UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

TÍTULO:

"CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE MENOPAUSIA EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014."

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA: Adriana Josselyn Torres Celi.

DIRECTOR: Dr. Ángel Colon Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Loja, 06 de Noviembre del 2015

Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA UNL

CERTIFICO:

Que luego de haber revisado el trabajo de investigación titulada: **"CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE MENOPAUSIA EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014",** de la autoría de la señora Adriana Josselyn Torres Celi, el mismo que cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el Tribunal de Grado y los trámites pertinentes para la obtención de su título.

Atentamente

Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, ADRIANA JOSSELYN TORRES CELI, 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.

Autor: Adriana Josselyn Torres Celi

Firma: _____

Cédula: 1104351661

Fecha: 06 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, Adriana Josselyn Torres Celi, declaro ser la autora de la tesis titulada **"CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE MENOPAUSIA EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014"**, como requisito para optar al grado de MEDICO GENERAL; autorizo al Sistema Bibliotecaria de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestren 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 la copia que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 6 días del mes de Noviembre, dos mil quince, firma la autora.

Firma: _____

Autora: Adriana Josselyn Torres Celi

Cédula: 1104351661

Dirección: Barrio Época. Calles: Brasil y Colombia

Correo Electrónico: adrianatc253@gmail.com

Teléfono: S/N **Celular:** 0967226328

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de la Tesis: Dr. Ángel Colon Ortega Gutiérrez, Mg, Sc.

Tribunal de Grado:

Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo, Especialista en ginecología y obstetricia.

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan, Mg. Sc.

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Especialista en ginecología y obstetricia.

DEDICATORIA

El presente trabajo quiero dedicarle a mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Especialmente a mi madre Gladys Celi, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis Ángeles, que me cuidan siempre desde el cielo, constantemente los tengo en mi corazón. A mi esposo César Granda por su constante apoyo. Los amo.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.

Adriana Josselyn Torres Celi

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud, por darme la oportunidad de estudiar y llegar a ser una profesional.

A mi director de tesis, Dr. Colon Ortega por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos aportaron mi formación profesional.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Adriana Josselyn Torres Celi

(a) TÍTULO

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE MENOPAUSIA EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014.

(b) RESUMEN

La menopausia no es el final de la vida, sino el comienzo de una etapa que ocupa casi la tercera parte de la vida femenina. La presente investigación pretendió: conocer los conocimientos, prácticas y actitudes de las pacientes frente a la Menopausia. Se realizó en La Parroquia Amaluza durante el periodo Febrero - Julio 2014, en la misma participaron mujeres mayores de 35 años que asistieron a consulta externa del Hospital Básico Amaluza. Para determinar esto fue necesaria la aplicación de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas sobre esta etapa. Se trata de un estudio descriptivo - transversal donde el universo está conformado por 543 mujeres y la muestra por 239 mujeres que se ajustaron a los criterios de inclusión. El análisis estadístico se realizó mediante el programa Excel 2013, luego se plasmaron los resultados en cuadros. En el estudio el principal conocimiento que tienen acerca de la menopausia 47,28% es que existe el cese de la menstruación de manera definitiva. El 41,00% tiene una actitud negativa frente a la menopausia. El tratamiento mayormente utilizado por las pacientes son las aguas caseras 20,92%, así como la realización del PAP 58,99%; además la principal edad en la que se inició la menopausia oscila entre los 46 – 50 años (62,76%) y los síntomas que más frecuentemente presentaron durante la menopausia son los bochornos, la irregularidad menstrual, sudores nocturnos, cefalea, y sequedad vaginal. Concluyendo de esta manera que la mayoría de las mujeres de nuestro grupo de estudio tienen criterios acertado de lo que es menopausia pero no un conocimiento adecuado de la misma.

Palabras clave: Menopausia; conocimientos.

SUMMARY

Menopause is not the end of life itself, but the beginning of a stage that occupies almost a third of a woman's life. This research sought to meet the knowledge, practices and attitudes of patients from the menopause. Was held in the Parish Amaluza during the period February - July 2014, it participated in women over 35 who attended outpatient *Hospital Básico Amaluza*. To determine that the application of a survey with open and closed questions on this stage was necessary. This is a descriptive - cross where the universe is made up of 543 women and 239 women shows that adjusted to the inclusion criteria. Statistical analysis was performed using Excel 2013 program, then the results were reflected in pictures. In the main study the knowledge they have about 47.28% menopause is that there is a cessation of menstruation permanently. The 41,00% have a negative attitude toward menopause. The most widely used treatment for patients home waters are 20.92%, and the performance of the PAP 58.99%; also the main age when menopause began ranges from 46-50 years (62.76%) and symptoms most frequently presented during menopause are hot flashes, menstrual irregularity, night sweats, headache, and vaginal dryness . Thus concluding that most of the women in our study group are successful in what is menopause without adequate knowledge of the same criteria.

Keywords: Menopause; knowledge.

(c) INTRODUCCIÓN

La importancia del estudio de la mujer en esta parte de su vida se debe al pobre enfoque que se le ha prestado siempre y porque se ha demostrado que la falta de tratamiento adecuado en este período les puede desencadenar desde enfermedades imposibilitantes para llevar sus actividades cotidianas hasta la muerte, debido a que también desconocen la terapéutica básica de los síntomas de esta etapa.

Alrededor del 83 % de las mujeres presentan clínica de variada intensidad, y en aproximadamente el 15%, esta sintomatología tiene la magnitud suficiente como para justificar un tratamiento. Los síntomas se relacionan con el déficit hormonal, y son principalmente síntomas neurovegetativos: sofocación, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio, vértigos. Alteraciones psicológicas como labilidad emocional, nerviosismo, irritabilidad, estado de ánimo depresivo, disminución de la libido, entre otras. En relación a alteraciones genitourinarias se mencionan sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria. (Guitón & Hall, 2011).

La menopausia ocurre de manera secundaria a una pérdida folicular programada genéticamente. El número de folículos en el ovario determinará la edad a la que se presentará la menopausia. El conteo folicular muestra su valor más alto aproximadamente a los 7 meses de vida intrauterina, con una disminución a aproximadamente 700,000 al nacimiento. Este descenso es gradual hasta los 40 años de edad en donde la declinación se acelera hasta la menopausia, donde esencialmente no queda ningún folículo (Acevedo, 2011).

En nuestro medio se han emprendido campañas para combatir diferentes patologías, así como diferentes etapas de la vida reproductora femenina como la adolescencia y embarazo, pero no se hace énfasis en alertar la llegada de este ciclo de la vida femenina como es la menopausia, ni de las consecuencias que estas pueden tener.

Por lo anterior es necesario recalcar lo referente a la educación y medicina preventiva a cargo de grupos interdisciplinarios, la instrucción desde los primeros años de la enseñanza sexual acerca de estos años de sus vidas y el tratamiento al alcance de la población más necesitada que está atravesando por los síntomas y signos de la menopausia.

Por esto el proceso investigativo tiene como Objetivo general Determinar los conocimientos, prácticas y actitudes sobre menopausia en mujeres mayores de 35 años que asisten a consulta externa del Hospital Básico Amaluza durante el periodo febrero – julio del 2014. Objetivos específicos: Determinar el nivel de conocimiento sobre menopausia; Averiguar las actitudes frente a la menopausia; Describir cuales son las métodos de tratamiento y diagnóstico utilizados por las pacientes que padecen los síntomas y signos de la menopausia; Establecer el grupo etareo más frecuente en que se presenta la menopausia; Identificar los síntomas y signos más frecuentes por los que atraviesan las pacientes menopaúsicas.

En este contexto, el trabajo de investigación realizado fue de diseño descriptivo y transversal, en el Hospital Básico Amaluza, con las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología y Obstetricia. Se utilizó una encuesta que consto de preguntas abiertas y cerradas, con una muestra 239 pacientes mayores de 35 años admitidas dentro de los criterios de inclusión que asistieron durante los meses de Febrero a Julio del año 2014.

Tomando en cuenta los objetivos antes mencionados, se realizó el debido análisis y discusión, obteniendo que el principal conocimiento que tienen acerca de la menopausia 47,28% es que existe el cese de la menstruación de manera definitiva. El 41,00% tiene una actitud negativa frente a la menopausia. El tratamiento mayormente utilizado por las pacientes son las aguas caseras 20,92%, así como la realización del PAP 58,99%; además la principal edad en la que se inició la menopausia oscila entre los 46 – 50 años (62,76%) y los síntomas que más frecuentemente presentaron durante la menopausia son los bochornos, la irregularidad menstrual, sudores nocturnos, cefalea, y sequedad

vaginal. Concluyendo de esta manera que la mayoría de las mujeres de nuestro grupo de estudio tienen criterios acertado de lo que es menopausia pero no un conocimiento adecuado de la misma.

(d) REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. DEFINICIONES

1.1. MENOPAUSIA: Es la edad en que ocurre la última menstruación espontánea en la mujer, debido al cese de la actividad folicular ovárica. El diagnóstico de Menopausia es retrospectivo, cuando han pasado más de 12 meses desde la última menstruación. La edad promedio en que ocurre la menopausia es 49 años.

1.2. PREMENOPAUSIA: es el tiempo que comprende los cinco años antes que la menopausia.

1.3. PERIMENOPAUSIA: Es el período que abarca desde que aparecen los primeros síntomas sugerentes de que la menopausia se acerca (bochornos, irregularidad menstrual, etc.) hasta 12 meses después de la menopausia.

1.4. POSTMENOPAUSIA: Debe ser definida como el período que se inicia desde la menopausia y cuya duración es indefinida. Algunos han propuesto limitar esta definición hasta los 65 años, dando paso posteriormente a la senectud; sin embargo, estos límites son arbitrarios.

1.5. CLIMATERIO: Es el período durante el cual la mujer transita de la fertilidad a la infertilidad (Arteaga, 2012).

2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA

La edad promedio de la menopausia espontánea no ha presentado cambios significativos desde que existe conocimiento de la misma, ella se sitúa entre los 47 y 52 años en los diferentes países que reportan esta información, para una media de 50 años. En contraste a esta situación, desde el inicio del siglo XX se ha experimentado un dramático e importante incremento en la expectativa de vida de la población mundial. Para el año de 1900 la esperanza de vida de la mujer norteamericana no superaba los 50 años, en cambio, para 1990 el 80 %

de las mujeres norteamericanas alcanzaban los 65 años o más, colocándose en la actualidad en más de 70 años, y la esperanza de vida para la mujer, se sitúa en 79,5 años. Cada día es mayor el número de mujeres que superan la edad de la menopausia en los países en vías de desarrollo (Yabur, 2010).

Se estima cada año cerca de 25 millones de mujeres atraviesan la menopausia, además se estima que en 1990 habían 467 millones de mujeres postmenopáusicas en el mundo, y para el año 2030 se proyecta sean 1.2 billones de mujeres con 47 millones entrando a esta etapa cada año. (Fiszbajn, 2015).

Las mujeres mayores de 49 años representan un 11% de la población total. Por tal motivo, es necesario comprender los cambios en esta etapa de la vida de la mujer, de manera de propiciar las mejores estrategias de prevención y tratamiento de las manifestaciones clínicas de este grupo. Las estadísticas de la OMS muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusica y la longevidad actual de la postmenopáusica constituye más del 33% de la vida de la población femenina (Salvador, 2011).

En Ecuador más del 50% de mujeres tendrá su menopausia alrededor de los 50 años, un 25% la tendrá antes de los 45 años y el porcentaje restante se reparte entre las personas que están alrededor de los 40 años o las que pasan los 54 años (Domínguez, 2010).

3. FACTORES DE RIESGO

La menopausia ocurre de manera secundaria a una pérdida folicular programada genéticamente. El número de folículos en el ovario determinará la edad a la que se presentará la menopausia. El conteo folicular muestra su valor más alto aproximadamente a los 7 meses de vida intrauterina, con una disminución a aproximadamente 700,000 al nacimiento. Este descenso es gradual hasta los 40 años de edad en donde la declinación se acelera hasta la menopausia, donde esencialmente no queda ningún folículo (González, 2013).

Sin embargo existen ciertos factores que pueden adelantar o retardar esta etapa:

3.1. Factores que aceleran el inicio de la Menopausia.

- **Quirúrgicos:** La ooforectomía. La histerectomía puede adelantar la menopausia 4 a 5 años. La ligadura de trompas puede adelantar la aparición de la menopausia.
- **Tabaquismo:** La aparición de la menopausia se produce uno o dos años antes en comparación a las mujeres no fumadoras.
- **Alimentación:** En mujeres con nutrición vegetariana es más precoz.
- **Anticonceptivos Orales:** Su uso adelanta la edad de la menopausia.
- **Nuliparidad:** Algunos estudios muestran que la no concepción puede adelantar la menopausia.
- **Defectos Cromosómicos:** Como el Síndrome de Turner, pueden entrar a la menopausia antes de los 40 años.
- Antecedentes familiares de Menopausia temprana.
- Radioterapia o quimioterapia.
- Enfermedades autoimnunitarias.
- **Estado Civil:** Se reporta que las mujeres solteras tienen menopausia más precoz (Hernández, 2011).

3.2. Factores que retardan el inicio de la Menopausia.

- Antecedentes familiares de menopausia tardía.
- Obesidad: La menopausia tardía no es algo raro entre las mujeres obesas, ya que la grasa puede producir estrógenos.
- Altos niveles de estrógenos.
- Mujeres multíparas.
- **Climatológicos:** Los climas cálidos, pueden retardar la aparición de la menopausia (Pomares, 2014).

4. FISIOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA

Desde la vida fetal el ovario pierde sostenidamente, especialmente por atresia, su masa folicular; siendo el número de folículos residuales el principal determinante de la peri y postmenopausia. Con el incremento de la edad no sólo

se produce una disminución del número de folículos, sino que también de la calidad de estos, como se evidencia por la alta incidencia de anormalidades cromosómicas en el ovario de la mujer mayor. No sólo el envejecimiento determina el ritmo de pérdida folicular, sino que también podría estar influyendo durante la perimenopausia una serie de otros factores como el daño acumulativo de toxinas, fluctuaciones hormonales y variaciones de las citoquinas que regulan el “reloj ovárico”. En este sentido, una observación importante es el adelanto en casi dos años de la edad de aparición de la menopausia en las fumadoras (Blumel, 2010).

La depleción folicular se incrementa fuertemente en los últimos años de la vida fértil de la mujer. En mujeres mayores de 45 años se observa que el número de folículos en el ovario caía desde 1400 en las mujeres con ciclos regulares a 140 en las mujeres con trastornos del ciclo. Esta baja de la masa folicular podría ser una causa determinante de que el área ovárica caiga un 30% en la perimenopausia y 56% en la postmenopausia. (González, 2013).

La disminución del número de folículos se refleja en cambios hormonales significativos. Lo característico es una tendencia a la baja de estradiol e inhibina y un incremento de FSH (hormona folículo estimulante). Al realizar mediciones hormonales diarias, se puede observar hipergonadotropismo, disminución de la secreción de progesterona en la fase lútea y períodos de hiperestrogenismo, que puede asociarse a incremento de FSH y LH y descenso de testosterona y DHEA-S (sulfato de deshidroepiandrosterona). Entonces en la etapa premenopáusica, nos encontramos con un déficit de progesterona pero con niveles de estrógenos normales. Se producen alteraciones menstruales y ciclos irregulares no ovulatorios alternando con ciclos normales. En la postmenopausia hay un déficit de progesterona y estrógenos (Márquez, 2011).

Otro cambio hormonal que se observa inmediatamente antes de la menopausia es el ascenso de los niveles plasmáticos de melatonina, los cuales venían cayendo progresivamente desde la pubertad y continúan descendiendo en la postmenopausia; se alza transitoria en la perimenopausia, cuyo significado

es oscuro, puede ser sólo un epifenómeno vinculado al hiperestrogenismo, ya que con el reemplazo estrogénico desaparece.

Además, en el período perimenopáusico se observa un incremento de los niveles plasmáticos de epinefrina y de la actividad alfa-adrenérgica, cambio que algunos han vinculado con el incremento de la tensión arterial que se ve en las mujeres de esta edad. Los ovarios de mujeres posmenopáusicas continúan secretando andrógenos (androstenediona y testosterona), producida en la estroma ovárica y en los restos de la teca. La suprarrenal también aporta andrógenos para la conversión periférica de androstenediona a estrona, la cual pasa a ser el estrógeno más importante en esta etapa. Clásicamente se ha relacionado a la menopausia con el agotamiento ovárico (Blumel, 2010).

Sin embargo, en la última década, han surgido evidencias experimentales que sugieren que los eventos fisiológicos que conducen a la menopausia no acontecen en un solo órgano; diversos investigadores han apuntado a la importancia del envejecimiento del sistema nervioso central como un elemento importante en la presentación de la menopausia, secundario al envejecimiento neuronal, en la precisión de las señales neuroquímicas que modulan las neuronas de GnRh (hormona liberadora de gonadotrofina), lo cual conduce a una alteración en el momento del alza preovulatoria de LH y cambios de la frecuencia de los pulsos de LH. Estos trastornos asociados a la disminución de esteroides y péptidos ováricos, secundarios a la depleción folicular, conducen a la gradual declinación de la función reproductiva (Márquez, 2011).

5. CLASIFICACIÓN

- **Espontánea:** Producida por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre alrededor de los 50 años de edad.
- **Artificial:** Producida por el cese de la función ovárica por factores quirúrgicos (anexectomía doble), radioterapia o quimioterapia.
- **Precoz:** Causada por insuficiencia ovárica primaria, 5 años previos a la edad considerada como habitual para cada país. Según la OMS en menores de 45 años.

- **Tardía:** Cuando se produce 5 años posteriores. Según algunos autores, en mujeres mayores de 55 años.

5.1. CLASIFICACIÓN DEL STRAW

En términos de clasificación se propone utilizar la clasificación del STRAW (Stages of reproductive aging Workshop, por sus siglas en inglés) este modelo identifica siete etapas de la etapa reproductiva.

La clasificación STRAW divide la vida de la mujer en 7 períodos, comenzando en los segmentos -2, -1 y 0, e incluye la transición menopáusica precoz, la transición menopáusica tardía y el período menstrual final, respectivamente. Para indicar el momento de la menopausia se utiliza la edad de la menopausia natural, y se confirma después de 1 año de amenorrea. Claramente, la estatificación STRAW se aplica principalmente a las mujeres que experimentan la menopausia espontánea y no a las que tienen una menopausia secundaria. También es menos útil para las mujeres que no pueden observar un cambio en sus patrones menstruales debido, por ejemplo, a la histerectomía, la ablación endometrial, la anticoncepción, ya sea hormonal con supresión de los ciclos ováricos o por dispositivo intrauterino con progestina (Davis, 2015).

6. MAFESTACIONES CLÍNICAS

Alrededor del periodo de la menopausia, algunas mujeres presentan síntomas, generalmente autolimitados. Estos síntomas, aunque no son una amenaza grave para la salud, pueden resultar molestos y en ocasiones limitar la actividad diaria (Delgado, 2010).

6.1. SÍNTOMAS VASOMOTORES

Los síntomas vasomotores o sofocos constituyen la manifestación clínica más característica de la menopausia. Se definen como una sensación subjetiva de calor que habitualmente se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración que se sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca. Pueden durar desde unos pocos segundos hasta varios minutos y su intensidad y frecuencia son muy variables. Cuando los

sofocos tienen lugar durante la noche y son intensos pueden alterar el sueño. (Davis, 2015).

La clínica vasomotora suele comenzar en la perimenopausia y desaparece de forma gradual con los años. En la mayoría de mujeres, la duración de los síntomas oscila entre los 6 meses y los 5 años. Existen varias teorías sobre la fisiopatología de los síntomas vasomotores. Actualmente se cree que la ausencia de estrógenos, o de algunos de sus metabolitos, podría alterar el normal funcionamiento del centro termorregulador del hipotálamo. Este hecho explicaría los síntomas vasomotores que se presentan tras una Ooforectomía. (Sturdee, 2011).

La mayor intensidad de los síntomas que ocurre en algunas mujeres podría explicarse por el descenso más pronunciado de los estrógenos plasmáticos. El hecho de que las mujeres que han sido sometidas a una menopausia quirúrgica presenten síntomas más intensos refuerza esta teoría. Diversos estudios observacionales muestran de manera consistente una asociación causal entre los síntomas vasomotores y la disminución de estrógenos. Los sofocos y las sudoraciones nocturnas pueden provocar alteraciones del sueño y en consecuencia cuadros de fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y falta de memoria. El insomnio, la cefalea y los mareos, aunque pueden estar presentes en mujeres con síntomas vasomotores intensos, no han mostrado una asociación causal con la disminución de estrógenos. (Bachmann, 2010).

6.2. SÍNTOMAS VULVO- VAGINALES

6.2.1. Atrofia Vaginal

Los cambios hormonales que se producen en la menopausia van a incidir en aquellos órganos que tienen receptores estrogénicos. Tras la menopausia se produce una pérdida de elasticidad del introito vulvar, una reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubrificación y, en algunas mujeres, sequedad vaginal, prurito y dispareunia.

Existe una asociación causal entre los síntomas vaginales y la disminución de estrógenos. A medida que avanza la postmenopausia, la atrofia vaginal es más importante y los síntomas de sequedad vaginal y dispareunia son más manifiestos (Sturdee, 2011).

6.2.2. Cambios en el patrón menstrual

Cerca del 90% de las mujeres en la etapa de transición menopáusica sufren cambios en el patrón menstrual. Dichos cambios ocurren entre 4 y 8 años. Se pueden presentar alteraciones en la cantidad y en la frecuencia del flujo menstrual, o bien la ausencia de la menstruación. Los más comunes son alteraciones tanto en la cantidad como en la frecuencia (McKinlay, 2013).

La causa predominante del sangrado uterino irregular en mujeres perimenopáusicas es la anovulación, periodo que se alterna con ciclos ovulatorios que son totalmente imprescindibles. Las consecuencias de este fenómeno se observan en las manifestaciones clínicas observadas en las mujeres con sangrados abundantes que incluyen anemia, fatiga y cefalea. Un aspecto digno de considerarse es que en esta etapa se encuentra un medio hormonal dominado primordialmente por los estrógenos circulantes con una ausencia casi total de la progesterona, lo que ocasiona aparición de sangrados abundantes consecuencia de una estimulación prolongada del endometrio

6.3. SÍNTOMAS URINARIOS

La incontinencia urinaria es un problema complejo y multifactorial, cuya prevalencia aumenta con la edad. La disminución de los estrógenos circulantes ocasiona atrofia genital, con atrofia del trígono lo que se ha implicado en este proceso de incontinencia, cuya intensidad puede ser variable. La presencia de síntomas urinarios como la urgencia miccional, tienen un papel más relevante otros factores (paridad, traumatismos del parto, prolapso uterino y ciertos fármacos) (Dennerstein, 2011).

No se ha encontrado asociación causal entre la menopausia y las infecciones del tracto urinario recurrentes (ITU). Sin embargo los cambios fisiológicos

(acortamiento de la uretra distal, alcalinización del pH vaginal y desaparición del lactobacillus) podrían aumentar la susceptibilidad de contraer una infección urinaria en algunas mujeres. Los síntomas de urgencia de la micción, disuria, nicturia o incontinencia y afectan al 20-25% de las mujeres postmenopáusicas. La alteración más frecuente es la incontinencia por estrés, que consiste en pérdidas de orina involuntarias, sin sensación de necesidad, asociadas a la realización esfuerzos mínimos como tos, risa, etc. La cistitis es otra alteración también muy frecuente en este período, provocando frecuentes e imperiosas emisiones de orina. Estas pérdidas de orina pueden generar inseguridad y preocupación a las mujeres que las padecen (Thom, 2012).

6.4. SÍNTOMAS MAMARIOS

La etiología de la mastalgia, tanto en la etapa premenopáusica como en la postmenopausia, es incierta aunque puede estar relacionada con la variabilidad hormonal que precede al cese de la función ovárica. Diversos estudios muestran que la mastalgia disminuye con la menopausia (Dennerstein, 2011).

6.5. TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

La función sexual se deteriora conforme avanza la edad, y en la menopausia la disminución de las hormonas ováricas contribuye a este fenómeno, sin embargo es difícil precisar cuál es el papel real de esta disminución funcional del ovario sobre la actividad sexual. Durante la menopausia se pueden observar una serie de cambios físicos que influyen sobre la sexualidad de una mujer. Entre estos cambios podemos describir los siguientes: atrofia de la mucosa vaginal, resequedad vaginal, disminución de la elasticidad vaginal, disminución del tejido vulvar, y disminución del tamaño del clítoris (Myers, 2010).

Durante la menopausia se observa una disminución en todas las fases de la respuesta sexual, este proceso es un fenómeno propio del envejecimiento y afecta las fases de la excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Los cambios observados en el comportamiento sexual son más bien multifactoriales. Entre los factores involucrados que influyen en la actividad sexual se incluyen los de orden psicosocial, y entre ellos, la experiencia sexual

previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma (Myers, 2010).

6.6. SÍNTOMAS NUEROPSIQUIATRICOS

6.6.1. Estado de ánimo

Las mujeres durante el periodo de la transición menopáusica sufren de una importante alteración del estado de ánimo. En este periodo de la vida de la mujer, el envejecimiento por sí mismo, causan una serie de alteraciones que se reflejan en el estado de ánimo. Existen factores que incrementan la posibilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo, entre ellos: el estado marital de una mujer, aislamiento social, presencia de enfermedades, el insomnio, historia previa de depresión y la incapacidad física (Smith, 2013).

6.6.2. Esfera cognitiva

Con la edad existe una disminución progresiva de la capacidad cognitiva, que varía ampliamente entre las personas. Los determinantes de esta variabilidad son inciertos pero parece que las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer que los hombres. A pesar de que las mujeres desarrollan demencia con mayor frecuencia debido a su mayor longevidad, la incidencia específica por edad también muestra tasas superiores entre las mujeres. Aunque se ha sugerido que el déficit de estrógenos podría proteger a la mujer frente al deterioro cognitivo y la demencia, no se ha encontrado una asociación directa con la menopausia (Hogervorst, 2014)

6.6.3. Trastornos del sueño

Los trastornos de sueño que presenta una mujer menopáusica no son nada despreciables. Se considera un patrón de sueño adecuado a aquel que permite a una persona funcionar correctamente en un estado de alerta en las horas deseadas de vigilia. La mayoría de los adultos requieren entre 6 y 9 horas de sueño para poder satisfacer dicha necesidad. Este evento influye en la menopausia en la prevalencia de los trastornos del sueño es un problema difícil de resolver (Murk, 2013).

Además hay muchos eventos que intervienen en las alteraciones del sueño, trastornos como las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, neurológicas y endocrinas son eventos que se relacionan con la edad y el envejecimiento, las mismas que causan alteraciones de sueño. Los trastornos de sueño han sido relacionados de manera variable con la presencia de bochornos, los cuales pueden intervenir en la primera mitad de la noche más no en la segunda mitad (Murk, 2013).

6.6.4. Cefalea

En el periodo de transición perimenopáusica se encuentra un incremento en la prevalencia de la cefalea. Las fluctuaciones hormonales más que los niveles de estrógenos se han asociado a la cefalea tanto en la etapa premenstrual como en la perimenopausia. También se han asociado a cefalea cambio en la alimentación, cambios en el patrón del sueño, factores ambientales como el ruido, luces brillantes, estrés, ansiedad, la ira o la excitación (Moloney, 2010).

6.7. ALTERACIONES EN EL PESO CORPORAL

Durante la transición menopaúsica se observa un incremento de peso en muchas mujeres, el promedio de aumento de peso de una mujer en la perimenopausia es de alrededor de 2.2 Kg. Aunque se ha relacionado este incremento de peso con el proceso mismo de la menopausia, hasta el momento no se ha demostrado científicamente y más bien se atribuye al mismo proceso de envejecimiento y el cambio en el estilo de vida siendo impórtate en aquellas mujeres cuyo sedentarismo aumenta (Hogervorst, 2014).

La importancia en el incremento de peso observado en esta etapa radica en el incremento de la morbimortalidad asociada a enfermedades relacionadas a la obesidad como enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial con todas sus complicaciones, el síndrome metabólico, sin olvidar que en las mujeres obesas la incidencia de cáncer de mama es mayor (Gutiérrez, 2012).

6.8. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

Las afecciones cardiovasculares que influyen en la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular siguen siendo una de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres. El termino cerebrovascular se relaciona con un numero de trastornos relacionados con el aparato circulatorio, entre estas enfermedades se encuentran la hipertensión, la arterioesclerosis, la cardiopatía isquémica, los accidentes cardiovasculares, las arritmias, las valvupatias y la insuficiencia cardiaca. (Delgado, 2012).

Las enfermedades cardiovasculares son particularmente más frecuentes en la postmenopausia, en particular en aquellas mujeres mayores de 65 años. Las posibilidades de una mujer mayor de 50 años de desarrollar enfermedad cardiovascular, en cualquiera de sus distintas formas de presentación, es de 46% y la posibilidad de morir por esta causa es del 31%. Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión de la ateroesclerosis coronaria; con ello, las enfermedades cardiovasculares se incrementan en forma sustancial (Delgado, 2012).

6.9. ALTERACIONES DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

Durante la menopausia se observa incremento en la pérdida ósea, debido a una alteración de los sistemas de formación y resorción ósea propios del metabolismo de hueso. La falta de estrógenos ha sido relacionada con el incremento en la resorción ósea lo que se traduce en una disminución de la densidad mineral ósea. La disminución de la densidad mineral ósea inicia desde dos a tres años antes de que ocurra la última menstruación y no se detiene sino hasta tres o cuatro años después de la menopausia. El porcentaje de pérdida de masa ósea en del orden del 2% anual al principio y posteriormente se ubica en niveles aproximados de 1% por año (Roy, 2013).

La pérdida ósea es más rápida a nivel de la columna vertebral, en donde se han encontrado pérdidas del 10% de masa ósea en un periodo de 5 años, no menos importante es la pérdida ósea que se observa en el cuello del fémur, con

el 5% de la pérdida de masa ósea en el mismo periodo. Cabe mencionar que la pérdida de la masa ósea no es exclusiva de estos lugares, el resto del organismo también se ve involucrado en este proceso acelerado que se observa en el periodo de transición menopaúsica. Aunque también se considera que la pérdida de masa ósea pudiera estar relacionada con la edad, la falta de estrógenos explica las dos terceras partes de dicha perdida (Gutiérrez, 2012).

La importancia clínica de la disminución de la densidad mineral ósea que aparece en las pacientes en la postmenopausia radica en el incremento n el número de fracturas. Es importante mencionar que también influyen otros factores de riesgo para elevar el número de fracturas en las mujeres postmenopáusicas. Entre ellos: el hipotiroidismo, el consumo de café, la estatura, el peso, antecedentes de osteoporosis familiar, antecedentes de fracturas a una edad más joven (Roy, 2013).

7. DIAGNÓSTICO

Se basa en los antecedentes referidos por la mujer a partir de los 45 años de edad, que consisten en una serie de síntomas nuevos y por el comienzo de trastornos en su ciclo menstrual (Ferrarini, 2013).

Estos fenómenos no se presentan en forma brusca, sino gradual y progresiva en el caso de que la menopausia sea natural. Si ésta es artificial, por cirugía o radiaciones, la forma de aparición sí es brusca y de mayor intensidad. Aunque como tal no existe un marcador biológico diagnóstico de menopausia. La presencia de sintomatología vasomotora (bochornos y sudoraciones nocturnas) y la ausencia de sangrado endometrial por doce meses consecutivos llevan al diagnóstico; por lo que no es necesaria la cuantificación de estudios hormonales (hormona folículo- estimulante y estradiol) en mujeres en los que el cuadro clínico, el patrón menstrual y la edad son evidencia suficiente (Ferrarini, 2013).

En mujeres menores de 40 años de edad o con histerectomía la documentación de amenorrea por más de un año y una concentración de Hormona folículo estimulante (FSH) mayor a 30mUI/mL, en dos ocasiones, con

intervalo de 6 semanas y estradiol indetectable han sido aceptados como diagnóstico de insuficiencia ovárica prematura (Myers, 2010).

Aquellas mujeres que no han tenido una menstruación espontánea por más de doce meses son consideradas posmenopáusicas. Dentro de esta etapa es primordial la realización de exámenes que permitan establecer el riesgo/beneficio global de cada mujer. En el caso de que la paciente sea candidata a recibir terapia hormonal los exámenes ideales a realizar son los siguientes: Perfil de lípidos completo, glucosa, citología cervico-vaginal, mamografía, densitometría ósea, y medición de la tensión arterial (Ferrarini, 2013).

8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si una mujer es >50 años, ha dejado de menstruar y tiene los síntomas clásicos de deficiencia estrogénico, es muy poco probable que tenga otro diagnóstico diferente de la menopausia. En las mujeres más jóvenes y en las >50 años que tienen síntomas atípicos, se deben considerar otras causas de amenorrea: la enfermedad tiroidea, el prolactinoma, la depresión grave o el estrés y, la pérdida sustancial de peso. Cada una de estas condiciones puede estar asociada a síntomas vasomotores y cambios del humor. En el contexto de la amenorrea siempre se debe considerar el embarazo (Dennerstein, 2011).

Si la presentación es atípica se deben excluir otras causas de síntomas vasomotores. Los sofocos hormonales provocan un aumento significativo de la temperatura central. Si una mujer registra un aumento de la temperatura bucal, sofocos o sudores nocturnos, se deberán investigar las causas infecciosas. La tirotoxicosis puede imitar a la menopausia, ya que las mujeres presentan agitación y ansiedad, trastornos del sueño, acaloramiento, sudoración y palpitaciones. Estos síntomas pueden preceder a los síntomas clásicos de tirotoxicosis, como la pérdida de peso y el temblor (Fournier, 2015).

Una cuidadosa historia clínica y medicamentosa ayuda a identificar otras causas posibles. Los tumores carcinoides productores de serotonina pueden

presentarse con diarrea nocturna y rubor episódico, sin sudoración. Los feocromocitomas liberan catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, y se caracterizan por hipertensión persistente, enrojecimiento y sudoración profusa. Algunas mujeres pueden presentar oligomenorrea y cambios del humor o depresión. Se debe establecer el diagnóstico diferencial entre la depresión perimenopáusica, la depresión mayor y la disforia simple (González, 2013).

El diagnóstico de depresión mayor requiere experimentar al menos 2 semanas de depresión del ánimo o de pérdida de interés o placer en casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días, acompañado por lo menos de 4 de los siguientes síntomas: cambios en el apetito o el sueño, fatiga, agitación psicomotora o lentitud, sentimientos de inutilidad y/o culpa, concentración disminuida o indecisión, ideación suicida (Hernández, 2011).

Por el contrario, la depresión perimenopáusica suele estar acompañada por irritabilidad, hostilidad o, agitación y ansiedad. Clínicamente, se asemeja a los cambios de humor del síndrome premenstrual, con estado de ánimo negativo, desvalorización y menor capacidad para afrontar los acontecimientos. Una característica distintiva es de la depresión de la perimenopausia es la labilidad, en contraste con la depresión del ánimo constante que se observa en la depresión mayor (Fournier, 2015).

9. TRATAMIENTO

Ya que se trata de un proceso normal y no de una enfermedad, no se recomienda que todas las mujeres reciban tratamiento. La mayoría puede tolerar los síntomas sin problemas y éstos desaparecen con el tiempo.

Sin embargo, algunas mujeres pueden tener muchas molestias, toleran poco los síntomas o tienen alguna otra enfermedad o complicación que requiere de un tratamiento. En estos casos se pueden emplear estrógenos a dosis bajas para disminuir los síntomas. A estos tratamientos se les llama “Terapia hormonal de reemplazo” (Villiers, 2013).

9.1. TRATAMIENTO HORMONAL

La Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) tiene como *objetivos fundamentales* mejorar la calidad de vida de la mujer y prevenir las patologías derivadas del déficit hormonal. La *THR óptima se basa* en:

***** Utilizar preparados farmacológicos, fundamentalmente naturales con mínimos o nulos efectos secundarios.
* Administrar la menor dosis posible para conseguir el efecto deseado.
* Comodidad y aceptabilidad por parte de la mujer.
* La indicación y las pautas de tratamiento deben establecerse siempre de forma individualizada (Sistema Nacional de Salud España, 2008).

A continuación se analizan algunas características propias de los distintos tipos de fármacos utilizados: estrógenos, gestágenos y andrógenos.

9.1.1. ESTRÓGENOS

Durante la vida reproductiva se producen fundamentalmente en el ovario, a nivel del folículo y del cuerpo lúteo. Los más utilizados son:

- ESTRADIOL: Es el estrógeno natural más activo. Se puede administrar por vía oral, parenteral y dérmica.
* Por ***vía oral*** se administra en forma de Valerianato de Estradiol; con 1 mg, se alcanza un nivel en plasma de 40 pg/ml de Estradiol y 150 pg/ml de Estrona. Tiene el inconveniente del efecto de primer paso hepático y la ventaja de la comodidad de la vía oral (Kuhl, 2009).
* Por ***vía parenteral*** se encuentra la subcutánea y la intramuscular. Por *vía subcutánea*, se utilizan implantes con 100 mg de Estradiol, se alcanzan niveles en plasma irregulares, entre 30 y l00 pg/ml. La duración del implante es de aproximadamente seis meses. La vía parenteral, en general, presenta ventajas como no tener efecto de primer paso hepático, no afectar a factores de la coagulación y no modificar el sustrato de la renina, ni SHBG (Globulina fijadora de hormonas sexuales), ni TBG (Proteína fijadora de tiroxina) (Kuhl, 2009).

* Por ***vía dérmica***, tiene dos presentaciones, percutánea y transdérmica. La *vía percutánea* se administra mediante un gel hidroalcohólico, que se aplica en la piel que actúa como reservorio y a través de los capilares pasa a la sangre. La dosis/día es de 1.5 a 3 mg de Estradiol y equivale a 2.5-5 g de gel. La absorción depende de la zona donde se aplique, siendo difícil de valorar el nivel plasmático obtenido. Es cómoda de utilizar. La *vía transdérmica*, muy utilizada hoy en día en forma de 17 bEstradiol, se libera a través de una membrana (parche) que se aplica en la piel. Con 0.05 mg de 17 bEstradiol se alcanzan niveles en plasma de 40 a 60 pg/ml. La liberación dura entre 3 y 4 días (se aplican dos en semana), y últimamente existen preparados de aplicación semanal única. Pese a ser de las más estables, esta vía de administración también tiene fluctuaciones de los niveles plasmáticos, 50 pg/ml el primer día y desciende a 28 pg/ml el tercer día. Los niveles plasmáticos de estradiol/ estrona están a favor del estradiol, que es más fisiológico. Tienen como inconvenientes la irritación de la piel y la posibilidad de que se despeguen (Kuhl, 2009).

- ESTRÓGENOS EQUINOS CONJUGADOS: Son de los más conocidos y estudiados. Se pueden considerar naturales pero con diferencias en su farmacocinética. Se obtienen de orina de yegua gestante. La administración es por ***vía oral*** y tiene un primer paso hepático en concentraciones altas, se elimina por orina y bilis. Puede inducir la síntesis de proteínas: SHBG (Globulina fijadora de hormonas sexuales), TBG (Proteína fijadora de tiroxina) angiotensinógeno y sustrato de renina.

Al ser administración por vía oral el principal metabolito va a ser la estrona, por lo que la relación estradiol/estrona es menos fisiológica. Se administra en dosis de 0.625mg/día y se alcanzan niveles en plasma de 40 pg/ml de Estradiol y 150 pg/ml de Estrona (Kuhl, 2009). Tiene la ventaja de la comodidad, buena aceptación por parte de la mujer y un significativo menor coste económico.

9.1.2. GESTÁGENOS

En todas las mujeres que conserven útero es obligado administrar gestágenos para la prevención de la hiperplasia endometrial y el adenocarcinoma de endometrio. Su acción principal es la transformación del endometrio evitando el

efecto nocivo del estrógeno. Además tienen efectos sobre el resto del organismo según su farmacocinética. Los más utilizados son:

- PROGESTERONA MICRONIZADA: Se puede utilizar por vía oral y vaginal. * Por ***vía oral*** se absorbe bien, con la administración de 100-200-300 mg de progesterona micronizada se obtienen niveles de 10-20-30 ng/ml en plasma, respectivamente. Tiene una semivida muy corta y la cantidad de producto absorbido varía mucho de una mujer a otra. En THR se necesitan de 200 a 300 mg para proteger el endometrio (Miller, 2007). No tiene efectos sobre el metabolismo lipídico y tampoco modifica el nivel de Aldosterona, por lo que no modifica la tensión arterial. Tampoco tiene efectos androgénicos. (Miller, 2007).
* La ***vía vaginal*** es una buena alternativa a la vía oral, evita el paso hepático y mantiene unos niveles estables en plasma. Es aconsejable administrarla por la noche porque puede producir somnolencia (Miller, 2007).

- DERIVADOS DE LA PROGESTERONA:
**** Acetato de medroxiprogesterona (AMP):*** Se absorbe por vía oral de forma rápida (pero sólo en un 10%,) con una semivida de 1 a 3 días. Tiene efectos gestagénicos, antiestrogénicos y muy débilmente androgénicos, con escasos efectos sobre el metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono. Con la administración de 10 mg de AMP, se obtienen unos niveles de 13 a 20 ng/ml en plasma, circula unida a la albúmina y se elimina por heces. La dosis habitual en THR, es de 5 a 10 mg/día durante 12 días en la pauta cíclica y de 2.5 mg/diarios en la pauta continua (Sulak, 2010).
**** Dihidrogesterona:*** Se absorbe bien por vía oral. Tiene gran afinidad por los receptores de la progesterona, no tiene efecto androgénico y es antiestrogénico. No reduce alteraciones metabólicas (Sulak, 2010).
**** Medrogestona:*** Semejante a la Dihidrogesterona, pero con mayor potencia antiestrogénica. Pocos efectos metabólicos (Sulak, 2010).

- DERIVADOS DE LA TESTOSTERONA: Entre los de primera generación, también llamados *Estranos,* por tener un cierto efecto estrogénico, destacamos:
Noretisterona: Se absorbe bien por vía oral, pero tiene efecto de primer paso hepático, por lo que sólo se utiliza el 50-60% de la dosis administrada. Produce un patrón lipídico desfavorable (Kuhl, 2009).
Levonorgestrel: De segunda generación, es el más utilizado en los anticonceptivos hormonales, tiene efectos metabólicos desfavorables sobre los lípidos y los hidratos de carbono. Tiene un carácter androgénico. Los de *tercera generación* son más selectivos y potentes, con buena absorción y escasos efectos androgénicos. No hay experiencia en el campo de la THR (Miller, 2007).
Tibolona: Es un derivado de la noretisterona y actúa como gonadomimético, es decir, tiene los efectos de todas las hormonas gonadales: estrógenos, gestágenos y andrógenos. Predomina la actividad como gestágeno, es moderada como estrógeno y leve como andrógeno. Puede ser administrado como único fármaco en la THR, con una sola dosis/día por vía oral, lo que le confiere gran comodidad de utilización. Corrige todos los síntomas climatéricos de sofocos, insomnio, etc., y también a largo plazo previene la osteoporosis. Tiene mejor respuesta sobre la libido y el trofismo vaginal que los estrógenos. No induce la proliferación del endometrio, por lo que inicialmente no hay sangrado y reduce la mastodinia. No aumenta los niveles de estradiol plasmático y su mecanismo de acción no está en relación con los estrógenos. Está especialmente indicado en pacientes con miomas o antecedentes de endometriosis. La dosis habitual es de 2.5 mg/día. Entre los inconvenientes podemos citar que ocasionalmente se producen sangrados no esperados (Sulak, 2010).

9.1.3. ANDRÓGENOS

Hace años se utilizaban por vía intramuscular en presentación Depot, junto a los estrógenos, pero actualmente ya no se utilizan y tienen escasas indicaciones.

9.1.4. PAUTAS DE THR

Las pautas de THR más utilizadas son:

·**Pauta Combinada Cíclica:** Semeja al ciclo endometrial fisiológico, tiene disrupción endometrial con sangrados regulares, aunque a lo largo del tiempo se llega a la amenorrea. Es bien aceptada por las mujeres con menopausia reciente (Sulak, 2010).

·**Pauta Combinada Continua:** Se intenta lograr una atrofia endometrial, aunque en los primeros meses pueden existir pequeñas e irregulares pérdidas hemáticas. Es la pauta de elección en las mujeres que se inicia el tratamiento tras varios años de menopausia y no quieren volver a tener sangrados (Palacios, 2009).

·**Pauta Combinada Ciclofásica:** Intenta conseguir con una menor dosis de gestágenos, el máximo efecto hormonal, se fundamenta en la duración de la acción de los gestágenos sobre los receptores de progesterona. Se administra el gestágeno un mínimo de 10 días al mes de la forma siguiente: un día sí y dos no, o bien se administra coincidiendo con la aplicación de la membrana transdérmica. La dosis sería de 10 mg de AMP (Acetato de medroxiprogesterona) o 200 mg de Progesterona oral o vaginal (Palacios, 2009).

·**Pauta Combinada Trimestral:** Se administra el gestágeno, sólo cada tres meses de estrógenos, durante 15 días, con una dosis de 20 mg de AMP. Se intenta conseguir menor número de sangrados (cuatro al año) (Palacios, 2009).

·**Pauta Estrógenos Continuos:** Sólo aplicable en pacientes histerectomizadas. En todas estas pautas se valorará el añadir un suplemento de calcio y vitamina D3, según su aporte en la dieta y hábitos de la paciente (Palacios, 2009).

9.1.5. EFECTOS SECUNDARIOS DE LA THR

Son escasos y dosis-dependiente. Los más frecuentes, derivados de la administración de estrógenos, son: mastodinia, síndrome premenstrual, parestesias y cefaleas. Por otra parte, dependiendo fundamentalmente del tipo de gestágeno administrado y de la pauta elegida de administración, se producen alteraciones como edemas, hinchazón abdominal y cambios en el metabolismo lipídico. El sangrado vaginal es un efecto derivado propiamente de la THR. En pauta combinada ciclofásica, se considera correcto cuando se inicia a los 2 o 3 días de la última dosis de gestágeno y tiene una duración y cantidad no superior a una regla. Si el sangrado se inicia antes de lo esperado o es muy abundante,

posiblemente se deba a una dosis baja de gestágeno, por lo que se debe aumentar la dosis y/o los días de administración. Si no cede, se debe disminuir la dosis de estrógeno y hacer un estudio del endometrio. En la pauta combinada continua, en los seis primeros meses de tratamiento pueden existir sangrados irregulares, que se consideran normales. Si persisten más tiempo o son muy frecuentes, habrá que modificar la dosis y practicar un estudio endometrial. También pueden aparecer sangrados no relacionados con la administración de gestágenos, que pueden estar en relación con un hiperestrogenismo, por una producción endógena de esteroides o también por un mal cumplimiento el tratamiento. En este tipo de sangrado siempre es obligado valorar el estado endometrial (Villiers, 2013).

9.1.6. DURACIÓN DEL THR

Depende de la indicación, pero por lo general se administra por un *período de 5 años.* En este rango de tiempo conocemos que no aumenta la incidencia de cáncer de mama y resulta eficaz como tratamiento preventivo (OPS, 2015).

9.1.7. CONTRAINDICACIONES DE LA THR

Las contraindicaciones de la terapia hormonal son comunes a todas las modalidades de ella:

- No se recomienda prescribirla a mujeres que tengan o hayan tenido trombosis venosas profundas.
- Cualquier tipo de trombosis arterial.
- Cáncer mamario u otros cánceres hormono-dependientes.
- Presencia de sangrados endometriales de causa desconocida.
- Enfermedades hepáticas con insuficiencia moderada o severa.
- Según estudios tampoco se recomienda iniciar la terapia hormonal en mujeres que tengan 10 o más años de haber tenido su última menstruación, ni en las mayores de 65 años de edad, ya que es en estos subgrupos donde se observó que la terapia hormonal aumenta el riesgo de eventos adversos graves como las trombosis venosas profundas, y más rara vez los eventos arteriales cerebrales y/o coronarios.
- Melanoma, Lupus Eritematoso Sistémico, Porfiria (Palacios, 2009).

9.2. TRATAMIENTO NO HORMONAL

Son esenciales las medidas de salud integral. Así, independientemente de que la paciente siga o no THS, es obligado informar sobre las medidas a adoptar para mejorar su bienestar y prevenir las enfermedades crónicas propias de la postmenopausia.

Dieta:

– Disminuir el aporte calórico.

– Reducir la ingesta de ácidos grasos saturados.

– Disminuir la ingesta de sodio y aumentar de forma moderada la ingesta de potasio, calcio y magnesio.

– Aumentar la ingesta de calcio a 1.500 mg/día.

Medidas higiénicas:

– Eliminar hábitos tóxicos, alcohol, tabaco, café.

– Fomentar el ejercicio físico, evitando el sobresfuerzo.

– Fomentar la autoestima y el cuidado personal (Doren, 2011).

El uso de medicina complementaria o alternativa está en incremento. Una terapia popular alternativa es la acupuntura, que ha mostrado reducir el síndrome vasomotor en muchos estudios clínicos. Los fitoestrógenos, sustancias derivadas de plantas con propiedades estrogénicas, disminuyen tanto la severidad de los síntomas como la frecuencia, pero la mejoría de los síntomas no es superior a la del placebo. El uso de vitamina E (800 UI /día) muy frecuentemente recomendada, en comparación con placebo demostró una reducción mínima de los síntomas (Heaney, 2008).

Diversos tipos de medicamentos que modulan las vías neurotransmisoras pueden reducir los síntomas vasomotores. Los agentes que disminuyen el tono central noradrenérgico, como la clonidina, disminuyen los bochornos, aunque no en gran magnitud. Los inhibidores selectivos de la recaptura serotonina/norepinefrina se han convertido en la base del tratamiento no hormonal para los síntomas. Tanto la paroxetina como la venlafaxina, reducen la

sintomatología vasomotora de manera más efectiva que el placebo. Los efectos adversos incluyen cefalea, boca seca, náusea, insomnio y disfunción sexual. La gabapentina, un análogo del ácido gama-amino-butírico ha mostrado reducir la frecuencia de los bochornos de manera más eficaz que el placebo en numerosos estudios. Los efectos secundarios incluyen mareo y desorientación (Wilcox, 2010).

Aquéllas mujeres afectadas principalmente con sudoraciones nocturnas y disrupción del sueño pueden beneficiarse con moduladores del sueño, como la difenhidramina (Marín, 2011). En el caso de la terapia hormonal local (ej., ciertos tipos de cánceres o padecimientos que contraindiquen su uso), las alternativas son los humectantes vaginales, útiles para reducir los síntomas de atrofia urogenital. Estos mejoran y mantienen la humectación vaginal cuando se utilizan de manera constante, por lo que deben de ser aplicados varias veces a la semana, no únicamente para la actividad sexual. Estos productos mejoran los síntomas de resequedad vaginal aún en mujeres que no son activas sexualmente. Para mujeres con dispareunia, los lubricantes a base de agua deben de ser utilizados durante el acto sexual de manera simultánea con lubricantes (Doren, 2011).

(e) MATERIALES Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de carácter descriptivo - transversal porque se realizó en un periodo determinado; y prospectivo porque se registra la información según ocurren los fenómenos**.**

2. ÁREA DE ESTUDIO

❖ **Lugar y tiempo:**

La presente investigación se realizó en la parroquia Amaluza del cantón Espíndola, en el servicio de Consulta Externa del Hospital Básico Amaluza, en el período Febrero – Julio del 2014.

3. UNIVERSO Y MUESTRA

❖ **Universo:**

Todas las pacientes que acudieron a Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Básico Amaluza, en el periodo febrero – julio del 2014. Por lo que se obtuvo un universo de 543 pacientes.

❖ **Muestra:**

Estuvo conformada por mujeres mayores de 35 años con o sin síntomas y signos de menopausia, que acudieron a Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Básico Amaluza, en el periodo febrero – julio del 2014. Se aplicó la fórmula para obtener la muestra respectiva, obtiendo un total de 239 pacientes.

Para determinar que la muestra a estudiar, sea estadísticamente significativa, el cálculo de la misma se realizó mediante la siguiente fórmula diseñada para estudios descriptivos:

$$n = \frac{k^2 \times p \times q \times N}{(e2 \times (N-1)) + k^2 \times p \times q}$$

k: es una constante que depende del nivel de confianza que se asigne.

e: es el error muestral deseado.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. (0.5)

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

n: es el tamaño de la muestra (número de encuestas a realizar).

Sustituyendo la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 543}{(95^2 \times (543-1)) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 239$$

- **Criterios de inclusión:**
  - Mujeres > de 35 años con o sin síntomas y signos de menopausia
  - Pacientes ooforectomizadas quirúrgicamente
  - Mujeres con afección ovárica por quimioterapia o radiación
  - Mujeres interesadas en colaborar con la investigación

- **Criterios de exclusión:**
  - Mujeres < de 34 años de edad
  - Mujeres que asisten a Consulta por embarazo.
  - Mujeres que no quieran participar del estudio.

4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

❖ **Método Científico:**

Este método me guio a la aplicación de procedimientos lógicos que seguí en la presente investigación, la misma está orientada para brindar resultados confiables que den validez a mi trabajo, además me condujo a la selección adecuada de fuentes de investigación, obviando datos innecesarios que dificulten la comprensión y aplicación de alternativas encaminadas a solucionar el problema.

❖ **Técnica:**

- **Teórica:** Mediante la investigación bibliográfica se obtuvo los conocimientos teóricos que facilitan la comprensión de la problemática a investigar.
- **Bibliográfica:** Recolección de datos mediante fuentes de información como: la obtenida en las aulas, textos, videos, internet.
- **De Encuesta:** Se elaboró una encuesta sobre el tema de investigación, dirigida a las mujeres que cumplan los criterios de inclusión. Los resultados obtenidos mediante las respuestas fueron determinados a través de datos estadísticos que será una contribución para el análisis de este tema, lo que me permitió obtener datos reales. (Anexo N°1).
- **Consentimiento informado:** A todas las personas en estudio para hacerles conocer el proceso investigativo, con su aceptación por medio de la firma. (Anexo N°2).

❖ **Instrumento:**

- **La encuesta:** Se realizó a través de un cuestionario diseñado por los autores con preguntas abiertas y cerradas, la cual se validó realizando una prueba piloto a 20 Mujeres de la Ciudadela Nueva Granada, y debido a los resultados obtenidos la encuesta fue modificada para posteriormente ser aplicada en las mujeres mayores de 35 años que asistieron a consulta

externa del Hospital Básico Amaluza durante el periodo Febrero – Julio del 2014, con el fin de obtener respuestas sobre el problema en estudio. (Anexo N°1).

5. PROCEDIMIENTO

- Inicialmente se acudió a las oficinas del Hospital Básico Amaluza con la finalidad de solicitar el permiso respectivo en la Dirección del hospital, para la realización de la investigación.
- Una vez obtenido el permiso se visitó el lugar, con la finalidad de conocer las instalaciones del hospital especialmente el área de consulta externa para explicar sobre los objetivos de la investigación y contar con la colaboración del personal de salud.
- Ya ubicada en el Hospital se identificaron a las personas que cumplían con los criterios de inclusión y se les solicitó la participación en el estudio, socializando el objetivo los objetivos de la investigación y la confidencialidad de los resultados. Además a cada paciente se le proporciono el consentimiento informado para su autorización.
- La recolección de datos se la efectúo durante los meses de febrero a julio y al finalizar la encuesta se dio las gracias a cada persona por su participación en el estudio.
- Una vez concluida la aplicación de las encuestas, se analizó los resultados para poder continuar con la investigación.

6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos fueron ordenados y tabulados mediante la estadística descriptiva y la información de resultados se lo hizo a través de tablas de frecuencia y gráficos. Mediante la utilización del programa Microsoft Excel 2013.

(f) RESULTADOS.

CUADRO N° 1

EDAD EN LA QUE INICIO LA MENOPAUSIA EN LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

Inicio de Menopausia	Frecuencia	Porcentaje
Aún menstrúan	50	20,92%
40-45	30	12,55%
46-50	150	62,76%
51- 55	9	3,77%
TOTAL	239	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Adriana Josselyn Torres Celi.

ANÁLISIS: El 62,76% de las mujeres encuestadas iniciaron la menopausia a una edad comprendida entre 46-50 años (150), 12,55% (30) de ellas a una edad entre 40-45 años y solo el 3,77% entre los 51-55 años (9); sin embargo el 20.92% (50) del total de mujeres encuestadas refirieron que aún presentaban ciclos menstruales.

CUADRO N° 2

CONOCIMIENTOS SOBRE LA DEFINICIÓN DE MENOPAUSIA EN LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cuando cesa la menstruación de manera definitiva	113	47,28%
Cuando ya no se puede tener hijos	73	30,55%
No Sabe	53	22,17%
TOTAL	239	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Adriana Josselyn Torres Celi.

ANÁLISIS: Del total de 239 mujeres encuestadas 47,28% (113) relacionan a esta etapa con el cese definitivo de la menstruación, 73 mujeres que corresponden al 30,55% asocian la menopausia con no poder tener hijos y el 22,17% (53) no tienen conocimiento sobre este proceso.

CUADRO N° 3

CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDAN OCURRIR DURANTE O POSTERIOR A LA MENOPAUSIA EN LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nerviosismo	97	40,58%
Depresión	34	14,23%
Osteoporosis	55	23,02%
No Sabe	53	22,17%
TOTAL	239	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Adriana Josselyn Torres Celi.

ANÁLISIS: De las mujeres encuestadas 77,83% de ellas tienen cierto conocimiento sobre las complicaciones de la menopausia; de las cuales 40,58% (97) las catalogo como nerviosismo, 55 mujeres representadas por el 23.02% dijeron que una complicación es la osteoporosis y 34 encuestadas que son el 14,23% refirieron que la depresión es una de las complicaciones; sin embargo existe el 22,17% (53) que no tiene conocimiento de las complicaciones que pueden presentarse durante o después de la menopausia.

CUADRO N° 4

PRESENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA EN LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Irregularidades menstruales	100	41,84%
Bochornos	100	41,84%
Sudores nocturnos	90	37,65%
Sequedad Vaginal	40	16,73%
Incontinencia urinaria	35	14,64%
Disuria, polaquiuria	20	8,36%
Disminución de la libido	5	2,02%
Dispareunia	8	3,34%
Cefalea	70	29,28%
Cambios conductuales	15	6,27%
Fracturas	3	1,25%
No refirieron síntomas	50	20,92%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Adriana Josselyn Torres Celi.

ANÁLISIS: De las mujeres que sí presentaron sintomatología relacionada con la menopausia, 100 (41,84%) de ellas presentaron irregularidades menstruales, así mismo 100 mujeres (41,84%) presentaron bochornos, 37,65% (90) han presentado sudores nocturnos, 29.28% (70) de ellas presentaron cefalea, además sequedad vaginal 16,73% (40), incontinencia urinaria 14,64% (35), disuria y polaquiuria 8,36% (20); en menor porcentaje se observan cambios conductuales 6,27% (15), dispareunia 3,34% (8), disminución de la libido 2,02% (5) y por último algún tipo de fractura 1,25% (3), cabe aclarar que algunas de las pacientes presentaron varios síntomas a la vez; pero 20,92% (50) no refirieron haber presentado alguna sintomatología.

CUADRO N° 5

PERSONA A LA QUE CONSULTARON LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Médico	30	12,55%
Familiares	41	17,15%
Amigas	38	15,89%
Curanderos	37	15,49%
Nadie	93	38,92%
TOTAL	239	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Adriana Josselyn Torres Celi.

ANÁLISIS: De las 239 mujeres encuestadas, 41 de ellas que representan el 17,15% consultaron con familiares, 38 mujeres que son el 15,89% consultaron con amigas, 37 de ellas que son el 15,49% consultaron curanderos, 30 de las encuestadas que representan el 12,55% hicieron una consulta médica o refirieron hacerlo solo cuando los médicos iban a sus casas. Sin embargo existe un mayor porcentaje de mujeres que no han consultado a ninguna persona, siendo el 38,92%% (93) de ellas.

CUADRO N° 6

TRATAMIENTOS UTILIZADOS DURANTE LA MENOPAUSIA EN LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Aguas Caseras	50	20,92%
Hormonas	23	9,63%
Calcio	13	5,43%
Ninguno	153	64,02%
TOTAL	239	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Adriana Josselyn Torres Celi.

ANÁLISIS: El 64,02% (153) del total encuestado no usa ningún tipo de tratamiento para esta etapa y solo 35,98% (86) si usa algún tratamiento durante la menopausia, el cual se encuentra dividido en: 20,92% (50) lo hacen a base de aguas caseras, 23 mujeres que son el 9,63% lo hacen a base de un tratamiento hormonal y 13 de ellas que son 5,43% recibe tratamiento a base de calcio.

CUADRO N° 7

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS UTILIZADOS POR LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Densitometría Ósea	10	4,19%
Mamografía	88	36,82%
PAP	141	58,99%
TOTAL	239	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Adriana Josselyn Torres Celi.

ANÁLISIS: De todas las pacientes encuestadas 58,99% (141) afirmo haberse realizado por lo menos en una ocasión el examen del Papanicolaou, 36,82% (88) se han realizado mamografía y solo el 4,19% (10) se han realizado una densitometría ósea.

CUADRO N° 8

ACTITUD QUE TOMAN DURANTE LA MENOPAUSIA LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	47	19,66%
Negativa	98	41,00%
Indiferente	94	39,34%
TOTAL	239	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Adriana Josselyn Torres Celi.

ANÁLISIS: De todas las pacientes encuestadas 41,00% (98) toman esta etapa de una manera negativa, el 39,34% (94) la toman de manera indiferente y el 19,66% (47) refiere tomar esta etapa de una manera positiva.

(g) DISCUSIÓN

Debido a la mayor expectativa de vida que tiene la mujer en esta época, producto de los adelantos tecnológicos y científicos que han mejorado la calidad de vida, la menopausia y las manifestaciones del climaterio son experimentados por un número cada vez mayor de mujeres. Hace 100 o 200 años, el promedio de vida era tan corto que muy pocas mujeres vivían lo suficiente para alcanzar la edad en que se produce la declinación en la actividad ovárica y que se conoce como menopausia. (Morales, 2010).

A nivel mundial existen 3.402 millones de mujeres en total, en América, a nivel de América latina el número de mujeres es de alrededor de 5 millones personas, según datos del INEC en el último censo alrededor de 7 millones de habitantes (50.4%) son mujeres, del cuales se estima que 70% de ellas llegara a una edad superior a los 50 años, edades en donde se empieza a presentar la menopausia. (Duque, 2011).

En Ecuador más del 50% de mujeres tendrá su menopausia alrededor de los 50 años, un 25% la tendrá antes de los 45 años y el porcentaje restante se reparte entre las personas que están alrededor de los 40 años o las que pasan los 54 años (Domínguez, 2010).

El presente trabajo de investigación consta de un total de 239 mujeres, las cuales consultaron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Básico Amaluza en el periodo Febrero – Julio del 2014, en las cuales se analizaron sus conocimientos prácticas y actitudes sobre la Menopausia, obteniendo además características epidemiológicos como la edad, ocupación, instrucción, estado civil.

En cuanto a la edad de inicio de la menopausia, se encontraron con mayor frecuencia edades entre 46 – 50 con un 62,76% (150), lo que concuerda con las estadísticas mundiales cuya edad de aparición es alrededor de los 50 años. Se obtienen resultados similares en comparación con el estudio denominado “Edad

de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral.", realizado en Cuba en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico Eusebio Hernández, donde se analizaron 255 pacientes, de las cuales la mayoría de ellas 58.5% (150) iniciaron la menopausia en edades comprendidas entre 50 – 54 años" (Heredia, 2010). Otro estudio denominado "Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre El Síndrome Climatérico Y Menopausia", realizado en Guatemala en la Clínica Periférica Amparo zona 7, con 190 pacientes, la edad más frecuente en que se presentó la menopausia fue en el rango de los 45 a 55 años, con un total de 76.36%"(Pérez, 2011).

Al investigar sobre el conocimiento acerca de la menopausia 47,28% (113) manifestó que es el cese definitivo de la menstruación, el 30,55% (73) la asociaron con el hecho de no poder tener hijos y el 22, 17% (53) no tenían conocimiento de esta entidad. Al asemejar con el estudio denominado "Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana", realizado en Perú, departamento de Cajamarca con un total de 97 pacientes, el 90.72% (88/97) respondieron que era un proceso natural (fisiológico) anterior a la vejez, el 15.46% (15/97) refirió que era el cese definitivo del periodo reproductivo, y el 9.28% (9/97) refirió no conocer respecto al tema" (Tejada, 2012). Lo cual nos demuestra que existe un mayor porcentaje de desconocimiento en esta investigación además esta falta de información no les permite reconocer la serie de cambios importantes que transcurren en su organismo, y las complicaciones que se pueden presentar en la misma

En cuanto a las complicaciones que se presentan durante o después de la menopausia; 77,83% refirieron conocer alguno de ellos, dentro de los cuales señalaron más comúnmente nerviosismo con un 40,58% (97), siguiendo la osteoporosis con un 23,02% (55). El estudio denominado "Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre El Síndrome Climatérico Y Menopausia", realizado en Guatemala en la Clínica Periférica Amparo zona 7, con 190 pacientes, la complicación más frecuente que se mencionó es la osteoporosis, con un total de 84.74%" (Pérez, 2011)

Los síntomas principales que reportaron las pacientes fueron los cambios vasomotores o bochornos 41,84% y las irregularidades menstruales 41,84%, que se acompañan generalmente de sudores nocturnos 37,65%, le siguen la cefalea 29.28%, la sequedad vaginal (pues en esta edad se pierde la correcta lubricación de la misma) 16,73%, incontinencia urinaria 14,64%, síntomas urinarios 8,36%, encontrando con un menor porcentaje los cambios conductuales 6,27%, dispareunia 3,34% y disminución de la libido con un 2,02%. Al comparar los resultados con el estudio denominado "Perfil Epidemiológico De La Paciente Con Climaterio-Menopausia", realizado en EL Salvador Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán con un total de 70 pacientes, se presentaron en orden de mayor a menor frecuencia, síntomas vasomotores (79%), urogenitales (40%), psicológicos (30%), sexuales (30%), hormonales y dermatológicos (20%); así se encontraron bochornos, resequedad vaginal, nerviosismo, disminución de la libido, trastornos menstruales y resequedad de piel y mucosas respectivamente." (Cárccamo, 2010). Así mismo un estudio realizado en Ecuador, denominado "Frecuencia de los síntomas de menopausia y riesgos asociados en Ecuador" con un total de 325 pacientes, los síntomas encontrados con mayor frecuencia fueron las oleadas de calor (53,3%), la sudoración (49,2%), la pérdida de memoria (80,6%), la depresión (67,4%), lo dolores musculares y articulares (84,0%), la resequedad de la piel (85,5%), la evasión a la intimidad (76,2%) y los cambios en el deseo sexual (76,5%)" (OPS, 2011).

Cuando se identificaron las prácticas que realizan las pacientes se estableció que dentro de estas el 38,92% no consultan a nadie; 17,15% consultaban con familiares, el 15,89% con amigas, el 15,49% con curanderos de la localidad y solo el 11% con un médico. Es de resaltar la importancia de la familia. Además la baja asistencia al médico puede ser relacionada al escaso recurso económico, a la mala asesoría de las personas con las que consultan o el escaso conocimiento sobre este tema. El estudio denominado "Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre El Síndrome Climatérico Y Menopausia", realizado en Guatemala en la Clínica Periférica Amparo zona 7, con 190 pacientes, estableció

que el 30.53% consultaban con sus vecinas, el 28.95% con el esposo, el 13.68% con familiar y solo el 12.63% con el médico respecto a los síntomas que están teniendo" (Pérez, 2011). Otro estudio denominado "Conocimientos y Prácticas en Relación a la Menopausia en Mujeres Mayores de 40 Años", realizado en Ecuador, en Ovalos, con un total de 60 personas, obteniendo que el 67% asistieron al médico, el 20% a ninguno y el 13% al curandero. (Espinosa, 2007).

Se indagó el uso de algún tratamiento durante la menopausia, refiriendo más frecuentemente la utilización de aguas caseras 20,92%, principalmente las amargas, jugo de perejil, jugo de naranja con huevo, té de manzanilla; situación que es una característica radicada de esta población, esto debido a la falta de enseñanza adecuada, lo bajo de sus costos, pero sin la respuesta necesaria al problema. Seguidamente tratamientos hormonales 9,63% de ellas, una cantidad baja para el total de pacientes que deben de usar esta medicación, y por último encontramos tratamientos a base de Calcio 5,43% algunas de las beses automedicado; pero mayoritariamente el 64,02% no recibe ningún tratamiento. Comparando con el estudio denominado "Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre El Síndrome Climatérico Y Menopausia", realizado en Guatemala en la Clínica Periférica Amparo zona 7, con 190 pacientes, el 45.26% practicaba un tratamiento, pero 54.74% no lo hacía. La terapéutica que utiliza el grupo son en un 33.72 % diversos tipos de vitaminas, analgésicos; el tratamiento de reemplazo hormonal es de un 25.58%. Les siguen a estos tratamientos en orden de frecuencia las aguas de hierbas con un 14%" (Pérez, 2011).

En lo que se refiere a la realización de exámenes complementarios, el de mayor demanda fue el Papanicolaou con un 58,99%, seguidamente Mamografía 36,82% y finalmente Densitometría ósea con un 4,19%. Lo que se debe a pocos conocimientos y beneficio para la realización de los mismos, y los gastos económicos a los que se afrontarían. Resultados similares se obtuvieron en el estudio denominado "Perfil Epidemiológico De La Paciente Con Climaterio-Menopausia", realizado en EL Salvador Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán con un total de 70 pacientes, en donde la citología cervico vaginal se realizó el 97%, la toma de mamografía o ultrasonografía se realizó en

el 74% de pacientes y la Densitometría ósea fue tomada en el 27% de los casos" (Cárccamo, 2010).

Finalmente al evaluar la actitud que toman las mujeres durante la menopausia se demuestra que la afrontan de manera negativa en un 41,00% predominantemente por los síntomas molestos que las aquejan, aunque también tiene mucha importancia la influencia del entorno caracterizado por la pobreza, desintegración familiar, poca educación y una salud precaria. En cuanto a la actitud indiferente de este estudiado se dio en un 39,34 %, siendo calificado así los síntomas no eran tan molestos, algunas permanecen asintomáticas y además la falta de información de esta época de sus vidas les hace adoptar esta disposición. Mientras que solo el 19,66% abordan este período de forma positiva, principalmente porque tienen apoyo familiar. Comparando con el estudio denominado "Conocimientos y Prácticas en Relación a la Menopausia en Mujeres Mayores de 40 Años", realizado en Ecuador, en Ovalos, con un total de 60 personas, el 60% de las mujeres toman esta etapa de manera negativa y el 40% de manera positiva (Espinosa, 2007). Un estudio similar denominado "Perfil Epidemiológico de la Paciente con Climaterio-Menopausia", realizado en el Salvador en El Hospital Nacional De Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán, con una muestra de 70 mujeres, reporta los siguientes resultados: negativa en un 56.81%, 27.89% abordan este período de forma positiva y un 15.26% lo afrontan de manera estoica" (Cárccamo, 2010).

(h) CONCLUSIONES

1. La mayor parte de las pacientes encuestadas tienen conocimientos sobre la menopausia y sus complicaciones; sin embargo estos son escasos, lo que puede deberse a la poca información brindada por los equipos de salud y probablemente la poca importancia que las pacientes le dan a este proceso. El principal conocimiento que tienen acerca de la menopausia es que existe el cese de la menstruación de manera definitiva conformando un 47,28% del total.

2. Gran parte de las pacientes entrevistadas tuvieron una actitud negativa 41,00% frente a la menopausia, lo que es notorio ya que sigue siendo prevalente el miedo de atravesar por esta etapa y de no tener la misma vitalidad de antes.

3. El tratamiento frecuentemente practicado por las pacientes es la utilización de aguas caseras 20,92%, entre ellas el agua de perejil, el jugo de naranja con huevo y el té de manzanilla, aparentemente por fácil acceso que tienen a las mismas, su bajo costo, y el escaso conocimiento de un tratamiento adecuado y oportuno. Además de los estudios complementarios mayormente realizado es el Papanicolaou 58,99%; debido a la disponibilidad del mismo en el hospital.

4. La edad en que se presentó la menopausia en las pacientes en estudio fue entre 46 - 50 años (62,76%), que concuerda con la media a nivel mundial y con otros estudios realizados de manera similar.

5. Los principales síntomas que afectan a las pacientes de este estudio durante la menopausia son los bochornos, la irregularidad menstrual, sudores nocturnos, cefalea, y sequedad vaginal.

(i) RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Ministerio de Salud Pública, sugerirles la creación de una unidad especializada para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes que estén cursando por la menopausia.

2. Capacitar a todo el personal que conforman los equipos de salud, para la identificación del inicio de síntomas y signos relacionados a la menopausia y su pronta referencia al personal médico adecuado.

3. Instruir a la población sobre las diferentes etapas de la vida por las que atraviesa la mujer, entre ellas la menopausia, no solo encaminada a orientar a mujeres, sino también a hombres y demás personas, ya que el apoyo familiar y social son básicos durante esta etapa.

4. Dar a conocer a la población todas las ofertas terapéuticas, para que tengan conocimiento de su importancia y de esta manera los equipos de salud puedan lograr la elección del medicamento apropiado de acuerdo a las características específicas de la paciente.

5. Hacer hincapié en la población rural, ya que son ellos los que se encuentran más afectados por la falta de conocimientos sobre temas médicos como la menopausia y el difícil acceso a la información especializada y al personal médico adecuado.

(j) BIBLIOGRAFÍA

Antonijevic IA, Murk H. 2013.ON THE ROLE OF MENOPAUSE FOR SLEEP ENDOCRINE ALTERATIONS ASSOCIATED WITH MAJOR DEPRESSION. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4654/lhsh1de1.pdf?sequence=1 (Consultado Agosto 17, 2015).

Bachmann GA. 2010. Am J Obstet Gynecol. VASOMOTOR FLUSHES IN MENOPAUSAL WOMEN. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Blümel JE, Cubillos M, Brandt A, et al. 2010. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MENOPAUSIA. Disponible en: http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol6202/1/menopausia.htm (Consultado Agosto 17, 2015).

Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. 2011. A PROSPECTIVE POPULATION-BASED STUDY OF MENOPAUSAL SYMPTOMS. Obstet Gynecol. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Doren M, Azzawi FA, Donnez J, Van der Mooren MJ, Villero J, Gompel A. 2011. THERAPEUTIC VALUE AND LONG-TERM SAFETY OF PULSED ESTROGEN THERAPY. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Dr. Antonio Domínguez. 2010. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA. Disponible en: http://www.saluddealtura.com/?id=471 (Consultado agosto 16, 2015).

Dr. Braulio Heredia Hernández. Dr. Miguel Lugones Botell. 2010. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología *versión On-line* ISSN 1561-3062. EDAD DE LA MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON EL HÁBITO DE FUMAR, ESTADO MARITAL Y LABORAL. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300008&lng=es (Consultado Agosto 20, 2015).

Dr. Erick Alonzo Pérez. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL SÍNDROME CLIMATÉRICO Y MENOPAUSIA. 2011. Tesis Médica. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de ciencias Médicas. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8221.pdf. (Consultado Agosto 20, 2015).

Dr. Eugenio Arteaga. 2012. Consenso en Menopausia y Climaterio. CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE MENOPAUSIA Y CLIMATERIO. Chile. Disponible en: http://www.vitalibros.cl/catalogo_web/colecciones/600/610/618/climaterio.pdf#page=10 (Consultado Agosto 16, 2015).

Dr. Juan Yabur. 2010. Gaceta Médica. LA MENOPAUSIA PUESTA AL DÍA. Caracas. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622006000100001&lng=es&nrm=iso (Consultado Agosto 16, 2015).

Dr. Leonardo Marqués Amorós. 2011. Instituto Marqués. Ginecología y Obstetricia. FISIOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA. Disponible en: http://www.institutomarques.com/fisiologia-menopausia.html (Consultado Agosto 17, 2015).

Dra. Gutiérrez Gómez Sonia. 2012. Editorial Universidad complutense de Madrid .Facultad de psicología .Madrid. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTAL EN LA MENOPAUSIA. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4654/lhsh1de1.pdf?sequence=1 (Consultado Agosto 17, 2015).

Dra. MORALES Toia, Mafalda Elizabeth. 2010Ginecologia y Obstetricia de México. MENOPAUSIA Y CLIMATERIO. Publicado domingo 22 de noviembre. Disponible en: http://revistasmedicasmexicanas.com.mx/nieto/Ginecologia/2007/numero%2012/femego12_diciembre.pdf (Consultado Agosto 15, 2015).

Dra. Rosa Cárccamo. 2010. Perfil Epidemiológico De La Paciente Con Climaterio-Menopausia En El Hospital Nacional De Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán En El Período De Marzo A Agosto De 2010. Tesis Doctoral. El Salvador. Universidad De El Salvador. Escuela De Medicina. Pág. 17 – 18.

Dra. Rosa Cárccamo. 2010. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA PACIENTE CON CLIMATERIO-MENOPAUSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGUELLO ESCOLÁN EN EL PERÍODO DE MARZO A AGOSTO DE 2010. Tesis Doctoral. El Salvador. Universidad De El Salvador. Escuela De Medicina. Pág. 48.

Dra. Rosa Cárccamo. 2010. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA PACIENTE CON CLIMATERIO-MENOPAUSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGUELLO ESCOLÁN EN EL PERÍODO DE MARZO A AGOSTO DE 2010. Tesis Doctoral. El Salvador. Universidad De El Salvador. Escuela De Medicina. Pág. 49.

FERRARINI, E. ET AL. 2013. CLINICAL CHARACTERISTICS AND GENETIC ANALYSIS IN WOMEN WITH PREMATURE OVARIAN INSUFFICIENCY. Maturitas. Disponible en:

http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=86861&pagina=2 (Consultado Agosto 17, 2015).

Fournier, A. et al. Am. J. 2015. EPIDEMIOL. RISKS OF ENDOMETRIAL CANCER ASSOCIATED WITH DIFFERENT HORMONE REPLACEMENT THERAPIES. Disponible en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=86861&pagina=1 (Consultado Agosto 17, 2015).

Guyton y Hall. Tratado de Fisología Médica. 2011. MENOPAUSIA. Décima edición. Capítulo 81. Páginas 1022.

Heredia Hernández B, Lugones Botell M. 2011. EDAD DE LA MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON EL HÁBITO DE FUMAR, estado marital y laboral. Revista Cubana Obstetricia Ginecología. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2007000300008&lng=es (Consultado Agosto 16, 2015).

Hogervorst E, Yaffe K, Richards M, Huppert F. 2014. HORMONE REPLACEMENT THERAPY TO MAINTAIN COGNITIVE FUNCTION IN WOMEN WITH DEMENTIA (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue, Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Instituto Nacional de Estadística. 2012. Defunciones según la Causa de Muerte 2000. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Jaime Botero. 2010. Obstetricia y Ginecología. MENOPAUSIA y CLIMATERIO. Séptima Edición. Capítulo 51. Páginas 591-615.

Jorge Salvador. 2011. Climaterio y Menopausia. EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a03v54n2.pdf (Consultado Agosto 16, 2015).

José Pacheco, Jorge Salvador. 2011. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA MUJER PERUANA SOBRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDMQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.unp.edu.pe%2Fpers%2Fmpurizaca-ant%25202%2Fdocumentos%2Fconocimiento%2520y%2520actitudes%2520de%2520la%2520mujer%2520peruana%2520sobre%2520climaterio.doc&ei=HKblUsWuEcuhsQSv2IHwDQ&usg=AFQjCNGCFsOlV6udI6oUKUSb2R_G-P8pnw&bvm=bv.59930103,d.cWc. (Consultado agosto 16, 2015).

Lavín Acevedo PA. 2011. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y MENOPAUSIA. [Monografía en Internet]. Disponible en: http://www.sociedadclimaterio.cl/ (Consultado Agosto 15, 2015).

Llanos Tejada, Felix Konrad. 2012. Revista Medica Herediana. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y SINTOMATOLOGÍA REFERIDA A LA MENOPAUSIA EN MUJERES DE UN DISTRITO RURAL DE LA SIERRA PERUANA. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2004000100006&script=sci_arttext (Consultado Agosto 20, 2015).

McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. 2013. THE NORMAL MENOPAUSE TRANSITION. Maturitas. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Moloney M. 2010. Migraines and the perimenopause. MENOPAUSE MANAGEMENT. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4654/lhsh1de1.pdf?sequence=1 (Consultado Agosto 17, 2015).

Myers LS. 2010. Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. Neurosci Biobehav Rev. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Nicol-Smith L. 2013. MENOPAUSE, AND DEPRESSION: A CRITICAL REVIEW OF THE LITERATURE. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2011. FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS DE MENOPAUSIA Y RIESGOS ASOCIADOS EN ECUADOR. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000400013 (Consultado Agosto 20, 2015).

Pernas González A, Pérez Piñero J. 2013. SÍNDROME CLIMATÉRICO. CARACTERIZACIÓN Y FACTORES DE RIESGO. Villa Clara. 2004. Rev. Temas Estadísticos de Salud. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro1_sindrome_climaterico.pdf (Consultado Agosto 16, 2015).

Portafolio.co. 2011. Población de hombres se iguala con la de mujeres MENOPAUSIA. Disponible en: http://www.portafolio.co/poblacion-hombres-se-iguala-la-mujeres. (Consultado Agosto 15, 2015).

Raquel Pomares. EuroresidentesBlog. 2014. MENOPAUSIA. Disponible en: http://menopausia.euroresidentes.com/2014/09/menopausia-tardia-que-la-causa.html (Consultado Agosto 16, 2015).

Roy DK, O'Neill TW, Finn JD, Lunt M, Silman AJ, Felsenberg D, Armbrecht G, et al. 2013. DETERMINANTS OF INCIDENT VERTEBRAL FRACTURE IN MEN AND WOMEN: RESULTS FROM THE EUROPEAN PROSPECTIVE OSTEOPOROSIS STUDY (EPOS). OSTEOPOROS. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. 2012. DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA EN ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA Y REPRODUCTIVA. Ediciones Journal, Buenos Aires. Disponible en: www.saegre.org.ar/ (Consultado Agosto 16, 2015).

Sturdee DW, Brincat M. 2011. The hot flush. In: Studd J, Whitehead M, editors. THE MENOPAUSE. Oxford: Blackwell Scientific Publications. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Sucel Liliam Álvarez Rosabal. 2011. Revista Médica Infomed. GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CLIMATERIO EN LAS MUJERES DE EDAD MEDIA. Disponible en: C:\Users\aspire E11\Desktop\Tesis\Tesis meno.htm (Consultado Agosto 20, 2015).

Susan R. Davis, Irene Lambrinoudaki. 2015. Revista Médica. Intramed. MENOPAUSIA: UNA PUESTA AL DÍA EN PROFUNDIDAD. Disponible en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=86861 (Consultado Agosto 17, 2015).

Thom DH, Brown JS. 2012. REPRODUCTIVE AND HORMONAL RISK FACTORS FOR URINARY INCONTINENCE IN LATER LIFE: a review of the clinical and epidemiologic literature. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

Villiers, T. J. et al. 2013. INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY RECOMMENDATIONS ON MENOPAUSAL HORMONE THERAPY AND PREVENTIVE STRATEGIES FOR MIDLIFE HEALTH. CLIMACTERIC. Disponible en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=86866 (Consultado Agosto 17, 2015).

World Health Organization. 2010. RESEARCH ON THE MENOPAUSE. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf (Consultado Agosto 17, 2015).

(k) ANEXOS

Anexo N° 1

ENCUESTA

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE MENOPAUSIA EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - FACULTAD DE MEDICINA

RESPONSABLE: ADRIANA JOSSELYN TORRES CELI

EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

INSTRUCCIÓN: Analfabeta _____ Primaria_____ Secundaria_____ Superior_____

ESTADO CIVIL: Soltera_____ Casada _____ Unión Libre_____ Viuda_____ Divorciada_____

MENARQUIA: _____ CICLOS: FRECUENCIA _____ DURACIÓN_____CANTIDAD_____

PARIDAD: Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

	SI	NO
Tabaquismo		
Alcoholismo		
Ciclos menstruales regulares		
Historia familiar menopausia temprana		
Cáncer de Ovario		
Tratamiento con quimioterapia o radioterapia		
Ooforectomía		
Uso anticonceptivos		

EDAD QUE INICIO MENOPAUSIA: _____

1. Conoce usted que es la menopausia: SI_____ NO_____

¿Qué conoce sobre la menopausia?

……

2. ¿Cree usted que exista el riesgo de sufrir alguna enfermedad durante o posterior a la menopausia? SI____ NO_____

¿Cuál?

……

3. Ha presentado usted algún síntoma como:

- Irregularidades menstruales_____ Cambios conductuales _____

- Bochornos (calores) _____ Sequedad Vaginal _____

- Depresión _____ Fracturas _____

- Sudores Nocturnos _____ Cefalea_____

- Incontinencia urinaria_____ Disminución de la libido_____

- Dispareunia _____ Disuria, polaquiuria_____

4. Cuando presenta algún síntoma, consulta con:

Médico ( )

Familiares ( )

Amigas ( )

Curanderos ( )

Nadie ( )

5. ¿Toma o revisa alguna orientación y tratamiento para esta etapa? SI_____ NO_____

¿Cuál?

……

6. ¿Se ha realizado una densitometría ósea?

SI____ NO_____

7. ¿Se ha realizado Mamografía?

SI____ NO_____

8. ¿Se ha realizado Papanicolaou (PAP)?

SI____ NO_____

9. De qué manera toma usted esta etapa de su vida:

Positivamente ( )

Negativamente ( )

Indiferentemente ( )

Anexo N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACION PARA LA POSIBLE PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACION

El principal objetivo de esta investigación es: "**CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES SOBRE MENOPAUSIA EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014**", para lo cual se hará el estudio mediante la aplicación de una encuesta. Durante la recolección de datos se garantiza la total privacidad de las personas que sean parte de la investigación, es importante que sepa que no se le hará ningún examen de laboratorio o de imagen ni se le administrara ningún medicamento durante toda la investigación; su participación en esta investigación será de carácter totalmente voluntaria y podrá retirarse en el momento que lo desee.

Para cualquier dudad durante la investigación se puede comunicar con la investigadora **ADRIANAJOSSELYN TORRES CELI** telf. 0988409208 de esta manera podré despejar sus dudas y responderé sus preguntas.

Su firma en el documento adjunto indica que entiende de la naturaleza del estudio y que usted está de acuerdo en participar en la investigación voluntariamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACION:

"CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES SOBRE MENOPAUSIA EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO AMALUZA DURANTE EL PERIODO FEBRERO – JULIO DEL 2014"

Yo Maria Rosa Ellayuanga R Con C.I 1341049668

Certifico que he leído la información que se me ha entregado y, he podido hacer preguntas necesarias sobre el tema de estudio a la Srta. **ADRIANA JOSSELYN TORRES CELI** como investigadora y por lo tanto comprendo que:

- ✓ **MI PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA**
- ✓ **QUE PUEDO RETIRARME DEL ESTUDIO CUANDO QUIERA, SIN TENER QUE DAR EXPLICACIONES Y SIN QUE ESTO REPERCUTA EN MIS CUIDADO MÉDICOS.**

Expreso libremente mi conformidad para la participación en el estudio.

Fecha:

Maria Rosa Ellayuanga R.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE **FIRMA DEL INVESTIGADOR**

ÍNDICE GENERAL

CARATULA…….....i
CERTIFICACIÓN…….……..ii
AUTORÍA…….……...iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN……...iv
DEDICATORIA…….……..v
AGRADECIMIENTO…….……vi
a. TÍTULO…….…….……1
b. RESUMEN……..…….……..2
SUMMARY……..…….…….3
c. INTRODUCCIÓN…….…….……...4
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA…….…….……..7
1. DEFINICIONES……..7
1.1. MENOPAUSIA…….……7
1.2. PREMENOPAUSIA…….……7
1.3. PERIMENOPAUSIA……..……..7
1.4. POSTMENOPAUSIA…….……..7
1.5. CLIMATERIO……7
2. EPIDEMIOLOGIA DE LA MENOPAUSIA……...7
3. FACTORES DE RIESGO…….……8
3.1. FACTORES QUE ACELERAN EL INICIO DE LA MENOPAUSIA…....9
3.2. FACTORES QUE RETARDAN EL INICIO DE LA MENOPAUSIA……9
4. FISIOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA……9
5. CLASIFICACIÓN…….……11
5.1. MENOPAUSIA ESPONTANEA……...11
5.2. MENOPAUSIA ARTIFICIAL……11
5.3. MENOPAUSIA PRECOZ……..11
5.4. MENOPAUSIA TARDÍA……12
5.5. CLASIFICACIÓN DEL STRAW…….……...12
6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS……...12
6.1. SÍNTOMAS VASOMOTORES…….……12
6.2. SÍNTOMAS VULVO- VAGINALES…….....13
6.2.1. ATROFIA VAGINAL……...13

6.2.2. CAMBIOS EN EL PATRÓN MENSTRUAL……14
6.3. SÍNTOMAS URINARIOS……..14
6.4. SÍNTOMAS MAMARIOS……...15
6.5. TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD……15
6.6. SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS…...……16
6.6.1. ESTADO DE ANIMO……..16
6.6.2. ESFERA COGNITIVA…….....16
6.6.3. TRASTORNOS DEL SUEÑO……...16
6.6.4. CEFALEA……17
6.7. ALTERACIONES DE PESO CORPORAL……..17
6.8. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES……..18
6.9. ALTERACIONES DEL SISTEMA MÚSCULO- ESQUELÉTICO…….18
7. DIAGNOSTICO……....19
8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL…….....20
9. TRATAMIENTO……21
9.1. TRATAMIENTO HORMONAL……..22
9.1.1. ESTROGENOS……..22
- ESTRADIOL……..……..22
- ESTROGENOS EQUINOS CONJUGADO…….……23
9.1.2. GESTÁGENOS……..……23
- PROGESTERONA MICRONIZADA……24
- DERIVADOS DE LA PROGESTRERONA……..24
- DERIVADOS DE LA TESTOSTERONA……..25
9.1.3. ANDRÓGENOS……..25
9.1.4. PAUTAS DE THR……..…….....25
9.1.5. EFECTOS SECUNDARIOS DE LA THR……26
9.1.6. DURACIÓN DE THR……..…….....27
9.1.7. CONTRAINDICACIONES THR…….……..27
9.2. TERAPIA NO HORMONAL……..28
e. MATERIALES Y MÉTODOS……...30
f. RESULTADOS…….....34
g. DISCUSIÓN……42
h. CONCLUSIONES……..47

i. RECOMENDACIONES…….48
j. BIBLIOGRAFÍA……...49
k. ANEXOS……..57
Anexo N° 1……...57
Anexo N° 2……...60
ÍNDICE GENERAL……...……...62
ÍNDICE DE CUADROS……....65

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Contenido	Página
1	Edad En La Que Inicio La Menopausia En Las Mujeres Mayores De 35 Años Que Asisten A Consulta Externa Del Hospital Básico Amaluza Durante El Periodo Febrero – Julio Del 2014.	34
2	Conocimientos Sobre La Definición De Menopausia En Las Mujeres Mayores De 35 Años Que Asisten A Consulta Externa Del Hospital Básico Amaluza Durante El Periodo Febrero – Julio Del 2014.	35
3	Conocimiento De Las Complicaciones Que Puedan Ocurrir Durante O Posterior A La Menopausia En Las Mujeres Mayores De 35 Años Que Asisten A Consulta Externa Del Hospital Básico Amaluza Durante El Periodo Febrero – Julio Del 2014.	36
4	Presencia De Síntomas Relacionados Con La Menopausia En Las Mujeres Mayores De 35 Años Que Asisten A Consulta Externa Del Hospital Básico Amaluza Durante El Periodo Febrero – Julio Del 2014.	37
5	Persona A La Que Consultaron Las Mujeres Mayores De 35 Años Que Asisten A Consulta Externa Del Hospital Básico Amaluza Durante El Periodo Febrero – Julio Del 2014.	38
6	Tratamientos Utilizados Durante La Menopausia En Las Mujeres Mayores De 35 Años Que Asisten A Consulta	39

Externa Del Hospital Básico Amaluza Durante El Periodo Febrero – Julio Del 2014.

7 Exámenes Complementarios Utilizados Por Las Mujeres Mayores De 35 Años Que Asisten A Consulta Externa Del Hospital Básico Amaluza Durante El Periodo Febrero – Julio Del 2014. 40

8 Actitud Que Toman Durante La Menopausia Las Mujeres Mayores De 35 Años Que Asisten A Consulta Externa Del Hospital Básico Amaluza Durante El Periodo Febrero – Julio Del 2014. 41