RA randomized 9 clinical trial of the impact of local estrogen on postoperative tissue quality after vaginal reconstructive surgery, Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, 18, 211-215, 2012</p>	<p>La bibliografía es antigua y las recomendaciones son limitadas. Los resultados deben ser interpretados con cautela ya que no hay datos de seguimiento a largo plazo.</p>

	<p>Recomendación fuerte</p> <p>Se puede utilizar un cuestionario estandarizado como la escala de Menopausia para evaluar la prevalencia de los síntomas menopáusicos específicos y su papel en el diagnóstico de la menopausia.</p>	<p>Moderada +++</p> <p>Las principales manifestaciones clínicas del climaterio son los síntomas vasomotores, como los sofocos, sudores fríos, sudoración nocturna, palpitaciones. Los síntomas vasomotores no aumentan la posibilidad de estar en la menopausia pero su ausencia no reduce la posibilidad de estar en la menopausia.</p>	<p>Bener 2014; Blümel 2012, Brown 2002, Chompootweep 1993, Chuni and Sreemareddy 2011, Cooper and Baird 1995, Dennerstein 1993, El Shafie 2011, Giacobbe 2004, Gold 2000, Ho 1999, Johnson 2004, Kapur 2009; Maartens 2001, Punyahotra 1997; Sierra 2005 Williams 2008.</p>	<p>La pregunta es sobre las manifestaciones clínicas y biológicas en el diagnóstico de la menopausia la recomendación de la guía es sobre las manifestaciones que pueden ser evaluadas por una escala estandarizada precisando así su diagnóstico. Sin embargo en la evidencia que responde claramente las manifestaciones del climaterio. La mayoría de evidencia tiene congruencia.</p>
Full guide NICE	<p>Recomendación.</p> <p>Utilidad de la edad y la ecografía ovárica midiendo el recuento folicular antral y el volumen ovárico para el diagnóstico de menopausia.</p>	<p>Baja +</p> <p>No se encuentran características ecográficas ováricas como recuento folicular antral menor o igual 2 folículos o volumen ovárico menor a 4 cm<sup>3</sup>. Que fueran útiles para distinguir a las mujeres que están en la menopausia de las que no lo están.</p>	<p>Giacobbe, M., Mendes Pinto-Neto, A., Simoes Costa-Paiva, L.H., Martinez, E.Z., The usefulness of ovarian volume, antral follicle count and age as predictors of menopausal status, Climacteric, 7, 255-260, 2004</p>	<p>La edad y la amenorrea son indicadores clínicos suficientes para el diagnóstico de rutina de la menopausia.</p> <p>Las pruebas de ultrasonido no se encuentran útiles en la práctica de rutina de diagnóstico de la menopausia.</p>
Full guide NICE	<p>Recomendación.</p> <p>No se debe solicitar a mujeres que toman esteroides y mujeres que sean mayores de 45 años: hormona Antimulleriana. Inhibina A, B Estradiol. No se debe utilizar la prueba de FSH para diagnosticar menopausia en mujeres que</p>	<p>Baja +</p> <p>Tener un nivel detectable de inhibina A reduce las probabilidades de ser post menopáusicas, mientras que tener un nivel indetectable de inhibina A no aumenta la probabilidad de ser menopáusicas (evidencia de calidad MODERADA +++). FSH mayor de 22.3 mIU/ml</p>	<p>-Johnson, B.D ,Determination of menopausal status in women: the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study, Journal of Women's Health, 13, 872-887, 2004.</p> <p>-Shin,S.Y Analysis of serum levels of anti-Mullerian hormone, inhibin B, insulin-like growth factor-I, insulin-like growth factor binding protein-3, and follicle-stimulating hormone with respect to age and menopausal status, Journal of Korean Medical Science, 23,</p>	<p>Esta recomendación no discrimina con precisión a la población y se consideran diferentes pruebas ya que se trata de estudios diagnósticos .no es concluyente.</p>

	<p>toman anticonceptivos combinados con estrógeno y progesterona o pregestágenos en dosis altas.</p> <p>Se debe considerar usar la prueba de FSH para diagnosticar solamente la menopausia en mujeres mayores de 45 años con sintomatología atípica.</p> <p>En mujeres de 40 a 45 años con síntomas menopáusicos con cambios en su ciclo menstrual.</p> <p>En mujeres menores de 40 años con sospecha de menopausia.</p> <p>Esta revisión contesta la pregunta clínica, y brinda las pautas que se debe tomar en cuenta al realizar el diagnóstico de menopausia</p>	<p>aumenta las posibilidades de estar en la menopausia.</p> <p>Nivel menor de 22,3 mIU/l reduce las probabilidades.</p> <p>AMH menor a 0,5 ng/ml aumenta la posibilidad de estar en la menopausia.</p> <p>Un nivel mayor de 0,5 ng/ml reduce la posibilidad de estar en la menopausia.</p> <p>Estradiol menor a 34,5 pg / ml equivalente a 126,6 pmol/ ml aumenta las probabilidades de estar en la menopausia mientras que un nivel mayor a 34,5 pg/ml reduce la posibilidad de ser menopausica.</p> <p>Inhibina B menor a 0,4 ug/ml aumenta la posibilidad de estar en la menopausia.</p> <p>Un nivel mayor a 0,4 ug/ml aumenta la posibilidad de estar en la menopausia (evidencia de BAJA CALIDAD+)</p>	<p>104-110, 2008.</p> <p>-Burger, H.G., Serum inhibins A and B fall differentially as FSH rises in perimenopausal women, Clinical Endocrinology, 48, 809-813, 1998.</p>	
--	--	---	---	--

Fuente: Alvarado, y otros, 2013.

Tabla 7

**¿Cuál es el tratamiento no hormonal del climaterio?**

<b>PREGUNTA CLINICA: ¿Cuál es el tratamiento no hormonal del climaterio?</b>				
GPC o revisión sistemática	Recomendación ( en el caso de GPC o conclusiones en el caso de RS)	Evidencia incluida en la guía	Referencia bibliográfica	COMENTARIO
<b>Full guide NICE.</b>	<p>Recomendación</p> <p>Alternativas para las mujeres que no desean TRH o no pueden como en el cáncer con receptores hormonales (mamá) se incluyen alternativas como los antidepresivos SSRI/SNRI, gabapentina , preparaciones a base de isoflavonas y terapias no farmacológicas como la terapia cognitivo –conductual, hipnosis y el ejercicio.</p>	<p>Moderada a Baja.</p> <p>Las preparaciones herbales, las isoflavonas y las hormonas bioidénticas no están reguladas ni están sujetas a control de calidad o estudios de investigación suficientes por lo que pueden no ser más seguros a las preparaciones estándar.</p> <p>Moderada +++</p> <p>No se encontró que los antidepresivos SSRI/SNRI sean eficaces para aliviar los síntomas vasomotores asociado a alta tasa de interrupción del tratamiento por lo que no debe ser tomado como tratamiento de primera línea.</p> <p>Moderada a Baja</p> <p>Ninguno de estos tratamientos: SSRI/SNRI, gabapentina, isoflavonas, hierva de San Juan resultó ser significativamente mejor que el placebo en el alivio de los síntomas vasomotores en las mujeres con antecedente de cáncer de mama</p>	<p>-Utian, W.H., Relief of hot flushes with new plant-derived 10-component synthetic conjugated estrogens, <i>Obstetrics and Gynecology</i>, 103, 245-253, 2004.</p> <p>-Nedstrand, E., improves in women 11 with breast cancer after treatment with applied relaxation or electro-acupuncture for 12 vasomotor symptom, <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology</i>, 27, 193-199, 13 2006.</p> <p>- Nedeljkovic,M.,Effects of acupuncture and Chinese herbal medicine (Zhi Mu 14) on hot flushes 7 and quality of life in postmenopausal women: results of a four-arm randomized controlled 8 pilot trial, <i>Menopause</i>, 21, 15-24, 2014.</p> <p>-Amsterdam, J.D., Randomized, double- blind, placebo-controlled trial of Cimicifuga racemosa (black cohosh) in women with anxiety disorder due to menopause, <i>Journal of Clinical Psychopharmacology</i>, 478-483, 2009</p>	<p>La evidencia sobre la eficacia y los efectos secundarios es incompleta y no se puede llegar a conclusiones.</p>

<b>MEXICANA</b>	<p>Evidencia</p> <p>Los fármacos de características no hormonales, han mostrado eficacia para atenuar los síntomas vasomotores. Dichos fármacos se dividen en dos grupos:</p> <p>1. Los inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina (Desvenlafaxina o Venlafaxina) Clonidina, Gabapentina, Veraliprida.</p> <p>2.-Fitoterapia: Isoflavonas (soya) Ginsen Camote mexicano Valeriana Derivados de soya, (Isoflavonas,genisteína, daitseína), Lignanos (cereales, frutas, vegetales y semillas Cumestanos (alfalfa)</p>	<p>Nivel IB</p> <p>Las terapias sin prescripción hormonal, incluyendo antidepresivos, gabapentina, clonidina y bellergal, se pueden prescribir como alternativas a la terapia hormonal para reducir los síntomas vasomotores.</p>	<p>Canadian Consensus Conference on Menopause, update SOGC, 2006 (Shekelle) Nelson,2006 (Shekelle) Lilue 2009 (Shekelle) Levis 2010</p>	
<b>MEXICANA</b>	<p>Recomendación</p> <p>La terapia no hormonal se utiliza cuando se identifica alguna contraindicación para la misma en el control del síndrome vasomotor. También se debe tener en cuenta a pacientes quienes no aceptan la TH. Los mejores resultados se han obtenido en pacientes quienes presentan síntomas vasomotores leves.</p>	<p>Nivel IB</p> <p>La terapia alternativa, incluyendo el cohosh negro, Trébol rojo (isoflavonas derivadas y vitamina E) pueden recomendarse para la reducción de los síntomas vasomotores leves (IB). Todavía faltan datos de eficacia y seguridad a largo plazo</p>	<p>(Canadian Consensus Conference on Menopause, update (SOGC, 2006) (Shekelle) Lilue 2009 SOGC, 2009 (Shekelle) Levis 2010</p>	
<b>MEXICANA</b>	<p>Evidencia</p> <p>El fármaco inhibidor conocido como desvenlafaxina, es el que mayor efectividad ha mostrado en el control de los síntomas vasomotores.</p>	<p>Nivel III</p> <p>Antidepresivos. Hay evidencias que muestran que la venlafaxina, desvenlafaxina y la paroxetina pueden ser beneficiosas en mujeres con síntomas vasomotores.</p>	<p>(Shekelle) Lilue 2009</p>	

<p><b>MEXICANA</b></p>	<p>Evidencia  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>Nivel IV  “La veraliprida es una de las alternativas más prescritas por los médicos que atienden pacientes con síndrome climatérico, a pesar de que su indicación sea motivo de controversia. En el año 2005, en Argentina y algunos países de Europa, se emitió la recomendación de retirarla del mercado, debido a la posibilidad de efectos secundarios, como signos extrapiramidales y parkinsonianos. Dos años más tarde, la European Medicine Agency (2007) decidió retirar la sal del mercado europeo<sup>16</sup> porque argumentó que sus riesgos superaban sus beneficios. A tal propuesta se unió la Organización Mundial de la Salud; aunque al poco tiempo reconoció que los efectos secundarios se debían a la supresión, más no inducía. En la mayoría de quienes sufrieron efectos secundarios serios, el fármaco se había prescrito sin tomar en cuenta las contraindicaciones del inserto y, en muchos casos, sin respetar la posología propuesta.  El 5 de mayo de 2009, el Centro Nacional de Farmacovigilancia, a través de la COFEPRIS, emitió las siguientes recomendaciones para la prescripción de la veraliprida: 1) sólo está indicada para crisis vasomotoras y manifestaciones psicofuncionales de la postmenopausia; 2) se sugiere sólo indicarla para esta recomendación; 3) respetar el esquema terapéutico establecido de 20 días de administración continua seguido de 10</p>	<p>Consenso de la Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio, 2012  Nelson,2006  Helio, 2001</p>	
------------------------	---	--	--	--

		días de descanso y 4) hacer un seguimiento estrecho de las pacientes y reportar cualquier sospecha de reacción adversa” (Basavilvazo, Bravo, Carranza, & Celis, 2012, pág. 469).		
<b>MEXICANA</b>	Evidencia 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 Las mujeres de 45 a 60 años dentro de los 5 años de la menopausia y con una densidad mineral ósea T de -2,0 o superior en la columna lumbar o la cadera total fueron asignadas al azar, en proporciones iguales, para recibir tabletas diarias de isoflavona de soja, 200 mg o placebo. El resultado primario fue cambios en la densidad mineral ósea en la columna lumbar, la cadera total y el cuello femoral en el seguimiento de 2 años	Levis S, Strickman-Stein N, Doerge DR, Krischer J. 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.	

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013

### **3.3. Discusión**

El trabajo de titulación se basó en la herramienta desarrollada por la colaboración ADAPTE 2009 corroborando que sea ha elaborado en forma sistemática y análoga con el documento original.

La búsqueda, selección y evaluación de la información científica sobre el diagnóstico y tratamiento de climaterio, se realizó en forma metódica, mediante los metabuscadores, revistas científicas y utilizando los términos MeSH, se estableció información actual y se seleccionó cuatro guías de práctica clínica potenciales, que cumplieran en forma pertinente las características para adaptación, a las que se aplicó el instrumento de calificación AGREE II.

Los médicos ginecólogos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, procedieron a la calificación de las guías, previo conocimiento y entrenamiento del uso de instrumento AGREE II para validar y evaluar la aplicabilidad de recomendaciones contenidas en guías producidas a nivel internacional y acorde al contexto de la población del Ecuador.

La calificación de los documentos se realiza cumpliendo los parámetros establecidos en el protocolo de tesis; se consideró los dominios y la calificación sobre el 100%, una calificación menor a 75% indica que se trata de un dominio a corregir, si es mayor la guía presenta suficiencia.

Las guías obtenidas mediante la investigación cumplen con los parámetros para adaptación; la calificación global mediante la fórmula aplicada va desde el 78.9 % hasta el 92.3%, sin embargo mediante la validación y el análisis de aplicabilidad a nuestra población se establecen 2 guías de práctica clínica que se complementan para obtener un documento acorde a nuestra realidad que permitiría la aprobación de la GPC final para su publicación y difusión.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. Conclusiones**

El trabajo de investigación adaptó una guía de práctica clínica, basada en un estudio exhaustivo y sistemático de bibliografía, así como la validación respectiva de la información, permitiendo que sea útil y actual para el trabajo médico diario, incidiendo en beneficio para la atención de la paciente.

En el proceso de adaptación con la herramienta ADAPTE 2009, se identificó una gran cantidad de información actualizada sobre el diagnóstico y tratamiento de la mujer en etapa de climaterio que es utilizada a nivel mundial, y se utilizó las guías de práctica clínica en las que establece parámetros de actuación cotidiana en los diferentes niveles de atención médica.

Los documentos seleccionados se categorizaron con rigor científico mediante el instrumento AGREE II, este permite descartar los sesgos de subjetividad y preferencias por parte de los evaluadores, de tal manera que se vuelva un proceso objetivo y efectivo, para la implementación y difusión en el ámbito nacional.

La guía práctica clínica que se obtuvo como resultado, demuestra que la información científica es muy amplia a nivel internacional, y que a pesar

de las diferencias étnicas y geográficas, se realizó la adaptación de la información basada en evidencia acorde a la realidad de nuestra población, contemplando el mejor diagnóstico y tratamiento de la mujer en etapa de climaterio, y disminuyendo los costos para nuestro país que se establecerían al crear una guía de práctica clínica.

## 4.2. Recomendaciones

- Se recomienda que la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Climaterio sirva como un documento que permita al médico realizar un análisis global de la mujer en etapa de climaterio, el conocimiento del diagnóstico y opción terapéutica adecuada según las comorbilidades de cada paciente, y proporcionarle herramientas para mejorar la calidad de vida.
- Se recomienda la realización de la guía práctica de bolsillo, basada en esta guía que puede ser utilizada como una guía rápida con la mejor y más actualizada información basada en evidencia de categoría internacional para el manejo de tratamiento del climaterio.
- La mejora continua es importante en los procesos de calidad, por lo que se recomienda la actualización de esta guía cada 2 años, conforme a las normas del Departamento de Normatización del Ministerio de Salud Pública y contemplando la evidencia según los nuevos estudios científicos.
- Se recomienda que la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de climaterio se incluya entre los documentos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como un medio de consulta para la atención médica.

## BIBLIOGRAFÍA

ACOG. (junio de 2015). *Patient Education Women's Health Care Physicians.*

Patient Education Pamphlets - Spanish, American Congress of Obstetricians and Gynecologists, Washington DC.

ADAPTE. (2009). *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline. Version*

2.0. Obtenido de <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>

AGREE II. (mayo de 2009). *Instrumento para la evaluación de guías de práctica*

*clínica.* Obtenido de [http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias\\_Practica\\_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf](http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf)

Alvarado, A., Hernández, T., Hernández, M. N., Ríos, B., Valencia, G., & Saúl,

V. (2013). Diagnóstico y Tratamiento de la Menopausia y Perimenopausia. *Instituto Mexicano de Seguridad Social Num.53 (2)*, 214-225. Obtenido de

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/019GER.pdf>

Argote, L., Mejia, M., Vásquez, M., & Villaquiran, M. (29 de enero de 2008).

*Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes:una*

*aproximación al cuidado desde la cultura.* Obtenido de  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/122/24>

5

Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República de Ecuador*. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones.

Ayala, E. (2012). *Interculturalidad en el Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.

Basavilvazo, A., Bravo, L., Carranza, S., & Celis, C. (2012). Consenso de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio para la indicación de veraliprida a pacientes con síntomas vasomotores. *Ginecol Obstet Mex Vol. 80 (7)*, 467-472.

Camacho Ávila, M., García Duarte, S., Ruíz Carmona, M., Hernández Sánchez, E., & Conesa Ferrer, M. (2016). Prevención de la osteoporosis en el climaterio: Prevención de la inmovilidad. *PARANINFO DIGITAL*, X(25).

Capote, M. I., Segredo, A. M., & Gómez, O. (octubre de 2011). *Climaterio y menopausia*. doi:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_art](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art), 27( 4 ): 543-557.

Capote, M. I., Segredo, A. M., & Gómez, O. (octubre de 2013). *Caracterización de mujeres en etapa climatérica en Brisas del Golfo, República Bolivariana de Venezuela (2005-2007)*. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_2\\_12/mgi11212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi11212.htm)

Centro de Climaterio y Osteoporosis. (2017). Recuperado el 9 de Mayo de 2017, de Centro de Climaterio y Osteoporosis: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/climaterio/guias/climaterio.html>

Chasiluisa, M. A. (2016). *“MANEJO DEL CLIMATERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL, EU05 PUJILÍ 2015 - 2016.” - 2016.” Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*. (F. D. SALUD, Ed.) Ambaro: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.

Collaboration, AGREE. (2001). *Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE*. <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.espdf>.

Contreras, Y., & Gonzalez, A. (octubre de 2015). *Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile*. Recuperado el 07 de 2017, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2015000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400007)

Cosman, F., De Beur, S., & LeBoff, M. (2014). Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int*, 25, 2359–81.

Dahir, C., & Hernandorena, C. (2015). La automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. *Revista Evidencia*, 46-49.

De Lorenzi DRS, D. C. (2005). Recuperado el 28 de julio de 2011, de Factores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2005: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S01007203200500100004&lng=en.doi:10.1590/S0100-72032005000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S01007203200500100004&lng=en.doi:10.1590/S0100-72032005000100004).

García, J. (2015). *Antropología Filosófica*. Pamplona: EUNSA.

Garrido, M., & Camil, C. (2017). Obtenido de Local hormone therapy for genitourinary syndrome of menopause in breast cancer patients: is it safe? *Gynecol Endocrinol.* 2017 Feb 21:(1-3): doi: 10.1080/09513590.2017.1290076

Geneser, F. (1999). *Histología*. Editorial Médica Panamericana.

Gomera, A. (2011). *Nuevos retos para una economía desarrollada*. Lima: Luppa.

Henriquez, R., Chicaiza, & Jara, E. (2007). *Introducción a la Medicina Basada en evidencias.First*. Quito: Cooperación Técnica Belga en Ecuador.

INEC. (07 de Marzo de 2014). Recuperado el 10 de mayo de 2017, de Proyección de la población ecuatoriana, por años calendario, según regiones, provincias y sexo, periodo 2010-2020: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia)

INEC. (2014). Recuperado el 10 de mayo de 2017, de La mujer ecuatoriana en números: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-mujer-ecuatoriana-en-numeros/>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). *Abordaje Integral del Síndrome de Ovarios Poliquísticos*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Guía de práctica clínica GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia*. Obtenido de <http://docplayer.es/6634312-Diagnostico-y-tratamiento-de-la-perimenopausia-y-postmenopausia-guia-de-practica-clinica-gpc.html>

Iza, S., & Vozmediano, M. B. (23 de mayo de 2017). *Adaptación de guía de práctica clínica "Diagnóstico y manejo del síndrome de ovario poliquístico"*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13297/Adaptaci%3b3n%20de%20gu%c3%ada%20de%20pr%c3%a1ctica%20cl%c3%adnica%20SOP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kaunitz, A., & Manson, J. (2015). Manejo de Síntomas de la Menopausia. *Obstetrics & Gynecology*((Obstet Gynecol 2015;126:859-76)).

Lethaby A, A. R. (2016). Local estrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art. No.: CD001500. DOI: 10.1002/14651858.CD001500.pub3.* Obtenido de CD001500. DOI: 10.1002/14651858.CD001500.pub3.

Lorenty, S. (15 de Octubre de 2012). *Los ejes Transversales*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2013, de Los ejes Transversales: <http://www.slideshare.net/sandy-lorenty/los-ejes-transversales>

Lugmaña, G. (2014). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias, camas y egresos 2014*. Obtenido de <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Lugones, M. (12 de julio de 2001). *El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural*. Recuperado el 11 de abril de 2011, de [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_2\\_01/mgi17201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi17201.htm)

Lugones, M., Quintana, T., & Cruz, Y. (diciembre de 1998). *Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario*. Obtenido de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_5\\_97/mgi14597.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_5_97/mgi14597.htm)

Martín, M., & Iglesia, E. (1999). Terapia Hormonal sustitutiva en la menopausia. *Int Ter Sis Nac Salud Vol. 23*, 33-44. Recuperado el 16 de junio de 2008, de <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>

Mendoza, N., De Teresa, C., Cano, A., Hita, F., Lapotka, M., Manonelles, P., & Martínez, A. (2016). *El ejercicio físico en la mujer durante la perimenopausia y la posmenopausia* (Vol. 1). Barcelona: Aureagràfic.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (septiembre de 2014). Obtenido de Ministerio de Salud presenta nuevas guías de práctica clínica, herramientas para mejorar la calidad de la atención: <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-presenta-nuevas-guias-de-practica-clinica-herramientas-para-mejorar-la-calidad-en-la-atencion/>

Ministerio de Sanidad y Política Social España. (2009). *Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual*

*Metodológico Ed.* . . Ministerio de Ciencia e Innovación. ISBN: 978-84-613-0246-8.

National Institute for Health and Care Excellence. (12 de Nov de 2015).  
*Menopause: Full Guideline.* (N. I. Excellence, Ed.) Obtenido de  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343475/>

Ortiz, A. (2014). *La nueva filosofía hermenéutica.* Barcelona: Anthropos.

Osemene, K., & Lamikanra, A. (2012). A Study of the Prevalence of Self-Medication Practice among University Students in Southwestern Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 683-689.

Paredes, K. (25 de junio de 2016). *La población adulta mayor crecerá 34% a partir de 2020.* Obtenido de  
<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/la-poblacion-adulta-mayor-crecera-34-a-partir-de-2020>

Pernas, A., & Pérez, J. (30 de junio de 2005). *Síndrome Climatérico. Caracterización y factores de riesgo. Villa Clara 2004.* Recuperado el 11 de Abril de 2011, de  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro1\\_sindrome\\_climaterico.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro1_sindrome_climaterico.pdf)

Redhead, R. (2015). Premenopausia: Alteraciones menstruales. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia Vol. 42, núm. 4, 42(4), 159-160.*

Sanchez, F. (mayo de 2008). *Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del Dsictrito Metropolitano de Quito.* Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/699>

Silva, A. (29 de octubre de 2009). *Perfil de saúde de mulheres na pré, peri e pós menopausa cadastradas em uma unidade de saúde pública do Estado do Acre.* Obtenido de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-08012010-140240/pt-br.php>

Szamatowicz, M. (Julio de 2016). How can gynaecologists cope with the silent killer – osteoporosis? *Menopause Review. Prz Menopauzalny*, 189-192. doi:10.5114/pm.2016.65682.

Wend, K., Wend, P., & Krum, S. (8 de febrero de 2012). *Tissue-specific effects of loss of estrogen during menopáuse and aging.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3356020/>

Yabur, A. (marzo de 2006). La menopausia puesta al día. *Gac. méd. Caracas*, 114(1), 1-12. Recuperado el 11 de abril de 2011, de La menopausia

puesta

al

día:

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622006000100001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622006000100001&lng=es&nrm=iso)

## **ANEXOS**

Anexo 1 Hoja de declaración de conflictos de interés

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

¿Posee Ud. algún interés financiero o de otra naturaleza en el tema a tratar, que pueda constituir un conflicto de interés real, potencial o aparente? (marque con una x lo que corresponda)

SI

NO

*Si su respuesta fue SI, por favor complete los detalles en la siguiente tabla.*

Tipo de interés (patente, acciones, asociación, remuneración)	Nombre de la entidad comercial	¿Le pertenece a usted?	¿Interés actual? (o año de cese del interés)

¿Existe alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad e independencia en la tarea a desempeñar o que pudiera afectar la percepción que otros tienen de su objetividad e independencia?

---

---

Declaro que la información expuesta es correcta y que no estoy en conocimiento de ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o aparente. Me comprometo a informar cualquier cambio en estas circunstancias, incluyendo si el mismo se produjera durante las actividades del presente trabajo.

---

FIRMA

---

ACLARACIÓN DE FIRMA

---

FECHA

## Anexo 2 Relevancia de la evidencia

La relevancia de evidencia y recomendaciones utilizadas en la presente guía se gradúa con base en la escala de Shekelle modificada.

En cada evidencia presentada se cita la fuente consultada y el año de su publicación

<b>CATEGORIA DE LA EVIDENCIA</b>	<b>FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN</b>
Ia. Evidencia por Meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados	A.-Directamente basada en evidencia categoría I
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasi – experimental o estudio de cohorte.	B.- directamente basada en evidencia categoría II, o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental tal como estudios comparativos, de correlación, y casos y controles. Revisiones clínicas.	C.- directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría 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 I,II.

Modificado de Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J, Clinical guidelines Developing guidelines BMJ 1999; 318: 593 - 596E

<b>E</b>	Evidencia
<b>R</b>	Recommendation
<b>BP</b>	Buena práctica

**Anexo 3 Tablas calificaciones de guías por evaluador**

CALIFICACIONES DE GUIAS 1ER EVALUADOR							
GUIA	DOM I	DOM II	DOM III	DOM IV	DOM V	DOM VI	TOTAL
GPC MEXICANA	94%	83%	96%	100%	92%	100%	93%
MENOPAUSE-FULL-GUIDELINE NICE	100%	89%	98%	100%	96%	83%	94%
JOGC MANAGING MENOPAUSE	100%	72%	85%	100%	88%	100%	91%
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE.	78%	22%	67%	94%	25%	100%	64%

**Evaluador 1:** Md. BELÉN VOZMEDIANO (BV)

CALIFICACIONES DE GUIAS 2DO EVALUADOR							
GUIA	DOM I	DOM II	DOM III	DOM IV	DOM V	DOM VI	TOTAL
GPC MEXICANA	100%	83%	96%	94%	83%	100%	93%
MENOPAUSE-FULL-GUIDELINE NICE	100%	94%	81%	94%	79%	100%	92%
JOGC MANAGING MENOPAUSE	78%	50%	73%	94%	25%	100%	70%
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE.	78%	22%	67%	94%	25%	100%	64%

**Evaluador 2:** Md. NARCISA CEVALLOS (NC)

CALIFICACIONES DE GUIAS 3ER EVALUADOR							
GUIA	DOM I	DOM II	DOM III	DOM IV	DOM V	DOM VI	TOTAL
GPC MEXICANA	94%	78%	94%	89%	79%	100%	93%
MENOPAUSE-FULL-GUIDELINE NICE	100%	94%	90%	94%	96%	100%	96%
JOGC MANAGING MENOPAUSE	94%	94%	88%	100%	79%	100%	93%
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE.	94%	94%	85%	94%	79%	92%	90%

**Evaluador 3:** Md. SILVANA IZA (SI)

CALIFICACIONES DE GUIAS 4TO EVALUADOR							
GUIA	DOM I	DOM II	DOM III	DOM IV	DOM V	DOM VI	TOTAL
GPC MEXICANA	100%	94%	88%	94%	79%	100%	93%
MENOPAUSE-FULL-GUIDELINE NICE	94%	83%	92%	78%	79%	83%	85%

JOGC MANAGING MENOPAUSE	89%	78%	92%	94%	75%	83%	85%
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE.	78%	78%	96%	100%	79%	92%	87%

**Evaluador 4:** Md. CRISTINA CASTELLANOS (CC)

CALIFICACIONES DE GUIAS 5TO EVALUADOR							
GUIA	DOM I	DOM II	DOM III	DOM IV	DOM V	DOM VI	TOTAL
GPC MEXICANA	100%	94%	88%	94%	79%	100%	93%
MENOPAUSE-FULL-GUIDELINE NICE	94%	94%	98%	78%	79%	83%	88%
JOGC MANAGING MENOPAUSE	94%	83%	94%	94%	79%	92%	89%
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE.	78%	83%	88%	83%	79%	92%	84%

**Evaluador 5:** Md. CLAUDIA BOHORQUEZ (CB)

CALIFICACIONES DE GUIAS 6TO EVALUADOR							
GUIA	DOM I	DOM II	DOM III	DOM IV	DOM V	DOM VI	TOTAL
GPC MEXICANA	100%	50%	100%	100%	88%	100%	90%
MENOPAUSE-FULL-GUIDELINE NICE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
JOGC MANAGING MENOPAUSE	100%	89%	100%	100%	100%	100%	98%
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE.	100%	33%	38%	100%	75%	100%	74%

**Evaluador 6:** Md. PAULINA PARRA (PP)

#### Anexo 4 GPC MENOPAUSIA: EVALUACIÓN AGREE II

Evaluación de la Guía de práctica clínica: peri menopausia y postmenopausia México-2013

#### Primer evaluador

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	94%	SUFICIENCIA	93%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	6				
Dominio 2	2.4	7	83%	SUFICIENCIA		
	2.5	4				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	96%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	6				
	3.12	7				
	3.13	7				
Dominio 4	3.14	6	100%	SUFICIENCIA		
	4.15	7				
	4.16	7				
Dominio 5	4.17	7	92%	SUFICIENCIA		
	5.18	6				
	5.19	7				
Dominio 6	5.20	7	100%	SUFICIENCIA		
	5.21	6				
	6.22	7				
	6.23	7				

Evaluador 1: Md. BELÉN VOZMEDIANO (BV)

Evaluación de la Guía de práctica clínica: NICE-2015. Menopause-full-guideline Methods, evidence and recommendations (Original)

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				

Dominio 2	1.3	7	89%	SUFICIENCIA	94%	SUFICIENCIA
	2.4	7				
	2.5	7				
Dominio 3	2.6	5	98%	SUFICIENCIA		
	3.7	7				
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
Dominio 4	3.13	7	100%	SUFICIENCIA		
	3.14	5				
	4.15	7				
Dominio 5	4.16	7	96%	SUFICIENCIA		
	4.17	7				
	5.18	7				
	5.19	7				
Dominio 6	5.20	7	83%	SUFICIENCIA		
	5.21	6				
	6.22	7				
	6.23	5				

**Evaluador 1:** Md. BELÉN VOZMEDIANO (BV)

**Anexo 5 Evaluación de la Guía de práctica clínica JOGC Managing Menopause. Canada-2014.**

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA	91%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	7	72%	DOMINIO CORREGIR A		
	2.5	4				
	2.6	5				
Dominio 3	3.7	7	85%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	6				
	3.10	6				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	7				
Dominio 4	3.14	2	100%	SUFICIENCIA		
	4.15	7				
	4.16	7				
Dominio 5	4.17	7	88%	SUFICIENCIA		
	5.18	5				
	5.19	7				
	5.20	6				
Dominio 6	5.21	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.22	7				
	6.23	7				

**Evaluador 1:** Md. BELÉN VOZMEDIANO (BV)

**Anexo 6 Evaluación de la Guía de práctica clínica Treatment of Symptoms of the Menopause Society of Endocrinología-2015.**

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	5	78%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				
	1.3	6				
Dominio 2	2.4	6	22%	DOMINIO CORREGIR A		
	2.5	3				

	2.6	3				
Dominio 3	3.7	7	67%	DOMINIO CORREGIR	A	64%
	3.8	7				
	3.9	5				
	3.10	7				
	3.11	6				
	3.12	7				
	3.13	7				
	3.14	2				
Dominio 4	4.15	5	94%	SUFICIENCIA		REVISAR GUÍA
	4.16	6				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	4	25%	DOMINIO CORREGIR	A	
	5.19	6				
	5.20	5				
	5.21	3				
Dominio 6	6.22	5	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	5				

**Evaluador 1:** Md. BELÉN VOZMEDIANO (BV)

## 2DO EVALUADOR.

### GPC: México-2013

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	6	83%	SUFICIENCIA		
	2.5	5				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	96%	SUFICIENCIA	93%	SUFICIENCIA
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	5				
	3.14	7				
Dominio 4	4.15	6	94%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	7	83%	SUFICIENCIA		
	5.19	7				
	5.20	6				
	5.21	4				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

**Evaluador 2:** Md. NARCISA CEVALLOS (NC)

## Menopause-full-guideline Methods, evidence and recommendations (Original)

### NICE-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA	92%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	6	94%	SUFICIENCIA		
	2.5	7				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	81%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	5				
	3.13	4				
Dominio 4	4.15	6	94%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	5	79%	SUFICIENCIA		
	5.19	4				
	5.20	7				
	5.21	7				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

Evaluador 2: Md. NARCISA CEVALLOS (NC)

### JOGC Managing Menopause

#### Canada-2014.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	78%	SUFICIENCIA	70%	REVISAR GUÍA
	1.2	7				
	1.3	3				
Dominio 2	2.4	6	50%	DOMINIO CORREGIR		
	2.5	5				
	2.6	1				
Dominio 3	3.7	7	73%	DOMINIO CORREGIR		
	3.8	7				
	3.9	3				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	4				
Dominio 4	4.15	6	94%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	3	25%	DOMINIO CORREGIR		
	5.19	5				
	5.20	1				
	5.21	1				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

**Evaluador 2:** Md. NARCISA CEVALLOS (NC)

**Treatment of Symptoms of the Menopause Society de Endocrinología-2015.**

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	78%	SUFICIENCIA	64%	REVISAR GUÍA
	1.2	7				
	1.3	3				
Dominio 2	2.4	5	22%	DOMINIO CORREGIR A		
	2.5	1				
	2.6	1				
Dominio 3	3.7	7	67%	DOMINIO CORREGIR A		
	3.8	7				
	3.9	3				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	1				
Dominio 4	3.14	1	94%	SUFICIENCIA		
	4.15	6				
	4.16	7				
Dominio 5	4.17	7	25%	DOMINIO CORREGIR A		
	5.18	1				
	5.19	4				
Dominio 6	5.20	1	100%	SUFICIENCIA		
	5.21	4				
	6.22	7				
	6.23	7				

**Evaluador 2:** Md. NARCISA CEVALLOS (NC)

**3ER EVALUADOR**

**GPC: México-2013**

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	6	94%	SUFICIENCIA	93%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	6	78%	SUFICIENCIA		
	2.5	4				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	94%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	5				
	3.10	6				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	7				
Dominio 4	3.14	7	89%	SUFICIENCIA		
	4.15	6				
	4.16	6				
Dominio 5	4.17	7	79%	SUFICIENCIA		
	5.18	5				
	5.19	6				
	5.20	5				

	5.21	7				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

Evaluador 3: Md. SILVANA IZA (SI)

## Menopause-full-guideline Methods, evidence and recommendations (Original)

### NICE-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA	96%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	7	94%	SUFICIENCIA		
	2.5	6				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	90%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	7				
3.14	2					
Dominio 4	4.15	7	94%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	6				
Dominio 5	5.18	7	96%	SUFICIENCIA		
	5.19	7				
	5.20	7				
	5.21	6				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

Evaluador 3: Md. SILVANA IZA (SI)

## JOGC Managing Menopause

### Canada-2014.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	94%	SUFICIENCIA	93%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	6				
Dominio 2	2.4	7	94%	SUFICIENCIA		
	2.5	6				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	88%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	6				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	7				
3.14	2					
Dominio 4	4.15	7	100%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				

	4.17	7				
Dominio 5	5.18	5	79%	SUFICIENCIA		
	5.19	6				
	5.20	6				
	5.21	6				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

**Evaluador 3:** Md. SILVANA IZA (SI)

### Treatment of Symptoms of the Menopause Sociedad de Endocrinología-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	94%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				
	1.3	6				
Dominio 2	2.4	7	94%	SUFICIENCIA		
	2.5	6				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	85%	SUFICIENCIA	90%	SUFICIENCIA
	3.8	6				
	3.9	6				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	7				
Dominio 4	3.14	2	94%	SUFICIENCIA		
	4.15	7				
	4.16	7				
Dominio 5	4.17	6	79%	SUFICIENCIA		
	5.18	5				
	5.19	6				
	5.20	6				
Dominio 6	5.21	6	92%	SUFICIENCIA		
	6.22	6				
	6.23	7				

**Evaluador 3:** Md. SILVANA IZA (SI)

### 4TO EVALUADOR

#### GPC: México-2013

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACION POR DOMINIO	EVALUACION POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACION GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	7	94%	SUFICIENCIA		
	2.5	6				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	88%	SUFICIENCIA		
	3.8	5				
	3.9	6				
	3.10	6				
	3.11	7				

	3.12	7	94%	SUFICIENCIA	93%	SUFICIENCIA
	3.13	7				
	3.14	5				
Dominio 4	4.15	6	79%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	5	100%	SUFICIENCIA		
	5.19	6				
	5.20	6				
	5.21	6				
Dominio 6	6.22	7				
	6.23	7				

**Evaluador 4:** Md. CRISTINA CASTELLANOS (CC)

## Menopause-full-guideline. Methods, evidence and recommendations (Original)

### NICE-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	6	94%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	6	83%	SUFICIENCIA		
	2.5	5				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	92%	SUFICIENCIA	85%	SUFICIENCIA
	3.8	7				
	3.9	6				
	3.10	6				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	6				
Dominio 4	4.15	6	78%	SUFICIENCIA		
	4.16	6				
	4.17	5				
Dominio 5	5.18	5	79%	SUFICIENCIA		
	5.19	5				
	5.20	7				
	5.21	6				
Dominio 6	6.22	6	83%	SUFICIENCIA		
	6.23	6				

**Evaluador 4:** Md. CRISTINA CASTELLANOS (CC)

## JOGC Managing Menopause

### Canada-2014.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	6	89%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				
	1.3	6				
Dominio 2	2.4	6	78%	SUFICIENCIA		
	2.5	5				
	2.6	6				
Dominio 3	3.7	7	92%	SUFICIENCIA		

	3.8	7			<b>85%</b>	SUFICIENCIA
	3.9	6				
	3.10	7				
	3.11	6				
	3.12	7				
	3.13	6				
	3.14	6				
Dominio 4	4.15	6	94%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	5	75%	DOMINIO CORREGIR		A
	5.19	6				
	5.20	5				
	5.21	6				
Dominio 6	6.22	6	83%	SUFICIENCIA		
	6.23	6				

**Evaluador 4:** Md. CRISTINA CASTELLANOS (CC)

### Treatment of Symptoms of the Menopause Society de Endocrinología-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	5	78%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				
	1.3	5				
Dominio 2	2.4	5	78%	SUFICIENCIA		
	2.5	6				
	2.6	6				
Dominio 3	3.7	7	96%	SUFICIENCIA	<b>87%</b>	SUFICIENCIA
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	6				
Dominio 4	4.15	7	100%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	7				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	6	79%	SUFICIENCIA		
	5.19	7				
	5.20	5				
	5.21	5				
Dominio 6	6.22	7	92%	SUFICIENCIA		
	6.23	6				

**Evaluador 4:** Md. CRISTINA CASTELLANOS (CC)

### 5TO EVALUADOR

#### GPC: México-2013

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
---------	-------	-------	-----------------------------	---------------------------	-------------------	----------------------

Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA	93%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	7	94%	SUFICIENCIA		
	2.5	6				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	88%	SUFICIENCIA		
	3.8	5				
	3.9	6				
	3.10	6				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	7				
Dominio 4	4.15	6	94%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	5	79%	SUFICIENCIA		
	5.19	6				
	5.20	6				
	5.21	6				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

**Evaluador 5:** Md. CLAUDIA BOHORQUEZ (CB)

## Menopause-full-guideline. Methods, evidence and recommendations (Original)

### NICE-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACION POR DOMINIO	EVALUACION POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACION GLOBAL
Dominio 1	1.1	6	94%	SUFICIENCIA	88%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	7	94%	SUFICIENCIA		
	2.5	6				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	98%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	7				
Dominio 4	4.15	6	78%	SUFICIENCIA		
	4.16	6				
	4.17	5				
Dominio 5	5.18	5	79%	SUFICIENCIA		
	5.19	5				
	5.20	6				
	5.21	7				
Dominio 6	6.22	6	83%	SUFICIENCIA		
	6.23	6				

**Evaluador 5:** Md. CLAUDIA BOHORQUEZ (CB)

### JOGC Managing Menopause

### Canada-2014.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	94%	SUFICIENCIA	89%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	6				
Dominio 2	2.4	7	83%	SUFICIENCIA		
	2.5	5				
	2.6	6				
Dominio 3	3.7	7	94%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	6				
	3.11	7				
	3.12	6				
	3.13	7				
Dominio 4	3.14	6	94%	SUFICIENCIA		
	4.15	7				
	4.16	6				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	5	79%	SUFICIENCIA		
	5.19	6				
	5.20	5				
	5.21	7				
Dominio 6	6.22	6	92%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

Evaluador 5: Md. CLAUDIA BOHORQUEZ (CB)

### Treatment of Symptoms of the Menopause Society de Endocrinología-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	5	78%	SUFICIENCIA	84%	SUFICIENCIA
	1.2	6				
	1.3	6				
Dominio 2	2.4	6	83%	SUFICIENCIA		
	2.5	6				
	2.6	6				
Dominio 3	3.7	7	88%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	6				
	3.10	6				
	3.11	6				
	3.12	6				
	3.13	6				
Dominio 4	3.14	6	83%	SUFICIENCIA		
	4.15	6				
	4.16	6				
	4.17	6				
Dominio 5	5.18	6	79%	SUFICIENCIA		
	5.19	6				
	5.20	6				
	5.21	5				
Dominio 6	6.22	7	92%	SUFICIENCIA		
	6.23	6				

Evaluador 5: Md. CLAUDIA BOHORQUEZ (CB)

## 6TO EVALUADOR

### GPC: México-2013

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	POR	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA			
	1.2	7					
	1.3	7					
Dominio 2	2.4	4	50%	DOMINIO CORREGIR	A		
	2.5	1					
	2.6	7					
Dominio 3	3.7	7	100%	SUFICIENCIA		90%	SUFICIENCIA
	3.8	7					
	3.9	7					
	3.10	7					
	3.11	7					
	3.12	7					
	3.13	7					
	3.14	7					
Dominio 4	4.15	7	100%	SUFICIENCIA			
	4.16	7					
	4.17	7					
Dominio 5	5.18	4	88%	SUFICIENCIA			
	5.19	7					
	5.20	7					
	5.21	7					
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA			
	6.23	7					

Evaluador 6: Md. PAULINA PARRA (PP)

### Menopause-full-guideline Methods, evidence and recommendations (Original)

#### NICE-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACION POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA		
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	7	100%	SUFICIENCIA		
	2.5	7				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	100%	SUFICIENCIA		100%
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
	3.13	7				
	3.14	7				
Dominio 4	4.15	7	100%	SUFICIENCIA		
	4.16	7				
	4.17	7				
Dominio 5	5.18	7	100%	SUFICIENCIA		
	5.19	7				
	5.20	7				
	5.21	7				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		

6.23	7				
------	---	--	--	--	--

**Evaluador 6:** Md. PAULINA PARRA (PP)

### JOGC Managing Menopause

Canada-2014.o	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA	98%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	4	89%	SUFICIENCIA		
	2.5	7				
	2.6	7				
Dominio 3	3.7	7	100%	SUFICIENCIA		
	3.8	7				
	3.9	7				
	3.10	7				
	3.11	7				
	3.12	7				
Dominio 4	3.13	7	100%	SUFICIENCIA		
	3.14	7				
	4.15	7				
Dominio 5	4.16	7	100%	SUFICIENCIA		
	4.17	7				
	5.18	7				
Dominio 6	5.19	7	100%	SUFICIENCIA		
	5.20	7				
	5.21	7				
Dominio 6	6.22	7	100%	SUFICIENCIA		
	6.23	7				

**Evaluador 6:** Md. PAULINA PARRA (PP)

### Treatment of Symptoms of the Menopause Society of Endocrinología-2015.

DOMINIO	ITEMS	PUNT.	CALIFICACIÓN POR DOMINIO	EVALUACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL	EVALUACIÓN GLOBAL
Dominio 1	1.1	7	100%	SUFICIENCIA	74%	SUFICIENCIA
	1.2	7				
	1.3	7				
Dominio 2	2.4	4	33%	SUFICIENCIA		
	2.5	1				
	2.6	4				
Dominio 3	3.7	1	38%	SUFICIENCIA		
	3.8	2				
	3.9	2				
	3.10	5				
	3.11	7				
	3.12	7				
Dominio 4	3.13	1	100%	SUFICIENCIA		
	3.14	1				
	4.15	7				
Dominio 5	4.16	7	75%	DOMINIO CORREGIR A		
	4.17	7				
	5.18	5				
Dominio 5	5.19	7				

	5.20	7			
	5.21	1			
<b>Dominio 6</b>	6.22	7	100%	SUFICIENCIA	
	6.23	7			

**Evaluador 6:** Md. PAULINA PARRA (PP)

### Anexo 7 Revisión Bibliográfica

ESTUDIO	GPC	NO ES GUIA	REVISION SISTEMATICA	META-ANALISIS	OTRO/ CONSENSO
NCC-WCH MENOPAUSE FULL GUIDELINE CLINICAL GUIDELINE METHODS, EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS.1 JUNE 2015	X				
TREATMENT OF SYMPTOMS OF THE MENOPAUSE: AN ENDOCRINE SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. 2015	x				
JOGC MANAGING MENOPAUSE ORGANIZACIÓN: NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NCC-WCH ,NICE)	X				
GPC (MEXICANA) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA. 2013	X				
POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS. 2016	X				
OSTEOPOROSIS IN MENOPAUSE. 2014	X				
MENOGUÍA: MENOPAUSIA PRECOZ .MAYO 2014.		X			
MENOGUÍA: SALUD VAGINAL 2014		X			
MENOGUÍA: PERIMENOPAUSIA. 2012		X			
MENOGUÍA; PRODUCTOS NATURALES Y SÍNDROME METABÓLICO. 2016		X			
MENOGUÍA: TIBOLONA. 2012		X			
ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO EN EL NIVEL PRIMARIO DE		X (orientación técnica)			

LA RED DE SALUD (APS). 2014					
CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTMENOPAUSAL AND PERINEMOPAUSIA		X			
EMAS CLINICAL GUIDE: VULVAR LICHEN SCLEROSUS IN PERI AND POSTMENOPAUSAL WOMEN. 2013		X			
ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN PRE-MENOPAUSAL WOMEN. 2013		X			
EMAS CLINICAL GUIDE: ASSESSMENT OF THE ENDOMETRIUM IN PERI AND POSTMENOPAUSAL WOMEN. 2013		X			
GUIDELINES FOR MENOPAUSAL HORMONE THERAPY: RECOMMENDATIONS OF THE POLISH MENOPAUSE AND ANDROPAUSE SOCIETY – STATE OF KNOWLEDGE AS OF DECEMBER 2013		x			
GUÍA DE MANEJO EN CONSULTA ESPECIALIZADA EN GINECOOBSTETRICIA – MENOPAUSIA. 2012		X			
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERI MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA. 2013		X			
GUIDANCE FOR MANAGING THE MENOPAUSE. 2015		X			
MENOPAUSIA Y TERAPIA HORMONAL. FISTERRA		X			
PRÁCTICA CLÍNICO QUIRÚRGICA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERI MENOPAUSIA Y LA POSTMENOPAUSIA. 2015		X			
FITOESTRÓGENOS PARA LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES DE LA			X		

MENOPAUSIA .2013					
LA APLICACIÓN DE LAS ISOFLAVONAS DE SOYA PARA LOS SÍNTOMAS SUBJETIVOS Y LOS SIGNOS OBJETIVOS DE LA ATROFIA VAGINAL EN LA MENOPAUSIA. 2015			X		
EFICACIA CUANTITATIVA DE LAS ISOFLAVONAS DE SOYA SOBRE LOS SOFOCOS DE LA MENOAPUSIA. 2015			X		
EJERCICIOS PARA LOS SINTOMAS MENOPAUSICOS VASOMOTORES.2015			X		
EFECTO DE LAS ISOFLAVONAS Y TERAPIAS DE AMINOÁCIDOS PARA LOS SOFOCOS Y SÍNTOMAS VASOMOTORES DURANTE LA TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA Y LA POSMENOPAUSIA TEMPRANA. 2014			X		
POSITIVE WELL-BEING DURING THE MENOPAUSAL TRANSITION. 2014			X		
ASOCIACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL CON EL INICIO DE LA MENOPAUSIA NATURAL. 2016			X		
VAGINAL ESTROGEN FOR GENITOURINARY SYNDROME OF MENOPAUSE. 2014			X		
THE EFFECTS OF TRANSDERMAL ESTROGEN DELIVERY ON BONE MINERAL DENSITY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: A META-ANALYSIS 2017				X	
EFFECTS OF ACUPUNCTURE ON MENOPAUSE-RELATED SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN IN NATURAL MENOPAUSE: A META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS				X	
PERSPECTIVE ON PRESCRIBING CONJUGATED				X	

ESTROGENS/BAZEDOXIFENE FOR ESTROGEN-DEFICIENCY SYMPTOMS OF MENOPAUSE: A PRACTICAL GUIDE 2015					
THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE: THE ROLE OF HORMONAL THERAPY IN DISEASE PREVENTION					
ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO EN CLIMATERIO 2016 (ARGENTINA)					X
REVISED GLOBAL CONSENSUS STATEMENT ON MENOPAUSAL HORMONE THERAPY. 2016					X
CONSENSO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA PARA EL ESTUDIO DEL CLIMATERIO PARA LA INDICACIÓN DE VERALIPRIDA A PACIENTES CON SÍNTOMAS VASOMOTORES					CONSEN X
MENOPAUSE NICE 2017					NORMA DE CALIDAD X
MANAGEMENT OF MENOPAUSAL SYMPTOMS. ACOG.2014					BOLETIN X
MENOPAUSE MANAGEMENT 2016					X
VASCULAR EFFECTS OF EARLY VERSUS LATE POSTMENOPAUSAL TREATMENT WITH ESTRADIOL .2016					X
TREATMENT OF MENOPAUSAL SYMPTOMS WITH THREE LOW-DOSE CONTINUOUS SEQUENTIAL 17B-ESTRADIOL/PROGESTERONE PARENTERAL MONTHLY FORMULATIONS USING NOVEL NON-POLYMERIC MICROSPHERE TECHNOLOGY. 2015					X
THE WOMEN'S HEALTH					X

INITIATIVE: THE ROLE OF HORMONAL THERAPY IN DISEASE PREVENTION .2005					
MANAGEMENT OF OSTEOPOROSIS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: 2010					RECOMENDACIONES X
UPDATED 2013 INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY RECOMMENDATIONS ON MENOPAUSAL HORMONE THERAPY AND PREVENTIVE STRATEGIES FOR MIDLIFE HEALTH. CLIMATERIC. 2013					X
THE ASSOCIATION BETWEEN HYPERTRIGLYCERIDEMIC WAIST PHENOTYPE, MENOPAUSE ,AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS					X
MENOPAUSE: DIAGNOSIS AND MANAGEMENTMENOPAUSE: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT. 2015					RECOMENDACIONES X

**CLIMATERIO**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**  
**(GPC)**

## ÍNDICE

1. Descripción general de esta adaptación de guía de práctica clínica. ....	94
2. Clasificación CIE-10 .....	94
3. Preguntas que responde esta Guía de Práctica Clínica .....	97
4. Introducción .....	98
5. Justificación. ....	99
6. Objetivo general.....	102
7. Objetivos específicos .....	102
8. Alcance .....	102
9. Aspectos metodológicos .....	103
10. Gradación de la evidencia.....	104
11. Evidencias y recomendaciones.....	107
12. Glosario de términos .....	143
13. Abreviaturas.....	145
14. Bibliografía .....	146
15. Anexos.....	156

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Nivel de evidencia y grados de recomendación.....	156
Anexo 2. Estilos de vida para la mujer climatérica y posmenopáusica .....	158
Anexo 3. La clasificación para entender la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer Straw.....	159
Anexo 4. Escala de Blatt Kupperman. ....	160
Anexo 5. Escala de Greene. ....	160
Anexo 6. Esquemas de terapia hormonal .....	161
Anexo 7. Atención del climaterio y menopausia .....	162
Anexo 8. Medicamentos avalados por esta Guía.....	163

## 1. Descripción general de esta adaptación de guía de práctica clínica.

**Tabla 7.**  
**Descripción general de esta adaptación de guía de práctica clínica**

<b>Título</b>	<b>Climaterio</b>	
<b>Organización desarrolladora</b>	Pontificia Universidad Católica del Ecuador Posgrado De Ginecología Y Obstetricia.	
<b>Código CIE 10</b>	(N95)	Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos
	(N95.0)	Hemorragia postmenopáusica
	(N95.1)	Estados menopáusicos y climatéricos femeninos
	(N95.2)	Vaginitis atrófica postmenopáusica
	(N95.3)	Estados asociados con menopausia artificial
	(N95.8)	Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos especificados
	(N95.9)	Trastorno menopáusico y perimenopáusico, no especificado
<b>Categoría de la GPC</b>	Primer, segundo y tercer nivel: diagnóstico y tratamiento	
<b>Profesionales a quienes va dirigida</b>	Médicos Gineco-obstetras, médicos generales, médicos familiares, obstetrices.	
<b>Población blanco</b>	Pacientes mujeres premenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas.	
<b>Intervenciones y acciones consideradas</b>	Diagnóstico Tratamiento Actividades de promoción de la salud	
<b>Metodología</b>	Definición de la visión de la GPC	
	Elaboración de preguntas clínicas	
	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia	
	Protocolo sistematizado de búsqueda	
	Revisión sistemática de la literatura	
	Búsquedas de bases de datos electrónicas	
	Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores	
	Búsqueda manual de la literatura	
	Número de Fuentes documentales revisadas	46
	Guías seleccionadas	4
	Revisiones sistemáticas	8
	Meta-análisis	3
	Consensos	9
	Orientación técnica	1
	Norma	1
Boletín	1	
Recomendación	2	
Ensayos controlados aleatorizados	7	

	Adopción de guías de práctica clínica Internacionales	Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia
	Construcción de la guía para su validación	
	Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías	
	Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional	
	Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones.	
	Elaboración de documento final.	
<b>Validación</b>	Pontificia Universidad Católica del Ecuador Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública.	
<b>Fuente de financiamiento</b>	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	
<b>Impacto esperado</b>	Diagnóstico y tratamiento oportuno	
	Referencia efectiva	
	Satisfacción con la atención y mejora de la calidad de vida.	
<b>Conflicto de interés</b>	Los autores y colaboradores manifiestan la ausencia de cualquier tipo de conflicto de interés para el desarrollo de la presente guía de práctica clínica.	
<b>Actualización</b>	Pontificia Universidad Católica del Ecuador Departamento de Normatización del Ministerio de Salud Pública	

## 2. Clasificación CIE-10

Tabla 8.  
Clasificación CIE-10

<b>N95</b>	Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos
<b>N95.0</b>	Hemorragia postmenopáusica
<b>N95.1</b>	Estados menopáusicos y climatéricos femeninos
<b>N95.2</b>	Vaginitis atrófica postmenopáusica
<b>N95.3</b>	Estados asociados con menopausia artificial
<b>N95.8</b>	Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos especificados
<b>N95.9</b>	Trastorno menopáusico y perimenopáusico, no especificado

### **3. Preguntas que responde esta Guía de Práctica Clínica**

Las preguntas que motivaron la adaptación de la presente Guía de Práctica Clínica son:

10. ¿Cómo se realiza la promoción de la salud en la mujer en etapa de climaterio?
11. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas, los estudios de laboratorio y gabinete que se deben realizar a una mujer en etapa de climaterio?
12. ¿Cuál es tratamiento hormonal de la mujer en etapa de climaterio?
13. ¿Cuál es la duración del tratamiento con terapia de reemplazo hormonal
14. ¿Cuál es la vía de administración?
15. ¿Cuáles son los efectos adversos del tratamiento hormonal?
16. ¿Cuáles son los las contraindicaciones de la terapia de reemplazo hormonal?
17. ¿Cuál es el tratamiento no hormonal del climaterio?
18. ¿Cuándo realizar la referencia de pacientes en climaterio de primer a segundo nivel de salud?

## 4. Introducción

A lo largo de la vida sexual de la mujer se pueden señalar etapas que para algunas se convierten en eventos vitales de importancia: la menarquia, la primera relación sexual, el embarazo, el parto y el climaterio. (1)

El climaterio y las diferentes etapas que engloba son un proceso fisiológico normal, que se origina con el cese paulatino de la actividad hormonal ovárica, y durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. Según criterios actuales de la OMS esto ocurre entre los 45 y 59 años de edad. Se inicia unos años antes de la menopausia (perimenopausia) y se extiende unos años después (posmenopausia) (2)

La mujer en la etapa de climaterio responde a un complejo proceso, en los cuales se entrelazan factores biológicos, sociales, económicos, culturales, familiares y otros, que actúan como aspectos condicionantes de las prácticas individuales en la atención de salud.

A nivel mundial, se ha vuelto objeto de investigaciones y programas que llevan a determinadas formas de intervención práctica e individualizada en el diagnóstico, el tratamiento y medidas preventivas para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

El climaterio es una etapa en la que la mujer puede vivir con menos tensión, pues ya no tendrá el riesgo o temor del embarazo, no requerirá métodos anticonceptivos, puede despreocuparse ya de la planificación familiar, cesan las

molestias menstruales, ha disminuido la atención a los hijos, que se valen por sí solos, puede compartir con los nietos y mostrarse como una adulta mayor, dispuesta a disfrutar de su vida familiar, laboral y social a plenitud.

Según los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la OMS, no hay razones para que la mujer climatérica no sea mental y sexualmente sana. Es por eso que se deben estudiar y recomendar todos los aspectos que favorezcan a la plenitud de sus posibilidades físicas, psíquicas y sociales en esta etapa de la vida (3).

Todas las decisiones de tratamiento requieren juicio clínico y la valoración de cada uno de los factores de la paciente, incluyendo sus preferencias, las enfermedades concomitantes, y otras fuentes de posible sub o sobre estimación del riesgo. La decisión de tratar aún debe hacerse sobre una base individual, caso por caso (4).

## **5. Justificación.**

A lo largo de la historia, la esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado pasando de 23 años en el Imperio Romano a 43 a principios del siglo XX. Pero ha sido a lo largo del siglo pasado cuando ha experimentado su mayor crecimiento (5).

Los cambios socioculturales, los avances médicos y demográficos, así como los avances en otras ciencias afines, son los factores más relevantes para explicar

que haya un elevado número de personas que llegan a edades más avanzadas.

(1)

El envejecimiento en Latinoamérica se caracteriza por ser predominantemente femenino y en poblaciones con niveles educativos bajos. En Ecuador actualmente el 7% de sus habitantes tiene más de 65 años, pero en solo 9 años superará (2025) el 10% con lo cual estará entre los países considerados con una población envejecida. (1)

Ecuador tiene 8'087.914 mujeres, lo que representa el 50,5% de la población del país, según las proyecciones poblacionales. En los próximos seis años la población femenina se incrementará en un 9,36% mientras la de los hombres lo hará en 9,14%. De acuerdo a las proyecciones poblacionales, para el año 2020 la esperanza de vida será de 79 años, cinco años más que la de los hombres. (INEC, 2014)

Según las estadísticas del INEC y la proyección de la población femenina se puede deducir que las mujeres mayores de 45 años que presentan o presentarán algún grado de déficit estrogénico representan un grupo poblacional significativo en el Ecuador.

Esta perspectiva, hace necesario comprender los cambios que se producen en el climaterio, y de tal manera propiciar las mejores estrategias de detección de riesgos, diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones clínicas propias de esta etapa. (6)

Es necesario elaborar intervenciones orientadas a la mujer en etapa de climaterio que constituyan una oportunidad que facilite una concepción de salud integral, que permite una valoración de necesidades, no solo físicas, sino también sociales, psicológicas, etc. (3)

El fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento mediante herramientas que den parámetros atención estandarizada al personal de salud, que faciliten la toma de decisiones oportunas y optimas que permitan mantener la autonomía y la independencia de las personas en edades avanzadas incluye un reto de gran magnitud.(3)

La optimización de las condiciones de vida permite vivir más y que se llegue a una edad más avanzada en mejores condiciones de salud física y psicológica.(1)

El interés científico de la presente investigación se basa en la importancia de obtener una guía de práctica clínica que permita brindar una atención sistemática, estandarizada, sustentable por parte del personal de salud a la mujer en etapa de climaterio, con la mejor evidencia científica disponible; y brindar una atención integral a este grupo de población vulnerable, de tal manera que se puedan identificar, controlar o reducir los factores biológicos del ambiente y el comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue u ocasione secuelas o consecuencias mayores sobre el individuo.

Lo anteriormente señalado justifica plenamente la prioridad y la debida atención que debe dársele a esta etapa de la vida y donde la atención primaria desempeña una función fundamental.

## **6. Objetivo general**

- Proporcionar a los profesionales de salud recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica, dirigido a la prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esta etapa.

## **7. Objetivos específicos**

- 7.1. Brindar una herramienta práctica que ayude a la ejecución de las directrices y lineamientos contemplados en las estrategias y programas de diagnóstico y tratamiento de climaterio.
- 7.2. Reducir la variabilidad en la práctica clínica del diagnóstico y tratamiento de la mujer etapa de climaterio, identificando oportunamente los factores de riesgo, reconociendo los síntomas y signos para un diagnóstico precoz, ofreciendo una secuencia ordenada de intervenciones de calidad tanto del tratamiento no farmacológico como el farmacológico así como ofrecer un seguimiento adecuado para reducir las complicaciones.
- 7.3. Establecer los criterios de referencia y contra referencia de los pacientes en etapa de climaterio y diferentes comorbilidades.

## **8. Alcance**

La presente Guía de Práctica Clínica es para aplicación en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

## 9. Aspectos metodológicos

La metodología de esta guía se elaboró a través del método ADAPTE colaboración internacional que establece las directrices metodológicas para adaptar Guías de Práctica Clínica. Para facilitar el proceso de adaptación, mismo que consta de tres fases:

1. Fase de preparación
2. Fase de adaptación
3. Fase de finalización

**Tabla 9.**  
**Fases del proceso de adaptación: metodología adapte**

<b>4. FASE DE PREPARACION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comprobar que la adaptación es factible</li><li>• Establecer un comité organizador</li><li>• Seleccionar el tema de adaptación de guía</li><li>• Identificar recursos y habilidades</li><li>• Completar tareas de preparación</li><li>• Escribir un plan de adaptación</li></ul>
<b>5. FASE DE ADAPTACION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar las preguntas clínicas</li><li>• Búsqueda de guías y otros documentos relacionados</li><li>• Tamizaje de guías</li><li>• Reducción del número de guías</li><li>• Evaluación de la calidad</li><li>• Evaluación de la validez</li><li>• Evaluación del contenido, consistencia, aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones</li><li>• Revisión de las evaluaciones ( Resultados)</li><li>• Selección entre las guías y recomendaciones para crear una guías adaptada</li><li>• Elaborar una adaptación de guía ( Borrador)</li></ul>

## 6. FASE DE FINALIZACION

- Equipo de validación
- Elaboración del documento final

## 10. Gradación de la evidencia

En esta guía se utilizó la escala de Shekelle modificada para calificar el nivel de evidencia y la fuerza de las recomendaciones:

**Tabla 10.**  
**Gradación de evidencia**

CATEGORIA DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Ia. Evidencia por Meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados	A.-Directamente basada en evidencia categoría I
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasi – experimental o estudio de cohorte.	B.- directamente basada en evidencia categoría II, o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental tal como estudios comparativos, de correlación, y casos y controles. Revisiones clínicas.	C.- directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría 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 I, II.
--	--

Tomado de Shekelle PG et al. 1999

En este documento encontrara en la sección de evidencias y recomendaciones la descripción de la evidencia a la izquierda y el nivel de la evidencia a la derecha.

**Tabla 11.**  
**Nivel de evidencia**

<b>Evidencia</b>	<b>Nivel de Evidencia</b>
<b>Descripción de la evidencia</b>	Shekelle  (Ia-Ib-IIa-IIB-III-IV)

La gradación de la recomendación (R: fuerza de recomendación) esta descrita a la derecha del cuadro.

✓ Símbolo que representa un consejo de buena práctica clínica.

No son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino más bien que deben considerarse únicamente cuando no exista otra manera de destacar dicho aspecto. (Ver anexo 4)

**Tabla 12.**  
**Fuerza de recomendación**

Fuerza de la recomendación	Recomendaciones
<b>R-A,B,C,D</b>  <b>□</b>	Descripción de la recomendación  Punto de buena práctica médica

### **Símbolos empleados en esta GPC**

**Tabla 13.**  
**Símbolos empleados en esta GPC**

Evidencia	<b>E</b>
Recomendación	<b>R</b>
Punto de buena práctica	✓

## 11.Evidencias y recomendaciones

- ¿Cómo se realiza la promoción de la salud en la mujer en etapa de climaterio?

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	NIVEL/ GRADACIÓN
<p>Todas las mujeres deberán ser aconsejadas sobre cambios en estilo de vida, mantener el peso óptimo, actividad física moderada y consumo de una dieta sana. (Ver anexo 2) (7)</p>	<p>E: I  R: B</p>
<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><b>Factores no modificables:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raza afro-americana</li> <li>• Menopausia inducida o menopausia de inicio abrupto</li> <li>• Padecimientos crónicos</li> </ul> <p><b>Factores modificables:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad o no mantenerse en peso ideal</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Escolaridad o nivel socioeconómico bajo</li> <li>• Historia de ansiedad y depresión. (8)</li> </ul>	<p>E:IA-IIB</p>

<p>El personal de salud debe fomentar la modificación de estilos de vida saludables como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar ejercicio físico regular, control de peso, reducción de tabaquismo o bebidas alcohólicas lo que puede reducir la sintomatología vasomotora.</li><li>• Prevenir la osteoporosis en mujeres climatéricas, alimentación rica en calcio. (8)(7)</li></ul>	A, D

- **¿Cuáles son las manifestaciones clínicas, los estudios de laboratorio y gabinete que se deben realizar a una mujer en etapa de climaterio?**

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
<p>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. (9)(10)</p>	E: IV
<p>Los trastornos menstruales observados en la perimenopausia se deben a la disminución de la reserva folicular ovárica, hasta finalmente instaurarse la amenorrea de la menopausia. (2)</p>	E: B  R: II
<p>Las manifestaciones clínicas más frecuentes del síndrome climatérico y/o transición a la menopausia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos menstruales</li> <li>• Síntomas vasomotores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bochornos y/o sudoraciones</li> <li>• Manifestaciones Genitourinarias.</li> </ul> </li> <li>• Trastornos Psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios del estado de ánimo,</li> <li>• Ansiedad,</li> <li>• Depresión,</li> <li>• Alteraciones del patrón de sueño. (10)</li> </ul> </li> </ul>	E: IIB

<p>Los síntomas vasomotores y vaginales son los que más frecuentemente se observan en esta etapa, tienen una duración variable y una relación causal con el hipoestrogenismo. (11)</p>	<p>E: III R: A</p>
<p>Cuando los síntomas vasomotores son frecuentes e intensos pueden alterar la calidad de vida de la persona al condicionar trastornos en el sueño, fatiga e irritabilidad. (2)</p>	<p>E: II R: A</p>
<p>El diagnóstico del síndrome climatérico es clínico, basado en una historia clínica orientada y fundamentada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos menstruales</li> <li>• Síntomas vasomotores (bochornos y/o sudoraciones)</li> <li>• Manifestaciones genitourinarias.</li> <li>• Trastornos psicológicos (cambios del estado de ánimo, ansiedad, depresión, alteraciones del patrón de sueño).</li> </ul> <p>(10)</p>	<p>R: B</p>
<p>No es necesario, habitualmente solicitar estudios de laboratorio para establecer el diagnóstico de menopausia. (10)</p>	<p>E: III R: B</p>
<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 conteo 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</p>	

el diagnóstico de estas etapas. (12)	E: IV
<p>Evaluar a la mujer y clasificar por medio de la clasificación de STRAW, (Ver anexo 3) en qué etapa se encuentra, debiendo clasificarla de acuerdo a cada caso en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa reproductiva.</li> <li>• Transición a la menopausia o perimenopausia</li> <li>• Postmenopausia. (10)</li> </ul>	R: D
Los cuestionarios o escalas de evaluación disponibles no muestran utilidad en la valoración de los síntomas menopáusicos, (Escala de Greene-escala de Blatt Kupperman Anexo 1). (13)	E: D R: III
Los valores séricos de FSH y LH no tienen mayor peso que los síntomas clínicos para el diagnóstico de perimenopausia o menopausia. Hasta el momento no hay un marcador de laboratorio inequívoco para esta situación. (12)	E: III R: B
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. (14)	R: D
Niveles arriba de 25 UI/L de Hormona Folículo 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. (12)	E: III
La Hormona Antimülleriana (HAM) producida por la granulosa folicular expresa el reclutamiento folicular o reserva folicular ovárica, a menor número de folículos menores niveles de HAM en sangre, con alteraciones observadas en la transición de la menopausia y en la menopausia. (10)	E: III
La valoración integral debe ser anual y deberá incluir: historia clínica completa, laboratorio (glucosa, perfil lipídico), citología cervicovaginal, mamografía, eco pélvico en pacientes con sangrado uterino o riesgo alto de cáncer de endometrio, densitometría debe ser considerada en cada caso y TSH sérica (Ver anexo 7).  (15)	R: D
A mayor número de factores de riesgo que aparecen con la edad, habrá una mayor probabilidad de padecer problemas coronarios: el envejecimiento, la hipertensión arterial, la dislipidemia, la diabetes, el hábito tabáquico, el sedentarismo, la obesidad y los antecedentes familiares son los factores más importantes y se potencian entre sí.  (10)	E: I  R: A

<p>Lograr una presión arterial óptima de 120/80 mm Hg por medio de cambios en el estilo de vida, tales como: el control de peso, practicar actividad física, la moderación en la ingesta de alcohol, la restricción de sal y el consumo de frutas, verduras, y productos de bajo contenido graso. (16)</p>	<p>E: I R: A</p>
<p>La evaluación de enfermedad cardiovascular deberá incluir un perfil completo de lípidos. (17)</p>	<p>E: III R: B</p>
<p>Aunque los problemas tiroideos son más frecuentes en la mujer, especialmente en el climaterio, estará indicado practicar un perfil tiroideo completo únicamente si se sospecha clínicamente algún problema de esta índole. De otra manera, y de acuerdo con la American Thyroid Association será suficiente con determinación sérica de TSH en mujeres mayores de 35 años y posteriormente cada 5 años. (18)</p>	<p>E: III</p>
<p>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. (17)</p>	<p>E: II b</p>
<p>Debe evaluarse el perfil de lípidos y glucosa en la mujer en perimenopausia y postmenopausia. (15)</p>	<p>R: B</p>
<p>Practicar glicemia en ayuno cada 3 años en mujeres de 65 años o</p>	<p>E: III</p>

mayores. (19)	R: B
<p>En la menopausia se observa una reducción importante de masa ósea correlacionada con niveles bajos de estradiol sanguíneo.</p> <p>Debe considerarse la posibilidad de osteoporosis en postmenopausia. (8)</p>	R: B
<p>La densitometría en pacientes mayores de 60 años, si no se cuenta con el recurso se puede aplicar el FRAX (herramienta de la OMS para cálculo de fractura on line). (11)</p>	R: D
<p>En algunos casos donde se sospechen pólipos intracavitarios podrá complementarse con la histerosonografía. (10)</p>	E: II
<p>Si el sangrado ocurre 12 meses después de la menopausia, se considerará sangrado posmenopáusico y siempre deberá ser evaluado. (10)</p>	R: B

- **¿Cuál es tratamiento hormonal de la mujer en etapa de climaterio?**

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	NIVEL/ GRADACIÓN
<p>La principal indicación para el uso de terapia hormonal para controlar las alteraciones del climaterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas vasomotores (Bochornos, sudoraciones o taquicardias)</li> <li>• Atrofia vulvovaginal (dispareunia, quemazón, resequedad)</li> <li>• Prevención de osteoporosis en postmenopáusica en pacientes con factores de riesgo para osteoporosis) siempre y cuando no exista contraindicación. (20) (21)</li> </ul>	R: D
<p>Se debe prescribir terapia hormonal para controlar los síntomas del climaterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasomotores,</li> <li>• Trastornos del sueño,</li> <li>• Atrofia vaginal,</li> <li>• Dispareunia y disminución de la libido,</li> </ul> <p>Los cuales pueden tener impacto adverso sobre la calidad de vida debiendo considerar el perfil de la paciente. (22)</p>	R: IA
<p>La terapia de reemplazo hormonal ha demostrado ser la más eficaz para el control de síntomas vasomotores y atrofia urogenital del climaterio. (2) (10) (12) (23)</p>	E: IV

<p>La terapia de reemplazo hormonal reduce la frecuencia de síntomas vasomotores en un 75%, observándose en un corto tiempo de uso. (23)</p>	<p>E: IA</p>
<p>La terapia de reemplazo hormonal debe ser considerada solo por una indicación precisa, tomando en cuenta las contraindicaciones y el potencial beneficio individual. (24)</p>	<p>E: A</p>
<p>En pacientes con riesgos, el uso de la terapia farmacológica durante el climaterio deben ser individualizados; siendo ideal su uso en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de menores de 60 años.</li> <li>• Motivo de consulta de la paciente</li> <li>• Repercusiones en la calidad de vida y aceptabilidad de la paciente al esquema farmacológico ofrecido. (13)</li> </ul>	<p>R: A</p>
<p>Las alteraciones psíquicas y cognitivas tienen una etiología multifactorial y no se puede asegurar que tengan relación directa con el climaterio, por lo cual el tratamiento hormonal no está justificado para prevenirlas. (11)</p>	<p>E: I R: A</p>
<p>Tibolona (esteroide sintético) utilizada a dosis de 2,5 mg puede ser menos efectiva que la terapia de reemplazo hormonal combinada para el alivio de los síntomas menopaúsicos. (25)</p>	<p>E: II B</p>

### Esquemas de terapia hormonal

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	NIVEL/ GRADACIÓN
<p>De acuerdo a la forma de administración del estrógeno y la progesterona, existen diferentes esquemas de terapia hormonal combinada (Ver anexo 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Cíclica</li> <li>• Cíclico-Combinado</li> <li>• Continuo Cíclico (Secuencial)</li> <li>• Continuo Cíclico (Secuencial) de ciclo largo</li> <li>• Continuo combinado</li> <li>• Intermitente combinado. (23)</li> </ul>	E: IV
<p>La duración de los estrógenos o progestágenos identificará el tipo o esquema de terapia hormonal:</p> <p>Estrógeno diario, cíclico o secuencial, donde en el régimen se añade un progestágeno durante 10-14 días cada cuatro semanas, régimen continuo combinado con estrógeno y progestágeno diario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estrógenos más comunes son estrógenos equino conjugados (EEC) o sintéticos, 17 beta (17β) estradiol micronizado y etinilestradiol.</li> <li>• Los progestágenos son acetato de medroxiprogesterona (MPA) y acetato de noretisterona.</li> <li>• La dosis varía, pero la más frecuente combina estrógeno y progestina diarios (0.625 mg de EEC con 2.5mg de MPA, en mujeres con útero; también a dosis bajas con 1.5 mg de MPA con 0.45 mg o 0.3 mg de EEC.</li> <li>• El estrógeno solo, se administra en mujeres con histerectomía.</li> </ul>	E: IV

(23)	
La principal función de los progestágenos en la TRH 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. (23)	E: III
La terapia de reemplazo hormonal combinada (estrógeno-progestágeno) está indicada en mujeres con útero íntegro para reducir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio. (23)	R: D
El esquema de terapia de reemplazo 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. (23)	R: IV
<p>Los estrógenos utilizados en la terapia de reemplazo hormonal solos o combinados más conocidos son:</p> <p>Oral:</p> <p><b>Estrógenos equinos conjugados (EEC): simples o combinados más Acetato de Medroxiprogesterona</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etinilestradiol + acetato de noretindrona</li> <li>• Estradiol + drospirinona</li> <li>• Estradiol + norgestrel</li> </ul>	E: IV

<p><b>Transdérmica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estradiol + levonogestrel</li> <li>• Estradiol+ acetato de noretindrona (11)</li> </ul>	
<p>Las dosis estándar reconocidas de terapia estrogénica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrógenos equino conjugados a dosis de 0.625 mg simples o combinados con Acetato de Medroxiprogesterona (AMP) 5 mg</li> <li>• Valerato de Estradiol 2 mg</li> <li>• Etinilestradiol + acetato de noretindrona. (Ver dosis). (21)</li> </ul>	R: D
<p>Las dosis de progestágenos utilizados en la terapia de remplazo hormonal más conocidos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acetato de Medroxiprogesterona 2.5 mg o 5 mg por 12 días/mes.</li> <li>• Progesterona micronizada (100 o 200 mg por 10 o 12 días/mes)</li> <li>• Acetato de noretindrona (0.35 mg por día o 5 mg por 10 días/mes)</li> <li>• Drospirenona (3mg día)</li> <li>• Levonogestrel (0.075 mg/día). (21)</li> </ul>	E: I
<p>Es recomendable la utilización de progesterona por lo menos 12 a 14 días de cada mes. (23)</p>	R: III
<p>La terapia de reemplazo hormonal cíclica está indicada en mujeres con útero en la perimenopausia que desean continuar con ciclos menstruales. (23)</p>	✓

<p>El esquema más utilizado es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia cíclica continua (también denominada secuencial): El estrógeno se utiliza todos los días con el agregado de progestágeno 10 a 14 días por mes (estrógenos equino conjugados 0,625 mg o valerato de estradiol 2mg por 28 días combinándolo con acetato de medroxiprogesterona 5mg durante los últimos 14 días).</li> <li>• El estrógeno se toma ininterrumpida en este esquema o se puede administrar el estrógeno en forma cíclica durante 21 días y los últimos 12 días el progestágeno descansando 7 días para reiniciar nuevamente el ciclo.</li> </ul> <p>Terapia continua combinada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplea dosis fijas de estrógeno-progestágeno diariamente.</li> <li>• Se administra estrógeno equino conjugado 0,625 mg o valerato de estradiol 2mg combinados con acetato de medroxiprogesterona 2,5 mg. (25)</li> </ul>	✓
<p>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. (23)</p>	R: D
<p>Las bajas dosis de terapia hormonal deben ser consideradas para el control de las manifestaciones clínicas de la peri y postmenopausia, considerando el tiempo necesario para su control. (2)</p>	R: D

<p>Las bajas dosis reportadas en la literatura son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrógenos equino conjugados orales de 0.3 mg día.</li> <li>• 17 β estradiol oral micronizada 0.5 a 1 mg</li> <li>• 17 β estradiol transdérmica de 25 μg. (15)</li> </ul>	E: IV
--	-------

- **¿Cuál es la duración del tratamiento con terapia de reemplazo hormonal?**

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	NIVEL/ GRADACIÓN
<p>No hay razones para imponer limitaciones obligatorias a la duración de la Terapia de reemplazo hormonal.</p> <p>La Terapia de reemplazo hormonal será individualizada según el perfil clínico de la paciente, si es sólo con terapia estrogénica a bajas dosis o vía oral, valorando riesgo-beneficio.</p> <p>(11)</p>	E: IV

<p>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.</p> <p>(11)</p>	<p>R: D</p>
<p>La duración de la terapia de reemplazo hormonal varía en cada paciente, siendo recomendable periodos cortos (meses o años), sin embargo puede prolongarse por varios años, principalmente con terapia de reemplazo hormonal de bajas dosis. (11) (21)</p>	<p>R: A</p>
<p>La terapia de reemplazo hormonal 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. (10)</p>	<p>E: IV</p>
<p>Es aconsejable que la terapia de reemplazo hormonal 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.</p> <p>(26)</p>	<p>R: D</p>
<p>Los síntomas vasomotores tienen la posibilidad de recurrencia en 50% de los casos cuando la terapia de reemplazo hormonal es</p>	<p>E: IV</p>

suspendida. (27)	
<p>El uso de periodos mayores de 5 años está justificado si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recidiva de sintomatológica con afección en su calidad de vida.</li> <li>• Mujeres menores de 60 años con indicaciones y con dosis bajas.</li> <li>• Perfil de bajo riesgo de eventos trombóticos, accidentes cerebrovasculares y cáncer de mama. (2)</li> </ul>	R: D

- ¿Cuál es la vía de administración?

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	NIVEL/ GRADACIÓN
<p>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. (28)</p>	E: IV
<p>Considerar la vía transdérmica en la paciente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome climatérico portadora de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia y/o hepatopatía crónica. (11)</li> </ul>	R: D
<p>Se recomienda la vía transdérmica en terapia hormonal para el control del Síndrome climatérico con fines de minimizar el riesgo de trombosis o en pacientes con hipertrigliceridemia.</p> <p>(28)</p>	R: D
<p>Existen evidencias que la terapia de reemplazo hormonal estrogénica oral muestra un mayor riesgo de tromboembolismo de casi 4 veces más e incremento de lípidos sanguíneos en comparación con la vía transdérmica.(11)</p>	E: IV
<p>Dentro de las ventajas conocidas del Estrógeno transdérmica sobre la vía oral, se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita el efecto hepático de primer paso</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos incremento en triglicéridos.</li> <li>• Menos efecto sobre la proteína C reactiva.</li> <li>• Tal vez menos riesgo de trombosis.</li> <li>• Menos riesgo de disminución de la libido.</li> <li>• Menos efectos colaterales gastrointestinales. (21)</li> </ul>	E: IV
<p>Cuando la sintomatología se localiza exclusivamente en el área urogenital la terapia local en bajas dosis es eficaz. (29)</p>	E: A

- **¿Cuáles son los efectos adversos del tratamiento hormonal?**

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
<p>Existen múltiples evidencias sobre los efectos adversos de la terapia de reemplazo hormonal, siendo los más relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de mama</li> <li>• Accidentes cardiovasculares</li> <li>• Accidentes vasculares cerebrales</li> <li>• Eventos trombóticos.</li> </ul> <p>Los riesgos mayores al riesgo de la terapia hormonal 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</p>	E: D

condición médica durante el tratamiento. (28)	
En mujeres posmenopáusicas con útero que reciben terapia de reemplazo hormonal con estrógenos sin oposición progestacional aumenta la incidencia de hiperplasia y cáncer endometrial en comparación al placebo después de un año de uso, observándose mayormente con el uso de dosis altas. (30)	E: IA
No usar terapia de reemplazo hormonal con estrógenos sin oposición progestacional en mujeres con útero ya que aumenta el riesgo de hiperplasia endometrial, siendo mayor el riesgo con dosis altas. (28)	R: A

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
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 de la terapia de reemplazo hormonal estrogénica simple mostró aumento de riesgo de Cáncer de mama a partir del 7º año de su uso. (21)	<b>E: IV</b>

<p>Las pacientes candidatas a TRH deben ser informadas sobre el aumento del riesgo de cáncer de mama principalmente con la Terapia combinada de Estrógenos equinos conjugados 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.</p> <p>(21)</p>	<p>✓</p>
---	----------

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
<p>La literatura científica disponible del riesgo de cáncer de ovario en pacientes con terapia hormonal es controversial. aceptándose que la terapia hormonal 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. (21)</p>	E: IV
<p>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. (2)</p>	R: IV

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
<p>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 evento cerebrovascular (EVC) la terapia hormonal incrementa el riesgo. (21)</p>	E: IV
<p>La terapia hormonal no se recomienda como tratamiento preventivo primario en la prevención de evento cerebro vascular en la menopausia, ni en pacientes mayores de 60 años. (2)</p>	R: IA

<p>El uso de terapia hormonal en pacientes menores de 60 años de edad o en los primeros 10 años de posmenopausia se apega a mayor seguridad. (2)</p>	<p>R: A</p>
<p>La terapia de reemplazo hormonal no está recomendada como preventiva en la mujer en la peri o postmenopausia de enfermedad cardiovascular. (21)</p>	<p>R: A</p>
<p>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. (31)</p>	<p>E: IV</p>
<p>Revisiones sistemáticas de estudios aleatorizados que utilizaron un esquema de terapia combinada a través de estrógenos equinos conjugados 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. (2)</p>	<p>E: IV</p>
<p>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. (26)</p>	<p>E: IV</p>

<p>Es recomendable no utilizar la terapia de reemplazo hormonal combinada con acetato de Medroxiprogesterona en pacientes de 60 años o más con comorbilidad, ya que aumenta el riesgo de eventos cerebrovasculares y trombóticos. (32)</p>	<p>R: A</p>
--	-------------

<p><b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b></p>	<p><b>NIVEL/ GRADACIÓN</b></p>
<p>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</p>	

<p>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). (11)</p>	<p>E: IV</p>
<p>El riesgo de tromboembolismo venoso se incrementa con cualquier terapia hormonal sobre todo el primer año de uso con la administración por vía oral. (16)</p>	<p>E: IV</p>
<p>La terapia hormonal no se recomienda en pacientes con obesidad, tabaquismo, tromboembolismo y mutaciones protrombóticas. (16)</p>	<p>R: IV</p>
<p>Los proveedores de salud se deben de abstener de prescribir la terapia hormonal en mujeres con alto riesgo de tromboembolia venosa.(11)</p>	<p>R: B</p>

## Puntos a considerarse con la terapia hormonal

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
<p>En la mujer los cambios hormonales asociados a la transición menopáusica afectan la composición corporal y contribuyen a la ganancia de peso.</p> <p>No hay consistencia en los resultados sobre el efecto de la terapia hormonal sobre ganancia de peso, masa grasa periférica o central, pues algunos reportan reducción y otros sin cambios.</p> <p>(29)</p>	E: IV
<p>Debe de fomentarse dieta sana y actividad física en la paciente candidata a TRH ya que puede variar la composición corporal. (28)</p>	R: D

- **¿Cuáles son los las contraindicaciones de la terapia de reemplazo hormonal?**

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
<p>La FDA reporta como contraindicaciones de la terapia de reemplazo hormonal las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de mama</li> <li>• Condiciones malignas dependientes de estrógenos</li> <li>• Sangrado uterino anormal de causa desconocida</li> <li>• Hiperplasia endometrial no tratada</li> <li>• Tromboembolismo venoso idiopático o previo</li> <li>• Enfermedad tromboembólica arterial</li> <li>• Cardiopatía isquémica</li> <li>• Hipertensión Arterial no controlada</li> <li>• Enfermedad hepática aguda</li> <li>• Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes.</li> <li>• Porfiria cutánea (contraindicación absoluta)</li> </ul>	

<p><b>Factores no modificables:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raza afro-americana</li> <li>• Menopausia inducida o menopausia de inicio abrupto</li> <li>• Padecimientos crónicos</li> </ul> <p><b>Modificables:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad o no mantenerse en peso ideal</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Escolaridad o nivel Socioeconómico bajo</li> <li>• Historia de ansiedad y depresión. (2)</li> </ul>	<p>E: IV</p>
<p>No debe indicarse terapia hormonal en pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de mama</li> <li>• Condiciones malignas dependientes de estrógenos</li> <li>• Sangrado uterino anormal de causa desconocida</li> <li>• Hiperplasia endometrial no tratada</li> <li>• Tromboembolismo venoso idiopático o previo</li> <li>• Enfermedad tromboembólica arterial</li> <li>• Cardiopatía isquémica</li> <li>• Enfermedad hepática aguda.</li> <li>• Hipertensión Arterial no controlada</li> <li>• Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes</li> <li>• Porfiria cutánea (contraindicación absoluta. (30)</li> </ul>	<p>R: A</p>
<p>Hay varios efectos secundarios de la terapia hormonal estrogénica sola o combinada, variando de acuerdo a la vía de administración,</p>	

tipo de progestágeno y dosis. (26)	E: A
<p>Los efectos secundarios de la TRH reportados y poco frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilidad mamaria</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Distensión abdominal</li> <li>• Retención de líquidos en las extremidades</li> <li>• Cambios en la forma de la córnea.</li> <li>• Cefalea o migraña</li> <li>• Mareo</li> <li>• Cambios en estado de ánimo (con terapia combinada). (26)</li> </ul>	E: IA
Se debe informar a las pacientes los efectos secundarios, aunque poco frecuentes de la terapia de reemplazo hormonal. (28)	R: A
En pacientes con sangrado uterino y síndrome menopáusico el uso de terapia hormonal con tibolona mostró una reducción significativa del sangrado. (11)	E: IA
La terapia de reemplazo hormonal con tibolona en pacientes con trastornos de sangrado uterino disfuncional en la perimenopausia puede considerarse ya que muestra reducción del sangrado.(11)	E: IA
La trimegestona (progestágeno norepregnano) es recomendable como terapia progestacional en pacientes que muestran perfil de sangrado con otra terapia Hormonal. (16)	R: C

<p>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. (15)</p>	<p>E: D</p>
<p>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 terapia hormonal con estradiol simple (1.8% y 5.3% respectivamente) y niveles de presión arterial menores. (33)</p>	<p>E: IB</p>
<p>En distensión abdominal cambiar el estrógeno oral a otra vía de dosis bajas; o reducir la dosis del progestágeno, cambiar a otra progestinas o progesterona micronizada. (16)</p>	<p>R: D</p>
<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. (27)</p>	<p>R: D</p>

- ¿Cuál es el tratamiento no hormonal del climaterio?

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	NIVEL/ GRADACIÓN
<p>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 terapia hormonal mostrando mayor utilidad en pacientes con síntomas vasomotores leves. (16)</p>	R: IB
<p>Los tratamientos no hormonales que han mostrado eficacia para atenuar los síntomas vasomotores se dividen en dos grupos:</p> <p><b>1. Fármacos</b></p> <p>Los inhibidores de recapturación de serotonina y norepinefrina (Desvenlafaxina o Venlafaxina) agonista alfa 2 agosnista (Clonidina) derivado del neurotransmisor GABA (Gabapentina) derivado de O-metoxibenzamida (Veraliprida).</p> <p><b>2. Fitoterapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isoflavonas (soya)</li> <li>• Derivados de soya, (Isoflavonas, genisteína, daitseína),</li> <li>• Ginseng</li> <li>• Camote</li> <li>• Valeriana</li> <li>• Lignanós (cereales, frutas, vegetales y semillas)</li> <li>• Cumestanos (alfalfa). (10)</li> </ul>	E: IB
<p>Los productos de fitoterapia utilizados en este grupo son:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isoflavonas (soya)</li> <li>• Camote</li> <li>• Valeriana</li> <li>• Derivados de soya, (Isoflavonas, ,genisteína, daitseína)</li> <li>• Lignanós (cereales, frutas, vegetales y semillas)</li> <li>• Cumestanos (alfalfa). (10)</li> </ul>	E: Ia
<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>(10)</p>	E: IA
<p>El uso de medicamentos no hormonales para el control de síntomas vasomotores serán de segunda línea en pacientes que no desean el uso de terapia hormonal o exista contraindicación, debiéndose informar que no han mostrado mayor eficacia confiable que la terapia hormonal simple o combinada. (10)</p>	R: A
<p>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. (16)</p>	R: IB
<p>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. (11)</p>	E: IB
<p>En pacientes que no reúnan los requisitos para indicar terapia hormonal el uso de isoflavonas pueden ofrecer algunos</p>	

beneficios.  (11)	R: A
El fármaco inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y norepinefrina que ha mostrado mayor efectividad en el control de los síntomas vasomotores es la desvenlafaxina. (34)	E: III
Veraliprida (antidopaminérgico) reduce los síntomas hasta un 80% en promedio. (16)	E: IV
Los efectos secundarios de veraliprida son desde leves a severos, y siendo los efectos leves los más comunes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Galactorrea, Mastodinia, Boca seca, Náuseas, Astenia, Taquipnea, Disnea.</li> <li>• Los efectos secundarios más serios son: depresión y discinecias tardías del tipo de Síndrome Parkinsoniano. (16)</li> </ul>	E IA
Las recomendaciones con el uso de veraliprida están aún vigentes, indicada solo para el control de crisis vasomotoras y manifestaciones	

<p>psicofuncionales del climaterio.</p> <p>Respetar el esquema terapéutico de uso diario en dosis de 100 mg por día con 10 días de descanso.</p> <p>Realizar seguimiento estrecho y reportar cualquier sospecha de reacción adversa. (16)</p>	R: D
<p>La vitamina D junto con el calcio reduce las fracturas de cadera RR 0,84; IC del 95%: 0,73 a 0,96. (35)</p>	R: IA
<p>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. (16)</p>	R: D

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
<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 del (camote ) y son idénticos a los estrógenos ováricos, considerándose productos no-probados. (16)</p>	E: IV
<p>Estas hormonas generalmente se administran en comprimidos orales, cremas transdérmica, en combinaciones y dosis que no han sido probadas en ensayos clínicos de calidad lo que conlleva también</p>	

riesgos. (11)	E: D
Los preparados hormonales bioidénticos no han sido bien evaluados en dosis, eficacia y sus riesgos aún se desconocen. (16)	R: D
No es recomendable el uso de hormonas bioidénticas, 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. (16)	✓

- **¿Cuándo realizar la referencia de pacientes en climaterio de primer a segundo nivel de salud?**

<b>EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES</b>	<b>NIVEL/ GRADACIÓN</b>
<p>La referencia de las pacientes en perimenopausia y postmenopausia será cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que ameriten TRH y sospecha de miomatosis uterina, hiperplasia y/ poliposis endometrial, cáncer cérvico-uterino, ovárico, o alguna coagulopatía.</li> <li>• Sin respuesta a tratamiento hormonal establecido.</li> <li>• Contraindicación de TRH. (16)</li> </ul>	R: D

<p>Las pacientes valoradas o tratadas por médico especialista serán contrareferida al primer nivel de salud cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exista control con tratamiento establecido.</li><li>• Pacientes sin aceptación de Terapia de reemplazo Hormonal.</li></ul> <p>(30)</p>	✓
--	---

## 12. Glosario de términos

- **Amenorrea:** Ausencia de la menstruación por 90 días o más.
- **Atrofia urogenital:** Disminución del grosor epitelial y tono muscular de vulva, vagina y uretra secundarios a la deficiencia estrogénica.
- **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.
- **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 equinos conjugados (EEC):** Preparaciones farmacológicas que contienen una mezcla de diversos estrógenos, siendo sus principales constituyentes el sulfato de estrona, sulfato de equilina y la 17 $\mu$  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 hipofisario 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.
- **Mamografía:** Estudio radiológico de las mamas.

### 13. Abreviaturas

**AMP:** Acetato de Medroxiprogesterona

**DMO:** Densitometría ósea

**EEC:** Estrógenos equinos conjugados

**FSH:** Hormona folículo estimulante.

**HAM:** Hormona antimülleriana

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**RR:** Riesgo Relativo

**STRAW:** La clasificación para entender la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer. (Stages of Reproductive Aging Workshop)

**TRH:** Terapia de reemplazo hormonal

## **Bibliografía**

1. Bayarre Vea H. Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la

Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad. [cited 2017 Oct 12]; Available from: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las\\_transiciones\\_demografica\\_y\\_epidemiologica\\_y\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_objetiva\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf)

2. Goodman NF, Cobin RH, Samara M, Ginzburg B, Katz IA, Woode DE. AACE Guidelines. [cited 2017 Oct 11]; Available from: <https://www.aace.com/files/menopause.pdf>
3. Yolanda Sofía Contreras-García D, González Ayamante A. Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile Family functioning in symptomatic climacteric women seen at the primary health care in Chile. Rev Cuba Ginecol y Obstet [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 11];41(4):376–87. Available from: <http://scielo.sld.cu>
4. Uía M, Oficial P. El ejercicio físico en la mujer durante la perimenopausia y la posmenopausia. Maturitas [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 12];(16). Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.maturitas.2016.04.017>
5. Legorreta D, Montañó JA, Hernández I, Salinas C, Hernández-Bueno JA, AMEC Research Committee. Age at menopause, motives for consultation and symptoms reported by 40–59-year-old Mexican

- women. *Climacteric* [Internet]. 2013 Aug 13 [cited 2017 Oct 13];16(4):417–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22888911>
6. Patricia Larrocca. *Climaterio e influencias socio-culturales. Percepción y significado del climaterio en mujeres argentinas residentes en la Zona Norte del Gran Buenos Aires* por Patricia Larrocca. [cited 2017 Oct 13]; Available from: [http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1724/Larrocca\\_Patricia\\_Tesis\\_CC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1724/Larrocca_Patricia_Tesis_CC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  7. Avenell A, Gillespie WJ, Gillespie LD, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and post-menopausal osteoporosis. In: Avenell A, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cited 2017 Oct 11]. p. CD000227. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370554>
  8. NA; Management of osteoporosis in postmenopausal women. *Menopause* [Internet]. 2010 Jan [cited 2017 Oct 13];17(1):25–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20061894>
  9. Goodman NF, Cobin RH, Ginzburg SB, Katz IA, Woode DE, American Association of Clinical Endocrinologists. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the

diagnosis and treatment of menopause: executive summary of recommendations. *Endocr Pract* [Internet]. [cited 2017 Oct 11];17(6):949–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193145>

10. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. [cited 2017 Oct 13]; Available from: <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR33.pdf>
11. De Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF, Baber RJ, et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *CLIMACTERIC* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 12];16:316–37. Available from: <http://www.imsociety.org/manage/images/pdf/802eee22ead864635d9fa16e52fc7b2d.pdf>
12. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10. [cited 2017 Oct 11];19(4):0–0. Available from: <https://www.menopause.org/docs/default-document-library/straw10.pdf?sfvrsn=2>

13. Hernández-Valencia M, Cordova N, Vargas A, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, et al. Symptomatic changes in postmenopause with different methods of hormonal therapy. *Open J Prev Med* [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 11];1(2):20–4. Available from: <http://www.scirp.org/journal/OJPM/>
14. Plante BJ, Cooper GS, Baird DD, Steiner AZ. The impact of smoking on antimüllerian hormone levels in women aged 38 to 50 years. [cited 2017 Oct 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866786/pdf/nihms-166886.pdf>
15. Sturdee DW, Pines A, Group on behalf of the IMSW. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* [Internet]. Taylor & Francis; 2011 Jun 13 [cited 2017 Oct 11];14(3):302–20. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13697137.2011.570590>
16. Ginzburg SB, Katz IA, Woode DE. *AACE Guidelines*. 2011;1–25.
17. Zapantis G, Santoro N. The menopausal transition: characteristics and management. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2003 Mar [cited 2017 Oct 12];17(1):33–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763511>
18. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL,

- et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid* [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 Oct 13];26(10):1343–421. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27521067>
19. Ramaswamy DA, Cappel K, Wu S, Fazio WH, McDonald DL, Hachey DL, et al. Obesity and altered glucose metabolism impact HDL composition in CETP transgenic mice : a role for ovarian hormones. *J Lipid Res* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 12];53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276461/pdf/379.pdf>
  20. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy. *Menopause J North Am Menopause Soc* [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Oct 11];20(9):888–902. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23985562>
  21. Sood R, Faubion SS, Kuhle CL, Thielen JM, Shuster LT. Prescribing menopausal hormone therapy: an evidence-based approach. *Int J Womens Health* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 11];6:47–57. Available from: <http://www.dovepress.com/permissions.php>
  22. de Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF, Baber RJ, et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* [Internet]. 2013 Jun 15 [cited

2017 Oct 12];16(3):316–37. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23672656>

23. Utian WH, Archer DF, Bachmann GA, Gallagher C, Grodstein F n, Heiman JR, et al. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* [Internet]. 2008 Jul [cited 2017 Oct 11];15(4 Pt 1):584–602. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18580541>
24. Birkhäuser MH, Birkhäuser MH, Panay N, Archer DF, Barlow D, Burger H, et al. Updated practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri- and postmenopause. *Climacteric* [Internet]. 2008 Jan 3 [cited 2017 Oct 11];11(2):108–23. Available from:  
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697130801983921>
25. Burger H, Archer D, Barlow D, Birkhäuser M. Practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri-and postmenopause. 2004 [cited 2017 Oct 11]; Available from:  
<http://www.imsociety.org/manage/images/pdf/a4a0db017d1c976bde70892536515912.pdf>
26. NA; WH, Archer DF, Bachmann GA, Gallagher C, Grodstein F n, Heiman JR, et al. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women. *Menopause* [Internet]. 2008 Jul [cited 2017 Sep 27];15(4):584–

602. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18580541>

27. Cortés-Bonilla M, Bernardo-Escudero R, Alonso-Campero R, Francisco-Doce MT, Hernández-Valencia M, Celis-González C, et al. Treatment of menopausal symptoms with three low-dose continuous sequential 17  $\beta$  -estradiol/progesterone parenteral monthly formulations using novel non-polymeric microsphere technology. *Gynecol Endocrinol* [Internet]. Informa Healthcare; 2015 Jul 3 [cited 2017 Oct 11];31(7):552–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09513590.2015.1019853>
28. Pinkerton. The 2017 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* [Internet]. 2017 Jul 22 [cited 2017 Oct 11];24(7):728–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28650892>
29. Position Statemen Management of symptomatic vulvovaginal atrophy : 2013 position statement of The North American Menopause Society. [cited 2017 Oct 12];20(9):888–902. Available from: <http://www.menopause.org/docs/default-source/2013/vva-position-statement.pdf>
30. Baber RJ, Panay N, Fenton A, IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* [Internet]. 2016 Mar 3 [cited 2017 Oct

12];19(2):109–50. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872610>

31. Laine C, Goldmann DR, Sox HC, Col NF, Fairfield KM, Ewan-Whyte C, et al. Menopause. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009;150(7):ITC4-1. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-150-7-200904070-01004>
32. Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. In: Boardman HM, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cited 2017 Oct 12]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002229.pub4>
33. Genazzani AR, Schmelter T, Schaefers M, Gerlinger C, Gude K. One-year randomized study of the endometrial safety and bleeding pattern of 0.25 mg drospirenone/0.5 mg 17 $\beta$ -estradiol in postmenopausal women. *Climacteric* [Internet]. 2013 Aug 11 [cited 2017 Oct 11];16(4):490–8. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23531117>
34. Lilue M, Palacios S. Tratamiento no-hormonal de los síntomas vasomotores durante la menopausia: papel de la desvenlafaxina. *Ginecol Obs Mex* [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 12];7777(1010):475–

81. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom0910d.pdf>

35. Avenell A, Mak JC, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. In: Avenell A, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2017 Oct 12]. p. CD000227. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24729336>

## **15. Anexos**

### **Anexo 8 Nivel de evidencia y grados de recomendación**

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. La MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales. Existen diferentes formas de gradar la evidencia en función del rigor científico del diseño de los estudios y pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria. Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí. 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 de 1 a 4 y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

<b>Categoría</b>	<b>Calidad de la evidencia</b>
<b>1 a</b>	Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios
<b>1 b</b>	Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio
<b>2 a</b>	Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad
<b>2 b</b>	Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte
<b>3</b>	Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas
<b>4</b>	Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas
<b>Categoría</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>
<b>A</b>	Directamente basada en evidencia categoría 1
<b>B</b>	Directamente basada en evidencia categoría 2 o recomendaciones extrapoladas de evidencia 1
<b>C</b>	Directamente basada en evidencia categoría 3 o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 1 o 2
<b>D</b>	Directamente basadas en evidencia categoría 5 o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 2 y 3

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

<b>Categoría de la evidencia</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>
<b>Ia.</b> Evidencia para meta-análisis de estudios clínicos aleatorios.	<b>A.</b> Directamente basada en evidencia categoría I.
<b>Ib.</b> Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio.	
<b>Ila.</b> Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorizar.	<b>B.</b> Directamente basada en evidencia de categoría II, o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
<b>Ilb.</b> Evidencia de al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte.	
<b>III.</b> Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas.	<b>C.</b> Directamente basada en evidencia de categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia de categoría I o II.
<b>IV.</b> Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	
	<b>D.</b> Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías II o III.

Fuente: Shekelle P, et al. Clinical guidelines: developing guidelines, 1999.(194)


## Anexo 9 Estilos de vida para la mujer climatérica y posmenopáusica

**Cuadro I. Estilos de vida para la mujer climatérica y posmenopáusica**

<p><b>Abuso de sustancias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dejar Tabaquismo</li><li>• Seguridad del alcohol-drogas (por ejemplo evitar consumo al manejar, nadar. Etc.</li><li>• Alcoholismo-abuso de drogas</li></ul> <p><b>Dieta y Ejercicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Limitar el consumo de grasa y colesterol</li><li>• Mantener el equilibrio calórico</li><li>• Consumir una dieta con base en granos enteros, frutas, verduras y agua.</li><li>• Asegurar un consumo adecuado de vitaminas y minerales, especialmente calcio.</li><li>• Resaltar la importancia de la actividad física regular.</li></ul> <p><b>Prevención de lesiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar cinturones de seguridad, evitar caldas etc.</li></ul> <p><b>Conducta sexual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Instituir la prevención de enfermedades de transmisión sexual.</li><li>• Utilizar condones o una barrera femenina</li><li>• Evitar conductas sexuales de alto riesgo.</li><li>• Prevenir los embarazos no deseados con el método de anticoncepción adecuado.</li></ul> <p><b>Salud dental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hacer hincapié en la importancia de las visitas regulares al dentista</li><li>• Utilizar hilo dental y cepillar los dientes diariamente con pasta que contenga fluoruro</li></ul>
---

NAMS 2008

## Anexo 10 La clasificación para entender la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer 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
<b>Criterios principales</b>										
Ciclos menstruales	Regulares e irregulares	Regular	Regular	Cambios	Duración variable del ciclo >7 días diferente de lo normal	Periodos amenorrea (> 60 días)				
<b>Criterios de soporte</b>										
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		
<b>Características descriptivas</b>										
Sintomas						Probablemente Sintomas vasomotores	Muy probablemente Sintomas 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.

### Anexo 11 Escala de Blatt Kupperman.

SÍNTOMAS	PUNTOS	FACTOR	PUNTAJE
Número de bochornos	0-3	X2	6
Intensidad de bochornos	0-3	X2	6
Diaforesis	0-3	X2	6
Parestesias	0-3	X1	3
Insomnio	0-3	X1	3
Dolores osteoarticulares	0-3	X1	3
Fatiga	0-3	X1	3
Cefaleas	0-3	X1	3
Irritabilidad	0-3	X1	3
Vértigos	0-3	X1	3
Depresión	0-3	X1	3
Adinamia	0-3	X1	3
Palpitaciones	0-3	X1	3
Labilidad emocional	0-3	X1	3
Resequedad vaginal	0-3	X1	3
Disminución de la libido	0-3	X1	3
Dispareunia	0-3	X1	3

Gold B, Block G, Crawford S, Lachance L, et al. Lifestyle and Demographic Factors in Relation to Vasomotor Symptoms: Baseline Results from the Study of Women's Health Across the Nation Am J Epidemiol 2004;159:1189-199.

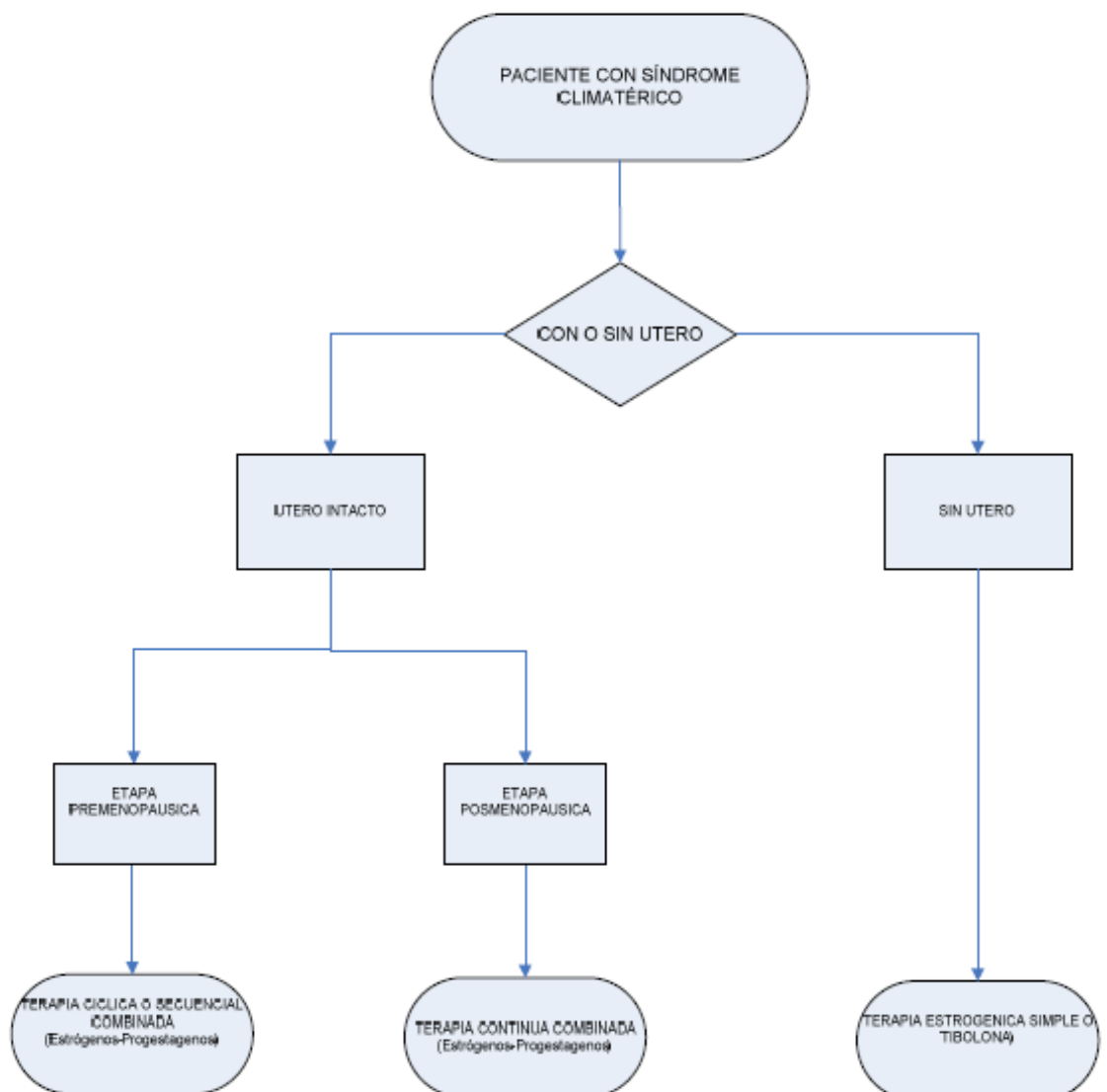
### Anexo 12 Escala de Greene.

<b>Marcar con número la intensidad con que percibe los síntomas la persona:                      0: nada, 1: leve, 2: moderado, 3: severo</b>							
Fecha							
Palpitaciones							
Nerviosismo o tensión							
Insomnio							
Crisis de pánico							
Falta de energía							
Tristeza							

Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006. Update JOGC 2006:28:S7

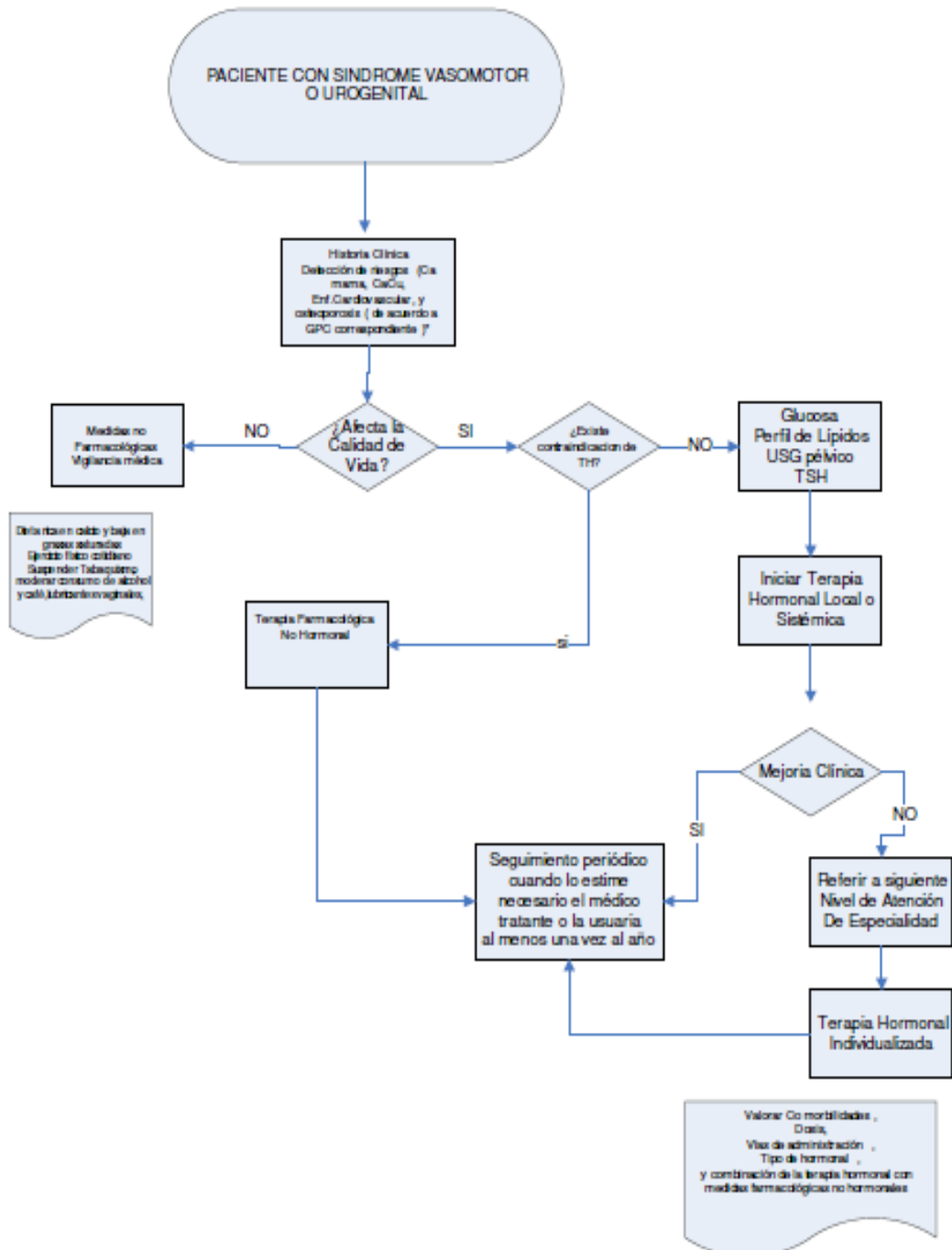
## Anexo 13 Esquemas de terapia hormonal

### Esquemas de Terapia Hormonal



## Anexo 14 Atención del climaterio y menopausia

### Atención del Climaterio y menopausia



## Anexo 15 Medicamentos avalados por esta Guía

<b>G03CA03 ESTRADIOL</b>	<b>Sólido oral 1 mg</b>
<b>Indicaciones:</b>	Terapia de reemplazo hormonal (TRH).Hipoestrogenismo. Tratamiento paliativo de cáncer de mama y de próstata.
<b>Contraindicaciones:</b>	Hipersensibilidad al medicamento, patologías trombofílicas (deficiencia de proteína C, deficiencia de proteína S, deficiencia de antitrombina). Cáncer de mama. Enfermedad tromboembólica arterial (ACV, infarto de miocardio, tromboflebitis). Neoplasia estrógeno dependiente. Hipertensión no controlada. Sangrado transvaginal cuya etiología no ha sido estudiada. Insuficiencia hepática, tumoración hepática, porfiria.
<b>Precauciones:</b>	El uso prolongado de estrógenos aumenta considerablemente el riesgo de presentar cáncer endometrial, cefalea intensa, diabetes, cáncer mamario, exacerbar tumores estrógeno dependiente.  Puede incrementar el tamaño de fibromas y miomas uterinos.  En pacientes con endometriosis o angioedema hereditario, el uso de estrógenos exacerba sus

síntomas.

Antecedente de hiperplasia endometrial.

Factores que predisponen a tromboembolismo.

La prevención de osteoporosis está recomendada cuando existe riesgo elevado de fracturas, en mujeres que no toleran o en las que están contraindicadas otras alternativas terapéuticas.

Se recomienda suspender la administración de estrógenos 4 semanas antes de una cirugía mayor o un periodo de inmovilización prolongado.

Para el tratamiento de los síntomas climatéricos, la TRH sólo debe iniciarse cuando los síntomas afectan negativamente la calidad de vida de la mujer.

En todos los casos, debe realizarse, al menos anualmente, una valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios y la TRH. Solamente debe de mantenerse mientras los beneficios superen los riesgos.

Lupus eritematoso sistémico, asma, hipertensión, hipertrigliceridemia.

Vigilar a pacientes con insuficiencia renal o cardíaca, por riesgo a presentar retención de líquidos.

<b>Efectos adversos:</b>	<b>Frecuentes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Retención de líquidos,</li><li>• Depresión,</li><li>• Cefalea,</li><li>• Náusea,</li><li>• Mareo,</li><li>• Dolor de espalda,</li><li>• Sensibilidad mamaria,</li><li>• Sangrado transvaginal anormal,</li><li>• Edema mamario,</li><li>• Crecimiento mamario,</li><li>• Fibromas uterinos,</li><li>• Edema periférico.</li></ul> <b>Poco frecuente:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidad,</li><li>• Tromboflebitis superficial,</li><li>• Dolor abdominal,</li><li>• Distensión abdominal,</li><li>• Flatulencia,</li><li>• Aumento de peso,</li><li>• Ictericia colestática,</li><li>• Alteración de los lípidos,</li><li>• Cambios en la libido.</li></ul> <b>Raros:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Patologías tromboembólicas.</li><li>• Cambios del estado de ánimo.</li></ul>
--------------------------	--

<b>Uso en embarazo:</b>	Categoría X
<b>Interacciones:</b>	<p><b>Disminución de la eficacia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol,</li> <li>• Temazepam,</li> <li>• ASA,</li> <li>• Morfina, hidralazina: disminuyen sus niveles plasmáticos.</li> <li>• IECAs, bloqueadores alfa,</li> <li>• <b>Bloqueadores adrenérgicos, ARA II:</b> reducen su efecto hipotensor.</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos, disminuye su eficacia</li> <li>• Carbamazepina, barbitúricos, fenitoína, rifampicina, ritonavir, topiramato: por inducción enzimática, disminuye niveles plasmáticos y efectividad de estrógeno.</li> <li>• <b>Clofibrato:</b> disminuye la respuesta hipolipemiante. Vigilar niveles de colesterol.</li> <li>• Insulina, sulfonilureas y otros antidiabéticos orales: ocurre disminución en la respuesta hipoglucemiante.</li> <li>• <b>Tamoxifeno:</b> disminuye efectividad de la terapia antiestrogénica.</li> <li>• <b>Warfarina:</b> aumentan o disminuyen la anticoagulación. Vigilar con el tiempo de protrombina.</li> </ul> <p><b>Aumenta efectos adversos con:</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina, claritromicina, cimetidina, atorvastatina, etoricoxib, quinidina: aumenta los niveles plasmáticos de estradiol.</li> <li>• Diazepam, alprazolam, triazolam, cafeína, por inhibición del metabolismo hepático, mayor riesgo de efectos adversos en SNC.</li> <li>• Glucocorticoides, ciclosporina: aumentan sus concentraciones plasmáticas.</li> <li>• AINEs, macrólidos, isoniazida, rifampicina y fenitoína: se aumentan sus efectos.</li> <li>• <b>Corticoides:</b> aumentan el riesgo de retención de líquidos.</li> </ul>
<p><b>Dosificación:</b></p>	<p>Terapia de remplazo hormonal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En TRH puede asociarse a progestágenos en mujeres con útero intacto con el fin de prevenir el riesgo de hiperplasia y cáncer endometrial, durante 10-14 días cada mes.</li> <li>• La terapia de combinada con progestágenos incrementa el riesgo de cáncer de mama, por lo que puede considerar la adición de progestágenos, durante 10-14 días, cada tres meses (eficacia no definida).</li> <li>• Se debe usar en la menor dosis y tiempo posible por los efectos adversos.</li> </ul> <p><b>TRH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis usual: 0.5 mg VO QD</li> </ul>

	<p><b>Atrofia vulvovaginal posmenopáusica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis usual: 1 – 2 mg VO/ QD por tres semanas, seguido de una semana de suspensión.</li> </ul> <p><b>Prevención de osteoporosis:</b></p> <p><b>Adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5 mg VO QD por tres semanas, seguido de una semana de suspensión.</li> </ul> <p><b>Hipoestrogenismo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis usual: 1 – 2 mg VO/ QD por tres semanas, seguido de una semana de suspensión.</li> </ul> <p><b>Tratamiento paliativo de cáncer de mama:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis usual: 10 mg VO/ TID, por lo menos durante 3 meses.</li> </ul>
--	--

<b>G03CA04 ESTRIOLO</b>	
<b>Semisólido vaginal</b>	1 mg/g (0.1%)

<b>Indicaciones:</b>	Atrofia vulvovaginal menopáusica
<b>Contraindicaciones:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al medicamento,</li> <li>• Patologías trombofílicas (deficiencia de proteína C, deficiencia de proteína S, deficiencia de antitrombina).</li> <li>• Cáncer de mama.</li> <li>• Enfermedad tromboembólica arterial (ACV, infarto de miocardio, tromboflebitis).</li> <li>• Neoplasia estrógeno dependiente.</li> <li>• Hipertensión no controlada.</li> <li>• Sangrado transvaginal cuya etiología no ha sido estudiada. Insuficiencia hepática, tumoración hepática, porfiria.</li> </ul>
<b>Precauciones:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso prolongado de estrógenos aumenta considerablemente el riesgo de presentar cáncer endometrial, cefalea intensa, diabetes, cáncer mamario, exacerbar tumores estrógeno dependiente. - Puede incrementar el tamaño de fibromas y miomas uterinos.</li> <li>• En pacientes con endometriosis o angioedema hereditario, el uso de estrógenos exacerba sus síntomas.</li> <li>• Antecedente de hiperplasia endometrial.</li> <li>• Factores que predisponen a tromboembolismo.</li> <li>• La prevención de osteoporosis está recomendada cuando existe riesgo elevado de fracturas, en mujeres que no toleran o en las que están contraindicadas otras alternativas terapéuticas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda suspender la administración de estrógenos 4 semanas antes de una cirugía mayor o un periodo de inmovilización prolongado.</li> <li>• Para el tratamiento de los síntomas climatéricos, la TRH sólo debe iniciarse cuando los síntomas afectan negativamente la calidad de vida de la mujer.</li> <li>• En todos los casos, debe realizarse, al menos anualmente, una valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios y la TRH. Solamente debe de mantenerse mientras los beneficios superen los riesgos.</li> <li>• Lupus eritematoso sistémico, asma, hipertensión, hipertrigliceridemia.</li> <li>• Vigilar a pacientes con insuficiencia renal o cardíaca, por riesgo a presentar retención de líquidos.</li> </ul>
<p><b>Efectos adversos:</b></p>	<p><b>Frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retención de líquidos,</li> <li>• Depresión,</li> <li>• Cefalea,</li> <li>• Náusea,</li> <li>• Mareo,</li> <li>• Dolor de espalda,</li> <li>• Sensibilidad mamaria,</li> <li>• Sangrado transvaginal anormal,</li> <li>• Edema mamario,</li> <li>• Crecimiento mamario,</li> <li>• Fibromas uterinos,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema periférico.</li> </ul> <p><b>Poco frecuente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad,</li> <li>• Tromboflebitis superficial,</li> <li>• Dolor abdominal,</li> <li>• Distensión abdominal,</li> <li>• Flatulencia,</li> <li>• Aumento de peso,</li> <li>• Ictericia colestática,</li> <li>• Alteración de los lípidos,</li> <li>• Cambios en la libido.</li> </ul> <p><b>Raros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologías tromboembólicas,</li> <li>• Cambios del estado de ánimo.</li> </ul>
<b>Uso en embarazo:</b>	Categoría X.
<b>Interacciones:</b>	<p><b>Disminución de la eficacia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol,</li> <li>• Temazepam,</li> <li>• ASA,</li> <li>• Morfina,</li> <li>• Hidralazina: disminuyen sus niveles plasmáticos.</li> <li>• IECAs, bloqueadores alfa,</li> <li>• Bloqueadores adrenérgicos,</li> </ul>

**ARA II:** reducen su efecto hipotensor

- Antidepresivos tricíclicos, disminuye su eficacia
- Carbamazepina,
- Barbitúricos,
- Fenitoína
- Rifampicina,
- Ritonavir,

**Topiramato:** por inducción enzimática, disminuye niveles plasmáticos y efectividad de estrógeno.

- **Clofibrato:** disminuye la respuesta hipolipemiente. Vigilar niveles de colesterol.
- Insulina, sulfonilureas y otros antidiabéticos orales: ocurre disminución en la respuesta hipoglucemiante.
- **Tamoxifeno:** disminuye efectividad de la terapia antiestrogénica.
- **Warfarina:** aumentan o disminuyen la anticoagulación.

Vigilar con el tiempo de protrombina.

Aumenta efectos adversos con:

- Eritromicina,
- Claritromicina,
- Cimetidina,
- Atorvastatina,
- Etoricoxib,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quinidina:</b> aumenta los niveles plasmáticos de estradiol.</li> <li>• Diazepam,</li> <li>• Alprazolam,</li> <li>• Triazolam,</li> <li>• Cafeína, por inhibición del metabolismo hepático, mayor riesgo de efectos adversos en SNC.</li> <li>• <b>Glucocorticoides, ciclosporina:</b> aumentan sus concentraciones plasmáticas.</li> <li>• AINEs, macrólidos, isoniazida, rifampicina y fenitoína: se aumentan sus efectos.</li> <li>• <b>Corticoides:</b> aumentan el riesgo de retención de líquidos.</li> </ul>
<b>Dosificación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrofia vulvovaginal posmenopáusica:</li> <li>• Aplicación intravaginal inicial: 2 a 4 g de crema por 1 – 2 semanas.</li> <li>• Reducir la dosis gradualmente a la mitad en 1 – 2 semanas.</li> <li>• Mantenimiento: 1 g de crema intravaginal, 1 – 3 veces por semana, durante 3 semanas. No administrar durante la cuarta semana cuando la mucosa vaginal superó la atrofia. Repetir este esquema mensualmente.</li> </ul>
<b>G03DA04 PROGESTERONA</b>	
<b>Sólido Oral</b>	100 mg
<b>Indicaciones:</b>	Profilaxis de la hiperplasia endometrial postmenopáusica, amenorrea secundaria, reemplazo

	hormonal.
<b>Contraindicaciones:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes.</li> <li>• Alergia al maní, pues en sus componentes se encuentra aceite de maní.</li> <li>• Antecedentes de alteraciones tromboembólicas arteriales.</li> <li>• Antecedentes de cáncer de mama.</li> <li>• Sangrado uterino anormal no diagnosticado.</li> <li>• Embarazo ectópico, cáncer genital (vaginal.)</li> <li>• Insuficiencia o enfermedad hepática severa.</li> <li>• Enfermedad tromboembólica activa. Alteraciones tromboembólicas activas o antecedentes (tromboembolia pulmonar, trombosis venosa profunda).</li> </ul>
<b>Precauciones:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones cardiovasculares (embolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, accidente cerebro vascular e infarto miocárdico) en el uso concomitante con estrógenos.</li> <li>• En pacientes con HTA, diabetes mellitus, fumadoras, hipercolesterolemia u obesas por el riesgo de alteraciones cardiovasculares.</li> <li>• Se han presentado cuadros de depresión con el uso de progesterona.</li> <li>• En pacientes diabéticas, la tolerancia a la glucosa puede estar disminuida.</li> <li>• Puede ocasionar retención de fluidos, exacerbando condiciones como insuficiencia cardíaca o renal previa.</li> <li>• ICC. Insuficiencia hepática. Insuficiencia renal.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cirugías mayores incrementa el riesgo de alteraciones tromboembólicas. Descontinuar la medicación por lo menos 4 semanas antes de la cirugía.</li> <li>• Incrementa el riesgo de demencia en mujeres postmenopáusicas mayores de 65 años.</li> </ul>
<p><b>Efectos adversos</b></p>	<p><b>Frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Estreñimiento,</li> <li>• Náusea,</li> <li>• Infecciones virales,</li> <li>• Calambres,</li> <li>• Dolor muscular,</li> <li>• Migrañas, cefalea,</li> <li>• Mareos,</li> <li>• Insomnio,</li> <li>• Somnolencia,</li> <li>• Depresión,</li> <li>• Cambios de humor.</li> <li>• Retención de agua y sal.</li> <li>• Sangrados mínimos o metrorragias.</li> <li>• Cambios en el patrón del sangrado menstrual.</li> <li>• Amenorrea.</li> <li>• Tensión mamaria.</li> <li>• Dolor mamario,</li> <li>• Descarga vaginal.</li> <li>• Hiperglicemia.</li> <li>• Aumento del tamaño del ovario o formación de quistes ováricos.</li> <li>• Cansancio.</li> </ul>

- Aumento rápido de peso.

**Poco frecuente:**

- Depresión.
- Exantemas.
- Acné.
- Alopecia.
- Galactorrea.
- Rubor.
- Disminución de la libido.
- Pérdida o aumento de peso.
- Cloasma.

**Raros:**

- Choque.
- Cáncer mamario.
- Pancreatitis aguda.
- Tromboembolismo,
- Tromboflebitis.
- Colestasis,
- Hepatitis colestática,
- Necrosis hepática,
- Hepatitis.
- Hipotensión arterial.
- Insuficiencia suprarrenal.
- Síndrome de Cushing.
- HTA.
- Infarto del miocardio.
- ACV.
- Adenoma hepático. Ictericia colestática.

<b>Uso en el embarazo</b>	Categoría B
<b>Interacciones:</b>	<b>Disminución de la eficacia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitriptilina,</li> <li>• Carbamazepina,</li> <li>• Barbitúricos,</li> <li>• Fenitoína,</li> <li>• Rifampicina: disminuyen niveles plasmáticos por inducción enzimática</li> </ul>
<b>Dosificación:</b>	<p>Uso obstétrico amenaza de aborto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 mg</li> </ul> <p>Amenorrea secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 400 mg VO QD HS por 10 días.</li> </ul> <p>Prevención de hiperplasia endometrial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dosis usual:</b> 200 mg VO HS por 12 días consecutivos, cada 4 semanas, en mujeres postmenopáusicas, que tienen el útero intacto y que están recibiendo estrógenos.</li> </ul>

<b>G03FA12</b>	<b>MEDROXIPROGESTERONA + ESTRÓGENOS EQUINOS CONJUGADOS</b>
----------------	--

<b>Sólido Oral</b>	2.5 mg + 0.625 mg
<b>Indicaciones:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menopausia,</li> <li>• Disfunción vasomotora menopáusica.</li> <li>• Atrofia vaginal menopáusica.</li> <li>• Profilaxis de osteoporosis postmenopáusica.</li> </ul>
<b>Contraindicaciones:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad a la combinación,</li> <li>• Reacción anafiláctica o angioedema anteriores.</li> <li>• Deficiencia de proteína S, Proteína C o desordenes trombóticos conocidos.</li> <li>• Embarazo.</li> <li>• Neoplasia dependiente de estrógenos.</li> <li>• Antecedentes de trombosis venosa o tromboembolismo pulmonar.</li> <li>• Cáncer mamario.</li> <li>• Insuficiencia hepática.</li> <li>• Sangrado vaginal anormal no estudiado.</li> </ul>
<b>Precauciones:</b>	<p>En relación progesterona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones cardiovasculares (embolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, accidente cerebro vascular e infarto miocárdico) en el uso concomitante con estrógenos.</li> <li>• En pacientes con HTA, diabetes mellitus, fumadoras, hipercolesterolemia u obesas por el riesgo de alteraciones cardiovasculares.</li> <li>• Se han presentado cuadros de depresión con el uso de progesterona.</li> </ul>

- En pacientes diabéticas, la tolerancia a la glucosa puede estar disminuida.
- Puede ocasionar retención de fluidos, exacerbando condiciones como insuficiencia cardiaca o renal previa.
- ICC. Insuficiencia hepática. Insuficiencia renal.  
- En cirugías mayores incrementa el riesgo de alteraciones tromboembólicas. Descontinuar la medicación por lo menos 4 semanas antes de la cirugía.
- Incrementa el riesgo de demencia en mujeres postmenopáusicas mayores de 65 años.

**En relación a estrógenos:**

- El uso prolongado de estrógenos aumenta considerablemente el riesgo de presentar cáncer endometrial, cefalea intensa, diabetes, cáncer mamario, exacerbar tumores estrógeno dependiente.
- Puede incrementar el tamaño de fibromas y miomas uterinos.
- En pacientes con endometriosis o angioedema hereditario, el uso de estrógenos exacerba sus síntomas.
- Antecedente de hiperplasia endometrial. - Factores que predisponen a tromboembolismo.
- La prevención de osteoporosis está recomendada cuando existe riesgo elevado de fracturas, en mujeres que no toleran o en las que están contraindicadas otras alternativas

	<p>terapéuticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda suspender la administración de estrógenos 4 semanas antes de una cirugía mayor o un periodo de inmovilización prolongado.</li> <li>• Para el tratamiento de los síntomas climatéricos, la TRH sólo debe iniciarse cuando los síntomas afectan negativamente la calidad de vida de la mujer.</li> <li>• En todos los casos, debe realizarse, al menos anualmente, una valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios y la TRH. Solamente debe de mantenerse mientras los beneficios superen los riesgos.</li> <li>• Lupus eritematoso sistémico, asma, hipertensión, hipertrigliceridemia.</li> <li>• Vigilar a pacientes con insuficiencia renal o cardíaca, por riesgo a presentar retención de líquidos.</li> </ul>
<p><b>Efectos adversos</b></p>	<p><b>En relación a progesterona:</b></p> <p><b>Frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal,</li> <li>• Estreñimiento,</li> <li>• Náusea.</li> <li>• Infecciones virales.</li> <li>• Calambres,</li> <li>• Dolor muscular.</li> <li>• Migrañas,</li> <li>• Cefalea,</li> </ul>

- Mareos,
- Insomnio,
- Somnolencia,
- Depresión,
- Cambios de humor.
- Retención de agua y sal.
- Sangrados mínimos o metrorragias.
- Cambios en el patrón del sangrado menstrual.  
Amenorrea.
- Tensión mamaria.
- Dolor mamario, descarga vaginal.
- Hiperglicemia.
- Aumento del tamaño del ovario o formación de quistes ováricos.
- Cansancio.
- Aumento rápido de peso.

**Poco frecuentes:**

- Depresión.
- Exantemas.
- Acné.
- Alopecia.
- Galactorrea.
- Rubor.
- Disminución de la libido.
- Pérdida o aumento de peso.
- Cloasma.

**Raros:**

- Choque.
- Cáncer mamario.
- Pancreatitis aguda.
- Tromboembolismo,
- Tromboflebitis.
- Colestasis,
- Hepatitis colestática,
- Necrosis hepática,
- Hepatitis.
- Hipotensión arterial.
- Insuficiencia suprarrenal.
- Síndrome de Cushing.
- HTA.
- Infarto del miocardio.
- ACV.
- Adenoma hepático.
- Ictericia colestática.

**En relación a estrógenos:**

**Frecuentes:**

- Retención de líquidos,
- Depresión,
- Cefalea,
- Náusea,
- Mareo,
- Dolor de espalda,
- Sensibilidad mamaria,
- Sangrado transvaginal anormal,
- Edema mamario,
- Crecimiento mamario,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibromas uterinos,</li> <li>• Edema periférico.</li> </ul> <p><b>Poco frecuentes:</b></p> <p>Hipersensibilidad, tromboflebitis superficial, dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia, aumento de peso, ictericia colestática, alteración de los lípidos, cambios en la libido.</p> <p>Raros: Patologías tromboembólicas. Cambios del estado de ánimo.</p>
<b>Uso en el embarazo:</b>	Categoría X.
<b>Interacciones:</b>	<p><b>Disminución de la eficacia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antitrombina (alfa, III):</b> Disminuye sus efectos por antagonismo farmacodinámico, incrementa el riesgo de eventos tromboembólicos.</li> <li>• <b>Macrólidos (azitromicina, claritromicina), cefalosporinas (cefadroxilo, cefepime, cefotaxima, cefpodoxima, ceftriaxona) fluoroquinolonas (ciprofloxacina, levofloxacina) aminoglucósidos (gentamicina), tetraciclinas:</b> en administración oral disminuyen los efectos de los estrógenos conjugados por alteración de la flora intestinal.</li> <li>• <b>Carbamazepina, fenobarbital, midazolam,</b></li> </ul>

	<p><b>itraconazol, ketoconazol, amikacina, amoxicilina, ampicilina:</b> disminuye los niveles de los estrógenos al afectar su metabolismo hepático e intestinal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Corticoides (hidrocortisona, betametasona):</b> disminuye los efectos de los estrógenos conjugados al acelerar su metabolismo hepático.</li> <li>• <b>Heparina, warfarina:</b> los estrógenos conjugados disminuye los efectos de la heparina por antagonismo farmacodinámico, incrementando el riesgo de evento tromboembólicos. Es necesario incrementar la dosis de anticoagulantes.</li> </ul> <p><b>Aumento de los efectos adversos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Amiodarona, ciclosporinas, azoles (fluconazol), nifedipina, verapamilo:</b> incrementan los efectos de los estrógenos conjugados al inhibir a la glicoproteína MDR1 transportadora.</li> </ul>
<p><b>Dosificación:</b></p>	<p>Utilizar el menor tiempo posible y la concentración más baja posible.</p> <p>Disfunción vasomotora menopáusica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una tableta VO QD.</li> </ul> <p>Atrofia vaginal menopáusica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ½ tableta VO QD.</li> </ul>

	<p>Profilaxis de osteoporosis postmenopáusica.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• - ½ tableta VO QD.</li></ul>
--	---