

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA MEDICINA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
MENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO
DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORES: ALVEAR OÑA JIMMY GONZALO

CALLE CEPEDA ANA ELIZABETH

Director Dr. Alexander Guerrero Espín

Director Metodológico: Mgs. Patricia Ortiz

Quito, 2015

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado a Dios, por bendecirnos y permitirnos llegar a culminar esta meta y el sueño tan anhelado de ser médicos.

A nuestros padres, quienes nos brindaron su apoyo incondicional, tanto moral y económico para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado de forjar un futuro mejor; por el gran ejemplo de vida, de lucha, por cuidarnos y amarnos. A nuestros hermanos y hermanas ya que sin ellos, jamás hubiésemos podido conseguir lo que hasta ahora.

A nuestros queridos formadores, en especial, Dr. Alexander Guerrero y Mgs. Patricia Ortiz, quienes nos guiaron en el desarrollo de este trabajo; por los conocimientos que nos brindaron, por su rectitud en su profesión como docentes y por sus consejos, que nos ayudaron a formar como personas, médicos e investigadores.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida en este camino, a quienes nos encantaría agradecerles por su amistad, apoyo, consejos, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de este recorrido. Algunas están aquí, a nuestro lado y otras en nuestros recuerdos y en nuestro corazón. Sin importar en donde estén, hoy queremos agradecerles por formar parte de nosotros, por los que nos dejaron y por sus bendiciones. Para todos ellos, gracias infinitas y que Dios los bendiga.

Jimmy – Anita

RESUMEN

Introducción: La menopausia, es un proceso fisiológico normal que sucede en la vida de toda mujer, por un periodo de amenorrea de 12 meses, sin estar embarazada y no presentar patología que provoque su ausencia. Representa una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica, trae consigo la pérdida de la capacidad reproductiva, afectando a todas las mujeres sanas. La menopausia, coincide con aspectos de la vida familiar como: jubilación, muerte de los padres, emancipación de los hijos y el fin de la vida fértil; lo cual genera en la mujer sentimientos de inseguridad, soledad e inutilidad. Muchas mujeres, asocian a la menopausia con la vejez; por lo que su llegada, junto con los cambios orgánicos, puede no ser fácilmente aceptados; sobre todo en una cultura como la nuestra en la cual se asocia juventud con belleza. Todos estos factores antes descritos, son factores que, de ser modificados, resultan con un cambio y mejoramiento en el estilo y la calidad de vida en esta etapa de la menopausia.

Objetivos: Determinar los factores de riesgo (ejercicio, dieta, estado civil, edad, IMC, instrucción, cigarrillo, alcohol, terapia hormonal) que influyen en modificar la calidad de vida en mujeres menopáusicas según la escala MRS.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo transversal. (Cross Sectional), realizado con 288 mujeres entre 42 y 65 años de edad, que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de los datos se realizó mediante encuestas, la asociación entre las variables de estudio y la calidad de vida por medio de análisis univariado y bivariado, utilizando el paquete estadístico SPSS 21

Resultados: El promedio de calidad de vida según la MRS fue 19.53 puntos, de esto: 7.72 correspondió al aspecto psicológico, 4.11 correspondió al aspecto urogenital y 7.7 correspondió al aspecto somático. Los factores en relación a la calidad de vida con mayor relevancia fueron: IMC (OR 2,48 P=0,03), Actividad física (OR 5,051 P=0,00),

Consumo de frutas (OR 4,85 P=0,01). El resto de factores como: Estado civil, Nivel de instrucción, Dieta (carbohidratos, proteínas, grasas, vegetales), Hábitos perniciosos, no tuvieron relevancia significativa.

Conclusiones: Las mujeres que participaron en el estudio presentaron mala calidad de vida en la menopausia. Los factores capaces de modificar la calidad de vida en las mujeres menopáusicas, como el IMC y la calidad de vida, presentan significancia estadística.

Factores como: el estado civil, el consumo de carbohidratos, proteínas, grasas, vegetales y alcohol, no mostraron significancia estadística.

Palabras clave: Escala MRS; calidad de vida; menopausia.

ABSTRACT

Introduction: Menopause is a normal physiological process that happens in the life of every woman, for a period of amenorrhea of 12 months, not pregnant and have no disease that causes his absence. Represents a stage adaptation and transition to a new biological situation entails loss of reproductive capacity, affecting all healthy women. Menopause coincides with aspects of family life such as retirement, death of parents, emancipation of children and the end of the reproductive life; which generates in women feelings of insecurity, loneliness and uselessness. Many women, menopause associated with aging; so its arrival along with organizational changes, can not be easily accepted; especially in a culture like ours in which youth is associated with beauty. All these factors described above are factors which, if modified, resulting in a change and improvement in the style and quality of life at this stage of menopause.

Objectives: To determine the factors (exercise, diet, marital status, age, BMI, education, smoking, alcohol, hormonal therapy) influencing change the quality of life in postmenopausal women according to the MRS scale.

Materials and methods: cross-sectional study. (Cross Sectional), conducted with 288 women between 42 and 65 years, who met the inclusion criteria. The data collection was conducted through surveys, the association between the study variables and quality of life through univariate and bivariate analysis using SPSS 21

Results: The average quality of life according to MRS was 19.53 points this: 7.72 corresponded to the psychological aspect, urogenital appearance corresponded to 4.11 and 7.7 corresponded to the somatic aspect. Factors relating to the quality of life with the most were: BMI (OR 2.48 P = 0.03), physical activity (OR 5.051 P = 0.00), fruit consumption (OR 4.85 P = 0 01). Other factors such as: Status, Level of education, diet

(carbohydrates, proteins, fats, vegetable), pernicious habits, had no significant relevance.

Conclusions: Women who participated in the study had poor quality of life in menopause. Factors that could change the quality of life in postmenopausal women, such as BMI and quality of life, have statistical significance.

Factors such as marital status, consumption of carbohydrates, proteins, fats, vegetables and alcohol, showed no statistical significance.

Keywords: Scale MRS; quality of life; menopause.

TABLA DE CONTENIDOS

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	5
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	7
2.1 MENOPAUSIA	7
2.1.1 DEFINICIÓN	7
2.1.2 ANATOMÍA.....	7
2.1.2.1 VAGINA	7
2.1.2.2 ÚTERO.....	9
2.1.2.3 TROMPAS UTERINAS.....	10
2.1.2.4 OVARIOS	11
2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA	12
2.1.4 FISIOPATOLOGÍA	13
2.1.5 CLÍNICA	14
2.1.5.1 SÍNTOMAS A CORTO PLAZO.....	15
2.1.5.2 SÍNTOMAS A MEDIANO PLAZO	18
2.1.5.3 SÍNTOMAS A LARGO PLAZO	21
2.1.6 DIAGNÓSTICO.....	23
2.1.7 TRATAMIENTO.....	24
2.1.7.1 INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA:	25
2.1.7.2 INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA:	26
2.1.8 CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA	37
3. CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	52
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	52
3.2 OBJETIVOS:	52
GENERAL	52
ESPECÍFICOS	52
3.3 HIPÓTESIS	52
3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	53
3.5 UNIVERSO Y MUESTRA.....	55
3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	56
3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	57
3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	57
3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS	58
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS	59
4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	59
4.1.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	59
4.1.2 FACTORES DE RIESGO	59
4.2 ANÁLISIS BIVARIADO	61
4.2.1 RELACIÓN ENTRE IMC Y CALIDAD DE VIDA	61
4.2.2 RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA	62
4.2.4 RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y CALIDAD DE VIDA	63
4.2.5 RELACIÓN ENTRE DIETA/ALIMENTACIÓN Y CALIDAD DE VIDA	64
4.2.6 RELACIÓN ENTRE HÁBITOS Y CALIDAD DE VIDA.....	66
5. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	68
6. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
6.1 CONCLUSIONES	72
6.2 RECOMENDACIONES	73

7. BIBLIOGRAFÍA.....	74
8. ANEXOS.....	77
8.1 ANEXO I: ESCALA MRS	77
8.2 ANEXO II: ESCALA PARA MEDIR ACTIVIDAD FÍSICA	78
8.3 ANEXO III	79
8.4 ANEXO IV: ENCUESTA	80
9. TABLAS	
<i>TABLA 1: ACTIVIDAD FÍSICA</i>	<i>59</i>
<i>TABLA 2: CONSUMO DE ALIMENTOS.....</i>	<i>60</i>
<i>TABLA 3: CONSUMO DE CIGARRILLO.....</i>	<i>60</i>
<i>TABLA 4: USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL</i>	<i>61</i>
<i>TABLA 5: RESULTADOS CALIDAD DE VIDA</i>	<i>61</i>
<i>TABLA 6: ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA</i>	<i>62</i>
<i>TABLA 7: ESTADO CIVIL Y CALIDAD DE VIDA.....</i>	<i>62</i>
<i>TABLA 8: INSTRUCCIÓN Y CALIDAD DE VIDA.....</i>	<i>63</i>
<i>TABLA 9: ACTIVIDAD FISICA Y CALIDAD DE VIDA</i>	<i>63</i>
<i>TABLA 10: CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y CALIDAD DE VIDA</i>	<i>64</i>
<i>TABLA 11: CONSUMO DE PROTEINAS Y CALIDAD DE VIDA.....</i>	<i>64</i>
<i>TABLA 12: CONSUMO DE FRUTAS Y CALIDAD DE VIDA</i>	<i>65</i>
<i>TABLA 13: CONSUMO DE VEGETALES Y CALIDAD DE VIDA.....</i>	<i>66</i>
<i>TABLA 14: CONSUMO DE CIGARRILLO Y CALIDAD DE VIDA.....</i>	<i>67</i>
<i>TABLA 15: CONSUMO DE ALCOHOL Y CALIDAD DE VIDA.....</i>	<i>67</i>

ABREVIATURAS

ONU: Organización de las Naciones Unidas

TRH: Terapia de reemplazo hormonal

TH: Terapia hormonal

OMS: Organización Mundial de la Salud

SWAN: Woman's Health Across the Nation

ECV: Enfermedad Cerebrovascular

WHI: Women's Health initiative

TEP: Tromboembolia pulmonar

NAMS: North American Menopause Society

LISA: Livial International Study in Sexual Arousal Disorders

LIFT: Long-Term Intervention on Fractures with Tibolone

OPAL: Osteoporosis Prevention and Arterial effects of Tibolone

THEBES: Tibolone Histology of Endometrium and Breast Endpoints Study

GPRD: General Practice Research Database

MORE: Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation

CORE: Continued Outcomes Relevant to Evista

FIT: Fracture Intervention Trial

HERS: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study

MENQOL: Menopause Quality Of Life

WHO: Women Health Questionnaire

NIH: National Institute of Health

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

La menopausia, es un proceso fisiológico normal que sucede en la vida de toda mujer en la cual; debido al cese de la actividad folicular ovárica, deja de menstruar durante un año sin estar embarazada y sin una patología que provoque su ausencia.

Con el aumento de la esperanza de vida (1) (2), se estima que las mujeres vivirán un tercio de sus vidas después de la menopausia en estado de deficiencia de estrógenos. (1)

En los años 90 había sobre la tierra 400 millones de mujeres que pasaban los 50 años.

La organización de las Naciones Unidas (ONU), indica que al final del siglo XX había más de 750 millones de mujeres con más de 45 años en el mundo. (1)

En las sociedades latinoamericanas, también se ha acelerado el cambio poblacional. En el Ecuador en los años 80, la esperanza de vida en mujeres era de 65 años, en la actualidad es de 79 años. (2)

Este aumento de la esperanza de vida, requerirá una mayor atención de los servicios de salud e investigación, para que estén preparados para atender, en el aspecto biopsicosocial, las nuevas necesidades que tienen las mujeres del cuidado de la salud en la menopausia y postmenopausia. (1)

La menopausia, representa una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica en la vida de toda mujer. Es una etapa cuya instauración es progresiva y trae consigo la pérdida de la capacidad reproductiva, afectando a todas las mujeres sanas, no asociándose con la génesis directa de ninguna noxa, no existiendo ninguna base científica que permita considerarla como una entidad patológica (3).

En occidente, existe la concepción de la menopausia como enfermedad y se tiende a medicalizar este proceso; con un aumento de consultas mayormente sobre síntomas físicos y menos los psicológicos y sociales. (4)

La menopausia, por su parte; no debe ser sinónimo de deterioro, de agotamiento, de envejecimiento. Por el contrario, debe ser vista como una pausa en la vida de cada mujer para reflexionar sobre el quehacer como mujeres, madres o profesionales. Y constituye una etapa de transición social, a veces difícil o dolorosa, pero también de apertura y oportunidades en distintos ámbitos. Sin embargo; esta trae consigo una sintomatología específica que interfiere en la calidad de vida de la mujer, este concepto durante esta etapa de la vida abarca numerosas facetas de la vida que incluyen además de la salud: una perspectiva psíquica y sociológica, con un alto componente subjetivo (3).

El deterioro de la función muscular, es uno de los factores que influyen en el estado funcional y la independencia de las personas a medida que avanza la edad. Entre los 50 y los 70 años se produce una atrofia muscular progresiva, que afecta especialmente a las fibras tipo II, y una reducción de la activación nerviosa debida a la reducción del número de unidades motoras reclutadas y al aumento de su tamaño. (5)

Mientras el sedentarismo y la inactividad física, pueden conducir a situaciones de enfermedad; la práctica regular de ejercicios físicos es una estrategia más eficaz en la prevención de enfermedades cardiovasculares y un factor importante en la prevención de patologías crónicas del propio individuo. (1)

Existen mecanismos biológicos verosímiles por los cuales el ejercicio físico podría disminuir los síntomas vasomotores y otros síntomas menopáusicos. Se ha formulado la hipótesis que las concentraciones de endorfina en el hipotálamo disminuyen cuando se reduce la producción de estrógeno, y mejora la liberación de norepinefrina y serotonina.

El ejercicio puede tener un efecto similar a la TRH en cuanto al alivio de los síntomas vasomotores al aumentar la producción de endorfina beta en el hipotálamo y periférica.

(6)

Una mujer postmenopáusica, independientemente de su característica funcional, responderá favorablemente a la actividad física. Se ha demostrado que en un periodo de seis meses de realizar actividad física, existe disminución de los síntomas vasomotores, y además prevención de enfermedades cardíacas y metabólicas. (7)

El factor cultural influye al modificar la calidad de vida en mujeres menopáusicas. Se ha visto que la cultura de un pueblo le atribuye un significado a la realidad y transforma un evento biológico en uno cultural. (8) En algunas sociedades avanzadas, la actitud hacia la menopausia es negativa; porque se la equipara con la pérdida de la belleza y la autoestima y se deteriora a medida que se aproxima el momento de dejar de menstruar.

(8)

Las mujeres que han logrado elaborar metas personales propias, en función de su avance profesional o académico, o que pertenecen a algún grupo político, voluntario, religioso o amical que proporcione identidad y gratificación, pueden empezar a ser protagonistas de su propia vida (8), siendo el nivel académico otro factor influyente en modificar la calidad de vida y la perspectiva que tienen sobre la vida en esta etapa.

La manifestación de estos síntomas característicos con la menopausia, tiene un gran impacto en las actividades normales de la mujer. Las mujeres postmenopáusicas tienen de 2.6 a 3.5 veces más frecuentes problemas para dormir que las premenopáusicas. Existe una correlación muy alta entre los bochornos y los problemas en el sueño. Un sueño no reparador e inadecuado tiene consecuencias, si la causa es la sudoración nocturna y los bochornos, afectan el estado de alerta durante el día, hay menor actividad

mental, disminución de la productividad, cansancio, irritabilidad, lo que puede afectar las relaciones familiares y sociales. (9)

De acuerdo a estudios como: “Isometric Strength Changes In Postmenopausal Women After Training In Water” realizado por Carrasco Poyatos y Col., se comprueba que el ejercicio en el medio acuático tiene un papel moderador en el deterioro funcional en una mujer menopáusica, favoreciendo una mejor capacidad funcional, salud y calidad de vida. Otro estudio que apoya estos factores como modificantes de la calidad de vida es: “Beneficio del ejercicio aeróbico sobre los síntomas vasomotores de pacientes postmenopáusicas” de Napoleón Paredes Pérez, que concluye en que los síntomas vasomotores en la menopausia y postmenopausia pueden reducirse gracias al ejercicio aeróbico y una buena calidad de vida.

La menopausia, coincide con aspectos de la vida familiar como: la jubilación, la muerte de los padres, la emancipación de los hijos y el fin de la vida fértil; lo cual genera en la mujer sentimientos de inseguridad, soledad e inutilidad. Muchas mujeres, asocian a la menopausia con la vejez; por lo que su llegada, junto con los cambios orgánicos, puede no ser fácilmente aceptados; sobre todo en una cultura como la nuestra en la cual se asocia juventud con belleza. Todos estos factores antes descritos, son factores que, de ser modificados, resultan con un cambio y mejoramiento en el estilo y la calidad de vida en esta etapa de la menopausia.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida y al creciente número de mujeres en edad menopáusica, se tiene la necesidad de implementar una estrategia que ayude a mejorar su calidad de vida, de una forma saludable y económica.

Se ha descrito que, existen factores que modifican la calidad de vida en las mujeres tales como: el ejercicio físico, alimentación e incluso el estado civil, que pueden disminuir los síntomas vasomotores y demás síntomas relacionados con la menopausia. De esta manera, es importante considerar el efecto que estos tienen en cuanto al estilo de vida de la mujer en esta etapa de su vida.

Si se demuestra que existen factores modificables del estilo de vida, cuyo resultado es efectivo en mejorar la calidad de vida en las pacientes menopáusicas de manera considerable, podrían constituir un tratamiento aceptable, no farmacológico y de bajo costo para los síntomas menopáusicos y una alternativa a la terapia de restitución hormonal. Factores como el ejercicio en la mujer menopáusica, que pueden tener a su vez, beneficios tanto físicos como mentales adicionales (por ejemplo mejorar la salud ósea, reducir el riesgo cardiovascular y los síntomas de la depresión), o la alimentación, que ayudan a mantener un estilo de vida saludable, ayudarían a mejorar la calidad de vida de mujeres en edad menopáusica de una forma sencilla y económica; por lo cual es importante el desarrollo de esta investigación.

De forma general, el conocimiento de los elementos esenciales del climaterio y la menopausia, permite mirar con optimismo el futuro de las mujeres climatéricas y confiar en que durante la menopausia es posible mantener una buena calidad de vida.

Para esto, es imprescindible seguir las pautas orientadas al control de los factores de riesgo, que pueden llegar a desencadenar trastornos importantes: realizar ejercicios físicos, suprimir hábitos tóxicos, controlar la obesidad, evitar la hipertensión arterial, controlar el colesterol y los factores de riesgo para la osteoporosis, que de una forma sencilla y económica permitirán llevar mejores estándares en la calidad de vida en las mujeres menopáusicas.

2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 MENOPAUSIA

2.1.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la Menopausia natural como el cese permanente de la menstruación, que resulta de la disminución o depleción de la actividad ovárica folicular. La menopausia natural, se reconoce, una vez que han transcurrido doce meses consecutivos de amenorrea desde la última menstruación, sin que existan causas fisiológicas o patológicas. La menopausia, es un evento, que sólo puede identificarse en forma retrospectiva, una vez que han transcurrido doce meses tras el último sangrado endometrial.

2.1.2 ANATOMÍA

Los órganos reproductivos femeninos se encuentran ubicados en la pelvis, entre la vejiga y el recto. Entre los órganos genitales femeninos se encuentran:

1. Vagina
2. Útero
3. Trompas de Falopio
4. Ovarios

2.1.2.1 VAGINA

La vagina, es un tubo musculomembranoso (de 7 a 9 cm de longitud) que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo de la vagina, hendidura entre los labios menores. (10)

La vagina:

- Sirve de conducto excretor del flujo menstrual
- Recibe el pene y el material eyaculado durante el coito
- Constituye la porción inferior del conducto pélvico
- Se encuentra colapsada, por lo que sus paredes anterior y posterior contactan, salvo por el extremo superior, donde el cuello los separa.

Irrigación arterial de la vagina: Las arterias que irrigan la parte superior de la vagina proceden de las arterias uterinas.

Las arterias vaginales, que nutren las porciones media e inferior de la vagina, provienen de la arteria rectal media y de la pudenda interna. (10)

Drenaje venoso y linfático de la vagina: Las venas vaginales, crean plexos venosos vaginales a los lados de la vagina y dentro de la mucosa vaginal. Estas venas, se continúan con el plexo venoso uterino, en forma de plexo venoso uterovaginal, que desemboca en las venas ilíacas internas a través de la vena uterina. (10)

- Los vasos linfáticos vaginales drenan a distintos ganglios según las partes de la vagina:
- La parte superior, desemboca en los ganglios ilíacos internos y externos.
- La parte media, en los ganglios ilíacos internos.
- La parte inferior, en los ganglios sacros e ilíacos comunes, así como en los ganglios inguinales superficiales.

Inervación de la vagina: Casi toda la vagina recibe inervación visceral. Los nervios de esta porción de la vagina nacen en el plexo uterovaginal. Las fibras simpáticas, parasimpáticas y aferentes viscerales pasan a través de este plexo. (10) La inervación simpática, nace en los segmentos torácicos inferiores y pasa a través de los nervios esplánquicos lumbares y de los plexos intermesentérico/hipogástrico.

La inervación parasimpática, se origina en los segmentos medulares S2 a S4 y atraviesa los nervios esplácnicos de la pelvis, hasta llegar al plexo hipogástrico inferior/uterovaginal. La parte inferior, recibe inervación somática proveniente del nervio pudendo.

2.1.2.2 ÚTERO

El útero, una víscera muscular hueca, de forma de pera, se sitúa en la pelvis menor. El cuerpo, se apoya en la parte superior de la vejiga urinaria y el cuello del útero se sitúa entre la vejiga urinaria y el recto. (10)

Aunque el tamaño varía mucho, el útero mide cerca de 7,5cm de longitud, 5 cm de ancho y 2 cm de grosor y pesa unos 90 gramos.

La pared del cuerpo del útero se compone de tres capas:

- El perimetrio: Es la cubierta serosa externa. Consta de peritoneo reforzado con una fina capa de tejido conjuntivo.
- El miometrio, la cubierta muscular media, se distiende mucho ; las ramas principales de los vasos sanguíneos y nervios del útero se localizan en el miometrio.
- El endometrio, la cubierta mucosa interna, es rico en tejido conjuntivo y se encuentra altamente vascularizado. Su función principal es la de alojar el cigoto o blastocisto después de la fecundación y permite su implantación.

Irrigación arterial del útero: La irrigación sanguínea del útero, proviene en particular, de las arterias uterinas, con un pequeño complemento de las arterias ováricas.

Drenaje venoso y linfático del útero: Las venas uterinas, entran en los ligamentos anchos con las arterias y forman un plexo venoso uterino a cada lado del cuello del útero.

Las venas del plexo uterino, drenan a las venas iliacas internas. Los vasos linfáticos del útero siguen tres grandes vías:

- La mayoría de los vasos del fondo, pasan a los ganglios lumbares, pero algunos lo hacen a los ganglios ilíacos externos o discurren por el ligamento redondo del útero hasta los ganglios inguinales superficiales.
- Los vasos del cuerpo uterino, pasan dentro del ligamento ancho hasta los ganglios iliacos externos.
- Los vasos del cuello uterino, pasan hasta los ganglios iliacos internos y sacros.

Inervación del útero: Los nervios, derivan del plexo uterovaginal, que viaja con la arteria uterina, en la unión de la base del ligamento ancho peritoneal y de la porción superior del ligamento transversal fascial del cuello uterino. Las fibras simpáticas, parasimpáticas y aferentes viscerales atraviesan este plexo. La inervación simpática, se origina en los segmentos torácicos inferiores de la medula espinal y la parasimpática nace en los segmentos S2 a S4 y atraviesa los nervios espláncnicos de la pelvis hasta el plexo hipogástrico inferior / uterovaginal. (10)

2.1.2.3 TROMPAS UTERINAS

Las trompas uterinas, se extienden lateralmente desde los cuernos uterinos y se abren en la cavidad peritoneal cerca de los ovarios. Miden 10cm de longitud y se encuentran en el mesosálpinx formado por los bordes libres de los ligamentos anchos.

Se dividen en cuatro porciones:

- El Infundíbulo, es el extremo distal, con forma de embudo, que se abre en la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal; las prolongaciones digitiformes del extremo fimbriado se denominan fimbrias.

- La ampolla, es la porción más ancha y larga, comienza en el extremo medial del infundíbulo; los ovocitos expulsados del ovario suelen fecundarse en la ampolla.
- El istmo, una porción de paredes gruesas, penetra en el cuerno uterino.
- La parte uterina, es un segmento intramural corto que atraviesa la pared del útero y se abre a la cavidad uterina a través del orificio uterino.

Irrigación arterial de las trompas uterinas: Las ramas tubáricas nacen como ramas terminales anastomóticas de las arterias uterinas y ováricas.

Drenaje venoso y linfático: Las venas tubáricas, drenan en las venas ováricas y en el plexo venoso uterino. Los vasos linfáticos drenan en los ganglios lumbares.

Inervación de las trompas uterinas: La inervación proviene, en parte, del plexo ovárico y, en parte, del plexo uterino. Las fibras aferentes, ascienden por el plexo ovárico y los nervios espláncnicos lumbares hasta los cuerpos celulares de los ganglios espinales T11 a L1. (10)

2.1.2.4 OVARIOS

Son glándulas, con forma de almendras, situadas cerca de las paredes laterales de la pelvis y suspendidas por el mesovario del ligamento ancho.

Irrigación arterial de los ovarios: Las arterias ováricas, se originan en la aorta abdominal y descienden a lo largo de la pared posterior del abdomen. La arteria ovárica, se bifurca en las ramas ovárica y tubárica que atraviesan el mesovario y se dirigen hacia el ovario.

Drenaje venoso y linfático de los ovarios: Las venas que drenan el ovario, forman un plexo pampiniforme en el ligamento ancho.

Las venas del plexo, se unen para formar la vena ovárica única, que abandona la pelvis menor con la arteria ovárica. La vena ovárica derecha, asciende hasta desembocar en la vena cava inferior; mientras que la izquierda, drena en la vena renal izquierda.

Los vasos linfáticos, siguen a los vasos sanguíneos ováricos y se unen a los de las trompas uterinas y el fondo de útero en su ascenso hasta los ganglios lumbares.

Inervación de los ovarios: Los nervios, descienden a lo largo de los vasos ováricos del plexo ovárico que se comunica con el plexo uterino. Las fibras parasimpáticas del plexo, derivan de los nervios vagos. Las fibras aferentes del ovario, penetran en la médula a través del nervio T10. (10)

2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

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.

(11) 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. (11)

En los EE UU, más de 30% de la población femenina es posmenopáusicas; con el tiempo, este porcentaje deberá incrementarse. En Europa, se estima que 12,3% de habitantes tiene más de 64 años (12)

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 (2).

Considerando estos datos, se puede deducir que una mujer podría pasar un tercio de su vida en la etapa de postmenopausia. Es importante también recalcar, el hecho que durante esta etapa de su vida se presenta un dramático aumento en la morbilidad relacionada con aspectos propios de la edad.

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% de la vida de la población femenina. (12)

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. (13)

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. (14)

2.1.4 FISIOPATOLOGÍA

La menopausia espontánea o natural, resulta como consecuencia de la atresia del folículo, de tal manera que, no existen folículos ováricos que reaccionen frente a las gonadotropinas; es de esta manera que, el ovario pierde su función cíclica, la ovulación desaparece y se termina la etapa reproductiva de la mujer. (12)

El factor que determina la edad de aparición de la menopausia, es el número de folículos presentes en el ovario. La disminución de éstos, es un fenómeno que ocurre desde la vida intrauterina, fecha en la cual el número de folículos es máximo.

Después de los 30 años, esta disminución se puede asociar a un decremento en el potencial reproductivo femenino. Es en este momento en que, los niveles de estradiol son muy bajos, se produce un aumento significativo de la FSH, en menor medida de la LH, de tal manera que el cociente FSH/LH se invierte y es > 1 . Un resultado de FSH superior a 40 UI/L es compatible con la interrupción completa de la función ovárica.

La cantidad de estrógenos secretados por los ovarios, luego de la menopausia, es insignificante; sin embargo, las mujeres siguen presentando concentraciones perceptibles de estradiol y estrona. (12)

El estrógeno de mayor importancia en la menopausia es la estrona. Ésta se produce por la conversión periférica de la androstenediona (que se produce en la corteza suprarrenal y en el ovario), la cual, se aromatiza a estrógenos; principalmente en el tejido adiposo. (15).

La estrona, como terapia, puede ser capaz de mantener la piel, el tejido óseo, la vagina y en algunos casos reducir la incidencia de bochornos.

Si bien, el estrógeno, de cierto modo presenta beneficios en el manejo; sin embargo, al no existir oposición de progestágenos (por la falta de ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo), puede aumentar el riesgo de padecer hiperplasia y cáncer de endometrio. (12)

Relacionado con los andrógenos, antes de la menopausia, el ovario produce cerca de 50% de la androstediona y 25% de la testosterona circulante. Después de la menopausia, la producción total de andrógenos se ve disminuida, sobre todo por la caída de la producción ovárica. Por otro lado, también se ve disminuida la producción en la glándula suprarrenal. Aun cuando en la mujer posmenopáusica, se producen menos andrógenos; ellos se vuelven más activos, debido a la falta de oposición de los estrógenos (12).

2.1.5 CLÍNICA

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. (16)

Se considera, que aproximadamente el 85% de mujeres que se encuentran cursando esta etapa presentan diferentes síntomas, de las cuales el 20% acuden a consulta ginecológica. (17) Esto motivo la realización de estudios longitudinales, de los resultados obtenidos se logro agrupar ciertos síntomas, los cuales están asociados con la transición a la menopausia:

- Corto plazo: Vasomotores, Psicológicos
- Mediano plazo: Vaginales (Atrofia vaginal), Urológicos
- Largo plazo: Osteoporosis, Cardiovasculares. (18)

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. (19)

2.1.5.1 SÍNTOMAS A CORTO PLAZO

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. (16) (19).

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. (20)

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. (17) (18) La duración de los síntomas vasomotores oscila entre 6 meses y 5 años, aunque algunas mujeres refieren mayor tiempo en la duración de sus síntomas.

(19). Se suelen presentar en el comienzo de la peri menopausia y van desapareciendo de forma gradual con los años (18).

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. (21) (22)

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

- Ausencia de estrógenos o de sus metabolitos, lo que podría alterar el funcionamiento normal del centro termorregulador del hipotálamo.
- Descenso pronunciado de los estrógenos plasmáticos, lo que indicaría mayor intensidad de los síntomas. (16) (19)

Durante la transición a la menopausia tardía, la prevalencia de los síntomas es máxima, aproximadamente ocurre en un 65% de mujeres y en la mayoría de ellas es un síntoma transitorio. Se estima que la condición mejora dentro de unos meses, en un 30% a 50% de mujeres y que la misma se resuelve en un 85% a 90% en un periodo de 4-5 años.

Aproximadamente de un 10 a 15% de las mujeres, siguen teniendo sofocos muchos años después de la menopausia y no se conocen las razones por las cuales sucede este fenómeno. (18) (19) Si los sofocos y sudoraciones se presentan durante la noche, pueden provocar alteraciones del sueño los cuales se acompañan de: fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y falta de memoria. (19)

Psicológicos: Durante la etapa de la menopausia, en la cual se entiende que llego 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:

- Los retos de la adultez mayor
- Las pérdidas fisiológicas
- 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. (9)

Estos trastornos van a afectar al 25 y 50% de las mujeres menopáusicas. Afecta de forma primordial al período de peri menopausia. (23)

Se ha evidenciado, que el déficit de estrógenos al igual que las alteraciones estro-progestativas que ocurre en la peri menopausia van a producir, per se:

- Trastornos psicológicos:
 - Disforia (tristeza e irritabilidad alternas)
 - Dismnesia (dificultad para recordar sucesos recientes)
 - Falta de concentración
 - Pérdida de la libido
- Alteraciones psíquicas:
 - Sofocos
 - Insomnio
 - Palpitaciones (que va a generar ansiedad)
 - Astenia
 - Incremento de peso corporal: La mujer ve afectado su estado emocional al interpretar que su belleza ha disminuido considerablemente. (24)

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. (24)

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. (9)

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. (9)

2.1.5.2 SÍNTOMAS A MEDIANO PLAZO

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 (16). Esto desencadena los síntomas característicos como son: disminución de la lubricación, prurito, sequedad vaginal y dispareunia. (18)

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. (21)

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. (20)

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. (17)

Estos síntomas, se manifiestan aproximadamente en un 30% de las mujeres durante la postmenopausia temprana y llega al 47% en el último período posmenopáusic. (18)

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. (18) (9)

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.

Como se mencionó el pH vaginal se eleva entre 6.0 y 7.0 lo que produce disminución de la protección contra infecciones vaginales y urinarias. (25)

En la atrofia vaginal los síntomas incluyen:

- Sequedad
- Prurito
- Vaginitis
- Dispareunia

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

- 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.

- Existe aumento progresivo de la sequedad vaginal, se considera que aumenta: de 3% en la pre menopausia a 4% en la fase temprana de la etapa de transición a la menopausia, a 21% en la etapa tardía y hasta 47% a los tres años de postmenopausia. (24) (9)

Los cambios atróficos de la vagina y vulva, combinados con la sequedad vaginal, hacen que la relación sexual sea una experiencia dolorosa y en ocasiones traumática, repercutiendo en la calidad de vida de la mujer y en su relación de pareja si no recibe el tratamiento adecuado. (25)

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. (25)

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. (19)

El déficit de estrógenos, influye en la pérdida de colágeno tisular a nivel de la uretra y trigono vesical, lo que explica los síntomas como: micción imperiosa y polaquiuria, existen otros factores que exacerban esa sintomatología como: paridad, traumatismos del parto, prolapso uterino, etc. (25)

Existe controversia entre la asociación de incontinencia urinaria y disminución de los estrógenos, se han realizado diversos estudios los cuales indican que, en la postmenopausia existe aumento de la incontinencia de urgencia y mixta (de urgencia y de esfuerzo) y una disminución de la incontinencia de esfuerzo. (19)

2.1.5.3 SÍNTOMAS A LARGO PLAZO

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

- Estimular la formación de osteoblastos por medio del TGF- β (Factor de crecimiento tumoral beta)
- Inhiben las citoquinas reclutadoras de osteoclastos (IL-1, IL-6, TNF α y GM-CSF, RANKL)
- Contrarrestan los mecanismos de resorción ósea y la movilización del calcio inducida por PTH.
- La progesterona estimula a los osteoblastos a depositar matriz mineralizada. (26)

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. (27) La relación de afectación mujer: hombre oscila de 8:1. (9)

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

- A los 30 años, la masa ósea total disminuye un 3% cada 10 años
- A los 50 años, la pérdida acelerada se da hasta alcanzar el 1-2% anual
- A los 75 años, se ha perdido 25% de hueso cortical y mitad del trabecular. (27)

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

- Cantidad máxima de masa ósea que alcanzó durante su juventud (20 - 35 años)
- 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.
- 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, etc. (16)

Al existir disminución de la resistencia del hueso, se produce: incremento de la fragilidad y aumento de la susceptibilidad de fractura, sobre todo de cadera, seguida por la de vertebras y antebrazo. Por lo que la incidencia de la fractura de cadera aumenta con la edad. Se debe señalar que, la fractura de cadera es la complicación más severa de la osteoporosis, que conlleva a una alta mortalidad y discapacidad. (25)

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

- Masa ósea normal: mujeres con densidad mineral ósea normal y T – Score < 1DE respecto al pico máximo de hueso
- 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.
- Osteoporosis: T – Score es < 2.5DE. Se considera osteoporosis establecida, cuando la mujer refiere fracturas osteoporóticas previas. (27)

Cardiovasculares: 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. (20)

En nuestra región, la enfermedad coronaria es la que ocasiona un mayor número de muertes en un 31%, siendo mayor en hombres con un 40%, que en mujeres con un 24%. A diferencia, la mortalidad por enfermedad cerebrovascular es más frecuente en mujeres con un 31% y 26% en varones. (19)

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. (19) (26)

2.1.6 DIAGNÓSTICO

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

- 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.
- Examen físico con énfasis en: Presión Arterial, IMC, circunferencia abdominal, alteraciones mamarias, signos de ECV, osteoporosis, atrofia urogenital e incontinencia urinaria, etc.

- 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. (26)

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. (16)

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. (28)

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). (28)

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. (22)

2.1.7 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. (28)

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

- 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.
- Intervención farmacológica: Terapia hormonal sustitutiva. (26)

2.1.7.1 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:

- Estilos de vida saludable: abandono de tabaco y alcohol
- 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.

- 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 metaanálisis, se ha demostrado el aumento de densidad mineral ósea en columna lumbar, cadera y cuello femoral.

- Fomentar redes de apoyo: para tener una vida familiar, sexual y socialmente satisfactoria.
- 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.
- Prevención y control de enfermedades crónicas, actuando sobre los factores de riesgo.
- Diagnostico precoz de cáncer de cérvix.
- Mamografía de cribado a los 50 años y se debe repetir cada 2 años.
- 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
- Determinación de colesterol total antes de los 45 años, luego se debe realizar cada 5 años hasta los 75 años. (17)

2.1.7.2 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. (18)

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. (21) (22)

Estudios observacionales, hasta el año 2002 le otorgaban beneficios al uso de terapia hormonal por lo que se extendió su uso indiscriminado. (18) 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:

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

Los riesgos del uso indiscriminado de la terapia hormonal mostrados por el estudio WHI, alarmaron a médicos como a pacientes, lo que trajo como consecuencia el derrumbamiento de la terapia hormonal hasta en el 90%.

Pero años más tarde, se demostró que no se pueden generalizar los riesgos, se recopiló información a través de revisiones del estudio WHI, meta-análisis de estudios observacionales y guías de manejo como la NAMS: North American Menopause Society, con lo que se llegó a la conclusión de que se debe tomar en consideración:

- **Primero:** En el estudio WHI, se incluyeron pacientes en edad promedio de 63 años, con algunos tratamientos iniciados hasta diez años después de la menopausia, y sólo se utilizó estrógenos conjugados orales y medroxiprogesterona oral.

- **Segundo:** Se demostró que el cociente beneficio/riesgo de la terapia hormonal:
 - Es mayor cuando se inicia tan pronto cuando sucede: falla ovárica prematura, la menopausia prematura, o la menopausia.
 - Disminuye con la edad de la paciente, se torna negativo a partir de los 60 años, cuando aparecen riesgos propios de esa edad.
- **Tercero:** Se ha demostrado que, en mujeres jóvenes la terapia hormonal es de utilidad para prevenir osteoporosis, disminuir la aparición de hipertensión arterial, diabetes II y de enfermedad cardiaca coronaria.
- **Cuarto:** Los riesgos, se relacionan con varios factores en los cuales la terapia hormonal está contraindicada, como: edad de inicio de la menopausia o la falla ovárica, tiempo de postmenopausia sin TH, tipo de hormonas, dosis, ruta de administración, tiempo de duración, enfermedades emergentes durante el tratamiento, riesgos basales de enfermedades para la edad. (21) (22) (9) (25) (28)

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, etc. (21) (22) (9)

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

- 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.

Se debe abandonar el uso de progestinas impuras como el acetato de medroxiprogesterona por sus efectos glucocorticoide y androgénico, de esta manera se favorece el uso de las progestinas puras como dienogest, drospirinona, dihidroprogesterona, o progesterona micronizada, ya que estas son bio-equivalentes pero con menos riesgos. (21) (28)

- Dosis: Se debe formular las dosis mínimas necesarias por día:
 - 17β estradiol trans-dérmico 14-25 µg
 - Estradiol oral 0,5 a 2 mg
 - Estrógenos conjugados entre 0,15 a 0,3 mg
 - Progesterona micronizada 50 a 100 mg
 - Drospirinona 0,5 a 2 mg
 - Medroxiprogesterona 1,5 a 5 mg (si no hay otra opción).
- Inicio y duración: Se debe iniciar lo más pronto, ante la sospecha de falla ovárica prematura o menopausia, de esta manera se aprovecha el endotelio normal, para utilizarlo como ventana de beneficios adicionales al tratamiento de los síntomas vasomotores.

Considerar dejar de forma continua la terapia, hasta completar la post menopausia temprana. Si se evidencia que los beneficios superan los riesgos, acorde a cada paciente, se puede considerar prolongarla hasta la post menopausia tardía, tomando en cuenta no pasar de los 60 años de edad, porque en esta etapa es cuando se elevan los riesgos basales de ECV y de CA-mamario (19) (20).

- Establecer de controles periódicos, acorde a cada paciente
- Recomendar estilos de vida saludable. (18)

Tibolona: Se encuentra en el grupo de alternativas a la terapia hormonal, para el tratamiento de los síntomas vasomotores en la postmenopausia temprana, se recomienda una dosis de 2,5 mg/día.

Se ha demostrado su utilidad en pacientes que presentan pérdida de la libido, resequeidad vaginal y trastornos del ánimo.

Múltiples estudios observacionales, revisiones sistemáticas, meta-análisis: LISA, LIFT, OPAL, THEBES, GPRD, LIFT, Millón de mujeres, entre otros han estudiado sus acciones y efectos colaterales los cuales han sido documentados:

- Efectiva para el tratamiento de síntomas vasomotores, resequeidad vaginal, pérdida de la libido, alteraciones del ánimo.
- Disminución significativa del riesgo de fracturas y aumento de la densidad mineral ósea.
- Antilipemiente, disminuye el riesgo coronario en la postmenopausia temprana, pero no en la tardía.
- Protector del endometrio produciendo atrofia, inicialmente puede producir ligeros sangrados.
- Actúa como protector de la mama, reduciendo el riesgo de carcinoma invasor, pero actúa con riesgo mayor de recurrencia.
- Contraindicada en carcinoma mamario y trombo-embolismo.

Inhibidores de la recaptación de serotonina: Se utiliza como opción terapéutica cuando la terapia hormonal y la Tibolona se encuentran contraindicados.

Corrigen la alteración serotoninérgica que se origina con la disminución de estrógenos, con esto se ha demostrado una disminución significativa de los síntomas vasomotores.

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%. (26)

Fitoestrógenos: Se ha comprobado que son útiles para mujeres con síntomas vasomotores leves. Se encuentran en: plantas, frutas, cereales, legumbres y vegetales, siendo abundante en los granos de la soja.

La actividad estrogénica que poseen es muy inferior a la de los estrógenos humanos de 100 a 100.000 veces menor.

Las categorías de Fitoestrógenos son múltiples, pero las más conocidas son:

- 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.

Diversos estudios sugieren, los efectos beneficiosos de la soja en el alivio de los síntomas vasomotores en la menopausia, al observarse menor prevalencia de sofocos entre mujeres asiáticas consumidoras de dieta rica en soja, en contraste con mujeres occidentales.

Los efectos adversos que se han detectado son:

- Nivel gastrointestinal: náuseas, diarrea, estreñimiento y flatulencia.
- Casos aislados de sangrado vaginal y tensión mamaria.
- Cambios en el tejido endometrial.
- Utilización a largo plazo de soja con hiperplasia endometrial. (17)

Manejo de los síntomas Psicológicos

Una de las formas de tratamiento de los síntomas psicológicos, es el uso de terapia hormonal por su eficacia, pero esto depende de los síntomas y de cada paciente. (9)

Las mujeres durante la etapa de menopausia, tienen un gran deterioro en su calidad de vida por las alteraciones psicológicas que presentan, por lo que deciden el uso de terapia hormonal. Se ha observado que la terapia hormonal puede mejorar:

- Trastornos disfóricos: tristeza e irritabilidad,
- Insomnio
- Dismnesia
- Dificultad para concentrarse
- Síntomas: astenia, sofocos, sudoraciones, parestesias, disestesias, vértigo, mareos, cefaleas, palpitaciones, artralgias, y mialgias

Con esto se demuestra que al mejorar la calidad de vida, disminuye considerablemente los factores predisponentes y desencadenantes de los procesos patológicos mentales.

(24) También se puede utilizar diferentes tipos de psicoterapias:

- Psicoanálisis: Es poco utilizado por ser un tratamiento costoso y largo.
- 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.
- Psicoterapia cognitiva: Se utiliza para combatir la depresión y la ansiedad.
- 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. para lo que se necesita que el médico tenga capacidad de escuchar, prestar atención, demostrar empatía, interés por el problema con el que acude la paciente. (23) (24)

Manejo de los Síntomas Vaginales

La terapia hormonal que se utiliza para el tratamiento de los síntomas vasomotores, es también la terapia para los síntomas genitourinarios. (17)

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. (17) (25)

De hecho la terapia local es la que se debe utilizar cuando los síntomas vaginales se presentan de forma aislada. Esta vía de administración permite el control de los síntomas con dosis bajas, con mejoría o alivio encontrado en 80 a 100% de las mujeres tratadas. (17) (20) (25)

En una revisión sistemática se demostró que la eficacia, aceptabilidad y seguridad de las diferentes preparaciones de estrógenos intravaginales es similar tanto para las cremas, supositorios, anillos y comprimidos vaginales. (22)

El anillo vaginal liberador de estradiol en dosis bajas de 7,5 µg/día, produce niveles de estrógenos séricos de 6 a 8 pg/mL. Es una dosis apropiada para el tratamiento de atrofia genital. (22)

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. (20) La dosis de 2,5 mg/d es la óptima y la más utilizada. (18)

Diversos estudios han demostrado que, la terapia hormonal sistémica alivia la dispareunia, pero existe mayor eficacia cuando se utilizan cremas de estrógenos.

Los problemas sexuales necesitan un abordaje bio-psico-social, pero se ha demostrado que la Tibolona o los andrógenos transdérmicos ayudan cuando la libido es el problema. (26)

Manejo de los Síntomas Urológicos

Algunas revisiones sistemáticas concluyen que, no existe evidencia objetiva de que el uso de estrógenos por vía oral y vaginal mejore la sintomatología de la incontinencia urinaria. Por lo tanto, antes de realizar una intervención quirúrgica, se debe estimular el uso de estrógenos locales, cambios en el estilo de vida, ejercicios de Kegel, estimulación eléctrica funcional, y antimuscarínicos. (19) (18)

Osteoporosis

El riesgo de fractura en la osteoporosis, se produce de 10 a 15 años después de la menopausia natural.

Se diagnostica con densitometría ósea, realizando tamizaje para obtener beneficios tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Se debe incentivar la prevención, en la que debe incluir:

- Cambios en estilo de vida saludable,
- Protección externa
- Calcio: La OMS sugiere dar dosis de 500 mg/día, o indicar dieta rica en calcio.
- Vitamina D: A partir de los 65 años, los niveles fisiológicos son deficientes, a pesar de dieta rica en vitamina D y de baños de sol.

Se debe medir la 25(OH)D plasmática, se considera normal > 20 ng/mL, y se recomienda dar una dosis de vitamina D de 800 a 1000 UI/día, que la mantiene por encima de esos niveles (18) (21).

- Terapia hormonal: Actualmente su uso el mejor manejo profiláctico de la osteoporosis en pacientes con falla ovárica prematura y menopausia prematura, así: en diez años reduce el riesgo de fractura en un 50% (RR = 0,5) y en dos años solo lo hace en el 20% (RR = 0,8).

En la actualidad, para el tratamiento de la osteoporosis existen varias opciones:

- **Raloxifeno.** El estudio MORE, demostró la eficacia sobre las fracturas vertebrales, se recomienda una dosis de 60 mg una vez al día, con o sin alimentos. Se encuentra aprobado para el uso en pacientes con osteopenia. (18)

Un estudio mostró que al utilizar raloxifeno en dosis de 60 mg/día, administrados en un lapso de 5 años disminuyo de forma significativa la probabilidad de desarrollar osteoporosis y revirtió la osteopenia vertebral. También se pudo observar el beneficio a nivel de lípidos con una reducción del colesterol total y LDL-colesterol.

El estudio CORE, que realizo seguimiento de 8 años de tratamiento con raloxifeno en igual dosis, encontró reducción en el riesgo de cáncer invasivo de mama en 76%. (27)

Es bien tolerada, sus efectos adversos suelen incluir mareos y calambres a nivel de miembros inferiores. En bajo porcentaje aumenta el riesgo de trombosis venosa, por lo que se encuentra contraindicado en pacientes con antecedente de trombosis venosa o embolia pulmonar, pacientes postradas en cama o con largos períodos de inmovilización. (22) (27)

- **Alendronato:** En la actualidad, se recomienda dar una dosis de 70 mg una vez a la semana y para lograr una absorción adecuada este debe ser ingerido en ayunas y con agua.

Los estudios han demostrado que, su uso durante un periodo de 10 años continuos mejora la masa ósea a nivel vertebral y disminuye el riesgo de fracturas. (18)

Un estudio realizado por Liberman y colaboradores, demostró que el alendronato aumentó la densidad mineral ósea, tanto a nivel vertebral como a nivel de cadera, y redujo la frecuencia de fracturas vertebrales en mujeres con densidad mineral ósea baja. Pero el estudio no mostró que existe una disminución significativa de fracturas no vertebrales.

El estudio FIT demostró, que existe disminución significativa de nuevas fracturas vertebrales y del riesgo de fracturas no vertebrales, luego de 3 años de seguimiento, en mujeres posmenopáusicas entre 55 y 81 años, con densidad mineral ósea baja a nivel del cuello femoral y mínimo una fractura vertebral.

El estudio FOSIT, llegó a la conclusión que luego de 12 meses de tratamiento el uso de alendronato redujo de manera significativa el riesgo de fracturas no vertebrales, en mujeres posmenopáusicas menores de 85 años y con densidad mineral ósea lumbar menor de -2,0 DS. (27)

- **Risedronato:** La dosis que se recomienda es 35 mg una vez a la semana, debe ingerirse en ayunas o 2 horas postprandial. Se ha demostrado que actúa en la prevención de fracturas vertebrales y no vertebrales.
- **Ibandronato:** Se recomienda dar una dosis de 150 mg mensual, ya que el estudio MOBILE demostró, que la eficacia es similar que cuando se administra 2,5mg cada día, con lo que se consigue una mejor adherencia de las pacientes al tratamiento.
- **Ácido Zolendrónico:** Diferentes estudios mostraron, que al utilizar una dosis de 4mg intravenoso, aplicado una vez al año, no mantenían disminuidos de forma constante los marcadores bioquímicos de resorción ósea los 12 meses, por lo cual, se ha aprobado la presentación de 5 mg intravenoso una vez al año.

Con este esquema se demostró eficacia en la prevención de fracturas vertebrales y no vertebrales. (27)

Efectos Cardiovasculares

Los estudios realizados han demostrado que, al utilizar terapia hormonal en endotelios que se encuentran alterados por diferentes enfermedades como: obesidad, diabetes, hipertensión, los efectos van a ser mínimos, a diferencia de un endotelio sano. (19)

Según los estudios WHI Y HERS, no se recomienda el uso de terapia hormonal como prevención primaria de la enfermedad cerebro vascular, porque sus resultados encontraron sus potenciales riesgos y no beneficios.

Cuando se tratan los síntomas vasomotores y atrofia vaginal, se aprovechan los efectos beneficiosos cardiovasculares, desde la sospecha de inicio del hipoestrogenismo, hasta los 55 años de edad y se continúa con controles hasta los 60 años.

Con evidencia A se recomienda cambios de estilo de vida saludable, para disminuir los riesgos de enfermedad cerebro vascular, porque se estimula TA <140/90, IMC 20-25, diámetro abdominal < 88 cm. (26)

2.1.8 CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA

Definición: 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“. (6)

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

- Física
- Psicológica
- Nivel de independencia
- Relaciones sociales
- Creencias personales
- Relación con las características sobresalientes del entorno.

De esto surge, la necesidad de componer el término de calidad de vida relacionada con la salud, porque cuando una enfermedad afecta a una persona no sólo compromete aspectos físicos o emocionales sino va a modificar su economía, relaciones con su entorno, valores religiosos o políticos, de esta manera se intenta evaluar el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud. (9) (29)

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. (29)

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. (6)

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. (29)

Se debe 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 de la mujer, que dependiendo de la percepción individual de cada mujer pueden ser desfavorables en aspectos de salud y calidad de vida. (16) (6)

En los países de Occidente, la gran mayoría de mujeres tiene la creencia de que la menopausia es una enfermedad, y por este motivo se inclinan hacia el consumo de medicamentos, y aumenta la demanda de consultas pero la tendencia se inclina sobre los síntomas físicos y no se presta atención a los psicológicos y sociales. (6) (25) Lo que conlleva a poner mayor atención a los problemas biológicos, se realiza valoración sintomática, y con esto al uso de medicamentos para sus molestias. (29)

Por este motivo, se debe fomentar la prevención y promoción de la salud, con el desarrollo de programas, intervenciones educativas y actividades acerca de aspectos que puedan ser modificables, en las mujeres para que la menopausia sea entendida como un proceso fisiológico positivo. (25)

En los últimos años, se ha intentado medir la calidad de vida en la mujer durante la menopausia, con el objetivo de poder evaluar su apreciación subjetiva respecto al estado físico, mental, social y cultural. (29)

Se han diseñado diversas herramientas para, medir o reconocer el impacto de los síntomas en la calidad de vida (6). Una de las herramientas más utilizadas es el Menopause Rating Scale (MRS), la cual es un instrumento validado de medición de calidad de vida. (22)

Se debe dar importancia a los factores que influyen en la calidad de vida de la mujer menopáusica, para evaluar y mejorarla durante esta etapa. (29)

En la vivencia de la menopausia interactúan: factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales condicionan su impacto en la calidad de vida de la mujer. (6)

En las manifestaciones de los síntomas en la menopausia, comparado entre mujeres de diferentes culturas, existe variabilidad por ser tiempo de: cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales. En algunas culturas esta etapa de la vida confiere beneficios y es esperada con agrado; a diferencia que para otras culturas es un estigma, la cual implica carga emocional negativa. De aquí radica la importancia de identificar la apreciación subjetiva de la mujer, con lo que se determinará si se ve o no afectada su calidad de vida. (6) (29)

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. (29)

De acuerdo a cada cultura, existe un amplio rango de conductas y expresiones de síntomas en los cuales influyen: dieta, clima, patrón de menstruaciones mensuales, historia del ciclo reproductivo, incluyendo el embarazo y la lactancia. (21)

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. (29)

Durante años, se buscó tener un instrumento estandarizado y confiable para medir los síntomas más comunes que experimentan las mujeres en esta etapa de su vida; para evaluarlos se utilizan escalas clínicas, inventarios de síntomas, para medir la eficacia de las intervenciones médicas. (27)

Algunas de estas escalas como: El índice de Blatt-Kupperman, el cuestionario WHO (Women Health Questionnaire), el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia - MENQOL (Menopause Quality Of Life), se han empleado para la evaluación de la calidad de vida de las mujeres durante la menopausia, pero se evidencio que no tienen una estructura adecuada, no poseen un lenguaje común y algunas tenían la intervención directa del médico como encuestador, lo que no permite un resultado real. (29)

En la actualidad se utiliza la Menopause Rating Scale (MRS), para evaluar la calidad de vida en las mujeres. (29) Esta escala consiste en un cuestionario estandarizado de autoevaluación que posee 11 ítems, contiene cinco opciones de respuesta que representan cinco grados de severidad:

- Asintomático: 0 puntos
- Leve: 1 punto
- Moderado: 2 puntos
- Severo: 3 puntos
- Intenso: 4 puntos

El puntaje total de la escala oscila entre 0 que indica que la paciente es asintomática y 44 que indica el grado máximo de disturbio por síntomas menopáusicos. Por su estructura de autoevaluación, permite evaluar de manera práctica y rápida el impacto de cualquier tipo de intervención médica con relación a los aspectos de la calidad de vida. (29)

La mayor parte de recursos, en el sector salud se destinan para atención hospitalaria e institucional y no se da la atención necesaria a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. (29)

En los últimos años, los médicos han hecho consciencia de que, el objetivo principal de las intervenciones médicas y del uso de diversos recursos es para: mejorar la calidad de vida de las pacientes, prevenir complicaciones, proporcionar atención de calidad y prolongar la vida. (26)

Por lo cual el enfoque de tratamiento se encuentra encaminado hacia el bienestar físico, mental y social, para mantener un adecuado estado de salud durante toda la vida. Según el tipo de tratamiento que se implemente, se debe evaluar las capacidades de cada paciente para actuar con autonomía.

Para que la mujer mejore su calidad de vida, mantenga una salud adecuada y cuide su propio bienestar, debe poner en práctica una serie de autocuidados, como:

- Dieta adecuada.
- Evitar hábitos tóxicos.
- Practicar ejercicio físico.
- Mantenerse ocupada mentalmente.
- Realizar actividades preventivas.

DIETA: Una dieta adecuada puede ayudar a la prevención de problemas que pueden presentarse a largo plazo, como:

- Osteoporosis
- Problemas digestivos
- Aumento de peso

Las directrices a tomar de acuerdo al aporte dietético debe encaminarse en tres direcciones:

- Adecuado aporte de calcio
- Adecuado aporte de fibra
- Adecuado aporte calórico (30)

Adecuado aporte de calcio: Se debe tener un aporte adecuado durante el crecimiento, embarazo y lactancia. Las recomendaciones de calcio por la National Institute of Health (NIH) hasta la menopausia, son de 1.000 mg/día, y de 1.500 mg, en la posmenopausia. (31). La Sociedad Española de Reumatología indica que los requerimientos de calcio al día son de 1.200 mg hasta los 50 años, y 1.500 a partir de los 65 años. (32)

Los productos lácteos son la principal fuente de calcio, por lo tanto una ingesta adecuada se puede conseguir con 4 raciones al día; se recomiendan productos descremados o semidescremados si existen problemas de peso o de colesterol.

En caso de que el consumo de leche o sus derivados están contraindicados por alguna razón, se puede recurrir a los suplementos de calcio, vegetales, o pescados. (33)

Adecuado aporte de fibra: Tener una dieta rica en fibra es un factor protector frente a procesos patológicos: hernia hiatal, diverticulosis, hipercolesterolemia, apendicitis, hemorroides, litiasis biliar. (34)

Se recomienda, en personas adultas sanas de 20-35 g/día o de 10 a 13 g/1.000 kcal, estos valores son los adecuados para el aporte calórico. (34)

Adecuado aporte calórico: Durante la menopausia hay aumento de peso, por lo que la ingestión calórica debe ser adecuada para una mujer de esta edad, la cual oscilaría entre 1.400 y 2.000 calorías.

Estas calorías deben ser distribuidas en la siguiente manera:

- 10-15% de proteínas
- 25-30% de grasas
- 60% de hidratos de carbono. (35)

Las recomendaciones de pan, pastas, arroz, papas, etc oscilan entre 2-5 raciones, ya que estos alimentos aportan gran cantidad de energía. (36)

Si hay exceso de peso se deben disminuir su consumo pero no suprimirlo, ya que estos son los que otorgan energía en mayor proporción. Al tener un alto aporte calórico por gran consumo de grasas, puede causar obesidad, trastornos lipídicos, por lo cual se debe tener cuidado con su consumo. (35)

Lo recomendado para la prevención de la obesidad es el consumo de verduras, por su baja aportación energética, al igual se recomienda el consumo de frutas, por su alto contenido vitamínico y mineral.

Debe existir una adecuada hidratación, se recomienda la ingestión de 1,5-2 L al día, el agua debería ser la bebida de elección. (37)

EVITAR HABITOS TÓXICOS: El uso sustancias toxicas como: tabaco, alcohol, café, drogas, automedicación, pueden causar efectos desfavorables, como:

- Menopausia más precoz.
- Climaterio más sintomático.
- Envejecimiento acelerado. (38)

Tabaco: Una de las intervenciones, en las que se debe poner mayor énfasis es la educación sanitaria encaminada a evitar el tabaquismo, porque en la última década la proporción de fumadoras jóvenes es más alta.

Los efectos perjudiciales del tabaco han sido estudiados, uno de ellos es el humo en el cual hay más de 4.000 agentes químicos, y más o menos unos cuarenta de ellos de alta toxicidad. (39)

Otra de sus acciones desfavorables es sobre el aparato cardiovascular y el cerebro por su acción de hipoxia. Y se encuentra relacionado con el cáncer de pulmón, boca, esófago, laringe y vejiga.

Respecto a la mujer, diversos estudios han demostrado que el tabaco acelera la llegada de la menopausia y esto es proporcional a la duración del hábito tabáquico. Se ha observado un adelanto de uno y dos años en aquellas mujeres que fuman a diferencia de las no fumadoras.

Aumenta la sintomatología y a su vez el metabolismo de los estrógenos, con lo que se produce disminución de su efecto sobre el hueso, lo que se asocia a un tener mayor riesgo de osteoporosis. Se ha visto que las fumadoras tienden a perder hueso con mayor velocidad que las no fumadoras y los huesos más afectados son la columna vertebral y el radio distal. (38)

Alcohol: En las mujeres el consumo de alcohol es reducido, pero a diferencia de los hombres, los efectos de ingerirlo en la mujer son más importantes, esto se debe porque en la mujer existe mayor capacidad de absorción y su eliminación es más lenta. (38)

Los estudios otorgan a los compuestos fenólicos del vino propiedades beneficiosas para la salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares, a su vez indican los efectos protectores ajustados a un consumo moderado y sostenido de vino. (40)

Se recomienda que la ingestión diaria no supere el intervalo de 30-60 mL de alcohol; a partir de estas dosis, el riesgo supera al beneficio. (39)

Cafeína: La mayor parte de población consume café y té y es un hábito muy común, es considerado un factor de riesgo por la pérdida de calcio en orina, estimulan el sistema nervioso incrementando los signos neurovegetativos y psicológicos del climaterio.

Por esta razón se debe limitar su consumo a uno, como máximo dos cafés al día, otra alternativa es el consumo de café descafeinado o sustituirlo por infusiones. (41)

Automedicación: Se relaciona a mujeres más jóvenes y se suele acompañar de tabaquismo, malnutrición, enfermedades de transmisión sexual.

Ciertos fármacos acentúan la osteopenia, como es el caso de los antiácidos con aluminio, los antihipertensivos, antidepresivos y sedantes ansiolíticos, los diuréticos.

Algunos medicamentos disminuyen el deseo sexual y son bastante utilizados como benzodiacepinas, tranquilizantes y algunos antidepresivos. (42)

Practicar ejercicio físico: Realizar actividad física, cuando la persona es joven otorga al cuerpo muchos beneficios. Sin embargo, en las mujeres en edad mediana éste es beneficioso porque propicia cambios hemodinámicos, disminuye el tono simpático y la frecuencia cardiaca en reposo, con esto se obtiene tanto prevención y mejora de los problemas de hipertensión. (30)

Alguno de los beneficios de realizar ejercicio físico son: mejor retorno venoso y bombeo muscular, el riesgo coronario es tres veces menor, existe mejor relación entre masa muscular y tejido graso, a diferencia de las mujeres que no realizan ejercicio físico. (42) (43)

Numerosos estudios que se han realizado respecto a problemas osteoarticulares, relacionan el aumento de masa ósea con el ejercicio. Con respecto a la osteoporosis, al realizar seis semanas de entrenamiento muscular, se ha comprobado que hay un aumento de la fuerza muscular y el contenido mineral óseo. (44)

Para obtener los beneficios de realizar ejercicio, debe ser: moderado, regular y mantenido, la frecuencia cardiaca no debe superar los 120-130 latidos por minuto. (44)

Debe ser un hábito diario, es aconsejable realizarlo al menos tres veces por semana, 30 minutos al día, y acabar la sesión con un periodo de relajación. (43)

De forma relevante, el ejercicio físico influye en el bienestar psicológico, mejora la autoestima, la funcionalidad y la capacidad de realizar las actividades diarias.

Otro beneficio que se encuentra a realizar ejercicio es la secreción de endorfinas que actúan en la disminución del umbral del dolor. (44) (45)

La actividad física incrementa la agilidad física, favorece la agilidad mental, por ende favorece la sociabilidad. (43)

Los estudios indican que, en personas de mediana edad existe disminución en el consumo de fármacos: analgésicos, antiálgicos, ansiolíticos y antidepresivo. (30)

El personal de salud debe tomar en cuenta ciertas características antes de empezar un programa de ejercicio:

- Edad de la persona.
- Si es sedentaria
- Si realizaba ejercicio de forma habitual.
- Si padece enfermedades que puedan contraindicar ciertos ejercicios.

Una vez tomadas las precauciones de acuerdo a la condición de cada paciente, se puede sugerir una serie de deportes recomendados a esta edad (46), entre ellos:

Caminar: Es el ejercicios físicos más recomendó, porque combina el impacto mecánico de la columna y las extremidades inferiores con la contracción intermitente de los músculos y constituye un excelente tónico cardiaco. (30)

Caminar quema calorías y evita el anquilosamiento de las articulaciones y previene la osteoporosis. Se puede caminar o marchar, si se decide por la marcha el ritmo debe ser superior al del paso normal. (46)

Si se tiene mujeres, que no practican ejercicio y no lo han realizado de manera previa se aconseja al principio realizar máximo unos 20 minutos de caminata durante una semana, y al culminar esta se puede aumentar a 30 minutos para hacer un incremento gradual en la práctica del ejercicio físico. (43)

Gimnasia: Es una de las opciones más llamativas para las mujeres de esta edad, donde suelen realizar ejercicios o natación. Al realizar gimnasia, se va a desarrollar la musculatura y la agilidad corporal, el momento de realizarlo se debe tener en cuenta algunas características:

- Programa de ejercicios individualizado
- Tomar en cuenta si la mujer ya practicaba deporte de forma habitual, o si es la primera vez.
- Si existe osteoporosis, se contraindican los ejercicios con saltos y torsiones.
- No se recomienda los ejercicios de flexión de espalda porque pueden producir tensión en la columna vertebral e incrementar el riesgo de fractura por compresión de los cuerpos vertebrales. (43) (46)

Natación: Realizar este tipo de ejercicio ayuda a mejorar y mantener la capacidad cardiorrespiratoria y el sistema neuromuscular, por lo que favorece la prevención de los problemas posturales, además de mejorar la elasticidad. El estilo más recomendado, es de espalda porque es el que actúa de manera favorable sobre la postura de la columna vertebral. (46)

Baile o danza: Cuando se realiza este tipo de actividad se movilizan todas las articulaciones y músculos del cuerpo. Al igual que todos los ejercicios gravitatorios, se ejerce presión sobre una superficie dura, favorece la masa ósea. (43)

Realizar actividades que ocupen la mente: En esta etapa de la vida de la mujer se habla sobre el síndrome de nido vacío, el cual está representado por la mujer que es ama de casa dedicada al cuidado de su familia y debido a la marcha de los hijos, su función entra en declive. (47) Pero actualmente, los hijos abandonan el hogar a edades avanzadas, la esperanza de vida ha aumentado y la mayoría de mujeres de 45-65 años tienen todavía sus progenitores o los de su pareja con vida. De igual manera muchas mujeres trabajan y la mayoría viven solas durante esta etapa. (48)

La etapa de menopausia, está llena de cambios siendo generadores de estrés y no todas las mujeres responden de la misma forma, ya que la respuesta va a depender de los recursos personales y ambientales para hacer frente a los acontecimientos que van a preceder esta etapa.

De aquí la importancia de realizar educación sanitaria, la cual debe ser encaminada a la individualización de cada mujer, pero de manera general se puede aconsejar:

- Potenciar al máximo cualidades personales, para sentirse útil.
- Mantener la autoestima personal y cultivar relaciones sociales.
- Aquellas mujeres que mantienen sus relaciones sociales presentan menos alteraciones psíquicas que aquellas que se mantiene cerradas en sí mismas o aisladas.
- Ocupar el tiempo realizando diferentes actividades. (46)

Medidas de prevención de salud: Estas acciones, están encaminadas a la prevención de enfermedades que no encuentran relacionadas de forma directa con los cambios hormonales. En este grupo se encuentra la prevención del cáncer ginecológico y de mama. (49)

Cáncer ginecológico y de mama: La frecuencia de estas enfermedades aumenta con la edad, aunque la menopausia no está considerada como un factor de riesgo para la mayoría de patologías malignas del aparato genital o de la mama. (50)

- *Cáncer de cérvix:* Se recomienda realizar citología cervicovaginal para su detección, así, la realización de la citología debe ser cada 5 años a las mujeres de 35 y 65 años, que anteriormente se han realizado citologías con resultado normal.

En aquellas mujeres mayores de 50 años que no se hayan realizado citologías anteriores, se recomienda efectuar dos citologías con un intervalo anual, si el resultado es normal, se puede seguir con la pauta de cada 5 años. Después de los 65 no es imprescindible seguir con las citologías, si se ha llevado un seguimiento anterior. (51)

- *Cáncer de endometrio:* Después de la menopausia es el cáncer más frecuente, se presenta entre los 55 y los 65 años, sobre todo en aquellas mujeres obesas, diabéticas o con problemas de hipertensión.

Se debe realizar un control importante de posibles pérdidas de sangre después de la menopausia, porque los estrógenos que se están produciendo en el cuerpo no están compensados por la progesterona y el endometrio continúa proliferando y se puede llegar a degenerar.

Por este motivo cualquier pérdida hemática genital que ocurra después de la menopausia debe ser estudiada. (50)

- *Cáncer de mama:* Es la primera causa de muerte en las mujeres de entre 35 y 64 años, por esta razón es importante realizar el diagnóstico lo más pronto posible. Se recomienda realizar una mamografía cada 2 años, como medida de prevención secundaria a todas las mujeres entre 50 y 64 años. Para las mujeres con factores de riesgo como historia familiar de primer grado de cáncer de mama, lo aconsejable es la realización de controles anuales a partir de los 40 años. (30) (47)

3. CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyen en la calidad de vida en las mujeres con menopausia?

3.2 OBJETIVOS:

GENERAL

- Determinar la calidad de vida en las pacientes del servicio de ginecología del HSFQ mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale).

ESPECÍFICOS

- Evaluar qué factores (ejercicio, dieta, estado civil, edad, IMC, instrucción, cigarrillo, alcohol, terapia hormonal)
- Determinar los principales factores que influyen en modificar la calidad de vida en mujeres menopáusicas según la escala MRS.

3.3 HIPÓTESIS

Los factores como la falta de ejercicio, la dieta alta en grasas, carbohidratos y proteínas, el bajo estado de ánimo, el estado civil soltera, la edad mayor a 50 años, el consumo de cigarrillo y alcohol influyen para que la mujer tenga mala calidad de vida dependiendo de cómo éstos se presenten.

3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA	NATURALEZA DE LA VARIABLE
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde es día de su nacimiento.	Años cumplidos	Razón de: 42 - 65	Cuantitativa
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.	Kg / m ²	-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(más de 40 kg/m ²)	Cuantitativa
Estado Civil	Es un atributo de la personalidad, y podemos definirla como la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma	Según estado	0 = soltera 1 = casada 2 = viuda 3 = divorciada 4 = unión de hecho	Cualitativa
Nivel de Instrucción	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional	Años aprobados	0= sin escolaridad 1 = primaria 2 = secundaria 3 = superior o más	Cualitativa
Actividad física	Es considerado cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	Tiempo de ejercicio a la semana	Baja intensidad: = < 130 min a la semana Media intensidad: de 130 – 300 min a la semana Alta intensidad: > 300 min a la semana	Cuantitativa
Dieta	Es aquella que contiene todos los alimentos necesarios para conseguir un estado nutricional óptimo.	Consumo de Carbohidratos a la semana	0 = nunca 1 = de 1 - 2 veces 2 = 3 – 4 veces 3 = 5 o más	Cualitativa
		Consumo de Proteínas a la semana	0 = nunca 1 = de 1 - 2 veces 2 = 3 – 4 veces 3 = 5 o más	

		Consumo de grasas a la semana	0 = nunca 1 = de 1 - 2 veces 2 = 3 - 4 veces 3 = 5 o más	
		Consumo de vegetales a la semana	0 = nunca 1 = de 1 - 2 veces 2 = 3 - 4 veces 3 = 5 o más	
		Consumo de frutas a la semana	0 = nunca 1 = de 1 - 2 veces 2 = 3 - 4 veces 3 = 5 o más	
Consumo de cigarrillo	Según la OMS, un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.	Fumadora actual	1 = Si 2 = No.	Cualitativa
Consumo de alcohol	La OMS considera que son aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen	Bebidas alcohólicas	1 = Si 2 = No	Cualitativa
Terapia de Reemplazo Hormonal	Es un tratamiento con hormonas, ya sea estrógeno solo o en combinación con progesterona, que se administra con el fin de elevar sus niveles los cuales disminuyen con la menopausia	Consume hormonas	1 = Si 2 = No	Cualitativa
		Tiempo de consumo	Meses	Cualitativa

3.5 UNIVERSO Y MUESTRA

Muestra

De acuerdo a las proyecciones mensuales de pacientes atendidas en el servicio de consulta externa de Ginecología, se estimó que el universo de pacientes menopaúsicas atendidas es de 1200 al año.

De esta cifra se tomó la muestra, la cual fue suficiente y representativa para la confiabilidad de los resultados.

Tipo de estudio

Estudio de tipo transversal. (Cross Sectional).

Procedimiento de recolección de la información

Se aplicó un cuestionario a las usuarias, en la sala de espera de consulta externa de ginecología.

Se utilizó para la recolección de datos y su análisis, la escala “Menopause Rating Scale” (MRS). ANEXO 1

Esta escala es capaz de valorar la calidad de vida y los síntomas menopaúsicos. Está compuesta por once puntos o ítem de síntomas que se agrupan en tres sub-escalas o dimensiones:

Somático – vegetativa: presencia y severidad de oleadas de calor, molestias cardiacas, alteraciones del sueño, dolencias en músculos y ligamentos

Psicológicos: presencia y severidad de estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico y mental

Urogenitales: presencia y severidad d problemas sexuales, problemas de vejiga, sequedad vaginal.

Cada uno de los ítems es calificado como:

0 = Ausente

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Severo

4 = Muy severo

La sumatoria de las medias, establecen la puntuación de cada una de las dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en la tres dimensiones establecen el puntaje total global de la escala.

La dimensión somática se cataloga como normal un puntaje igual o menor a 8 y severo mayor a este puntaje; la psicológica es normal con un puntaje igual o menor a 6 y la urogenital un puntaje mayor o igual a 3.

El puntaje total se considera normal con un valor igual o menor a 16 y severo mayor a este valor.

Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida.

Se utilizó la escala de actividad física del Manual de prescripción de ejercicio físico:

ANEXO II

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Participaron en la investigación aquellas pacientes que cumplieron con las siguientes características:

- Mujeres con menopausia natural de edad comprendida entre 42 y 65 años.
- Amenorrea de al menos 1 año previo al inicio del estudio.
- Consentimiento informado escrito de la paciente una vez explicadas las características del estudio. ANEXO III

3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No participaron en la investigación aquellas pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión. Además de las siguientes características:

- Histerectomía previa.
- Mujeres con enfermedades graves, crónicas descompensadas y enfermedades tiroideas.
- Mujeres que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico de los datos obtenidos, fue ingresado al paquete estadístico SPSS - 21.

Se realizó un análisis demográfico general, análisis descriptivo para cada una de las variables y luego un análisis bivariado entre las mismas, utilizando valores enteros y porcentajes.

Se calcularon las medias y las desviaciones estándar de las variables; en el caso de las variables nominales se calcularon sus frecuencias y porcentajes.

La clasificación de calidad de vida y sus diferentes dimensiones se fueron basadas en el cálculo de valores tipificados.

Luego de determinar los grupos, se procedió a relacionarlos. Para ellos se construyeron tablas de contingencia.

Se obtuvo medidas de asociación como el Odds Ratio (valor mayor de 1 medida de significancia, fueron usados como factor de riesgo) y como valor de p (medida de significancia estadística $p < 0,05$), e intervalos de confianza, para los factores de riesgo, así como también medidas de tendencia central.

3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS

Riesgo individual:

Esta investigación, no presento ningún riesgo para las pacientes y no incluyo ningún tratamiento, aparato, ni procedimiento fuera de los que ya están aplicándose en el sistema de salud.

Beneficios directos a los participantes.

Los participantes del estudio no recibieron beneficios económicos ni de ningún otro tipo al participar en este estudio.

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se aplicaron 288 encuestas a pacientes con menopausia que acuden al servicio de ginecología del Hospital San Francisco de Quito, quienes voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

El promedio de edad fue de 56,6 años (DS 5,5) con un rango de 42 a 65 años. El 74% tuvieron pareja, ya sean casadas o en unión de hecho; mientras que 26% no poseía pareja. En relación al nivel de instrucción, 55,2% terminaron la secundaria, mientras que un 0,7% no tuvieron escolaridad y un 20,5% presentaron estudios universitarios.

Con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), el promedio fue de 28,7 kg/m² (DS 4,1), con un rango de 16,6 a 43,5 kg/m². Del total de encuestadas el 46,2% presentaron sobrepeso y 36,1% obesidad.

4.1.2 FACTORES DE RIESGO

En relación a la actividad física, el 62,5% no realizaban actividad física adecuada (menos a 130 minutos por semana). (TABLA 1)

TABLA 1: ACTIVIDAD FÍSICA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 130 MIN POR SEMANA	180	62.5%
130 – 300 MIN POR SEMANA	86	29.9%
> 300 MIN POR SEMANA	22	7.6%
TOTAL	288	100%

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

DIETA / ALIMENTACIÓN

El consumo de carbohidratos fue del 74,3% en pacientes que consumían más de 5 veces por semana, el 76,4% de las pacientes encuestadas consumían consumir proteínas más de 5 veces por semana. En cuanto al consumo de grasas y frituras; el 42,0% refirió que consumían más de 5 veces por semana, mientras que 39,2% refirieron que no consumieron grasas o muy poco. El consumo de vegetales fue de 59,7% en más de 5 veces por semana y el mayor porcentaje de mujeres entrevistadas (65,6%) refirieron haber consumido frutas más de 5 veces por semana. (TABLA 2)

TABLA 2: CONSUMO DE ALIMENTOS

	RESULTADOS CARBOHIDRATOS	RESULTADOS PROTEÍNAS	RESULTADOS GRASAS	RESULTADOS VEGETALES	RESULTADOS FRUTAS
NUNCA	0,3% (1)	0.3% (1)	3.8% (11)	0.7% (2)	0.7% (2)
1 – 2 VECES POR SEMANA	6.9% (20)	5.2% (15)	35.4% (102)	19.1% (55)	12.5% (36)
3 – 4 VECES POR SEMANA	18.4% (53)	18.1% (52)	18.8% (54)	20.5% (59)	21.2% (61)
MÁS DE 5 VECES POR SEMANA	74.3% (214)	76.4% (220)	42.0% (121)	59.7% (172)	65.6% (189)
TOTAL	100% (288)	100% (288)	100% (288)	100% (288)	100% (288)

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

HÁBITOS / ESTILO DE VIDA

El 10,4% de las mujeres entrevistadas refirió consumir cigarrillo y 5,6% de pacientes refirió consumir alcohol. (TABLA 3).

TABLA 3: CONSUMO DE CIGARRILLO

	RESULTADOS CIGARRILLO	RESULTADOS ALCOHOL
SI	10,4% (30)	5,6% (16)
NO	89,6% (258)	94,4% (272)
TOTAL	100% (288)	100% (288)

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

El 11,8% de pacientes entrevistadas refirió uso de terapia de reemplazo hormonal con una media de tiempo de consumo de 3,9 meses. (TABLA 4).

TABLA 4: USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TIEMPO (MEDIA)
SI	34	11,8	3,96
NO	254	88,2	
TOTAL	288	100%	

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

CALIDAD DE VIDA

Se pudo observar que en general las pacientes presentan mala calidad de vida, con un promedio de 19,53 en la escala MRS; siendo los más deteriorados el aspecto psicológico (7,72) y urogenital (4,11); mientras que en el somático no presentan síntomas que alteren su calidad de vida (7,7). (TABLA 5).

TABLA 5: RESULTADOS CALIDAD DE VIDA

	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TIP.
VALOR SOMÁTICO	0	18	7,70	3,870
VALOR PSICOLÓGICO	0	16	7,72	3,705
VALOR UROGENITAL	0	12	4,11	2,854
TOTAL	2	41	19,53	8,772

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

4.2 ANÁLISIS BIVARIADO

4.2.1 RELACIÓN ENTRE IMC Y CALIDAD DE VIDA

Al relacionar el IMC y el puntaje total en la calidad de vida, se observó que las mujeres que presentan obesidad y sobrepeso tienen mayor probabilidad de presentar mala calidad de vida (OR 2,48 P=0,03). El mismo resultado se obtuvo para las esferas somática, psicológica y urogenital (valor de $p < 0,05$). (TABLA 6)

TABLA 6: ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA

	IMC	MALA CALIDAD DE VIDA	BUENA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
TOTAL MRS	SOBREPESO Y OBESIDAD (>25,00)	65,5% (154)	34,5% (81)	100%	2,48	1,35 – 4,54	P = 0,003
	NORMAL (18,5 A 24,99)	43,4% (23)	56,6% (30)	100%			
	TOTAL	61,5% (177)	38,5% (111)	100%			
SOMÁTICO MRS	SOBREPESO Y OBESIDAD (>25,00)	46,8% (110)	53,2% (125)	100%	2,035	1,073 – 3,859	P = 0,02
	NORMAL (18,5 A 24,99)	30,2% (16)	69,8% (37)	100%			
	TOTAL	43,8% (126)	56,3% (162)	100%			
PSICOLÓGICO MRS	SOBREPESO Y OBESIDAD (>25,00)	66,0% (155)	34,0% (80)	100%	2,527	1,378 – 4,635	P = 0,02
	NORMAL (18,5 A 24,99)	43,4% (23)	56,6% (30)	100%			
	TOTAL	61,8% (178)	38,2% (110)	100%			
UROGENITAL MRS	SOBREPESO Y OBESIDAD (>25,00)	55,7% (131)	44,3% (104)	100%	2,449	1,312 – 4,571	P = 0,004
	NORMAL (18,5 A 24,99)	34,0% (18)	66,0% (35)	100%			
	TOTAL	51,7% (149)	48,3% (139)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

4.2.2 RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA

En la relación entre el estado civil y la calidad de vida, no se encontró significancia estadística. (TABLA 7)

TABLA 7: ESTADO CIVIL Y CALIDAD DE VIDA

TIENE PAREJA	BUENA CALIDAD DE VIDA	MALA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	
SI	36,2% (77)	63,8% (136)	100%	0,683	0,40 – 1,16	P = 0,16
NO	45,3% (34)	54,7% (41)	100%			
TOTAL	38,5% (111)	61,5% (177)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

En la relación entre en nivel de instrucción y la calidad de vida no se encontró significancia estadística. (TABLA 8)

TABLA 8: INSTRUCCIÓN Y CALIDAD DE VIDA

INSTRUCCIÓN	BUENA CALIDAD DE VIDA	MALA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	P= 0.738
SI	61.5% (176)	38.5% (110)	100%	0.625	0.039 – 10.09	
NO	50% (1)	50% (1)	100%			
TOTAL	61.5% (177)	38.5% (111)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

4.2.4 RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y CALIDAD DE VIDA

Al relacionar la Actividad Física con el puntaje total de calidad de vida, se observó que las mujeres que no realizan actividad física tienen más probabilidad de tener mala calidad de vida (OR 5,051 P=0,00). Lo mismo ocurrió al relacionar las esferas somática, psicológica y urogenital ($p < 0,05$). (TABLA 9)

TABLA 9: ACTIVIDAD FISICA Y CALIDAD DE VIDA

	ACTIVIDAD FISICA	MALA CALIDAD DE VIDA	BUENA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
TOTAL MRS	NO	38,0% (41)	62,0% (67)	100%	5,051	3,014 – 8,465	P = 0,00
	SI	75,6% (136)	24,4% (44)	100%			
	TOTAL	61,5% (177)	38,5% (111)	100%			
SOMÁTICO MRS	NO	56,7% (102)	43,3% (78)	100%	4,577	2,664 – 7,862	P = 0,00
	SI	22,2% (24)	77,8% (84)	100%			
	TOTAL	43,8% (126)	56,3% (162)	100%			
PSICOLÓGICO MRS	NO	34,3% (37)	65,7% (71)	100%	6,938	4,073 – 11,817	P = 0,00
	SI	78,3% (141)	21,7% (39)	100%			
	TOTAL	61,8% (178)	38,2% (110)	100%			
UROGENITAL MRS	NO	35,2% (38)	64,8% (70)	100%	2,963	1,804 – 4,867	P = 0,00
	SI	61,7% (111)	38,3% (69)	100%			
	TOTAL	51,7% (149)	48,3% (139)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

4.2.5 RELACIÓN ENTRE DIETA/ALIMENTACIÓN Y CALIDAD DE VIDA

La comparación entre el consumo de carbohidratos y la calidad de vida no presentó relación estadísticamente significativa. (TABLA 10). El mismo resultado se obtuvo al comparar el consumo de proteínas y la calidad de vida. (TABLA 11)

TABLA 10: CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y CALIDAD DE VIDA

CONSUME CARBOHIDRATOS	BUENA CALIDAD DE VIDA	MALA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
SI	47,6% (10)	52,4% (11)	100%	1,49	0,61 – 3,64	P = 0,37
NO	37,8% (101)	62,2% (166)	100%			
TOTAL	38,5% (111)	61,5% (177)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

TABLA 11: CONSUMO DE PROTEINAS Y CALIDAD DE VIDA

CONSUME PROTEÍNAS	BUENA CALIDAD DE VIDA	MALA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
SI	43,8% (7)	56,2% (9)	100%	0,796	0,288 – 2,202	P = 0,66
NO	38,2% (104)	61,8% (168)	100%			
TOTAL	38,5% (111)	61,5% (177)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

Al relacionar el consumo de frutas y la calidad de vida, se evidenció que aquellas mujeres que no consumen frutas en su dieta tienen mayor probabilidad de tener mala calidad de vida (OR 4,85 P=0,01). (TABLA 12)

El no consumir frutas mostró igual relación con los factores somático y psicológico en la calidad de vida ($p < 0,05$). (TABLA 12)

TABLA 12: CONSUMO DE FRUTAS Y CALIDAD DE VIDA

	CONSUME FRUTAS	MALA CALIDAD DE VIDA	BUENA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
TOTAL MRS	NO	57,6% (144)	42,4% (106)	100%	4,858	1,853 – 12,860	P = 0,01
	SI	86,8% (33)	13,2% (5)	100%			
	TOTAL	61,5% (177)	38,5% (111)	100%			
SOMÁTICO MRS	NO	40,8% (102)	59,2% (148)	100%	2,487	1,228 – 5,038	P = 0,01
	SI	63,2% (24)	36,8% (14)	100%			
	TOTAL	43,8% (126)	56,2% (162)	100%			
PSICOLÓGICO MRS	NO	57,6% (144)	42,4% (106)	100%	6,257	2,155 – 18,168	P= 0,00
	SI	89,5% (34)	10,5% (4)	100%			
	TOTAL	61,8% (178)	38,2% (110)	100%			
UROGENITAL MRS	NO	65,8% (25)	34,2% (13)	100%	1,954	0,956 – 3,993	P = 0,06
	SI	49,6% (124)	50,4% (126)	100%			
	TOTAL	51,7% (149)	48,3% (139)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

Al comparar el consumo de vegetales y la calidad de vida, se encontró que aquellas mujeres que no consumen vegetales en su dieta tienen más probabilidad de tener mala calidad de vida (OR 4,92 P=0,00). (TABLA 13)

El no consumir vegetales mostró igual relación con los factores somático y psicológico en la calidad de vida. En cuanto al aspecto urogenital no mostró significancia estadística. (TABLA 13)

TABLA 13: CONSUMO DE VEGETALES Y CALIDAD DE VIDA

	CONSUME VEGETALES	MALA CALIDAD DE VIDA	BUENA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
TOTAL MRS	NO	55,4% (128)	44,6% (103)	100%	4,929	2,234 – 10,872	P = 0,00
	SI	86,0% (49)	14,0% (8)	100%			
	TOTAL	61,5% (177)	38,5% (111)	100%			
SOMÁTICO MRS	NO	38,5% (89)	61,5% (142)	100%	2,952	1,612 – 5,406	P = 0,00
	SI	64,9% (37)	35,1% (20)	100%			
	TOTAL	43,8% (126)	56,3% (162)	100%			
PSICOLÓGICO MRS	NO	55,8% (129)	44,2% (102)	100%	4,843	2,195 – 10,684	P= 0,00
	SI	86,0% (49)	14,0% (8)	100%			
	TOTAL	61,8% (178)	38,2% (110)	100%			
UROGENITAL MRS	NO	49,4% (114)	50,6% (117)	100%	1,633	0,903 – 2,952	P = 0,10
	SI	61,4% (35)	38,6% (22)	100%			
	TOTAL	51,7% (149)	48,3% (139)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

4.2.6 RELACIÓN ENTRE HÁBITOS Y CALIDAD DE VIDA

Al relacionar el consumo de cigarrillo con la calidad de vida en la esfera global, se encontró que las pacientes que consumen cigarrillo, presentan más probabilidad de tener mala calidad de vida (OR 2,74 P=0,02). (TABLA 14)

Igual relación se encontró entre el Consumo de cigarrillo y las esferas somática y psicológica, evidenciando que este grupo presenta más probabilidad de tener mala calidad de vida. En cuando al aspecto urogenital no mostró significancia estadística (OR 1,70 P=0,17). (TABLA 14)

TABLA 14: CONSUMO DE CIGARRILLO Y CALIDAD DE VIDA

	CONSUME CIGARRILLO	MALA CALIDAD DE VIDA	BUENA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
TOTAL MRS	SI	80,0% (24)	20,0% (6)	100%	2,745	1,085 – 6,947	P = 0,02
	NO	59,3% (153)	40,7% (105)	100%			
	TOTAL	61,5% (177)	38,5% (111)	100%			
SOMÁTICO MRS	SI	63,3% (19)	36,7% (11)	100%	2,438	1,114 – 5,332	P = 0,02
	NO	41,5% (107)	58,5% (151)	100%			
	TOTAL	43,8% (126)	56,3% (162)	100%			
PSICOLÓGICO MRS	SI	83,3% (25)	16,7% (5)	100%	3,431	1,273 – 9,251	P = 0,01
	NO	59,3% (153)	40,7% (105)	100%			
	TOTAL	61,8% (178)	38,2% (110)	100%			
UROGENITAL MRS	SI	63,3% (19)	36,7% (11)	100%	1,701	0,778 – 3,716	P = 0,17
	NO	50,4% (130)	49,6% (128)	100%			
	TOTAL	51,7% (149)	48,3% (139)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

La relación entre el consumo de alcohol y su repercusión en la calidad de vida, no mostró significancia estadística. (TABLA 15)

TABLA 15: CONSUMO DE ALCOHOL Y CALIDAD DE VIDA

CONSUME ALCOHOL	BUENA CALIDAD DE VIDA	MALA CALIDAD DE VIDA	TOTAL	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
SI	25,0% (4)	75,0% (12)	100%	1,945	0,611 – 6,190	P = 0,25
NO	39,3% (107)	60,7% (165)	100%			
TOTAL	38,5% (111)	61,5% (177)	100%			

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES

ELABORADO POR: JIMMY ALVEAR / ANA CALLE

5. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La menopausia es un proceso fisiológico en la vida de la mujer, representa una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica.

En el presente estudio se encontró que el 85% de las pacientes encuestadas presentan síntomas, que pueden ser leves moderados o severos, razón por la cual el 20% de ellas busca ayuda de un especialista para combatir la sintomatología, inclinándose por el uso de algún tipo de terapia hormonal.

El 81,6% de las pacientes presento sobrepeso y obesidad (IMC > 25)⁹. Estos resultados difieren con los encontrados por Paredes Pérez N (2013) revelo que el 25% de las pacientes, presentaron un IMC >25.

No se encontró que exista relación entre el estado civil y la calidad de vida en el presente estudio. Al igual que el estudio realizado por Monterrosa Castro Á, et al (2010) no se encontró relación significativa entre estas variables. (52)

En el presente estudio no se encontró relación significativa ($p > 0.73$) entre el nivel de instrucción y la calidad de vida. Estos resultados difieren del estudio realizado por Prado A et al (2008), se encontró que el 49.8% no tenían educación, y fue uno de los principales factores de riesgo para tener mala calidad de vida.

Con respecto a la Actividad Física, el 62,5% de pacientes del presente estudio no realizaba actividad física. Estudios realizados por Paredes Pérez N (2013), encontró que el 25% de las pacientes realizaba menos 150 minutos de actividad física a la semana, lo que se relacionó con tener mala calidad de vida. En ambos estudios se encontró que el

no realizar actividad física es un factor de riesgo para tener mala calidad de vida. (valor de $p < 0,05$)

Con relación a la dieta, de las pacientes encuestadas, más de la mitad consumían carbohidratos, proteínas, grasas, vegetales y frutas la mayor parte de días en la semana. El estudio realizado por Fernández L y col. (2010), se encontró que las pacientes consumían: carbohidratos, proteínas, grasas, verduras y frutas, de manera no proporcional a los requerimientos diarios, a pesar de que las participantes poseían un nivel de conocimientos alto y muy alto respecto a dietas saludables durante la menopausia.

En ninguno de los dos estudios se encontró que el tipo de dieta influya de forma directa en la calidad de vida, pero en el presente estudio se encontró que aquellas pacientes que no consumen frutas tienen mayor probabilidad de tener mala calidad de vida. (53)

Respecto al consumo de cigarrillo, el 10.4% de pacientes que participaron en el estudio consumían cigarrillo. De forma similar en el estudio publicado por Úbeda M, et al (2007), del total de población encuestada el 21% consumía cigarrillo. En ambos estudios se encontró que aquellas mujeres que consumen cigarrillo presentaron mayor probabilidad de tener mala calidad de vida. (54)

En el presente estudio, el 5.6% de pacientes ingerían bebidas alcohólicas. Un estudio realizado por Fernandez L, et al (2010), revelo que 2% de las participantes consumían bebidas alcohólicas. En ambos estudios no se encontró que el consumo de alcohol influya de forma directa en la calidad de vida durante la menopausia. (53)

Con relación al uso de terapia de reemplazo hormonal, el 11.8% de pacientes encuestadas utilizaban algún tipo de terapia. En el estudio realizado por Prado A, et al (2008), el 6.2% de pacientes utilizaba terapia de reemplazo hormonal. En ambos

estudios no se encontró que el consumo de terapia hormonal influya en la calidad de vida de manera significativa.

De acuerdo a los valores obtenidos de la MRS, la puntuación total fue 19.53 puntos, lo que se traduce en mala calidad de vida, de esto: 7.72 correspondió al aspecto psicológico, 4.11 correspondió al aspecto urogenital y 7.7 correspondió al aspecto somático. En el estudio realizado por Prado A, et al (2008), se obtuvo un puntaje total de 16,2; para cada aspecto de la escala la puntuación fue: aspecto psicológico 7.7, aspecto somático 5.8, aspecto urogenital 2.7.

En ambos estudios se utilizó la misma escala para valorar la calidad de vida (MRS).

En el presente estudio se encontró que las participantes tuvieron mala calidad de vida y que existió mayor repercusión en el aspecto psicológico y urológico, y el menos afectado fue el aspecto somático. En el estudio de Prado A, et al (2008) se obtuvieron resultados similares, que indicaron mala calidad de vida, principalmente en el aspecto psicológico.

Limitaciones del estudio:

En el presente estudio las limitaciones metodológicas que se presentaron fueron:

- La poca colaboración de las pacientes al momento de realizar las encuestas.
- En la encuesta elaborada faltó considerar aspectos como: la cantidad de consumo, número de veces de consumo al día, para de esta manera ser más específicos y ver si es posible encontrar significancia estadística en cuanto a la alimentación versus la calidad de vida en la menopausia.
- En cuanto al consumo de alcohol se debió tomar en cuenta la cantidad ingerida diaria y en relación al cigarrillo el número de cigarrillos que se consume diariamente.

6. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- El presente estudio concluyó que las mujeres estudiadas tiene mala calidad de vida en la menopausia.
- Existen factores capaces de modificar la calidad de vida en las mujeres menopáusicas, como es la relación entre el IMC y la calidad de vida, la cual presenta significancia estadística ($p = 0.003$).
- El consumo de frutas, constituye un factor de protección para la calidad de vida.
- Se observó que las pacientes que no realizan ejercicio, presentan mayor probabilidad de tener mala calidad de vida en relación a aquellas que si realizan, sea una actividad leve, moderada o intensa.
- Se observó que las mujeres que consumen, presentan mayor probabilidad de tener mala calidad de vida en relación con las mujeres que no fuman.
- Factores como: el estado civil, el consumo de carbohidratos, proteínas, grasas, vegetales y alcohol, no mostraron significancia estadística. En relación a la alimentación, probablemente se debe a que los datos se obtuvieron de forma general, sin tomar en cuenta la cantidad y frecuencia diaria con la que consumen.

6.2 RECOMENDACIONES

Con los resultados obtenidos en el presente estudio, se recomienda implementar estrategias para mejorar la calidad de vida, utilizando como herramienta la realización de actividad física como mínimo 30 minutos al día, 3 días a la semana. Otra intervención es dar pautas para una dieta equilibrada que cumpla con los requerimientos diarios que necesitan las mujeres en la etapa de menopausia. Se debe incentivar el no consumo de cigarrillo ni de alcohol, como medidas de prevención y promoción de salud.

Sería recomendable, realizar estudios más profundos tales como: casos y controles o estudios de cohorte sobre factores que modifiquen la calidad de vida, para de esta manera, evaluar si existe o no un cambio significativo en la vida diaria de una mujer menopáusica.

Se debería utilizar como escala de medición estándar la MRS, para los futuros estudios acerca la calidad de vida, por ser completa, sencilla de llenar y no se necesita la intervención del personal de salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Brandão CWP. Ejercicio Físico Acuático en la Mejoría de la Calidad de Vida de la Mujer Menopáusica. 2011.
2. MUNDIAL. B. ESPERANZA DE VIDA AL NACER, MUJERES. [Online]. [cited 2014 Diciembre. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN/countries>.
3. Mónica del Prado A AFDJRFJDFJEBM. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). .
4. José Urdaneta M. MSc MCdVPMGV,NBZPACB. CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPAUSICAS CON Y SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL.. 2010.
5. Carrasco Poyatos MMGMVA. CAMBIOS EN LA FUERZA ISOMÉTRICA DE MUJERES POSTMENOPÁUSICAS TRAS EL EJERCICIO ACUÁTICO. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte. 2011; Vol. 13.
6. Raúl Muñoz Martin RMGPMPOSNSB. Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa. Nure Investigación. 2014; 70.
7. Pérez NP. Beneficio del ejercicio aeróbico sobre los síntomas vasomotores de pacientes postmenopáusicas.. HorizMed. 2013; 13: p. 15-24.
8. Reviews. CDoS. Amanda Daley, Helen Stokes Lampard, Christine MacArthur. Ejercicio para los síntomas menopáusicos y vasomotores.. 2011..
9. Rondón MB. Aspectos sociales y emocionales del climaterio: Evaluación y manejo. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54: p. 99-107.
10. Moore KI, II AFD. Anatomía con orientación clínica: Panamericana; 2003.
11. Ms. C. María Isabel Capote Bueno MCAMSPCOGZ. Climaterio y Menopausia. 2011; 27(4).
12. Salvador J. Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. 2008; 54.
13. U.A M. Variables Epidemiológicas en la Mujer Postmenopáusica. Ginecología y Obstetricia. 1999;; p. 10-18.
14. De Bruin JP BHVNP. The role of genetic factors in age at natural menopause. Human Reproduction. 2001.
15. Nelson HD HLNPea. Postmenopausal hormone replacement therapy. 2002.
16. Social IMdS. Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia. 2013..
17. COMARCA IFDL. Síntomas Vasomotores de la Menopausia. 2005; 13(8).
18. Rocío O. Actualización en el Manejo de la Menopausia. 2011.
19. Iberoamericano SEdMdFyCyCC. Guía de Práctica Clínica Menopausia Postmenopausia. 2004..
20. Alfaro MdL. Manejo de los Síntomas Climatéricos, Basado en la Evidencia. 2008; 54.
21. Carvajal DSD. Climaterio. 2010.
22. 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.
23. Cristina Larroy SGLL. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA

- SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LA MENOPAUSIA. 2004; 22.
24. Payá DRRZDEB. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CLIMATERIO. 2000.
 25. Cetina TCd. Los síntomas en la menopausia. 2006; 14(3).
 26. A. LEP, Rojas IC. Menopausia: panorama actual de manejo. 2011.
 27. Berrocal-Kasay A. La mujer en la menopausia: El problema de la osteoporosis. 2008;(54).
 28. Elías Álvarez-García ALM. ESTUDIO BIOQUIMICO DE LA MENOPAUSIA Y LA PERIMENOPAUSIA. 2010.
 29. Dr. Néstor O. Siseles DCPLLMC. Impacto de la Menopausia sobre Calidad y Expectativa de Vida de la Mujer en la mediana..
 30. J. SC. Menopausia y salud. 2010..
 31. NIH. Consensus Development Panel on Optimal Calcium Intake. 2009;(272).
 32. Reumatología. SEd. <http://www.ser.es/pacientes/osteoporosis..> [Online].; 2012.
 33. Llevadores. ACd. La menopausia, una etapa de la vida.. 2006.
 34. Aranda J GJ. Guía del Programa de Atención Integral a la mujer climatérica. Alimentación saludable para la mujer de 45 a 64 años.. 2003.
 35. Obesidad. SEpeEdl. Consenso Español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos.. 2006;(107).
 36. J. QI. Consejos y cuidados nutricionales en el climaterio.. 2010; 7.
 37. Segura R WSTJGC. Los minerales y la salud.. 2010..
 38. A. CG. Hábitos tóxicos y menopausia.. 2007.
 39. Edwards G APBTyc. Alcohol y salud pública.. 2007.
 40. Consum. GVCdSi. Programa de atención integral a la mujer climatérica.. 2002.
 41. P. L. Vitamins and Minerals. 2009;(28).
 42. Cordón Gutiérrez R MRA. <http://www.cofaran.es/oro9596/tema4-2.html..> [Online].; 2009.
 43. Flores Álvarez JC CAV. Climaterio y ejercicio físico: la experiencia de 6 centros de salud de la Comunidad Valenciana.. 2007;(20).
 44. Dilsen G OAGE. Papel de la actividad física en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. 2011;(188).
 45. DN. D. Tratado de obstetricia y ginecología Barcelona: Interamericana McGraw-Hill; 2010.
 46. MP. JdL. Menopausia. Educación para la salud.. 2005.
 47. M. G. Talking about menopause: A dialogic analysis. En: Thomas L (ed.). Research an adulthood and aging: The human science approach.. 2009.
 48. J. GT. ¿Qué es la menopausia? Hormonología, sintomatología física y aspectos psicosociales. 2007;(230).
 49. Palacios S MC. Guía de la menopausia.. 2008.
 50. Obstetricia. SEdGy. Protocolos asistenciales en ginecología y esterilidad.. 2008.
 51. Menopausia. AEpeEdl. Libro Blanco de la Menopausia en España.. 2010.
 52. Álvaro Monterrosa Castro ÁPCIRP. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. 2011; 24(2).
 53. Moure Fernandez L,ARR,PDMSAC. HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL

CLIMATERIO. 2010;(20).

54. N. Úbeda MBEAAyGVM. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. 2007.
55. Zylstra S HAYc. Efecto de la actividad física sobre la densidad ósea de la columna lumbar y cuello del fémur.. 2009;(10).
56. Aranda Lara P ALF. Hipertensión arterial en la mujer menopáusica. En: Cabero Roura A, ed. Postmenopausia y enfermedad vascular.. 1998.
57. Epifanio Andrés Cruz Martínez VCAJMTDBV. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. 2012.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO I: ESCALA MRS

NOMBRE _____

FECHA _____

ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?

Marque solamente una casilla en cada línea

No siente molestia Siente molestia leve Siente Molestia moderada Siente molestia importante Siente demasiada molestia



PUNTOS 0 1 2 3 4

1	Bochornos, sudoración, calores					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					

Para uso del profesional

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

8.2 ANEXO II: ESCALA PARA MEDIR ACTIVIDAD FÍSICA

¿A la semana cuanto tiempo usted realiza ejercicio físico?
Marque con una X

Menos de 130 minutos a la semana	
De 130 a 300 minutos a la semana	
Más de 300 minutos a la semana	

8.3 ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombres y Apellidos: _____

Fecha: _____

He sido invitada a participar en el estudio "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO". Entiendo que mi participación consistirá en responder las preguntas del cuestionario.

He leído las preguntas del cuestionario, he realizado preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para responder a las preguntas del cuestionario de la investigación.

Paciente

Investigadores

8.4 ANEXO IV: ENCUESTA

EL PROPOSITO DE ESTA ENCUESTA ES DETERMINAR COMO INFLUYEN LOS FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPAUSICAS.

INSTRUCCIONES:

- Lea cada una de las preguntas que se le plantean.
- Marque con una X, en los ítems a partir de la pregunta número 4
- Después de la pregunta número 10, se encuentra adjuntado el cuestionario MRS en el cual debe leer cada una de las preguntas planteadas y marcar con una X en el renglón que amerite su respuesta

1. Edad: _____ 2. Peso: _____ 3 Talla: _____

4. Estado civil: Marque con una X

Soltera _____
Casada _____
Viuda _____
Divorciada _____
Unión de Hecho _____

5. Nivel de Instrucción: Marque con una X

Sin escolaridad _____
Primaria _____
Secundaria _____
Superior o más _____

6. Actividad Física: ¿A la semana cuanto tiempo usted realiza ejercicio físico?

Marque con una X

Menos de 130 minutos a la semana _____
De 130 a 300 minutos a la semana _____
Más de 300 minutos a la semana _____

7. DIETA

7.1 Carbohidratos: ¿A la semana cuanto Ud. consume de carbohidratos?

Marque con una X

Nunca _____
1 - 2 veces _____
3 - 4 veces _____
5 o más _____

7.2 Proteínas: ¿A la semana cuanto Ud. consume de proteínas?

Marque con una X

Nunca _____
1 - 2 veces _____
3 - 4 veces _____
5 o más _____

7.3 Grasas: ¿A la semana cuanto Ud. consume de grasas?
Marque con una X

Nunca_____

1 - 2 veces_____

3 - 4 veces_____

5 o más_____

7.4 Vegetales: ¿A la semana cuanto Ud. consume de vegetales?
Marque con una X

Nunca_____

1 - 2 veces_____

3 - 4 veces_____

5 o más_____

7.5 Frutas: ¿A la semana cuanto Ud. consume de frutas?
Marque con una X

Nunca_____

1 - 2 veces_____

3 - 4 veces_____

5 o más_____

8. FUMA: Marque con una X

Si_____

No_____

9. UD CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS: Marque con una x

Si_____

No_____

10. CONSUME ALGUN TIPO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL: Marque con una X

Si_____

No_____

SI LA RESPUESTA ES SI, INDIQUE EL TIEMPO EN MESES