



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina
Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General Regional No. 36 IMSS

“Grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Dra. Luz Angélica Camacho López

Asesores

Dr. Fernando López Díaz
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

MC. Dra. Miriam Cabrera Jiménez
Médico Especialista en Anestesiología

Registro SIRELCIS: R-2020-2108-011
H. Puebla de Zaragoza. Agosto 2020





BUAP

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina
Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social**

Hospital General Regional No. 36 IMSS

“Grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Dra. Luz Angélica Camacho López

Asesores

Dr. Fernando López Díaz

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, HGR 36 IMSS

MC. Dra. Miriam Cabrera Jiménez

Médico Especialista en Anestesiología, HGR 36, IMSS

Registro SIRELCIS: R-2020-2108-011

H. Puebla de Zaragoza. Agosto 2020





Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Puebla
Coordinación de Educación e Investigación en Puebla
Hospital General de Zona No. 20



Puebla, Puebla, Agosto 2020

De la tesis titulada

"Grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita"

Realizada por el médico residente: **Dra. Luz Angélica Camacho López** de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Hacemos constar que este trabajo científico ha sido revisado y autorizado con el número de registro nacional R-2020-2108-011 proporcionado por el sistema de registro en línea de la Comisión de Investigación en Salud (SIRELCIS).

Autorizamos su impresión

MC. Dra. Miriam Cabrera Jiménez

Asesor metodológico

Dr. Fernando López Díaz

Asesor experto

Dra. María Isabel Lobatón Paredes

Profesor titular





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2108,
H GRAL ZONA NUM 20

Registro COFEPRIS 19 CI 21 114 054
Registro CONBIOÉTICA en trámite

FECHA Viernes, 17 de julio de 2020

M.E. Fernando López Díaz

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "GRADO DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20 IMSS LA MARGARITA" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-2108-011

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

ERNESTO CORONA ALVARADO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2108


Imprimir

Agradecimientos

A Dios:

Por darme la vida, por ponerme en el camino a personas maravillosas que han sido un apoyo incondicional, porque cuando me he sentido sola, tú siempre escuchas mis plegarias y haces que todo mejore, gracias por dejarme cumplir una meta más junto a las personas que amo, esta tesis es la culminación de una meta establecida y forjada a lo largo de 4 años.

A mis Padres:

Por darme su apoyo y amor incondicional a lo largo de mi vida, por hacerme la mujer que soy el día de hoy, por creer en mi aun cuando yo misma llegue a dudar de mis capacidades, por impulsarme siempre aun frente a las adversidades, por ser más que mis padres mis amigos en lo bueno, en lo malo, porque sin ustedes no lo hubiera logrado, siempre tendrán mi amor y gratitud eternos. Arriba y adelante, juntos.

A mis Hermanas:

Por ser mis copilotos en este viaje, porque verlas crecer junto a mí ha sido la mayor motivación que pude tener para lograr mis metas, porque con sus risas y abrazos han llenado mi corazón de amor y porque con su presencia llenan de luz mi camino, gracias por ser parte de mi vida, Monse, Fer y Reina han de saber que siempre estaré a su lado en forma incondicional y hasta el último de mis días.

A mis Compañeros y Amigos:

Por caminar a mi lado en estos años de la residencia, por los momentos de alegría y de tristeza que pasamos juntos, por ayudarme frente a las adversidades y por creer en mí, hoy forman parte importante en mi vida y espero coincidir en un futuro como colegas, trabajando a la par, Yahvé y Xóchitl, gracias por todo.

A Miriam Cabrera:

Por ser la maestra tan dedicada que es, porque su espíritu de compromiso con sus alumnos es muy fuerte, por estar conmigo hasta que este trabajo se hizo posible, mi admiración y respeto siempre.

Contenido

	Pág.
Abreviaturas	7
Gráficos y tablas	8
Resumen	9
Antecedentes generales	11
Antecedentes específicos	18
Justificación	27
Planteamiento del problema	28
Pregunta de investigación	29
Hipótesis	29
Objetivos generales	29
Objetivos específicos	29
Materiales	30
Procedimientos	34
Análisis estadístico	38
Aspectos éticos	39
Resultados	41
Discusión	50
Conclusión	56
Anexos	
1.1. Menopausia rating scale (MRS)	57
1.2. Hoja de recolección de datos	58
1.3. Consentimiento informado	61
1.4. Carta de confidencialidad	64
Referencias bibliográficas	65

Lista de abreviaturas

CO2	Dióxido de carbono
DMO	Densidad mineral ósea
RFC	Riesgo de fractura de cadera
THS	Tratamiento hormonal sustitutivo
HBA1C	Hemoglobina glicosilada
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF	Unidad de medicina familiar
DXA	Absorciometría dual de rayos X.
FDA	Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos
FRAX	Riesgo de fracturas por fragilidad ósea
FSH	Hormona folículo estimulante
FSH	Hormona estimulante de la tiroides
GPC	Guía de práctica clínica
IF	Incontinencia fecal
IMC	Índice de masa corporal
INPER	Instituto Nacional de Perinatología
IUU	Incontinencia urinaria de urgencia
MMSE	Examen para evaluar el estado mental
MRS	Escala de calificación de menopausia
OCN	Osteocalcina
OMNI-RES	Escala de esfuerzo de ejercicios de resistencia
OPP	Prevención primaria de la osteoporosis
PAS	Presión arterial sistólica
P-PTNS	Electroestimulación percutánea del tibial posterior
SM	Síndrome metabólico
STRAW	Etapas del envejecimiento reproductivo
TH	Terapia hormonal

Gráficos y tablas

GRÁFICO 1	Frecuencia del grupo etario de mujeres en perimenopausia y postmenopausia
GRÁFICO 2	Clasificación según el IMC de mujeres en perimenopausia y postmenopausia
GRÁFICO 3	Grado de severidad del climaterio. Según los criterios de la escala “Menopausia Rating Scale”
GRÁFICO 4	Sintomatología climatérica en pacientes con peri y postmenopausia
GRÁFICO 5	Frecuencia del tratamiento utilizado durante la peri y postmenopausia
GRÁFICO 6	Grado de apego a la GPC
TABLA 1	Años transcurridos desde la menopausia
TABLA 2	Instrumento para evaluar el grado de apego a la GPC
TABLA 3	Grado de apego a la GPC VS el Grado de Severidad según MRS

RESUMEN

“Grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita.

Autores: Camacho-López LA*; López-Díaz F**; Cabrera-Jiménez M***.

*Médico residente del cuarto año de la especialidad Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 20.

Gineco-Obstetra del HGZ No.20. * Maestra en Ciencias Médicas, anestesióloga del HGZO No.20.

Introducción: Las mujeres durante el climaterio pueden presentar un perfil clínico variable, la falta para hacer un correcto diagnóstico durante esta etapa, la polémica de los riesgos al usar la terapia hormonal hace necesario tener una guía que nos oriente acerca las mejores recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y actualizaciones médicas.

Objetivo: Determinar el grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita.

Material y métodos: Investigación observacional, descriptiva, transversal, prospectiva, homodémica y unicéntrica. Criterios de selección: Mujeres con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria y síndrome climatérico, se excluirán a pacientes con patologías asociadas. Se utilizó un instrumento ad hoc en base a la GPC con 12 items para determinar el grado de apego a la misma. Tipo de muestreo: estadística descriptiva e inferencial, y para evaluar el grado de apego se utilizó Chi².

Resultados: Ingresaron 100 pacientes, 98% con diagnóstico de síndrome climatérico y 2% con insuficiencia ovárica primaria. El 60% de las pacientes fueron mayores de 46 años. El IMC promedio fue de 30±3 kg/m², 56% presentaron algún grado de obesidad. El 75% manifestó síntomas vasomotores. En cuanto al tratamiento médico para síndrome climatérico encontramos una mayor frecuencia de pacientes tratadas con tibolona (51.0%).

Conclusiones: En términos generales, establecimos que no hay un buen apego a los criterios establecidos en la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia” en la población tratada.

Palabras clave: *Menopausia, GPC, climaterio, terapia hormonal, síntomas vasomotores, terapia no hormonal, contraindicaciones, cáncer mama, cáncer endometrio.*

SUMMARY

Degree of adherence to the clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of perimenopause and postmenopause in patients treated at the General Hospital of Zone No. 20 IMSS “La Margarita”

Authors: Camacho-López LA*; López-Díaz F**; Cabrera-Jiménez M***.

* Resident doctor of the fourth year of the Gynecology and Obstetrics specialty of the HGZ No. 20. ** Gynecologist-Obstetrician of the HGZ No. 20. *** Master in Medical Sciences, anesthesiologist of the HGZ No. 20.

Introduction: Women during the climacteric may present a variable clinical profile, the lack of diagnostic and therapeutic criteria during this stage, the controversy of the risks when using hormonal therapy makes it necessary to have a guide that provides recommendations based on the best scientific evidence and updates medical.

Objective: Determine the degree of adherence to the clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of perimenopause and postmenopause in patients treated at the General Hospital of Zone No. 20 IMSS “La Margarita”.

Material and methods: Observational, descriptive, cross-sectional, prospective, homodemic and single-center research. Selection criteria: Women with diagnosis of primary ovarian failure and climacteric syndrome, patients with associated pathologies will be excluded. An ad hoc instrument based on the clinical practice guide with 12 items was used to determine the degree of adherence to it. Sampling type: descriptive and inferential statistics, and Chi² was used to assess the degree of attachment.

Results: 100 patients were admitted, 98% with a diagnosis of climacteric syndrome and 2% with primary ovarian failure. 60% of the patients were older than 46 years. The average BMI was 30 ± 3 kg / m², 56% presented some degree of obesity. 75% manifested vasomotor symptoms. Regarding the medical treatment for climacteric syndrome, we found a higher frequency of patients treated with tibolone (51.0%).

Conclusions: In general terms, we established that there is no good adherence to the criteria established in the CPG "Diagnosis and Treatment of Perimenopause and Postmenopause" in the treated population.

Key words: *Menopause, CPG, climacteric, hormonal therapy, vasomotor symptoms, non-hormonal therapy, contraindications, breast cancer, endometrial cancer.*

MARCO TEÓRICO GENERAL

ANTECEDENTES GENERALES

El climaterio es una etapa de muchos cambios en la vida de las mujeres, abarca un período de tiempo que incluye la etapa que precede y sigue a la menopausia (fecha de la última menstruación, por 12 meses consecutivos) siendo la expresión de la disminución o cese definitivo de la función ovárica. En esta etapa es frecuente encontrar alteraciones a nivel somático, pero también se involucra la esfera psíquica y social de la mujer. Año con año la expectativa de vida cambia, en las mujeres ésta aumento drásticamente siendo en promedio alrededor de los 80 años, es decir 30 años promedio después de la menopausia. El síndrome climatérico puede tener una expresión de síntomas variables los cuales pueden interferir de forma negativa con la calidad de vida de las mujeres, afectando así su entorno social, sexual, afectivo o laboral, interfiriendo en prácticamente todos los órdenes de la vida (1).

La perimenopausia es una fase de transición en la que se ven los cambios establecidos por una disminución en la función del ovario, en esta etapa hay una desorganización hormonal, que se caracteriza por la presencia de una etapa con disminución de estrógenos a la que continua una mezcla de hipo e hiperactividad ovárica. Su diagnóstico continúa realizándose bajo criterios clínicos, aunque existe una gran variación entre las pacientes, tanto en la edad de aparición como en la manifestación de síntomas clínicos. Es un periodo que amerita mayor vigilancia ya que se pueden desarrollar o agravar afecciones ginecológicas dependientes de estrógenos. Aunque la fertilidad de las mujeres afectadas en este periodo disminuye de manera importante, el riesgo de un embarazo sigue estando presente y de llegar a ocurrir se

considerará como un embarazo «de alto riesgo» en el aspecto obstétrico. El tratamiento durante la transición a la menopausia se maneja con cautela y es únicamente para pacientes que manifiesten síntomas y algunas complicaciones secundarias al cese de estrógenos como fracturas, atrofia vulvovaginal, etc y se basa sobre todo en un tratamiento hormonal anti-gonadótropo (y por lo tanto anticonceptivo), estrogénico de sustitución y lo más fisiológico posible desde un punto de vista metabólico y vascular ya que por el proceso de envejecimiento es frecuente encontrar otras comorbilidades en estas pacientes, sin embargo en los casos donde exista contraindicación a la terapia hormonal, hay alternativas terapéuticas efectivas, así como métodos anticonceptivos mecánicos o definitivos (2).

Es un reto para las mujeres y los médicos, diferenciar bien a bien entre los cambios relacionados con el proceso de transición del cese ovárico de los respectivos a la vejez. En esta etapa de la mediana edad es muy frecuente encontrar padecimientos y factores de riesgo con morbilidad futura, muchos de ellos a consecuencia de los cambios endocrinos que se dan en la transición a la menopausia como; ganancia de peso, obesidad de predominio androide, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, dislipidemias, pérdida de masa ósea, sarcopenia, atrofia urogenital, entre otras. En esta etapa de cambio tanto el médico como la mujer deberán establecer acciones preventivas de salud (3).

Las mujeres durante la etapa del climaterio pueden presentar una serie de síntomas muy variables, los cuales varían de manera constante de paciente a paciente, pudiendo encontrarlas asintomáticas o sintomáticas en grados variables que pueden ir de leve a severo. En las pacientes que no manifiesta síntomas; la severidad puede ser tan importante que interviene de manera negativa en la calidad de vida de la mujer

afectándola y por ende hay cambios en el papel que desarrollan en la sociedad, en la economía y la salud de la población. Otro dato importante que se tiene que tener en cuenta en este grupo de mujeres es la comorbilidad que traen consigo los cambios físicos y metabólicos con un marcado incremento en la tasa de incidencia de enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico y deterioro de masa ósea. La falta de unificación para hacer diagnóstico así como los tratamientos de primera línea que se deben emplear durante el climaterio, la polémica de los riesgos de la terapia hormonal hace necesario tener una guía de práctica clínica que de lineamientos actualizados, con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y actualizaciones médicas para atender las necesidades de la población mexicana con una mejora en la calidad lo cual se verá reflejado en una buena salud posmenopáusica, ofreciendo una herramienta al clínico para ofrecer un manejo adecuado (4).

GRADO DE APEGO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

El término apego se refiere a la adherencia, que se define como, la capacidad y compromiso del profesional de salud y del paciente, para llegar a un acuerdo y compromiso a la hora de cumplir con las recomendaciones de salud pertinentes basadas en la evidencia científica y práctica (5).

El apego o la adherencia a las guías de práctica clínica permite evaluar de manera objetiva la aceptación e implementación de los profesionales de la salud frente al manejo estandarizado de un proceso patológico, un adecuado apego a las GPC es el reflejo de un proceso que está debidamente diseñado, estandarizado y que permite ser medido y de esta medición establecer indicadores de gestión en pro de mejorar la calidad de la atención en la consulta externa (6).

A pesar de los grandes beneficios que se conocen sobre el uso de las guías, observamos que sigue habiendo grandes obstáculos a la hora de su implementación en la práctica médica. Para mejorar este proceso es necesario evaluar en qué proporción el personal médico aplica los contenidos de las guías, esta medición deberá hacerse evaluando los registros diarios encontrados en el expediente médico. Por lo tanto, examinar el grado de apego a las guías es un excelente indicador para medir el nivel de aceptación por parte del personal médico de las guías proporcionadas por la institución, esta información se obtiene de calcular el cociente entre casos tratados de una patología que tomaron las recomendaciones de la guía sobre casos tratados de la patología en total multiplicado por cien. Este indicador nos cuantifica el porcentaje de casos en que el personal médico se está apegando a la guía clínica y nos sirve para evaluar esta misma, este junto a otros indicadores sencillos darán pauta a la obtención de información necesaria para la toma de decisiones, el objetivo de esta metodología de evaluación es, lograr una retroalimentación que permita el mejoramiento del proceso (5,6).

Las recomendaciones específicas que marca la GPC Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia son:

El diagnóstico del síndrome climatérico es de preferencia clínico, basándonos en lo expresado al realizar la historia clínica en la consulta la cual debe ser orientada, completa y fundamentada en valorar si hay una la presencia de síntomas como:

- Trastornos menstruales (se debe pensar en menopausia cuando la mujer refiera ausencia de menstruación por más de 12 meses)
- Síntomas vasomotores (expresados como bochornos y/o sudoraciones)

- Manifestaciones genitourinarias (atrofia urogenital, dispareunia, etc. engolándose en el síndrome genitourinario)
- Trastornos psicológicos (se presentan como cambios en el estado de ánimo, ansiedad, depresión, insomnio, etc.)

Se hay duda del diagnóstico es válido pedir una FSH (hormona folículo estimulante), en mujeres con histerectomía total abdominal y sospecha de menopausia (posterior a 3 meses de evento quirúrgico), niveles arriba de 25 UI/L no hablan de que existe una transición a la menopausia.

Es importante clasificar en qué etapa se encuentra la mujer y esto se hace por medio del sistema STRAW, el cual nos da en general tres etapas, debiendo clasificarla de manera individualizada de acuerdo a las características clínicas en:

- Etapa reproductiva
- Transición a la menopausia o peri menopausia
- Postmenopausia

En la evaluación de la mujer con sintomatología climatérica, es útil la realización de los siguientes estudios: Papanicolaou, perfil de lípidos, glucosa basal, mamografía basal de manera anual, ultrasonido pélvico, examen general de orina, TSH sérica, densitometría en pacientes mayores de 60 años, si no se cuenta con el recurso se puede aplicar el FRAX.

Las contraindicaciones para iniciar terapia hormonal de reemplazo en pacientes durante la peri o post menopausia mencionadas en la GPC son: tumor maligno de mama, enfermedades malignas estrógeno-dependientes, sangrado uterino anormal de causa no establecida, hiperplasia endometrial sin tratamiento médico, tromboembolismo

venoso idiopático o con cuadro clínico previo, enfermedad tromboembólica arterial, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial sistémica no controlada, enfermedad hepática aguda, hipersensibilidad al fármaco o su excipiente y porfiria cutánea.

El personal médico debe fomentar la modificación de estilos de vida saludables en este periodo por el aumento de comorbilidades y en cada consulta es válido hacer recomendaciones como: realización de ejercicio físico tres veces por semana o 150 minutos por semana, control de peso, reducción de tabaquismo o bebidas alcohólicas lo que puede reducir la sintomatología vasomotora y prevenir la osteoporosis en mujeres climáticas, alimentación rica en calcio (la ingesta de 1000 a 1200 mg de calcio y de 800 a 1000 UI/día de vitamina D están recomendados en mujeres en la peri y postmenopausia).

La principal indicación para el uso de TH (terapia hormonal) es controlar los síntomas que se presentan durante el climaterio, los cuales pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida debiendo considerar el perfil clínico de cada paciente:

- Síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones o taquicardias)
- Atrofia vulvovaginal (dolor al coito, dispareunia, quemazón, resequedad)
- Prevención de la osteoporosis en posmenopáusica en pacientes con factores de riesgo para osteoporosis) siempre y cuando no exista contraindicación.

Se debe ofrecer de primer línea tratamiento hormonal sólo o combinado (estrógeno o estrógenos-progestágenos) o no hormonal cuando haya contraindicación (desvenlafaxina, venlafaxina o clonidina).

La TH combinada (estrógenos-progestágeno) está indicada en pacientes que aun tengan útero para prevenir y disminuir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio.

Los esquemas de tratamiento más recomendados son:

- Terapia cíclica continua (secuencial): el estrógeno se da de manera continua todos los días y el progestágeno 10 a 14 días por mes.
- Terapia continua combinada: utiliza dosis ya establecidas de estrógeno-progestágeno diariamente.

Las mujeres con insuficiencia ovárica primaria (cese de la función ovárica antes de los 40 años) presentan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, metabólica y ósea, por lo que debe iniciarse TH en la mujer con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria durante el tiempo necesario para llegar a la edad promedio de aparición de la menopausia espontánea en esa población (50 años).

Es aconsejable que la TH combinada por vía oral se prescriba por menos de 3 años, pudiendo utilizarse con mayor seguridad la terapia estrogénica simple hasta 7 años.

El uso de TH por periodos que superen los 5 años está justificado si:

- Hay recidiva de sintomatología con afección en la calidad de vida.
- Mujeres con edad menor de 60 años con indicaciones que lo ameriten y en dosis bajas.
- Bajo riesgo para presentar eventos trombóticos, accidentes cerebrovasculares y cáncer de mama.

Se deberá considerar la vía transdérmica en las mujeres con síndrome climatérico que tenga hipertensión arterial sistémica, hipertrigliceridemia y/o hepatopatía crónica.

La TH está contraindicada en pacientes con obesidad, tabaquismo, tromboembolismo y mutaciones protrombóticas. En pacientes que tengan contraindicaciones para uso de TH el uso de isoflavonas de soja puede mostrar algunos beneficios para el manejo de los síntomas. Es importante revalorar a la paciente los primeros 3 a 6 meses de haber iniciado la terapia hormonal, con el fin de evaluar la eficacia y tolerancia del tratamiento médico establecido para brindar mayor seguridad a la paciente.

La valoración completa debe ser cada año, y se incluirá en el expediente: historia clínica completa, examen físico completo, estudios básicos de laboratorio (glucosa basal, perfil completo de lípidos), papanicolau, mamografía, ultrasonido pélvico en pacientes que hayan presentado sangrado uterino o con alto riesgo de cáncer endometrial y la densitometría mineral ósea debe ser considerada en cada caso. Las pacientes valoradas o tratadas por médico especialista serán contrareferidas cuando:

- Exista control de los síntomas con tratamiento médico establecido
- Pacientes que no aceptan usar la terapia hormonal (4).

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Álamo Vera et al. 2020 en su estudio analítico longitudinal prospectivo el cual duró 2 años, evaluó la eficacia de la electro-estimulación percutánea del tibial posterior (P-PTNS) en mujeres con incontinencia urinaria de urgencia (IUU) e incontinencia fecal (IF) refractarias al tratamiento médico de primera línea. Participaron 21 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión las cuales fueron divididas en dos grupos: Grupo IUU, 9 pacientes. Tras la electro-estimulación se observó que hay una mejoría estadísticamente significativa en la miccional diurna ($p = 0,018$) y nocturna ($p = 0,016$), urgencias/día ($p = 0,018$), pérdidas/día ($p = 0,027$), ICIQ-SF y Sandvick ($p = 0,018$), y

calidad de vida IQOL ($p = 0,012$). Esta mejoría se relaciona con el ejercicio ($p = 0,039$) y prolapso ($p = 0,05$). Grupo IF, 12 pacientes. Tras P-PTNS hubo mejoría estadísticamente significativa de la frecuencia defecatoria ($p = 0,027$), incontinencia ($p = 0,012$), Wexner ($p = 0,007$), y FIQL en sus 4 dimensiones (estilo de vida, conducta, vergüenza $p = 0,005$; y depresión $p = 0,008$). Esta mejoría clínica tiene que ver con la edad ($p = 0,048$), tiempo de evolución ($p = 0,044$) y prolapso ($p = 0,026$). Se concluye así que la P-PTNS es eficaz para el tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria refractarias al tratamiento de primera elección, aunque en esta mejoría clínica están presentes también por distintos factores (7).

Ortiz-Luna et al. 2020 en su estudio transversal y descriptivo categorizó el perfil demográfico, bioquímico y sintomático de las mujeres mexicanas atendidas en el INPER para estudiar su comportamiento durante los cambios físicos que se dan con el envejecimiento reproductivo. Dicho estudio se realizó entre junio y diciembre de 2018 en pacientes de la Clínica de peri y posmenopausia del INPER. Se estudiaron 741 mujeres peri y posmenopáusicas, con edad promedio a la menopausia de 50 años. La patología encontrada con más frecuencia fue la hipertensión arterial y el síntoma más reportado, fueron los bochornos, los cuales son más prevalentes durante la transición a la menopausia. El sistema STRAW+10 es una manera clínica y objetiva de clasificar a las pacientes en transición a la menopausia (19).

García-Gomariz et al. 2019 en su estudio de intervención prospectivo a 2 años en el que se incluyeron a 16 mujeres posmenopáusicas con promedio de edad de 49.4 ± 5.2 años que no tenían prescripción médica para la prevención de osteoporosis, en las cuales se implementaron 2 sesiones de ejercicio por semana, que incluía ejercicios de impacto, fuerza y resistencia progresiva. Se valoró el índice T score en

fémur y columna para establecer que cambios hay en la densidad mineral ósea tras la intervención. No hubo cambios significativos con respecto a los valores basales de T score de fémur y columna previos. Se concluye entonces que el ejercicio físico sin tratamiento farmacológico no ayuda para la prevención de osteoporosis en estas mujeres (8).

Córdova Pérez et al. 2019 en su estudio transversal que incluyó a 261 participantes de 45 a 60 años, a las cuales se les midió glucosa y perfil de lípidos. La osteocalcina (OCN) sérica y la insulina se determinaron por quimioluminiscencia. La OCN es una proteína de remodelación ósea, en estudios recientes se observó que tiene influencia en la regulación del metabolismo de la glucosa, lípidos y del tejido adiposo. El objetivo de este estudio fue averiguar si hay relación de la concentración de OCN con la obesidad y el síndrome metabólico (SM) en población pre y posmenopáusicas. Se hicieron dos grupos; 128 mujeres fueron premenopáusicas y 133 posmenopáusicas; el 33% de las participantes presentaban síndrome metabólico. En las pacientes posmenopáusicas, la concentración de OCN fue mayor en comparación a las premenopáusicas ($7,2 \pm 4,0$ vs. $5,5 \pm 6,4$ ng/mL, $p < 0,019$). La concentración de OCN en la mujer posmenopáusica con síndrome metabólico es más alta a que en el grupo control ($8,4 \pm 5,1$ vs. $6,3 \pm 2,8$ ng/mL, $p = 0,003$). Este estudio concluye que, durante la posmenopausia, la deficiencia de estrógenos y la resistencia a la insulina se relacionan a un incremento de la concentración de OCN (9).

Ruiyi Tang M.Sc. et al. 2019 en su estudio de cohortes, estudiaron si hay síntomas de ansiedad y depresión en 430 mujeres chinas durante y posterior a la menopausia y los factores de riesgo asociados. La depresión fue mas común que la ansiedad. La prevalencia de síntomas depresivos aumentó desde 14.5% durante la

premenopausia hasta 18.2 % durante la transición menopáusica y llegaron al 19.6% en el periodo postmenopáusico. La prevalencia de síntomas de ansiedad aumentó desde el 3.1% en la premenopausia hasta el 7.0% durante la transición menopáusica y llegó al 7.4% en el periodo postmenopáusico. Según este estudio las mujeres postmenopáusicas desarrollan más síntomas de ansiedad y depresión, pero no tuvo impacto estadístico. El estado de salud deficiente durante este periodo por la presencia de comorbilidades, la dificultad para dormir y el despertar temprano o insomnio se asociaban de manera independiente a los síntomas de ansiedad y depresión (10).

Carranza-Lira et al. 2018 determinaron si el tiempo que transcurre a partir de la menopausia tiene inferencia en el deterioro cognitivo y si la terapia hormonal tiene alguna influencia positiva sobre éste. Se aplicó el Mini Mental State Examination (MMSE) y la Menopause Rating Scale (MRS) en 94 mujeres posmenopáusicas. Se formaron dos grupos; el grupo I recibió terapia hormonal (n= 46) y el grupo II sin terapia hormonal (n= 48). La puntuación del MMSE fue mayor en el grupo I; la puntuación en orientación espacial, recuerdo diferido y lenguaje fue mayor en el grupo con 10 o menos años después del inicio de la menopausia, lo mismo ocurrió con la puntuación de la MRS. El proceso de envejecimiento puede influir de forma negativa en la función cognitiva, sin embargo este estudio concluye que con el uso de terapia hormonal hay una menor afectación en estas mujeres (18).

Soto-Rodríguez et al. 2018 en su ensayo clínico aleatorizado evaluó si una intervención educativa en mujeres perimenopáusicas con comorbilidades asociadas entre las que destacan la hipertensión, diabetes mellitus y/o dislipidemia podría conseguir mejorar sus parámetros bioquímicos y hemodinámicos de riesgo. Se incluyeron 320 mujeres entre los 45 y 60 años con diagnóstico de hipertensión, diabetes

mellitus y/o dislipidemia. Se hicieron dos grupos asignados de manera aleatoria. Grupo experimental (n =160) y grupo control (n =160). El grupo en donde se realizó la intervención recibió 3 sesiones educativas y el grupo control sólo un folleto informativo. Las mujeres en el grupo en el cual se realizaron las intervenciones mostraron de forma significativa, una reducción de las LDL ($p = 0,034$) ($-5,89 \pm 29,8$; IC 95%: $-13,1/0,27$) y un aumento de las HDL ($p = 0,013$) ($2,71 \pm 10,6$; IC 95%: $-1,36/6,20$), así como una mejora en los cifras de presión arterial sistólica ($p = 0,016$) ($-2,16 \pm 11,8$; IC 95%: $-4,4/0,01$) y la frecuencia cardíaca ($p = 0,003$) ($-1,46 \pm 10,3$; IC 95%: $-3,34/0,42$) en comparación con las pacientes del grupo control, las cuales aumentaron significativamente los niveles de glucosa ($p = 0,04$) ($4,84 \pm 15,5$; IC 95%: $-0,75/31,3$) y gamma-glutamyltransferasa ($p = 0,031$) ($3,61 \pm 4,7$; IC 95%: $0,87/6,36$) en comparación con las del grupo experimental. Por lo que se concluye que una intervención educativa mejora significativamente la salud de estas mujeres (11).

Gómez et al. 2018 en su estudio investigó los efectos de un periodo de 12 meses de ejercicio de resistencia con bandas elásticas en las cuantificaciones de la proteína C reactiva, el dolor y la estructura corporal en mujeres posmenopáusicas, en el estudio se incluyeron pacientes posmenopáusicas sedentarias. Cuarenta mujeres efectuaron un entrenamiento de resistencia por 12 meses (se realizaron 6 ejercicios para todo el cuerpo, 3 series x 10 repeticiones y la intensidad del ejercicio se midió de acuerdo a la escala OMNI-Resistance Exercise. Los resultados finales arrojaron una reducción del 45% en la proteína C reactiva y en el dolor del 30% así como una reducción del peso corporal del 2,78%, todos ellos con un nivel de significación de $p \leq 0,05$ (12).

Vedia Urgell et al. 2018 en su estudio observacional, transversal y retrospectivo determinó la prevalencia de inadecuación del tratamiento para la osteoporosis en

prevención primaria (OPP) en mujeres de 60-74 años con tratamiento activo para la OPP (n=424). Se consideró inadecuación si presentaban ≤ 2 factores de riesgo con DXA realizada o con DXA T-score $\geq -2,4$. El cual concluyó que el grado de inadecuación del tratamiento fue del 63,4%. En el 43,2% no contaban con diagnóstico preciso de osteoporosis. En el 82,3% no tenían ningún factor de riesgo. El tratamiento otorgado en estas pacientes fue 40,3% con bisfosfonatos y 47,9% con calcio + vitamina D (13).

Hernández Escriche et al. 2018 en su estudio observacional, longitudinal, descriptivo, recluto a 9 mujeres de entre 47 y 56 años de edad las cuales cursaban con presencia de síntomas climatéricos, se incluyeron a pacientes que manifestaran un episodio de sofocos como mínimo en 15 días, se excluyeron pacientes que ya se encontraban en tratamiento hormonal sustitutivo o que lo hubieran tomado en el último mes, se efectuó un tratamiento de acupuntura basado en el principio de tomar únicamente los vasos maravillosos (en china se les llama así a 8 vasos localizados a largo del cuerpo). Las variables principales fueron: número de sofocos y su grado de severidad. Como variables secundarias se tomaron en cuenta los posibles síntomas secundarios al climaterio. El estudio concluyó que el 88,8% tuvo una marcada mejoría de los síntomas de vasomotores en específico de los bochornos, desde la aplicación del primer tratamiento. Un 33,3% tuvo una mejoría completa de los síntomas (14).

González Isaza et al. 2017 en su estudio descriptivo prospectivo que incluyó 10 mujeres en periodo de posmenopausia las cuales presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo. Se les inició tres sesiones de láser fraccionado, una cada tres semanas, con el sistema de láser fraccionado de CO₂ microablatoivo SmartXide2 V2LR en la unión uretrovesical con una revaloración de la sintomatología posterior a las tres sesiones,

llegando a la conclusión que el sistema de láser SmartXide2 V2LR es una herramienta eficaz a tomar en cuenta antes de recurrir a las técnicas quirúrgicas tradicionales, siendo un tratamiento seguro para la incontinencia urinaria en mujeres posmenopáusicas (15).

Molina-Valencia et al. 2017 determinaron las características clínicas de pacientes durante la menopausia vistas en la consulta externa de ginecología, se revisó un total de 123 historias clínicas, encontrando las siguientes características demográficas; la edad media fue de 54.4 ± 6.5 años, y la edad a la que se presentó la menopausia fue de 48.8 ± 3.7 años. El 21.1% fueron pacientes hysterectomizadas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: bochornos (63.4%), sangrado intermenstrual (36.6%) y dolor de cabeza (35%). Los antecedentes patológicos que mayormente se presentaron fueron: hipertensión arterial sistémica (39.4%) y dislipidemias (28.5%). El 6.5% tenía antecedente de accidente cerebrovascular, angina de pecho o infarto. Únicamente el 6.7% tenían un IMC normal, 75% sobrepeso y 18.8% obesidad. El 72.2% de las mujeres tenía prescripción médica para tratar los síntomas climatéricos, y el 67.3% recibía terapia de reemplazo hormonal. Los sofocos fueron el síntoma más característico y deber ser tomado en cuenta a la hora de iniciar tratamiento en estas mujeres. (24).

Horta-Baas et al. 2017 en su estudio trasversal evaluó la concordancia entre el FRAX con y sin inclusión de la densidad mineral ósea (DMO). Se estudiaron 431 mujeres entre 40-90 años sin tratamiento previo. La diferencia entre el riesgo de fractura osteoporótica principal (RFP) fue $1,02 \pm 1,40\%$ (IC 95% -2 a 1,90) y de $-0,03 \pm 0,51\%$ (IC 95% -1,18 a 1,32) para el riesgo de fractura de cadera (RFC). Los resultados demostraron una buena concordancia, para el RFP fue de 0,879 (IC 95% 0,85-0,90), y

de 0,821 (IC 95% 0,79-0,85) para el RFC. Se estableció una concordancia moderada entre el riesgo de fractura obtenida con el FRAX-BMI y la DMO del cuello femoral, RFM ($r = -0,55$, $p < 0,001$) y RFC ($r = -0,54$, $p < 0,001$). El acuerdo entre las recomendaciones de tratamiento fue del 87% (kappa 0,61). Se llegó a la conclusión de que el FRAX-BMI es un buen sistema para dar una aproximación del riesgo de fractura en la mayoría de los casos (16).

Baladé Martínez et al. 2016 en su estudio descriptivo comparó la evolución del uso, la oferta y la prevalencia del tratamiento hormonal sustitutivo (THS) en España durante el período 2000-2014. En el estudio se concluyó que la prevalencia de uso de la terapia hormonal en pacientes ≥ 40 años dadas de alta en la base de datos BIFAP ha cambiado de un 7,19% (IC 95% 6,97-7,40) en el año 2001 a un 0,21% (IC 95% 0,20-0,22) en 2014. Las mujeres de 40-45 años con síndrome climatérico; reportaron un mayor consumo en 2014: 0,71% (IC 95% 0,66-0,76). El consumo y la prevalencia de uso de terapia hormonal ha disminuido de manera notable a partir de la publicación de los estudios Women's Health Initiative, Million Women Study, siguiendo una tendencia similar a lo que ocurre en otros países occidentales (17).

García Soto et al. 2016 en su estudio evaluó la influencia de un programa de ejercicio físico sobre el riesgo cardiovascular, la calidad de vida y hábitos alimentarios en las mujeres menopáusicas. Se implementó un programa bien estructurado que incluía dieta y ejercicio físico. Los parámetros que se tomaron en cuenta fueron bioquímicos, antropométricos, dietéticos y de calidad de vida, antes y a los tres meses de la intervención. Tras la intervención hay una disminución en el peso ($4,4 \pm 2,3$ kg) y el IMC ($1,83 \pm 0,84$ kg/m²) ($p < 0,05$). También hay una reducción de la PAS ($p < 0,05$). La glucosa en ayuno disminuye $13,75 \pm 11,12$ mg/dl y la HbA1c desciende un $0,19 \pm$

0,12%, ambos con $p < 0,05$. El perfil de lípidos tiene una disminución de $8 \pm 6,2$ mg/dl en los valores de LDL colesterol ($p < 0,05$). La calificación total obtenida en el riesgo cardiovascular medido mediante el uso de las tablas Framingham disminuye en un 3% tras la intervención ($p < 0,05$). En conclusión, la calidad de vida en estas mujeres mejora de manera importante en todas las áreas analizadas (20).

López-Olmos 2016 en su estudio inspeccionó si la menopausia causa disfunciones sexuales y depresión en las mujeres. Se compararon 229 mujeres con síndrome climatérico de 40-50 años con 224 mujeres posmenopáusicas de 50-60 años, en incidencia de disfunciones sexuales y depresión. Por medio de una entrevista personal se interrogaron los datos analizados. Las pacientes informaron de manera subjetiva sobre su satisfacción sexual, y se completó la información mediante la aplicación del instrumento "Breve perfil de la función sexual femenina", con los siguientes resultados: hubo diferencias significativas $p < 0,001$ en todos los parámetros sexuales, los cuales fueron peores en las posmenopáusicas, quienes manifestaron no tener deseo sexual (19,65 versus 35,71%), no lubricación (10,91 versus 58,03%, por mayor sequedad vaginal, en 61,16%), no excitación (13,97 versus 33,03%), anorgasmia (36,68 versus 54,46%) y dispareunia (15,72 versus 33,03%). No hubo diferencias en cuanto a la presencia de depresión de un grupo a otro, pero en general hay cifras altas, del 35% en ambos grupos (21).

Martínez-Garduño et al. 2016 en su estudio cuantitativo, cuasi experimental y transversal en 30 mujeres, evaluó las intervenciones educativas por parte del servicio de enfermería para el autocuidado en las mujeres durante el climaterio. Se aplicaron 2 cuestionarios: uno que incluyó datos sociodemográficos y el otro, un instrumento acerca del autocuidado. El estudio se realizó en 3 etapas: diagnóstica, de intervención y de

evaluación. Antes de la participación educativa del personal de enfermería, el 90% de las pacientes comentaban tener un autocuidado regular, el 6.7% bueno y el 3.3% malo; después del programa de intervenciones, el 60% admitió que hubo un cambio en su autocuidado regular y el 40%, fue bueno. Los programas educativos impartido para el autocuidado de las mujeres durante el climaterio, permitieron modificar el autocuidado de las mismas al contribuir en la concientización, toma de decisiones, cambios de conducta, etc. (22)

JUSTIFICACIÓN

La guía de práctica clínica es una fuente importante de recomendaciones, análisis y evaluaciones para mejorar la atención de la paciente durante la peri y postmenopausia, que promueve un modelo de bienestar en los cuidados de la mujer y una mejora en la calidad de vida, por medio de acciones establecidas basadas en la investigación reciente, garantizando la fabricación de conocimiento, o bien alternativas de solución, de aquí surge este trabajo de investigación, ya que dentro de los servicios de salud, y en lo que concierne a la Delegación Puebla, no hay registros de evaluaciones similares a la establecida por este trabajo, no se cuenta con datos que evalúen el grado de apego a la normatividad de la GPC específicamente diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia para la atención de las derechohabientes del HGZ No. 20 “La Margarita” IMSS, Puebla; es por esto que el presente estudio aportó datos importantes para poder mejorar los procesos de atención a la mujer durante la peri y postmenopausia, ya que diferentes estudios prospectivos han demostrado de manera científica que el implemento de la terapia hormonal en la

menopausia tiene impacto al aumentar la esperanza de vida y mejorar la calidad de la misma, reduciendo la mortalidad en un 20 a 50% en comparación con aquellas que no la reciben, siendo así la primera intervención humana que favorece notablemente el proceso fisiológico del envejecimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad en los hospitales gubernamentales y privados, no se cuenta con capacitación y herramientas necesarias para el manejo de la paciente en la peri y postmenopausia. Para facilitar la atención normada de estas pacientes y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios de salud, surgen las guías de práctica clínica, las cuales son de ayuda invaluable, auxilian al médico a tomar mejores decisiones y proveen líneas encaminadas a mejorar la atención médica, sin embargo algunas veces factores relacionados con el paciente, el médico y el entorno social, físico y organizativo; pueden causar una alteración negativa a la hora de estar en la práctica clínica modificando el nivel de calidad, resultados en salud y costos. Las costumbres y actitudes del paciente, la experiencia, juicios y conocimientos del personal médico y el presupuesto que se tenga de recursos son determinantes en la interacción del paciente y el sistema de atención médica. Es de suma importancia proporcionar tratamiento médico durante la menopausia y en aquellas mujeres con insuficiencia ovárica primaria para mejorar la calidad de vida y salud de estas pacientes, sin embargo, por el riesgo de cáncer de mama y endometrio entre otros relacionados al uso de terapia hormonal, hemos observado que en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS “La Margarita” no

se les inicia tratamiento médico de primera línea (terapia hormonal). Por lo que surge la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No.20 IMSS, “La Margarita”?

HIPÓTESIS DEL TRABAJO

El apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona N0. 20, “La Margarita” es regular.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona N0. 20, “La Margarita”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar características clínicas y grado de severidad del climaterio.
- Conocer cuál es el síntoma con mayor prevalencia en estas pacientes
- Identificar el tratamiento utilizado y la frecuencia de éste
- Establecer el grado de apego del personal médico para integrar el diagnóstico de acuerdo a la GPC en mujeres con peri y postmenopausia

- Establecer el grado de apego del personal médico a las líneas de tratamiento de acuerdo a la GPC en mujeres con peri y postmenopausia

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Objetivo: Descriptivo
- Temporalidad: Observacional
- Recolección de los datos: Prospectivo
- Por la conformación: Homodémico
- Por los centros: Unicéntrico

UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecología del Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita, en un periodo comprendido de 6 meses desde la autorización de dicho proyecto.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

La población de estudio incluyó a mujeres que acudieron la consulta externa de ginecología en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de pacientes incluyó a mujeres que acudieron a la consulta externa de ginecología con diagnóstico de peri o postmenopausia, así como de insuficiencia ovárica primaria en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mayores de 40 años
- Con síntomas de climaterio
- Con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria.
- Uso de terapia hormonal en la menopausia.
- Que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Tumor maligno de mama
- Enfermedades malignas que sean estrógeno-dependientes
- Sangrado uterino disfuncional de causa no filiada
- Hiperplasia endometrial sin tratamiento
- Tromboembolismo venoso idiopático o previo
- Enfermedad tromboembólica arterial
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión arterial sistémica descontrolada
- Enfermedad hepática aguda
- Hipersensibilidad a los fármacos o a los excipientes
- Porfiria cutánea

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes cuya participación en el estudio fue incompleta

MUESTREO

No probabilístico por casos consecutivos

TAMAÑO DE LA MUESTRA

En base a la fórmula de Freeman: $10 * (k + 1)$ para determinar el tamaño muestral, se obtuvo un total de 100 pacientes, donde k representa el número de variables.

DEFINICION DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Grado de apego a la GPC	Medición de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de procedimientos que se pueden emplear para la toma de decisiones en una organización.	Medición estadística, valorada a través del instrumento de recolección de datos para valorar los procedimientos que se emplean en la consulta externa para el diagnóstico y tratamiento de la peri y postmenopausia.	Cualitativa ordinal	1. Muy buen apego 2. Buen apego 3. Regular apego 4. No apego
Climaterio	Tiempo en el que la mujer manifiesta síntomas clínicos de menopausia. Fase durante la cual una mujer tiene un cambio de la etapa reproductiva a la no reproductiva y se inicia generalmente a los 45 años y puede permanecer hasta los 70 años.	Síntomas referidos por la mujer en transición a la menopausia.	Cualitativa nominal	1. Síntomas vasomotores 2. Atrofia urogenital 3. Osteoporosis.
Grados de severidad del climaterio	Existencia de signos y síntomas asociados a la menopausia de acuerdo a la encuesta MRS	Grado de severidad de acuerdo a sintomatología que se relacione a la transición de la menopausia	Cualitativa nominal	1. Escasa 2. Asintomática 3. Leve 4. Moderada 5. Severa
Menopausia	Cese de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad ovárica, suele ocurrir	Amenorrea por 12 meses consecutivos.	Cualitativa nominal	1. Sí 2. No

	en promedio a los 50 años, se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea.			
Insuficiencia ovárica primaria	Es el cese de la menstruación de forma definitiva en algunas ocasiones espontánea en otras relacionada con patologías de diferentes índoles, antes de los 40 años.	Sintomatología referida por la paciente asociada a la insuficiencia ovárica primaria.	Cualitativa nominal	1. Síntomas vasomotores 2. Atrofia urogenital 3. Osteoporosis.
Tratamiento del climaterio	Tratamiento hormonal que incluye sólo estrógenos o combinado con una progestina, o convencional enfocado a restablecer el equilibrio hormonal que se ha disminuido o se ha perdido en la peri o en la postmenopausia.	Tratamiento usado en las mujeres con síntomas climatéricos con o sin útero íntegro.	Cualitativa politómica	1. Terapia hormonal con estrógeno-progestágeno 2. Terapia de reemplazo estrogénica 3. Terapia no hormonal
Tiempo de tratamiento	Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hormonal o convencional hasta la fecha encaminado a restablecer el equilibrio en la peri o postmenopausia.	Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hormonal o convencional hasta la fecha.	Cuantitativa discreta	Años de uso o ingesta
Apego al diagnóstico	Medición de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de una serie de procedimientos que se pueden utilizar a la hora de tomar decisiones en una organización.	Forma correcta de hacer diagnóstico en la paciente con menopausia o insuficiencia ovárica primaria, el cual debe ser clínico basado en la sintomatología referida por la paciente, en caso de dudas solicitar FSH, un valor por arriba de 25 UI/L, nos habla de transición a la menopausia.	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Apego al tratamiento	Medición de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de procedimientos que se pueden emplear	Selección del tratamiento médico ya sea hormonal o no hormonal (en caso de existir contraindicación en la paciente) para tratar la sintomatología	Nominal dicotómica	1. Si 2. No

	para la toma de decisiones en una organización.	climática en las pacientes con menopausia o insuficiencia ovárica primaria.		
--	---	---	--	--

PROCEDIMIENTOS

1. El estudio se sometió para su aprobación al Comité Local de Investigación 2108 del Hospital General de Zona No. 20 del IMSS.
2. El estudio se realizó en mujeres enviadas de su UMF con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria o diagnóstico de menopausia, o pacientes que ya se encontraban en seguimiento en dicho hospital con tratamiento médico establecido por sintomatología climática. En la consulta externa de ginecología del turno matutino o vespertino, se hizo una invitación verbal a las pacientes para participar en el estudio. Las pacientes que aceptaron firmaron una hoja de consentimiento informado, previo a la explicación sobre el propósito del estudio y confidencialidad de los datos.
3. En la consulta se les aplicó la encuesta Menopause Rating Scale (MRS) para medir la existencia de síntomas y signos asociados a la menopausia durante la consulta de primera vez si la paciente fue captada en ese momento para ver si sus síntomas requerían inicio o no de tratamiento médico, o si ya se encontraban bajo tratamiento médico siendo vista de manera subsecuente para valorar la eficacia del tratamiento y valorar ajuste médico en caso de que así lo ameritara, esta encuesta corresponde a un cuestionario estandarizado de autoevaluación integrado por 11 ítems que conforman 3 dominios sintomáticos: somático, psicológico y urogenital. Este instrumento es fácil de usar ya que

puede ser aplicado a cualquier mujer de forma rápida y sencilla, permitiendo con el resultado evaluar la calidad de vida de manera objetiva, además permite determinar el impacto que tiene el implemento de los tratamientos médicos con el tiempo. Cada ítem contiene cinco grados de severidad en la evaluación: asintomático (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), severo (3 puntos) e intenso (4 puntos); por lo tanto, el puntaje total oscila entre 0 (asintomática) y 44 (máximo). Los puntos de corte son: asintomática o escasa (0 a 4 puntos), leve (5 a 8 puntos), moderada (9 a 15 puntos), y severa (más de 16 puntos) (23). Según esta escala se debería ofrecer tratamiento médico a partir de sintomatología leve individualizando criterio médico de acuerdo a cada paciente (Anexo 1).

4. Se realizó un instrumento de evaluación ad hoc para determinar el grado de apego a la GPC diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia. Se midió el grado de apego en valor porcentual en una escala de medición ordinal, utilizando el método basado en la escala de Likert, quedando de la siguiente manera (Anexo 2):
 - Muy buen apego de 19 a 24 puntos (76-100%)
 - Buen apego de 18 a 14 puntos (54-75%)
 - Regular apego de 13 a 10 puntos (38-53%)
 - No apego de 9 puntos o menos (<35%)
5. Una vez obtenida la información, se procesó mediante el uso de programas estadísticos disponibles, como Excel y SPSS. Para el estudio de resultados se valoraron los datos obtenidos una vez procesada la información, la discusión se hizo contrastando lo obtenido en nuestros resultados con la información

presentada en el marco teórico, con el fin de encontrar si había coincidencias y/o diferencias.

TÉCNICA:

Se elaboró un cuestionario ad hoc de GPC Diagnóstico y tratamiento de la peri y postmenopausia tomando como base las recomendaciones de la GPC; para su validez de apariencia y formulación. El instrumento se sometió a consulta por un comité médico constituido por cinco expertos que tienen amplia experiencia y conocimiento en el área, integrado por: dos jefes de servicio del área de Gineco-obstetricia y expertos administrativos, tres ginecólogos operativos como expertos asistenciales. El instrumento quedo constituido con 12 ítems cada uno con tres respuestas (Si, No y No Aplica), divididos en cuatro apartados: I. Valoración inicial, II. Manejo y seguimiento de las pacientes, III. Seguimiento integral de las pacientes y IV. Contrarreferencia de las pacientes.

Se otorgó una calificación a las variables del instrumento de medición, en la celda pertinente a cada ítem se colocó "2" en valor numérico para «SI» cuando en el expediente conste como realizada la recomendación sugerida en la GPC, o en caso de no cumplir con la variable o se cumplió parcialmente se colocó "0" en valor numérico para «NO», y cuando la sugerencia recomendada por la GPC no aplique al caso en particular se colocó un valor 1 «NA» y se especificó el por qué no aplica en el recuadro. Se realizó una prueba piloto para la validación del instrumento el cual obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.852

LOGISTICA

RECURSOS HUMANOS

- **Investigador metodológico:** MC. Dra. Miriam Cabrera Jiménez. Médico Anestesiólogo y Maestra en ciencias, Delegación IMSS Puebla.
- **Investigador clínico:** Dr. Fernando López Díaz. Médico Gineco-obstetra Hospital general de Zona No. 20 IMSS La Margarita.
- **Residente de ginecología y obstetricia:** Dra. Luz Angélica Camacho López. Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital general de Zona No. 20 IMSS La Margarita.

RECURSOS MATERIALES

- Fuentes de datos como Medline, Embase, Cochrane Library y SCISEARCH, Uptodate sin restricciones de idioma.
- Computadora.
- Hojas papel bond.
- Memoria USB.
- Impresora Lexmark.
- Bolígrafos Negros.
- Marcatextos fluorescentes.
- Engrapadora.
- Paquete de Clips.
- Paquete de post-it.

RECURSOS FINANCIEROS

Para la elaboración de este trabajo de investigación se emplearon los recursos del propio investigador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

“Grado de apego a la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS la Margarita”

Actividad	Enero/ Febrero	Marzo/ Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Revisión bibliográfica						
Elaboración del protocolo						
Autorización por el comité de investigación						
Aplicación del instrumento						
Análisis de datos						
Redacción de la tesis						
Presentación de la tesis						

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En el estudio se aplicó estadística descriptiva, empleando promedios y porcentaje para variables cualitativas (ordinales y nominales), y medidas de tendencia central (media, mediana, desviación estándar y rango intercuartil) para variables cuantitativas. Las características distributivas de cada una de las variables, incluyendo

la normalidad, se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para evaluar el grado de apego se utilizó Chi². Se utilizó el Software estadístico SPSS (IBM SPSS statistics) versión 25, año 2019.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue sometido para su aprobación al Comité local de Investigación del Hospital General de Zona No. 20 IMSS, Puebla, sede del estudio. Este estudio de investigación se realizó bajo las disposiciones correspondientes a lo normado en materia de investigación establecida en los siguientes códigos:

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para pedir la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitación. De esta norma se consideran los artículos 5.5, 5.6, 5.8 al 5.12, 6, 6.1, 6.2, 7, 7.1, 7.3, 10, 11 y 12.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General en Salud en materia de investigación, que establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, de la cual se consideran los artículos 13, en la que deberán prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de derechos y bienestar del sujeto de estudio. Con respecto al artículo 14, el estudio se apegará a las fracciones I, IV, V, VI, VII y VIII. En cuanto al

artículo 16, se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, así como la confidencialidad de los datos proporcionados. De acuerdo al artículo 17, fracción II, esta investigación se considera con riesgo mínimo. El participante podrá suspender su participación en el estudio si así lo desea de acuerdo al artículo 18. Finalmente también estará apegado a los artículos del 20 al 21 los cuales establecen que el participante en la investigación deberá autorizar su colaboración en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de poder elegir libremente y sin coacción alguna; podrá tener la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, así mismo, tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

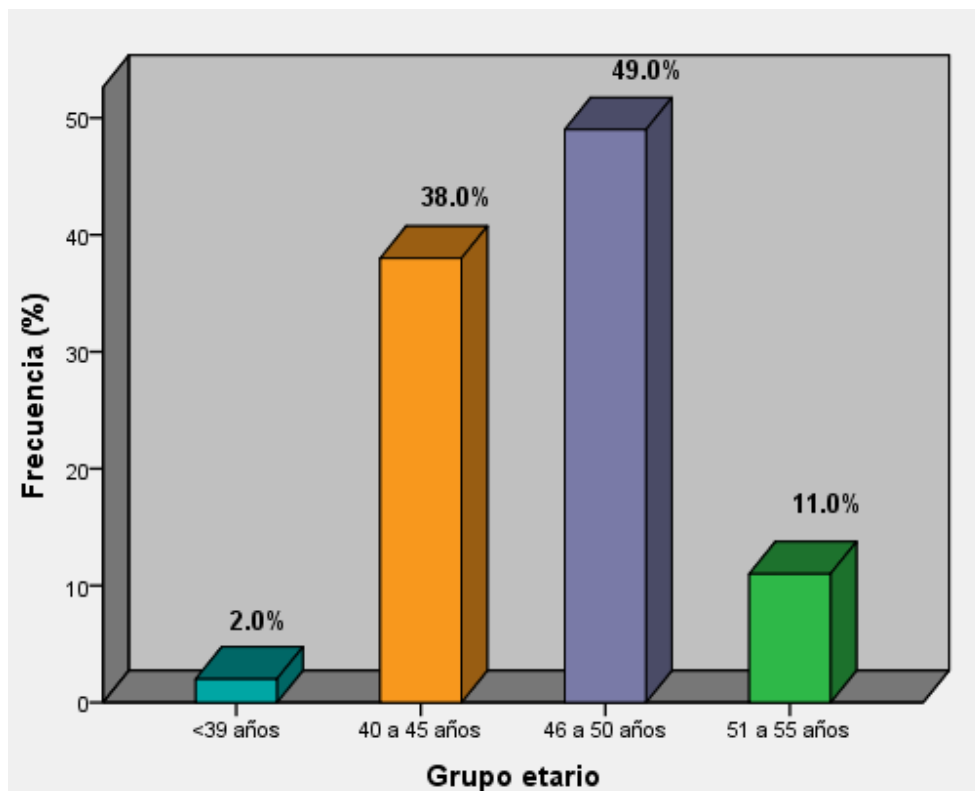
El protocolo de investigación también fue escrito conforme a los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que contiene recomendaciones que sirven de guía para realizar investigaciones biomédicas en personas, considerando sus principios básicos, así como los relativos a la investigación médica combinada con asistencia profesional. Todos los involucrados deberán ser informados suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría traer. También serán informados de la libre participación o no en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.

RESULTADOS

Características antropométricas de las pacientes con perimenopausia y postmenopausia:

En nuestro estudio se incluyeron 100 pacientes que acudieron a la consulta externa de ginecología con diagnóstico de peri o postmenopausia, así como insuficiencia ovárica primaria, atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS “La Margarita”. La edad promedio de las pacientes fue de 46.6 ± 3.8 años, con una edad mínima de 28 años y una edad máxima de 55 años. El 60% de las pacientes fueron mayores de 46 años (Gráfico 1).

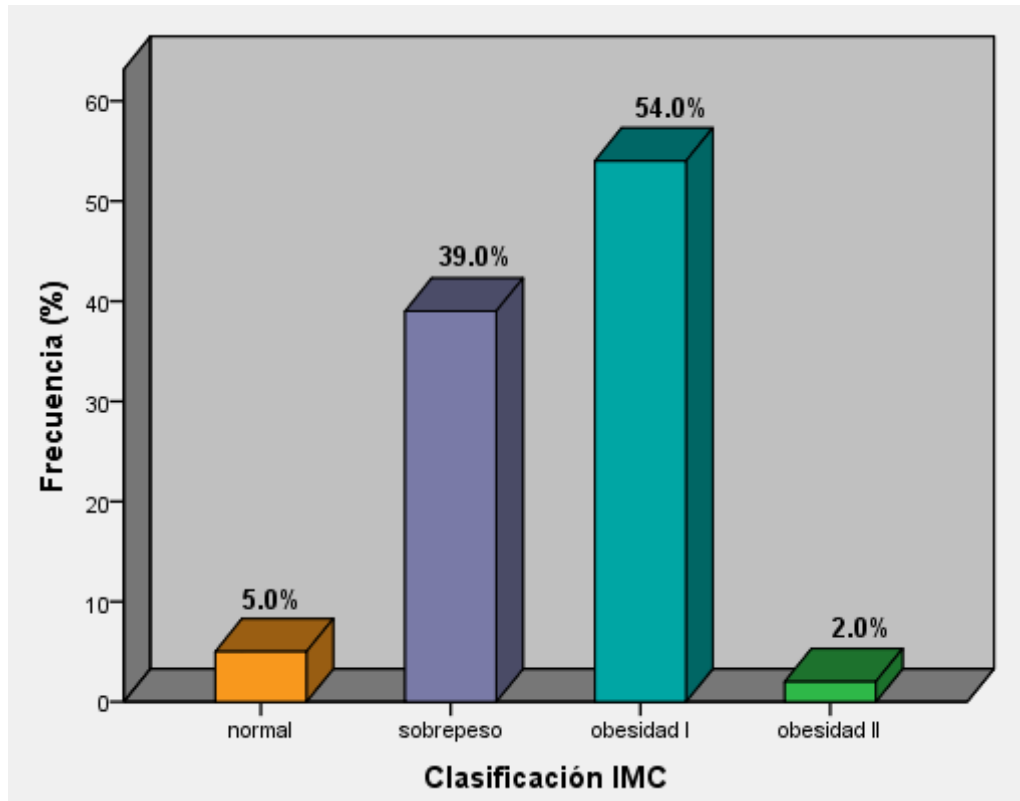
Gráfico 1. Frecuencia del grupo etario de mujeres en perimenopausia y postmenopausia.



Fuente: Propia del investigador

El peso promedio fue de 70 ± 7 kg y la talla de 1.52 metros. El IMC promedio fue de 30 ± 3 kg/m² con mínimo y máximo de 21-36 kg/m², 56% presentaron algún grado de obesidad (Gráfico 2).

Gráfico 2. Clasificación según el IMC de mujeres en perimenopausia y postmenopausia.



Fuente: Propia del investigador.

Características clínicas y grado de severidad del climaterio en las pacientes con perimenopausia y postmenopausia:

La media de los años transcurridos desde el inicio de la menopausia en la población de estudio fue de 2.3 ± 0.7 años, con un mínimo de 1 año y un máximo de 5 años, 59 % de las pacientes tenían 2 años transcurridos tras la menopausia (Tabla 1).

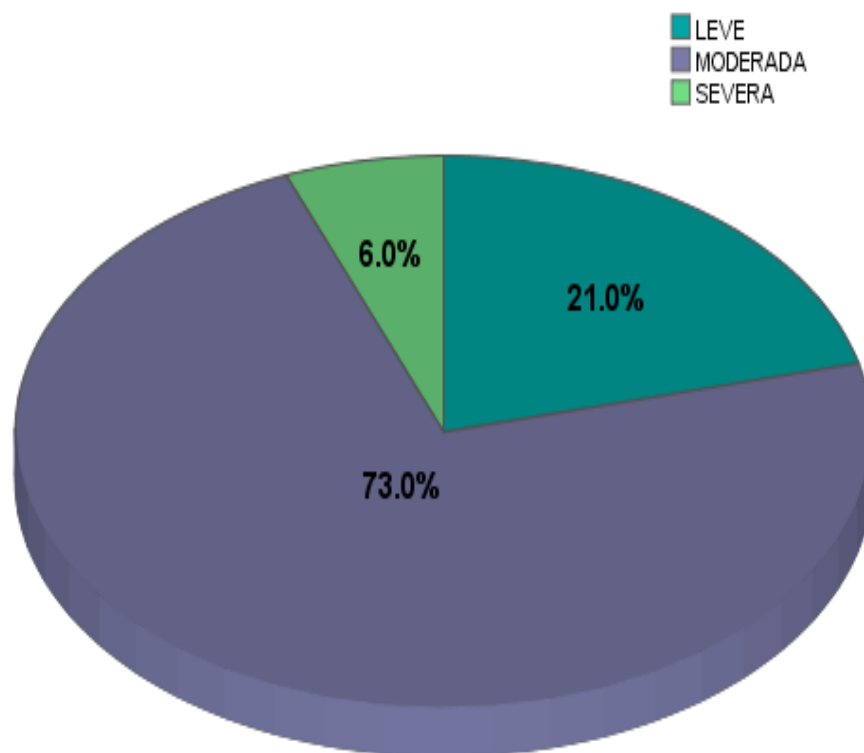
Tabla 1. Años transcurridos de la menopausia

	f (%) n= 100
1 año	9 (9)
2 años	59 (59)
3 años	23 (23)
4 años	8 (8)
5 años	1 (1)

El puntaje promedio de la MRS fue de 11 ± 2.6 puntos, 73% de las pacientes con grado de severidad moderada y 6% severa, cabe destacar que desde sintomatología leve hay que iniciar tratamiento de la sintomatología climacteria (Gráfico 3)

Gráfico 3. Grado de severidad del climaterio. Según los criterios de la escala

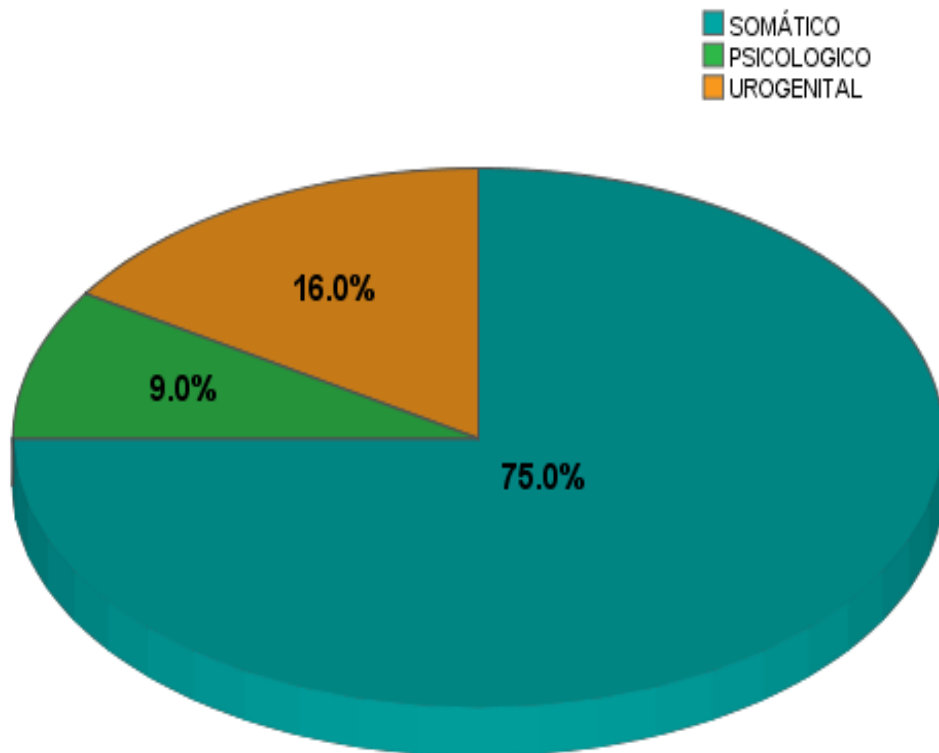
“Menopausia Rating Scale”



Fuente: Propia del investigador.

Así mismo 75% de los síntomas manifestados por las pacientes corresponden al dominio somático en el que el síntoma más representativo son los bochornos, 16% al dominio urogenital manifestado como atrofia vaginal y por ende dispareunia, 9% al dominio psicológico caracterizado por cambios en el estado de ánimo y depresión (Gráfico 4).

Gráfico 4 Sintomatología climática en pacientes con peri y postmenopausia.



Fuente: Propia del investigador

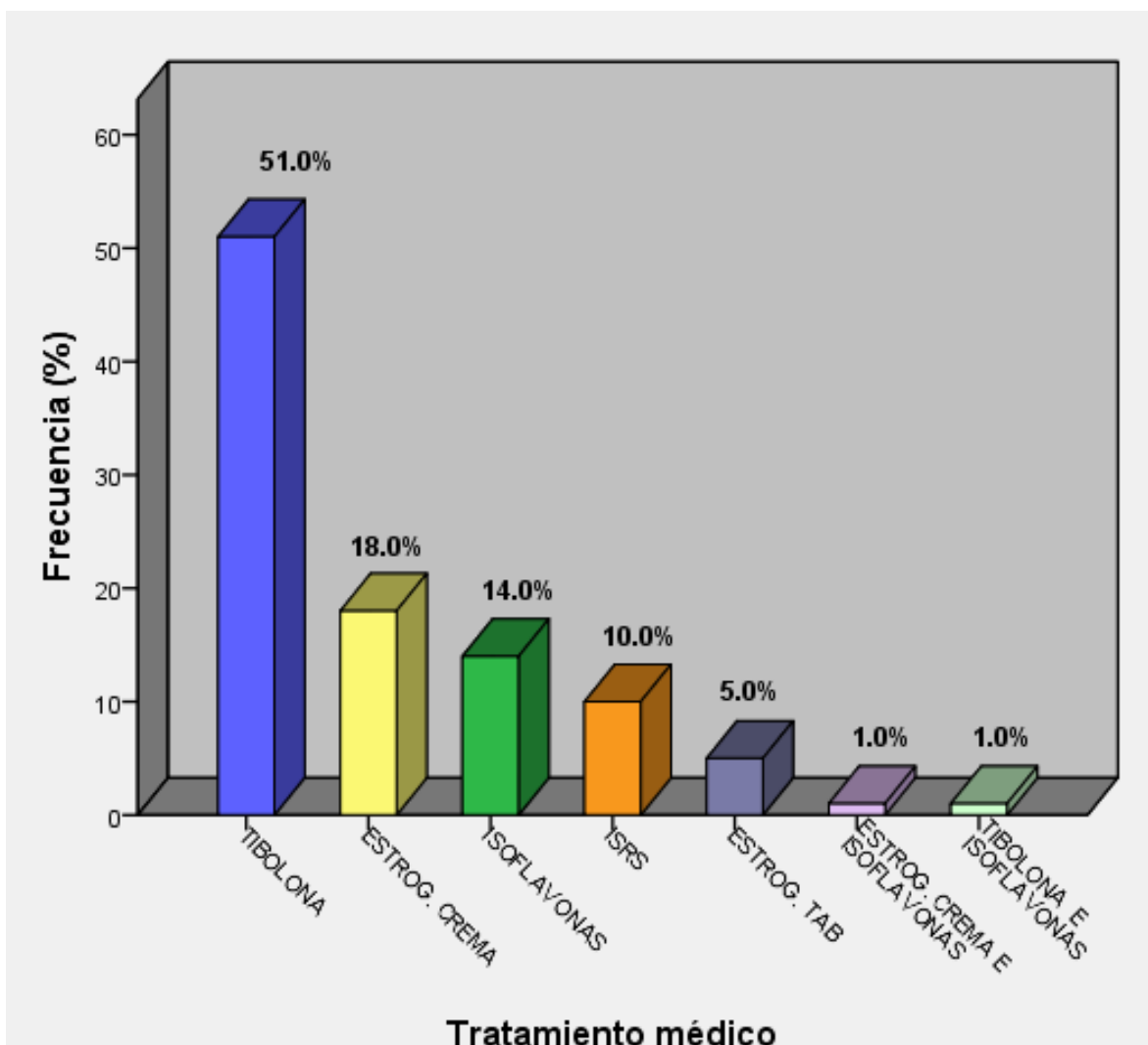
Frecuencia del tratamiento utilizado durante la perimenopausia y postmenopausia:

En cuanto al tratamiento médico para síndrome climatérico encontramos una mayor frecuencia de pacientes tratadas con tibolona (51.0%), seguido de estrógenos

conjugados en crema (18%), isoflavonas (14.0%) e Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) (10%) y una menor frecuencia de estrógenos conjugados en tabletas (5.0%) (Gráfico 5).

El tiempo promedio de tratamiento médico utilizado en las pacientes fue de 1.3 ± 0.4 años, con un rango de 1 a 2 años de tratamiento.

Gráfico 5. Frecuencia del tratamiento utilizado durante la peri y postmenopausia.



Fuente: Propia del investigador.

Grado de apego del diagnóstico y tratamiento de acuerdo a la GPC en mujeres con peri y postmenopausia:

Según los ítems de evaluación incluidos en el “Instrumento de evaluación para determinar el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia”, en la valoración inicial sólo 31% documentó adecuadamente el expediente clínico.

Durante la consulta inicial y como parte del seguimiento, el médico fomenta la modificación de estilos de vida saludables en las pacientes con síndrome climatérico en el 100%.

Manejo y seguimiento inicial de las pacientes: 9% prescribió calcio y vitamina D, 98% inició la terapia hormonal (TH) o no hormonal, 10% con criterio individualizado para la selección de la terapia hormonal, la vigilancia inicial se realizó en el 50% y se establece un tiempo de uso adecuado de la terapia hormonal en el 5%, mientras que en el 88.0% de los las pacientes este criterio no aplica.

El seguimiento integral en la valoración anual completa no se realiza en el 64% de los casos y el 67% no da el seguimiento hasta los 60 años o antes para valorar si hay remisión de la sintomatología clínica.

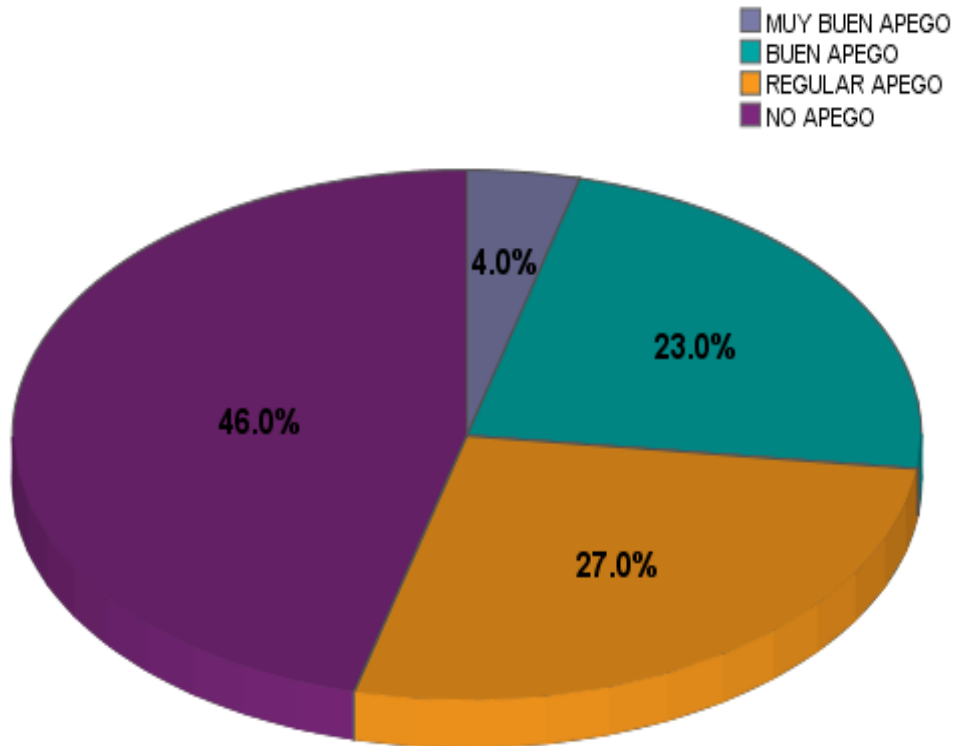
En la contrarreferencia de pacientes sólo el 37% tiene un control con tratamiento médico establecido y 11% no aceptan la terapia hormonal (Tabla 2)

Tabla 2. Instrumento para evaluar el grado de apego a la GPC de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia
f (%) (n=100)

Items de evaluación*	Si cumple	No cumple	N/A
I. Valoración inicial			
1. Paciente ingresó al hospital referida de UMF por síndrome climatérico	100 (100)	0	0
2. Expediente clínico documentar	31 (31)	69 (69)	0 (0)
II. Manejo y seguimiento inicial de las pacientes			
3. El personal de salud debe fomentar la modificación de estilos de vida saludables.	100 (1000)	0 (0)	0 (0)
4. Prescripción de calcio y vitamina D	9 (9)	91 (91)	0 (0)
5. Inicio de terapia hormonal (TH) o no hormonal (en caso de contraindicación) según los criterios de la GPC	98 (98)	2 (2)	0 (0)
6. Selección de terapia hormonal según criterio individualizado	10 (10)	86 (86)	4 (4)
7. Vigilancia inicial	50 (50)	50 (50)	0 (0)
8. Tiempo de uso de terapia hormonal	5 (5)	7 (7)	88 (88)
III. Seguimiento integral de las pacientes			
9. La valoración integral anual completa	33 (33)	64 (64)	3 (3)
10. Seguimiento de las pacientes hasta los 60 años o antes si hay remisión de sintomatología clínica.	28 (28)	67 (67)	5 (5)
IV. Contra referencia de pacientes			
11.- Existe control con tratamiento establecido	37 (37)	60 (60)	3 (3)
12.- Pacientes sin aceptación de terapia hormonal	11 (11)	79 (79)	10 (10)

Los resultados del instrumento de evaluación para determinar el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia, bajo el método basado en la escala de Likert, nos muestran que, no hay un apego a los criterios establecidos en la GPC diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia en el 46% y solo en el 4% hay muy buen apego. (Gráfico 6).

Gráfico 6. Grado de apego a la GPC de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia



Fuente: Propia del investigador.

La asociación del grado de apego a la GPC de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia según el grado de severidad de los síntomas establecido por el puntaje que marca la MRS, nos indica que cuando la sintomatología es leve el apego a la GPC es del 16%, mientras que cuando la sintomatología es severa el apego es del 2%, encontrando una asociación significativa entre el apego a la GPC y el grado de severidad de la menopausia ($p < 0.05$) (Tabla 3).

Tabla 3. Grado de apego a la GPC VS el Grado de Severidad según MRS

GRADO DE APEGO A LA GPC	GRADO DE SEVERIDAD MRS f (%) n=100			Valor de p
	Leve	Moderada	Severa	
Muy bueno	0 (0.0)	2 (2.0)	2 (2)	0.000*
Bueno	16 (16.0)	6 (6.0)	1 (1)	
Regular	5 (5.0)	21 (21.0)	1 (1)	
No apego	0 (0.0)	44 (44.0)	2 (2)	

* Asociación lineal. Un valor de p <0.05 fue considerado significativo.

DISCUSIÓN:

Nuestro estudio incluyó 100 mujeres en etapa de peri y postmenopausia o con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria, con sintomatología clínica asociada. En estas pacientes evaluamos el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia” en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS “La Margarita”.

La edad media de las pacientes fue de 46 años, con un inicio de la menopausia alrededor de los 44 años y un periodo de evolución de la menopausia de 2 años. Entorno a la edad de inicio de la menopausia, esta suele ser variable en mujeres mexicanas, pero en consenso ocurre partir de los 45 años (4, 9, 11, 17, 24), lo cual concuerda con nuestra población de estudio.

La menopausia es un periodo de tiempo con muchos cambios en la vida reproductiva de la mujer, los estudios indican que durante esta etapa se favorece la ganancia de peso ponderal y el desarrollo o agravamiento de la obesidad (25). Es en esta etapa es cuando ocurre la mayor prevalencia de obesidad en mujeres (25), tal como lo observamos en nuestras pacientes, donde la frecuencia de obesidad fue mayor al 50%. La etiología del aumento de peso durante esta etapa es desconocida, pero algunos estudios reportan una relación con la edad y la disminución de estrógenos endógenos (26). Es probable que la obesidad en nuestras pacientes se deba, en parte, a la disminución del gasto energético basal, el cual suele ser proporcional al incremento de la edad.

Las mujeres en peri o posmenopausia pueden presentar un perfil clínico variable y pueden ser asintomáticas o sintomáticas de manera leve a severa. Al analizar el grado

de severidad del climaterio, según los criterios de la escala MRS “Menopausia Rating Scale” encontramos que se trató predominantemente de sintomatología clínica moderada somática. Los síntomas más representativos fueron los bochornos; y en el ámbito urogenital, atrofia vaginal y dispareunia, similar a lo observado en otros estudios (10, 14, 19, 21, 24). En contraste, en el ámbito psicológico se observó una baja frecuencia de cambios de ánimo y depresión, menor a lo reportado en otros estudios (21).

Debido a que, los cambios vividos por la mujer en esta etapa hacen imposible pensar en este proceso como únicamente biológico, los autores recomiendan, además de la escala MRS, realizar una evaluación integral que involucre tanto aspectos biológicos como psicosociales en forma completa (27). Idealmente, se recomienda Ápgar familiar, un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar global y el tamizaje de violencia contra la mujer (27). Este tipo de evaluaciones deberían tomarse en cuenta al evaluar el ámbito psicológico de las mujeres atendidas en el HGZ No. 20 del IMSS, debido a que existe la posibilidad de que ocurra una subestimación de los cambios de ánimo y depresión en nuestra población de estudio.

Si bien la sintomatología de la menopausia como bochornos, dispareunia y atrofia vaginal, se han estudiado ampliamente en cuanto a su relación con la transición a la menopausia, estas han tenido poca atención en este sector vulnerable. Así pues, se recomienda realizar más investigación para poder lograr entender mejor la fisiopatología de la sintomatología frecuente de esta etapa de la vida de la mujer y así normar nuevas pautas de tratamiento que sean más efectivas, a fin de evitar el

tratamiento empírico. Lo anterior se podrá ver reflejado en una mejor calidad de vida de las mujeres en esta etapa de transición.

Por otro lado, la somatología en pacientes con obesidad, nos hace pensar que esta podría ser un factor de riesgo asociado a la frecuencia o intensidad de los síntomas vasomotores. Sin embargo, hacen falta dirigir nuevos estudios para determinar su posible asociación. A pesar de ello, se sugiere incidir sobre el tema de la obesidad con apoyo nutricional para la población evaluada, dado a que se trata de un factor claramente modificable.

En cuanto al tratamiento médico, el uso de tibolona durante un periodo de dos años fue el más frecuente, lo cual concuerda con otros estudios (17, 24). La tibolona es una opción disponible en México para el tratamiento de los síntomas de la menopausia, y los datos a corto plazo indican su eficacia. No obstante, los profesionales sanitarios deben considerar el equilibrio entre los efectos beneficiosos y los riesgos de la tibolona, ya que han surgido preocupaciones crecientes sobre sus efectos como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, cáncer de endometrio y accidente cerebrovascular (28). Por tal motivo, la GPC recomienda evaluar la aceptabilidad del esquema farmacológico ofrecido a las pacientes en la peri y postmenopausia, el cual debe indicarse siempre a dosis bajas y durante un periodo corto de tiempo (4).

Según los ítems incluidos en el “Instrumento de evaluación para determinar el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia” durante la valoración inicial encontramos una escasa documentación del expediente clínico. La evidencia anterior destaca la necesidad de reforzar los

lineamientos para el cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico en nuestro entorno hospitalario.

Es necesario destacar que, en la evaluación del apego a la GPC, en todas las pacientes que participaron en el estudio se les fomentó la modificación de estilos de vida saludables. No obstante, el manejo y seguimiento inicial se realizó adecuadamente en sólo la mitad de los casos. Además, se observa una gran deficiencia en el seguimiento integral anual de las pacientes, sin una adecuada valoración de la remisión de la sintomatología clínica.

Según la evaluación de la contrarreferencia, se observa un descontrol del tratamiento hormonal establecido inicialmente, siendo que la mayoría de las pacientes no continúan adecuadamente la terapia hormonal y no están siendo contrarreferenciadas para la valoración por el especialista.

Centrándonos en el objetivo principal de nuestro estudio, según los resultados del instrumento de evaluación para determinar el grado de apego a la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia”, no hay un buen apego a los criterios establecidos en la GPC en nuestra población de estudio, por ende, la mayoría de las pacientes presento sintomatología moderada y severa.

Como pudimos constatar, nuestros resultados son poco satisfactorios y estos no se pueden extrapolar a otras instituciones, dado a que, los niveles de apego a la GPC suelen ser diferentes por cada institución (29).

La falta de apego a las GPC se ha descrito con anterioridad en estudios realizados en México y otros países, y para varios tipos de patologías, especialmente la crónica

(30). La explicación es multifactorial y contextualizada, pero se señalan como factores críticos la comunicación, diseminación e implementación de la GPC (31-32).

En otros estudios se ha reportado que existe una sobreestimación en general, sobre el uso de las GPC por parte de los profesionales (22, 33). Por lo que, valdría la pena realizar nuevos estudios para investigar la falta de apego a la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia” y evaluar el nivel de conocimiento de la norma en los profesionales sanitarios de nuestra institución, con el fin de identificar la etiología de esta problemática, establecer estrategias correctivas con el fin de mejorar la atención segura, efectiva y eficiente de pacientes peri y postmenopáusicas.

La fortaleza de este estudio es que el impacto de nuestros resultados se vería claramente reflejado si se atienden las áreas de oportunidad identificadas en este estudio, mejorando la capacitación de los profesionales clínicos para la atención integral de las pacientes peri y post menopáusicas con un mejor apego a la GPC correspondiente. Esto a largo plazo, incrementaría la posibilidad de mejorar las actividades médicas y del personal de salud de nuestra institución. La principal recomendación derivada de la presente investigación es la impartición de actualizaciones o intervenciones educativas más profundas, que permitan la mejora en la atención médica integral de estas pacientes.

Las debilidades de este estudio son el tiempo en el que fue realizado, ya que por la pandemia disminuyó significativamente el número de pacientes atendidas en la consulta externa, las deficiencias observadas al documentar el expediente clínico y los registros

de las pacientes no permiten realizar una evaluación con más indicadores, por lo que es necesario reforzar lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, para que los registros estén bien documentados.

Por último, podemos mencionar que la mejora en la prevención y la promoción de salud en aspectos medulares de la atención primaria de mujeres menopáusicas permitirá mejorar la calidad de vida de las pacientes. El cuidado integral a la salud de estas mujeres debe realizarse con un mejor apego a las recomendaciones de la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia” y no debe limitarse a tratar determinados síntomas o el alivio transitorio de algunos de ellos, sino prevenir de forma integral el desarrollo de dicha sintomatología y efectuar una adecuada vigilancia de la terapéutica utilizada. En la medida en que el apego a la GPC mejore, se verá favorecida la atención en la población perimenopáusica y post menopáusica de nuestra institución.

CONCLUSIONES:

- El perfil clínico de las pacientes fue variable con una predominancia de síntomas vasomotores y el grado de repercusión clínica de la sintomatología fue moderada.
- La terapéutica más utilizada para el síndrome del climaterio fue la tibolona.
- El manejo y seguimiento inicial se realizó adecuadamente en sólo la mitad de los casos.
- En términos generales, establecimos en nuestro estudio que no hay apego a los criterios establecidos en la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia” en la población tratada.

ANEXOS

ANEXO 1. MENOPAUSIA RATING SCALE (MRS)

Encuesta para determinar sintomatología climatérica en pacientes y grado de severidad

Conteste la siguiente encuesta marcando con una "X" el recuadro que mejor le parezca, a continuación, escriba los datos que se le solicitan, por su cooperación de antemano, gracias.		
Primera vez	Control (ya tiene tratamiento médico)	
Datos Generales:	Nombre completo:	
	No. de afiliación IMSS:	
	Edad	Talla:
	Sexo:	Peso:
	IMC:	UMF:
	Fecha de última regla :	Fecha de aplicación:
Evaluación final	Asintomática o escasa (0 a 4 puntos) Leve (5 a 8 puntos) Moderada (9 a 15 puntos) Severa (más de 16 puntos)	

¿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"/>

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

“Grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita”

Datos Generales:	Nombre completo:		
	No. de afiliación IMSS:		
	Edad	Talla:	
	Sexo:	Peso:	
	IMC:	UMF:	
	Fecha de ultima regla :		
	Fecha de aplicación:		
Evaluación de ítems	Cumple: 2=SI 0=NO 1= NA (No aplica) y anotar porque		
Evaluación final	Muy buen apego de 19 a 24 puntos (76-100%) Buen apego de 18 a 14 puntos (54-75%) Regular apego de 13 a 10 puntos (38-53%) No apego de 9 puntos o menos. (<35%)		
I. VALORACION INICIAL			
	SI	NO	N/A
1.- Paciente ingresó al hospital referida de UMF por síndrome climatérico:			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria ✓ Ausencia de menstruación por 12 meses a partir de los 40 años y sintomatología correspondiente a síndrome climatérico ✓ Ante duda diagnóstica de síndrome climatérico debe tener documentada una FSH > 25 UI NOTA: DEBEN CUMPLIRSE TODAS PARA PONER “SI”			
2.- Expediente clínico documentar:			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia clínica completa (especificar diagnóstico de cáncer de mama en familiares de primer grado o en paciente, tabaquismo, IMC, tensión arterial) ✓ Papanicolau ✓ Perfil de lípidos ✓ Glucosa basal ✓ Pruebas de funcionamiento hepático ✓ Mamografía basal por lo menos un año antes ✓ Ultrasonido pélvico ✓ Examen general de orina ✓ TSH sérica ✓ La densitometría ósea debe ser considerada en cada caso NOTA: DEBEN CUMPLIRSE LOS 7 ASPECTOS INICIALES PARA PONER “SI”			
II. MANEJO Y SEGUIMIENTO INICIAL DE LAS PACIENTES			
Se incluyen a las pacientes subsecuentes y vistas de primera vez a las que se les			
	SI	NO	N/A

inició tratamiento			
3.- El personal de salud debe fomentar la modificación de estilos de vida saludables. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de ejercicio físico regular ✓ Control de peso ✓ Reducción de tabaquismo ✓ Bebidas alcohólicas ✓ Prevenir la osteoporosis en mujeres climatérica ✓ Alimentación rica en calcio 			
4.- Prescripción de calcio y vitamina D <ul style="list-style-type: none"> ✓ Calcio de 1000 a 1200 mg d ✓ Vitamina D de 800 a 1000 UI/día NOTA: DEBEN CUMPLIRSE LOS DOS ASPECTOS PARA PONER UN "SI"			
5.- Inicio de terapia hormonal (TH) o no hormonal (en caso de contraindicación) en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones o taquicardias) ✓ Atrofia vulvovaginal (dispareunia, quemazón, resequedad) ✓ Prevención de la osteoporosis en posmenopáusica en mujeres con factores de riesgo para osteoporosis) siempre y cuando no exista contraindicación. 			
6.- Selección de terapia hormonal según criterio individualizado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se debe ofrecer tratamiento hormonal de primera línea cuando no haya contraindicaciones. ✓ La TH combinada (estrógenos-progestágeno) está indicada en mujeres con presencia de íntegro. ✓ En mujeres con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria debe ofrecerse TH durante el tiempo necesario para la llegada espontánea de la menopausia (50 años) ✓ Valorar el uso de la vía transdérmica en la paciente con síndrome climatérico portadora de hipertensión arterial sistémica, hipertrigliceridemia y/o hepatopatía crónica. ✓ Paciente con contraindicación de TH y con síntomas climatéricos, considerar el uso de isoflavonas. NOTA: DEBE CUMPLIRSE ALGUNO DE LOS ASPECTOS PARA PONER "SI"			
7.- Vigilancia inicial <ul style="list-style-type: none"> ✓ Citar los primeros 3 a 6 meses de inicio de terapia hormonal o no hormonal. ✓ Evaluar eficacia y tolerancia del tratamiento ✓ Reevaluar sintomatología climatérica NOTA: DEBEN CUMPLIRSE TODOS LOS APECTOS PARA PONER "SI"			
8.- Tiempo de uso de terapia hormonal <ul style="list-style-type: none"> ✓ La TH combinada (estrógeno-progestágeno) por vía oral debe usarse por un periodo menor a 3 años. ✓ La terapia estrogénica sola puede usarse hasta 7 años. El uso de TH por periodos mayores a 5 años está justificado si: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recidiva de sintomatología con afección en su calidad de vida. ✓ Mujeres con edad menor a 60 años que tengan indicaciones y a dosis bajas. ✓ Perfil de bajo riesgo de eventos tromboticos, accidentes cerebrovasculares y cáncer de mama. NOTA: DEBEN CUMPLIRSE ALGUNO DE LOS SPECTOS PARA PONER "SI"			
III. SEGUIMIENTO INTEGRAL DE LAS PACIENTES			
Se incluyen a todas las pacientes con tratamiento médico ya establecido.	SI	NO	N/A

<p>9.- La valoración integral debe ser anual, la cual deberá incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia clínica completa ✓ Laboratorio (glucosa basal, perfil de lípidos completa) ✓ Papanicolau ✓ Mastografía ✓ Usg pélvico en mujeres con sangrado uterino o aquellas con alto riesgo para cáncer endometrial. ✓ La densitometría ósea debe ser considerada en cada caso. <p>NOTA: DEBEN CUMPLIRSE TODOS LOS ASPECTOS PARA PONER "SI"</p>			
<p>10.- Seguimiento de las pacientes hasta los 60 años o antes si hay remisión de sintomatología clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No dar tratamiento médico para síndrome climatérico después de los 60 años. <p>NOTA: DEBEN CUMPLIRSE TODOS LOS ASPECTOS PARA PONER "SI"</p>			
<p>IV. CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES:</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>	<p>N/A</p>
<p>11.- Existe control con tratamiento establecido</p>			
<p>12.- Pacientes sin aceptación de terapia hormonal</p>			

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)	
Nombre del estudio:	"Grado de apego a la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20, Instituto Mexicano del Seguro Social La Margarita".	
Patrocinador externo (si aplica):		
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita, Puebla, Puebla. Fecha:	
Número de registro institucional:		
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este estudio es determinar el grado de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita, para brindar una mejor atención médica y poder ofrecer un tratamiento adecuado a las mujeres que lo necesiten.	
Procedimientos:	Esta investigación consta de una sola evaluación. Se le realizara una entrevista para solicitar su permiso para participar en el estudio y explicarle las razones por las que se está realizando, se aplicará una encuesta en su primera consulta con nosotros para conocer las molestias que la aquejan en este periodo de transición a la menopausia; si usted ya se encontrara en seguimiento se valorara si hubo mejoría con el tratamiento médico ofrecido, se valorará su expediente médico para ver los estudios que le han solicitado y valorar si son los adecuados y determinar cuál ha sido su seguimiento. Al igual que a usted se invitará a participar a todas las pacientes que acudan a la consulta externa, usted decidirá de forma voluntaria y sin presión si acepta participar en el estudio, por favor lea la información que se le proporciona y si tiene alguna pregunta con gusto le aclararemos sus dudas, es muy importante que responda con sinceridad, se estima que resuelva la encuesta en aproximadamente unos 20 minutos, los investigadores además usaremos la información sin identificar su nombre, será totalmente confidencial y se realizará por el médico residente encargado de este estudio.	
Posibles riesgos y molestias:	En este estudio no realizaremos ningún tipo de intervención como se toma de sangre, etc, por lo que el participar en esta investigación no implica ningún tipo de riesgo psicológico o social para usted, la único que tendrá que hacer es contestar las preguntas acerca de síntomas que se presentan en la menopausia. La información que recabemos será manejada de forma confidencial. Con esto no se pretende causar ninguna molestia, y si en algún momento llegara a pasar tenga la confianza para aclarar cualquier duda o pregunta	

	con su servidor.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El presente estudio no tendrá ningún costo para usted, así mismo no tendrá remuneración alguna, el único beneficio será que usted tendrá la satisfacción de haber participado en una investigación la cual puede contribuir a identificar cuáles son nuestros puntos débiles en la atención médica y así mejorar en el futuro la calidad en la atención durante la consulta.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si usted decide participar en el estudio y solicita a los investigadores podrán darse los resultados de los cuestionarios, cuando concluya la investigación, cualquier duda acerca del cuestionario aplicado podrá preguntar al personal que le realice la encuesta, aparte de esto, no está planeando entregar reporte de los resultados globales de la investigación a cada participante, usted puede realizar en todo momento cualquier pregunta y nosotros aclararemos cualquier duda acerca del estudio de investigación. Al tener los resultados nosotros reforzaremos la mejora en los servicios que usted recibe, así como la calidad de la atención en la consulta de ginecología.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y libre, usted decide si acepta o no participar en ella. En caso de no participar usted seguirá recibiendo de forma normal todos los beneficios como derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Podrá abandonar el estudio en cualquier momento que usted lo decida, sin que tenga repercusión alguna en el trato o la atención que usted solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar con su participación. Se dará respuesta a las dudas que se tengan en relación al estudio. En ningún momento cambiará nada en relación con su atención.
Privacidad y confidencialidad:	<p>La información que obtengamos de los expedientes electrónicos y que pudiera identificarla, como nombre y número de seguridad social será guardada y no se divulgará, ni serán expuestos o publicados garantizando su privacidad.</p> <p>Los investigadores involucrados en este trabajo, sabrán que usted está participando en el estudio y nadie más tendrá acceso a la información, a menos que usted así lo desee.</p> <p>Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias no se dará información que pudiera revelar su identidad.</p> <p>Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos y este número será usado en nuestras bases de datos.</p> <p>Todos los procedimientos propuestos para este estudio están de acuerdo a las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y códigos y normas internacionales vigentes en las buenas prácticas de la Investigación clínica, se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Núremberg, Helsinki, el informe Belmont, Código de reglamentos Federales de Estados Unidos y de acuerdo a lo estipulado en la NOM-012-SSA3-2012, la carta de consentimiento informado se le entregará a usted en formato original para que</p>

	<p>pueda ser leída y se resuelvan todas sus dudas, la información que usted proporcione será la que usted registre en los cuestionarios., su información no corre riesgos ya que será tratada con confidencialidad, su nombre e identidad continuarán anónimos, en caso que se den a conocer estos datos no sufrirá ningún tipo de discriminación. Por su participación en el estudio usted no tendrá que hacer ningún gasto, en caso de que se sienta incomodo al responder este cuestionario, está en libertad de informarnos y suspender el cuestionario.</p>
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dr. Fernando López Díaz, matrícula 11177977, adscripción: Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita, número telefónico: (045) 2221131094, correo electrónico: ferlopez10@yahoo.com.mx
Colaboradores:	Dra. Miriam Cabrera Jiménez, matrícula 9938488, adscripción: Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita, número telefónico: (045) 2223359693, correo electrónico: miriamcj2015@hotmail.com Dra. Luz Angélica Camacho López, matrícula 97380792, adscripción: Hospital General de Zona No. 20 IMSS La Margarita, número telefónico: (045) 2221329188, correo electrónico: lucam0510@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma del participante</p>	<p>Luz Angélica Camacho López – Matrícula 97380792</p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO 4. CARTA DE CONFIDENCIALIDAD



GOBIERNO DE
MÉXICO



2020
LEONORA VICARIO
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20 "LA MARGARITA"
COORDINACION DE EDUCACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DECONFIDENCIALIDAD

Puebla, Puebla, 21 de mayo de 2020

Dr. Ernesto Corona Alvarado
Director del Hospital General de Zona No.20
P R E S E N T E

En relación al protocolo de investigación con folio F-2020-2108-010 con Título "GRADO DE APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.20 IMSS LA MARGARITA" los investigadores: Dra. Miriam Cabrera Jiménez investigador responsable y Dra. Luz Angélica Camacho López Residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, nos comprometemos a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expediente, reportes estudios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a nuestro cargo, o en el cual participamos como investigadores, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (última actualización 2016), la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal de Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a las Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Atentamente

Dra. Miriam Cabrera Jiménez
Nombre y firma

Dra. Luz Angélica Camacho López
Nombre y firma

Dr. Ernesto Corona Alvarado
DIRECCIÓN
Av. Fidel Velazquez 4211, "La Margarita", Puebla, Puebla. C.P. 72560
www.Mat.41177837 HGZ 20 IMSS



BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Campostrini-C, Moggia-S, Belardo-MA, et al. Rol actual de la THM y estrategias de prevención en la medicina del climaterio. Rev Ginecol Obstet Mex. 2018; 84:523-534.
- 2.- Dumont-A, Brendis-N, Dewailly-D, et a. Perimenopausia. EMC-Ginecología-Obstetricia 2017; 53:1-15.
- 3.- Valenzuela-Mazo P, Arteaga-Urzúa E, Pou-Ferrari R, et al. Etapas reproductivas en la mujer adulta: transición a la menopausia. Federación latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASG) 2017; 32:37-42.
- 4.- Bedia-Sánchez LM, Fuentes-Morales S, García-Sánchez AG, et al. Guía de Práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia. Ciudad de Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud; 2013. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/019_GPC_ClimatyMenop/SS_019_08_EyR.pdf. Acceso marzo 22, 2020.
- 5.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2017. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas, 2017. 13 - 427.
- 6.- Marracino-C. Programa de Indicadores de Calidad de Atención Médica CIPAM. Manual de Indicadores de Calidad 2da. Edición, Buenos Aires: SACAS, 2012.
- 7.- Álamo-Vera V, González-Oria MO, Carvajal-Ramos E, et al. Electroestimulación del nervio tibial posterior en incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia fecal. Rehabilitación 2020; 54:3-10.

- 8.-García-Gomariza C, Igual-Camacho C, Hernández-Guillen D, et al. Efectos de un programa de ejercicio combinado de impacto, fuerza y resistencia en la prevención de osteoporosis de mujeres posmenopáusicas. *Fisioterapia* 2019;41:4-11.
- 9.-Córdova-Pérez N, Basurto-Acevedo ML, Saucedo-García RP, et al. El estado metabólico y su asociación con la actividad ósea en la mujer posmenopáusica. *Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia* 2019; 46:51–56.
- 10.- Ruiyi-Tang M, Min-Luo M, Jiayi-LiM D, et al. Symptoms of anxiety and depression among Chinese women transitioning through menopause: findings from a prospective community-based cohort study. *Fertility and Sterility* 2019;112:1160-1171.
- 11.- Soto-Rodríguez A, García-Soidán JL, Arias-Gómez MJ, et al. Intervención educativa sobre parámetros cardiovasculares en mujeres perimenopáusicas con un factor de riesgo cardiovascular. Ensayo clínico aleatorizado. *Medicina Clínica* 2018;178-184.
- 12.-Gómez-C, Martínez-Gil JL, Carrasco-J, et al. Efectos de un año de entrenamiento con bandas elásticas sobre el dolor en mujeres menopáusicas. *Fisioterapia* 2018;40:178-182.
- 13.- Vedia-Urgell C, Massot-Mesquida M, Valles-Fernández R, et al. Adecuación del tratamiento de la osteoporosis en prevención primaria. Estudio cuantitativo y cualitativo. *Atención primaria* 2018;50: 6-15.
- 14.- Hernández-Escriche C, Gili-F, Fernández-Molero S. Efectividad de una intervención de acupuntura con vasos maravillosos en los sofocos durante el climaterio. *Revista internacional de Acupuntura* 2018; 12:40-45.

- 15.-Gonzalez- Isaza P, Ruiz-Rosas AI, Vélez-Rizo DL. Láser de CO2 fraccionado: un nuevo enfoque de tratamiento para incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en mujeres posmenopáusicas. *Urología Colombiana* 2017; 26:8–11.
- 16.-Horta-Baas G, Pérez-Bolde A, Pérez-Pérez A, et al. Concordancia del FRAX México con y sin el valor de la densidad mineral ósea en la evaluación del riesgo de fractura en la práctica clínica diaria. *Medicina Clínica* 2017; 148:387-393.
- 17.- Baladé-Martínez L, Montero-Corominas D, Macías-Saint D, et al. Utilization of hormone replacement therapy in Spain: Trends in the period 2000-2014. *Medicina clínica* 2016;147;287-292.
- 18.- Carranza-Lira S, Carpio-Bárceñas P. Tiempo transcurrido a partir de la menopausia y su repercusión en el deterioro cognitivo. *Ginecol Obstet Mex.* 2018; 86:289-296
- 19.- Ortiz-Luna GF, Arellano-Eguiluz A, Sánchez-Ceballos A, et al. Descripción demográfica, bioquímica y sintomática según los estadios reproductivos STRAW+10 en mujeres mexicanas en la peri y posmenopausia. *Ginecol Obstet Mex.* 2020; 88:29-40
- 20.- García-Soto ZM, Montoro-García S, Leal-Hernández M, et al. Valoración del control de los factores de riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas obesas tras el seguimiento de un programa estructurado de educación dietética y ejercicio físico. (Programa SÍSIFO). *Hipertensión y Riesgo Cardiovascular* 2016; 33:103-110.
- 21.- López-Olmos J. Diferencias en disfunciones sexuales y depresión entre mujeres premenopáusicas (de 40-50 años) y mujeres posmenopáusicas (de 50-60 años). Estudio prospectivo de un año. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2016; 43:50-57.

- 22.-Martínez-Garduño MD, Olivos-Rubio M, Gómez-Torres D, et al. Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. *Enfermería Universitaria* 2016; 13:142-150.
- 23.- Monsalve-C, Reyes V, Parra-J, et al. Manejo terapéutico de la sintomatología climatérica. *Rev Perú Ginecol Obstet* 2018; 64:43-50.
- 24.- Molina-Valencia J, Marín-Castro AE, Vargas-Grisales N, et al. Características clínicas de mujeres menopáusicas de una clínica privada de la ciudad de Medellín, Colombia. *Ginecol Obstet Mex.* 2017; 85:234-240.
- 25.- Milewicz A, Tworowska U, Demissie M: Menopausal obesity. Myth or fact? *Climateric* 2001; 4:273-83.
- 26.- Wang P, Hassager C, Ravn P, Wang S, Christiansen C: Total and regional body-composition changes in early postmenopausal women: age related or menopausal related? *Am J Clin Nutr* 1994; 60: 843-8.
- 27.- Monsalve C, Reyes V, Parra J, Crea R. Manejo terapéutico de la sintomatología climatérica. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* [online]. 2018, vol.64(1) [citado 2020-08-11], pp.43-50. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2304-5132.
- 28.- Formoso G, Perrone E, Maltoni S, et al. Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10(10):CD008536.
- 29.- Poblano-Verástegui O, et al. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. *Salud Pública de México* 2017; 59(2):165-175.
- 30.- Arapau A, et al. Evaluación de la difusión e implementación de las Guías de Práctica Clínica. México, DF; 2012 [consultado el 30 de enero de 2015]. Disponible en:

http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/GPC_IF.pdf

31.- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999;282(15):1458-1465.

32.- McCormack L, Sheridan S, Lewis M, Boudewyns V, Melvin C, Kistler C, et al. Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.

33.- Saturno, PJ, Palmer RHR, Gascon J. Physician attitudes, self-estimated performance and actual compliance with locally peer-defined quality evaluation criteria. Int J Qual Heal Care 1999;11(6):487-496.