

112171
75

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.



EDUCACIÓN EN EL CLIMATERIO PARA UNA VEJEZ EXITOSA

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. MARÍA CLAUDIA CATALINA JUÁREZ MUÑOZ

ASESOR DE TESIS:
DR. JUAN MIRANDA MURILLO
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de este trabajo, respectivamente:

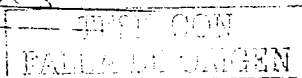
NOMBRE: María Claudia Juárez Muñoz
FECHA: 05/19/03
FIRMA: [Firma]

2003



ISSSTE

MÉXICO, D. F.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

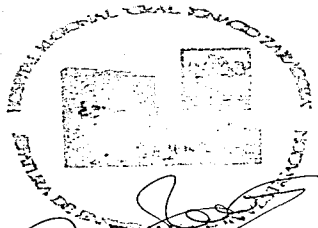
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ GUADALUPE FLORES GALICIA
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN,
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.



DR GREGORIO NIEBANO VALENCIA PÉREZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.

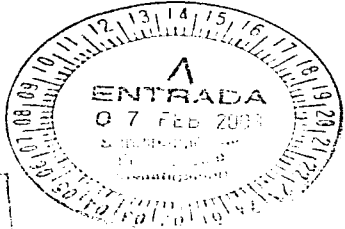
DR JUAN MIRANDA MURILLO,
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y
ASESOR DE TESIS.



ESPECIALIZACION
DE POSGRADO

DR JUAN MANUEL FERNÁNDEZ MONTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE -
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

DR ALEJANDRO YÁZQUEZ LÓPEZ
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.



TESIS CON
FALLA DE ENTRENAMIENTO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS
POR QUE SIN EL SIMPLEMENTE NO EXISTIRÍA Y POR SER EL MEJOR REFUGIO
QUE HE ENCONTRADO.

A MI PADRE
FRANCISCO JUÁREZ HERNÁNDEZ POR SU GRAN APOYO Y AMOR INCONDICIONAL
QUE DÍA A DÍA ME DEMUESTRA.

A MI MADRE
POR HABERME DADO LA VIDA.

A MI ABUELITA
ISABEL LUNA POR SU AMOR ETERNO.

A MIS HERMANOS
FIDEL, ORLANDO, LIBELIA Y EDGAR POR SU APOYO Y CARÍÑO.

A MIS SOBRINOS
SHAYRA MILLET, IRVING Y UMBALIA POR QUE LOS AMO.

A MI ASESOR DE TESIS
DR JUAN MIRANDA MURILLO, POR SU APOYO Y CONFIANZA EN MI.

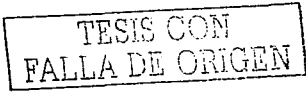
A MIS MAESTROS
DE LOS CUALES APRENDÍ SU EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS INVALUABLES.
EN ESPECIAL AL DR JUAN MIRANDA MURILLO.

A LAS PACIENTES
QUE FUERON UN LIBRO ABIERTO PARA MI APRENDIZAJE.

A LA INSTITUCIÓN
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE, QUE FUE MI HOGAR
POR CUATRO AÑOS.

A LA DRA PAULINA Y, CHAGOLLA V.
POR SU AMISTAD Y CARÍÑO DURANTE ESTOS CUATRO AÑOS

A MIS CUÑADOS
FRANCISCA Y JORGE POR FORMAN PARTE DE MI FAMILIA



ÍNDICE

| | |
|-------------------------|-------|
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRAC..... | 2 |
| OBJETIVOS..... | 3 |
| INTRODUCCION..... | 4-12 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 13 |
| RESULTADOS..... | 14-15 |
| CONCLUSIONES..... | 16 |
| GRAFICAS..... | 17-27 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 28 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Este estudio de investigación se realiza en el Hospital Regional general Ignacio Zaragoza, en el servicio de ginecología y obstetricia, en el área de clínica de climaterio, durante el periodo de un año, que abarca del primero de octubre del 2001 al 31 de octubre del 2002.

Es un estudio de investigación técnico-médico-administrativo en donde la metodología utilizada fue cualitativa.

Se incluye al equipo de trabajo que atiende a la mujer en la etapa del climaterio así como a un total de 1637 pacientes que acudieron a la consulta de la clínica de climaterio.

METODOLOGIA

Se investigo el grado de conocimiento que tienen los involucrados (médicos, enfermeras y pacientes) respecto al periodo del climaterio. Se hace la consulta interactiva entre el médico de base, médico residente, personal de enfermería y pacientes.

El total de pacientes (1637), se dividen de la siguiente manera para el diseño del trabajo.

1.- El grupo obtenido por avalancha, que corresponde al 8%, detectado por personas que tuvieron el proceso educativo previamente.

2.- El muestreo por conveniencia se constituyo por todas las pacientes programadas en la clínica de climaterio, correspondiendo al 80%.

3.- Muestreo de casos extremos, canalizados de diferentes servicios del hospital a la clínica de climaterio, siendo un total del 12%.

Para realizar el proceso educativo, primero se levantaron un total de 380 encuestas, posteriormente se enfocó el proceso educativo con tres metodologías: consulta interactiva, entrega personalizada de trípticos y elaboración de un curso.

RESULTADOS

El 76% del total de pacientes fue egresada a su UMF para darle continuidad a la TRH ya que todas ellas tuvieron una adherencia adecuada a la TRH establecida en la consulta.

Lo anterior constituyó un beneficio innegable a la paciente climatérica en dos vertientes:

1.- Directa: mejoró su sintomatología y comprensión de esta etapa y sus cambios fisiológicos, aceptando de manera informada el alta a su UMF.

2.- Indirecta: disminución sustantiva del número de consultas subsecuentes para dar oportunidad a pacientes en esta etapa de la vida, como primera vez.

CONCLUSION

Este estudio hace evidente la importancia de la educación médica a la población en general y sobre todo a quien maneja a la paciente climatérica, lo anterior, facilitaría la comprensión, el apoyo y la búsqueda oportuna de atención especializada en el climaterio. Falta resolver la carencia de grupos interesados en el tema, lo que esperamos conseguir con este estudio, así como de las acciones de la educación médica continua.

Palabras claves: TRH,UMF.



SUMMARY

This investigation study is carried out in the General Regional Hospital Ignacio Zaragoza, in the gynecology service and obstetrics, in the area of climaterio clinic, during the period of one year that embraces of the first of October from the 2001 to October 31 the 2002.

It is a technician-doctor-administrative investigation study where the used methodology was qualitative.

It is included to the work team that assists the woman in the stage of the climaterio as well as to a total of 1637 patients that gone to the consultation of the climaterio clinic.

METHODOLOGY

One investigates the degree of knowledge that have those involved (doctors, nurses and patients) regarding the period of the climaterio. The interactive consultation is made among the base doctor, medical resident, nurses and patient.

The total of patient (1637), they are divided in the following way for the design of the work.

1. - the group obtained by avalanche that corresponds to 8%, detected by people that had the educational process previously.
2. - the sampling for convenience you constitutes for all the patients programmed in the climaterio clinic, corresponding to 80%.
3. - sampling of extreme cases, channeled of different services of the hospital to the climaterio clinic, being a total of 12%.

To carry out the educational process, first set up a total of 380 surveys, later on the educational process was focused with three methodologies:it consults interactive, gives personalized of tripticos and elaboration of a course.

RESULTS

76% of the total of patients went way out to its UMF to give continuity to the TRH since all they had an appropriate adherence to the TRH settled down in the consultation.

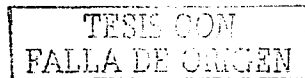
The above-mentioned constituted an undeniable benefit to the patient climaterica in two slopes:

1. - DIRECT: it improved their symptomatology and understanding of this stage and their physiologic changes, accepting in an informed way the high one to their UMF.
2. - INDIRECT: substitute decrease of the subsequent consultation number to give opportunity to patient in this stage of the life, as first time.

CONCLUSION

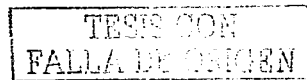
This study ago evident the importance of the medical education to the population in general and mainly to who manages to the patient climaterica, the above-mentioned, would facilitate the understanding, the support and the oportune search of attention specialized in the climaterio.It lacks to solve the lack of groups interested in the topic, what we hope to get with this study, as well as of the actions of the continuous medical education.

key words: TRH,UMF.



OBJETIVOS

1. - Establecer la Clínica de Educación Para el Climaterio y garantizar una Vejez Exitosa a la Mujer Climaterica."Clínica de Mujeres de la Bella Epoca".
- 2.- Medir el impacto del proceso educativo que ejerce la comunicación escrita y verbal de manera directa en las mujeres del climaterio.
- 3.- Integrar a la Clínica de Climaterio un proceso educativo a través de un grupo multidisciplinario ; a grupos de mujeres con o sin deficiencia hormonal que este cursando por la etapa del climaterio, como medida preventiva para el autorreconocimiento de los síntomas relacionados con esta etapa y se pueda instituir con oportunidad la terapia de reemplazo hormonal y lograr una adhesión y continuidad exitosa.
- 4.- Establecer en las unidades de primero y segundo nivel esta sistematización; por considerarse los efectos del climaterio como un factor epidemiológico que ira creciendo por las características evolutivas de nuestra población.



INTRODUCCIÓN

GENERALIDADES

El aumento progresivo en la esperanza de vida a lo largo del siglo XX, ha determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcanza el climaterio y que pasa al menos, un tercio de su vida después de la menopausia. La población mundial para el año 2025 será de 8.200 millones de habitantes y las dos terceras partes de ella se encontrará en los países en vías de desarrollo; México se encuentra dentro de los 18 países con alta población de ancianos desde 1980, con una población de mujeres mayor que la de los varones.

En 1990 la población femenina en México ascendía a 41.4 millones que representaba el 50.9% de la población total, actualmente existen alrededor de 12 millones de mujeres entre los 45 a 65 años en nuestro país.(1).

Existen conceptos complejos, simplistas y equilibrados para definir el climaterio como los siguientes:

1.- La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), define al climaterio como el periodo de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductiva, se producen signos de desfeminización y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, todo ello como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovarica. Se inicia alrededor de los 45 años y finaliza hacia los 65 años.(2).

2.- La Sociedad Internacional de Menopausia (SIM), fundada en 1976 señala la definición de climaterio como el periodo de transición de un estado reproductivo a uno no reproductivo, aceptado esto en el Primer Congreso Internacional de Menopausia en Francia (3,4).

3.- Desde el punto de vista docente, el Climaterio, es un fenómeno que se caracteriza por ser un síndrome, y no siempre esta asociado con síntomas; cuando esto ocurre se designa " Síndrome Climaterico", ocurriendo en un determinado tiempo como una senescencia reproductiva, en ella predomina la disminución de estrógenos y progesterona hasta el punto en que la menstruación termina y da inicio la menopausia. (4).

EPIDEMIOLOGÍA

En relación a la esperanza de vida de la población, internacionalmente se han visto cambios epidemiológicos importantes en la gran mayoría de países en vías de desarrollo; esta mayor longevidad ha impactado en las pirámides de población, modificándolas en favor de los individuos de 45 años y más. Estos cambios se encuentran presentes en la población mexicana, encontrándose como consecuencia, un incremento de enfermedades crónico degenerativas que aumentarán en proporción directa el número de personas de la tercera edad.

En el momento actual, los países del tercer mundo no estamos preparados ni educados para afrontar adecuadamente los problemas que presenta este tipo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fenómenos, que esta dando como consecuencia una intensa demanda de asistencia médica y social con sus consecuencias económicas por ser demasiado costosas y prolongadas; por lo que es de vital importancia establecer estrategias educativas de manera preventiva en forma oportuna a todos los individuos para una vejez exitosa en base a trabajos de investigación operativa.

EL CLIMATERIO: PROBLEMA MEDICO, SOCIAL Y ECONOMICO EN MEXICO.

Derivado del desconocimiento de los cambios que suceden en esta etapa de la vida por la mayoría de la población mexicana; se generan patologías previsibles y evitables impactando desfavorablemente al sistema de salud, principalmente en los servicios que otorgan asistencia traumatológica, ortopédica, cardiológica y de rehabilitación; generándose costos altos y días de estancia hospitalaria prolongados.

Desde el punto de vista social; se necesita establecer una estructura suficiente de centros de atención para personas que están cursando por la etapa del climaterio, ejerciendo funciones de educación, principalmente, a través de consejería para favorecer cambios en los "estilos de vida" y eliminación de hábitos nocivos que pueden repercutir gravemente sobre la familia y la sociedad, desequilibrándola a tal punto que puede haber ruptura de pareja o de relaciones con otras células sociales, por lo que es evidente la importancia de la educación médica a la población general, que proceda de los centros de salud, considerando a la mujer y a sus familiares. Lo anterior facilitaría la comprensión, el apoyo familiar a la mujer de esta etapa y la búsqueda de la atención oportuna para evitar complicaciones.

PROBLEMA ECONOMICO

Debido a que un alto porcentaje de mujeres está incorporado a la economía, hay en ocasiones merma en la productividad por la inasistencia o por falta de concentración. A gregese a lo anterior el costo elevado de tratar las complicaciones por arterioesclerosis, osteoporosis y accidentes cerebrovasculares.

En nuestro país aún no se cuenta con estudios económicos al respecto, pero se puede ilustrar el impacto con los siguientes datos relativos a la osteoporosis.

Posterior a la fractura de cadera en mujeres

- 5 a 20% de mortalidad en el siguiente año.

- 20% de movilidad severa alterada después de 12 meses, que requiere cuidados de enfermería a largo plazo.

-50% no recupera la movilidad previa (5).

CALIDAD DE VIDA EN EL CLIMATERIO

El climaterio es una etapa fisiológica que, sin embargo, frecuentemente se acompaña de sintomatología y riesgos potenciales, que muchas mujeres consideran como una verdadera carga; como por ejemplo la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares, las alteraciones de la menoria, los cambios en la piel y composición corporal y los problemas urogenitales que pueden hacer miserables los años que le restan de vida a una mujer y es en donde debe incidir el tratamiento sobre todo preventivo.

Los avances en la esperanza de vida en la mujer que se han logrado gracias a la salud pública; estos años extra, acarrearán una serie de problemas relacionados con el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

envejecimiento, los cuales pueden ser de tal magnitud que empobrezcan la calidad de vida. Es una meta de la medicina actual que estos problemas puedan prevenirse y lograr así "una vejez exitosa".

La vivencia del climaterio y menopausia varía de mujer a mujer y de cultura a cultura según se demuestra en diversas encuestas y estudios. De forma análoga a la menstruación, el climaterio todavía conlleva un tabú cultural y, por ello, muchas mujeres se sienten incómodas al no poder expresar sus síntomas con sus médicos familiares de una manera abierta por lo que su calidad de vida se va deteriorando conforme avanza el tiempo. (6).

CALIDAD DE VIDA Y PROBLEMAS UROGENITALES

Los problemas de incontinencia urinaria o fecal, que pueden llegar a ser severos, conllevan un retraimiento social y familiar en ocasiones importante, disminuyendo la convivencia familiar y social ocasionando una menor funcionalidad y una auto imagen negativa. En 1994, el estudio de Linde y colaboradores reveló que en un grupo de mujeres mayores de 55 años, aproximadamente el 29% reportaba algún grado de incontinencia urinaria y un 30% del total consideraban que este tipo de problemas afectaban gravemente en sus vidas. (7).

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA SALUD POSMENOPÁUSICA

Independientemente de los procesos crónico degenerativos que se puedan presentar debido a la disminución de los niveles circulantes de estrógenos, también pueden presentarse otras series de problemas relacionados específicamente con el proceso de envejecimiento corporal (8); de ellos destacan los siguientes:

1.- **COMPROMISO INMUNOLÓGICO:** El envejecimiento está asociado con cambios significativos en el sistema inmune y con una declinación en los mecanismos de defensa como son la atrofia del timo, disminución de la inmunidad celular, disminución de la respuesta de anticuerpos y una producción aberrante de inmunoglobulinas y de anticuerpos. La primera consecuencia de estos cambios es un aumento en la susceptibilidad de la mujer añosa a los procesos infecciosos: hay un incremento de procesos neumónicos e infecciones en el tracto urinario.

2.-**CÁNCER:** El sistema inmunitario en la senectud está asociado con mayor frecuencia a diversos tipos de cáncer. Las causas más frecuentes de muerte por cáncer son uterino, de mama, de pulmón, colon, recto y ovario.

3.-**ESTRÓGENOS Y REGULACIÓN DEL METABOLISMO LIPÍDICO:** Esta perfectamente establecido que los estrógenos aumentan las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad (HDL)- colesterol, específicamente la subfracción HDL -2 y los triglicéridos, a la vez que disminuyen las concentraciones de lipoproteínas de baja densidad (LDL)- colesterol. Por otra parte, también se ha detectado un efecto inhibitor del estradiol sobre las concentraciones de Lp (a), que podría contribuir al efecto antiaterogénico.

Quizá de más interés, y ligado con este tema, es el efecto antiaterogénico de los estrógenos. En la década de los años 50 se demostró la relación inversa que existe entre las concentraciones de estradiol y la formación de placas ateromatosas vasculares. Se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ha demostrado que el estradiol inhibe la extensión de las lesiones ateromatosas. Los estudios de Adams han evidenciado de forma fehaciente esta misma relación y también el hecho de que el tratamiento con estradiol inhibe la formación de placas ateromatosas en las arterias coronarias en aquellos animales ovariectomizados que, en caso contrario, desarrollan en forma extensa la enfermedad.

El mecanismo básico de acción, no demostrado totalmente en el ser humano, consiste, por un lado, en la reducción que el estradiol ejerce sobre las concentraciones de LDL-colesterol disponible en la pared arterial independientemente de las variaciones lipídicas a nivel general, probablemente mediante la inhibición de la hidrólisis del colesterol y estimulando la degradación de la LDL. Esta acción implica la disminución del efecto de los agentes oxidantes a nivel endotelial, que se sabe alteran la molécula de LDL-colesterol. Así, una vez oxidada, esta molécula de LDL no se uniría al receptor normal celular del macrófago, sino que se uniría a otro tipo de receptor incapaz de saturarse. El estradiol inhibe este proceso, por un efecto antioxidante directo o facilitando la desaparición de estos radicales, lo que evitaría la proliferación de las células espumosas, que se sabe se depositan en la pared y constituyen uno de los estímulos para la formación de la placa.

EFFECTOS DE LOS ESTEROIDES SEXUALES SOBRE EL METABOLISMO LIPIDICO

Mientras conservan el ciclo menstrual, las mujeres tienen protección frente a la enfermedad vascular cerebral. Son bien conocidas las diferencias entre las concentraciones de los distintos lípidos y lipoproteínas en función del sexo. La mujer en edad reproductiva presenta unos patrones lipídicos considerados cardioprotectores frente a los que posee el hombre. Por esta razón, la mujer tiene un decalaje con respecto al hombre de 10 años en cuanto a la incidencia de enfermedad coronaria y demás de 20 en cuanto a la incidencia de infarto de miocardio y muerte súbita.

Las concentraciones de HDL y LDL, que hasta la pubertad es semejante en ambos sexos, empieza a diferir a partir de la adolescencia según se trate de mujeres u hombres. En la pubertad, el varón presenta un descenso de las concentraciones de HDL frente a las mujeres; esta diferencia se mantendrá a lo largo de toda la vida, presentando a las mujeres como un grupo un valor de HDL promedio más alto en 10mg/dl. Las HDL aumentan ligeramente con la edad en ambos sexos, aunque siguen siendo más altas de forma permanente en las mujeres. Esta diferencia de comportamiento de las HDL entre ambos sexos refleja el efecto neto de los estrógenos en las mujeres (aumento de HDL) y de los andrógenos en los hombres (descenso de HDL).

Estudios experimentales recientes llevados a cabo en monos del género cynomolgus sugieren que los estrógenos también inhiben el desarrollo de la placa de ateroma por mecanismos no relacionados directamente con la concentración de lípidos en el plasma. Experimentos realizados con una dieta aterogénica y anticonceptivos hormonales demostraron que las monas que recibieron dieta más anticonceptivos orales presentaban perfiles lipídicos más aterogénicos; sin embargo, el estudio de las aortas de las mismas reveló que la extensión de la placa era mucho menor que las de aquellas que, con la misma dieta no recibieron anticonceptivos orales. (9)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAMBIOS DEL PERFIL LIPIDICO INDUCIDO POR LA MENOPAUSIA

Los cambios generados por la menopausia en el perfil lipídico básicamente son: aumentos imperceptibles en los triglicéridos y VLDL e incremento en las concentraciones de colesterol. Un trabajo de Matthews y colaboradores, publicado en 1988 (10), es uno de los pocos estudios verdaderamente prospectivos sobre el impacto de la menopausia en el metabolismo lipídico. En él se estudian 541 mujeres sanas premenopáusicas durante 2.5 años, de las que 65 entraron en el período menopáusico de forma espontánea. Este grupo se comparó con un número igual de mujeres que seguían menstruando regularmente. Los cambios más importantes observados fueron un descenso de la fracción HDL del colesterol y un aumento de la fracción LDL del mismo.

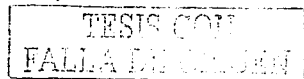
ESTEROIDES SEXUALES Y METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO

Diversas situaciones reflejan una interrelación entre la sensibilidad a la insulina y los efectos de los esteroides sexuales. Entre estas cabe citar el aumento de la resistencia a la insulina que acompaña al incremento de estrógenos y progesterona característico del embarazo y el que se observa durante la fase lútea del ciclo menstrual y en mujeres con gran producción de andrógenos. En relación con los esteroides sexuales, hay que destacar que durante el período fértil la sensibilidad de la insulina a la glucosa es mayor en las mujeres que en los varones.

Las mujeres post-menopáusicas tienen muchos rasgos del síndrome metabólico, entre los que destacan la rápida disminución de la sensibilidad de insulina después de la menopausia que se relaciona con este estado más que con la edad cronológica (11). Los efectos de los estrógenos sugieren que la THS con estas hormonas podría corregir las alteraciones metabólicas que constituyen el síndrome metabólico y que tienen importancia en el desarrollo de la enfermedad cerebral vascular.

En estudios animales se ha comprobado que el tratamiento con 17- β -Estradiol favorece la secreción de insulina en las células de los islotes y, por tanto, aumenta la respuesta de la insulina a la glucosa y reduce la resistencia a la misma. Así mismo, la progesterona natural puede incrementar la respuesta a la insulina a la glucosa, pero probablemente por una disminución de la sensibilidad a la insulina en el tejido efector, que determina una mayor capacidad de respuesta de las células beta.

En numerosos estudios se ha observado una asociación entre el deterioro del metabolismo de la glucosa y las enfermedades cerebro vasculares. En los últimos años, la investigación ha demostrado que la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia son rasgos comunes en algunas situaciones que favorecen el proceso aterosclerótico, es decir, la hipertensión, la obesidad androide y la dislipemia. En la pared vascular, la insulina estimula la proliferación y el desplazamiento de las células musculares lisas, la unión de LDL a los receptores y los monocitos y la actividad de las principales enzimas lipogénicas. Estos cambios se traducen en la formación de lesiones repletas de lípidos que anteceden a la placa aterosclerótica. En un individuo, la resistencia a la insulina está determinada genéticamente y disminuye con la edad, pero los esteroides sexuales exógenos y endógenos ejercen un efecto regulador. En mujeres post-menopáusicas, los estrógenos exógenos reducen la resistencia a la insulina, si bien el efecto puede amortiguarse por la mayor síntesis de factores de crecimiento y la disminución de la eliminación hepática de insulina resultante del efecto y primer paso de las hormonas



administradas por vía oral. Por otro lado, la administración de gestagenos junto con estrógenos puede contrarrestar los efectos de los estrógenos sobre la insulina.

4.- **FUNCION CARDIACA:** Conforme envejece la mujer, su actividad física varía de acuerdo con su estado de salud. La función cardíaca en la senectud no tiene cambios rápidos de adaptación y puede haber una falla cardíaca (12) Si a estos cambios de adaptación se agrega la aterosclerosis y la hipertensión arterial, se compromete mayormente la función cardíaca agregando a los problemas del hipoestrogenismo los problemas del envejecimiento.

Las enfermedades del aparato circulatorio tienen una enorme relevancia debido a su elevada morbimortalidad, el grado de discapacidad que origina y su gran repercusión socioeconómica.

5.- **FUNCION PULMONAR:** Los cambios pulmonares asociados con el proceso de envejecimiento se presentan tanto celular como estructural. El primer efecto de estos cambios es la disminución de la reserva pulmonar, disminuye la coalescencia alveolar y la capacidad de la pared torácica. Estos y otros cambios producen, con la edad, una disminución progresiva de la concentración de oxígeno.

6.- **FUNCION ENDOCRINA:** Las funciones endocrinas asociadas a la vejez producen una disminución en la reserva física y la expresión de la enfermedad y respuesta al tratamiento. El principal cambio del sistema endocrino con la edad es el de la menopausia. Por otra parte, la mayoría de los órganos endocrinos disminuyen su peso con la edad y a menudo desarrollan cambios vasculares que dan atrofia y fibrosis (13). Por si fuera poco los esteroides sexuales están implicados en el metabolismo de los neurotransmisores y neuropeptidos opioides modificando la regulación del estado afectivo y la función de vigilancia, lo que hace a la mujer climaterica vulnerable a la presencia de síntomas que pueden agruparse en alteraciones del estado de ánimo, datos de ansiedad y depresión.

7.- **FUNCION CEREBRAL:** Las manifestaciones emotivas y alteraciones de la atención, de la memoria y cognitivas que se presentan durante la menopausia motivarán la investigación sobre la asociación del hipoestrogenismo con la función de los neurotransmisores, ya que con base a experimentos previos se había demostrado que los esteroides sexuales modificaban la función neuronal. Los estudios han revelado que el hipoestrogenismo de la menopausia condiciona un decremento importante en las concentraciones de la serotonina y endorfinas así como la disminución menor de los niveles de acetilcolina y ácido gamma amino butírico. Los estrógenos intervienen en la síntesis y recaptura de los neurotransmisores y sobre la actividad enzimática que los elimina; así mismo los estrógenos y varios de sus precursores, como son testosterona, DHEA y alopregnenolona tiene un efecto directo sobre la actividad neuronal y la plasticidad de la glia (14).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.- INTEGRIDAD Y FUNCION DEL ESQUELETO. A partir de los 40 años la mujer pierde 0.2-0.5% de masa ósea cada año; sin embargo, en el climaterio esta pérdida se acelera, llegando a valores de 2 a 5%. Así las mujeres pueden llegar a reducir hasta 20% de su masa ósea en los 5-7 años que siguen a la menopausia.

La osteoporosis es una enfermedad sistematica del esqueleto y se caracteriza por la disminución de la masa ósea y deterioro de su microestructura, con un aumento en la fragilidad y susceptibilidad a las fracturas.

Aproximadamente 70% de las fracturas que ocurren en personas mayores de 45 años se debe a osteoporosis. Se ha calculado que en México pueden existir 5 millones de personas con osteoporosis.

FIOSIOPATOGENIA. El hueso se remodela continuamente a través de la etapa adulta, mediante la resorción del hueso viejo por los osteoclastos y la formación subsiguiente de hueso nuevo por osteoblastos. Del equilibrio de estos dos eventos depende la renovación y mantenimiento de la integridad del esqueleto.

En condiciones normales la remodelación del hueso ocurre en ciclos en los que los osteoclastos se adhieren al hueso y subsecuentemente son removidos por la acidificación y digestión proteolítica. Posteriormente los osteoclastos abandonan el sitio de resorción y los osteoblastos invaden el área para iniciar el proceso de formación de hueso nuevo mediante la secreción del osteoide.

En la post-menopausia se observa un aumento de la remodelación ósea con predominio de la actividad de resorción sobre la formación. Durante esta etapa se encuentra una disminución de la absorción de calcio a nivel intestinal, en paralelo con decremento en la formación de vitamina D; y debido al hipoestrogenismo un decremento en los valores de 1.25-dihidroxitamina D. En consecuencia se presenta en compensación una mayor secreción de PTH y mayor resorción ósea de calcio con la consecuente osteoporosis.

Los estrógenos actúan por diferentes mecanismos; los estrógenos inhiben la proliferación y diferenciación de los osteoclastos; a nivel renal, activan la 1 alfa hidroxilasa, permitiendo la producción de la 1.25 hidroxivitamina D, lo que determina una mayor absorción intestinal de calcio y una mayor excreción urinaria del mismo (14).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSEJERIA EN EL CLIMATERIO

PREPARACION PARA LA MENOPAUSIA.

La etapa de la menopausia en un punto crítico en la vida de toda mujer y, si se considera con optimismo, puede ser gratificante y reveladora.

Desgraciadamente, la sociedad considera a la menopausia como algo negativo, continua siendo un tema tabú y, se le considera de un modo despectivo.

Esta etapa puede tratarse de una época con nuevas oportunidades y desafíos, como representar posiblemente a los mejores años de la vida en la mujer. Es fundamental mantener una actitud positiva y descartar mitos, prejuicios y estereotipos.

PRINCIPIOS QUE DEBE TENER PRESENTE LA MUJER PARA TENER UNA VEJEZ EXITOSA.

- 1.- Estar bien informada y preparada para la menopausia.
- 2.- La mujer merece solidaridad y comprensión de su compañero, familia y de su médico.
- 3.- El envejecimiento no se acelera repentinamente luego de la menopausia.
- 4.- Toda mujer tiene derecho a controlar esta etapa de su vida como cualquier otra; debe ser vigilada y orientada para que reconsidere su negativa en beneficio propio.
- 5.- Pueden adoptarse medidas para mantener y mejorar la calidad de vida sexual, aun que haya menos estrógenos en el organismo.
- 6.- La femeneidad no es sinónimo de fertilidad. La menopausia no es el comienzo del fin, es el comienzo del resto de la vida.

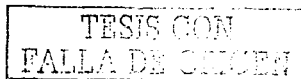
HABITOS PARA SENTIRSE BIEN

- 1.- Importancia de la alimentación.
- 2.- Ejercicio físico. (los ejercicios más recomendados en este edad son la caminata- bicicleta, gimnasia, yoga , tai-chi).
- 3.- Agilidad mental.
- 4.- Relacionarse con personas de condiciones y conocimientos diversos, así como de cualquier edad.
- 5.- Salir de casa, viajar, hacer pequeñas excursiones.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y DETECCION TEMPRANA EN LA MUJER CLIMATERICA.

La mujer debe realizar como mínimo una visita anual al médico para:

- 1.- Citología cervicovaginal.
- 2.- Exploración mamaria.
- 3.- Mastografía.
- 4.- Exploración vaginal y pélvica.
- 5.- Toma de talla y peso.
- 6.- Revisión general.
- 7.- Análisis de orina.
- 8.- Análisis de sangre.
- 9.- Visita al dentista.
- 10.- revisión de la vista y del oído (15).



TRATAMIENTO

La terapia de reemplazo hormonal (TRH) persigue en términos generales cumplir con dos objetivos, uno de ellos es aliviar los síntomas que aparecen al descender los niveles de estrógenos en la circulación y el otro es evitar las complicaciones que puedan aparecer a largo plazo por el hipoestrogenismo crónico.

Los tratamientos de reposición hormonal con estrógenos solos o con progestagenos de oposición soportan la utilidad de las estrategias farmacológicas en el climaterio, al permitir el alivio como ya se menciona, de los síntomas vasomotores y genitourinarios, además de coadyuvar en la prevención y tratamiento de la osteoporosis y en la modificación del metabolismo de los lípidos (HDL, LDL, colesterol).

MODALIDAD TERAPEUTICA

El tratamiento debe individualizarse con el objetivo de que cada mujer reciba lo más adecuado, tomando en consideración varios factores como son la edad, la presencia o no de útero, los síntomas predominantes, los antecedentes y el grado de deficiencia hormonal.

Debemos mantener vigilancia estrecha para evitar efectos colaterales, y así conseguir la adherencia al tratamiento, el cual por sus ventajas deberá prolongarse por un periodo mínimo de 10 años o toda la vida.

La terapia de reemplazo hormonal deberá suspenderse en caso de:

- 1.- Trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar.
- 2.- Ictericia colestática.
- 3.- Sospecha de tumores malignos mamarios o uterinos.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

A pesar de los beneficios conocidos de la terapia de reemplazo hormonal, continua siendo alto el número de pacientes que lo abandonan.

Muchas mujeres lo rechazan aunque se les expliquen sus beneficios, debido a la influencia ejercida por médicos familiares y medios de comunicación. Antes de la prescripción, es necesario conocer profundamente la terapia de reemplazo hormonal así como explicar los riesgos- beneficios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio de investigación se realiza en el "Hospital Regional General Ignacio Zaragoza", en el servicio de ginecología, en el área de clínica de climaterio, durante el periodo de un año, que abarca del primero de octubre del 2001 al 31 de octubre del 2002.

Es un estudio de investigación técnico administrativo, encaminado a brindar educación al equipo de salud y a la paciente que asiste a la clínica de climaterio, para medir el impacto enseñanza aprendizaje que se transforma en beneficio para el hospital y para la paciente.

La metodología utilizada en la investigación cualitativa, no aleatoria ni probabilística. Se incluyó al equipo de trabajo que atiende a la mujer en la etapa del climaterio.

METODOLOGÍA

Se investigó el grado de conocimiento que tienen los involucrados (médicos, enfermeras y pacientes), respecto al periodo del climaterio el cual fue parcial, nulo y con falsos conceptos, por lo que la consulta se hace interactiva entre el médico de base, médico residente, enfermera y pacientes incluyendo en casos específicos al personal administrativo.

Se incluyeron un total de 1367 pacientes, divididos de la siguiente manera para el diseño del trabajo.

- 1.- El grupo que se obtuvo por avalancha fue el 8%, detectado por médicos, enfermeras y personal administrativo que obtuvieron el proceso educativo del climaterio previo.
- 2.- El muestreo por conveniencia se constituyó por todas las pacientes programadas antes de iniciar el presente estudio y fue el 80%.
- 3.- Muestreo de casos extremos (enfermedades concomitantes) Los cuales fueron canalizados a través de inter consultas de los diferentes servicios del hospital a la clínica de climaterio y que fue un total del 12%.

Para realizar el proceso educativo, primero se levantarían 380 encuestas encontrando tres aspectos importantes:

- 1.- Nulo conocimiento de lo que es la función del ovario.
- 2.- Falsa información de lo que es la etapa del climaterio y la necesidad de la terapia de reemplazo hormonal.
- 3.- Miedo por mala información para llevar a cabo un régimen terapéutico ordenado de la terapia de reemplazo hormonal.

Lo anterior constituyó el muestreo de variación máxima del grupo en estudio. Por encontrar diversos grados de educación que no fueron paralelos al medio socioeconómico.

Se enfoco el proceso educativo a tres metodologías.

- 1.- Consulta interactiva: preguntas y respuestas de acuerdo a la encuesta levantada a todas y cada una de las pacientes a las que se les otorgo consulta.
- 2.- Se otorga entrega personalizada de trípticos, con la indicación de que en consultas subsiguientes se le preguntaría la información, para reforzar la información otorgada por el medico (información interactiva).
- 3.- Elaboración de un curso que se pretende sea permanente, de donde se obtienen los apoyos externos al paciente para continuar con este programa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

COMO IMPACTA EL PROCESO EDUCATIVO

- 1.- Mejoro la sintomatología general en un 76%, ya que al conocer la paciente mediante el proceso educativo que esta cursando con un proceso fisiológico y no patológico propio de la edad; acepto la sintomatología la que fue posible modificarse en algunos casos hasta el 100% con la terapia de reemplazo hormonal aceptandola inicialmente (adherencia), influyendo y asegurando su continuidad. (grafica 1-4).
- 2.- Los egresos hospitalarios comparando enero a octubre del 2001 y 2002, para el primero fueron el 5% del total de pacientes que asistieron a la consulta externa y para el segundo es el 37.1% lo que equivale a un 134.8% mas de egresos para el 2002 (graficas 5-6). El 100% acepta de manera informada el alta del servicio a su unidad de medicina familiar, reconociendo que dicho lugar es el mas importante para identificar las desviaciones que puede dar este periodo a su salud, por estar cerca de su domicilio y tener mayores posibilidades que en el hospital para surtir las recetas que indican la terapia de reemplazo hormonal.
- 3.- Tomando en consideracion el punto anterior se abate el diferimiento de manera sustitativa en la consulta de especialidad dentro del hospital, y se tiene la posibilidad de atender a mas y nuevas pacientes de primera vez, esto se refleja en la grafica numero 7 pues en el mes de enero del 2001 comparado con el 2002 que se tenían 2 meses de iniciado el trabajo por lo que se tuvo únicamente el 11.8% menos de consultas al 2002. En este mismo orden de ideas tenemos que para el mes de octubre de los años referidos se tiene el 56.3% menos de consulta para el presente año 2002.
En relacion a comparar las consultas programadas y otorgadas para el año 2001, se obtuvo un 22% de diferencia para el mes de enero y un 28% de diferencia para el mismo mes del 2002. Para octubre de los años ya referidos se tenia una diferencia del 71% mensual lo que explica que el diferimiento prolongado de la consulta obliga a la paciente a no presentarse por olvido o no ser tratada en otra instancia sea particular o institucional. Para el 2002 tenemos una diferencia de 7 pacientes que corresponde al 18% de ausentismo en forma mensual lo que beneficia al paciente en virtud a que las citas se hacen a corto tiempo y tenemos menos ausentismo. (graficas 7-8).
- 4.- El promedio de consultas programadas por día en el mes de enero de los años comparados tenemos una diferencia de 2.7 consultas y para el mes de octubre de los años referidos tenemos una diferencia del 9.5%. (grafica 9).
En relacion al promedio de consultas reales por día la diferencia que teníamos era de una consulta en el mes de enero, continuando con el proceso de enseñanza tanto para el personal medico y de pacientes encontramos que para el mes de octubre 2001 se tenían 12.3 pacientes por día y en el mismo mes del año actual (2002) 5.3 con una diferencia de 7 consultas (grafica 10).
Las pacientes que no se presentaron en enero del 2001 son 4.8 y en enero del 2002, 3.2 y para octubre del 2001 3.7 y octubre del año comparado, 1.1 (grafica 11).
Por lo anterior se puede programar un numero suficiente de pacientes para otorgar la consulta de acuerdo a las circunstancias bio-psico-sociales de la mujer en el climaterio.
- 5.- Se fortalecen las debilidades de recursos tanto materiales de infraestructura y personal para aplicarlos en apoyo a otros servicios.
- 6.- Es una propuesta de tipo tecnico administrativos para el buen funcionamiento de otros servicios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMO MEJORO A LA PACIENTE

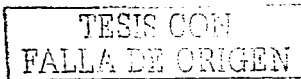
Del total de pacientes 1637, por sintomatología y respuesta al tratamiento se dividen de la siguiente manera:

- 1.- Casos Típicos: 1094 (80%) con remisión de la sintomatología en el 100%.
- 2.- Casos Atípicos: 18 (1.3 %) con una respuesta paradójica o con efectos secundarios al tratamiento por lo que se tuvo que modificar la terapia de reemplazo hormonal con una mejoría posterior del 80%.
- 3.- Casos Críticos: en total 255 (18.7 %) que se constituye por las pacientes con enfermedades concomitantes enviadas de otros servicios con terapia de reemplazo hormonal específica a su patología y con una respuesta positiva en el 100%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

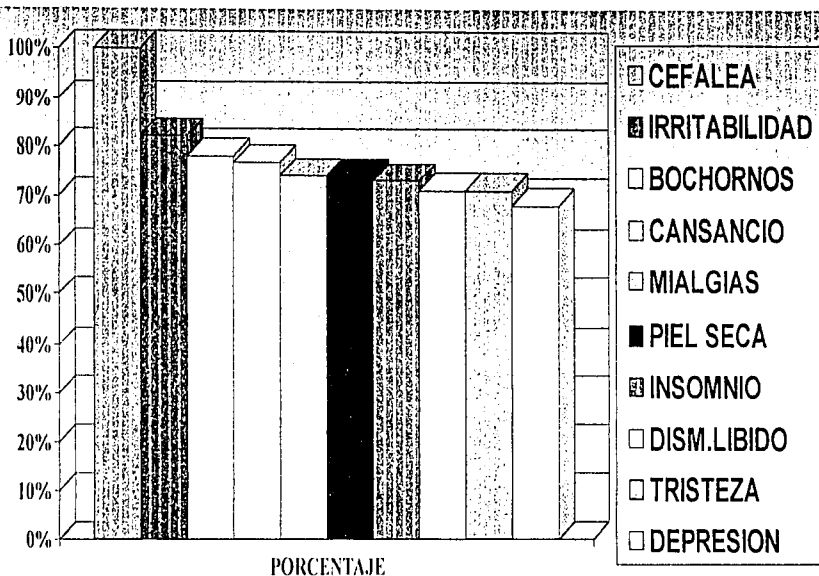
CONCLUSIONES

- 1.- Es necesario que al momento actual el equipo de salud tenga una clara información de lo que es la etapa del climaterio, para que la paciente pueda tener un tratamiento eficiente con adhesión adecuada y continuidad a largo tiempo la terapia de reemplazo hormonal y con ello evitar complicaciones óseas y cardiovasculares que conlleva la ausencia o discontinuidad del tratamiento en esta etapa de la vida. Pero además desde el punto de vista institucional abatir el diferimiento de consulta y el número de ellas por día para hacerla mas integral.
- 2.- Así mismo se requiere que todas las instituciones cuenten con el surtimiento eficiente al 100% así como diversidad de presentación para variar la terapia de reemplazo hormonal a las características patológicas y biológicas de la paciente que repercute directamente en el número de consultas institucionales, ya que se demostró que mas del 90% de pacientes se pudieron egresar al adquirir extrainstitucionalmente los medicamentos para continuar en su unidad de medicina familiar con ellos.
- 3.- Que el surtimiento de estos medicamentos sea suficiente y constante por el riesgo de abandono de la terapia de reemplazo hormonal.
- 4.- Que se establezcan de manera permanente cursos encaminados a tratar los aspectos fundamentales del climaterio de manera especifica y general con el equipo de salud y las pacientes, para evitar confusión, quitar paradigmas, mitos y tabúes.
- 5.- Mantener una información estrecha con los médicos familiares a través de la de la retroalimentación que se da con la hoja de contrarreferencia, con indicación de continuidad del tratamiento y estudios subsecuentes para que los administrativos de las unidades de medicina familiar cuenten con apoyos técnicos para el surtimiento de los medicamentos y exámenes de laboratorio y lograr así que los médicos sean eficientes y cuenten con el apoyo del especialista para un mejor tratamiento a largo plazo.
- 6.- Reforzar el número de monitores externos con pacientes y además los internos con trabajadores institucionales tanto en el hospital como en las unidades de medicina familiar, para realizar un muestreo en cadena mas extenso; con médicos, enfermeras y administrativos y penetrar con mayor intensidad y más eficientemente a la detección de mujeres con deficiencia hormonal y disminuir la morbimortalidad en este grupo de edad, garantizando una vejez exitosa.
- 7.- Hacer extensiva en las diferentes clínicas y hospitales de la delegación la hoja diseñada y que se ha denominado "cédula de valoración de riesgo de climaterio"; con factores de riesgo para cumplir con lo establecido.
- 8.- Continuar con esta metodología ya que como se ha comentado, fue fundamental para reducir el número de consultas subsecuentes y realizar oportunamente la contrarreferencia a las unidades de medicina familiar que es lo fundamental en este estudio, para dar un pleno conocimiento al médico de su buen oficio y conformidad a la paciente y — aceptar la contrarreferencia bajo consentimiento informado; dando como consecuencia — una disminución sustantiva en la consulta externa y más tiempo en la consulta institucional para un mejor trato y tratamiento.



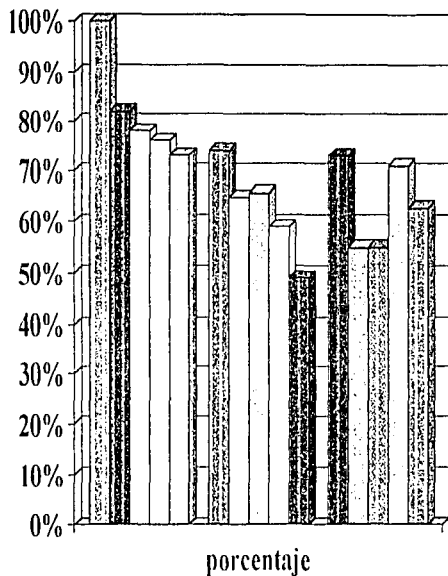
Gráfica 1

SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE



Gráfica 2

VALORACION INICIAL



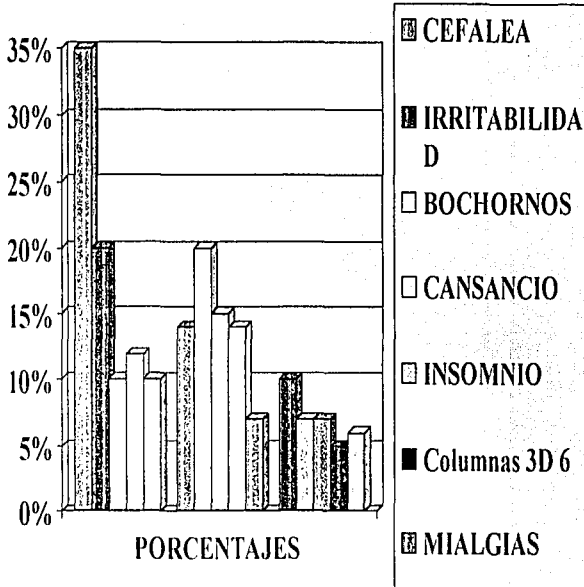
- cefalea
- irritabilidad
- bochornos
- cansancio
- insomnio
- Columnas 3D 6
- mialgias
- lumbalgia
- osteodinia
- artralgia
- espigastralgia
- Columnas 3D 12
- seq. Piel
- IVU recurrente
- dispareunia
- dis. Libido
- sequedad vaginal

TEST 0000
 FALLA 0000
 0000

NOV. 2002

Gráfica 3

VALORACION SUBSECUENTE



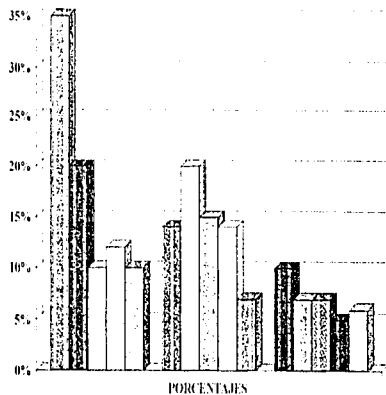
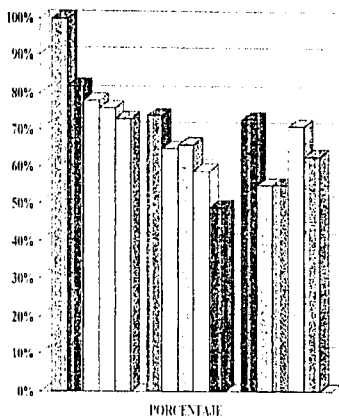
LA TERAPIA
FALLA DE ORIGEN

NOV. 2002

Gráfica 4

VALORACION INICIAL

VALORACION SUBSECUENTE



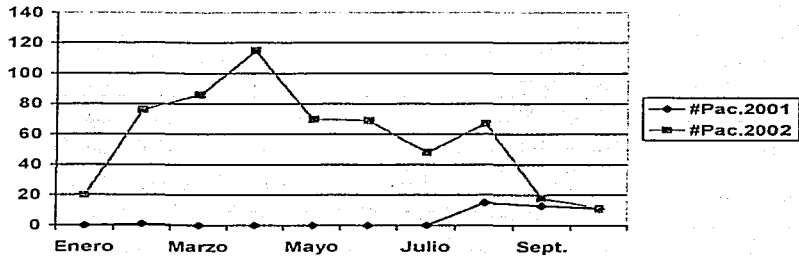
FALLA DE ORIGEN

Figura: climaterio vejez exitosa Dra. Juárez, 20

NOV. 2002

Cuadro 5 Pacientes egresadas por mes a su UMF.

| Mes de consulta | Pacientes egresadas 2001 | Pacientes egresadas 2002 |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Enero | 0 | 20 |
| Febrero | 1 | 76 |
| Marzo | 0 | 86 |
| Abril | 0 | 115 |
| Mayo | 0 | 70 |
| Junio | 0 | 69 |
| Julio | 0 | 48 |
| Agosto | 15 | 67 |
| Septiembre | 13 | 18 |
| Octubre | 11 | 11 |

Grafica 5 Pacientes egresadas por mes a su UMF.

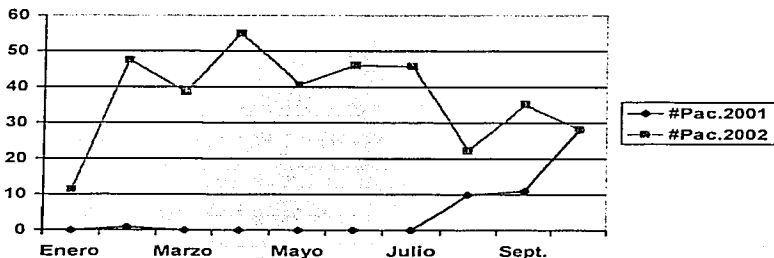
Fuente: Hojas diarias de informe médico Bioestadística HRGIZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 6 Pacientes egresadas mensualmente (porcentajes).

| Mes de consulta | Porcentaje egresadas 2001 | Porcentaje egresadas 2002 |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| Enero | 0 | 11,4 |
| Febrero | 0,9 | 47,5 |
| Marzo | 0 | 38,6 |
| Abril | 0 | 55,1 |
| Mayo | 0 | 40,6 |
| Junio | 0 | 46,1 |
| Julio | 0 | 45,8 |
| Agosto | 9,9 | 22,3 |
| Septiembre | 11 | 35,2 |
| Octubre | 28,2 | 28,2 |

Grafica 6 Pacientes egresadas mensualmente (porcentaje).

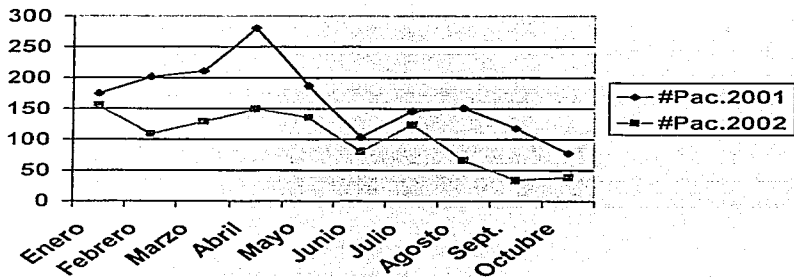


Fuente: Hojas diarias de informe médico Bioestadística HRGIZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 7 Consultas programadas climaterio por mes.

| Mes de consulta. | # Pacientes 2001 | # Pacientes 2002 |
|------------------|------------------|------------------|
| Enero | 175 | 155 |
| Febrero | 202 | 109 |
| Marzo | 211 | 129 |
| Abril | 281 | 150 |
| Mayo | 187 | 136 |
| Junio | 104 | 81 |
| Julio | 146 | 124 |
| Agosto | 151 | 67 |
| Septiembre | 118 | 34 |
| Octubre | 78 | 39 |

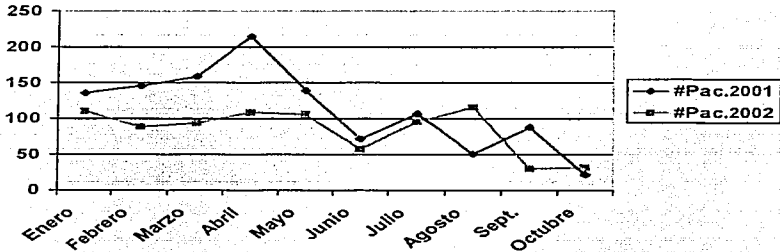
Grafica 7 Número de consultas programadas climaterio por mes.

Fuente: Hojas diarias de informe médico Bioestadística HRGIZ.

TRFIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 8 Consultas reales por mes.

| Mes de consulta | # Pacientes 2001 | # Pacientes 2002 |
|-----------------|------------------|------------------|
| Enero | 136 | 111 |
| Febrero | 148 | 89 |
| Marzo | 159 | 94 |
| Abril | 215 | 109 |
| Mayo | 139 | 106 |
| Junio | 72 | 58 |
| Julio | 107 | 96 |
| Agosto | 131 | 61 |
| Septiembre | 88 | 30 |
| Octubre | 22 | 32 |

Grafica 8 Consultas reales por mes.

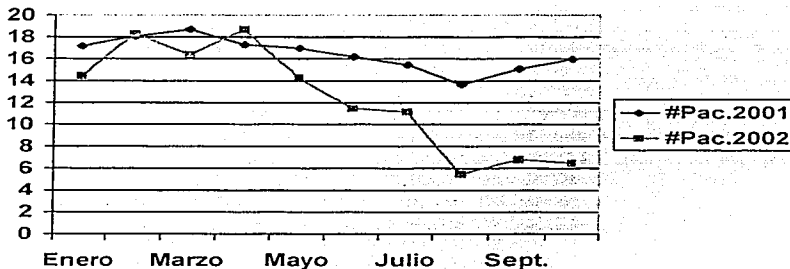
Fuente: Hojas diarias de informe medico Bioestadística HRGIZ.

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

Cuadro 9. Consultas programadas promedio de pacientes por día.

| Mes de consulta. | Promedio pacientes 2001 | Promedio pacientes 2002 |
|------------------|-------------------------|-------------------------|
| Enero | 17.2 | 14.5 |
| Febrero | 18.1 | 18.3 |
| Marzo | 18.7 | 16.4 |
| Abril | 17.3 | 18.7 |
| Mayo | 17 | 14.3 |
| Junio | 16.2 | 11.5 |
| Julio | 15.5 | 11.2 |
| Agosto | 13.7 | 5.5 |
| Septiembre | 15.1 | 6.8 |
| Octubre | 16 | 6.5 |

Gráfica 9. Consultas programadas promedio de pacientes por día.

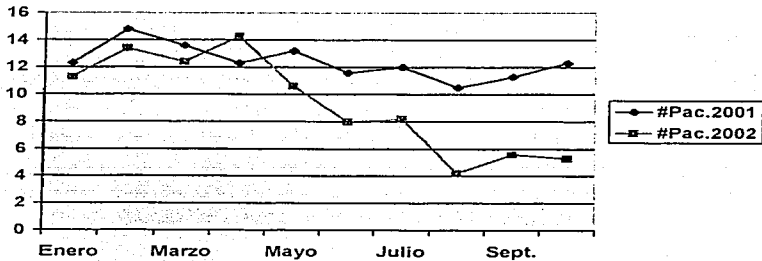


Fuente: Hojas diaria de informe médico Bioestadística. HRGIZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 10 Consultas reales promedio pacientes por día.

| Mes de consulta | Promedio pacientes 2001 | Promedio pacientes 2002 |
|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| Enero | 12.3 | 11.3 |
| Febrero | 14.8 | 13.4 |
| Marzo | 13.6 | 12.4 |
| Abril | 12.3 | 14.3 |
| Mayo | 13.2 | 10.6 |
| Junio | 11.6 | 8 |
| Julio | 12 | 8.2 |
| Agosto | 10.5 | 4.2 |
| Septiembre | 11.3 | 5.6 |
| Octubre | 12.3 | 5.3 |

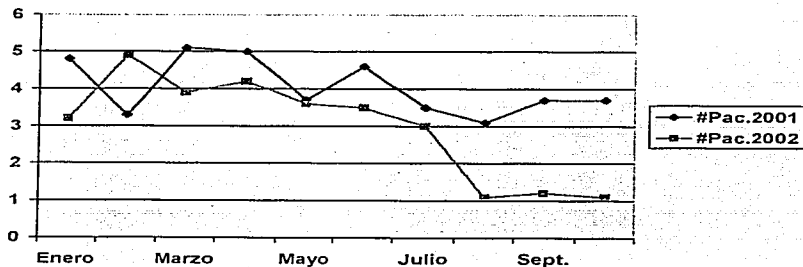
Grafica 10 Consultas reales promedio pacientes por día.

Fuente: Hojas diarias informe médico Bioestadística HRGIZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 11 Pacientes que no se presentaron promedio por día.

| Mes de consulta | Pacientes NSP 2001 | Pacientes NSP 2002 |
|-----------------|--------------------|--------------------|
| Enero | 4.8 | 3.2 |
| Febrero | 3.3 | 4.9 |
| Marzo | 5.1 | 3.9 |
| Abril | 5 | 4.2 |
| Mayo | 3.7 | 3.6 |
| Junio | 4.6 | 3.5 |
| Julio | 3.5 | 3 |
| Agostp | 3.1 | 1.1 |
| Septiembre | 3.7 | 1.2 |
| Octubre | 3.7 | 1.1 |

Gráfica 11 Pacientes que no se presentaron promedio por día.

Fuente: Hojas diarias informe médico Bioestadística HRGIZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- La Mujer en México. Censo General de Población y Vivienda. México, INEGI XI 1990.
- 2.- De La Gandara Martin JJ. La Menopausia en La Historia: Introduccion Conceptual. En: De La Sandara Martin JJ, ED. Menopausia y Trastorno Psicósomático. Madrid: ED. Hammon CB. Menopause and Hormone Replacement Therapy: An Overview. AM Obstet Gynecol 1996; 87: 23-15.
- 4.- Utian WH. Sumation: What We Have Leamed: Menopause. AM J Obstet Gynecol
- 5.- Jose Fransisco Lopez. Avances en el Estudio y Tratamiento del Climaterio. Edit. Jenssen-Cilag 20021. México. 9-24.
- 6.- Wright H. Tha female Perspective: Women's Attitudes Toward Urogenital Aging. AM J Obstet Gynecol 1998; 178: 250-253.
- 7.- Linde M. European Survey of The Perceived impact Urogenital Ageing on Quality of Life en Barlow DH Editor. Towards Better Recognition of Urogenital Ageing. London. Rsm Pres. 1995. 15-20.
- 8.- The Postmenopausal Health Curriculum. 1997. Pragmaton ; 101: 31-35.
- 9.- A. Cabero Roura. Post-Menopausia y Enfermedad Cardiovascular. Edit. Springer-Verlag Iberica, Barcelona 1998. 40-52.
- 10.- Matthews Ka, Meilahn E, Kuller LH, Kelsey SF, Caggiula AW, Wingrr. Menopause - And Risk Factors for Coronary Heart Disease. N. Engl J Med 1989; 32:641-646.
- 11.-Walton C, Godsland I, Proudler A, Wynn W, Stevenson JC. The effects of the Menopause on Insulin Sensitivity, Secretion and Elimination in Nonobese, Healthy Women. Eur. J. Clin Invest 1993;23:66-473.
- 12.- The Postmenopausal health Curriculum. 1997. Pragmaton;101:31-35.
- 13.- José Manuel Septien González. Climaterio: Estudio, Diagnóstico y Tratamiento. Edit. Intersistemas 2000. México 1-34.
- 14.- Arturo Zarate, Lourdes Basurto. Endocrinología de la Mujer: Pubertad, Etapa Reproductiva, Menopausia. Edit. Prado 2002. México 150-155.
15. - Fox-Young S, Sheehan M, O'connor V, et al Women's Knowledge About the Physical and Emotional Changes Associated with Menopause. Women Health 1999; 29:2-37-51.
- 16.- Proyecto NOM Para la Atención Integral a la Salud de la Mujer en la Perimenopausia y Postmenopausia. PROY-NOM-035-SSA2-2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN