



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 12
CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SINDROME CLIMATERICO

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:
ENOC ARMENTA MEDINA

CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN

FEBRERO-2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SINDROME CLIMATERICO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
ENOC ARMENTA MEDINA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. FELIPE GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SINDROME CLIMATERICO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

ENOC ARMENTA MEDINA

DR. MARIANO MENESES NAVA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
EN MICHOACAN.

DR. ANTONIO CARBAJAL UGARTE
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HGZ. No.12 LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN.

DRA. MARGARITA CONTRERAS GARCIA
COASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN LOCAL

DR. JOSE ANTONIO CARBAJAL UGARTE.

CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN

FEBRERO-2007

ÍNDICE

| | Página |
|----------------------------------|--------|
| 1. RESUMEN. | 5 |
| 2. SUMMARY. | 6 |
| 3. INTRODUCCION. | 7 |
| 4. ANTECEDENTES | 8 |
| 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. | 37 |
| 6. JUSTIFICACIÓN. | 38 |
| 7. OBJETIVOS. | 39 |
| 8. MATERIAL Y METODOS. | 40 |
| 9. RESULTADOS. | 46 |
| 10. DISCUSION DE LOS RESULTADOS. | 61 |
| 11. CONCLUSIONES. | 63 |
| 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. | 65 |
| 13. ANEXOS. | 69 |

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El climaterio es la etapa biológica en la vida de la mujer, situada habitualmente entre los 45 y los 55 años, en la cual es frecuente la presencia de alteraciones del ciclo menstrual, trastornos vasomotores y alteraciones psicológicas. Lo que condiciona mayor uso de los servicios de salud.

OBJETIVO. Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con síndrome climatérico de la UMF No. 27 La Mira Mich.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio clínico observacional, transversal retrospectivo tipo encuesta realizado a pacientes con síndrome climatérico en la unidad de Medicina Familiar No27 de la Mira. De octubre a diciembre 2006. A cada mujer se le explicó y aplicó el instrumento FACES III, APGAR y el formato de atención del climaterio MF-11/2002 del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

RESULTADOS. De las 30 pacientes encuestadas el promedio de edad fue 44.9 +/- 8 años. Analizando la funcionalidad familiar en nuestras pacientes en relación a la cohesión el 21 (70 %) tienen una familia disfuncional y 9 (30%) familia funcional; en adaptabilidad el 15 (50%) es disfuncional y 15 (50%) funcional, la cohesión en el grupo de edad de 38 a 45 años presentaron mayor disfunción 13 (43.33%) en la adaptabilidad en cuanto a la edad sin significancia estadística. Cuando se evaluó el Apgar encontramos disfunción severa en un 2 (6.66%), disfunción moderada 12 (40%), familia funcional 16 (53.33%), respecto a la edad no existe diferencia en los grupos de edad.

CONCLUSIÓN: Las pacientes con síndrome climatérico tienen una familia disfuncional en un 70% y funcional en 30%, en relación a la cohesión y en adaptabilidad el 50% son familias disfuncionales y el 50% funcionales, al ser valoradas con el instrumento FACES III. Predomina la familia no relacionada y caótica respectivamente. Lo que infiere una desvinculación familiar en el ámbito emocional y en su entorno.

SUMMARY

INTRODUCTION.

The climacteric is the biological stage in the life of the woman, between 45 and 55 years old in which the presence of alterations in the menstrual cycle is frequent, vasomotores upheavals and psychological alterations. Which conditions greater use of health services.

OBJECTIVE. To determine the familiar functionality in patients with climacterical syndrome of No. 27 UMF La Mira Michoacán.

MATERIAL AND METHODS: It is an observational, cross-sectional clinical study of the retrospective type survey made to patients with climacterical syndrome in the Familiar Medicine unit No.27 of La Mira Michoacán. From October to December 2006 . I explained and applied to them the instrument FACES III, APGAR and the format of attention of climacteric MF-11/2002 of the Mexican Institute Of Social Insurance.

RESULTS. Of the 30 patients in the study the average of age was 44.9 years old. Analyzing the familiar functionality in our patients in relation to the cohesion 21 (70 %). has a dysfunctional family and 9 (30%) functional families; in adaptability 15 (50%) are dysfunctional and 15 (50%) functional, the cohesion in the group from age 38 to 45 years presented greater dysfunction 13 (43.33%) in the adaptability, as far as the age, there is none statistical significance. When we evaluated the Apgar we found severe dysfunction in 2 (6.66%), moderate dysfunction 12 (40%), functional family 16 (53.33%), there is not any difference in the age groups.

CONCLUSION: The patients with climacterical syndrome have a dysfunctional family in 70% and a functional in 30%, In relation to the cohesion and in adaptability 50% are dysfunctional families and 50% functional, When valued with FACES III the instrument. The nonrelated and chaotic family predominates. What infers is a familiar unrelateness in the personal emotional dimension and its social settings.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es la etapa biológica en la vida de la mujer, situada habitualmente entre los 45 y los 55 años, en la cual es frecuente la presencia de cierta, sintomatología debida a la deprivación estrogénica, consiste en alteraciones del ciclo menstrual, trastornos vasomotores y alteraciones psicológicas. El conjunto de estas manifestaciones constituye el síndrome climatérico; habitualmente precede en varios meses o años a la instalación de la menopausia que habitualmente ocurre entre los 50 y los 51 años en los países del mundo occidental, por lo que no es infrecuente encontrarlo a partir de los 45 años, aun en mujeres que todavía menstrúan en forma regular. Las manifestaciones clínicas ocasionadas por la deprivación estrogénica, secundarias a la reducción acentuada o a la pérdida de la función ovárica, constituye la principal razón por la cual la mujer solicita atención medica. En nuestro medio, al igual que en los países del mundo occidental, los trastornos vasomotores y menstruales son de mayor prevaencia y los trastornos emocionales o psicológicos, frecuentemente, son consecuencia de los dos primeros, así como del entorno personal, familiar y social en el que se desenvuelve la mujer climatérica.

En este siglo se ha duplicado la expectativa de vida, es necesario que el hombre como la mujer programen la segunda mitad de la vida después de los 50 años, es cuando se deben tener nuevas opciones y posibilidades de realización personal, en vez de sentarse a limitar sus enfermedades y esperar la muerte. En esta etapa hay cambios que generan tensión y crisis, cuando la mujer estando en plena capacidad productiva física y mental es sorprendida por la Menopausia. Hay cambios en la dinámica familiar donde el tiempo que se vive como pareja se ha prolongado debido a que se alarga la etapa prefilial en tanto que la filial es más corta. A principios de este siglo la etapa filial comprendía casi toda familia como consecuencia de la conformación de las parejas muy jóvenes, la presencia de muchos hijos, la expectativa de vida muy corta, actualmente este proceso se ha invertido, en donde se prolonga la etapa prefilial debido a que las parejas se demoran para casarse ante la necesidad de una preparación académica, ambos miembros de la pareja necesitan trabajar para lograr su estabilidad económica, demoran en concebir y tener un número reducido de hijos , quienes rápidamente crecen y se independizan lo que llevan a que la etapa filial sea corta.

ANTECEDENTES

En la antigüedad el promedio de vida de las mujeres era cercano a los 23 años. En la Edad Media a fines del siglo XIX, menos del 30% de las mujeres llegaban a la menopausia. Actualmente, el 90% de las mujeres de los países industrializados experimentan la menopausia y casi el 60% vive más de los 70 años.(1,2).

El incremento de la expectativa de vida ha permeado en el interés en el climaterio, debido a que un número considerable de mujeres transcurre un tercio de su vida en estatus menopáusico con déficit estrogénico prolongado. En virtud de los logros alcanzados en nuestra salud pública, es de esperar que un gran número de mujeres alcancen la edad de la menopausia, lo que de por sí solamente justificaría la necesidad del estudio de las modificaciones clínicas y su repercusión psíquica y social que ocurren en esta etapa de la vida para su debida atención y sobre todo la relación que guarda en el entorno familiar.(3,4,)

Dentro de la Estrategia Nacional de Salud en México que involucra al Instituto Mexicano del Seguro Social está el Programa Salud Reproductiva que tiene dentro de sus objetivos priorizados la atención a la mujer, en la etapa del climaterio y para este fin da el cumplimiento de la:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA2-2002, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES EN LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA DE LA MUJER. CRITERIOS PARA BRINDAR LA ATENCIÓN MÉDICA.

La menopausia o fin de la menstruación constituye un evento fisiológico en la vida de las mujeres que marca el término de la vida reproductiva como consecuencia del cese de la función ovárica. Con frecuencia se ve precedida o acompañada de una serie de síntomas ocasionados por trastornos vasomotores, menstruales y psicológicos de intensidad variable y que se agrupan bajo la denominación de *síndrome climatérico* (5).

La palabra Climaterio proviene del griego climater (peldaños o escalones de escalera) y connota una transición gradual con cambios psicológicos y biológicos.

"Es el lapso que comprende el tránsito de la mujer del estado productivo y fértil a la etapa marcada por la declinación de la función ovárica" (6).

El climaterio constituye una etapa en la vida de la mujer donde se presentan cambios físicos, sociales y culturales, los cuales ponen a prueba su capacidad psíquica para llevar a cabo los ajustes psicológicos y sociales necesarios, que le permitan mantener su equilibrio emocional y continuar su desarrollo y su rol familiar (7,8).

La menopausia es debida a la declinación gradual de la función ovárica (9,10), en México la edad de presentación comprende entre los 46 y 50 años de edad (11). La menopausia implica un cambio en la vida de la mujer, una fase de su desarrollo en que se producen no solo cambios fisiológicos sino también psicológicos y sociales, encaminados a adaptarse a lo que será su última etapa vital. Es difícil predecir hasta que punto el déficit estrogénico afectara su estado emocional, su sistema familiar y a la sociedad (12). Son muchos los factores sociales y psicológicos que inciden en esta etapa y que influyen en la aparición y grado de sintomatología climatérica (13). Estos aspectos tienen que ver con la respuesta individual a esta situación crítica de la vida que amenaza su ajuste, imagen y auto-concepto, y sobre todo la actitud hacia el climaterio, las mujeres con personalidad ansiosa y con baja autoestima o depresivas, presentan con mayor frecuencia sintomatología climatérica que las de mejor autoestima o con mayor autocontrol (14). El entorno familiar también influye en forma muy importante, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas al climaterio (15,16).

Definiciones

Dada a la diversidad de los conceptos que existen en la literatura sobre el climaterio y la menopausia, es conveniente dar algunas definiciones:

Menopausia: Corresponde al último periodo menstrual, ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en forma retrospectiva una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de la suspensión de la menstruación y que no exista otra causa patológica o fisiológica.

Menopausia Espontánea: Este término se define cuando inicia la menopausia sin ningún problema aparente, ya sea médico o quirúrgico que pueda modificar la edad de aparición de los síntomas.

Menopausia Inducida: Es el cese de la menstruación debido a la pérdida de la función ovárica ya sea quirúrgica o alteración de la función por radiación o quimioterapia.

Menopausia Prematura: Cuando el cese de la menstruación ocurre en alguna edad de los 40 años establecida en la población Mexicana, también se le denomina falla ovárica prematura, esta falla constituye un síndrome con múltiples causas de etiología y representa un gran impacto emocional por sus repercusiones orgánicas y funcionales.

Climaterio: Periodo de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva, este periodo se inicia con la declinación de la función ovárica y termina cuando las manifestaciones del hipoestrogenismo se confunden con los cambios de la senectud. Es necesario aclarar que en el último consenso de la OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda abandonar el término climaterio para evitar confusiones, considerándolo como sinónimo de perimenopausia.

Transición Menopáusica: Periodo que precede a la menopausia, durante el cual existen cambios en el patrón del sangrado uterino, coincide con el inicio de la perimenopausia y termina con la última menstruación.

Premenopausia: Totalidad del periodo reproductivo en el que se inicia la declinación de la función ovárica hasta la última menstruación.

Perimenopausia: Período comprendido desde el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año de la misma.

Síndrome Climatérico: Depende del grado y tiempo de la disfunción ovárica, se inicia con sintomatología neurovegetativa, le siguen cambios metabólicos importantes en los órganos con receptores estrogénicos que modifican su función a mediano y a largo plazo como en el aparato uro-genital, atrofia de la piel, cambios en el metabolismo de

los lípidos, cambios en la estructura ósea. Aunado a ellos los cambios emocionales siempre multifactoriales como enfrentarse al proceso del envejecimiento cambios en el sistema familiar y social, modifica las manifestaciones a cualquier edad de la mujer climatérica.

Síndrome neurovegetativo: En la perimenopausia existen numerosos síntomas relacionados con el hipoestrogenismo entre los más conocidos que marca clínicamente el inicio de la carencia estrogénica es este síndrome formado por: Bochornos, aumento en la sudoración nocturna de cara y cuello, palpitaciones, paraestecias, cefalea e insomnio. La frecuencia es variable y oscila entre 50 % y el 85 % de las mujeres.

El Climaterio es un estado de la mujer, en el cual se producen cambios en todos los niveles de la economía humana tanto funcionales como orgánicos, esto es la causa por los que los niveles de estrógeno bajan y se inicia aproximadamente entre 2 a 8 años antes de la Menopausia, aproximadamente entre los 48 y 50 años de edad, esta caracterizado por los siguientes síntomas, tales como:

Bochornos

Sequedad de mucosa vaginal.

Disminución de la libido.

Trastornos menstruales (17).

Es frecuente que estos cambios de hipofunción ovárica se empiecen a sobreponer otros fenómenos del envejecimiento con el agotamiento de la función de otros órganos y sistemas y si la vida media aproximadamente de la mujer de Nuevo León México es de 84 años, estaríamos hablando de 34 años que pasa la mujer con este síndrome de climaterio-menopausia.

Es importante que la paciente acuda con su médico para ver si ya tiene alteraciones producidas por este envejecimiento, ya que puede ser controlado con terapia hormonal de reemplazo o algunos otros medicamentos que se usan para impedir la descalcificación de los huesos (osteoporosis), prevenir el infarto del corazón y algunas otras síntomas que se producen durante este estado.

Con el aumento de la esperanza de vida, el número de mujeres que cursan el climaterio, ha aumentado y con ello la frecuencia de complicaciones tardías derivadas de la baja de los estrógenos, tales como los cambios anatómicos y funcionales del

tracto génito-urinario que varía de una mujer a otra afectando de manera importante su vida familiar, social, y su estado emocional, por ello el gineco-obstetra está obligado a conocer la fisiopatología de todo estos trastornos que le están pasando a la mujer y así como las medidas diagnósticas que ayuden a detectar y a prevenir para mejorar el bienestar físico y mental de la mujer, brindando como consecuencia un mejoramiento en el nivel de vida.

Los cambios metabólicos durante el climaterio deben inscribirse dentro del proceso de envejecimiento. En este punto confluyen: la disregulación de varios ejes neuroendocrinos; hipotálamo-hipófisis-ovárico (HHO) menopausia, HH suprarrenal (caída de dehidroepiandrosterona) adrenopausia, y predominio de hipertensión HH cortisol en la reacción de estrés, caída de la hormona de crecimiento/factor de crecimiento insulina similar (GH/IGF-I) somatopausia. A todos estos cambios neuroendocrinos deben sumarse los estilos de vida (sedentarismo progresivo, alteraciones dietéticas, tabaquismo, alcoholismo y síndrome del nido vacío). El proceso de envejecimiento está caracterizado por cambios en la composición corporal, la masa muscular y ósea disminuye y aumenta la masa grasa. La mayoría de los estudios se han hecho en adultos deficientes de GH, donde la sustitución hormonal durante 12 meses he demostrado cambios sustanciales en la composición corporal, con disminución de grasa visceral y de masa magra, con la falta de GH (desvío hacia la acumulación por mayor actividad de la LPL abdominal y periférica), hoy sabemos claramente que la acumulación de grasa visceral es un importante factor de riesgo metabólico. El síndrome sarcopénico determina aumento de resistencia insulínica, (70% de la resistencia insulínica depende del músculo esquelético), disminución del gasto energético (el músculo esquelético es el responsable fundamental del gasto metabólico de reposo), disminución de la oxidación de grasas (el músculo esquelético es el principal tejido que oxida grasas), debilidad muscular. El conjunto de estas alteraciones determinadas por la somatopausia lleva a la ganancia de grasa corporal y a la pérdida de masa magra (músculo y huesos) durante el climaterio.

En la adrenopausia se pierden andrógenos adrenales, pero el eje ACTH (hormona adreno córtico-trófica)-cortisol se preserva. Es decir la vía delta-5 esteroidea que lleva a la síntesis de DHEA (dehidro epiandrosterona) y DHEAS, perteneciente a la zona reticularis, disminuye su producción en 50% durante el climaterio. Los glucocorticoides y la insulina (que también aumenta en el climaterio por aumento de la insulina-

resistencia) modulan sinérgicamente un aumento de la actividad de La LPL abdominal, lo que contribuye al aumento de la grasa visceral.

Con respecto a la progesterona, probablemente compite con el receptor de glucocorticoides en el adiposito y este efecto podría ser protector de los efectos glucocorticoides. La insulina se eleva con el aumento de la grasa visceral, fundamentalmente debido a la resistencia insulínica determinada por el alto recambio de ácidos grasos libres que presenta este tejido. La resistencia insulínica, como veremos, determina riesgo aterogénico y diabetogénico.

Durante la menopausia existe hipersensibilidad del eje HH-adrenal por varios motivos mayor incidencia de depresión, predominio de estresantes (el cigarrillo, alcoholismo), ganancia de grasa visceral, además de la caída de la vía 5 delta-esteroidea. La menopausia debe verse dentro del síndrome de envejecimiento durante el cual, por un lado, disminuyen las hormonas sexuales y la hormona de crecimiento, hormonas que actúan como lipolíticas en la grasa visceral y estimulan formación y mantenimiento de masa muscular y esquelética; por otro lado aumentan los glucocorticoides y la insulina, hormona lipogénicas, que estimulan la acción de la LPL sobre la grasa abdominal y su aumento favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y del metabolismo de los hidratos de carbono (18)

La mujer tiene menos probabilidad de sufrir de enfermedad coronaria que el hombre durante la vida reproductiva y los años previos a la menopausia. Entre los 30 y 40 años la proporción de infarto en el hombre y en la mujer esta en relación de 8/1. Al llegar la menopausia, esta proporción se altera y las afecciones coronarias se hacen un 25% menos frecuente en la mujer que en el hombre y en el caso de la ooforectomía premenopáusica o quirúrgica la relación es de 1:1. Las mujeres blancas por encima de los 50 años tienen un riesgo del 20% de padecer infarto y una posibilidad de morir por éste del 8%. El metabolismo hepático esta dado por la ingestión de grasas por acción de lipasas gástricas y pancreáticas, forman colesterol, triglicéridos y ácidos grasos libres (AGL). Las lipoproteínas transportan lípidos y apolipoproteínas por vía plasmática. Se clasifica de acuerdo a su tamaño, densidad y función. Los quilomicrones (2.000 a 5.000) sintetizados en el intestino transporta la grasa de la dieta al corazón, hígado, músculo y tejido adiposo. En los sitios antes mencionados el Triglicérido (TG) es separado de los quilomicrones por acción de la enzima insulín dependiente de lipoprotein lipasa (LPL) y metabólicamente forman lipoproteínas de baja densidad

intermedia (IDL 300A) y lipo-proteínas de baja densidad (LDL 200A). Las lipoproteínas de alta densidad (HDL 80A) secretadas en el hígado o derivadas de los quilomicrones o del catabolismo de la (VLDL). Su función es esterificar y transportar colesterol de los tejidos periféricos al hígado o acumular colesterol en el transporte inverso por transferencia de ésteres de colesterol desde otras lipoproteínas a las HDL. En el metabolismo graso el adiposo es el gran depósito de ácidos grasos (AG) y (TG) provenientes de las VLPD y los quilomicrones (acción LPL). La insulina que induce la actividad (LPL) facilita la penetración de glucosa al adiposo por 2 vías. 1) La G-6 fosfato glicofosfato forman un TG. 2) Acetil-CoA Ácidos grasos Acetil-CoA. Las lipoproteínas juegan un papel importante en la presencia o no de enfermedad coronaria, las VLDL y las LDL agravan el pronóstico, mientras que las HDL pueden remover colesterol de las placas de ateroma y competir con las LDL. Punnonen y Cols llamaron por primera vez la atención acerca de que la menopausia determinaba en las mujeres un aumento de colesterol total y de las LDL. Normalmente durante los años perimenopáusicos se encuentra una ganancia de 0.8 Kg. por año que no está relacionada con la deficiencia de estrógenos. Tanto las VLDL como las LDL se encuentran enriquecidas con Apoproteína B lo que hace ser más aterogénicas. Las HDL disminuyen por una disminución en la actividad de la LPL y un aumento de lipasa hepática (LPH) que se comporta como un aumento del catabolismo (19).

Muchos estudios han demostrado que la incidencia de cardiopatía isquémica (CI) es mucho más baja en las mujeres posmenopáusicas que reciben un tratamiento de sustitución hormonal (TSH) que en quienes no toman estrógenos. Los resultados del estudio denominado Heart and estrogen/progestin Replacement Study (HERS) o estudios sobre el corazón y la sustitución con estrógenos y progestágenos es el primer estudio clínico aleatorio en el que se observan los efectos del TSH en mujeres con CI no fue posible confirmar la información proporcionada por los estudios observacionales previos y no se encontró un beneficio global. Los investigadores encontraron un incremento en los problemas cardiovasculares durante el primer año de tratamiento. Los beneficios de los estrógenos sobre el perfil de lípidos han sido notificados y analizados ampliamente. Los estrógenos estabilizan las concentraciones de fibrinógeno y aumentan las concentraciones de colesterol HDL, particularmente la subfracción de colesterol HDL₂, la cual está implicada en el transporte inverso del colesterol de las células hacia el hígado. Además los estrógenos aumentan la

captación hepática de colesterol LDL y las concentraciones de triglicéridos, pero modifican considerablemente el tamaño molecular de las partículas de los lípidos lo que se vuelve potencialmente menos aterogénicas.

De echo es probable que los efectos sobre los lípidos constituyan menos del 50% del efecto positivo de los estrógenos sobre el sistema cardiovascular. En vista de que los múltiples efectos de los estrógenos sobre el sistema cardiovascular son los más delineados de cualquier sistema del organismo, y debido a que las concentraciones son graves (casi la mitad de las mujeres estadounidenses fallecen por causas de cardiopatías) por lo que se considera que la prevención de las enfermedades cardiovasculares es la razón más poderosa para recomendar TSH. Los investigadores propusieron también que los estrógenos podrían limitar el deposito de B amiloide, que es un factor fisiopatológico crucial en el desarrollo de las placas destructoras del sistema nervioso central que se relacionan con la enfermedad de Alzheimer. Por lo cual los estrógenos podrían ser útiles para prevenir el periodo cognitivo que acompaña la demencia. El grupo colaborador sobre el TSH sobre los factores hormonales en el cáncer de mama publicó recientemente un meta análisis en el que se revisó 90% de la literatura medica mundial que contenía evidencia en relación que existe entre el Ca de mama y el THS. Se confirmo el mayor riesgo de padecer cáncer de mama para las mujeres que toman el TSH y el riesgo aumenta con el mayor tiempo de huso, pero también mostró que este riesgo es pequeño (20).

La menopausia es una endocrinopatía, es decir un desorden en la producción hormonal por parte del ovario, que produce consecuencias plenamente establecidas prevenibles mediante tratamiento de sustitución del déficit hormonal. Este tratamiento debe darse en la dosis, patrones de administración y puerta de entrada en la forma más parecida a las características funcionales de la glándula deficiente.

Antes de la menopausia, los folículos ováricos producen entre 60 a 600mcg/d de estradiol (E2), resultando en unos niveles circulantes de 40 a 400 pg/ml del esteroide, después de la menopausia estos niveles disminuyen en cuanto a producción a 20mcg/d y en circulación por debajo de 30 pg/ml. El segundo estrógeno natural la estrona (E1) los niveles de E1 también son fluctuantes durante el ciclo ovárico 40-200 pg/ml. Los niveles de Androstenodiona son más estables durante el ciclo (21).

Los síntomas menopáusicos mas frecuentes consisten en inestabilidad vasomotora (sofocos), atrofia del epitelio urogenital y de la piel, disminución la libido, disminución del tamaño de las mamas, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad depresión y osteoporosis, aproximadamente 40% de las mujeres desarrollan síntomas suficientemente intensos en el periodo posmenopáusico, como para acudir a consulta medica. Se comprueba una vez más que el principal motivo son las oleadas de calor, (73%). Seguido por trastornos del ciclo. Pacientes que recibieron tratamiento hormonal manifiestan mas temprano el síntoma oleadas de calor lo cual adelanta el diagnostico en promedio de edad, (49.9 años) las pacientes con paridad (>3partos) presentan menopausia mas tardía (22).

El climaterio pese a ser un fenómeno estudiado de muchas formas y desde hace mucho tiempo, aún es mal comprendido. Incluso suele percibirse de modo distinto entre las propias mujeres, aun punto tal, que ciertas observaciones inquietan si se trata realmente de una enfermedad femenina o de un evento evolutivo de la vida tal dilema incluye la visión clínico-prospectiva de si ha de ser atendido desde la óptica terapéutica, o ha de observarse simplemente como uno más de los muchos eventos a enfrentar por quienes la cursen. Descrito en la literatura como un periodo de pérdida y decaimiento, el climaterio, cuya relevancia se centra en la aparición acentuada de sentimientos de soledad, falta de compañía, pérdida de la belleza y en su conjunto de vacío existencial, reúne síntomas que a menudo son puntos de contraste incluso entre las y los ginecólogos. Algunos de ellos consideran este periodo como una oportunidad de desarrollo y actividad sexual libre, aun cuando existe decaimiento y falta de proyectos para el futuro. Las segundas subrayan además, la relevancia del periodo cesante como una etapa de crisis que puede promover con su fuerza positiva, oportunidades y cambios en la vida que consolidan un estado de crecimiento y autonomía (23).

Blumel y cols han señalado que la mujer mayor de 40 años presentan patologías relacionadas, directa o indirectamente, con el climaterio, las que en adición con la creciente prevalecía de enfermedades crónicas, afectan el rendimiento laboral e incrementan su ausentismo. Dennerstein, Lehert, Burger y Dudley, al estudiar variables relacionadas con el ánimo y la transición de la menopausia, encontraron que ésta tuvo un efecto indirecto en la reducción en el trabajo remunerado, salud y confusión diaria,

en tanto que Wollersheim describió que el impacto del déficit estrogénico puede afectar el funcionamiento de la mujer en su lugar de trabajo (24).

El climaterio no constituye en si mismo una enfermedad, pero el deterioro progresivo que origina la deficiencia estrogénica a nivel vascular y óseo puede afectar la capacidad funcional de la mujer y en consecuencia el logro de sus objetivos, hecho que han llevado a considerarlo como tal. Las alteraciones vasculares que se producen a nivel arteriolar en el sistema nervioso central, son causa de procesos degenerativos, depresión, falta de memoria, disminución de la atención y posiblemente habría aún relación, aún en estudio con la enfermedad de Alzheimer. Las principales modificaciones a nivel de la piel, mucosas y del tejido conectivo y muscular, son causadas por atrofia epitelial, disminución de la secreción glandular, pérdida del colágeno, fibras elásticas y atrofia muscular (25).

Durante la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva, la mujer experimenta una serie de eventos, los cuales se inician varios años antes de que ocurra la menopausia. Alrededor de los 35 años, antes de cualquier alteración del ciclo menstrual y de las variaciones detectables en las concentraciones de estradiol, comienza a elevarse la hormona foliculoestimulante (FSH) en la fase folicular temprana. Generalmente después de los 40 años la fase folicular del ciclo se acorta, los niveles de estradiol, inhibina y de foliculoestatina disminuyen y los de la FSH comienzan a elevarse. Posteriormente los niveles de la hormona luteinizante (LH) también aumentan aunque en menor proporción que la anterior. Cerca de la menopausia, los ciclos menstruales a menudo son irregulares con anovulación intermitente, los niveles de las gonadotropinas son erráticas, es frecuente el hiperestrogenismo relativo con la disminución de la progesterona. Clínicamente esto se manifiesta sangrados vaginales irregulares pueden existir periodos de amenorrea. A pesar de todas las investigaciones efectuadas, hasta el momento no se conocen completamente todos los cambios hormonales que se producen durante la menopausia y el climaterio. Diversos datos sugieren que pueden variar en relación a la población estudiada y a ciertos factores extraños como la dieta. Estudios realizados en mujeres japonesas y chinas han mostrado niveles de estrógeno (pre y posmenopáusico) más bajos que los reportados en mujeres de otros países. Asimismo, la ingestión elevada de grasas se asocia con niveles altos de estrógenos y andrógenos y por el contrario, el

consumo elevado de fibra, la dieta vegetariana y el tabaquismo se relacionan con los valores más bajos de estrógeno en las mujeres postmenopáusicas que no fuman (26).

En el climaterio se producen cambios anatomofuncionales primarios de los ovarios, pero estudios recientes demuestran que con la edad se producen cambios a nivel hipotálamo-hipófisis e incluso cerebral, que contribuyen a la pérdida de ciclos reproductivos y que son consecuencia del fallo ovárico. Al bajar los estrógenos se produce una pérdida del feedback negativo sobre el hipotálamo y las gonadotropinas. Los fenómenos clínicos del climaterio tienen que ver con el desequilibrio entre estradiol y gonadotropinas. Los cambios en la hipófisis y el hipotálamo sobre el equilibrio de las monoaminas del SNC son la causa de los sofocos, cambios del carácter y otras alteraciones psíquicas de la climatérica mal comprendida todavía. La disminución normal de estrógenos específicamente el estradiol que es el más potente y que se expresa con síntomas característicos muy conocidos llamado síndrome climatérico que se presentan en dos de cada 3 mujeres y los más frecuentes son: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio y vértigos. La aparición de los calores se ve favorecida por estrés, el calor, el alcohol y el ayuno. En nuestro medio la crisis vasomotora afecta 80% de las mujeres en esta etapa, y guardan relación directa, como ya señalamos, con los disturbios endocrinos (27).

Se ha sugerido recientemente una relación entre las concentraciones de deshidroepiandrosterona (DHEA) y su sulfato (DHEAS), y la presencia de alteraciones psicológicas. La DHEAS se relaciona significativa e inversamente con estado de ánimo depresivo. Se ha descrito, también, que los pacientes con estado de ánimo depresivo unipolar presentan mayores concentraciones basales de prolactina que los controles, así como mayor secreción diurna de la hormona. Paradójicamente, los pacientes con depresión bipolar muestran niveles disminuidos de prolactina. Las mujeres depresivas posmenopáusicas, pero no las premenopáusicas, muestran mayores niveles de prolactina que los controles sano (28).

Los bochornos y sudores nocturnos son algunos de los síntomas más comunes de la deficiencia de estrógenos. A menudo es el primer síntoma de deficiencia de estrógenos, lo anterior puede interferir con el sueño, lo que contribuye a cambios

emocionales asociados con la menopausia, incluso la fatiga, la depresión, el nerviosismo, y cambios en la funcionalidad familiar.

Parte del proceso de envejecer incluye la pérdida de elasticidad y el adelgazamiento de la piel, lo que provoca arrugas que también es origen de la falta de estrógenos. La falta de lubricación vaginal y el adelgazamiento del tejido vaginal son otro de los síntomas de deficiencia de estrógenos.

Como el tracto urinario inferior se asocia estrechamente con la vagina, también puede desarrollarse una infección de las vías urinarias con ardor al orinar. A medida que el tejido de las vías urinarias se encoge y cambia, algunas mujeres presentan incontinencia urinaria o pérdida de orina cuando se ríen, estornudan, tosen o levantan algo pesado. Muchas mujeres presentan también palpitaciones, dolores de cabeza y dolores articulares asociados a la menopausia.

En el estudio de la mujer con síndrome climaterico el médico familiar debe de tener siempre presente en su evaluación lo siguiente:

Parámetros Generales

Peso

Talla

Tensión arterial

Identificación de adicciones (tabaquismo, alcoholismo y drogas).

Detección de cáncer mamario y del aparato reproductor.

Laboratorio

Determinaciones hormonales de estradiol y hormona folículo estimulante (FSH).

Pruebas sanguíneas que incluyen perfil de lípidos, colesterol HDL y LDL, triglicéridos.

Pruebas de funcionamiento hepático.

Examen de orina.

Gabinete

Electrocardiograma

Densitometría ósea.

Mastografía.

Interconsultas que procedan.

El tratamiento Implica el manejo de problemas de salud específico que coinciden con la etapa de climaterio, manejo de la sintomatología y la valoración de la conveniencia de la terapia hormonal de reemplazo o algunos otros medicamentos que se usan para esto como Raloxifeno, Alendronato Sódico, Calcio vía oral y una alimentación adecuada. Todas estas opciones deberán ser accesibles para cualquier mujer en la etapa climatérica que la requieran. Para la prevención de la Descalcificación Osea (osteopenia), Osteoporosis, Infarto de Miocardio, Aumento de los lípidos en sangre (Hiperlipidemia), y algunos otros problemas médicos relacionados con la menopausia.

Los síntomas que se relacionan directamente con la menopausia, y son consecuencia del descenso de estrógenos, son los síntomas vasomotores (sofocos y sudoración) y la atrofia genitourinaria. Otros síntomas que se han asociado son incontinencia urinaria, infecciones urinarias de repetición, depresión, insomnio, pérdida de memoria, disminución de la libido, dolores musculares, pero en la mayoría de ellos no existen evidencias para relacionarlos directamente con la menopausia.

Existe una gran variabilidad en las mujeres menopáusicas con relación a los síntomas.

Síntomas vasomotores. Las crisis vasomotoras, generalmente conocidas como sofocos o bochornos, son el más común de los síntomas de la menopausia. Afectan alrededor del 60-80% de las mujeres sobre todo en los 2 primeros años de la menopausia y persisten hasta unos 5 años después en el 25% (29) Se caracterizan por un súbito enrojecimiento de la cara, cuello y pecho, con aumento de la temperatura y sudoración. La duración y frecuencia de los sofocos varía mucho de unas mujeres a otras.

La terapia hormonal (TH) de estrógenos con o sin gestágenos es eficaz para el control de los síntomas vasomotores. Una revisión Cochrane que comparó distintas dosis de estrógenos orales (con o sin gestágenos), con placebo encontró diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la frecuencia e intensidad de los sofocos (30).

La tibolona es un esteroide sintético con débil actividad estrogénica, gestagénica y androgénica que ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas vasomotores. No existe diferencia significativa comparada con TH (31).

Otros tratamientos como el veralipride (32) y la clonidina (33) han demostrado ser eficaces en el alivio de los sofocos.

Los fitoestrógenos, moléculas de origen vegetal con débil actividad estrogénica, demostraron en ensayos clínicos una pequeña reducción en la frecuencia e intensidad de los sofocos cuando se compararon con placebo (34).

Atrofia genitourinaria. Los síntomas que afectan al área urogenital y que se han relacionado con la menopausia son: síntomas vaginales (sequedad, prurito, dispareunia, sangrado postcoital), incontinencia urinaria e infecciones urinarias ITU de repetición.

Los estrógenos tanto por vía oral como intravaginal, solos o asociados a gestágenos, han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas vaginales. La mayor eficacia del tratamiento por vía vaginal (35) y las bajas dosis de estrógenos administradas por esta vía, sin que exista aumento significativo de hiperplasia o proliferación endometrial (36), tanto en tabletas, cremas, óvulos o anillos vaginales aconsejan su utilización frente a la terapia sistémica. Una revisión Cochrane concluyó que el estradiol por vía intravaginal en cremas, supositorios, óvulos o anillos es efectivo para el alivio de los síntomas de la atrofia vaginal (37).

La incontinencia urinaria es un problema multifactorial y aunque puede agravarse o aparecer tras la menopausia, no se dispone de datos que la relacionen directamente. El papel de los estrógenos en la incontinencia urinaria es controvertido. Una revisión Cochrane concluyó que los estrógenos por vía oral o vaginal pueden mejorar la incontinencia, sugiriendo que es más probable en el caso de la incontinencia de urgencia (38). Con gestágenos se reduce la probabilidad de mejoría. Los autores afirman que la evidencia disponible no es potente y serán necesarios más estudios para determinar el verdadero papel de los estrógenos en la incontinencia urinaria.

Todavía no se conoce con seguridad la relación de la menopausia con la ITU de repetición. Hay factores que se presentan en la menopausia y que pueden favorecerlas, como el adelgazamiento del epitelio urogenital y el aumento del pH vaginal. No hay datos concluyentes de la eficacia de los estrógenos en la ITU de

repetición. El estrógeno oral no es efectivo, aunque por vía intravaginal durante 6-8 meses muestra una reducción en la recurrencia de las mismas (39).

La tibolona es eficaz en la mejoría de los síntomas vaginales, y no existen diferencias significativas cuando se compara con estrógenos (40). No se encontraron ensayos clínicos que evalúen la eficacia de los fitoestrógenos en los síntomas vaginales, la incontinencia urinaria o la ITU de repetición.

Otros síntomas. Aunque se ha relacionado con la menopausia una gran variedad de síntomas psicológicos (depresión, trastornos afectivos, disminución de la libido, pérdida de memoria) existen varios estudios que demuestran que se deben a otras causas (41). Los estrógenos no son eficaces en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, en los cambios de humor, en la depresión o en la pérdida de la libido (39).

Enfermedad cardiovascular. En los últimos años se aconsejó el uso de los estrógenos para la prevención de la enfermedad cardiovascular basados en datos obtenidos de estudios observacionales (42).. Aunque en el estudio PEPI se demostró que los estrógenos mejoran el perfil lipídico (aumento del HDL-colesterol y disminución de LDL-colesterol) (43), recientes ensayos clínicos demostraron todo lo contrario con relación a la enfermedad cardiovascular. Los estudios HERS (44), HERSII (45)¹ y WHI (46) encontraron un aumento de las enfermedades cardiovasculares y de la enfermedad tromboembólica asociado al uso de la TH con estrógenos y gestágenos.

Osteoporosis. Después de la menopausia hay una pérdida acelerada de la densidad de masa ósea que se traduce en un aumento del riesgo de osteoporosis y consecuentemente del riesgo de fracturas. El tratamiento con estrógenos reduce este riesgo (46) y los beneficios se pierden a los pocos años del cese de la TH.

Menopausia precoz. El tratamiento de elección en la menopausia precoz sintomática es la TH hasta los 48-50 años. Además de mejorar los síntomas disminuye el riesgo de osteoporosis. En mujeres asintomáticas no hay evidencia para realizar un tratamiento con TH.

Los riesgos en la terapia hormonal de remplazo pueden considerarse los siguientes

Cáncer de mama. La TH y su posible influencia en el desarrollo de cáncer de mama es uno de los temas más controvertidos de la medicina. La mayoría de los estudios encuentran un aumento de su incidencia entre las usuarias de TH durante más de 5 años. En el metaanálisis "Collaborative Group on Hormonal Factors on Breast Cancer Replacent Therapy"(1997) (47) que recoge información de 51 estudios observacionales (cohortes o casos y controles) se concluye que existe un riesgo relativo de 1.35 (IC del 95%; 1,21-1,49) en las mujeres que utilizan la TH durante más de 5 años. En términos absolutos las mujeres usuarias de TH a los 5 años tienen 2 casos más de cáncer por cada 1000 mujeres y 6 casos más por 1000 mujeres si el tiempo de uso de la TH es de 10 años. Este riesgo prácticamente desaparece a los 5 años de suspendida la TH. El WHI (46) es el primer ensayo clínico que ha demostrado que la TH con estrógenos más progestágenos incrementa de la incidencia de cáncer de mama. El incremento del riesgo es de 1,26 (IC del 95%; 1,00-1,59). El Million Women Study, (48) un estudio de cohorte, recientemente publicado confirma el incremento de cáncer de mama en las usuarias de TH, mayor cuanto más tiempo se tome la TH y en aquellas que utilizaban la combinación de estrógenos más gestágenos. El tratamiento solo con estrógenos presenta un RR de 1,21 (menos de 5 años de TH) y de 1,34 (más de 5 años de TH) y con estrógenos más progestágenos el RR es de 1,70 (menos de 5 años) y de 2,21(más de 5 años).

Cáncer de endometrio. Las pacientes que solo utilizan estrógenos tienen un aumento del riesgo de cáncer de endometrio (RR de 2,3) (49). Los tratamientos combinados de estrógenos más progestágenos no lo aumentan significativamente (RR 0,8 -IC del 95%, 0,6-1,2-). En el WHI (46), las usuarias de TH combinada, no presentaron un incremento significativo de cáncer de endometrio (RR 0,83 -IC del 95%, 0,47-1,47-).

Con relación a la hiperplasia endometrial, que generalmente es considerada como precursora de cáncer endometrial, aunque no todas las hiperplasias tienen el mismo riesgo, una revisión Cochrane (50) no encontró que la hiperplasia endometrial se reduzca en los tratamientos combinados ni diferencia estadísticamente significativa con el grupo placebo.

Litiasis Biliar. Los estrógenos producen aumento de la concentración de colesterol en la bilis y aumento del riesgo de litiasis. Este riesgo es mayor si la TH se administra por vía oral.

Tromboembolismo venoso. Existen varios estudios observacionales y ensayos clínicos que evidencian un aumento del riesgo de TEV en las mujeres que utilizan TH (51). En el estudio HERS (44) el RR es de 2,78 (IC del 95%, 0,89-8,74) y en el WHI el RR 2,13 (IC del 95%, 1,39-3,25). El riesgo absoluto es de 27-32 casos por 100.000 mujeres por año de uso de TH.

El estudio Iniciativa por la Salud de las Mujeres (*Women's Health Initiative*, WHI) llevó a los médicos a revisar sus recomendaciones con relación a la TRH.

El estudio WHI demostró aumentos *absolutos* relativamente pequeños en el riesgo de cardiopatía, cáncer de mama, coágulos sanguíneos y accidente cerebrovascular a nivel individual. Sin embargo, cuando se considera toda la población de mujeres posmenopáusicas y el número de años en que una mujer pueda estar tomando TRH, el número de accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, casos de cáncer de mama y coágulos sanguíneos parece sobrepasar el efecto protector de la TRH sobre los huesos.

Es posible que algunas mujeres todavía quieran considerar la TRH para el tratamiento a corto plazo de los síntomas de la menopausia. La clave es sopesar los riesgos asociados con el consumo de TRH frente al riesgo particular de una mujer de sufrir cardiopatía u osteoporosis sin tomar TRH. Cada mujer es diferente y el médico debe conocer su historia clínica completa si piensa recetarle TRH.

Conclusiones de los revisores: El TH no se indica para el tratamiento de rutina de la enfermedad crónica. Se necesitan más pruebas acerca de la seguridad del TH para el control de los síntomas menopáusicos, aunque el uso a corto plazo parece ser relativamente seguro en mujeres jóvenes y sanas (52).

Efectos secundarios

Sangrado. Puede presentarse un sangrado cíclico durante el tratamiento de la TH que podemos considerar normal si se atiene a unas características definidas, o puede no presentarse, dependiendo en la mayoría de las ocasiones del tipo de pauta que utilicemos: cíclica o continua.

La pauta cíclica es adecuada en las mujeres cuyo endometrio no está atrófico y por lo tanto en la mayoría de ellas se producirá una hemorragia por supresión. Si se presenta antes de 11º día cuando utilizamos estrógenos orales o antes de 9º día si se usan por vía transdérmica, se considera que es a causa de que la dosis de progesterona es insuficiente. Una vez ajustada la dosis cualquier sangrado anormal debe ser valorado investigando en primer lugar un posible incumplimiento o el uso de otros fármacos, especialmente antibióticos, y si no encontramos un motivo deberemos derivarlo al ginecólogo para estudio de su endometrio (eco transvaginal y/o biopsia endometrial). Si el sangrado es adecuado con el momento, pero excesivo, se puede reducir la dosis de estrógenos. La ausencia de sangrado puede ser indicativa de que la dosis de estrógenos es insuficiente, principalmente en mujeres jóvenes.

La pauta continua habitualmente se utiliza en mujeres con endometrio atrófico o cuando se pretende crearlo. No producirá sangrado o este desaparecerá en unos meses. Se considera que pueden persistir sangrados irregulares durante 1 año, si continúan a partir de este periodo hay que realizar estudio endometrial (53). Si utilizamos esta pauta en mujeres que ya tenían ausencia de sangrado en los últimos 5 años y se presenta cualquier tipo de sangrado se debe derivar al ginecólogo para estudio endometrial.

Otros efectos secundarios:

Nausea, cefalea, mastalgia, epigastralgia. Son síntomas relacionados con los estrógenos y que habitualmente mejoran al bajar su dosis.

Síndrome premenstrual (hinchazón abdominal, mastalgia,). Precede al sangrado y se presenta en la terapia cíclica. Se puede evitar cambiando a una pauta continua, o disminuyendo la dosis de progesterona utilizando progesterona micronizada oral.

Depresión, nerviosismo. Están relacionados con la progesterona . Se evitan con la disminución de las dosis o cambiando a progesterona micronizada oral. Si la depresión persiste más de 12 meses se pautará tratamiento antidepressivo o se considerará la supresión de la TH.

Irritación cutánea en la zona de aplicación de los parches. Se puede evitar agitando el parche antes de colocarlo para que se evapore el alcohol, o utilizar una crema de hidrocortisona en la zona de aplicación del parche o cambiando a tratamiento oral.

Aumento de peso. No existen evidencias que demuestren diferencias de peso entre las mujeres que utilizan la TH con respecto a placebo.

Contraindicaciones

Absolutas

Antecedentes personales de cáncer de mama.

Antecedentes personales de cáncer de endometrio.

Hemorragia uterina inexplicada.

Enfermedad hepática activa.

Síndrome de Dubin-Jhonson.

Melanoma maligno.

Antecedentes de tromboflebitis profunda y/o enfermedad tromboembólica.

Relativas

HTA severa.

Leiomiomas uterinos.

Antecedentes de tromboflebitis superficial.

Hepatopatía crónica.

Trastornos convulsivos.

Tabaquismo.

Evaluación inicial y seguimiento

La indicación, prescripción y seguimiento del tratamiento con TH en la mujer menopáusica se podrá realizar desde atención primaria sin necesidad de revisiones por atención de segundo nivel, siempre y cuando el profesional esté suficientemente familiarizado con este tipo de tratamiento.

En la consulta inicial deberemos informar a la mujer de forma completa y objetiva sobre los beneficios, riesgos y posibles complicaciones de la TH.

Valoración inicial

Anamnesis completa (personal y familiar).

Exploración general, registrando peso, talla y tensión arterial.

Exploración de mamas.

Analítica general: hemograma, glucemia, creatinina, pruebas de función hepática y perfil lipídico.

Mamografía.

Para monitorizar el tratamiento no es útil la FSH ya que sus niveles no varían con la administración exógena de estrógenos, tampoco son útiles los niveles plasmáticos de estrógenos ya que no son fiables cuando el tratamiento es por vía oral (sí cuando es por vía transdérmica) y solo serían válidos para detectar una dosis excesiva.

Debe valorarse la derivación a Ginecología en caso de:

Duda sobre la idoneidad del tratamiento con TH .Si existe patología ginecológica (sangrados anormales, endometriosis, miomas,...)

Si tiene factores de riesgo de cáncer endometrial (obesidad, diabetes, menopausia tardía, nuliparidad, antecedentes de hiperplasia endometrial o historia de ciclos anovulatorios).

Si hay duda en el diagnóstico de una menopausia precoz.

Si la mamografía es sospechosa de malignidad.

Seguimiento

Control a los 2–3 meses.

Adherencia al tratamiento y valoración de su tolerancia.

Patrón de sangrado. Valorar y actuar según criterios expuestos anteriormente.

Tensión arterial y peso.

Analítica: triglicéridos si estamos utilizando TH por vía oral.

Control a los 6 meses.

Respuesta y tolerancia al tratamiento.

Patrón de sangrado.

Tensión arterial y peso.

Analítica: hemograma, glucemia, pruebas de función hepática y perfil lipídico.

Controles anuales

Patrón de sangrado. Si es normal o no existe no realizar ningún estudio. Si es anormal derivar al ginecólogo.

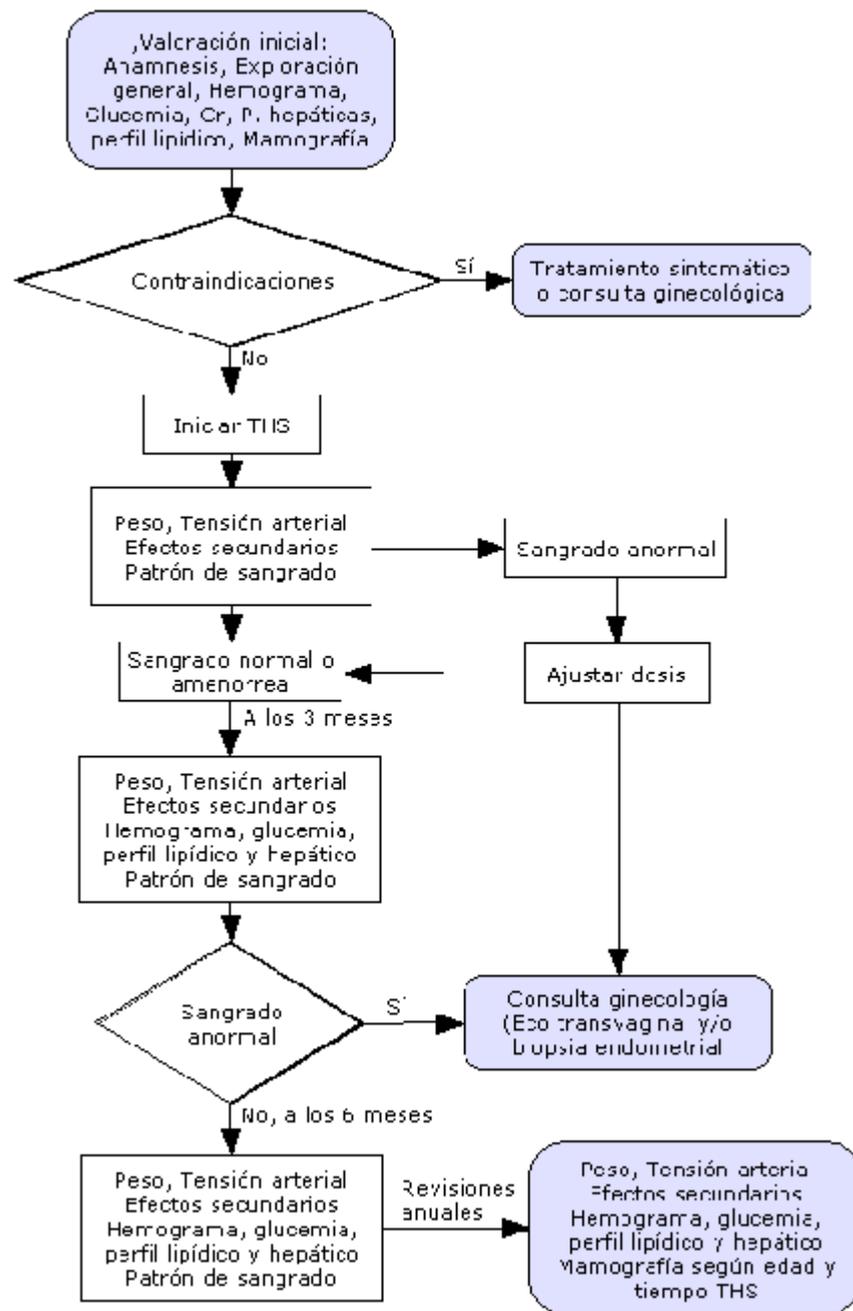
Exploración general con registro de tensión arterial y peso.

Exploración de mamas.

Analítica: hemograma, glucemia, pruebas de función hepática y perfil lipídico.

Mamografía. Dependerá de la valoración que realicemos sobre el posible riesgo de desarrollar cáncer de mama. A partir de los 50 años será bienal, dentro de los Programas Institucionales de Prevención de Cáncer de Mama, y ocasionalmente si existe un riesgo aumentado se realizará con más frecuencia. En mujeres menores de 50 años se debe realizar al iniciar la TH.

Algoritmo de valoración y seguimiento



En las mujeres histerectomizadas se usaran sólo estrógenos de forma continua. En las mujeres con útero se emplearán estrógenos más progestágenos de forma continua o cíclica.

Pauta cíclica: Tratamiento con progestágenos durante algunos días del ciclo estrogénico. Se emplean estrógenos durante 21 días y se asocian gestágenos los 10 últimos; en los 7 días de descanso se presenta sangrado. Esta pauta cíclica estaría más indicada en aquellas mujeres que todavía tienen menstruación.

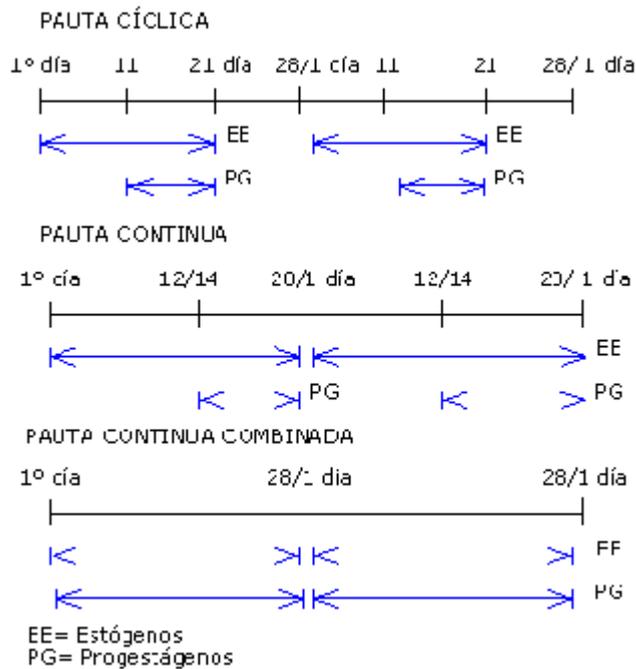
Pauta continua: Tratamiento continuado con estrógenos, mientras que se asocian progestágenos los 12-14 últimos días.

Pauta continua combinada: Tratamiento con progestágenos durante todo el ciclo estrogénico.

Las dosis equivalentes de los distintos estrógenos son las siguientes: Estrógenos equinos conjugados 0,625 mg/día, estradiol oral 1 mg/día, estriol oral 0,25 mg/día y estradiol transdérmico 50 mcg/día.

Las dosis se deben individualizar en cada paciente. Para el tratamiento de los síntomas vasomotores, la dosis adecuada será la que suprima dicha sintomatología. Si la menopausia es de larga evolución se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas (Ej. medio comprimido de estrógenos equinos o su equivalente) e ir aumentando progresivamente. En mujeres más jóvenes comenzar con un comprimido y aumentar hasta controlar adecuadamente los síntomas. En las fumadoras se suelen requerir dosis mayores.

Si utilizamos estrógenos vaginales para la vaginitis atrófica sintomática las dosis recomendada son: óvulos de estriol (0,5 mg) diariamente durante 2-3 semanas y posteriormente un óvulo 2 veces a la semana.). El tiempo durante el cual podemos aplicar estos tratamientos no está bien definido, se aconseja emplearlos durante 1-2 años coincidiendo con el tiempo de duración de los estudios existentes. Otra forma estrogénica es el promiestrieno (diéter- estradiol disponible en cremas para aplicación intravaginal con una pauta similar a las otras formas de estrógenos.



Medidas preventivas para la mujer en la etapa del climaterio. La mujer en la etapa del climaterio requiere atención multidisciplinaria a fin de que se resuelvan necesidades y problemas médicos, psicológicos y funcionales (17).

Estilo de Vida: El principal objetivo de la modificación en el estilo de vida es la educación de la paciente.

Los esfuerzos conjuntos del médico y la paciente se deben orientar hacia la esperanza de vida saludable, esto quiere decir una expectativa de vida sin limitaciones de las funciones.

El climaterio no se debe de considerar como una crisis, sino una etapa de transición fisiológica, por lo tanto el término de menopausia debe de comprenderse.

La búsqueda de una mejoría, estilo y calidad de vida en la mujer, implica ofrecer la oportunidad de valerse por si misma en lo físico, intelectual y económico, es decir que La mujer no se sienta como una carga familiar y social, sino un ser pleno y productivo (12).

Con el desarrollo del médico de la familia, se ha alcanzado un incremento cualitativo y cuantitativo en el estado de salud de la población, creándose las condiciones para una

relación óptima entre el médico, el paciente, la familia, la comunidad y su entorno, lo cual permite llevar a cabo un trabajo integral dirigido a garantizar la atención específica a los grupos de riesgo, el cual podrá extenderse al cuidado de la mujer durante el climaterio a nivel de atención primaria, brindando consultas y consejerías sobre esta etapa de transición así como la administración de un tratamiento adecuado con vías a mejorar la calidad de vida de la mujer climatérica y por ende su entorno familiar (54-57).

La etapa climatérica constituye un período de adaptabilidad y conocimiento en relación con cambios en la vida de la mujer lo que se expresa tanto biológica como socialmente. Durante este proceso la mujer se torna más "vulnerable y susceptible" a las relaciones dentro del entorno familiar; también es necesario señalar que las características del sistema social predominante en cada país deben influir en la expresión clínica y social del climaterio, de ahí que el déficit estrogénico posmenopáusico se exprese en toda mujer, independientemente de la raza y *status* económico-social con mayor o menor intensidad (58).

Una familia con funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así que también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros, o bien prolongar la curación, rehabilitación de un miembro ya enfermo. Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto sus condiciones, y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario, y a la que se considera muy importante también para su salud y su modo de vida familiar (59).

La exploración familiar en Atención Primaria es muy importante debido a que a partir de ella podemos encontrar aspectos familiares que estén influyendo en la salud y en la enfermedad de uno o de varios miembros de la familia. La funcionalidad familiar es uno de los aspectos a valorar en las familias (60).

Existen diferentes enfoques para estudiar a la familia, el modelo internacional, permite estudiar las transacciones de los miembros de la familia que son mantenidos y gobernados por una serie de reglas implícitas (mitos y leyendas) y/o explícitas que explican al mismo tiempo la estabilidad (homeostasis-morfoestasis, Speer, 1970) y la transformación del grupo familiar, entre los miembros existe una relación de dependencia reciproca que determina el comportamiento de uno ó mas miembros y modifica la totalidad de las relaciones dinámicas de la familia (61).

El estudio de la dinámica familiar y conyugal en estas pacientes, es muy importante no solamente para mejorar su calidad de vida, sino también por la influencia que pueda tener en el bienestar emocional que puedan entregar a sus hijos y nietos. Los cambios sociales y la emancipación que ha tenido la mujer exige de la familia cambios profundos en los roles, que permitan resolver las contradicciones entre un modelo familiar establecido y las nuevas exigencias sociales que satisfagan el mejor funcionamiento y enriquecimiento de sus miembros (62).

El estudio de la familia permite la identificación de las funciones básicas, las cuales varían de acuerdo con las perspectivas de diversos autores, y como consecuencia favorece el desarrollo de múltiples modelos. En forma paralela hay una gran cantidad de instrumentos cuya finalidad es la evaluación de la familia como un todo. Dependiendo de cada enfoque del investigador, algunos de estos instrumentos fueron diseñados para la evaluación diagnóstica, otros para identificar el efecto de la intervención terapéutica, o para tratar de dar validez a alguna teoría en especial.

En México se ha hecho común la utilización de pruebas como el Familia APGAR (FAPGAR), publicado y desarrollado por Smilkstein en 1978, su propósito fue el de diseñar un breve instrumento para el uso cotidiano del médico que le permitiera identificar la forma en que su paciente identifica la funcionalidad de su propia familia.

El FAPGAR por ser un instrumento muy breve y antiguo limita la cantidad de información que se puede obtener, y muchos de los estudios que se han utilizado para apoyar sus propiedades psicométricas, se fundamentan en muestras no representativas, existen investigaciones en donde se ha demostrado su poca confiabilidad por lo anteriormente comentado (63).

Recientemente en el Instituto Mexicano de Nutrición, Salvador Subirán, se aplicó un instrumento de 177 ítems llamado Modelo Psicodinámico-Sistémico de Evaluación Familiar, en donde solo se obtiene la evaluación de la estructura de las interrelaciones de la familia en un rango tri-generacional, en donde no está enfocada la entrevista a un síntoma, constituyen sólo una forma de presentación de la ruptura en la estructura familiar, con una muestra pequeña de 20 familias, y el instrumento se encuentra aún en validación. (64,65)

Otro instrumento, como el Mc Master Family Assessment Device (FAD), desarrollado por Epstein y cols., se fundamenta en el modelo de funcionalidad familiar de Mc Master (MMFF), el cual define seis dimensiones. El FAD consta de 53 reactivos que pueden ser contestados por cualquier miembro de la familia, siempre y cuando este miembro sea mayor de 12 años de edad. El FAD tiene una aceptable consistencia interna y ha demostrado alguna capacidad para discriminar entre familias funcionales y las no funcionales, reconociendo los autores la necesidad de afinar aún más la escala de control conductual y en los estudios de validación, las muestras han sido pequeñas y relativamente homogéneas considerando así necesarios más estudios para su validación con otros instrumentos de evolución familiar.

El modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (MCSFC) desarrollado en la Universidad de Minnesota elaborado por Olson Poriner y Lavee en 1985 es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento familiar, tal y como se define en el “modelo circunflejo”, facilita la visualización integral de la estructura familiar además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: COHESIÓN, ADAPTABILIDAD, y COMUNICACIÓN, que permite establecer diversas hipótesis de la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evalúa las tres dimensiones antes mencionadas. Para lograr esta evaluación, se utiliza el Paquete de Evaluación Circunfleja (CAP) (Circumplex Assessment Package) que comprende también la satisfacción como una dimensión más, tanto a nivel de parejas como familiar. El CAP está integrado por una serie de instrumentos de evaluación:

MASES III que son las Escalas para la Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Marital (Marital Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), la dimensión de

comunicación se evalúa en el ámbito de pareja utilizando una subescala de un instrumento llamado ENRICH, y a nivel familiar se utiliza la Escala de Comunicación Padres-Adolescentes. La dimensión de la satisfacción que incluye el CAP, se evalúa a nivel de pareja por otra subescala del ENRICH y a nivel de familia por la Escala de Satisfacción Familiar (Family Satisfacción Scales) fundamentadas en las dimensiones circunflejas.

Para las dimensiones de adaptabilidad y cohesión se utiliza FACES III, cuyas siglas significan: Escalas para la Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) siendo la tercera versión, por David Olson y sus colaboradores en las últimas dos décadas. El Instrumento ha sido diseñado, utilizado y validado en población anglosajona en Norteamérica; dichos autores refieren que los coeficientes de confiabilidad de FACES III en diferentes estudios realizados por ellos han sido aceptables. La confiabilidad de estos instrumentos se ha probado en una gran cantidad de estudios. Olson hace una extensa relación

De estas investigaciones en su obra *Family Inventaríes*, y menciona que la consistencia interna de todos estos instrumentos y su confiabilidad demostrada mediante el procedimiento de tes-retest, es consistentemente alta ($r = 0.80$).

Las dos dimensiones, la horizontal, que es la cohesión y esta basada sobre las relaciones emocionales de cada miembro de la familia con el enfermo. La vertical es la de la Adaptabilidad o cambio y se entiende como la habilidad que posee el sistema conyugal o familiar para cambiar sus relaciones en respuesta a una situación o condición estresante, a través de este modelo se permite establecer diversas hipótesis de la función familiar en base con las interpersonales de sus miembros evaluando dos de las tres dimensiones mencionadas.

Para evaluar las dimensiones de adaptabilidad y cohesión familiar conformes al MCSFC, se utiliza FACES III. Con los resultados de este instrumento las familias que se evalúan como balanceadas sería lo esperado en la salud familiar como Funcionales; de manera semejante, las familias extremas estarían en la antesala de una probable disfunción.

En México no se cuenta con un instrumento que haya probado su eficiencia para discriminar entre las familias funcionales de las no funcionales. Tampoco se han

establecido las posibles relaciones de la disfuncionalidad familiar con la patología orgánica que se observa diariamente en la consulta médica, correspondiendo al Médico Familiar tal discriminación. Es importante resaltar, que el CAP idealmente debe aplicarse por investigadores cuyo entrenamiento profesional permita no solo la discriminación entre las familias funcionales de las no funcionales, sino incluso su tratamiento, puesto que algunos de los instrumentos deben ser aplicados por el observador. Estas circunstancias obligan a la búsqueda de un instrumento que sea de auto aplicación y de fácil interpretación por el Médico Familiar.

FACES III cumple con estos requisitos, constituye un excelente instrumento con perspectivas de aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación; fue redactado originalmente en el inglés americano, su traducción al español, debe de asegurar una equivalencia conceptual más que lingüística, consideran la importancia de los elementos socioculturales y sustentadas en una confiabilidad y validez comprobadas. El mismo está basado en dos variables principales, la cohesión y la adaptabilidad, que son postuladas como las dos dimensiones primarias que explican gran parte de la conducta humana, los reportes informan de la utilidad clínica y diagnóstica de este instrumento el cual ha promovido el interés para estudios de validación en diferentes países iberoamericanos (España, Argentina, Brasil, México entre otros), en donde hubo la necesidad de realizar ajustes tanto en la traducción como en su contenido, incluso con la validación de nuevas encuestas basadas en los principios del Modelo Circunflejo auténtico de Olson (66-72).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En virtud de los logros alcanzados en nuestra salud pública, es de esperar que un gran número de mujeres alcancen la edad de la menopausia, lo que de por sí solamente justificaría la necesidad del estudio de las modificaciones clínicas y su repercusión psíquica y social que ocurren en esta etapa de la vida para su debida atención y sobre todo la relación que guarda en el entorno familiar.

La menopausia implica un cambio en la vida de la mujer, una fase de su desarrollo en que se producen no solo cambios fisiológicos sino también psicológicos y sociales, encaminados a adaptarse a lo que será su última etapa vital. Es difícil predecir hasta que punto el déficit estrogénico afectara su estado emocional, su sistema familiar y su entorno. Son muchos los factores sociales y psicológicos que inciden en esta etapa y que influyen en la aparición y grado de sintomatología climaterica. Estos aspectos tienen que ver con la respuesta individual a esta situación critica de la vida que amenaza su ajuste, imagen y auto-concepto, y sobre todo la actitud hacia el climaterio. El entorno familiar también influye en forma muy importante, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas al climaterio.

Es por eso que consideramos de sumo interés la investigación sobre la funcionalidad familiar en pacientes que padecen el síndrome climaterico

En la practica de la Medicina Familiar las pacientes con sintomatología climaterica acuden a consulta por la alta somatización manifestando estrés dentro del ámbito familiar, provocando alteraciones en el desempeño de sus labores domesticas, laborales y emocionales, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cual es la funcionalidad familiar en pacientes con síndrome climaterico?

JUSTIFICACION

El incremento de la esperanza de vida al nacimiento en la población, mexicana, particularmente de las mujeres, que ocurrió en la última mitad del siglo XX, condicionó que un mayor número de mexicanas alcancen la edad promedio de la menopausia y pasen una importante parte de su vida en la condición postmenopáusica, por lo que un número considerable de mujeres transcurre un tercio de su vida en estatus menopáusico con déficit estrogénico prolongado. En el año 2000 se estimó que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres era de 77.6 años. Al inicio del nuevo siglo, la esperanza de vida para la población femenina de 40 años de edad es cercana a otros 40 años adicionales, lo que denota la importancia de los cuidados y atención a la salud en esta etapa de la vida. La magnitud del universo de la población que requiere de información y servicios se aprecia al considerar que en el año 2000 el número de mujeres de 40 años y más se estimó en 11'779,071 (23% de la población femenina), cifra que continuará en ascenso alcanzando en menos de un año 17'407,510 (30% de la población femenina).

En el Estado de Michoacán de Ocampo habitan 2 073 696 mujeres y 1 966 073 hombres, de estas mujeres el 11% es mayor de 44 años (INEGI 2005), el municipio de Lázaro Cárdenas en el año 2005 contaba con 17240 mujeres en periodo perimenopausico.

Otro dato de interés es que en el 2005, en la entidad existían 937 373 hogares de los cuales el 24% tienen jefatura femenina, es decir, son dirigidos por una mujer (222 712 hogares).

Para dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM 035 SSA2-2002, en lo concerniente al apartado **7.1.9** Identificar algún problema de tipo familiar, social o laboral que influya en su salud.

Por lo que consideramos pertinente y factible conocer el grado de disfunción familiar de las pacientes con síndrome climatérico, y establecer pautas de conducta por el médico familiar.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con síndrome climatérico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la sintomatología mas frecuente
- Determinar el grado de cohesión familiar
- Determinar el grado de adaptación familiar
- Determinar el funcionamiento familiar en pacientes con síndrome climatérico.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Clínico observacional

DISEÑO DEL ESTUDIO

Descriptivo, analítico y de corte transversal

DEFINICION DEL UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes con síndrome climatérico

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se seleccionaron a 30 pacientes con síndrome climatérico adscriptos por conveniencia no probabilística a la UMF No 27

PERIODO DE ESTUDIO: Octubre-Diciembre 2006

LUGAR DE ESTUDIO: Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la Mira Mich.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSION:

- 1.- Mujeres de 38 a 55 años de edad con diagnóstico establecido en su expediente clínico de síndrome climatérico.
- 2.- Adscritas a la UMF 27 de la Mira Mich.
- 3.- Que acepten participar en el estudio

ELIMINACION:

- 1.- Menores de 38 años y mayores de 56
- 2.- Pacientes con enfermedades concomitantes como DM, HTA, Neurosis, etc.

EXCLUSION:

- 1.- Pacientes dadas de baja en la institución en el periodo de estudio
- 2.- Aquellas que no contesten el 100% del instrumento.
- 3.- Expediente clínico incompleto

VARIABLES DE ESTUDIO

Independiente

a) Síndrome climatérico

Dependiente

a) funcionalidad familiar

OPERACIONAL DE VARIABLES

| INDEPENDIENTE | CONCEPTO | VALOR DE MEDIDA |
|------------------|--|-----------------------------|
| CLIMATERIO | Es la fase del envejecimiento de la mujer que señala la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la vida. | CUALITATIVO NOMINAL |
| DEPENDIENTE | | |
| FUNCION FAMILIAR | Es cuando la familia es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar. | CUANTITATIVO CUALITATIVO |

A todas las pacientes con diagnóstico de síndrome climatérico y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos se les entregó una hoja de consentimiento informado donde se les explica el motivo del estudio y firmaron en forma voluntaria (anexo1).

Se les aplicó un formato para sustentar el diagnóstico de síndrome climatérico con el formato atención del climaterio MF-11/2002 del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. La paciente puede tener o no otros trastornos (menstruales, genitourinarios, otros somáticos y/o psicológicos), sin embargo la sola presencia de alteraciones vasomotoras es suficiente para establecer el diagnóstico de síndrome climatérico. En ausencia de trastornos vasomotores (bochornos, y/o sudoraciones). Con la presencia de uno o más trastornos menstruales, y la presencia de 3 o más trastornos de uno o más de los tres grupos se establece el diagnóstico de síndrome climatérico. En ausencia de trastornos vasomotores y ausencia de trastornos menstruales con la presencia de 4 o más signos o síntomas, de uno o más de los tres grupos se establece el diagnóstico de síndrome climatérico. (Anexo 2)

En seguida se aplicó la traducción al español de la encuesta de FACES III (family adaptability and cohesion scale screen III) para determinar por medio de la adaptación y la cohesión su funcionalidad familiar.

La cohesión familiar: Valora la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, siendo la capacidad de una familia para sobrevivir y mantener su coherencia en condiciones internas y externas cambiantes.

Adaptabilidad Familiar: Habilidad de la familia para cambiar la estructura del poder, siendo la relación de roles y reglas ante una situación que lo requiere.

Es la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles, y normalización de la relación entre los miembros de una familia.

Dimensiones de evaluación de familia a través de FACES III

| Dimensión | familias | puntuación |
|------------|-------------------|------------|
| COHESION | no relacionadas | 10-34* |
| | Semirrelacionadas | 35-40** |
| | Relacionadas | 41-45** |
| | Aglutinadas | 46-50* |
| ADAPTACIÓN | Caóticas | 10-19* |
| | Flexibles | 20-24** |
| | Estructuras | 25-28* |
| | Rígidas | 29-50** |

FACES III consta de 20 reactivos, los noes evalúan la cohesión y los pares la adaptabilidad. La respuesta a cada reactivo tiene un valor asignado del 1 al 5, de la cual la paciente solo escogió una para cada pregunta. La suma de noes pares y su clasificación se muestra en el (anexo 3).

El APGAR instrumento que identifica la forma en que el paciente visualiza la funcionalidad de su propia familia, midiendo la adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, resolución con la suma de una puntuación obtenida, 0-3 puntos Disfunción grave, 4-6 puntos Disfunción moderada, 7-10 puntos Familia funcional (anexo4).

RECURSOS:

MATERIALES: hojas, lápiz, computadora

HUMANOS: un alumno de la residencia, un profesor y el coordinador de educación
Aspectos éticos: consentimiento informado

ASPECTOS ETICOS:

Hoja de consentimiento informado para proyectos de investigación en humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki en 1978 y modificada en Tokio en 2002.

ANALISIS ESTADISTICO: medidas de frecuencia, de tendencia central, razón de momios.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 30 pacientes con síndrome climatérico, que cumplieron con los criterios establecidos su edad promedio fue de 44.9 años, con un rango de 38 a 53 años. La sintomatología más frecuentemente encontrada en estas pacientes en relación a las alteraciones vasomotoras predominó los bochornos en un 80%, de los trastornos menstruales fue más común las alteraciones en la cantidad en un 40%, de los genitourinarios la resequeidad vaginal 53.33%, de los somáticos la cefalea 90%, y de los psicológicos el cansancio o fatiga 90%, respectivamente. (Cuadro I) (Grafico 1)

Cuando se evaluó la función familiar con el instrumento FACES III que determina por medio de la cohesión y la adaptación la funcionalidad familiar en nuestras pacientes encontramos que en relación a la cohesión el 70% de las pacientes tienen una familia disfuncional y el 30% son familia funcional, en relación a la adaptabilidad el 50% es disfuncional y el 50% funcional. (cuadro2) (Grafico2)

En cohesión el 60% (n=18) fueron familias no relacionadas el 23.33% (n=7) familias semirrelacionadas, el 6.66% (n=2) familias relacionadas y el 10% (n=3) familias aglutinadas. (Grafico 3)

En la adaptabilidad el 33.33% (n=10) fueron familias caóticas, el 20% (n=6) familias flexibles, el 30% (n=9) familias estructuradas y el 16.66% (n=5) familias rígidas respectivamente. (Grafico 4)

En relación a la funcionalidad familiar (cohesión) se demuestra que en el grupo de edad de 38 a 45 años presentaron una disfunción en un 43.33%(n=13) y en el grupo de 46 a 53 años 26.6% (n=8). (Grafico 5).

En adaptabilidad se encontró una mayor disfunción en el grupo de edad de 38 a 45 años con 26.53% (n=8) y en el grupo de 46 a 53 años 23.33% (n=7) sin significancia estadística. (Grafico 6)

Cuando se evaluó el Apgar a nuestros pacientes encontramos disfunción severa en un 6.66% (n=2), disfunción moderada 40% (n=12), familia funcional 53.33% (n=16); (Cuadro III) (Grafico 7).

En relación a la adaptabilidad encontramos que el 40% (n=12) de nuestros pacientes son adaptables, y en un 60%(n=18) algunas veces son adaptables, en relación a la participación el 36.66% (n=11) es una familia participativa casi siempre el 60% (n=18) solo algunas veces y casi nunca el 3.33% (n=1) ; en relación a su crecimiento con relación en hacer cambios en su estilo de vida encontramos el 40% (n=12) tiene crecimiento, en un 50% (n=15) solo algunas veces y casi nunca el 10% (n=3) , en cuanto al área afectiva 60% (n=18) casi siempre esta satisfecho en relación al afecto familiar , el 30% (n=9) solo algunas veces y el 10% (n=3) casi nunca; en relación a la resolución 36.66% (n=11) le satisface casi siempre el tiempo que pasa con su familia, el 56.66% (n=17) solo algunas veces y el 6.66% casi nunca (n=2). (Grafico 8)

Al evaluar la funcionalidad con el Apgar se demuestra que en la disfunción familiar no existe diferencia en los grupos de edad de 38-45 el 23.33% (n=7) y el grupo de 46 a 53 23.33% (n=7). (Grafico 9)

Cuando se evaluó la eficacia de los instrumentos aplicados a nuestras pacientes, no encontramos diferencia significativa cuando se valoro Apgar y Faces III en adaptabilidad. Pero si encontramos diferencia cuando valoramos Apgar y Faces III en cohesión a favor de esta última. (Cuadro IV – V).

Cuadro I

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO

| No | edad | Síntomas vasomotores | menstruales | genitourinarios | somáticos | sicológicos |
|----|------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------|---------------------------|
| 1 | 48 | 1 | 3 | 1 | 1,3,4 | 3,4,5 |
| 2 | 42 | 1 | 4 | 1 | 1,3 | 1,2,3,4 |
| 3 | 41 | 1,2 | 4 | 1,2 | 3,4 | 3,4,5,6 |
| 4 | 40 | 1,2 | 3 | 4 | 2,3,4 | 3,4,5,6 |
| 5 | 38 | 1,2 | 3 | 4 | 3 | 1,3,5,6 |
| 6 | 48 | 1,2 | 4 | 1,2 | 1,3,4 | 2,3,4,5 |
| 7 | 39 | 1,2 | 1,3 | 4 | 3,4 | 1,2,3,4 |
| 8 | 48 | 1,2 | 4 | 1 | 2,4 | 1,2,3,4,5 |
| 9 | 49 | 1,2 | 4 | 1,2 | 1,4 | 1,2,3,4,5 |
| 10 | 41 | 2 | 2 | 2 | 1,3,4 | 1,3,4,6 |
| 11 | 46 | 1,2 | 4 | 1,2 | 1,3,4 | 1,3,4 |
| 12 | 43 | 3 | 4 | 1,2 | 2,3,4 | 2,5,6 |
| 13 | 48 | 1,2 | 4 | 1 | 1,3,4 | 1,2,3,4,5 |
| 14 | 46 | 1,2 | 4 | 1,2 | 1,3 | 1,4,5,6 |
| 15 | 40 | 1 | 1,2 | 4 | 3 | 3,5 |
| 16 | 45 | 1,2 | 4 | 1 | 1,3 | 2,3,5,6 |
| 17 | 42 | 2 | 2,3 | 1,2 | 3,4 | 3,5,6 |
| 18 | 39 | 1,2 | 3 | 4 | 1,3,4 | 3,4,5,6 |
| 19 | 44 | 1 | 3 | 4 | 1,3,4 | 1,2,3,4,5 |
| 20 | 40 | 1 | 2,3 | 4 | 1,3,4 | 1,2,3,5,6 |
| 21 | 53 | 1 | 4 | 1,2 | 3,4,5 | 1,2,3,5,6 |
| 22 | 46 | 1 | 3 | 1 | 1,3,4 | 1,3,4 |
| 23 | 53 | 1,2 | 4 | 4 | 6 | 1,3 |
| 24 | 46 | 1,2 | 3 | 4 | 1,3,4,5 | 1,3,4,5,6 |
| 25 | 50 | 2 | 4 | 4 | 1,3 | 3 |
| 26 | 46 | 3 | 1 | 1 | 3,4 | 1,3,4,5 |
| 27 | 46 | 1,2 | 1 | 4 | 1,3,4,5 | 1,5 |
| 28 | 44 | 1 | 2,3 | 4 | 3,4 | 3,5,6 |
| 29 | 48 | 3 | 1,2 | 4 | 3,4 | 2,3 |
| 30 | 49 | 1,2 | 3 | 1 | 2,3 | 2,3 |
| | | bochornos 80% sudoraciones 20% | Alt.cantidad 40% | Resequedad vaginal: 53.33% | Cefalea 90% | Cansancio o fatiga 90% |

Vasomotores: 1(bochornos) 2(sudoraciones nocturnas) 3(ninguno)

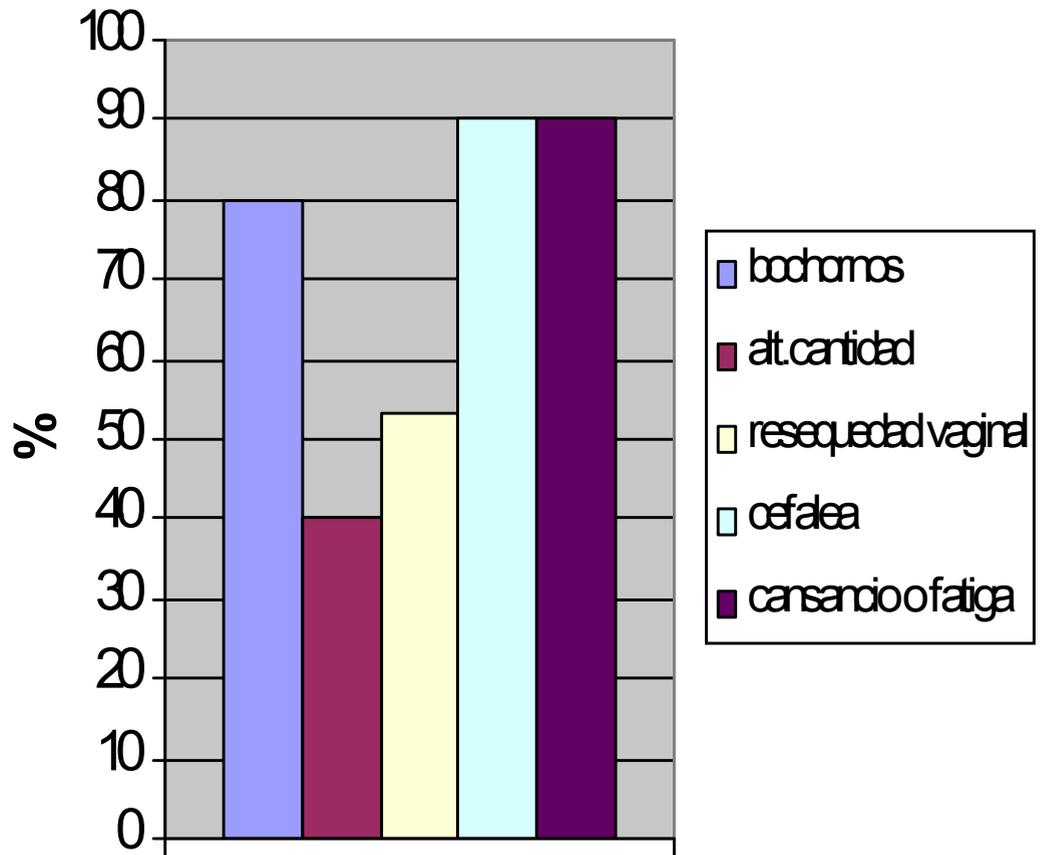
Menstruales: 1(frecuencia) 2(duración) 3 (cantidad) 4 (ninguno)

Genitourinarios: 1(resequedad vaginal) 2(dispareunia) 3(incontinencia urinaria) 4 (ninguno)

Otros somáticos: 1(insomnio) 2 (resequedad de la piel) 3 (cefalea) 4 (mialgias y artralgias) 5 (mareos desmayos) 6 (ninguno)

Sicológicos: 1(depresión o tristeza) 2(disminución de la libido) 3 (cansancio o fatiga) 4 (olvidos frecuentes) 5(ansiedad nerviosismo) 6(irritable, enojos frecuentes) 7(ninguno)

Grafico 1. Principales trastornos del síndrome climatérico



CUADRO II Funcionalidad familiar FACES III

| No | EDAD | COHESION | FUNCION FAMILIAR | ADAPTABILIDAD | FUNCION FAMILIAR |
|----|------|--------------|--------------------------------|---------------|---------------------------------|
| 1 | 48 | 38 | funcional | 28 | funcional |
| 2 | 42 | 35 | funcional | 16 | disfuncional |
| 3 | 41 | 33 | disfuncional | 16 | disfuncional |
| 4 | 40 | 30 | disfuncional | 26 | funcional |
| 5 | 38 | 26 | disfuncional | 26 | funcional |
| 6 | 48 | 36 | funcional | 19 | disfuncional |
| 7 | 39 | 24 | disfuncional | 28 | funcional |
| 8 | 48 | 22 | disfuncional | 32 | disfuncional |
| 9 | 49 | 26 | disfuncional | 28 | funcional |
| 10 | 41 | 33 | disfuncional | 14 | disfuncional |
| 11 | 46 | 36 | funcional | 26 | funcional |
| 12 | 43 | 40 | funcional | 26 | funcional |
| 13 | 48 | 34 | disfuncional | 18 | disfuncional |
| 14 | 46 | 28 | disfuncional | 30 | disfuncional |
| 15 | 40 | 68 | disfuncional | 16 | disfuncional |
| 16 | 45 | 31 | disfuncional | 22 | funcional |
| 17 | 42 | 24 | disfuncional | 20 | funcional |
| 18 | 39 | 34 | disfuncional | 10 | disfuncional |
| 19 | 44 | 27 | disfuncional | 34 | disfuncional |
| 20 | 40 | 50 | disfuncional | 22 | funcional |
| 21 | 53 | 42 | funcional | 20 | funcional |
| 22 | 46 | 31 | disfuncional | 16 | disfuncional |
| 23 | 53 | 36 | funcional | 40 | disfuncional |
| 24 | 46 | 31 | disfuncional | 22 | funcional |
| 25 | 50 | 42 | funcional | 26 | funcional |
| 26 | 46 | 32 | disfuncional | 18 | disfuncional |
| 27 | 46 | 32 | disfuncional | 14 | disfuncional |
| 28 | 44 | 22 | disfuncional | 36 | disfuncional |
| 29 | 48 | 47 | disfuncional | 26 | funcional |
| 30 | 49 | 37 | funcional | 24 | Funciona |
| | | total | 21 disfuncional 9 funcional | total | 15 disfuncional 15 funcional |

Grafico 2. Cohesión y adaptabilidad en pacientes con síndrome climatérico (FACES III)

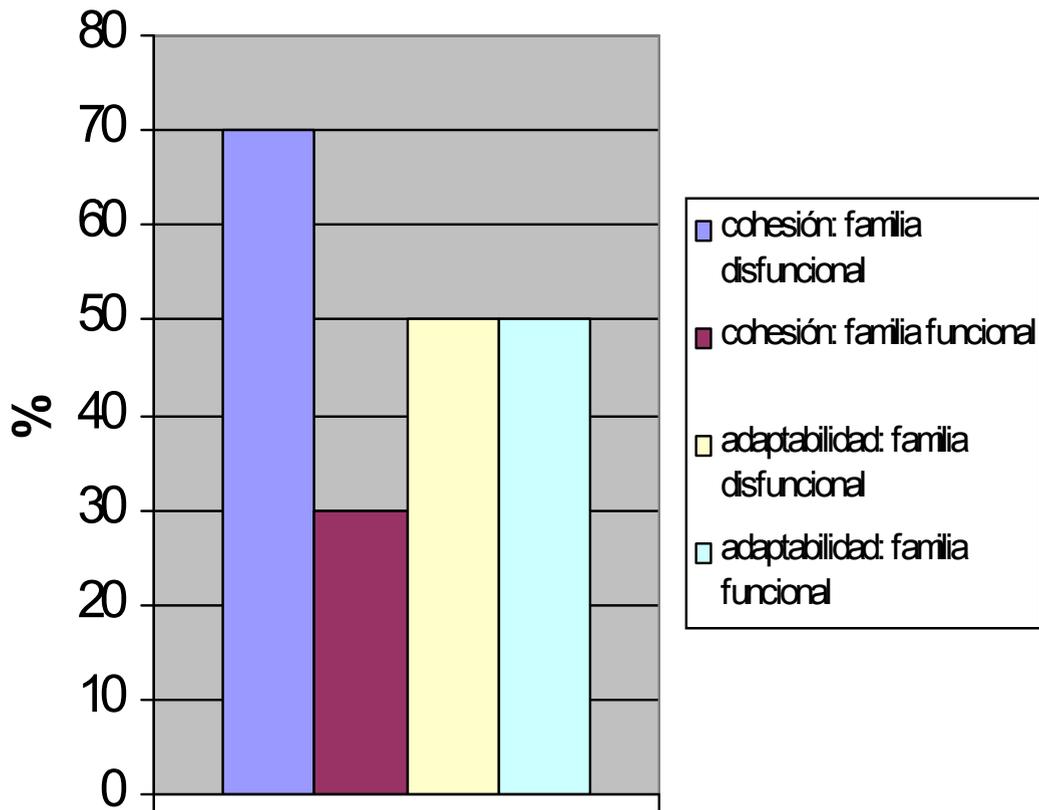


Grafico 3. Tipologia Familiar en pacientes con síndrome climatérico (FACES III) Cohesión.

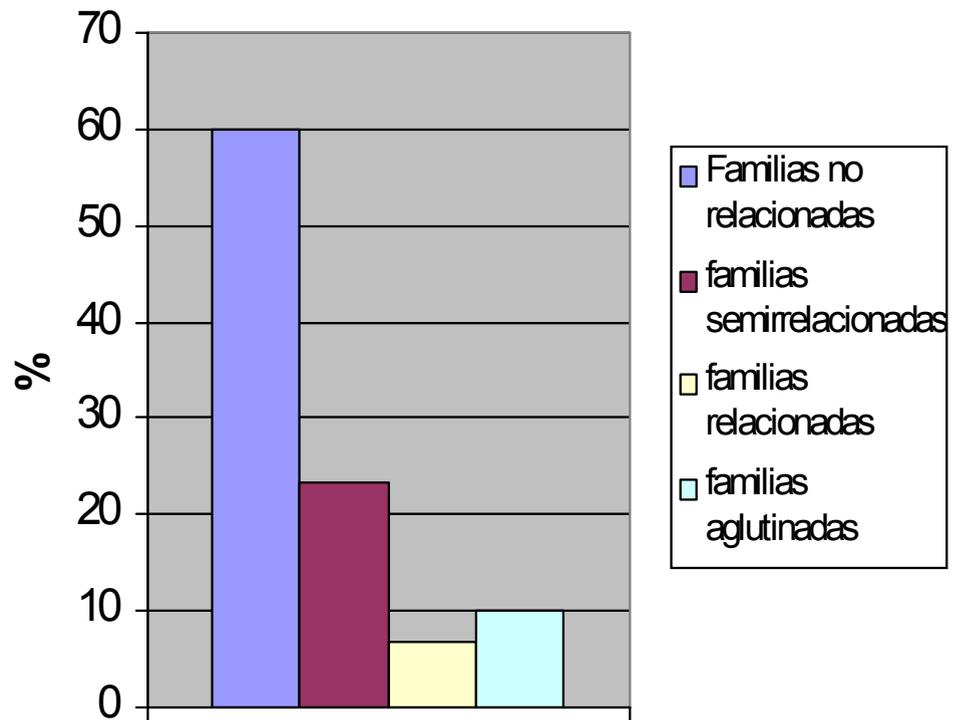


Grafico 4. Tipología familiar en pacientes con síndrome climatérico FACES III, adaptabilidad

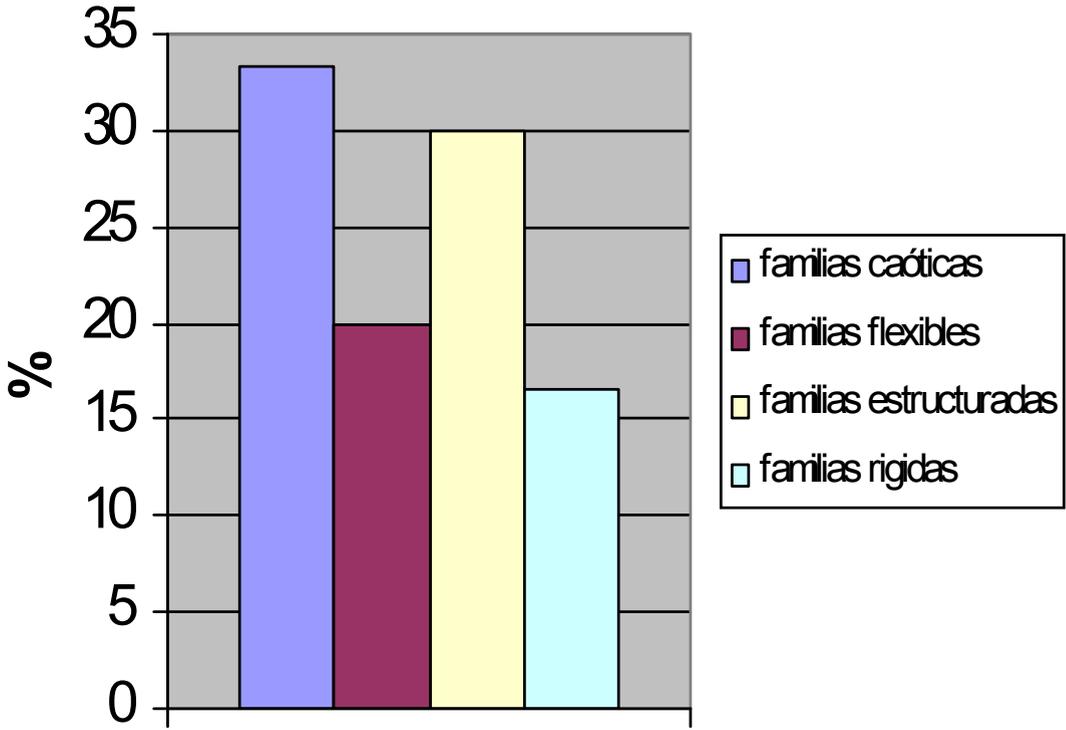


Grafico 5. Disfunción familiar en pacientes con síndrome climatérico en relación con la edad (FACES III) Cohesión.

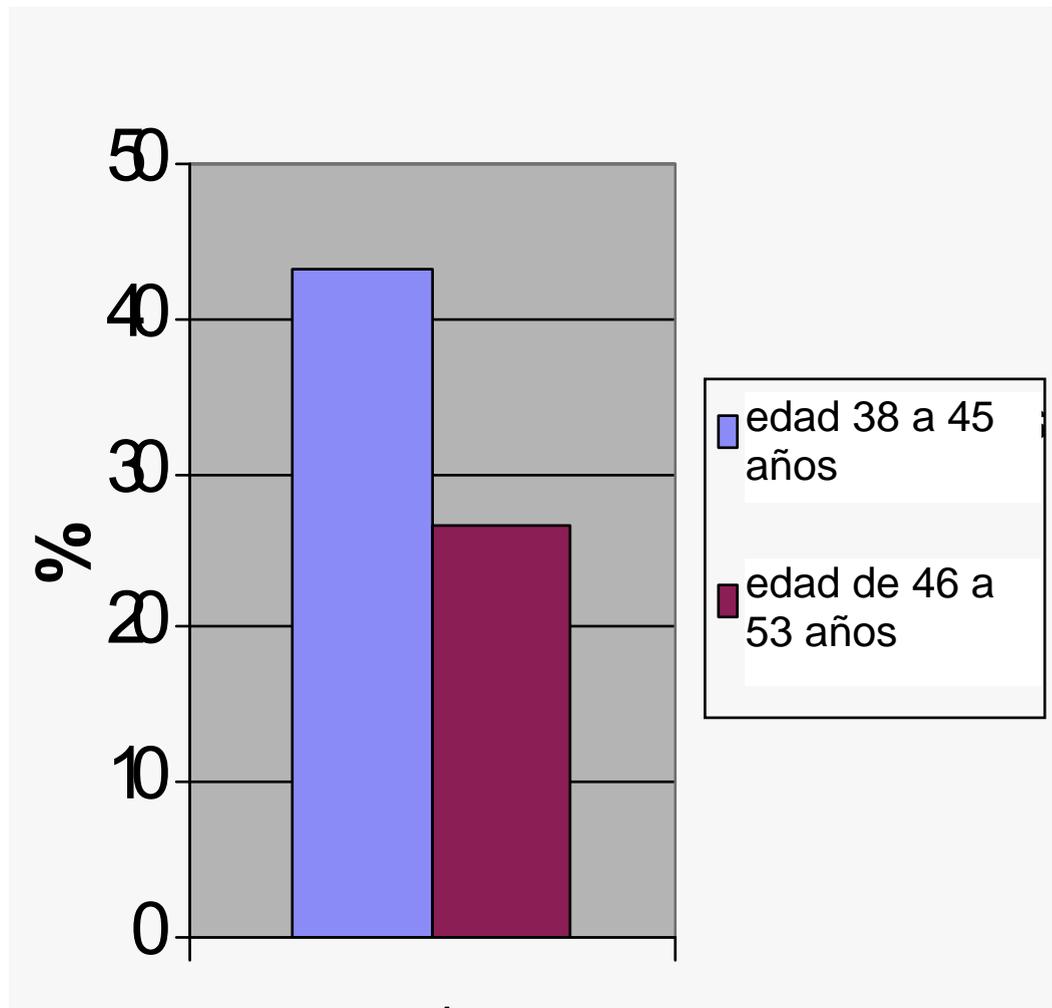
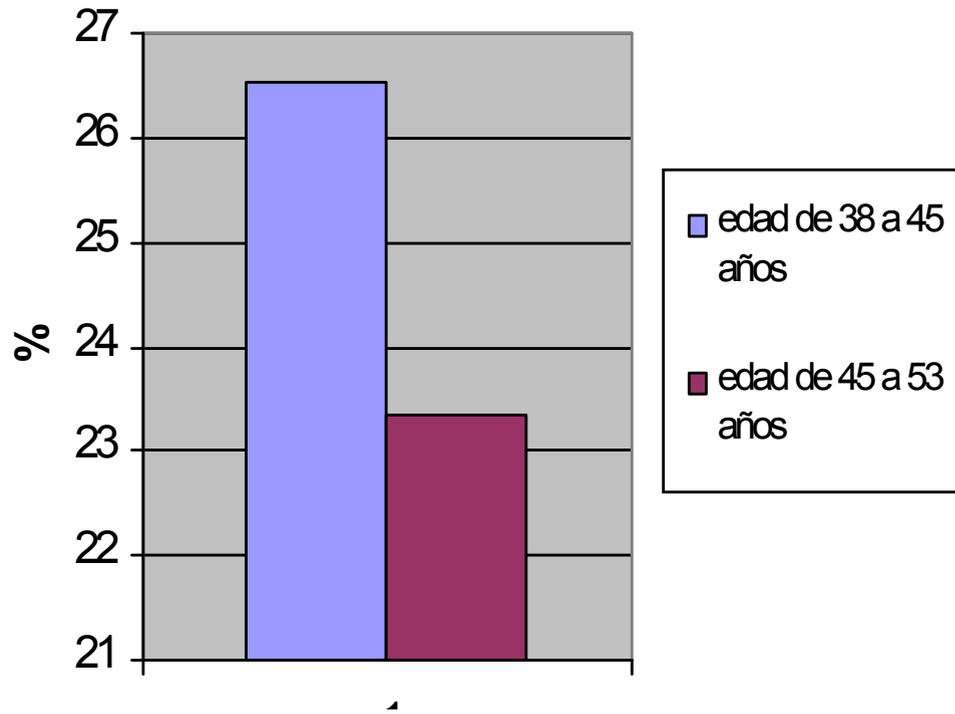


Grafico 6. Disfunción Familiar en pacientes con síndrome climatérico en relación con la edad (FACES III) adaptabilidad



CUADRO III Función familiar aplicando el APGAR

| No | EDAD | ADAPTABILIDAD | PARTICIPACION | CRECIMIENTO | AFECTO | RESOLUCION | FUNCION FAMILIAR |
|----|------|---------------|---------------|-------------|--------|------------|---------------------|
| 1 | 48 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 2 | 42 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 3 | 41 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Disfunción moderada |
| 4 | 40 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | Familia funcional |
| 5 | 38 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 6 | 48 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | Familia funcional |
| 7 | 39 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Disfunción moderada |
| 8 | 48 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | Disfunción moderada |
| 9 | 49 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Disfunción moderada |
| 10 | 41 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | Disfunción severa |
| 11 | 46 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 12 | 43 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 13 | 48 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | Familia funcional |
| 14 | 46 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | Disfunción moderada |
| 15 | 40 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 16 | 45 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | Disfunción moderada |
| 17 | 42 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | Disfunción moderada |
| 18 | 39 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | Disfunción severa |
| 19 | 44 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 20 | 40 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 21 | 53 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | Disfunción moderada |
| 22 | 46 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | Familia funcional |
| 23 | 53 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | funcional |
| 24 | 46 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | Disfunción moderada |
| 25 | 50 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | Familia funcional |
| 26 | 46 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | Disfunción moderada |
| 27 | 46 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | Disfunción moderada |
| 28 | 44 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Disfunción moderada |
| 29 | 48 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Familia funcional |
| 30 | 49 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | Familia funcional |

Casi siempre
2

algunas veces
1

casi nunca
0

- 0-3 puntos disfunción severa
- 4-6 puntos: disfunción moderada
- 7-10 puntos: familia funcional

Grafico 7. Disfunción familiar en pacientes con síndrome climatérico (APGAR FAMILIAR).

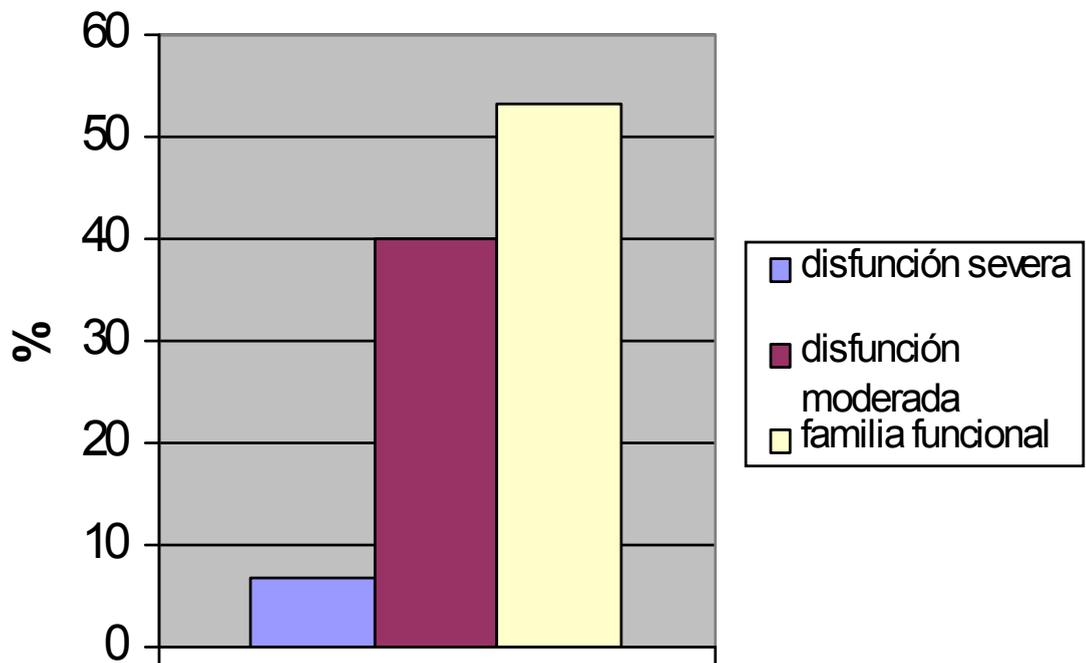


Grafico 8. Calificación del funcionamiento familiar en pacientes con síndrome climatérico (APGAR FAMILIAR)

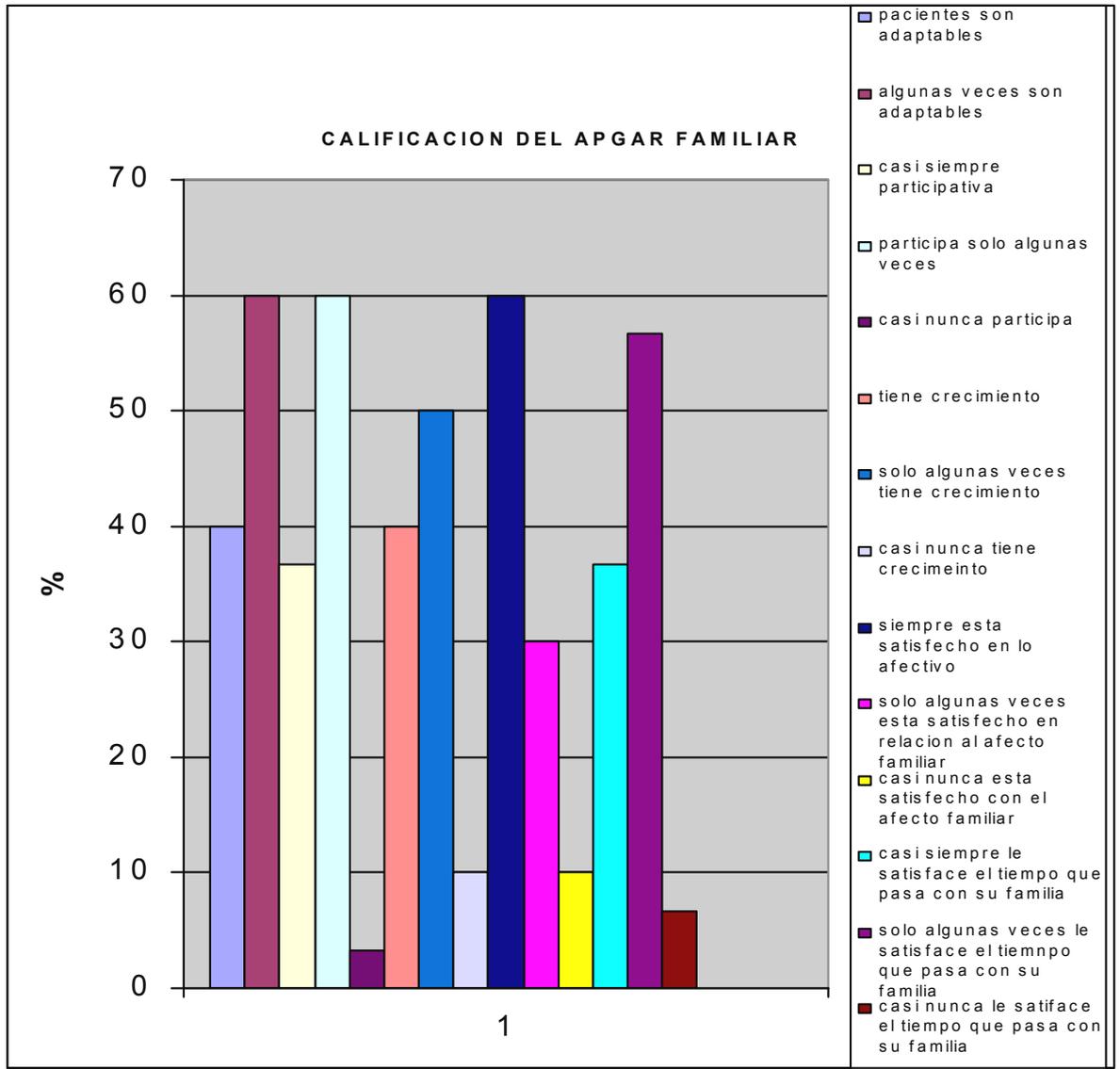
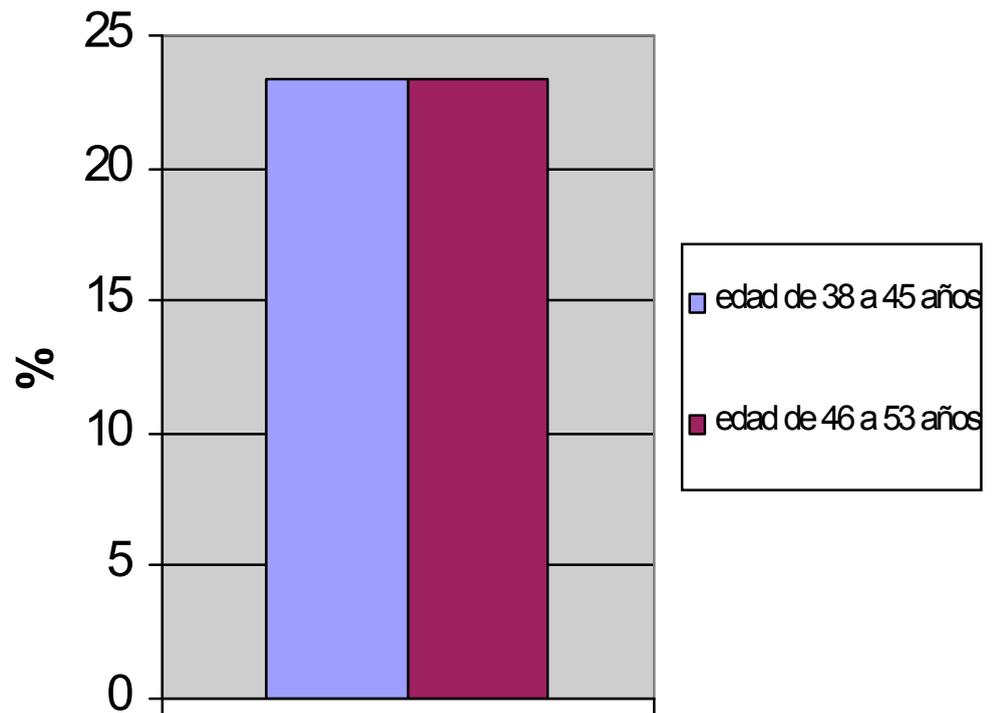


Grafico 9. Disfunción Familiar en pacientes con síndrome climatérico en relación con la edad



CUADRO IV. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION AL INSTRUMENTO EMPLEADO EN LA DIMENSION DE COHESION EN PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO

| INSTRUMENTO | FAMILIA DISFUNCIONAL | FAMILIA FUNCIONAL | TOTAL |
|--------------------|----------------------|-------------------|---------|
| APGAR | 14 | 16 | 30 |
| FASES III COHESION | 21 | 9 | 30 |
| OR | 5.5 | | P<0.005 |

CUADRO V. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION AL INSTRUMENTO EMPLEADO EN LA DIMENSION DE LA ADAPTABILIDAD EN PACIENTES CON SINDROME CLIMATERICO.

| INSTRUMENTO | FAMILIA DISFUNCIONAL | FAMILIA FUNCIONAL | TOTAL |
|-------------------------|----------------------|-------------------|-------|
| APGAR | 14 | 16 | 30 |
| FASES III ADAPTABILIDAD | 15 | 15 | 30 |
| OR | 0.9 | | P=NS |

DISCUSION.

Se ha descrito que las mujeres con síndrome climatérico en un 73% presentan síntomas vasomotores y en un 37% trastornos genitourinarios, psicológicos y somáticos en un 45%, con una edad promedio de 49.9 años (73).

En nuestro estudio mostró que en el 90% de nuestros pacientes presentan trastornos psicológicos y somáticos como manifestación inicial, seguido de sintomatología vasomotora en el 80% de los pacientes y con menor frecuencia los trastornos menstruales y genitourinarios, su edad promedio de presentación es a los 44.9 años, con una rango de 38 a 53 años, esto ultimo dado por las características de la población estudiada por lo que consideramos este resultado no se puede comparar con la bibliografía.

Consideramos que la disminución progresiva de estrógenos provoca en forma inicial desequilibrio en los niveles de serotonina y triptófano, que son sustancias neurotransmisoras que condicionan manifestaciones psicósomáticas, y posteriormente presenta un incremento en la actividad del termostato del organismo, ocasionando vasodilatación, aumento de la irrigación sanguínea y de la temperatura corporal transitoria, que condicionan los trastornos vasomotores, como ocurrió en nuestras pacientes (74).

En estudios de pacientes con síndrome climatérico en Cuba se ha observado que el 53.7% de las mujeres se desenvuelve en un medio familiar funcional, en un 30% moderadamente funcional, independientemente de la intensidad del síndrome climatérico y 16.3% disfuncional (75).

Nuestro estudio mostró que el 70% de las pacientes con síndrome climatérico tienen una familia disfuncional y el 30% funcional, en relación a la Cohesión, y en Adaptabilidad el 50% es funcional y 50% disfuncional, cuando se aplica el test del Fases III, respectivamente. Consideramos que la diferencia presentada está en relación al instrumento utilizado, en nuestro caso el Fases III y Apgar están validados, por lo que los resultados obtenidos son de mayor validez, que cuando se elaboran y utilizan test de percepción del funcionamiento familiar.

Otros estudios refieren que el 41.77% tiene disfunción familiar moderada, el 39.35% buena funcionalidad familiar y severa en 18.88% (Apgar), en relación a la Cohesión el 43.77% presenta familia relacionada, el 26.95% aglutinada y en 22.47% semirelacionada. En adaptabilidad, la caótica se presenta con mayor frecuencia en un 39.36%, seguida de la flexible en 33.73% y estructurada en 24.90% (76).

Nuestro estudio mostró en relación a la Cohesión, que el 60% fueron familias relacionadas, 23.33% semirelacionadas, 6.66% relacionadas y 10% aglutinadas. En relación a Adaptabilidad, el 33.33% fueron caóticas, el 20% flexibles, el 30% estructuradas y el 16.66% familias rígidas. No encontramos diferencia entre la disfunción moderada y buena función familiar en personas sanas con nuestras pacientes con síndrome climatérico, sin embargo existe diferencia significativa en la disfunción severa, predominando en personas sanas y jóvenes aparentemente, consideramos que existen otros factores que influyen para que se de la disfunción familiar, como la edad, madurez del sujeto, estatus socioeconómico.

En relación a la edad de la paciente con síndrome climatérico, valorado a través de los instrumentos utilizados, las de 38 a 45 años presentaron mayor disfunción familiar (44.33%), que las de 46 a 53 años (26.6%) y el resto fueron familias funcionales (Faces III. Cohesión) y en Adaptabilidad no hubo diferencia significativa (26.53% vs. 23.33%), no existe referencias al respecto, consideramos que el echo que se presente mayor disfunción a menor edad de presentación del síndrome climatérico, esta en relación al entorno familiar y cuando se valora a través del Apgar no existe diferencia entre ambos grupos.

Cuando se valora el riesgo relativo de disfunción familiar en relación al instrumento utilizado, nosotros encontramos que cuando se utiliza el Faces III, existe 5.5 veces mas riesgo de disfunción que cuando se usa el Apgar, lo que infiere que el instrumento Faces III es de mayor eficacia para valorar estos aspectos.

CONCLUSIONES.

La sintomatología vasomotora referida es mayor a la presentada en otros estudios. Las pacientes con síndrome climatérico tienen una familia disfuncional en un 70% y funcional en 30%, en relación a la cohesión y en adaptabilidad el 50% son familias disfuncionales y el 50% funcionales, al ser valoradas con el instrumento FACES III. Predomina la familia no relacionada y caótica respectivamente. Lo que infiere una desvinculación familiar en el ámbito emocional y en su entorno. Por lo que se requiere de terapia grupal, donde los integrantes de la familia sean los protagonistas en este problema de salud, que afecta al ámbito familiar, a través de talleres en un ambiente apropiado, donde el principal detonante sea el médico familiar y psicoterapeuta.

La atención a la Salud de las Mujeres de 40 años y más, debe de incluir información y orientación de tipo preventivo; así como prestación de servicios médicos en todas las unidades médicas de 1º, 2º y 3er nivel, para mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones asociadas al síndrome climaterico como lo son las alteraciones cardiovasculares, atrofia urogenital, cáncer de endometrio y osteoporosis.

Esta atención constituye un reto para todo el sector salud que involucra directamente al médico familiar, siendo una prioridad en el componente de Salud de la Mujer en nuestra entidad. Generalmente cuando se presenta sintomatología asociada al Síndrome Climatérico, la mujer no reconoce o no valora lo esencial que resulta demandar la atención en cualquier unidad de salud, para identificar factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas frecuentes y asociadas en ese grupo de edad. De ahí la importancia de otorgar consultas durante la pre y posmenopausia a toda femenina de 40 años y más, independientemente del motivo de consulta.

Debemos de concebir a la familia como sistema que constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no puede verse como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un

enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la depresión o el cansancio o fatiga en nuestras pacientes, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Se señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

Es necesario que los médicos familiares identifiquen oportunamente la disfunción familiar. Nosotros debemos de estar capacitados para interpretar las dificultades potenciales de la familia con el objeto de orientar el manejo y el tratamiento de éstas desde una perspectiva integradora.

REFERENCIA

1. Jorge R. Gori; Antonio Larusso y cols. Ginecología de Gori 2001 (95-111)
2. Víctor M Valdespino Gómez. Ginecol Obstet Mex, 2003; 72: 29-38. 1996;7(1):10.
3. Hernández A Santana F. Síndrome Climatérico. Aspectos clínicos. Rev. Cubana. End1996,1:89-97
4. Navarro D, Seuc J, Padrón, Desdín S. La sexualidad en la mujer cubana durante el climaterio. Sex y Soc 1998,1:12-22.
5. Velasco-Murillo V, Cardona-Pérez JA, Navarrete-Hernández E, Madrazo-Navarro M. Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia en medicina familiar. Rev Med IMSS 1998;36(6):463-476.
6. Jorge R. Gori; Antonio Larusso y cols. Ginecología de Gori 2001 (95-111)
7. Jiménez J, Pérez G. Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio. Ginecol Obstet Mex 1999;67(7):319-22.
8. Ausín U. Climaterio y menopausia. 2ª Edición, Madrid. Editorial Palacios, 1993:9-15.
9. González J. Pubertad y Climaterio. En: Ginecología. 7ª Edición. González J (ed). Editorial Masón, 2000; 125-137.
10. Malacara J. La epidemiología de la menopausia. Rev Inst Nac Nutr Salvador Zubirán 1994;5:20-3.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. México.
12. Pedrón N, González M, Muñoz S. Climaterio. Comportamiento del médico de primer nivel del IMSS ante este período. Ginec Obstet Mex 1996;64(11): 486-8.
13. Martín del Campo F, Herrera F. Climaterio y depresión. Salud Mental 1996;19(3):49-57.
14. Dámaso M, Ortigosa E. Perfil de las relaciones sexuales y sus condicionantes en el climaterio. Perinatol Reprod Hum 2000; 14(3): 160-7.
15. Amore M, Di Donato P. Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. Maturitas 2004;48:115-24.
16. Velasco V, Navarrete E, Ojeda R, *et al.* Experiencias y conocimientos sobre climaterio y menopausia en mujeres de la ciudad de México. Gac. Med. Mex. 2000; 136(6): 555-564.
17. PAC-GO 1 Ginecología libro 1. Climaterio femenino. Schering, México 1998.
18. Pisabarro R., Metabolismo y climaterio: la visión de un endocrinólogo. Rev Med Uruguay 2000; 16:144-151
19. Onatra H.W., "LIPOPROTEINAS Y RIESGO CARDIOVASCULAR". Revista Colombiana de Menopausia Vol.3 no 1 Enero-Abril. 1997
20. F.CoIn., Legato M., Schiff., Tratamiento de sustitución hormonal Nueva información. ATENCIÓN MÉDICA/ MAYO 1999; 12:9-20
21. Vargas J.C., VIAS DE ADMINISTRACION DE LA TERAPIA HORMONAL DE SUPLENCIA. Revista Colombiana de menopausia. Fundación Santafé de Bogotá D.C.
22. Díaz R.I., Torrentes G.R., Díaz Yañez I., SINTOMAS CLIMATERICOS MAS FRECUENTES EN UNIDAD DE MENOPAUSIA. BARRANQUILLA. Revista Colombiana de Menopausia vol.3 no1 Enero-abril 1997
23. Souza y Machorro M., COMORBILIDAD PSICOORGÁNICA DEL CLIMATERIO: EL RECONOCIMIENTO DE LA NEGACIÓN. Ginecol Obstet Méx 2002; Vol. 70(3):118-129

24. Alide Salazar Ma., Paravic K.T., Desempeño laboral y climaterio en trabajadoras de instituciones públicas. Rev Méd Chile 2005; Vol 133 n.3: 315-322
25. Dalbert D.B., ENFOQUE HOLISTICO DEL CLIMATERIO. Revista Nuestro Hospital. Año 1.No2.1997
26. Canto de Cetina T., Polanco Reyes L., Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. Rev Biomed 1996; 7:227-236.
27. Lugones Botell M., Quintana Riverón T., Cruz Oviedo Y., Climaterio y menopausia: importancia de su atención primaria en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.5 Ciudad de la Habana sep.-oct 1997.
28. Finset A., Overlie I., Holte A., Dolor Musculoesquelético, Alteraciones psicológicas y Hormonas durante la transición Menopausica. Psychoneuroendocrinology 29: 64 2004
29. Samsioe G. The menopause revisited. In J Gynecol Obstet 1995; 51:1-13.
30. MacLennan A, Lester S, Moore V. Oral hormone replacement therapy for general menopausal symptoms (Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
31. Egarter C, Huber J, Leikermoser R, Haidbauer R, Pusch H, Fischl F, et al. Tibolone versus conjugated estrogens and sequential progestogen in the treatment of climacteric complaints. Maturitas 1996; 23: 55-62.
32. Davis A, Don R, Tajchnner G, Weissglas L. Verapride: alternative antidopaminergic treatment for menopausal symptoms. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 1107
33. Nagamani M, Kelder ME, Smith ER. Treatment of menopausal hot flashes with transdermal administration of clonidine. Am J Obstet Gynecol 1987; 156 (3): 561-565.
34. Upmalis DH, Lobo R, Bradley L, Warren M, Cone FL, Lamia CA. Vasomotor symptom relief by soy isoflavone extract tablets in postmenopausal women: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. Menopause 2000; 7: 236-242.
35. Cardozo L, Bachmann G, McClish D, Fonda D, Birgerson L. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. Obstet Gynecol 1998; 92: 722-727.
36. Dugal R, Hesla K, Sordal T, Aase KH, Lilleidet O, Wickstrom E. Comparison of usefulness of Estradiol vaginal tablets and Estriol vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 293-297.
37. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local estrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women (Cochrane Methodology Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.]
38. Moehrer B, Hextall A, Jackson S. Oestrogens for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
39. New Zealand Guidelines Group. The appropriate Prescribing of Hormone Replacement Therapy. 2001:1-111. <http://www.nzgg.org.nz>. **Update:** http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/gynae_hrt/hrt_update.pdf
40. Hammar M, Christau S, Nathorst-Boos J, Rud T, Garre K. A double-blind, randomised trial comparing the effects of tibolone and continuous combined hormone replacement therapy in postmenopausal women with menopausal symptoms. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105: 904-911.
41. Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The menopause. Lancet 1999; 353: 571-580
42. Barret-Connor E. Postmenopausal estrogen and prevention bias. Ann Intern Med 1991; 115: 455-456.

43. The writing group for the PEPI trial. Effects of hormone replacement therapy on heart disease risk factors in postmenopausal women. The postmenopausal estrogen/progestin interventions (PEPI) trial. *JAMA* 1995; 273: 199-208.
44. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA* 1998; 280: 605-613.
45. Hulley S, Furberg C, Barret-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, et al. Non cardiovascular diseases outcomes during 6,8 years of hormone replacement therapy. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Follow-up (HERS II). *JAMA* 2002; 288: 58-66.
46. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. *JAMA* 2002; 288: 321-333.
47. Collaborative Group on Hormonal Factors on Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women with breast cancer and 108411 women without breast cancer. *Lancet* 1997; 350: 1047-1059.
48. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362: 419-27.
49. Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 304-313
50. Lethaby A, Farquhar C, Sarkis A, Roberts H, Jepson R, Barlow D. Hormone replacement therapy in postmenopausal women: endometrial hyperplasia and irregular bleeding (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.
51. Daly E, Vessey MP, Hawkins MM, et al. Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet* 1996; 348:977-980.
52. Farquhar CM, Marjoribanks J, Lethaby A, Lamberts Q, Suckling JA and the Cochrane HT Study Group. Tratamiento hormonal a largo plazo para mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
53. Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, Kiel DP, Wilson PWF, Anderson JJ. The effect of postmenopausal estrogen therapy on bone density in elderly women. *N Engl J Med* 1993; 329: 1141-1146.
54. Alvarez Sintés, R y Díaz Alonso, G. La medicina familiar en Cuba. Rev
55. Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Cubana de Endocrinología. Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999.
56. UDCA. Actualidad y divulgación Científica, 2000: 3(1)
57. Moreno Álvarez L, Escobar Peraza M. Función educativa de la familia. *Rev Sexol Soc* 1996;2(5):27.
58. Navarro Despaignel D., Fontaine Semanat Y., Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana. *Rev Cubana de la Habana* mar.-abr. 2001
59. Herrera-Santí P.M. La familia Funcional y Disfuncional, un indicador de Salud; *Rev Cubana Med Gen Inegral* 1997; 13(6)591-5.

60. Gardner W, Nutting P.A, er K.J, Werner J.J, Farley T, Stewart L, Hartsell M. and Orzano A.J, Does the Family APGAR Effectively Measure Family functioning? J. Fam Pract 2001; 50:19-2513.
61. Quiroz-Valdivia R, Mendoza-Fernández A, Holgado-Canales M, Quintana-Sánchez A. TIPOLOGIA DE LA FAMILIA CUSQUEÑA SEGÚN EL MODELO CIRCUNPLEJO DE OLSON (*) Tipologia Familiar 1998; 11.
62. Lugones Botello M., Valdés Sánchez S., Pérez Piñero J. CLIMATERIO FAMILIA Y SEXUALIDAD. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(2): 134-9
63. Bellon –Sarmiento J.A, Delgado-Sánchez A, Luna Del Castillo-J de L, Lardelli-Claret P. Validez y fiabilidad de cuestionario de función familiar Apgar-Familia, Atención Primaria 1996; 18(6):289-296.
64. Salinas J.L, Pérez M.P, Viniegra L, Barriguete J.A, Casillas J, Valencia A. Modelo Psicodinamico-sistémico de evaluación familiar. Rev Inv Clin 1992; 44:169-86.
65. Santiago-Iglesias H, Lomeli-Guerrero L.E. Diagnostico de Salud y Estructura Familiar a través de Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, Arch Med Fam 2000;2(1)11-16.
66. Gómez Clavelina FJ, Diagnóstico de salud familiar. En: Irigoyen Coria A, Gómez-Clavelina FJ eds. Fundamentos de Medicina Familiar. 3ra. Ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 1998; 101-140.
67. Olson D.H. Circumplex Model Of Marital and Family System, The Journal of Family Therapy 1999; 3(6): 55-58
68. Kounesky E.F. Family Assessment and the Circumplex Model: New Research Developments and applications. Life Innovations, Inc the FAP Introduce FASES IV 2000 (abstrac).
69. Ponce-Rosas E.R, et al. Análisis de FASES III (versión en español), Atención Primaria 1999; 23(8):479-84
70. Gómez-Clavelina F.J, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas E.R, Mazón-Ramirtez J.J. Versión al español y adaptación transcultural de FASES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), Arch Med Fam 1999;1(3):73-79.
71. Zamponi J, Pereyra M. VALIDACIÓN DE LA FAMILIA, ADPTABILTY AND COHESIÓN EVALUATION SCALES (FASES III), EN UNA POBLACIÓN ARGENTINA, Universidad adventista de la Plata. (abstract)
72. Dickson Bannack M.A, Ponce-Rosas E.R, Gómez-Clavelina F.J, González-Quintanilla E, Fernández –Ortega M.A, Corzo-Coello M.T, Pérez- López S, Flores-Huitron P. Determinantes sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar; Atención Primaria 19981:275-282.
73. Canto de Cetina T., Polanco Reyes L., Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. Rev Biomed 1996; 7:227-236.
74. Yanes Calderón M., Benítez Cordero Y., Alfonso Orta I. Síndrome climatérico: caracterización clínica y socio-epidemiológica. Rev Cubana Med Integr v.20 n.4 Ciudad de la Habana jul.-ago. 2004
75. González C., Mejía M., Angulo L., Ávila M. FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTRATO SOCIO-ECONOMICO Y RED DE APOYO SOCIAL DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA. VENEZUELA. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol 12N° 1-4. 2003. (2005). Mérida. Venezuela.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA.

LUGAR Y FECHA _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado _____

Registrado ante el comité local de investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS

ATENCION DEL CLIMATERIO Y PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES DE LA MENOPAUSIA

TRASTORNOS DEL SINDROME CLIMATERICO

VASOMOTORES

 -Bochornos

 -Sudores Nocturnos
GENITOURINARIOS

 - Resequead vaginal

 - Dispareunia

 - Incontinencia urinaria

 - ninguno
SICOLOGICOS

 - Depresión o tristeza

 - Disminución de la libido

 - Cansancio o fatiga

 - Olvidos Frecuentes

 - Ansiedad, nerviosismo

 - irritable, enojos frec.

 - Ninguno
MENSTRUALES

 -Frecuencia

 - Duración

 - Cantidad

 - Ninguno
OTROS SOMATICOS:

 - Insomnio

 - Resequead de la piel

 - cefalea

 - Mialgias y Artralgias

 - Mareos o desmayos

 - Ninguno
PERFILES CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME CLIMATERICO

- Con la presencia de bochornos y/o sudores nocturnos
- Con la presencia de uno o más trastornos menstruales (alteraciones en la frecuencia, duración y/o cantidad), y la presencia de tres o más trastornos, de uno o más de los tres grupos (genitourinarios, y/u otros somáticos y/o psicológicos).
- Con la presencia de 4 o más signos o síntomas, de uno o más de los tres grupos (genitourinarios y/u otros somáticos y/o psicológicos)

(Anexo 4)

APGAR FAMILIAR

- **ADAPTABILIDAD** ¿Está Ud. satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?
- **PARTICIPACIÓN**.- ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con Ud. en la resolución de ellos?
- **CRECIMIENTO**.- ¿Encuentra Ud. que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?
- **AFECTO**.- ¿Está Ud. satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?
- **RESOLUCIÓN**.- ¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?

| | CASI SIEMPRE 2 | ALGUNAS VECES 1 | CASI NUNCA 0 |
|---------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| ADAPTABILIDAD | _____ | _____ | _____ |
| PARTICIPACION | _____ | _____ | _____ |
| CRECIMIENTO | _____ | _____ | _____ |
| AFECTO | _____ | _____ | _____ |
| RESOLUCION | _____ | _____ | _____ |
| TOTAL= | | | |

- 00-03 puntos: DISFUNCION SEVERA
- 04-06 puntos: DISFUNCION MODERADA
- 07-10 puntos: FAMILIA FUNCIONAL