

ARTÍCULO DE REVISIÓN

ORIENTACIONES CLÍNICAS PARA EL MANEJO DE LA MENOPAUSIA

Monsalve, C, Reyes, V., Parra, J. Blümel, J. E.¹

ABSTRACT

La menopausia ha sido definida por la Sociedad Internacional de Menopausia como “el cese permanente de la menstruación en la mujer, suceso determinado por la disminución de la producción hormonal”. Trae consigo, por una parte, una sintomatología que interfiere en la calidad de vida de la mujer, la cual incluye síntomas vasomotores, psíquicos, atrofia urogenital; y, por otra, cambios metabólicos que implican aumento del riesgo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis. Con el progresivo aumento de la esperanza de vida, los grupos de mayor edad comienzan a ser parte importante de la población mundial. Por lo tanto, el manejo clínico de la postmenopausia pasa a ser un problema relevante de salud pública. Tiene como objetivo, mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de enfermedades crónicas. Para medir la existencia de síntomas y signos asociados a la menopausia se puede utilizar la “Menopause Rating Scale” (MRS), escala que permite evaluar la intensidad de la sintomatología. Se debe valorar además riesgo cardiovascular y de osteoporosis. El tratamiento incluye mejorar los estilos de vida, el uso de terapia hormonal y de terapias para las comorbilidades. Estas orientaciones tienen como objetivo ser una ayuda para el médico al momento de evaluar a una mujer en este periodo de la vida. Se han basado principalmente en las “Orientaciones Técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de red de salud” del Programa de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud, Chile. Sin embargo, como su nombre lo dice, son sólo orientaciones; cada decisión terapéutica debe ser siempre individualizada acorde a las características particulares de cada paciente.

INTRODUCCIÓN

La menopausia ha sido definida por la Sociedad Internacional de Menopausia como “el cese permanente de la menstruación en la mujer, suceso determinado por la disminución de la producción hormonal consecuencia del agotamiento folicular ovárico”, siendo los 50 años la edad promedio para que ocurra, con límites que oscilan entre los 42 y 56 años.¹⁻³ Este evento de la vida de la mujer está inserto en el climaterio, periodo que representa un proceso de adaptación y transición desde una etapa reproductiva a un estado no reproductivo³

¹ Departamento de Medicina Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago de Chile

que transcurre en promedio entre 2-8 años antes de la fecha de la menopausia y finaliza 2-6 años posterior a esta.⁴⁻⁵

El climaterio está caracterizado por un aumento en las oscilaciones de los niveles séricos de estradiol no existiendo ninguna base científica que permita considerarlo como una entidad patológica.² Sin embargo, trae consigo una sintomatología que interfiere en la calidad de vida de la mujer, en donde se incluyen síntomas vasomotores, psíquicos, atrofia urogenital, aumento de enfermedad cardiovascular y osteoporosis, entre otros. No es suficiente con que el médico identifique un síntoma particular, sino que también interesa la apreciación subjetiva de la mujer respecto al efecto que tienen estos síntomas en su calidad de vida.⁶⁻⁷

La terapia hormonal en la menopausia constituye una forma de reposición hormonal que tiene como objetivo aminorar las manifestaciones de la menopausia, disminuir el riesgo de enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida de la mujer durante este periodo.²⁻⁸

EPIDEMIOLOGÍA

Con el progresivo aumento de la esperanza de vida, los grupos de

mayores edades comienzan a ser parte importante de la población mundial. En Latinoamérica en el año 2012 se realizó un estudio que involucró a 8.373 mujeres para evaluar la presencia de síntomas asociados a la menopausia; este estudio reveló la existencia de a lo menos un síntoma menopáusico en el 90% de las participantes, destacando una prevalencia mayor al 60% tanto de dolores osteomusculares como fatigabilidad, irritabilidad y trastornos del ánimo.⁵

En Chile la población femenina entre los 45-64 años corresponde a poco más de 2 millones, siendo las principales causas de mortalidad para este grupo (año 2010) los tumores malignos con 16,1 muertes por 10 mil habitantes, principalmente cáncer de mama, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio con 7,1 muertes.⁹

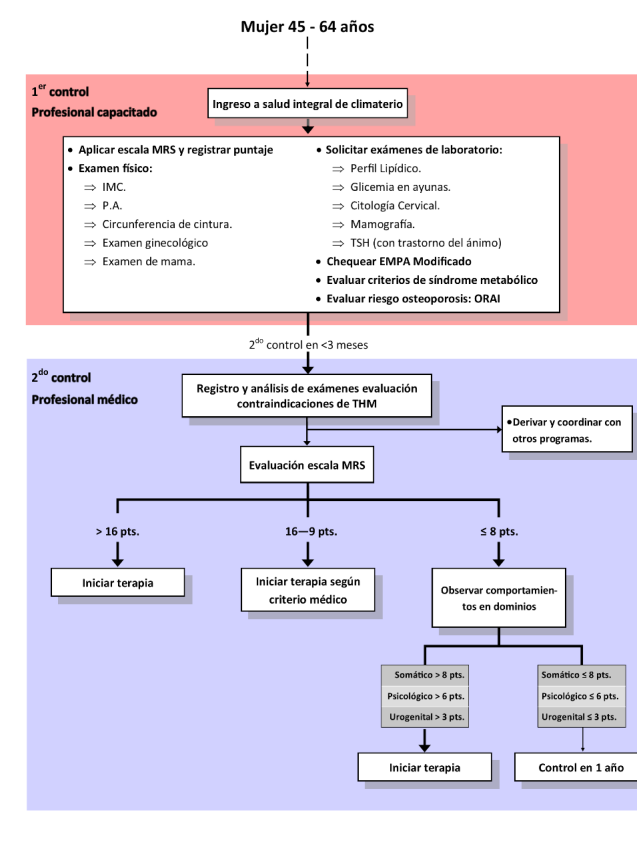
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN: ¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA MUJER?

Estas estrategias se basan y resumen las “Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de la Mujer en Edad

de Climaterio en el Nivel Primario de la Red de Salud” del Ministerio de Salud de Chile.

Los cambios vividos por la mujer en esta etapa hacen imposible pensar en este proceso como únicamente biológico, por lo que la evaluación que se realiza a la mujer en esta etapa de la vida debe involucrar tanto aspectos biológicos, como psicosociales en forma completa. Idealmente durante la primera entrevista se aplicará Apgar familiar (Anexo N°1), instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global¹⁰. Igualmente pudiera incluirse: tamizaje de violencia contra la mujer, genograma y ecomapa.⁹⁻¹¹

Flujograma 1: Evaluación integral de mujeres en periodo de climaterio



CLÍNICA

La sintomatología en el climaterio afecta severamente la calidad de vida de la mujer, se manifiesta fundamentalmente en 3 ámbitos. El psicológico, que incluye insomnio, dificultades para conciliar el sueño, ánimo disminuido, irritabilidad, sensación de tensión, ansiedad y fatigabilidad tanto física como mental. El somático, caracterizado por bochornos, sudoraciones inexplicadas, sensación de opresión al pecho, palpitations y dolores osteoarticulares y musculares. Por último, el urogenital, en el que destaca la sequedad vaginal, la incontinencia urinaria y la disfunción sexual.⁴⁻⁵

Para medir la existencia de síntomas y signos asociados a la menopausia existen múltiples instrumentos. Se propone utilizar la “Menopause Rating Scale” (MRS) que corresponde a un cuestionario estandarizado de autoevaluación integrado por 11 ítems que conforman 3 dominios sintomáticos: somático, psicológico y urogenital (Anexo N°2). Esta escala se puede realizar a cualquier mujer en forma relativamente rápida y sencilla, evaluando la calidad de vida sin injerencia del encuestador, además de permitir evaluar el impacto de las intervenciones médicas en el tiempo. Cada ítem contiene cinco grados de severidad en la evaluación: asintomático (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), severo (3 puntos) e intenso (4 puntos); por lo tanto, el puntaje total oscila entre 0 (asintomática) y 44 (máximo). Heinemann y cols, expresan que diversos estudios efectuados en diferentes países han permitido validar esta escala y estandarizar la intensidad total de la sintomatología en asintomática o escasa (0-4 puntos), leve (5-8 puntos), moderada (9-15 puntos), y severa (más de 16 puntos).¹²⁻¹³

La recomendación es realizar la escala de medición de calidad de vida asociada a síntomas del climaterio y luego evaluar riesgo cardiovascular mediante un examen físico completo que conlleve medición de presión arterial, circunferencia de cintura, cálculo de IMC y utilización de escala Framingham modificada. Realizar examen físico de mama, chequear screening de cáncer de mama y cérvico-uterino con mamografía y citología cervical respectivamente. Finalmente, se puede utilizar el instrumento ORAI (anexo 3) para identificar a aquellas pacientes mayores de 45 años con alta sospecha de osteoporosis que requerirán una densitometría ósea que confirme el diagnóstico, siendo el corte 8 puntos¹⁴. Dicho plan de evaluación está diagramado en detalle en el flujograma 1.

ACTITUD TERAPÉUTICA

La escala MRS ha sido validada en español¹². Se determina la necesidad de terapia a aquellas pacientes con un compromiso de la calidad de vida severo definido como un puntaje mayor a 16 puntos o como compromiso grave en un dominio determinado, es decir, en el dominio psicológico un puntaje mayor a 6, en el somático mayor a 8 y en el urogenital mayor a 4, como se muestra en el flujograma 1.

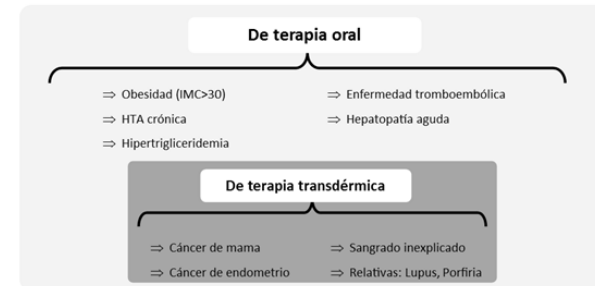
Antes de iniciar cualquier terapia se debe evaluar la presencia de contraindicaciones. Los estrógenos, utilizados sin progesterona asociada generan un aumento del riesgo de cáncer de endometrio; las progestinas, neutralizan este mayor riesgo. En relación con el tejido mamario, nuevos estudios no muestran una incidencia significativa en el aumento de riesgo de cáncer de mama¹⁵.

Existe un riesgo aumentado de trombosis con la terapia hormonal vía oral debido a los efectos proinflamatorios y procoagulantes de ésta relacionados a el paso hepático. Por tal motivo, se recomienda en mujeres con obesidad (IMC>30), HTA crónica, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia o antecedentes de enfermedad tromboembólica indicar terapia transdérmica.¹⁶⁻¹⁸ Las contraindicaciones de la terapia hormonal transdérmica se encuentran resumidas en la tabla 1. La terapia oral, por sus efectos metabólicos en el paso hepático, podría ser además, no adecuadas en

pacientes obesas, hipertensas, con hipertrigliceridemia, con antecedentes de enfermedad hepática

O tromboembólica. Sin embargo, el balance global se inclina claramente hacia los beneficios en las pacientes sintomáticas, principalmente con la terapia transdérmica, dado que no modifica los parámetros de coagulación.

Tabla 1: Contraindicaciones de la terapia hormonal de la menopausia



La THM por vía transdérmica se encuentra **sugerida** en pacientes con diabetes mellitus y en pacientes obesas, por sobre las terapias orales.

Elección de la terapia hormonal Una vez determinada la necesidad de iniciar THM, en ausencia de contraindicaciones, se debe determinar el tratamiento más adecuado para realizarla. Para ello se requieren al menos dos disquisiciones mayores: distinguir las mujeres que tienen contraindicaciones de terapia oral; y aquellas que tienen útero, de las que no. Si bien el pilar del tratamiento se realiza con estradiol, la forma de uso es la que varía, y los fármacos a los que debemos asociarlo como se muestra en el flujograma 2

En mujeres sin contraindicaciones de terapia oral se inicia con estrógeno oral (elegir entre: valerato de estradiol 1 mg/día, 17-b estradiol micronizado 1 mg/día, o estrógenos conjugados 0.3 mg/día). Si la paciente tiene contraindicaciones para la terapia oral, simplemente se cambia la vía de administración de la terapia hormonal a la transdérmica, con estradiol en gel 0.5-1.5mg/día o parche 0.5 mg/día. Esta última vía de administración es actualmente considerada la ideal por no implicar cambios protrombóticos y/o metabólicos.

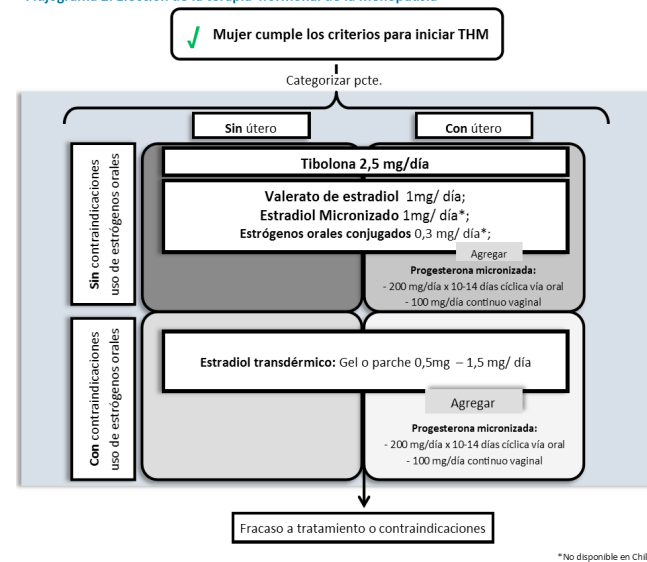
Si la mujer tiene útero, es imprescindible la adición de una progestina. Se debe administrar de 10-14 días de forma cíclica, con el fin de simular la fase lútea o en forma continua. La administración cíclica puede producir sangrado y se aconseja al inicio de la postmenopausia, ya que la forma continua puede originar sangrados irregulares en esta etapa. La progestina se encuentra disponible en presentaciones orales, parenteral, transdérmica o endoceptivas, todas utilizables en la terapia. Aunque en posmenopausia podemos continuar con el mismo esquema utilizado en perimenopausia, también es posible utilizar la progesterona de forma continua, especialmente cuando existe un fundamento clínico para preferirla como dismenorrea persistente.

Entre las opciones encontramos:

- Opciones orales
 - Progesterona micronizada.
 - Usarla continua: 100 mg por noche.
 - Cíclica: 200 mg por noche por 10-14 días.
 - Alternativas a la progesterona micronizada: dihidroprogesterona, didrogesterona, trimegestona, nomegestrol, drospironona, dienogest, clormadinona.
 - MPA (acetato de medroxiprogesterona) (alternativa: noretisterona): 5 mg c/día
 - Perimenopausia: 10 días cada mes.
- Postmenopausia: 10 días cada 3 meses.
- Opción vaginal: 100 mg/10 días al mes o 100mg/día. Cano ha propuesto usar 100mg 2 veces por semana todo el mes.
 - Opciones transdérmicas:
 - Levonorgestrel 10 µg de liberación por día.
 - Noretisterona 250 µg de liberación por día
 - Opción endoceptiva (SIU o DIU): Levonorgestrel 20 µg liberados en 24 hrs, endoceptivo.

Aparece como alternativa a considerar el uso de Tibolona, un esteroide sintético sin actividad biológica por sí mismo, pero que tiene la característica de descomponerse en varios metabolitos provistos de efecto estrogénico, androgénico y progestacional dependiendo del tipo de tejido. Cuenta con acción estrogénica en el hueso, la vagina y el cerebro, efecto progestacional sobre el endometrio y androgénico sobre el hígado y el cerebro. 19-20

Flujograma 2: Elección de la terapia hormonal de la menopausia



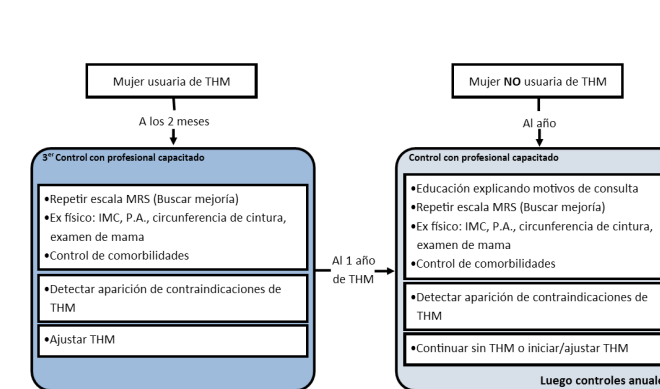
Seguimiento mujeres en control de climaterio

Para el seguimiento del climaterio en mujeres se debe separar a la población objetivo en dos grupos; mujeres usuarias de THM y mujeres no usuarias de THM. Las tratadas se deberían controlar cada 2 meses, y una vez controlados los síntomas, una vez al año. Si no se logran los resultados esperados se

debe aumentar la dosis de la terapia hormonal. Las mujeres que no requirieron terapia, deberían controlarse una vez al año, porque pueden aparecer nuevos síntomas.

Cada control deberá ser realizado por personal capacitado y deberá incluir: repetir escala MRS (buscar mejoría), examen físico, control de comorbilidades, detectar aparición de contraindicaciones de THM y ajustar o iniciar (en caso de no usuaria) THM. 9 (Flujograma 3)

Flujograma 3: Seguimiento mujeres en control de climaterio



ALTERNATIVAS PARA A LA THM

Para la sequedad vaginal

Para la sequedad vaginal existe la opción de hormona tópica y lubricantes.

Como hormona tópica se utiliza estrógeno vaginal que es la opción de tratamiento más eficaz para las mujeres con sequedad vaginal, el cual pueden continuar durante muchos años después de la menopausia debido a que sólo cantidades mínimas entran en el torrente sanguíneo (100 veces menos que comprimidos de estrógenos). Sobre esta base, el estrógeno de dosis baja no aumenta el riesgo de trombosis, cáncer de mama, infarto agudo al miocardio o accidente cerebrovascular. Está disponible en 3 presentaciones: 1) En tableta vaginal, la cual se inserta a través de aplicador, todos los días durante 2 semanas, luego dos por semana, 2) En crema de estrógenos, con difícil indicación de dosis insertándose en la vagina todos los días durante 2-3 semanas, luego 1-2 veces por semana, 3) En anillo vaginal estrogénico, el cual es un anillo de plástico flexible que se coloca dentro de la vagina y es reemplazado cada tres meses por la mujer o su profesional de la salud. El anillo no tiene que ser eliminado durante el sexo o el baño. No es sentido por la mayoría de las mujeres o sus parejas sexuales. En las mujeres que anteriormente han tenido una histerectomía, el anillo podría caerse. El estrógeno vaginal es seguro y, probablemente, se puede utilizar de forma indefinida, aunque no existen estudios a largo plazo que confirmen su seguridad. Los lubricantes vaginales están diseñados para reducir la fricción y la incomodidad de la sequedad durante las relaciones sexuales. Estos productos no contienen ningún tipo de hormonas y prácticamente no tienen efectos secundarios.

Otra alternativa son las cremas hidratantes se aplican en la vagina tres veces a la semana para permitir un efecto hidratante continuo. Estas, no deben usarse justo antes de tener relaciones sexuales, ya que pueden ser irritantes.

PARA EL CONTROL DE LOS BOCHORNOS

Los tratamientos no estrogénicos para los bochornos son eficaces para muchas mujeres, pero ninguno es tan efectivo como el estrógeno, pero son mejores que el placebo. Las opciones incluyen 21-22 (Tabla 2):

- Antidepresivos: Se recomiendan como tratamiento de primera línea para los sofocos en las mujeres que no pueden tomar estrógeno.
 - Paroxetina: Es el único tratamiento no hormonal que está aprobado en Estados Unidos específicamente para los sofocos en dosis bajas (7.5 mg). No se debe tomar paroxetina si se padece **cáncer de mama y está tomando tamoxifeno**, ya que puede interferir con el tamoxifeno y hacer que sea menos efectivo. Se indica 7,5 mg c/ 24 horas, antes de acostarse.
 - Gabapentina: Alivia los sofocos en algunas mujeres dado como una dosis única durante el día o al acostarse. Cuidado en el retiro brusco en pacientes epilépticos. Preferentemente monodosis (off-label): Vía oral (liberación inmediata) Día 1: 300 mg al acostarse, Día 2: 300 mg 2 veces al día. Después 300 mg 3 veces al día por 4 semanas, luego disminuirlo.
 - Venlafaxina, citalopram, escitalopram son tratamientos efectivos para los sofocos. Venlafaxina: (off-label) Iniciar en 37,5 mg al día (para evitar efectos 2rios), se puede continuar o aumentar de a 37,5 cada semana hasta 75-150 mg. Por dosis únicas o divididas.

Fluoxetina y sertralina no funciona tan bien como los otros antidepresivos enumerados.

Progesterona: El acetato de medroxiprogesterona inyectable ayuda a reducir los sofocos, pero se utiliza con poca frecuencia.

Estrógenos de origen vegetal (fitoestrógenos): Alternativa natural a las hormonas para las mujeres con síntomas menopáusicos. Los fitoestrógenos se encuentran en alimentos que incluyen soja, garbanzos, lentejas, semillas de lino, lentejas, granos, frutas, verduras, trébol rojo y suplementos de isoflavonas. Sin embargo, no se sabe si los fitoestrógenos ayudan a reducir los sofocos y sudores nocturnos; la mayoría de los estudios no han reportado beneficios. Además, algunos fitoestrógenos pueden actuar como estrógeno en algunos tejidos del cuerpo por lo que muchos expertos sugieren que las mujeres que tienen un historial de cáncer de mama deben evitarlos.

Tratamientos herbales: Promovido como un remedio "natural" para los sofocos. Muchas mujeres posmenopáusicas utilizan Actaea racemosa (Cohosh negro), pero los ensayos clínicos no han demostrado su eficacia sobre placebo y existe preocupaciones de seguridad.

Tabla 2: Alternativa a la terapia hormonal. Para el control de los bochornos

Tipo	Fármaco	Recomendaciones	Precauciones	Presentación-Dosis
	Gabapentina	Dosis única al acostarse o durante el día	Cuidados en el retiro brusco en pacientes epilépticos	Preferentemente monodosis*: Vía oral (liberación inmediata) Día 1: 300 mg al acostarse, Día 2: 300 mg 2 veces al día. Después 300 mg 3 veces al día por 4 semanas, luego disminuirlo.
Antidepresivos	Paroxetina Citalopram Escitalopram Sertralina Fluxetina	Paroxetina está específicamente aprobada para bochornos.	Paroxetina puede interactuar con tamoxifeno disminuyendo su eficacia en CA de mama.	Paroxetina: 7,5 mg c/ 24 horas, antes de acostarse.
	Venlafaxina	Fluxetina y Sertralina no funcionan tan bien como otros antidepresivos.		Venlafaxina*: Iniciar en 37,5 mg al día (para evitar efectos tóxicos), se puede continuar o aumentar de a 37,5 cada semana hasta 75-150 mg. Por dosis únicas o divididas.
Anticonceptivos	Acetato de medroxiprogesterona (progestágeno inyectable)	Reducen bochornos	Inusualmente usados	Usar progestina inyectable anticonceptiva*.
Fitoestrógenos	Suplemento de Isoflavona	Alimentos que lo contienen: Soya, garbanzos, lentejas, otros. La mayoría de los estudios no ha reportado beneficios.	Varios expertos recomiendan evitarlos en CA de mama. Al actuar como estrógenos en algunos tejidos.	
Trat. Herbales	Actaea racemosa (Cohosh negro)	Pruebas muestran misma eficacia que el placebo. No son recomendados para bochornos u otros síntomas menopáusicos.	Podrían estimular el crecimiento del tejido mamario	

* De uso no habitual

Fuera de las terapias farmacológicas es necesario mejorar los estilos de vida. Realizar actividad física 30 minutos 5 veces a la semana, abandonar el hábito de fumar y mantener un peso adecuado. La actividad física no sólo origina bienestar físico y psíquico y disminuye el riesgo de enfermedades en la mujer climaterica, también disminuye la sintomatología menopáusica. El alza de peso no sólo es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, sino que también se

asocia a riesgo de cáncer de mama, de ovario y de colon. Debemos aportar calcio, especialmente a través de la ingesta de leche para asegurar su suministro adecuado al sistema óseo. No hay que olvidar vigilar los niveles de 25 OH vitamina D dado la alta prevalencia de este déficit vitamínico. Resumiendo, el manejo del climaterio incluye una visión holística de la salud de la mujer, no es sólo un problema hormonal.

Anexos:

Anexo N°1: APGAR familiar de Smilkstein

Haga una marca en un casillero en cada línea, el que mejor describe su caso.		0	1	2
		Casi nunca	A veces	Casi siempre
A	¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo la perturba?			
B	¿Está satisfecha con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
C	¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
D	¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
E	¿Está satisfecha con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
TOTAL				

Interpretación:

0 a 3	Disfunción severa.	Necesidad de apoyo inmediato.
4 a 6	Probable disfunción.	Evaluar. Verifique ecograma y genograma.
7 a 10	Funcionalidad normal.	No requiere intervención.

Tomado de: ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA RED DE SALUD (APS). Programa Nacional Salud de la Mujer 9. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValentei ndd04022014.pdf>

Anexo N°2: MRS (Menopause Rating Scale)

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada uno de los 11 grupos de síntomas	No siente molestia	Siente molestia leve	Siente molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
	0	1	2	3	4
1 Bochornos, sudoración, calores.					
2 Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho).					
3 Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
4 Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).					
5 Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
6 Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
7 Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
8 Cansancio físico y mental (rinda menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9 Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual).					
10 Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina).					
11 Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).					

Usos del profesional	1 (1 al 4)	2 (5 al 8)	3 (9 al 11)	Total
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tomado de: ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA RED DE SALUD (APS). Programa Nacional Salud de la Mujer 9. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValentei ndd04022014.pdf>

Anexo N°3: ORAI

Parámetro	Rangos	Puntaje	Valor registrado
Edad (años)	45-54	0	
	55-64	5	
	65-74	9	
	>75	15	
Peso (Kg)	>69	0	
	60-69	3	
	<60	9	
TRH	Sí	0	
	No	2	
Puntaje total			

Riesgo elevado >8. Se justifica una densitometría ósea

El umbral de 8 puntos en el ORAI tiene sensibilidad = 93.3% y especificidad = 46.4% para detectar mujeres con osteoporosis.

Tomado de: Instrumento ORAI para decidir densitometría 14. SOCHEG. Disponible en: <http://www.socheg.cl/Anexo%20ORAI.pdf>

REFERENCIAS

- Castelo-Branco C., Blümel J.E., Chedraui P., Calle A., Bocanera R., Depiano E., et al: Age at menopause in Latin America. Menopause 2006; 13: pp. 706
- MenoPause, blogReporting and interpreting new menopause research & midlife health news for you. (n.d.). Retrieved December 05, 2016, from <http://www.menopause.org/>
- The International Menopause Society (n.d.). Retrieved December 05, 2016, from <http://www.imsociety.org/>
- Castelo-Branco C., Ginecología, 2014, capítulo 5, 9ª edición, pp 94-118
- Blümel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Vallejo, M. S. (2012). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: A detailed analysis of a multinational study. Climacteric, 15(6), 542-551. doi:10.3109/13697137.2012.658462
- Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. Soc Sci Med 2002;55:1975 – 88
- Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. A population based survey of women's experience of the menopause. Br J Obstet Gynaecol 1996;103:1025 – 8
- Brett KM, Chong Y. Hormone Replacement Therapy: Knowledge and Use in the United States. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2001
- Brantes Glavic, S., Porcil Jimenez, A., Vanhauwaert Sudy, P., Parra Armendaris, M., & Blümel Méndez, J. (2014, January). ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA RED DE SALUD (APS) [Pdf]. Programa Nacional Salud de la Mujer
- Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. D. D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar

Apgar-familiar. Atención primaria, 18(6), 289-296. The Menopause RatingScale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. Health and Quality of Life Outcomes 2004;2:67 doi:10.1186/1477-7525-2-67.

11. Mello, D. F. D., Vieira, C. S., Simpionato, É., Biasoli-Alves, Z. M., & Nascimento, L. C. (2005). Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, 15(1), 78-91.

12. Aedo S, Porcile A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población Chilena de mujeres saludables. Rev Chil Obstet Ginecol 2006;71:402-9

13. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, et al. The Menopause Rating Scale (MRS): a methodological review. Health Qual Life Outcomes 2004;2:45

14. Anexo N° 3. Instrumento ORAI para decidir densitometría. SOCHEG. Disponible en: <http://www.socheg.cl/Anexo%20ORAI.pdf>

15. Aedo, S., Cavada, G., Blümel, J. E., Chedraui, P., Fica, J., Barriga, P., ... & Campodónico, Í. (2015). Women's Health Initiative estrogen plus progestin clinical trial: a study that does not allow establishing relevant clinical risks. *Menopause*, 22(12), 1317-1322.

16. McKenzie J, Jaap AJ, Gallacher S, Kelly A, Crawford L, Greer IA, et al. Metabolic, inflammatory and haemostatic effects of a low-dose continuous combined HRT in women with type 2 diabetes: potentially safer with respect to vascular risk?. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2003;59: 682-9.

17. Zegura B, Guzik-Salobir B, Sebestjen M, Keber I. The effect of various menopausal hormone therapies on markers of inflammation, coagulation, fibrinolysis, lipids, and lipoproteins in healthy postmenopausal women. *Menopause* 2006; 13: 643-50.

18. Straczek C, Oger E, Yon de Jonage-Canonico MB, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, et al. Prothrombotic mutations, hormone therapy, and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration. *Circulation* 2005; 112:3495-500.

19. Zarate, A. R. T. U. R. O. (2002). Mecanismo molecular de la acción de la tibolona sobre los tejidos: determina en efecto clínico en el reemplazo hormonal en la menopausia. *Rev. colomb. menopaus*, 8(2), 115-122.

20. Hernández Valencia, M., Fonseca, M. E., Ochoa, R., & Zárate, A. (1997). Efecto metabólico en la posmenopausia de un esteroide sintético (tibolona) con acción estrogénica característica. *Ginecol. obstet. Méx*, 65(4), 145-7.

21. Nedrow A, Miller J, Walker M, et al. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review. *Arch Intern Med* 2006; 166:1453.

22. North American Menopause Society. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2004; 11:11.

REPORTE DE CASO

ÚTERO DE COUVELAIRE

Dra. Karla Isabel Parodi Turcios¹, Hector Rene Ramirez², Nolvía Aguilar Ponce³,

RESUMEN

El útero de couvelaire es una complicación rara del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta caracterizada por infiltración hemática del miometrio debido a la formación de un hematoma retroplacentario. Se presenta el caso de paciente primigesta con Embarazo 28.5 semanas de gestación y óbito fetal quien clínicamente presenta hipertensión uterina y sangrado transvaginal. En el transoperatorio se encuentra útero de couvelaire infiltrado en su totalidad. El útero de couvelaire ocurre cuando el daño vascular placentario causa hemorragia que progresa e invade la pared uterina. El tratamiento del útero de Couvelaire es histerectomía para prevenir hemorragia postparto secundaria a atonía uterina. Palabras Clave: desprendimiento placentario, histerectomía, útero de couvelaire.

ABSTRACT

Couvelaire uterus is a rare complication of premature abruption of normally situated placenta characterized by hematic infiltration of myometrium due to a hematoma behind the placenta. A case of a primigravid patient is presented with 28.5 weeks of gestation and fetal stillbirth who clinically presents hypertonic uterus and vaginal bleeding. During the surgery a totally infiltrated couvelaire uterus is found. Couvelaire uterus occurs when the vascular damage of the placenta causes hemorrhage that progresses and invades the uterine wall. The treatment of couvelaire uterus is hysterectomy to prevent postpartum hemorrhage secondary to atony.

Key Words: placental abruption, hysterectomy, couvelaire uterus

INTRODUCCIÓN

El útero de couvelaire es una complicación rara del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta cuyo cuadro clínico consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia vagina por vía cervical. Su diagnóstico es poco frecuente y la incidencia difícil de estimar ya que se debe diagnosticar por visualización directa o biopsia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años de edad, primigesta, referida de un hospital regional a la emergencia de Obstetricia del Hospital Escuela Universitario con Embarazo de 28.5SG por FUM y óbito fetal, sin antecedentes personales patológicos y hasta ese momento sin complicaciones durante la gestación. Al momento de su ingreso la paciente refiere historia de dolor obstétrico de un día de evolución por lo cual acude al hospital regional donde no se le ausculta frecuencia cardíaca fetal y se inicia inducción con misoprostol. Al evaluarse en la emergencia al examen físico se ingresa normotensa, con signos vitales dentro de parámetros normales y se detecta AU 2/10+ y cérvix OCE 2cm, OCI 1cm.

Se traslada paciente en Labor y Parto con plan de solicitar exámenes y vigilancia en evolución espontánea hasta tener resultados de exámenes.

Se recibe resultados de hemograma que reporta Hb 7.9 g/dL, Ht 23% y Plaquetas 64,000 y se decide transfundir.

Ocho horas posterior a su ingreso paciente presenta útero hipertónico y cérvix con D1cm, B60% AP-3 sin sangrado transvaginal. Se realiza USG que reporta feto único, sin frecuencia cardíaca fetal, en presentación cefálica, con líquido amniótico disminuido y peso fetal estimado 1600 g. En vista del hallazgo clínico de hipertensión uterina se sospecha desprendimiento placentario y se decide llevar a sala de operaciones.

Al momento de la cirugía se encuentra útero de couvelaire, infiltrado en su totalidad y necrosis de ovario derecho por lo que se realiza histerectomía abdominal subtotal en bloque y salpingooforectomía derecha. Luego se realiza cirugía de control de daños (empaquetamiento).

Paciente es llevada a sala de operaciones nuevamente 48hrs después de la histerectomía para realizar desempaquetamiento. Se retiran compresas no fétilas y no se evidencia de sangrado. Paciente permanece afebril y con buena evolución postoperatoria. Una semana después de su ingreso se da alta médica.

El estudio histopatológico reporta útero con superficie externa violácea con zonas de infiltración por material hemático, cavidad endometrial con restos placentarios, endometrio con decidua y hemorragia reciente, placenta completa que muestra hemorragia reciente. El reporte histopatológico confirma la infiltración hemática, sin áreas de hiperplacentación.

¹ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

² Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Escuela Universitario

³ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Escuela Universitario