



## ACTUALIZACIÓN EN MENOPAUSIA: ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. Asunción López Martínez  
Dra. Rosa González Candelas  
Grupo de Trabajo de atención a la mujer de la SVMFIC

### INTRODUCCION

La menopausia constituye una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica que conlleva la pérdida de la capacidad reproductiva. La instauración de la menopausia tiene un carácter progresivo, afecta a todas las mujeres sanas, no asociándose con la génesis directa de ninguna patología; no existe pues ninguna base científica que permita considerarla como una endocrinopatía. Solo en determinadas mujeres en las que se asocian factores de riesgo, como patologías preexistentes, estados carenciales o una predisposición genética se desencadenarán determinadas patologías. Como consecuencia del propio envejecimiento a partir de la menopausia aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, y alteraciones del metabolismo óseo.

La Atención Primaria constituye el primer y en ocasiones único contacto con la mujer menopáusica. El manejo y seguimiento de la mujer climatérica es necesario plantearlo desde una perspectiva biopsicosocial como cualquier otra actividad de nuestra práctica habitual.

### PRESENTACION CLINICA

La importancia que tienen los estrógenos como reguladores y moduladores de múltiples órganos y funciones hace que la instauración, unas veces progresiva y otras brusca del hipoestrogenismo, de lugar en ocasiones a algunas manifestaciones clínicas. No contamos con datos de prevalencia poblacional sobre la frecuencia de los síntomas climatéricos. La información procede de las mujeres que acuden a las consultas de menopausia o bien de estudios observacionales, en los que los autores coinciden en detectar un sesgo de selección importante que no permite extrapolar los resultados de los mismos a la población general de mujeres. Están en marcha ensayos clínicos poblacionales que aportarán información fiable, dentro de unos años, en cuanto a la frecuencia de la aparición de síntomas en las mujeres relacionados

con el climaterio (WHI en el 2008 y WISDOM en el 2012).

Estas manifestaciones clínicas, subjetivas, se traducen en ocasiones en un deterioro en la calidad de vida de la mujer que parece paralelo a la magnitud de los síntomas.

### CALIDAD DE VIDA EN EL CLIMATERIO. MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto subjetivo que se ve modificado en función del contexto cultural en el que nos encontremos. Para valorar la calidad de vida en el climaterio se deben considerar los fenómenos que ocurren en el área física y en las áreas psicológica, sexual, social y familiar de la mujer. Una parte del estudio Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) evaluó la variable calidad de vida en la mujer climatérica en relación a la actividad física, índice energía/fatiga y estado de salud mental durante 36 meses y los síntomas depresivos a los 3 años de iniciado el THS. Solamente las mujeres con sofocos al ser reclutadas mejoraban los parámetros de estado de salud mental y los síntomas depresivos. Sin embargo, los síntomas mejoran espontáneamente, viéndose que revierten en un 50.8% de las mujeres tratadas con placebo.

Son pocos los instrumentos de medición de la calidad de vida que cumplan todos los criterios de calidad de vida y que estén diseñados para la evaluación clínica y poblacional de los cambios que supone la menopausia en la calidad de vida de las mujeres, siendo aún menos los documentos traducidos o validados al castellano. La evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la mujer se ha hecho tradicionalmente a partir de escalas clínicas, que pretenden proporcionar una cuantificación numérica que pueda ser usada para la evaluación de la eficacia de las intervenciones médicas. Entre las escalas clínicas, el clásico cuestionario de Kupperman (1950) y una versión posterior del mismo desarrollada por Neugarten y Kraines (1984) presentan medidas de sintomatología florida, no reflejan como se perciben los síntomas o responden a tratamiento.

Una escala para medir la calidad de vida, debe ser un cuestionario estandarizado que contemple todas las áreas que integran el concepto de calidad de vida y que pueda ser cumplimentado por la mujer. Existen en la literatura diferentes propuestas como: el Womens Health Questionnaire (WHQ), la Escala de Greene, la Menopausal Synthoms List, Menopause Rating Scale (MRS), la Utian Menopause Quality of Life Scale (UMQLS), la Menopausal Specific Quality of Life

(MEQOL); una versión en lengua castellana del MEQOL, el Cuestionario MENCAV, el cuestionario de calidad de vida incluido en el PAIMC y recientemente la Escala Cervantes presentada en Feb. 2003 en el SIGEM, entre otros. De momento, no existe ninguno aceptado de forma universal como se pone de manifiesto en un estudio reciente (Dueñas 2002) sobre calidad de vida en la mujer climaterica española en el que se utilizan los test de Kupperman, la escala de Greene y el WHOQOL-BREF para medir la calidad de vida en el climaterio.

## TRATAMIENTO DE LOS SINTOMAS CLIMATERICOS (grado de recomendación en tabla 1)

Antes de abordar los fármacos que se utilizan para paliar los síntomas asociados a la menopausia posiblemente deberíamos hacer una serie de consideraciones tales como: si realmente debemos de tratar la menopausia; no se trata de un proceso fisiológico? y porque no aceptar condiciones que mejoren la calidad de vida de las mujeres en esta etapa de la vida?. El tratamiento deberá ser individualizado, estudiando el arsenal terapéutico más idóneo y analizando, valorando e identificando factores de riesgo y minimizando efectos adversos, para de esta manera realizar una práctica clínica responsable.

Entre los fármacos utilizados para paliar la deficiencia de estrógenos y controlar los síntomas asociados al climaterio, ya que su mecanismo de acción va a ser la ocupación del receptor estrogénico o van a actuar de una forma similar a los estrógenos, tenemos: Estrógenos y Progesterona (THS), Raloxifeno, Andrógenos, Tibolona, Fitoestrogenos, Andrógenos, Clonidina y Veraliprida.

### Terapia Hormonal Sustitutiva

Se pusieron grandes expectativas en el THS como solución para la osteoporosis, demencia, prolongar la juventud, disminuir el riesgo cardiovascular, solucionar los problemas sexuales....Las controversias de la utilización THS surgen tras los resultados de los estudios HERS, WHI y

WISDOM en el año 2002. El THS es eficaz en el tratamiento de los síntomas que acompañan a la menopausia: sofocos y atrofia urogenital, así como en la reducción del riesgo de osteoporosis. La TH no debe ser un tratamiento obligado en la menopausia. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida y prevenir determinadas patologías.

El estudio Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS), aleatorizado, doble ciego, multicéntrico y controlado con placebo de 4,1 año de duración; diseñado para evaluar la eficacia del THS combinado (estrógenos conjugados equinos 0,625 mg/día y acetato de medroxiprogesterona 2,5 mg/día) en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria de las mujeres posmenopausicas, evidenció que tras 4,1 año de seguimiento no existía una mejoría significativa de las mujeres tratadas frente a las que recibían placebo. Además, las mujeres tratadas presentaban durante el primer año, un mayor riesgo de sufrir algún evento coronario, alcanzando el potencial beneficio cardiovascular, entre el 3º y 5º año del inicio del tratamiento motivo por el cual se interrumpió el estudio (año 2002). Los resultados de este estudio analizados durante un mayor periodo de seguimiento (2,7 años) arrojan iguales resultados (HERS II). El estudio HERS II, mostraba que el grupo de pacientes tratadas con THS presentaba un mayor riesgo de efectos adversos relacionados con la probabilidad de padecer enfermedad coronaria e ictus cerebrovascular al año de iniciar THS y de cáncer de mama invasivo a medio-largo plazo, que las pacientes que recibían placebo. En cambio el beneficio de la THS se traducía en un menor riesgo de aparición de cáncer colorectal, cáncer de endometrio y fractura de cadera. El estudio Women's International Study of Long Duration Oestrogen after Menopause (WISDOM) tuvo que ser interrumpido por el mismo motivo que el anterior. El tercer estudio que se suspendió tras un seguimiento de 5,2 años, es el Women's Health Initiative (WHI) diseñado para evaluar la eficacia del THS combinado (estrógenos conjugados equinos 0,625 mg/día y acetato de medroxiprogesterona 2,5 mg/día de forma continua) en mujeres sanas. Se detectó que aparecía un incremento del riesgo de cáncer de mama de un 15% a un 53% si el THS se prolongaba más de 5 años. Se constató un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular agudo en las mujeres que recibían tratamiento, por lo que no se debe recomendar el THS en la prevención primaria de la ECV.

Así pues tras la publicación de parte de los resultados de estos estudios ha cambiado el balance entre los beneficios del THS y sus riesgos potenciales, aunque siguen sin resolverse (de forma completa)

Tabla 1. Tratamiento de los síntomas vasomotores

Tratamiento	Recomendación	Comentario
Estrógenos	"A"	oral y transd.
E+MPA	"A"	No con otra P
P transd.	"B"	1 EC
Clonidina	"B"	EC peq.
Veralipride	"B"	EC peq
Fitoestrogenos	"C"	EC contrad.
Antidepresivos	"C"	con S, V y P
Ejercicio	"C"	Algunos datos



importantes cuestiones sobre las dosis apropiadas, duración del tratamiento y los efectos específicos de los distintos preparados empleados. Individualmente y para cada mujer los beneficios y los riesgos del THS pueden cambiar.

### Raloxifeno

Pertenece al grupo de los SERMS, actúa como agonista de los receptores estrógenicos sobre el metabolismo lipídico, hígado y hueso; y con un efecto antagonista sobre la mama y el útero. No es un fármaco que tenga acción sobre los síntomas menopáusicos subjetivos, no es por tanto de primera elección en mujeres sintomáticas. El tratamiento con raloxifeno puede constituir una alternativa para mujeres postmenopáusicas -asintomáticas o poco sintomáticas- en las que esté contraindicada, no toleren o rechacen (como consecuencia del sangrado uterino, molestias de mama) la THS. El raloxifeno actúa beneficiosamente sobre el perfil lipídico y la densidad ósea, y está indicado para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis.

### Tibolona

Es un esteroide sintético con propiedades estrogénicas, progestogénicas y androgénicas. Sus efectos son similares a los del TH combinado continuo. Es eficaz para el tratamiento de los sofocos, la sequedad vaginal y la disminución de la libido. Incrementa la DMO lumbar y femoral, pero no hay datos sobre la posible prevención de fracturas osteoporóticas. Disminuye el HDL (2 ECR) y los TGS, pero se desconoce el efecto a largo plazo sobre el riesgo CV. La dosis es de 2.5 mg/día. Origina sangrado solo en 10% de las mujeres. Para disminuir la aparición de sangrados es aconsejable no iniciar el tratamiento hasta transcurrido un año desde la última menstruación.

### Andrógenos (testosterona)

No existen evidencias que apoyen su utilización en premenopausia, limitándose su uso a mujeres postmenopáusicas con disminución de la libido tras ooforectomía bilateral. No existen datos de preparado óptimo, dosis, duración del tratamiento y seguridad a largo plazo. Si se asocian a estrógenos hay que administrar progestágenos.

### Fitoestrógenos

Moléculas de origen vegetal que tienen la capacidad de comportarse como estrógenos débiles. Se agrupan en cuatro familias farmacológicas: lignanos, cumestanos, lactosas del ácido resocílico e isoflavonas (pertenecen a la familia de los flavonoides), siendo estas

últimas el grupo más importante, de las cuales destacan dos: la genistéina y la daidzeína.

Estos compuestos se encuentran en cereales, legumbres, hortalizas y bebidas como el vino tinto, la cerveza y el whisky, así pues, todos consumimos fitoestrógenos en nuestra dieta. Sin embargo, son los granos de soja la fuente más abundante de isoflavonas. Poseen acción estrogénica débil, exclusivamente sobre el receptor estrogénico beta (SNC, hueso y aparato cardiovascular), por lo tanto sin acción en útero y mama y antiestrogénica dependiendo de la concentración de los estrógenos endógenos y de los receptores estrogénicos. Además tienen acción antioxidante, inhibición de la angiogénesis, inhibición de determinadas enzimas que intervienen en la replicación celular, aumento de los receptores hepáticos para la LDL, protección frente a la placa de ateroma y algunos autores les atribuyen efectos en cuanto a la disminución del riesgo de padecer cáncer de mama (por baja incidencia en población asiática, aunque en un ensayo clínico referenciado en las recomendaciones del PAPPS con la mujer climatérica se observa que el aumento de la división celular y la expresión de los receptores de progesterona por los fitoestrógenos podría inducir la aparición de neoplasias) y próstata. Gran parte de los estudios sobre los fitoestrógenos realizados desde los inicios de la década de los ochenta son epidemiológicos. Los ensayos clínicos con isoflavonas que están en marcha desde hace pocos años, de momento los resultados que ofrecen reafirman los conocimientos aportados por los estudios epidemiológicos. Su efecto sobre los síntomas del síndrome climatérico (sofocos) están demostrados en estudios prospectivos, no así para el insomnio, cefalea y dolores articulares. Las dosis a utilizar están en función del efecto a conseguir (C): sofocos 40-80 mg/día, reducción del colesterol 50 mg/día, reducción de la aterosclerosis 40-80 mg/día, efecto antioxidante 10 mg/día y aumento de la DMO 50 mg/día. En definitiva, no hay suficiente evidencia para recomendar su uso indiscriminado, pero algunos expertos recomiendan su utilización para el tratamiento de los sofocos y la sequedad vaginal (C)

### Clonidina

Es un agente alfaadrenérgico que ha demostrado ser eficaz para controlar los síntomas vasomotores, en especial en pacientes previamente hipertensas. Las dosis indicadas son de 0.1 mg dos veces al día. Los inconvenientes son hipotensión ortostática, fatiga, irritabilidad y náuseas; todos ellos con mayor frecuencia en mujeres normotensas. Actualmente tiene poca utilidad tanto en la



hipertensión como para el tratamiento de los sofocos.

#### Veraliprida

Es agente antidopaminérgico que elimina los sofocos en un 30-70% de las pacientes, prolongándose este efecto hasta 3 meses después de su supresión, si bien los síntomas pueden reaparecer a los 6 meses. Puede originar hiperprolactinemia, que desaparece al suspender el tratamiento. La dosis recomendada de 100 mg/día.

### MEDICINA COMPLEMENTARIA

No hay evidencia sobre la efectividad de este tipo de tratamientos: suplementos nutricionales, hierbas medicinales, homeopatía, métodos terapéuticos físicos o técnicas e relajación.

#### Ejercicio físico

Algunos datos sugieren beneficio "C" en cuanto a la mejora de síntomas climatéricos

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL USO DE LA THS Y EVIDENCIAS

#### Evidencia de buena eficacia

- La THS tiene como objetivo paliar la disminución de estrógenos que caracteriza a la menopausia y que afecta a la calidad de vida de la mujer, aliviando en parte la sintomatología climatérica y/o las alteraciones menstruales en la perimenopausia (A).
- Menopausia prematura si existen síntomas menopáusicos y baja DMO
- Las THS ha mostrado ejercer efectos beneficiosos sobre la DMO en la perimenopausia y edad avanzada (A), por lo que parece prevenir la osteoporosis en postmenopáusicas; si bien en casos de osteoporosis grave existen otros medicamentos de eficacia más contrastada.
- En mujeres con útero intacto ha de adicionarse progestágenos, para proteger el endometrio (A).  
Puede considerarse (siempre de forma individualizada y solamente si los síntomas menopáusicos son graves o existe riesgo de fractura)
- Síntomas de infecciones urinarias recurrentes
- Antecedentes de enfermedad cardiaca coronaria en mujeres sintomáticas u osteoporóticas
- Antecedentes de cáncer de endometrio, mama, ovario y de tromboembolismo venoso

#### No recomendada:

- Síntomas de incontinencia, depresión o bajo estado anímico, pérdida de memoria, prevención o

tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, dolores generalizados, envejecimiento de la piel y ausencia de libido.

#### Contraindicada:

- Prevención primaria de ECV (sin síntomas menopáusicos)

### INDICACIONES DE LA THS EN DIVERSAS SITUACIONES CLÍNICAS

#### Indicación en:

- En Diabetes, con control riguroso, controlando los triglicéridos y si están elevados utilizar THS transdérmica.
- En Epilepsia, cuando se utilicen medicamentos inductores hepáticos utilizar THS transdérmica.
- En enfermedad Hepática, siempre que se normalicen las pruebas de función hepática. Valorar vía no oral.
- En Hipertensión arterial, controlando la tensión arterial adecuadamente.
- En mujeres con Melanoma Maligno, no hay evidencia de relación causal.
- En Ootosclerosis, vigilando estrechamente la audición.
- En Endometriosis, usando E+P, en caso de reactivación suspenderla.

#### Indicación dudosa:

- Se puede emplear en mujeres con enfermedad arterial siempre que exista una indicación específica, sintomatológica u osteoporótica, y cuando el balance riesgo-beneficio individualizado sea favorable.
- En cáncer de endometrio preexistente, en caso de falta de eficacia de otros tratamientos y cuando existan síntomas o la DMO esté disminuida. Solo en estadios IA, asociando siempre un progestágeno y cuando balance riesgo-beneficio individualizado sea favorable.
- En cáncer de mama persistente, en caso de ineficacia de otras terapias y cuando existan síntomas o la DMO esté disminuida y cuando balance riesgo-beneficio individualizado sea favorable.
- Cáncer de ovario preexistente persistente ya que no hay evidencias de recurrencias y cuando el balance riesgo-beneficio individualizado sea favorable.
- En Tromboembolismo venoso aumenta el riesgo de nuevo episodio. Debe de contraindicarse en los casos de antecedente personal de embolia pulmonar.

#### No indicada:

- En paciente con fibrilación auricular, a menos que la paciente esté convenientemente anticoagulada.
- En pacientes con antecedentes de Ictus





## PROTOCOLO DESDE AP

Iniciaremos la intervención en la mujer antes de llegar a esta etapa de la vida. El climaterio no debe ser considerado como un problema de salud. Desde AP tenemos la obligación de abordar los siguientes aspectos:

1. Informaremos sobre la normalidad de este proceso y de los cambios que se van a ir produciendo en el organismo con la edad.

2. Debemos atender a la mujer que consulte por manifestaciones clínicas que interfieran en el normal desarrollo de su vida, además será necesario establecer una adecuada coordinación entre niveles asistenciales que permita la derivación cuando sea necesaria.

La realización de una anamnesis orientada será la herramienta fundamental para establecer el estadio del climaterio en las mujeres que consulten por sintomatología. Solo en las mujeres que han sido hysterectomizadas (por la ausencia de menstruación) puede tener sentido solicitar una determinación de hormonas para establecer si está ya en la postmenopausia. En la actualidad no existe un nivel de evidencia adecuado que apoye la realización de determinaciones hormonales en esta etapa, con el fin de establecer tratamientos preventivos (en espera de los resultados de los estudios WHI y WISDOM). No se ha encontrado correlación entre los valores plasmáticos de hormonas y la presentación de síntomas (sofocos y sequedad vaginal).

3. Promoción de hábitos saludables: realización de ejercicio físico alimentación adecuada.

4. Consejos sobre hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

5. Control de patologías crónicas asociadas y de la osteoporosis (OP). La prevención de la OP en la mujer postmenopáusica sana < 65 sin antecedentes de fracturas con disminución de la masa ósea, es un tema controvertido, según las recomendaciones del PAPPS no recomienda el cribado de OP con densitometría en la población general (C). Por lo tanto, nuestra actuación irá encaminada a la promoción de estilos de vida saludables, descartar enfermedades osteopenizantes, tratamientos farmacológicos que alteran DMO y antecedentes de fracturas de bajo impacto. En las mujeres > 65 años no hay datos suficientes para hacer recomendaciones firmes sobre la indicación de densitometría, si bien el riesgo de fractura es mayor.

6. Apoyo social. Valoraremos la red social con la que cuentan las mujeres que acuden a consulta (puede ser de utilidad realizar el genograma). Se pueden utilizar cuestionarios de percepción de apoyo (DUKE-UNC y el MOS). Así como valorar si existen acontecimientos vitales que pueden estar condicionando la percepción

de salud de la mujer (Escala de Evaluación de Reajuste Social (SRRS) de Colmes y Rabe)

7. Educación grupal. Los objetivos de la educación grupal son: promover la salud de la mujer, compartir experiencias con otras mujeres, ampliar sus conocimientos y habilidades y mejorar la calidad de vida y autocuidados. Existen en nuestro país numerosas experiencias de grupos formados con mujeres en la etapa del climaterio, siempre con buenos resultados. Desde AP se debe facilitar la formación de grupos operativos de mujeres donde se aborden las situaciones de cambio, tanto a nivel social, personal, psíquico, físico, familiar o laboral, que luego podrán constituirse en elementos de autoaprendizaje para el manejo y resolución de problemas que puedan surgir en esta etapa de la vida.

## ACTIVIDADES PREVENTIVAS RECOMENDADAS EN MUJERES HASTA 65 AÑOS (tabla 2)

Asegurar la ingesta de Calcio 1000-1500 mg/día (B), limitar la ingestión de grasas saturadas (A) insistir en el consumo de frutas, verduras y cereales (B), ejercicio físico habitual como prevención primaria de la CI (A) y abandono del hábito tabaquito (A)

Tabla 2. Actividades preventivas recomendadas en mujeres hasta los 65 años.

Recomendación	Prueba	Grado de recomendación
P 1ª ECV	TA cada 5ª hasta 40 luego cada 2ª	A
P 1ª ECV	CT a los 45ª luego cada 5ª hasta 75a	B
P 1ª ECV	Abandono tabaco	A
P 1ª ECV/OP	Ejercicio físico	A/C
P 1ª OP	1000-1500 mg/día Ca	A
Crib.Ca Cervix	Citología	A
Crib.Ca Mama	Mamograf. >50ª	A
Crib. Ca Mama	Mamograf. 40-49a	C
EPS Climaterio	Entrevista/grupo	B

## ACTIVIDADES PREVENTIVAS RECOMENDADAS EN MUJERES DESPUES DE LOS 65 AÑOS

A las mujeres mayores de 65, según las recomendaciones del PAPPS, sin citología en los últimos 5 años (10 en la comunidad), se le ofertarán dos test con periodicidad anual, y si son normales no se les propondrán más intervenciones.

No existe unanimidad de criterio respecto a la duración de cribado de cáncer de mama. En la actualidad es bianual entre los 45 y 65 años, aunque se está estudiando ampliarlo hasta los 69 años. Otros



autores proponen su prolongación en mayores de 70 años si la esperanza de vida es razonable (C). Interrogaremos periódicamente sobre la presencia de sangrado ginecológico.

## CRITERIOS DE DERIVACION

### A ginecólogo

- Ciclos irregulares de más de 6 meses de duración.
- Sangrados que no se controlan con el tratamiento habitual.
- Metrorragia tras un año de amenorrea en mujeres que no reciben THS
- Menopausia precoz.
- Indicaciones de THS e imposibilidad de realizar adecuadamente los controles.
- Paciente con THS o raloxifeno con sangrado anómalo.
- Osteoporosis postmenopáusica con indicación de THS con contraindicaciones relativas.

### A reumatólogo

Cuando se planteen problemas particulares en relación con el riesgo de osteoporosis, fracturas o situaciones patológicas: sospecha de baja masa ósea patológica secundaria no diagnosticada o no corregida, pérdida de masa ósea pese a tratamiento (objetivada con densitometría o por aparición de fractura osteoporótica o disminución de la altura vertebral) o para valorar cambio de tratamiento e imposibilidad de realizar densitometría ósea para el diagnóstico y/o seguimiento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Menopausal Synthoms List, Menopause Rating Scale (MRS). Versión internacional año 2003 en Health Quality Outcomes julio 30 1 (1).
2. Cuestionario MENCAV. Buendía j. et al. en Atención Primaria, 2, 2001.
3. Climaterio y calidad de vida. Estudio nacional sobre calidad de vida de la mujer climatérica española con sintomatología clínica. Masson Ed. 2001.
4. Boletín de Farmacovigilancia de la Comunidad Valenciana. Controversias del tratamiento hormonal sustitutivo. Número 59, año 2002-2º.
5. Terapia Hormonal Sustitutiva. Monografía. Boletín Terapéutico Andaluz. 2002, número 20.
6. Formación Médica Continuada (FMC). Protocolos 1/2003. Menopausia.
7. Programas Básicos de Salud. Programa de la mujer. Volumen II. Semfyc. Ediciones Doyma 2000.
8. Fitoestrógenos: conocimientos básicos y utilidad clínica Haya J et al Medicine 2002. Revisión.
9. Atención a la mujer climatérica en Guías de Actuación Clínica en Atención Primaria. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. 2002.
10. Osteoporosis en Guías de Actuación Clínica en Atención Primaria Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat 2002.

## ANTICONCEPCION Y ATENCION PRIMARIA

Dra. Marisa Altarriba Cano  
Dra. Carmen Cerdeño Gómez  
Grupo de Trabajo de atención a la mujer de la SVMFIC  
CAP Rocafort y CAP Babel (Alacant)

## INTRODUCCION

La planificación familiar se debe considerar como actividad preventiva y a la que el médico de Atención primaria debe contribuir, facilitando información que permita al usuario elegir el método más adecuado en cada caso.

El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para dar consejo contraceptivo, por conocer tanto los antecedentes patológicos, situación familiar y factores socioculturales que rodean a sus pacientes. Así pues debemos dar una información clara, objetiva y suficiente para que la pareja pueda entender los riesgos y ventajas sin imponer nuestro criterio.

Hay que evaluar el riesgo de mal cumplimiento e intentar evitarlo asegurándonos que ha comprendido la correcta utilización así como ofrecernos para preguntas y dudas.

## CONSEJO CONTRACEPTIVO

Es la información equilibrada y objetiva de cada uno de los métodos anticonceptivos que permita en función de las características individuales o de pareja la adopción del más idóneo para conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductivo.

No existe un método anticonceptivo ideal ya que cada uno presenta ventajas e inconvenientes y cada persona o pareja tiene su propia idiosincrasia en la que destaca la motivación; actitud positiva o negativa hacia el método anticonceptivo, condicionada por las relaciones sexuales y el objetivo de la contracepción, y el perfil de la persona; edad, nivel cultural, creencias, grado de información, estado de salud.

La adopción de un método anticonceptivo evitará embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, permitiendo separar sexualidad de procreación.

Cumplimiento o continuidad de uso de un anticonceptivo consiste en la correcta utilización de ese método, de forma regular y continuada, y conlleva a la eficacia real del mismo.



## PERFIL DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Las principales características que definen un método anticonceptivo cuando se realiza un consejo contraceptivo son: La eficacia, la seguridad, la reversibilidad, la complejidad de uso, la relación con el coito y el precio.

**Eficacia:** es la capacidad que ofrece un método anticonceptivo para impedir la gestación, suele expresarse mediante el índice de Pearl.

**Índice de Pearl:** es el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año.

Debe considerarse dos parámetros, uno sería la eficacia teórica que sería la tasa de embarazos por 100 mujeres en un año en utilización de un método anticonceptivo en condiciones óptimas, y el otro sería la eficacia real que es la condicionada por posibles fallos humanos en su utilización.

**Seguridad:** capacidad de un método anticonceptivo para alterar positiva o negativamente el estado de salud de un usuario o de amenazar su vida.

**Reversibilidad:** valora la recuperación de la capacidad reproductiva tras interrumpir el uso de un método anticonceptivo.

**Complicación-complejidad de uso:** el adecuado conocimiento del ciclo menstrual, la manipulación de los genitales, el establecimiento de una rutina, puede suponer la incorrecta utilización del método anticonceptivo.

**Relación con el coito:** es un factor que influye junto con la frecuencia de las relaciones sexuales según el método anticonceptivo tenga una relación inmediata, mediata o lejana con el coito.

**Precio:** es también un factor que influye.

## METODOS NATURALES

La OMS define a los métodos naturales para regular la fertilidad como "las técnicas para evitar el embarazo o planificar su instauración a través de la observación de los síntomas y signos que se producen de forma natural en las fases fértil y estéril del ciclo menstrual. Implícito en la definición de planificación familiar natural, cuando se emplea para evitar el embarazo, va el hecho de que exista abstinencia sexual coital durante la fase fértil del ciclo menstrual"

La utilización de estos métodos obliga a un entrenamiento con un periodo de aprendizaje de 3 a 6 meses, un conocimiento de los cambios corporales y genitales que se producen durante el ciclo menstrual, una disciplina casi diaria por parte de la mujer y una

adecuada colaboración del varón.

- ▶ Método de la temperatura basal corporal
- ▶ Método basado en el moco cervical. (Método de Billings)
- ▶ Métodos sintotérmicos.
- ▶ Método del ritmo o calendario. (Método Ogino-Knaus)
- ▶ Detección de la ovulación mediante nuevas tecnologías. Hay comercializados distintos sistemas para detectar la ovulación entre los que destaca la detección de la LH o el glucorónido de estrona en orina mediante tiras reactivas. El Unipath calcula los días fértiles mediante la información biológica administrada. El aumento de LH se produce entre 24 y 56 horas antes de la ovulación y la supervivencia del óvulo tras su salida del ovario es de 12 a 24 horas. El inconveniente es su coste elevado, con un índice de Pearl de 2-9%
- ▶ Lactancia prolongada
- ▶ Coito interrumpido. Aunque no es considerado un método anticonceptivo es el procedimiento más antiguo y utilizado, con porcentajes de uso muy variables (5-70%) ya que muchas parejas combinan el coito interrumpido y el preservativo que colocan en el momento de la eyaculación.

## METODOS BARRERA

### Diafragma y capuchón cervical

Se necesita una exploración ginecológica previa para realizar la medición del tamaño del diafragma necesario para cada mujer y para descartar contraindicaciones; prolapso uterino, laxitud de la musculatura vaginal, rectocele o cistocele. Un adiestramiento para su correcta utilización y una visita de seguimiento para comprobar la correcta utilización del mismo.

No se recomienda utilizarlo durante la menstruación.

Fue un método muy utilizado durante los años 50-70 pero actualmente ha caído ya en desuso, en mujeres motivadas proporciona una elevada eficacia con tasas de fallos en el primer año de uso del 3,8 al 18%.

Protege frente a virus del papiloma humano, gonococia cervical, enfermedad inflamatoria pélvica. Si permanece colocado mucho tiempo puede producir cistitis de repetición, úlceras genitales, leucorrea y shock tóxico.

El capuchón cervical es muy parecido al diafragma pero de menor tamaño. No proporciona la misma protección frente a las enfermedades de transmisión sexual que las descritas para el diafragma.



## Preservativo masculino

La eficacia anticonceptiva se asocia a la correcta utilización y continuidad de uso, con tasas de fallos descritos del 2 al 12%.

Proporciona una elevada protección frente a infecciones por virus del papiloma humano, herpes simple, hepatitis B, VIH, infecciones por gonococo, chlamydia, trichomonas, mycoplasma, etc.

En adolescentes debemos dar instrucciones sobre su utilización:

1. Adquiere preservativos de calidad.
2. Comprueba siempre la fecha de caducidad.
3. Preservalos del calor, el sol y la humedad.
4. Abre el envoltorio con precaución, cuidado con uñas, dientes y anillos.
5. Coloca el preservativo sobre el pene en erección antes del contacto sexual, sujetándolo desde la punta y extendiéndolo hasta la base del pene, hay que dejar libre y sin aire la bolsita o receptáculo que se encuentra en la punta.
6. En caso de que no lleve depósito para la recogida del semen, deja un espacio libre de 2 cm en la punta.
7. Después de la eyaculación y antes de que el pene pierda su erección, retíralo sujetando el condón por la base para evitar que quede dentro.
8. No reutilices nunca el condón aunque no haya habido penetración ni eyaculación.
9. En caso de utilizar lubricantes han de ser de base agua, nunca grasos (la vaselina rompe el látex)
10. En caso de rotura, o quedarse dentro de la vagina debes acudir al médico antes de las 72 horas.

## Preservativo femenino

Es una funda de poliuretano, prelubrificada con dimeticona, cerrada por un extremo y con un anillo flexible fijado en el extremo abierto y otro libre que sirve para introducir y fijar el extremo ciego en el fondo de la vagina cubriendo el cérvix, igual que el diafragma. El anillo externo impide que el extremo abierto se introduzca en el interior de la vagina durante el coito. Presenta una tasa de fallos del 2,6-12,4% y proporciona una elevada protección frente a enfermedades de transmisión sexual.

Por su elevado precio, necesidad de manipulación de genitales internos y adiestramiento para su correcta introducción en la vagina es un método anticonceptivo de escasa utilización en nuestro medio.

## Espermicidas

La tasa de fallos cuando el espermicida es el

único método es del 5,8 al 21% por lo que se utiliza acompañando a otro método (preservativo, diafragma, capuchón o dispositivo intrauterino, olvidos de píldoras anticonceptivas) Los preservativos llevan todos espermicida.

## DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

La comercialización de los DIU se produce en los años 60, utilizando en los primeros dispositivos el polietileno recubierto de bario para poder detectarlo mediante rayos X, posteriormente se añade iones (cobre o plata) y más recientemente se introduce gestágeno.

Los mecanismos de acción de los DIUs inertes o liberadores de iones no están del todo clara, es probable que la principal acción anticonceptiva se deba a la respuesta inflamatoria en el interior del útero que dificulta la implantación del blastocito junto a posibles acciones nocivas en el óvulo y los espermatozoides. Los DIUs medicados con gestágenos añaden a este efecto anticonceptivo la pseudo atrofia o atrofia del endometrio.

La duración de la actividad anticonceptiva en los DIUs liberadores de iones está en función de la carga, habitualmente entre 3 y 5 años.

La eficacia de los DIUs es muy alta con un índice de Pearl del 0,6-2%.

Las contraindicaciones absolutas para la utilización del DIU son; embarazo, sangrado uterino no filiado, anomalías de la cavidad uterina, infección genital aguda, enfermedad de Wilson y terapia anticoagulante.

Las contraindicaciones relativas son; alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, dismenorrea, hipermenorreas, estenosis cervical, anemia ferropénica, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, puerperio (hasta la sexta semana)

La inserción suele realizarse durante el sangrado menstrual, aunque no siempre es necesario. Tras la primera menstruación postinserción se realiza el primer control mediante ecografía para comprobar la distancia al fundus uterino, los siguientes controles se realizan al año con citología, ecografía si se sospecha desplazamiento y hemograma si el sangrado es abundante. A la mujer se le informará sobre signos y síntomas especialmente los relacionados con la enfermedad inflamatoria pélvica.

## EFICACIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS

(Ver tabla 1 en página siguiente)





Tabla 1. Eficacia de los Anticonceptivos

		I.P. TEORICO	* I.P. REAL**
<b>Métodos Naturales</b>	Ogino-Knaus	10-14	20-40
	Temperatura	2-10	20
	Moco Cervical	0,06-2,8	20
	Sintotérmico	0,5	20
	Lactancia prolongada	2	4-10
	Coito interrumpido	5	18-40
<b>Métodos barrera</b>	Diafragma	2,6-3,8	18
	Presv. Masculino	2	12-14
	Presv. Femenino	2,6	13-18
	Espermicida	5	21
<b>DIU</b>	Inertes	0,6-2	0,6-2
	Iones	0,6-2	0,6-2
	Medicados	<0,1	0,8
<b>Métodos Hormonales</b>	AO: Combinados	0,12-0,34	3-8
	AO: Gestágeno	0,5	3
	Intramus.: Comb.	1	2-17
	Intramus.: Gestag.	0,3-1,2	1,5-16,2
	Implantes	0,05	0,05
	Anillos Parches		
<b>Métodos quirúrgicos</b>	Esteriliz. tubárica	0,4	0,4
	Vasectomía	<0,1	<0,1

\* Índice de Pearl teórico: Tasa de embarazo por 100 mujeres en un año en utilización ideal del método anticonceptivo.  
\*\* Índice de Pearl real: Tasa de embarazo por 100 mujeres en un año al utilizar un método anticonceptivo.

## ANTICONCEPCION HORMONAL ORAL (AHO)

En España se estima que un 14% (1.500.000) de las mujeres en edad fértil utilizan AHO, siendo el segundo método anticonceptivo después del preservativo y por delante del DIU.

Su mecanismo de acción se basa en interferir las comunicaciones normales que sincronizan la ovulación, el funcionalismo tubárico, la preparación del endometrio y las modificaciones del endometrio. Su principal indicación es la anticonceptiva pero tiene otras como el tratamiento del síndrome premenstrual y la dismenorrea, control de las hemorragias uterinas disfuncionales, tratamiento del acné e hirsutismo y disminuye la incidencia de quistes ováricos y el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.

Tabla 2. Anticoncepción Hormonal (AHO).

Nombre comercial	Etinilestradiol Microgr. X comp.	Gestágeno Microgr. X comp.
Neogynona Ovoplex #	50	Levonorgestrel 250
Microginon Ovoplex 30/150 #	30	Levonorgestrel 150
Diane 35 Diane 35 diario # *	35	Acetato de Ciproterona 2000
Triagynon** Triciclor #**	30,40,30	Levonorgestrel 50,75,125
Microdiol	30	Desogestrel 150
Gynovin Minulet	30	Gestodeno 75
Trigynovin ** Tri-minulet **	30,40,30	Gestodeno 50,70,100
Suavuret	20	Desogestrel 150
Meliane Meliane diario * Harmonet	20	Gestodeno 75
Melodene # *** Minesse # ***	15	Gestodeno 60
Loette	20	Levonogestrel 100
Yasmin	30	Drospirenona 300
Nuvaring	15	Etanogestrel 120
Ebra		
Cerazet		Desogestrel 75

# Financiado por la SS.

\* Preparado con 28 comprimidos 21 activos y 7 placebo.

\*\* Preparado trifásico.

\*\*\* Preparado con 28 comprimidos 24 activos y 4 placebo.

### ¿Cuáles son los requisitos previos antes de la prescripción de AHO?

Para ello solo se necesita una correcta anamnesis, toma de la TA, recomendándose la exploración abdominal y mamaria y la determinación de triglicéridos, colesterol total y glucosa si no disponemos de analítica reciente.

En la historia clínica debemos registrar los hábitos tóxicos, historia de migrañas, riesgo de tromboembolismo venoso (TEV previo, TEV en familiar menor de 50 años, varices muy sintomáticas, gran obesidad, inmovilización), antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, dislipemias, diabetes,