

11217

9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

I.S.S.T.E

HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TESIS RECEPCIONAL:

**FACTORES ASOCIADOS Y CARACTERÍSTICAS CLINICAS
DE LA PACIENTE CLIMATÉRICA:
EXPERIENCIA INSTITUCIONAL**

AUTOR

**DRA. MAYRA ALMARAZ GOMEZ
MEDICO RESIDENTE DE 4º GRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

ASESOR

**DR. MARIO MAURICIO FERNÁNDEZ ROMERO
PROFESOR ADJUNTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

COASESOR

**DR. MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

MÉXICO, D .F. SEPTIEMBRE 2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAN a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.	
NOMBRE:	MAYRA ALMARAZ GOMEZ
FECHA:	SEPTIEMBRE 22 DEL 2003
FIRMA:	<i>M. Almaraz Gomez</i>



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

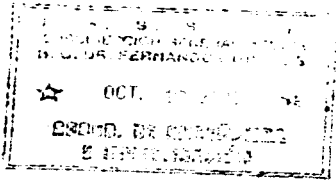
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. MANUEL DE JESUS UTRILLA ÁVILA

Manuel de Jesús Utrilla Ávila



COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. RAFAEL RODRÍGUEZ LEDESMA

Rafael Rodríguez Ledesma

COORDINADOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA

Mauricio Raúl Gutiérrez Castañeda

JEFE DE ENSEÑANZA Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
COASESOR

DR. MARIO MAURICIO FERNÁNDEZ ROMERO

Mario Mauricio Fernández Romero



PROFESOR ADJUNTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ASESOR

REALIZACIÓN
COORDINADO

Mario Mauricio Fernández Romero

TESIS CON
FALLA DE CUBIERN

A mis padres:

por haberme dado las bases y valores para alcanzar mis metas, en especial a mi madre por su apoyo, valor, coraje y entereza en los momentos más difíciles de mi vida.

A Aarón:

por ser el mejor de los hermanos, por su apoyo, amistad y confianza.

A Alex:

Por su ayuda y ser un gran amigo

A Lucrecia, Yesenia y Eli:

mi más grande admiración! y agradecimiento por su invaluable amistad.

A mis compañeros de este pequeño Gran Hospital:

por haberme acogido con calidez, respeto y haber hecho de la especialidad una etapa que recordaré por siempre con mucho cariño.

A mis maestros

**Dr. Gutiérrez, Dr. Rodríguez Ledesma, Dr. Fernández, Dr. Romero,
Dr. Morales, Dr. Taylor, Dra Colín y otros:**

por su enorme paciencia y enseñanzas, porque a través de su espíritu de superación y hermandad, me dieron la oportunidad de renacer como médico y crecer como persona.

Mi infinita gratitud.....

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

I. RESUMEN.....	1
II. ABSTRACT.....	2
III. INTRODUCCION.....	3
IV. OBJETIVOS.....	11
V. MATERIAL Y METODOS.....	11
VI. RESULTADOS.....	12
VII. DISCUSION.....	29
VIII. CONCLUSIONES.....	32
IX. BIBLIOGRAFIA	34
X. ANEXO I	38

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“FACTORES ASOCIADOS Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PACIENTE CLIMATERICA: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL”

RESUMEN

El climaterio y sus repercusiones son actualmente considerados un problema de salud pública. A través de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, se revisaron los expedientes de 332 mujeres climatéricas que acudieron a la consulta ginecológica del 1° de enero al 31 de diciembre del 2002, se analizaron sus características clínicas y factores asociados. Resultados: el climaterio fue causa en el 51.2% de la consulta ginecológica; edad promedio: 52.2 años, económicamente activas 63%; enfermedades asociadas: mastopatía fibroquistica 60.5%, hipertensión arterial 25%, insuficiencia venosa periférica 20.1%, diabetes 9.3%, cáncer cervicouterino 2.12% y cáncer de mama 1.8%; la edad de presentación de la menopausia fue a los 52 años; los síntomas más frecuentes: bochornos 73%, insomnio 33.1%, depresión 28.3%, alteraciones menstruales 19% e irritabilidad 15%; como alteraciones metabólicas se encontró dislipidemia en 52%, osteopenia 46% y osteoporosis 38%; el 52% de las mujeres con síndrome climatérico cuenta con terapia hormonal de reemplazo (THR) y el 24% con terapia alternativa. El 65% de las pacientes que llevan THR surten su medicamento en forma privada. Se cambió la terapia hormonal en 31% siendo la persistencia de la sintomatología la causa más frecuente (42%); la mastalgia y la exacerbación de la insuficiencia venosa periférica fueron los efectos secundarios más frecuentes. El climaterio, es una etapa del ciclo vital de la mujer, sin embargo conlleva alteraciones fisiológicas, psicológicas, económicas y sociales que repercuten de forma impactante en su calidad de vida, de ahí que el manejo multidisciplinario oportuno la mejorará y disminuirá secuelas.

Palabras clave: menopausia, síndrome climatérico, secuelas, terapia hormonal de reemplazo.

TESIS CON
FALLA DE COPIEN

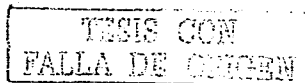
“ASSOCIATED FACTORS AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE MENOPAUSAL PATIENT: INSTITUTIONAL EXPERIENCE”

ABSTRACT

During the present retrospective, descriptive, and transversal type study, we checked on the clinical characteristics and the associated factors in medical records of 332 menopausal women that attended the external service of gynecology from January the 1st to December 31st 2002, with the following results: average age 52.2 years (rank 33-80 years), women economically active 63%, smoking patients 22%, 71% were postmenopausal with an average age of presentation at 52 years (rank 33-56). Associated illnesses: fibrocystic mastopathy 60.5%, hypertension 25%, peripheral venous circulation insufficiency 20.1%, diabetes 9.3%, cervix and breast cancer 2.12 and 1.8% respectively. Hot flushes were the most frequent symptom in 72.2%, followed by insomnia 33.1%, depression 28.3%, menstrual irregularities 19%, and irritability 15%, among others; lipid alterations, osteopenia and osteoporosis were present in 52, 46 and 38% respectively; 52% are actually treated with hormonal replacement therapy, 24% has only symptom treatment; it has to be mentioned that 65% of the patients with hormonal replacement therapy had to obtained their treatment by their own economical resources, and the rest is supplied by this medical institution. The change for another treatment rather than the one initially prescribed, was necessary in 31% because of the persistence of symptoms in 42%; breast pain was the most frequent secondary effect.

Menopause became the most common cause of consult during 2002; though, it is very important to carry out an opportune diagnosis as well as establishing a multidisciplinary treatment that improves the quality of life of menopausal women, with special emphasis in the associated factors mentioned in this investigation.

Key words: menopause, menopause symptoms, associated factors, hormone replacement therapy.



INTRODUCCION

En la actualidad se considera al climaterio como uno de los problemas más importantes en salud pública, que a pesar de ser una etapa más del ciclo vital de la mujer conlleva alteraciones físicas, psicológicas, sociales y económicas que repercuten en su calidad de vida.

Conforme más años vive la mujer, mayores son sus posibilidades de padecer enfermedades crónico-degenerativas pues ahora tienen una esperanza de vida al nacer que sobrepasa los 75 años, esto significa que pasan un largo tiempo en etapa de climaterio. (30)

La mayoría de las mujeres climatéricas están preocupadas sobre los efectos secundarios de la terapia hormonal de reemplazo (THR) y no conocen sus efectos, por lo que una adecuada relación médico paciente basada en la comunicación del riesgo beneficio conlleva a mayor apego al tratamiento y a una mejor calidad de vida.

La palabra climaterio, proviene del griego *climater* (peldaños o escalón) y se refiere al intervalo de tiempo durante el cual disminuye el potencial reproductivo, con manifestaciones clínicas, marcando la transición en el periodo reproductivo de la vida. (30)

FASES DEL CLIMATERIO

Climaterio Temprano (35-45 a)	pre	post	Climaterio Tardío (56-65 a)
	Perimenopausia (46-55 años)		

Perimenopausia.- la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como aquél periodo en que "comienzan los cambios endocrinológicos, biológicos y clínicos de la menopausia, e incluye hasta un año después de ella" (7). Es la etapa en que se inicia el deterioro de la función ovárica. Su inicio ocurre tres a ocho años antes de la menopausia y termina un año después de la misma, con la aparición de signos y síntomas causados por la disminución gradual de la producción ovárica de estrógenos.(30)

Según el estudio de Melbourne Women's Health Study que ha reclutado el mayor número de mujeres perimenopáusicas se clasificó a las mujeres en 5 grupos según las características de flujo menstrual y su periodicidad:
Grupo I ciclos regulares la fase más incipiente de la perimenopausia.
Grupo II cambio en la cantidad de flujo menstrual

Grupo III cambios en la frecuencia menstrual
Grupo IV cambios en la frecuencia y flujo menstrual
Grupo V mujeres con retrasos mayores de 3 meses y menores de 12 meses en el que es inminente la menopausia (7)

Premenopausia.- es la parte del climaterio previa a la menopausia cuya duración no se ha podido establecer.(31)

Postmenopausia.- comprende los años posteriores a la fecha en que definitivamente cesan las menstruaciones, se caracteriza por cambios endócrinos posteriores a la menopausia con expresiones clínicas importantes, incluye la etapa temprana, que dura 5 años, y la tardía, que comprende el resto de la vida de la mujer.(31)(7)

Menopausia.- constituye un evento natural y único en la vida de la mujer y corresponde al último sangrado uterino caracterizado por una amenorrea fisiológica permanente de un año, que se presenta debido a la disminución y posterior cese de la función ovárica y marca la transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva. (26)

El climaterio corresponde al periodo de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva, de acuerdo con esta terminología se considera al síndrome climatérico como el conjunto de síntomas y signos que ocurren en una alta proporción de mujeres durante la perimenopausia. La función ovárica disminuye hasta que finalmente cesa, lo que se traduce en la aparición de múltiples síntomas y cambios a diversos niveles, que conforme progresa el síndrome climatérico, se manifiestan las consecuencias tardías de la deficiencia de estrógenos con repercusión tanto personal, familiar, social y económico. (7)

Algunos autores reservan el término menopausia al fenómeno hormonal y reproductivo, en cambio, se aplica el término de climaterio a los cambios biológicos y psicológicos de la menopausia, sin embargo, en la práctica se utilizan ambos términos de manera indistinta. La OMS recomienda abandonar el término climaterio para evitar confusiones.

La esperanza de vida al nacimiento de las mujeres mexicanas ha aumentado considerablemente, de 37 años en 1930 se incrementó a 77.6 en el año 2000, lo que ha traído como consecuencia que un número cada vez mayor de mujeres no sólo alcance la etapa cronológicamente de la menopausia sino que viva cerca de 30 años después de la misma (26), lo cual se ha acompañado de enfermedades crónico-degenerativas que no se presentaban cuando la esperanza de vida era menor.

En México la edad promedio en que se sitúa la menopausia es entre 47 y 52 años, ésta asociación depende de factores hereditarios, sociales, culturales y económicos. De 6 al 8% experimenta la menopausia antes de los 40 años por falla

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ovárica prematura o postquirúrgica. Solamente un 10% de las mujeres presentan un cese brusco de las menstruaciones sin irregularidades previas, se menciona que en las pacientes solteras, de estado socioeconómico bajo, nuliparidad, que ingieren café o son fumadoras la presentan antes que aquéllas sin estos factores asociados.

A partir de los 35 años aproximadamente, el ciclo menstrual natural no es tan predecible y tal vez no se produzca ovulación en todos los ciclos, los niveles de estrógenos disminuyen y como consecuencia del sistema de retroalimentación negativa de la hipófisis y el hipotálamo, se libera una cantidad cada vez mayor de hormona foliculoestimulante (FSH), en intentos del organismo por estimular la función de los ovarios.(7)

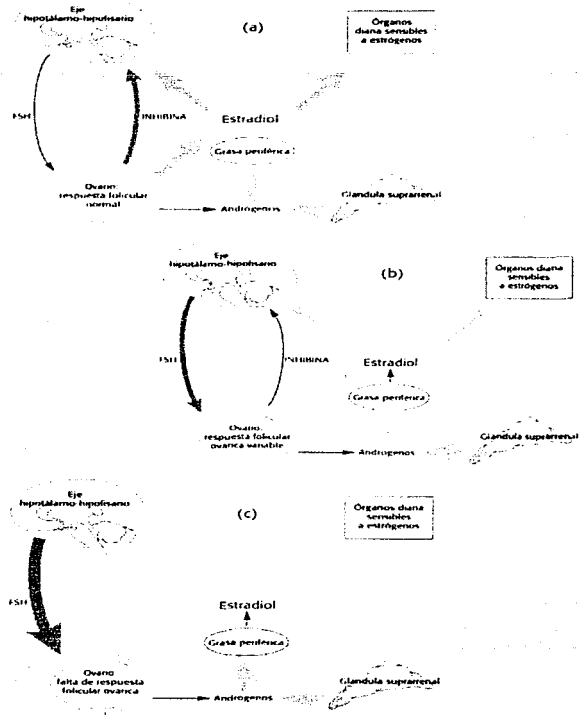
En la etapa reproductiva la producción de gonadotropinas es por ciclos, produciéndose picos ovulatorios de FSH y hormona luteinizante (LH), cuando se inicia la transición de la menopausia, exista un aumento en las concentraciones circulantes de FSH y una disminución en estradiol, inhibina y progesterona. Las concentraciones medias de LH son similares a las de las mujeres jóvenes. (30)

Los cambios endócrinos durante la perimenopausia se caracterizan por presentar patrones de sangrado menstrual muy irregular y se asocia a numerosos síntomas generales. El primer signo endócrino de envejecimiento reproductivo es el aumento en la duración y disminución de la frecuencia de los pulsos de LH y la elevación de los niveles de FSH en la fase folicular temprana. Los niveles de FSH empiezan a elevarse dos años antes de la menopausia. Su incremento es más acelerado en los últimos 10 meses de la menopausia con un aumento promedio de 3% por año. En las mujeres perimenopáusicas disminuye la capacidad del estradiol (E_2) para inducir el pico de LH. Las elevaciones de E_2 tienden a ser variables en intensidad y duración que puede explicar los síntomas variables presentados. Después de las etapas de hiperproducción endógena de estrógenos, la síntesis de éstos sufre una reducción gradual conforme avanza la edad, su descenso es mayor un año antes de ocurrir la menopausia.(7)

En la perimenopausia se observa reducción de los niveles de inhibina A y B en las fases folicular temprana, media y tardía y en la fase lútea, su concentración disminuye 9% al año y casi es indetectable al llegar la menopausia. El descenso de inhibina B precede al de inhibina A y es el factor más importante para controlar la inhibición selectiva de FSH; lo que permite que se eleve la FSH y sobreestímule al ovario en forma endógena.(7)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESQUEMA DE PRODUCCION HORMONAL MENOPAUSICA



(6)

Los ciclos en las primeras fases de la perimenopausia son ovulatorios, pero algunos presentan fase lútea insuficiente. La frecuencia de anovulación se incrementa hasta 50% en mujeres con oligomenorrea, pero sólo es de 5% en aquéllas con ciclos regulares. Los niveles promedio a la mitad del ciclo en mujeres de 45 a 50 años de edad es de aproximadamente 15.75 nmol/L comparados con 39.65 nmol/L en mujeres de 20 a 29 años de edad. Los niveles de testosterona no se modifican durante la transición de la menopausia.(7)

TRABAJOS CON
FALLA DE CENSURA

En la transición menopáusica aumenta la frecuencia de trastornos ovulatorios, que clínicamente puede presentarse como disminución de la fertilidad.

La postmenopausia se caracteriza por disminución de la tasa de producción de E_2 , que se manifiesta en forma clínica por síntomas muy característicos. En la mujer postmenopáusica temprana la FSH por lo general está más aumentada que la LH, con una relación FSH:LH mayor que uno.

Los cambios relacionados con la edad afectan al generador de pulsos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH). No sólo se modifica la pulsatilidad, la depleción estrogénica afecta la respuesta de las gonadotropinas a GnRH, los niveles de FSH tienden a ser más estables, aunque también se reduce la respuesta hipofisaria a la GnRH. La secreción de LH y FSH se vuelve asincrónica. (7)

Al progresar el climaterio existen amplias oscilaciones de FSH y menos notablemente de LH, que alcanzan su máximo dos a tres años después de la menopausia. El patrón pulsátil más pronunciado se debe a que existe disminución de la retroalimentación negativa de E_2 , en el hipotálamo y a disminución de los neurotransmisores y de los neuropéptidos inhibitorios. Con el envejecimiento, la dopamina disminuye en el núcleo estriado y se reduce la conversión de L-tirosina a L-dopa. Así también disminuye la captura de neurotransmisores (2). Se ha demostrado que los esteroides sexuales modifican la función neuronal. La menopausia condiciona un decremento importante en las concentraciones de serotonina y endorfinas así como una disminución menor en los niveles de acetilcolina y ácido gammaaminobutírico. Los estrógenos y varios de sus precursores, como la testosterona, dehidroepiandrosterona y alopregnelona tienen un efecto directo sobre la actividad neuronal y la plasticidad de la glía. (41)

En cuanto a los andrógenos, se observa que los niveles de sulfato de dehidroepiandrosterona también se reducen, pero son independientes de los niveles de E_2 . La proteína transportadora de hormonas sexuales (SHGB) puede disminuir cerca de 40% desde la perimenopausia hasta 2 años después de la menopausia. El descenso de la SHGB asociado a conservación de la testosterona provoca aumento hasta de 80% del índice de andrógenos libres en un periodo de seis años, aproximadamente. El ovario no es la fuente de estrógenos en la posmenopausia, sino que mediante la conversión periférica de androstenediona se produce estrona. La aromatización se lleva a cabo en el tejido adiposo, hígado, riñón y algunos núcleos hipotalámicos. La insulina también participa en la regulación de algunas enzimas como la beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa y la aromatasa, así como la síntesis de receptores de LH, y en la proliferación y diferenciación de las células esteroideogénicas en el ovario. En las pacientes diabéticas de larga evolución y con deficiencia de insulina, tienen menor habilidad de convertir andrógenos en estrógenos debido a disminución de la actividad de la aromatasa. (7)

TESTES CON
FALLA DE ORDEN

Estos cambios hormonales se traducen en una gran variedad de manifestaciones clínicas, las cuales involucran todos los órganos y sistemas de la mujer climaterica, expresándose con intensidad variable en cada una de ellas.

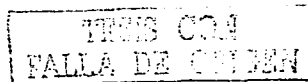
El síndrome climaterico, va a estar integrado por cuatro subsíndromes o componentes, de los que en la etapa perimenopáusica se reconocen el menstrual, vasomotor, metabólico y psicológico, desapareciendo en la postmenopausia el menstrual. Las consecuencias clínicas inmediatas son los bochornos, el síntoma más característico de la perimenopausia, fenómeno vasomotor que se manifiesta clínicamente como una oleada de calor que se inicia con una sensación de ansiedad y opresión, vasodilatación en la cara que se continúa al cuello y al tórax acompañándose de sudoración profusa, pueden ser diurnos o nocturnos y producir insomnio, ansiedad e irritabilidad, repercutiendo en el estado general; la sintomatología vasomotora se explica por inestabilidad del centro termorregulador del hipotálamo condicionada por el hipoestrogenismo. (7)

La vulva, vagina, vejiga, trigono, uretra y estructuras que dan soporte al tracto genitourinario son órganos estrógeno-dependientes con una alta concentración de receptores intracelulares. Los principales cambios atribuibles al hipoestrogenismo son aumento del ph vaginal y disminución de la flora normal así como del glucógeno, elementos de defensa y protección de infecciones bacterianas, la atrofia del epitelio vaginal afecta la producción intracelular de glucógeno y la población de lactobacilos, que disminuyen al igual que la producción de ácido láctico con la alcalinidad consecuente del medio, los signos y síntomas más frecuentes son: disminución de la secreción de moco cervical, resequead o irritación de la vagina, prurito o irritación de la vulva, dispareunia, urgencia urinaria e incontinencia urinaria, también se presentan debido a la caída de los estrógenos modificación del epitelio plano estratificado que recubre este órgano y la falta de estimulación de las glándulas que se encuentran a lo largo de este trayecto. (27)

En la perimenopausia, la mayoría de las mujeres presentan irregularidades en el sangrado del ciclo menstrual que se originan por la disminución en la frecuencia de la ovulación y la secreción hormonal ovárica inadecuada, pueden existir otras posibles causas de sangrado anormal durante este periodo como alteraciones menstruales secundarias al empleo de métodos anticonceptivos, embarazo, miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, entre otras.

La menopausia no afecta en forma directa la sexualidad, con la edad pueden presentarse diversas circunstancias que la pueden modificar. El insomnio y la inestabilidad emocional que frecuentemente están presentes al faltar los neurotransmisores y la subestima tienen repercusión psicosocial. Los cambios emocionales pueden ser influenciados por factores sociodemográficos.(27)

Las consecuencias a largo plazo que sufren las mujeres en el climaterio son: alteraciones en el metabolismo óseo que conducen a osteopenia y



osteoporosis, las cuales se inician desde antes de la perimenopausia, y se aceleran en los primeros años de la postmenopausia, la manifestación clínica típica de la osteoporosis es la fractura ósea, particularmente de cuello de fémur, antebrazo y columna lumbar. La fractura del cuello del fémur es la que causa mayor morbimortalidad así como incapacidad física; la incidencia de alteraciones cardiovasculares de naturaleza aterosclerótica aumenta durante la postmenopausia. El hipoestrogenismo constituye un factor de riesgo adicional de esta patología cuyo origen es multifactorial, las principales manifestaciones clínicas son la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia arterial de miembros inferiores; en cuanto al carcinoma de endometrio y mama que aunque no están relacionadas con el hipoestrogenismo, su incidencia se incrementa durante las etapas peri y postmenopáusicas. (27)

La carencia de estrógenos condicionada por el hipogonadismo ya referido, se asocia durante esta etapa a la patología intercurrente como es la diabetes, e hipertensión arterial que cuando existen son muy significativas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

GENERALES	ESPECIFICOS
VASOMOTORES	Bochornos Sudoración nocturna Cefalea Palpitaciones Somnolencia, fatiga
PSICOLOGICAS	Depresión Ansiedad Irritabilidad Respuesta alterada al estrés Disminución de la libido Disminución de la memoria
MSUCULO-ESQUELETICAS	Lumbalgia
PIEL	Artralgias Mialgias Resequedad Hipertricosis Caída del cabello
UROGENITAL	Resequedad vaginal Dispareunia Infecciones recurrentes Urgencia urinaria Alteraciones menstruales

El manejo de la paciente climatérica debe ser preventivo, multidisciplinario, individualizado, valorando riesgos y beneficios, teniendo por objeto aliviar los síntomas y evitar los procesos degenerativos ofreciendo así una mejor calidad de vida; el esquema más apropiado es el que logra disminuir la sintomatología, que sea accesible, con costo al alcance de la paciente, que ocasione leves o nulos efectos secundarios y de fácil uso, buscando terapias alternativas en los casos en que esté contraindicado algún manejo específico. El tratamiento ha sido diverso, desde remedios naturales hasta fármacos con efectividad comprobada, como

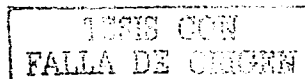
TEXIS CON
FALLA DE ORIGEN

parte inicial del tratamiento deben establecerse medidas generales, por ejemplo, hábitos alimentarios sanos y ejercicio; las alternativas fármaco terapéuticas actuales son diversas.

La terapia hormonal de reemplazo, está indicada en el alivio de síntomas de déficit estrogénico en mujeres climatéricas; puede administrarse como una medida de prevención a mujeres asintomáticas que solicitan una sustitución hormonal para evitar los trastornos climatéricos o para reducir el riesgo de alteraciones del metabolismo óseo y de enfermedades cardiovasculares. El tratamiento de los síntomas climatéricos con estrógenos cuenta ahora con bases científicas sólidas, se ha puesto de manifiesto el alivio de los síntomas vasomotores (bochornos y sudoración nocturna), así como de la atrofia vaginal sintomática; la progesterona o progestágenos, en la paciente climatérica es frecuentemente asociada al estrógeno como generadora de protección, fundamentalmente a las células endometriales, los andrógenos mejoran los trastornos vasomotores y la depresión, aumentan la libido, producen sensación de bienestar y a nivel óseo, evitan la pérdida de la densidad mineral ósea. Los fitoestrógenos son sustancias naturales de origen vegetal, no esteroides con estructura y funcionamiento similares al estradiol.

Para el manejo de las alteraciones óseas tenemos fármacos no hormonales como los bifosfonatos, inhibidores de la resorción ósea al disminuir la vida osteoclastica; el alendronato y el residronato son potentes inhibidores de la resorción ósea, se ha observado disminución en la tasa de fracturas después de 3 años de tratamiento; los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERMS), son medicamentos no esteroides que actualmente han demostrado efectos benéficos sobre el tratamiento de la osteoporosis, tienen diversos órganos blanco, entre ellos el hueso, en donde se ha observado que previene la pérdida ósea, sobre todo a nivel del cuello femoral y columna lumbar, el clorhidrato de raloxifeno es un derivado de benzotiofeno que además posee actividad agonista a nivel del perfil de lípidos y las lipoproteínas de baja densidad, no estimula al endometrio ni tiene efecto proliferativo sobre el tejido mamario.

La combinación precisa de cada una de estas posibilidades permite un manejo adecuado e individual a cada mujer durante el climaterio.⁽³⁰⁾ *Es importante que la paciente participe en la elección de su terapia hormonal de reemplazo siendo de vital importancia la comunicación entre el médico y la paciente.*



OBJETIVOS

Principal.-

Conocer los factores asociados y las características clínicas de las pacientes climatéricas que acudieron a la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" del ISSSTE del 1º de enero al 31 de diciembre del 2003.

Particulares.-

- Conocer la edad promedio de la mujer climatérica.
- Determinar las enfermedades más frecuentemente asociadas al síndrome climatérico.
- Conocer los antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres climatéricas determinando la edad de presentación de la menopausia y etapa en que se encuentran.
- Evaluar la sintomatología más frecuente en la paciente climatérica.
- Valorar el porcentaje de trastornos metabólicos (dislipidemia, trastornos del metabolismo óseo) en las mujeres climatéricas.
- Establecer las características del manejo en la mujer climatérica y en su caso determinar los efectos secundarios

MATERIAL Y METODOS

A través de un diseño retrospectivo, descriptivo y transversal, se revisaron los expedientes de 332 pacientes con diagnóstico de síndrome climatérico, que acudieron a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" del ISSSTE en la Ciudad de México, en el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2002; se introdujeron los datos obtenidos en una base datos, se utilizó una tabla de incidencias y suma aritmética para la clasificación de los mismos.

Se investigaron los factores sociodemográficos como el porcentaje de población económicamente activa, escolaridad, estado civil, presencia de tabaquismo; enfermedades asociadas como cáncer de mama, cervicouterino, y de endometrio, diabetes, hipertensión, obesidad, insuficiencia venosa periférica, mastopatía fibroquística; antecedentes ginecoobstétricos: menarca, etapa de climaterio en que se encuentran (premenopausia o postmenopausia), edad de presentación de menopausia, sintomatología (vasomotora, urogenital, psicológicas, metabólicas (dislipidemia, osteopenia, osteoporosis), estudios de gabinete (mamografía y densitometría), tipo de terapia hormonal de reemplazo utilizada, accesibilidad al mismo (particular o institucional), y sus efectos secundarios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

La edad de las pacientes osciló entre 33 y 80 años, con una media de 52.2 años (tabla y figura 1); los factores sociodemográficos se describen en la tabla y figura 2.

El tabaquismo estuvo presente en 22% (76 pacientes). (tabla y figura 3)

Antecedentes heredofamiliares: 3.6% (12 pacientes) presenta el antecedente de cáncer de mama; antecedentes personales patológicos: mastopatía fibroquística 60.5% (201 pacientes), hipertensión arterial 25% (83 pacientes), insuficiencia venosa periférica 20.1% (67 pacientes) de las cuales 16 han presentado flebitis o trombosis; 10.5% (35 pacientes) es obesa, diabéticas 9.3% (31 pacientes), 9 pacientes (2.7%) han presentado algún evento vascular cerebral, 2.12% (7 pacientes) cáncer cervicouterino, cáncer de mama 1.8% (6 pacientes), y cáncer de endometrio 0.6% (2 pacientes), 1 tiene trasplante renal. (tabla y figura 4)

El promedio de edad de menarca fue entre 11 y 15 años en un 93% (308 pacientes), 13 pacientes (4%) la presentaron antes de los 10 años y 11 pacientes (3%) después de los 16 (tabla y figura 5); El 70% (232 pacientes) se encuentran en la postmenopausia y el 30% (100 pacientes) en la perimenopausia (tabla y figura 6), la edad de presentación de la menopausia se describe en la tabla y figura 7; de las mujeres postmenopáusicas, 13.7% (32 pacientes) presentaron la menopausia antes de los 40 años, de las cuales 34% (11 pacientes) se debió a falla ovárica prematura y 66% (21 pacientes) por causa quirúrgica. (tabla y figura 8)

Los bochornos se presentaron en 72.2% (240 pacientes), insomnio 33.1% (110 pacientes), depresión 28.3% (94 pacientes), 19.5% (65 pacientes) alteraciones menstruales, labilidad emocional 23.2% (77 pacientes) entre otros síntomas. (tabla y figura 9)

El 52% (171 pacientes), presentó dislipidemia y el 48% (161 pacientes) no presentó alteración del metabolismo lipídico; 46% (152 pacientes) osteopenia, y osteoporosis el 38% (127 pacientes)(tabla y figura 10), el 16% (53 pacientes no presentó alteración del metabolismo óseo. La edad promedio para las pacientes osteopénicas fue de 56 años, con una edad media de 53.3, y para osteoporosis de 67 años con una edad media de 60.

Se realizaron 81 mamografías de las cuales 31 fueron normales, 49 presentaron características benignas, y 1 fue sospechosa de malignidad; se realizaron 107 densitometrías 17 (15.8%) fueron normales, 49 pacientes (45.8%) presentaron osteopenia y 41 (38.3%) osteoporosis. (tabla y figura 11)

El 7.2% (24 pacientes) contaba ya con THR previo al ingreso a nuestro servicio; el 2.1% (7 pacientes), no la aceptó debido al miedo de presentar cáncer;

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actualmente el 22 % (72 pacientes) no cuenta con THR; 24% (80 pacientes) está manejada con terapia alternativa (veralipride o fitoestrógenos), y del 54.2% (180 pacientes) que se encuentra manejada con THR, 44% (80 pacientes) se encuentra con terapia hormonal estrogénica, 26.5% (47 pacientes) con tibolona, 25.5% (46 pacientes) con terapia hormonal combinada (estrógenos y progesterona) y 4% (7 pacientes) se encuentra con alguna combinación entre éstos. (tabla y figura 12)

De las mujeres con alteraciones óseas: osteopenia; 69 pacientes se encuentran manejadas con terapia hormonal de reemplazo, 28 con bifosfonatos y 34 con calcio y calcitriol y 12 con calcio solo; de las pacientes con osteoporosis, 112 tienen calcio y/o calcitriol, 112 bifosfonatos, 52 terapia hormonal de reemplazo, y 2 moduladores selectivos de receptores estrogénicos "SERMS". (tabla y figura 13)

El 63 % (59 pacientes) de las 94 con síntomas depresivos, recibe manejo con antidepresivos y 66% (62 pacientes) cuenta además con apoyo de los servicios de psiquiatría o psicología.

El 58% (152 pacientes) obtienen sus medicamentos por sus propios medios económicos, el 35% (90 pacientes) es aportado por esta institución, y el 7% (18 pacientes) los obtienen de ambas formas.(tabla y figura 14)

Fue necesario el cambio de terapia inicialmente administrada en 31% (81 pacientes) debido a persistencia de la sintomatología en 42% (34 pacientes), 17% (14 pacientes) fue debido a causa económica por la imposibilidad de adquirir el medicamento, 10% (8 pacientes) por petición de la paciente por miedo a presentar cáncer y en 31% (25 pacientes) por la presencia de efectos secundarios (tabla y figura 15)

37 pacientes (23%) de las mujeres con THR presentaron los siguientes efectos secundarios: mastalgia 27% (10 pacientes), exacerbación de la insuficiencia venosa periférica 21.6% (8 pacientes), aumento de peso 19% (7 pacientes), náusea 13.5% (5 pacientes) al igual que cefalea, y 2.7% (1 paciente) presentó reacción alérgica y otra cloasma, en igual porcentaje. (tabla y figura 16)

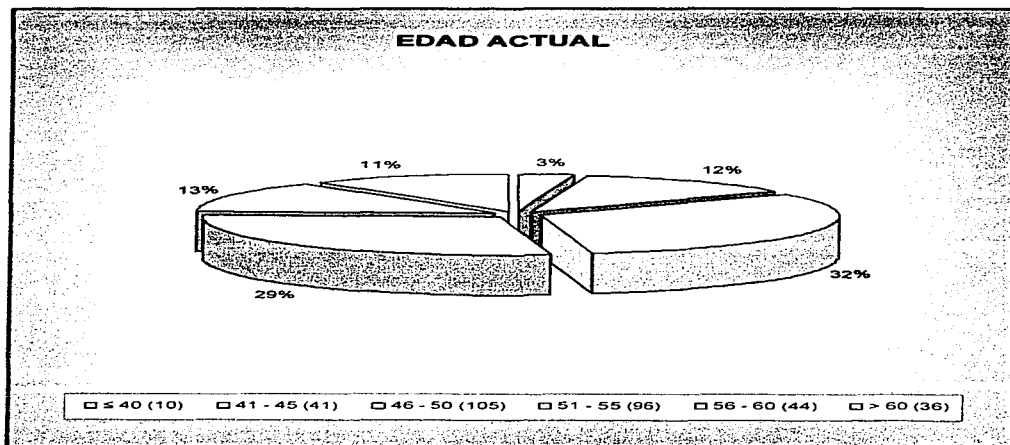
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1

EDAD ACTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA

EDAD ACTUAL (años)	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
≤ 40	10	3
41-45	41	12
46-50	105	32
51-55	96	29
56-60	44	13
≥ 61	36	11
TOTAL	332	100%

Figura 1

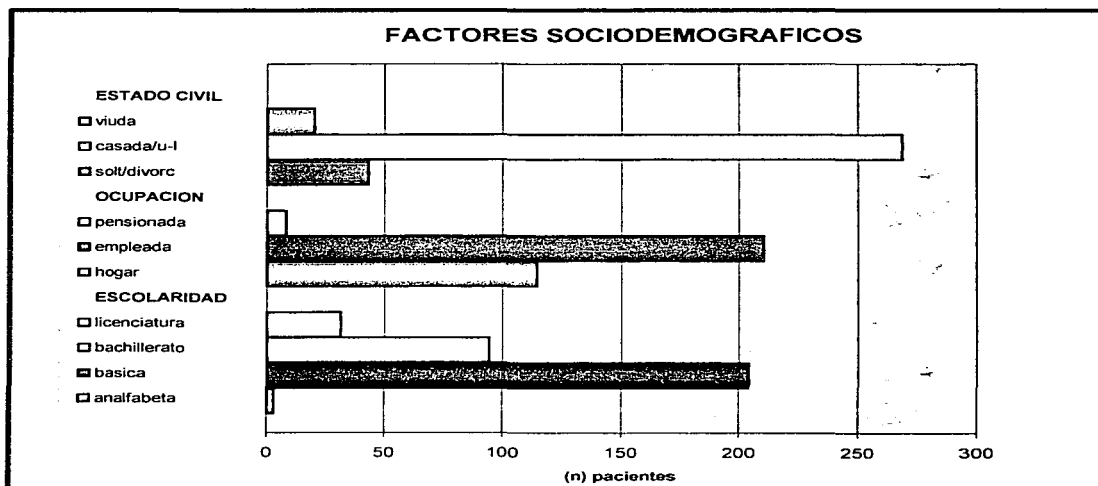


INSTITUTO
 DE INVESTIGACIONES
 EN SALUD DE GUATEMALA

Tabla 2 DESCRIPCION SOCIODEMOGRAFICA DE LA PACIENTE CLIMATERICA

FACTOR SOCIODEMOGRAFICO	CARACTERISTICA	NO	(%)
ESCOLARIDAD	ANALFABETA	3	1
	BASICA	204	61.5
	BACHILLERATO	94	28.5
	LICENCIATURA	31	9
	TOTAL	332	100
OCUPACION	HOGAR	114	34.5
	EMPLEADA	210	63
	PENSIONADA	8	2.5
	TOTAL	332	100
ESTADO CIVIL	SOLTERA/DIVORCIADA	43	13
	CASADA/ UNION LIBRE	269	81
	VIUDA	20	6
	TOTAL	332	100

Figura 2



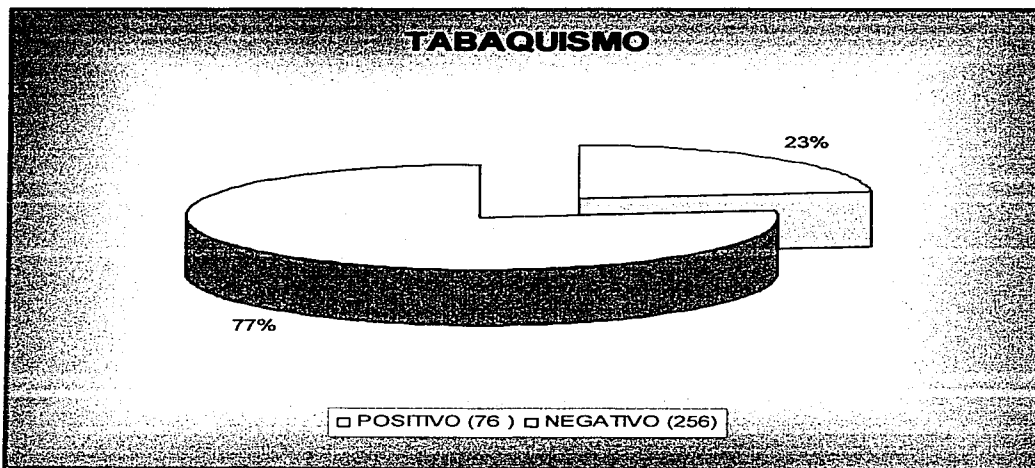
ESTADO CIVIL
CASADA/UNION LIBRE

Tabla 3

FRECUENCIA DE PACIENTES FUMADORAS

TABAQUISMO	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
POSITIVO	76	22
NEGATIVO	256	78
TOTAL	332	100

Figura 3



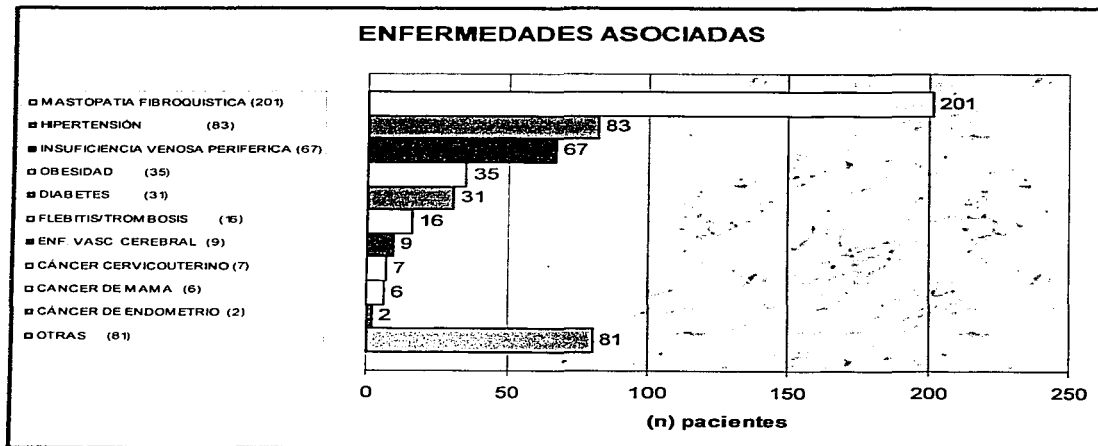
IMPRESION
FALLA DE CROMO

Tabla 4

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
Mastopatía fibroquística	201	60.5%
Hipertensión	83	9.37
Insuficiencia venosa periférica	67	20.1
Obesidad	35	10.5
Diabetes	31	9.33
Flebitis/trombosis	16	4.8
Enf. Vascular cerebral	9	2.7
Cáncer cervicouterino	7	2.17
Cáncer de mama	6	1.8
Cáncer de endometrio	2	0.6
Otras (enf ácido péptica, litiasis renal Tiroidopatías, epilepsia, insuficiencia renal)	81	24.3

Figura 4



TESIS CON
FALTA DE CUBRIR

Tabla 5

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

EDAD DE MENARCA (años)	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
≤10	13	4
11-15	308	93
≥16	11	3
TOTAL	332	100

Figura 5

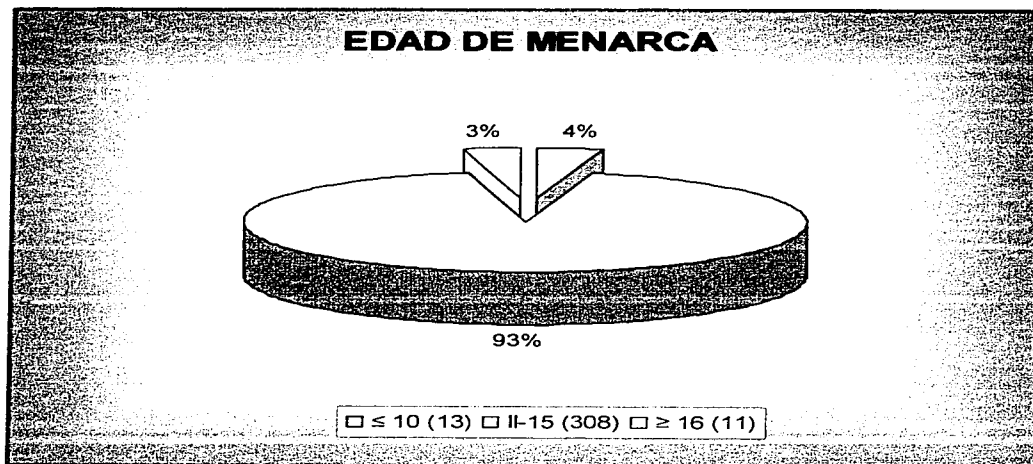
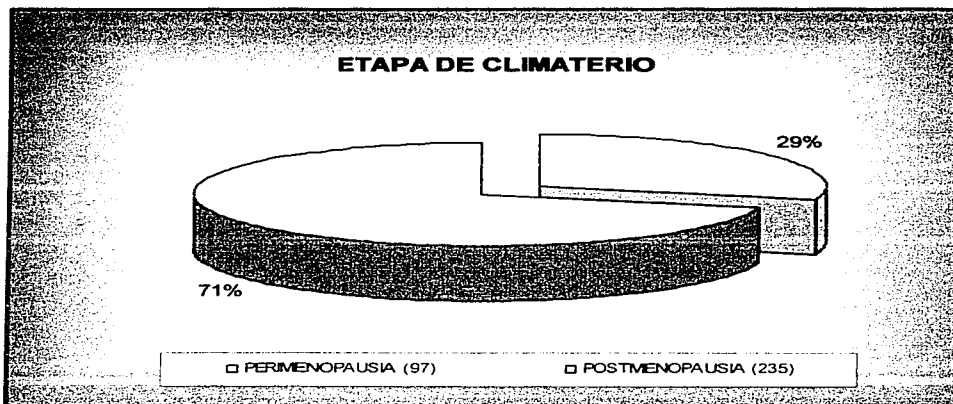


Tabla 6

ETAPA DE CLIMATERIO

ETAPA	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
PERIMENOPAUSIA	100	30
POSTMENOPAUSIA	232	70
TOTAL	332	100

Figura 6



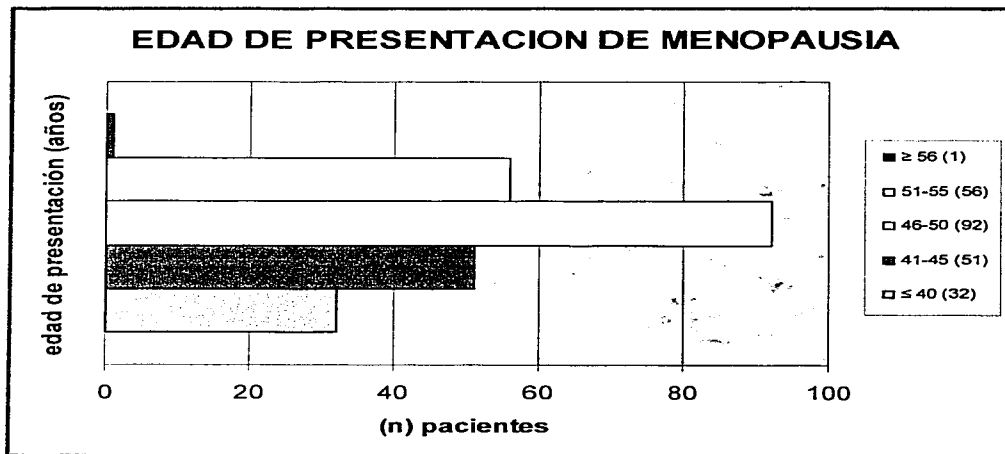
FALLA DE IMPRESION

Tabla 7

EDAD DE PRESENTACION DE MENOPAUSIA

AÑOS	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
≤ 40	32	13.7
41-45	51	22
46-50	92	40
51-55	56	24
≥ 56	1	0.3
TOTAL	232	100

Figura 7



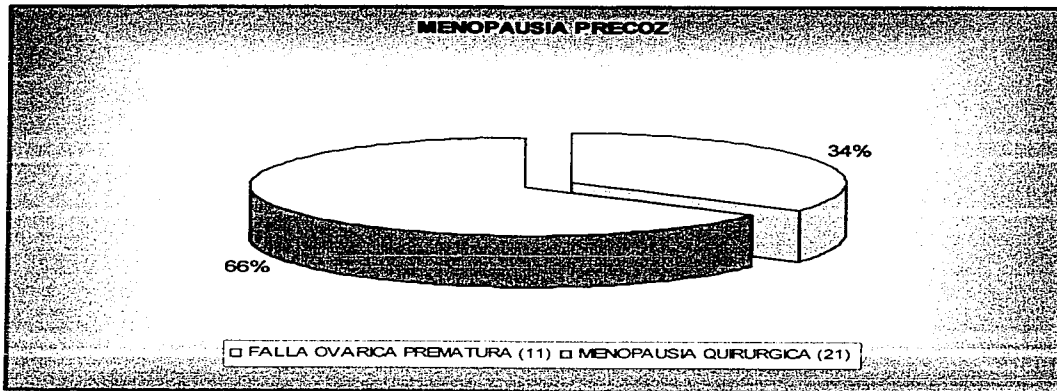
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8

CAUSAS DE MENOPAUSIA PRECOZ

CAUSA	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
MENOPAUSIA QUIRÚRGICA	21	66
FALLA OVARICA PREMATURA	11	34
TOTAL	32	100

Figura 8



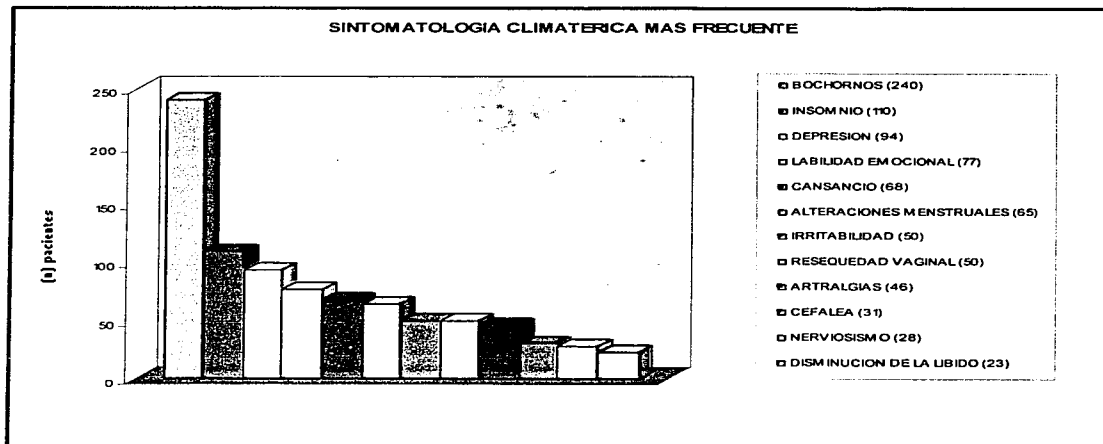
FINES CON
FALLA DE CUBEN

Tabla 9

CUADRO CLINICO

SINTOMAS VASOMOTORES	(n) PACIENTES	%
BOCHORNOS	240	72.2
SUDORACION	4	1.2
PALPITACIONES	1	0.303
CEFALEA	31	9.3
INSOMNIO	110	33.1
SINTOMATOLOGIA UROGENITAL		
RESEQUEDAD VAGINAL	50	15
INCONTINENCIA URINARIA	15	4.51
DISURIA	4	1.2
DISPAREUNIA	14	4.2
ALTERACIONES MENSTRUALES	65	19.5
SINTOMATOLOGIA PSICOLOGICA		
DISMINUCION DE LA LIBIDO	23	6.9
NEERVIOSISMO	28	8.4
IRRITABILIDAD	50	15
DEPRESION	94	28.3
DISMINUCION DE MEMORIA	5	1.5
LABILIDAD EMOCIONAL	77	23.2
SINT. POR ALTERACIONES METABOLICAS		
ARTRALGIAS	46	13.8
LUMBALGIA	13	3.8
FRACTURAS	38	11.4
SINTOMAS GENERALES		
ASTENIA Y ADINAMIA	68	20.4
PERDIDA DEL CABELLO	7	2.1
RESEQUEDAD DE PIEL	15	4.5
ASINTOMATICAS	3	0.9

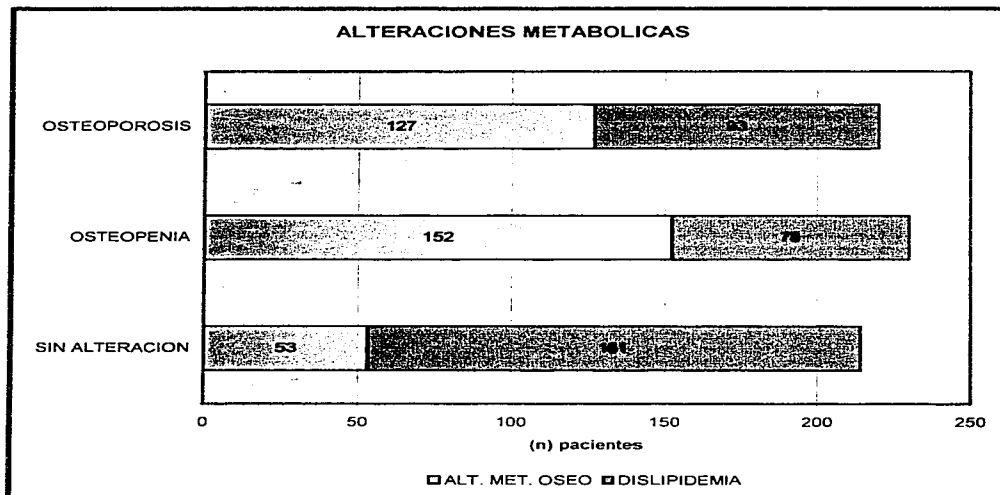
Figura 9



FANS CON
FALLA DE ORIGEN

METABOLISMO OSEO	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
SIN ALTERACION	53	16
OSTEOPENIA	152	46
OSTEOPOROSIS	127	38
TOTAL	332	100
METABOLISMO LIPIDICO		
SIN ALTERACION	161	48
DISLIPIDEMIA	171	52
TOTAL	332	100

Figura 10



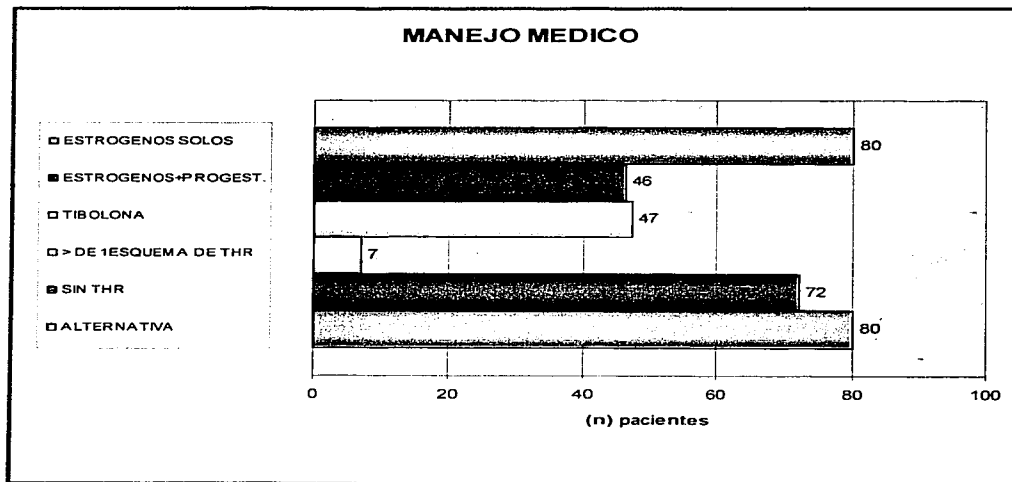
TODOS CON
FALLA DE RIÑONES

Tabla 11

MANEJO DE LA PACIENTE CLIMATERICA

MANEJO	PACIENTES (n)	PORCENTAJE DE THR (%)	PORCENTAJE GRAL. (%)
ESTROGENOS SOLOS			
Locales	30	16.5	9
Orales	43	24	13
Parches	7	4	2
Total	80	44.5	24
ESTROGENOS + PROG.	46	25.5	13.5
TIBOLONA			
Sola	42	23.3	13
Combinada	5	2.7	1.5
Total	47	26	14.5
+ DE 1 ESQUEMA DE THR	7	4	2
SUBTOTAL CON THR	180	100	54
SIN THR	72	-	22
TERAPIA ALTERNATIVA			
Sola			
Veralgral	40	-	12
Fitoestrógenos	29	-	8.5
Combinada			
Veralgral + THR	8	-	2.5
Fitoestrógenos + THR	3	-	1
Total	80	-	24
TOTAL	332	100	100

Figura 11



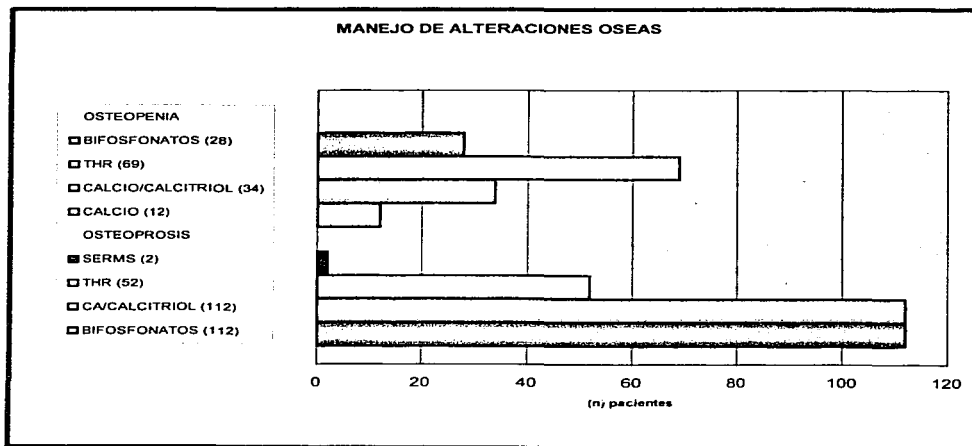
SISTEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 12

MANEJO DE LAS PACIENTES CON ALTERACIONES EN EL METABOLISMO OSEO

ALTERACION	MANEJO	PACIENTES (n)
OSTEOPENIA	CALCIO	12
	CALCIO + VITAMINA D	34
	THR	69
OSTEOPOROSIS	BIFOSFONATOS	28
	CA / CALCITRIOL	112
	THR	52
	BIFOSFONATOS	112
	SERMS	2

Figura 12



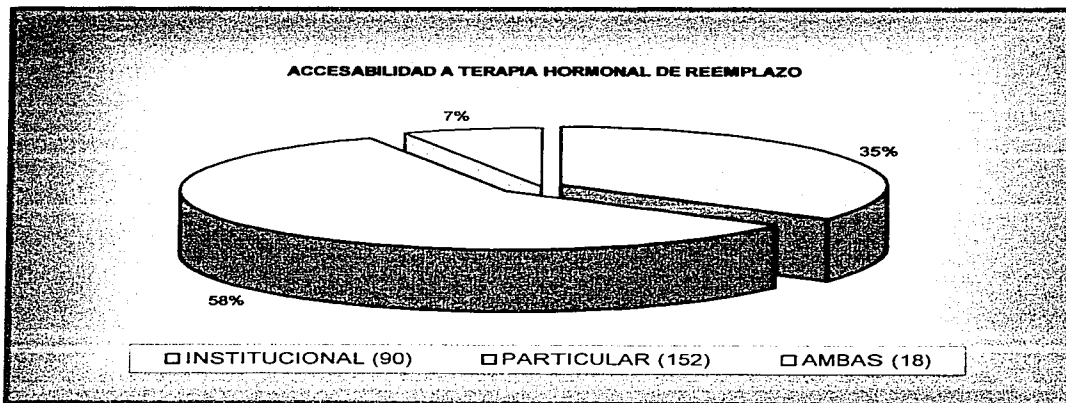
TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

Tabla 13

ACCESO AL MANEJO

ACCESO	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
PRIVADA	152	58
INSTITUCIONAL	90	35
AMBAS	18	7
TOTAL	260	100

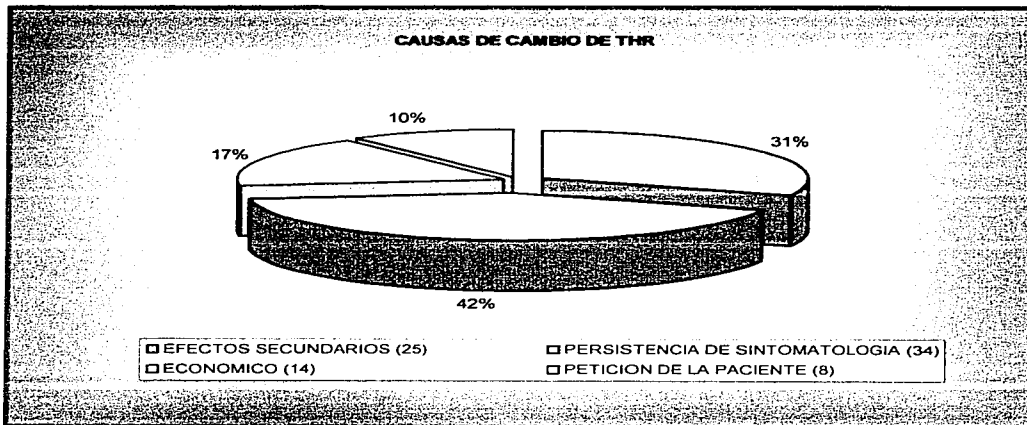
Figura 13



FALLA DE CALIBRADO

CAUSA DE CAMBIO	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA	34	42
EFFECTOS SECUNDARIOS	25	31
ECONOMICO	14	17
PETICION DE LA PACIENTE	8	10
TOTAL	81	100

Figura 14



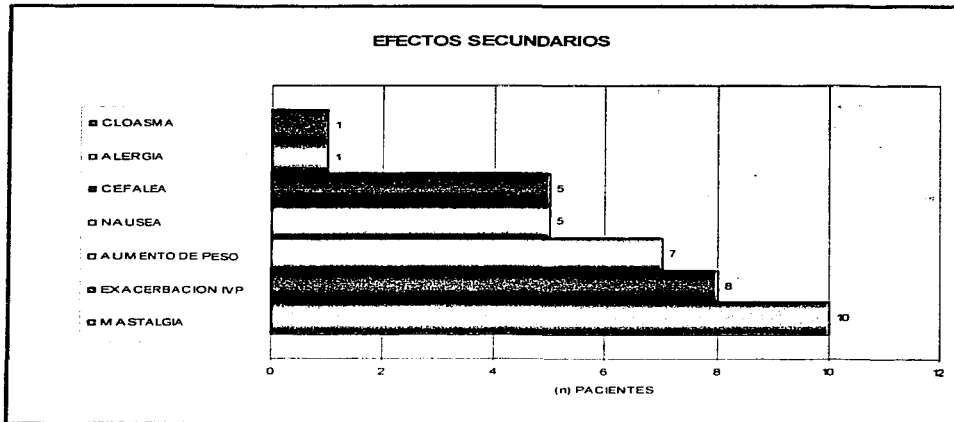
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 FARMACIA DE ANÁLISIS

Tabla 15

EFFECTOS SECUNDARIOS A THR

EFFECTO	PACIENTES (n)
CLOASMA	1
ALERGIA	1
AUMENTO DE SINTOMATOLOGIA DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA	8
NAUSEA	5
CEFALEA	5
MASTALGIA	10
AUMENTO DE PESO	7

Figura 15



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

El climaterio es un fenómeno que se caracteriza por ser un síndrome, si bien puede presentarse sin sintomatología, la mayoría de las veces se acompaña de éstos últimos, presentándose cambios importantes, los cuales guardan una estrecha relación con la senescencia reproductiva que ocurre en la mujer.

La esperanza de vida al nacimiento de las mujeres mexicanas ha aumentado considerablemente; conforme pasa el tiempo, un número mayor de mujeres alcanza y vive cerca de 30 años después de la menopausia, por lo que cada vez más hay mayor número de mujeres climatéricas. Más del 50% de la consulta ginecológica en pacientes mayores de 40 años durante el año 2002, estuvo conformada por mujeres climatéricas.

En nuestro medio se encontró que en más del 50% de la población que acude a la consulta es por presentar sintomatología asociada con síndrome climatérico, quedando patente que este grupo de pacientes la tendencia es a incrementarse en la consulta diaria. Encontrándose incluso pacientes con trastornos desde la cuarta década de la vida; la causa más frecuente de consulta fue la sintomatología vasomotora, que además de las alteraciones psicológicas como la depresión, alteran el ambiente biopsicosocial de las pacientes, afectando de forma muy desfavorable su calidad de vida.

Los factores sociodemográficos influyen en el aspecto físico, y psicológico de las pacientes, la mayoría permanece económicamente activa, con nivel de educación bajo. El tabaquismo puede alterar la edad de presentación de la menopausia, así como ser un factor que altera el metabolismo óseo de las pacientes, e influir en la presencia de enfermedades asociadas y favorecer algunos tipos de cáncer; casi la cuarta parte de nuestra población es fumadora, sin embargo no se encontró relevancia del mismo debido a que no se pudo establecer la severidad del mismo.

Las enfermedades crónico-degenerativas que aunque no son directamente originadas por el climaterio, cuando se presentan alteran de forma importante la calidad de vida de las pacientes, haciendo más difícil la transición durante esta etapa, estas enfermedades no variaron en forma importante a lo reportado en la literatura, siendo la hipertensión arterial, la insuficiencia venosa periférica y la enfermedad vascular los padecimientos más importantes.

No se encontró relación importante con lo que respecta a los antecedentes ginecoobstétricos, la menarca se presentó en promedio a los 12 años sin encontrarse una relación con respecto a que "menarca temprana-menopausia temprana", la mayoría de nuestras pacientes son multigestas que va más en relación a la falta de apoyo de planificación familiar y salud reproductiva que prevalecía en nuestro país en décadas anteriores.

ESTE CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

En México, el promedio de edad de presentación de menopausia es entre 47 y 52 años, dato cercano en nuestro medio en que el promedio de edad fue entre 46 y 50 años con polos de presentación amplios, incluso desde los 30 años, a este respecto, la gran mayoría es secundario a procedimientos quirúrgicos no siempre justificados como la ooforectomía bilateral. Se encontró que de nuestra población más del 70% son postmenopáusicas lo que implica que en algunas de ellas muy probablemente el apoyo necesario se ha retrasado.

La incidencia de las complicaciones a largo plazo en nuestra población es alta, presentándose la dislipidemia y los trastornos del metabolismo óseo en más del 50 y 80% respectivamente; que si bien actualmente se cuenta con diversos manejos terapéuticos, en nuestro hospital se encuentran en forma limitada, por lo que las medidas higiénico-dietéticas que podemos instaurar prematuramente, no son suficientes para evitar estos trastornos pero sí influirán en la rapidez de aparición de los mismos.

A últimas fechas, el uso de hormonales sin importar el tipo, ha creado múltiples comentarios, el más importante y relacionado a la THR en la paciente climatérica, es la posibilidad de cáncer sobre todo el de mama, en nuestra población estudiada, los resultados que se tienen a este respecto son negativos predominando sobre todo, los cambios quísticos benignos de mama, que no contraíndican el uso de THR, pero que obliga a mantener seguimiento estrecho. Cabe mencionar que el uso de terapia alternativa como los fitoestrógenos ocupa un lugar primordial en el manejo de nuestras mujeres climatéricas.

Más del 50% de nuestra población recibe THR hasta el momento siendo bien tolerada, una cuarta parte no está bajo ningún apoyo hormonal siendo la causa más importante los efectos secundarios presentados y/o la contraindicación absoluta a la terapia. Como todo manejo farmacológico se ha tenido que modificar el mismo en un 23% por causas diversas en las que se encuentran: efectos secundarios, la persistencia de la sintomatología, la imposibilidad de adquirir el medicamento por cuestión económica o por el miedo a presentar cáncer.

Más del 60% de las pacientes, adquieren sus medicamentos de forma privada, en relación cercana al porcentaje de mujeres económicamente activas.

La THR mejora la calidad de vida de las pacientes, aliviando los síntomas climatéricos además de prevenir complicaciones como alteraciones del metabolismo óseo y enfermedades cardiovasculares, es recomendable su administración siempre que exista una vigilancia profesional adecuada así como es necesario mantener el control y seguimiento de las pacientes tomando en cuenta sobre todo las complicaciones más frecuentes que presentan las pacientes climatéricas. Para evitar que la paciente pierda continuidad en su manejo, el médico debe establecer una adecuada relación médico paciente y ofrecer una correcta información acerca de los beneficios de mantener el tratamiento, que la paciente tenga conocimiento de los efectos indeseables como los beneficios de

llevarla a cabo a largo plazo y en forma regular, también se debe propiciar el que exponga sus dudas y temores para así ofrecer un asesoramiento correcto, además de contar con un adecuado control y seguimiento y hacerla participe en la elección de la terapia hormonal de reemplazo indicada de forma individualizada de acuerdo a antecedentes personales, patológicos, no patológicos, y ginecológicos que repercuten en la elección del mismo, motivándola y logrando finalmente una mejor calidad de vida.

La mujer climatérica es una paciente "especial" por lo tanto su manejo debe llevarse por un servicio especializado como lo es la clínica de climaterio, idealmente por un solo médico capacitado que encabece el manejo multidisciplinario que incluya a los servicios de psicología y/o psiquiatría, dietología y en los casos que se requiera, medicina interna o angiología, de acuerdo a las necesidades médicas de la paciente, para no perder la secuencia del manejo y su evolución, además de favorecer mayor confianza por parte de la paciente hacia su médico tratante. Debe incluirse una adecuada y dirigida historia clínica, exploración general no olvidando la exploración mamaria y pélvica, reportar peso, talla, índice de masa corporal, y tensión arterial, y solicitar como mínimo los siguientes estudios en el control posterior: mamografía, citología cervicovaginal, densitometría ósea, ultrasonido pélvico, perfil bioquímico (biometría hemática, química sanguínea completa, con perfil lipídico, hepático y renal), electrocardiograma, con el fin de establecer un perfil individual de la paciente, incluyendo el manejo y la evolución de las enfermedades intercurrentes presentadas, con control posterior en la consulta de mínimo 6 meses.

La integración de un modelo de atención a la salud integral de la mujer durante la etapa postreproductiva resulta una necesidad imperiosa, con el fin de contribuir a una mejor calidad de vida.

Es importante actualizarse conforme al manejo de enfermedades que aunque hormonodependientes, no requiere de tratamiento quirúrgico radical como la ooforectomía bilateral que no son del todo claros en su indicación, y que favorecen a una menopausia precoz no justificada.

En una población como la nuestra en donde en teoría debe de estar bien protegida por la entidad federativa a la cual es derechohabiente, se encuentran rezagos importantes en lo que respecta al suministro puesto que la institución no es capaz de cubrir las necesidades básicas del manejo de las mujeres climatéricas, lo que trae como consecuencia que la población se vea en la necesidad de adquirirlo en forma particular en más del 60%, y si se toma en cuenta que es una terapia a largo plazo, esto repercute de forma importante en el aspecto físico y económico de las pacientes, se deben realizar estudios en que se establezcan las causas específicas de esto para poder justificar el uso de medicamentos extrainstitucionales o acudir al apoyo de laboratorios que aporten los medicamentos a la institución, y en su caso exigir al instituto que amplíe las posibilidades de manejo.

CONCLUSIONES

El climaterio es un fenómeno que se caracteriza por ser un síndrome dinámico, que si bien puede presentarse sin sintomatología la mayoría de las veces se acompaña de éstos últimos, presentándose cambios importantes susceptibles al aspecto individual, y manejo médico oportuno que repercuten en la calidad de vida de la mujer por lo que cualquier síntoma o complicación, afecta directamente en nuestra sociedad.

Los factores sociodemográficos como nivel educativo, económico, aspecto laboral, influyen indirectamente en el aspecto biológico y psicológico de las mujeres climatéricas, tomando en cuenta que además la mayoría de las mujeres climatéricas permanece económicamente activa.

Se debe tomar en cuenta que en todas las pacientes de nuestra población mayores de 45 años y en las cuales los bochornos sean motivo de consulta se está obligado a descartar síndrome climatérico. La sintomatología vasomotora caracterizada por los bochornos y la sintomatología psicológica por la depresión son la causa más frecuente por la que acude la mujer climatérica a la consulta ginecológica afectando su rutina personal, económica y social, por lo que su manejo oportuno es primordial para su buen funcionamiento.

La mastopatía fibroquística, la hipertensión arterial, la insuficiencia venosa y la diabetes, son las enfermedades asociadas más frecuentes que hacen más difícil la transición durante esta etapa.

La ooforectomía bilateral, procedimiento no claro y no siempre justificado es la causa más común de menopausia precoz.

La THR mejora la calidad de vida de la mujer climatérica, es importante que participe en forma activa en su elección, con control y seguimiento estrecho individualizado y multidisciplinario, por personal capacitado y especializado, idealmente por la clínica de climaterio.

La terapia estrogénica sigue siendo la terapia hormonal de reemplazo de mayor utilidad en nuestro medio, sin embargo la terapia alternativa forma parte importante de su manejo.

Las alteraciones metabólicas (dislipidemia, osteopenia y osteoporosis) deben ser uno de los objetivos más importantes del control de la mujer climatérica.

La mujer climatérica está mal atendida, puesto que no siempre se lleva a cabo una terapia individualizada, ni el manejo multidisciplinario, además de un control incompleto y deficiente. Es de vital importancia, que el control de la paciente climatérica se reporte de forma clara y completa en el expediente clínico,

FALLA EN

justificando el uso de la THR elegida y los cambios que posteriormente se efectúen.

Los efectos secundarios a la THR son pocos y generalmente tolerables.

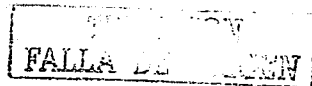
Se sugiere establecer una historia clínica especial en el expediente de la paciente climatérica para lograr un mejor control y agilidad de la consulta sin olvidar datos que pudieran ser importantes (anexo 1)

Nuestra institución no cubre la atención mínima necesaria del manejo de la paciente climatérica, de no ser porque la mayoría de las pacientes permanece económicamente activas, no sería posible, cubrir las necesidades mínimas de atención, para subsanar este punto es necesario que el médico sea capacitado en actualización médica continua acerca de las constantes innovaciones respecto a la infraestructura necesaria para el diagnóstico oportuno y manejo correcto de este tipo de pacientes.

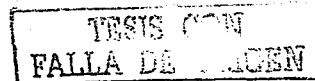
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Abrnethy Kathy: *Menopausia y Hormonoterapia de Reposición*. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana 1a edic. México 2000.
2. Alvarado Z. G., Rivera D. R., y cols. Factores que pueden estar asociados con la edad de presentación de la menopausia. Estudio Multicéntrico. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1995;63:43-38.
3. Appelberg J, Isoniemi H., et al. Safety and efficacy of transdermal estradiol replacement therapy in postmenopausal liver transplanted women. *Acta Obstétrica Ginecol Scand* 1998;77:660-664.
4. Bacmann Gloria A., Vasomotor flushes in menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:S312-S316.
5. Bacmann, Gloria A, M.D., Androgen cotherapy in menopause Evolving benefits and challenges. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:S307-S3111.
6. Borlowy D., Wren B.G., *Menopausia*. JyC Ediciones Médicas 1a edición Barcelona 2000
7. Carranza L.S.: *Atención Intergal del Climaterio*. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 1a edición México, 2002. 432pp
8. Cicinelli E., Ignarro L., et al Effects of estrogen replacement therapy on plasma levels of nitric oxide in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(2): 334-339.
9. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales, Cuidados de Salud Posmenopausicos Vol 2* Edit. Interamericana, México D.F. 1994.
10. Colditz G.A., Hankinson S.E., et al. The use of estrogens and Progestins and the Risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995; 332: 1589-93.
11. Cundy T., Cornisa j., et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:978-83
12. Farag N.H., Nelesen R. A., et al. Autonomic and cardiovascular function in postmenopausal women: the effects of estrogens versus combination therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5):954-961.



13. Gambacciani M., Ciapponi M., et al. Effects of low dose continuous combined conjugated estrogens and medroxyprogesterone acetate on menopausal symptoms, body weight, bone density, and metabolism in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185(5) 1180-1185.
14. Gelfand M.M., role of androgens in surgical menopause. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:S325-7.
15. Hartmann B.W., Huber J.C., The mythology of hormone replacement therapy. *Br J Obstet gynecol* 1997,104:163-168.
16. Higashi Y.M., Sasaki S., et al. Effect of estrogen Replacement Therapy on Endothelial function in Peripheral Resistance Arteries in Normotensive and Hypertensive Postmenopausal Women. *Hypertension* 2002;37:651-657.
17. Hill D.A., Weiss N. S., et al. Adherence to postmenopausal hormone therapy during the year after the initial prescription: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:270-6.
18. Hodis H.N., Mack W.J. et al. Estrogen in the Prevention of Atherosclerosis ; *Annals of Internal Medicine* 2001 ;13(11) :939-953.
19. Hulley S., Grady D., et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women; *JAMA* 1998;280(7):605-613.
20. Kamali P, Müller T; et al. Cardiovascular responses of premenopausal women to hormonal replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(1):17-22.
21. Lidor A.L., Cohen S.B., et al. Effect of Raloxifene on the Ovarian Circulation in Women after menopause. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:984-9
22. Mosca L., Barreto-Connor E., et al. Design and Methods of the Raloxifene Use for the Heart (RUTH) Study. *Am J Cardiol* 2001; 88:392-395.
23. Mota M. E. *Síndrome Climático* Wyeth México D.F.
24. Naessen T., Rodríguez-Macías K. Endometrial thickness and uterine diameter not affected by ultralow doses of 17 beta estradiol in elderly women. *Am j Obstet Gynecol* 2002;186:944-7
25. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Salud de la Mujer en la Perimenopausia y Posmenopausia NOM-035-SSA2-2000 Dirección General de Salud Reproductiva SSA México D.F. 2000

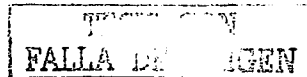


26. Notelovitz M., Cassel D., et al. Efficacy of continuous secuencial transdermal estradiol and norethindrone acetate in relieving vasomotor symptoms associated with menopause. Am J Obstet Gynecol 2000;182:7-12.
27. Rossouw J.E., Anderson G.L., et al. Riesgos y beneficios del Estrógeno más progestina en mujeres postmenopáusicas saludables. Resultados principales de la Prueba controlada al azar por la iniciativa para la salud de las mujeres (Women's Health initiative). JAMA 2002;288(3) 321-333.
28. Sánchez B. M., Cuadros V.M. et al. Alcances y limitaciones de la terapia hormonal de Reemplazo. Revista del Climaterio 2000;4(19):359-370.
29. Sarrel P.M., Psychosexual effect of menopause. Role of androgens. Am J Obstet Gynecol 1999;180:S319-24.
30. Septién Gonzáelz, Morfín Martín et al. *PAC-1 Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia* Intersistemas Editores, 1a edición, México D.F., 2002
31. Soupe Dorina. MD. Androgens and bone: clinical implications for menopausal women. Am J Obstet Gynecol 1999;180:S329-33.
32. Spencer C.P., Morris E. P., et al. Selective estrogen receptor modulators : Women's panacea for the next millenium? Am J Obstet Gynecol 1999;180(3):763-77
33. Stampfer M.J., Colditz G.A., et al. Postmenopausal Estrogen Therapy and Cardiovascular disease. N Engl J of Medicine 1991;325(11):756-762.
34. Studd J., Pornel B., et al. Efficacy and acceptability of intranasal 17 beta estradiol for menopausal symptoms : randomised dose response study. Lancet 1999; 353:1574-78.
35. Thorp Jr J. M., Gavin N.I., et al. Hormone Replacement Therapy in Postmenopausal women: utilization of Health care resources by new users. Am J Obstet Gynecol 2001;185(2):318-326
36. Uhan W.H., Burry K.A., et al. Efficacy and safety of low, Standard and high dosages o fan estradiol transdermal system (esclim) compared with placebo on vasomotor symptoms in highly symptomatic menopausal patients. Am J Obstet Gynecol 1999;181:71-79
37. Urdinola J., Cabrera J.A., et al. Cumplimiento de la terapia hormonal de sustitución (THS) durante tres años, de mujeres atendidas en la unidad de

FALLA

climaterio y menopausia del Hospital de Simón Bolívar de Santa Fe de Bogotá.
Climaterio 2002;3(16):193-7.

38. Woodruff J.D., Picar J.H., et al. Incidence of endometrial hyperplasia in postmenopausal women taking conjugated estrogens (premarin) with medroxyprogesterone acetate or conjugated estrogens alone. Am J Obstet Gynecol 1994;179:1213-23.
39. Yaffe K., Azuaya G, et al. Estrogen Therapy in Postmenopausal Women ; effects on Cognitive Function and Dementia. JAMA, 1998; 279(9):688-695.
40. Jaffe Y. B., Endocrinología de la Reproducción Edit. Panamericana 4a edición Madrid, España 2001
41. Zárate L.B., Endocrinología de la Mujer. Edit. Prado 1a edición, México D.F., 2002
42. Zhang Y. D., Douglas P.K., et al. Bone Mass and the risk of breast Cancer among Postmenopausal women. N Engl J Med 1997; 336:611-17.



HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre.....Edad actual.....años Estado civil.....
Escolaridad.....

Tabaquismo (NO) (SI) tiempo de evolución.....(#) de cigarrillos.....

Alergias.....

ENFERMEDADES ASOCIADAS

Hipertensión arterial (NO) (SI) tiempo de evolución.....

Medicamentos.....

Diabetes mellitas (NO) (SI) tiempo de evolución.....

Medicamentos.....

Insuficiencia venosa periférica (NO) (SI) Grado.....

Medicamentos.....

Otras enfermedades.....

Medicamentos.....

Observaciones.....

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarca () Gestas () Premenopausia () Postmenopausia () edad de presentación ()

HTA () edad..... SOB () edad.....

THR de inicio.....institucional () privada ()

PADECIMIENTO ACTUAL

Síntomatología vasomotora () ¿cuál?.....alteraciones menstruales () tipo.....

Psicológica () ¿cuál?..... urogenital () ¿Cuál?.....

EXPLORACION FISICA

TA () FC () PESO () TALLA () IMC ()

MAMA NORMAL () ANORMAL () BENIGNA () SOSPECHA DE MALIGNIDAD ()

GENITAL NORMAL () ANORMAL ()

MIEMBROS INFERIORES NORMAL () ANORMAL () GRADO ()

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

BH NL () ANORMAL () QS NL () ANORMAL () HIPERTRIGLICERIDEMIA ()

HIPERCOLESTEROLEMIA () PFH NL () ANORMAL ()

USG PELVICO NORMAL () ANORMAL () DX PRESUNTIVO.....

DENSITOMETRIA OSTEOPENIA () OSTEOPOROSIS () AÑO ()

CONTROL.....

MAMOGRAFIA NORMAL () ANORMAL () DX.....AÑO ()

CONTROL.....

THR DE INICIO

HORMONAL SOLA () COMBINADA () INSITUACIONAL () PRIVADA ()

FITOESTROGENOS () TIBOLONA () CALCIO () CALCITRIOL ()

BIFOSFONATOS () SERMS ()

EFECTOS SECUNDARIOS.....

