



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA CLÍNICA DE
MENOPAUSIA DE LA COORDINACIÓN DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
DRA. ISELA JULIANA BARRITA DOMÍNGUEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



ISSSTE

**ASESOR DE TESIS:
DRA. MARÍA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ**

**NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO:
177.2008**

2009



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.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

ANTECEDENTES.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	8
CONCLUSION.....	10
REFERENCIAS.....	11

ANEXOS

14	GRAFICA	1.....
15	GRAFICA	2.....
16	GRAFICA	3.....
17	GRAFICA	4.....
18	TABLA	1.....
19	GRAFICA	5.....
20	FORMATO	INFORME MENSUAL.....

RESUMEN.

El incremento notable de la esperanza de vida al nacimiento en la población, 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 posmenopáusica.

En el año 2005, la esperanza de vida al nacer en México es de 75.4 años; las mujeres viven 77.9 años en promedio por 73 años de los varones. Entre 1970 y 2005 el indicador se incrementó en 14.5 años. Por entidad federativa, Baja California y el Distrito Federal presentan la mayor esperanza de vida en el país con 76.6 años, Chiapas con 73.8 años, la menor. Junto con este aumento han surgido enfermedades crónico-degenerativas que no se presentaban cuando la esperanza de vida era menor.

La longevidad le ha dado a la mujer el tiempo suficiente para que sus ovocitos se agoten y , por lo tanto, presente el síndrome climatérico y la menopausia.

La menopausia es el cese definitivo de la menstruación como consecuencia de la insuficiencia ovárica, corresponde al último sangrado menstrual, su diagnóstico solo puede hacerse en forma retrospectiva cuando ha transcurrido un año de amenorrea, en las mujeres mexicanas la menopausia ocurre en promedio a los 49 años de edad, siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico. Menopausia inducida es el cese de la menstruación debido a pérdida de la función ovárica por extirpación quirúrgica de ambos ovarios (con o sin histerectomía) o daño de la función ovárica por quimioterapia o radiación.

Climaterio se toma como el periodo de involución ovárica que comienza cuando hay alteraciones bioquímicas, reproductivas o clínicas, ocasionadas por la disminución de las funciones ováricas de producción hormonal o gametos, y que termina con el inicio de la senectud, generalmente se considera desde los 35 años hasta los 60 años, aunque estos límites son pocos precisos, se asocia con las molestias de los síntomas menopáusicos agudos: bochornos, atrofia urogenital, insomnio, sudores nocturnos y alteraciones psicológicas.

Además de los síntomas a corto plazo, se encuentran las secuelas a largo plazo de la falta de estrógeno, entre las cuales las más importantes son la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular.

Los cambios hormonales provocan en muchas mujeres síntomas molestos que pueden persistir por años, pero que con frecuencia responden a la atención médica.

La terapia hormonal de reemplazo (THR) busca restablecer el “ambiente” hormonal que ha disminuido o se ha perdido, con la finalidad de aminorar o evitar las consecuencias inmediatas, mediatas y tardías propias del climaterio.

Hay múltiples tipos de terapia hormonal de reemplazo que pueden basarse en estrógenos, progestágenos o en combinaciones de ambos, o esteroide sintético con actividad baja a nivel de estrógenos, progestágenos y andrógenos.

Los Bifosfonatos, antiresortivos, modulares selectivos de los receptores de estrógenos (SERM), son tratamiento aprobados para la osteoporosis. Estos medicamentos aumentan la densidad del hueso y reducen las tasas de fracturas.

El objetivo de este trabajo es mostrar un panorama epidemiológico de los diagnósticos más frecuentes, grupos de edad y tratamiento más utilizado que se presenta en la consulta del servicio de clínica de menopausia de la coordinación de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”.

Palabras clave: Menopausia, edad, terapia de reemplazo hormonal, bifosfonatos, osteoporosis, síndrome climatérico.

ANTECEDENTES

John Leake en el siglo XVIII resalta la idea de que el síndrome climatérico es propio del ser humano. Alrededor de 1800 se acuñó en Francia el término menopausia. En el siglo XIX se calculó que la mujer vivía 10 a 15% de su vida después de la menopausia, actualmente, cerca de 33%.¹

Durante el siglo XX que terminó la especie humana aumentó su expectativa de vida en un 50 %, hasta el punto de considerarse que, para el año 2080, esta superará en la mujer los 90 años. Actualmente, alrededor del 10 % de la población mundial está en el período posmenopáusico y cerca de 25 millones de mujeres en el mundo entran en este período cada año. El porcentaje de mujeres mayores de 50 años se incrementará en todas las regiones del mundo, y hoy se considera que el 95 % de las mujeres en los países desarrollados deben pasar por esta etapa, aunque es claramente en Latinoamérica donde se observará el mayor crecimiento (de un 7 % en el año 1990 a un 15 % en el año 2030).²

Hasta la sintomatología de la menopausia está asociada en cierto grado con la cultura. Los datos limitados de que se dispone sobre el tema sugieren que entre las poblaciones del África, la India y Arabia, por ejemplo, las mujeres tal vez no comunican síntomas de la menopausia fuera de la pérdida de los ciclos mensuales. En tales culturas tal vez no se considere como una crisis; en vez de ello, las mujeres pueden estar acondicionadas para esperarla como un acontecimiento positivo, una transición destacada por el honor y la ceremonia. Por el contrario, las sociedades occidentales con frecuencia transmiten el mensaje de que la menopausia es una tragedia que resulta en la pérdida de la juventud, la atracción física, la fertilidad y la sexualidad. Aunque la mayoría de las mujeres menopáusicas en culturas occidentales comunican síntomas vasomotores, éstos parecen ser menos frecuentes, o menos molestos, entre las numerosas otras culturas. La mujer maya no comunica síntomas de menopausia excepto por las irregularidades del ciclo menstrual, mientras que del 50 al 85% de las mujeres estadounidenses informan sufrir de bochornos en algún momento durante la menopausia.³

El climaterio es un proceso de senescencia gonadal singular en la mujer, pues no existe ni en el varón ni en ninguna otra especie. Al cesar la función del ovario y la capacidad reproductiva, ocurre la privación hormonal. Además la mujer sufre cambios psicológicos y corre el riesgo de padecer varias enfermedades crónicas.⁴

La menopausia es el cese definitivo de la menstruación como consecuencia de la insuficiencia ovárica. Corresponde al último sangrado menstrual, que se presenta, en promedio entre los 47 y 55 años de edad en diferentes poblaciones,⁵ se han investigado numerosos factores para determinar su impacto sobre la edad a la cual ocurre la menopausia. Entre ellos, el único que se ha asociado uniformemente con el inicio precoz de la menopausia ha sido el tabaquismo. En comparación con mujeres que no fuman pueden pasar a la menopausia de 0.8 a 1.74 años antes que el promedio.⁶ Su diagnóstico solo puede hacerse en forma retrospectiva cuando ha transcurrido un año de amenorrea.

Climaterio se toma como el periodo de involución ovárica que comienza cuando hay alteraciones bioquímicas, reproductivas o clínicas, ocasionadas por la disminución de las funciones ováricas de producción hormonal o gametos, y que termina con el inicio de la senectud, cuando se estabiliza la función ovárica residual de secreción de esteroides. Generalmente se considera desde los 35 años hasta los 60 años, aunque estos límites son pocos precisos.⁷

La peri menopausia con frecuencia es marcada por el inicio de síntomas menopáusicos, especialmente los síntomas vasomotores clásicos conocidos familiarmente como bochornos. (sofocos).⁸ Sin embargo, los bochornos no son, en modo alguno, una experiencia universal, por lo cual no constituyen una señal digna de confianza para definir o diagnosticar menopausia, algunos investigadores han sugerido usar un aumento en las concentraciones circulantes de hormona folículo estimulante (FSH) como medio para definir menopausia. Cuando el cuadro clínico es confuso y es importante confirmar que la amenorrea se debe en efecto a la menopausia, entonces una concentración de FSH > 40 mUI/ml se considera como diagnóstica.⁹

La concentración baja de estrógeno tiene varios efectos sobre el esqueleto, particularmente una reducción en la densidad ósea.¹⁰ Esta reducción es más significativa en sitios donde predomina el hueso trabecular (la espina dorsal y, en menor grado el fémur proximal y el radio distal). Aproximadamente un 90% de los minerales esqueléticos se encuentran presentes al llegar a los 18 años de edad, y la masa ósea máxima se logra alrededor de los 30 años, cuando la acumulación de minerales esqueléticos termina.^{11,12} El hueso es un tejido vivo, que se pierde constantemente y que es reemplazado continuamente por hueso nuevo más sano en un proceso conocido como remodelamiento del hueso. El ciclo de remodelamiento es iniciado por los osteoclastos, cuya función consiste en reabsorber el hueso viejo, y los osteoblastos, que forman el hueso nuevo. En cualquier momento de la vida del humano adulto, alrededor del 80 % de las superficies óseas trabeculares y corticales y el 95% de la superficie intracortical del hueso están inactivos con respecto a la remodelación ósea (fase de quietud). En la fase de activación, las células precursoras de osteoclastos son atraídas a un área pequeña de la superficie del hueso y se funden dentro de los osteoclastos. En la fase de reabsorción, los osteoclastos erosionan una cavidad de forma característica, conocida como la laguna de Howship, en el hueso trabecular. La reabsorción en un sitio continúa durante 1-3 semanas, cesando cuando la cavidad resultante llega a una profundidad de 50 -60 μ . En la fase de revisión, aparecen nuevas células derivadas de los monolitos, que forman una superficie cementada que impide la continuación de la reabsorción y que atrae osteoblastos a la cavidad. Los osteoblastos forman nuevo hueso en el sitio mediante síntesis de matriz y mineralización.¹³ La masa ósea es retenida si la cavidad de reabsorción está completamente llena de hueso. Si la tasa de reabsorción ósea es mayor que la de formación de hueso nuevo, como es el caso en las mujeres deficientes en estrógeno, el resultado es una pérdida neta de masa ósea, causado por el efecto primario del retiro de estrógeno.

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por masa ósea baja y alteración de la microestructura del hueso, que ocasionan mayor fragilidad esquelética y riesgo de fracturas.¹⁴ La alteración en el proceso de remodelación ósea en la menopausia, con la consiguiente pérdida de hueso, puede evitarse con la terapia de reemplazo de estrógeno.¹⁵ Su relación con el climaterio es la pérdida de masa ósea que ocurre después de la menopausia, de manera especialmente acelerada durante los primeros 5 a 10 años, y que suma un proceso preexistente de pérdida lenta de masa ósea que inicia alrededor del cuarto decenio de la vida, probablemente relacionada con una disminución paulatina de la capacidad intestinal de absorción del calcio en la que no interviene el estado estrogénico. En los primeros años después de la menopausia se afecta de manera predominante el hueso esponjoso, a una velocidad de disminución promedio de masa ósea de 2 y 5 % por año, dependiendo entre otras cosas del método de medición, el esqueleto compacto cortical muestra una velocidad menor de pérdida.

Además del estrógeno, actualmente se usan dos grupos importante de inhibidores de la reabsorción de hueso en el tratamiento de la osteoporosis: calcitonina y los Bifosfonatos. Cuando el tejido óseo es expuesto a uno de estos agentes, se observa una reducción primaria en la reabsorción del hueso. Durante un período de meses a unos pocos años, la reabsorción de hueso puede ser menor que su formación y tal vez se observe un aumento pasajero en la masa ósea.¹⁶

Los Bifosfonatos, como el Etidronato y el Alendronato, son tratamientos aprobados para la osteoporosis. Estos agentes reducen la velocidad de absorción del tejido óseo al inhibir los osteoclastos, aumentando la densidad del hueso y reduciendo las tasas de fracturas. Los agentes se absorben con dificultad desde el tracto gastrointestinal haciendo necesario que se tomen con el estómago vacío y que éste se mantenga vacío por media a dos horas posteriormente. Raloxifeno modulador selectivo de los receptores de estrógeno (SERM) de segunda generación ejerce acción agonista en hueso, antiestrogenica sobre el endometrio y mama.^{17,18}

La terapia hormonal de reemplazo (THR) busca restablecer el “ambiente” hormonal que ha disminuido o se ha perdido, con la finalidad de aminorar o evitar las consecuencias inmediatas, mediatas y tardías propias del climaterio.¹⁹ Hay múltiples tipos de terapia hormonal de reemplazo que pueden basarse en estrógenos, progestágenos o en combinaciones de ambos. Otros fármacos, como los andrógenos y los anti estrógenos, se han incluido dentro de la THR, pero no pueden ser considerados como terapia sustitutiva, ya que tales hormonas no son las que principalmente dejan de producirse, mientras que otras son antagónicas a los estrógenos.²⁰ Uno de los problemas más importantes es la aceptación y continuación de la THR. En diversos estudios, se ha detectado que 20% de las pacientes suspende el tratamiento a los nueve meses, 10% lo toman en forma intermitente, y entre 20 a 30% nunca surten la receta, por otro lado, 80% de las que inician el tratamiento, lo suspenden a los cinco años.

Existe evidencia que la terapia estrogénica sin adición de progestágeno, disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y de fracturas de cadera, pero su uso a largo plazo incrementa

el riesgo de cáncer endometrial y puede estar asociada con un pequeño incremento en el riesgo de cáncer de seno.^{21,22} El incremento en el riesgo de cáncer endometrial puede ser evitado por la adición de un progestágeno al régimen estrogénico en mujeres con útero, pero los efectos de la combinación de hormonas sobre el riesgo de otras enfermedades no ha sido adecuadamente estudiado.^{23,24}

La Tibolona es un esteroide de reciente aparición en mercados como el de México, utilizado en la terapia de reemplazo en posmenopáusicas, que ha mostrado efectos beneficiosos en relación con riesgo cardiovascular pues reduce las concentraciones de lipoproteínas y aumenta la distensibilidad aórtica.²⁵ El principal efecto colateral fue aumento de peso y tendencia a meteorismo y edema en 11.2 % de los casos. En una investigación encaminada a analizar los efectos sobre los lípidos y lipoproteínas, se encontró que este compuesto reduce de manera efectiva los niveles de lipoproteínas en seis meses.

El presente trabajo pretende mostrar un panorama epidemiológico de los diagnósticos más frecuentes, grupos de edad y tratamiento más utilizado que se presenta en la consulta del servicio de clínica de menopausia de la coordinación de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó con pacientes del servicio de clínica de Menopausia de la coordinación de Ginecología y Obstetricia de octubre de 2005 a marzo de 2008.

Descriptivo – retrospectivo, todas las pacientes derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales.

Los criterios de inclusión fueron: toda paciente femenino entre 30 a 70 años de edad, que cuente con diagnóstico de menopausia y que presente síndrome climatérico.

El diagnóstico de menopausia solo puede hacerse en forma retrospectiva cuando ha transcurrido un año de amenorrea, en las mujeres mexicanas la menopausia ocurre en promedio a los 49 años de edad, siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes cuyo expediente clínico se encuentre incompleto o ilegible en la clínica de Menopausia, mujeres mayores de 71 años.

Los criterios de eliminación fueron: pacientes que carecen de expediente clínico en la clínica de Menopausia.

Se procede a realizar recopilación de datos de las pacientes que incluyen diagnóstico más frecuente, grupos de edad que acuden a consulta, tipo de terapia de reemplazo hormonal, así como medicamento más utilizado para el tratamiento de osteoporosis recopilado de los reportes mensuales realizados en clínica de Menopausia de la coordinación de Ginecología y Obstetricia.

El análisis de los datos: se recabarán las variables a estudiar de cada paciente en la cedula de recolección de datos (anexo), cuenta con grupos de edad por decenio a partir de los 30 años, diagnósticos: síndrome climatérico, menopausia quirúrgica, menopausia fisiológica, osteopenia, osteoporosis, tratamientos: hormonales conjugados/combinados, Tibolona, risedronato, raloxifeno, procedimientos diagnósticos y/o preventivos: citología cervical, biopsia de endometrio , se verificaran que cumplan con los criterios de inclusión de dicho estudio.

Se realizará el análisis estadístico en el sistema de Excell, y se obtendrán frecuencias simples del estudio.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de los informes mensuales de la clínica de menopausia, a sumar los totales de las pacientes que llegaron por grupo de edad a la consulta, en el periodo comprendido de octubre de 2005 a marzo de 2008: el resultado fue de 51 a 60 años de edad con 4684 pacientes que son el 41.8 % del total de las consultas que con mayor frecuencia acudieron. (Gráfica 1).

Al realizarse la recolección de datos del periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008 obtenemos a sumar por grupo de edad de 30 a 40 años (1218 pacientes); entre 41 a 50 años de edad (3225 pacientes); de 51 a 60 años (4684 pacientes) y de 61 a 70 años (2084 pacientes). (Gráfica 2).

En la clínica de menopausia se identifica al Menopausia con síndrome climatérico como la primera causa de consulta con el 34.9% (8694 pacientes); menopausia fisiológica con el 26.9% (6707 pacientes); osteopenia 18.0% (4480 paciente); menopausia quirúrgica 11.5% (2875 pacientes); osteoporosis 8.7% (2158 pacientes). (Gráfica 3)

El tratamiento de reemplazo hormonal en el periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008 en la clínica de menopausia es utilizado los estrógenos conjugados y/o combinados en un 68.4% (2544 pacientes); (Gráfica 4) y el esteroide sintético Tibolona con una frecuencia del 31.6% correspondiendo a 1176 pacientes en el periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008. (Tabla 1).

El tratamiento para osteoporosis se lleva a cabo con modulador selectivo de receptores de estrógenos utilizando el raloxifeno en 1672 pacientes que son el 53.8 %; y bifosfonatos risedronato en 1434 pacientes que son el 46.2% del total de pacientes, en la clínica de menopausia en el periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008, (Gráfica 6).

DISCUSION

De acuerdo a Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y pos menopausia, la edad promedio en presentarse la menopausia en mujeres mexicanas es a los 49 años de edad, siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico, que en ocasiones demandan atención médica. Por otra parte, varios padecimientos crónico-degenerativos como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular aterosclerosa, la atrofia genitourinaria y algunas alteraciones neurológicas inciden con más frecuencia durante la etapa pos menopáusica, originando deterioro de la calidad de vida e incremento de la morbimortalidad general. Los avances científicos en endocrinología y farmacología reproductiva ofrecen la posibilidad de prevenir y manejar las consecuencias de la de privación hormonal ovárica que acompaña a la menopausia. Diversos esquemas terapéuticos contemporáneos hormonales y no hormonales, han demostrado su efectividad en la prevención y control de síntomas y signos del síndrome climatérico, osteoporosis y atrofia urogenital. Sin embargo, los resultados de estudios a nivel nacional e internacional han planteado aspectos controversiales en cuanto a los riesgos y beneficios que a nivel poblacional pudieran tener las diferentes estrategias terapéuticas.

Los resultados de este estudio indican que el grupo con mayor frecuencia en presentarse a la consulta de la clínica de menopausia es de los 51 a 60 años de edad coincidiendo con la literatura nacional y mundial, que los grupos de edad oscilan desde los 30 años de edad debido a la probabilidad de presentar menopausia inducida, que el uso de terapia de reemplazo hormonal aun continua siendo controversial en cuanto a tipo, duración, sin embargo es útil en aminorar sintomatología que se presenta en el síndrome climatérico, los cuales principalmente son síntomas vasomotores y que en la clínica de menopausia se utilizan debido a la gran población derechohabiente , siendo los estrógenos y/o progestágenos conjugados o combinados que con mayor frecuencia se utilizan, así como el esteroide Tibolona. Los bifosfonatos sin duda aun siguen siendo fármacos de elección para el tratamiento de la osteoporosis utilizando en nuestra clínica risedronato, sin embargo actualmente los moduladores selectivos de receptores de estrógenos son utilizados para el manejo de la osteoporosis , teniendo una mayor frecuencia de utilización comparada con los bifosfonatos en la clínica de menopausia. El síndrome climatérico sin duda es la piedra angular en la etapa de la menopausia,

De acuerdo a nuestro estudio el diagnóstico que con mayor frecuencia se presenta es el síndrome climatérico con menopausia en 34.9% de las pacientes, siguiendo menopausia fisiológica 26.9%, osteopenia 18%, menopausia quirúrgica 11.5% y osteoporosis en 8.7%.

Se sugiere que los grupos manejados en la clínica de menopausia del servicio de Ginecología y Obstetricia se realicen por quinquenios, debido a la presencia de senectud el

cual se inicia a partir de los 65 años de edad y deben ser manejados por el servicio de Geriatría.

CONCLUSIONES

1. La edad que con mayor frecuencia acudió a consulta a clínica de menopausia en el periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008 fue de los 51 a 60 años edad.
2. Los grupos de edad que se tratan en la clínica de menopausia son por decenios iniciándose desde los 30 a 70 años de edad, de 30 a 40, 41 a 50, 51 a 60 y 61 a 70 años de edad.
3. Los diagnósticos que se tienen en la clínica de menopausia son principalmente síndrome climatérico, siendo el más frecuente, seguido de menopausia fisiológica, osteopenia, menopausia quirúrgica y finalmente osteoporosis.
4. La terapia de reemplazo hormonal utilizada en la clínica de menopausia son estrógenos conjugados o combinados, y Tibolona.
5. La Tibolona tiene menor uso comparado con estrógenos conjugados o combinados en la clínica de menopausia durante el periodo comprendido de octubre de 2005 a marzo de 2008.
6. El tratamiento para el manejo de la osteoporosis es a base de bifosfonatos (Risedronato) o modulares selectivos de receptores de estrógenos (Raloxifeno).
7. De acuerdo al estudio realizado, y a la prolongación de la expectativa de la vida en nuestra mujeres mexicanas, es factible que cursen con el periodo de menopausia, síndrome climatérico y enfermedades crónico-degenerativas como osteoporosis, enfermedad cardiovascular, atrofia urogenital, otorgando en muchas ocasiones un manejo medico y por lo tanto tengamos una mayor demanda de pacientes derechohabientes en la clínica de menopausia del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

REFERENCIAS

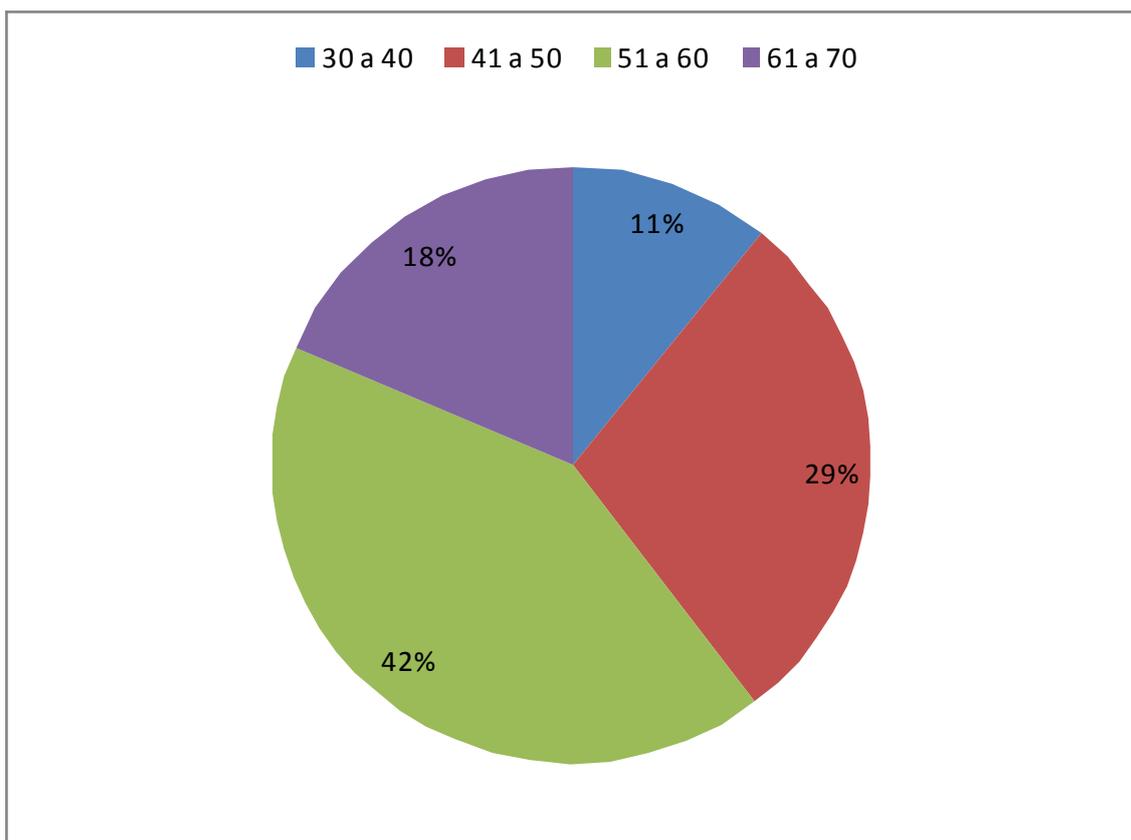
1. Revista del Climaterio Volúmen 7, Num. 40 mayo-junio 2004
2. Rodríguez D., Lezama S. Epidemiología de la Perimenopausia en pacientes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Revista Médica de las Post Grados de Medicina UHAH. Vol. 10 No. 2 Mayo-Agosto 2007.
3. M., Winaver Lachowsky D. *Aspects psychosomatiques de la menopause*. Elsevier Masson, Gynécologie, 147-A-60, 2006.
4. Lugones Botell M., Dávalos Sarría T., Pérez Piñero J. Síndrome Climatérico, hipertensión arterial y factores de riesgo ateroscleróticos. Rev Cubana Obste Ginecológica 2006; 32 (1).
5. Bassol Mayagoitia S. Reemplazo hormonal en la Menopausia. La edad de la menopausia en México. Revista de Endocrinología y Nutrición 2006; 14(7,8,9): 133-136.
6. Genaro Vega M., Adrián Hernández L., Guillermo Leo A. María Guadalupe Guerrero L. Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en un población de mujeres mexicanas. Revista Chilena Obstetricia Ginecología 2007; 72(5): 314-320.
7. Norma Oficial Mexicana nom-035-ssa2-2002, prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y pos menopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.
8. Carranza Lira S. *Atención integral del Climaterio*. McGraw-Hill Interamericana. 1998. 29-57.
9. Garay-Sevilla Ma., Arellano S., Espinoza Campos J. Diabetes Mellitus, menopausia y reemplazo hormonal. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 14 No. 3 Julio-Septiembre 2006: 191-195.
10. Lugones Botell M., Osteoporosis en la Menopausia. Prevención y Estrategias Terapéuticas actuales. Revista Cubana 2001; 27 (3): 199-204
11. De Lago Acosta A. Parada Tapia Miguel Gerardo., Somera Iturbe. Prevalencia de osteoporosis en población abierta de la Ciudad de México. Gineco Obstet Mex 2008; 76(5):261-6
12. William Kattah, M.D. Epidemiología de la Osteoporosis. Datos demográficos de la población Mundial. Revista de Menopausia. 2006; 8(5-6). Numero 41.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Osteoporosis. Educational Bulletin. Obstet Gynecol 1998; 91(4):1-9.
14. Asociación Mexicana de Metabolismo Oseo y Mineral (AMMOM). Consenso Mexicano de Osteoporosis. México, 2000.
15. Nelly A. *La Deficiencia de Estrógeno y la Menopausia*. Dowden Publishing Company 110 Summit Avenue. 1996. 19-28.

16. Writing group for the Women's Health Initiative investigators. Principal results from the W.H.I Randomized Controlled Trial. JAMA 2002; 288: 321-33
17. Ettinger B, Black DM, Mitlak BH, Knickerbocker RK, Nickelsen T, Genant HK, et al. Reduction of Vertebral Fracture Risk in Postmenopausal Women with Osteoporosis treated with Raloxifene: Results from a 3-year Randomized Clinical Trial. JAMA 1999; 282:637-645.
18. Cummings SR, Eckert S, Krueger KA, Grady D, Powles TJ, Cauley JA, et al. The Effect of Raloxifeno on Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women Results from the MORE Randomized trial. JAMA 1999; 281:2189-2197.
19. Zarate A., Hernández M., Basurto L., Estado actual del tratamiento hormonal en la menopausia. Rev Fac Med UNAM Vol. 48 No. 1 Enero – Febrero, 2005.
20. O'Malley B W, Strott C A. Steroid hormones. Metabolism and mechanism of action. En: Reproductive Endocrinology. Yen/Jaffe/Barbieri (Eds) WB Saunders Company. 4a. Edición, Philadelphia. 1999, pp. 110-133.
21. Martínez Sobaja C., Dorantes Cuellar A., Cáncer de mama y de endometrio en la menopausia. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 14. No. 3 Julio-Septiembre 2006: 159-170.
22. Base de datos de defunciones 1979 – 2002 . Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud, México.
23. Zarate A. La controversia entre terapia de reemplazo con estrógenos y el riesgo de cáncer de mama en la menopausia. Gac Méd Méx. Vol. 138 No. 1, 2002
24. Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R. Menopausal Estrogen and Estrogen-Progestin Replacement Therapy and Breast Cencer Risk. JAMA 2000; 283:485-491.
25. Carranza Lira S. Dosis bajas de Terapia Hormonal durante el Climaterio. Gineco Obstet Mex 2008; 76(5):267-74
26. The North American Menopause Society: Menopause Guidebook. Cleveland, USA, 2001.
27. Murillo Uribe A., Martínez Trejo N., Carranza Lira S., Santos González J., Variables epidemiológicas en la mujer posmenopausica. Ginecología y Obstetricia de México; Oct 1999. Vol. 67.: 478.
28. www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/capsulas/2005/sociodemograficas/esperanza.asp?c=1582
29. Family and Reproductive Health/WHO. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. World Health Organization. Geneva, 2001.
30. Consejo Nacional de Población. La Situación Demográfica en México 1999. 1a. Edición, Talleres Gráficos de México. México, D.F. 1999, pp. 11-27.

31. World Health Organization. Research on the menopause 1990. Report of WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series No. 863. Geneva, World Health Organization, 1996.

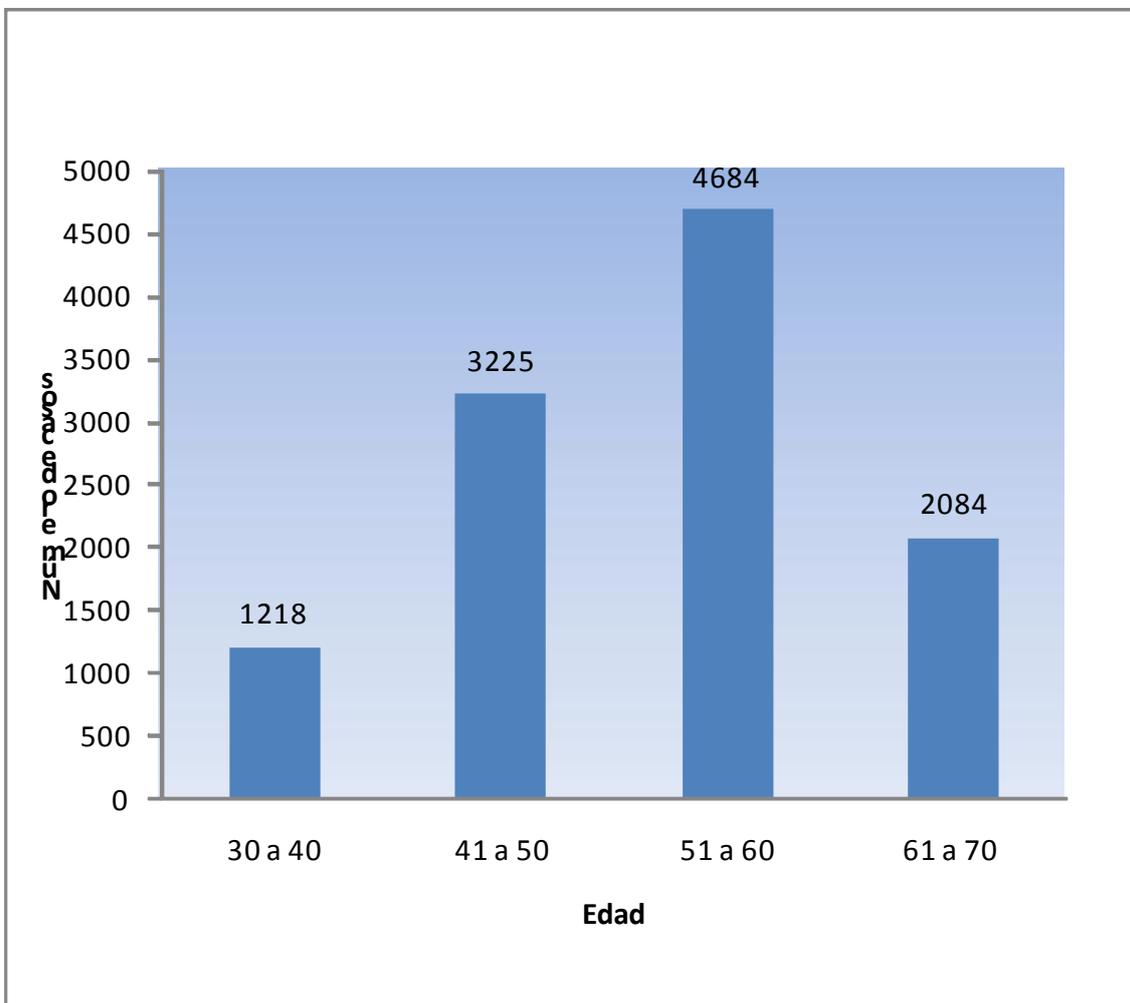
ANEXOS

Grafica 1. Edad en la que con mayor frecuencia acude a consulta a la clínica de Menopausia del periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008 en el Hospital Regional “ Lic. Adolfo López Mateos”



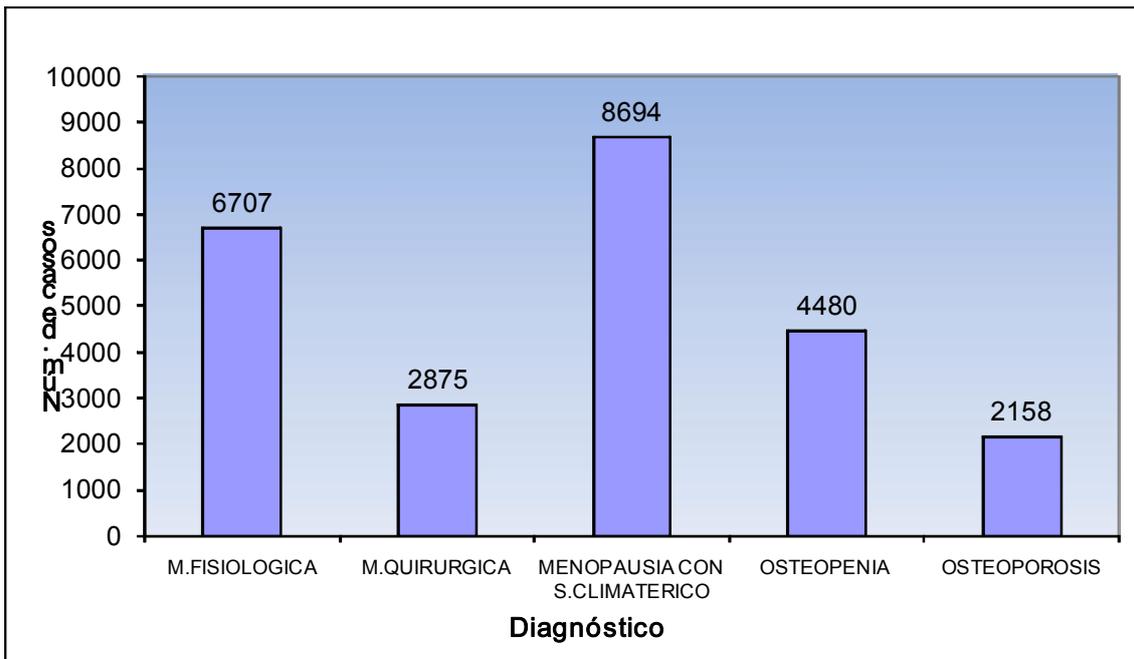
Fuente: Informe mensual de la clínica de Menopausia correspondiente al periodo de octubre del 2005 a marzo del 2008 de la coordinación de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional “ Lic. Adolfo López Mateos”

Gráfica 2. Distribución por grupo de edad de las pacientes de la Clínica de Menopausia de octubre de 2005 a marzo de 2008 en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos



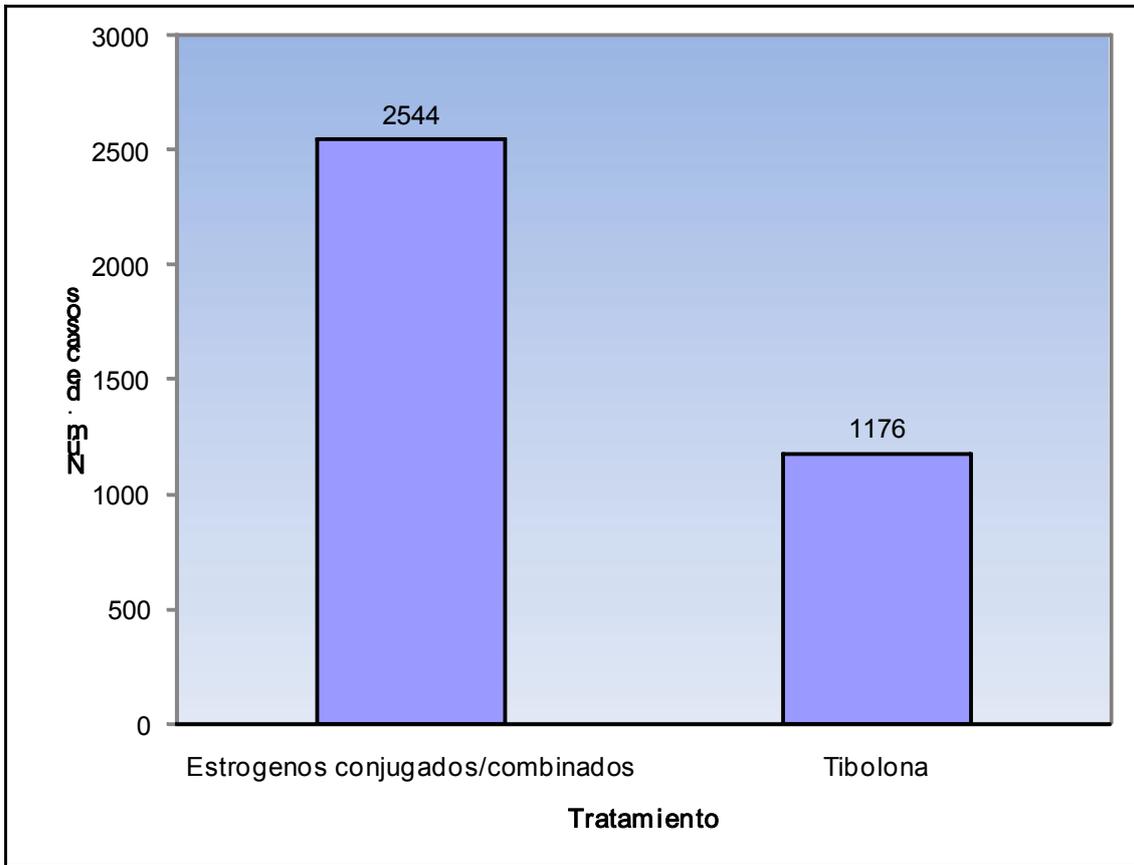
Fuente: Informe mensual de la clínica de Menopausia correspondiente al periodo de octubre del 2005 a marzo del 2008 de la coordinación de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional “ Lic. Adolfo López Mateos”

Gráfica 3. Diagnósticos más frecuentes identificados en la clínica de Menopausia del periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008 en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”



Fuente: Informe mensual de la clínica de Menopausia correspondiente al periodo de octubre del 2005 a marzo del 2008 de la coordinación de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional “ Lic. Adolfo López Mateos”

Gráfica 4. Frecuencia del tratamiento de reemplazo hormonal utilizado en la clínica de Menopausia en pacientes con síndrome climatérico del periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008 en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”



Fuente: Informe mensual de la clínica de Menopausia correspondiente al periodo de octubre del 2005 a marzo del 2008 de la coordinación de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos"

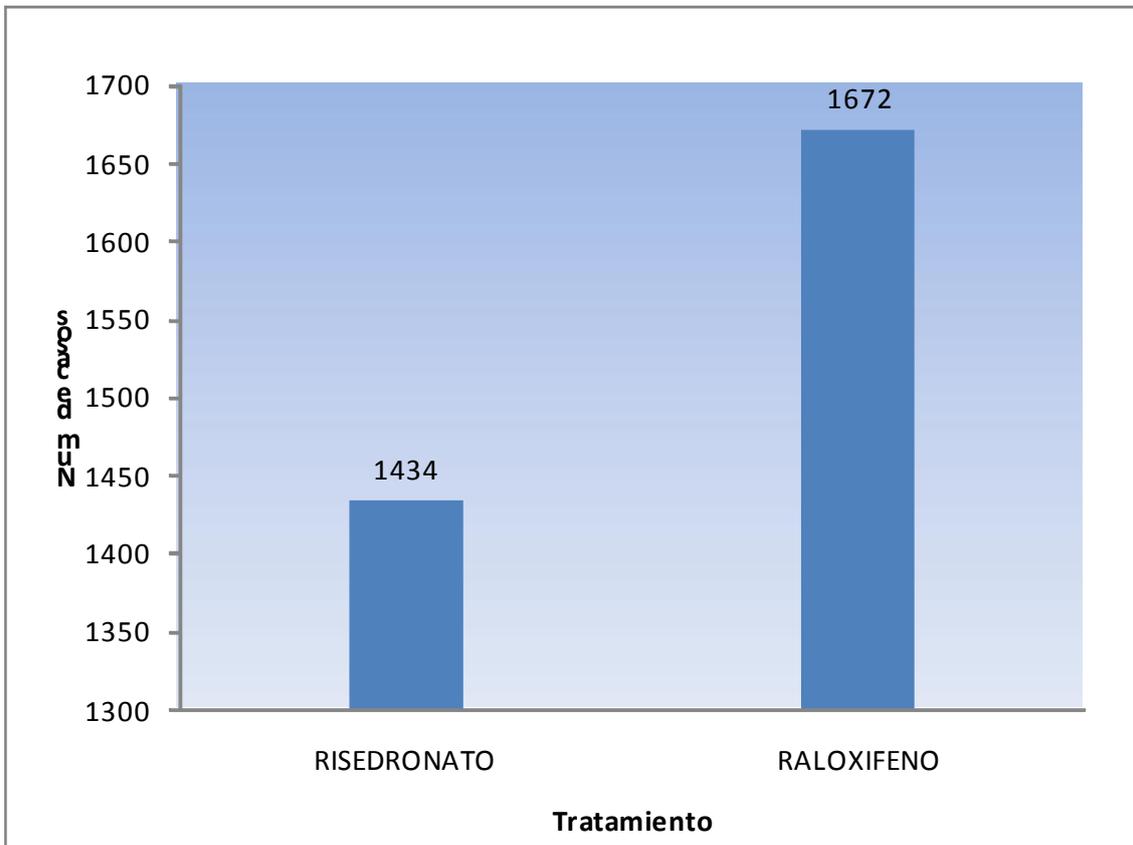
Tabla 1. Porcentaje en la utilización de Terapia de Reemplazo Hormonal en la clínica de Menopausia del periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008 en el Hospital Regional " Lic . Adolfo López Mateos "

Tratamiento mas utilizado en	Número de	Porcentaje
------------------------------	-----------	------------

menopausia	casos	
Estrogenos conjugados/combinados	2544	68.4
Tibolona	1176	31.6
Total	3296	100

Fuente: Informe mensual de la clínica de Menopausia correspondiente al periodo de octubre del 2005 a marzo del 2008 de la coordinación de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional “ Lic. Adolfo López Mateos”

Grafica 5. Tratamiento más frecuente utilizado en osteoporosis en la clínica de Menopausia del periodo de octubre de 2005 a marzo de 2008 en el Hospital Regional “ Lic. Adolfo López Mateos ”



Fuente: Informe mensual de la clínica de Menopausia correspondiente al periodo de octubre del 2005 a marzo del 2008 de la coordinación de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos"