



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LA
POSMENOPAUSIA EN LAS MUJERES DE LA PARROQUIA
CHANGAIMINA DEL CANTON GONZANAMA DE ABRIL A
SEPTIEMBRE DEL 2014.”**

*Tesis previa la obtención
del título de Médico General*

AUTORA:

Jenny Marcela Loaiza Veintimilla.

DIRECTORA.

Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez

LOJA – ECUADOR
2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNL – DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación denominado **“Factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia en las mujeres de la parroquia Changaimina del Cantón Gonzanama de abril a septiembre del 2014.”**, realizado por la estudiante Jenny Marcela Loaiza Veintimilla; ha sido cuidadosamente revisado por el suscrito, con lo que se ha podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud Humana para la obtención del título de Médico General , por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico:

Loja, noviembre del 2015



Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Jenny Marcela Loaiza Veintimilla, egresada de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:.....

Autora. Jenny Marcela Loaiza Veintimilla

Cedula: 1104937774

Fecha: Loja 9 de noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Jenny Marcela Loaiza Veintimilla**, declaro ser autora de la Tesis titulada: **“Factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia en las mujeres de la parroquia Changaimina del Cantón Gonzanamá de abril a septiembre del 2014”**. Como requisito para optar al Grado de: **MÉDICO GENERAL** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los nueve días del mes de noviembre del dos mil quince, firma la autora.

FIRMA:.....

AUTOR: Jenny Marcela Loaiza Veintimilla

CÉDULA: 1104937774

DIRECCIÓN Ciudadela del Maestro Etapa II, Calles: El Salvador y Quebec

CORREO ELECTRÓNICO: jmarce_1991@hotmail.com

CELULAR: 0991082729

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez

TRIBUNAL: Presidenta: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.

Dr. Lindon Bismark Zapata Loaiza.

Dra. Karina Yessenia Calva Jirón.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi profesión, posteriormente a mis Padres y hermanos por ser el pilar fundamental en mi vida y que han sabido darme todo su apoyo para poder salir adelante, gracias de todo corazón.

A mis mejores amigos que me han acompañado en este largo trayecto de estudio y por saberme brindar cariño y compartir lindas experiencias en nuestro campo profesional.

A todas las personas que hicieron posible la realización de esta investigación

Jenny Marcela Loaiza Veintimilla

AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por permitirme avanzar cada día en mis estudios.

A mis padres por ser quienes me inspira cada día a ser mejor y que han sabido inculcar los valores necesarios para ser una buena persona.

A mis Maestros y a mi universidad, quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente, de forma especial a la Dra. Maritza Castillo que ha hecho posible la culminación de este trabajo.

Jenny Marcela Loaiza Veintimilla

a. TITULO

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LA POSMENOPAUSIA
EN LAS MUJERES DE LA PARROQUIA CHANGAIMINA DEL CANTON
GONZANAMA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2014”

b. RESUMEN

La presente Investigación tuvo como propósito, identificar los factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia en las mujeres de la Parroquia Changaimina del cantón Gonzanamá de Abril a septiembre del 2014.

La modalidad de investigación fue de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo, la muestra estuvo integrada por un número de 62 usuarias que cursan el periodo de posmenopausia y fueron atendidas en el Subcentro de Salud de la Parroquia Changaimina.

La obtención de la información se efectuó aplicando una ficha de recolección de datos, con ayuda de la Historia Clínica de las pacientes. Para el procesamiento estadístico se utilizó una relación absoluta y porcentual además de la representación gráfica.

Los resultados permiten concluir: que los factores de riesgo más importantes encontrados en las mujeres posmenopáusicas atendidas en el centro de salud de Changaimina corresponden al IMC > 30 en un 71%, sedentarismo con un 65%, y antecedentes de fracturas previas 37%; El número de factores de riesgo en las pacientes posmenopáusicas corresponde el 18% tienen menos de 3 factores de riesgo, el 60% de 3 a 5 factores de riesgo y el 22% más de 5 factores de riesgo además las principales complicaciones en las posmenopáusicas fueron: con mayor porcentaje atrofia urogenital 61%, osteoporosis en un 29% y Enfermedad cardiovascular 13 %.

Palabras clave: Factores de riesgo, complicaciones, mujeres posmenopáusicas.

ABSTRACT

The present Investigation had like intention, to identify the factors of risk and complications of the posmenopausia in the women of the Parish Changaimina of the canton Gonzanamá from April until September, 2014.

The investigation form was of descriptive, transverse and quantitative type, the sample was integrated by a number of 62 users who study the posmenopausia period and they were attended in the health Center of the Parish Changaimina.

The securing of the information I carry out applying a card of compilation of information, with help of the Case history of the patients. For the statistical prosecution an absolute and percentage relation was used in addition to the graphic representation.

The results show, that the most important risk factors found in posmenopausal women attending the health center for the Changaimina BMI > 30 to 71%, with 65% sedentary lifestyle, and history of previous fractures 37%; The number of risk factors in posmenopausal patients corresponds to 18% have less than 3 risk factors, 60% of 3-5 risk factors and 23% more than 5 risk factors besides the major complications were posmenopausal: urogenital atrophy highest percentage 61%, 29% osteoporosis and cardiovascular disease 13%.

Keywords: Risk factors and complications, posmenopausal women.

c. INTRODUCCIÓN

La posmenopausia es el período que comienza con la última menstruación (menopausia) y que se prolongaría hasta los 65 años según unos autores o hasta el final de la vida”. Se la considera como el periodo consecutivo de la menopausia, donde aparecen las complicaciones y los síntomas derivados de la falta de estrógenos y que se instauran de forma lenta y progresiva, siendo lo más característico el descenso de estradiol, y al no existir retroalimentación negativa, aumentarían las gonadotrofinas FSH y LH (Berek, 2008).

Las estadísticas de la (OMS, 2010) 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”.

La prevalencia de la osteoporosis aumenta con la edad. El estudio EVOS (The European Vertebral Osteoporosis Study) fija una prevalencia de osteoporosis del 16,8% en mujeres de 60-64 años y del 27,2% en edades superiores a 70 años. Para el 2010 se calcula una prevalencia del 30% en mujeres de más de 65 años.

No hay un único factor de riesgo que identifique qué mujeres van a sufrir una fractura. Es una suma de una serie de factores (alguno de ellos con más peso) los que van a identificar a la población en riesgo. Hay factores predictores de baja Densidad Mineral Ósea como edad, déficit estrogénica, bajo peso, historia familiar de osteoporosis y tabaco.

La edad es el factor de riesgo más importante. La probabilidad de sufrir algún tipo de fractura aumenta de forma exponencial a partir de los 50 años, siendo excepcional antes de esta edad. Por cada década, el riesgo de fractura aumenta entre 1,4 y 1,8 veces (Caplan & Swefney, 1982).

La mineralización ósea está relacionada con el índice de masa corporal (IMC), las personas con mayor peso corporal tienen una alta protección contra las fracturas por osteoporosis u otras causas. El mantenimiento de una adecuada composición corporal y peso a lo largo de la vida adulta conseguirán que se alcance la menopausia y la vejez con mejor densidad mineral ósea (Ponce y col., 2002; Oria, 2003). Las pacientes con un IMC bajo (< 19) tienen menor densidad mineral ósea (DMO) con una deficiente actividad osteoblástica debido a una menor carga mecánica sobre el hueso, con un menor freno de la actividad osteoclástica por una deficiente producción de estrona debido a la falta de panículo adiposo (Dargent-Molina y col., 1996). En el estudio MEDOS, se observó un mayor riesgo de fractura de cadera en personas con un IMC menor de 20 kg m^{-2} (OPS, 2002).

La posmenopausia es una etapa de gran trascendencia desde el punto de vista cardiovascular debido a la edad y a la acumulación de factores de riesgo asociados. Aumenta la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, diabetes y obesidad, además del deterioro de la función endotelial y hemostática, que incrementan el riesgo de complicaciones cardiovasculares, circunstancias que se han relacionado estrechamente con los cambios hormonales de este período de la vida de la mujer.

Víctor Marín, ginecólogo mexicano, miembro de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia (Flasym), explica que la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares representan del 20% al 25% de causas de mortalidad en las mujeres menopáusicas en el mundo.

Las investigaciones modernas han demostrado que la incidencia de la cardiopatía coronaria (CAD) en mujeres después de la menopausia salta a 400% de los valores antes de la menopausia, más altas que las en los hombres. A partir de entonces, cada diez años que pasan, la mortalidad de la CAD en mujeres después de la menopausia aumenta rápidamente por 700%.

En el Ecuador se puede registrar la población femenina de adultos mayores de la siguiente manera mujeres de 60 a 64 en un 25,5%, de 65 a 74 41,9% y

mayores de 75 un 32,6 %, además en la Parroquia Changaimina existen alrededor de 237 mujeres mayores de 65 años de una población total de 2741 habitantes, según datos del INEC 2010, lo que nos ayuda a determinar el porcentaje de mujeres que está cursando por el periodo de la posmenopausia.

Y con base a la problemática descrita y con el fin de tener una visión panorámica acerca de la realidad de las mujeres en periodo de posmenopausia del sector rural acerca de los factores de riesgo y complicaciones que las aquejan se ha considerado oportuno la realización de la presente investigación.

El tema estuvo fundamentado por ser un problema de salud, que afectan a las mujeres en general al finalizar su periodo reproductivo debido al déficit estrogénica que se produce a partir de los 40 años y asociándose a factores de riesgo puede conllevar a complicaciones futuras, además es de gran relevancia debido a que no hay suficientes estudios sobre los factores de riesgo y complicaciones que se pueden presentar en el periodo de la posmenopausia.

Con lo expuesto anteriormente, en la presente investigación se plantean los siguientes objetivos: Identificar los Factores de Riesgo y Establecer las complicaciones de la posmenopausia en las mujeres atendidas en el centro de salud de la Parroquia Changaimina del Cantón Gonzanamá.

La modalidad de investigación fue de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo, la muestra estuvo integrada por un número de 62 usuarias que cursan el periodo de posmenopausia y fueron atendidas en el centro de salud de la Parroquia Changaimina del Cantón Gonzanamá en el periodo Abril a septiembre del 2014.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. POSMENOPAUSIA

1.1. Definiciones.

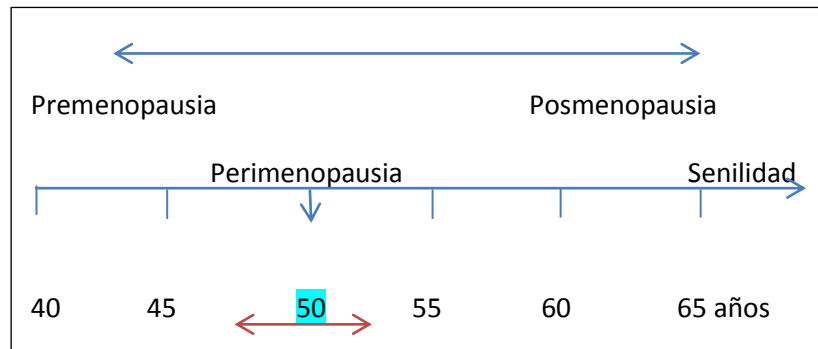


Figura 1 Ciclo de Posmenopausia

- **Climaterio**: “Es la época de vida de la mujer en la que se verifica la transición de la madurez sexual a la senectud y tiene una duración de 30 años” (Alfaro, 2008).
- **Menopausia**: De acuerdo a (Botero Uribe, 2004)

Se considera a la última menstruación, seguida de por la menos un año de amenorrea y divide al climaterio en dos fases premenopausia y posmenopausia. Edad promedio de la menopausia es de 49 a 50 años con amplias variedad según: la raza, nivel social, antecedentes personales y familiares y hábitos.
- **Menopausia artificial**: “que no se deba a castración, quirúrgica o de otro tipo, sino a causa de extirpación del útero con conservación de los ovarios o ablación endometrial, es difícil establecer el cese de la función ovárica” (Capote Bueno, Segredo Perez, & Gómez, 2007).

- **Menopausia natural:** “es un fenómeno programado, el envejecimiento del ovario es más precoz que el de otros órganos” (Capote Bueno, Segredo Perez, & Gómez, 2007).
- **Menopausia precoz:** “cuando la última regla se produce antes de los 45 años” (Capote Bueno, Segredo Perez, & Gómez, 2007).
- **Menopausia tardía:** Existencia de menstruaciones después de los 55 años.
- **Premenopausia:** abarca un periodo de 3 a 5 años en el que se muestran síntomas debidos a la deficiencia funcional de los ovarios.
- **Posmenopausia:** Según (Gori, 2003) señala:

Periodo de 7 a 10 años, en los que existe posibilidad de síntomas carenciales antes de llegar a la estabilidad de la vejes. Se la considera como el periodo consecutivo de la menopausia, donde aparecen las complicaciones y los síntomas derivados de la falta de estrógenos y que se instauran de forma lenta y progresiva, siendo lo más característico el descenso de estradiol, y al no existir retroalimentación negativa, aumentaran las gonadotrofinas FSH y LH.

El cese de la función ovárica se acompaña del aumento de una serie de enfermedades: osteoporosis, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, disfunción del suelo pélvico. Que son causa de una elevado morbimortalidad y que pueden ser prevenidas en parte.

2. Fisiología.

2.1. Cambios hormonales posmenopáusicos.

Tras la menopausia la FSH aumenta mucho más, hasta multiplicarse por diez, alcanzando niveles plasmáticos de 40mU/ml, estabilizándose más o menos hacia el final del primer año después de la menopausia, mientras que la LH

experimenta una lenta evolución ascendente y al cabo del año alcanzan sus mestas superiores multiplicándose por tres respecto a los que se observan en la fase folicular precoz.

Según (Berek, 2008) determina:

Unos 5 años después de la menopausia se produce un lento descenso de las gonadotropinas, que se hace brusco después de los 75 años cuando los estrógenos son ya irrelevantes, continua circulando una cierta cantidad que solo la involución senil de la hipófisis determina su desaparición total.

Seis meses después de establecida la menopausia el E2 queda con valores de 13pg/ml, valores, determinados por conversión periférica de otros esteroides (testosterona y estrona).

La aromatasa es una enzima que acciona el a granulosa de los folículos para la síntesis de estrógenos, pero puede existir en muchos órganos y tejidos (hígado, musculo, riñón, cerebro, piel,) y sobretodo en el tejido adiposo, siempre en el retículo endoplásmico. La aromatasa tiene la propiedad de sintetizar compuestos hormonales actuando sobre sustratos androgénicas en células diferentes de la de su producción, tiene una especificidad diferente según el lugar de acción. Así en el ovario forma estradiol, en la placenta estriol, y en la grasa estrona. En este alto punto es sumamente importante ya que en las mujeres obesas hay mayor producción de estrona.

En cuanto a la testosterona (T) plasmática disminuye muy poco después de la menopausia, en realidad un 14% de la T que habitualmente circula en la mujer se debe a la transformación periférica de O-4-androstenediona (AD) y como el climaterio gran parte de la AD disminuye pero aumenta su transformación en E1, el que la T circulante no disminuya solo puede deberse a un aumento de su producción.

2.2. Perfil Endocrino Posmenopáusico.

2.2.1. **Gonadotropinas.**- “Sobre todo la FSH esta elevada. Sin embargo, su acción es eficaz, aunque la LH conserva cierta actividad sobre la síntesis esteroidea del estroma ovárico con producción de testosterona” (Araya, Urrutia, & Cabieses, 2006).

2.2.2. **Estrógenos.**- “Los niveles plasmáticos de estradiol son mínimos. Su producción es escasa tanto a nivel ovárico como suprarrenal y su origen corresponde a la conversión periférica de testosterona y sobre todo de estrona” (Araya, Urrutia, & Cabieses, 2006).

La estrona se ha convertido en el estrógeno dominante y procede, en muy pequeña cantidad, del ovario, pero en mayor cantidad de la conversión periférica de androstenediona.

Tanto E1 como E2 son suficientes en la posmenopausia para mantener cierto trofismo en los genitales y más marcadamente en las mamas.

Las situaciones de estrés pueden inducir el incremento de androstenediona en las suprarrenales.

La grasa tiene importancia evidente y las obesas suelen padecer menos síntomas climatéricos, pero también es mayor en ellas en padecer hiperplasia y tal vez cáncer de endometrio.

2.2.3. **Andrógenos.** Según (Botero Uribe, 2004) se clasifican en :

- Androstenediona sufre un descenso en su producción de aproximadamente el 50%.
- Testosterona experimenta un escaso descenso de sus niveles plasmáticos.
- Dehidroepiandrosterona y sulfato de dehidroepiandrosterona sufren solo una disminución progresiva con la edad.

En conjunto el balance final del perfil endocrino posmenopáusico es el desequilibrio en el cociente andrógenos/estrógenos. Ello evidentemente tiene consecuencias fisiopatológicas sobre el organismo femenino.

3. Complicaciones.

3.1. Osteoporosis

3.1.1. **Definición.-** La (OMS, 2010) define a la osteoporosis como “una enfermedad caracterizada por una baja masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que provoca un aumento de la fragilidad del hueso y consecutivamente un incremento del riesgo de fracturas” (p. 94).

3.1.2. **Entidades morbosas.-** Existen dos clases de osteoporosis.

- **Secundaria:** que aparece como consecuencia de diversas enfermedades o trastornos metabólicos o incluso tras la ingestión de distintos medicamentos.
- **Primaria** que puede ser de dos tipos.
 - ✓ Tipo I: posmenopáusica; aparece en mujeres entre los 50 y 70 años y afecta al tejido trabecular o esponjoso.
 - ✓ Tipo II: senil; de aparición tardía que puede afectar a ambos sexos.

3.1.3. **Fisiología.-** Los huesos a lo largo de la vida están sometidos a un proceso de remodelación mediante un mecanismo de reabsorción ósea modulada por los osteoclasto y otro de osteosíntesis encargada de los osteoblastos, todo esto regido por un complejo sistema hormonal y de factores de crecimiento en el que en la mujer los estrógenos asumen un cierto papel pues se dice que inhiben la reabsorción ósea y facilita la absorción intestinal de calcio promoviendo un balance calcio positivo.

Según (Saga & De la Fuente, 2011) explica:

La masa ósea (MAO) aumenta progresivamente en las tres primeras décadas de vida, alcanzando su pico máximo a los 35 años. Posteriormente se observa una pérdida ósea en ambos sexos que oscila entre 0,5 a 1% cada año, siendo más marcada en la mujer cuando empieza el déficit ovárico de estrógenos. Por tanto la pérdida de MO se inicia en la premenopausia, pero será manifiesta a los 5 a 10 años posteriores a la menopausia.

3.1.4. Factores de riesgo.- Como lo manifiesta (Rodríguez, Valdivia, & Trincado, 2007):

No hay un único factor de riesgo que identifique que mujeres van a sufrir una fractura. Es una suma de una serie de factores (alguno de ellos con más peso) los que van a identificar a la población en riesgo.

Hay factores predictores de baja DMO como edad, sexo femenino, déficit estrogénica, raza blanca, bajo peso, historia familiar de osteoporosis, tabaco, enfermedades osteopenizantes y fármacos. Además hay factores de riesgo de fractura que son independientes de la DMO y son los más importantes a la hora de tomar decisiones en la clínica. Los de mayor consistencia (riesgo relativo > 2) según un reciente meta-análisis son edad avanzada, antecedentes personales de fractura por fragilidad después de los 50 años, antecedente familiar de primer grado de fractura de cadera, bajo índice de masa corporal (IMC) (< 19 Kg/m²), artritis reumatoide, inactividad física, consumo de tabaco, alcohol y glucocorticoides.

- La edad es el factor de riesgo más importante. La probabilidad de sufrir algún tipo de fractura aumenta de forma exponencial a partir de los 50 años, siendo excepcional antes de esta edad. Por cada década, el riesgo de fractura aumenta entre 1,4 y 1,8 veces. La incidencia máxima de fractura vertebral se produce a los 73-75 años, la fractura de cadera a

los 80-85 años y la fractura de Colles a los 65-67 años⁸. La mujer en la peri y posmenopausia es el grupo poblacional más susceptible.

- La actividad física es uno de los factores de estilo de vida que más influye. La actividad física influye positivamente en el desarrollo óseo y de su microarquitectura. Aunque no hay evidencia sólida de la eficacia del ejercicio físico en la reducción de la pérdida de masa ósea en la postmenopausia, se ha asociado a una mejora en la movilidad y función muscular que disminuye el riesgo de caídas y fracturas en ancianos.
- El tabaquismo, se han realizado estudios en animales de experimentación que evalúan los efectos de la nicotina sobre la densidad mineral ósea. LA nicotina y los extractos del tabaco inhiben la síntesis de colágeno y la actividad mitocondrial en cultivos de células de embrión de pollo (Calvin et al., 1988). Se encontró que nicotina suprime la proliferación celular y que estimula la fosfatasa alcalina en células de osteosarcoma de rata y que altera el metabolismo osteoblástico, con un efecto dosis y tiempo-dependiente en la supresión de la incorporación de 3-hidroxitimidina (Fang et al., 1991).
- Factores nutricionales, como el calcio y la vitamina D, actúan sobre el pico de masa ósea y la pérdida ósea relacionada con la edad. Además, los valores bajos de vitamina D podrían relacionarse con la patogenia de las fracturas, principalmente de cadera. Las necesidades diarias de vitamina D en un adulto son 400-800 UI/día. Una exposición solar 10 min/día, en el 10% de la superficie corporal 3 veces/semana sería suficiente para prevenir el déficit de vitamina D. En ancianos se ha observado un aporte disminuido y una reducción intestinal de la absorción de vitamina D. En España se observan valores bajos de vitamina D. En algunos estudios se ha determinado que el 64% de las mujeres posmenopáusicas presentaba déficit de vitamina D.
- Las caídas son un factor de riesgo muy importante de fractura, fundamentalmente en pacientes femeninas que cursan el periodo de

postmenopausia. Se ven favorecidas por el uso de ciertos fármacos (hipnóticos, sedantes, antidepresivos, hipotensores, hipoglucemiantes, anti arrítmicos), necesidad de usar los brazos para levantarse de la silla, vivienda con habitabilidad defectuosa, calzado inadecuado, defectos visuales, deterioro cognitivo, alteraciones neuromusculares o enfermedades asociadas a un mayor riesgo de caídas.

Factores de Riesgo de Osteoporosis
<ul style="list-style-type: none">○ Menopausia precoz○ Delgada○ Blanca○ Nulípara○ Fumadora○ Bebedora social○ Consumo de café○ Dieta Hiperproteica○ Vida sedentaria.

3.1.5. **Clínica.**- Según (Pérez, 2013) demuestra:

La osteoporosis se conoce como epidemia silenciosa, porque muchas mujeres pueden llegar a una edad avanzada con un grado de osteoporosis establecido sin aparición de síntomas.

Es frecuente sin embargo:

- Disminución de la talla, que se debe a un adelgazamiento progresivo de las vértebras y al contactarse los arcos costales con las crestas iliacas constituyéndose la hiperlordosis lumbar y aumento de la cifosis.
- Dolores lumbares, mal delimitados, ocasionalmente irradiados a la pelvis, pero más a menudo es un dolor crónico por espasmo de los músculos paravertebrales.

- La complicación más importante es la presentación de fracturas, que afecta en primer lugar a las vértebras, después al cuello del fémur y rara vez zona distal del radio.

3.1.6. **Diagnóstico.-** Con respecto (Berek, 2008) refiere “La densitometría por radiología digital cuantitativa es el método más usado y suele realizarse habitualmente a nivel lumbar y en cuello femoral” (p. 39).

Resultados:

- Osteopenia -1 a -2.5n DE(derivaciones estándar)
- Normal > -1 DE
- Osteoporosis < -2.5 DE

Se recomienda un estudio de Densidad Mineral Ósea (DMO) en todas las mujeres con 65 o más años, independientemente de sus factores de riesgo y en mujeres posmenopáusicas más jóvenes con uno o más factores de riesgo y en toda mujer menopausia con fracturas por traumatismo de bajo impacto se debe asumir la osteoporosis.

3.1.7. **Tratamiento de la Osteoporosis.-** Para (Berek, 2008) sugiere:

- La mayoría de las mujeres tienen una alimentación deficiente de calcio y vitamina D y se beneficiaran con la toma de 1000 a 1500mg de calcio y de 400 a 800UI de vitamina D diarios que se pueden conseguir en la dieta o con complejos de vitaminas y minerales.
- Calcitonina, sintetizada por las células C de la tiroides, inhibe la reabsorción producida por los osteoblastos. Se administran por vía parenteral descansando 15 o 20 días cada mes. (dosis 200UI intranasales o 100UIIM diarias)
- Difosfonatos, son compuestos sistémicos que actúan como análogos de los pirofosfatos que inhiben la reabsorción ósea y aumentan el contenido de calcio en el hueso. Efectos secundarios sobre todo digestivos. Alendronato

(35-70mg semanales), Risedronato (35mg semanales) y Ibandronato (150mg mensuales).

- SERM, se ha utilizado el tamoxifeno, pero sobretodo el raloxifeno que tiene pocos efectos secundarios y se administra 60mg diarios de forma continua.

3.2. Patología Cardiovascular.

La Enfermedad Cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial. El incremento de riesgo coronario está ligado sobre todo al incremento de factores de riesgo que aparecen con la edad. El envejecimiento, la hipertensión arterial, la dislipemia, la diabetes, el hábito tabáquico, el sedentarismo, la obesidad y los antecedentes familiares son los factores más importantes y se potencian entre sí.

De acuerdo (Botero Uribe, 2004) aclara:

La patología cardiovascular es la primera causa de muerte en la mujer, siendo la responsable del 45% de la mortalidad. Los factores de riesgo no modificables son la edad y los antecedentes familiares, y los modificables, el tabaco, la obesidad y la vida sedentaria. Las patologías médicas asociadas con un incremento de riesgo de enfermedad cardiaca son la diabetes, la hipertensión, y la hipercolesterolemia.

Las medidas importantes para reducir los riesgos de la patología cardiaca son la advertencia de que altere los factores de riesgo modificables y el tratamiento adecuado de la diabetes, la hipertensión. Y la hipercolesterolemia. En el pasado se creía que la TH (Terapia hormonal) podría prevenir la patología cardiaca. De hecho se han publicado estudios epidemiológicos que informan de una disminución de cerca del 50% de la patología cardiaca en las mujeres tratadas con TH. Esta reducción observada en la patología coronaria se pensaba que era secundaria a los efectos beneficiosos de la TH sobre los lípidos y por acciones directas sobre la pared vascular. Pero los estudios experimentales están sujetos a sesgos, y las mujeres que aceptan el

tratamiento generalmente tienen de patología cardíaca que las que no lo aceptan.

El estudio aleatorio y controlado WHI, sobre la TH combinada frente a placebo, mostró que la TH no solo prevenía la patología cardíaca en la mujer sana, sino, de hecho, aumentaba el riesgo de accidente cardiovascular. El WHI es un estudio de 15 años patrocinado por los National Institutes of Health que investiga las formas de prevenir la patología cardíaca, la osteoporosis y los cánceres de mama y colo-rectal en la mujer. Hay diversos estudios distintos dentro del WHI que implica a más de 160.000 mujeres postmenopáusicas sanas. El estudio controlado y aleatorizado WHI incluyó a cerca de 16.000 mujeres en Estados Unidos, con edades comprendidas entre 50 y 79 años. La media de la edad de la mujer en este estudio fue de 63 años. El objetivo principal del WHI fue determinar si la TH combinada, con estrógenos y gestágenos, prevenía la patología cardíaca y las fracturas, y si había riesgo asociado con la TH. Tras una media de 5 años de seguimiento, la patología cardíaca y el ictus estaban significativamente aumentados en las mujeres con TH en un 29 y un 41%, respectivamente.

Según (Pérez, 2013) determina:

Aproximadamente 11000 mujeres sin útero participaron en un estudio WHI distinto, y fueron distribuidas aleatoriamente para tratamiento con estrógenos solos o placebo. Tras una media de seguimiento de 7 años, no hubo incremento del riesgo de enfermedad cardíaca e las que tomaron estrógenos. Pero el tratamiento con estrógenos tuvo efectos secundarios vasculares, incrementando el riesgo de ictus en un 39%, y el trombo embolismo en un 33%.

Parece que TH no ayuda a la prevención de la patología cardiovascular, no solo en las mujeres sanas, sino tampoco en las que tienen enfermedad cardíaca establecida. El estudio Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS), estudio aleatorizado y controlado con placebo sobre el tratamiento con estrógenos-gestágenos combinados para la prevención

secundaria de la patología cardíaca, tampoco mostro una reducción en los accidentes cardiovasculares. En general no hubo ninguna diferencia significativa en los resultados cardiovasculares entre TH y el tratamiento placebo. Sin embargo, si hubo un factor tiempo importante, apareciendo más accidentes cardiovasculares durante el primer año de H y menos en el cuarto y quinto.

Los estudios WHI y HERS solo estudiaron el tratamiento con estrógenos equinos conjugados y acetato de medroxiprogesterona, pero los efectos de otros estrógenos orales, del estradiol transdérmico y de la TH cíclica o el tratamiento con otros gestágenos, puede ser diferente. Además, la media de edad de las mujeres que participaron en estos estudios fue de 15 años más que la de las mujeres que habitualmente inician la TH para el tratamiento de los síntomas vasomotores. Es posible que este inicio más precoz de la TH provoque un perfil de riesgo-beneficio más favorable. En ausencia de datos de estudios controlados y aleatorizados, el abordaje conservado es asumir que los riesgos de las distintas pautas de TH son similares.

La mujer antes de la menopausia está protegida frente a accidentes cardiovasculares y es excepcional el infarto de miocardio mientras se mantiene una función ovárica normal. Ello se atribuye a la acción de los estrógenos sobre la pared vascular a través de dos mecanismos:

- Aumento de HDL y descenso de LDL con la consiguiente disminución de la formación de ateromas.
- Aumento de óxido nítrico en las células endoteliales de las arterias, en especial de las coronarias que favorece a la vasodilatación.

En el cese de la función ovárica se aprecia un incremento de accidentes vasculares agudos, en especial coronarios, siendo más marcado en la menopausia precoz. Conjuntamente a esto la alimentación, la raza, el tabaco el estrés, la obesidad, la hipertensión y la diabetes son factores de riesgo que pueden estar implicados en la posmenopausia y que pueden ser valorados oportunamente en el contexto de los accidentes vasculares en general.

3.2.1. Factores de Riesgo.- El estudio INTERHEART demostró que nueve factores pueden relacionarse con el 90% del riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio (IAM). La dislipidemia, la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo (TBQ), la obesidad, la diabetes mellitus (DM) y el estrés fueron los más importantes y determinantes del riesgo. Por otro lado, la práctica de actividad física, la ingesta regular de frutas y verduras y el consumo de cantidades limitadas de alcohol podrían tener un efecto protector.

Como lo manifiesta (Perez Sánchez, 2005)

En el sexo femenino, el TBQ incrementa el riesgo de ECV al doble y en fumadoras importantes, 6 veces más. Las mujeres con DM tienen un riesgo 3 veces mayor, al igual que aquellas con obesidad. La HTA puede triplicar y la dislipidemia duplicar el riesgo de IAM.

4. OTRAS COMPLICACIONES

4.1. Atrofia urogenital.

Según (Araya, Urrutia, & Cabieses, 2006) señalan:

La atrofia urogenital, también referida como vaginitis atrófica o sequedad vaginal, es una patología frecuente que afecta al 15% de las mujeres premenopáusicas, entre el 10% y 40% de la población posmenopáusica y hasta el 25% de aquellas bajo terapia hormonal. (p. 196)

Sin embargo, señalan los autores, tabúes sociales, culturales y religiosos sobre sexualidad, menstruación y menopausia inhiben el debate sobre sequedad vaginal y sexualidad con los profesionales de la salud. A comienzos de los años 90, el 70% de los productos para el tratamiento de esta patología fue adquirido en farmacias, dado que muchos de ellos son de venta libre. Por lo tanto, los farmacéuticos cumplen un papel importante en el asesoramiento de estas pacientes.

4.1.1. **Fisiopatología.**- (Berek, 2008) indica:

La atrofia urogenital debido a la pérdida estrogénica se caracteriza por diversos cambios fisiológicos. El examen pelviano revela un epitelio delgado y pálido, con pérdida de la rugosidad normal. También se observa disminución de la grasa subcutánea con escasa lubricación. El pH del flujo vaginal en la posmenopausia se torna más alcalino, fenómeno que induce alteraciones de la flora normal y aumento de la susceptibilidad a infecciones. Además, con el descenso de estrógenos, la vejiga y la uretra se atrofian, lo que origina incontinencia.

El extendido vaginal es el método diagnóstico convencional en caso de atrofia posmenopáusica. El pH vaginal es considerado un marcador de estrogenización uretral. Por último, el endometrio con un espesor de 4 a 5 mm de acuerdo a la evaluación ecográfica también revela estrogenización inadecuada.

4.2. **Cáncer de Mama.**

De acuerdo (Azana, 1999) determina:

El cáncer de mama es el más frecuente e la mujer, la segunda causa de muerte por cáncer y la principal preocupación sanitaria de la mujer posmenopáusica. Los factores de riesgo de CA de mama son la edad, menarquia precoz, la menopausia tardía, antecedentes familiares y la patología mamaria previa, muchos de estos factores de riesgo concuerdan con la hipótesis de que la exposición prolongada a los estrógenos incrementa el riesgo de Ca de mama.

La TH a largo plazo se ha asociado con incremento del riesgo de cáncer de mama. Los estudios no experimentales muestran un riesgo relativo de, aproximadamente, 1,3 con Th a largo plazo (habitualmente definida como, más de 5 años). Los resultados de varios estudios sugieren que el riesgo de cáncer de mama asociado con el tratamiento con estrógenos solo puede ser menor y mayor el riesgo con el tratamiento de estrógenos y gestágenos. El estudio WHI

demonstró su incremento (26%) significativo del riesgo de cáncer de mama invasor tras el tratamiento con TH durante cerca de 5 años. En las mujeres histerectomizadas, no hubo incremento del riesgo de cáncer de mama tras una media de 7 años de tratamiento con estrógenos solos.

También (Botero Uribe, 2004) sugiere:

LA realización de una mamografía anual en las mujeres mayores de 50 años reduce la mortalidad del cáncer de mama. También se recomienda la autoexploración de la mama mensual y que las mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama no utilicen la TH, o que solo lo hagan a corto plazo. (p. 204)

4.3. Enfermedad de Alzheimer

“La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia. Las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres de desarrollar esta enfermedad” (Morgan & Siddighi, 2006). Varios estudios pequeños y no experimentales han sugerido que la terapia hormonal puede reducir el riesgo de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo un estudio aleatorio y controlado en mujeres con Alzheimer de leve a moderada muestra que el tratamiento con estrógenos durante un año no disminuyó la velocidad de la enfermedad, ni mejoró la capacidad cognoscitiva.

4.4. Alteraciones Psíquicas.

Según (Molina & Moreno, 2014) interpreta:

Los cambios en los hábitos del sueño, con insomnio frecuente (independientemente de los relacionados con los sofocos), son el síntoma psíquico más común. También suelen aparecer irritabilidad, cambios bruscos de humor, estados de ansiedad, dificultades de concentración en tareas intelectuales, pérdida de la memoria, tendencia a la melancolía y tristeza. (p. 186)

Sin duda las alteraciones hormonales y de los neurotransmisores contribuyen a estas situaciones, pero no puede olvidarse la posibilidad de una neurosis de transición en pacientes que viven su menopausia como expresión de un periodo en que se produce una serie de condicionamientos: pérdida de la capacidad reproductiva, decaimiento del atractivo físico y abandono de los hijos.

Las depresiones graves se producen en raras ocasiones y siempre sobre un fondo previo de personalidad neurótica o psicótica, pero son frecuentes los estados de depresión leve.

e. MATERIALES Y METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, cuantitativo que se realizó en las mujeres posmenopáusicas.

ÁREA DE ESTUDIO

Lugar: Subcentro de Salud de la Parroquia Changaimina.

TIEMPO

El presente estudio se realizó en el periodo de Abril - Septiembre 2014

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Estuvo conformado por 237 mujeres mayores de 45 años de edad que habitan en la parroquia Changaimina.

Muestra:

- La conformaron 62 mujeres posmenopáusicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes posmenopausia atendidas en el Centro de Salud de la Parroquia durante el periodo de abril a septiembre del 2014
- Pacientes que decidan participar en el presente estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no estén cursando por el periodo de postmenopausia, atendidas en el Centro de salud de la parroquia Changaimina durante el periodo de abril a septiembre del 2014.

- Pacientes con enfermedades metabólicas o endocrinas que alteran la homeostasis hormonal.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

La técnica empleada para el cumplimiento de la presente investigación fue la aplicación de una ficha de recolección de datos, constituida por preguntas de opción, basadas en la información contenida en el marco referencial y en correspondencia a los objetivos planteados en la investigación, además la utilización de la Historia Clínica de donde se obtuvo datos que tengan relación con la situación de las pacientes.

Para la elaboración de la presente investigación.

En primer lugar se solicitó el permiso pertinente a las autoridades del Centro de Salud de la Parroquia Changaimina (Anexo 1), para permitir el acceso a las historias clínicas de las pacientes posmenopáusicas atendidas en el periodo abril a septiembre del 2014, además se aplicó una ficha de recolección de datos (Anexo 2) donde están registrados los factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia, previa autorización emitida por las pacientes al firmar el consentimiento informado (Anexo 3).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos a lo largo del periodo del estudio se utilizó:

- Microsoft Office :
- Excel 2010 y Word 2010.

Para la obtención de resultados se utilizó el análisis estadístico descriptivo, a través de tablas, gráficos y medidas que permitan analizar los resultados de una manera cuantitativa.

f. RESULTADOS

TABLA 1. Edad de las pacientes posmenopáusicas

Rango Mínimo	Rango Máximo	Media	Moda
58 años	82 años	68 años	60 años

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaboración: Jenny Loaiza Veintimilla.

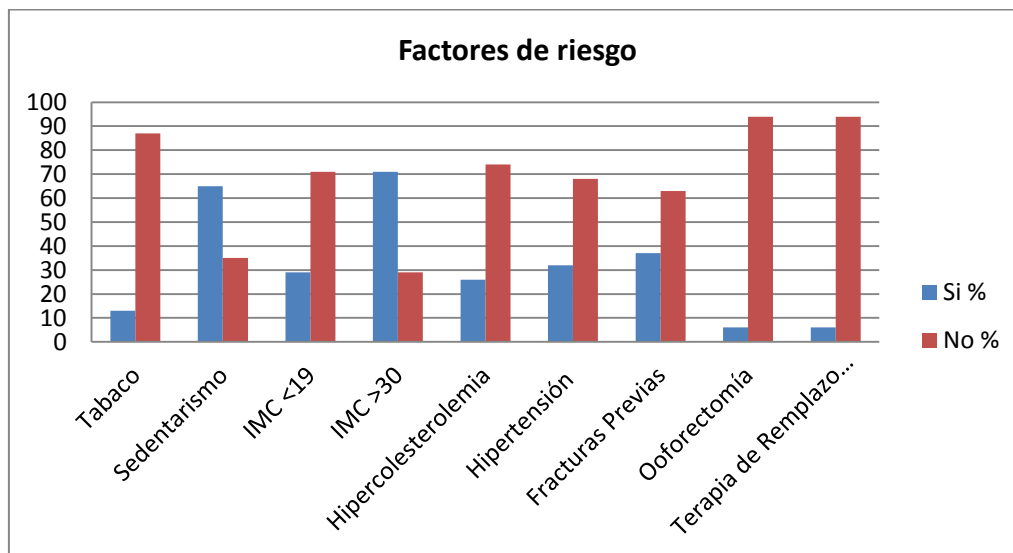
Análisis: La media de edad de las pacientes fue de 68 años con un rango mínimo de 58 y un rango máximo de 82 años.

TABLA 2. Factores de Riesgo de complicaciones en las pacientes posmenopáusicas

Factores de Riesgo de Complicaciones	Si		No		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Tabaco	8	13	54	87	62	100
Sedentarismo	40	65	22	35	62	100
IMC <19	18	29	44	71	62	100
IMC >30	44	71	18	29	62	100
Hipercolesterolemia	16	26	46	74	62	100
Hipertensión	20	32	42	68	62	100
Fracturas Previas	23	37	39	63	62	100
Ooforectomía	4	6	58	94	62	100
Terapia de Reemplazo Hormonal	4	6	58	94	62	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaboración: Jenny Loaiza Veintimilla.

Gráfico 1.



Análisis: El 71% de pacientes presento IMC >30 como principal factor de riesgo, seguido del sedentarismo en 65%. El resto de factores ocuparon un menor porcentaje.

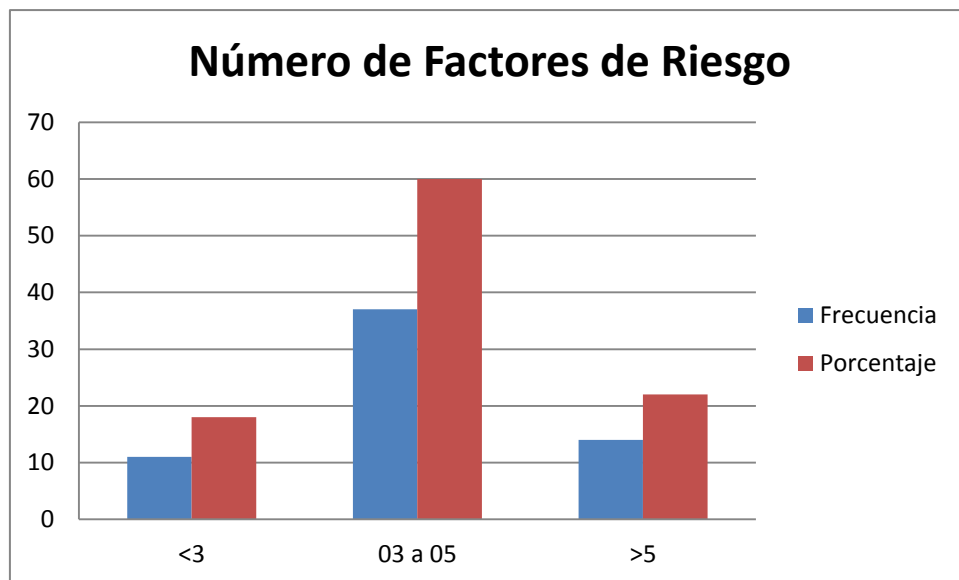
TABLA 3. Número de Factores de Riesgo de Complicaciones en las pacientes posmenopáusicas

Número de Factores de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
<3	11	18
3-5	37	60
>5	14	22

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaboración: Jenny Loaiza Veintimilla.

Gráfico 2.

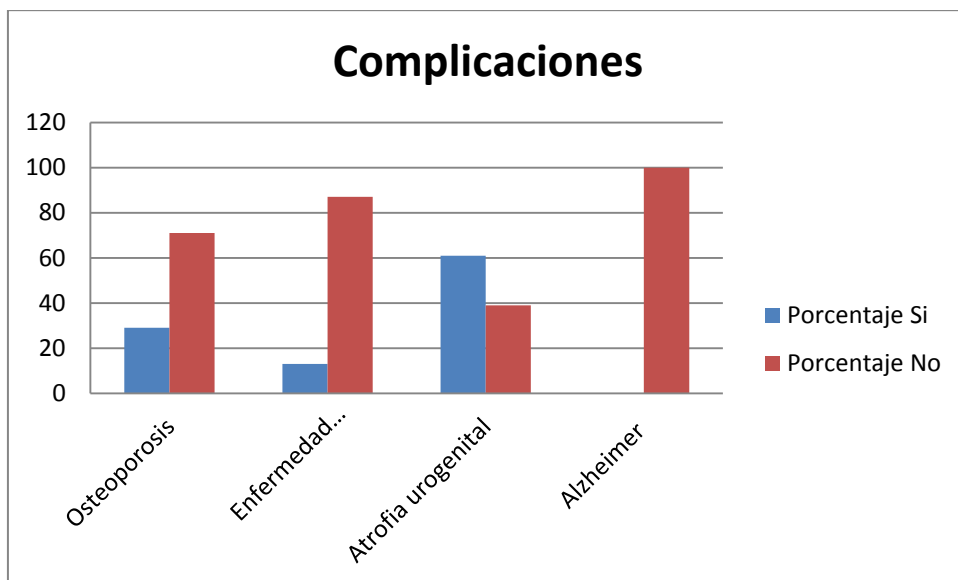


Análisis: El 60% de las pacientes presentaron entre 3-5 factores, mientras que el 22% corresponde a más de 5 factores de riesgo.

TABLA 4. Complicaciones en las pacientes posmenopáusicas.

Complicaciones	Si		No		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Osteoporosis	18	29	44	71	62	100
Enfermedad Cardiovascular	8	13	54	87	62	100
Atrofia urogenital	38	61	24	39	62	100
Alzheimer	0	0	62	100	62	100

GRAFÍCO # 4



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaboración: Jenny Loaiza Veintimilla.

Análisis: Del 100% de pacientes, el 61% presento como principal complicación la atrofia urogenital, mientras que el 29% corresponde a la osteoporosis. Las demás complicaciones tuvieron menor porcentaje.

g. DISCUSIÓN

Las mujeres que cursan el periodo de la posmenopausia pueden verse sujetas a diversas complicaciones, ligadas a determinados factores de riesgo.

El presente estudio fue realizado en el Subcentro de Salud de Changaimina, a 62 pacientes que cursaban la etapa de posmenopáusica, La media de edad se encontró entre los 68 años, con un rango mínimo de edad de 58 años y un rango máximo de 82 años.

En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares en este estudio, se encontró: IMC > 30 71%, sedentarismo 65%, Hipertensión arterial 32%, Hipercolesterolemia 26% y tabaquismo 13%, estos datos concuerdan con el estudio realizado por Horacio M. y colaboradores en el año 2013 en Argentina, donde la edad promedio descrita fue de 51 años y se evaluaron la presencia de factores de riesgo cardio vascular; hallando Hipertensión Arterial en un 22%, hipercolesterolemia en un 67,7%, hipertrigliceridemia en 30%, C-HDL < 50 mg/dl 20%, Diabetes Mellitus 4%, Síndrome Metabólico en 19,4%, con sobrepeso y/u obesidad 65%, Tabaquismo en un 22,5%, sedentarismo en la mitad de las pacientes.

Como dato relevante el 94% de pacientes que formaron parte de este estudio no han recibido ningún tipo de Terapia de Reemplazo Hormonal como parte de prevención o tratamiento terapéutico, circunstancia que podría predisponer el riesgo de algún tipo de complicación posmenopáusica; sin embargo tan solo el 6% de pacientes ha recibido terapia de reemplazo hormonal posterior a ooforectomía bilateral temprana.

Los factores de riesgo relacionados a osteoporosis posmenopáusica encontrados en el presente estudio corresponden a: sedentarismo 65% fracturas previas 37%, IMC < 19 29%, tabaquismo 13% y Ooforectomía 6%; estos porcentajes se correlacionan con el estudio realizado por la MsC.

Dayana Couto y Colaboradores a 146 mujeres, en etapa Climatórica del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el 2010, donde se describieron como factores de riesgo de osteoporosis la Ooforectomía bilateral en un 37,6%, fracturas previas en 2,7%, IMC<18 en un 17,8% y hábito de fumar en 6,8%.

En relación al número de factores de riesgo descritos anteriormente encontrados en las pacientes posmenopáusicas, podemos decir que el 60% presentó entre 3 a 5 factores y el 22% más de 5 factores de riesgo. No encontrándose estudios que puedan predecir el riesgo de padecer una u otra complicación según el número de factores de riesgo encontrados.

En lo referente a las complicaciones posmenopáusicas encontradas en las pacientes que formaron parte del estudio tenemos: la atrofia urogenital en un 61%, como principal complicación. Se observa similitud con un estudio de Monterrosa y Colaboradores, realizado en las poblaciones indígenas de Colombia en el año 2009, donde se describe a la sequedad vaginal como principal complicación en un 74%.

Otra de las complicaciones encontradas en las pacientes posmenopáusicas que formaron parte del presente estudio investigativo fue la osteoporosis hallada en un 29%, porcentaje que guarda relación con el estudio realizado en 146 mujeres, en etapa climatórica del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba en el año 2010, donde se reportó la osteoporosis en un 37% como complicación posmenopáusica en sus pacientes.

En un menor porcentaje (13%) se encontró en este estudio como complicación posmenopáusica a la enfermedad cardiovascular, hallazgo similar reportado en el estudio realizado por Carmen Armida Iñigo Riesgo y Colaboradores en el año 2009 realiza en México en: la clínica de climaterio de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Gineco-Obstetricia (HGO) del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se evidencio que la enfermedad isquémicas del corazón y

cerebrovasculares contribuyeron con 17.7% a la mortalidad de mujeres con edad promedio de 38 a 55 años.

h. CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo relacionados a complicaciones posmenopáusicas corresponden a: IMC > 30 en un 71%, sedentarismo con un 65%, y antecedentes de fracturas previas 37%.
2. El 60% de pacientes presentaron entre 3-5 factores de riesgo relacionados a complicaciones posmenopáusicas, el 22% presentó más de 5 factores asociados.
3. Las principales complicaciones que se encontraron en las posmenopáusicas fueron: atrofia urogenital 61%, osteoporosis 29% y Enfermedad cardiovascular 13 %.

i. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales de salud, enfatizar sobre puntos clave dentro de la consulta médica, que permitan orientar a la usuaria e informar sobre temas de importancia como factores que influyen para la aparición de complicaciones en esta etapa de la vida.
2. Establecer oportunamente tratamientos individualizados e integrales en el manejo de complicaciones posmenopáusicas, mejorando así la calidad de vida de este tipo de pacientes.
3. Realizar estudios similares con pacientes en etapa posmenopáusica, integrando otro tipo de variables, como terapia de remplazo hormonal.

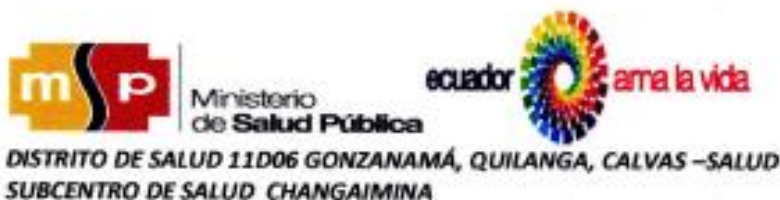
j. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, S. (1999). Factores que influyen en la edad de la menopausia. *Revista Panamericana de Salud Pública. Revista Panamericana de Salud Pública*, 123.
- Alfaro, M. (2008). Manejo de los síntomas climatéricos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 79-84.
- Araya, A., Urrutia, M., & Cabieses, B. (2006). Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Ciencias y enfermería*, 19-27.
- Azana, M. (1999). *Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 6 de junio de 2014, de Terapia hormona sustitutiva en la menopausia: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/hormonal.pdf>.
- Berek, J. (2008). *Ginecología de Novak*. España: Timothy C.
- Botero Uribe, J. (2004). *Obstetricia y Ginecología*. Bogotá: Universidad de Antioquía.
- Caplan, R., & Swefney, W. (1982). *Avances en Obstetricia y Ginecología*. Barcelona: Rosellon.
- Capote Bueno, M. I., Segredo Perez, A. M., & Gómez, O. (2007). *Climaterio y Menopausia*. Recuperado el 3 de junio de 2014, de Revista Cubana Médica: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013
- CONETEC. (2009). *Guía Práctica Clínica GPC*. Recuperado el 16 de mayo de 2014, de Atención de los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la Posmenopausia: [salud,www.conetec.salud.gob.mx](http://salud.www.conetec.salud.gob.mx)
- Couto, D., Nápoles, D., & Deulofeu, I. (2011). *Osteoporosis posmenopausia según densitometría ósea*. Madrid: Medisan.
- Daley, A., Stokes, H., & Lampard, C. (2009). *Biblioteca Cochrane Plus*. Recuperado el 2 de junio de 2014, de Ejercicio para los síntomas menopáusicos vasomotores: [10.1002/14651858.CD006108,http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208672411&DocumentID=CD006108](http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208672411&DocumentID=CD006108).

- Dorkas. (2005). *Manual CTO de Medicina y Cirugía*. Recuperado el 16 de mayo de 2014, de Ginecología y Obstetricia : <http://es.slideshare.net/DorkasDorkasGaez/manual-cto-ginecologia-y-obstetricia-33288209>.
- Gori, J. (2003). *Ginecología de Gori*. España: El Ateneo.
- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 21 de 04 de 2014, de <http://www.inec.gob.ec>
- Molina, A., & Moreno, A. (2014). *Comocimientos, actitudes y prácticas en el climaterio y menopausia en mujeres de consulta externa del Dispensario Central del IESS*. Cuenca.
- Morgan, M., & Siddighi, S. (2006). Atención prenatal. *Ginecología y obstetrica*, 34-42.
- Navarro, M. C., Saavedra, P., Castro, R., Bonet, M., & Sosa, M. (2010). Morbilidad en mujeres postmenopáusicas pobres. *Médica Chile* , 123.
- OMS. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de enero de 2015, de Drogas y salud mental: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
- Perez Sánchez, L. (2005). *Obstetricia*. España: Medica Panamericana.
- Pérez, N. (2013). *Beneficio del ejercicio aeróbico sobre los síntomas vasomotres de pacientes postmenopáusicas*. Cuba: Horizonte .
- Rodríguez, J., Valdivia, G., & Trincado, P. (2007). Fracturas vertebrales, osteoporosis y vitamina D en la posmenopausia: Estudio en 555 mujeres en Chile. *Revista Médica de Chile*, 31-36.
- Romero, I., Monterrosa, A., & Paternina, A. (2014). Overweight and obesity are associated with increased prevalence of menopausal symptoms and severe impairment of quality of life. *Revista Salud Uninorte*, 180-191.
- Saga, J., & De la Fuente, M. (2011). *Obstetrica y Ginecología* . Madrid: Marban.
- Sánchez, L., & Garduño, M. (2014). Significado psicológico de la menopausia en mujeres en etapa adulta media. . *Psicología y Salud*, 69-76.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2004). Guía de Práctica Clínica Menopausia y Posmenopausia. *Asociación española para el estudio de la Menopausia*, 64-98.
- Vargas, A., & Badilla, I. (2015). Menopausia y violencia simbólica: un cuestionamiento al saber médico. . *Revista Wimb Lu*, 9-27.

Zylbersztein, H., Kuszneir, S., Olivares, G., Oviedo, G., Kanterewicz, L., & Elizalde, R. (2013). Epidemiología de los factores de riesgo vascular en mujeres climatéricas: Experiencia de un consultorio multidisciplinario de climaterio en un hospital público de Buenos Aires. *Revista argentina de cardiología*, 336-343.

k. ANEXOS



Changaimina 08 de Abril 2014

De mi consideración,

Por medio del presente me permito aceptar la solicitud y autorizar a la Srta. **JENNY MARCELA LOZAVEITIMILLA**, estudiante de la carrera de medicina humana de la universidad nacional de Loja, para que realice una encuesta sobre el tema de **FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LA POST-MENOPAUSIA DE LAS MUJERES DE LA PARROQUIA DECHANGAIMINA CANTÓN GONZANAMA DEL MES DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2014** y pueda acceder a las historia clínicas del scs Changaimina

Esperando que dé puntual cumplimiento a su propuesta planteando le deseo muchos éxitos.

ATENTAMENTE

DR. JHONY ENGELS GARCIA B.
DIRECTOR DEL SCS CHANGAIMINA (E)



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Usted está siendo participe en una investigación que tiene como objetivo “Determinar los factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia”
- La privacidad de la información será garantizada por el investigador y será utilizada con fines científicos.

Cuestionario:

Factores de Riesgo.

Nombre:

Edad:

años

Tabaco:

Si

No

Sedentarismo

Si

No

IMC

- <19

Si

No

- >25

Si

No

Hipercolesterolemia

Si

No

Hipertensión Arterial

Si

No

Fractura Previa

Si

No

Ooforectomía

Si

No

Tratamiento de Reemplazo Hormonal

Si

No

Complicaciones

Osteoporosis Si No

Enfermedad Cardiovascular Si No

Atrofia urogenital Si No

Alzheimer Si No

GRACIAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LA POSMENOPAUSIA EN LAS MUJERES DE LA PARROQUIA CHANGAIMINA DEL CANTON GONZANAMA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2014.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Identificar los factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia en las mujeres de la Parroquia Changaimina del cantón Gonzanamá de Abril a septiembre del 2014

INFORMACIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN: Usted está siendo invitada a participar en una investigación, tendiente a la búsqueda de estrategias que permitan identificar factores de riesgo en el periodo de postmenopausia.

Los principios que serán aplicados a todas las participantes de este estudio son los siguientes:

Su participación es totalmente voluntaria

Después de leídas las explicaciones usted podrá hacer cualquier pregunta necesaria que le permita entender la naturaleza del estudio.

Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

PROCEDIMIENTOS A SEGUIR: Se le realizara una encuesta la misma que consta de 25 preguntas. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

CONFIDENCIALIDAD: La privacidad de las informaciones será garantizada por el investigador del estudio y su utilización obedecerá estrictamente a objetivos científicos. Si usted no entendió alguna parte de este documento, pregunte al investigador antes de firmar.

Reconozco el recibimiento de este acuerdo constituido por un consentimiento informado y acepto participar en este estudio.

Cl.

Firma de la participante

Fecha

PROYECTO DE TESIS

PROBLEMA

¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LA POSMENOPAUSIA EN LAS MUJERES DE LA PARROQUIA CHANGAIMINA DEL CANTON GONZANAMA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2014?

PROBLEMATIZACIÓN

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

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.

A la posmenopausia se la considera como el periodo consecutivo de la menopausia, donde aparecen las complicaciones y los síntomas derivados de la falta de estrógenos y que se instauran de forma lenta y progresiva, siendo lo más característico el descenso de estradiol, y al no existir retroalimentación negativa, aumentaran las gonadotrofinas FSH y LH, a ello se le suma factores de riesgo que contribuyen con la aparición de ciertas complicaciones.

No hay un único factor de riesgo que identifique que las mujeres posmenopáusicas van a sufrir complicaciones como osteoporosis primaria o también conocida como osteoporosis postmenopáusica y cardiopatías. Es una suma de una serie de factores (alguno de ellos con más peso) los que van a identificar a la población en riesgo. Hay factores predictores como edad, déficit estrogénica, bajo peso, historia familiar de osteoporosis, fracturas previas, antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo y tabaco.

La prevalencia de la osteoporosis aumenta con la edad. El estudio EVOS (The European Vertebral Osteoporosis Study) fija una prevalencia de osteoporosis del 16,8% en mujeres de 60-64 años y del 27,2% en edades superiores a 70 años. Para el 2010 se calcula una prevalencia del 30% en mujeres de más de 65 años.

Antes de la menopausia es probable que el 20% de mujeres a nivel mundial presenten hipertensión, pero una vez iniciada la fase del climaterio, alrededor de los 45 años, la incidencia se incrementa al 30% y en la posmenopausia al 60%.

La posmenopausia es un período de gran trascendencia desde el punto de vista cardiovascular debido a la edad y a la acumulación de factores de riesgo asociados. Aumenta la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, diabetes y obesidad, además del deterioro de la función endotelial y hemostática, que incrementan el riesgo de complicaciones cardiovasculares, circunstancias que se han relacionado estrechamente con los cambios hormonales de este período de la vida de la mujer.

Víctor Marín, ginecólogo mexicano, miembro de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia (Flasym), explica

que la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares representan del 20% al 25% de causas de mortalidad en las mujeres menopáusicas en el mundo.

En la Revista argentina de cardiología se publicó un estudio en el 2013 que corresponde a mujeres con una edad promedio de 51 años, que consultaron por alteraciones o cese de las menstruaciones y síntomas relacionados, se evaluó de rutina la presencia de factores de riesgo vasculares. En ellas se halló una proporción elevada de factores de riesgo vasculares (HTA 22%, hipercolesterolemia 67,7%, hipertrigliceridemia 30%, C-HDL < 50 mg/dl 20%, Diabetes Mellitus 4%, Síndrome Metabólico 19,4%, con sobrepeso y/u obesidad 65%, Tabaquismo 22,5%, sedentarismo en la mitad y una prevalencia elevada de síntomas depresivos).

En el Ecuador se puede registrar la población femenina de adultos mayores de la siguiente manera: mujeres de 60 a 64 en un 25,5%, de 65 a 74 41,9% y mayores de 75 un 32,6%, además en la Parroquia Changaimina existen alrededor de 237 mujeres mayores de 65 años de una población total de 2741 habitantes, según datos del INEC 2010, lo que nos ayuda a determinar el porcentaje de mujeres que está cursando por el periodo de la posmenopausia.

Conociendo todos estos datos de suma importancia y que nos muestran la realidad de lo que aqueja y a los riesgos que están sometidas las mujeres posmenopáusicas, me he permitido proponer el siguiente tema de investigación: **“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LA POSMENOPAUSIA EN LAS MUJERES DE LA PARROQUIA CHANGAIMINA DEL CANTON GONZANAMA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2014”**

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo se realiza con el propósito de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante los años de formación universitaria; también servirá como fuente de consulta y guía para estudiantes y personas que tengan interés, además es un tema de gran relevancia debido a que no hay suficientes estudios sobre los factores de riesgo y complicaciones que se pueden presentar en el periodo de la posmenopausia.

El tema está fundamentado por ser un problema socio-demográfico, que afectan a las mujeres en general al finalizar su periodo reproductivo debido al déficit estrogénica que se produce a partir de los 40 años y asociándose a factores de riesgo puede conllevar a complicaciones futuras.

Se considera este tema importante por constituir un problema de salud como ya se había mencionado dado la alta morbilidad del síndrome climatérico y la provocada por afecciones cardiovasculares, por fracturas óseas así como las afecciones del sistema nervioso central.

Al saber que toda mujer cursa por este periodo es fundamental una atención especial e integral con el fin de mejorar su calidad de vida, ya que conocen a través de los medios de difusión y la educación para la salud de la posibilidad de una terapéutica en esta etapa.

Encaminándonos con este trabajo de investigación a conocer los factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia en las mujeres de la parroquia Changaimina, para así implantar hábitos saludables que mejoren el estilo de vida. También proporcionando la correcta información sobre la causa que produce el déficit estrogénica en esta etapa y los posibles tratamientos médicos que ayuden a conllevar este periodo de la vida de la mujer.

Al culminar el desarrollo de esta investigación se cumplirá con un requisito indispensable para la obtención del título de médico general conforme a lo establecido en el Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia en las mujeres de la Parroquia Changaimina del cantón Gonzanamá de Abril a septiembre del 2014

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los factores de riesgo de la postmenopausia en las mujeres atendidas en el centro de salud de la Parroquia Changaimina del Cantón Gonzanamá.
- Establecer las complicaciones de la postmenopausia en las mujeres atendidas en el centro de salud de la Parroquia Changaimina del Cantón Gonzanamá.

REVISION DE LITERATURA

POSTMENOPAUSIA

1. Definiciones

- Climaterio
- Premenopausia
- Menopausia
- Posmenopausia

2. Fisiología

- Cambios hormonales posmenopausia
- Perfil endocrino posmenopausia

3. Complicaciones:

3.1. Osteoporosis

- Definición
- Fisiología
- Factores de riesgo
- Clínica
- Diagnostico
- Tratamientos

3.2. Patología Cardiovascular.

- Factores de riesgo
- Tratamiento

4. Otras complicaciones

- Atrofia urogenital
- Cáncer de Mama
- Enfermedad de Alzheimer

MATERIALES Y METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, cuantitativo que se realizara en las mujeres posmenopáusicas.

ÁREA DE ESTUDIO

Lugar: SubCentro de Salud de la Parroquia Changaimina.

TIEMPO

El presente estudio se realizara en el periodo de Abril - Septiembre 2014

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Estará conformado por 237 mujeres mayores de 45 años de edad que habitan en la parroquia Changaimina.

Muestra:

- La conformaron 62 mujeres posmenopáusicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes posmenopausia atendidas en el Centro de Salud de la Parroquia durante el periodo de abril a septiembre del 2014
- Pacientes que decidan participar en el presente estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no estén cursando por el periodo de postmenopausia, atendidas en el Centro de salud de la parroquia Changaimina durante el periodo de abril a septiembre del 2014.

- Pacientes con enfermedades metabólicas o endocrinas que alteran la homeostasis hormonal.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

La técnica empleada para el cumplimiento de la presente investigación fue la aplicación de una ficha de recolección de datos, constituida por preguntas de opción, basadas en la información contenida en el marco referencial y en correspondencia a los objetivos planteados en la investigación, además la utilización de la Historia Clínica de donde se obtuvo datos que tengan relación con la situación de las pacientes.

Para la elaboración de la presente investigación.

En primer lugar se solicitó el permiso pertinente a las autoridades del Centro de Salud de la Parroquia Changaimina (Anexo 1), para permitir el acceso a las historias clínicas de las pacientes posmenopáusicas atendidas en el periodo abril a septiembre del 2014, además se aplicó una ficha de recolección de datos (Anexo 2) donde están registrados los factores de riesgo y complicaciones de la posmenopausia, previa autorización emitida por las pacientes al firmar el consentimiento informado (Anexo 3).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos a lo largo del periodo del estudio se utilizó:

- Microsoft Office :
- Excel 2010 y Word 2010.

Para la obtención de resultados se utilizó el análisis estadístico descriptivo, a través de tablas, gráficos y medidas que permitan analizar los resultados de una manera cuantitativa.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

		<u>Variable</u>	<u>Definición</u>	<u>Escala</u>
<u>Factores de Riesgo</u>	Hábitos	Tabaco	Es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo	Si No
		Sedentarismo	Es la falta de actividad física regular, definida como: menos de 30 minutos diarios tres días a la semana.	Si No
	Antecedentes patológicos personales	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	<19 >30
		Hipercolesterolemia	Corresponde a la elevación sérica del colesterol y es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables.	Si No
		Hipertensión Arterial	Es la elevación persistente de la presión arterial por encima de los valores establecidos como normales por consenso. Se ha fijado en 140 mm Hg para la sistólica o máxima y 90 mm Hg para la diastólica o mínima.	Si No
		Fracturas Previas	Haber sufrido anteriormente una que es la solución de continuidad del tejido óseo.	Si No
		Ooforectomía	Es la extirpación de un ovario, que puede ser unilateral o bilateral.	Si No

	Antecedentes patológicos Familiares	Cáncer de Mama	Es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios.	Si No
<u>Complicaciones</u>		Osteoporosis	Es una enfermedad sistémica esquelética que se caracteriza por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura de los huesos, lo que supone un aumento de la fragilidad de los huesos y del riesgo de sufrir fracturas.	Si No
		Cardiopatía Isquémica	Es el tipo más común de enfermedad cardíaca. Se produce cuando se reduce el flujo sanguíneo al músculo del corazón por un bloqueo parcial o completo de las arterias de que suministran sangre al corazón.	Si No
		Atrofia urogenital	También referida como vaginitis atrófica o sequedad vaginal, es una patología frecuente que afecta al 15% de las mujeres premenopáusicas, entre el 10% y 40% de la población posmenopáusica y hasta el 25% de aquellas bajo terapia hormonal.	Si No

RECURSOS

Recursos Humanos

- Investigador
- Director de tesis
- Personal médico
- Mujeres posmenopáusicas

Recursos físicos

- Materiales de escritorio
- Computador
- Libros
- Internet
- Impresiones
- Proyector
- Transporte
- Llamadas Teléfono
- Fotografías

Recursos económicos

- Todos los gastos serian subrogados por la investigadora.

I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a. TITULO	1
b. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	7
1. POSMENOPAUSIA.....	7
1.1. Definiciones.	7
2. Fisiología.....	8
2.1. Cambios hormonales posmenopáusicos.....	8
2.2. Perfil Endocrino Posmenopáusico.....	10
2.2.1. Gonadotropinas.	10
2.2.2. Estrógenos.....	10
2.2.3. Andrógenos.....	10
3. Complicaciones.....	11
3.1. Osteoporosis.....	11
3.1.1. Definición.	11
3.1.2. Entidades morbosas.	11
3.1.3. Fisiología.	11
3.1.4. Factores de riesgo.	12
3.1.5. Clínica.....	14

3.1.6.	Diagnóstico.....	15
3.1.7.	Tratamiento de la Osteoporosis.....	15
3.2.	Patología Cardiovascular.....	16
3.2.1.	Factores de Riesgo.....	19
4.	OTRAS COMPLICACIONES.....	19
4.1.	Atrofia urogenital.....	19
4.1.1.	Fisiopatología.- (Berek, 2008) indica:.....	20
4.2.	Cáncer de Mama.....	20
4.3.	Enfermedad de Alzheimer.....	21
4.4.	Alteraciones Psíquicas.....	21
e.	MATERIALES Y METODOLOGÍA.....	23
f.	RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	25
g.	DISCUSIÓN.....	29
h.	CONCLUSIONES.....	32
i.	RECOMENDACIONES.....	33
j.	BIBLIOGRAFÍA.....	34
k.	ANEXOS.....	37
l.	ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	52