

11217

104



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

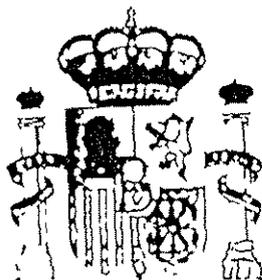
ESTUDIO POBLACIONAL Y COMPARATIVO DE LA  
RESPUESTA SINTOMATICA Y LOS EFECTOS COLATERALES,  
POR DIVERSOS MODELOS DE TERAPIA HORMONAL DE  
REEMPLAZO EN PACIENTES CLIMATERICAS

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

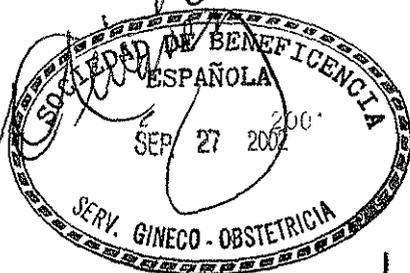
DR. JOSE GONZALEZ MACEDO



ASESORES DR. EN C.M. EFRAIN VAZQUEZ BENITEZ  
DR. JOSE EFRAIN VAZQUEZ MARTINEZ DE VELASCO  
DR. MANUEL ALVAREZ NAVARRO

MEXICO D.F.

2002



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

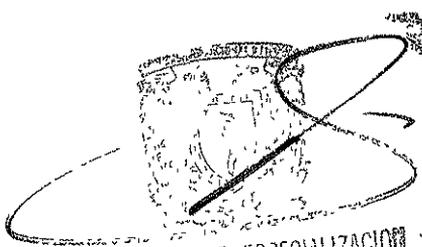
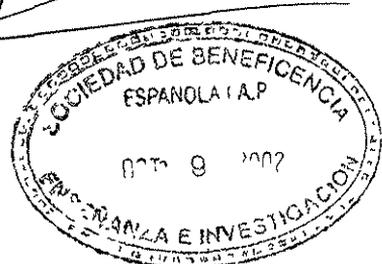
**DR. EN C. M. EFRAÍN VÁZQUEZ BENÍTEZ.  
JEFE DEL CENTRO DE INFORMACIÓN DR.  
ALFONSO ÁLVAREZ BRAVO.**

**DR. JOSÉ EFRAÍN VÁZQUEZ MARTÍNEZ DE  
VELASCO.  
GINECO-OBSTETRA ADSCRITO DEL SERVICIO DE  
CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGÍA Y  
ESTERILIDAD.**

**DR. MANUEL ÁLVAREZ NAVARRO.  
JEFE DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ESPAÑOL.**

2

*Alfonso Álvarez Bravo*



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Envío a la Dirección General de Bibliotecas  
UNAM a difundir en formato electrónico e impre-  
sionado el contenido de mi trabajo recepcio-  
nado de José González Álvarez.  
NOMBRE: José González Álvarez  
FECHA: 11-10-02  
FIRMA: José González Álvarez

## DEDICATORIA

**A todos mis maestros... muchas gracias, su conocimiento es mi luz, seguiré con ustedes buscando la verdad.**

**A mi esposa Rosalinda... con tu cariño y comprensión me diste fortaleza.**

**A mis padres y hermanos Ma. Isabel, José, Isabel y Abraham... su ejemplo y apoyo fue mi camino siempre.**



## **AGRADECIMIENTOS**

**A...**

**Dr. en C. M. Efraín Vázquez Benítez.**

**Dr. José Efraín Vázquez Martínez de Velasco.**

**Dr. Manuel Álvarez Navarro.**

**A todo el personal de enfermería del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México.**

**Que con su colaboración hicieron posible la realización del presente trabajo.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INDICE

Resumen	6
Antecedentes	7
Planteamiento del problema	16
Hipótesis de trabajo	18
Objetivos	20
Material y método	21
Recursos para el estudio	23
Cronograma de actividades	24
Resultados	25
Conclusiones	40
Apéndice	43
Bibliografía	45



## RESUMEN

*Introducción:* Este estudio tiene como objetivo evaluar la mejoría en la sintomatología climatérica de un grupo de pacientes determinado, como resultado del empleo de terapia de reemplazo hormonal, en sus modalidades de sólo estrógeno o combinada, ya sea *continua o cíclica*; así como conocer la experiencia asistencial del mismo grupo. El método que se utiliza para detectar la mejoría es la escala de Greene.

*Materiales y métodos:* Se incluyeron 106 pacientes, quienes respondieron un cuestionario, previa aceptación y bajo su consentimiento de participar en el estudio. Se analizaron características demográficas, clínicas y de diagnóstico periódico. Se calificó la sintomatología con base en la escala de Greene, que explora la esfera psicológica (ansiedad y depresión), somática, vasomotora y sexual. Se formaron dos grupos, uno que recibía alguna modalidad de terapia de reemplazo hormonal (CTRH) y otro que no la recibía (STRH); el primero se integraba por 54 pacientes y el otro, por 52.

*Resultados:* Ambos grupos eran homogéneos en cuanto a edad. En el grupo CTRH, el útero había sido extirpado frecuentemente y conservaba uno o ambos ovarios. Los medicamentos hormonales usados fueron el raloxifeno, tibolona y estriol. La principal indicación para terapia sustitutiva en el grupo CTRH fue la sintomatología vasomotora y en el grupo STRH, las molestias genitourinarias secundarias a atrofia. La razón más común para suspender la terapia hormonal sin indicación médica en el grupo CTRH fue el temor a efectos adversos, como el cáncer. Ninguna de las variables evaluadas en ambos grupos por la escala de Greene tuvo diferencia estadísticamente significativa.

*Conclusiones.* La terapia de reemplazo hormonal puede no ser siempre eficaz para mejorar la sintomatología climatérica, debido a que existen diversos factores que modifican la respuesta y el éxito del tratamiento a largo plazo.



## ANTECEDENTES

En los últimos años, ha existido un gran desarrollo de medicamentos para el tratamiento de las pacientes climatéricas, que la deja, al igual que al clínico, en una situación difícil ante la elección de cuál es el más efectivo para cada caso

Diversas publicaciones han intentado clasificar las respuestas al tratamiento y medir los efectos colaterales producidos por los diferentes esquemas de terapia hormonal de reemplazo (TRH), para establecer qué tipo de medicación es menos probable que la paciente abandone, con la idea básica de que cumpla con su administración por los menos durante 10 años, para prevenir satisfactoriamente las repercusiones propias de la deficiencia estrogénica a largo plazo y, sobretodo, para pacientes particularmente susceptibles.<sup>1,2,6</sup> El subsíndrome metabólico no solo es el responsable de la administración de terapia hormonal de reemplazo, hay que recordar que las molestias del subsíndrome vasomotor, el psicológico y el asociado a cambios atróficos genitourinarios también pueden, por sí solos, ser indicación suficiente para tratar a quienes los padecen y tienen repercusiones importantes en el desarrollo de su vida cotidiana.<sup>3,4</sup>

La etapa conocida como perimenopausia, se ha subclasificado evolutivamente de acuerdo con variables, tales como, las características de los ciclos menstruales, síntomas asociados, síndrome vasomotor y rasgos hormonales, que se muestran en la siguiente tabla (Tabla 1)

Característica	Fase A	Fase B	Fase C*	Fase D	Fase E
<b>Duración</b>	2 a 6 meses	2 a 6 meses	1 a 2 años	1 a 2 años	1 año
<b>Ciclos menstruales</b>	Regulares, FF corta, aumento del sangrado	Regulares, FL insuficiente, aumento del sangrado	Irregular, ovulación en < 50% de los ciclos	Oligomenorrea, ovulación eventual	Amenorrea
<b>Síntomas asociados</b>	SPM, dismenorrea síndrome mamario, cefalea	SPM acentuado dismenorrea intermitente, retención hídrica, aumento de peso	SPM menos intenso, calambres	Impredecibles	SMV
<b>Síndrome vasomotor</b>	Primeras apariciones temprano en la mañana	Cíclicos, de predominio nocturno	Cíclicos menos predecibles	Erráticos	Dianamente, pueden disminuir al final de la etapa
<b>Características hormonales</b>	FSH nl, E2 alto LH nl, Inhibina baja	FSH alta intermitente E2 alto, LH nl Inhibina baja	FSH alta, E2 nl, LH alta ocasional, Inhibina baja	FSH alta, E2 nl intermitente, LH alta, Inhibina baja	FSH muy alta, E2 nl o bajo, LH muy alta, Inhibina muy baja

Tabla 1 Etapas de la perimenopausia FF= fase folicular, FL= fase lutea, SPM= síndrome premenstrual, síndromes mamarios como congestión, mastalgia, aumento de la nodularidad o turgencia, SVM= síndrome vasomotor, FSH= hormona foliculoestimulante, LH= hormona luteinizante, E2= estradiol \*Fase que se ha considerado propiamente el inicio de la menopausia  
Modificada de Pnor J C, *Endocr Rev* 1998 19 397



Como ha sido descrito en estudios previos, mantener durante 10 años el tratamiento hormonal de reemplazo puede ser realmente un problema, ya que aproximadamente 50% de las pacientes lo abandona a los 9 meses y sólo cerca de 20% lo mantendrá por tres años<sup>5</sup>

El objetivo del estudio es conocer cuál es la respuesta sintomática de las pacientes climatéricas a las diversas terapias de reemplazo hormonal empleadas en el servicio de ginecología, así como la actitud que muestran ante el empleo de medicamentos hormonales

Dados los avances en los medios de comunicación, como el ejemplo de internet, cada día, son más las pacientes que exigen, con conocimiento de la literatura médica reciente, las bases que justifiquen sus tratamientos. Por tal razón, es indispensable que el clínico se mantenga a la vanguardia en las diferentes modalidades del mismo, sin que esto quiera decir que la terapia más nueva sea la mejor, ya que es bien conocido que, en ocasiones, los rumbos que toma la medicina son temporales e influidos por la necesidad comercial y mercantil de probar nuevos medicamentos, los cuales no siempre son mejores que las formas de tratamiento ya establecidas y económicas, y dejan de lado el beneficio de la misma paciente

En este estudio, que se basa en una encuesta ideada para la evaluación sintomática del climateno, trataremos de conocer cuál o cuáles son las modalidades terapéuticas más aceptadas y efectivas para las pacientes, con el fin de mejorar sus manifestaciones, se deja de lado la influencia comercial que pudiera alterar la apreciación médica de beneficio real. De esta manera, la paciente será su propia unidad de medición, y los resultados serán una opinión más real del beneficio obtenido con el tratamiento

Desde Kupperman, que en 1952 creó un índice que contemplaba varios indicios para evaluar la sintomatología climatérica, no han sido pocos los intentos por establecer una forma lógica y aplicable universalmente con éste propósito. A través de los años, la crítica mundial ha reducido las variables estudiadas por Kupperman a sólo dos, que se relacionan, por su significación estadística, con una evaluación integral de la sintomatología climatérica, y que son los síntomas vasomotores y la atrofia genital. Posteriormente, en 1994, un grupo de expertos de Alemania, Austria y Suiza se reunieron para realizar una Escala Sintomática de la Menopausia (MRS) en la que adoptaron la mayoría de las variables significativas del primer índice mencionado, y agregaron algunas otras que se habían dejado al margen, como por ejemplo: las alteraciones de la libido y urogenitales, resequedad vaginal y dolor articular y muscular, con la característica de que cada variable se evalúa en forma individual, numérica y gráfica, sin necesidad de ser multiplicar por ningún factor como en el índice de Kupperman. Cada uno de los diez grupos sintomáticos se califica de 0 a 10, de acuerdo a la severidad. Esto facilita la evaluación, que puede realizar el médico o la misma paciente y, además, pone en evidencia alteraciones susceptibles de modificación en el tratamiento. Se debe destacar que la idea original al crear la escala tenía el propósito de diagnosticar y evaluar la efectividad del tratamiento empleado<sup>7,8</sup>. En 1998, Greene J G jefe del Departamento de Psicología Clínica del Hospital Real de Gartnavel y miembro

del Centro Médico de Neilston en Glasgow, Escocia, realizó un análisis que pretendía hacer un consenso, con base a siete estudios previos, sobre la utilidad real de los síntomas psicológicos en el climaterio, el resultado fue acordar el contenido sintomático y estructural de una escala con suficiente validez para ser aplicada e interpretada en forma sencilla<sup>9</sup>

La Escala del Climaterio de J G Greene proporciona una breve y valiosa medición de la sintomatología climatérica. Contiene tres principales mediciones independientes de los síntomas: una de ellas evalúa síntomas psicológicos, la segunda, síntomas somáticos; y, la tercera, síntomas vasomotores. Dicha escala se diseñó con la finalidad de ser empleada en la evaluación de los cambios en las diferentes categorías sintomáticas como respuesta a las medidas terapéuticas en estudios clínicos del tratamiento de restitución hormonal, en comparativos con diferentes grupos de pacientes, en epidemiológicos y en investigación básica dirigida a la etiología de los síntomas climatéricos. Cabe enfatizar que la escala climatérica indica que dichos síntomas pueden ocurrir en cualquier momento durante el climaterio y no necesariamente están confinados al momento en que se presenta la menopausia, sesgo observado en la Escala de Sintomática de la Menopausia (MRS), ideada por Hauser. Sirva entonces aclarar que el concepto de climaterio se ha definido de varias maneras, siendo la más apropiada la que señala a éste como un período de transición de la mujer del estado productivo y fértil a la etapa caracterizada por la declinación de la función ovárica, hecho gradual que involucra cambios biológicos, psicológicos y sociales; se ha dividido en tres décadas: de los 35 a los 45 años es el climaterio temprano, de los 46 a los 55 años abarca la pre y postmenopausia y de los 56 a los 65 años es el climaterio tardío. (Fig 1)<sup>3</sup>. La menopausia, en cambio, se define como la fecha en que se presenta la última menstruación y ésta no ocurre en los siguientes doce meses. Se dice, entonces, que la menopausia es para el climaterio lo que la menarca es para la adolescencia.<sup>3</sup>

35 a 45 años	46 a 55 años			56 a 65 años
	Pre	Menopausia	Post	
Climaterio temprano	Perimenopausia			Climaterio tardío

Figura 1 Definición diagramática del climaterio

Originalmente, la escala se elaboró con base en un factor de análisis de los síntomas presentes en un grupo de mujeres climatéricas que acudían a la consulta de una clínica de menopausia<sup>5</sup>. Ha sido modificada para tomar en consideración los hallazgos de cinco factores adicionales derivados de estudios analíticos que realizaron diversos investigadores en otros países, en los que participaba tanto población general como muestras de pacientes manejadas clínicamente<sup>9,10</sup>. En forma general, ha existido un consenso de los estudios más recientes con respecto a los veintinueve síntomas de la escala original, y la

confirmación de que dichos síntomas se encuentran dentro de los tres principales grupos psicológicos, somáticos y vasomotores no obstante se ha acordado que los psicológicos pueden ser aún subdivididos. Por lo tanto, la selección de los síntomas finales y su tendencia a subdividirse se basa en la respuesta a los hallazgos encontrados en siete estudios referidos. Asimismo, la denominación de cada síntoma ha sido estandarizada, y refleja los que se utilizan con mayor frecuencia en estos estudios. Finalmente, se diseñó un formato, que se incluye en el apéndice 2, para ser llenado por la paciente, pero, si se considera necesario, puede hacerlo el médico en forma de entrevista estructurada. Cada síntoma es calificado por la paciente de acuerdo con su severidad utilizando una escala de cuatro valores. Dicho método, al aplicarse en el análisis original, proporciona mayor sensibilidad que las mediciones binarias de presente/ausente<sup>10</sup>

La intensidad de cada síntoma se califica como sigue

Ninguna	0
Ligera o poca	1
Moderada	2
Intensa o severa	3

Para la escala psicológica se suma del 1 al 11

Para la somática, del 12 al 18

Para la vasomotora, del 19 al 20

El síntoma 21 investiga la existencia de disfunción sexual

La escala psicológica puede ser subdividida para obtener la medición de.

1 Ansiedad se suma del 1 al 6

2 Depresión se suma del 7 al 11

Las características psicométricas son.

a) - Confiabilidad. la prueba aplicada a 50 mujeres menopáusicas durante dos semanas proporciona los siguientes coeficientes de confiabilidad, mismos que tienen significación estadística

- i Escala psicológica 0.87
- ii Escala somática 0.84
- iii Escala vasomotora 0.83

b) - Validez de contenido la escala final ha incluido únicamente los síntomas que se han confirmado, por otros estudios factoriales, como de importancia estadísticamente significativa.<sup>11, 12</sup>

c) - Validez de construcción, se relaciona con el estrés cotidiano<sup>13</sup> la angustia<sup>14</sup>, el tratamiento psicológico<sup>15</sup> y el tratamiento de restitución hormonal<sup>16</sup>

Los hallazgos originales del estudio de Greene fueron obtenidos en mujeres ciudadanas de Escocia, que se encontraban en la menopausia y postmenopausia, y eran referidas de una clínica especializada en dicho periodo mismas que fueron reunidas aleatoriamente (Tabla 2)



ESCALA	Muestra de población general (n=200, 40-50 años)		Muestra de la Clínica de menopausia (n=200, 40 - 56 años)	
	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR
PSICOLÓGICA	7.42	6.41	12.33	6.15
SOMÁTICA	3.25	3.64	6.16	4.25
VASOMOTORA	1.79	1.12	4.41	1.79

Tabla 2 Resultados del estudio original de Greene

La escala también puede ser utilizada para identificar a las mujeres climáticas que cursan con manifestaciones clínicas de ansiedad y/o depresión.

a. Ansiedad manifiesta clínicamente

Calificación de ansiedad mayor o igual a 10

b. Depresión manifiesta clínicamente

Calificación de depresión mayor o igual a 10

Estas calificaciones se basan en un estudio comparativo de la escala de Greene versus la Escala de la depresión y ansiedad hospitalaria, la cuál, está diseñada para diagnosticar alteraciones psiquiátricas entre los pacientes que acuden a un hospital general

Es importante tomar en consideración que existen algunos estudios<sup>17</sup> que mencionan la importancia de identificar los factores psicológicos en el manejo de la paciente climática, ya que muchas creen que sus molestias psicológicas se deben a la deficiencia hormonal y acuden al médico para reajustar las dosis y, ante el fracaso del tratamiento en brindar mejoría, optan por abandonarlo. Un estudio importante es el de Pearce y Hawton, del Departamento Universitario de Psiquiatría del Hospital Warneford en Inglaterra, realizado en 1997. Se trata de una publicación de diseño doble ciego, placebo controlado, que analiza a 40 pacientes en tratamiento con implantes de estrógenos, en la que, además de la escala de Greene, se emplearon otras series para evaluar depresión y ansiedad. Los resultados mostraron que tras dos meses de tratamiento no se observó mejoría de los síntomas psicológicos y psiquiátricos, sino tan sólo una muy leve que no fue significativa en la sensación de 'bochornos'. También se advirtió que las pacientes acudían a la consulta con la esperanza de que aumentando la dosis del medicamento, mejorarían las molestias de naturaleza no hormonal, hecho que no sucedió así. Los autores concluyeron que en aquellos casos con sintomatología rebelde al tratamiento recidivante y, sobretudo, si son de índole psicológica o psiquiátrica, resulta más efectivo explicar a la paciente sobre el verdadero origen del problema y canalizarla con el especialista adecuado.<sup>17</sup>

Otros estudios<sup>5,18</sup> han notado la importancia que tienen los factores socioeconómicos para el desarrollo de manifestaciones climatéricas, como el realizado por Kirchengast en 1992; en el que evaluó la relación entre la influencia socioeconómica, la edad y las características del climaterio en 142 pacientes del Este de Austria. Concluye que la intensidad de los síntomas se relaciona directamente con los factores socioeconómicos, nivel educacional, estado marital y número de hijos, así como con la ocupación de las pacientes y cuantas de ellas permanecen aún en el hogar, en cambio, no se correlaciona con su edad. También se notó que los factores socioeconómicos se relacionan sólo con los síntomas somáticos, causados principalmente por la deficiencia hormonal climatérica. De acuerdo con los resultados, se dedujo que el estrés psicosocial puede influir en los niveles de hormonas circulantes durante el climaterio y la postmenopausia.

Por otro lado, Buddeberg<sup>19</sup>, en 1995, realizó un estudio en el cual analiza la tendencia actual a medicar y tratar como una enfermedad al climaterio, enfatizando la poca importancia que se le da a los aspectos psicosociales que favorecen del desarrollo de síntomas psicológicos y psicósomáticos. Concluye en su análisis que, en realidad, la sintomatología en el climaterio, tanto en la premenopausia como en la postmenopausia, no es tan intensa como frecuentemente se describe. Por lo que se debe recordar que el climaterio es un periodo de la vida de la mujer especialmente susceptible a la influencia de factores psicosociales, hecho que debe ser considerado en el tratamiento empleado.

Es también trascendental señalar que, en la escala de Greene, ciertos factores parecen tener una importancia secundaria. Por ejemplo, las disfunciones sexuales son analizadas en forma somera con la pregunta 21, y no son evaluadas con el mismo rigor que las demás variables, sólo se menciona si el trastorno está o no presente, sin entrar en más detalle semiológico.

Otro punto que se debe estudiar son aspectos de la fisiología que se encuentran modificados por el empleo de la terapia hormonal de reemplazo como, por ejemplo, el efecto de los estrógenos sobre el balance postural en las pacientes postmenopáusicas sin trastornos vasomotores. Existe un estudio realizado por Ekblad y Lonnberg<sup>20</sup> en el que se tratan dos grupos de pacientes, uno al que se le administra terapia hormonal de reemplazo (THR) estrogénica en forma de parches y, otro, con parches de placebo. Las mediciones en pruebas de las áreas visuales, vestibulares y somatosensoriales resultaron a favor, aunque sin significación estadística relevante para concluir la existencia real de un incremento en la capacidad de balance postural. Sin embargo, este hecho podría relacionarse con una menor probabilidad de caídas y, por tanto, de fracturas en pacientes climatéricas. Esta variable no es estudiada en la escala de Greene.

De la misma manera, en las últimas fechas, ha resultado sorprendente el adelanto de conocimientos en relación con la influencia de los estrógenos y de la terapia hormonal de reemplazo en la fisiopatología y en las



manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Alzheimer, lo cual tampoco es evaluado en la escala de Greene <sup>6 21</sup>

En el presente estudio se incluye la opinión de la paciente sobre la pregunta directa acerca de suspender o continuar el tratamiento, considerando que ella puede tener razonamientos lógicos fundamentados en literatura médica a su alcance o simplemente se sustente en ideas surgidas de la tradición que, en ocasiones, pueden llegar a ser tan fuertes como la asociación con cáncer mamario, tema tan lleno de contrariedades incluso para el mismo médico Schneider, en un estudio de revisión, hace hincapié en que sólo después de 10 años de tratamiento con THR parece incrementarse el riesgo relativo al cáncer mamario que se estima en 1.46, el cual es menor al beneficio obtenido en la protección contra efectos cardiovasculares, óseos y del sistema nervioso central. Parece que este temor debería ser explicado a las pacientes con bases teóricas suficientes y argumentar que el beneficio logrado superará el supuesto riesgo<sup>22</sup>.

Rebar<sup>23</sup>, en enero del 2000, publicó un artículo en el que la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS), considerando las múltiples opciones de tratamiento y las diferentes modalidades en las vías de administración para controlar los síntomas tanto agudos como crónicos del climaterio, realizó un consenso para revisar la literatura relacionada y así establecer una serie de reglas para normar los procedimientos de atención clínica a la paciente climatérica. Del estudio se concluyeron las siguientes recomendaciones

- 1 Realizar las revisiones de control cada año e incluir la detección oportuna de manifestaciones psicológicas y físicas, así como asesoría sobre el estilo de vida
- 2 Recomendar y tomar medidas de manejo apropiadas para corregir trastornos agudos del climaterio, así como de manifestaciones crónicas potenciales a largo plazo
- 3 Individualizar la atención a la paciente y hacerla participar en la toma de decisiones
- 4 Considerar que, debido a la escasa investigación clínica sobre la paciente perimenopáusica, se debe ser cauteloso al extrapolar en ellas los datos clínicos y de tratamiento de pacientes postmenopáusicas
- 5 El tratamiento de las pacientes perimenopáusicas puede incluir desde no hacer nada, en el caso de síntomas autolimitables, hasta recomendar el uso de algunas fórmulas combinadas

De vez en cuando, los nuevos productos que salen al mercado no son lo suficientemente adecuados para mejorar los síntomas de nuestras pacientes, a pesar de que la literatura comercial nos abruma con estudios y resultados de la gran utilidad supuesta, y que quieren hacernos creer que superan con amplio margen los tratamientos que ya conocemos como eficientes y que han superado la prueba del tiempo. Debemos tener una base más sólida para prescribir lo que nuestras pacientes reportan que les es de más utilidad y, de esta manera, dejar de lado los medicamentos menos eficaces, para que los estudios enfocados a aspectos específicos de ciencia básica y aplicada se dediquen a los productos que sabemos que son aceptados uniformemente y



que con menos probabilidad serán abandonados, evitando así el círculo vicioso de interrupción de tratamientos ineficaces por sus resultados. Los cuales motivan la búsqueda desesperada de novedades menos estudiadas y susceptibles a efectos colaterales desconocidos, que aparecen con el uso generalizado y a través del tiempo.

En un estudio meta-analítico de Graham<sup>24</sup>, con diseño semejante al presente, se estudiaron los efectos adversos en pacientes postmenopáusicas tratadas con raloxifeno en comparación con placebo, terapia hormonal de reemplazo o estrógenos sin oposición. Los resultados dejaron entrever que no es el último medicamento en aparición el que menos se abandona en relación con terapias menos costosas y simples, a pesar de que el autor concluye que el raloxifeno tenía un perfil de efectos adversos diferente a los otros esquemas terapéuticos. No hubo diferencias significativas en la incidencia de sangrado genital anormal y malestar mamario entre raloxifeno y placebo, en cambio se reportó este evento más frecuentemente en casos de terapia hormonal de reemplazo y estrogenoterapia sin oposición con progestágeno. La incomodidad producida por el sangrado genital cíclico fue la causa fundamental de la suspensión del tratamiento. Los bochornos fueron el único efecto adverso que aumentó en el grupo tratado con raloxifeno, sin embargo, al parecer, las pacientes no le dieron suficiente importancia como para motivar el abandono del tratamiento. Asimismo, muestran incidencia elevada de calambres en piernas, lo que tampoco motivó la suspensión. Al parecer, el raloxifeno no modificó los efectos adversos en la vaginal o el sistema nervioso central.

El Dr Efraín Vázquez Benitez<sup>25</sup> en conjunto con el Instituto de Salud Pública de la Secretaría de Salud, publicó, en 1996, en la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio, un estudio acerca de la reproducibilidad de un cuestionario sobre aspectos clínicos y epidemiológicos para el estudio del climaterio. Se concluyó que dicho cuestionario tiene una gran reproducibilidad y aplicabilidad en estudios relacionados con la población mexicana. De todos los parámetros evaluados, la mejor reproducibilidad se observó en las variables de aspectos personales, antecedentes médicos en comparación con variables subjetivas como son los síntomas de bochornos, sudoraciones, disminución de la libido, resequedad vaginal y dispareunia.

Los anteriores estudios sirvieron como base para el presente, Se trata de un intento por evaluar las diferentes terapias para la sintomatología climatérica y, de una manera objetiva, establecer una escala clínica específica y con evidencia de utilidad real, conocer cuáles son los resultados terapéuticos y de efectos adversos que tenemos con las modalidades de uso común en nuestro servicio, así también, en forma paralela, realizar un estudio de sondeo de ciertas características generales de las pacientes atendidas aquí en etapa del climaterio, como son, sus actitudes, opiniones y expectativas ante nuestro proceder terapéutico.

Sabemos de antemano que la definición sobre las características válidas de calidad de vida es muy difícil de establecer, como bien se puede comprobar al observar varias formas de clasificación e intentos de medición. En forma general, podemos decir que la calidad de vida es la capacidad de una persona

para funcionar normalmente en sociedad y comprende por lo menos tres áreas de experiencia individual:

1. Estado funcional
2. Acceso a recursos.
3. Sensación de bienestar

La anterior definición es una de las más completas, sin embargo, existen otras que dan mayor o menor hincapié a factores biológicos, psicológicos o sociales<sup>26</sup>

Flanagan<sup>27</sup> ideó una escala que propone cinco dominios básicos que se subdividen en 15 categorías (Tabla. 3) Otra clasificación es la de Buchkhardt<sup>28</sup>, que incluye 16 tópicos a evaluar mediante una escala numérica según el nivel de satisfacción, los resultados se suman e integran a un puntaje

Dominios básicos	Categorías
Bienestar físico y material	1 Bienestar material y seguridad financiera 2 Seguridad personal y salud
Relación interpersonal	1 Relación con el esposo o compañero 2 Relación con los hijos 3 Relación con los padres y otros familiares 4 Relación con amistades
Actividades sociales, cívicas y de la comunidad	1 Ayuda y apoyo amistoso a otros 2 Participación en actos sociales en su localidad
Desarrollo personal	1 Desarrollo intelectual 2 Entendimiento y planeación del futuro 3 Papel de la ocupación 4 Creatividad y expresión personal
Recreación	1 Convivencia con otros 2 Actividades recreativas pasivas y de observación 3 Participación activa en eventos recreativos

Tabla 3 Dominios o áreas de calidad de vida según Flanagan

Se concluye que la escala de Greene es ideal para evaluar de una forma más completa las esferas sintomáticas del climaterio y no aspectos aislados, como la ideada por Flanagan, que no considera sintomatología claramente susceptible de ser modificada por el tratamiento hormonal, a menos que se estudiara la calidad de vida como fin último y exclusivo del efecto de la sintomatología climaterica



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mediante este estudio pretendemos evaluar cuál es la respuesta clínica de los diversos esquemas de terapia hormonal de reemplazo empleados por las pacientes climatéricas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México, así como de los probables efectos colaterales que éstos generen.

De manera alterna, investigaremos también la intensidad de los síntomas y efectos, así como su repercusión en la calidad de vida de las pacientes y cuáles son las actitudes de las mismas a los tratamientos de por sí prolongados y, en ocasiones, tediosos para algunas de ellas, todo mediante un interrogatorio dirigido a través de un cuestionario que aplica la escala ideada por Greene

También se evaluarán cuáles son las características generales de la población climatérica que es atendida para darnos una idea del rango de edad de las pacientes, presencia o ausencia de útero y ovarios, para, de esta, manera indicar el tipo de tratamiento que se debe administrar, la forma de seguimiento de los principales parámetros, como mastografía, densitometría y ultrasonido pélvico, en el control periódico de la paciente, y la manera como los resultados obtenidos pueden influir en una u otra forma de manejo

De todo lo anterior, y en forma paralela, estableceremos cuáles son las formas de atención a la paciente climatérica por los diferentes sectores del servicio de ginecología y obstetricia, con el propósito de conocer nuestro proceder y procurar mantenernos en una modalidad común de manejo terapéutico y ofrecer el máximo de calidad y eficacia en la resolución de los problemas de nuestras pacientes

Los esquemas de tratamiento hormonal que existen en nuestro medio, y con los que vamos a trabajar durante el estudio son los siguientes

1 - Los esquemas de tratamiento son similares a los mencionados en la literatura

- a) Raloxifeno
- b) Tibolona
- c) Estrógenos conjugados
- d) Estrógenos conjugados combinados con medroxiprogesterona.
  - a Régimen continuo
  - b Régimen cíclico
- e) Estrógenos sintéticos solos
- f) Estrógenos sintéticos conjugados con:
  - a Medroxiprogesterona
  - b. Noretisterona



- g) Parches de liberación prolongada
  - a) Solos
  - b) Combinados
- h) Inyectables de depósito
- i) Geles y cremas

De lo anterior, definiremos cuál es el tratamiento que aceptan mejor las pacientes y cuáles son los efectos adversos que han relacionado. Un dato indirecto, que indica si el tratamiento ha sido realmente aceptado y tolerado, es el tiempo de uso. Debido a que si la paciente tiene cierto desagrado al tratamiento lo manifestará con una ingesta irregular y señalará que no ha sido el propio e indicado por su médico.

## HIPÓTESIS DE TRABAJO

Nuestra hipótesis sugiere que las pacientes no relacionarán la intensidad de la sintomatología climaténica con el tipo de tratamiento hormonal recibido, sino con trastornos principalmente de tipo psicológico o psicosomáticos, probablemente antiguos

Suponemos que la principal causa de suspensión del tratamiento será el sangrado genital anormal irregular que se da principalmente en las pacientes tratadas con terapia de reemplazo hormonal, como lo estableció Graham, y que la sintomatología vasomotora no es significativa en la interrupción del mismo, así como otros efectos adversos menores que pudieran aparecer. La idiosincrasia de nuestras pacientes se relaciona con el conocimiento y acceso a información de literatura médica, alguna está dirigida a mujeres y trata tópicos de actualidad en el climaterio y sus repercusiones, sobretodo referentes a problemas de osteoporosis y protección cardiovascular para mejorar el perfil lipoprotéico. Sin embargo, conjeturamos que aún las pacientes que están informadas, así como las que no, tienen el temor al cáncer mamario y, menos frecuentemente, el asociado a útero u ovarios, lo que motiva, con bastante frecuencia, la suspensión de los tratamientos hormonales, todavía más si son a largo plazo. Este hecho es debido, probablemente, a falsas informaciones o tergiversaciones de verdades que, por desgracia, se han difundido extensamente en la población, misma que, a veces, por su escaso conocimiento en materia de salud y medicina, reconoce y admite, e incluso toma más en cuenta que la indicación de su médico. Lo anterior normará la conducta de las pacientes ante el uso de hormonas como forma de tratamiento o causará la cesación del mismo, aún sin que su médico lo solicite, quien deberá verse motivado a contrarrestar estos problemas de comunicación con información veraz a favor de los beneficios del empleo hormonal, que había sido poco difundida entre la población hasta hace pocos años.

Algunas pacientes, posiblemente, también reciban tratamientos adicionales para otros trastornos, por ejemplo de depresión o ansiedad, etc. Por lo que en forma colateral, se investigará si toman además algún medicamento con influencia neurológica y, por tanto, manifiesten percepciones diferentes a las esperadas exclusivamente con el tratamiento hormonal, en comparación con las que no lo reciben.

De manera simultánea, realizaremos un sondeo de las características generales de la población climaténica atendida. Conoceremos la edad de nuestras pacientes, cuantas de ellas presentan histerectomía u ooforectomía bilateral, cuáles son las razones fundamentales de prescripción médica de los tratamientos de reemplazo hormonal, cuál es el tipo de medicamento que predomina, los temores de nuestras pacientes al tratamiento, qué esperan del mismo y cuál sería la razón básica de suspensión. Evaluaremos si se dan además tratamientos alternativos para problemas específicos del climaterio.



como la osteoporosis (ejemplo bifosfonatos calcio etc) qué tan aceptado es el tratamiento si éste se sigue en la forma como indica el médico y de no ser así, cuál es la razón de su inconstancia. También, estudiaremos cuál es la relación entre trastornos psicológicos o psiquiátricos, con o sin tratamiento médico, y las características sintomáticas propias del climaterio expresadas por las pacientes. Conoceremos estudios básicos de control periódico en el climaterio y el interés de las pacientes y médicos por realizarlos. Sabremos las características y detalles de las principales manifestaciones sintomáticas de nuestra población.

De los puntos anteriores, concluiremos y evaluaremos cuáles son las características de nuestra atención médica desde un punto de vista integral, considerando que la división por sectores del servicio es sólo un artefacto de distribución del trabajo, y nuestro propósito de atención se ve cumplido cuando se brinda de manera completa y de calidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

Como se comento en la sección de antecedentes y se replanteara enseguida, nuestros objetivos son cuatro

- 1 - Evaluar la eficacia de los diversos esquemas de terapia hormonal de reemplazo en la mejoría sintomática de la paciente en el climaterio y cuáles son los principales efectos adversos con que se relacionan estos tratamientos
- 2 - Conocer la actitud de la paciente a los tratamientos de reemplazo hormonal en la población de nuestro servicio
- 3 - Realizar un sondeo de la población que es atendida en el Servicio de Ginecología y Obstetricia para conocer algunas de sus características generales
- 4.- Saber cuál es la forma general de atención y control de la paciente climatérica por los diferentes sectores del servicio de ginecología y obstetricia

## MATERIAL Y METODOS

Nuestro trabajo se realizó por completo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México. Como población a estudiar se contempló la que acude a consulta en todos los sectores del servicio con excepción obvia de la del área de obstetricia, esto es

- 1 Primera vez
- 2 Endocrinología
- 3 Climaterio
- 4 Urología ginecología
- 5 Oncología A y B
- 6 Enfermedades infecciosas

Se incluyeron en el estudio todas las pacientes mayores de 35 años que acudieron al servicio por consulta de revisión, control o alguna razón en especial, sin que fuera necesario que haya tenido contacto con el sector de climaterio, ya que como es de pensar, las pacientes no tenían que estar en el servicio de climaterio para recibir alguna forma de tratamiento hormonal, en cualquiera de sus múltiples vías de administración.

Se excluyeron del estudio todas las pacientes que por alguna razón llenaron doble vez el cuestionario que se proporcionó, aquellas que no contestaron todos los reactivos, también las que respondieron de manera ambigua o sin lógica, para evitar errores de interpretación, asimismo, se excluyeron los cuestionarios que no estaban firmados de conformidad, pues se temería que la paciente no estaba de acuerdo en proporcionar la información, y si lo hizo podría ser falsa al no querer decir la verdad.

Al aplicar el cuestionario se informó a la paciente los objetivos y la justificación del estudio, se solicitó su consentimiento y se le pidió que, de estar de acuerdo en proporcionar la información, firmara al final del mismo como prueba de aceptación.

El formato para recolectar los datos se anexa en el apéndice del trabajo se conforma de cuatro secciones.

I - Objetivo y justificación. Es la parte en la que se describen las generalidades, objetivo y motivaciones del estudio, y, además, en la que se solicita el consentimiento de la paciente.

II - Doce reactivos de respuesta lógica, sencilla y concreta, algunos otros de opción múltiple para no dar lugar a malas interpretaciones, errores de comprensión por la paciente o extensiones vagas de la respuesta. Aún así, se colocó en todos los reactivos susceptibles un espacio abierto a posibilidades no incluidas en las opciones básicas.

III - La escala de Greene para la evaluación sintomática del climatario incluye veintiún reactivos enumerados, como se comentó y explico en los antecedentes. Los cuales se señalaron con una cruz, según la intensidad o ausencia del síntoma. La calificación la anotó el médico investigador, estimándola del cero al tres, e integrándola en el puntaje establecido por la escala para cada aspecto evaluado.

IV.- Se dejó en el formato un espacio para que la paciente hiciera alguna observación especial que no tenga lugar en otra parte del cuestionario, para escribir sus sugerencias u observaciones de otra índole.

Finalmente, existe un lugar para la firma de la paciente que constata su consentimiento.

La distribución de las hojas de recolección de datos la hizo la enfermera del control de consulta externa en el momento en que la paciente se registraba. La enfermera entregó el formulario, una vez conocida la edad de la paciente, y le solicitó su devolución tan pronto fue llenado y antes de entrar con el médico.

Se informó a las autoridades y a los demás doctores de los servicios de consulta, pues en caso de que la paciente solicitara más información respecto al cuestionario, éstos estuvieran en posibilidades de contestar el objeto del estudio y demás inquietudes generadas.

La duración del estudio fue de dos meses, en los horarios habituales de consulta del servicio o hasta reunir 100 pacientes. Cincuenta en cada grupo, uno con terapia de reemplazo hormonal y otro sin terapia de reemplazo hormonal, y así obtener resultados comparativos con el trabajo original de Greene.

Por su diseño, el estudio se clasifica con las siguientes características:

- a) Observacional
- b) Comparativo
- c) No aleatorio
- d) Transversal

El análisis de los resultados se realizó con el software Office 2000, en el procesador de texto Word y los cálculos y gráficas en la hoja de cálculo Excel. El análisis estadístico se ejecutó con el software SPSS 9.0 para Windows.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Los recursos materiales para el estudio fueron mínimos, ya que sólo se aplicó un cuestionario fotocopiado con el cual se recopiló la información necesaria antes de que la paciente entrara a la consulta asignada en cada sector de nuestro servicio. Dicho material será proporcionado por el investigador.

Los recursos humanos requeridos fueron dos principalmente, una enfermera que suministró y recopiló el cuestionario, y el médico investigador que calificó los mismos, vació los datos de las hojas recolectoras, concentró y evaluó los resultados, para integrar las conclusiones pertinentes finalmente.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La evaluación del protocolo se realizó entre el 25 y 30 de octubre del 2000, por los médicos asesores del proyecto y por la oficina de enseñanza del Hospital Español de México

El estudio se inició el 1 de noviembre de 2000, para culminar el 31 de enero del 2001, o hasta completar 100 pacientes

Del 31 de enero al 15 de febrero de 2001, se calificaron y recopilaron los datos, se vaciaron en las hojas de concentración, se integraron los resultados y se evaluaron para formular las conclusiones pertinentes Fig 2.

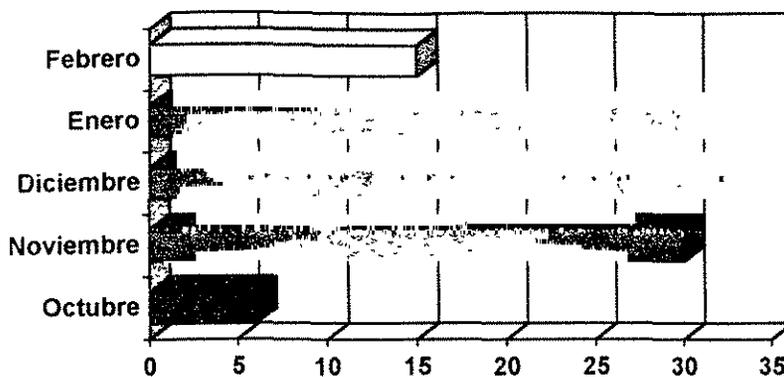


Fig 2 Cronograma de actividades

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

Se aplico el cuestionario a un total de 115 pacientes de las cuáles se excluyeron 9 por no haber llenado correctamente todas las respuestas, por haber dejado alguno de los cuadros de la evaluación sintomática de la escala de Greene sin anotar o por no haber firmado de conformidad el cuestionario. Se incluyeron 106 pacientes, 54 en el grupo "Con terapia de reemplazo hormonal" (CTRH) y 52 en el grupo "Sin terapia de reemplazo hormonal" (STRH)

La edad promedio del grupo CTRH fue de 60.1, con una desviación estándar de  $\pm 8.7$  y un rango de 45 a 77 años. La edad promedio del grupo STRH fue de 56.9 años, con una desviación estándar de  $\pm 14.0$  y un rango de 36 a 83 años. Fig 3

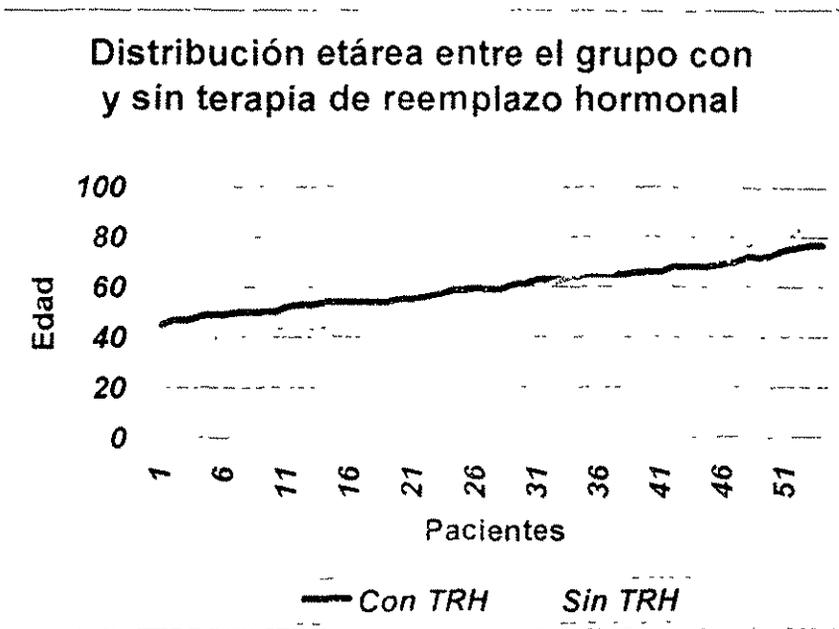


Fig 3. Distribución por edades de la población de ambos grupos estudiados

Del grupo CTRH, se obtuvo que a 24 pacientes se les había realizado histerectomía, lo que equivale al 44% mientras que 30 pacientes conservaban su útero es decir el 56%. Del grupo STRH, resultaron 15 pacientes con histerectomía el 29%, y 37 pacientes sin histerectomía, el 71 por ciento.

Los resultados obtenidos al investigar sobre la realización de ooforectomía bilateral, independientemente de la causa que la propició, fue la siguiente: en el grupo CTRH 7 pacientes (13%) referían la extirpación de ambos ovarios y 47 los conservaban (87%). Del grupo STRH, un total de 10 pacientes

tenían ooforectomía bilateral (19%) y 42 conservaban los mismos (81%) Tabla

4

Procedimientos quirúrgicos realizados	Grupo CTRH n (%)	Grupo STRH n (%)
<b>Histerectomía</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>52 (100%)</b>
Con histerectomía	24 (44%)	15 (29%)
Sin histerectomía	30 (56%)	37 (71%)
<b>Ooforectomía bilateral</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>52 (100%)</b>
Con ooforectomía	7 (13%)	10 (19%)
Sin ooforectomía	47 (87%)	42 (81%)

Tabla 4 Operaciones realizadas en ambos grupos de tratamiento (CTRH y STRH)

Los nombres comerciales y el uso porcentual de los medicamentos hormonales más empleados en el grupo con terapia de reemplazo son los siguientes: Evista en 18.5% de las usuarias, Livial en 16.6%, Sinapause en 11.1%, Premarin 0.625 en 9.2%, Pnmogyn y Climaderm en 7.4% cada uno, Premelle Continuo en 5.5%, Cliane, Premarin Pak, Premian Crema Vaginal en 3.7% cada uno y Climene, Dilena, Progyluton, Binodian-depot, Evorel, Gravidinona y Estraderm en 1.8% cada uno. Fig 4

Nombres comerciales de los medicamentos usados en el grupo CTRH

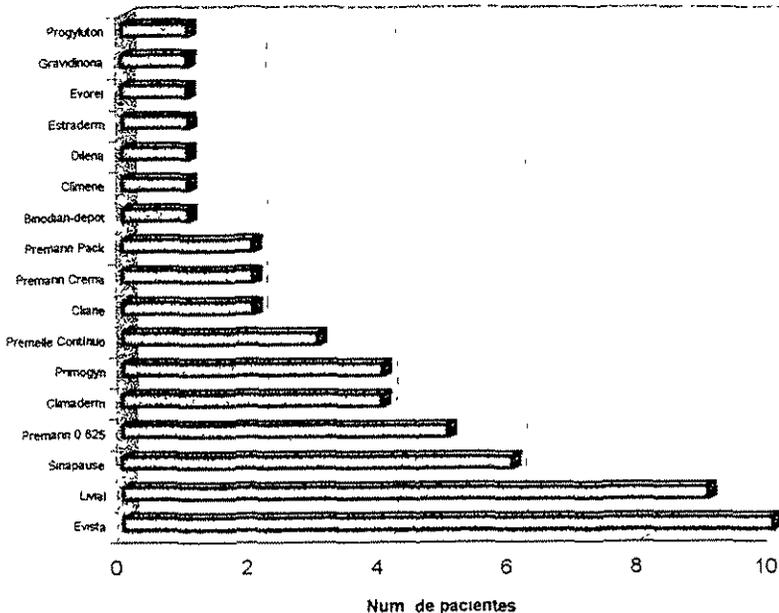


Fig 4 Medicamentos hormonales usados en el servicio de ginecología, agrupados por nombre comercial

De lo anterior obtenemos que se indica con mayor frecuencia los preparados de administración oral en 64.7% de los casos seguidos de la administración transdérmica en 17.6% de las pacientes. Se optó por la vía parenteral inyectable en sólo un 5.8%

Finalmente, decidimos excluir el reactivo relacionado al tiempo de uso del medicamento hormonal empleado, ya que con frecuencia las pacientes no lo contestaban, pues en ese momento lo habían olvidado

En el grupo CTRH, se obtuvo que de las 75 respuestas dadas por las 54 pacientes (algunas respondían más de una opción), al preguntar sobre la razón que ellas conocían como indicación para recibir el medicamento hormonal, fue el siguiente resultado: sintomatología vasomotoria en 25% de los casos, molestias genitourinarias como ardor, resequedad vaginal o escape involuntario de orina en 23%, problemas de calcio en los huesos en 19%, colesterol elevado en 3%, y otras causas en 21%, de éstas últimas podemos decir que en su mayoría carecían de sentido práctico y no eran congruentes con indicaciones hechas por su médico tratante. Nueve por ciento de las pacientes no dio ninguna respuesta, probablemente porque desconocían las razones del tratamiento o porque tuvieron alguna duda al momento de responder el reactivo, sin embargo esto no lo podemos definir. Tabla 5

En el grupo STRH, encontramos que las molestias principales por orden de importancia fueron las siguientes: molestias genitourinarias como ardor, resequedad vaginal o escape involuntario de orina en 15%, bochornos y sudoraciones en 13%, problemas de calcio en los huesos en 7%, problemas de colesterol elevado en 5% y otras en 3%. Cincuenta y siete por ciento de las pacientes no respondió. Tabla 5

Razones referidas para recibir tratamiento sustitutivo	Grupo CTRH		Grupo STRH	
	Núm. de respuestas	Porcentaje	Núm. de respuestas	Porcentaje
Bochornos y sudoraciones	19	25%	8	13%
Problemas de calcio en los huesos	14	19%	4	7%
Problemas de colesterol elevado	2	3%	3	5%
Molestias genitales: (ejemplos: ardor, resequedad vaginal o escape involuntario de orina).	17	23%	9	15%
Otras	16	21%	2	3%
No dieron respuesta	7	9%	34	57%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Tabla 5. Indicaciones referidas por las pacientes del grupo CTRH y STRH (n=54 y n=52, respectivamente) para recibir terapia de reemplazo hormonal. Algunas pacientes manifestaron más de una respuesta, por tal razón el número de respuestas es mayor al de pacientes estudiadas

La principal razón expresada por las pacientes del grupo CTRH para suspender el medicamento hormonal sin indicación concreta del médico tratante, fue el temor a efectos adversos propiciados por el mismo medicamento en 19% de los casos (entre ellos el cáncer), 14% manifestaron que la suspensión se haría en caso de que el medicamento le generara más molestias, 6% respondieron que suspenderían el hormonal si no existiera mejoría en las molestias tratadas o si éstas se intensificaran a pesar de usar regularmente el tratamiento, 25% argumentaron que existían otras razones por las cuales suspenderían el hormonal y aquí también se mencionó frecuentemente al cáncer como una razón importante de suspensión, 30% respondieron que no suspenderían el medicamento, a menos que así lo indicara su ginecólogo. Se dieron un total de 63 respuestas por las 54 pacientes.

Las razones fundamentales para suspender un medicamento hormonal, por parte del grupo STRH, en el supuesto caso de que lo tomaran, fue el siguiente: aumento de molestias aún con el uso del tratamiento el 15%, temor a efectos adversos del mismo tratamiento entre ellos el cáncer el 13%, molestias generadas por el tratamiento el 7%, falta de mejoría en las molestias tratadas el 5% y no suspenderían el medicamento sin indicación médica el 57%. Se obtuvieron 55 respuestas de las 52 pacientes, nuevamente porque algunas pacientes, expresaron más de una opción. Tabla 6.

Razones referidas para suspender la terapia sustitutiva	CTRH Núm. de respuestas	CTRH Porcentaje	STRH Núm. de respuestas	STRH Porcentaje
Temor a efectos adversos	12	19%	7	13%
Molestias generadas por el tratamiento	9	14%	2	4%
Falta de mejoría en sus molestias	4	5%	3	5%
Aumento de las molestias	4	5%	2	4%
Otras	16	25%	3	5%
No suspenderían el tratamiento	18	30%	38	69%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Tabla 6. Razones referidas por las pacientes de ambos grupos para suspender el tratamiento hormonal sustitutivo sin indicación médica previa, aun en el caso de no tomarlo (grupo STRH).

Entre los medicamentos no hormonales empleados por el grupo CTRH, encontramos que el más frecuentemente utilizado fue el calcio en 40%, en seguida el alendronato con 5%, la vitamina E en 4%, veralipride en 2%, oxibutinina en 2% y vitamina C en 2%. Cuarenta y cinco por ciento de las mujeres no reportaron la administración de ningún otro medicamento para mejoría de molestias asociadas al climaterio. Se obtuvieron un total de 57

respuestas por las 54 pacientes del grupo CTRH, las cuáles reportaron 31 medicamentos referidos por su nombre comercial. Fig 5

**Medicamentos no hormonales usados por el grupo CTRH**

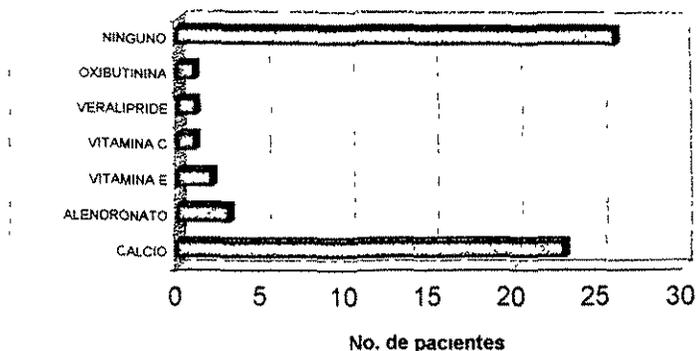


Fig 5 Grupo de medicamentos por nombre comercial empleados en el Grupo CTRH. Algunas pacientes ingerían más de un medicamento, por ésta razón se obtuvieron 57 respuestas (n=54)

Otros medicamentos no hormonales empleados por el grupo STRH fueron los siguientes: calcio en 5 pacientes (8.62%), levotiroxina en 3 pacientes (5.17%), alendronato, tolterodine, enalapril, lisinopril, atenolol, hidroclorotiazida, lovastatina, atorvastatina, tamoxifeno, veralipride, vitamina A, vitamina E, todos 1 paciente cada uno (1.72%) y ningún otro medicamento en 38 pacientes (65.51%). Se observó que en las 52 encuestas se encontraban indicados 58 medicamentos Fig. 6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

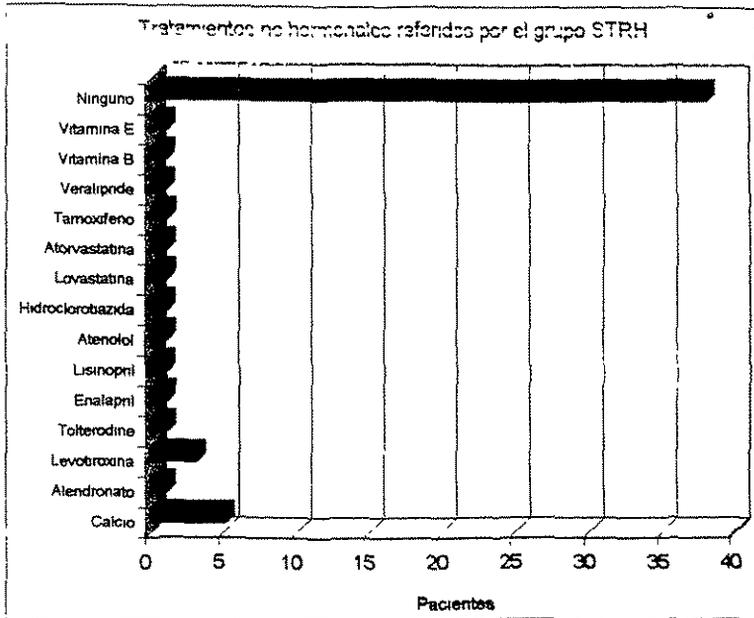


Fig 6. Medicamentos empleados por el grupo STRH. Se ordenaron por nombre genérico debido, nuevamente, a la diversidad de nombres comerciales usados.

A juicio de las pacientes del grupo CTRH, la ingesta del medicamento, de acuerdo a la forma como lo había indicado su médico tratante, era regular y constante en 96% de los casos y sólo inconstante e irregular en 4% de ellas; es decir, de las 54 pacientes, sólo 2 aceptaron no tomar regularmente el medicamento. Fig. 7.

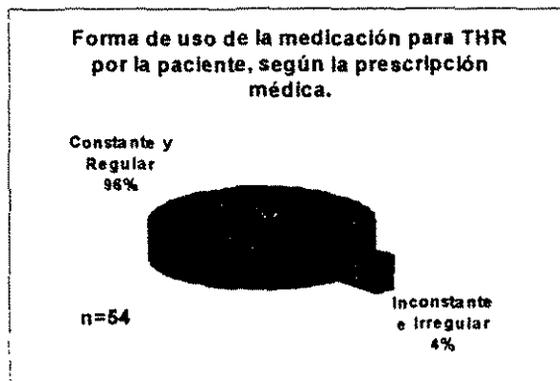


Fig 7. Apego al tratamiento de reemplazo hormonal, de acuerdo a la forma como se indicó el medicamento por el médico tratante.

De los medicamento reportados por el grupo CTRH, se observó que en su mayoría eran de influencia neurológica y habitualmente del tipo de ansiolíticos e hipnóticos, como el Alprazolam en 5 casos (8.9%), Bromazepam en 3 (5.3%) y Venlafaxina (Antidepresivo), Melatonina, Clonazepam, Lorazepam, Clorazepato, Diazepam, Fenitoína (Anticonvulsivante), Carbamazepina (Anticonvulsivante, Neurotrópico y Psicotrópico), todos ellos en un sólo caso (1.7%). Cuatro mujeres reportaron desconocer que medicamento tomaban (7.1%) y 36 no reportaron ningún otro tipo de medicación aparte de la terapia hormonal (64.2%). Se obtuvieron 56 respuestas por las 54 pacientes, ya que algunas usaban más de un medicamento. Fig. 8.

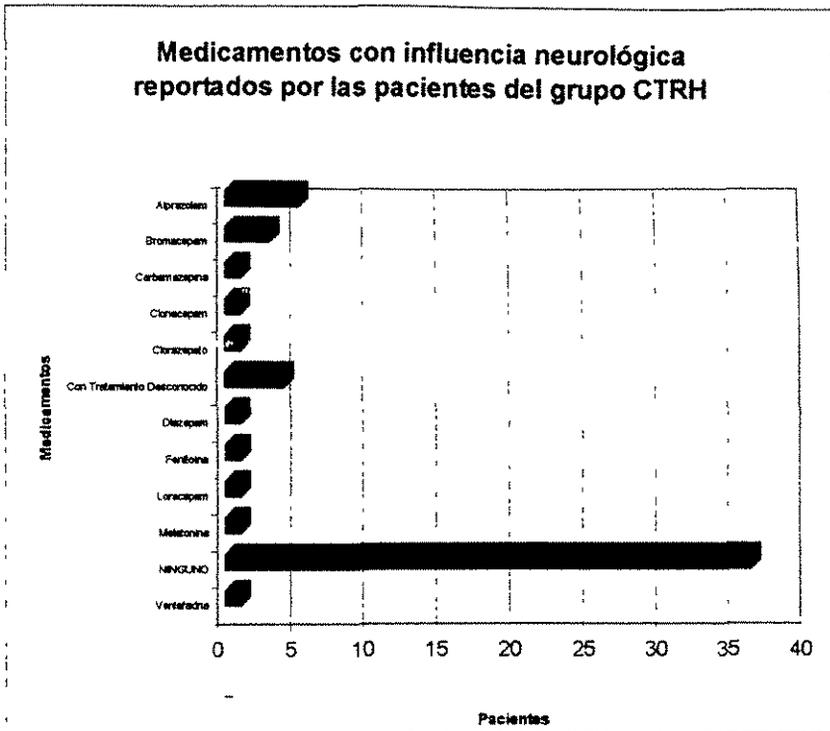


Fig 8 Medicamentos con influencia neurológica que fueron reportados por el grupo CTRH. Se agruparon por nombre generico debido a la diversidad de nombres comerciales

En las 52 pacientes del grupo STRH, se observó que se encontraban indicados 53 medicamentos con influencia neurológica. clonazepam 2 pacientes (3.77%), bromazepam, olanzepina, alprazolam, lorazepam, doxepina, 1 paciente cada uno (1.88% cada uno), medicamentos no especificados en 4 (7.54%) y ningún medicamento en 42 pacientes (79.24%) Fig. 9.



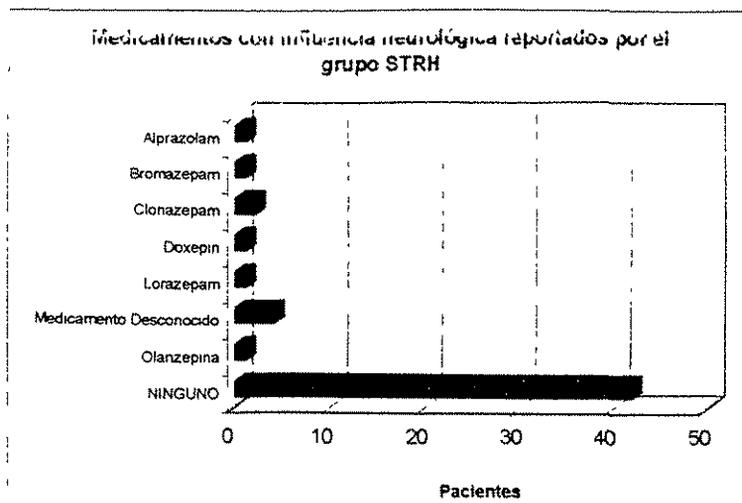


Fig 9 Grupo de medicamentos con influencia neurológica empleados por el grupo STRH. Se agruparon por orden genérico debido a la variedad de nombres comerciales

En el grupo CTRH, los estudios de control en el climaterio realizados durante los 3 años previos fueron: mastografía bilateral en 31%, densitometría ósea en 22%, ultrasonido de útero y ovarios en 12%, perfil de remodelación ósea en 5% y perfil de lípidos en 24%. Seis por ciento no reportó ningún análisis de control en este periodo. Se obtuvieron un total de 100 estudios realizados en las 54 pacientes.

En cuanto a los estudios de vigilancia periódica reportados en los últimos tres años por el grupo STRH, encontramos los siguientes datos: mastografía bilateral en 31 pacientes (40%), ultrasonido de útero y ovarios en 14 pacientes (18%), perfil de lípidos en 13 pacientes (16%), densitometría ósea en 9 pacientes (11%), perfil de remodelación ósea en 1 paciente (1%) y ninguno estudio en 11 pacientes (14%). Se realizaron entonces 79 análisis de control en las 52 mujeres de este grupo estudiado. Tabla 7.

Estudio de control	Grupo CTRH		Grupo STRH	
	n	%	n	%
Mastografía bilateral	31	31	31	40
Densitometría ósea	22	22	9	11
Ultrasonido de útero y ovarios	12	12	14	18
Perfil de remodelación ósea	5	5	1	1
Perfil de lípidos	24	24	13	16
Ninguno	6	6	11	14
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

Tabla 7 Estudios de control en las pacientes perimenopausicas en los dos grupos. A algunas les habían realizado más de un estudio de control, por esta razón existen mas estudios que pacientes, 54 y 52 respectivamente para CTRH y STRH



En las siguientes tablas, se expresan los resultados obtenidos por paciente en la evaluación de las diferentes esteras calificadas por la escala de Greene. La primera tabla indica los puntajes del grupo "con terapia hormonal de reemplazo" y en la segunda los puntajes del grupo "sin terapia hormonal de reemplazo". Tablas 8 y 9.

Num	Edad	Psicologica	Ansiedad	Depresión	Somática	Vasomotora	Sexual
1	56	5	4	1	2	4	0
2	53	15	4	11	5	0	0
3	50	7	4	3	0	2	1
4	61	7	3	4	6	0	3
5	65	8	5	3	4	1	3
6	59	16	9	7	6	2	3
7	55	0	0	0	0	0	0
8	63	2	1	1	0	0	1
9	52	13	9	4	7	2	3
10	77	6	4	2	2	0	0
11	54	13	5	8	10	0	1
12	73	8	3	5	2	0	0
13	68	3	2	1	4	3	0
14	55	6	3	3	8	6	0
15	50	11	4	7	5	0	0
16	48	2	0	2	1	0	0
17	49	6	3	3	0	0	0
18	65	14	10	4	7	0	2
19	65	10	4	6	2	0	2
20	61	1	1	0	0	0	0
21	68	1	1	0	2	0	2
22	75	9	4	5	5	6	3
23	59	8	5	3	6	1	2
24	50	3	2	1	4	0	2
25	54	10	5	5	6	3	2
26	49	24	11	13	11	1	2
27	56	13	8	5	8	0	2
28	47	5	1	2	3	0	2
29	58	2	2	0	3	0	0
30	77	16	9	7	11	0	3
31	68	10	5	5	3	0	1
32	54	9	4	5	2	3	0
33	57	12	5	7	5	6	3
34	72	2	2	0	2	0	0
35	66	4	3	1	4	0	0
36	47	2	2	0	2	0	1
37	63	11	7	4	9	1	0
38	72	2	2	0	1	0	0
39	70	4	4	0	2	0	0
40	65	4	3	1	1	1	0
41	66	5	3	2	1	2	0
42	54	7	4	3	4	1	0
43	76	4	0	4	2	1	0
44	54	6	4	2	1	0	0
45	53	10	4	6	3	2	0
46	54	10	6	4	5	2	0
47	58	3	3	0	5	0	0
48	66	0	0	0	0	0	1
49	63	16	6	10	6	5	3
50	45	9	5	4	8	4	2
51	50	18	9	9	6	0	0
52	69	0	0	0	2	0	0
53	64	8	6	2	0	0	1
54	59	4	2	2	2	0	0

Tabla 8 Edades y puntajes de la escala de Greene obtenidos en el grupo CTRH

Núm.	Edad	Psicológica	Ansiedad	Depresión	Somática	Vasomotora	Sexual
1	42	2	0	2	2	0	0
2	45	12	9	3	7	4	1
3	66	12	5	7	3	0	0
4	45	9	4	5	3	3	1
5	48	2	2	0	1	0	0
6	55	0	0	0	1	1	1
7	70	14	5	9	8	0	0
8	43	2	1	1	1	0	0
9	61	4	4	0	3	0	0
10	49	3	2	1	0	4	0
11	49	26	14	12	11	6	0
12	39	12	6	6	6	0	0
13	48	3	1	2	6	2	1
14	54	5	1	4	4	4	2
15	73	4	3	1	0	0	0
16	50	11	6	5	5	5	1
17	44	12	6	6	4	3	0
18	64	9	5	4	3	0	0
19	73	0	0	0	2	0	0
20	41	7	3	4	1	0	1
21	79	3	1	2	1	0	0
22	39	13	7	6	6	1	1
23	36	3	2	1	1	1	1
24	76	6	2	4	3	0	0
25	43	4	2	2	0	0	2
26	72	12	5	7	8	0	3
27	74	3	1	2	1	0	0
28	75	4	4	0	1	0	0
29	75	7	3	4	3	0	0
30	50	3	2	1	3	0	0
31	71	0	0	0	1	0	0
32	66	0	0	0	0	1	0
33	58	5	2	3	1	0	0
34	38	18	9	9	1	0	3
35	54	3	2	1	1	1	0
36	79	17	7	10	6	0	2
37	74	5	3	2	4	0	1
38	42	0	0	0	0	0	0
39	41	19	9	10	6	2	2
40	45	6	4	2	1	0	0
41	63	0	0	0	0	0	0
42	66	20	11	9	11	2	3
43	56	0	0	0	0	2	2
44	53	10	7	3	7	2	3
45	44	3	3	0	2	2	2
46	52	17	8	9	1	6	3
47	40	2	0	2	3	0	0
48	50	10	3	7	2	4	0
49	83	4	3	1	1	0	3
50	77	15	4	11	14	0	0
51	51	6	3	3	6	1	1
52	80	13	7	6	5	3	3

Tabla 9 Edad y puntajes de la escala de Greene obtenidos por el grupo STRH

En las siguientes gráficas, se muestran los resultados de las tablas antes señaladas, para comparar ambos grupos de pacientes (CTHR y STRH) de acuerdo con los puntajes obtenidos en cada esfera evaluada en la escala de Greene. Se han colocado las líneas de tendencia en la distribución de los

pacientes de acuerdo a su puntaje evaluando la edad con el puntaje obtenido en cada calificación. Para hacer más fácil la observación de las variaciones entre los dos grupos, se colocaron las gráficas equivalente en forma pareada.

En la primera serie, se comparan los resultados de la calificación de la esfera psicológica general. Fig. 10 y 11

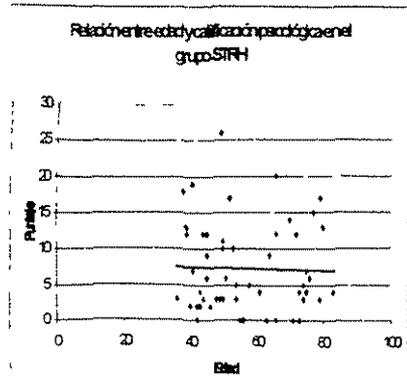
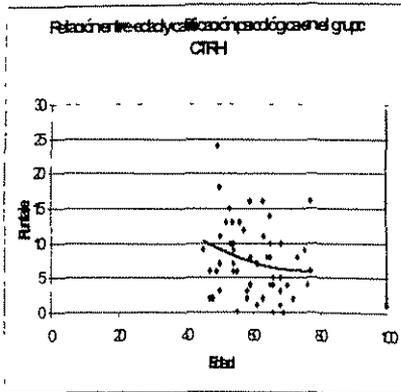


Fig. 10 y 11 Relación entre edad y puntaje psicológico de la escala de Greene para los grupos CTRH y STRH, respectivamente

En la segunda serie, se observan los resultados de los puntajes de calificación de la ansiedad. Fig. 12 y 13.

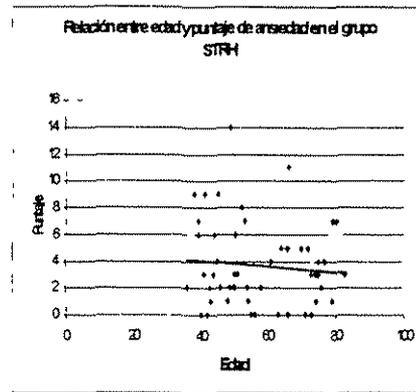
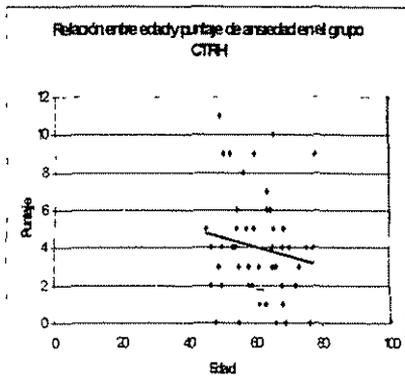


Fig. 12 y 13 Relación entre edad y puntaje de ansiedad de la escala de Greene para los grupos CTRH y STRH

En el siguiente par de gráficas, se observan comparativamente los resultados de las calificaciones de la evaluación depresiva entre ambos grupos Fig. 14 y 15



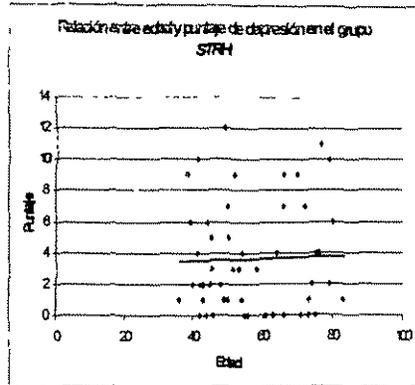
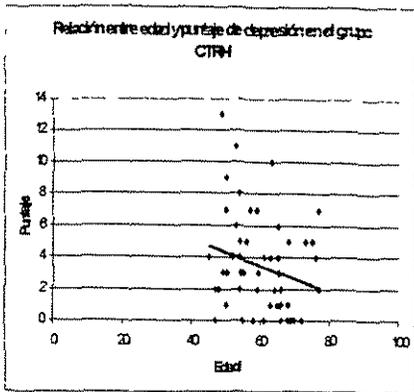


Fig 14 y 15. Relación entre edad y puntaje de depresión de la escala de Greene de los grupos CTRH y STRH

En la siguiente serie de gráficas se comparan ahora los puntajes de las calificaciones obtenidas al evaluar la esfera somática. Fig. 16 y 17.

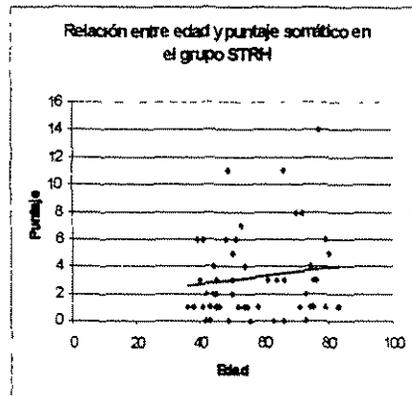
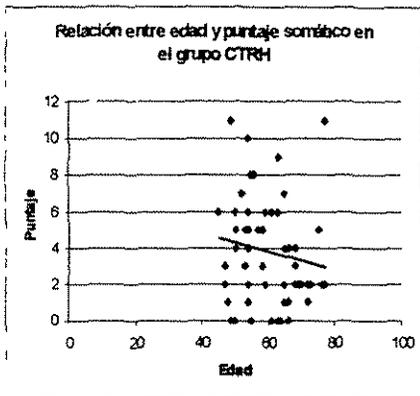


Fig 16 y 17 Relación entre edad y puntaje somático de la escala de Greene de los grupos CTRH y STRH

En la serie siguiente, se comparan los resultados obtenidos en la evaluación del área vasomotora. Fig. 18 y 19.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

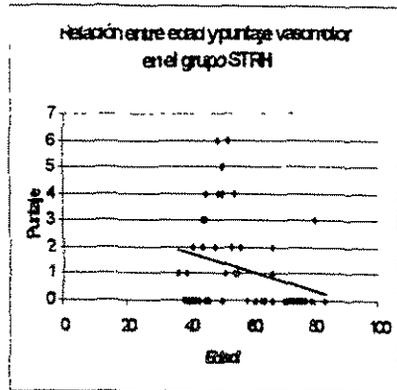
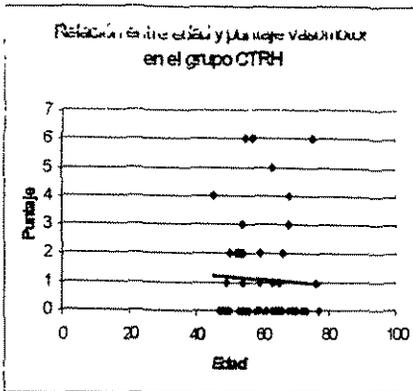


Fig 18 y 19 Relación entre edad y puntaje vasomotor de la escala de Greene de los grupos CTRH y STRH, respectivamente

A continuación se comparan los puntajes que se obtuvieron al evaluar la esfera sexual en ambos grupos Fig. 20 y 21

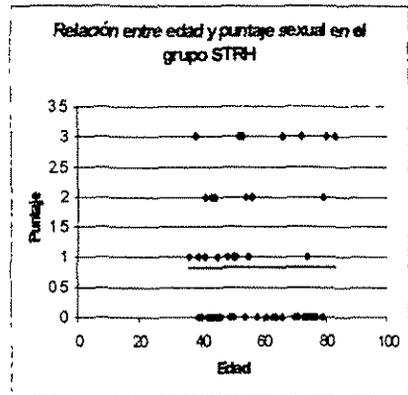
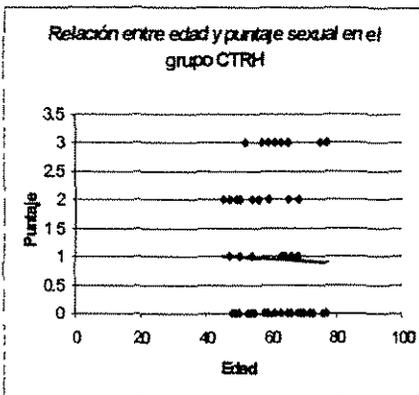


Fig 20 y 21 Relación entre edad y puntaje de la escala de Greene de la esfera sexual en los grupos CTRH y STRH

Por último, en la siguiente tabla resumimos el análisis estadístico mediante la aplicación de la prueba estadística t de Student para correlacionar los hallazgos observados en ambos grupos. Tabla 10.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Característica evaluada en la escala de Greene	Grupo con terapia de reemplazo hormonal n = 54		Grupo sin terapia de reemplazo hormonal n = 52		p<0.001	Intervalo de confianza 95%
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar		
Edad	60.1	8.7	56.9	14.0	0.152	-1.2 a 7.7
Calificación psicológica	7.5	5.2	7.3	6.2	0.863	-2.0 a 2.4
Calificación de ansiedad	4.0	2.6	3.6	3.1	0.523	-0.7 a 1.4
Calificación de depresión	3.4	3.0	3.6	3.4	0.787	-1.4 a 1.0
Calificación somática	3.7	2.9	3.1	3.1	0.322	-0.5 a 1.7
Calificación vasomotora	1.0	1.7	1.1	1.7	0.855	-0.7 a 0.6
Calificación sexual	0.9	1.1	0.8	1.0	0.593	-0.3 a 0.5

Tabla 10 Se anotan los resultados obtenidos al aplicar la prueba estadística t de Student. Se expresan los valores promedio observados con un decimal para hacer notar hacia el número entero que se redondearía, pero que no se hizo porque ningún puntaje se expresó en decimales, solo en números enteros. Se considera una diferencia estadística significativa cuando el valor de  $p < 0.001$ . Se incluyeron también los intervalos de confianza bilaterales en 95% de confiabilidad.

De la tabla anterior, podemos observar que entre ambos grupos de edad no hubo diferencia estadística significativa ( $p = 0.152$ , IC 95% -1.2 a 7.7), por lo que podemos considerar que ambos eran homogéneos y no fueron un factor determinante en los resultados obtenidos en los puntajes de la escala de Greene. También observamos que ninguna de las calificaciones de los aspectos evaluados por la escala en los grupos estudiados fue significativa estadísticamente, porque ninguna  $p$  fue menor de 0.001. Los intervalos de confianza observados tampoco nos permiten obtener datos significativos, porque el rango de variación es muy amplio y siempre rebasa 1.0, incluso con número negativos, lo que explica la gran variabilidad de resultados.

## CONCLUSIONES

La población estudiada en los dos grupos fue homogénea y comparable en cuanto a número total de pacientes y edad de las mismas, a pesar de existir un rango amplio de edad en el grupo STRH.

La histerectomía total abdominal es más frecuente en el grupo CTRH, que en el grupo STHR. Lo que sugiere que aún después de realizar esta operación, es probable que la paciente continúe manifestando sintomatología que ella creyó que desaparecería, o bien, que existe una influencia psicológica o somática de otra índole que ocasiona la necesidad en la paciente de buscar atención médica, en el entendido de que su condición anatómica adquirida se relaciona con alguna forma de pérdida de su identidad femenina que requiere suplementar con terapia hormonal de reemplazo. Otra forma de ver el problema, es que el médico crea un vínculo especial con la paciente al extirpar el útero, lo que condiciona modificar su actitud en virtud de ofrecer un mayor bienestar y estilo de vida ante los requerimientos y necesidades que exige la paciente, sus familiares y en ocasiones su entorno social.

Otra observación importante es que, paradójicamente a lo esperado, es más probable que en el grupo STHR encontremos que la paciente presenta extirpación bilateral de los ovarios, con pérdida súbita de la función estrogénica; cuando lo obvio sería considerar que en forma secundaria a la ooforectomía bilateral, la necesidad de terapia hormonal de reemplazo es mayor comparada con una paciente no operada o que conserva uno de sus ovarios. Este hecho nos vuelve a pensar sobre lo comentado en el párrafo anterior, respecto a la histerectomía, ya que es más probable que una paciente CTHR curse con histerectomía y conserve uno o dos de sus ovarios.

Dentro de los medicamentos más usados tenemos al raloxifeno en primer lugar, seguido de la tibolona y finalmente el estriol, sin embargo, de este último no consideramos su vía de administración, ni su presentación. La terapia con estrógenos solos se ofreció en 42.4% de las pacientes, la terapia de estrógenos combinada con progestágeno se ofreció en 18.3%, la terapia de progestágenos Solos, en 18.4%, mientras que la terapia con andrógenos se ofreció sólo en 1.8% de las pacientes. La forma más común de terapia hormonal de reemplazo es la de estrógenos solos, independientemente de la vía de administración y forma comercial empleada.

Las principales indicaciones para recibir terapia de reemplazo en el grupo CTHR fue la vasomotora, seguida de la relacionada con problemas de densidad ósea disminuida, en tercer lugar por atrofia genitourinaria y por último la hipercolesterolemia. La frecuencia de manifestaciones vasomotoras fue mayor que en el grupo STHR, lo cual es un resultado acorde a nuestra hipótesis principal y que concuerda con lo expresado por Pearce y Hawton. En el grupo STHR, la principal indicación fue la asociada a atrofia genitourinaria, seguida de

la sintomatología vasomotora, después los problemas de calcio y por último los relacionados al colesterol. Nuevamente, obtenemos que una de las indicaciones principales para recibir terapia sustitutiva son los problemas relacionados a la densidad ósea disminuida, la que en este grupo pasó a un tercer lugar, en comparación con el segundo del grupo CTRH. La sintomatología vasomotora tan intensa en el grupo CTRH, paradójicamente, paso a un segundo plano en el caso del grupo STRH. Concluimos que, además de la terapia sustitutiva, existen otros factores que disminuyen la eficacia del tratamiento hormonal en el grupo CTRH, los cuales probablemente no fueron estudiados en el presente análisis o que, además, intervienen diversos factores, quizá de otra naturaleza, hecho acorde con los hallazgos de Kirchengast.

Una causa frecuente de interrupción es el temor a efectos adversos, entre ellos el cáncer. Para algunas pacientes este hecho es razón suficiente para discontinuar el tratamiento hormonal sin indicación por parte de su médico tratante. Es conveniente que el clínico investigue sobre los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama y brinde información amplia y adecuada para que ella la asimile. En caso de que la paciente conserve su útero y exista la indicación para la terapia de reemplazo, es importante que ésta se administre asociada a un progestágeno, ya sea en forma continua o cíclica. La terapia combinada reduce el riesgo de desarrollar cáncer endometrial, llevándolo a cifras equiparables al de las pacientes que no reciben terapia sustitutiva.

Probablemente la administración de calcio sea mayor a la observada en ambos grupos, debido a que las pacientes no consideran la administración del mismo como una forma de tratamiento, en especial en el grupo STRH, ya que reporta una menor proporción de usuarias que el grupo CTRH. La administración de bifosfonatos se mantuvo baja en ambos grupos, lo que implica que a las pacientes que no se les administra terapia sustitutiva, tampoco se les administran bifosfonatos, hecho que podría tener repercusiones importantes, si hacemos notar que los estudios periódicos de detección de osteoporosis, se mantienen en un tercer plano en el grupo CTRH y en quinto en el STRH. La administración de hipocolesterolemiantes en el grupo STRH fue mayor a la observada en el grupo CTRH. El uso de veralipride no fue mayor en el grupo STRH en comparación con el grupo CTRH, probablemente porque el grupo STRH no siente que sus sintomatología vasomotora sea tan intensa que altere su vida cotidiana y motive la atención médica.

Un hecho curioso y que debemos tomar con precaución es el hallazgo de que 96% de las pacientes toman regularmente la terapia de reemplazo hormonal de acuerdo a la prescripción de su médico. Es probable que se trate de un sesgo dado por el temor de las pacientes a decir la verdad en el cuestionario. De ser cierto, no se puede explicar la falta de mejoría sintomática en el grupo CTRH en comparación con el grupo STRH, ya que como podemos observar, no existen diferencias significativas en la sintomatología en ninguna

de las esferas estudiadas por la escala de Greene en nuestra población de pacientes.

Otro hecho significativo es que las pacientes del grupo CTRH tienen mayor probabilidad, en comparación con el grupo STRH, de recibir alguna forma de tratamiento con influencia neurológica, sobretodo los relacionados con el funcionamiento psicológico, es decir, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos.

El estudio de control más frecuentemente realizado en ambos grupos fue la mastografía, lo cual se puede explicar porque la mayor parte de la población estudiada es de raza blanca, con mayor riesgo de desarrollar tumores de esta índole. En el grupo CTRH, el segundo estudio realizado es el perfil lipídico y en tercer lugar la densitometría ósea. En el grupo STRH, el segundo estudio más frecuente es el ultrasonido pélvico, ya que es más probable que conserven su útero; en tercer lugar, también está el perfil de lípidos. Es necesario hacer notar que la densitometría se encuentra en quinto lugar en éste grupo, probablemente porque tienen menor riesgo de osteoporosis, hecho que parece poco probable.

Finalmente, debemos considerar que, en la actualidad, antes de indicar una terapia de reemplazo estrogénica o combinada con progestágenos, es necesario identificar factores de riesgo cardiovascular, óseo y de cáncer de mama, y sólo así establecer la necesidad de sustitución, siempre y cuando el beneficio supere el riesgo. Probablemente, no se aclare el lugar real de la terapia sustitutiva hasta que estudios como el *Women's Health Initiative* proporcionen datos más confiables sobre protección cardiovascular primaria y secundaria, así como de los riesgos atribuibles al uso de la terapia hormonal. Por ahora, la indicación de la terapia sustitutiva a corto plazo, es decir menos de 2 años, parece ser viable para mejorar la sintomatología relacionada con el hipostrogenismo, sin que existan grandes modificaciones a los riesgos atribuibles. Debemos individualizar el tratamiento y evaluar la presencia de trastornos psicológicos, funcionales y orgánicos que probablemente no se modificarán con el uso del tratamiento. Asimismo, proporcionar consejos adecuados a la paciente, para que no espere más de lo que la terapia le puede ofrecer y no se sienta frustrada y abandone su tratamiento, y nosotros perdamos su confianza y la posibilidad de otorgar una buena atención médica.

## APÉNDICE

### Apéndice 1 Hoja de recolección de datos

#### Evaluación Sintomática de la Paciente en el Climatério

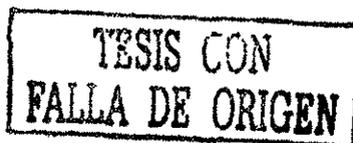
##### I - Objetivo y Justificación

Estimada paciente, el presente cuestionario está ideado para realizar un estudio sobre la efectividad de los medicamentos hormonales empleados en el tratamiento de las pacientes en la etapa del climatério, es decir, en etapas cercanas a la menopausia (tiempo en que se deja de reglar) o en quienes ésta ya ha sucedido, independientemente de que la causa haya sido natural o por extirpación de la matriz

Los datos que usted proporcione son confidenciales y no tienen relación con el curso de la atención en la consulta a que normalmente asiste. La información otorgada, servirá para mejorar la calidad de nuestra atención. De antemano, muchas gracias por la atención prestada y solicitamos que de estar usted conforme con los lineamientos estipulados, firme al final el cuestionario como muestra de conformidad

II - Por favor conteste en forma breve el siguiente cuestionario. Si usted tiene alguna observación o sugerencia, escríbala en la última sección del cuestionario. Si no conoce la respuesta, pase a la siguiente pregunta. No olvide firmar el cuestionario

- |                                      | Número de Expediente | Fecha Actual |
|--------------------------------------|----------------------|--------------|
| 1 - Edad                             |                      |              |
| 2 - Tiene extirpada su matriz        | SI( )                | NO( )        |
| 3 - Tiene extirpados sus dos ovarios | SI( )                | NO( )        |
- 4 - ¿Cuál es el nombre del Medicamento Hormonal empleado y cuánto tiempo lleva usándolo?
- 5 - Señale cuál es la(s) razones por las que usted recibe el tratamiento
- a) Bochornos y sudoraciones
  - b) Problemas de calcio en los huesos
  - c) Problemas de colesterol elevado
  - d) Molestias genitales como ardor, resequedad vaginal o escape involuntario de orina
  - e) Otras Especifique cual
- 6 - Anote la razón fundamental por la cual usted particularmente suspendería el tratamiento, sin que lo indique así su médico tratante
- a) Temor a efectos adversos del mismo tratamiento
  - b) Molestias generadas por el propio tratamiento
  - c) Falta de mejoría en las molestias que se están tratando
  - d) Aumento de las molestias aún con el uso del tratamiento
  - e) Otras Especifique cual
- 7 - Si usa algún otro Medicamento No Hormonal para estas molestias, anote su nombre y tiempo de uso
- 8 - De acuerdo con la prescripción médica, ¿cómo calificaría usted el empleo del tratamiento durante el tiempo que lo ha usado?
- a) Constante y regular
  - b) Inconstante e irregular Especifique si existe alguna razón en especial.
- 9 - Si está recibiendo también algún tratamiento para problemas de ansiedad, depresión o insomnio, conteste que sí, y si lo recuerda, anote su nombre
- 10 - Seleccione si en los últimos tres años se le ha realizado alguno(s) de los siguientes estudios, ya sea por control o por indicación específica
- a) Mastografía bilateral (Radiografía de los senos)
  - b) Densitometría ósea (Estudio de detección de Osteoporosis)
  - c) Ultrasonido de útero y ovarios



d) Perfil de remodelación ósea (Estudio de detección de osteoporosis)

e) Perfil de lípidos (colesterol en sangre)

III - Marque con una cruz en la casilla correspondiente, de acuerdo a la intensidad de los síntomas que presente en el momento actual. No deje ningún síntoma sin contestar. \*El recuadro de calificación será llenado por el médico.

SÍNTOMA	NINGUNO 0	LEVE 1	MODERADA 2	SEVERA 3	*CALIFICACIÓN
1) Palpitaciones cardiacas rapidas o fuertes					
2) Sensación de tensión o nerviosismo					
3) Dificultad para dormir					
4) Excitable					
5) Crisis de pánico					
6) Dificultad para concentrarse					
7) Sensación de cansancio o falta de energía					
8) Pérdida del interés en la mayoría de las cosas					
9) Sensación de infelicidad o depresión					
10) Crisis de llanto.					
11) Irritabilidad					
12) Sensación de vértigo o desvanecimiento					
13) Presión o Tensión en la cabeza o en el cuerpo					
14) Adormecimiento del cuerpo					
15) Dolores de cabeza					
16) Dolor en músculos o articulaciones.					
17) Pérdida de Sensibilidad en manos y pies					
18) Dificultad para respirar					
19) Bochornos					
20) Sudoraciones nocturnas					
21) Pérdida de interés por el sexo					

IV - Observaciones Especiales

FIRMA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Berek J S, Hillard P A, Adashi E Y, "Ginecología de Novak" Hurd W W Ed Menopausia, 12ª ed., México, Mc Graw-Hill Interamericana, 1997, 981-1011
- 2 Ahued A J. R., Ortiz L G F, "Salud y longevidad de la mujer en el futuro próximo", *Septien G. J M Climaterio: Estudio, Diagnóstico y Tratamiento.*, México, Intersistemas editores, 2000, 465-480.
- 3 Vázquez B E., Vázquez M. J., E., "Síndrome climatérico. Programa de actualización médica continua", *Pack GO-1 de Ginecología y Obstetricia*, Libro 1 México, Inter-sistemas editores, Schering, 1998, 7-10
4. Santos G. J E, "Climaterio y su Universo", *Septien G J M Climaterio: Estudio, Diagnóstico y Tratamiento* México, Intersistemas editores, 2000, 1-9
- 5 Celis G C., Morato H M L, "Perimenopausia", *Septien G J M Climaterio Estudio, Diagnóstico y Tratamiento*, México, Intersistemas editores, 2000, 66-77.
6. Barlow H. D., Wren G B, *Fast Facts. Menopausia*, Barcelona, J & C Ediciones Médicas S L., 2000, 7-70. Wyeth
- 7 Hauser G A, "A new rating scale for the climacteric syndrome (Menopause Rating Scale - MRS-)", *Schweiz Med Wochenschr*, 1997, 127 122-127. ("Una nueva escala para el síndrome climatérico (Escala Puntaje de la Menopausia)")
- 8 Hauser G A, "Diagnosis and evaluation of climacteric symptoms The 'Menopause Rating Scale' MRS helps in diagnosis and evaluation of therapeutic effectiveness". *Fortschr Med*, 1996, 114: 49-52. ("Diagnóstico y evaluación de los síntomas climatéricos. Utilidad de la Escala Sintomática Menopáusica en el diagnóstico y evaluación de la efectividad terapéutica").
- 9 Greene J G., "Constructing a standard climacteric scale", *Maturitas*, 1998, 29. 25-31. ("Construcción de una escala estandarizada de los síntomas climatéricos")

- 10 Greene J G , "A factor analytic study of climacteric symptoms , *Journal of Psychosomatic Research*, 1976, 20 425-430 ("Un estudio analítico de los factores sintomáticos del climaterio")
- 11 Greene J G , "The social and psychological origins of the climacteric syndrome", *Methodological Issues in climacteric research*, 1984, Gower Aldershot, Hants,OJO FALTAN NÚMERO DE PÁGINAS
12. Greene J. G , "Factor analyses of climacteric symptoms: toward a consensual measure", Unpublished report, Department of psychological medicine, University of Glasgow, 1990.
- 13 Greene J. G , Cooke D, J "Life stress and symptoms at the climacteric", *British Journal of Psychiatry*, 1980, 136: 486-491
- 14 Greene J G , "Bereavement and social support at the climacteric", *Maturitas*, 1983, 5 115-124.
- 15 Greene J. G , Hart D M , "Evaluation of a psychological treatment programme for climacteric women", *Maturitas*, 1987, 9: 41-48
- 16 Dow M G , Hart D. M , Forrest C A., "Hormonal treatments of sexual unresponsiveness in postmenopausal women: a comparative study", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1983, 90 361-366
- 17 Pearce J , Hawton K., Blake F , Barlow D , Rees M , Fagg J., Keenan J , "Psychological effects of continuation versus discontinuation of hormone replacement therapy by estrogens implants, a placebo-controlled study", *J Psychosom Res* , 1997, 42: 177-86
18. Kirchengast S , "Effect of socioeconomic factors on timing of menopause and the course of climacteric", *Z. Gerontol*, 1992, 25. 128-133
- 19 Buddeberg C , Buddeberg-Fischer B., "Psychosocial aspects of the climacteric" *Schweiz Rundsch Med Prax*, 1995, 13;84 (24) 718-721
- 20 Ekblad S , Lonnberg B , Berg G., Odqvist L , Ledin T , Hammar M , "Estrogen effects on postural balance in postmenopausal women without vasomotor symptoms: a randomized masked trial", *Obstet Gynecol.*, 2000 95. 278-283
- 21 Colin P R , Corlay N. I , Ruiz F L , Vázquez E F , "Trastornos depresivos durante el climaterio",

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Septien G J M. *Climaterio: Estudio, Diagnóstico y Tratamiento* México, intersistemas editores, 2000, 284-297
- 22 Schneider H P , "Hormone replace therapy and cancer risk: separating fact from fiction", *Maturitas*, 1999, Nov.; 33, Suppl 1 S 65-72.
  23. Rebar R. W , Nachtigall L E., Avis N. E , Kronenberg F, Santoro N F., Sowers M F, Archer D. F., *Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of The North American Menopause Society*, 2000, 7. 5-13
  24. Davies G , Huster W., Lu Y., Plouffe L , Lakshmanan M., "Adverse events reported by postmenopausal women in controlled trials with Raloxifene", *Obstet Gynecol*, 1999, 93: 558-565
  25. Vázquez-Benitez E , "Reproducibilidad de un cuestionario para el estudio del climaterio", *Salud Pública de México*, 1996, 38: 363-369.
  - 26 Vázquez M. J. E., "Calidad de vida en el climaterio", *Septien G J M. Climaterio Estudio, Diagnóstico y Tratamiento*, in. Sección II, Capítulo 4, México, Intersistemas editores, 2000, 28-34
  27. Flanagan J C , "A research approach to improving our quality of life", *Am Psychol*, 1978, 33. 138-147
  - 28 Buchkhardt C. S , Woods S. L., Schultz A A , "Quality of life of adults with cronic illness: A psychometric study". *Research in nursing and health*, 1989 12: 347-354

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN