



Climaterio

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



Servicio
Canario de la Salud

DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS ASISTENCIALES

AUTORES (GRUPO DE TRABAJO CLIMATERIO):

Alonso Docampo, M ^a Nieves (Médica de familia)	Gutiérrez Almarza, Miguel Ángel (Médico de familia)
Gómez Arnáiz, Alfredo (Médico de familia)	Hurtado Rodríguez, Rosaura (Ginecólogo)
Barata Gómez, Teresa (Médica de familia)	Iglesias Sánchez, José Miguel (Médico de familia)
Galván Pinos, José María (Enfermero)	Ramírez Báez, Raquel (Trabajadora Social)
Guillén González, Vicente (Ginecólogo)	

MAQUETACIÓN Y REALIZACIÓN:

Alonso Docampo, M^a Nieves
Daute Diseño, S. L.

EDICIÓN:

Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, MAYO DE 2007

DEPÓSITO LEGAL:

GC-851-2007

ISBN:

978-84-611-9404-9

NOTA: Las citas bibliográficas de esta miniguía se corresponde con las de la Guía de Climaterio, en la que sí aparecen ordenadas y con la referencia completa.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

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

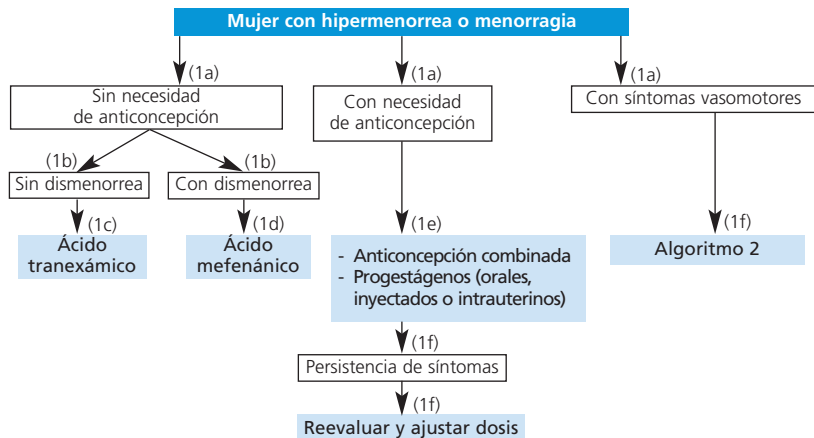
	Consulta inicial	Anual	Bienal
Mujeres de 45 a 64 años o de menor edad con menopausia	<ul style="list-style-type: none"> Valoración climática Valoración psicosocial Educación sanitaria Valorar medidas de actuación 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar síntomas climáticos y auto-percepción de afectación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

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

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

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

Algoritmo 1. Mujer con hipermenorrea o menorragia.



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

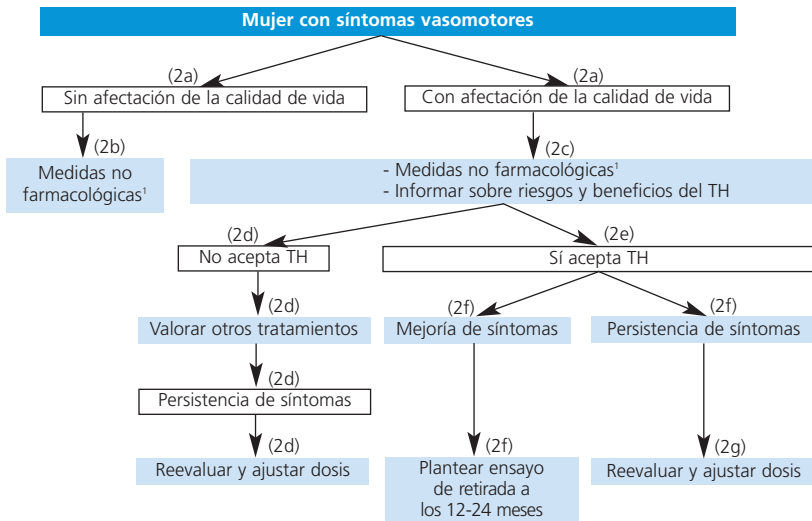
Fármacos en el tratamiento de las alteraciones menstruales

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

g: gramos;

mg: miligramos.

Algoritmo 2. Mujer con síntomas vasomotores.



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

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

Representación gráfica de las pautas de tratamiento hormonal

PAUTA CONTINUA



PAUTA CONTINUA COMBINADA



PAUTAS CÍCLICAS



EE: Estrógenos;

PG: Progestágenos.

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

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

mg: miligramos;

mcg: microgramos;

comp: comprimidos.

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

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	NOMBRE COMERCIAL
Estrógenos orales		
Estrógenos equinos conjugados	0,625-1,2 mg / día	Equin® 0,625 mg comp Longaplex® 0,625 y 1,2 mg comp
Estriol	1-2 mg / día	Ovestinon® 1 y 2 mg comp
Valerato de estradiol	1-2 mg / día	Meriestra® 1 y 2 mg comp Progynova® 1 mg comp
Estrógenos transdérmicos		
Estradiol	25-100 mcg / día	Absorlient matrix® 25, 50 y 100 parches Alcis® 25, 50 y 100 parches Alcis semanal® 25, 50 y 75 parches Cliogan® 50 y 100 parches Dermestril® 25, 50 y 100 parches Dermestril septem® 25, 50 y 75 parches Endomina® 25, 50 y 100 parches Estradot® 25, 37,5, 50 y 75 parches Estrapatch® 40, 60 y 80 parches Estroffik® 25 y 37,5 parches Evopad® 25, 50, 75 y 100 parches Progynova® 50 parches
	0,15 mg / día	Esprason® 0,06% gel Oestracilin® 0,06% gel
Progestágenos orales		
Medroxiprogesterona	5-10 mg / día durante 12-14 días / mes 2,5 mg / día diaria	Progevera® 5 y 10 mg comp
Progesterona	200 mg / día durante 12-14 días / mes 100 mg / día diaria	Progeffik® 100 y 200 mg comp Utrogestan® 100 y 200 mg comp
Noretisterona	5-10 mg / día durante 12-14 días / mes 2,5 mg / día diaria	Primolut noi® 5 y 10 mg comp
Tibolona		
Tibolona	2,5 mg / día	Boltin® 2,5 mg comp

mg: miligramos;

mcg: microgramos;

comp: comprimidos.

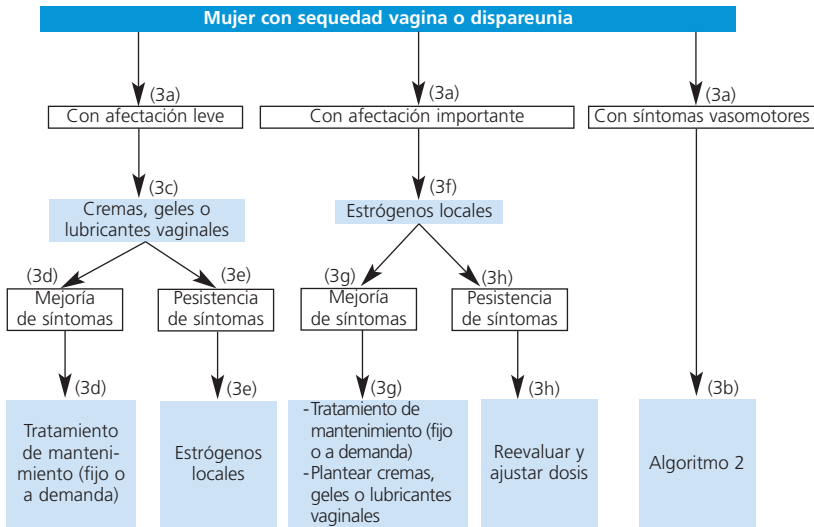
Fármacos utilizados para TH con estrógenos vía vaginal.

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

CONSEJOS EN RELACIÓN CON LOS "SOFOCOS"

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

Algoritmo 3. Mujer con síntomas genitales.



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

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

- Utilizar cremas hidratantes, geles o lubricantes vaginales.

INCONTINENCIA URINARIA (IU)

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

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

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

Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces a la semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5
- Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque solo una respuesta.

No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6
- ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?

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

Punto de corte: 1.

IU con diagnóstico clínico: Sensibilidad 92,1 y especificidad 55,6.

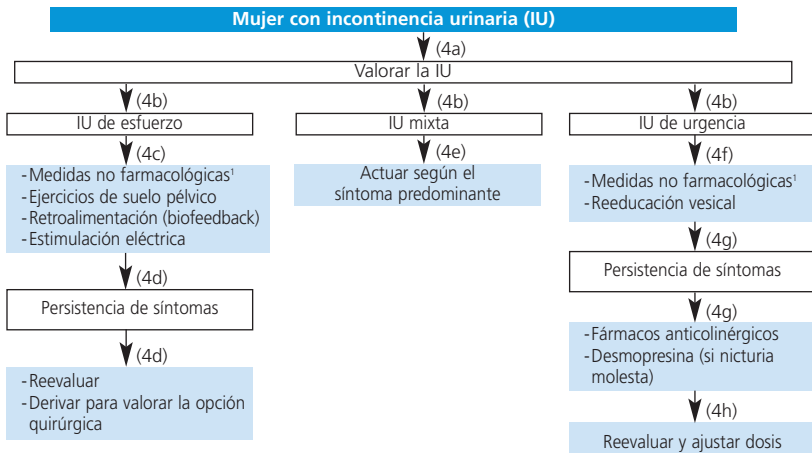
IU con diagnóstico urodinámico: Sensibilidad 87,7 y especificidad 40,8.

IU: Incontinencia urinaria.

Nos podemos aproximar al tipo de IU mediante dos preguntas:

- ¿Se le escapa la orina cuando hace un esfuerzo físico como toser, estornudar, reír, levantar pesos...?
- ¿Se le escapa la orina cuando nota una sensación urgente de ganas de orinar?

Algoritmo 4. Mujer con incontinencia urinaria (IU).



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

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

Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria (IU).

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

mg: miligramos;

mcg: microgramos.

CONSEJOS EN RELACIÓN CON LA INCONTINENCIA URINARIA

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

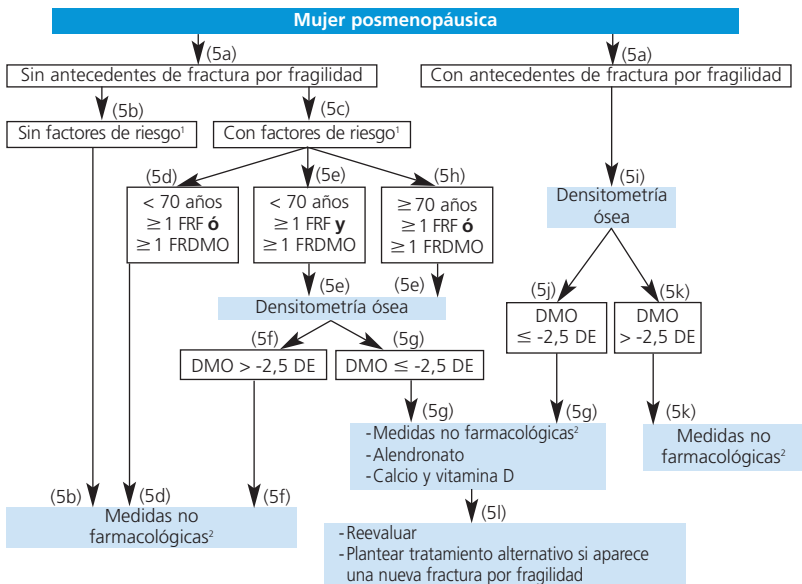
OSTEOPOROSIS

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

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

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

Algoritmo 5. Abordaje de la osteoporosis.



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

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

5a) En las mujeres posmenopáusicas se valorarán los antecedentes de fractura por fragilidad.

5b) Si no hay antecedentes de fractura por fragilidad en mujeres sin factores de riesgo, se aconsejarán medidas no farmacológicas.

5c) Si no hay antecedentes de fractura por fragilidad en mujeres con factores de riesgo, se valorará la edad.

5d) Si tiene menos de 70 años y presenta uno o más FRF o uno o más FRDMO se aconsejarán medidas no farmacológicas.

5e) Si tiene menos de 70 años y presenta uno o más FRF y uno o más FRDMO se solicitará una densitometría ósea.

5f) Si la DMO es mayor de -2,5 DE se aconsejarán medidas no farmacológicas.

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

Tratamiento farmacológico de la osteoporosis.

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

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

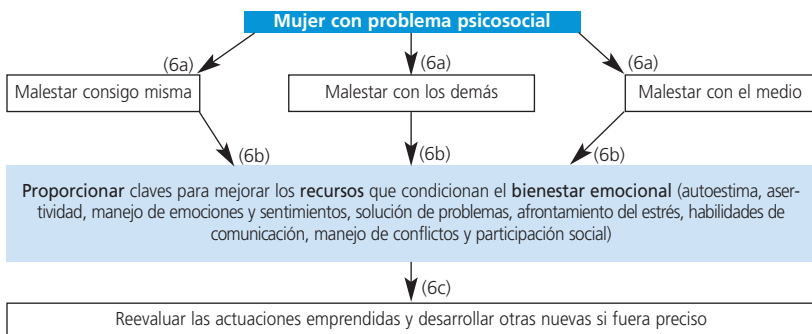
CONSEJOS EN RELACIÓN CON LA OSTEOPOROSIS

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

Recursos para el bienestar emocional.

- ▶ Sentirse bien con una misma
 - Autoestima
 - Asertividad
 - Manejo de emociones
 - Solución de problemas
 - Afrontamiento del estrés
- ▶ Sentirse bien con las personas más cercanas
 - Habilidades de comunicación
 - Manejo de conflictos
- ▶ Sentirse bien con el medio
 - Participación social

Algoritmo 6. Abordaje de los aspectos psicosociales.



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

CONSEJOS EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES

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

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

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

Los contenidos a desarrollar se recogen en estas cuatro sesiones:

▶ **SESIÓN 1: CAMBIOS Y FACTORES RELACIONADOS CON EL CLIMATERIO. EL CONTEXTO FEMENINO Y LOS ROLES.**

- Aparato reproductor femenino: Anatomía y fisiología.
- Climaterio: Definición, condicionantes y etapas.
- Problemas de salud, aspectos psicosociales y mitos.
- Contexto femenino y roles.

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

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

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

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

▶ **SESIÓN 4: RELACIONES INTERPERSONALES.**

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

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



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad



**Servicio
Canario de la Salud**

▮ DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS ASISTENCIALES