



BUAP

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD RECEPTORA DE RESIDENTES

**“INCIDENCIA DE SÍNDROME CLIMATERIO NO DIAGNOSTICADO EN MUJERES
DE 45 A 55 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA DE GINECOLOGÍA”**

**Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

Dra. Ana Karen Cessa Montero
No. CVU: 2130580



Asesor experto:

Dra. Magdalena García Galicia

Asesor Metodológico:

Biol. María De Lourdes Hurtado Hernández

H. Puebla de Zaragoza. Febrero 2025.

DICTAMEN DE AUTORIZACION

HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA, IMSS BIENESTAR

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

AUTORIZACION DE TESIS

Este trabajo fue realizado en el hospital de la Mujer de Puebla, con el título: "INCIDENCIA DE SINDROME CLIMATERIO NO DIAGNOSTICADO EN MUJERES DE 45 A 55 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA DE GINECOLOGÍA" por la Dra. Ana Karen Cessa Montero y bajo la dirección de la Dra. Magdalena García Galicia y la Biol. María de Lourdes Hurtado Hernández. Se hace constar que el contenido científico y la estructura metodológica han sido revisados de acuerdo con los lineamientos establecidos, por lo que se autoriza su impresión.



Dra. Magdalena García Galicia

Asesor Experto
Médico Adscrito Ginecología y
Obstetricia.



Biol. María de Lourdes Hurtado
Hernández

Asesor Metodológico
Coordinadora de Investigación
Hospital General del Sur



Dr. Octavio Felipe Gamiño
Márquez

Jefe de Enseñanza e investigación
Hospital de la Mujer Puebla.



Dra. Alma Carolina Flores
Hernández

Coordinadora de investigación
Hospital de la Mujer Puebla.

AGRADECIMIENTOS

Primero me gustaría agradecer a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este proceso para obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, Martin y Teófila, los pilares más importantes de mi vida, gracias por siempre creer en mí, por apoyarme en cada una de mis decisiones y caminar de la mano siempre juntos, por festejar las victorias y levantarme en las caídas, por todos los consejos, valores, paciencia y amor infinito, gracias por ser la motivación constante de mi vida y mi mayor ejemplo a seguir, sin su apoyo incondicional esto no sería posible. Para ustedes mi eterno agradecimiento y amor, le pido a Dios que me preste vida para poder devolverles el mundo entero que se merecen.

A mi familia, amigos y a los que ya no están físicamente, gracias por compartir conmigo este sueño, por motivarme a seguir adelante y siempre recordarme lo orgullosos que están de mí, gracias por cuidarme y guiarme desde donde estén.

Agradezco a mis asesoras de tesis por su experiencia, y comprensión, agradezco también a las y los doctores que fueron mi guía en este arduo camino, gracias infinitas por su paciencia, enseñanzas, sabiduría, consejos, por ser pieza clave en mi formación, gracias por el empeño y confianza puesta en mí.

Al Hospital de la Mujer y a mis compañeros de generación, gracias por ser mi casa y familia durante estos años, por todos los momentos compartidos, las risas, enojos, aprendizaje, pero sobre todo por su amistad incondicional, que su camino este lleno de éxito.

INDICE

I	RESUMEN	1
II	INTRODUCCION	2
III	ANTECEDENTES GENERALES	3
IV	ANTECEDENTES ESPECIFICOS.....	5
4.1	Climaterio.....	5
4.2	Menopausia	6
4.3	4.1.3 Factores de riesgo	9
4.4	Cuadro clínico	10
4.5	Complicaciones a largo plazo	16
4.6	Escala de valoración.....	21
4.7	Intervenciones farmacológicas.....	21
4.8	Tratamientos alternativos.....	26
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
VI	OBJETIVOS	29
6.1	OBJETIVO GENERAL.....	29
6.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	29
VII	MATERIAL Y METODOS	30
VIII	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	31
8.1	Criterios de inclusión.....	31
8.2	Criterios de exclusión.....	31
8.3	Criterios eliminación.....	31
IX	CONSIDERACIONES ETICAS	31
X	RESULTADOS.....	33
XI	DISCUSION	41

XII CONCLUSIONES	44
XIII REFERENCIAS.....	45
XIV ANEXOS	51
14.1 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	51
14.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
14.3 ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPAÚSICA (MRS)	54

I RESUMEN

Introducción: el síndrome climatérico se caracteriza por un conjunto de manifestaciones asociadas al cese hormonal por parte de los ovarios; para muchas mujeres este periodo no implica mayores complicaciones, no obstante, para otras este tiempo puede implicar la presencia de múltiples molestias somáticas, psicológicas y sexuales; aunque se cree que el síndrome climatérico inicia después de la menopausia, algunas pacientes pueden presentar síntomas desde antes de esta. La detección de este síndrome aun cuando la menopausia no ha sucedido puede ayudar a muchas pacientes a aminorar los síntomas asociados.

Objetivo: determinar la incidencia de las mujeres que presentan síndrome climatérico no diagnosticado en el hospital de la Mujer, mediante el sistema STARW +10.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, en el Hospital de la Mujer Puebla, durante el 1 de marzo de 2023 y el 1 de marzo de 2024. Se reclutaron mujeres de 45 a 55 años que acudieron a consulta y aceptaron su participación. Se recolectaron los principales datos sociodemográficos y clínicos y ginecoobstétricos; se aplicó la escala de Puntuación Menopaúsica (MRS) y se determinó la estratificación STRAW +10.

Resultados: Participaron 120 mujeres, con una edad de 48.0 años (RIC 46.0 – 50.0). el 57.5 % tenían alguna comorbilidad, principalmente Sobrepeso u obesidad y HAS. Lo más frecuente fueron 2 gestas (25.8 %), 1 parto (25.8 %), ninguna cesárea (58.3 %) y ningún aborto (82.5 %). En la MRS la gravedad somática el 46.7 % fue moderada, en la gravedad psicológica en 32.5 % estuvo ausente, y en la urogenital fue severa en 34.2 %. En la estadificación STRAW el 68.3 % se ubicó en -1 y -2. El diagnóstico obtenido más frecuente sangrado uterino anormal (40.8 %).

Conclusión: el 68.3 % de las mujeres tuvo síndrome climatérico no diagnosticado.

II INTRODUCCION

El síndrome climatérico se describe como un «conjunto de manifestaciones físicas y emocionales que pueden ocurrir antes y después de la menopausia, incluyendo síntomas vasomotores, dificultades psicológicas, trastornos del ciclo sueño vigilia, y problemas genitales» (1).

El primer estadio de esta etapa está marcado por variaciones en la menstruación, alargamiento de los ciclos que reflejan un incremento de la hormona folículo estimulante, pero una baja de la luteinizante, tiene una duración variada, pero puede durar entre 1 y 3 años; su término es marcado por la menopausia, es decir, el paso de 12 meses sin menstruación; la postmenopausia inicia en este momento y dura hasta el fin de la vida, aunque se divide en posmenopausia temprana que son los primeros 5 años y posmenopausia tardía, el resto de los años de vida (1).

La detección del síndrome climatérico es de suma importancia para poder dar un tratamiento a las pacientes dependiendo de las molestias que presenten, además de realizar evaluaciones de biomarcadores y gabinete que permitan prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis entre otras.

El presente trabajo está destinado a determinar cuántas pacientes que acuden a la consulta de ginecológica entre 45 y 55 años no son diagnosticadas con síndrome climatérico determinado por la estratificación STRAW+10.

Los primeros capítulos tratan sobre las definiciones de climaterio, menopausia, el cuadro clínico, las intervenciones necesarias y los tratamientos disponibles. En la siguiente sección se describe la metodología elegida para poder cumplir el objetivo principal del estudio y las variables que se estudiaron en cada paciente.

En las últimas secciones se presentan los resultados derivados de la recolección de datos y el contraste de estos con otros estudios hallados.

III ANTECEDENTES GENERALES

Durante varios siglos, los médicos tenían conocimiento impreciso sobre el cese de los periodos menstruales en las mujeres; para algunos, se consideraba enfermedad, mientras que para otros era considerada un acontecimiento inesperado. Con el tiempo este proceso paso a ser visto como una etapa más de la vida. Hoy en día, el aumento de la esperanza de vida en los últimos 50 años y la inversión de la pirámide poblacional a nivel global han impulsado al estudio de las fases reproductivas femeninas, lo que ha llevado a que la medicina actual trate los cambios fisiológicos y naturales asociados con la senectud.(1)

A mediados del siglo XVIII, varias publicaciones científicas abordaban la menopausia enfocándose en las hemorragias y las irregularidades del ciclo menstrual. Sin embargo, a principios del siglo XIX, el enfoque comienza a transformarse y se empiezan a resaltar los síntomas asociados, como los cambios en el estado de ánimo y los trastornos psicológicos (2)

Robert Benjamín Greenblatt, un pionero en el campo de la ginecología endocrinológica, junto con Fuller Albright, destacado investigador clínico, fueron los primeros en demostrar que los estrógenos tienen una influencia significativa, no solo en el ámbito ginecológico, sino también más allá del sistema reproductivo. (2) Las opiniones de ambos investigadores se han reconocido como la principal fuente científica referente a los efectos de los estrógenos en el sistema cardiovascular. Cada país, cultura y nación, tiene su propia visión y enfoque respecto a esta etapa. (2)

De acuerdo con la estadística nacional de población del año 2005, la población nacional estimada fue de 27 millones de habitantes, donde 2.7 millones de los 27 millones de habitantes previstos son mujeres mayores de 45 años. Según las estimaciones, esta población crecerá significativamente en los próximos años. (3)

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud dentro de unos años habrá 750 millones de mujeres posmenopáusicas en todo el mundo; Actualmente la

esperanza de vida de las mujeres posmenopáusicas puede superar el 33% de la vida general de las mujeres (3)

Según el Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI), en México se estima que más de seis millones de mujeres de entre 45 y 65 años atraviesan la etapa del climaterio, enfrentando desafíos como enfermedades crónicas, osteoporosis, desmineralización ósea, además de depresión y ansiedad.(4)

Es fundamental proporcionar información sobre este periodo de la vida de manera planificada y con la misma atención que se dedica a otras etapas de la vida mujer, asegurando el apoyo adecuado y necesario para su bienestar(4)

La menopausia, también conocida como perimenopausia o climaterio, es una etapa de la vida de la mujer marcada por el fin de los ciclos menstruales regulares que la han acompañado desde el inicio de su etapa reproductiva. La causa es la disminución de la capacidad de los ovarios para producir hormonas como consecuencia del agotamiento folicular.(1)

Este acto ejerce un cambio drástico en el equilibrio hormonal de la mujer, los cuales se presentan en una serie de cambios tanto físicos como psíquicos, que a su vez se agregan diversas situaciones que se encuentran enlazadas al envejecimiento y a la aparición potencial de enfermedades concomitantes. (5) Estos cambios pueden generar síntomas que afectan negativamente la calidad de vida de la mujer, provocando ajustes en sus estilos de vida que repercuten en áreas clave como la autoimagen, las relaciones de pareja, las relaciones familiares, y las expectativas laborales.(5).

Climaterio proviene del griego “Climater”, cuyo significado peldaños o escalones, traducen una transición gradual de cambios fisiológicos, psicológicos y biológicos determinados, por cambios sociales.(6) El climaterio es definido como un período de transición en el que cesan las menstruaciones, acompañados de sintomatología relacionada con la pérdida de la fertilidad debido a la disminución progresiva de la función ovárica. (6).

Se cree que la forma en que las mujeres ven las etapas del climaterio y la menopausia tiene impacto significativo en cómo cambia su calidad de vida durante este periodo. El impacto de su aspecto viene determinado por nociones preconcebidas sobre los síntomas que pueden aparecer; por otro lado, una visión positiva de su aspecto como una etapa de madurez y una fase fisiológica de su vida reduce el impacto sintomatológico. (1)

IV ANTECEDENTES ESPECIFICOS

4.1 Climaterio

El término climaterio hace referencia al periodo de la vida de la mujer que comienza con la disminución de la actividad ovárica y termina con el cese total de la secreción de estrógenos por parte de los ovarios. Esto da lugar a una deficiencia hormonal que puede causar presencia o ausencia de sintomatología o de riesgos variables(7).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), define el climaterio como el periodo que abarca desde el inicio del declive de la madurez reproductiva hasta el comienzo de la vejez. Comienza alrededor de los 35 años y concluye hacia los 65 años, pudiendo presentarse entre 2 a 8 años antes o prolongarse unos años después de la menopausia(7)

Al inicio del climaterio se genera una disminución de los niveles de inhibina incrementando los niveles de FSH, con niveles de estradiol normal o ligeramente disminuidos, estos cambios generar reducción del periodo folicular dando origen a menstruaciones cortas o prolongadas.(3). Posterior, se genera una disminución de los niveles de estradiol y volviendo irregular a la maduración folicular, ocasionando ciclos anovulatorios, estos ciclos no producen progesterona, lo que conlleva a un estado de hiperestrogenismo relativo generando hipermenorrea o hiperplasia endometrial(3)

Actualmente el Climaterio puede acompañarse de la presencia del síndrome climatérico el cual se caracteriza por sintomatología que puede interferir en la calidad de vida de las mujeres, abarcando como se mencionó previamente en el

ámbito afectivo, erótico, laboral, o personal - social, es decir, que puede afectar todas las etapas de la vida.(8)

Como ya se ha indicado, la transición climatérica, también conocida como transición menopáusica, es un proceso continuo que puede durar hasta cuatro o siete años con una serie de cambios hormonales que preceden a la menopausia. (8) Es la aparición de menstruaciones irregulares, típicamente acompañadas de síndrome genitourinario, síntomas vasomotores y alteraciones del humor y del sueño; se caracteriza principalmente por:(8)

- Reducción de la actividad ovárica, agotamiento de los folículos, y disminución de los niveles de inhibina B, lo que provoca un aumento de la hormona foliculoestimulante (FSH) y una disminución del estradiol.
- Síntomas asociados a la disminución de los estrógenos, que también están influenciados por factores socioculturales y personales.
- Pérdida de la masa ósea
- Aumento del riesgo cardiovascular(8)

Aunque no se puede determinar con precisión el momento exacto de la aparición del climaterio se considera que generalmente ocurre algunos años antes de la menopausia, entre los 45 y 55 años, y puede prolongarse durante varios años después de este evento.(8)

4.2 Menopausia

De acuerdo con guía de práctica clínica Menopausia y climaterio se define a la menopausia como el cese permanente de la menstruación, que se diagnostica después del que el periodo a estado ausente durante doce meses consecutivos sin otra causa patológica. En las mujeres mexicanas, esto ocurre alrededor de los 49 años y es causado por una pérdida de la actividad folicular ovárica.(9)

Su presencia puede ocurrir de manera espontánea o secundaria a alguna intervención médica y/o quirúrgica, en la actualidad el “Gold Standard” para evidenciar el estadio en el que se encuentra una mujer de acuerdo con la edad reproductiva está dado por el STRAW+10 (8). Creado por el Stages of Reproductive

Aging Workshop para determinar la edad y el estadio reproductivo de una mujer; Esta reconocido como un estándar de referencia para describir y clasificar los cambios relacionados con el envejecimiento reproductivo(8)

El sistema de estadificación STRAW+10 distingue tres etapas en la vida reproductiva de la mujer: la primera o fase reproductiva, la segunda o de transición a la menopausia y la tercera conocida como fase posmenopáusica.(8); Estos integran a su vez siete estadios, que se centran en la fecha de la última menstruación o estadio 0; La fase reproductiva se divide a su vez en los estadios -5, -4 y -3, que corresponden a precoz, máximo y tardía respectivamente, la fase de transición a la menopausia, que consta de los estadios -2 o precoz y -1 o tardía, y la fase posmenopáusica, que corresponde a los estadios +1 (precoz) y +2 (tardía). La etapa 3 se caracteriza por tener ciclos menstruales regulares y altas concentraciones de hormona folículo estimulante, mientras que la etapa -2 es distinguida por la desviación de la duración del ciclo menstrual y la concentración creciente de hormona folículo estimulante. La etapa -1 se caracteriza por iniciar ciclos menstruales omitidos o ausentes durante al menos 60 días, junto con el aumento de la concentración de hormona folículo estimulante.(8)(10)

Clasificación de los estados reproductivos de acuerdo con el sistema de estadificación STRAW+10(8)(10)

Estadio -3: “Reproductivo tardía”: este estadio se caracteriza por un descenso de la fertilidad que comienza con modificaciones del ciclo menstrual. Existen dos subetapas dentro de ella:

- 3b: el número de folículos antrales disminuye junto con la aparición de ciclos regulares con niveles normales de hormona foliculoestimulante hormona antimulleriana y estradiol. (8)
- 3a: el sangrado menstrual aumenta como resultado de acortamiento normal de los periodos menstruales. (8)(10)

Estadio -2: “Transición temprana”: En esta fase la duración del sangrado menstrual varía entre un ciclo y otro. Existe un aumento de hormona foliculoestimulante,

mientras que la hormona antimulleriana y el conteo de folículos antrales empiezan a disminuir. Esta etapa marca el comienzo del periodo de la “perimenopausia”. (8)

Estadio -1: “Transición tardía”: se define como el período menstrual que no se produce durante más de 60 días, con duraciones de sangrado variables de un ciclo a otro, signos de cambios hormonales y aumento de la anovulación. Se puede observar un aumento de los niveles de hormona foliculoestimulante de ≥ 25 UI/L, mientras que los niveles de hormona antimulleriana disminuyen. Los síntomas vasomotores pueden o no estar presentes durante su curso aproximado de uno a tres años.(8)

Estadio +1: Postmenopausia temprana: Dura entre 5 y 8 años, en esta etapa predomina los niveles de la hormona foliculo estimulante aumentan mientras que el estradiol disminuye. Es un lapso de aproximadamente 2 años posterior se presenta el último sangrado menstrual. Este período se subdivide en 3 etapas: (8)(10)

- 1A: denota la conclusión de la perimenopausia y un periodo de 12 meses tras la última fecha menstrual(8)
- 1B: representa los estadios +1 a y +1b los cuales abarcan aproximadamente dos años, durante los cuales se produce un aumento de la hormona foliculoestimulante. Los síntomas vasomotores suelen aparecer durante este periodo(8)
- +1C: se distingue por niveles extremadamente bajos de estradiol y niveles estables de hormona foliculoestimulante(8)

Estadio +2: “Postmenopausia tardía”: en esta fase, ya no se observan cambios en la función reproductiva. Se manifiesta primordialmente por el síndrome genitourinario de la menopausia. (8)

La mayoría de las mujeres pueden ser evaluadas utilizando los criterios STRAW+10. Sin embargo, la evidencia indica que, incluso si se modifican ciertos factores -como el tabaquismo, el índice de masa corporal y las características demográficas- que afectan a la edad de la última menstruación, la evolución típica para los diversos eventos sugeridos por STRAW+10 permanece inalterada. (8) Se

desaconseja utilizar esta clasificación a las mujeres con síndrome de ovario poliquístico, amenorrea hipotalámica, histerectomizadas o sometidas previamente a ablación endometrial, insuficiencia ovárica primaria o precoz, pacientes que reciben quimioterapia o tamoxifeno y pacientes con enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.(8)(10)

Es posible dividir la menopausia en tres etapas, cada una de ellas acompañada de signos y síntomas, su aparición y tiempo estimado de duración no es exacta, pudiendo variar de mujer a mujer. Las etapas se subdividen en:(9)

- Perimenopausia • Menopausia • y Posmenopausia.

La perimenopausia es el proceso endocrinológico que conduce a un estado de amenorrea permanente, pudiendo ocurrir entre 3 a 10 años antes de la menopausia, su duración varía entre 3 a 4 años, y puede presentarse con o sin síntomas adicionales como, bochornos, sofocos, cambios de humor entre otros.(9)

Menopausia: se define como la ausencia definitiva de los ciclos menstruales, se asocia con la disminución en la producción de hormonas sexuales femeninas, entre las que se destacan el estrógeno y la progesterona. Este periodo se confirma después de transcurrir al menos doce meses de amenorrea; es decir, la mujer deja de menstruar y pierde la capacidad de reproducción(9)

Posmenopausia: Periodo que sigue a la menopausia. Este se manifiesta por un déficit estrogénico que conlleva a un aumento de los síntomas fisiopatológicos. Durante esta etapa la producción hormonal disminuye considerablemente y se observa un incremento en las gonadotropinas, como la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante, lo que contribuye a la amenorrea definitiva.(9)

4.3 4.1.3 Factores de riesgo

Diversos estudios han mostraron asociación entre determinados factores de riesgo y la aparición, frecuencia e intensidad de los síntomas asociados, los cuales se pueden clasificar en factores modificables y no modificables (9)

Factores no modificables:

- Raza principal afroamericana
- Padecimientos crónicos
- Menopausia inducida o de inicio abrupto

Mientras que los factores modificables conocidos:

- Sobrepeso / Obesidad
- Sedentarismo / poca o nula actividad física
- Escolaridad o nivel socioeconómico bajo
- Consumo de tabaco
- Historia de ansiedad y depresión
- Otros (8)(9)

4.4 Cuadro clínico

La identificación de los componentes genitales y extragenitales del síndrome climatérico pueden suponer un reto, sobre todo en sus fases iniciales, cuando los síntomas pueden ser excesivamente graves o estar latentes. La razón principal de la aparición de signos y síntomas precoces o tardíos es la escasez de estrógenos que define al climaterio y la menopausia.(3)

Durante el climaterio se cree que hasta el 84% de las mujeres presentan al menos uno de los síntomas típicos durante el climaterio, después, hasta el 45% de las mujeres creen que los síntomas son importantes(3)

Síntomas vaginales

Incluyen alteraciones de los labios mayores, labios menores, el vestíbulo, el introito y la vagina que están relacionadas con la escasez de estrógenos, que se caracteriza por ser un conjunto de síntomas e indicadores vinculados a una reducción de estrógenos y esteroides sexuales.(9)(11).

Los órganos con receptores de estrógenos serán los principales destinatarios de las alteraciones hormonales que se producen durante el climaterio. Tras la

menopausia, el introito vulvar pierde su flexibilidad, las glándulas vaginales se vuelven menos activas y el epitelio escamoso vaginal se vuelve más fino. El resultado es una menor lubricación que provoca sequedad vaginal y dispareunia.(11)

Sin tratamiento alguno, esta sintomatología puede impactar de manera negativa en la calidad de vida de manera primordial, incrementando la dificultad y disminución en las relaciones sexuales y afectando en la sensación de plenitud y bienestar, reduciendo la frecuencia de estas.(11)

La atrofia vaginal relacionada con el hipoestrogenismo se manifiesta clínicamente después de 4 o 5 años de la menopausia, siendo la sequedad vaginal el primer síntoma que refieren las mujeres. Otros síntomas incluyen: irritación, prurito, flujo vaginal y en mujeres sexualmente activas, dispareunia y otras formas de disfunción sexual.(11).

Síntomas mamarios

Se desconoce la etiología de la mastalgia, que puede aparecer tanto en la premenopausia como en la posmenopausia, aunque se cree que está relacionada con la variabilidad hormonal que precede al cese de la función ovárica. Sin embargo, suele desaparecer durante la menopausia, por lo que no es necesario un tratamiento especial.(11)

Síndrome genitourinario de la menopausia

Esta terminología reemplaza a la denominada atrofia vulvo vaginal, en este grupo se comprende a las modificaciones del aparato genital y urinario relacionadas principalmente con la deficiencia estrogénica. En la actualidad el síndrome genitourinario puede coexistir la presencia de síntomas urinarios tales como incremento en la frecuencia, urgencia, nicturia, disuria, incontinencia e infecciones urinarias a repetición (11)(8).

El síndrome genitourinario es crónico, progresivo y a diferencia de los síntomas vasomotores, no tiene mejoría con el tiempo.(8) En algunos casos, el tratamiento con estrógenos locales se considera una estrategia terapéutica relativamente

sencilla que puede mejorar significativamente la calidad de vida de la mujer, ya que la respuesta vaginal a los estrógenos es rápida y duradera(8).

La terapia hormonal sistémica ha demostrado ser eficaz en restaurar la anatomía del tracto genitourinario, mejorar el trofismo vaginal, reduce el pH vaginal y aliviar los síntomas genitourinarios(8).

Existe una asociación entre la presencia de incontinencia urinaria y la disminución de los estrógenos, algunos estudios demuestran un incremento de la incontinencia de urgencias y mixta, mientras que en la incontinencia de esfuerzo existe una marcada disminución en la incontinencia de esfuerzo en la menopausia.(11)

Actualmente no hay pruebas de que la menopausia y las infecciones del tracto urinario recurrentes tengan una relación causal (11). Algunas mujeres pueden ser más propensas a las infecciones urinarias recurrentes debido a cambios fisiológicos como el estrechamiento de la uretra distal, la alcalinización del pH vaginal y la pérdida de lactobacilos.(9)(11).

Síntomas vasomotores

La sintomatología vasomotora que incluye los sofocos y sudores ya sean diurnos o nocturnos son la manifestación clínica más emblemática del climaterio, pueden impactar de manera significativa la calidad de vida. Se sabe que hasta un 80% de las mujeres sufren síntomas vasomotores durante la misma(9)(11). Esta sintomatología se distingue por la percepción subjetiva de calor que se vincula a una vasodilatación cutánea y sudoración seguida de una reducción de la temperatura corporal y aceleración de la frecuencia cardiaca de manera transitoria los cuales tienen una duración de segundos o hasta varios minutos(11).

Los síntomas vasomotores son considerados como el principal síntoma del climaterio (9). Estos comienzan durante la transición hacia la menopausia y alcanzan su punto máximo aproximadamente 1 a 2 años después del último período menstrual, aunque en algunos casos pueden prolongarse por más tiempo. (9)(11)

Uno de los principales síntomas vasomotores es el rubor, que se define como una sensación de calor abrupta e intensa en la parte superior del cuerpo, principalmente

en la cara, el cuello y el pecho (9). Estos episodios, que suelen durar de uno a cinco minutos, se caracterizan por ansiedad, escalofríos, rubor, sudoración y, ocasionalmente, palpitaciones. Algunas mujeres pueden experimentar problemas crónicos de sueño-vigilia como consecuencia de estos síntomas.(9)(12)

Hasta el día de hoy la fisiopatología exacta es desconocida, probablemente esté relacionada con múltiples factores(9). En la actualidad la teoría más aceptada está relacionada con los mecanismos termorreguladores, lo que provoca un estrechamiento de la zona termoneutral, haciéndola más sensible a los cambios de temperatura. Así, pequeños incrementos en la temperatura corporal pueden desencadenar sofocos, que se manifiestan a través de vasodilatación y sudoración(9)(12)

En comparación con las mujeres premenopáusicas, las mujeres posmenopáusicas presentan cambios más notables en la temperatura corporal central (9). La zona termoneutral está regulada por neurotransmisores; por ejemplo, a medida que disminuyen los niveles de estrógenos, aumentan los de norepinefrina, lo que a su vez provoca un aumento de los receptores hipotalámicos de serotonina y un mayor estrechamiento de la zona termoneutral.(9)(11)

Se ha investigado la posible predisposición genética encontrándose asociaciones entre los síntomas y diversos polimorfismos vinculados al metabolismo de los esteroides sexuales.(9) Además se han identificado factores de riesgo que se relacionan con mayor frecuencia a los síntomas vasomotores, tales como la obesidad, la depresión, la ansiedad, el bajo estatus socioeconómico y el tabaquismo (9)(12)

Síntomas psicológicos y del estado de ánimo

La perimenopausia es una época de especial susceptibilidad, un momento favorable para los episodios recurrentes de depresión y, en última instancia, para la aparición de un primer episodio de la misma(9) El factor predictivo más significativo de los trastornos del estado de ánimo o la depresión durante la perimenopausia y la posmenopausia sigue siendo un episodio depresivo previo, especialmente uno

asociado a acontecimientos reproductivos, aunque existen pruebas de una ventana crítica para la depresión de nueva aparición. En el riesgo de depresión también influyen los síntomas vasomotores, la ansiedad, los trastornos del sueño y otros problemas relacionados con la salud.(9)

La posibilidad de desarrollar depresión es 2,5 veces mayor durante la perimenopausia que durante la premenopausia, de acuerdo con ciertas investigaciones sobre síntomas psicológicos y del estado de ánimo, como el estudio de seguimiento de 8 años de Freeman sobre 312 mujeres que nunca habían tenido depresión (9). En un estudio de 460 mujeres sin antecedentes de depresión, Cohen y cols. descubrieron que las mujeres que pasaban por la menopausia tenían el doble de riesgo de sufrir una depresión grave en comparación con las que permanecían premenopáusicas durante el periodo de observación, entre sus hallazgos, descubrieron que hasta el 16,6% de las mujeres perimenopáusicas y el 9,5% de las premenopáusicas sufrían depresión grave, y que el riesgo de desarrollar depresión era mayor para las que experimentaban episodios negativos recientes de depresión y las que tenían síntomas vasomotores.(9)(12)

Los estrógenos, la progesterona y los andrógenos influyen de manera significativa en la regulación de las funciones cerebrales, la plasticidad neuronal, la neurogénesis y la estructura de las redes sinápticas (13). Una disminución de la dopamina, la noradrenalina, la serotonina, el glutamato y otras sustancias químicas relacionadas con el bienestar, así como una pérdida de estimulación en el tronco encefálico, el sistema límbico, la corteza cerebral, el hipotálamo, el hipocampo y otras regiones vinculadas a la cognición, el sueño, el bienestar y la memoria, están relacionadas con la deficiencia de estrógenos.(9)(13).

Los factores familiares, laborales y sociales, así como las alteraciones previas en el estado de ánimo han demostrado ser factores coadyuvantes en la aparición de cambios en el estado emocional.(9)(13)

Sexualidad

La menopausia es percibida por las mujeres como la etapa en la que finaliza la sexualidad y no solo como el cese de la vida reproductiva.(9) La sexualidad no solo se refiere al deseo y el acto sexual, es representado como un fenómeno complejo multifacético. Aunque involucra aspectos como el deseo, la excitación y el orgasmo, también es dependiente de otros factores esenciales como el bienestar, los pensamientos y las emociones. Estos elementos son clave para identificar las motivaciones que facilitan las relaciones sexuales y, a partir de ellos, la disposición para comenzar la actividad sexual cuando se presentan los estímulos adecuados.(9)

Con la progresión de la edad, se experimenta una pérdida del interés sexual. Múltiples estudios concluyen que existe una relación entre ciertos aspectos de la sexualidad, como la reducción del interés sexual, la frecuencia del coito, y la lubricación vaginal, y la menopausia. Sin embargo, los factores que afectan esta pérdida de interés son diversos y complejos.(11)

Los factores determinantes son principalmente los psicosociales, entre los cuales se incluyen, la experiencia sexual previa de cada mujer, su nivel educativo, el nivel de estrés, su situación física y psicológica, y los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma.(11).

Esfera cognitiva

La capacidad cognitiva se deteriora gradualmente con la edad, aunque esto varía de una persona a otra. Se desconocen las causas, pero la incidencia específica por edad también indica tasas más elevadas entre las mujeres, aunque la demencia es más frecuente en ellas debido a su mayor longevidad.(11).

Hasta la actualidad no se ha encontrado una asociación entre el déficit de estrógenos y la menopausia, las investigaciones en la población han demostrado resultados no concluyentes los cuales no han encontrado una asociación entre la menopausia y la alteración en la capacidad cognitiva, así como la dificultad en la concentración o la pérdida de memoria (11)

Músculo esquelético

Los dolores articulares y musculares, como lo es la lumbalgia, la osteopenia y osteoporosis se presentan principalmente en la transición a la menopausia(11).

Las mujeres experimentan una serie de síntomas relacionados con el sistema óseo muscular como consecuencia de la disminución de estrógenos. Estos síntomas incluyen el aumento de la actividad osteoclástica o resorción ósea, la disminución de la deposición mineral y, en consecuencia, el aumento de la fragilidad de los tejidos o la pérdida de resistencia ósea.(11).

Los estrógenos disminuyen la resorción ósea y estimulan la liberación del factor de crecimiento transformante beta en los osteoblastos, lo que promueve reabsorción ósea. Por ello, los estrógenos desempeñan un papel crucial en la regulación de los niveles de calcio sérico en la sangre(1).

Síntomas cardiovasculares

El riesgo de enfermedades cardiovasculares incrementa debido a la disminución estrogénica en el hígado, que favorece la reducción del colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad o HDL y del catabolismo del colesterol vinculado a lipoproteínas de baja densidad LDL. Así mismo, se ha observado una mayor resistencia a la insulina, y el incremento de óxido nítrico, así como prostaciclina que ayudan a la vasodilatación(1)

La deficiencia hormonal que se inicia en la menopausia también puede inducir síntomas como palpitaciones, frecuencia cardiaca elevada, taquicardia, dolor precordial y disnea. Estos síntomas, que también pueden incluir sofocos o diaforesis, pueden alterar la salud general de la mujer.(11)

4.5 Complicaciones a largo plazo

Osteoporosis y riesgo de fractura

Desde los 40 años comienza un proceso continuo de pérdida de hueso, a partir de la aparición de la menopausia está pérdida de hueso puede incrementar o acelerarse dentro de 5 a 7 años, a medida que a los 80 años las mujeres han perdido

hasta un 33% de su máxima masa ósea.(14) La baja masa ósea y los cambios en la microarquitectura del tejido óseo son características distintivas de esta enfermedad sistémica del esqueleto. Como consecuencia de estas alteraciones, disminuye la resistencia ósea y aumentan la fragilidad y la susceptibilidad a las fracturas (11). La osteoporosis, una afección crónica que empeora con la edad, está relacionada con diversas enfermedades y terapias y se ve afectada por factores relacionados con el estilo de vida, la genética y el medio ambiente.(11).

El hueso es un tejido dinámico que experimenta un proceso continuo de remodelación y recambio, su tamaño, resistencia y mineralización aumentan durante las etapas de desarrollo, alcanzo su punto máximo en la tercera década de la vida, posteriormente se inicia una gradual y lenta pérdida de masa ósea.(11)(14)

En las mujeres, la pérdida de masa ósea comienza más tempranamente y se acelera cuando finaliza la producción de estrógenos. En la perimenopausia y los primeros años tras la menopausia es cuando primero aumenta la tasa de pérdida (11). Aunque la tasa de pérdida ósea en los primeros años de la posmenopausia es muy variable, suele volver a niveles comparables a los de los años preclimatéricos en la gran mayoría de las mujeres.(11)(14)

Los principales indicadores de la disminución de la densidad mineral ósea son la edad y el tiempo transcurrido desde el inicio de la menopausia. La edad media a la que la puntuación T de una mujer sana es inferior a -2,5 desviaciones estándar a los 85 años (11). La osteoporosis y las fracturas son más probables en las mujeres que han recibido tratamiento previo con glucocorticoides, tienen un índice de masa corporal bajo o una pérdida de peso importante, están inmóviles y débiles, o tienen un déficit de calcio y vitamina D.(11)

Los factores de riesgo para desarrollar osteoporosis son:

- Menopausia precoz, ya sea natural o quirúrgica
- Consumo del alcohol
- Consumo de cafeína
- toxicomanías principalmente tabaquismo

- No tener hijos
- Períodos de amenorrea
- Uso prolongado de algunos medicamentos como los corticoesteroides.
- Enfermedad tiroidea, artritis reumatoide y condiciones que afectan la absorción intestinal de calcio.
- Dieta con pobre ingesta de calcio por períodos prolongados, especialmente en la adolescencia y juventud.
- Estilo de vida sedentario.
- Historia familiar de fracturas
- Mas de cinco episodios diarios de sofocos y sudoración(14)

La consecuencia más importante de la osteoporosis es la fractura principalmente del cuello del fémur debido a que estas son las que presentan una elevada morbilidad y mortalidad y por lo consiguiente el gasto sanitario que conlleva. (14)

Enfermedades cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular se deriva de la arteriosclerosis, la cual incrementa durante el periodo de la menopausia, mientras diversos estudios demuestran que en una mujer con una función ovárica normal la morbimortalidad por esta causa es de 1/6 frente a los varones, en la menopausia el riesgo va incrementando hasta aproximarse al de los hombres, llegando a ser similares hasta los 65 años(14)

Los mecanismos que se vinculan con el incremento de la incidencia de complicaciones tras la menopausia incluyen el aumento de colesterol de baja densidad, la disminución de colesterol de alta densidad, aumento en los niveles de lipoproteína A y una mayor frecuencia de hipertensión arterial(14)

Se conoce que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de fallecimiento en los países desarrollados La incidencia y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares se elevan con la edad, alcanzando su pico alrededor de los 65 a 70 años.(11)

Se caracterizan por tener una etiología multifactorial, el incremento de riesgo coronario está ligado sobre todo al incremento de factores de riesgo que aparecen

con la edad como el envejecimiento, la hipertensión arterial, la dislipemia, la diabetes, el hábito tabáquico, el sedentarismo, la obesidad y los antecedentes familiares son los principales factores de su desarrollo pudiéndose potenciar entre sí(11)

El descenso en la producción de estrógenos durante la transición a la menopausia provoca un incremento del colesterol de baja densidad, una reducción del colesterol de alta densidad y un aumento en la tasa de triglicéridos; favoreciendo la aparición de placas de ateroma y el avance de la aterosclerosis coronaria, aumentando las posibilidades de padecer patologías cardiovasculares.(11)

Alteraciones metabólicas.

Síndrome metabólico:

La obesidad visceral y la resistencia a la insulina constituyen el síndrome metabólico, este incluye un incremento en la grasa central corporal, desviación del perfil lipídico aterogénico y aumento de la glucosa, posterior a la menopausia su incidencia es de 30 a 35% secundaria a hipoestrogenismo(15)

En las mujeres postmenopáusicas de 50 a 59 años la prevalencia e incidencia del síndrome metabólico es alrededor del 35%. En los últimos años este porcentaje ha incrementado y se estima que la mitad de todas las enfermedades cardiovasculares en la mujer se relacionan con el síndrome metabólico(15).

Obesidad y menopausia:

Actualmente no se conoce ninguna causa del aumento de peso durante la menopausia. Algunas causas se basan en la disminución de estrógenos endógenos, mientras que otras están más directamente relacionadas con el envejecimiento (16). La aromatización de la androstenediona, que se convierte en estrona, y la conversión periférica de estrona en estradiol son las principales fuentes de estrógenos endógenos durante la menopausia. El hipoestrogenismo se ha relacionado con alteraciones fisiológicas que provocan un aumento de peso durante esta época (16).

Hasta un 40% en mujeres postmenopáusicas obesas se presentan concentraciones de estrona en suero más que en las no obesas.(16)

La pérdida de peso corporal está vinculada a efectos perjudiciales para la salud, empeorando debido a la alteración en la distribución de la grasa. El incremento de grasa visceral puede favorecer la aparición de insulinoresistencia y sus efectos clínicos como la intolerancia a carbohidratos, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la dislipemia.(16).

Debido a que la menopausia muestra una asociación con reducción del gasto energético esto como consecuencia de la disminución de la tasa metabólica y la actividad física, la mayoría de las mujeres que ingresan en el periodo perimenopáusico deberían adoptar estrategias de comportamiento que les permitan aumentar la actividad física y a reducir la ingesta calórica(16)

Diabetes y menopausia:

La resistencia a la insulina y la diabetes son patologías muy prevalentes en las mujeres de mediana edad, y su prevalencia incrementa con la edad. El metabolismo de la glucosa empeora con el incremento de peso y envejecimiento, existe evidencia que los cambios hormonales que ocurren en la menopausia pueden contribuir a un empeoramiento del metabolismo de la glucosa(17).

Tiroides y menopausia:

El hipotiroidismo es considerado como una alteración que puede presentarse de manera asintomática o subclínica en la mayoría de las mujeres, su incidencia incrementa con la edad, con una prevalencia de 8 a 10% a partir de los 40 años, y puede afectar hasta el 12% de las mujeres mayores de 60 años, incluso algunas bibliografías mencionan que es posible afectar hasta el 30% de las mujeres a partir de los 60 años(18).

Resulta difícil distinguir entre los trastornos tiroideos y el hipotiroidismo, esto se debe a que muchas mujeres experimentan síntomas de depresión, sensación de frío, letargo, debilidad, confusión mental y amenorrea, todos ellos similares a los del hipotiroidismo. Los trastornos tiroideos se crean durante los cambios hormonales,

como la pubertad, el embarazo, el parto, el puerperio y la menopausia, y también hay cambios en la concentración de estrógenos durante estas etapas. No obstante, se ha demostrado que la terapia hormonal altera la hormona estimulante del tiroides (TSH) en las mujeres que pasan por la menopausia. (18).

Las alteraciones en la función tiroidea están relacionadas con modificaciones en la concentración de estrógenos, asociada directamente con la hormona liberadora de la tiroides, la cual estimula la producción y secreción de hormona estimulante de la tiroides en el hipotálamo. Esta relación se debe a que los estrógenos pueden aumentar la síntesis de receptores de TRH en la hipófisis y regular la secreción de TSH, tal como ocurre durante el embarazo y con la terapia estrogénica; Durante la menopausia, la disminución de los receptores de TRH provocan un aumento en la secreción de TSH(18).

4.6 Escala de valoración

Existen variables instrumentos para evaluar la presencia de síntomas y signos que se asocian a la menopausia y climaterio. El que se propone utilizar en Latinoamérica es la escala conocida como Menopause Rating Scale o Score (MRS) que corresponde a un cuestionario de autoevaluación que se integra por 11 ítems que conforman 3 dominios principales: somático, psicológico y urogenital.(20)

Esta escala de valoración es posible aplicarla a cualquier mujer evaluando la calidad de vida sin intromisión del encuestador, cada ítem contiene cinco grados de severidad en la evaluación: siendo el asintomático o 0 puntos, leve equivalente a 1 punto, moderado referente a 2 puntos, severo o 3 puntos e intenso o equivalente a 4 puntos; por lo tanto, el puntaje total oscila entre 0 puntos o paciente asintomática y 44 puntos sintomatología máxima. Múltiples estudios practicados en diversos países permiten validar y estandarizar esta escala, siendo así la intensidad total de la sintomatología en asintomática (0 a 4 puntos), leve entre 5 a 8 puntos, moderada 9 a 15 puntos, y severa con más de 16 puntos(20).

4.7 Intervenciones farmacológicas

La terapia hormonal es un tratamiento aprobado para el tratamiento de los síntomas de la menopausia(19), ha sido aprobada para la prevención de osteoporosis, y

mejorar sintomatología relacionada a la menopausia como los síntomas vasomotores, genitourinarios y psicológicos, entre otros; Varios estudios han demostrado que la terapia hormonal incrementa la esperanza y beneficia la calidad de vida y se demuestra una reducción hasta en el 20 al 50% del riesgo de mortalidad por diversas causas en las pacientes que usan terapia hormonal de reemplazo(19)

Existen dos tipos de terapia hormonal

- Terapia estrogénica sola
- Terapia con estrógenos- progesterona.

Y dos vías de administración importantes como lo es sistémica o local.(19)

Cuando la terapia hormonal se administra de forma individualizada, mejora la sexualidad y la calidad de vida de las pacientes. La terapia hormonal debe personalizarse y adaptarse en función de la sintomatología y las necesidades de prevención de cada mujer, sus antecedentes personales y familiares, los resultados de los estudios pertinentes y sus preferencias y expectativas.(8). Debe formar parte de una estrategia integral que incluya consejos sobre el estilo de vida, la dieta, la actividad física, el abandono del tabaco y el consumo moderado de alcohol para mantener la salud de la mujer durante la perimenopausia y la posmenopausia.(8)

Indicaciones de la terapia hormonal de reemplazo

Terapia sistémica de estrógenos

Presentaciones orales, transdérmicas y vaginales de dosis alta(8)

- Tratamiento de los síntomas vasomotores presentes en el periodo menopáusico.
- Tratamiento del síndrome genitourinario asociado a la menopausia (anteriormente denominado atrofia vaginal y vulvar)
- Prevención de la osteoporosis en mujeres con alto riesgo de fractura(8)

Contraindicaciones

Absolutas

- Sangrado uterino anormal sin explicación o no estudiado
- Enfermedad o disfunción hepática
- Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- Trastornos de coagulación o trombofilia
- Hipertensión arterial no controlada
- Historia de cáncer de mama, endometrio u otra neoplasia dependiente de estrógenos.
- Hipersensibilidad a terapia hormonal
- Antecedente de enfermedad coronaria, accidente cerebro vascular o accidente trombótico isquémico(8)

Es importante prescribir terapia progestacional concomitante cuando el útero se encuentre presente(8)

Relativas:

- Triglicéridos elevados (superiores a 400 mg/dL)
- Alteraciones o de la vesícula biliar
- Riesgo elevado de cáncer de mama(8).

La duración de la administración de los estrógenos o progestágenos identificara el tipo o esquema de terapia hormonal: (9)

- Terapia Cíclica administración de estrógenos del día 1 a 25 días más progestágeno concomitante los últimos 10 a-14 días de haber iniciado la administración de estrógenos.
- Cíclico-Combinado estrógenos de 1-25 días y progestágenos de 1 a 25 días junto con la administración de estrógenos.
- Cíclico continuo o en secuencial de ciclo largo: administración de estrógenos diarios conjunto con progestágeno durante 14 días durante aproximadamente 2 a 6 meses

- Terapia hormonal continúa combinado: administración de estrógeno más progestágeno diariamente sin suspender.
- Hormonal intermitente combinado: ingesta de estrógenos continuos diariamente y progestágenos durante tres días con tres días de descanso(9)

Dosis recomendada de estrógenos administrada: (9)

- Estrógeno conjugado derivado de equinos simples o combinados con acetato de Medroxiprogesterona: dosis de 0.625 mg
- 1 mg dosis estándar de Estradiol y 0.125 mg dosis bajas.
- acetato de noretindrona+ Etinilestradiol.(9)

Dosis recomendadas de progestágenos: (9)

- Acetato de Medroxiprogesterona administrando 2.5 mg o 5 mg por 12 días al mes.
- Progesterona micronizada dosis de 100 o 200 mg por 10 o 12 días al mes
- Acetato de noretindrona administrar 0.35 mg por día o 5 mg por 10 días al mes
- Drospirenona dosis de 3mg día
- Levonogestrel 0.075 mg/día(9).

Preparados no esteroideos

- Tibolona. Medicamento eficaz para los síntomas del climaterio, una molécula con una modesta acción estrogénica, androgénica y progestagénica que disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares al modificar el perfil lipídico y tiene un impacto positivo en el nivel óseo. La ausencia de hemorragia uterina es uno de sus principales beneficios.(8)
- Raloxifeno. Modulador selectivo de los receptores de estrógenos con un impacto estrogénico sobre el metabolismo lipídico y el hueso. Tiene un efecto

antiestrogénico sobre el tejido mamario y el endometrio. Los síntomas vasomotores no se ven afectados.(8)

- Fitoestrógenos. Se comportan similar a los estrógenos débiles, ejerciendo un efecto positivo en el esqueleto, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central. Son una alternativa para mujeres que no necesitan o no requieren consumir estrógenos, están presentes de manera natural en la soja y en general en todos los cereales, legumbres, vegetales, frutas y semillas(8)
- Bifosfonatos. Alendronato, Risedronato y Etidronato. Sustancias que impiden la pérdida de hueso al inhibiendo la resorción ósea de manera eficaz su uso es exclusivamente en la prevención de fracturas. (8)
- Calcitonina. Una hormona administrada para regular el metabolismo del hueso pudiendo reducir su pérdida e incrementando la densidad de este en osteoporosis establecida. Se administrada generalmente vía intranasal(8)

Beneficios – riesgos de la Terapia hormonal.

La indicación primaria de la administración de terapia hormonal es para el tratamiento de los síntomas vasomotores principalmente de moderados a severos(8). Los beneficios superan a los riesgos en la mayoría de las mujeres saludables, si su administración es en menores a 60 años y antes de los 10 años de menopausia. (8)

Beneficios en Síntomas Vasomotores:

La terapia hormonal es efectiva para disminuir los síntomas vasomotores con mostrando hasta 70- 90% de la misma.(8) Todas las dosis ya sean convencional, baja y ultra baja y las distintas vías de administración y esquemas de tratamiento generan este beneficio.(8)

Beneficios en Osteoporosis:

Todos los tratamientos hormonales que incluyen Tibolona y estrógenos conjugados, así como bifosfonatos, ayudan en la disminución de la pérdida ósea en mujeres posmenopáusicas debido a que rescatan densidad mineral ósea, aún los de bajas dosis hormonal(8).

Beneficios en síndrome genitourinario en la menopausia:

La terapia hormonal es eficaz principalmente en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal(8).

Riesgos:

Existen múltiples evidencias sobre los efectos adversos de la Terapia Hormonal dentro de los principales se encuentran: (8)

- Accidentes cardiovasculares
- Cáncer de mama
- Eventos trombóticos.
- Accidentes vasculares cerebrales

Por lo tanto, la terapia hormonal debe ser considerada únicamente cuando exista una indicación precisa, teniendo en cuenta las contraindicaciones y el posible beneficio de cada tratamiento(8).

4.8 Tratamientos alternativos

En la actualidad y propiciado por los riesgos que genera la terapia de reemplazo hormonal se genera mayor interés por las terapias alternativas, a pesar de que la evidencia científica aún es escasa.

Fitoestrógenos

Sustancias de origen vegetal con efectos estrogénicos. Entre los principales fitoestrógenos se encuentran las isoflavonas predominantes en la soja o el tofu, presentes de igual manera en legumbres, algunas frutas y vegetales, como

camote mexicano, cumestanos o alfalfa. De estos tres grupos de fitoestrógenos, las isoflavonas son las más estudiadas (9)(11)

Anti dopaminérgicos

Compuesto de efecto neuroendocrino que actúa sobre el sistema nervioso central. Su administración reduce de forma significativa la aparición de los síntomas vasomotores (11)

La desvenlafaxina es considerada el fármaco inhibidor de recaptura de serotonina y norepinefrina con mayor efectividad en el control de los síntomas vasomotores.(9)

Se conoce que veralaprída es el medicamento antidopaminérgico capaz de reducir en promedio los síntomas vasomotores hasta un 80%(9). Los efectos secundarios que se pueden presentar son de leve a severos, siendo los efectos leves los más comunes tales como: galactorrea, la mastodinia, náuseas, presencia de boca seca, astenia, disnea, taquipnea, y los más severos como depresión y la presencia de discinesias tardías como lo es el Síndrome Parkinsoniano(9).

Tibolona

Conocido como esteroide sintético que se utiliza para reducir los sofocos de forma importante, presenta varias contraindicaciones y efectos secundarios, así como alto riesgo de cáncer de mama. (11)

Modificaciones estilo de vida

Alimentación:

Las dietas equilibradas principalmente reducida en grasas y rica en calcio, vitaminas y fibra es fundamental para prevenir la osteoporosis y disminuir la progresión o presencia de enfermedades cardiovasculares. El déficit de ingesta de calcio o su mala absorción, está altamente relacionada con el desarrollo de la osteoporosis e incremento en riesgo de fracturas. La ingesta de alimentos ricos

en calcio durante la infancia y en períodos especiales como el embarazo y lactancia retardan la pérdida de masa ósea en la postmenopausia (11)

Ejercicio físico:

El ejercicio aumenta la masa ósea de forma paulatina hasta los 30 años, alcanzando su punto máximo, posteriormente desciende más rápidamente en las mujeres que en los hombres tras la menopausia.(11).

El ejercicio es capaz de estimular el desarrollo y la respuesta muscular, mejorando así la calidad del hueso y disminuyendo la tasa riesgo de fracturas. Por otra parte, el ejercicio incrementando los niveles de HDL colesterol ayudando a evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, así como el sobrepeso y la hipertensión arterial.(11)

Hábitos tóxicos:

Se recomienda evitar hábitos tóxicos como el consumo de tabaco y alcohol. Estas sustancias están implicadas en la destrucción ósea, por lo que son considerados factores de riesgo potenciales para la presencia de osteoporosis. (11)

Intervención cognitiva conductual:

Tratamiento cognitivo-conductual disminuye de forma significativa la frecuencia de los síntomas vasomotores,(11.)

V PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital de la Mujer Puebla es un centro de referencia para el estado y sus alrededores, donde se ofrece atención ginecológica, la cual incluye el manejo de la menopausia y el climaterio. En la actualidad, el estudio de la menopausia y el síndrome climatérico no recibe la atención adecuada, por lo que es fundamental ampliar la investigación en este campo. Esto es crucial debido a que la mujer desempeña un papel importante en la sociedad, ya sea en el ámbito familiar, social y profesional, y este periodo de transición impacta significativamente en su calidad de vida. Por ello, el equipo de salud debe promover acciones de prevención y

educación para reducir la intensidad de los síntomas y signos asociados al climaterio y la menopausia.(21)

En México, la menopausia ocurre en promedio a los 47.6 años, con un rango estimado de 41 a 55 años, de acuerdo con el estudio de la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio (REDLINC), el cual reveló que existen diversas variables que influyen en la aparición de la menopausia, demostrando que los síntomas y signos de esta etapa no son universales ni homogéneos, ya que dependen de factores hormonales, psicológicos y socioculturales.(22)

Sin embargo, aún no se cuentan con investigaciones epidemiológicas representativas en el país sobre las mujeres con síndrome climatérico clínicamente identificado, por lo que es considerada a esta población como subestimada, careciendo de la atención adecuada para mejorar su calidad de vida y fomentar la salud postmenopáusica. Esta situación motiva a los profesionales de la salud a realizar investigaciones para incrementar el conocimiento y mejorar las actitudes de las mujeres de 45 a 55 años que acuden a consulta ginecológica, promoviendo un estilo de vida saludable.(22)

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Las pacientes que se encuentran en la edad de 45 a 55 años no son diagnosticadas en forma oportuna como climaterio o menopausia en área de consulta externa?

VI OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar a las mujeres de 45 a 55 años que no son diagnosticadas en forma oportuna con climaterio y menopausia en la consulta externa de ginecología del hospital de la mujer durante el periodo marzo 2023 a marzo 2024

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Describir el porcentaje de mujeres en las etapas de climaterio y menopausia de acuerdo con la clasificación de estadios reproductivos STRAW, sintomatología y perfil hormonal.

- b) Analizar los factores sociodemográficos de las mujeres durante el climaterio.
- c) Determinar el patrón menstrual de las pacientes incluidas en el estudio
- d) Describir el diagnóstico concluyente de las pacientes incluidas en este estudio.
- e) Analizar los principales factores de riesgo de las enfermedades concomitantes en la población estudiada.

VII MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se realizó en mujeres de 45 a 55 años que acudieron a consulta externa de ginecología del Hospital de la Mujer IMSS Bienestar, en el estado de Puebla, en el periodo comprendido 01 marzo del 2023 al 01 marzo 2024.

El tipo de estudio en esta investigación es prospectivo, observacional, transversal y homodémico. Las mujeres participantes de este estudio fueron captadas de forma consecutiva a medida que acudían a las consultas de primera vez y subsecuente en el Hospital de la mujer, Puebla.

La recolección de datos objetivos y subjetivos se realizó mediante la aplicación de cuestionarios impresos que contenía preguntas en relación con el perfil sociobiodemográfico, de manera conjunta se incluyeron preguntas de conocimiento, tales como que es climaterio y menopausia, signos y síntomas, consecuencias en su vida, preguntas que, planteadas de acuerdo con bibliografías revisadas, previamente valorada por los asesores de protocolo.

En el estudio se utilizó la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS), validada en Chile en 2008 por Prado y sus colegas. Esta escala evalúa la presencia y la severidad de los síntomas típicos del climaterio y la menopausia, organizada en tres dominios: vasomotor, psicológico y urogenital, con un total de 11 ítems, donde 0=no experimenta molestia; 1=experimenta molestia leve; 2=experimenta molestia

moderada; 3=experimenta molestia grave; 4=experimenta molestia extremadamente grave.

Todos los datos fueron analizados utilizando los softwares GraphPad Prism®, versión 8, para Windows® y SPSS®, versión 25, para Windows®. Se utilizó estadística descriptiva para los datos generales de la población en estudio (características ginecobstétricas, clínicas y sociodemográficas). Para las variables cuantitativas con distribución normal o paramétrica, se empleó la media como la medida de tendencia central y la desviación estándar (\pm) como medida de dispersión; mientras que para las frecuencias que mostraron una distribución no normal o no paramétrica se utilizó la mediana y la amplitud o rango intercuartílico (RIC).

Todos los valores por debajo de $p < 0.05$ fueron tomados como estadísticamente significativos.

VIII CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.1 Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 45 a 55 años que acuden a consulta en el área de ginecología.

8.2 Criterios de exclusión:

- Mujeres diagnosticadas con síndrome climatérico y / o menopausia previamente
- Mujeres que se encuentren en tratamiento para síndrome climatérico y menopausia.
- Pacientes que presentan menopausia quirúrgica

8.3 Criterios eliminación

- Pacientes que no acepten la aplicación de cuestionario
- Paciente que no se realizaron perfil hormonal

IX CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio se llevó a cabo alineado con los principios éticos del Código de Nuremberg y las directrices de la Declaración 64° de la Asamblea Médica Mundial

de Helsinki, realizada en Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013. Se enfatizó la necesidad de adquirir el consentimiento informado, asegurando así la participación voluntaria y consciente de los cuidadores primarios de los pacientes crónicos. La información recopilada se manejó con la mayor discreción, sin identificar a los participantes por nombre para mantener su confidencialidad.

Los instrumentos de estudio se implementaron en las instalaciones del Hospital de la Mujer, Puebla. El comité aseguró la adhesión a los principios bioéticos en la investigación y aprobó el procedimiento del estudio. Antes de recopilar cualquier dato, se informó a las participantes sobre los fines del estudio mediante una carta de consentimiento informado, la cual se validó con la firma de aquellos que accedieron a contribuir en la investigación. Se respetó la privacidad y el anonimato de los participantes en todo momento, su participación fue completamente voluntaria y sin ninguna condición o repercusión. No se incurrió en costos ni se ofreció remuneración a los participantes.

Este estudio se realizó en cumplimiento con la Norma Oficial Mexicana NOM 012-SSA3-2012, que dicta los criterios para la realización de proyectos de investigación en salud humana. Se garantizó la consideración de los aspectos éticos y se respetó el bienestar y la integridad física de todos los participantes, conforme a lo establecido en el artículo 43 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Los participantes fueron informados acerca de la finalidad del estudio y el manejo de la información recolectada antes de iniciar la investigación, y se obtuvo el consentimiento informado de cada individuo bajo observación. De acuerdo con dicha ley este estudio se clasificó como: ***Investigación con riesgo mínimo***: «estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y

ñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 mL. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros».

X RESULTADOS

En total estudio participaron 120 mujeres, con una edad de 48.0 años, la paciente más joven con una edad de 45 años y la paciente con mayor edad de 55.

En la escolaridad, 51 pacientes habían cursado hasta la primaria (42.5 %), 41 hasta la secundaria (34.2 %), 15 la preparatoria (12.5 %), 12 hasta la licenciatura (10.0 %) y 1 tenía otra escolaridad (0.8 %) (Figura 1).

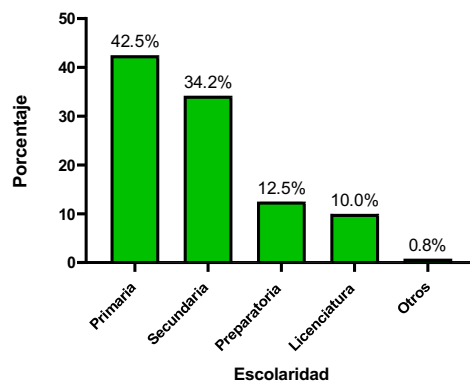


Figura 1. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de su escolaridad.

Fuente: análisis de datos recolectados en Hospital de la Mujer Puebla IMSS

Bienestar

Sobre la ocupación, 93 eran amas de casa (77.5 %), 12 eran empleadas u obreras (10.0 %), 8 eran comerciantes (6.7 %), 1 era estudiante (0.8 %) y 1 era profesionista (0.8 %), además 5 tenían otra ocupación diferente (4.2 %) (Figura 2).

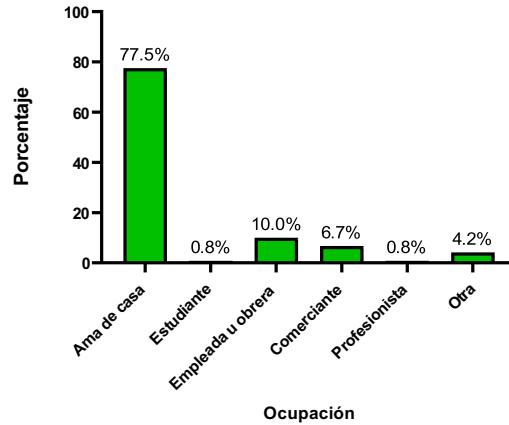


Figura 2. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de su ocupación.
Fuente: análisis de datos recolectados Hospital de la Mujer Puebla IMSS Bienestar

En cuanto al estado civil, 60 pacientes vivían en unión libre (50.0 %), 42 eran casadas (35.0 %), 17 eran solteras (14.2 %) y 1 era divorciada (0.8 %) (Figura 3).

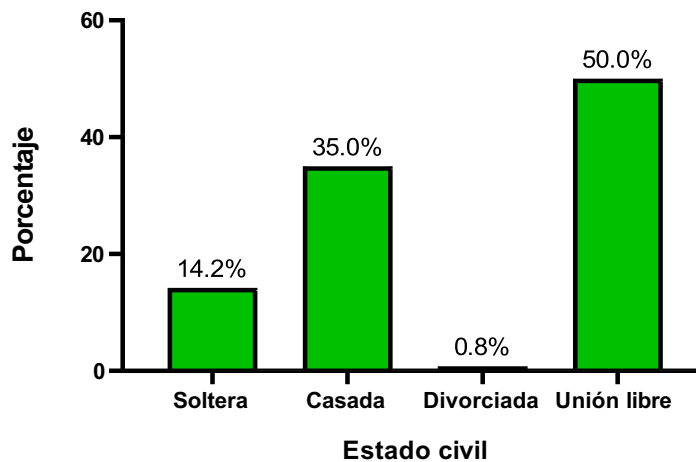


Figura 3. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de su estado civil.
Fuente: análisis de datos recolectados hospital de la Mujer Puebla IMSS Bienestar

En su estilo de vida 12 ingerían bebidas alcohólicas con regularidad (10.0 %) y 13 fumaban (10.8 %).

En sus antecedentes patológicos 69 tenían alguna comorbilidad (57.5 %) (Figura 4), 40 tenían sobrepeso u obesidad (33.3 %), 30 hipertensión arterial sistémica (25.0%), 20 diabetes mellitus (16.7%), 2 enfermedades cardiovasculares (1.7 %), 2 coagulopatías (1.7 %), 1 osteoporosis (0.8 %), además 25 padecían otra comorbilidad (20.9 %) (Figura 5).

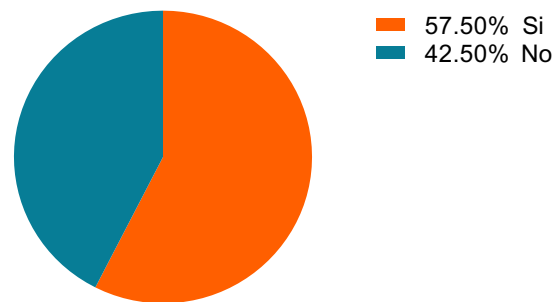


Figura 4. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de la presencia de comorbilidades.

Fuente: análisis de datos recolectados Hospital de la Mujer Puebla, IMSS
Bienestar

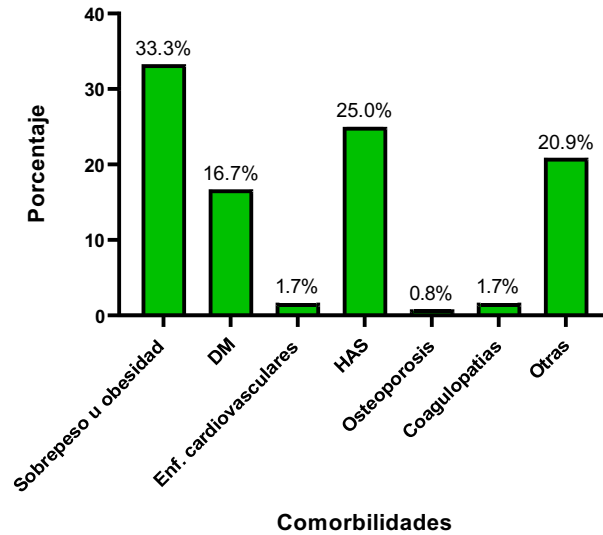


Figura 5. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de las comorbilidades presentadas.

Fuente: análisis de datos recolectados, Hospital de la Mujer Puebla IMSS Bienestar

En los antecedentes ginecoobstetricos, en las gestas 31 habían tenido dos gestas (25.8 %) 30 tres (25.0 %), 18 una (15.0 %), 15 cinco (12.5 %), 12 cuatro (10.0 %), 8 ninguna (6.7 %), 4 seis (3.3 %) y 2 nueve (1.7 %) (Figura 6). En relación con la vía de resolución se obtuvo que 31 pacientes fueron principalmente por vía vaginal, mientras que la cesárea predominó 30 pacientes con esta vía de resolución.

En cuanto al tiempo de alteración del ciclo menstrual fue de 4.0 meses (RIC 2.0 – 6.0).



Figura 6. Distribución de numero de eventos obstétricos.

Fuente: análisis de datos recolectados Hospital de la Mujer Puebla, IMSS
 Bienestar

De acuerdo con escala de valoración menopáusica MRS, De manera categórica, la gravedad somática fue moderada en 56 pacientes (46.7 %), leve en 38 (31.7 %), ausente en 24 (20.0 %) y severo en 2 (1.7 %) (Figura 7).

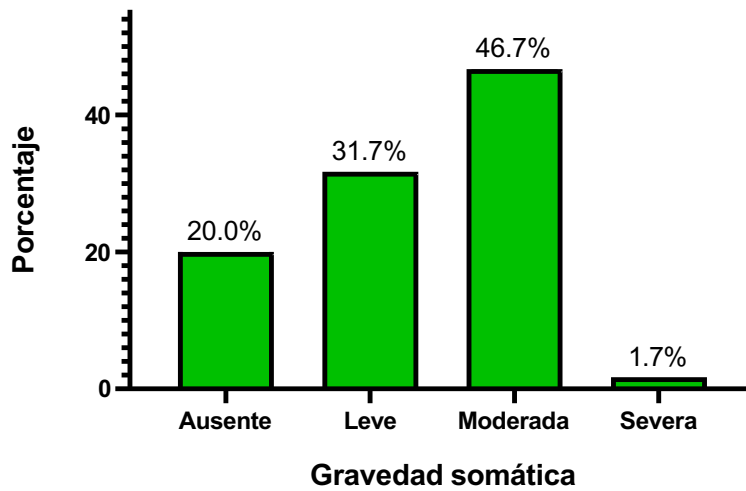


Figura 6. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de la gravedad somática.

Fuente: análisis de datos recolectados hospital de la Mujer Puebla, IMSS bienestar

La gravedad psicológica estuvo ausente en 39 pacientes (32.5 %), leve en 37 (30.8 %), moderada en 33 (27.5 %) y severa en 11 (9.2 %) (Figura 8).

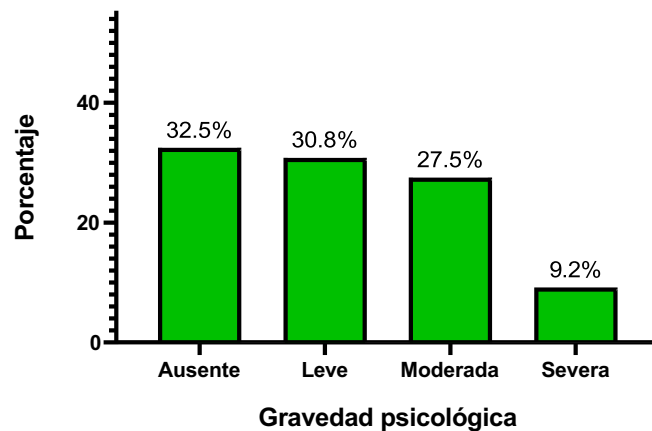


Figura 7. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de la gravedad psicológica. Fuente: análisis de datos recolectados, Hospital de la Mujer Puebla IMSS Bienestar.

La gravedad urogenital fue severa en 41 (34.2 %), moderada en 35 (29.2 %), leve en 32 (26.7 %) y ausente en 12 (10.0 %) (Figura 9).

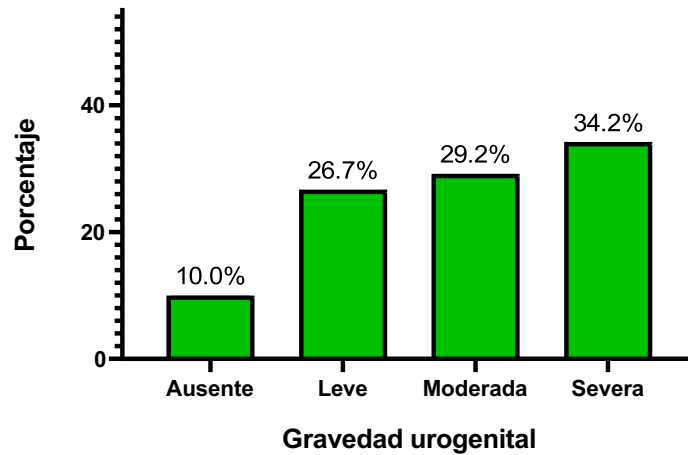


Figura 8. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de la gravedad urogenital.

Fuente: análisis de datos recolectados Hospital de la Mujer Puebla, IMSS
Bienestar

En el sistema de estadificación STRAW +10, 45 mujeres fueron estadio -1 (37.5 %), 37 en estadio -2 (30.8 %), 39 en -3 (24.2 %) y 9 en -4 (7.5 %) (Figura 10); el estadio -1 y -2 son la etapa de transición a la menopausia y forman parte del síndrome climatérico, ambas representaron el 68.3 %.

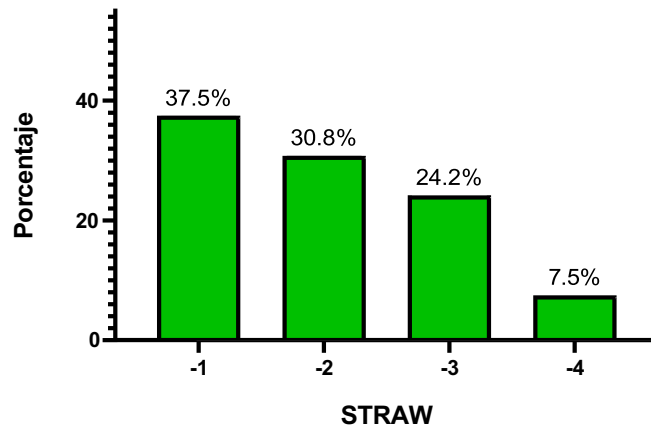


Figura 9. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo de la estratificación STRAW.

Fuente: análisis de datos recolectados Hospital de la Mujer Puebla, IMSS Bienestar
 Sobre la referencia de conocimiento del climaterio y la menopausia, 42 pacientes refirieron tenerla (35.0 %)

El diagnóstico obtenido en la consulta ginecológica fue en 49 pacientes que presentaban Sangrado uterino anormal (40.8 %), de estas 34 fueron diagnosticadas con miomatosis uterina de pequeños elementos (28.3 %), en 14 pacientes fue el quiste anexo (11.7 %), en 7 fue el prolapso de órganos (5.8 %), en 3 fue la endometriosis, diagnósticos como la incontinencia, (2.5 % cada uno), en solo en 2 pacientes fue el absceso en mama (1.7 %), en 1 fue el cistocele y en 1 fue la enfermedad fibroquística en mama (0.8 % cada uno) (Figura 12).

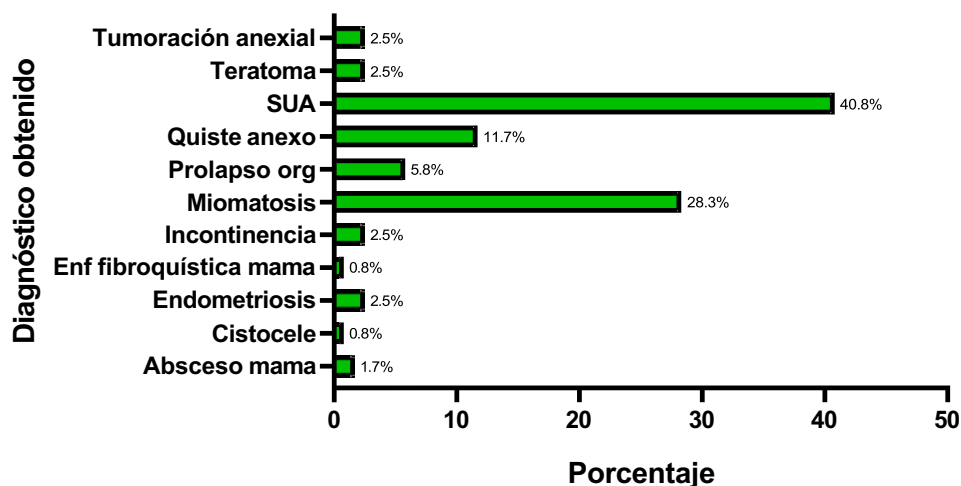


Figura 10. Distribución porcentual de las pacientes dependiendo del diagnóstico obtenido.

Fuente: análisis de datos recolectados, Hospital de la Mujer Puebla IMSS Bienestar.

En 38 pacientes el diagnóstico se complementó con mastografía (31.7 %) y en 8 con densitometría (6.7 %).

XI DISCUSION

El climaterio es una etapa que puede traer diferentes molestias a las mujeres; existen diferentes tratamientos con variadas tasas de éxito que pueden disminuir dichas molestias y mejorar la calidad de vida de las pacientes; no obstante, muchas mujeres son captadas después de la menopausia ya sea porque no acuden a atención medica previa o porque este último no detecta los síntomas del síndrome climatérico.

En el presente estudio participaron 120 mujeres con relación a la edad el mayor porcentaje de mujeres que acudieron a la consulta de ginecología en el hospital de la mujer fue de 46 a 50 años siendo predominante la edad de 48 años; a diferencia de estudios realizados en Tapachula, Chiapas por Epifanio en 2012 donde se demostraba que el predominio de edad era 45 a 59 años siendo predominante 50.3 +- 4 años. (23) en su escolaridad se observó que lo más frecuente era la primaria y

que a medida que aumentaba el nivel educativo el porcentaje de quienes lo habían concluido era cada vez menor, esto en relación con la literatura la cual puede representar un problema al momento de buscar atención médica, ya que las pacientes tienen poca información sobre que es el climaterio y muchas veces reciben la falsa información de que los síntomas deben soportarse

En el estudio realizado en Tapachula Chiapas, por Epifanio 2012 (23) se encontró que los factores sociodemográficos predominantes de la población estudiada era ama de casa (64.7%) casadas, (55.1%) con promedio de 3 hijos por mujer (26.7%), Por su parte Castillo Valencia M (24), en sus estudios de investigación sobre la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes aplicadas frente al climaterio en mujeres de 40 a 59 años; demostró que la mayoría de las mujeres encuestadas tuvieron entre 40 a 50 años (56,3%) con predominio en nivel secundario (39,8%); sin embargo en relación con las pacientes de nuestro estudio, se encontró que la ocupación de la gran mayoría era ama de casa,(77.5%), su estado civil unión libre (50%), teniendo similitud en los estudios presentados, con mayor predominio en nuestro estudio en los antecedentes ginecoobstetricos, la mayoría había tenido entre 1 y 5 gestas con promedio 4, a diferencia del estudio realizado por Epifanio.

Más de la mitad padecía alguna comorbilidad, la principal fue el sobrepeso o la obesidad seguida de hipertensión arterial sistémica, y diabetes mellitus, esto es esperado dado que es una muestra de mujeres mexicanas adultas y al observar el sobrepeso y obesidad como principal comorbilidad, es de cierta manera lógico que exista también hipertensión arterial y diabetes mellitus. La mayoría de las pacientes solo padecían una o dos comorbilidades, dado que aún es una muestra medianamente joven para tener muchas comorbilidades, lo que las colocaría en un lugar de mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares.

Sobre la referencia de conocimiento en menopausia y climaterio 42 pacientes refirieron tenerla (35%) Por otra parte, Molina A. y Moreno B. (25) en su investigación demostraron, que la mitad de las pacientes (50%) tienen un conocimiento satisfactorio sobre climaterio y menopausia. Mientras que Garrido Valdez, (26) en su estudio concluyó, que existe un nivel de conocimiento elevado

con respecto al climaterio y la menopausia en el 56% en su población de mujeres encuestadas. En estas dos investigaciones en los que se estudiaron ambas variables, sus resultados fueron mayores porcentualmente al hallado en el presente estudio, esto debido a que en ambas investigaciones la selección de su muestra fueron pacientes atendidas en los servicios de ginecología en sus respectivos hospitales; y en los cuales recibieron capacitación y charlas oportunas sobre el tema a diferencia de nuestro hospital.

En la escala MRS, se observó que las mujeres experimentaban importantes síntomas somáticos y urogenitales que resultaron con una gravedad de moderada a severa; los síntomas y la gravedad psicológica fue mejor, aunque si se observaron pacientes con gravedad moderada y severa; esto muestra la importancia del trabajo multidisciplinario, puesto que un número importante de mujeres presentan ansiedad y depresión antes y después de la menopausia, aunque ninguna de las participantes tenían diagnosticado el climaterio. En relación con este último punto el 68.3 % de las mujeres se encontraba ya en la etapa de transición de la menopausia de acuerdo con la estratificación STRAW+10, es decir, que presentaban síntomas del síndrome climatérico, aunque como se mencionó, entre los diagnósticos ninguna tenía “menopausia o climaterio” entre ellos, por esto mismo a pocas pacientes se les había realizado una mastografía o densitometría. Un estudio de Ortiz-Luna et al., observó que las pacientes con una edad promedio de 49.9 ± 5.01 se encontraban en STRAW -1 y -2, algo similar a la edad de las pacientes del presente estudio (27).

En relación con los resultados de la escala de valoración menopaúsica lo encontrado en este trabajo es contrario a lo que encontraron Prado et al., en su trabajo, dado que el dominio más afectado en sus pacientes fue el psicológico, aunque su muestra incluyo a pacientes de 40 a 59 años (28).

Hasta nuestro conocimiento no existen estudios epidemiológicos sobre la incidencia o prevalencia del síndrome climatérico no diagnosticado, lo que hace difícil la comparación de los presentes resultados con otros trabajos, los datos epidemiológicos sobre el climaterio reportados en varios estudios se limitan a la edad en la que aparece (en promedio a los 48 años en mexicanas) (29), su duración

y los síntomas involucrados, pero no en conocer cuantas mujeres no son detectadas.

XII CONCLUSIONES

En conclusión, este estudio resalta la importancia del reconocimiento temprano y el manejo adecuado del síndrome climatérico en mujeres perimenopáusicas. La prevalencia de síntomas somáticos y urogenitales, así como la presencia de comorbilidades como el sobrepeso y la hipertensión arterial, subrayan la necesidad de una atención integral durante esta etapa de la vida de la mujer.

De igual manera, se recomienda que varias disciplinas, entre ellas la psicología, la medicina interna y la ginecología, supervisen la creación de un equipo multidisciplinar de expertos que desarrolle y lleve a cabo programas de apoyo y orientación para la población con más probabilidades de acercarse a las etapas de la menopausia y el climaterio.

Además, la falta de diagnóstico de síndrome climatérico en un alto porcentaje de las participantes revela una brecha en la detección de esta condición en la práctica clínica. Se requieren futuras investigaciones epidemiológicas para comprender mejor la incidencia y prevalencia del síndrome climatérico por lo que se sugiere continuar con las investigaciones de manera prospectiva, con evaluaciones más completas durante la consulta de ginecología lo que permitirá mejorar las estrategias de atención y promover la salud integral de las mujeres en este grupo etario.

XIII REFERENCIAS

1. Torres Jiménez, Ana Paola, & Torres Rincón, José María. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(2), 51-58. Recuperado en 03 de diciembre de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es&tlng=es.
2. Bravo Polanco, Eneida, Águila Rodríguez, Narciso, Benítez Cabrera, Carmen Amalia, Rodríguez Soto, Dayamí, Delgado Guerra, Alexander José, & Centeno Díaz, Alina. (2019). Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. *MediSur*, 17(5), 719-727. Epub 02 de octubre de 2019. Recuperado en 03 de diciembre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000500719&lng=es&tlng=es.
3. Salvador, J., (2008). Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54(2),71-78.[fecha de Consulta 3 de diciembre de 2024]. ISSN: 2304-5124. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428188003>
- 4 Karina Orozco-Rocha, Rebeca Wong y Alejandra Michaels Obregón. Atrición en encuestas de panel en México: la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México(ENASEM). https://www.inegi.org.mx/rde/rde_24/rde_24.pdf.
5. StuDocu. (n.d.). Menopausia y climaterio. Universidad Vasco de Quiroga. Recuperado el 4 de diciembre de 2024, de <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-vasco-de-quiroga-ac/embriologia/menopausia-y-climaterio/10816930>
6. Yanes, M., Chio, I., & Pérez, R. (2012). Satisfacción personal de la mujer de edad mediana y su relación con otros factores de la vida cotidiana. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 38(2), 199-213.

7. Ayala-Peralta, F. D. (2020). Estrategias de manejo durante el climaterio y menopausia: Guía práctica de atención rápida. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 9(2), 34–41. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020204>
8. Sociedad Obstétrica y Ginecológica de Buenos Aires. (2018). *Consenso sobre terapia hormonal en la menopausia (THM)*. Recuperado el 4 de diciembre de 2024, de https://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_THM_2018.pdf
9. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013 2013 2013 . disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/019GER.pdf>
10. Instituto Nacional de Perinatología. (2019). Guía médica del climaterio. Instituto Nacional de Perinatología. Disponible en: <https://inper.mx/descargas2019/pdfguiamedicaclimaterio.pdf>.
11. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. (2004). Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, & Centro Cochrane Iberoamericano. <https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC menopausia definitiva.pdf>.
12. Kaunitz y Manson Manejo de Síntomas de la Menopausia © 2015 The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2015;126:859-76) www.greenjournal.org.
13. Silva, I., & Naftolin, F. (2013). Brain health and cognitive and mood disorders in ageing women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(5), 661-672.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, & Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). (1995). Complicaciones patológicas de la menopausia. AETS - Instituto de Salud Carlos III. Disponible en:

<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=05/11/2012-9cc1af2949>.

15. Tabares-Trujillo, María Katherine, Aguilera-Pérez, Jesús Rafael, Velázquez-Valassi, Beatriz, Garza-Ríos, Pablo, Angulo-Torres, Lizbeth Citlalli, & García-Ruiz, Rosalía. (2012). Síndrome metabólico en menopausia: implicaciones de la terapia hormonal. *Perinatología y reproducción humana*, 26(1), 26-29. Recuperado en 13 de diciembre de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100004&lng=es&tlng=es.

16. Pavón de Paz, I., Alameda Hernando, C., & Olivar Roldán, J. (2006). Obesidad y menopausia. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 633-637. Recuperado en 13 de diciembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900001&lng=es&tlng=es.

17 Shifren, J. L., & Gass, M. L. S. (2014). The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 21(10), 000-000. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000319>.

18 Hernández VM, Córdova PN, Zárate A, Basurto L y col. Modificación de la agudización de los síntomas de la menopausia e hipotiroidismo con tratamiento de sustitución tiroidea. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(10):571-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0810b.pdf>

19. CONSENSO FASGO: "Estado actual del tratamiento en climaterio " SF. Recuperado de: [https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRATAMIENTO EN CLIMATERIO.pdf](https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRATAMIENTO_EN_CLIMATERIO.pdf)

20. Monsalve C, Reyes V, Parra J, Chea R. Manejo terapéutico de la sintomatología climaterica. *Rev. Perú Ginecol Obstet*. 2018;64(1):43-50 Disponible en:

<file:///C:/Users/anna9/OneDrive/Documentos/menopausia%20y%20climaterio/a07v64n1.pdf>

21. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, & Centro Provincial de Ciencias Médicas Provincia de Cienfuegos. (2019). Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. MediSur, 17(5), 719-727. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180061640013/html/>

22. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. (s.f.). Estudio del climaterio y la menopausia. Recuperado de https://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/10Estudio%20del%20climaterio%20y%20la%20menopausia.pdf

23. Cruz Martínez, Epifanio A., Cruz Anguiano, Verónica. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.55 no.4 Ciudad de México jul./ago. 2012

24. Álvarez Gómez, Rafael, Martín Gramcko, Emma, & Bordones de Álvarez, Milagros. (2008). Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 68(1), 32-40. Recuperado en 18 de diciembre de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322008000100007&lng=es&tlnq=es.

25. Molina Merchan A y moreno Cobos A. Conocimientos y prácticas en el climaterio y menopausia en mujeres de consulta externa del dispensario central de IESS. Cuenca.2014. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador. 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22505/1/TESIS.pdf>

26. Garrido Valdés L. Nivel de conocimientos y actitudes sobre el climaterio y menopausia en pacientes del servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hos durante el mes agosto de años 2015 (Tesis de pregrado). Universidad privada san Juan Bautista. Lima. 2016. Disponible en:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1152/TTPMCLisseth%20Garrido%20Valdez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

27. Ortiz-Luna GF, Arellano-Eguiluz A, Sánchez-Ceballos A, Salazar-Jiménez C, Escobar-Del Barco LG, Zavala-García A. Demographic, biochemical and symptomatic description according to STRAW + 10 reproductive stages in Mexican women in peri and postmenopause. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(1):29–40.

28. del Prado MA, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa RJ, Flores D, Blumel JEM. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause rating Scale). *Rev. Med Chil.* 2008;136(12):1511–7.

29. Horský J, Presl J. Climacteric and Menopause. *Ovarian Funct its Disord.* 1981;61:131–48.

30. Merlo JG, Bosquet JG, Ginecología. Pubertad y climaterio. 10th edición. p. 63 – 86.

31. Velasco, V., Navarrete, E., Ojeda, R., Pozos, J., Camacho, M., Cardona, J. M. de los A., & Cardona Pérez, J. A. (2000). Experiencias y conocimientos sobre climaterio y menopausia en mujeres de la ciudad de México. *Gaceta Médica de México*, 136(6). Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=es&nextAction=lnk&expr>.

32. R. J. Baber, N. Panay & A. Fenton the IMS Writing Group (2016): 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy, *Climacteric*, DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166

33. Harper-Harrison G, Shanahan MM. Hormone Replacement Therapy. [Updated 2023 Feb 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493191/>

34. Araya Gutiérrez, Alejandra, Urrutia Soto, María Teresa, & Cabieses valdes, Báltica. (2006). climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar

según la etapa del periodo. ciencia y enfermería, 12(1), 19-27.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000100003>.

35. Berni NIO, Luz MH, Kohlrausch SC. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climaterio. Rev Bras Enferm 2007 maio-jun; 60(3):299-306.

36. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Disponible en: [GPC menopausia definitiva.pdf \(cochrane.org\)](#)

37. Robinson D, Cardozo L. The menopause and HRT. Urogenital effects of hormone therapy. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2003; 17: 91-104.

38. Baber RJ, Templeman C, Morton T, Kelly GE, West L. Randomized placebo-controlled trial of an isoflavone supplement and menopausal symptoms in women. Climacteric 1999; 2: 85-92. Knight DC, Howes JB, Eden JA. The effect of Promensil, an isoflavone extract, on menopausal symptoms. Climacteric 1999; 2: 79-84.

XIV ANEXOS

14.1 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p style="text-align: center;">BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA HOSPITAL DE LA MUJER ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</p> <p style="text-align: center;">Carta de consentimiento informado</p>
<p style="text-align: center;">Nombre del estudio:</p>
<p style="text-align: center;">INCIDENCIA DE SÍNDROME DE CLIMATERIO NO DIAGNOSTICADO EN MUJERES DE 45 A 55 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA DE GINECOLOGÍA</p>
<p style="text-align: center;">Lugar</p>
<p style="text-align: center;">Servicio de Consulta Externa, Hospital de la Mujer</p>
<p style="text-align: center;">Número de registro institucional: Pendiente</p>
<p style="text-align: center;">Objetivo:</p>
<p>Conocer la incidencia de las mujeres que presentan síndrome climatérico no diagnosticado en el hospital de la Mujer, mediante el sistema STARW +10</p>
<p style="text-align: center;">Procedimientos a realizar:</p>
<p>Si usted acepta participar en el estudio, se le pedirá que responda unas preguntas sobre como se siente con respecto a la menopausia</p>
<p style="text-align: center;">Molestias y posibles riesgos:</p>
<p style="text-align: center;">Ninguno</p>
<p style="text-align: center;">Información sobre resultados:</p>
<p>Si usted lo desea podrá conocer sus resultados cuando el estudio termine, para esto deberá decirlo al médico en el momento en el que firme este documento.</p>
<p style="text-align: center;">Participación o retiro:</p>
<p>Su participación en este estudio es voluntaria, eso significa que usted decide si quiere participar, y puede decidir su salida en cualquier momento sin que esta acción afecte de ninguna manera su tratamiento o atención presente o futura; tampoco se le presionará para evitar su salida del estudio, y no habrá consecuencias para usted o su familiar.</p>
<p style="text-align: center;">Privacidad y confidencialidad:</p>
<p>Los datos que se extraigan de su expediente se conocerán solo por los investigadores, quienes están comprometidos a cuidar sus datos. En ningún momento le vamos a identificar directamente con los resultados obtenidos, es decir, CURP, INE u otro, toda la información sólo la usaremos para fines científicos y académicos.</p>
<p>Declaración de consentimiento:</p> <p>Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio.<input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio

Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, relación y firma

14.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA / /

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad:

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Licenciatura

Otros

Ocupación laboral

Ama de casa

Estudiante

Comerciante

Agricultora

Otro: _____

Estado civil

Soltera

Casada

Divorciada

Viuda

Unión libre ____

Gestas: ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____

Tabaquismo: Si ____ No ____

Consumo de bebidas alcohólicas regularmente: Si ____ No ____

Comorbilidades: _____

Resultado MRS:

Vasomotor o somático: _____

Psicológico: _____

Urogenital: _____

Estratificación STRAW: _____

Conocimiento del climaterio: Si ____ No ____

Diagnóstico completado con mastografía: Si ____ No ____






Diagnóstico completado con densitometría: Si ____ No ____

14.3 ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPAÚSICA (MRS)

Nombre..... Fecha.....

MRS - Ingreso

MRS - Control

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada uno de los 11 grupos de síntomas		No siente molestia	Siente molestia leve	Siente Molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
						
		0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores.					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho).					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual).					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina).					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales malestar o dolor con las relaciones sexuales).					

	Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total
Uso del profesional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>