

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN PACIENTES MENOPAUSICA QUE
ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA VILLEGAS,
SAN CRISTOBAL, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2018.



Tesis de post grado para optar por el título en la especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Juana Elvira Lachapell

Asesora:

Dra. Claridania Rodríguez Berroa

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción.....	1
I.1. Antecedentes.....	3
I.2. Justificación.....	7
II. Planteamiento del problema.....	9
III. Objetivos.....	11
III.1. General.....	11
III.2. Específicos.....	11
IV. Marco teórico.....	12
IV.1. Menopausia.....	12
IV.1.1. Concepto.....	12
IV.1.2. Otras definiciones de la menopausia.....	12
IV.1.3. Fisiología de la menopausia.....	13
IV.1.4. Fisiopatología de la menopausia.....	15
IV.1.5. Tipos de menopausia.....	16
IV.1.6. Epidemiología de la menopausia.....	17
IV.1.7. Factores que influyen en la edad de inicio de la menopausia.....	18
IV.1.8. Manifestaciones clínicas.....	19
IV.1.8.1. Síntomas a corto plazo.	20
IV.1.8.1.1. Vasomotores.....	20
IV.1.8.1.2. Psicológicos.....	20
IV.1.8.2. Síntomas a mediano plazo.....	22
IV.1.8.2.1. Vaginales.....	22
IV.1.8.2.2. Atrofia vaginal.....	22
IV.1.8.2.3. Urinarios.....	23
IV.1.8.3. Síntomas a largo plazo.....	24
IV.1.8.3.1. Osteoporosis.....	24
IV.1.8.3.2. Síntomas cardiovasculares.....	25
IV.1.8.3.3. Síntomas de cambios en la piel.....	26

IV.1.9. Diagnóstico.....	26
IV.1.10. Tratamiento.....	28
IV.1.10.1. Intervención No Farmacológica-Medidas Generales.....	28
IV.1.10.2. Intervención Farmacológica: Manejo de los síntomas vasomotores....	29
IV.1.10.3. Manejo de los síntomas Psicológicos.....	30
IV.1.10.4. Manejo de los Síntomas Vaginales.....	31
IV.1.11. Manejo de Osteoporosis.....	31
IV.1.12. Calidad de vida en la menopausia.....	31
V. Operacionalización de las variables.....	32
VI. Diseño metodológico.....	37
VI.1. Tipo de estudio.....	37
VI.2. Demarcación geográfica.	37
VI.3. Universo.....	37
VI.4. Muestra.....	37
VI.5. Criterios de Inclusión.....	37
VI.6. Criterios de exclusión.....	37
VI.7. Instrumento de recolección de datos.....	38
VI.8. Procedimiento.....	38
VI.9. Tabulación.....	38
VI.10. Análisis.....	38
VI.11. Aspectos éticos.....	38
VII. Resultados.....	40
VIII. Discusión.....	57
IX. Conclusiones.....	59
X. Recomendaciones.....	60
XI. Referencias.....	61
XII. Anexos.....	67
XII.1. Cronograma.....	67
XII.2. Instrumento de recolección de datos.....	68
XII.3. Costos y recursos.....	70
XII.4. Evaluación.....	71

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Dios, tu amor y bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta que lo que pones en frente mío es para que sea un mejor ser humano, y crezca en diversas maneras. Esta tesis ha sido una gran bendición y te agradezco padre bueno, y no ceso de decirte que gracias a ti esta meta está cumplida.....GRACIAS REY DE REYES!

Al Hospital Luis E. Aybar.

Cada momento por el que pasas en la vida, es una nueva oportunidad de aprender y de mejorar nuestras actitudes frente a la vida, gracias a mi hospital, por haberme permitido formarme en él, gracias a cada persona, maestro y todo el personal, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que hoy se ve reflejado en la culminación de mi especialidad.

Dra. Claridania Rodríguez

Los maestros son personas que deciden entregar sus vidas para la formación de otras, son aquellas personas que deciden compartir sus experiencias y conocimientos para que nosotros en algún momento podamos actuar y solucionar situaciones que se presentan en la vida. Dra. Claridania, gracias por darme las pautas a seguir para lograr este trabajo de investigación con elevada calidad científica.

La sustentante.

DEDICATORIAS

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre

Advincola Lachapell, por ser el pilar más importante en mi vida y por demostrarme siempre tu cariño y apoyo incondicional aun en tu delicado estado de salud. Te amo mami.

A mi esposo

Mis más sinceras notas de agradecimientos a ese hombre que ha sido parte importante en mi vida. Él es pues parte de la motivación en mi vida encaminada al éxito, fuiste el ingrediente perfecto para poder lograr alcanzar esta dichosa y merecida victoria en la vida. Te agradezco por tantas ayudas y tantos aporte no solo para el desarrollo de mi tesis y de mi vida....gracias Alberto Rafael Díaz Gómez.

A mis hijos

Raudy, Christopher y Johan, son el mejor regalo que haya podido recibir de parte de Dios, son mi mayor tesoro y también la fuente de mi más pura inspiración. Gracias por permitirme realizar todas las labores que han sido necesarias para dar fiel cumplimiento a mis ocupaciones, entendiendo que todo esto fue a base del sacrificio de su tiempo. Espero que algún día entiendan y comprendan, el tiempo será el mejor juez, y mi logro es de ustedes...los amo!

A mis amigos.

La amistad es uno de los mayores tesoros que alguien pueda tener, por eso aprovecho este espacio para dar gracias a cada amigo, por su consejo, apoyo, empuje y esfuerzo, además por sus oraciones para que yo no desmayara....son muchos, el espacio no daría, pero están en mi corazón. Hay amigos más que hermanos.

Dra. Juana Elvira Lachapell

RESUMEN.

Se realizó un estudio, descriptivo, observacional de corte transversal para determinar presencia de comorbilidades en pacientes menopausica que acuden a la consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo Septiembre-Diciembre 2018. El 57.1 por ciento de las pacientes tenían de 45-50 años. El 85.7 por ciento de las pacientes vivían en zona rural. El 46.9 por ciento de las pacientes estaban casadas. El 26.5 por ciento de las pacientes son profesionales. El 71.4 por ciento de los pacientes tomaban café. El 73.5 por ciento de los pacientes tenían varias gestas. El 49.0 por ciento de las pacientes tenían tipo de menopausia espontanea. El 65.3 por ciento de las pacientes presentaron como síntoma menopáusico sofoco. El 61.2 por ciento de las pacientes presentaron como comorbilidades hipertensión arterial. El 57.1 por ciento de las pacientes tenían normopeso (20-24.9 kg/m²) de índice de masa corporal. El 30.6 por ciento de las pacientes tenían de 10-14 años y más o igual a 15 años desde la menopausia. El 67.3 por ciento de las pacientes tenían vida sexual luego de la menopausia inactiva. El 59.2 por ciento de las pacientes tenían control de asistencia médica 1 vez al año. El 71.4 por ciento de las pacientes se les realizó ecografía. El 69.4 por ciento de las pacientes se les administro calcio.

Palabras claves: presencia, comorbilidades, menopáusica, sofoco, hipertensión arterial.

ABSTRACT.

A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted to determine the presence of comorbidities in menopausal patients who attended the consultation of the Villegas Primary Care Center, San Cristobal, in the period September-December 2018. 57.1 percent of the patients had 45-50 years. 85.7 percent of the patients lived in rural areas. 46.9 percent of the patients were married. 26.5 percent of the patients are professionals. 71.4 percent of the patients drank coffee. 73.5 percent of patients had several feats. 49.0 percent of the patients had a spontaneous menopause type. 65.3 percent of the patients presented as a menopausal symptom of suffocation. 61.2 percent of the patients presented arterial hypertension as comorbidities. The 57.1 percent of the patients had normal weight (20-24.9 kg / m²) of body mass index. The 30.6 percent of the patients were 10-14 years old and more or equal to 15 years since menopause. The 67.3 percent of the patients had sexual life after the inactive menopause. 59.2 percent of the patients had medical assistance control once a year. 71.4 percent of the patients had an ultrasound. The 69.4 percent of the patients were administered calcium.

Key words: presence, comorbidities, menopause, hot flush, arterial hypertension.

I. INTRODUCCION.

La menopausia es una etapa que está marcada por el inicio de la declinación de la función ovárica, motivada por el paulatino agotamiento o atresia folicular, lo cual provoca a la larga la desaparición de la ovulación y de folículos ováricos que puedan responder a las gonadotropinas; esto se asocia entonces a la falta de producción de hormonas sexuales femeninas como los estrógenos y la progesterona.¹

La mujer que se halle en la etapa de la menopausia, termina su vida reproductiva, pero deberá seguir viviendo con todos sus privilegios que como mujer le ha otorgado la naturaleza, por lo que necesita, indiscutiblemente, asistencia médica, como una medida para prevenir las enfermedades que se presentarán consiguientemente a la falla ovárica, sobre todo en la expectativa y calidad de vida que se pondrán en riesgo por un mal entendimiento de los fenómenos de la menopausia.²

Los síntomas vasomotores, y su severidad, se relacionan con la pérdida progresiva de estrógenos endógenos desde la peri-menopausia. A lo largo de la post-menopausia temprana (los primeros 5 años desde la menopausia), además, suelen aparecer en forma progresiva, alteraciones de la libido, cambios de humor, atrofia vulvar, atrofia vaginal, coitalgía, incontinencia urinaria, infección urinaria recurrente, micosis y osteopenia. Y durante la post-menopausia tardía (desde los 5 años de la menopausia hasta la muerte) son frecuentes, osteoporosis, fracturas osteoporóticas, enfermedad cardiovascular (ECV), depresión y en algunas mujeres demencia.³

Lo anteriormente mencionado, expone a la mujer a padecer complicaciones en el estado de su salud a partir de la menopausia, lo que a su vez ocasiona congestión y altos costos en los servicios de salud, es decir, podría presentar comorbilidad, lo que entraría a hacer una gran problemática de salud para esta población.⁴

En América Latina, en el año 2012 se realizó un estudio que involucró a 8 373 mujeres para evaluar la presencia de síntomas asociados a la menopausia; este estudio reveló la existencia de al menos un síntoma menopáusico en 90% de las participantes, destacando la prevalencia mayor al 60% tanto de dolores osteomusculares como fatigabilidad, irritabilidad y trastornos del ánimo. En la

mayoría de las mujeres ocurre entre los 50-55 años de edad, pero en algunas puede presentarse durante la cuarta década de la vida o incluso en la séptima.⁵

El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Desde entonces la edad de presentación de la menopausia no ha cambiado significativamente. Esta se produce de forma fisiológica entre los 45-55 años de edad. El promedio de menopausia, en la mayoría de los países que llevan registros de salud, es de 48 años. En Venezuela es de 48,7 años \pm 4,6 años al igual que en Cuba y en la mayoría de los países de América Latina.⁶

En España según estudios, es a partir de los 50 años, en Ecuador se presenta entre los 40 y 49 años. Las investigaciones clínicas y epidemiológicas indican que a partir de la menopausia, la mujer tiene una especial vulnerabilidad por la insuficiencia ovárica propia del climaterio, además de todos los cambios fisiológicos y psicológicos que afectan a su calidad de vida.⁷

En una gran mayoría de mujeres, el factor de riesgo vascular, de carácter modificable, que más contribuye al desarrollo y aparición de complicaciones cardiovasculares es la hipertensión arterial (HTA), patología cuya aparición tras la iniciación del período menopáusico en la mujer presenta unos aspectos fisiopatológicos y terapéuticos diferenciadores que merecen ser tenidos en consideración a la hora del enfoque diagnóstico-terapéutico.⁸

La idea de que la menopausia es una causa de depresión se impuso en la psiquiatría y en la ginecología desde finales del siglo XIX. Dicha idea fue desmentida por investigaciones epidemiológicas realizadas en los años 70 y sobre todo en los 80. Esta idea se manifiesta en algunos escritos psiquiátricos académicos, y, sobre todo, en los realizados por los ginecólogos.⁹

En el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) planteó la necesidad de realizar investigaciones que brinden un mayor número de detalles sobre las mujeres menopáusicas. En nuestro país, se han formulado estrategias para abordar estos problemas, pero han estado restringidas al área reproductiva, por lo que es evidente la necesidad de una atención específica de este grupo de mujeres y su observación, no solo por su importancia en sí, sino también por el rol de las

mujeres en la sociedad. La baja percepción de riesgo en el personal sanitario y las mujeres por un lado, unido a la gravedad de algunas comorbilidades asociadas a la menopausia por otro, ameritan un estudio y una atención más estrecha de estas pacientes que han cesado sus funciones reproductivas.¹⁰

Resulta entonces indispensable el abordaje de esta población por un grupo interdisciplinario de profesionales que valore su salud desde un enfoque integral, emprendiendo estrategias orientadas a la promoción y prevención de patologías prevalentes en la menopausia como el síndrome metabólico, lograr impactar en la morbimortalidad de estas mujeres.¹¹

El tratamiento incluye mejorar los estilos de vida, el uso de terapia hormonal y de terapias para las comorbilidades. Estas orientaciones tienen como objetivo ser una ayuda para el médico al momento de evaluar a una mujer en este periodo de la vida.¹¹

I.1. Antecedentes.

Un estudio transversal con 323 mujeres climatéricas realizado por Figueredo José Albuquerque., *et al*, (2012)¹², tuvo como objetivo determinar la prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en mujeres climatéricas. Resultados la prevalencia de síndrome metabólico en el climaterio fue de un 34.7 por ciento (NCEP) y de un 49.8 por ciento (IDF). Los componentes más frecuentes del síndrome metabólico fueron el HDL-colesterol bajo, hipertensión arterial, obesidad abdominal, hipertrigliceridemia y diabetes en ambos criterios. El análisis multivariado evidenció que la edad fue el factor de riesgo más importante para el surgimiento del síndrome metabólico que estuvo presente en un 44.4 por ciento (NCEP) y un 61.5 por ciento (IDF) de las mujeres menopáusicas en comparación a 24 por ciento (NCEP) y el 37 por ciento (IDF) de aquellas en la premenopausia. La prevalencia de síndrome metabólico fue mayor en las mujeres menopáusicas que en aquellas en la premenopausia. El principal factor de riesgo para el aumento de esta prevalencia fue la edad.

Un estudio realizado por Romero, Mario Andrés (2015)¹³, sobre la Comorbilidad y menopausia en mujeres que laboran en la Universidad de Sucre. El objetivo se

ejecutó en el tipo de estudio descriptivo, transversal participaron 21 mujeres menopáusicas de las diferentes sedes de la institución. Los resultados obtenidos evidencian que el 52.38 por ciento eran mayores de 55 años y el 14.3 por ciento eran menores de 45 años de edad, con un promedio de 54.09 años; En cuanto al estilo de vida, los resultados estuvieron dentro de los parámetros normales (38.1%=8). Los síntomas neurovegetativos presentados son los sofocos leves a moderados 57.1 por ciento, los síntomas locales mayores fue la dispareunia a la penetración con un 83.3 por ciento y los síntomas sistémicos presentados fue el aumento de tensión arterial (85.7%=18) y la artrosis (61.9%) afectando los hombros, rodillas y piernas. La comorbilidad estuvo presente en un 52.38 por ciento de las participantes, la marcó la dislipidemia (28.8%), el aumento de la tensión arterial (23.8%) y la osteoporosis (19.0%), hubo un 29.04 por ciento que no presentaron alteración de la salud y asistieron al control médico para prevenir complicaciones. La menopausia puede ser una etapa importante para acarrear enfermedades como dislipidemia, hipertensión arterial, osteoporosis, alteración del metabolismo de los carbohidratos, entre otras, por lo que un estilo de vida saludable desde temprana edad, prepara a la mujer para la prevención de algunas complicaciones y poder llevar una mejor calidad de vida.

Un estudio descriptivo observacional de corte transversal de Pavón-Mendoza, Nadezhda., *et al*, (2014)¹⁴, el objetivo fue evaluar la funcionalidad conyugal en la etapa del climaterio femenino. Se estudiaron 100 mujeres de 45 a 60 años. Resultados la disfuncionalidad conyugal se presentó con mayor frecuencia en la etapa de la posmenopausia (75%). Se identificó al climaterio como un factor de riesgo para la disfuncionalidad conyugal (RM=2.6, con IC 1–6, p=0.02). Las funciones conyugales con mayor afectación fueron la comunicación y el afecto con un RM de 48.1 y 41, respectivamente. El ingreso económico influyó en la disfunción conyugal (RM_{MH}=5 con IC 1.6–21, p=0.003). La posmenopausia es un factor de riesgo para la disfunción conyugal. La inadecuada comunicación y la falta de afecto fueron las funciones que con mayor fuerza se asociaron a la disfunción conyugal.

Gándara Quintas, Carmen., *et al*, (2013)¹⁵, realizaron un estudio de cohortes retrospectivo con el objetivo de estimar la supervivencia de mujeres

posmenopáusicas con fractura de cadera y posibles factores asociados a la misma. Se determinó: fecha de fractura y edad, medio de residencia (rural /urbano), patología concomitante (demencia, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, EPOC, enfermedad neoplásica), grado ASA, demora quirúrgica, fractura previa, fecha de fallecimiento y supervivencia hasta esa fecha o cierre del estudio. Resultados: La media de la edad era 84,0 (DE 8,1) años. Fallecieron 339 pacientes (54,2%) ,98 (28,9%) en los primeros 3 meses tras la fractura. La media de la supervivencia fue de 41,9 (EE 1,1) meses, con una mediana de 47,7 (EE 3,2) meses. La probabilidad de supervivencia a los 12 meses fue de 79.2 por ciento, de 68.1 por ciento a los 24 meses y de 57.0 por ciento a los 36 meses. La supervivencia tras fractura de cadera es similar a la referida en la literatura, asociándose fundamentalmente con la comorbilidad. La mortalidad es mayor en los primeros meses tras la fractura.

Rojas Sara y colaboradores en Chile (2014)¹⁶, en su estudio hallaron que en las mujeres posmenopáusicas las alteraciones en el metabolismo de los lípidos por deficiencia estrogénica es un componente del riesgo cardiovascular. Los efectos directos de los cambios hormonales sobre la distribución de la grasa corporal, la acción de la insulina, la pared arterial pueden impactar en la salud de las mujeres. La prevalencia de síndrome metabólico se incrementa con la menopausia hasta en un 60 por ciento, al mezclarse variables como la edad, IMC, inactividad física entre otras. Este fenómeno puede explicar parcialmente el incremento de enfermedades cardiovasculares-ECV- observado después de la menopausia. Lo anterior se podría explicar como resultado directo de la falla ovárica o indirectamente por consecuencias metabólicas de la distribución central de la grasa asociada a la deficiencia estrogénica. Estos contribuyen a incrementar la prevalencia de Síndrome Metabólico en la postmenopausia.

González, Andrea Eugenia, realizó un estudio tipo cuantitativo, transversal, correlacional en Chile, (2015)¹⁷, con mujeres de 45 a 64 años con sintomatología climatérica, controladas en un Centro de Salud Familiar, con la finalidad de relacionar el nivel de funcionamiento familiar con la sintomatología climatérica. Los resultados muestran una edad de 52 años., el 95 por ciento tenía pareja estable, el 67.5 por

ciento estaba en etapa despegue, 60 por ciento tiene un nivel socioeconómico bajo. Las patologías crónicas tuvieron un aumento significativo aumentando la diabetes y la dislipidemia. Sólo el 37.5 por ciento está menstruando, tuvieron un promedio de 2,4 hijos. Destacan como molestias severas los bochornos en un 87.5 por ciento de ellas, la irritabilidad en un 80 por ciento y los problemas sexuales en un 60 por ciento. La funcionalidad familiar identificó que el 55 por ciento de ellas, pertenecen a familias con algún grado de disfuncionalidad familiar. Los análisis estadísticos realizados no permitieron establecer la asociación de los síntomas propios del climaterio con la disfuncionalidad familiar, sólo se observó una relación positiva entre el riesgo familiar y la disfuncionalidad familiar.

Peña Guerra, Clotilde (2016)¹⁸, en su estudio cuantitativo, método no experimental y diseño descriptivo, con el objetivo aplicar el muestreo probabilístico quedando conformada la muestra por 100 mujeres en la etapa del climaterio determinó la Calidad de Vida de mujeres en etapa de climaterio en una Unidad del Primer Nivel de Atención de Salud Manchay, 2015. Las mujeres en la etapa de la menopausia presentan una pérdida moderada de la calidad de vida 40 por ciento, pérdida leve 35 por ciento, pérdida importante 5 por ciento y sin cambios en la calidad de vida 20 por ciento. En las dimensiones la pérdida fue moderada en lo somático 40 por ciento, psíquica 45 por ciento y urogenital 55 por ciento. Muestra una pérdida moderada, siendo la dimensión urogenital la que alcanzó el mayor porcentaje en pérdida moderada de calidad de vida.

Soca Pedro., et al (2012)¹⁹, realizaron un estudio de investigación y su propósito fue caracterizar a través de variables clínicas, antropométricas y de laboratorio 285 mujeres con menopausia y 298 mujeres pre-menopáusicas. Resultados las mujeres con menopausia presentaron mayor edad, circunferencia abdominal, índice cintura/cadera, presión arterial y presión del pulso que las mujeres pre-menopáusicas; además presentaron concentraciones más altas de glucosa en sangre, ácido úrico, colesterol total, triglicéridos, LDL-colesterol y de los índices colesterol total/HDL-colesterol y LDL-colesterol/HDL-colesterol. La menopausia se asoció significativamente con el síndrome metabólico, la hipertensión arterial, las alteraciones de la glucemia en ayunas, el hábito de fumar, el grado de adiposidad y

la cardiopatía isquémica. En este estudio la menopausia no se relacionó con el hipotiroidismo. Una mejor evaluación del estado menopáusico permitiría la aplicación de estrategias de prevención para la reducción de los costos sociales y económicos que provoca la menopausia, de particular importancia en contextos de pobreza y bajos recursos materiales y financieros como países del tercer mundo.

I.2. Justificación.

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2030 más de un billón de mujeres en todo el mundo tendrán más de 50 años.

La menopausia ha sido definida por la Sociedad Internacional de Menopausia como el cese permanente de la menstruación en la mujer, suceso determinado por la disminución de la producción hormonal. Trae consigo, por una parte, una sintomatología que interfiere en la calidad de vida de la mujer, la cual incluye síntomas vasomotores, psíquicos, atrofia urogenital; y, por otra, cambios metabólicos que implican aumento del riesgo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis.

Durante esta etapa, las mujeres empiezan a experimentar ciertas alteraciones derivadas de la disminución en la producción de estrógenos y progesterona, caracterizada por bochornos, sudoración nocturna con las consecuentes perturbaciones del sueño, traducido en cansancio e irritabilidad.

La prevalencia a nivel mundial de depresión en transición a la menopausia se evidencia en 54 por ciento y con 1.71 veces más de probabilidad de tener depresión que una persona en edad fértil, por el contrario, la menopausia presenta una prevalencia de 11 por ciento según el estudio SWAN. Por lo tanto, el manejo clínico de la posmenopausia pasa a ser un problema relevante de salud pública. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de enfermedades crónicas.

La salud y el bienestar de todas las mujeres en la etapa del climaterio están determinados en gran parte por las condiciones culturales y socioeconómicas en las que viven. La disponibilidad de servicios de salud en los países en desarrollo es limitado por diferentes causales, pero la cultural es una barrera que es difícil de

vencer por las repercusiones en la vida de la persona; las mujeres a lo largo de la historia se han visto afectadas por el clima que se genera en torno a su rol en la sociedad y muchos casos supeditado a su rol en la reproducción, la llegada de la menopausia.

El acompañamiento terapéutico en esta etapa provee no sólo un espacio de mejoramiento de la forma cómo transcurre la transición entre periodos biológicamente muy distintos en la vida de las mujeres; también permite proporcionar información sobre opciones específicas para este grupo de población tales como la terapia de reemplazo hormonal, así como la adopción o reforzamiento de hábitos que coadyuven a un afrontamiento más placentero de esta etapa.

Algunos de los beneficios que las mujeres podrán obtener con los resultados del estudio será: disminución de costos con el uso de la terapia de reemplazo hormonal y los beneficios que ofrece hacia la salud de la mujer, fomentar el desarrollo de un programa de educación para la salud referente al climaterio y autocuidado.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo con la Organización mundial de la Salud (OMS), en la actualidad en este grupo hay 380 millones de personas representando el 7 por ciento de la población total del mundo. De éstas 80 millones son mayores de 80 años. En los países desarrollados entre el 10-17 por ciento de su población es mayor de 65 años.²⁰

Cada día es mayor el número de mujeres que superan la edad de la menopausia en los países en vías de desarrollo este incremento en la expectativa de vida nos obliga a analizar y buscar soluciones a la problemática relacionada con el climaterio y especialmente con la aparición de ciertas enfermedades crónicas degenerativas, por ejemplo la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, la enfermedad de Alzheimer y cáncer de endometrio y mama que aparecen con el aumento de la edad femenina.

La edad de la menopausia varia con los factores que es su gran mayoría son desconocidos, entre los que se han propuesto que participan el número de óvulos de la mujer al nacimiento, la frecuencia de pérdida de estos óvulos a través de su vida y el número de folículos ováricos requeridos para mantener la ciclicidad menstrual; por lo que es menester estudiar la edad de la presentación de la menopausia en las pacientes a ser encuestadas y conocer mejor los factores asociados que se relacionan.²¹

La experiencia de la menopausia es diferente para cada mujer y entre mujeres de diferentes culturas o procedencias por lo que necesario estudiar la edad de aparición en nuestro medio para conocer mejor los factores asociados con la senescencia del proceso reproductivo; y ofrecer a las mujeres una información confiable respecto a anticoncepción y expectativas para los cambios de riesgo para la salud en el período de postmenopausia. No deben existir impedimentos para que la mujer climatérica sea física, mental y sexualmente sana razón por la cual los estudios y recomendaciones acerca de cómo mantener una vida en esta etapa de la vida de una mujer.

Una proporción importante de mujeres no busca atención médica debido a que considera normal este periodo, aun cuando experimenta síntomas intensos. Ello trae

como consecuencia la pérdida de oportunidades valiosas para la detección oportuna de enfermedades o para otorgar tratamiento sintomático, terapia hormonal de reemplazo en los casos que así lo requieran.²²

La atención de la mujer centrada en un modelo holístico, y basado en el concepto de salud de la OMS, se caracteriza por una visión amplia, biológica y psicosocial, de los procesos que ocurren durante la transición climática. Por ende, es imprescindible conocer, la información que tienen las mujeres sobre este tema y que se encuentren en esta etapa, para poder entregar una atención integral de calidad y enfocada a superar, especialmente las debilidades que se detecten en las mujeres climáticas.²²

En las últimas tres décadas se ha avanzado mucho en cuanto a mejorar su salud con múltiples opciones, entre las cuales figura el uso de la terapia hormonal de reemplazo (THR); mecanismo que restablece el nivel de estrógenos en el organismo femenino que carece de estos, a fin de recuperar el equilibrio endocrino perdido y disminuir o eliminar las manifestaciones dependientes de esa insuficiencia, erradicando síntomas y signos climáticos y previniendo la osteoporosis, la cardiopatía isquémica y la enfermedad de Alzheimer, no obstante el desconocimiento de los beneficios conlleva la falta de aceptación de terapia de reemplazo hormonal o terapias alternativas.²³

Las mujeres en la etapa de climaterio no buscan atención médica por la escasa información que poseen, las manifestaciones vasomotoras se presentan con más frecuencia y no cuentan con una orientación acerca del tratamiento hormonal y alternativo. Por lo antes expuesto se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo Septiembre-Diciembre 2018?

III. OBJETIVOS.

III.1. General.

1. Determinar la presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo Septiembre-Diciembre 2018.

III.2. Específicos.

1. Determinar las características sociodemográficas de las pacientes menopáusicas con presencia de comorbilidades que acuden a este centro de atención primaria.
2. Especificar los hábitos tóxicos en la que están expuestas
3. Especificar los antecedentes ginecobstétricos de cada una de ellas
4. Indicar el tipo menopausia que radica en estas pacientes.
5. Enunciar los síntomas menopáusicos por la que atraviesan.
6. Determinar las comorbilidades que sufren estas pacientes menopáusicas.
7. Determinar el IMC en la que esta sujetas.
8. Indicar el tiempo transcurrido de la menopausia en cada una de ellas
9. Enunciar como es su vida sexual luego de la menopausia
10. Especificar el control asistencia al médica.
11. Indicar el diagnostico a la que fueron sometidas las pacientes.
12. Determinar el tratamiento en la cuales están sometidas las pacientes menopáusicas.

IV. MARCO TEORICO.

IV.1. Menopausia.

IV.1.1. Concepto.

La menopausia (del griego mens, que significa mensualmente”, y pausi, que significa “cese”) se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. Es un paso dentro de un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo. Este término se confunde muchas veces con el climaterio, y de hecho, según el Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española, una de las aceptaciones del término es precisamente la del climaterio femenino.²⁴

La menopausia es un estado fisiológico de la mujer, parte del proceso natural de envejecimiento, caracterizado por el cese de la secreción hormonal ovárica, dando lugar a cambios que afectan el aparato urogenital, sistema cardiovascular y óseo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la menopausia como el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica, como resultado de la pérdida la actividad folicular ovárica, siendo los 50 años la edad promedio para que ocurra, con límites que oscilan entre los 42 y 56 años. Se reserva el término de perimenopausia para el periodo de tiempo que precede a la última regla y los doce meses posteriores, y posmenopausia para todos los años que siguen tras la última regla.²⁵

IV.1.2. Otras definiciones de la menopausia.

1. Climaterio: También conocido como perimenopausia, es la etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Se caracteriza por una deficiencia de estrógenos. Esta etapa incluye el periodo cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a la menopausia.²⁶

Según criterios actuales de la OMS y de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Ginecología, esto ocurre entre los 45 y 59 años de

edad. Se inicia unos años antes de la menopausia (perimenopausia) y se extiende unos años después (posmenopausia). Periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación.²⁷

2. La posmenopausia: describe los años posteriores a ese momento, la cual se divide en temprana, con mayor disminución de la función ovárica, y tardía, con mayor repercusión en la salud urogenital.²⁸
3. La transición menopáusica: es un periodo endocrinológico progresivo que lleva a la mujer de la menstruación regular, cíclica y predecible característica de los ciclos ovulatorios a la última menstruación, acompañada de senectud ovárica, con concentraciones elevadas, pero variables de FSH en la fase folicular temprana.²⁸
4. La perimenopausia: es el periodo inmediatamente anterior a la menopausia (cuando comienzan las modificaciones endocrinas, biológicas y clínicas de aproximación a la menopausia) y el primer año después de la menopausia.²⁹
5. La premenopausia: comprende la etapa previa a la menopausia con ciclos ovulatorios, lo que se considera edad fértil de la mujer.²⁹
6. Estado de ánimo, es el estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se presentan en un momento determinado, se diferencia de las emociones en que el estado de ánimo es más duradero y menos específico de una situación concreta.³⁰

Para efectos del estudio se tomó a pacientes menopáusicas hasta 5 años después de su última menstruación y pacientes en transición menopáusica.

Recientemente se ha propuesto redefinir a la perimenopáusica como el inicio de la disfunción endócrina del ovario, cuando se inician los sistemas biológicos, endocrinos y clínicos de aproximación a la menopausia, lo que por los conocimientos que existen al respecto se inicia a partir de los 35 años.³¹

IV.1.3. Fisiología de la menopausia.

El fenómeno fisiológico de la menopausia se traduce en una insuficiencia en la secreción cíclica mensual de los ovarios. Para entender la fisiología de la menopausia es necesario explicar brevemente el ciclo menstrual y la función del ovario. El ovario produce una serie de hormonas desde la pubertad hasta la

menopausia (estrógenos, progesterona y testosterona en pequeñas cantidades), que al actuar sobre diversos órganos, darán lugar al ciclo menstrual. Como resultado de esto se produce mensualmente la liberación de un óvulo fecundable, y si éste no es fecundado se producirá la menstruación.³²

Las hormonas ováricas provocan una serie de estímulos que llegan al sistema nervioso central donde tras su integración se emite unas señales periódicas a la hipófisis. Ésta responde con la liberación cíclica de gonadotrofinas (GnRH), entre ellas la llamada “hormona estimuladora del folículo”, conocida como FSH y la hormona lutenizante (LH). Ambas hormonas controlan directamente el crecimiento y desarrollo del folículo ovárico.³²

Cuando se produce un aumento en sangre de estrógenos hasta una cifra conocida como “pico” provoca una señal en el hipotálamo informando de que el óvulo ya está preparado para la siguiente fase. La GnRH hipotalámica transfiere dicha información a la hipófisis para que produzca LH, finalizando así la etapa de maduración del óvulo, promoviendo la rotura folicular y la salida de éste. En este mismo momento se está produciendo el cuerpo lúteo (folículo sin huevo). A partir de ese momento el cuerpo lúteo asume la producción de estrógenos y progesterona durante unos 14 días. Durante estos días los niveles de estas hormonas van disminuyendo provocando la menstruación que es la respuesta de la capa interna del útero.³³

A medida que van pasando los años, el ovario de una mujer almacena menor número de óvulos y de forma paralela disminuye la producción de hormonas (estrógenos y progesterona). Así en torno a los 50 años la producción hormonal del ovario es tan baja que ya no puede seguir estimulando al endometrio, por tanto, desaparece la menstruación, dando paso a la menopausia.³³

La disminución de estrógenos, en sangre produce una serie de modificaciones en todo el organismo, teniendo repercusiones a distintos niveles:

1. Puesto que existen receptores específicos de estrógenos en el sistema nervioso central se sospecha que la falta de éstos puede provocar alteraciones nerviosas y comportamentales durante la menopausia. Del mismo modo, tampoco se conoce el mecanismo exacto por el que la falta de estrógenos provoca modificaciones en la regulación de la temperatura corporal (sofocos), pero con probabilidad esté

vinculado a acciones hipotalámicas del estradiol. Los estrógenos ejercen efectos beneficiosos sobre el aparato circulatorio a través de distintos mecanismos: sobre la musculatura cardíaca, sobre los vasos sanguíneos y sobre el mecanismo del colesterol.

2. El estradiol (un tipo de estrógeno) mejora la remodelación del esqueleto. El déficit estrogénico está relacionado con la reducción de la masa ósea calcificada pudiendo desembocar en uno de los trastornos más prevalentes en las mujeres tras la menopausia, la osteoporosis.
3. Los estrógenos estimulan la producción de colágeno a nivel de piel, mucosas y tejido conectivo. La falta de éstos contribuiría a una atrofia de los distintos órganos siendo especialmente importante a nivel de vulva y vagina.
4. Las cápsulas suprarrenales producen un precursor del estrógeno que se convierte en éste en los tejidos grasos del cuerpo.³⁴

IV.1.4. Fisiopatología de la menopausia.

Desde la vida fetal y con el incremento de la edad, el ovario sufre una depleción folicular afectándose no sólo el número de folículos sino también la calidad de éstos.

La disminución del número de folículos se refleja en cambios hormonales significativos. Es característico el descenso de estradiol e inhibina y un incremento de la hormona folículo estimulante FSH.³⁵

Clásicamente se ha relacionado la menopausia con el agotamiento ovárico, pero diversos investigadores han apuntado la importancia del envejecimiento del Sistema Nervioso Central como elemento relevante en la presentación de la menopausia.³⁶

Los cambios hormonales que tienen lugar, son la ausencia de respuesta del ovario al estímulo de las gonadotropina hipofisarias con el consiguiente aumento progresivo de las cifras de FSH en la transición menopáusica, alcanzando su máximo nivel en la menopausia. Aunque la hormona lúteo estimulante LH también aumenta, sus valores fluctúan dependiendo de los estrógenos circulantes.

La fuente de estrógenos en la postmenopausia, resulta de la conversión de precursores androgénicos, fundamentalmente androstendiona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) procedentes de las suprarrenales, siendo clave en este proceso la enzima aromatasa

(P450_{arom}), que se localiza en distintos tejidos como el adiposo, nervioso, óseo y otros. La aromatasa del tejido adiposo es una fuente significativa de estrógenos en la mujer postmenopáusica obesa.³⁷

Los niveles séricos de estradiol y estrona descienden, siendo sintetizados en su mayor parte, en el tejido adiposo a partir de los andrógenos. La progesterona es casi inexistente y proviene de las suprarrenales.

La testosterona (TT) proviene de las suprarrenales y el ovario así como de la conversión de la androstendiona en el tejido adiposo y el músculo. En las mujeres postmenopáusicas la disminución de TT se asocia con aumento del riesgo cardiovascular independientemente de otros factores. En pacientes diabéticos, la concentración de TT libre, se asocia inversamente con el grosor de la íntima-media carotídea. El efecto de la TT no parece ser directo sobre la pared vascular sino que ahí se convierte en estradiol por acción de la aromatasa.³⁸

La secreción de DHEA y DHEA-S disminuyen a partir de los 40 años y podrían ser un componente más en el perfil de riesgo, pues la DHEA parece tener efectos directos al estimular la actividad del receptor activado por el proliferador peroxisomal (PPAR- γ), mecanismo por el cual disminuye la producción de triglicéridos y la diferenciación de los adipocitos con la consiguiente disminución de la cantidad de grasa.³⁹

IV.1.5. Tipos de menopausia.

Cuando durante un período de 12 meses consecutivos no se produce ninguna menstruación, se considera que una mujer ha entrado en la menopausia. Suele aparecer generalmente en torno a los 50 años, aunque puede presentarse a otras edades. Se consideran los siguientes tipos, a saber:

1. Espontánea: producida por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre alrededor de los 50 años de edad.
2. Artificial: producida por el cese de la función ovárica por cirugía (anexectomía doble), radioterapia o poliquimioterapia.
3. Precoz: causada por insuficiencia ovárica primaria, 5 años previos a la edad considerada como habitual para cada país. Según la OMS y la FIGO en menores de 45 años.

4. Tardía: cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada para cada país. Según algunos autores, en mujeres mayores de 55 años.⁴⁰

IV.1.6. Epidemiología de la menopausia.

Desde la antigüedad, la edad de presentación de la menopausia no ha variado significativamente. Esta se produce de forma fisiológica, entre los 45-55 años de edad.

El promedio de menopausia, en la mayoría de los países que llevan registros de salud, es de 48 años. En Venezuela es de 48.7 años \pm 4,6 años al igual que en Cuba y en la mayoría de los países de América Latina. En España, según estudios, es a partir de los 50 años.⁴¹

En los EE UU, más de 30 por ciento de la población femenina es posmenopáusica; con el tiempo, este porcentaje deberá incrementarse. En Europa, se estima que 12.3 por ciento de habitantes tiene más de 64 años. Un aspecto importante que cabe mencionar, es que la expectativa de vida en la mujer se ha incrementado de una forma notoria en los últimos 50 años. Todo esto se debe, al avance en los sistemas sanitarios a nivel mundial y sobre todo en nuestro país, que han proporcionado un incremento en la esperanza de vida hasta los 79 años.⁴²

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, La longevidad actual de la mujer posmenopáusica, puede constituirse en más de 33 por ciento de la vida de la población femenina. ⁴²

La edad promedio de inicio de la menopausia ronda los 50 años de vida, aunque en los países industrializados ocurre en un promedio de 55 años y en países como México, a los 49 años. En las mujeres que han consumido cigarrillo en el transcurso de su vida, la menopausia se presenta en promedio de 1 a 2 años antes que en el resto de la población; igualmente la menopausia se presenta a edades más tempranas en mujeres que no han tenido hijos, mujeres desnutridas o vegetarianas, mujeres de constitución delgada y que viven en zonas geográficamente altas y factores genéticos.⁴³

Con el progresivo aumento de la esperanza de vida, los grupos de mayor edad

comienzan a ser parte importante de la población mundial. En América Latina, en el año 2012 se realizó un estudio que involucró a 8, 373 mujeres para evaluar la presencia de síntomas asociados a la menopausia; este estudio reveló la existencia de al menos un síntoma menopáusico en 90 por ciento de las participantes, destacando la prevalencia mayor al 60 por ciento tanto de dolores osteomusculares como fatigabilidad, irritabilidad y trastornos del ánimo.⁴⁴

En Chile, la población femenina entre los 45 y 64 años corresponde a poco más de 2 millones, siendo las principales causas de mortalidad para este grupo (año 2010) los tumores malignos, con 16,1 muertes por 10 mil habitantes, principalmente cáncer de mama, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio con 7,1 muertes.⁴⁵

IV.1.7. Factores que influyen en la edad de inicio de la menopausia.

Como factor principal, cabe destacar que hoy en día las mujeres con un adecuado estilo de vida presentan la menopausia más tarde. Independientemente de este factor, existen otros que sí parecen generar un adelanto de la menopausia:

1. Tabaco: El tabaquismo está asociado a efectos antiestrogénicos con diversas repercusiones. Está constatado que en las fumadoras es significativamente mayor la incidencia de la menopausia precoz; las mujeres que son fumadoras suelen tener la menopausia tres años antes que las no fumadoras. El consumo de cigarrillo agrava el riesgo de adquirir enfermedades por deficiencia de estrógeno, como osteoporosis fisiológica, y se genera unos mayores riesgos a la exposición de fracturas óseas tanto vertebrales como del hueso fémur.⁴⁶
2. Actividad física: Los adultos que son físicamente activos reciben muchos beneficios. Además de ayudar a mantener un peso corporal deseable, la actividad física construye músculos fuertes, fortalece el corazón y los pulmones, disminuye la presión sanguínea, protege contra enfermedades cardíacas, la diabetes, el cáncer, la osteoporosis y la menopausia temprana. El sedentarismo es una de las diez causas principales de la muerte e incapacidad en el mundo.⁴⁶
3. Menopausia precoz: Se habla de menopausia precoz cuando aparece antes de la edad de 40 años. Ésta se produce por una disminución en la actividad de los

ovarios, consecuentemente en la presencia de las hormonas femeninas. Entre las posibles causas destacan la cirugía en ovarios o trompas, tratamientos de quimioterapia o radioterapia, por malnutrición o por causas genéticas. De hecho, está comprobado que hijas de madres que presentan menopausia precoz tienen más posibilidades de desarrollarla.⁴⁷

IV.1.8. Manifestaciones clínicas.

En el periodo de transición a la menopausia, se presentan una variedad de síntomas y de forma paralela a la menopausia fisiológica, se da el proceso de envejecimiento biológico de manera independiente.

Se considera, que aproximadamente el 85 por ciento de mujeres que se encuentran cursando esta etapa presentan diferentes síntomas, de las cuales el 20 por ciento acuden a consulta ginecológica.⁴⁸

Esto motivo la realización de estudios longitudinales, de los resultados obtenidos se logró agrupar ciertos síntomas, los cuales están asociados con la transición a la menopausia:

1. Corto plazo: Vasomotores, Psicológicos.
2. Mediano plazo: Vaginales (Atrofia vaginal), Urológicos.
3. Largo plazo: Osteoporosis, Cardiovasculares.

Estos síntomas, generalmente son auto limitados y no representan una amenaza para la salud. Para la mayoría de mujeres resultan molestos y limitan las distintas actividades en la vida cotidiana.⁴⁹

IV.1.8.1. Síntomas a corto plazo.

IV.1.8.1.1. Vasomotores.

Se considera que es la manifestación clínica más representativa del climaterio. Por definición, se la cataloga como una sensación subjetiva de calor, que está asociada a vasodilatación cutánea y sudoración, que se sigue por descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca.⁵⁰

Se presenta como una repentina sensación de calor en: cara, cuello y pecho, el cual puede llegar a afectar al 80% de las mujeres. Puede ir acompañada de:

sudoración, palpitaciones, taquicardia, ansiedad, irritabilidad.

Se considera que tienen una duración de 4 minutos, pero puede durar de pocos segundos a varios minutos, con una media de 10 minutos, pero su intensidad y frecuencia son variables.⁵¹

Se considera que los factores étnicos influyen en la intensidad de los síntomas, según el estudio SWAN (Woman's Health Across the Nation), en comparación con la población anglosajona, se encontró que las mujeres asiáticas presentaron menos bochornos y las afroamericanas tuvieron más probabilidad de presentarlos. Los factores que influyen en la severidad de los síntomas son: alto índice de masa corporal, tabaquismo y sedentarismo.⁵²

En la actualidad, las teorías acerca de la fisiopatología de los síntomas vasomotores indican:

1. Ausencia de estrógenos o de sus metabolitos, lo que podría alterar el funcionamiento normal del centro termorregulador del hipotálamo.
2. Descenso pronunciado de los estrógenos plasmáticos, lo que indicaría mayor intensidad de los síntomas.⁵²

IV.1.8.1.2. Psicológicos.

Durante la etapa de la menopausia, en la cual se entiende que llegó el fin de la vida reproductiva de la mujer, esta se encuentra influenciada por la madurez psicológica alcanzada hasta este punto de la vida, que determinará la capacidad de asumir:

- a) Los retos de la adultez mayor.
- b) Las pérdidas fisiológicas.
- c) La capacidad de realizar un balance de las expectativas y logros alcanzados durante la etapa reproductiva, lo cual permita ampliar las estrategias para prepararse para el envejecimiento.⁵³

Estos trastornos van a afectar al 25-50 por ciento de las mujeres menopáusicas. Afecta de forma primordial al período de peri menopausia.

Se ha evidenciado, que el déficit de estrógenos al igual que las alteraciones estroprogestativas que ocurre en la peri menopausia va a producir, pueden ser:

1. Trastornos psicológicos:
 - a) Disforia (tristeza e irritabilidad alternas)
 - b) Dismnesia (dificultad para recordar sucesos recientes)
 - c) Falta de concentración
 - d) Pérdida de la libido
2. Alteraciones psíquicas:
 - a) Sofocos o Insomnio.
 - b) Palpitaciones (que va a generar ansiedad).
 - c) Astenia.
 - d) Incremento de peso corporal: La mujer ve afectado su estado emocional al interpretar que su belleza ha disminuido considerablemente.⁵⁴

En esta etapa de la vida de la mujer existe aumento del peso corporal, se estima una ganancia ponderal de 2 kg en los primeros 3 años de menopausia, el cual luego se estabiliza.⁵⁴

El déficit hormonal del estado peri menopáusico y postmenopáusico precoz, induce alteraciones psicológicas. Se considera que la década de los 45-55 años es un período complicado para la mujer por razones socio-culturales y ambientales.

El malestar emocional, no va a depender solo de las fluctuaciones de los estrógenos, es la resultante de una compleja interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que coinciden en esta etapa de la vida.⁵⁴

IV.1.8.2. Síntomas a mediano plazo.

IV.1.8.2.1. Vaginales.

Al instaurarse la etapa de menopausia se va a producir: disminución del flujo sanguíneo, pérdida de elasticidad del introito vulvar, reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal. Esto desencadena los síntomas característicos como son: disminución de la lubricación, prurito, sequedad vaginal y dispareunia. En esta etapa existe disminución en el contenido celular de glucógeno, con lo cual se da pérdida de la flora normal de lactobacilos y alcalinización del pH, lo que aumenta la susceptibilidad a infecciones.⁵⁵

La disminución de lubricación, asociado al coito y dispareunia es uno de los

primeros motivos por los que la mujer acude a consulta en busca de ayuda. Esto afecta su sexualidad y altera su calidad de vida.⁵⁵

En esta etapa, la disminución de la lubricación vaginal hace que exista: menor duración de la fase orgásmica, menor expansión de las paredes de la vagina, lo que produce disminución de la libido.

Estos síntomas, se manifiestan aproximadamente en un 30 por ciento de las mujeres durante la postmenopausia temprana y llega al 47 por ciento en el último período posmenopáusico.⁵⁵

IV.1.8.2.2. Atrofia vaginal.

Durante la etapa reproductiva, los estrógenos estimulan el crecimiento y desarrollo del epitelio de la vagina, de esta manera permanece grueso, húmedo y blando. El momento que ocurre una reducción importante de estrógenos, justo antes de la última menstruación, se produce la atrofia vaginal, y el epitelio se vuelve delgado, pálido y seco.⁵⁶

La vagina pierde su rugosidad normal y el epitelio del introito disminuye, lo que produce que se vuelva estrecha y se acorte, los labios mayores y menores se encogen y adelgazan, el clítoris se expone más de lo habitual, disminuyendo su sensibilidad. Cuando se realiza la citología vaginal, existe predominio de células parabasales inmaduras, lo que indica que no hay estimulación con estrógenos.

En la atrofia vaginal los síntomas incluyen:

1. Sequedad.
2. Prurito.
3. Vaginitis.
4. Dispareunia.

Síntomas comunes en la etapa tardía de transición a la peri menopausia son la sequedad y el prurito, de esta manera:

1. Es clara la asociación entre: sequedad vaginal y niveles bajos de estrógenos, porque disminuye de forma rápida durante la fase tardía de transición a la menopausia.
2. Existe aumento progresivo de la sequedad vaginal, se considera que aumenta: de

3 por ciento en la pre menopausia a 4 por ciento en la fase temprana de la etapa de transición a la menopausia, a 21 por ciento en la etapa tardía y hasta 47 por ciento a los tres años de postmenopausia.⁵⁶

IV.1.8.2.3. Urinarios.

Los síntomas urinarios se presentan en la postmenopausia. Una de las primeras manifestaciones urinarias, se caracteriza por: aumento de la frecuencia de la micción y aumento del despertar nocturno. Se ha descrito que las estructuras que dan continencia a la vejiga se debilitan, por ende existe menor respuesta a los estímulos normales, lo que favorece la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo: toser, estornudar, reír u otro esfuerzo.⁵⁷

Este síntoma, es la queja más frecuente en las mujeres que se encuentran en la peri menopausia como en la postmenopausia. Es considerado un problema complejo y multifactorial, el cual incrementa con la edad. El déficit de estrógenos, influye en la pérdida de colágeno tisular a nivel de la uretra y trígono vesical, lo que explica los síntomas como: micción imperiosa y polaquiuria, existen otros factores que exacerbaban esa sintomatología como: paridad, traumatismos del parto, prolapso uterino.⁵⁷

IV.1.8.3. Síntomas a largo plazo.

IV.1.8.3.1. Osteoporosis.

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la baja masa ósea y el deterioro microestructural del tejido óseo, que lleva a una mayor fragilidad ósea y al consiguiente aumento del riesgo de fractura. Este trastorno afecta a 1 de cada 3 mujeres postmenopáusicas y a la mayoría de las personas en edad avanzada.

Aunque, la prevalencia de la osteoporosis y de fracturas es diferente en función del país y de los grupos de población dentro de éstos.⁵⁸

La pérdida de la masa ósea es asintomática, por este motivo aunque el proceso comienza a partir de los 30 años, la mayoría de los casos se diagnostican entre los 50 y los 71 años de edad, retrasando, por tanto, la adopción de medidas preventivas y terapéuticas. Normalmente, cuando la osteoporosis es detectable ya se ha perdido

un 25 por ciento de la masa ósea, por ello es muy importante la prevención o la detección precoz antes de que se produzca ninguna fractura.

La osteoporosis es uno de los mayores problemas de salud pública de los países industrializados, y el factor principal es el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial.⁵⁹

Los estrógenos protegen el hueso durante toda la vida, porque van a:

1. Estimular la formación de osteoblastos por medio del TGF- β (Factor de crecimiento tumoral beta).
2. Inhiben las citoquinas reclutadoras de osteoclastos (IL-1, IL-6, TNF α y GM-CSF, RANKL).
3. Contrarrestan los mecanismos de resorción ósea y la movilización del calcio inducida por PTH.
4. La progesterona estimula a los osteoblastos a depositar matriz mineralizada.⁶⁰

En la postmenopausia la osteoporosis es un problema de salud importante, que se caracteriza por: baja masa ósea y alteraciones en la microarquitectura del tejido óseo. No solo existe disminución la masa ósea, sino también aumenta el riesgo de fracturas, así como la morbimortalidad en estas pacientes.⁶⁰

La privación estrogénica total en la menopausia, es la responsable de la aceleración de la pérdida ósea. Por lo tanto, a partir de los:

1. A los 30 años, la masa ósea total disminuye un 3 por ciento cada 10 años.
2. A los 50 años, la pérdida acelerada se da hasta alcanzar el 1-2 por ciento anual.
3. A los 75 años, se ha perdido 25 por ciento de hueso cortical y mitad del trabecular.⁶⁰

Los estudios han demostrado que, no todas las mujeres desarrollarán osteoporosis y esto dependerá de:

1. Cantidad máxima de masa ósea que alcanzó durante su juventud (20 - 35 años)
2. Edad a la que se inicia la pérdida acelerada de hueso, ya que el número de años transcurridos después de la menopausia es un factor determinante de la velocidad o tasa de pérdida ósea anual.
3. Presencia de factores de riesgo, que pueden actuar por sí mismos o a su vez van a potenciar a los factores anteriores: etnia, sedentarismo, predisposición genética,

inmovilización prolongada, antecedentes de fracturas previas, hábito de fumar.

Los criterios empleados por la OMS determinan tres estados de masa ósea y permiten clasificarla:

1. Masa ósea normal: mujeres con densidad mineral ósea normal y T-Score $< 1DE$ respecto al pico máximo de hueso.
2. Osteopenia: descenso significativo de la masa ósea, sin que sea patológico aunque el riesgo de fractura ha aumentado. la T-Score ésta situada entre $1-2.5DE$.
3. Osteoporosis: T-Score es $< 2.5DE$. Se considera osteoporosis establecida, cuando la mujer refiere fracturas osteoporóticas previas.⁶¹

IV.1.8.3.2. Síntomas Cardiovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la arteriopatía coronaria y la enfermedad vascular cerebral, son un problema de salud pública hoy en día; producen más de 50 por ciento de todas las defunciones en EE UU, en las mujeres mayores de 50 años. Uno de los factores de riesgos cardiovasculares más reconocidos después de la menopausia es el hipoestrogenismo.

De manera global, la enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la primera causa de muerte en los países desarrollados y con mayor frecuencia se presenta en la postmenopausia.⁶²

En nuestra región, la enfermedad coronaria es la que ocasiona un mayor número de muertes en un 31 por ciento, siendo mayor en hombres con un 40 por ciento, que en mujeres con un 24 por ciento. A diferencia, la mortalidad por enfermedad cerebrovascular es más frecuente en mujeres con un 31-26 por ciento en varones.

La enfermedad cardiovascular, se caracteriza por tener una etiología multifactorial, el incremento de riesgo coronario se encuentra ligado al aumento de factores de riesgo que aparecen con la edad: envejecimiento, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, hábito tabáquico, sedentarismo, obesidad, antecedentes familiares, son los más importantes y se potencian entre sí.⁶²

Aunque la hipoestrogenemia es al parecer un factor de primer orden que contribuye a la enfermedad cardiovascular en la mujer, otros riesgos modificables, como la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, la hipercolesterolemia, el

sedentarismo, pueden tener la misma importancia. Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión de la aterosclerosis coronaria.⁶²

IV.1.8.3.3. Síntomas de cambios en la piel.

Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos; todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos.⁶²

IV.1.9. Diagnóstico.

Para realizar un diagnóstico adecuado de menopausia, la valoración integral es imprescindible. Se debe realizar:

1. Historia clínica adecuada, enfocada a los síntomas y su severidad, edad y estilos de vida: dieta, cigarrillo, alcohol, ejercicio físico, y antecedentes relevantes personales y familiares: mamarios, ECV (Enfermedad Cerebrovascular), diabetes.
2. Examen físico con énfasis en: Presión Arterial, IMC, circunferencia abdominal, alteraciones mamarias, signos de ECV, osteoporosis, atrofia urogenital e incontinencia urinaria.
3. Paraclínicos, acorde a cada paciente: FSH, estradiol, TSH, citología cervicovaginal, eco pélvico, E.M.O, mamografía: tamizaje entre los 50 y 70 años, o antes si existen factores de riesgo, perfil lipídico, glicemia y densitometría ósea: tamizaje a partir de los 65 años, o desde la menopausia si existen factores de riesgo.⁶³

El diagnóstico de menopausia se realiza de forma retrospectiva, es decir, se necesita 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que se evidencie otra causa que la justifique. Diversos estudios han demostrado que, durante la transición menopáusica la concentración plasmática de FSH se eleva de forma progresiva. Concentraciones de FSH superior a 40UI/L y de Estradiol menores a 25 pg/ml, por lo

menos en dos determinaciones sucesivas, confirma el diagnóstico de menopausia.⁶³

Las concentraciones de progesterona, durante la transición menopáusica son más bajas que en la etapa reproductiva, y varían con el índice de masa corporal. Las concentraciones séricas en mujeres postmenopáusicas suelen ser inferiores a 2nmol/L (0,63 ng/mL).⁶³

Se debe tener en cuenta la presencia de: sintomatología vasomotora, 12 meses consecutivos de amenorrea, que son los que llevan al diagnóstico. Por lo que no es necesario la cuantificación de estudios hormonales en mujeres en las que el cuadro clínico, el patrón menstrual y la edad son evidencia suficiente, porque no existe un marcador biológico para el diagnóstico de menopausia.⁶³

IV.1.10. Tratamiento

El tratamiento, en las mujeres que se encuentran cursando la menopausia debe estar encaminado: a prestar atención integral, dirigida principalmente al alivio de la sintomatología a corto plazo y a la prevención de las complicaciones a largo y mediano plazo.⁶³

Para el tratamiento de la sintomatología de la menopausia, se utilizan medidas farmacológicas y no farmacológicas.

1. Intervención no farmacológica: Tratamientos psicológicos, ejercicio, dieta sana, suplementos de calcio y vitaminas, disminución en algunos hábitos como el consumo de alcohol, café y tabaco, y relajación.
2. Intervención farmacológica: Terapia hormonal sustitutiva.⁶³

IV.1.10.1. Intervención No Farmacológica-Medidas Generales.

Es necesario utilizar medidas de prevención de la sintomatología durante la menopausia, la cual se debe iniciar años antes de que se presente, porque se corre el riesgo de que al iniciar en el periodo de menopausia, no podrían llegar a ser suficientes. (18) Las medidas generales que se deben llevar a cabo son:

1. Estilos de vida saludable: abandono de tabaco y alcohol
2. Dieta: equilibrada e hipocalórica, disminución del consumo de grasas y azúcares, aporte adecuado de calcio y vitamina D. Se debe recomendar una ingesta diaria

de 1000-1500 mg de calcio, limitar ingesta de grasas saturadas, ingresar a la dieta diaria frutas, verduras y cereales.

3. Ejercicio Físico: evitar el sedentarismo, realizar actividad física mínimo 3 veces a la semana, para lograr efectos beneficiosos sobre: el sistema cardiovascular, sistema óseo, disminuyendo el estrés emocional. Realizar ejercicio físico, tiene grado de recomendación A en la prevención primaria de cardiopatía isquémica. A través de revisión de meta análisis, se ha demostrado el aumento de densidad mineral ósea en columna lumbar, cadera y cuello femoral.
4. Fomentar redes de apoyo: para tener una vida familiar, sexual y socialmente satisfactoria.
5. Apoyo médico y psicológico: el médico debe entregar información sobre el proceso que está viviendo, de la normalidad del mismo y de los cambios que se van a experimentar con la edad.
6. Prevención y control de enfermedades crónicas, actuando sobre los factores de riesgo.
7. Diagnostico precoz de cáncer de cérvix.
8. Mamografía de cribado a los 50 años y se debe repetir cada 2 años.⁶⁴
9. Realizar 2 tomas de presión arterial cada 5 años hasta los 40 años, luego realizarlo cada 2 años. Según recomendaciones de la OMS en aquellas mujeres con cifras arteriales sistólicas de 130 / 139 mmHg y arteriales diastólicas 85 / 89 mmHg se debe realizar medidas cada año.
10. Determinación de colesterol total antes de los 45 años, luego se debe realizar cada 5 años hasta los 75 años.⁶⁴

IV.1.10.2. Intervención Farmacológica: Manejo de los Síntomas Vasomotores.

El manejo de los síntomas vasomotores se realiza con terapia hormonal, coadyuvado con cambios de estilo de vida, que ha demostrado ser efectivo. (25)

La terapia hormonal, se debe iniciar cuando: su indicación ha sido identificada, se ha descartado las contraindicaciones, los posibles riesgos y los beneficios individuales para cada mujer.⁶⁵

Terapia hormonal clásica. Es considerada, en la actualidad el tratamiento más

efectivo en el manejo de los síntomas vasomotores, de moderados a severos. La terapia combinada de estrógenos y progestágenos se utiliza para proteger efectivamente de la hiperplasia y carcinoma endometrial.⁶⁵

Esta teoría cambio con los resultados del estudio WHI, en el que se puso en evidencia los riesgos del uso de terapia de reemplazo hormonal, como:

1. Cáncer mamario, con un RR 1,29 (1,0-1,59)
2. TEP, con un RR 2,13 (1,39-3,25)
3. Accidente cerebro vascular, con un RR 1,41 (1,07-1,85)
4. Enfermedad coronaria, con un RR 1,29 (1,02-1,63).⁶⁵

Existen contraindicaciones para el uso de terapia hormonal, no se debe administrar en: embarazo o lactancia, hemorragia uterina anormal sin diagnóstico, carcinoma mamario, enfermedad hepática, trombo embolismo arterial o venoso, enfermedad coronaria o cerebrovascular, e hipertrigliceridemia.⁶⁵

Actualmente la evidencia indica que, existen factores positivos a favor de la utilización de terapia hormonal, se debe seguir las siguientes recomendaciones:

1. Tipo de terapia hormonal: De preferencia estrógenos por vía trans-cutánea o parenteral como parches, gel y ampollas, para evitar el efecto del primer paso hepático de los orales que aumentan los factores pro coagulantes.
2. Dosis: Se debe formular las dosis mínimas necesarias por día:

17 β estradiol trans-dérmico 14-25 μ g.⁶⁶

Estradiol oral 0,5 a 2 mg.

Estrógenos conjugados entre 0,15 a 0,3 mg

Progesterona micronizada 50 a 100 mg.

Drosperinona 0,5 a 2 mg.

Medroxiprogesterona 1,5 a 5 mg.

Recomendar estilos de vida saludable.

Tibolona: dosis de 2,5 mg/día.

La Paroxetina utilizada en dosis de 10-20 mg/día reduce los síntomas vasomotores en el 67-75% y la

Fluoxetina utilizada en dosis de 20 mg/ día solo en el 42%.

Fitoestrógenos:

Isoflavonas: Poseen mayor actividad estrogénica y se encuentran en los productos de soja (tofu, harina y leche de soja).

Lignanos: Se encuentran en cereales integrales, legumbres y frutas.⁶⁶

IV.1.10.3. Manejo de los síntomas Psicológicos.

También se puede utilizar diferentes tipos de psicoterapias:

1. Psicoanálisis: Es poco utilizado por ser un tratamiento costoso y largo.
2. Psicoterapia conductual: Es de utilidad en las fobias y el insomnio, posee alta recidiva, requiere refuerzos periódicos. No se ha demostrado que tenga utilidad para la ansiedad, y la depresión.
3. Psicoterapia cognitiva: Se utiliza para combatir la depresión y la ansiedad.
4. Psicoterapia de apoyo: Se trata de la buena relación de comunicación entre médico y paciente, esta relación humana de confianza se utiliza como un elemento terapéutico.⁶⁷

IV.1.10.4. Manejo de los síntomas vaginales.

1. Estrógenos. Una revisión sistemática, demostró que los estrógenos son eficaces en el tratamiento de los síntomas vaginales, sin embargo, cuando se dan bajas dosis, a veces, no es suficiente y es necesario agregar estrógenos locales como: cremas, anillos intravaginales de liberación sostenida o tabletas intravaginales.⁶⁸
2. Tibolona: Estudios controlados aleatorizados han comparado la Tibolona con la terapia hormonal con o sin progestágenos y han mostrado mejoría de los síntomas vaginales y reducción de los sangrados.⁶⁸

IV.1.11. Manejo de Osteoporosis.

1. Raloxiféno.
2. Alendronato.
3. Risedronato.
4. Ibandronato.
5. Ácido Zolendrónico.⁶⁹

IV.1.12. Calidad de vida en la menopausia.

La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”.⁷⁰

La OMS definió 6 áreas en las que se describen los aspectos fundamentales de la calidad de vida:

El estado de salud se evalúa a través de la medición de parámetros objetivos, los cuales se obtienen de la clínica y métodos complementarios para el diagnóstico, los cuales son cuantificables, pero no muestran relación con las experiencias subjetivas y personales de las pacientes.

Es importante tener en cuenta, que la menopausia es un proceso fisiológico normal en la vida de la mujer, que se acompaña de diversos síntomas los cuales provocan cambios en la fisiología, que dependiendo de la percepción individual de cada mujer pueden ser desfavorables en aspectos de salud y calidad de vida.⁷⁰

En este punto, se ve la necesidad de considerar el impacto que tiene la menopausia en la calidad de vida en la mujer, de esta manera se debe implementar intervenciones tanto preventivas como terapéuticas, a los aspectos con mayor probabilidad de repercutir positivamente.

La concepción de menopausia y las modificaciones adquiridas en esta etapa, se dan de acuerdo a los cambios en relación con: la valoración de la fertilidad, roles reproductivos, patrones familiares y de parentesco, valoración diferencial de género.⁷⁰

A nivel de América Latina la literatura es escasa, tanto así que a partir de los años 90 se empezó a realizar estudios con una perspectiva sociocultural, pero la poca información que se ha obtenido de los países latinoamericanos no ha permitido obtener datos relevantes que ayuden a entender como es la experiencia de la menopausia en nuestra población.⁷⁰

V. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad comienzo menopausia	La edad normal del comienzo de la menopausia que es la fase de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la mujer.	45-50 51-60 61-65 66-70 ≥71	Ordinal
Procedencia	Lugar geográfico donde vive el entrevistado.	Urbano Rural	Nominal
Estado civil	Condición particular que caracteriza a un individuo en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Casado/a Soltero/a Unión libre Vuido/a	Nominal
Nivel académico	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Analfabeto Primaria Secundaria Bachiller Universitario Profesional Técnico	Nominal
Hábitos tóxicos	Son una serie de comportamientos que hacen que te conviertas en una persona infeliz mediante tus rutinas. Es frecuente que algunas personas culpen a su mala fortuna por	Café Cigarrillo Drogas Alcohol Hooka Otros	Nominal

	ciertos hechos.		
Antecedentes ginecobstétricos	Hechos del pasado relacionados con la vida ginecológica y obstétrica	Primigesta Multigesta Gran múltipara	Nominal
Tipo menopausia	Es el tipo de menopausia que identifica cuando no se produce ninguna menstruación una mujer ha entrado	Espontánea Artificial Precoz Tardía	Nominal
Síntomas menopaúsicos	Alteración del organismo que se presentan de forma paralela pone de manifiesto la existencia fisiológica del proceso de envejecimiento biológico de manera independiente. O una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.	Psicológicos. Disforia Dismnesia (dificultad para recordar sucesos recientes). Falta de concentración. Pérdida de la libido. Sofocos Insomnio. Cefalea Palpitaciones. Astenia Incremento de peso corporal. Vaginales. Atrofia vaginal. Sequedad. Prurito. Vaginitis. Dispareunia. Urinarios. Osteoporosis.	Nominal

		Cardiovasculares. Cambios en la piel	
Comorbilidades	Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Enfermedad cardiovascular Enfermedad hepática Incontinencia Urinaria Hemorragia uterina Disfuncional Dislipidemia Osteoporosis Fracturas Cáncer Tiroides	Nominal
IMC	Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos	Bajo peso (< de 20 kg/m ²) Normopeso (20-24.9 kg/m ²) Sobrepeso (25-29.9 kg/m ²) Obesidad Moderada (30-39.9 kg/m ²) Obesidad severa (>40 kg/m ²)	Ordinal
Tiempo transcurrido de la menopausia	Tiempo transcurrido desde la aparición de la menopausia. Este patrón puede durar de 1 a 3	≤ 5 6-9 10-14 ≥ 15	Ordinal

	años. La menopausia se completa cuando usted no ha tenido un periodo durante 1 año.		
Vida sexual luego de la menopausia.	Actividad sexual postmenopausia.	Activa Inactiva	Nominal
Control asistencia al médico	El conjunto de actividades técnicas armónicamente integradas, realizadas en servicios de salud (hospitales, sanatorios, centros de salud, consultorios) o en el seno de la comunidad, y tiene como objetivo, actuando sobre las personas, promover, proteger, curar y rehabilitar la salud física y mental de los individuos	1-4 veces al mes 2-6 meses al año 1 vez al año 2-4 veces al año ≥ 5 veces al año	Ordinal
Diagnostico	Es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin permitir conocer las características específicas de la situación determinada para así poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento o no.	Examen físico Ecografía Mamografía Densitometría citología	Nominal
Tratamiento	Conjunto de medios que	Ejercicio	Nominal

	se utilizan para aliviar o curar una enfermedad.	Dieta sana, Calcio Vitaminas. Terapia de reemplazo hormonal.	
--	--	---	--

VI. DISEÑO METOLÓGICO.

VI.1. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio, descriptivo, observacional de corte transversal para determinar presencia de comorbilidades en pacientes menopausica que acuden a la consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo Septiembre-Diciembre 2018.

VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el Centro de Atención Primaria Villegas, está situado al norte de la provincia de San Cristóbal.

VI.3. Universo.

El universo estuvo compuesto por todas las pacientes menopaúsicas con diferentes tipos de comorbilidades que acudieron a la consultas de este Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo Septiembre-Diciembre 2018.

VI.4. Muestra.

La muestra estuvo constituida por todas las pacientes menopaúsicas que presentaron cormobilidades y que asistieron a este Centro de Salud en dicho periodo.

VI.5. Criterios de Inclusión.

1. Mujeres con etapa de la menopausia y con edad comprendida 45 a 59 años.
2. Mujeres que aceptaron con el consentimiento participar en la entrevista.
3. Con o sin tratamiento de remplazo de terapia hormonal.
4. Mujeres que acuden a control ginecológico.

VI.6. Criterios de exclusión.

1. Mujeres en periodo de transición a la menopausia
2. Mujeres que estén sometidas a tratamiento.

3. Mujeres que no aceptaron firmar el consentimiento informado y con criterios de exclusión.

VI.7. Instrumento de recolección de datos.

La recolección de datos se realizó a través de un formulario integrado por preguntas abiertas y cerradas, este formulario contiene los datos socio demográficos de los pacientes así de recolección como demás factores de riesgo e información relacionadas con las manifestaciones clínicas de presentación, (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos)

VI.8. Procedimiento.

El formulario fue llenado a partir de las informaciones obtenidas en los expedientes clínicos que se encontrarán en los archivos las cuales fueron localizadas a través del libro de registro del departamento de estadística y archivo, estos formularios fueron llenados por la sustentante durante el periodo de la investigación bajo la supervisión de un asesor. (Ver anexo XII.1. Cronograma)

VI.9. Tabulación.

La información fue tabulada, computarizada e ilustrada en cuadros y gráficos para mejor interpretación y análisis de la misma utilizando medidas estadísticas apropiadas, tales como porcentajes.

VI.10. Análisis.

Se analizaron por medio de frecuencias simples

VI.11. Aspectos éticos.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁸⁵ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁸⁶ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la universidad, a través de la

Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

VII. RESULTADOS.

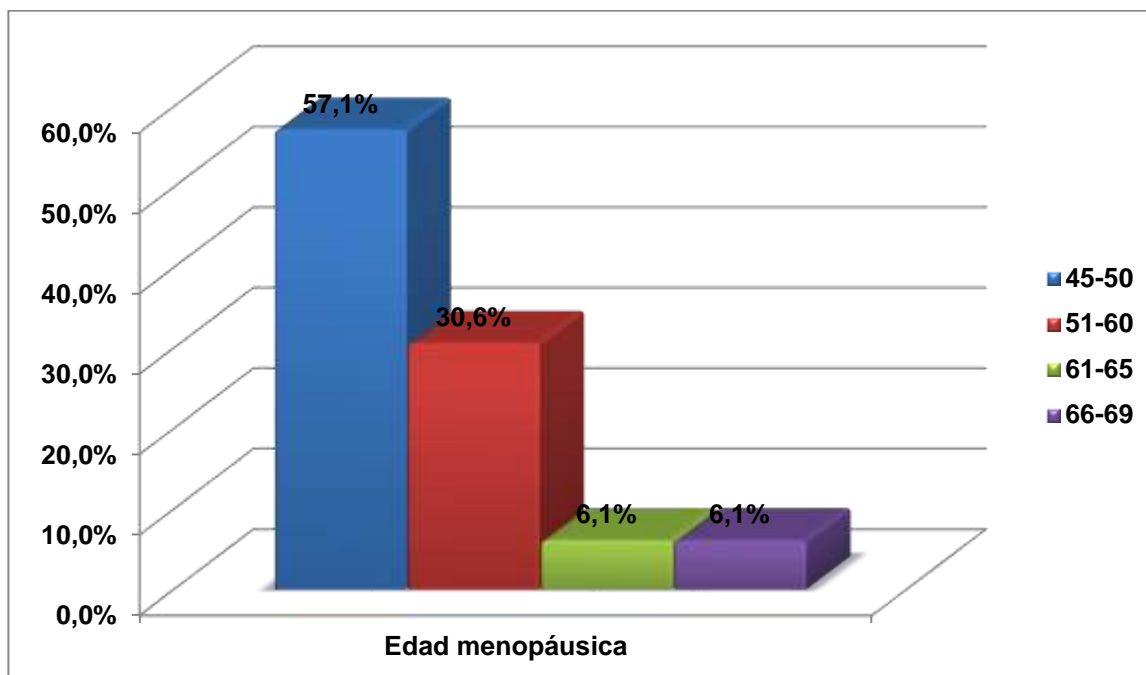
Cuadro 1. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según edad menopáusica.

Edad menopáusica	Frecuencia	%
45-50	28	57.1
51-60	15	30.6
61-65	3	6.1
66-69	3	6.1
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 57.1 por ciento de las pacientes tenían de 45-50 años, el 30.6 por ciento de 51-60 años y el 6.1 por ciento 61-65 y 66-69 años.

Gráfico 1. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según edad menopáusica.



Fuente: cuadro 1.

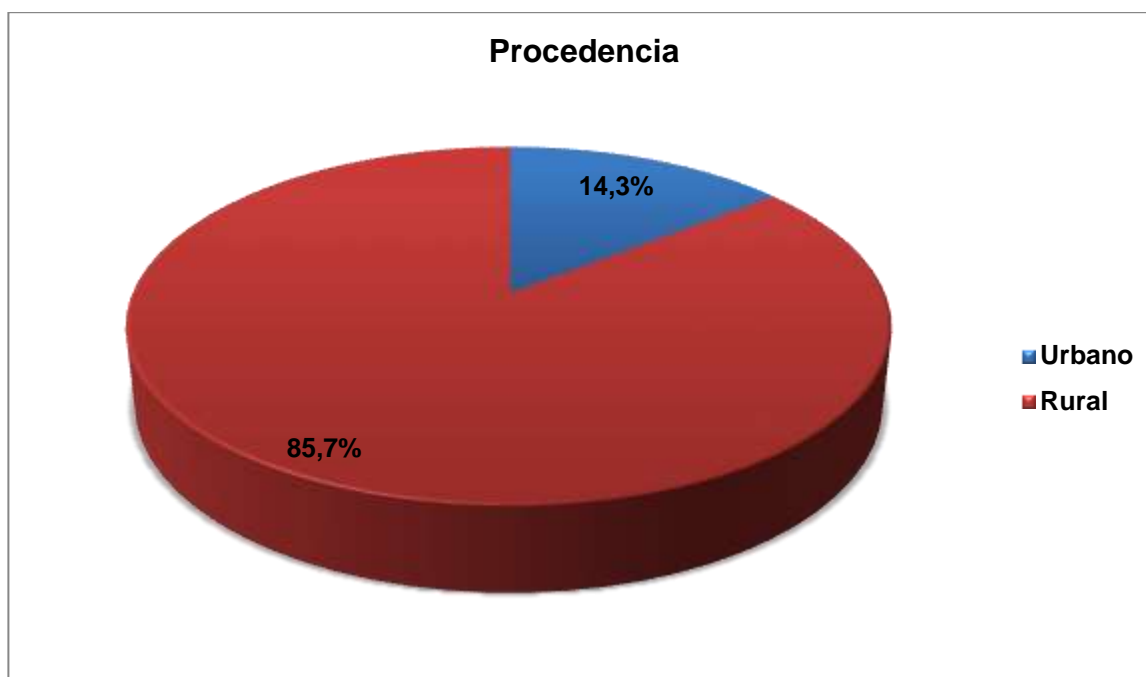
Cuadro 2. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Urbano	7	14.3
Rural	42	85.7
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 85.7 por ciento de las pacientes vivían en zona rural y el 14.3 por ciento urbana.

Gráfico 2. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según procedencia.



Fuente: cuadro 2.

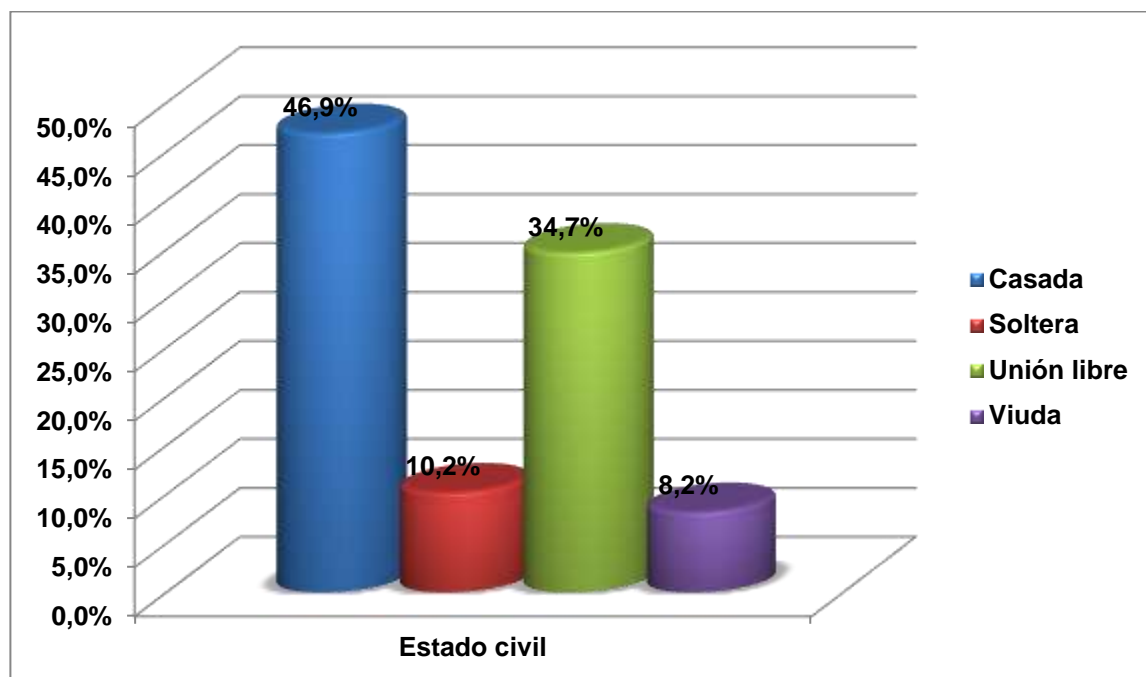
Cuadro 3. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	23	46.9
Soltera	5	10.2
Unión libre	17	34.7
Viuda	4	8.2
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 46.9 por ciento de las pacientes estaban casadas, el 34.7 por ciento unión libre, el 10.2 por ciento soltera y el 8.2 por ciento viuda.

Gráfico 3. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según estado civil.



Fuente: cuadro 3.

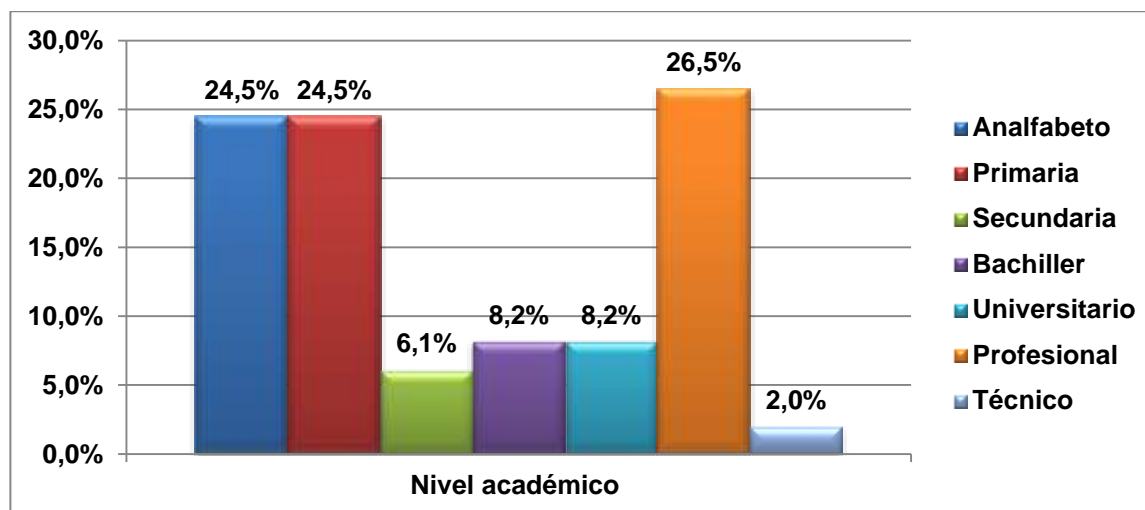
Cuadro 4. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según nivel académico.

Nivel académico	Frecuencia	%
Analfabeto	12	24.5
Primaria	12	24.5
Secundaria	3	6.1
Bachiller	4	8.2
Universitario	4	8.2
Profesional	13	26.5
Técnico	1	2.0
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 26.5 por ciento de las pacientes son profesionales, el 24.5 por ciento analfabeto y primaria, el 8.2 por ciento bachiller y universitario, el 6.1 por ciento secundaria y el 2.0 por ciento técnico.

Gráfico 4. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según nivel académico.



Fuente: cuadro 4.

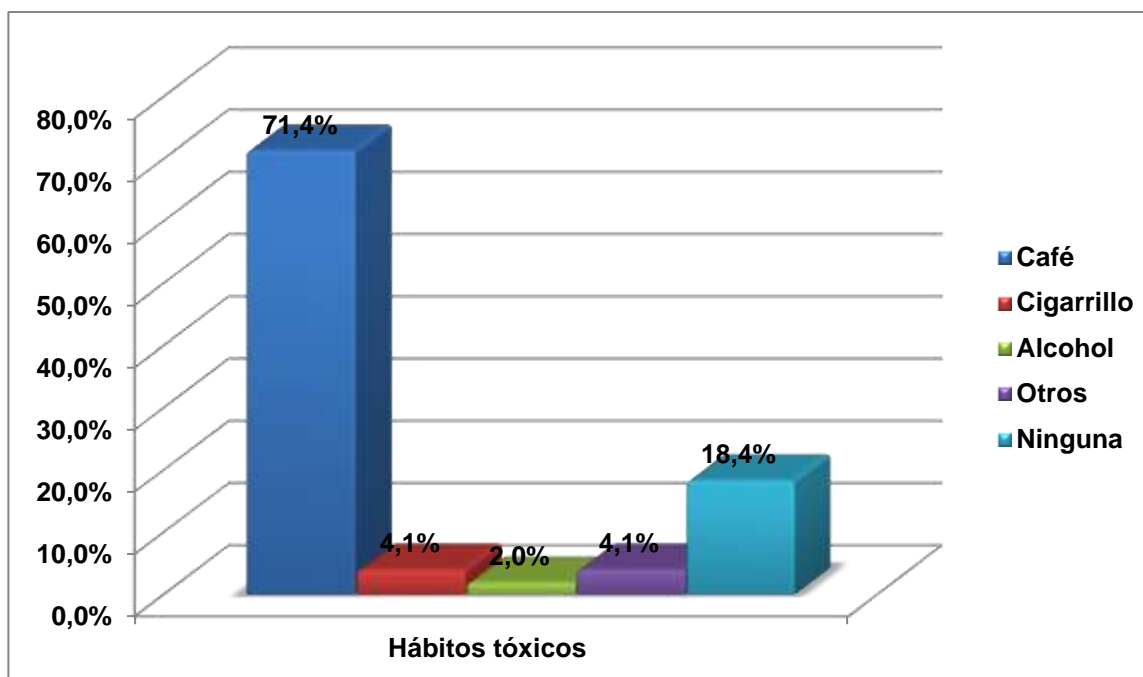
Cuadro 5. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Café	35	71.4
Cigarrillo	2	4.1
Alcohol	1	2.0
Otros	2	4.1
Ninguna	9	18.4
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 71.4 por ciento de los pacientes tomaban café, el 4.1 por ciento cigarrillo y otros, el 2.0 por ciento alcohol y el 18.4 por ciento no presento hábitos.

Gráfico 5. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según hábitos tóxicos.



Fuente: cuadro 5.

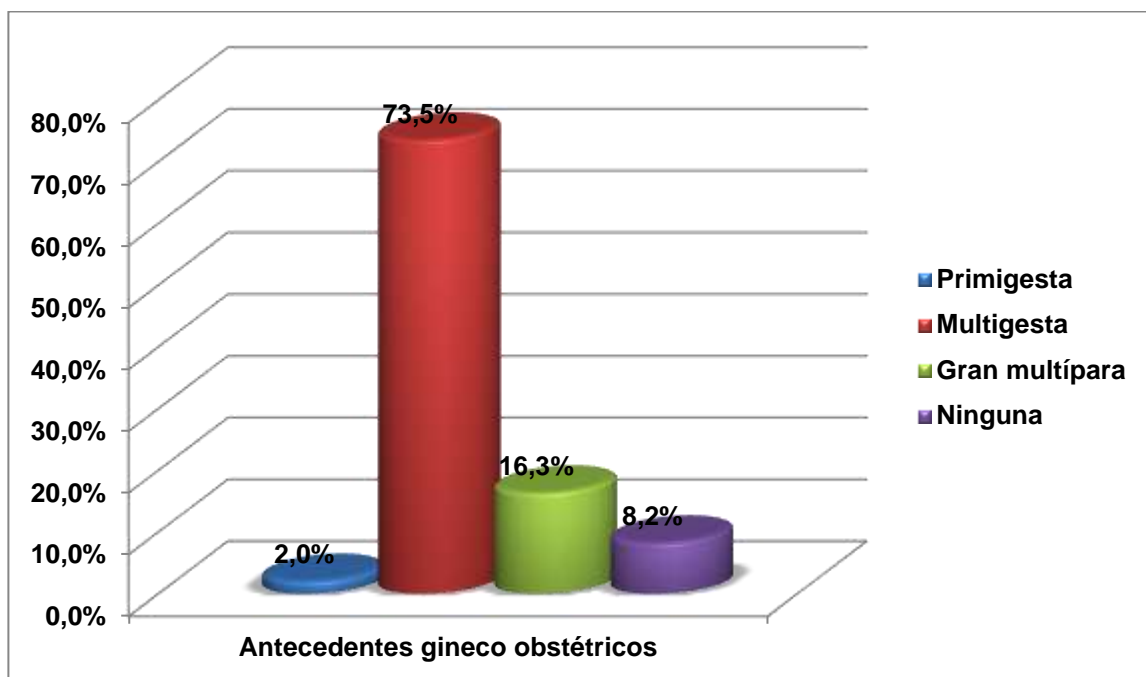
Cuadro 6. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según antecedentes gineco obstétricos.

Antecedentes gineco obstétricos	Frecuencia	%
Primigesta	1	2.0
Multigesta	36	73.5
Gran múltipara	8	16.3
Ninguna	4	8.2
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 73.5 por ciento de los pacientes tenían varias gestas, el 16.3 por ciento gran múltipara, el 8.2 por ciento no presento antecedentes y el 2.0 por ciento primigesta.

Gráfico 6. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según antecedentes gineco obstétricos.



Fuente: cuadro 6.

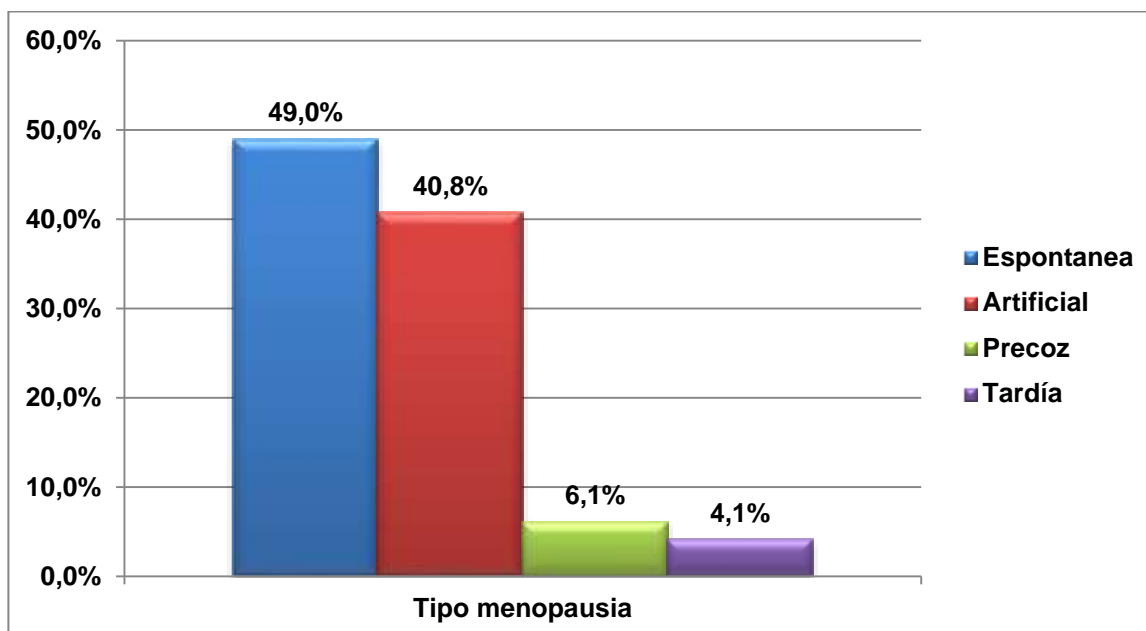
Cuadro 7. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según tipo menopausia.

Tipo menopausia	Frecuencia	%
Espontanea	24	49.0
Artificial	20	40.8
Precoz	3	6.1
Tardía	2	4.1
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 49.0 por ciento de las pacientes tenían tipo de menopausia espontanea, el 40.8 por ciento artificial, el 6.1 por ciento precoz y el 4.1 por ciento tardía.

Gráfico 7. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según tipo menopausia.



Fuente: cuadro 7.

Cuadro 8. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según síntomas menopáusicos.

Síntomas menopáusicos*	Frecuencia	%
Psicológicos	4	8.2
Disforia	24	49.0
Dismnesia	12	24.5
Perdida de libido	18	36.7
Sofoco	32	65.3
Insomnio	9	18.4
Cefalea	16	32.6
Palpitaciones	19	38.8
Astenia	2	4.1
Incremento de peso corporal	30	61.2
Atrofia vaginal	15	30.6
Sequedad vaginal	30	61.2
Prurito	13	26.5
Vaginitis	17	34.7
Dispareunia	12	24.5
Urinarios	7	14.3
Osteoporosis	1	2.0
Cardiovasculares	3	6.1
Cambios en la piel	10	20.4

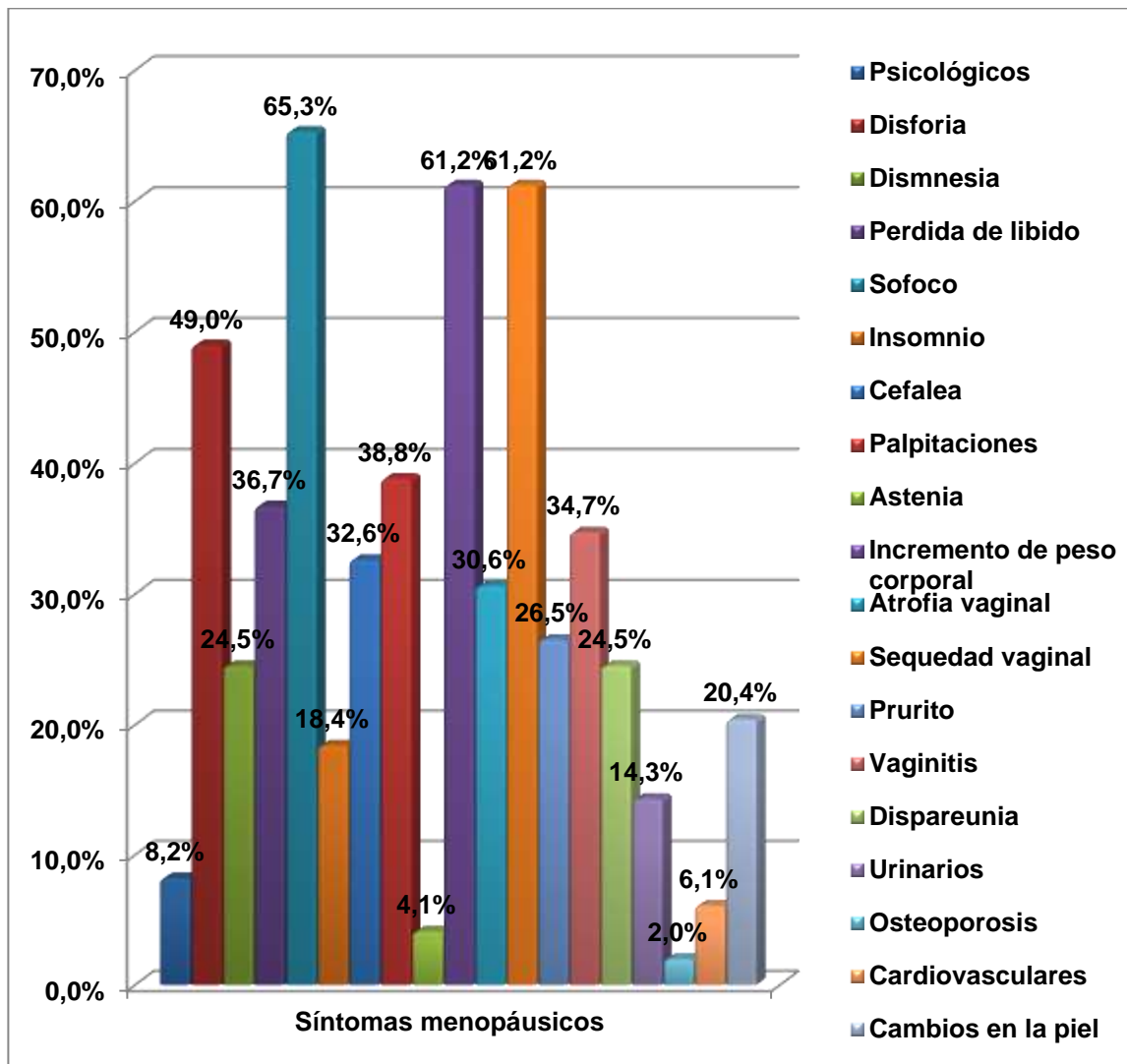
Fuente: Expedientes clínicos.

*Una misma paciente presentó más de un síntoma menopáusico.

El 65.3 por ciento de las pacientes presentaron como síntoma menopáusico sofoco, el 61.2 por ciento incremento de peso corporal y sequedad vaginal, el 49.0 por ciento disforia, el 38.8 por ciento palpitaciones, el 36.7 por ciento pérdida de libido, el 34.7 por ciento vaginitis, el 32.6 por ciento cefalea, el 30.6 por ciento atrofia vaginal, el 26.5 por ciento prurito, el 24.5 por ciento dismnesia y dispareunia, el 20.4

por ciento cambios en la piel, el 18.4 por ciento insomnio, el 14.3 por ciento urinarios, el 8.2 por ciento psicológicos, el 6.1 por ciento cardiovasculares, el 4.1 por ciento astenia y el 2.0 por ciento osteoporosis.

Gráfico 8. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según síntomas menopáusicos.



Fuente: cuadro 8.

Cuadro 9. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según comorbilidades.

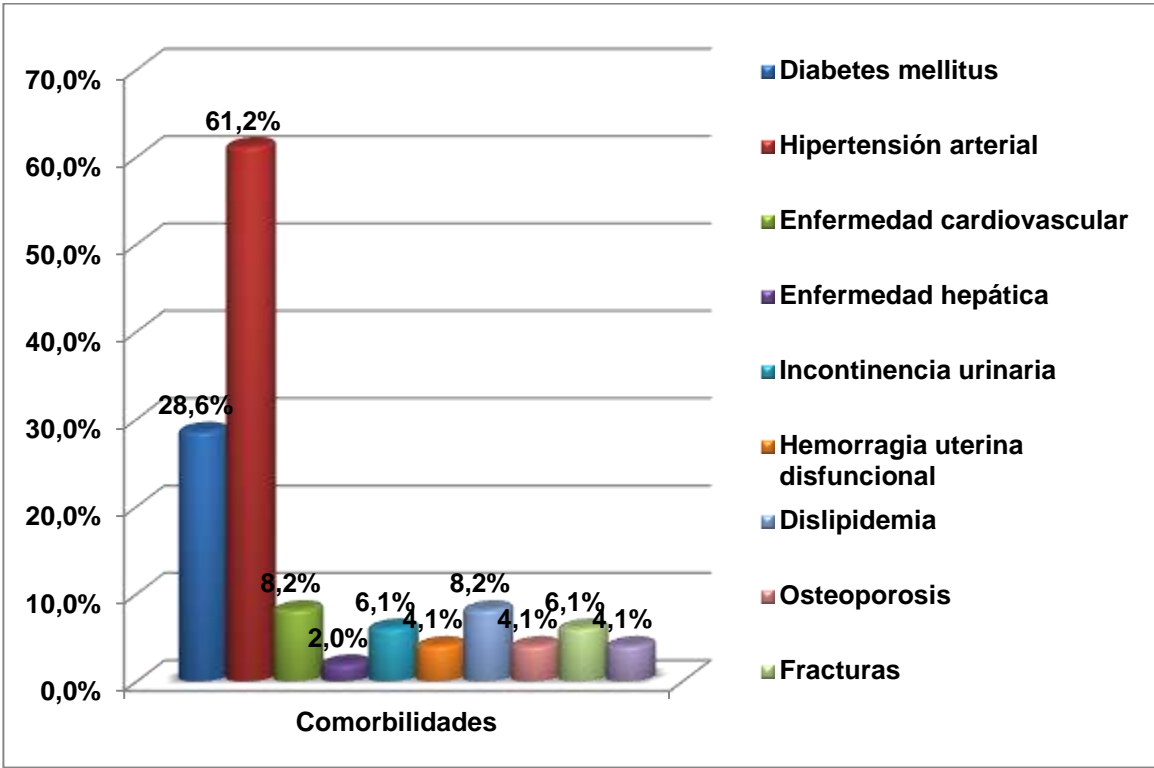
Comorbilidades*	Frecuencia	%
Diabetes mellitus	14	28.6
Hipertensión arterial	30	61.2
Enfermedad cardiovascular	4	8.2
Enfermedad hepática	1	2.0
Incontinencia urinaria	3	6.1
Hemorragia uterina disfuncional	2	4.1
Dislipidemia	4	8.2
Osteoporosis	2	4.1
Fracturas	3	6.1
Tiroides	2	4.1

Fuente: Expedientes clínicos.

*Una misma paciente presento más de una comorbilidad.

El 61.2 por ciento de las pacientes presentaron como comorbilidades hipertensión arterial, el 28.6 por ciento diabetes mellitus, el 8.2 por ciento enfermedad cardiovascular y dislipidemia, el 6.1 por ciento incontinencia urinaria y fracturas, el 4.1 por ciento hemorragia uterina disfuncional, osteoporosis y tiroides y el 2.0 por ciento enfermedad hepática.

Gráfico 9. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según comorbilidades.



Fuente: cuadro 9.

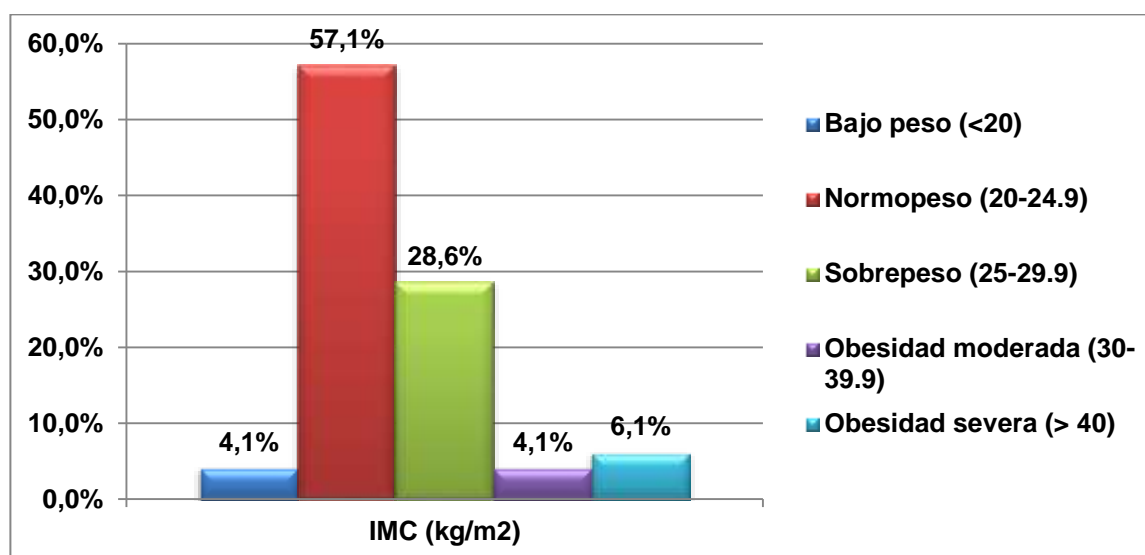
Cuadro 10. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según IMC.

IMC (kg/m ²)	Frecuencia	%
Bajo peso (<20)	2	4.1
Normopeso (20-24.9)	28	57.1
Sobrepeso (25-29.9)	14	28.6
Obesidad moderada (30-39.9)	2	4.1
Obesidad severa (> 40)	3	6.1
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 57.1 por ciento de las pacientes tenían normopeso (20-24.9 kg/m²) de índice de masa corporal, el 28.6 por ciento sobrepeso (25-29.9 kg/m²), el 6.1 por ciento obesidad severa (más de 40 kg/m²) y el 4.1 por ciento bajo peso (menos de 20 kg/m²) y obesidad moderada (30-39.9 kg/m²).

Gráfico 10. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según IMC.



Fuente: cuadro 10.

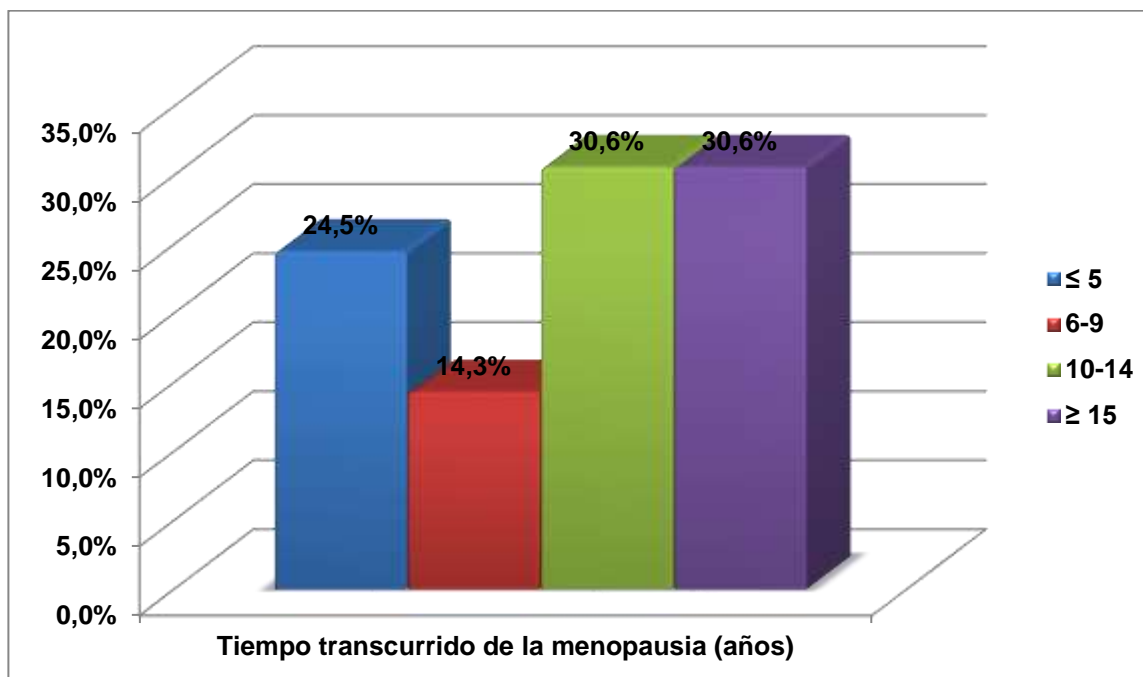
Cuadro 11. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según tiempo transcurrido de la menopausia.

Tiempo transcurrido de la menopausia (años)	Frecuencia	%
≤ 5	12	24.5
6-9	7	14.3
10-14	15	30.6
≥ 15	15	30.6
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 30.6 por ciento de las pacientes tenían de 10-14 años y más o igual a 15 años desde la menopausia, el 24.5 por ciento menos o igual a 5 años y el 14.3 por ciento de 6-9 años.

Gráfico 11. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según tiempo transcurrido de la menopausia.



Fuente: cuadro 11.

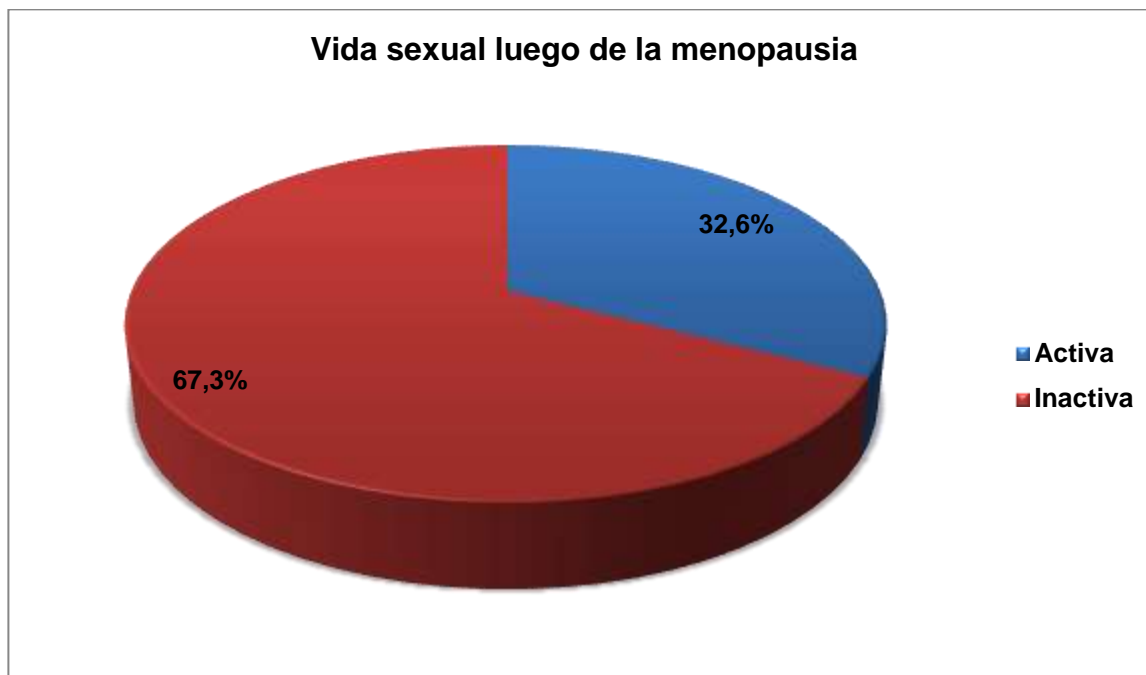
Cuadro 12. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según vida sexual luego de la menopausia.

Vida sexual luego de la menopausia	Frecuencia	%
Activa	16	32.6
Inactiva	33	67.3
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 67.3 por ciento de las pacientes tenían vida sexual luego de la menopausia inactiva y el 32.6 por ciento activa.

Gráfico 12. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusicas que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según vida sexual luego de la menopausia.



Fuente: cuadro 12.

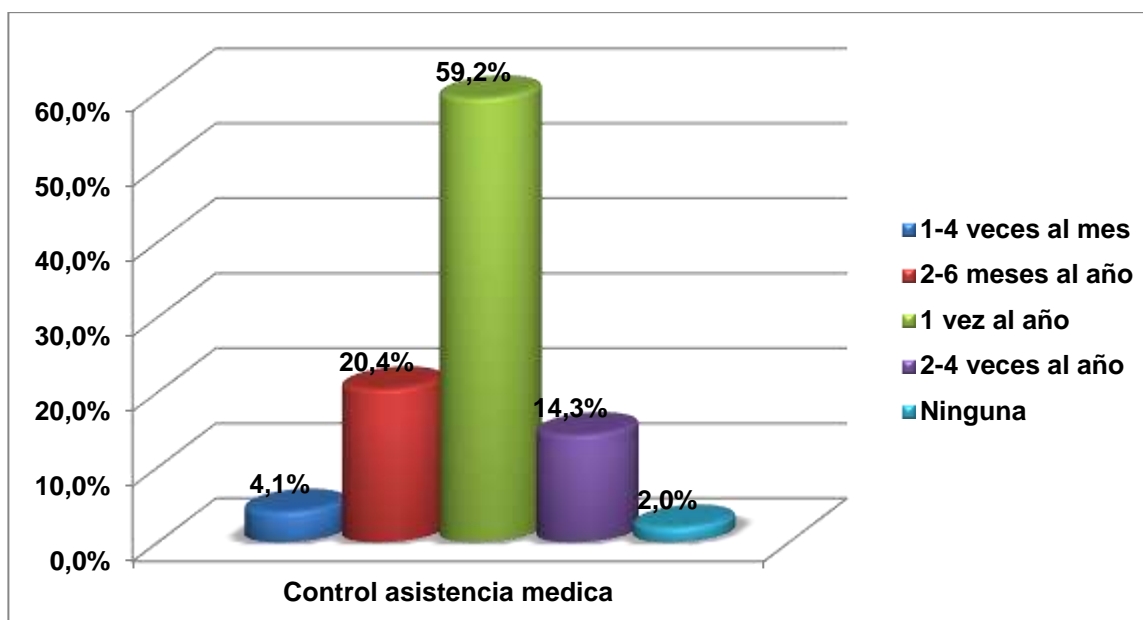
Cuadro 13. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según control asistencia médica.

Control asistencia medica	Frecuencia	%
1-4 veces al mes	2	4.1
2-6 meses al año	10	20.4
1 vez al año	29	59.2
2-4 veces al año	7	14.3
Ninguna	1	2.0
Total	49	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 59.2 por ciento de las pacientes tenían control de asistencia médica 1 vez al año, el 20.4 por ciento de 2-6 meses al año, el 14.3 por ciento de 2-4 veces al año, el 4.1 por ciento de 1-4 veces al mes y el 2.0 por ciento no presento control.

Gráfico 13. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según control asistencia médica.



Fuente: cuadro 13.

Cuadro 14. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según diagnóstico.

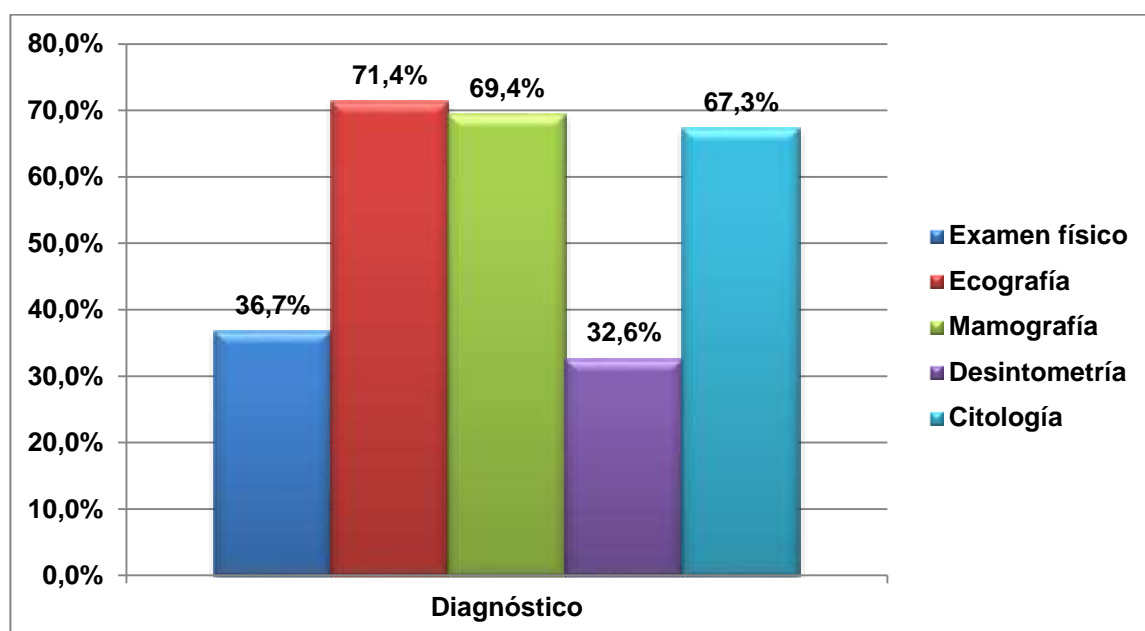
Diagnóstico*	Frecuencia	%
Examen físico	18	36.7
Ecografía	35	71.4
Mamografía	34	69.4
Desintometría	16	32.6
Citología	33	67.3

Fuente: Expedientes clínicos.

*Una misma paciente presento más de un diagnóstico.

El 71.4 por ciento de las pacientes se les realizó ecografía, el 69.4 por ciento mamografía, el 67.3 por ciento citología, el 36.7 por ciento examen físico y el 32.6 por ciento desintometría.

Gráfico 14. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según diagnóstico.



Fuente: cuadro 14.

Cuadro 15. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según tratamiento.

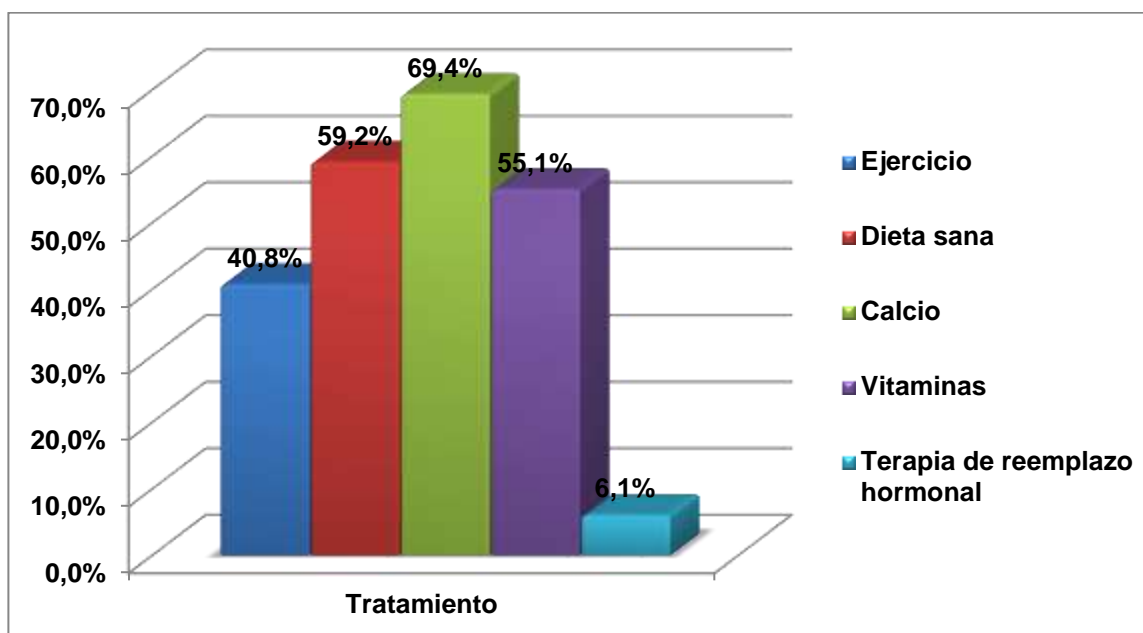
Tratamiento*	Frecuencia	%
Ejercicio	20	40.8
Dieta sana	29	59.2
Calcio	34	69.4
Vitaminas	27	55.1
Terapia de reemplazo hormonal	3	6.1

Fuente: Expedientes clínicos.

*Una misma paciente presento más de un tratamiento.

El 69.4 por ciento de las pacientes se les administro calcio, el 59.2 por ciento dieta sana, el 55.1 por ciento vitaminas, el 40.8 por ciento ejercicio y el 6.1 por ciento terapia de reemplazo hormonal.

Gráfico 15. Presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica que acuden a la Consulta del Centro de Atención Primaria Villegas, San Cristobal, en el periodo septiembre-diciembre 2018. Según tratamiento.



Fuente: cuadro 15.

VIII. DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios de presencia de comorbilidades en pacientes menopáusica.

El 57.1 por ciento de las pacientes tenían de 45-50 años; en un estudio realizado por Romero, Mario Andrés, en la Universidad de Sucre, Colombia, en el año 2015, los resultados obtenidos evidencian que el 52.4 por ciento eran mayores de 55 años.

El 46.9 por ciento de las pacientes estaban casadas; en un estudio realizado por González, Andrea Eugenia, en un Centro de Salud Familiar, Chile, en el año 2015, el 95.0 por ciento tenía pareja estable o casada.

El 73.5 por ciento de los pacientes tenían varias gestas; en un estudio realizado por Cárcamo López RE, en el Hospital Nacional De Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán, San Salvador, en el año 2010, donde un 40.0 por ciento de las pacientes tenían 3 gestas.

El 65.3 por ciento de las pacientes presentaron como síntoma menopáusico sofoco; corroborando con un estudio realizado por Romero, Mario Andrés, en la Universidad de Sucre, Colombia, en el año 2015, los síntomas presentados son los sofocos leves a moderados 57.1 por ciento, siendo el síntoma menopáusico más frecuente según dichos estudios.

El 61.2 por ciento de las pacientes presentaron como comorbilidades hipertensión arterial; semejándose a un estudio realizado por Bernardo Alonso MP, en la Universidad Complutense de Madrid, España, en el año 2017, la hipertensión arterial predominó en un 36.4 por ciento; en otro estudio realizado por Romero, Mario Andrés, en la Universidad de Sucre, Colombia, en el año 2015, la comorbilidad estuvo presente en un 52.4 por ciento en la dislipidemia 28.8 por ciento.

El 57.1 por ciento de las pacientes tenían normopeso ($20-24.9 \text{ kg/m}^2$) de índice de masa corporal; en un estudio realizado por Danna Celestial Suclli Muñoz, en el Hospital Central De La Policía Nacional Del Perú Luis Nicanor Sáenz, en el año 2018, el 60.9 por ciento de las pacientes se encontraban en peso normal.

El 69.4 por ciento de las pacientes se les administro calcio; en otro estudio realizado por Bernardo Alonso MP, en la Universidad Complutense de Madrid,

España, en el año 2017, el calcio y la vitamina D predominaron en un 70.1 por ciento.

El 71.4 por ciento de las pacientes se les realizó ecografía, el 69.4 por ciento mamografía, el 67.3 por ciento citología; sin embargo en un estudio realizado por Cárcamo López RE, en el Hospital Nacional De Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán, San Salvador, en el año 2010, el 84.0 por ciento se les realizó citología y el 74.3 por ciento mamografía.

IX. CONCLUSIONES.

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El 57.1 por ciento de las pacientes tenían de 45-50 años.
2. El 85.7 por ciento de las pacientes vivían en zona rural.
3. El 46.9 por ciento de las pacientes estaban casadas.
4. El 26.5 por ciento de las pacientes son profesionales.
5. El 71.4 por ciento de los pacientes tomaban café.
6. El 73.5 por ciento de los pacientes tenían varias gestas.
7. El 49.0 por ciento de las pacientes tenían tipo de menopausia espontanea.
8. El 65.3 por ciento de las pacientes presentaron como síntoma menopáusico sofoco.
9. El 61.2 por ciento de las pacientes presentaron como comorbilidades hipertensión arterial.
10. El 57.1 por ciento de las pacientes tenían normopeso ($20-24.9 \text{ kg/m}^2$) de índice de masa corporal.
11. El 30.6 por ciento de las pacientes tenían de 10-14 años y más o igual a 15 años desde la menopausia.
12. El 67.3 por ciento de las pacientes tenían vida sexual luego de la menopausia inactiva.
13. El 59.2 por ciento de las pacientes tenían control de asistencia médica 1 vez al año.
14. El 71.4 por ciento de las pacientes se les realizó ecografía.
15. El 69.4 por ciento de las pacientes se les administro calcio.

X. RECOMENDACIONES.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio, se recomienda:

1. Diseñar e implementar programas educativos integrales en los CPN para salud en mujeres menopáusicas, donde se les proporcione enseñanzas sobre estilos de vidas saludables.
2. Promover estudios sobre la socialización de información, capacitación e investigación sobre climaterio y menopausia.
3. Ampliar la oferta terapéutica de Terapia de Reemplazo Hormonal para lograr la elección del medicamento apropiado de acuerdo a las características específicas de la paciente.
4. Establecer la atención por niveles, la referencia y contrarreferencia de las mujeres en edad del climaterio y menopausia.
5. Recomendar la creación de normas estandarizadas sobre diagnóstico y manejo sobre la menopausia para atención primaria.

XI. REFERENCIAS

1. Javier Dorich Doig, Claudia Pérez Peralta, Carlos Pacheco Ruiz. Diagnóstico Del Mercado Laboral Y Perfil Económico y Productivo del Departamento de Sucre. Red de observatorios nacionales del mercado de trabajo. Sincelejo - Sucre - Marzo de 2012.
2. Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia. Guía práctica de manejo de la mujer climatérica. REVCOG 2013.
3. República de Colombia. Departamento de Sucre. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Gobernación del Departamento de Sucre “Acciones Claras para Dejar Huellas”. Sucre 2013 pág. 52.
4. Melgarejo E. El problema riesgo cardiovascular en la mujer: la ignorancia que mata. Epidemiología, fisiopatología. En, Asociación colombiana de menopausia. Taller salud cardiovascular en el climaterio. Bogotá. Editorial Guadalupe; 2013. p 11-14.
5. Sharma, S., Tandon, V.R. y Mahajan, A., “Menopausal symptoms in urban women”, JK Science J Med Educ Res, 2007, 13: 2011.
6. Gómez G. MD. Terapia de Reemplazo hormonal en Menopausia. Revista Colombiana de Menopausia. 2016 Octubre a Diciembre; 22 N 4(Disponible en: http://www.asomenopausia.com/r/22_4.pdf).
7. Molina A. MA. Conocimientos actitudes y practicas en el climaterio y menopausia en mujeres de consulta externa del dispensario central del IESS. Tesuis U. Cuenca. Cuenca 2015 sept; 1(Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22505/1/TESIS.pdf>).
8. Aranda P, San Juan P, y Pereiro R. Perfil de riesgo cardiovascular en mujeres pre y postmenopáusicas. Resultados a propósito del Estudio DRECA. Clin., e Invest. Arteriosclerosis 1994;6(Supl.1)
9. Gudmundsdottir SL, Flanders WD, Augestad LB. Physical activity and cardiovascular risk factors at menopause: The Nord-Trøndelag health study. Climacteric 2013;16(4):438-46.

10. Solimene MC. Coronary heart disease in women: A challenge for the 21st. century. Clinics. 2010; 65(1): 99-106.
11. Pfister AK, Welch CA, Emmett MK, Sheets NW. Risk factors predicting fractures in early postmenopausal women. WV Med J 2013;109(3):8-12, 14-5
12. De Figueredo Neto, José Albuquerque, et al. Síndrome Metabólico y Menopausia: Estudio Transversal en Ambulatorio de Ginecología: Arq. Bras Cardiol 2012; 95(3): 339-345
13. Romero Ricardo, Mario Andrés. Comorbilidad y menopausia en mujeres que laboran en la universidad de sucre. Sincelejo. Sucre. 2015. Universidad de sucre, 2015.
14. Pavón-Mendoza, Nadezhda., et al. El climaterio como factor de riesgo en casos de disfunción conyugal: Atención Familiar 2014; 21:35-8 - DOI: 10.1016/S1405-8871(16)30010-4
15. Carmen M^a Gándara Quintas, Gabriel J Díaz Grávalos, M^a Elena Pereiro Sánchez, Inmaculada Casado Górriz, M^a José Varela Estévez. Supervivencia en mujeres posmenopáusicas con fractura de cadera: Rev Port Med Geral Fam 2013; 29:378-84.
16. Rojas, Sara, et al. Síndrome Metabólico En La Menopausia, Conceptos Clave. Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología: 2014. Vol.79 No.2. P. 121-128.
17. González, Andrea Eugenia. Percepción del funcionamiento familiar y su relación con la sintomatología climatérica en mujeres usuarias de un centro de salud de nivel primario. Universidad de Concepción, Chile 2015.
18. Peña Guerra, Clotilde. Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio en una unidad del primer nivel de atención de salud: Universidad Ricardo Palma Lima – Perú, 2016.
19. Pedro Enrique Miguel Soca. Características clínicas, antropométricas y de laboratorio en mujeres con menopausia actas del primer congreso virtual de ciencias morfológicas: morfo virtual, 2012.
20. Bassol Maya Goitia, S. La edad de la menopausia en México. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 14, No. 3 JulioSeptiembre; 2014 pp 133-136.

21. Alvarez Gómez, R.; Martín Gramcko, E.; Bordones De Alvarez, M. Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años. Rev.ObstetGinecolVenez 32 Rev.Obstet Ginecol Venez 2014; 68(1):32-40.
22. Velasco, V., Fernández, I.H., Ojeda, R.I., Padilla, I. y L. Cruz. "Conocimientos, experiencias y conductas durante el climaterio y la menopausia en las usuarias de los servicios de medicina familiar del IMSS" Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol.45 (6).;2013.
23. Álvarez, R.; Martín, E. y M. Bordones, (2008). "Conocimientos y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años". Revista Obstétrica Ginecológica Venezuela.Vol.68 (1). (En línea). Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n1/art07.pdf>. [Accesado el 21 de Enero de 2016].
24. Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Complicaciones patológicas de la menopausia. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, Octubre de 2013.
25. Manzano, B. Climaterio. www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/.../cap33.pdf.
26. Salvador, J. Climaterio y menopausia: epidemiología fisiopatología. Rev. Per GinecolObstet; 54:61-78, 2014.
27. Pernas González, A.; Pérez Piñero, J. Síndrome climatérico. Caracterización y factores de riesgo. Villa Clara. 2004. Rev. Temas Estadísticos de Salud. [serie en Internet]. 2014; 1(1):[aprox. 3 p.].
28. Edgar Ivan Ortiz Lizcano M, José de Jesús Montoya Romero. Flasog climaterio y menopausia, ciudad de México, edición y farmacia, pág.: 4; 2016.
29. Organización Mundial de la Salud. Depresión, 2017 Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
30. Enciclopedia de la salud, 2016. recuperado de: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/estado-de-animo>.
31. Aguirre Wellington. Consenso ecuatoriano de climaterio y menopausia, quito ecuador. 1ra edición: 2012, pág. 10-11 capítulo 2.

32. Romeu, A. & Juliá, M). Fisiología de la Menopausia. En J. Sánchez- Cánovas (Coord.), Menopausia y Salud. Barcelona: Ariel.,2016
33. OMS. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: Informe de un grupo científico de la OMS., 2011: Ginebra: OMS (Serie de informes técnicos nº 866).
34. Carnicer, C., Castro, O. P. & Paublete, M.C. Aspectos básicos de la fisiología del climaterio. Psiquiatria.com: Interpsiquis 2013.
35. Dorland, M; van Kooij, RJ; te Velde, ER. General ageing and ovarian ageing. Maturitas.2014; 30: 113-8.
36. Bernardi, F; Petraglia, F; Seppala, M et al. Somatotropic axis and body weight in premenopausal and post-menopausal women: evidence for a neuroendocrine derangement, in absence of changes of insulin-like growth factor binding protein concentrations. Hum Reprod.2013; 13: 279-84.
37. Simpson, ER; Clyne, C; Rubin, G; Boon, WC; Robertson, K; Britt, K; Speed, C; Jones, M. Aromatase-A brief overview. Annu Rev Physiol.2012; 64: 93-127.
38. Kaczmarek, A; Reczuch, K; Majda, J; Banasiak, W; Ponikowski, P. The association of lower testosterone level with coronary artery disease in postmenopausal women. Int J Cardiol. 2013; 87(1): 53-7.
39. Kajita, K; Ishizuka, T; Miura, A; Ishizawa, M; Kanoh, Y; Kawai, Y; Natsume, Y; Yasuda, Y. Dehydroepiandrosterone down-regulates the expression of peroxisome proliferators activated receptor γ in adipocytes. Endocrinology.2013; 144: 253-59.
40. Menopausia. Silvia Chacón Alves, Licenciada en Medicina por la Universidad de Alcalá de Henares, 2013. www.webconsultas.com/menopausia/sintomas-y-diagnostico-de-la-meno.
41. C. María Isabel Capote Bueno MCAMSPCOGZ. Climaterio y Menopausia. 2011; 27(4).
42. Salvador J. Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. 2012; 54.
43. De Bruin JP BHVNP. The role of genetic factors in age at natural menopause. Human Reproduction. 2013.

44. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: A detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*. 2012;15:542-51. DOI:10.3109/13697137.2012.658462.
45. Brantes S, Porcil A, Vanhauwaert P, Parra M, Blümel JE (2014, January). Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (aps). Programa Nacional Salud de la Mujer. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Diciembre 18, 2017.
46. Menopausia. Silvia Chacón Alves, Licenciada en Medicina por la Universidad de Alcalá de Henares, 2014. www.webconsultas.com/menopausia/sintomas-y-diagnostico-de-la-meno.
47. Nutr Hosp. Obesidad y menopausia I. Pavón de Paz, C. Alameda Hernando y J. Olivar Roldán. *Nutr Hosp*. 2016;21(6):633-637 ISSN 0212-1611 CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.
48. Social IMdS. Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia. 2013.
49. Rocío O. Actualización en el Manejo de la Menopausia. 2011
50. Iberoamericano SEdMdFyCyCC. Guía de Práctica Clínica Menopausia Postmenopausia, 2014.
51. Alfaro MdL. Manejo de los Síntomas Climatéricos, Basado en la Evidencia. 2013; 54.
52. Hernández DBH, Botell. DML. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. 2007; 33.
53. Rondón MB. Aspectos sociales y emocionales del climaterio: Evaluación y manejo. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2014; 54: p. 99-107.
54. Payá Drrzdeb. Aspectos Psicológicos Del Climaterio. 2013.
55. Carvajal DSD. Climaterio. 2010.
56. Instituto de la Mujer. (1999). La Menopausia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo (Serie Salud, nº5).

57. Rojas Cabana As. Prácticas de autocuidado que realizan mujeres premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro del Sauce Alto. Lima. Perú. [Monografía en Internet]. 2014.
58. OMS. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra, 2014.
59. Palacios, S. & Menéndez, C. Guía de la Menopausia. Madrid: Pirámide, 2013.
60. Berrocal-Kasay A. La mujer en la menopausia: El problema de la osteoporosis. 2008;(54).
61. Berrocal-Kasay A. La mujer en la menopausia: El problema de la osteoporosis. 2015;(54).
62. Salvador, J. Climaterio y menopausia: epidemiología fisiopatología. Rev. Per GinecolObstet. 2008; 54:61-78 (2014). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a03v54n2.pdf.
63. Elías Álvarez-García Alm. Estudio Bioquímico De La Menopausia Y La Perimenopausia. 2013.
64. Aedo S, Cavada G, Blümel JE, Chedraui P, Fica J, Bariga P, et al. (2015). Women's Health Initiative estrogen plus progestin clinical trial: a study that does not allow establishing relevant clinical risks. Menopause. 2015;22:1317-22.
65. North American Menopause Society. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2004;11:11-33.
66. Comarca IFDL. Síntomas Vasomotores de la Menopausia. 2015; 13(4)
67. Cristina Larroy SGLL. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA 75 SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LA MENOPAUSIA. 2014; 22
68. Cordón Gutiérrez R MRA. <http://www.cofaran.es/oro9596/tema4-2.html>. [Online].; 2013. 43. Flores
69. Cummings SR, Eckert S, Krueger KA et al. The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: results from the more randomized trial. Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation. Jama 2014;281:2189-219.
70. Néstor O. Siseles DCPLLMC. Impacto de la Menopausia sobre Calidad y Expectativa de Vida de la Mujer en la mediana, 2017.

XII. ANEXOS.

XII.1. Cronograma.

Variables	Tiempo: 2018	
Selección del tema	2018	Septiembre 2018
Búsqueda de referencias		Septiembre 2018
Elaboración del anteproyecto		Septiembre 2018
Sometimiento y aprobación del anteproyecto		Septiembre 2018
Ejecución de las encuestas		Septiembre 2018
Tabulación y análisis de la información		Octubre 2018
Redacción del informe		Octubre 2018
Revisión del informe		Octubre 2018
Encuadernación		Octubre 2018
Presentación		Noviembre 2018

XII.2. Instrumento de recolección de datos.

PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN PACIENTES MENOPÁUSICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA VILLEGAS, SAN CRISTOBAL, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2018.

Formulario_____

Fecha: / /

1. Edad menopausia: 45-50___ 51-60___ 61-65___ 66-69___ ≥70___
2. Procedencia: Urbano___ Rural___
3. Estado civil: Casado/a___ Soltero/a___ Unión libre___ Vuido/a___
4. Nivel académico: Analfabeto___ Primaria___ Secundaria___
Bachiller___ Universitario___ Profesional___ Técnico___
5. Hábitos tóxicos: Café___ Cigarrillo___ Drogas___ Alcohol___
Hooka___ Otros___
6. Antecedentes ginecobstétricos: Primigesta___ Multigesta___ Gran
multípara___ Ninguna___
7. Tipo menopausia: Espontánea___ Artificial___ Precoz___ Tardía___
8. Síntomas menopáusicos: Psicológicos___ Disforia___ Dismnesia___
Falta de concentración___ Pérdida de la libido___ Sofoco___
Insomnio___ Cefalea___ Palpitaciones___ Astenia___ Incremento
de peso corporal___ Atrofia vaginal___ Sequedad___ Prurito. ___
Vaginitis___ Dispareunia___ Urinarios___ Osteoporosis___
Cardiovasculares___ Cambios en la piel___
9. Comorbilidades: Diabetes mellitus___ Hipertensión arterial___ Enfermedad
cardiovascular___ Enfermedad hepática___ Incontinencia
urinaria___ Hemorragia uterina disfuncional___ Dislipidemia___
Osteoporosis___ Fracturas___ Cáncer___ Tiroides___
10. IMC: Bajo peso (< de 20 kg/m²)___ Normopeso (20-24.9 kg/m²)___
Sobrepeso (25-29.9 kg/m²)___ Obesidad___ Moderada (30-39.9
kg/m²)___ Obesidad severa (>40 kg/m²)___
11. Tiempo transcurrido de la menopausia: ≤ 5 años___ 6-9___ 10-14___ ≥

15_____

12. Vida sexual luego de la menopausia: Activa_____ Inactiva_____

13. Control asistencia médica: 1-4 veces al mes_____ 2-6 meses al año_____ 1 vez al año_____ 2-4 veces al año_____ ≥ 5 veces al año_____ ninguna_____

14. Diagnóstico: Examen físico_____ Ecografía_____ Mamografía_____ Densitometría_____ citología_____

15. Tratamiento: Ejercicio_____ Dieta sana_____ Calcio_____ Vitaminas_____ .Terapia de reemplazo hormonal_____

XII.3. Costos y recursos

1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personas que participaron en el estudio 			
2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	80.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	180.00
Lápices	2 unidades	5.00	10.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	3 unidades	10.00	30.00
Sacapuntas	2 unidades	5.00	10.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;			
20 GB H.D.;CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00
3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
4. Económicos*			
Papelería (copias)	1000 copias	1.00	1000.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción del anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Imprevistos			
Total			\$11,840.00