

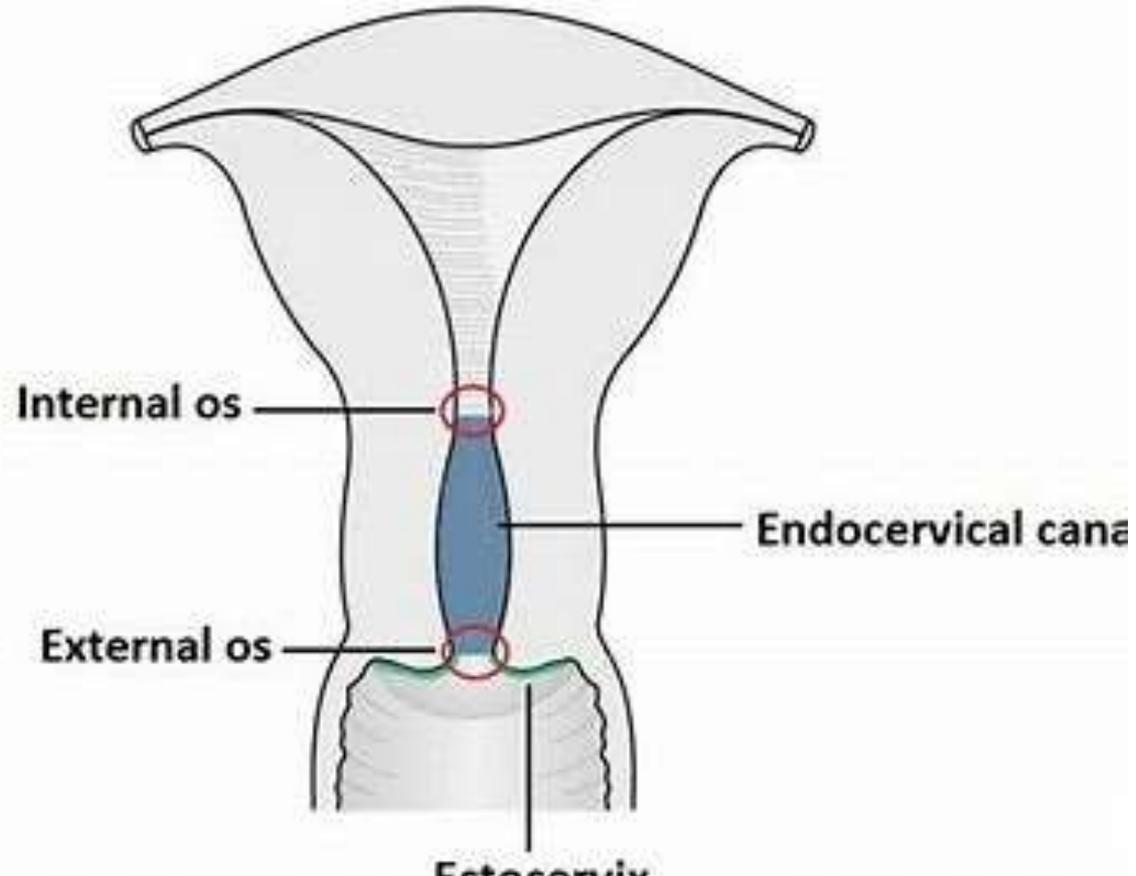
PAP y colposcopia en la consulta médica

Francisca Quiroga
Tocoginecología
Hospital Alemán - Sanatorio Güemes

Anatomía

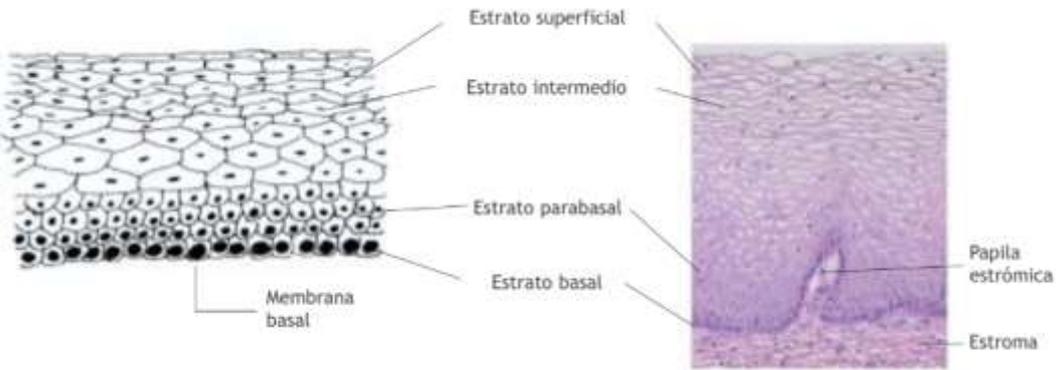
El Cérvix tiene dos porciones:

- **Supravaginal:** canal endocervical
- **Intravaginal:** visible y palpable. Muestra en su parte central el orificio cervical externo



Histología

Exocervix: epitelio escamoso estratificado no queratinizante. Contiene Glucógeno



Endocervix: epitelio cilíndrico. Sin glucógeno.

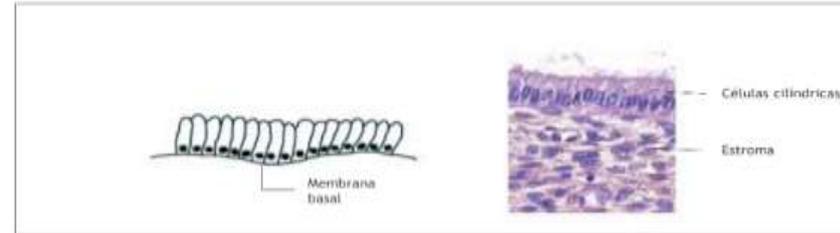


FIGURA 1.3: Epitelio cilíndrico (x 40)

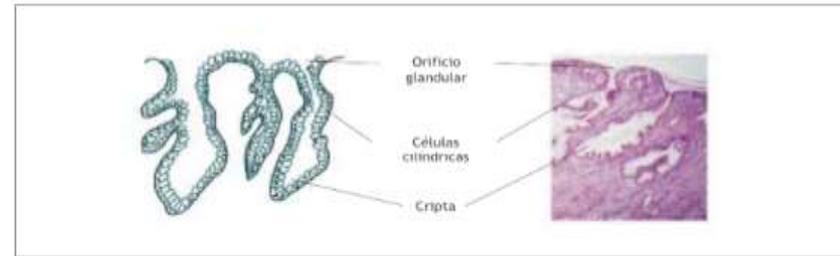


FIGURA 1.4: Criptas del epitelio cilíndrico (x 10)

Zona de transfo

Superficie del cérvix oc
ha transformado en ep

- TIPO 1: Localizada
- TIPO 2: Compone
- TIPO 3: Compone

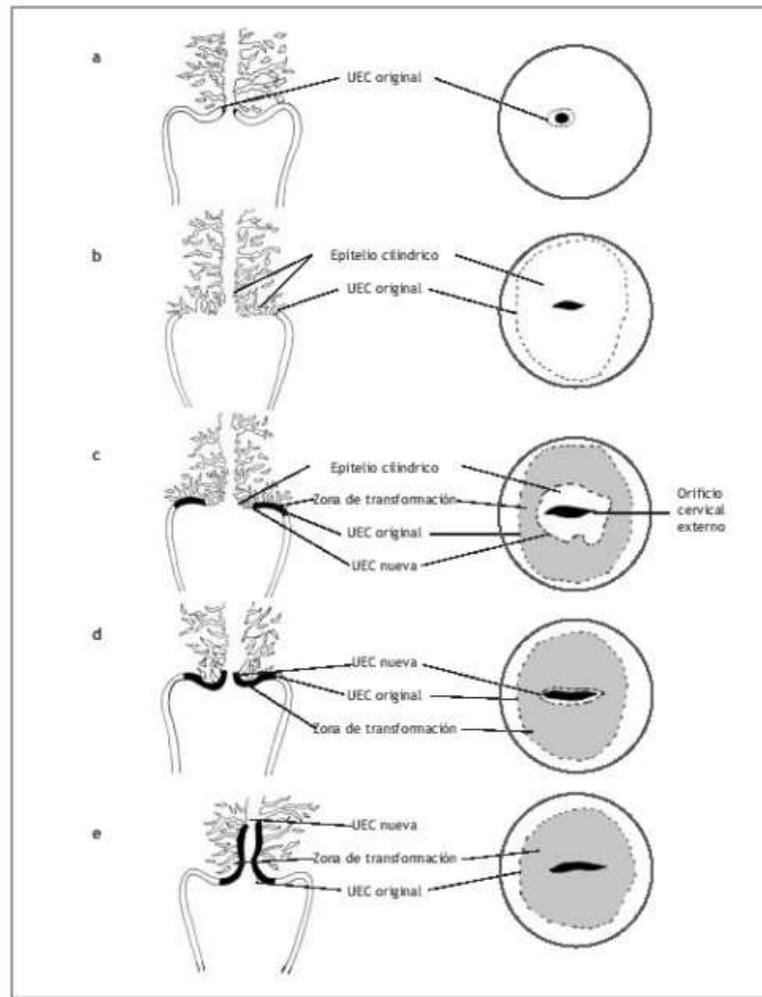
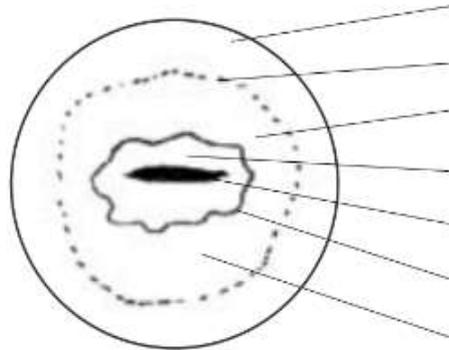


FIGURA 1.7: Ubicación de la unión escamoso-cilíndrica (UEC) y la zona de transformación; a) antes de la menopausia; b) tras la pubertad y al principio del período reproductivo; c) hacia los 30 años; d) hacia la menopausia; e) después de la menopausia.

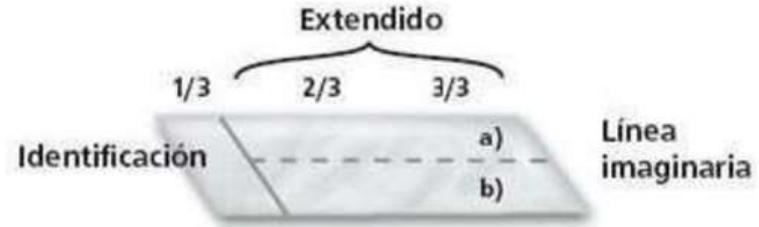
drico que se

e visible.
visible

Citología cervical - Papanicolau

Toma de muestra de células del
cérvix y canal endocervical para
detectar células patológicas, basado
en la exfoliación espontánea o
inducida de células.

Tinción de papanicolau sobre el
extendido celular.



FIJACIÓN DE LA MUESTRA CON ALCOHOL AL 96 %



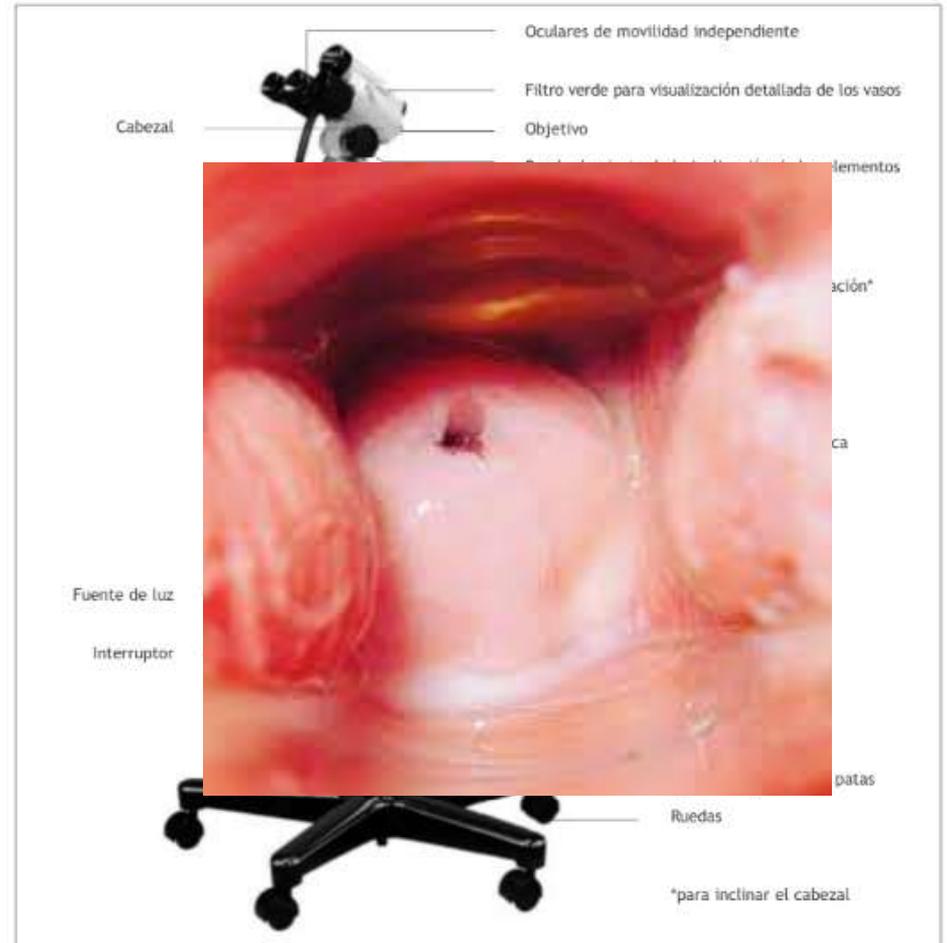
Colposcopía

Técnica que mediante colposcopio permite examen visual del cuello uterino bajo aumento como *auxiliar en el diagnóstico de las neoplasias cervicales*.

Método de diagnóstico clínico.

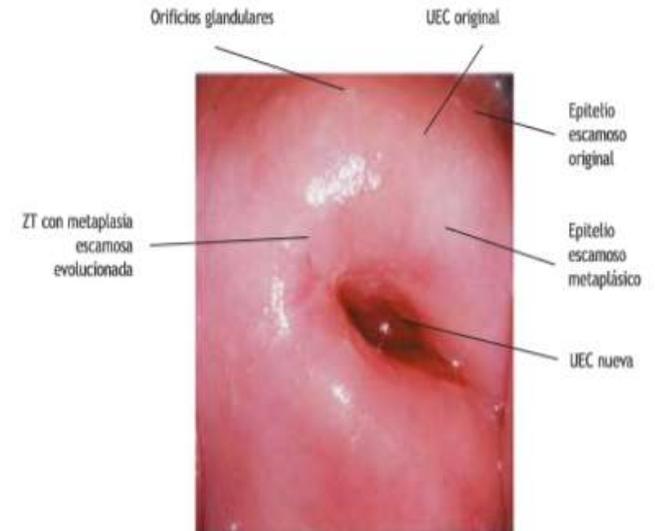
Tomar biopsias bajo visión directa.

Determinar extensión de lesiones.



Técnica colposcópica

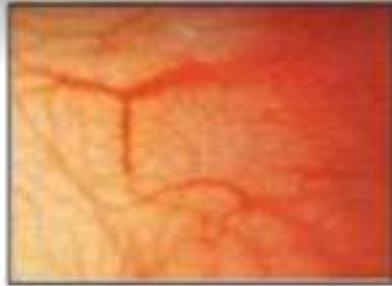
- 1) Insertar espéculo.
- 2) Extracción de moco cervical con torundas de algodón con solución fisiológica.
- 3) Examinar patrón vascular (filtro verde).
- 4) Colocación ácido acético 3-5% (Prueba de Hinselmann).
- 5) Colocación Lugol (Test de Schiller).
- 6) En caso de imágenes sospechosas tomar biopsia.



Filtro verde



Red vascular normal



Ramificación normal del árbol vascular, con calibres gradualmente decrecientes



Aplicación de ácido acético (Prueba de Hinselmann)

Resalta patrones colposcópicos.

Ácido acético al 3-5%.

Objetivo: detectar y evaluar cualquier área atípica o anormal de la zona de transformación.

La aplicación de ácido acético genera deshidratación celular transitoria con coagulación proteica.

REVERSIBLE.

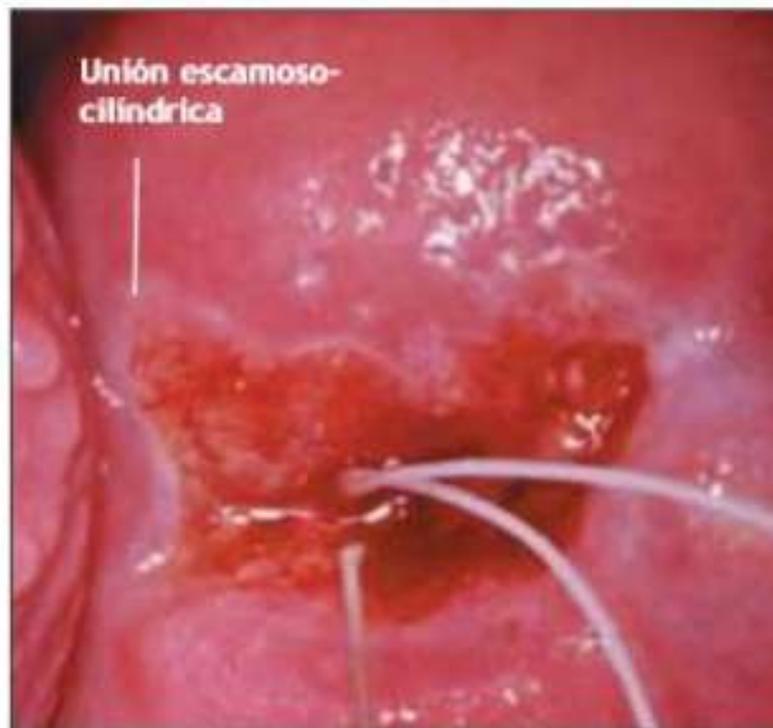


FIGURA 6.5: Nueva unión escamoso-cilíndrica que tras la aplicación de ácido acético al 5%.

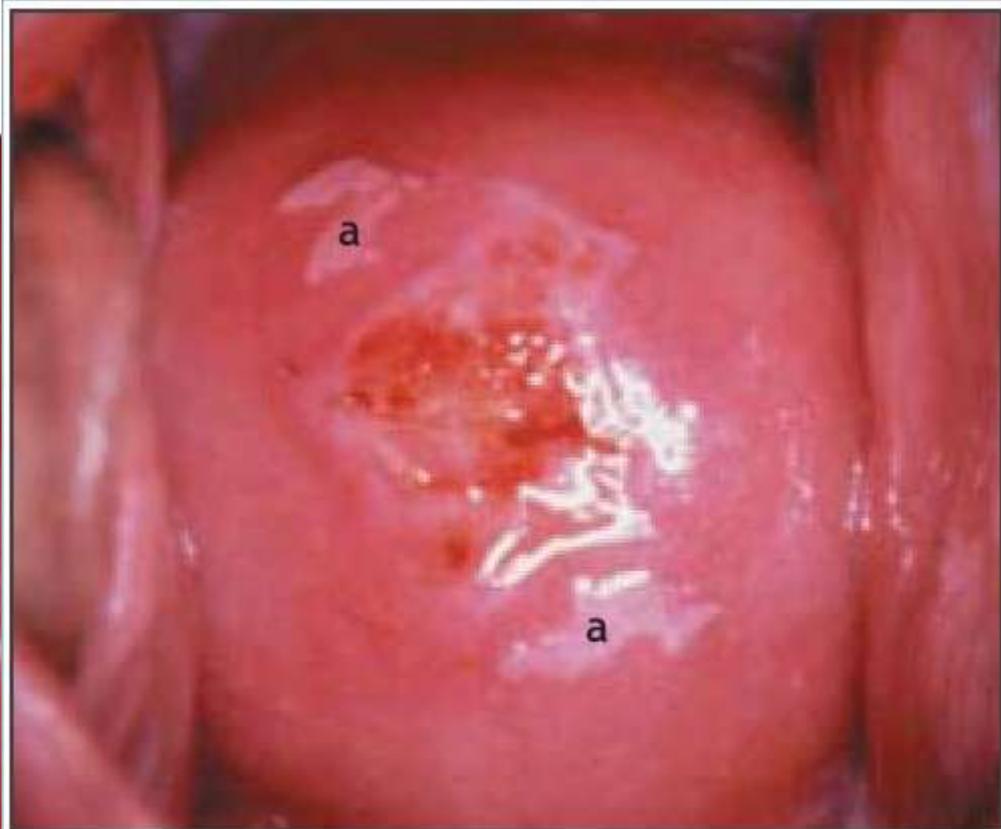


FIGURA 7.5: Lesiones satélites (a) alejadas de la unión escamoso-cilíndrica que hacen pensar en un condiloma.

Test de Schiller (solución de Lugol)

Epitelio metaplásico escamoso maduro/original: COLOR CAOBA

Epitelio metaplásico inmaduro: Ausencia de tinción/tinción parcial

Epitelio cilíndrico: No capta el color caoba

Mujeres post menopausicas: Ausencia de tinción por atrofia

MAYOR BENEFICIO EN PACIENTES CON CITOLOGÍA ANORMAL, YA QUE PERMITE IDENTIFICAR LESIONES Y LA TOMA DE BIOPSIA DEL ÁREA MÁS REPRESENTATIVA.

Schiller negativo o yodo positivo

Coloración pardo-caoba normal



Epitelio escamoso

El epitelio cilíndrico
no ha captado el yodo

Schiller positivo o yodo negativo

Coloración ausente, patológico

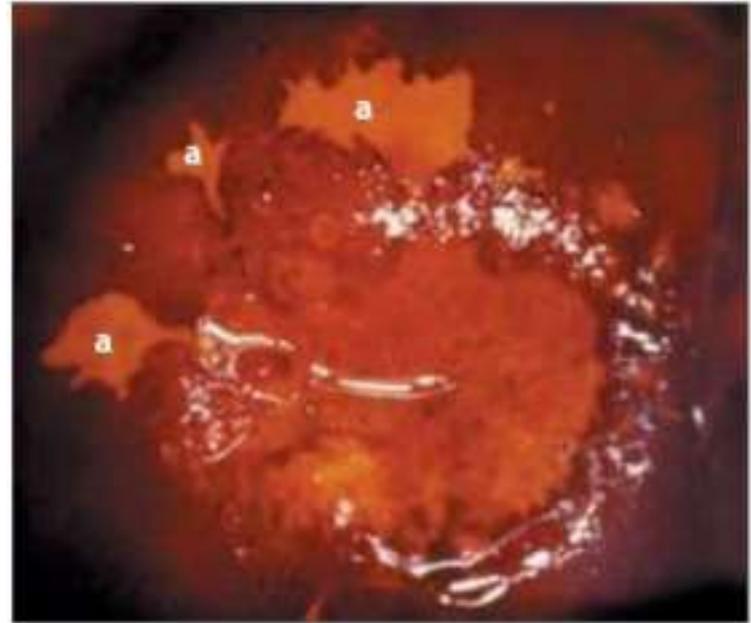


FIGURA 7.2B: Las lesiones satélites (a) no captan el yodo tras la lugolización; permanecen como delgadas zonas amarillas (su aspecto tras aplicar ácido acético puede verse en la figura 7.10).

¿Qué utilidad tienen estos métodos?

SCREENING CANCER DE CERVIX

Es un problema en salud pública ya que representa el cuarto cáncer más común tanto en incidencia como en mortalidad a nivel mundial

Presenta una distribución desigual tanto en incidencia como en mortalidad

Refleja la inequidad en el acceso a programas de tamizaje y a tratamiento

El 84% de los casos se da en países de recursos limitados

Argentina

Cada año se diagnostican 4500 nuevos casos y fallecen 2100 mujeres por esta patología

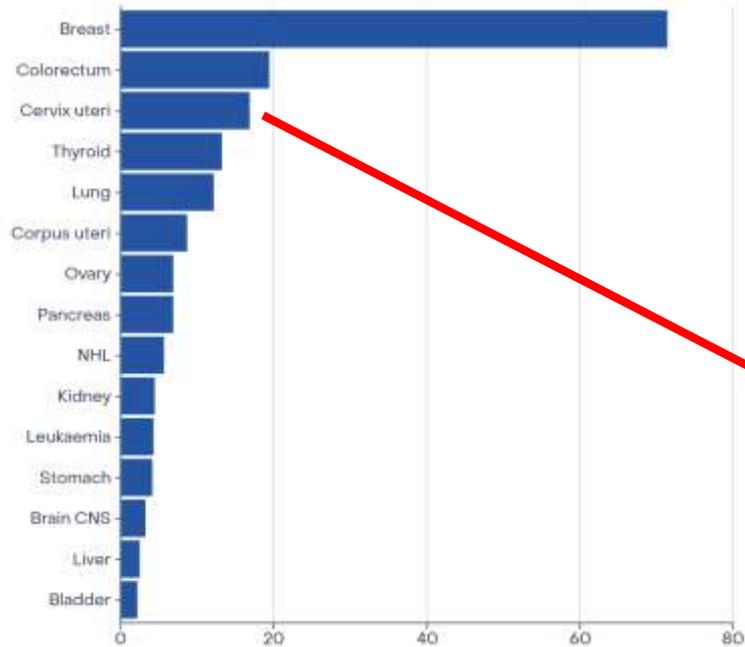
La cantidad de óbitos es mayor entre los 35 a 59 años

Es el tercer tumor más diagnosticada en nuestro país, luego de cáncer de mama y de colon. Siendo la cuarta causa de mortalidad por cáncer

Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Females, in 2022

Argentina

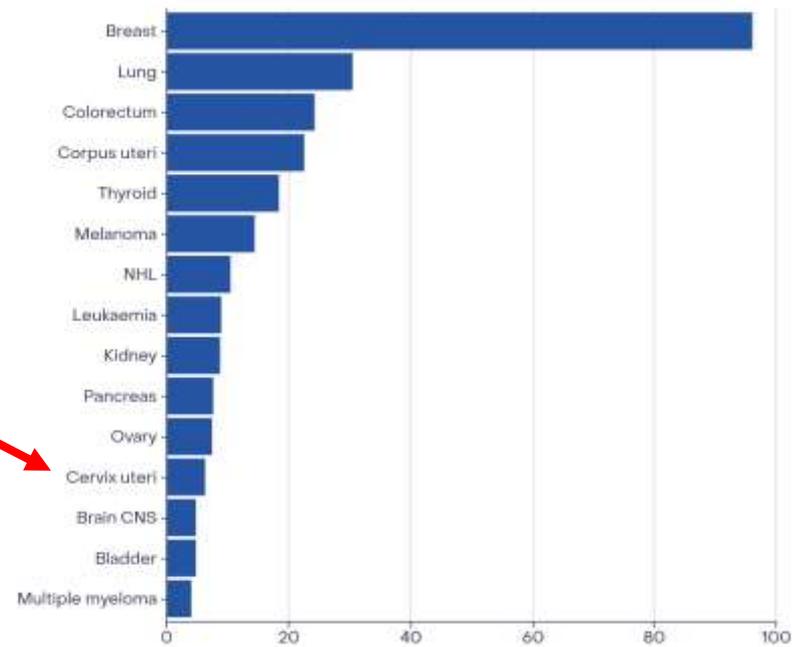
(Top 15 cancer sites)



Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Females, in 2022

United States of America

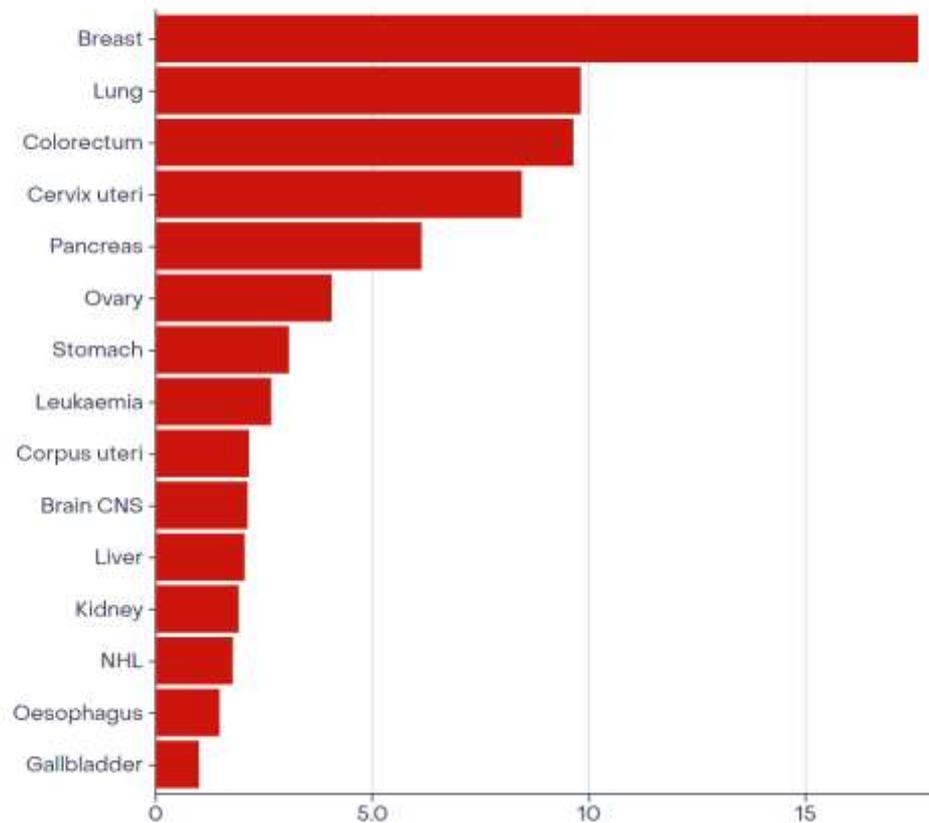
(Top 15 cancer sites)



Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Mortality, Females, in 2022

Argentina

(Top 15 cancer sites)



Factores de riesgo

Infección por HPV

Presente en el 99%

Riesgo relativo de

Si bien la infección
proporción de pac
adultos activos sexu

Grupo	Tipo de VPH
16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59	Grupo de alto riesgo
26-53-66-68-73-82	Probable grupo de alto riesgo
6-11-40-42-43-44-54-61-70-72-81	Grupo de bajo riesgo

es

ueña

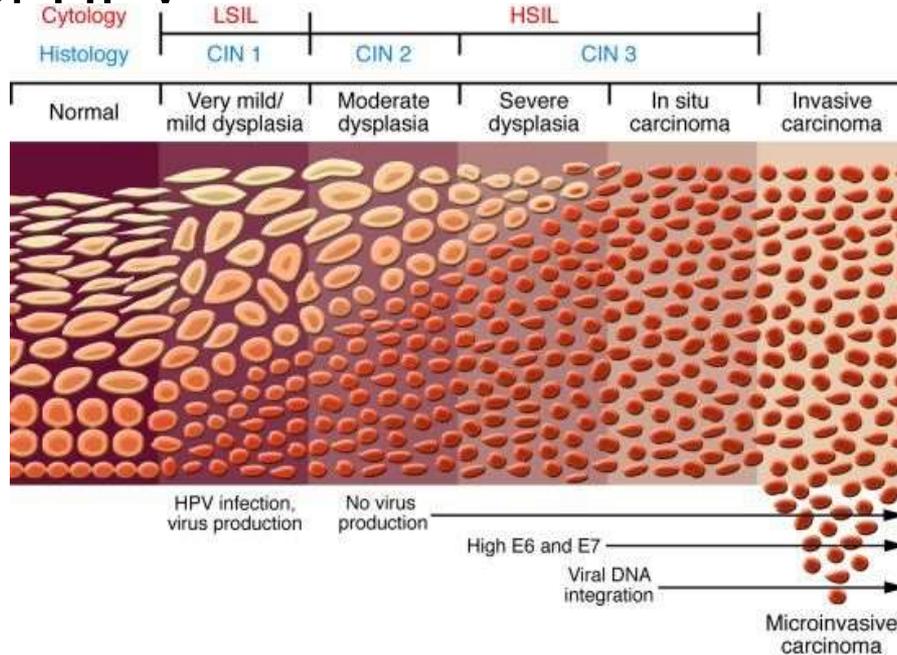
-80% de los

Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. Walboomers JM, et al. J Pathol. 1999;189(1):12.

Human papillomavirus infection among sexually active young women in the United States: Implications for developing a vaccination strategy. Manhart LE, et al. Sex Transm Dis. 2006;33(8):502.

Cervical cancer prevention in the era of prophylactic vaccines: a preview for gynecologic oncologists. Collins Y et al. Gynecol Oncol. 2006;102(3):552.

Infección por HPV



Esta progresión puede llevar aproximadamente 15 años

Este tiempo refleja la necesidad de otros eventos adicionales para la acumulación de mutaciones que no pueden ser reparadas.

Screening

Uso de una prueba sencilla en una población saludable para identificar a aquellos individuos que tienen una patología pero que todavía no presentan síntomas.

Características:

- Causa común de morbimortalidad.
- Detectable y tratable durante período asintomático.
- Tratamiento temprano superior a tratamiento durante fase sintomática o diagnóstica habitual.
- Test efectivos y eficaces.
- Daño potencial de intervención debe ser menor que el tratamiento no precoz.
- Bajo costo.
- Accesibilidad.

"Seguí los siguientes pasos"

1 Elige el lugar de tu casa donde puedas tener privacidad.



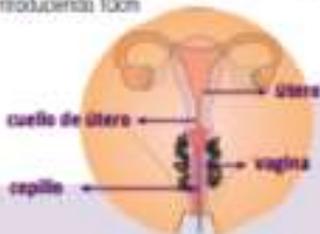
2 Busca una posición que te quede cómoda (puede ser en cuclillas, parada, acostada sobre una cama con las piernas flexionadas o con una pierna arriba de una silla)



3 Con las manos limpias y luego de sacarle la bombacha, destapá el tubo y apoyá la tapa boca arriba. Es muy importante que lo tengas parado así no se derrama el líquido que tiene adentro



4 Tomá el cepillo con las manos y metelo en la vagina hasta que haga tope. Aproximadamente lo estarás introduciendo 10cm



5 Una vez que el cepillo está adentro, giralo 3 veces y sacalo de la vagina



6 Meté el cepillo adentro del tubo, quíbralo por la parte marcada así podés sacarlo

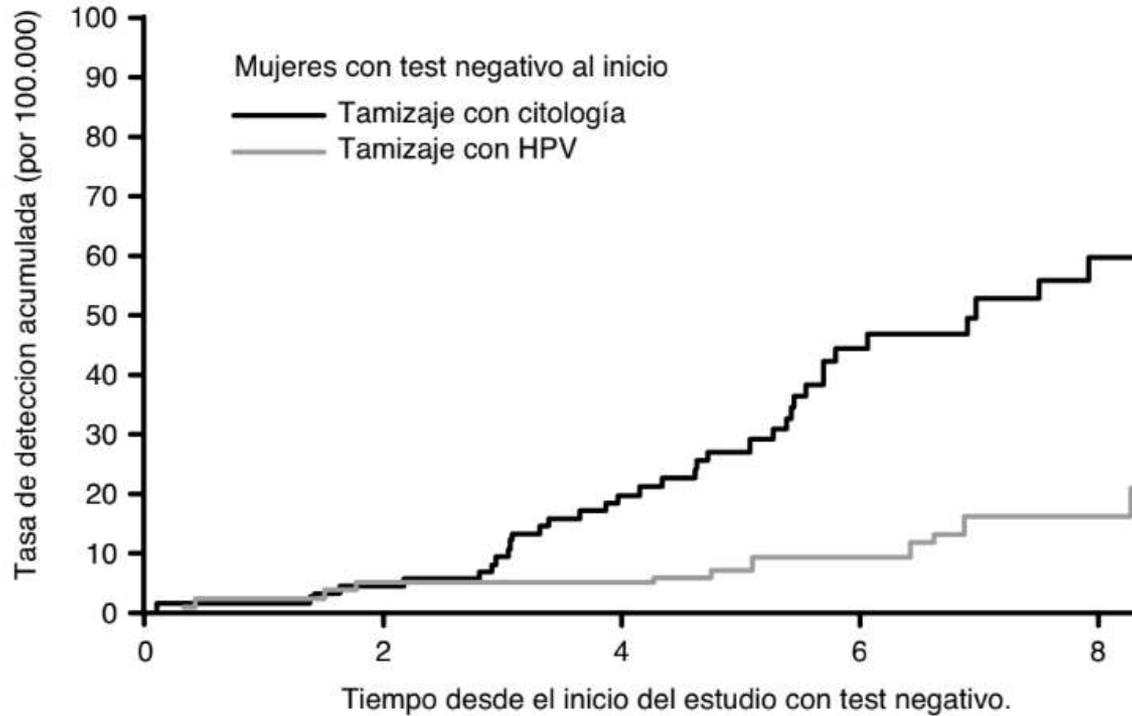


7 Entregalo a tu agente sanitario para que lo lleve a analizar al laboratorio de VPH



	CITOLOGÍA	TEST DE VPH
Sensibilidad de la técnica	Moderada/baja [40%-50%].	Alta [>90%].
Valor predictivo negativo	Bajo.	Alto.
Toma de la muestra	Altamente operador-dependiente.	Menos operador-dependiente. Permite la autotoma.
Traslado de la muestra	Alto riesgo de desecación y contaminación debido a la falta de cuidado en los traslados.	Colector estandarizado. Alta calidad de preservación.
Procesamiento de la muestra	Altamente dependiente del operador.	Procesamiento automático y/o semi-automático.

Tamizaje con prueba de hpv: experiencia europea



▲ Fig. 3

Riesgo de cáncer de cuello uterino según la prueba de HPV o la citología negativa.

Indicaciones

TAMIZAJE	< 30 años y > 3 años de IRS	≥ 30 años	> 65 años	> 70 años
Prueba de HPV	-	Cada 5 años	discontinuar	-
Citología sola	Después de 2 negativas anuales, cada 3 años	Cada 3 años	-	discontinuar

Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: “Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino”.
SAPTGIyC – SOGIBA - 2022

Resultados

Citología

- *Cambios citológicos menores:*
ASC-US, L-SIL
- *Cambios citológicos mayores:*
ASC-H, H-SIL, AGC, AIS

- Carcinoma invasor: escamoso, adenocarcinoma

Test de HPV

Positivo: realizar triage con citología.

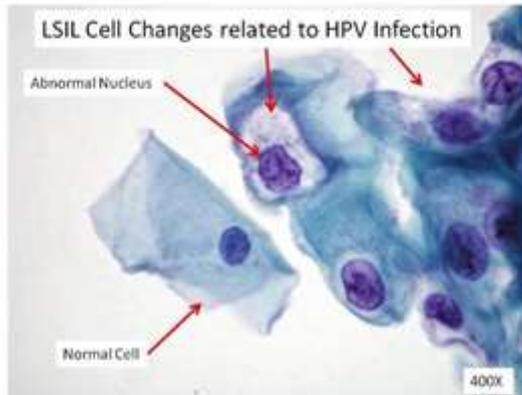
Citología

L-SIL

Células grandes.

Núcleos anormales en células superficiales o intermedias (las figuras mitóticas y los nucléolos visibles son poco comunes en estos)

Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion(LSIL)



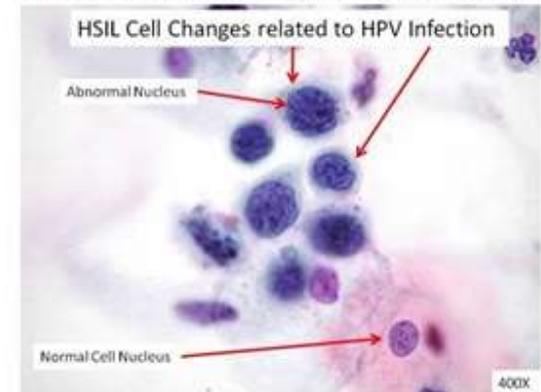
H-SIL

Células pequeñas

Núcleos anormales en células parabasales y basales

Mayor relación

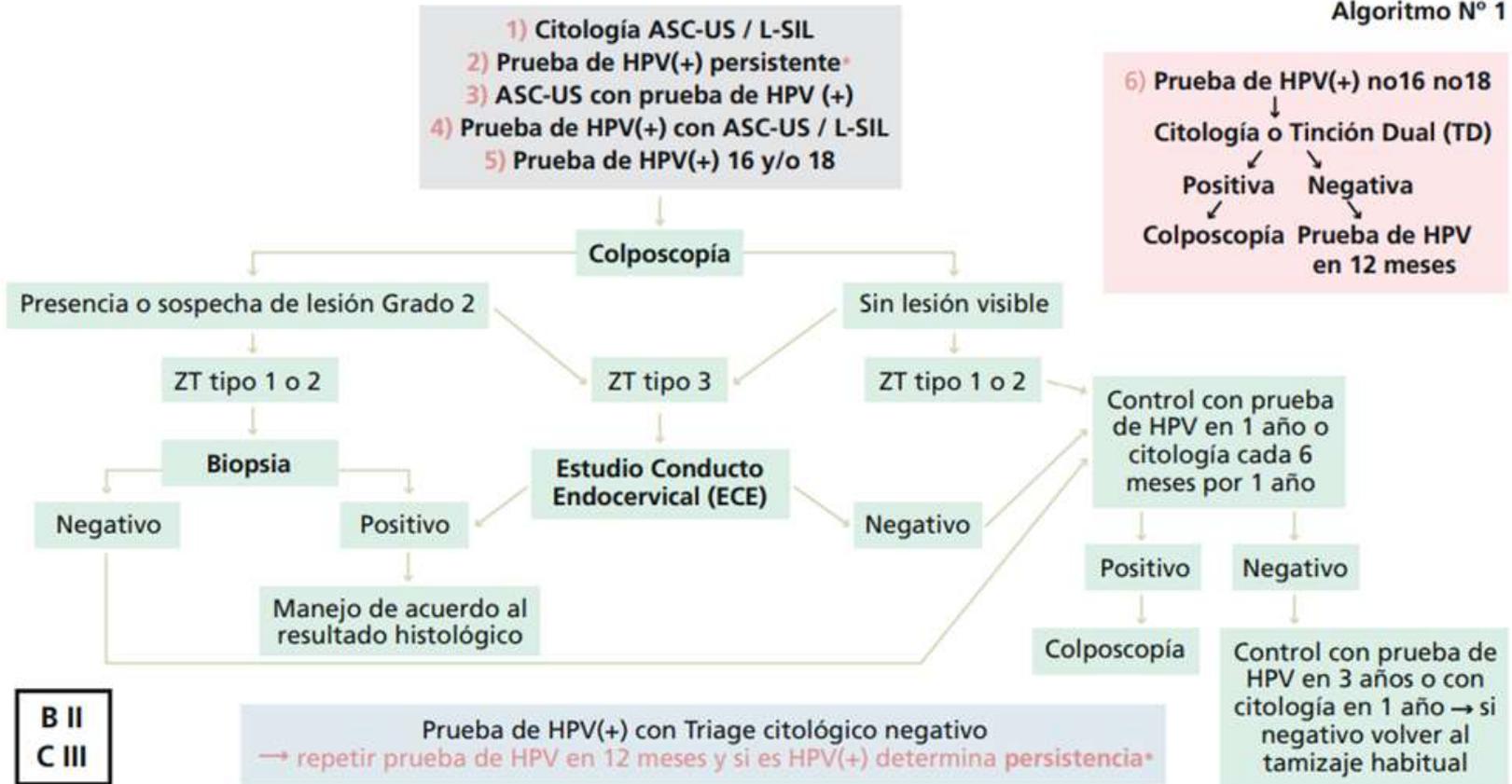
High Grade Squamous Intraepithelial Lesion(HSIL)



Diagnóstico definitivo CIN se establece por examen histopatológico de biopsia cervical.

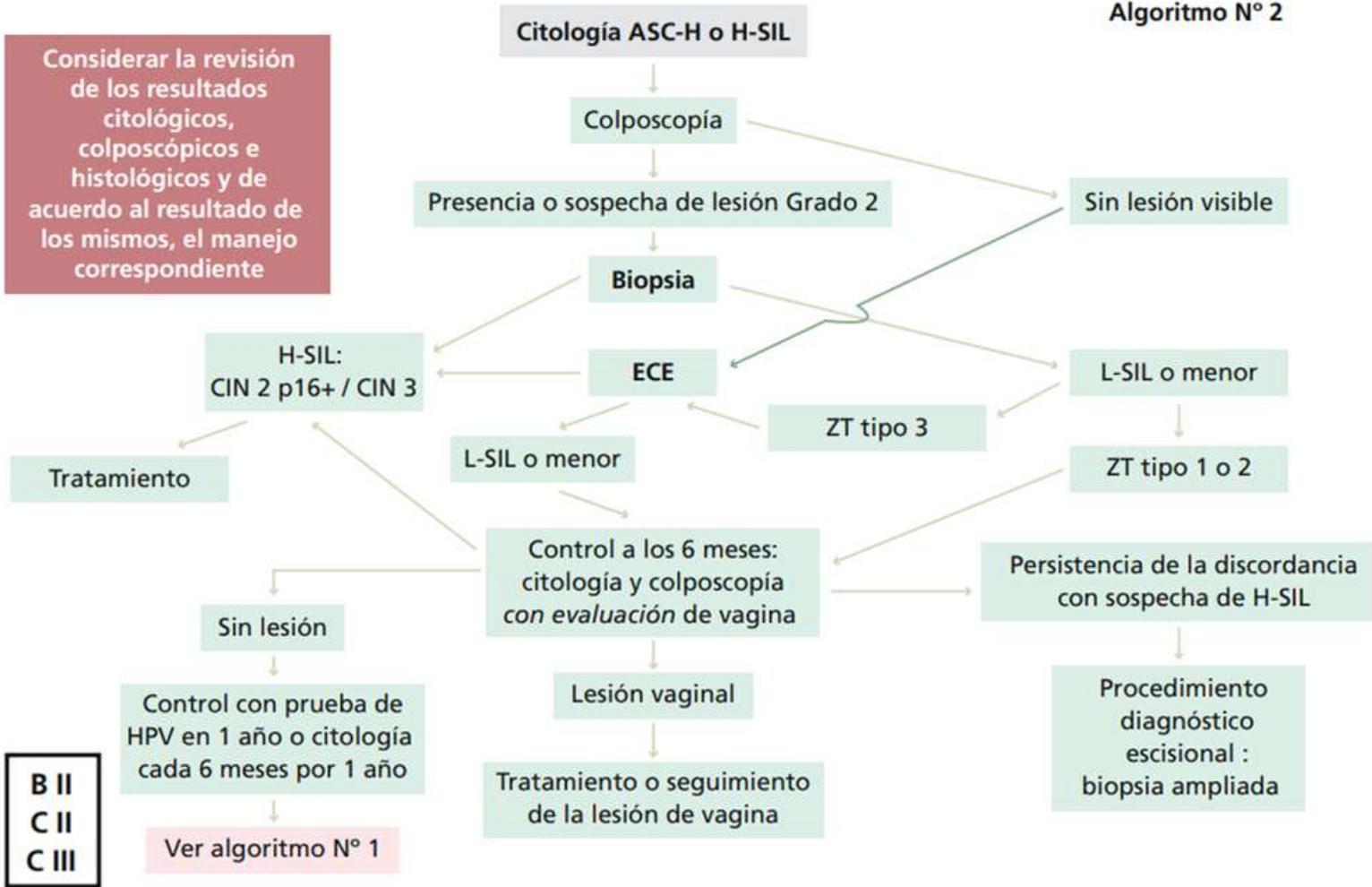
MANEJO DEL TAMIZAJE ANORMAL

Algoritmo N° 1



Algoritmo N° 2

Considerar la revisión de los resultados citológicos, colposcópicos e histológicos y de acuerdo al resultado de los mismos, el manejo correspondiente



B II
C II
C III

Vacunas en la mujer adulta

Vacuna contra HPV

Objetivo: disminuir la incidencia y mortalidad por CCU, disminuir la carga de enfermedad asociada al HPV, y sus complicaciones

Vacunas aprobadas

- Cervarix (16,18)
- Gardasil 4 (6, 11)
- Gardasil 9 (31, 33, 45, 52, 58)

Indicaciones por calendario

- Mujeres de once años nacidas a partir del año 2000
- Varones de once años nacidos a partir del año 2006
(una dosis hasta los 20 años, se requieren dos dosis de 20-26 años)
- Personas de 11 a 26 años con inmunosupresión
(tres dosis)

Inmunosuprimidos:

- HIV
- Transplantados
- LES
- Artritis idiopática juvenil
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Dermatomiositis
- Otras enfermedades autoinmunes que requieran drogas inmunosupresoras

Barnabas RV, Brown ER, Onono MA, Bukusi EA, Njoroge B, Winer RL, Galloway DA, Pinder LF, Donnell D, Wakhungu I, Congo O, Biwott C, Kimanathi S, Oluoch L, Heller KB, Leingang H, Morrison S, Rechkina E, Cherne S, Schaafsma TT, McClelland RS, Celum C, Baeten JM, Mugo N. **Efficacy of single-dose HPV vaccination among young African women.** NEJM Evid. 2022 Jun;1(5):EVIDoa2100056.

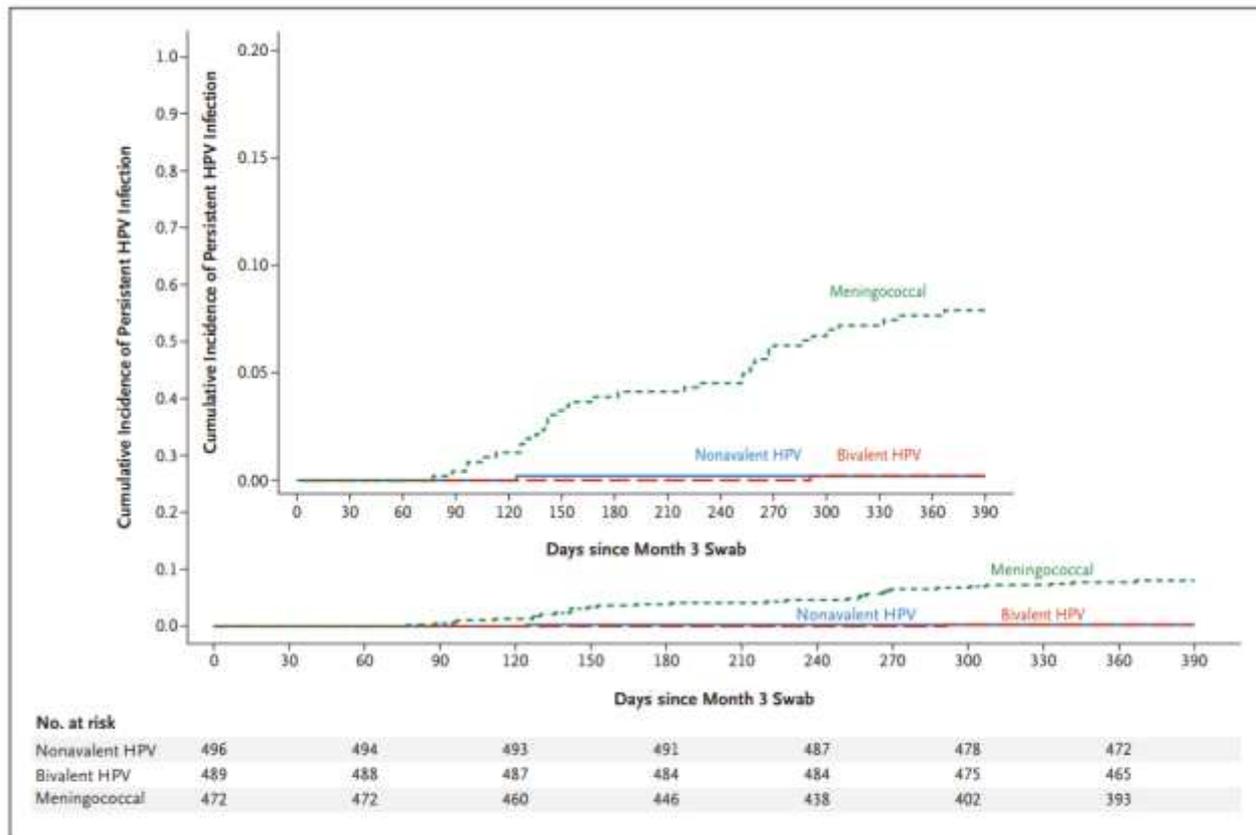


Figure 2. Kaplan-Meier Curves for the Primary Modified Intention-to-Treat Analyses. HPV 16/18 infection. HPV denotes human papillomavirus.

Vacunación fuera de calendario

Vacuna contra HPV en mujeres entre 15-26 años

Elevada eficacia (43.0-93.2%) para prevenir CIN3+ independientemente del tipo viral que lo produzca en mujeres sin evidencia de infección o lesión al momento de la vacunación

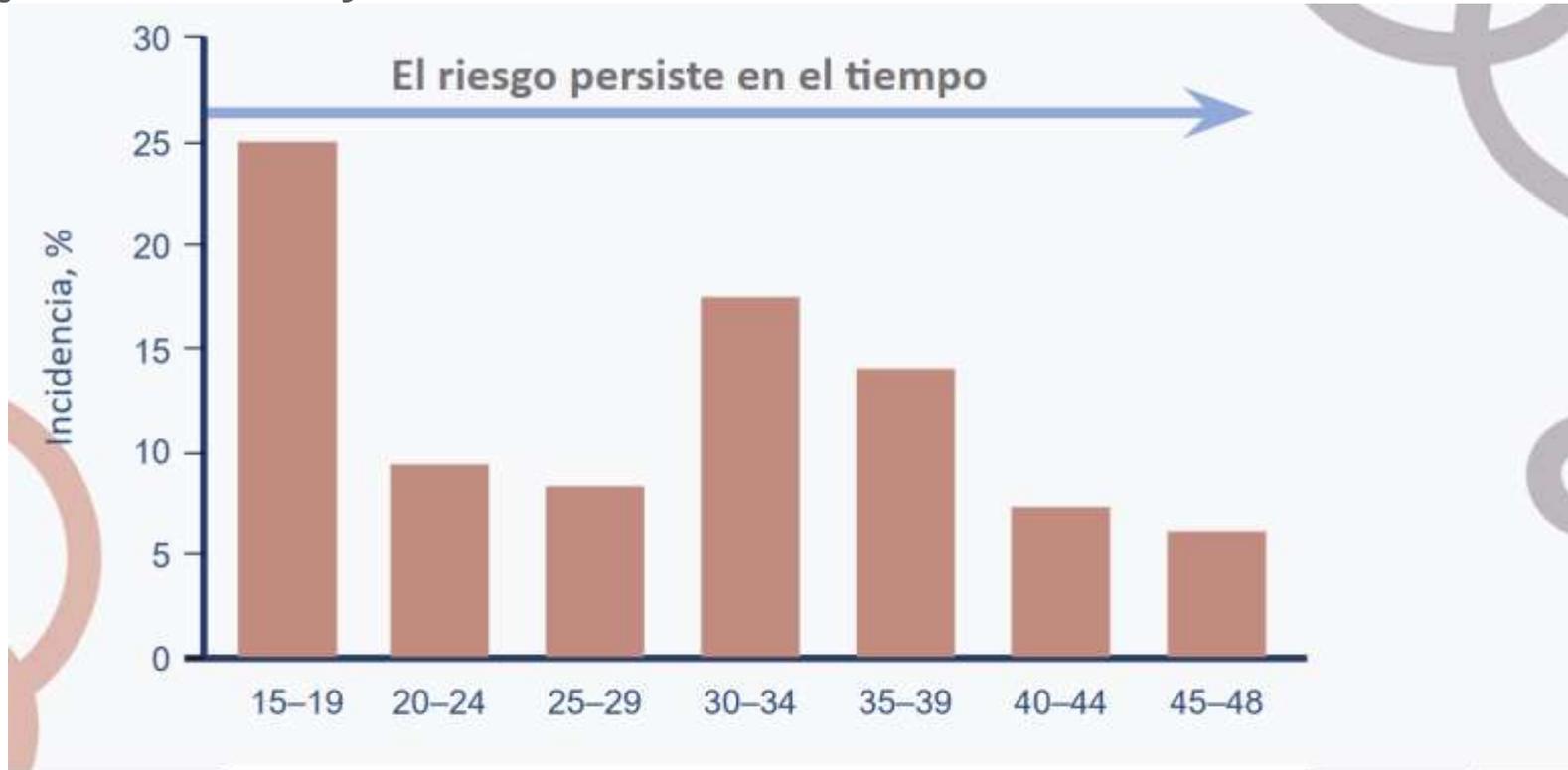
Si bien el momento ideal es vacunar antes de los 15 años también sería eficaz vacunar en el grupo etario 15-26 años

Paavonen J. Lancet 2009; 374: 301 – 4 Paavonen J. IPV 2010 Montreal. Poster 689 Lehtinen M. Lancet Oncol 2012; 13: 89 - 9

Kjaer et al. Cancer Prev Res 2009; 2: 868 Muñoz N et al JNCI 2010 Mar 3; 102(5): 325-339 Schiller J. NCI, NIH, USA. IPV 2010 Montreal.

Vacunación fuera de calendario

Mujeres entre 26 y 45 años de edad



Incidencia de HPV por Grupo Etario – Ontario (Canada)

Estudio Patricia

Evaluó la respuesta inmune para la **vacuna bivalente** en **mujeres de 26 a 55 años** en comparación con mujeres entre 15 y 25 años, con seguimiento hasta 21 meses posteriores a la vacunación (n 18729).

Todas seroconvirtieron con títulos de anticuerpos para HPV 16 y 18.

Si bien los títulos disminuyen con la edad, en esta población el título de anticuerpos fue al menos ocho veces mayor que el observado a los 24 meses en mujeres que eliminaron una infección por HPV sin haber estado vacunadas.

Este estudio informa una eficacia del 98% para la prevención de CIN 2 CIN 3 o adenocarcinoma in situ.

Protocolo Future III

Evaluó en 3819 mujeres entre 24 a 45 años seguridad, inmunogenicidad y eficacia de la vacuna cuadrivalente.

La eficacia de la vacuna vs. la incidencia combinada de infección persistente, neoplasia intraepitelial cervical o lesiones genitales externas fue:

- en mujeres entre 24 a 34 años del **91,3%** (IC 95%, 78,4-97,3)
- en mujeres de 35 a 45 años del **83,8%** (IC 95%, 57,9-95,1).

La vacuna cuadrivalente demostró alta eficacia, seguridad e inmunogenicidad en mujeres de 24 a 45 años independientemente de su exposición previa a los tipos de HPV incluidos en la vacuna.

Vacunación fuera de calendario

Mujeres entre 26 y 45 años de edad

- Existe un riesgo significativo de adquirir nuevas infecciones por HPV
- Mayor riesgo de persistencia con la edad
- Eficacia es alta $\geq 90\%$
- Buen perfil de seguridad
- Indicación personalizada: evaluación del costo-beneficio en cada caso en particular y de la decisión individual de cada paciente.
- No hay límite de edad establecido por la ANMAT

Vacunación fuera de calendario

Mujeres que ya tuvieron lesiones producidas por HPV

Deben ser consideradas de alto riesgo para adquirir nuevas infecciones:
Tienen un 69% de riesgo para adquirir una segunda infección y un 63% para una tercera

Future I/II

Pacientes tratadas por lesión en cuello uterino, Prevención de nueva lesión con la vacuna:

- CIN 2 +: 64.9%
- CIN 3+: 73.5%
- Condilomas 63%

Article

HPV Vaccination as Adjuvant to Conization in Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Study under Real-Life Conditions

Marta del Pino ^{1,2,*} , Cristina Martí ¹, Ines Torras ¹, Carla Henere ¹, Meritxell Munmany ¹, Lorena Marimon ³, Adela Saco ³, Aureli Torné ^{1,2,†} and Jaume Ordi ^{3,4,†}

2013 a 2018: 265 mujeres: 153 recibieron la vacuna y 112 no se vacunaron.

HSIL persistente / recurrente fue menos frecuente en las mujeres vacunadas que en las no vacunadas (3,3% frente a 10,7%, $p = 0,015$).

La vacunación contra el HPV se asoció con un riesgo reducido de HSIL persistente / recurrente (OR 0,2, IC del 95%: 0,1-0,7, $p = 0,010$).

Vacunación fuera de calendario

Mujeres que ya tuvieron lesiones producidas por HPV

La vacunación no modifica la evolución de la infección o lesión presente: no es terapéutica.

Las vacunas generan una significativa protección para nuevas infecciones/lesiones.

No contamos con estudios prospectivos randomizados, doble ciego para valorar la eficacia de la vacuna en esta instancia.

Vacunas en el embarazo

Vacuna antigripal

Vacuna Hepatitis B (completar esquema)

Vacuna Triple Bacteriana Acelular

Vacuna contra Virus Sincicial Respiratorio

Vacuna Antigripal: Efectos en Embarazadas



Muerte Fetal 27% (4-45%)



Influenza en hijos 70%



Internaciones en embarazadas 40%



No aumenta el riesgo de aborto

Indicar en cualquier trimestre, teniendo en cuenta el momento de circulación viral

Triple Bacteriana Acelular

Estrategia de vacunación

- **Una dosis:** 11 años
- **Una dosis:** en cada embarazo, después de la semana 20 de gestación

Esquema durante el embarazo:

- Personas gestantes vacunada con 3 dosis de dT (doble adulto) sin refuerzo en los últimos 10 años, debe recibir 1 dosis de refuerzo con dTpa.
- **Personas gestantes que nunca recibieron 3 dosis de dT (a lo largo de toda su vida), deben completar la serie de 3 vacunas, una de las cuales debe ser con dTpa.**
- **Personas gestantes que acreditan 1 dosis dT en los últimos 10 años, deben recibir 1 dosis de dTpa.**

Aplicar en cada embarazo independientemente del tiempo transcurrido desde la dosis previa



Vacuna Virus Sincicial Respiratorio

El VSR es el principal agente causal de infección respiratoria aguda en lactantes y niños/as pequeños.

Si bien la mayoría de estos casos corresponden a cuadros leves, se estima que el 20-30% puede desarrollar compromiso respiratorio bajo (bronquiolitis o neumonía) durante la primoinfección y evolucionar a formas potencialmente graves.

Una dosis de vacuna contra VSR entre las semanas 32 y 36 de gestación protege a recién nacidos contra la bronquiolitis y la neumonía durante los primeros 6 meses de vida

Climaterio

DEFINICIÓN

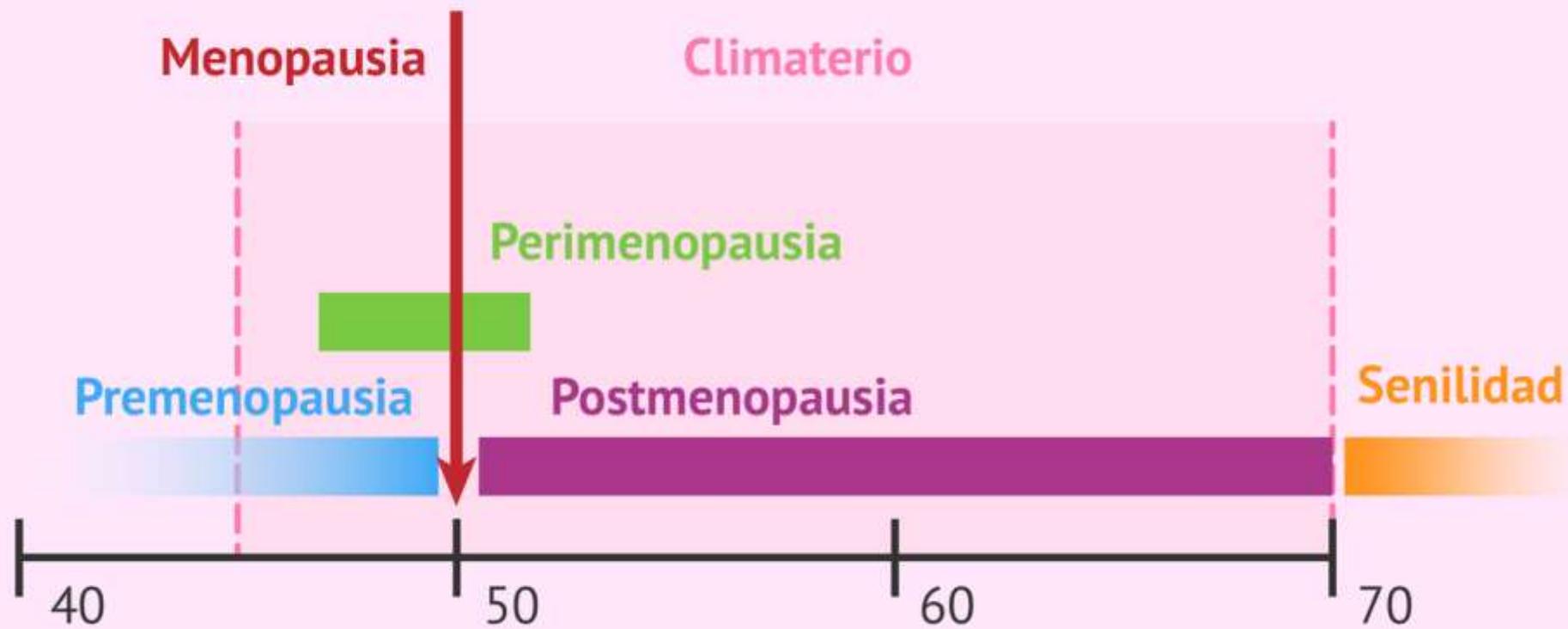
- **MENOPAUSIA:** pérdida de la actividad folicular ovárica.
Diagnóstico retrospectivo a un año y se exterioriza como amenorrea fisiológica
- **CLIMATERIO:** 8 – 10 años antes de la menopausia, desde las alteraciones en los ciclos ovulatorios y termina cuando se completan las manifestaciones de atrofia.
- **PREMENOPAUSIA:** hasta 10 años antes: sensibilidad disminuida a las GT, a la FSH con ciclos anovulatorios y acortamiento de la fase folicular. Bajos niveles de E2 y altos de FSH.

- **POSMENOPAUSIA:** predomina la E1. Luego de 12 meses de amenorrea

Precoz: menos de 40 años

Temprana: antes de los 45 años

Tardía: después de los 55 años

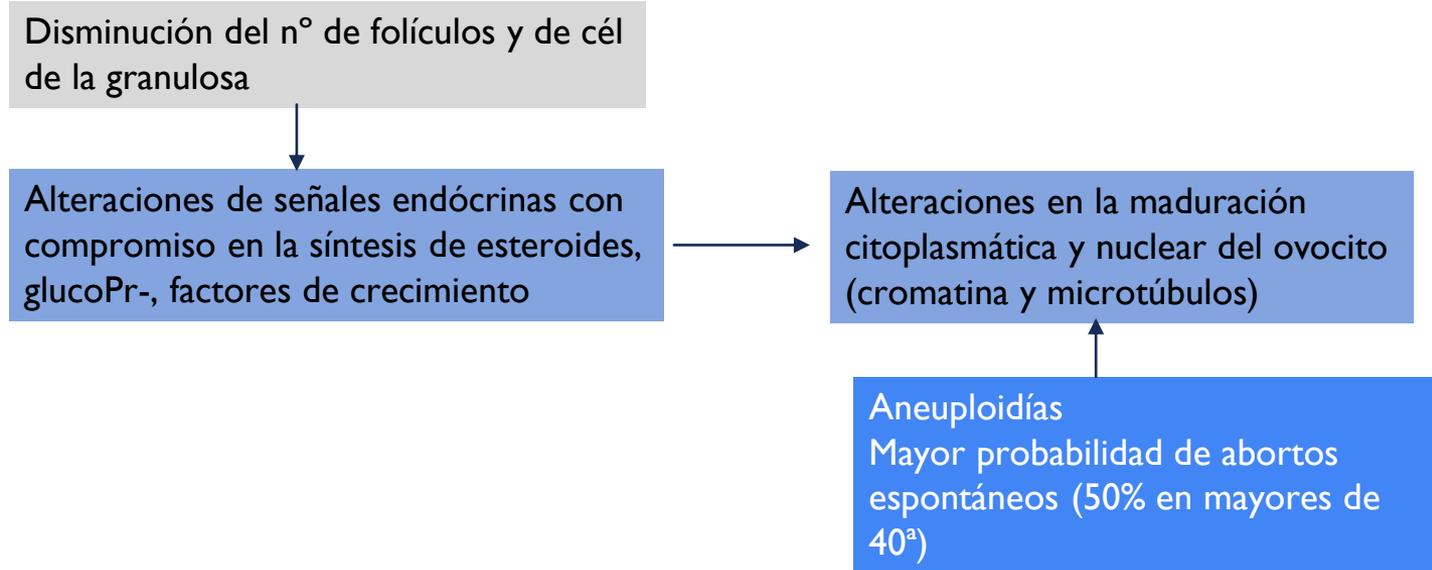


FISIOPATOLOGÍA

- Depleción folicular continua que se acelera en la perimenopausia
- Reducción estrogénica
- Disminuye en hipófisis e hipotálamo los mecanismos de feedback negativos: aumenta FSH
- Inhibina: disminuye su producción, libera la secreción de FSH

FISIOPATOLOGÍA

En el ovario



CAMBIOS HORMONALES

FSH

marcador que puede predecir el estado menopáusico

- de 20UI: embarazo posible
E 20 y 30 UI: poco probable
+ de 30UI: imposible

2 determinaciones de + de 40 UI en 3 meses: estado menopáusico
Relación LH/ FSH= 0,7: estado menopáusico

HAM

Mejor marcador de la reserva ovárica

VN: 1,2 a 2,4 ng /ml

Disminuye linealmente desde 10 a 5 años antes de la última menstruación

Estrógenos

Dx: E2 menor a 20 pg /ml

Premenopausia: principal estradiol E2
Post menopausia: predomina la estrona E1 (por conversión periférica)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Menopause

SYMPTOMS & PHYSICAL CHANGES



HEADACHES



HOT FLASHES



HEART

Risk of cardiovascular disease



HAIR

Becomes thinner & loses luster



BONES

lose mass & become more fragile



SKIN

Becomes drier & develops a rougher texture



BREAST

Breasts droop & flatten, nipples become smaller & flatten



TEETH

Loosen & gums recede



BLADDER

Stress or urge incontinence



UTERUS

Vaginal dryness, itching & shrinking



SÍNTOMAS VASOMOTORES

- Aparición a corto plazo
- SOFOCO (50-80%): sensación brusca, recurrente y transitoria de calor y rubicundez con palpitaciones, ansiedad y sudoración
- Teoría más aceptada: los mecanismos termorreguladores cambian durante la transición a la menopausia generando un acortamiento de la zona termoneutral, volviéndola más sensible a los cambios
- ↓ Estrógeno ⇒ ↑ norepinefrina → ↑ receptores hipotalámicos de serotonina → estrechamiento adicional de la zona termoneutral

SÍNTOMAS VASOMOTORES

TRATAMIENTO (ante síntomas moderados y severos)

De elección: Terapia hormonal - efectividad del 70- 90%

Los beneficios superan a los riesgos en la mayoría de las mujeres saludables, menores a 60 años y antes de los 10 años de menopausia

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Aparición a corto plazo
- Cerca del 75% de las mujeres perimenopáusicas refieren alteraciones del ánimo y del sueño
- 2 a 4 veces más riesgo de un episodio de depresión mayor
- La TH puede ser un efectivo tratamiento para los desórdenes depresivos en mujeres perimenopáusicas
- La THM iniciada después de los 65 años incrementa el riesgo de demencia

SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

- “Conjunto de síntomas y signos asociados con la disminución de los estrógenos y otros esteroides sexuales, incluyendo cambios en los labios mayores y menores, vestíbulo, introito, vagina, uretra y vejiga”
- Clínicamente evidente **luego de 4-5 años de menopausia**
- Adelgazamiento del epitelio vulvovaginal y del tracto urinario inferior
- Sequedad vaginal
- Irritación, picazón, flujo
- Síntomas urinarios: frecuencia, urgencia, nicturia, disuria, incontinencia e infecciones urinarias a repetición

SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

TRATAMIENTO LOCAL

- Estriol 50 μg (crema –óvulos)
- **Promestriene: (análogo del E2) capsulas blandas 10 mg, o en crema**

Aplicar crema y óvulos diariamente 3 semanas y posteriormente 2 veces a la semana por el tiempo que sea necesario

SISTEMA ÓSEO

- Papel de estrógenos: aumento de la masa ósea por mecanismo indirecto e incrementando la apoptosis de osteoclastos activados.
- Premenopausia: pérdida de aproximadamente 1% de masa ósea anual
- Luego, por 5 años pérdida rápida y pronunciada (3-5% anual).
- Adecuado consumo de calcio y vitamina D es fundamental en el mantenimiento de la salud ósea.
- El consumo recomendado de calcio en adultos ≥ 50 años, es de 1200mg/ día y 800 a 1000 UI/ día de vitamina D

OSTEOPOROSIS

- Baja masa ósea con aumento de la fragilidad del hueso y mayor susceptibilidad a fracturas
- Aumenta según aumenta la edad (1/3 entre 60 y 70 años – 2/3 más de 80 años)
- 20-25% de mujeres alrededor de los 50 años tienen una o más fracturas vertebrales
- Fracturas más frecuentes: columna, cadera y muñeca

OSTEOPOROSIS

Factores de riesgo (FRAX a 10 años)

- Bajo IMC
- Fractura previa por traumatismo leve
- Corticoides
- Fumadora
- Alta ingesta de alcohol (más de 2 unidades/día)
- Artritis reumatoidea

Indicaciones de densitometría

- Mujeres de 65 años o más
- Postmenopáusicas menores de 65 con factores de riesgo
- Cualquier persona previo a inicio de tto
- Monitorización del tto (1-2 años)
- Pérdida de estatura
- Cifosis torácica

OSTEOPOROSIS

Tratamiento Farmacológico

- Fractura vertebral osteoporótica o fractura de cadera.
- Valores de DMO consistentes con osteoporosis (T-score \leq -2.5) en columna lumbar, cuello femoral o cadera total.
- Puntaje de T-score de -1 a -2.5 y un riesgo de fractura a 10 años de al menos 20 % para fractura osteoporótica mayor o del 3% para cadera.

La **TH** disminuye el riesgo de fractura de cadera (34%), vertebral clínica(34%) y no vertebral (23%) en mujeres postmenopáusicas luego de 5 años de tratamiento.

Raloxifeno (60 mg/ día vía oral).
Reduce el **riesgo de fractura vertebral**, \approx 30% en mujeres con fractura vertebral previa y \approx 55% en aquellas sin fractura vertebral previa luego de 3 años de tratamiento.

Bifosfonatos
Prevención y tratamiento
Reducen el riesgo de fracturas

RIESGO CARDIOVASCULAR

- Los E tienen mejores efectos sobre los vasos de mujeres jóvenes (50-59 años) que sobre los vasos de mujeres alejadas de su menopausia
- ↓RCV en ♀ con inicio de TH temprana en la menopausia.
- Efecto no significativo con inicio luego de 10 años de menopausia.
- El RCV ↑ con > IMC.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Cesación tabáquica
- Limitar el consumo de grasa y colesterol
- Mantener el equilibrio calórico
- Asegurar un consumo adecuado de vitaminas y minerales, especialmente calcio
- Actividad física

TRATAMIENTO HORMONAL

INDICACIONES

- Tratamiento de los síntomas vasomotores moderados a severos
- Tratamiento del síndrome genitourinario
- Prevención de la osteoporosis
- **En mujeres sanas, peri / posmenopáusicas dentro de los 10 años de ocurrencia de su menopausia (o con edad < 60 años)**

CONTRAINDICACIONES

- Sangrado vaginal sin diagnóstico
- Disfunción o enfermedad hepática
- Historia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- Trastorno de coagulación conocido o trombofilia
- Hipertensión no tratada
- Historia de cáncer de mama, endometrio u otra neoplasia estrogendependiente
- Historia de Enfermedad. Coronaria, ACV o AIT.

La regla es indicar la dosis mínima para lograr el objetivo

TRATAMIENTO HORMONAL

Sistémica vs Local vs Transdérmica

Estrógenos vs Estrógenos + Progestágenos

Objetivo: Aliviar síntomas

Mujeres menores de 60 años y menos de 10 años de la menopausia

Tratamiento individualizado

TRATAMIENTO HORMONAL

ESQUEMAS:

- *Peri menopausia*: anticonceptivos hormonales orales, progesterona micronizada cíclica o esquemas EP combinados secuenciales con intervalo libre
- *Postmenopausia de 1-5 años*: esquemas EP combinados secuenciales sin intervalo libre
- *Postmenopausia de 6-10 años*: esquemas EP combinados continuos, o Tibolona.

Estradiol micronizado VO	0.5-2mg
Valerato de estradiol VO	0.5 -2 mg
E. Conjugado VO	0.3 - 0.625mg

Progesterona micronizada	100-200 mg
Acetato de noretisterona(VO/TD)	1mg/0.5mg/12.5 mg
Medroxiprogesterona (VO)	2.5-5-10 mg
Drospirenona(VO)	2mg
Desogestrel(VO)	75mcg
Dienogest(VO)	2mg
Levonorgestrel (VO/TD/SIU)	0.150/0.20 mg

Parche transdérmico de estradiol	0.025 a 0.1mg 1 o 2 veces por semana
Gel de estradiol percutáneo	0.25-1.5mg/día
Acetato de estradiol (anillo vaginal)	0.05 a 0.10 mg/diario

TRATAMIENTO NO HORMONAL

- Sofocos leves
- Contraindicaciones al tratamiento hormonal
- Falta de respuesta al tratamiento hormonal
- Intolerancia y/o no deseo de tratamiento hormonal

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Terapia no hormonal

- ISRS
- ISRN
- Clonidina
- Gabapentina
- Propranolol
- Fitoterapia

De elección
PAROXETINA 7.5MG/DÍA

TRATAMIENTO NO HORMONAL

- **Dosis:** muy inferiores a dosis antidepresivas
- **Efectividad:** SMV ↓ en 40-50% en 2-3 semanas
- **Efectos secundarios:** (10-20%)
 - Somnolencia
 - Disfunción sexual
 - Náuseas
 - Sequedad bucal
 - Constipación
- **Iniciar tratamiento a dosis bajas con incrementos graduales**
- Interrupción: ↓ dosis gradualmente c / 2 semanas (Evita síntomas de abstinencia)

RIESGO ONCOLÓGICO THR

- Cáncer de mama: RR 1.14, si se inicia antes de los 50 y por más de 10-12 años sin cambios en sobrevida global
- Cáncer de ovario: RR 1.47 si se utiliza por más de 5 años
- Cáncer de endometrio: RR 2.3 solo con estrógenos, combinados factor protector

Gracias