

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina
Humana



“CALIDAD DE VIDA DE MUJERES EN POSTMENOPAUSIA
SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016”

Tesis presentada por:

Lorena Mercedes Pinto Valdivia

Para obtener el título profesional de Médico
Cirujano

Arequipa- Perú

2016



DEDICATORIA

A mi familia, madre, padre y hermanos, a quienes les debo absolutamente todo.



AGRADECIMIENTOS

A Dios, por protegerme siempre, ayudarme a superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida y a Jesús que siempre sentí su presencia y bendición, en cada paso que dí durante todo este camino.

A mi mamá, que no tengo palabras para expresar todo lo que ha hecho por mí, desde muy pequeña me ha guiado por el camino del éxito y no se ha rendido hasta el día de hoy.

A mi papá, apoyo incondicional desde que nací, ha caminado de mi mano y nunca me ha dejado caer, gracias a ellos dos soy todo lo que soy.

A mis hermanos, quienes han estado apoyándome durante todo este camino, soportando mis malos ratos y siempre permanecieron a mi lado.

A mi abuelita Lilia, quien siempre me ha demostrado el amor inmenso que me tiene, su amor, su fuerza y experiencia me ha ayudado a sobrellevar muchas cosas en esta vida

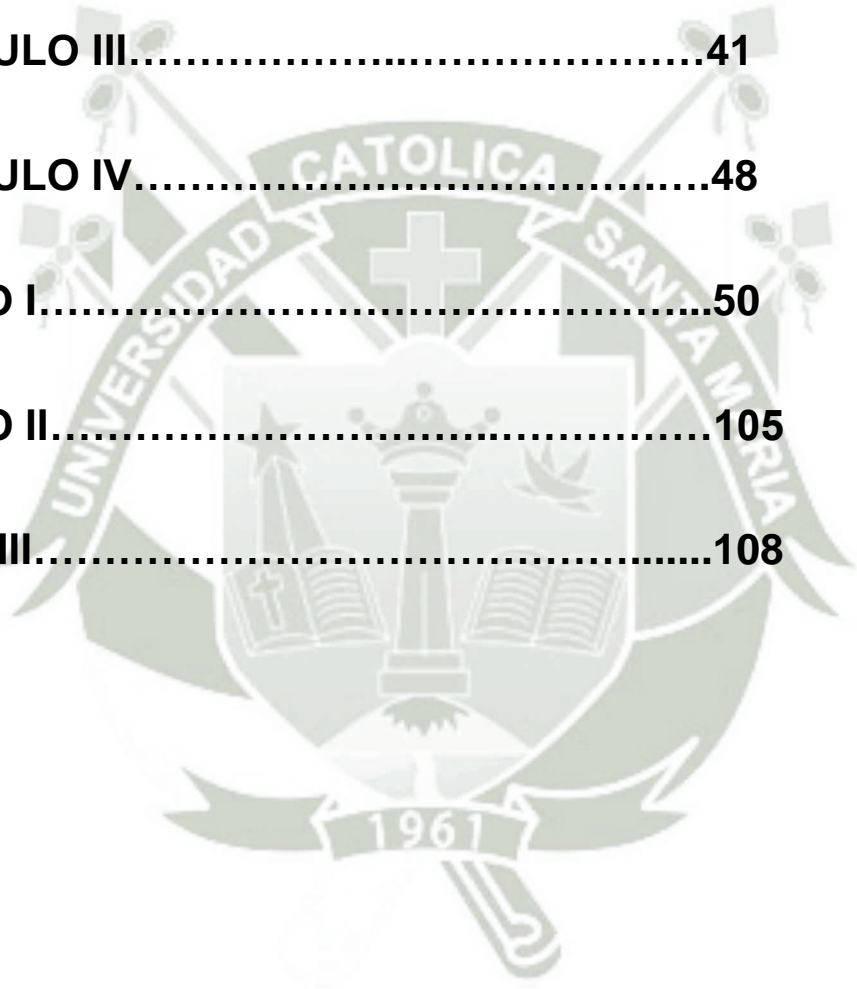
A mis tíos, Silvia, Lucy y Julio, que me brindaron apoyo desinteresado a lo largo de mi carrera, sin el esfuerzo de ellos quizás este logro no hubiera sido posible

A mis maestros que durante toda mi vida me han enseñado valores y a no rendirme a pesar de las situaciones, siempre confiaron en mí y hoy les agradezco esa confianza depositada.

INDICE

CONTENIDO

CAPITULO I.....	11
CAPITULO II.....	17
CAPITULO III.....	41
CAPITULO IV.....	48
ANEXO I.....	50
ANEXO II.....	105
ANEXO III.....	108



RESUMEN

A lo largo del siglo XXI ha ido avanzando la terapéutica y la esperanza de vida lo cual significa que cada vez son más las mujeres en etapa de postmenopausia. Los cambios que aparecen son inevitables y muchas mujeres relacionan este estado como una enfermedad lo que las hace acudir a un especialista, en vista de que la mujer tiene un rol fundamental en la sociedad surge la necesidad de investigar las características de este grupo de mujeres para buscar ayuda a sus quejas y así mantenerlas en condiciones óptimas para poder realizar sus múltiples actividades de la vida diaria. El objetivo de este trabajo es conocer las características de la mujer en posmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en el Hospital Honorio Delgado. Método: Estudio descriptivo, se empleó la escala Menopause Rating Scale (MRS) que va de puntaje 0 a 44, en 114 mujeres en posmenopausia las cuales respondieron la encuesta, se obtuvo los siguientes resultados: las mujeres en promedio tenían edad entre 46-55 años, la edad a la que les llegó la menopausia fue alrededor de los 45 años, más de la mitad de las mujeres está casada o convive con su pareja y presentan escolaridad de secundaria, también la mayoría de las mujeres entrevistadas se desempeña como ama de casa y en segundo lugar son comerciantes, en cuanto a la actividad física, más de la mitad de las mujeres no realiza ninguna actividad física, una gran mayoría de las mujeres tiene entre uno y cuatro hijos, seguido de las mujeres que presentan 5 hijos a más, más de 75% de las mujeres no presenta ninguna comorbilidad asociada. Conclusiones: la calidad de vida de las mujeres sin terapia de reemplazo hormonal está severamente comprometida en nuestro medio, presentando

sintomatología fuertemente marcada en el área psicológica, predominando el síntoma de Irritabilidad, seguido de la parte urogenital con predominio de la sequedad vaginal, y finalmente la somato-vegetativa con marcada presencia de bochornos y sudoraciones.

PALABRAS CLAVE: Menopausia, calidad de vida, Terapia de Reemplazo Hormonal, Escala MRS



ABSTRACT

Throughout the XXI century has been advancing the therapy and life expectancy which means that more and more women in post menopause stage . The changes shown are inevitable and many women relate this condition as a disease which makes them see a specialist , given that women have a fundamental role in society arises the need to investigate the characteristics of this group of women to seek help for their complaints and thus keep them in optimal condition to perform its many activities of daily living .

The main objective of this work is to determine the quality of life in postmenopausal women without HRT in Honorio Delgado Hospital Espinoza. Method: Descriptive, Menopause Rating Scale (MRS) score ranging from 0 to 44, 114 postmenopausal women who responded to the survey, the following results were obtained was used: women on average were aged 46-55 years, the age at which reached their menopause was about 45 years, more than half of women are married or living with a partner and present schooling secondary, also most of the women interviewed he serves as housekeeper house and secondly are traders, when physical activity, more than half of women do not realize any physical activity, a large majority of women have between one and four, followed by women with 5 children to more, more than 75% of women do not have any comorbidity. Conclusions: The quality of life of women without hormone replacement therapy is severely compromised in our midst , showing strongly marked symptoms in the psychological area , predominating symptom of irritability , followed by urogenital part prevalence of vaginal dryness , and finally somato - vegetative with marked presence of hot flushes and sweats.

KEYWORDS: Menopause, Quality of life, hormone replacement therapy, MRS scale.



INTRODUCCIÓN

Existen una serie de cambios biológicos que suceden en las mujeres en distintas etapas de su vida, estas no solo van a provocar anormalidades durante el ciclo normal menstrual. Uno de estos cambios, fundamental, en la mujer es la menopausia, con la cual los cambios biológicos se producen con mayor intensidad, adicionalmente se van a presentar otros cambios, dentro de los cuales se pueden incluir a las alteraciones psicológicas, del aparato genitourinario, del sistema circulatorio – vasomotor; reflejándose en la calidad de vida que va a llevar la mujer. El grado de intensidad con el que se presenten estas características adicionales junto a las cualidades de su organismo, de su estado mental y de su rol social va a determinar la calidad de vida en las mujeres.

La terapia de reemplazo hormonal es un tratamiento que aún se encuentra en controversia y pese a la cantidad de investigación realizada en torno a él no se ha llegado a un consenso general entre los médicos que lo indican y los que no lo indican; pero pese a ello este tratamiento tiene como uno de sus objetivos mejorar la calidad de vida de las mujeres, mejorando la sintomatología que pudieran presentar especialmente durante la menopausia.

En nuestro medio local y nacional la evaluación e investigación de la calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas y peor aún en las que no están recibiendo terapia de reemplazo hormonal es pobre. Considerando que el

medio en el que vive la mujer juega un rol fundamental en el desarrollo de la calidad de vida, pudiendo ser ésta favorable o desfavorable, es por ello que nace la motivación de investigar este tema en nuestra realidad local.





CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas: Encuesta

1.2. Instrumentos:

Menopause Rating Scale (MRS). Es una escala de calidad de vida relacionada con la salud, es específica para el grupo de mujeres en estudio en el presente proyecto. Se encuentra compuesta por 11 ítems de síntomas que se agrupan en tres subescalas o dimensiones: somático – vegetativa, psicológica y síntomas urogenitales. La dimensión somático vegetativa valora la presencia y la severidad de los golpes de calor (bochornos, sofocos y episodios de sudoración); molestias cardiacas (taquicardia, bradicardia, consciencia no habitual de los latidos cardiacos); alteraciones del sueño (dificultad a la hora de dormirse, despertarse con facilidad, despertarse pronto); y molestias musculo ligamentarias (dolores en las articulaciones). La dimensión psicológica evalúa la presencia y severidad del estado de ánimo depresivo; irritabilidad; ansiedad; y cansancio físico y mental. La dimensión urogenital define la presencia y severidad de los problemas sexuales; problemas de la vejiga y sequedad vaginal.

Cada ítem es calificado como 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo), pudiendo establecerse la media y su desviación estándar obtenida por una población para cada uno de los ítems. La sumatoria de las medias de los ítems definidos establecen la puntuación media de cada una de las dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establecen el puntaje total o dimensión global de la escala.

Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida. Este instrumento define como compromiso severo de la calidad de vida si el dominio somato-vegetativo tiene un puntaje superior a 8, el psicológico a 6, el urogenital a 3, y si la puntuación total de la escala es superior a 16 puntos.

1.3. Materiales de verificación

- Ficha de recolección datos
- Menopause rating scale
- Material de escritorio.
- Computadora portátil con Sistema Operativo Windows 8, Paquete Office 2013 para Windows y Programa SPSS v.18 para Windows.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación Espacial

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, en el servicio de Ginecología; dicho nosocomio se encuentra en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

La información recolectada corresponderá a los meses de enero y febrero del año 2016.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por las pacientes que se encuentren en periodo de postmenopausia.

2.3.1. Población:

La población corresponde al número total de pacientes que vayan a todos de los consultorios

de ginecología del Hospital Honorio Delgado durante la temporalidad indicada.

2.3.2. Muestra y Muestreo

Se realizará un muestreo aleatorio sistematizado. Para determinar el tamaño muestra se utilizó la fórmula para una media en una población finita o conocida:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * S^2}$$

Dónde:

- Tamaño de la población N 250
- Error Alfa α 0.05
- Nivel de Confianza $1-\alpha$ 0.95
- Z de $(1-\alpha)$ $Z(1-\alpha)$ 1.96
- Desviación estándar s 1.1
- Varianza s^2 1.22
- Precisión d 0.15

Teniendo un tamaño muestral de 113.87.

Por lo que el número mínimo de mujeres encuestadas debe ser 114.

2.3.3. Criterios de Selección

2.3.3.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres que se encuentren en la postmenopausia.
- Mujeres que tengan cita en el consultorio de Ginecología del Hospital Honorio Delgado

2.3.3.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres que no deseen participar del estudio.

- Mujeres que se encuentren con discapacidades físicas que le eviten responder adecuadamente a las preguntas.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- 3.1.1. Presentación del proyecto a la facultad de Medicina Humana para su aprobación.
- 3.1.2. Solicitar autorización al servicio de Ginecología así mismo a la dirección del Hospital Honorio Delgado Espinoza.
- 3.1.3. Coordinar con el servicio de Ginecología en relación a la atención de sus consultorios para la ubicación de las mujeres.
- 3.1.4. Aplicación de las encuestas y fichas de recolección de datos a los pacientes.
- 3.1.5. Tabular, procesar y analizar los datos recolectados.
- 3.1.6. Elaborar el borrador de la tesis y presentarlo a la Facultad de Medicina Humana.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos:

Autor: Lorena Mercedes Pinto Valdivia

Asesor: Jhon Turpo Prieto

3.2.2. Recursos Físicos

- Cuestionarios impresos
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

Recursos de la propia autora.

3.3. Validación de los Instrumentos

El cuestionario Menopause Rating Scale se encuentra validado al español por Aedo S. y colaboradores el 2006. (41)

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, utilizando únicamente los últimos tres dígitos de su código junto a sus iniciales del primer nombre y los dos apellidos.

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán tabuladas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y exportadas luego al programa SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos.



CAPITULO II

RESULTADOS

TABLA N° 1

**GRUPO ETÁREO DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menores de 45 años	6	5.4
De 46 a 55 años	53	47.7
De 56 a 65 años	46	41.4
Mayores de 65 años	6	5.4
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: Se encontró en cuanto a las frecuencias respecto a la edad de las pacientes que las mujeres entre 46 a 55 años fueron las más numerosas (47.7%), seguidas de las que tenían entre 56 a 55 años (41.4%), luego en porcentajes similares encontraron las que tenían menos de 45 años y mayores de 65 años (5.4%) por lo que tenemos la mayoría de nuestra población comprendida entre los 45 a 65 años de edad.

GRÁFICO N° 1

GRUPO ETÁREO DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016

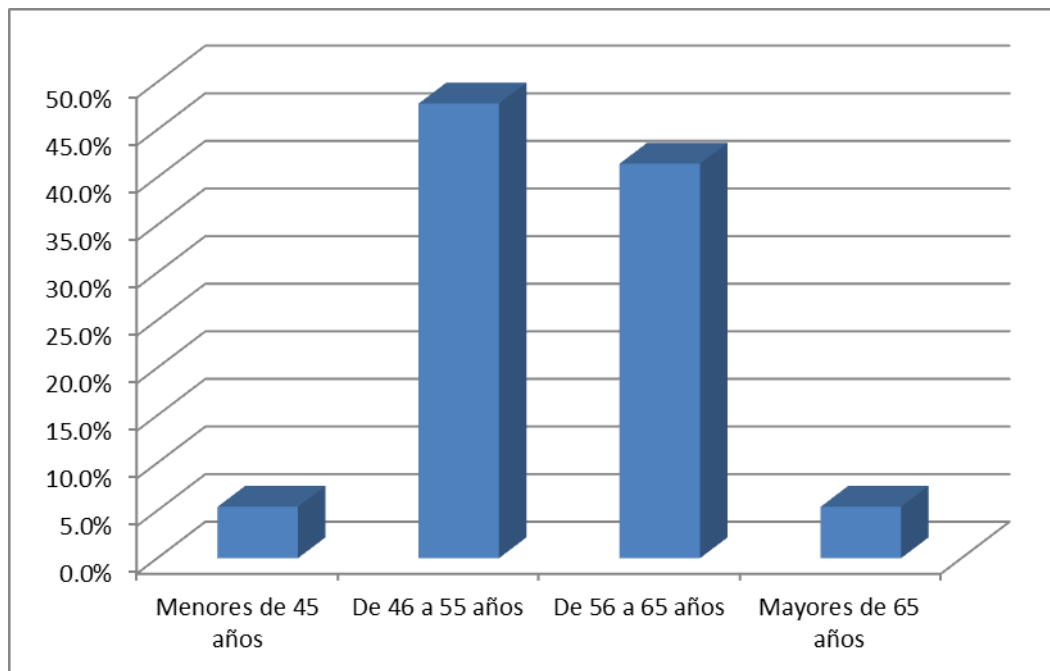


TABLA N° 2

**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltera	10	9
Casada / Conviviente	66	59.5
Viuda	7	6.3
Divorciada / Separada	28	25.2
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: En relación al estado civil encontramos que la mayoría de mujeres, más de la mitad (59.5%) está casada o convive, seguida de las que se encuentran divorciadas o separadas (25.2%), prácticamente menos de la mitad, seguidamente están las solteras (9%) y finalmente las viudas (6.3%).

GRÁFICO N° 2

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016

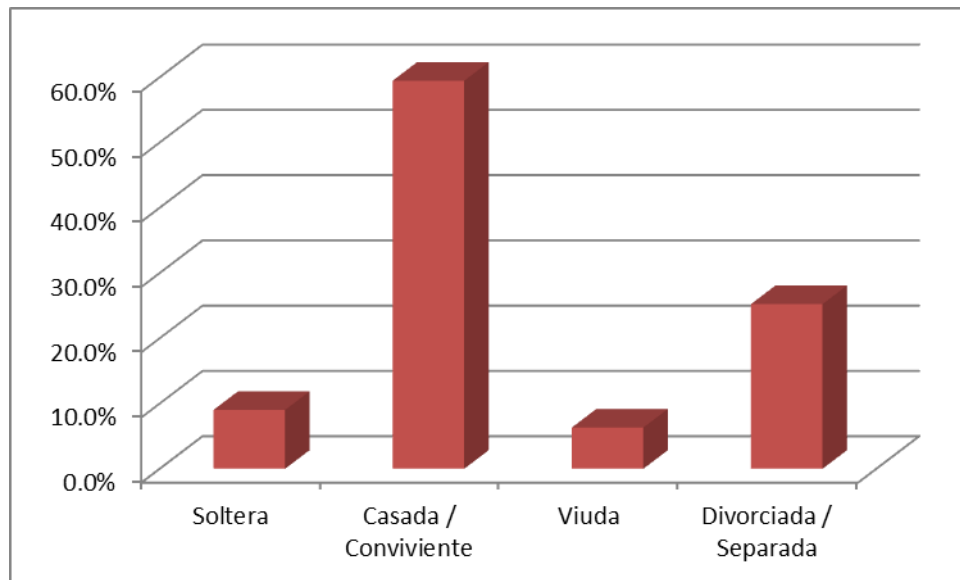


TABLA N° 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2016

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	11	9.9
Primaria	31	27.9
Secundaria	43	38.7
Superior	26	23.4
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: En cuanto al grado de instrucción o nivel de escolaridad de las mujeres que fueron evaluadas, la mayoría presentaba secundaria (38.7%), seguidas de las que tuvieron únicamente nivel primario (27.9%), y luego se presentaron las que tenían nivel superior (23.4%). 9.9% presentaba analfabetismo o ninguna educación.

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2016

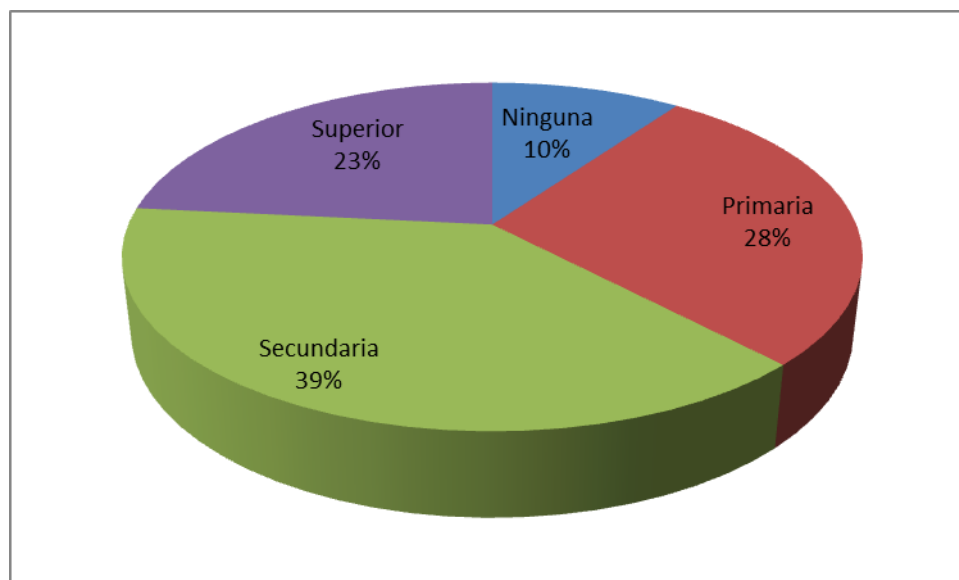


TABLA N° 4

**CREENCIA RELIGIOSA DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA
DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Católica	99	89.2
Mormón	1	0.9
Evangelista	7	6.3
Adventista	2	1.8
Otro	2	1.8
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: La religión que la mayoría de las mujeres que fueron encuestadas presentaban fue la católica, 89.2%, seguida de las evangelistas, por mucha diferencia, 6.3%, y en ínfimas cantidades se encontraban las adventistas, las otras, cada una con 1.8% y sólo una era mormón 0.9%.

GRÁFICO N° 4

**CREENCIA RELIGIOSA DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA
DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

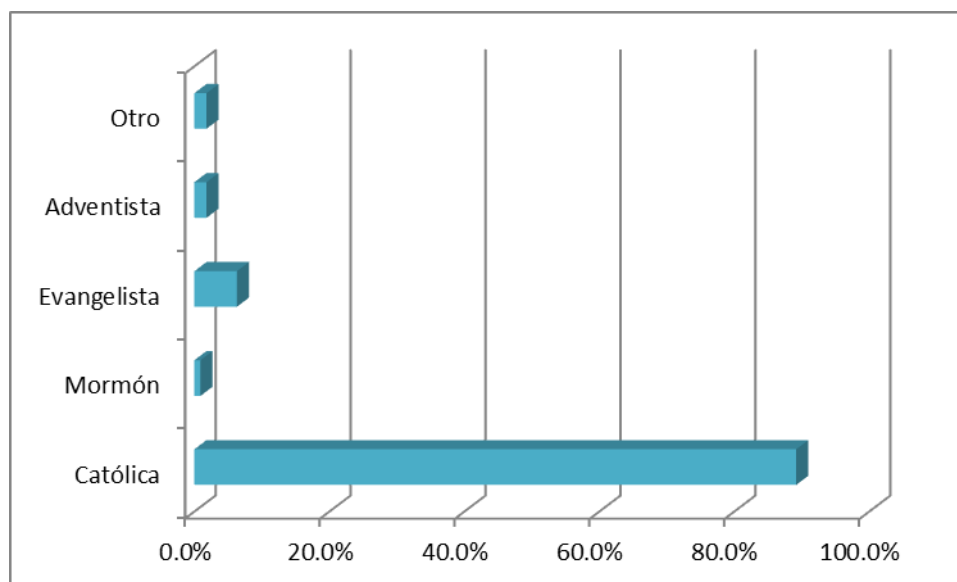


TABLA N° 5

**OCUPACIÓN DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ama de Casa	72	64.9
Oficina	6	5.4
Comerciante	23	20.7
Agricultura	1	0.9
Otro	9	8.1
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: En cuanto a la ocupación que presentaban las mujeres encuetadas, la mayoría se desempeñaba como ama de casa, 64.9%, seguida de las comerciantes que eran la quinta parte del total, 20.7%, y en menores frecuencias otras, las de oficina y las de agricultura.

GRÁFICO N° 5

**OCUPACIÓN DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

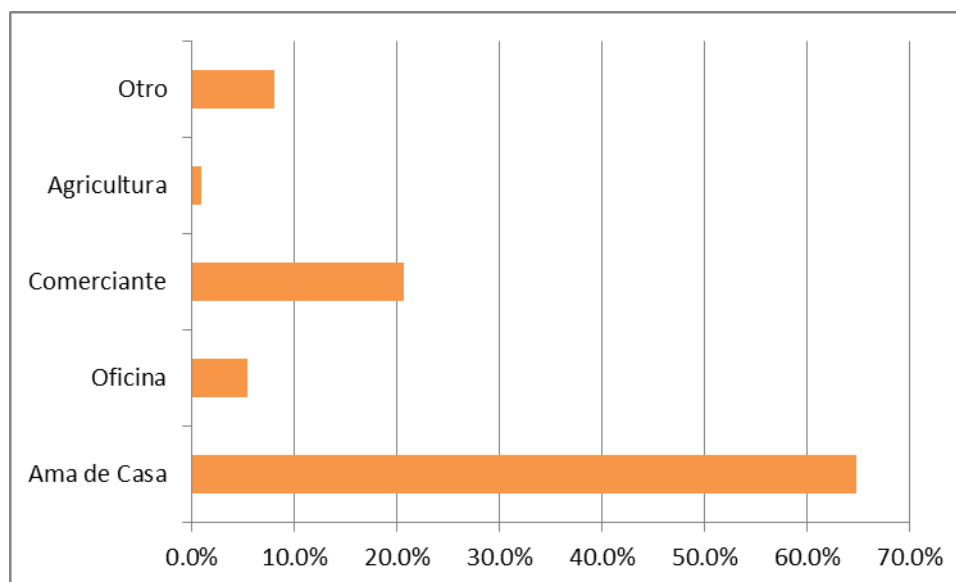


TABLA N° 6

**ACTIVIDAD FÍSICA DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	59	53.2
Aeróbica	47	42.3
Anaeróbica	5	4.5
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: Se evaluó también la actividad física realizada por las mujeres postmenopáusicas, encontrándose que 53.2% no realiza ningún tipo de actividad, 42.3% realiza actividades aeróbicas, y 4.5% anaeróbicas.

GRÁFICO N° 6

ACTIVIDAD FÍSICA DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016

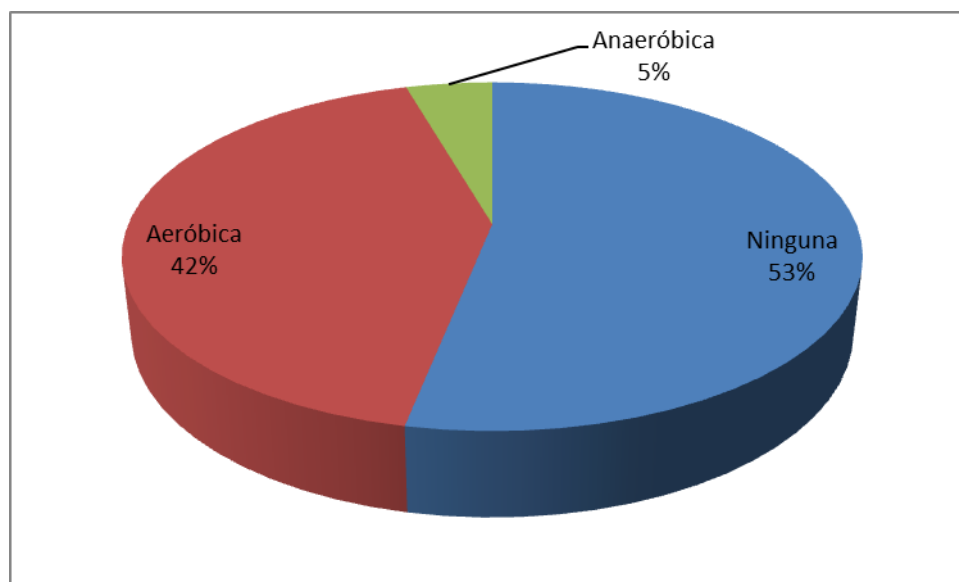


TABLA N° 7

**PARIDAD DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguno	2	1.8
De uno a dos hijos	41	36.9
De tres a cuatro hijos	41	36.9
De cinco a más hijos	27	24.3
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: Se evaluó la paridad en estas pacientes encontrándose que un mismo porcentaje (36.9) de mujeres tienen de 1 a 2 hijos y de 1 a 3 hijos, seguidas por las pacientes que tienen más de 5 hijos con un promedio de 24.3 y por último las mujeres que no tienen hijos que es la minoría con 1.8% de casos, de alguna manera éste dato nos indica que la gran mayoría son multíparas lo que probablemente repercute en el resultado final.

GRÁFICO N° 7

PARIDAD DE LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016

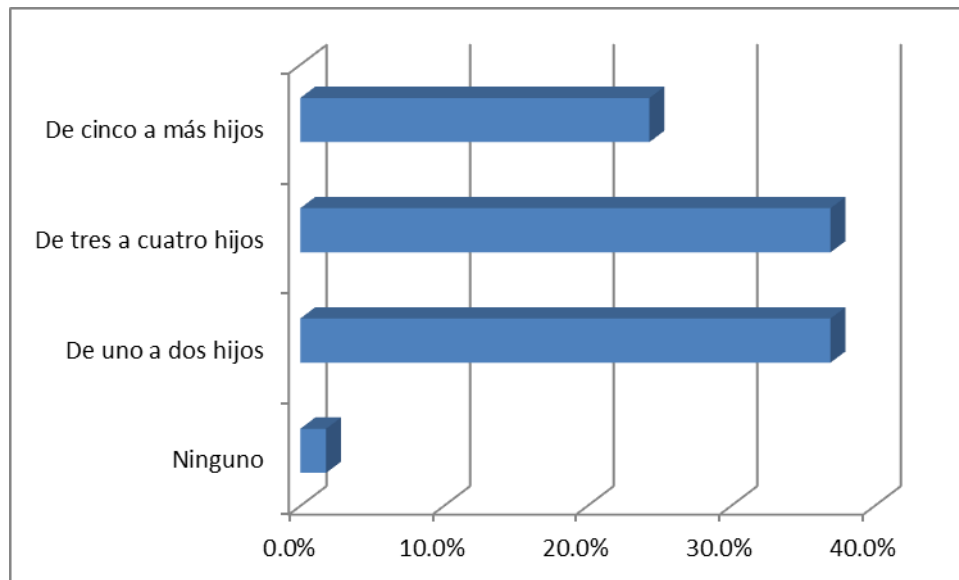


TABLA N° 8

**COMORBILIDAD EN LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	69	62.2
Hipertensión arterial	10	9
Diabetes mellitus II	14	12.6
Neoplasia	2	1.8
Obesidad	5	4.5
Otro	11	9.9
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: Dentro de las comorbilidades estudiadas en las pacientes tenemos que 62.2% de ellas no presenta ninguna comorbilidad, 12.6% tiene Diabetes mellitus tipo II, 9% presenta hipertensión arterial, 4.5% obesidad y 1.8% neoplasias.

GRÁFICO N° 8

COMORBILIDAD EN LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE
REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016

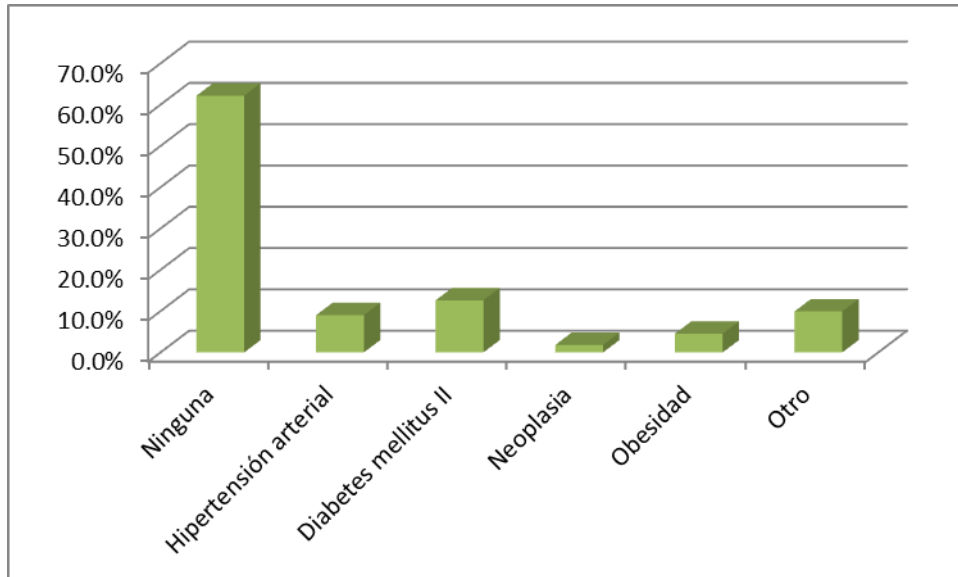


TABLA N° 9

EDAD DE MENOPAUSIA EN MUJERES DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2016

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menos de 41 años	17	15.3
De 41 a 45 años	41	36.9
De 46 a 50 años	40	36
De 51 a 55 años	13	11.7
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: En cuanto a la edad de menopausia que presentaron las pacientes 36.9% tuvieron entre 41 a 45 años, 36% tuvieron entre 46 a 50 años, 15.3% menos de 41 años y 11.7% entre 51 a 55 años.

GRÁFICO N° 9

EDAD DE MENOPAUSIA EN MUJERES DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2016

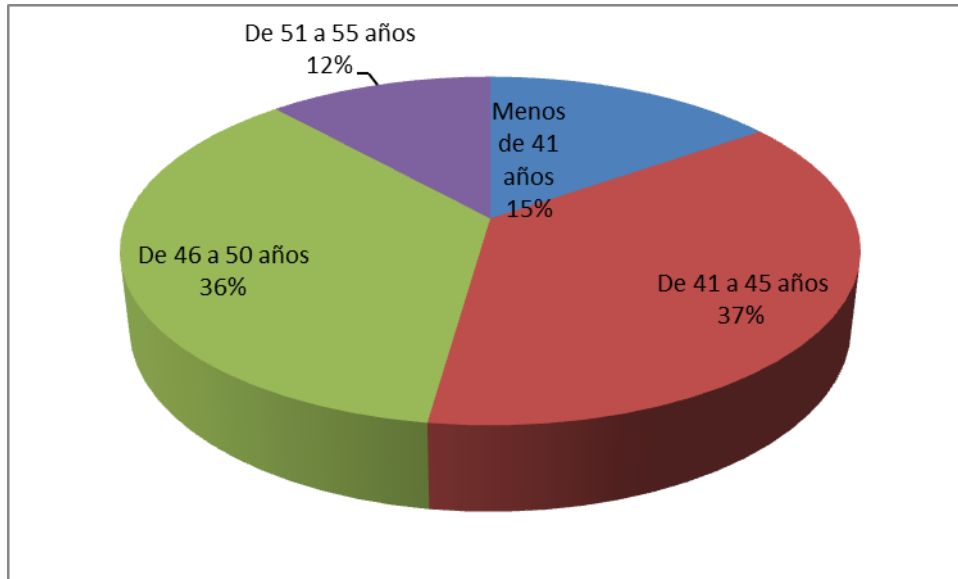


TABLA N° 10

HABITOS FRECUENTES EN LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA 2016

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alcohol	0	0
Tabaco	0	0
Ninguno	111	100
Total	111	100

INTERPRETACIÓN: En cuanto a los hábitos frecuentes, ninguna paciente reportó consumir frecuentemente alcohol ni tabaco.

TABLA N° 11

**COMPROMISO SOMATO-VEGETATIVO EN LAS MUJERES EN
POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL,
HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

Esfera Somato-vegetativa	Promedio	Rango
Sofocos, sudoración	3.27	1-5
Molestias cardiacas	1.02	1-5
Trastornos del sueño	2.49	1-5
Molestias musculares y de articulaciones	0.18	1-5
GLOBAL	6.96	1-20

INTERPRETACION: Se observa en la esfera Somato-Vegetativa que el ítem que mayor compromiso se presenta en éste grupo de pacientes son los sofocos y la sudoración con un promedio de 3.27, en segundo lugar esta los trastornos del sueño con un promedio de 2.49, y por ultimo las molestias cardiacas y dolor en las articulaciones con promedios de 1.02 y 0.18 respectivamente

TABLA N° 12

**COMPROMISO PSICOLOGICO EN LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA
SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA 2016**

Esfera psicológica	Promedio	Rango
Estado de ánimo depresivo	1.69	1-5
Irritabilidad	2.43	1-5
Ansiedad	1.67	1-5
Cansancio físico y mental	1.89	1-5
GLOBAL	7.68	1-20

INTERPRETACION: Se aprecia en la esfera psicológica que el síntoma que más resalta es la irritabilidad obteniendo el mayor promedio de 2.43, seguido por valores casi similares los 3 síntomas cansancio mental (1.89), estado de ánimo depresivo (1.69), y ansiedad (1.67)

TABLA N° 13

**COMPROMISO UROGENITAL EN LAS MUJERES EN POSTMENOPAUSIA
SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA 2016**

Esfera urogenital	Promedio	Rango
Problemas sexuales	0.78	1-5
Problemas de vejiga	0.17	1-5
Sequedad vaginal	1.91	1-5
GLOBAL	2.86	1-15

INTERPRETACION: En cuanto a la esfera urogenital, obtuvimos el mayor puntaje en el ítem de sequedad vaginal, obteniendo un promedio de 1.91, seguido de problemas sexuales con 0.78 de promedio y finalmente problemas de vejiga con 0.17.

TABLA N° 14

**ESCALA GLOBAL DEL MRS (MENOPAUSE RATING SCALE) EN LAS MUJERES
EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016**

	Promedio	Desviación Estándar
Psicológica (0-16)	7.68	4.21
Somato-vegetativa (0-16)	6.96	3.88
Urogenital (0-12)	2.86	2.38
Global (0-44)	17.51	8.96

INTERPRETACIÓN: Referente a la puntuación del MRS, tenemos que hay un promedio global de 17.51 puntos, definiéndolo como compromiso severo ya que está por encima de 16 puntos según la interpretación de ésta escala, así mismo, en la escala psicológica el promedio es 7.68, dando también un compromiso severo por estar encima de 6 puntos, en la escala somato vegetativa es 6.96, menor a 8 puntos y en la urogenital de 2.86, menor a 3 en los dos últimos casos el compromiso es moderado.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las características y calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas que no se encuentran recibiendo terapia de reemplazo hormonal.

Se encontró en cuanto a las frecuencias respecto a la edad de las pacientes que las mujeres entre 46 a 55 años fueron las más numerosas (47.7%), seguidas de las que tenían entre 56 a 65 años (41.4%), luego en porcentajes similares encontraron las que tenían menos de 45 años y mayores de 65 años. La edad de inicio de la menopausia fue 45 +/- 5 años, un estudio multicentrico (2006-2007) afirmó que las mujeres latinoamericanas tienen una edad de menopausia más precoz que las mujeres europeas y norteamericanas, posiblemente dando como consecuencia que este grupo de mujeres se exponga más tiempo a la sintomatología derivada de la posmenopausia.(46). La edad promedio de la menopausia natural en Australia es de 51,7 años. En la India y Filipinas, la edad promedio de la menopausia natural es mucho antes, a los 44 años(8).

En relación al estado civil encontramos que la mayoría de mujeres, más de la mitad (59.5%) está casada o convive, seguida de las que se encuentran divorciadas o separadas (25.2%), prácticamente menos de la mitad, seguidamente están las solteras (9%) y finalmente las viudas (6.3%), resultados similares se observó en un estudio realizado por la UNMSM en el año 2010 (48).

En cuanto al grado de instrucción o nivel de escolaridad de las mujeres que fueron evaluadas, la mayoría presentaba secundaria (38.7%), seguidas de las que tuvieron únicamente nivel primario (27.9%), y luego se presentaron las que tenían nivel superior (23.4%). 9.9% presentaba analfabetismo o ninguna educación. Estudios en Turquía han relacionado el bajo nivel económico como factor de riesgo de mala calidad de vida. (48)

La religión que la mayoría de las mujeres que fueron encuestadas presentaban fue la católica, 89.2%, seguida de las evangelistas, por mucha diferencia, 6.3%, y en ínfimas cantidades se encontraban las adventistas, las otras, cada una con 1.8% y sólo una era mormón 0.9%.

En cuanto a la ocupación que presentaban las mujeres encuestadas, la mayoría se desempeñaba como ama de casa, 64.9%, seguida de las comerciantes que eran la quinta parte del total, 20.7%, y en menores frecuencias otras, las de oficina y las de agricultura.

Se evaluó también la actividad física realizada por las mujeres postmenopáusicas, encontrándose que 53.2% no realiza ningún tipo de actividad, 42.3% realiza actividades aeróbicas, y 4.5% anaeróbicas, se realizó un estudio en mujeres coreanas donde se vio asociación de la actividad física y la reducción de los síntomas psicosociales y somato-vegetativos, con resultados significativos. También se encontró en un análisis multivariado que las mujeres con historia de actividad física regular manifestaban sintomatología climatérica menos severa (49). Nelson et al en el 2008 ha demostrado que la práctica de ejercicios disminuye los niveles de ansiedad y depresión durante la menopausia (50).

Solo dos mujeres reportaron no tener hijos, las cuales hacen el 1.8%, la mayoría tiene entre uno a cuatro hijos, haciendo el total de 73.8%, 24.3% tiene de cinco hijos a más, estudios relacionados han demostrado cierta relación en cuanto a mayor paridad, con mayor presentación de bochornos y disfunción sexual (47)

Dentro de las comorbilidades estudiadas en las pacientes tenemos que 62.2% de ellas no presenta ninguna comorbilidad, 12.6% tiene Diabetes mellitus tipo II, 9% presenta hipertensión arterial, 4.5% obesidad y 1.8% neoplasias.

En cuanto a la edad de menopausia que presentaron las pacientes 36.9% tuvieron entre 41 a 45 años, 36% tuvieron entre 46 a 50 años, 15.3% menos de 41 años y 11.7% entre 51 a 55 años.

Referente a los Hábitos frecuentes, ninguna mujer reportó consumir alcohol o tabaco de manera frecuente dando resultado que el 100% de las mujeres no presenta ninguna clase de hábito. Cabe resaltar que Oliveira y Col en el 2001 concluyó que las mujeres climatéricas fumadoras presentaban más síntomas vasomotores que las no fumadoras.(50)

En cuanto a calidad de vida en conjunto hemos obtenido resultados de 17.51, la calidad de vida en la mujer posmenopáusica sin terapia de reemplazo hormonal en nuestro medio está severamente comprometida ya que está por encima de 16 que es el rango valorado por esta escala que lo cataloga como severidad a los valores superiores a éste, comparando con otros estudios latinoamericanos, la calidad de vida encontrada en este estudio, muestra resultados similares en estudios realizados en Ecuador, ambos están mucho

más comprometidos que en estudios realizados en Colombia, Chile y Venezuela lo cuales muestran valores alrededor de 6 ± 5.8 .(47).

La calidad de vida de estas personas se ve afectada mayormente en el área psicológica al haberse obtenido un puntaje de 7.68, mayor que 6 por lo que el compromiso de esta esfera es severo, seguida de los síntomas somato-vegetativos con un puntaje de 6.96, menor que 8 lo que no hace un compromiso grave o severo y por último el área urogenital con un promedio de 2.86, que para ser severo tendría q ser mayor a 3 un análisis realizado en Santiago en el año 2011 reveló cifras similares en las 3 esferas (49)

En el aspecto psicológico, primó el síntoma Irritabilidad con un promedio de 2.43, ítem que también se encuentra bastante comprometido en las mujeres de Colombia, Ecuador y Venezuela en los que la esfera psicológica es la más comprometida, el síntoma que afecta mayormente a las pacientes en la esfera urogenital es la sequedad vaginal, con un promedio de 1.91, ésta molestia está presente mayormente en las mujeres con baja escolaridad, según encuestas comparativas entre diferentes grupos de escolaridad de distintas etnias colombianas. En cuanto al aspecto somato-vegetativo, los bochornos son los que se presentan en mayor prevalencia, esto es similar en todos los grupos de investigación ya que en todos se ha encontrado que está presente, no de manera significativa porque prevalecen otros síntomas, pero si se manifiesta causando molestia en cuanto a calidad de vida nos referimos.

Limitaciones:

El presente trabajo es un trabajo descriptivo, por lo que no permite establecer relaciones ni hacer comparaciones

El muestreo del trabajo es de 114 encuestas, pero se trabajó con 111 encuestas debido a que 3 de éstas estaban incompletas porque las pacientes se negaron a contestar algunas preguntas

El resultado obtenido en la pregunta de consumo de tabaco y alcohol, puede que esté alterado, ya que se empleó una pregunta sencilla y no un test validado de uso y abuso de estas sustancias.



RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un estudio analítico, que permita hacer una comparación entre las variables, de esta manera permite un mejor conocimiento de la realidad de las mujeres en posmenopausia de nuestro medio.

Se recomienda investigar a fondo la diferencia existente entre las mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal frente a las q no, ya que se ha podido determinar que las que no reciben terapia de reemplazo tienen serias molestias en distintas esferas que alteran su bienestar

Se recomienda al profesional de salud, al atender a este tipo de pacientes, tomar atención primordial en estos síntomas que disminuyen la calidad de vida de estas mujeres, y juntos buscar una solución al síntoma predominante para disminuir sus molestias.

Se recomienda a las mujeres en postmenopausia, llevar un estilo de vida saludable, basado en actividad física ya que no necesita control ni dosificación al realizarlo, debido a las evidencias de la mejoría en la calidad de vida

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

PRIMERA: En cuanto a las características sociodemográficas la mayoría tiene entre 46 a 55 años, casadas, secundaria completa, de creencia religiosa católica, de oficio ama de casa.

SEGUNDA: En cuanto a los hábitos ninguna reportó consumo de alcohol o tabaco frecuentemente, la mayoría no realiza actividad física.

TERCERA: Dentro de los antecedentes la mayoría tiene entre uno a cuatro hijos, sin antecedentes patológicos, con un inicio de menopausia entre 41 a 45 años

CUARTA: La calidad de vida en nuestro medio tiene un compromiso severo, la mujer vive muy afectada principalmente en la parte psicológica, siendo el síntoma irritabilidad el más prevalente.

QUINTA: La segunda esfera afectada por la menopausia es la urogenital, predomina el síntoma de sequedad vaginal.

SEXTA: La última esfera que altera la calidad de vida de nuestras pacientes es la sintomatología somato-vegetativa, donde resaltan los bochornos.



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina
Humana



“CALIDAD DE VIDA DE MUJERES EN POSTMENOPAUSIA
SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016”

Proyecto de tesis presentada por:

Lorena Mercedes Pinto Valdivia

Para obtener el título profesional de Médico
Cirujano

Asesor:

John Turpo Prieto

Arequipa- Perú

2016

PREÁMBULO

Son innegables los cambios que experimenta el cuerpo femenino alrededor de la vida, muchos de éstos se han interpretado de forma errónea y en ocasiones han sido considerados equivalentes a enfermedades, muchas veces por falta de información o por opiniones inexpertas. El confundir cambios naturales en nuestro cuerpo con situaciones anómalas genera preocupación y estrés en muchas mujeres hasta que acuden a un especialista que logra disipar sus dudas y tranquilizarlas.

A lo largo de mi carrera he conocido a muchas mujeres que llegan al consultorio en busca de respuestas o soluciones a las nuevas sensaciones que están experimentando, especialmente en edades avanzadas, en las que afloran los síntomas propios de la menopausia, ya sean bochornos, sequedad vaginal, ansiedad, depresión, irritabilidad, cansancio físico y mental, etc. los cuales las tienen intranquilas y en muchas ocasiones llegan convencidas de que padecen de alguna enfermedad seria, otras en cambio saben que lo que están sintiendo es parte de esta etapa y acuden en busca de ayuda para sobrellevarla de la mejor manera.

Es sabido que todas pasaremos por esto en algún momento de nuestra vida y que muchos de nosotros tenemos algún familiar atravesando estos cambios ahora mismo y somos testigos de las molestias que las aquejan, así mismo nos damos cuenta que para todas ellas no es lo mismo, algunas pasan estos años tranquilas y con síntomas mínimos, mientras que otras cuantas se quejan constantemente y refieren sentirse realmente mal. Es esta diferencia entre mujer y mujer la que me motivó a desarrollar este

tema, conocer cuáles son los síntomas más frecuentes o prevalentes en las mujeres postmenopáusicas, cuáles son los factores determinantes para ellos y cómo estos influyen en la calidad de vida; y así, de algún modo contribuir en la prevención y mejora de la calidad de vida en este grupo etario.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del trabajo o problema:

“Calidad de vida de mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal, Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016.”

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento:

a. **General:** Ciencias de la Salud

b. **Específica:** Medicina Humana

c. **Especialidad:** Ginecología

d. **Línea:** Calidad de vida en la postmenopausia

1.3. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO
Características Sociodemográficas			
Edad	Edad según encuesta	Años cronológicos	Numérica De Razón
Estado Civil	Estado Civil según encuesta	Soltero Casado/Conviviente Viudo Divorciado/Separado	Categórica Nominal
Escolaridad	Escolaridad según encuesta	Ninguna Primaria	Categórica Ordinal

		Secundaria Superior	
Culminación de la Escolaridad	Culminación de la Escolaridad según encuesta	Completa Incompleta	Categoría Nominal
Religión	Religión según encuesta	Católico Mormón Evangelista Testigo de jehová Adventista Otro	Categoría Nominal
Ocupación	Ocupación según encuesta	Ama de casa Trabajo de oficina Trabajo en el campo Trabajo Comerciante o vendedora Otro	Categoría Nominal
Hábitos			
Consumo de tabaco	Consumo de tabaco según encuesta	Cigarrillos por semana/mes	Numérica De Razón
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol según encuesta	Consumo de veces por semana/mes	Categoría Nominal
Actividad física	Actividad física	Ninguna	Categoría

	según encuesta	Aeróbico Anaeróbico Otro	Nominal
Antecedentes			
Paridad	Paridad según encuesta	Número de partos	Numérica De Razón
Tipo de paridad	Tipo de paridad según encuesta	Eutócico Distócico	Categórica Nominal
Comorbilidades	Comorbilidades según encuesta	Hipertensión Arterial Diabetes mellitus II Gota Neoplasia Obesidad	Categórica Nominal
Edad de la menopausia	Edad de la menopausia según encuesta	Años cronológicos	Numérica De Razón
Calidad de Vida			
Menopause Rating Scale (MRS)	Calidad de vida según encuesta	Puntaje del 0 al 44	Numérica De Razón

1.4. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es la calidad de vida de mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016?

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016?
- ¿Cuáles son los hábitos de las mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016?
- ¿Cuáles son los antecedentes de las mujeres evaluadas en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016?

1.5. Tipo de Investigación:

Transversal, descriptiva, observacional.

1.6. Nivel de la Investigación:

Descriptivo

1.7. Justificación del Problema

Relevancia Contemporánea: En estos tiempos se tienen gran énfasis en la mejora de la calidad de vida, y aún con mayor motivo cuando se trata de algún problema (aunque fisiológico en este caso) que altera el normal funcionamiento del cuerpo, como lo es la menopausia; es importante conocer actualmente el nivel de calidad de vida que llevan las mujeres postmenopáusicas sin recibir terapia de reemplazo hormonal.

Relevancia Social: La mujer cumple un rol fundamental en la sociedad, el que su calidad de vida se vea afectada por la menopausia mantiene la importancia de buscar posibles soluciones al problema, sin embargo es necesario tener nociones sobre la realidad del medio para luego decidir las mejores soluciones al problema.

Relevancia Científica: Al realizar este proyecto de investigación nos brindará datos locales que no han sido investigados previamente, por lo que se le considera un aporte a la ciencia local, ya que dichos resultados pueden utilizarse para la generación de nuevos estudios en el futuro; así mismo para orientación en cuanto al manejo de personas con características similares al grupo en estudio.

Relevancia Académica: La creación de conocimiento mediante un trabajo de investigación forja las bases de la academia en cuanto al tema de estudio; es decir, que los resultados que se encuentren en el presente estudio servirán de base académica cuando corresponda el enfoque del problema en nuestro medio local.

Factibilidad: El presente trabajo no genera gastos considerables para la autora por lo que puede ser asumida sin problemas, así mismo existe accesibilidad a la población de estudio.

Originalidad: No se ha encontrado reportado ningún trabajo que mantenga características similares, como el

tema y las variables en una población parecida en nuestro medio local.

2. Marco Conceptual

2.1. Menopausia

La menopausia, también conocida como el climaterio, es el momento en la vida de la mayoría de las mujeres cuando los períodos menstruales se detienen de forma permanente, y la mujer ya no puede tener hijos. (1) La menopausia se produce normalmente entre los 45 y 55 años de edad. (1) Los profesionales médicos a menudo definen la menopausia que ha ocurrido cuando una mujer no ha tenido ningún sangrado vaginal durante un año. También se puede definir por una disminución en la producción de hormonas por los ovarios. En los que han tenido la cirugía para extirpar el útero, pero todavía tienen ovarios, la menopausia se puede ver que se ha producido en el momento de la cirugía o cuando los niveles hormonales caen. Tras la extirpación del útero, los síntomas típicamente ocurren antes, en un promedio de 45 años de la edad. (2)

Antes de la menopausia, los periodos de una mujer normalmente se vuelven irregulares, lo que significa que los períodos pueden ser más largo o más corto en duración, o ser más ligero o más pesado en términos de la

cantidad de flujo. Durante este tiempo, las mujeres a menudo experimentan sofocos; éstas suelen durar entre 30 segundos y 10 minutos, y puede estar asociada con los escalofríos, sudoración y enrojecimiento de la piel. Los sofocos suelen ocurrir después de un año o dos. Otros síntomas pueden incluir sequedad vaginal, problemas para dormir, y los cambios de humor. (3) La gravedad de los síntomas varía entre mujeres. A pesar de que la menopausia a menudo está relacionado con un aumento en las enfermedades del corazón, esto se debe principalmente al aumento de la edad y no tiene una relación directa con la menopausia. En algunas mujeres, los problemas como la endometriosis o los períodos dolorosos, mejoran después de la menopausia. (4)

La menopausia es generalmente un cambio natural. Puede ocurrir antes en las que fuman tabaco. Otras causas incluyen la cirugía que elimina ambos ovarios, o algunos tipos de quimioterapia. A nivel fisiológico, la menopausia sucede debido a una disminución en la producción de los ovarios de las hormonas estrógeno y progesterona. Aunque normalmente no es necesario, un diagnóstico de la menopausia puede ser confirmado mediante la medición de los niveles de hormonas, ya sea en la sangre o en la orina. La menopausia es el opuesto de la menarquia, (el momento en que los períodos de una chica empiezan). (5)

Generalmente no se necesita tratamiento específico. Algunos de los síntomas, sin embargo, se pueden mejorar con el tratamiento sintomático. Con respecto a los bochornos, evitar el tabaco, la cafeína y el alcohol se recomienda a menudo. Dormir en una habitación fresca y el uso de un ventilador también puede ayudar. Los siguientes medicamentos pueden ayudar: La terapia hormonal (TH), la clonidina, gabapentina, o inhibidores de la recaptación de serotonina, la tibolona. El ejercicio puede ayudar con el sueño problemas. Mientras MHT se prescribió una vez rutinariamente, ahora sólo se recomienda en aquellos con síntomas significativos, ya que hay preocupaciones sobre los efectos secundarios. No se ha encontrado pruebas de alta calidad para la eficacia de la medicina alternativa. (4)

2.2. Signos y Síntomas

Durante el inicio de transición de la menopausia, los ciclos menstruales siguen siendo regulares pero el intervalo entre ciclos empieza a alargarse. Los niveles hormonales comienzan a fluctuar. La ovulación puede no ocurrir con cada ciclo. (6)

La fecha del último periodo menstrual se toma generalmente como el punto en el tiempo cuando se ha

producido la menopausia. Durante la transición a la menopausia y después de la menopausia, las mujeres pueden experimentar una amplia gama de síntomas.

2.2.1. Vagina y el útero

Durante la transición a la menopausia, los patrones menstruales pueden mostrar el ciclismo más corto (por 2-7 días); permanecen ciclos más largos . También puede haber sangrado irregular (más ligero, más pesado, manchas), el sangrado es a menudo experimentado por las mujeres que se acercan a la menopausia debido a los cambios hormonales que acompañan la transición. En las mujeres posmenopáusicas sin embargo, cualquier sangrado genital es un síntoma alarmante que requiere un estudio apropiado para descartar la posibilidad de enfermedades malignas. Sin embargo, manchado o sangrado simplemente pueden estar relacionados con la atrofia vaginal, dolor benigno (pólipo o lesión) o pueden ser una respuesta endometrial funcional. La Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia ha publicado directrices para la evaluación del endometrio, que suele ser la principal fuente de manchado o sangrado. (7)

Los síntomas que pueden aparecer durante la menopausia y continuar a través de la posmenopausia incluyen (6):

- Relaciones sexuales dolorosas
- Sequedad vaginal
- Vaginitis atrófica: adelgazamiento de las membranas de la vulva, la vagina, el cuello uterino, y también el tracto urinario externo, junto con una considerable contracción y la pérdida de elasticidad de todas las áreas genitales externos e internos.

2.2.2. Otros síntomas físicos

Otros síntomas físicos de la menopausia incluyen: falta de energía, dolor en las articulaciones, rigidez, el dolor de espalda, el dolor de pecho, las palpitaciones del corazón, dolor de cabeza, mareos, La piel seca, picazón, el adelgazamiento, hormigueo en la piel, aumento de peso, la incontinencia urinaria, urgencia urinaria, los patrones de sueño interrumpido, sudores nocturnos, los sofocos. (6)

2.2.3. Psicológicos

Los síntomas psicológicos incluyen: ansiedad, la mala memoria, incapacidad para concentrarse, el estado de ánimo depresivo, irritabilidad, los cambios de humor, menos interés en la actividad sexual. (6)

2.3. Causas

2.3.1. Edad

En el mundo occidental, la edad típica de la menopausia (última menstruación por causas naturales) es de entre 40 y 61 y la edad promedio para el último período es de 51 años. La edad promedio de la menopausia natural en Australia es de 51,7 años. En la India y Filipinas, la edad promedio de la menopausia natural es mucho antes, a los 44 años. (8)

En casos raros, los ovarios de una mujer dejan de trabajar a una edad muy temprana, que van desde la edad de la pubertad a la edad de 40 años, y esto se conoce como insuficiencia ovárica prematura (FOP). Insuficiencia ovárica prematura espontánea afecta al 1% de las mujeres a los 40 años, y el 0,1% de las mujeres a los 30 años.

Las mujeres que se han sometido a una histerectomía con la conservación de ovarios pasan por la menopausia, en promedio, 3,7 años antes de la edad prevista. Otros factores que pueden promover un inicio más temprano de la menopausia (por lo general de 1 a 3 años antes) son: Fumar cigarrillos o estar extremadamente delgado. (9)

2.3.2. Insuficiencia ovárica prematura

La insuficiencia ovárica prematura (FOP) se diagnostica o confirma por los niveles altos de la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) en al menos 3 ocasiones con 4 semanas de diferencia. (10)

Las causas conocidas de la insuficiencia ovárica prematura incluyen trastornos autoinmunes, enfermedad de la tiroides, la diabetes mellitus, la quimioterapia, ser portador del gen del síndrome X frágil, y la radioterapia. Sin embargo, en la mayoría de los casos espontáneos de la insuficiencia ovárica prematura, es la causa desconocida, es decir, es generalmente idiopática. (10)

Las mujeres que tienen algún tipo de trastorno funcional que afecta el sistema reproductivo (por ejemplo, la endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, el cáncer de los órganos reproductores) pueden entrar en la menopausia a una edad más temprana que el plazo normal. Los trastornos funcionales a menudo pueden acelerar significativamente el proceso de la menopausia.

Una menopausia precoz puede estar relacionado con el consumo de cigarrillos, un mayor índice de masa corporal, factores raciales y étnicas, las enfermedades, y la

extirpación quirúrgica de los ovarios, con o sin la extirpación del útero. (11)

Estudios de la menopausia prematura se ha encontrado para ser significativamente mayor en los gemelos fraternales e idénticos; aproximadamente el 5% de los gemelos alcanzan la menopausia antes de los 40. Las razones de esto no se entienden completamente. Los trasplantes de tejido ovárico entre gemelos idénticos han tenido éxito en la restauración de la fertilidad.

2.3.3. La menopausia quirúrgica

La menopausia puede ser inducida quirúrgicamente por ooforectomía bilateral (extirpación de los ovarios), que es a menudo, pero no siempre, realizado en conjunto con la extirpación de las trompas de Falopio (salpingo-ooforectomía) y el útero (histerectomía). La cesación de la menstruación como un resultado de la extracción de los ovarios se llama "menopausia quirúrgica". La caída repentina y completa en los niveles hormonales generalmente produce síntomas de abstinencia extremos como los sofocos, etc.

Extirpación del útero sin extirpación de los ovarios no causa directamente la menopausia, aunque la cirugía

pélvica de este tipo a menudo puede precipitar un poco antes la menopausia, tal vez debido a un suministro de sangre en peligro a los ovarios. (12)

2.4. Mecanismo

La transición de la menopausia, y después de la menopausia en sí, es un cambio natural la vida, no suele ser un estado de enfermedad o un trastorno. La transición en sí tiene un grado variable de efectos. (13)

Las etapas de la transición de la menopausia se han clasificado de acuerdo con el patrón reportado de sangrado de una mujer, apoyada por los cambios en la hipófisis de los niveles de la hormona folículo-estimulante (FSH). (14)

En las mujeres más jóvenes, durante un ciclo menstrual normal de los ovarios producen estradiol, testosterona y progesterona en un patrón cíclico bajo el control de la FSH y la hormona luteinizante (LH), que ambas son producidas por la glándula pituitaria. Niveles de estradiol en sangre se mantienen relativamente sin cambios, o pueden aumentar al acercarse a la menopausia, pero suelen ser bien conservados hasta finales perimenopausia. Esto se supone que es en respuesta a los niveles elevados de FSH. Sin embargo, la transición de la menopausia se caracteriza por

una marcada, y, a menudo dramática, las variaciones en los niveles de FSH y estradiol, y debido a esto, las mediciones de estas hormonas no se consideran guías fiables a la menopausia exacta de una mujer. (15)

La menopausia se produce debido a la cesación natural o quirúrgica de estradiol y la producción de progesterona por los ovarios, que son una parte del sistema endocrino del cuerpo de la producción de hormonas, en este caso las hormonas que hacen posible la reproducción y la influencia del comportamiento sexual. Después de la menopausia, el estrógeno se sigue produciendo en otros tejidos, en particular los ovarios, pero también en el hueso, vasos sanguíneos e incluso en el cerebro. Sin embargo, la caída dramática en los niveles circulantes de estradiol impacta en muchos tejidos. (16)

En contraste con la caída repentina de estradiol durante la menopausia, los niveles de testosterona total y libre, así como sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) y la androstenediona parecen disminuir más o menos de forma constante con la edad. No se ha observado un efecto de la menopausia natural en los niveles de andrógenos circulantes. Por lo tanto efectos tisulares específicos de la

menopausia natural no puede atribuirse a la pérdida de producción de la hormona androgénica. (17)

La menopausia natural o fisiológica se produce como parte del proceso normal de envejecimiento de una mujer. Es el resultado de la eventual agotamiento de la casi totalidad de los ovocitos y de los folículos ováricos en los ovarios. Esto provoca un aumento en la circulación de la hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) porque hay una disminución del número de ovocitos y folículos que responden a estas hormonas y la producción de estrógeno. Esta disminución en la producción de estrógenos conduce a los síntomas de la perimenopausia de bochornos, insomnio y cambios de humor. Los efectos a largo plazo pueden incluir osteoporosis y atrofia vaginal.

Tito et al. propone una explicación para la disminución de la reserva ovárica durante el envejecimiento. (18) Se encontró que a medida que las mujeres envejecen, roturas de doble cadena se acumulan en el ADN de sus folículos primordiales. Folículos primordiales son ovocitos primarios inmaduros rodeadas por una sola capa de células de la granulosa. Un sistema de enzima está presente en ovocitos que normalmente precisa reparaciones de ADN de doble filamento se rompe. Este sistema de reparación

se llama "la reparación de recombinación homóloga", y es especialmente eficaz durante la meiosis. La meiosis es el proceso general mediante el cual las células germinales se forman en todos los eucariotas sexuales, y que parece ser una adaptación para eliminar eficazmente daños en el ADN de la línea germinal.

Los ovocitos primarios humanos están presentes en una fase intermedia de la meiosis, denominado la profase I. Tito et al. ha demostrado que la expresión de cuatro genes de reparación del ADN clave que son necesarios para la reparación de recombinación homóloga durante la meiosis (BRCA1, MRE11, Rad51, y ATM) disminuyen con la edad en los ovocitos. (18) Esta disminución relacionada con la edad en la capacidad para reparar el ADN de doble filamento daños pueden dar cuenta de la acumulación de estos daños, que a continuación, probablemente contribuye a la disminución de la reserva ovárica.

2.5. Riesgos

La menopausia confiere los siguientes riesgos:

- Un posible pero controvertido mayor riesgo de aterosclerosis (19)
- Aumento del riesgo de osteopenia y osteoporosis

- El riesgo de infarto agudo de miocardio y otras enfermedades cardiovasculares aumenta bruscamente después de la menopausia, pero el riesgo se puede reducir mediante la gestión de los factores de riesgo, como el tabaquismo, la hipertensión, el aumento de lípidos en la sangre y el peso corporal. (20)

2.6. Diagnóstico

Una forma de evaluar el impacto en las mujeres de algunos de estos efectos de la menopausia son el cuestionario Greene, (21) la Escala Cervantes (22) y la Escala de Clasificación de la Menopausia. (23)

2.6.1. La Premenopausia

Premenopausia es un término utilizado para referirse a los años previos al último período, cuando los niveles de hormonas reproductivas ya son cada vez más variables y menores, y los efectos de la retirada de la hormona están presentes. [27] Los ciclos se vuelven notablemente irregulares en el tiempo.

2.6.2. La Perimenopausia

El término "perimenopausia", que significa literalmente "alrededor de la menopausia", se refiere a los años de

transición de la menopausia, un lapso de tiempo antes y después de la fecha del último episodio de flujo. Según la Sociedad Norteamericana de Menopausia, esta transición puede durar de cuatro a ocho años. El Centro para el ciclo menstrual y la ovulación investigación describe como una fase de seis a diez años que finaliza 12 meses después de la última menstruación. (24)

Durante la perimenopausia, los niveles de estrógeno son en promedio un 20-30% mayor que durante la premenopausia, a menudo con grandes fluctuaciones. Estas fluctuaciones causan muchos de los cambios físicos durante la perimenopausia y la menopausia. Algunos de estos cambios son los sofocos, sudores nocturnos, dificultad para dormir, sequedad vaginal o la atrofia, la incontinencia, la osteoporosis y enfermedades del corazón. Durante este período, la fertilidad disminuye, pero no se considera para llegar a cero hasta que la fecha oficial de la menopausia. La fecha oficial se determina con carácter retroactivo, una vez que han transcurrido 12 meses después de la última aparición de la sangre menstrual. (24)

Los signos y efectos de la transición de la menopausia pueden comenzar tan temprano como los 35 años, aunque la mayoría de las mujeres se dan cuenta de la transición en

sus mediados a finales de los 40, que es a menudo muchos años después del comienzo real de la ventana de la perimenopausia. La duración de la perimenopausia con efectos corporales notables puede ser tan breve como un par de años, pero no es inusual que dure diez o más años. La duración real y gravedad de los efectos de la perimenopausia para cualquier mujer individual actualmente no se pueden predecir con antelación. A pesar de que el proceso, o el curso, de la perimenopausia o la menopausia puede ser difícil de predecir, la edad de inicio es un tanto predecible: Las mujeres a menudo, pero no siempre, comienzan estas transiciones (perimenopausia y menopausia) casi al mismo tiempo como su madre lo hizo.

(25)

En algunas mujeres, la menopausia puede provocar una sensación de pérdida relacionada con el final de la fertilidad. Además este cambio ocurre a menudo cuando otros factores de estrés pueden estar presentes en la vida de una mujer:

- El cuidado, y/o la muerte de los padres de edad avanzada
- El síndrome del nido vacío cuando los niños van de casa

- El nacimiento de los nietos, lo que coloca a las personas de "mediana edad" en una nueva categoría de "personas mayores".

Algunas investigaciones parecen mostrar que los suplementos de melatonina en mujeres perimenopáusicas pueden mejorar los niveles de función tiroidea y la gonadotropina, así como la restauración de la fertilidad y la menstruación y prevenir la depresión asociados a la menopausia. (26)

2.6.3. La Postmenopausia

El término "postmenopáusica" describe a las mujeres que no han experimentado ningún flujo menstrual durante un mínimo de 12 meses, asumiendo que ellos todavía tienen un útero, y no están embarazadas o en periodo de lactancia. En las mujeres sin útero, la menopausia o la posmenopausia puede ser identificados por un análisis de sangre que muestra un nivel muy alto FSH. Así posmenopausia es todo el tiempo en la vida de una mujer que tienen lugar después de su último período, o más exactamente, todo el tiempo que sigue al punto en que los ovarios se vuelven inactivas. (12)

La razón de este retraso en la declaración de la posmenopausia se debe a que los períodos suelen ser erráticos en este momento de la vida, y por lo tanto un tiempo razonablemente largo, es necesario para asegurarse de que el ciclismo ha cesado en realidad completamente. En este punto, una mujer se considera infértil; sin embargo, la posibilidad de quedar embarazada ha sido por lo general muy baja (pero no del todo cero) para un número de años antes de llegar a este punto.

Los niveles de la hormona reproductiva de la mujer siguen bajando y fluctúan durante algún tiempo en la postmenopausia, por lo que los efectos de abstinencia hormonal como los sofocos pueden tardar varios años en desaparecer.

Cualquier flujo periodo similar durante la posmenopausia, incluso manchas, se debe informar a un médico. La causa puede ser menor, pero la posibilidad de cáncer de endometrio debe ser comprobado.

2.7. Manejo y/o tratamiento

La perimenopausia es una etapa natural de la vida. No es una enfermedad o un trastorno, y por lo tanto no requiere de forma automática cualquier tipo de tratamiento médico.

Sin embargo, en aquellos casos en que los efectos físicos, mentales y emocionales de la perimenopausia son lo suficientemente marcados que alteran significativamente la vida cotidiana de la mujer, el tratamiento médico paliativo a veces puede ser apropiado.

2.7.1. Terapia de reemplazo hormonal

En el contexto de la menopausia, la terapia de reemplazo hormonal (TRH) es el uso de estrógenos en las mujeres sin útero, y el estrógeno más progestina en mujeres que tienen el útero intacto. (27)

La TRH puede ser razonable para el tratamiento de los síntomas menopáusicos como los sofocos. Su uso parece aumentar el riesgo de accidentes cerebrovasculares y coágulos de sangre. Cuando se utiliza para los síntomas menopáusicos que debe usarse durante el menor tiempo posible y a la dosis más baja posible. La respuesta a TRH en cada mujer posmenopáusica puede no ser la misma. El polimorfismo genético en los receptores de estrógeno parece estar asociada a la variabilidad interindividual en la respuesta metabólica a la TRH en mujeres posmenopáusicas. (28)

También parece ser eficaz para prevenir la pérdida ósea y fractura osteoporótica. Esto se ve a menudo como un agente de segunda línea para este propósito. Hay cierta preocupación de que este tratamiento aumenta el riesgo de cáncer de mama. (29)

2.7.2. Moduladores selectivos del receptor estrogénico

(SERM) Los SERMs son una categoría de medicamentos, ya sea sintéticamente producido o derivado de una fuente botánica (phyto-serms), que actúan selectivamente como agonistas o antagonistas sobre los receptores de estrógeno en todo el cuerpo. Los SERM más comúnmente prescritos son raloxifeno y el tamoxifeno. El raloxifeno presenta actividad agonista de los estrógenos sobre el hueso y los lípidos, y actividad antagonista en la mama y el endometrio. El tamoxifeno es de uso generalizado para el tratamiento hormonal del cáncer de mama hormono dependiente. El raloxifeno previene las fracturas vertebrales en mujeres osteoporóticas posmenopáusicas, y reduce el riesgo de cáncer de mama invasivo. (30)

2.7.3. TIBOLONA

Fármaco investigado alrededor de los años de 1960, desarrollado inicialmente para el tratamiento de la

osteoporosis, pero su rendimiento clínico aprobó de manera rápida su uso para el tratamiento de los síntomas climatéricos

Es una combinación Estrógeno-progestágeno con acción diversa en distintos sistemas del organismo, estudios in vivo e in vitro han demostrado eficacia sobre síntomas vasomotores, trastornos del ánimo, sexualidad, ejerce acciones en el tejido mamario demostrando la disminución de incidencia de desarrollar cáncer de mama a comparación con la terapia convencional, sin embargo esta contraindicado en mujeres con antecedentes de cáncer de mama, sobre el endometrio no registra aumento de hiperplasias ni cáncer, además las pacientes usuarias de tibolona, refieren menor cantidad de sangrado espontáneo. A nivel óseo reduce el riesgo de fracturas, pero en España no tiene indicación para el tratamiento de la osteoporosis, a nivel cardiovascular de ha demostrado que reduce el nivel de triglicéridos; a su vez se ha asociado con un incremento de riesgo de tromboembolia inferior a la terapia convencional (51).

2.7.4. Otros medicamentos

Algunos de los ISRS y IRSN parecen proporcionar algún alivio. La paroxetina en dosis bajas ha sido aprobado por la

FDA para los síntomas vasomotores moderados a severos calientes asociados con la menopausia. Sin embargo, podrán asociarse con problemas de sueño. (31)

La gabapentina o clonidina pueden ayudar, pero no funciona tan bien como la terapia hormonal. La clonidina puede estar asociada con problemas de estreñimiento y sueño. (31)

2.7.5. Medicina alternativa

No hay evidencia de beneficio consistente de terapias alternativas para los síntomas menopáusicos a pesar de su popularidad. El efecto de las isoflavonas de soja en los síntomas de la menopausia es prometedor, pero no está claro. La evidencia no apoya un beneficio de fitoestrógenos como coumestrol, femarelle, o el cohosh negro. No hay evidencia que apoye la eficacia de la acupuntura como la gestión de los síntomas menopáusicos. A partir de 2011 no hay apoyo para los suplementos a base de hierbas o dietéticos en la prevención o tratamiento de los cambios mentales que ocurren alrededor de la menopausia. (32)

2.7.6. Otras terapias

La falta de lubricación es un problema común durante y después de la perimenopausia. Cremas hidratantes vaginales pueden ayudar a las mujeres con sequedad en general, y los lubricantes pueden ayudar con las dificultades de lubricación que pueden estar presentes durante el coito. Vale la pena señalar que las cremas hidratantes y lubricantes son diferentes productos para diferentes problemas: algunas mujeres se quejan de que sus genitales son que incómodamente seca todo el tiempo, y pueden hacer mejor con cremas hidratantes. Los que necesitan sólo lubricantes hacen bien su uso sólo durante el coito.

Dosis bajas de estrógenos vaginales productos recetados, como las cremas de estrógeno son generalmente una forma segura de usar estrógenos por vía tópica, para ayudar a los problemas de adelgazamiento y sequedad vaginal (ver atrofia vaginal), mientras que sólo mínimamente el aumento de los niveles de estrógeno en el torrente sanguíneo.

En términos de la gestión de los sofocos, las medidas de estilo de vida tales como beber líquidos fríos, alojarse en habitaciones frías, el uso de ventiladores, eliminando el exceso de ropa y evitar bochornos factores

desencadenantes, como bebidas calientes, alimentos picantes, etc., pueden complementar parcialmente (o incluso obviar) el uso de medicamentos para algunas mujeres.

De asesoramiento o de apoyo individuales grupos a veces puede ser útil para manejar sentimientos tristes, deprimidas, ansiosas o confundidas las mujeres puedan tener a su paso por lo que puede ser para algunos un tiempo de transición muy difícil.

La osteoporosis se puede minimizar el abandono del tabaco, la ingesta adecuada de vitamina D y ejercicio con pesas regulares. El alendronato bifosfato de drogas puede disminuir el riesgo de una fractura, en las mujeres que tienen tanto la pérdida de hueso y una fractura anterior y menos así que para aquellos con sólo osteoporosis. (33)

2.8. Calidad de Vida

La calidad de vida es el bienestar general de los individuos y las sociedades. La calidad de vida tiene una amplia gama de contextos, incluyendo los campos de desarrollo internacional, la asistencia sanitaria, la política y el empleo. Es importante no confundir el concepto de calidad de vida

con un área de crecimiento más reciente de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Cuando nos fijamos en la CVRS que en efecto vistazo a la calidad de vida y su relación con la salud. (34)

La calidad de vida no se debe confundir con el concepto de nivel de vida, que se basa principalmente en los ingresos.

2.8.1. Descripción de la Calidad de Vida

Los indicadores estándar de la calidad de vida incluyen no sólo la riqueza y el empleo, sino también el entorno construido, la salud física y mental, educación, recreación y tiempo libre, y la pertenencia social. (35)

Según el economista ecológico Robert Costanza:

Si bien la calidad de vida ha sido durante mucho tiempo un objetivo político explícito o implícito, definición y medición adecuada han sido esquivas. Indicadores "subjetivos" en una amplia gama de disciplinas y escalas "objetivas" Diversos trabajos recientes sobre el bienestar subjetivo (SWB) encuestas y la psicología de la felicidad han estimulado un renovado interés.

Un enfoque, llamada teoría comprometida, se indica en la revista de Investigación Aplicada en la Calidad de Vida,

plantea cuatro dominios en la evaluación de la calidad de vida: La ecología, la economía, la política y la cultura. En el ámbito de la cultura, por ejemplo, incluye los siguientes subdominios de la calidad de vida:

- Identidad y compromiso
- La creatividad y la recreación
- Memoria y proyección
- La creencia y las ideas
- Género y generaciones
- Consulta y el aprendizaje
- Bienestar y salud

También son con frecuencia relacionada a conceptos como la libertad, los derechos humanos, y la felicidad. Sin embargo, desde la felicidad es subjetiva y difícil de medir, otras medidas se dan generalmente prioridad. También se ha demostrado que la felicidad, tanto como se puede medir, no necesariamente aumentará correspondientemente con la comodidad que resulta del aumento de los ingresos. Como resultado, el nivel de vida no debe ser tomado como una medida de la felicidad. También a veces se considera relacionado es el concepto de seguridad humana, aunque este último puede ser

considerado en un nivel más básico y para todas las personas. (37)

2.8.2. La calidad de vida en la Salud

Dentro del campo de la salud, calidad de vida es a menudo considerado en términos de cómo una determinada dolencia afecta a un paciente a nivel individual. Esto puede ser una debilidad debilitante que no es peligrosa para la vida; enfermedad mortal que no es terminal; la disminución previsible, natural en la salud de un anciano; una disminución imprevista mental/física de un ser querido; o procesos de enfermedad, crónica terminal. Investigadores de la Universidad de Toronto Calidad de la Unidad de Investigación de la Vida definen la calidad de vida como "el grado en que una persona disfruta de las posibilidades importantes de su vida" (Universidad de de Toronto). Su calidad de vida Modelo se basa en las categorías de "ser", "pertenencia", y "llegar a ser"; respectivamente, lo que uno es, cómo uno no está conectado a su entorno, y si se logra uno de los objetivos personales, esperanzas y aspiraciones. (38, 39)

La investigación muestra que la calidad de las calificaciones de vida están asociados con los resultados clínicos en los hogares de ancianos. Algunas, pero no

todas las dimensiones de la calidad de vida de los residentes de hogares de ancianos, se mostró a ser prospectiva asociada con los resultados clínicos. En otro estudio, los investigadores mostraron que los cuidadores 'calificaciones de proxy se asociaron con los residentes propias calificaciones, aunque no a la perfección. (40)

3. **Análisis de los Antecedentes Investigativos**

3.1. **Antecedente N° 1**

Título: *Calidad de vida de mujeres en postmenopausia. Valoración con “Menopause Rating Scale” de tres etnias colombianas diferentes*

Revista, año: Med UNAB, 2009

Autores: Alvaro Monterrosa, Juan Blumel, Peter Chedraui

Resumen:

Objetivo: Evaluar la CV en mujeres postmenopáusicas colombianas de tres etnias distintas. Material y método: Estudio descriptivo transversal que incluyó mujeres sanas entre 40 y 59 años de edad, pertenecientes a las etnias hispánicas, indígenas y negras. La población evaluada hace parte del Estudio Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (Cavimec). El instrumento utilizado para valorar CV fue el Menopause Rating Scale. Resultados: Se estudiaron 579 mujeres postmenopáusicas, 153 hispánicas, 295 indígenas y 131 afrodescendientes.

Las hispánicas tenían en promedio 55,3 años de edad, 6,4 años de escolaridad y habían presentado su menopausia a los 48,3 años. Comparadas con las hispánicas, las indígenas tenían una edad similar, menor escolaridad (2,2 años, $p < 0,0001$) y mayor edad al inicio de su menopausia (49,5 años, $p < 0,0001$). Las afrodescendientes eran más jóvenes que las hispánicas (53,4 años, $p < 0,0001$) y con menor escolaridad (4,6 años, $p < 0,0001$). Las hispánicas tienen la mejor CV (MRS 8,6 puntos), seguidas por las afrodescendientes (13,7 puntos, $p < 0,001$) y las indígenas (14,7 puntos, $p < 0,0001$). Las afrodescendientes tienen un mayor deterioro psicológico (dimensión psicológica 5,9 puntos) que las hispánicas (2,7 puntos, $p < 0,0001$) o las indígenas (3,1 puntos, $p < 0,0001$), y presentan más síntomas somáticos (dimensión somática 6,5 puntos, 4,6 puntos, y 5,3 puntos, respectivamente; $p < 0,0001$). Las indígenas presentan mayor sintomatología urogenital (dimensión urogenital 6,2 puntos) que las hispánicas (1,3 puntos, $p < 0,0001$) y las afrodescendientes (1,1 puntos, $p < 0,0001$).

Conclusión: Las mujeres postmenopáusicas hispánicas tienen menos compromiso de calidad de vida que las mujeres indígenas o afrodescendientes. Las afrodescendientes presentan más severidad de síntomas

psicológicos y somáticos, mientras que las indígenas presentan más sintomatología del área urogenital (42).

3.2. Antecedente N° 2

Título: *Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal*

Revista, año: Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2010

Autores: José Urdaneta, Maritza Cepeda, Mery Guerra, Nasser Baabel, Alfi Contreras

Resumen:

Antecedentes: El avance de la medicina ha incrementado la esperanza de vida al nacer y el crecimiento de la población mayor a 60 años, siendo cada vez mayor las mujeres en etapa de menopausia. Objetivo: Estudiar la calidad de vida (CV) en pacientes menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. Método: Se estableció una investigación de tipo comparativa y aplicada, con diseño no experimental, contemporáneo transeccional y de campo, donde se incluyo una muestra de 200 pacientes con diagnóstico de menopausia. Se les aplicaron los cuestionario de CV SF-36 y el Menopause Rating Scale (MRS). Resultados: Hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) en cuanto al dolor físico y altamente significativas ($p < 0,01$), respecto a los síntomas somáticos, psicológicos y

urogenitales en las pacientes no tratadas vs las del grupo que recibió TRH. Conclusión: Las pacientes bajo TRH perciben una mayor CV específica respecto a las pacientes que no la reciben, presentando síntomas somáticos o psicológicos menos severos (43).

3.3. Antecedente N° 3

Título: *Efecto de la terapia hormonal con estrógenos en el estrés oxidativo y la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas*

Revista, año: Ginecología y Obstetricia de México, 2013

Autores: Martha Asunción Sánchez Rodríguez, Mariano Zacarías Flores, Alicia Arronte Rosales, Víctor Manuel Mendoza Núñez

Resumen:

Objetivo: determinar el efecto de la terapia hormonal con estrógenos en la calidad de vida y el estrés oxidativo en la posmenopausia. Pacientes y método: ensayo clínico controlado efectuado con 111 mujeres perimenopáusicas (40 a 60 años de edad) de la Ciudad de México. Se conformaron tres grupos: 1) control, con 39 mujeres premenopáusicas; 2) 33 mujeres posmenopáusicas con tratamiento de estrógenos conjugados vía oral (0.625 mg/d + 5 mg/d de medroxiprogesterona durante 10 días); y 3) 33

mujeres posmenopáusicas que recibían placebo. Antes del tratamiento y después de seis meses se midieron los marcadores bioquímicos de estrés oxidativo: lipoperóxidos plasmáticos (TBARS), actividad de las enzimas SOD y GPx y la capacidad plasmática antioxidante total (Randox Laboratories). Se aplicó el cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud en versión breve (WHOQoL-Brief). Resultados: los lipoperóxidos fueron más altos en ambos grupos de mujeres posmenopáusicas con calidad de vida basal promedimala que en mujeres premenopáusicas con calidad de vida alta (0.357 ± 0.06 vs 0.315 ± 0.04 mmol/L, $p < 0.05$). Los lipoperóxidos disminuyeron en mujeres que reciben tratamiento con calidad de vida promedio-mala después de seis meses (0.357 ± 0.06 vs 0.293 ± 0.08 mmol/L, $p < 0.01$); también se observó reducción en la proporción de mujeres en tratamiento que inicialmente tenían lipoperóxidos altos y calidad de vida promedio-mala ($p < 0.05$). En los demás grupos no se encontró diferencia. Conclusión: la terapia hormonal con estrógenos mejora la calidad de vida y disminuye el estrés oxidativo en la posmenopausia (44).

3.4. Antecedente N° 4

Título: *Evaluación de la calidad de vida en la mujer menopáusica mediante la escala Cervantes: impacto del tratamiento en la práctica clínica*

Revista, año: Progresos de Obstetricia y Ginecología, 2014

Autores: Rafael Sanchez, Pilar García-García, Nicolás Mendoza, Begoña Soler, Cecilio Álamo.

Resumen:

Objetivo: Evaluar la calidad de vida actual de las mujeres menopáusicas y conocer el efecto del tratamiento instaurado.

Sujetos y métodos: El estudio epidemiológico transversal y multicéntrico que incluyó a 1.344 mujeres menopáusicas. Se empleó la escala Cervantes para valorar la calidad de vida.

Resultados: La puntuación global de la calidad de vida fue mejor en los grupos con tratamiento (terapia hormonal e isoflavonas, diferencia puntuación total: 13,62 y 7,93 puntos, respectivamente; $p < 0,001$) versus las que no recibían terapia. Factores que influyen en la calidad de vida son: el alcohol, los antecedentes de enfermedad y el tiempo de evolución de la menopausia.

Conclusiones: Las mujeres menopáusicas pueden mejorar su calidad de vida con el tratamiento con terapia hormonal

y con isoflavonas, siendo la escala Cervantes una herramienta clínica muy útil (45).

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Determinar la calidad de vida de mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016

4.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de las mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016.
- Determinar los hábitos de las mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016.
- Determinar los antecedentes de las mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016.

5. Hipótesis

Por ser un estudio de tipo descriptivo el presente trabajo de investigación no presenta hipótesis.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas: Encuesta

1.2. Instrumentos:

Menopause Rating Scale (MRS). Es una escala de calidad de vida relacionada con la salud, es específica para el grupo de mujeres en estudio en el presente proyecto. Se encuentra compuesta por 11 ítems de síntomas que se agrupan en tres subescalas o dimensiones: somático – vegetativa, psicológica y síntomas urogenitales. La dimensión somático vegetativa valora la presencia y la severidad de los golpes de calor (bochornos, sofocos y episodios de sudoración); molestias cardíacas (taquicardia, bradicardia, consciencia no habitual de los latidos cardíacos); alteraciones del sueño (dificultad a la hora de dormirse, despertarse con facilidad, despertarse pronto); y molestias musculo ligamentarias (dolores en las articulaciones). La dimensión psicológica evalúa la presencia y severidad del estado de ánimo depresivo; irritabilidad; ansiedad; y cansancio físico y mental. La dimensión urogenital define la presencia y severidad de los problemas sexuales; problemas de la vejiga y sequedad vaginal.

Cada ítem es calificado como 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo), pudiendo

establecerse la media y su desviación estándar obtenida por una población para cada uno de los ítems. La sumatoria de las medias de los ítems definidos establecen la puntuación media de cada una de las dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establecen el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida. Este instrumento define como compromiso severo de la calidad de vida si el dominio somato-vegetativo tiene un puntaje superior a 8, el psicológico a 6, el urogenital a 3, y la 13 puntuación total de la escala es superior a 16 puntos.

1.3. Materiales de verificación

- Ficha de recolección datos
- Menopause rating scale
- Material de escritorio.
- Computadora portátil con Sistema Operativo Windows 8, Paquete Office 2013 para Windows y Programa SPSS v.18 para Windows.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación Espacial

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, en el servicio de Ginecología; dicho nosocomio se encuentra en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

La información recolectada corresponderá a los meses de enero y febrero del año 2016.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por las pacientes que se encuentren en periodo de postmenopausia.

2.3.1. Población:

La población corresponde al número total de pacientes que vayan a todos de los consultorios de ginecología del Hospital Honorio Delgado durante la temporalidad indicada.

2.3.2. Muestra y Muestreo

Se realizará un muestreo aleatorio sistematizado. Para determinar el tamaño muestra se utilizó la fórmula para una media en una población finita o conocida:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * S^2}$$

Dónde:

- Tamaño de la población N
250
- Error Alfa α
0.05
- Nivel de Confianza 1- α 0.95
- Z de (1- α) Z (1- α)
 α) 1.96
- Desviación estándar s 1.1
- Varianza s^2 1.22
- Precisión d
0.15

Teniendo un tamaño muestral de 113.87.

Por lo que el número mínimo de mujeres encuestadas debe ser 114.

2.3.3. Criterios de Selección

2.3.3.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres que se encuentren en la postmenopausia.
- Mujeres que tengan cita en el consultorio de Ginecología del Hospital Honorio Delgado

2.3.3.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres que no deseen participar del estudio.
- Mujeres que se encuentren con discapacidades físicas que le eviten responder adecuadamente a las preguntas.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- 3.1.1. Presentación del proyecto a la facultad de Medicina Humana para su aprobación.
- 3.1.2. Solicitar autorización al servicio de Ginecología así mismo a la dirección del Hospital Honorio Delgado Espinoza.
- 3.1.3. Coordinar con el servicio de Ginecología en relación a la atención de sus consultorios para la ubicación de las mujeres.
- 3.1.4. Aplicación de las encuestas y fichas de recolección de datos a los pacientes.
- 3.1.5. Tabular, procesar y analizar los datos recolectados.
- 3.1.6. Elaborar el borrador de la tesis y presentarlo a la Facultad de Medicina Humana.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos:

Autor: Lorena Mercedes Pinto Valdivia

Asesor:

3.2.2. Recursos Físicos

- Cuestionarios impresos
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

Recursos de la propia autora.

3.3. Validación de los Instrumentos

El cuestionario Menopause Rating Scale se encuentra validado al español por Aedo S. y colaboradores el 2006.

(41)

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, utilizando únicamente los últimos tres dígitos de su código junto a sus iniciales del primer nombre y los dos apellidos.

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán tabuladas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y exportadas luego al programa SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos.

IV. Cronograma de Trabajo

TIEMPO	Enero				Febrero				Marzo			
	2016				2016				2016			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación y aprobación del proyecto	■	■										
Solicitud de autorización			■									
Recolección de datos.				■	■	■						
Tabulación, análisis e interpretación de datos.						■	■					
Elaboración del Informe final.							■					
Sustentación de la tesis								■	■			

V. Bibliografía

1. National Institute of Health. Menopause: Overview. 2013.
<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/menopause/Pages/default.aspx>
2. International position paper on women's health and menopause : a comprehensive approach. DIANE Publishing. 2002. p. 36.
3. MedlinePlus. (2011). Menopause.
4. O'Connor, K. A., Ferrell, R., Brindle, E., Trumble, B., Shofer, J., Holman, D. J., et al. (2009). Progesterone and ovulation across stages of the transition to menopause. *Menopause*, 16, 1178–1187
5. Wood, James. Dynamics of Human Reproduction: Biology, Biometry, Demography. Transaction Publishers. p. 401.
6. Hoffman, Barbara (2012). Williams gynecology. New York: McGraw-Hill Medical. pp. 555–556
7. Dreisler E, Poulsen LG, Antonsen SL et al (2013). "EMAS clinical guide: Assessment of the endometrium in peri and postmenopausal women". *Maturitas* 75 (2): 181–90.
8. Ringa, V. (2000). "Menopause and treatments". *Quality of Life Research* 9 (6): 695–707
9. Healthline. "Que causa tempranamente la menopausia?". Healthline.
10. Kalantaridou SN, Davis SR, Nelson LM. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1998 Dec;27(4) 989–1006.
11. Bucher CJ. Abscess Of The Lung: A Bacteriologic Study Based On One Hundred And Eighteen Cases. *The American Journal of the Medical Sciences*. 1930 Mar 1;179(3):406-10.

12. Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al (2012). "Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging.". *Fertility and Sterility* 97 (4): 398–406.
13. Risk for New Onset of Depression During the Menopausal Transition The Harvard Study of Moods and Cycles". *JAMA*. 2013
14. Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al (2001). "Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)". *Climacteric* 4 (4): 267–72
15. Burger HG (1994). "Diagnostic role of follicle stimulating hormone (FSH) measurements during menopausal transition – an analysis of FSH, oestradiol and inhibin". *European Journal of Endocrinology* 130 (1): 38–42
16. Simpson ER, Davis SR (2001). "Minireview: aromatase and the regulation of estrogen biosynthesis – some new perspectives". *Endocrinology* 142 (11): 4589–94
17. JCEM. "Ovarian Androgen Production in Postmenopausal Women". JCEM. 2013
18. Titus S, Li F, Stobezki R, Akula K, et al (2013). "Impairment of BRCA1-related DNA double-strand break repair leads to ovarian aging in mice and humans". *Science Translational Medicine* 5 (172): 172ra21.
19. Mitchell, Richard Sheppard; Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson (2007). *Robbins Basic Pathology: With Student Consult Online Access*. Philadelphia: Saunders. p. 344

20. Perimenopausal risk factors and future health". Human Reproduction Update 17 (5): 706–717. 2011
21. Greene JG (1998). "Constructing a standard climacteric scale". Maturitas 29 (1): 25–31
22. Monterrosa-Castro A, Romero-Pérez I, Marrugo-Flórez M, et al (2012). "Quality of life in a large cohort of mid-aged Colombian women assessed using the Cervantes Scale.". Menopause 19 (8): 924–30
23. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, et al (2010). "Factors related to increased daytime sleepiness during the menopausal transition as evaluated by the Epworth sleepiness scale". Maturitas 65 (1). pp. 75–80
24. Prior, Jerilynn. "Perimenopause". Centre for Menstrual Cycle and Ovulation Research (CeMCOR)
25. Kessenich, Cathy. "Inevitable Menopause", 2013
26. Bellipanni G, Di Marzo F, Blasi F, Di Marzo A (2005). "Effects of melatonin in perimenopausal and menopausal women: our personal experience. 2005". Annals of the New York Academy of Sciences 1057 (1): 393–402
27. The Woman's Health Program Monash University, Oestrogen and Progesterin as hormone therapy
28. Maryam Darabi, Mohsen Ani, Mojtaba Panjehpour, Mohammed Rabbani, Ahmad Movahedian & Elahe Zarean (January–February 2011). "Effect of estrogen receptor beta A1730G polymorphism on ABCA1 gene expression response to postmenopausal hormone replacement therapy". Genetic Testing and Molecular Biomarkers 15 (1-2): 11–15

29. Chlebowski, R. T.; Anderson, G. L. (2015). "Menopausal hormone therapy and breast cancer mortality: clinical implications". *Therapeutic Advances in Drug Safety* 6 (2): 45–56
30. Bevers TB (2007). "The STAR Trial: Evidence for Raloxifene as a Breast Cancer Risk Reduction Agent for Postmenopausal Women". *J Natl Compr Canc Netw* 5 (8): 817–22.
31. Krause, MS; Nakajima, ST (2015). "Hormonal and Nonhormonal Treatment of Vasomotor Symptoms.". *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 42 (1): 163–179.
32. Clement, YN; Onakpoya, I; Hung, SK; Ernst, E (March 2011). "Effects of herbal and dietary supplements on cognition in menopause: a systematic review.". *Maturitas* 68 (3): 256–63
33. Wells GA, Cranney A, Peterson J, et al (2008). "Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women.". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD001155.
34. Bottomley, Andrew (04/01/2002). "The Cancer Patient and Quality of Life". *The Oncologist* 7 (2): 120–125.
35. Martha Nussbaum and Amartya Sen, ed. (1993). *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
36. Costanza, R. et al. (2008) "An Integrative Approach to Quality of Life Measurement, Research, and Policy". *S.A.P.I.EN.S.* 1
37. Layard, Richard (6 April 2006). *Happiness: Lessons from a New Science*. London: Penguin.

38. "Quality of Life: How Good is Life for You?". University of Toronto Quality of Life Research Unit
39. About QLC : Quality of Life Care
40. Mittal, Vikas and Rosen, Jules and Govind, Rahul and Degenholtz, et al, Perception Gap in Quality-of-Life Ratings: An Empirical Investigation of Nursing Home Residents and Caregivers (2007). *The Gerontologist*, April 2007; 47, 2; p. 159
41. Aedo S, Porcile A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población Chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71:402-409
42. Monterrosa, A., Blumel, J. E., & Chedraui, P. (2010). Calidad de vida de mujeres en postmenopausia. Valoración con "Menopause Rating Scale" de tres etnias colombianas diferentes. *MedUNAB*, 12(2).
43. Urdaneta, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2010). Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(1), 17-34.
44. Rodríguez, M. A. S., Flores, M. Z., Rosales, A. A., Manuel, V., & Núñez, M. (2013). Efecto de la terapia hormonal con estrógenos en el estrés oxidativo y la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas. *Ginecol Obstet Mex*, 81, 11-22.
45. Borrego, R. S., García-García, P., Mendoza, N., López, B. S., González, C. Á., & Grupo de estudio Cervantes. (2015). Evaluación de la calidad de vida en la mujer menopáusica mediante la escala Cervantes: impacto del tratamiento en la práctica clínica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 177-182.

46. Urdaneta M José, Cepeda de V Maritza, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPAUSICAS CON Y SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL. Rev Chil Obstet Ginecol 2010
47. Paternina C Angel, Monterrosa C Alvaro, Romero P Ivette. Evaluación de la calidad de vida en la menopausia, mediante la escala "Menopause Rating Scale" (MRS): una revisión sistemática. MedUNAB 2010-2011.
48. Gutierrez C Hugo. Evaluación de la Calidad de Vida en la mujer durante el climaterio en la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010 UNMSM 2011.
49. López-Alegría Fanny, Soares De Lorenzi Dino Roberto. Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarias de consultorios de atención primaria de salud, Santiago. Rev. méd. Chile
50. Nelson DB, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, Gracia CR, Mogul M, et al. Effect of Physical Activity on Menopausal Symptoms among Urban Women. Med Sci Sports Exerc 2008; 40: 50-8.
51. Abad P Pedro, Baró M Francesc, Cancelo H Maria, Llana C Plácido, Manubenz G Montserrat, Ladron de Guevara Nicolas, Querda S Francisco, Sánchez B Rafael, TIBOLONA EN MUJERES POSMENOPAUSICAS, MENOGUÍA Junio 2012.



ANEXO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad: ____ años

Estado civil: a. Soltero c. Viudo
b. Casado /Conviviente d. Divorciado / Separado

Escolaridad: a. Ninguna **Culminación:** a. Completa
b. Primaria b. Incompleta
c. Secundaria
d. Superior

Religión: a. Católico d. Testigo de Jehová
b. Mormón e. Adventista
c. Evangelista f. Otro: _____

Ocupación: a. Ama de casa d. Agricultura
b. Oficina e. Otro: _____
c. Comerciante

Tabaco: ____ cigarrillos/ ____ **Alcohol:** ____ veces/ ____

Actividad física: a. Ninguna c. Anaeróbico
b. Aeróbico d. Otro: _____

Paridad: _____ partos a. Eutócico b. Distócico

Comorbilidades: a. Hipertensión arterial d. Neoplasia
b. Diabetes Mellitus II e. Obesidad
c. Gota f. Otro: _____

Edad de la menopausia: _____ años

Menopause Rating Scale (MRS)

¿Cuál de los siguientes síntomas sufre en la actualidad y con qué intensidad? Marque la casilla pertinente de cada síntoma. Marque "no procede" cuando no sufra el síntoma.

Síntomas:	extremadamente				
	no procede	leve	moderado	grave	grave
Puntuación =	0	1	2	3	4
1. Sofocos, sudación (episodios de sudación).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Molestias cardíacas (consciencia no habitual de los latidos, bradicardia, taquicardia, opresión torácica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trastornos del sueño (dificultades a la hora de dormirse, se despierta con facilidad, se despierta pronto).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, triste, a punto de llorar, falta de ímpetu, cambios de estado de ánimo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Irritabilidad (sentirse nerviosa, tensión interna, sentirse agresiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ansiedad (inquietud interna, se deja llevar por el pánico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cansancio físico y mental (menor rendimiento generalizado, problemas de memoria, menor concentración, mala memoria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problemas sexuales (alteraciones de la libido/deseo, de la actividad y la satisfacción sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Problemas de vejiga (dificultades a la hora de orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia vesical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sequedad vaginal (sensación de sequedad o escozor en la vagina, dificultades a la hora de realizar el coito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Molestias musculares y de las articulaciones, (dolor en las articulaciones, reumatismos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**ANEXO: CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO:

CALIDAD DE VIDA DE MUJERES EN POSTMENOPAUSIA SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2016.

OBJETIVO GENERAL:g

Determinar la calidad de vida de mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal en Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016

Mediante el presente documento usted autoriza la utilización de los datos de la presente encuesta para la realización de la tesis de pregrado de la Bachiller en Medicina Lorena Mercedes Pinto Valdivia.

Nombre de Paciente: _____

Firma: _____

DNI: _____