

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“MANEJO DEL CLIMATERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL, EU05 PUJILÍ 2015 - 2016.”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

Tutora: Dra. Yamilet Leyva González, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magister, Presidente del Tribunal e integrado por los señores Doctor José Abdón Guarnizo Briceño Especialista, Doctora Josefa Margarita Miranda Vázquez Especialista, Doctor Héctor Rodrigo Remache Cevallos Especialista, como Miembros principales del tribunal designados por la Unidad Académica de Titulación de la universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “MANEJO DEL CLIMATERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL, EU05 PUJILÍ 2015 - 2016.” elaborado y presentado por la señora Doctora Mayra Alexandra Vela Chasiluisa, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.
Presidente del Tribunal

Dr. José Abdón Guarnizo Briceño, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Josefa Margarita Miranda Vázquez, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Héctor Rodrigo Remache Cevallos, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “MANEJO DEL CLIMATERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL, EU05 PUJILÍ 2015 - 2016.”, le corresponde exclusivamente a: la Doctora Mayra Alexandra Vela Chasiluisa, Autora bajo la Dirección de la Doctora Yamilet Leyva González Especialista, Directora del Trabajo de Investigación y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

C.C.0502657463

AUTORA

Dra. Yamilet Leyva González, Esp.

C.C. 226848

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa
C.C. 0502657463

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada.....	i
A la Unidad Académica de Titulación.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	x
DEDICATORIA.....	xi
RESUMEN EJECUTIVO.....	xii
EXECUTIVE SUMMARY.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo 1.....	3
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Tema de investigación.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1. Contextualización.....	3
1.2.2. Análisis crítico.....	4
1.2.3. Prognosis.....	5
1.2.4. Formulación del problema.....	5
1.3. Preguntas directrices.....	5
1.3.1. Delimitación del problema de investigación.....	6
1.4. Justificación.....	6
1.5. Objetivos.....	7
1.5.1. Objetivo General.....	7
1.5.2. Objetivos específicos.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes investigativos.....	8
2.2. Fundamentación Filosófica.....	12
2.3. Fundamentación Legal.....	13
2.4. Categorías Fundamentales.....	15
2.4.1. Fundamentación Teórica.....	15
2.4.1.1. Atención Primaria de Salud.....	15

2.4.1.2.Prestaciones	17
2.4.1.3. Promoción.....	18
2.4.1.3.1.Consejería	20
2.4.1.4.Prevencción	22
2.4.1.5. Climaterio	31
Clasificación del Climaterio	32
Fases del Climaterio.....	32
2.4.1.6.Dominio Biológico:	45
2.4.1.7.Dominio psicológico:	46
2.4.1.8. Dominio urogenital:.....	46
2.5 Hipótesis	51
2.6. Señalamiento de las variables.....	52
Capítulo 3.....	53
METODOLOGÍA	53
3.1 Enfoque investigativo.....	53
3.2 Modalidad.....	53
3.3 Tipo de investigación	54
3.4 Población	54
3.5 Operacionalización de variables.....	55
Operacionalización de Variable Independiente Atención Primaria en Salud	55
Operacionalización de Variable Dependiente Climaterio	56
3.6. Plan de recolección de la información.....	57
3.7. Plan de procesamiento y análisis.....	59
Capítulo 4.....	60
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	60
4.1. Etapas del climaterio	60
4.1.2.Prestaciones de Salud	61
4.1.3 Prevencción	65
4.1.4.Consejeria.....	69
4.1.5.Trastornos biológicos, psicológicos y urogenitales.....	71
Posmenopausia.....	76
4.1.6.Trastornos del climaterio y variables sociodemográficas	82
4.2 Verificación de hipótesis	86
Capitulo 5.....	88

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
5.1 Conclusiones.....	88
5.2 Recomendaciones	88
Capitulo 6.....	90
PROPUESTA DEL ALGORITMO	90
6.1 Datos informativos	90
6.1 Tema.....	90
6.1.1 Institución Ejecutora.....	90
6.1.2. Beneficiarias.....	90
6.1.3. Entidad Responsable	90
6.1.4. Ubicación.....	90
6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta	90
6.1.6. Costos:.....	90
6.2 Antecedente de la propuesta	90
6.3 Justificación.....	91
6.4 Objetivos.....	91
6.4.1. Objetivo General	91
6.4.2. Objetivos Específicos	91
6.5. Análisis de factibilidad.....	91
6.6. Fundamentación	91
6.7. Metodología, Modelo operativo	92
6.8 Administración	92
6.9 Previsión de la evaluación	93
7. Bibliografía.....	95
8. ANEXOS	102
Anexo 1: Consentimiento Informado	102
Anexo 2: Encuesta sobre el climaterio	103
Anexo 3: Escala de Medición de la Menopausia MRS	105
Anexo 4: Tabla N°3 Distribución de mujeres según etapas del climaterio, EU05 Pujilí 2015-2016.	106
Anexo 5: Gráfico 5: Distribución de mujeres según prestaciones de salud.	106
Anexo 6: Gráfico 6: Distribución de mujeres según prevención de salud no registradas en las historias clínicas y etapas del climaterio.	106

Anexo 7:Gráfico7: Distribución de mujeres según consejeria de salud no registradas en las historias clinicas y etapas del climaterio.....	107
Anexo8: Tabla N°28: Distribución de mujeres según sofocos y etapas de climaterio	107
Anexo 9: Tabla N°29: Distribución de mujeres según molestias del corazón y etapas de climaterio.	107
Anexo10: Tabla N° 30: Distribución de mujeres según molestias osteomiarticulares y etapas de climaterio.	108
Anexo11: Tabla N°31: Distribución de mujeres según problemas de sueño y etapas de climaterio.	108
Anexo12: Tabla N°32: Distribución de mujeres según estado depresivo y etapas de climaterio.	108
Anexo 13: Tabla N°33: Distribución de mujeres según irritabilidad y etapas de climaterio.EU05 Pujilí 2015-2016.	108
Anexo 14: Tabla N°34: Distribución de mujeres según ansiedad y etapas de climaterio.	109
Anexo15: Tabla N°35: Distribución de mujeres según agotamiento físico y etapas de climaterio.	109
Anexo16: Tabla N°36: Distribución de mujeres según problemas sexuales y etapas de climaterio.	109
Anexo17: Tabla N°37: Distribución de mujeres según alteraciones de vejiga y etapas de climaterio.	110
Anexo18: Tabla N°38: Distribución de mujeres según sequedad vaginal y etapas de climaterio.	110
Anexo19: Gráfico8: Distribución de mujeres según dimensiones bilógica,psicológica,urogenital y etapas del climaterio.....	110
Anexo 20: Grafico9: Distribución de mujeres según características sociodemograficas y nivel de escala MRS.	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:Operacionalización de la variable independiente	55
Tabla 2: Operacionalización de la variable dependiente	56
Tabla 14: Distribución de mujeres según molestias del corazón y etapas del climaterio. .	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1, Categorías fundamentales	15
Gráfico 2, Fases del climaterio.....	32
Gráfico 3, Síntomas del climaterio.....	41

Gráfico 4: Distribución de mujeres según etapas del climaterio.EU05 Pujilí 2015-2016.....	60
Anexo 5: Gráfico 5: Distribución de mujeres según prestaciones de salud.....	106
Anexo 6: Gráfico 6: Distribución de mujeres según prevención de salud no registradas en las historias clinicas y etapas del climaterio.	106
Anexo 7:Gráfico7: Distribución de mujeres según consejería de salud no registradas en las historias clinicas y etapas del climaterio.	107
Anexo19: Gráfico8: Distribución de mujeres según dimensiones bilógica,psicológica,urogenital y etapas del climaterio.	110

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, departamento de Posgrados, a los distinguidos docentes por su conocimiento y apoyo incondicional.

A mi tutora, Dra. Yamilet Leyva quien con su experiencia, conocimiento ha guiado para el desarrollo de esta investigación, y ha proporcionado el tiempo necesario para que la tesis llegue a su culminación.

A mi familia, por ser el motor del día a día, por el amor que recibo de ustedes, quienes han aportado espiritualmente, para mi progreso académico, a mis padres por el apoyo constante, por brindarme su cariño, amor, comprensión, paciencia al cuidar de mis hijos.

Dedicado a mis amigos del alma Mónica, Bécquer, Byron con quienes compartimos verdaderos lazos de amistad, compañerismo, apoyo, que más que mis amigos son mis hermanos.

A la Dra.Margarita Miranda por incentivar a continuar con este trabajo de investigación.

A todas las personas que pusiste en mi camino mi amado Dios, quienes han sido estímulo para trabajar en busca de la salud, tranquilidad y unión familiar.

Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

DEDICATORIA

A Dios por la dicha de este nuevo camino, a ti señor por hacerme ver la necesidad de las familias, particularmente de las mujeres que hicieron descubrir en mí el sentido de la prevención y cuidado, ustedes mujeres, que son frágiles como una flor, fuertes como un roble.

Especialmente al ser que me dio la vida a ti mami por ser ejemplo de lucha.

A mi esposo Carlitos por su amor, confianza, apoyo incondicional, en esta nueva etapa de mi vida, por siempre incentivar en el tema de investigación en busca del bienestar de las mujeres, ya que en un futuro cercano sabré manejar los cambios normales en mi vida y la de mis pacientes.

A nuestros adorables hijos Jorge Luis y Mayhte por ser luz e incentivo de paciencia, perseverancia, y superación.

A mi familia por nunca soltarme la mano, por darme fortaleza, apoyo, comprensión, amor durante estos años de preparación.

Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“MANEJO DEL CLIMATERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD,
DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL, EU05 PUJILÍ 2015 – 2 016.”

AUTORA: Doctora. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

DIRECTORA: Doctora. Yamilet Leyva González, Especialista

FECHA: 8 de agosto del 2016

RESUMEN EJECUTIVO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con 150 mujeres de 40 a 60 años de edad perteneciente al primer nivel de atención EU05 del cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi, país Ecuador, partiendo de la revisión de historias clínicas, se aplicó una encuesta para describir el período climatérico y el manejo en la Atención Primaria de Salud. Para el estudio se dividió en premenopausia, menopausia y posmenopausia. Se utilizó el método estadístico Chi cuadrado se concluyó que en prestaciones medicas brindadas lo más frecuente fue la indicación de exámenes complementarios 54,1%, realizando con poca frecuencia el examen clínico 3% y ginecológico 3,7%. La mayoría de las mujeres no realizaban actividad física 81,3% a, no utilizaban tratamiento 73% , ni consumían sustancias tóxicas 54,7%, brindando consejería a casi la mitad de las mujeres 44%. Los dominios biológicos, psicológicos y urogenital estuvieron afectados en la mayoría de las mujeres, resultando lo mas frecuente la ansiedad 95,3%, seguido de los problemas osteomioarticulares 94,7% y sequedad vaginal 94%. Las alteraciones del climaterio se presentaron con mayor frecuencia en las amas de casa 52% con nivel de instrucción secundaria 40,7%, casadas 78,7% y con malas condiciones económicas 73,3%. Se elaboró un algoritmo para el manejo integral a mujeres en la etapa del climaterio, en el primer nivel de atención.

Descriptores: climaterio, atención integral, trastornos biológico, psicológico y urogenital.

THECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACUTY OF HEALTH SCIENCES
SPECIALITY IN FAMILY MEDICINE AND COMMUNITY

THEME:

"MANAGEMENT OF THE CLIMATERIC IN PRIMARY HEALTH CARE, FROMAN INTEGRAL PERPECTIVE, EU05 PUJILÍ 2015 - 2016."

AUTHOR: Doctora. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

DIRECTED BY: Doctora. Yamilet Leiva González, Esp.

DATE: 8 of august of the 2016

EXECUTIVE SUMMARY

A cross-sectional descriptive study 150 women aged 40 to 60 years of age belonging to the first level of care EU05 of Pujilí province of Cotopaxi, country Ecuador, based on the review of medical records was performed with the entire population, applied a survey to describe the climacteric and management in Primary Care Salud. Para the study the total number of women was divided into premenopause, menopause and postmenopause. Chi square statistical method was used it was concluded that in medical benefits provided most frequent indication was 54.1% complementary tests, performing infrequently clinical examination gynecologic 3% and 3.7%. Most women did not engage in physical activity to 81.3%, not used tratamiento73%, or 54.7% consumed toxic substances, providing counseling to nearly half of women 44%. Biological, psychological and urogenital domains were affected in most women, most often resulting anxiety 95.3%, followed by 94.7% osteomioarticular problems vaginal dryness and 94%. Climatero disturbances occurred more frequently in housewives 52% with secondary education 40.7%, 78.7% married and 73.3% poor economic conditions. an algorithm for the comprehensive management of women in the climacteric, in the first level of care was developed.

Keywords: climacteric, comprehensive care, biological, psychological and urogenital disorders.

INTRODUCCIÓN

“El climaterio es el periodo de transición de la mujer entre la terminación normal de la capacidad reproductiva (menopausia) y la senescencia, cuyos límites de edad son imprecisos, pero que, en general se acepta que inicia a los 35 años y termina 30 años después”¹.

Esta condición tiene importancia clínica y epidemiológica. Clínicamente es relevante dado que durante esta etapa las mujeres suelen presentar trastornos cardiovasculares, metabólicos, sexuales, urinarios, osteoarticulares, musculares y psicoafectivos.

Estudios han demostrado que durante la etapa del climaterio existe una variación en la concentración hormonal ocasionando cambios biológicos con la presencia de alteraciones vasomotoras, bochornos, sudoraciones, trastornos psicológicos depresión, ansiedad, trastornos del sueño y alteración en la conducta sexual².

Es muy importante saber que todos esos síntomas no representan ninguna enfermedad, porque el climaterio no es una enfermedad, sino una etapa normal de la vida de toda mujer. La sintomatología disminuye el estado de salud, es por eso la importancia del manejo integral de las mujeres durante esta etapa normal de la vida.

El médico de Atención Primaria de Salud debe conocer la condición de salud en su totalidad, vista desde sus dimensiones sociodemográfica, biológica, y urogenital, para brindar atención integral a la mujer, con el propósito de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, entendiéndose por manejo integral el ámbito individual, familia y comunidad para que todos en su conjunto reciban atención por un equipo multidisciplinario desde el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), no cuenta con un programa de manejo integral durante el climaterio, es por eso que la presente investigación

permite identificar que las mujeres de 40 a 60 años de edad del EU05 Pujilí, presentan sintomatología que afectan su estado de salud, es decir son mujeres que se encuentran desprotegidas en esta etapa, siendo imprescindible el accionar de los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) durante estos años de cambios en la mujer, a travez de acciones de promoción y prevención para la salud, logrando disminuir la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Osteoporosis, Artrosis y la Obesidad.

Capítulo 1

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Tema de investigación

MANEJO DEL CLIMATERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL, EU05 PUJILÍ, 2015-2016.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

Macro

Se estima que cada año cerca de 25 millones de mujeres a nivel mundial atraviesan el climaterio, en el 2010 se reportaron 467 millones de mujeres postmenopáusicas en el mundo. Cada año aparecen 47 millones de mujeres entrando a la etapa del climaterio³. Por tal motivo, es necesario comprender los cambios propios en esta etapa de la vida de la mujer, empoderarlas de conocimiento, propiciar las mejores estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las manifestaciones clínicas en este grupo.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, el 33 % de la población femenina se encuentra en el período de postmenopausia³.

Para el 2030 se calcula que incrementará el número de mujeres atravesando la etapa de climaterio a 1,2 billones en el mundo, presentándose un promedio de 47 millones de casos nuevos al año, esto como consecuencia del envejecimiento de la población⁴.

Meso

La prevalencia en Latinoamérica de disfunciones sexuales en mujeres climatéricas alcanzó sus niveles más bajos entre las mujeres de las ciudades colombiana de Cartagena de Indias (21%), la peruana de Piura (32,1%), La Habana (33,2%), Santiago de Chile (36%) y Ciudad de Panamá (40,9%)⁵. En cambio, los peores niveles se registraron en las ciudades de Quito (98,5%), Montevideo (94,5%), en Santa Cruz (87,9%), Cochabamba (86,3%), Buenos Aires (79,5%), Lima (71,8%), Bogotá (58,3%) y Guayaquil (55,2%)⁽⁵⁾.

En un estudio concluyó que la competencia profesional de los médicos de atención primaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fue inadecuada, al azar el nivel de competencia definido fue el 62.8%, muy bajo 28.2%, bajo 7.7% y medio 1.3%. Por lo que se requieren estudios de intervención para el adecuado manejo de las mujeres durante la etapa del climaterio¹.

Micro

Los trastornos del climaterio constituyen un problema en la vida de las mujeres durante esta etapa, aún sin ser una prioridad con enfoque integral desde la atención primaria de salud, pudiendo deberse a la falta de atención en este grupo de edad.

La experiencia evidenciada durante dos años de trabajo en el sector EU05 de Pujili, permitió identificar que las mujeres en etapas del climaterio presentaban manifestaciones biológicas, psicológicas, y urogenitales, motivándonos a investigar y elaborar un algoritmo para su seguimiento en este período de la vida.

1.2.2. Análisis crítico

Las mujeres que atraviesan la etapa del climaterio presentan cambios en los diferentes dominios biológicos, psicológicos y urogenitales relacionadas con la deprivación hormonal, cuya alteración puede afectar directamente el estado de salud y su calidad de vida.

La atención de forma integral a las mujeres durante el período climatérico con los recursos disponibles por el MSP, permitiría el disfrute pleno de esta etapa de la vida con un conocimiento sobre los cambios y experiencias de este período. Además la prevención o el diagnóstico precoz de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, enfermedades metabólicas, osteomioarticulares, psicológicas, entre otras.

1.2.3. Prognosis

La calidad de vida de la mujer en la etapa adulta depende entre otros factores, del manejo de manifestaciones a nivel biológico, psicológico y urogenital durante el período climatérico, siendo necesario que se realice un estudio al respecto en las mujeres entre 40 a 60 años de edad, del sector EU05 Pujilí.

Al no realizar este estudio estaríamos limitando realizar prestaciones de salud como promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, desde la Atención Primaria de Salud.

1.2.4. Formulación del problema

¿ Reciben atención integral las mujeres durante la etapa del climaterio en el sector, EU05 Pujilí 2015-2016?

1.3. Preguntas directrices

- ¿Qué prestaciones médicas recibe la mujer durante el climaterio en el primer nivel de atención?
- ¿En qué frecuencia se manifiestan los trastornos biológicos, psicológicos y urogenitales?
- ¿Existen diferencias entre los trastornos del climaterio según variables sociodemográficas?
- ¿Cómo enfrentar el climaterio desde la Atención Primaria de Salud?

1.3.1. Delimitación del problema de investigación

1.3.1.1. Delimitación del contenido

Campo: Medicina Familiar y Comunitaria

Área: Salud de la mujer

Aspecto: Climaterio

1.3.1.2. Delimitación espacial

Esta investigación se realizó en el sector EU05 Pujilí del cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi, país Ecuador.

1.3.1.3. Delimitación temporal

Período de septiembre del año 2015 a junio 2016

1.3.1.4. Delimitación individual

Mujeres de 40 a 60 años de edad

1.3.1.5. Línea de investigación

Epidemiológico y Salud Pública

1.4. Justificación

Al observar la realidad de las mujeres entre 40 a 60 años de edad del sector EU05 Pujilí durante las visitas domiciliarias y controles médicos, se percibió desconocimiento, incertidumbre y dudas sobre los cambios durante el climaterio.

La falta de un programa de atención a la mujer climatérica favorece que no se maneje de forma integral los cambios biopsicosociales.

El impacto social de la investigación estuvo enfocado en la identificación de la prestación integral de salud a las mujeres durante la etapa del climaterio en la Atención Primaria de Salud, mediante acciones de promoción, prevención y consejería, en base a los resultados obtenidos se elaboró un algoritmo de manejo para tratar de forma oportuna a la mujer durante esta etapa de su vida, permitiendo que la mujer se desenvuelva en su cotidianidad de forma armónica.

Desde el punto de vista cultural en Ecuador y en Pujilí, existe la tendencia de considerar a la mujer como objeto reproductor obviando el rol de esposa, madre, tía, abuela, amiga y profesional; dejando al margen los aspectos espirituales, la sexualidad entre otros.

Contar con los recursos materiales y humanos, además de la colaboración de las mujeres del EU05 en Pujilí, hizo factible esta investigación, beneficiando primariamente a la población femenina en etapa climatérica, y de forma secundaria a la familia, la comunidad y a los profesionales de la salud, los cuales podrán educar y tratar de forma eficaz a sus pacientes.

Mediante la aplicación de instrumentos para evaluar la calidad de vida de la mujer, como por ejemplo, la escala de medición de la menopausia en inglés menopause rating Scale (MRS)⁶, revisión de historias clínicas, permitió el análisis e interpretación de las manifestaciones en las esferas biológico, psicológico y urogenital.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Describir el período climatérico y el manejo en la Atención Primaria de Salud, EU05 Pujilí, 2015 - 2016.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Identificar las prestaciones médicas a la mujer durante la etapa del climaterio, en el primer nivel de atención.
2. Describir las alteraciones del climaterio según dimensiones biológicas, psicologías y urogenitales.
3. Determinar la relación de los trastornos del climaterio según variables sociodemográficas.
4. Elaborar un algoritmo para la atención de mujeres durante el climaterio.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos.

En un estudio realizado por Scheimar H. en Chile, aplicó la escala de medición de la menopausia (MRS) para evaluar la calidad de vida de mujeres climatéricas, para ello se conformaron dos grupos, en el primer grupo se estudiaron mujeres que acudían por controles preventivos de salud y en el segundo grupo incluyeron a mujeres que concurrían a consulta de ginecología. Se identificaron tres dominios (psicológico, somático y urogenital). El estudio demostró que ambos grupos arrojaron puntajes que orientan a un deterioro de la calidad de vida en relación al climaterio, estando afectado significativamente el grupo dos que específicamente acudieron a control ginecológico⁷.

Esta investigación concluye que la versión Chilena de la MRS permitió evaluar la calidad de vida en relación al climaterio⁷. La calidad de vida enfocada desde el aspecto salud, puede ser valorada con un instrumento adaptado para mujeres que se encuentran atravesando esta etapa.

Este instrumento evaluó aspectos biológicos psicológicos y urogenital, con el propósito de identificar si son los responsables en los cambios de la mujer durante la etapa del climaterio y a la vez identificar la esfera de mayor afectación. Se pudo evidenciar que la escala que utilizó Scheimar H. ha sido validada en diferentes países, aplicada en mujeres durante la etapa del climaterio donde se valoró la existencia de alteraciones en las dimensiones biológico, psicológico y urigenital.

Un estudio descriptivo transversal realizado por Sariol Y. en el año 2015 donde se evaluó la función biológica en las diferentes etapas del climaterio en 133 mujeres de 40 a 59 años sin factores de riesgo cardiovascular, se encontraron cambios en los vasos sanguíneos a nivel endotelial en mujeres posmenopáusicas

en respuesta al hipoestrogenismo alterando la calidad de vida, es decir a mayor tiempo exposición al descenso del estrógeno, presentan mayores cambios biológicos⁸.

La salud de las mujeres durante el climaterio pudo ser valorada con la escala MRS, este instrumento evaluó aspectos biológicos psicológicos y urogenital, además identificó cual de ellos presenta mayor afectación en la etapa del climaterio.

Monterrosa A. realizó un estudio transversal, participaron 589 mujeres de 40 a 59 años de edad posmenopáusicas, comparó a mujeres que presentaban oleadas de calor con las que no presentaron oleadas de calor, el investigador utilizó las escalas MRS y Athens Insomnia Scale, los resultados que obtuvo del total de mujeres el 42.2% manifestaron oleadas de calor, la prevalencia de insomnio para todo el grupo fue de 34,8%, alterando el rol normal de la vida de las mujeres en esta etapa de posmenopausia⁹.

Con el objetivo de evaluar la calidad de vida y factores que influyen en las mujeres de 40 a 59 años, se realizó un estudio de evaluación por los autores Del Prado, M. y Fuenzalida, A. en Chile, aplicando la MRS, el universo estuvo constituido por 370 mujeres sanas de 49 años \pm 6 años. Sus resultados mostraron que el 44% de las mujeres eran posmenopáusicas y el 6% utilizaba la terapia de reemplazo hormonal. El 50 % del grupo tenía menos de 12 años de educación formal y el 67% tenía una pareja. El número medio de hijos fue de $2,8 \pm 1,5$. La puntuación total fue de $16,2 \pm 8,5$. La puntuación más alta fue en el dominio psicológico $7,7 \pm 4,4$, seguido por el dominio somático $5,8 \pm 3,5$ y el dominio urogenital tuvo la puntuación más baja $2,7 \pm 2,9$. El 80% de las mujeres había referido los síntomas climatéricos de modo moderado y severo. Un análisis de regresión logística mostró que la condición posmenopáusicas fue el factor que ocasionó la mayor alteración en la calidad de vida, seguida por su paridad¹⁰.

Este estudio es de apoyo para la presente investigación, donde se evidencia que la salud de las mujeres durante esta etapa está alterada por diferentes factores no solo

biológicos, sino aspectos socioculturales, datos que también se aplicó en nuestro estudio como el estado civil, nivel de educación, ocupación, condición económica.

Se realizó un estudio transversal en mujeres sanas de 40 años o más, con útero y ovarios intactos por el autor P. Cherdraui en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, Ecuador. Se utilizó la Escala MRS, aplicando un cuestionario sobre la frecuencia, intensidad de los síntomas relacionados con el climaterio y correlacionándolos con los datos demográficos¹¹. Durante el período de estudio, se encuestó a 300 mujeres. La edad media fue de 45,1 +/- 3,1 años (mediana 45), de las cuales el 40.6% fueron premenopáusicas, el 48% perimenopáusicas y el 11.4% posmenopáusicas, un 62% de las mujeres refirieron no tener vida sexual activa. Los cinco síntomas más frecuentes de los 11 que componen el MRS fueron: problemas musculares y articulares (77%), estado de ánimo depresivo (74,6%), problemas sexuales (69,6%), sofocos (65,5%) y los trastornos del sueño (45,6%). En general, las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas presentaron significativamente mayores tasas de síntomas de la menopausia en comparación con las mujeres premenopáusicas. Las puntuaciones de la escala MRS aumentaron significativamente en relación con la edad y la etapa del climaterio. Las mujeres con menor nivel educativo presentaron mayores puntajes somáticos y psicológicos en comparación con las demás mujeres¹¹.

Las mujeres sexualmente inactivas presentan mayores puntajes somáticos, psicológicos y urogenitales; los factores de riesgo independientes que predicen los síntomas premenopáusicos se encuentran la inactividad sexual, el bajo nivel educativo y la edad de la menopausia¹¹.

El estudio transversal realizado por Cabrera Pivaral C. en doce unidades médicas de atención primaria del Instituto de Seguridad Social de Guatemala, se obtuvo una muestra por conglomerados, de cinco unidades a las que se encontraron adscritos 156 médicos que por conveniencia aceptaron participar en la investigación. En el estudio se diseñó y validó un instrumento que evaluó la competencia clínica en cinco dimensiones: identificación de factores de riesgo, identificación de datos clínicos, interpretación de pruebas diagnósticas, integración diagnóstica y utilización de recursos terapéuticos en el manejo del

climaterio en la Atención Primaria de Salud, que clasifica el nivel de competencia en seis estratos: definido por el azar, muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. Se obtuvo como resultado que la edad media de los médicos de atención primaria fue de 27 ± 3 años, 57.1% masculinos (n=89) y 42.9% femeninos (n=67). El nivel de competencia definido por el azar 62.8% (n=98), muy bajo 28.2% (n=44), bajo 7.7% (n=12) y medio 1.3% (n=2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las cinco unidades médicas estudiadas ($p > 0.05$)¹.

Para determinar la asociación entre los factores de riesgo: índice de masa corporal bajo, alimentación con bajo contenido de calcio, menarquia tardía, menopausia precoz, sedentarismo y condición socioeconómica de pobreza en pacientes con osteoporosis posmenopáusicas (OP) de los Hospitales Vicente Corral y José Carrasco; Guevara S. realizó un estudio de casos y controles, participaron 112 mujeres posmenopáusicas con osteoporosis con densitometría ósea T-score < 2.5 DE y 112 controles, edades comprendidas entre 50 y 65 años, por cada caso se incluyó 1 control pareado por la edad. La muestra se calculó en Epi Info 6, con una prevalencia del 10% y un nivel de confianza (IC) del 95%. La edad, índice de masa corporal (IMC), menarquia, menopausia, se obtuvieron a través del interrogatorio. La encuesta de tendencia de consumo de calcio, condición socioeconómica y actividad física, se realizaron utilizando instrumentos validados. Los resultados fueron sometidos al cálculo de porcentajes, Odds Ratio de prevalencia (OR) con un IC 95% y regresión. La media de la ingesta de calcio fue de 59,77 mg por día, el 96% consumieron menos de 1000 mg de calcio, 17,4% con condición socioeconómica de pobreza, 79% de mujeres fueron sedentarias distribuidas en ambos grupos. Existió asociación de osteoporosis con menopausia precoz (OR 4,55 IC95% 2,23-9,31), condición socioeconómica de pobreza (OR 3,56 IC95% 1,64-17,73) y menarquia tardía (OR 5,17 IC 95% 1,69 -15,81); no hubo asociación con bajo IMC, deficiente consumo de calcio y estilo de vida sedentaria¹².

Las prestaciones de salud en las mujeres climatéricas desde el primer nivel de atención es de mucha importancia, ya que con la caracterización de las etapas del climaterio e identificación de trastornos biológicos, psicológicos y urogenitales, se

podrá intervenir con acciones de promoción y prevención de enfermedades crónicas como: la osteopenia, osteoporosis y problemas osteomioarticulares.

Con el propósito de evaluar la funcionalidad conyugal en la etapa del climaterio Pavón N. realiza un estudio descriptivo transversal en una muestra no probabilística, se estudiaron 100 mujeres de 45 a 60 años. Se realizó una entrevista que incluyó, aspectos sociales y demográficos en la etapa del climaterio, características biológicas, además se aplicó una escala de evaluación de funcionalidad conyugal. El promedio de edad de las mujeres fue de 51 años. La disfuncionalidad conyugal se presentó con mayor frecuencia en la etapa de la posmenopausia 75%. Se identificó al climaterio como un factor de riesgo para la disfuncionalidad conyugal (con intervalo de confianza de 1-6, $p=0.02$). Las funciones conyugales con mayor afectación fueron la comunicación y el afecto con un rango medio de 48.1 y 41, respectivamente. El ingreso económico influyó en la disfunción conyugal, el resto de las variables sociodemográficas no fue significativo. La presencia de bochornos o sofocos se registró con un intervalo de confianza de 1-5, $p=0.04$. La posmenopausia es un factor de riesgo para la disfunción conyugal, la inadecuada comunicación y la falta de afecto fueron las funciones que con mayor fuerza se asociaron a la disfunción conyugal¹³. Este estudio incluyó la valoración del funcionamiento familiar durante la etapa del climaterio, donde se pone a prueba la capacidad de respuesta por parte de las mujeres climáticas, además de los aspectos sociodemográficos, cambios biológicos, y psicológicos en este grupo de edad; se registró cambios e influencia en la vida de la mujer durante la etapa del climaterio.

2.2. Fundamentación Filosófica

El enfoque de esta investigación se ubicó en el paradigma crítico propositivo; crítico por cuanto se describió , analizó las alteraciones en las mujeres durante la etapa del climaterio; propositivo por que se elaboró un algoritmo de manejo para dar solución a la problemática investigada, la falta de un manejo integral en las mujeres durante el climaterio disminuirá las complicaciones asociadas en esta etapa como la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en la vejez.

En la investigación se utilizó el método cuantitativo, el cual tiene un fundamento positivo lógico como corriente que permite explicar el origen de los cambios durante el climaterio, por lo que resalta la importancia de la comprobación científica del comportamiento de la sintomatología en esta etapa y del empleo de la lógica formal, buscando los hechos o causas de los fenómenos, como el accionar médico, prestaciones de salud además de describir las características biológicas, psicológicas y sociales que ejercen una influencia sobre las mujeres durante el climaterio¹⁴.

Fue imprescindible revisar algunos aspectos relacionados con la vida de la mujer climatérica, su relación con la salud y la forma en que actualmente son abordados en atención primaria, a modo de optimizar los recursos humanos y materiales existentes y así otorgar una atención integral, oportuna a este grupo importante de mujeres, ofreciéndoles en forma más natural mejorar su calidad de vida.

2.3. Fundamentación Legal

La Constitución de la República del Ecuador dispone:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el Buen Vivir”¹⁵.

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional¹⁵.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, en concordancia con los mandatos constitucionales define en el objetivo 3: “Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”, plantea políticas orientadas al cuidado y

promoción de la salud, a garantizar el acceso a servicios integrales de salud, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas¹⁶.

Nuestro estudio está enfocado en lograr una atención integral en salud permitiendo mejorar la calidad de vida de las mujeres climatéricas.

De la salud sexual y reproductiva

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez y garantizarán el consentimiento informado a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios¹⁶.

2.4. Categorías Fundamentales

Con el propósito de analizar las dimensiones más afectadas durante el climaterio y la influencia que ejerce la APS, se realizó descripción y análisis sobre los cambios que ocurren durante este período, involucrando características biológicas, psicológicas y urogenitales, lo que permitió elaborar un algoritmo de manejo en dependencia de los problemas encontrados.

La atención médica integral podrá prevenir futuras complicaciones ¹⁴ por lo que se utilizó la variable independiente como: la Atención Primaria en Salud, prestaciones, prevención y consejería.

La variable dependiente como: climaterio, dominio biológico, psicológico y urogenital.

Categorías Fundamentales

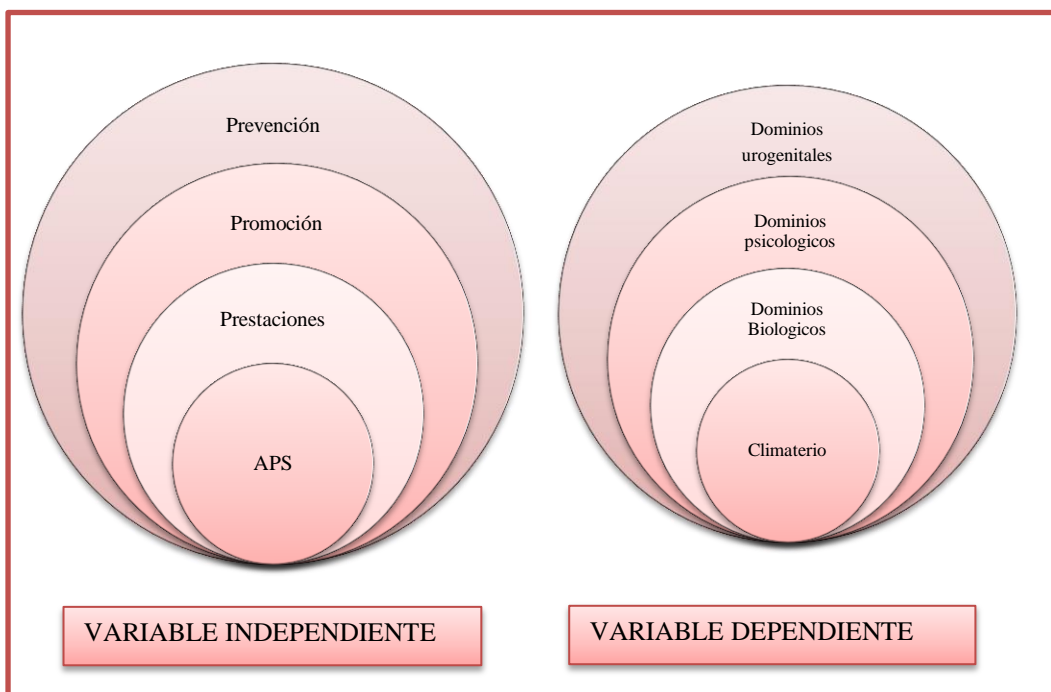


Gráfico 1, *Categorías fundamentales*

Elaborado por: Mayra Vela Ch.

2.4.1. Fundamentación Teórica

2.4.1.1. Atención Primaria de Salud

La responsabilidad para la realización de actividades comunitarias (AC) de promoción de la salud fue asignada a la Atención Primaria de Salud (APS) desde

la reforma sanitaria española de los años ochenta, y ha sido reafirmada en los sucesivos cambios legislativos. Aunque la participación y la acción comunitaria eran ejes centrales de la fundación de la APS, en España han sido, según la opinión de expertos, uno de los aspectos más abandonados de la reforma. La implantación de las AC no están muy extendidas en los centros de salud y a menudo se desarrolla por el voluntarismo de los profesionales. Hay varias razones que influyen en este hecho como son el desinterés de las administraciones sanitarias, la resistencia de los profesionales a realizar dichas actividades preventivas y los cambios en los modelos de participación de las entidades ciudadanas¹⁷.

La salud pública se conceptualiza dentro del marco sanitario, como una herramienta indispensable de promoción y prevención de la salud. Actualmente, nuestra sociedad requiere una actuación sanitaria grupal como eje del cambio de hábitos y estilos de vida, potenciando el control de la persona sobre sus creencias, valores y comportamientos, determinantes en su estado de salud. Se pretende por tanto, concienciar a la población del papel protagonista que cada individuo representa sobre sí mismo en lo que concierne a su salud (Lalonde, 1974). Partiendo de esta idea, el marco de Atención Primaria se convierte en el escenario idóneo para el diseño de programas educativos, mediante una intervención grupal, que garantice la modificación en los estilos y hábitos de vida específicos dentro de una población concreta¹⁸.

En Pujilí las pacientes no consultan al médico sobre menopausia y climaterio en el primer nivel, evidenciado durante la revisión de historias clínicas, los médicos en consulta se dedican a los problemas biológicos desde el punto de vista sanitario, por lo que es necesario que con los recursos que se dispone se proporcionen algoritmos de manejo en esta etapa del climaterio, para tratarla como un proceso fisiológico normal, previniendo complicaciones y mejorando la calidad de vida de las mujeres.

Promocionar estilos de vida saludables, implica el desarrollo de programas y actividades de prevención, educación para la salud acerca de aspectos que puedan ser modificables con intervenciones educacionales¹⁹.

El proceso de envejecimiento en la mujer, tiene una serie de connotaciones específicas que advierten la necesidad de desarrollar estrategias dirigidas a abarcar dichas áreas y que aporten a los grupos de riesgo las herramientas necesarias para adoptar medidas en forma de hábitos y estilos de vida adecuados a los cambios orgánicos femeninos. Los cambios fisiológicos que acontecen en la mujer necesitan, para su progreso dentro de un marco saludable, de la adopción y modificación de estilos de vida concretos que faciliten la adaptación a dichos cambios por parte del organismo femenino. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los factores sociales son determinantes en el afrontamiento de cada sociedad al envejecimiento, de ahí la importancia de desarrollar herramientas de promoción y prevención de la salud específicas¹⁸.

Considerando que la Atención Primaria de Salud constituye el primer y en ocasiones el único contacto con la mujer, el manejo y seguimiento de la mujer climatérica es necesario plantearlo desde una perspectiva integral.

Integralidad de atención

El concepto de integralidad tiene múltiples interpretaciones, puede denominarse acción integral a la atención conjunta tanto preventiva como curativa, también puede denominarse así a la implementación de un enfoque general de desarrollo social con acciones de salud como parte de él²⁰.

Cuando se habla de acciones integrales de salud se refiere a la atención que se brinda al individuo no sólo desde el punto de vista de persona sino de su entorno familiar, social y cultural²⁰.

Cuando el objetivo es la persona no se puede organizar un servicio de salud en base a las enfermedades que presenta, sino en base a la atención de la persona sea esta: mujer, niño, adolescente o anciano²¹.

2.4.1.2.Prestaciones

La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias constituye una preocupación prioritaria para la Organización Mundial de la Salud, principalmente por su relevancia para reducir las desigualdades en salud²².

La atención realizada por el médico valorando la esfera física, mental, social y su repercusión en el ámbito familiar, laboral y comunitario, promueve y protege la salud de la persona, desarrolla intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se aplica en todos los niveles de atención²³.

Las prestaciones de salud son todas las actividades que el personal de salud brinda a los usuarios, por lo que dentro de las prestaciones tuvimos en cuenta para este estudio:

- Factores de riesgo

Son condiciones o aspectos biológicos, ambientales, psicológicos o sociales que están asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura⁽²⁴⁾.

Dentro de los factores ambientales están los factores conductuales es decir, al consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, alimentación no saludable, actividad física insuficiente entre otros; factores psicosociales estrés, autoestima, sobrecarga laboral, ansiedad, depresión y factores biológicos como los endógenos y exógenos y psicológicos²⁵.

- Factores biológicos

Entre estos los exógenos como el sobrepeso y obesidad, los endógenos como la dislipidemia, presión arterial y glucosa elevada²⁶. Las mujeres con sobrepeso u obesidad tienen mayores niveles de estradiol y estrona²⁷ de ahí la importancia de la valoración del índice de masa corporal (IMC).

Varias son las prestaciones que el personal de salud proporciona entre ellas está:

- Examen físico completo
- Examen ginecológico
- Exámenes complementarios

2.4.1.3. Promoción

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud²⁸.

La promoción de salud ha sido comúnmente relacionada como parte de las estrategias de atención de salud pública junto a la prevención de enfermedad, atención al enfermo y la rehabilitación y reinserción social, pero en las últimas décadas la orientación que sigue esta actividad marca el propósito de asumir la socialización de información y la formación de competencias para el autocuidado y desde él, la responsabilidad institucional en la educación para una salud individual y colectiva responsable y sostenible²⁸.

La instauración de cambios en los modos de comportamiento, que sean sustentables a través del tiempo y se constituyan como saludables, se le otorga relevancia a que contribuyan a que los seres humanos sean capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar, conservar y coexistir con el ambiente donde desarrolla sus actividades²⁹.

En este caso, el diseño de intervenciones de promoción de salud se basa en un modelo sistémico y ecológico desde el cual la salud se asume como producto de las interrelaciones que se establecen entre individuos y su ambiente social; por tanto, se toman en cuenta los diferentes niveles de confluencia que en materia de educación para una cultura de salud sostenible se establecen entre la familia, la comunidad, el ambiente físico, social y de trabajo²⁹.

Las políticas de salud pública constituyen un ámbito de respuesta a las condiciones del desarrollo, además de una contribución para los países que construyen y consolidan un futuro de paz centrado en el bienestar, el derecho y la búsqueda de una calidad de vida para todos²⁸.

Desde 1974 Marc Lalonde confirma esta idea al asegurar que la promoción de la salud juega un papel fundamental en las políticas públicas, sienta las pautas para conformar el marco conceptual y estructural de este tema, se han tomado como base para comprender la salud como un proceso integral y participativo entre el individuo y la sociedad²⁹.

Desde esta perspectiva en los estudios de morbilidad y mortalidad se utilizan cuatro determinantes de la salud:

1. Biología humana: están incluidos aspectos de salud física y mental que se desarrollan en el cuerpo humano. Comprende la herencia genética, el proceso de maduración y el envejecimiento de la persona.
2. Medio ambiente: engloba los fenómenos relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control²⁸.
3. Estilos de vida: son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tienen un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud²⁸.
4. Organización de los servicios de la atención en salud: consiste en la cantidad, calidad, ordenamiento, naturaleza, relaciones de la gente y los recursos en la provisión de los servicios de salud²⁸.

En Ecuador se identifica la construcción de una estructura legal y un conjunto de iniciativas que destacan el interés por la protección y la educación ciudadana en materia de prevención de los problemas de salud. De manera particular los cambios que tienen lugar confirman esta orientación tanto a nivel social como laboral, amplía su nivel de atención en salud y educación²⁸.

2.4.1.3.1. Consejería

Orientación educativa y psicosocial, forma de prestar ayuda mediante la comunicación interpersonal, pretende ayudar a la persona en el proceso de salud, ayudándole a explorar sus conocimientos, sentimientos para tomar y evaluar sus propias decisiones seguidas de la acción que corresponda³⁰.

Actividad definida como la interacción entre uno o más miembros del personal de salud con una o más integrantes de la familia, con la intención de apoyarlos en el desarrollo de sus habilidades y destrezas para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado³⁰.

Establecimiento de una relación de confianza para enfocar un problema mediante preguntas para que en la persona se produzca un proceso de reflexión hacia el problema de causa³¹.

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI) propone un fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema, basado en atención integral, con continuidad y con un enfoque familiar, comunitario e individual.

La especificidad del primer nivel de atención será explícita en el set de instrumentos asistenciales en salud; las acciones que deban realizarse en los niveles superiores se mencionarán según su especificidad teniendo en cuenta la realidad y los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia consagrados en la constitución y el sistema nacional de salud³².

Dentro de las ventajas de la consejería están la prevención, ahorro de recursos, de tiempo, fortalecimiento del trabajo; pero dentro del sistema de salud actual existen obstáculos como falta de tiempo, falta de coordinación, de conocimiento y falta de un algoritmo y protocolo de manejo para el climaterio.

Características Sociodemográficas

Edad

Número de años completos transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio³³.

Ocupación

Está vinculado al verbo ocupar, el concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer³¹.

Estado civil

Situación personal en que se encuentra o no una persona físicamente en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos aún sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, adquiriendo derechos y deberes⁽³¹⁾.

Condiciones Económicas

Las condiciones económicas influyen en el estado nutricional de la mujer durante el climaterio por lo que la malnutrición por exceso puede constituir un riesgo de

enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus y cáncer de mama y la malnutrición por defecto condiciona la anemia por déficit de hierro y una menopausia precoz, por antelación de hasta dos años de la media nacional³⁴.

2.4.1.4.Prevenición

La prevención de enfermedades es el conjunto de medidas adoptadas para evitar o disminuir los riesgos y daños a la salud³⁵.

La prevención primaria permite identificar factores de riesgos para evitar o reducir la enfermedad, intenta evitar o reducir nuevos casos de una enfermedad³⁶.

La prevención secundaria tiene como objetivo detectar tempranamente y otorgar tratamiento oportuno para reducir la permanencia de una enfermedad ya presente³⁶.

La prevención terciaria es el conjunto de medidas que se toman para reducir las limitaciones físicas o mentales producidas por una enfermedad y reincorporar al individuo a su medio³⁵.

La prevención durante la etapa del climaterio deberá estar enfocada principalmente en disminuir sofocos, osteoporosis, obesidad, incontinencia de orina, falta de deseo sexual, alteraciones en el estado cognitivo, enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, depresión, enfermedades cardiovasculares, cáncer o artrosis³⁶, por lo que es necesario realizar un tratamiento integral desde las orientaciones de actividad física, consumo de sustancias tóxicas (café, té, tabaco) que agravan los síntomas.

Actividad Física

Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía³⁷, mínimo 30 a 45 minutos diarios tres veces por semana.

La actividad física regular promueve la pérdida de peso y la redistribución corporal, aumentando la masa magra y disminuyendo la adiposa, especialmente cuando se asocia a dieta hipocalórica y sus efectos pueden ser persistentes. El ejercicio aislado tiene un efecto modesto sobre el peso, pero mejora los factores de riesgo cardiovascular incluyendo lípidos, presión arterial y glicemia, incluso en

aquellas personas que no pierden peso. La actividad física disminuye la mortalidad asociada a riesgo de enfermedad coronaria y diabetes³⁸.

Sustancias Tóxicas

Sustancia tóxica es cualquier producto que pueda causarle daño a una persona³¹. En el climaterio, dentro de las sustancias que empeoran la sintomatología a corto plazo están el café, té, alcohol y tabaco³⁹.

Manejo integral del climaterio

El evaluar y clasificar a la mujer en premenopausia, menopausia y posmenopausia, permite realizar un diagnóstico clínico orientado y fundamentado en:

- Trastornos menstruales
- Síntomas vasomotores (bochornos y/o sudoración)
- Manifestaciones genitourinarias
- Trastornos psicológicos

El tratamiento en este proceso de transición se divide en farmacológico y no farmacológico³⁰⁻³⁴.

Tratamiento farmacológico

El climaterio era sólo un asunto médico, las mujeres acudían a las consultas y les recetaban estrógenos u otros tratamientos farmacológicos. En la actualidad, el uso de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) ha disminuido drásticamente en la mayoría de los países desarrollados, como consecuencia de la publicación de infinidad de ensayos clínicos, donde se prueba el carácter cancerígeno de la TRH (aumenta el riesgo de cáncer de mama y de endometrio), además de aumentar el riesgo de padecer una enfermedad coronaria arterial, un accidente cerebrovascular y tromboembolismos. Por todo lo anterior, las mujeres están buscando nuevas formas de tratamiento que no tengan tantos efectos secundarios sobre su salud. Estos nuevos tratamientos son las terapias complementarias y alternativas⁴⁰.

Antidepresivos

Los antidepresivos no son utilizados únicamente con el propósito de mejorar los síntomas depresivos derivados del climaterio, también son empleados para el tratamiento eficaz de los sofocos. La acción de estos no es inmediata. Según un estudio realizado por Nina, los antidepresivos son medicamentos muy útiles para la mejora de la sintomatología climatérica, también demuestran que el consumo de antidepresivos junto con productos de soja tiene un efecto positivo mayor. Existen diversos medicamentos antidepresivos⁴¹.

- Citalopram

Flores-Ramos, han demostrado que el citalopram es un fármaco muy eficaz para el tratamiento y mejoría de los síntomas climatéricos, sobre todo en la disminución de los bochornos. En el estudio se dividieron a mujeres climatéricas en cuatro grupos. El primero de ellos estaba formado por mujeres tratadas con citalopram únicamente, el segundo con placebo, las terceras con citalopram y Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) y las ultimas con placebo y TRH.

El índice de bochornos disminuyó en cada grupo de la siguiente manera: en el primero en un 37%, en el segundo grupo un 13%, en el tercer grupo un 50% y en el cuarto grupo en un 14%. Con estos datos se demuestra que en las mujeres tratadas con citalopram los bochornos se redujeron significativamente⁴².

- Venlafaxina

La venlafaxina es un medicamento antidepresivo que ha sido utilizado en el tratamiento de ansiedad generalizada, mediante la inhibición de la captación de la serotonina y noradrenalina que fue estudiado por Flores en mujeres durante el climaterio, del que se concluyó que consiguió disminuir los síntomas depresivos en dos semanas de tratamiento y tras llevar ocho semanas de tratamiento el 75% de las mujeres confirmaron la reducción de la depresión⁴². Para Nina y Flores demuestran que el uso de antidepresivos son efectivos en el manejo del climaterio, procedimiento que no puede acceder la mujer en el primer nivel de atención.

Terapia Hormonal Sustitutiva (TRH)

Este tratamiento ha sido durante más de 60 años el más conocido, el más utilizado y el único que demostraba ejercer un efecto beneficioso sobre el control de la sintomatología. Ha mejorado los bochornos, la atrofia vaginal, la prevención de la osteoporosis, etc. Sin embargo, en la actualidad esta terapia está dejando de ser utilizada por las mujeres climatéricas, puesto que un reciente estudio realizado por The Women's Health Initiative, ha demostrado que eleva el riesgo de padecer cáncer de mama y a largo tiempo puede desarrollar bastantes problemas en la mujer⁴¹.

En un estudio realizado por Urdaneta et al. se demostró que la TRH es muy eficaz en la reducción de la sintomatología climatérica. Puesto que se ha demostrado que a largo plazo genera más contraindicaciones que beneficios, este estudio defiende que debe ser empleada durante un máximo de cinco años. A partir de esta fecha, se debe realizar una evaluación individual para poder saber si puede seguir utilizando sin afectar a la seguridad de las mujeres⁴³.

Tratamiento no farmacológico

La atención durante el climaterio va a variar en función de la mujer, su familia y entorno social. Esto quiere decir que se le proporcione información basada en evidencias científicas sobre los cambios y problemas que van a experimentar durante el climaterio, así como sobre las diferentes opciones de tratamiento que existen actualmente. Esta información va a ayudar a las mujeres a decidir cómo va a vivir este proceso, si va a querer tomar ella las decisiones, si quiere llegar a acuerdos con su médico. Por otro lado, también existen alternativas de manejo; las mujeres asiáticas por ejemplo, tienen un alto consumo en productos de soja, también utilizan mucho la acupuntura y el dong quai (una hierba), por otro lado, en América tienden a utilizar mucho el trébol rojo, que es una hierba nativa americana, linasa⁴⁴. La actuación del personal de atención de primer nivel es la escucha activa para atender todas las preocupaciones y problemas que las mujeres en etapa del climaterio quieran transmitirle, trato cercano, que transmitan a las mujeres confianza para hablar de cualquier problema o sentimientos, crear y fomentar grupos de apoyo, que sirvan como fuente de información y modelos a seguir.

- Aumentar su autoestima, en aquellos aspectos que necesite, como puede ser el temor a envejecer, insatisfacción laboral, la sobrecarga física y personal, etc.
- Establecer acuerdos verbales, sobre metas a conseguir.
- Cambiar el estilo de vida, realizar ejercicio físico, exponerse al sol durante unos horarios adecuados, aporte adecuado y necesario de nutrientes, etc.
- Distribuir las tareas entre los demás miembros de la familia
- Proporcionar una orientación sobre los problemas sexuales que tenga la mujer, o dudas o formas de mejorar su vida sexual.
- En aquellas mujeres que pasan por el llamado “síndrome del nido vacío” proporcionar información sobre actividades que pueden llevar a cabo.
- Controlar la tensión arterial de las mujeres.
- A mujeres con osteoporosis se le proporciona información adicional sobre cómo prevenir fracturas y tipo de ejercicios que pueden realizar.

El tratamiento de sostén es muy efectivo ya que fue empleado en un estudio realizado por Santiesteban y se demostró que es una alternativa terapéutica que no precisa de terapia hormonal de reemplazo.

Se ha demostrado que cuanto más información tiene la mujer, mejor entiende la menopausia, la prevención y tratamiento de los síntomas y problemas derivados del proceso del climaterio, y es mucho más consecuente con la continuidad del tratamiento⁽³⁴⁾.

Estilos de vida saludable

Una vez que las mujeres entienden y saben lo que les puede ocurrir o cómo deben tratar los síntomas y problemas que se derivan de la menopausia, es necesario promover un estilo de vida saludable. Las mujeres que aumentan su ingesta de agua con el fin de mejorar la pérdida o mantenimiento de peso y mejorar la hidratación. Esto fue así debido a que se demostró que las mujeres en muchas ocasiones confunden sed con hambre cuando el cuerpo está deshidratado.

Nelisah realizó un estudio en el que se comprobó la eficacia del ejercicio físico sobre la reducción de los síntomas climatéricos. Se demostró que el aumento de la

actividad física, provoca una disminución de todos los síntomas reflejados en la escala MRS. Destaca la baja prevalencia, en mujeres muy activas físicamente, de sequedad vaginal y pérdida del deseo sexual, así como reducción de los dolores articulares y musculares. El ejercicio físico ayuda a reducir la grasa intra-abdominal oculta, la cual produce diversas enfermedades como el síndrome metabólico. Este tipo de obesidad es muy característico de las mujeres menopáusicas. Lo que ocurre es, que durante el ejercicio aeróbico, el glucógeno se rompe para producir glucosa y cuando esta escasea, la grasa empieza a descomponerse. Así se consigue disminuir el IMC²⁷.

También se ha demostrado, en un estudio realizado por Paredes , que con el ejercicio se reducen los síntomas vasomotores, los sofocos. Formaban parte del estudio 100 mujeres menopáusicas, el 100% de ellas presentaban sofocos, aparte de otros síntomas, al inicio del estudio. Tras realizar las actividades acordadas en el estudio, el 55% de las mujeres vieron reducida su sintomatología en general y además la mayor parte de ellas reconocieron una disminución significativa de los sudores y sofocos. También se asocia el ejercicio físico con una disminución del riesgo de cáncer de mama, además el ejercicio no tiene efectos secundarios⁴⁵.

Cuidados sobre la dieta

Fitoestrógenos

Los fitoestrógenos proceden de plantas, cuya estructura es similar a los estrógenos de los mamíferos, por lo que son capaces de desarrollar efectos estrogénicos y antiestrogénicos. Según los estudios realizados por Nina y Borrelli se ha demostrado que los fitoestrógenos son un tratamiento natural que mejora las alteraciones del estado de ánimo de las mujeres menopáusicas. Se dividen en dos tipos:

- Isoflavonas

Tienen una elevada concentración de soja

Se emplean para aliviar los síntomas de la menopausia (leves o moderados). Mejora los síntomas vasomotores, la depresión, previene la pérdida mineral ósea, también disminuyen el colesterol LDL y la presión arterial.

- Lignanos

Proviene de la linaza

Nina, concluyó que reduce el colesterol total y Lipoproteína de baja densidad (LDL) en mujeres posmenopausicas con elevadas concentraciones de colesterol iniciales⁴¹.

Fibra

La fibra está presente en una gran cantidad de alimentos, como son los cereales, la avena, la cebada, las legumbres, frutas y verduras. Su consumo elevado se relaciona con una disminución en las mujeres climatéricas del colesterol total sérico. Además, se ha demostrado en un estudio realizado por Borrelli, que junto con una dieta baja en grasas animales, se aumenta la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama⁴⁶.

Ácidos grasos Omega 3

Durante la transición hacia la menopausia, disminuye la presencia del trastorno depresivo mayor en las mujeres menopáusicas, según se ha demostrado en un estudio realizado por Freeman⁴⁷.

Vitaminas y minerales

Estos son muy empleados por las mujeres menopáusicas para el alivio de las molestias que ocurren durante el climaterio: como puede ser mantener los huesos sanos o reducir la mortalidad. Se pueden encontrar en los alimentos que ingerimos, o si se necesita una cantidad determinada o elevada se pueden tomar en forma de píldora⁴⁶.

Vitamina A

Esta vitamina es esencial para la salud y el crecimiento de la piel y membranas mucosas. Esta presente en el yogurt, la leche, el queso, la mantequilla, las verduras de hoja verde (espinacas), calabazas, melones, etc.

Vitamina D

Es esencial para el crecimiento óseo y la remodelación ósea por osteoblastos y osteoclastos. Junto con el calcio reducen la incidencia de fracturas en las mujeres menopáusicas.

Vitamina E

Se recomienda como sustituto de los estrógenos. Es eficaz en la reducción de la sintomatología climatérica, sobre todo en la severidad y frecuencia de los sofocos.

Vitamina K

Esta vitamina empleada junto con el calcio y la vitamina D, ayuda a mantener la resistencia y la masa ósea, con lo que disminuye el riesgo de fracturas.

Calcio

Es un mineral esencial que deberíamos tomar adecuadamente durante toda nuestra vida, ya que nos ayuda a reducir el riesgo de fracturas, además en las mujeres menopáusicas disminuyen el riesgo de sufrir osteoporosis⁴⁶.

Productos derivados de plantas

En la mayoría de los casos estos productos son empleados para complementar otros tratamientos que llevan a cabo las mujeres.

Cohosh Negro (*Cimicifuga racemosa*)

Ha sido utilizado por los nativos americanos por más de doscientos años, como sustituto de la hormonoterapia; descubrir la raíz de la planta ayudó a aliviar los calambres y los síntomas de la menopausia. Hoy en día todavía se utiliza para los síntomas menopáusicos como los sofocos, irritabilidad, cambios de humor y alteraciones del sueño, irregularidades menstruales, espasmos uterinos y ha sido indicado para la reducción de la inflamación asociada con la osteoartritis, la artritis reumatoide y la neuralgia. Se utiliza para aliviar la sintomatología menopáusica y se emplean las raíces de la planta. Es una de las plantas más utilizadas actualmente por las mujeres. Sin embargo, el estudio realizado por

Borrelli, no demuestra una eficacia significativa, a pesar de que la mayoría de las mujeres refieren un efecto beneficioso en la menopausia⁴⁶.

Dong Quai

Se obtiene de la raíz de *Angelica Sinensis*, que es una planta perenne nativa de hierbas aromáticas de China y Japón. Es más conocido como el “Ginseng femenino”. Según Borrelli esta planta no tiene efectos beneficiosos por sí misma sobre los síntomas climatéricos, sin embargo al emplearlos con otros tratamientos o hierbas como el *Cohosh Negro*, reducen significativamente los sofocos y los trastornos del sueño⁴⁶.

Ginseng

Es una planta procedente de China, cuyas raíces tienen un alto contenido en aminoácidos, vitaminas (ácido fólico y niacina) alcaloides, compuestos fenólicos y flavonoides. Tradicionalmente ha sido utilizado para aumentar la energía, tratar la disfunción y los problemas sexuales. Continuando con el mismo autor del estudio anterior, se ha demostrado que las mujeres que han sido tratadas con esto han reducido sus niveles de depresión y han aumentado su bienestar⁴⁶.

Existen varias técnicas que la mujer puede realizar durante la etapa del climaterio como la aromaterapia que consiste en dar masajes a las mujeres menopáusicas con aceites esenciales extraídos de flores, hojas, frutos, cortezas o raíces de diversas plantas medicinales. Actúa sobre el sistema nervioso, con estimulación olfativa y la inhalación y absorción de los ingredientes medicinales, a través de la piel de los aceites esenciales.

Acupuntura

Procedimiento que consiste en la inserción de agujas metálicas muy finas en la piel y los tejidos subyacentes en puntos precisos del cuerpo. Produce cambios hormonales, reducción de los niveles de FSH y aumento del estradiol. Se cree que la acupuntura tiene un efecto placebo, sin embargo en un estudio realizado por Sunay se demostró la mejoría de los síntomas menopáusicos, sobre todo la reducción de la prevalencia de sofocos en las mujeres⁴⁸.

En contraposición un estudio llevado a cabo por Borrelli no encuentra diferencias significativas entre las mujeres tratadas con acupuntura y las del grupo placebo. Pero si defiende, que la acupuntura empleada con otras intervenciones, reduce la presencia de sofocos y otros síntomas climatéricos⁴⁶.

Homeopatía

La homeopatía consiste en preparaciones muy diluidas que tratan los síntomas de las mujeres menopáusicas. La homeopatía clásica consiste en seleccionar un remedio homeopático identificando los signos y síntomas de cada paciente, adecuado a los síntomas y necesidades que presenta cada persona, de forma individual. Por lo general, las altas potencias del medicamento homeopático son empleadas en síntomas mentales. Borrelli en su estudio concluye que no hay evidencia que apoye la eficacia de este tratamiento⁴⁶.

Yoga

El yoga es una antigua disciplina de la mente, el cuerpo y el espíritu originario de la India. Se llevan a cabo posturas físicas, ejercicios de respiración y meditación con el fin de calmar la mente, aumentar la conciencia y mejorar la salud mental y física.

En un estudio llevado a cabo por Innes, se demostró la reducción de todos los síntomas climatéricos, los bochornos, la concentración y la memoria, así como los trastornos del sueño, la frecuencia y severidad de los sofocos y el estrés, ansiedad, irritabilidad y síntomas depresivos⁴⁰.

2.4.1.5. Climaterio

Es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica, etapa que dura alrededor de 20 años. La deficiencia estrogénica resultante se hace evidente en los tejidos influenciados, ocasionando signos y síntomas inmediatos y tardíos que pueden ser motivo de preocupación y molestia para la paciente que los sufre⁴⁹.

Clasificación del Climaterio

El climaterio se divide en tres fases: la primera de ellas se denomina *premenopausia*, por lo general comienza después de los 40 años, es entonces cuando la fertilidad comienza a disminuir, pero los ciclos menstruales siguen siendo normales o como lo había sido durante toda la vida reproductiva; la *perimenopausia* período inmediatamente anterior a la menopausia donde se registran cambios intensos y el primer año posterior a la misma, a continuación aparece la *menopausia*, que es el cese de la menstruación durante doce meses consecutivos y por último la *posmenopausia* periodo posterior al establecimiento de la menopausia⁵⁰.

Fases del Climaterio

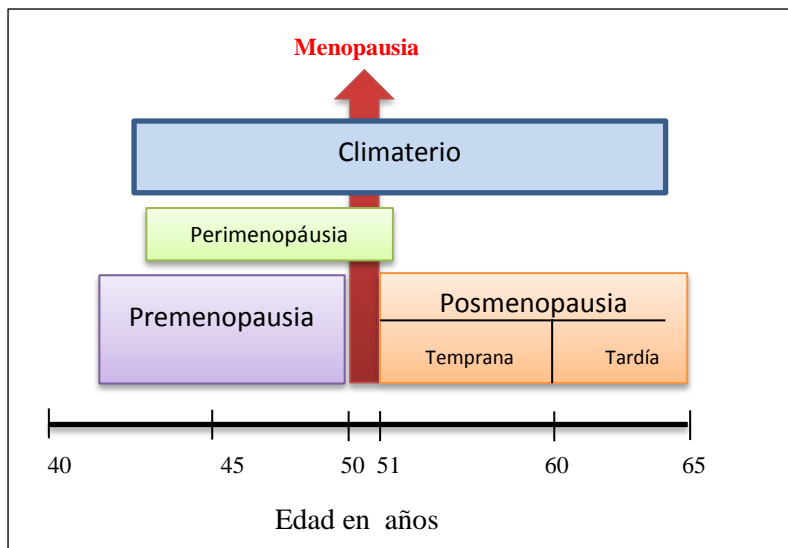


Gráfico 2, Fases del climaterio

Tomado de Schering, Láminas ginecológico-anatómicas.

Premenopausia

Período de meses o años que precede al cese definitivo de la menstruación comienza a los 40 o 45 años aproximadamente, durante este período pueden darse los primeros trastornos (alteraciones del ciclo y trastornos vegetativos) debido al fallo progresivo de la función ovárica secundaria a la disminución de folículos activos.

Cambios hormonales

Los cambios hormonales se deben a:

- Disminución de folículos del ovario.
- Menor capacidad de respuesta de los folículos a la acción de las gonadotropinas hipofisarias.
- Alteración en la sensibilidad hipotálamo-hipofisaria al control ejercido por las hormonas ováricas.

Debido a la disminución de folículos ováricos y la disminución de la respuesta de los folículos a la acción de las gonadotropinas hipofisarias, se produce un descenso en la producción de estrógenos (estradiol). Con frecuencia el pico ovulatorio de los estrógenos y de la hormona luteinizante no es tan elevado, pudiendo llevar a una insuficiencia del cuerpo lúteo, incluso a una falta de ovulación en varios o en todos los ciclos. Al no producirse cuerpo lúteo, cesa la producción de progesterona y el endometrio no pasa por la fase de secreción. El descenso en la producción de estrógenos (inhibidores de la producción de gonadotropinas hipofisarias) y de inhibina, la hipófisis aumenta los niveles de hormonas gonadotrópicas (sobre todo de la FSH) para conseguir respuesta en el ovario⁵¹.

Alteraciones en el ciclo ovulatorio

Las alteraciones hormonales tienen repercusión en el ciclo. Estas repercusiones son también variables, pudiendo existir: ciclos normales intercalados con períodos de amenorrea, ciclos cortos (polimenorrea), ciclos largos (oligomenorrea). Otra alteración son las metrorragias que normalmente son precedidas de ciclos largos anovulatorios.

Mientras pasan los años las alteraciones de la ovulación se hacen más frecuentes. Con el cese de la producción de progesterona, aparece un desequilibrio a favor de los estrógenos. Este hiperestrogenismo provoca una serie de trastornos:

- Síndrome premenstrual. Los síntomas son muy variados y se presentan en los días próximos a la menstruación. Los más frecuentes son:
 - a) Tensión mamaria, con aumento de volumen y sensación dolorosa.
 - b) Hinchazón de abdomen y, a veces, en las extremidades.
 - c) Aumento de peso durante esos días.

d) Nerviosismo y susceptibilidad.

- Trastornos tróficos en el útero y en la mama

Ante la estimulación estrogénica no compensada por la progesterona, el endometrio responde con una hiperplasia, por riesgo de hemorragia y de neoplasia, alteraciones que deben ser controladas periódicamente, el tejido muscular también es sensible y reacciona con la formación de pólipos y miomas. Ante el predominio estrogénico sobre la progesterona, las mamas reaccionan con una mastopatía fibroquística, es un proceso benigno, provoca sensación de tensión y de dolor ocasionando preocupación a las mujeres⁵¹.

Perimenopausia

Considerada como la verdadera etapa de transición, la perimenopausia es la etapa anterior a la menopausia, hasta un año después de la menopausia.

Suele durar de 3 a 5 años, comienza con la aparición de alteraciones menstruales y endocrinas.

Posmenopausia

La posmenopausia es la etapa que se inicia después de doce meses de la interrupción definitiva de las menstruaciones y termina con el comienzo de la senectud.

En la posmenopausia, los cambios hormonales son:

- Aumento de la hormona gonadotropina, incremento de la Foliculoestimulante (FSH) y Luteinizante (LH) (manteniéndose más elevados que en la vida reproductiva), descenso de estrógenos y de andrógenos durante el climaterio.
- En esta etapa, el estrógeno principal es la estrona (de menor intensidad que el estradiol). Ésta se produce a partir de la androstendiona en la periferia (grasas, piel, músculo).
- Las mujeres obesas tienen mayores niveles de estrona, siendo menos susceptibles a los signos de privación, sin embargo, se incrementa el riesgo de cáncer endometrial.

- El descenso de hormonas antiandrogénicas (de estradiol y de progesterona), promueven la aparición de signos de virilización a pesar de que los niveles plasmáticos de andrógenos (androstendiona y testosterona principalmente) están disminuidos.

Cambios genitourinarios

Los cambios más característicos en el aparato genitourinario son los siguientes:

- Ovario: se atrofia y disminuye de tamaño, cesa la producción de estrógenos y aumenta la secreción de andrógenos.
- Útero: disminuye de tamaño y el miometrio se adelgaza. El endometrio pasa a tener menos glándulas, aunque sigue accionando a los estrógenos.
- El cérvix se atrofia y se retrae, disminuye el moco cervical.
- Vagina: su epitelio se atrofia y desaparecen los pliegues oplicas rugosas que le dan elasticidad, el canal vaginal se vuelve más estrecho y corto, el introito se estenosa, desaparecen los bacilos de Döderlein y el PH aumenta, disminuye la lubricación con lo que aparece sequedad vaginal.
- Vulva: aparece atrofia y adelgazamiento de la piel de la vulva, disminuye el grosor de los labios y su elasticidad, aparecen defectos de cierre del introito vaginal, se pierde el vello púbico.
- Vejiga y uretra: se aprecia atrofia de todo el epitelio vesical, el meato uretral se atrofia y queda expuesto al exterior a consecuencia de la atrofia de los labios.
- Suelo pélvico: la disminución en los niveles de estrógenos también afecta al tejido conjuntivo produciendo una disminución en el soporte pélvico.
- Mamas: se produce atrofia del tejido glandular por lo que disminuyen de tamaño y se aplanan los pezones⁵².

Cambios cutáneos

Existe una correlación entre los niveles de estrógenos y el grosor de la piel y su contenido de colágeno. Por ello es frecuente que aparezca atrofia de la piel y disminución de la elasticidad (se vuelve fina y reseca), deshidratación y pérdida de la elasticidad, incremento del vello⁵¹.

Cambios cardiovasculares

Los estrógenos producen aumento de los niveles de Lipoproteína de alta densidad (HDL) y disminución del colesterol (LDL) Lipoproteína de baja densidad por lo que la deprivación estrogénica aumenta el riesgo en la mujer de presentar enfermedad coronaria (desaparecen sus efectos protectores). Además, el endotelio vascular tiene receptores para los estrógenos que van a producir vasodilatación arterial, especialmente de las coronarias, durante la postmenopausia el perfil lipídico se invierte, se observa un aumento del LDL y del colesterol total y una disminución del HDL por lo que se favorece la formación de placas de ateroma y la aterosclerosis. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en mujeres postmenopáusicas, siendo muy rara en mujeres premenopáusicas. La primera manifestación en la mujer suele ser la angina de pecho.

Otros factores de riesgo conocidos para la enfermedad cardiovascular, aparte de la hipercolesterolemia, son el tabaco, la obesidad (sobre todo troncular), la alimentación, la hipertensión y la diabetes. Las medidas preventivas para la enfermedad cardiovascular irán encaminadas a:

- Mantener una alimentación equilibrada.
- Realizar ejercicio físico.
- Evitar el alcohol y el tabaco.

Cambios en el sistema osteoarticular

Durante el climaterio se produce una pérdida de masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del hueso, la masa ósea se renueva de forma constante mediante los osteoblastos y se reabsorbe con los osteoclastos.

La osteoporosis se caracteriza por una disminución de la masa ósea debida a que la tasa de resorción hueso (actividad osteoclástica) es mayor que la de síntesis (actividad osteoblástica). La masa ósea comienza a disminuir a partir de los 40 años y esta pérdida se acelera alrededor de la menopausia.

La osteoporosis va a tener como principal consecuencia la producción de fracturas ante traumatismos mínimos (la más frecuente es la de Colles), los aplastamientos vertebrales y la fractura de cuello de fémur, en ocasiones, produce dolor articular

por lo que no es raro que la mujer postmenopáusica refiera dolor difuso en rodillas y columna lumbar. El aplastamiento vertebral producirá dolor de espalda, deformidad de la columna y disminución de la talla⁵³.

Los factores de riesgo para la osteoporosis son: factores genéticos, factores raciales (raza blanca), la edad, los bajos niveles de estrógenos, la falta de calcio, el sedentarismo, un bajo índice de masa corporal, la alimentación, la escasa exposición a la luz solar, el tabaco, el alcohol y la cafeína, algunas enfermedades (hiperparatiroidismo, mielomas, leucemias, artritis reumatoide, resección gástrica) y la toma de fármacos (glucocorticoides, anticonvulsivos y heparina).

La pérdida de masa ósea y la aparición de fracturas se previenen con terapia hormonal sustitutiva en mujeres con riesgo. Otras medidas preventivas no farmacológicas son:

- Ejercicio
- Alimentación adecuada
- El calcio de la dieta o suplementado
- La exposición a la luz solar
- Evitar los tóxicos que interfieren con la absorción de calcio como alcohol, tabaco y cafeína⁵³.

Cambios psíquicos

Se ha demostrado que existen receptores estrogénicos en el sistema límbico y en el hipocampo, además, los factores sociales, culturales y la vivencia que cada mujer tenga del climaterio van a influir en la sintomatología psíquica de esta etapa de la vida. Lo más frecuentes son los trastornos del sueño, muchas mujeres refieren insomnio. También se ha observado mayor nivel de ansiedad, disminución en la capacidad de concentración, pérdida de memoria, irritabilidad y cambios de humor, es frecuente la tendencia a la tristeza e incluso la depresión leve⁵¹.

Síndrome climatérico

Conjunto de síntomas y signos, de duración y presentación variable que se considera es resultado de los cambios hormonales consecutivos a las etapas de premenopausia, menopausia, y posmenopausia^{52,54}.

Menopausia

El término Menopausia (del griego meno-menstruación, pausis-cesación) se refiere al cese permanente de la menstruación resultante de la actividad folicular ovárica. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) son suficientes 6 meses de amenorrea para clasificarla como Posmenopausia.⁵¹

La OMS también establece una definición de menopausia, y esta es: “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas que la justifiquen”. En el siglo pasado la menopausia se producía en las mujeres en torno a los 40 años de edad y su esperanza de vida se alargaba hasta unos 6 años más. Entonces la menopausia era entendida como el cese de la menstruación durante un año. Actualmente, la esperanza de vida alcanza los 84,56 años en España en las mujeres y la edad a la que aparece la menopausia es de 50,1 años de media⁵⁵ se considera normal entre los 40 y 55 años⁵⁶.

Tipos de Menopausia

Espontánea

La Menopausia natural o espontánea, es el cese permanente de las menstruaciones debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se reconoce que la Menopausia ha tenido lugar una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea y cuando no hay otra causa evidente patológica o fisiológica para la misma⁵⁷.

Artificial

Producida por el cese de la función ovárica por cirugía, radioterapia y poliquimioterapia⁵¹.

Precoz

Debe definirse como aquella que ocurre a una edad inferior a la correspondiente a 2 desviaciones estándar por debajo de la edad media estimada para la población de referencia, generalmente se utiliza la edad de 40 años como el punto arbitrario de

corte, por debajo del cual se dice que la Menopausia es prematura. Menopausia prematura e insuficiencia o falla ovárica prematura son frecuentemente utilizadas como sinónimos según la OMS y FIGO en menores de 45 años⁵¹.

Tardía

Cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada para cada país. Según algunos autores, en mujeres mayores de 55 años⁵¹.

Factores que modifican la edad de aparición de la menopausia:

Genéticos: madres e hijas.

Climatológicos: menopausia tardía en los países cálidos.

Estado civil: se reporta que las solteras tienen menopausia más precoz.

Factores socio-económicos: en países pobres se adelanta la edad.

Paridad: se reporta más tardía en las multíparas.

Tabletas anticonceptivas: su uso adelanta la edad de la menopausia.

Hábito de fumar: Acción de la nicotina sobre los centros hipotalámicos además del efecto inductor enzimático en el hígado.

Otros factores: En las pacientes con nutrición vegetariana es más precoz, la histerectomía la adelanta 4 a 5 años, ligadura de trompas puede adelantar la aparición de la menopausia.

Síntomas del Climaterio

Síntomas a corto plazo

El sistema más frecuente y que motiva a la mujer a pedir ayuda médica es el sofoco que está presente en el 70% de las mujeres en la etapa del climaterio. Hay muchas teorías acerca de la causa de los sofocos, es consecuencia de la pérdida intermitente del control vasomotor periférico y se manifiesta en forma de oleadas de calor que recorren el cuerpo, suben hacia la cabeza y producen enrojecimiento de la piel del pecho, cuello, y cara acompañado de intenso sudación y en ocasiones de palpitaciones y sensación de angustia. Puede tener distinta frecuencia, intensidad duración y existen factores que pueden desencadenarlos como el estrés y el alcohol⁵⁸. Se ha relacionado con el aumento de las

gonadotropinas (FSH/LH), secundario al descenso de los estrógenos, así como el incremento de las endorfinas y la noradrenalina⁵⁹.

En relación con las alteraciones psicológicas, a pesar de su incidencia, no constituye un deterioro de la salud mental, muchas veces no están presentes por el déficit estrógeno sino por los factores psicosociales en el entorno de esta mujer que hacen que estos síntomas sean más intensos⁵⁹.

Síntomas a mediano plazo

Están relacionados con la atrofia tanto de los genitales externos e internos, como del aparato urinario. Estos síntomas hacen que la paciente acuda al ginecólogo por problemas relacionados con la sexualidad por la aparición de prolapso genital y por trastornos de la micción, ya sea por incontinencia de la orina o por síntomas urinarios bajos tan molestos para la paciente⁵¹.

Síntomas a largo plazo

La carencia de estrógenos tiene consecuencias serias en relación con la enfermedad cardiovascular, los estrógenos mantienen contacto con el metabolismo de las lipoproteínas; al ser demostrado el factor protector de los estrógenos por el incremento de la HDL aunque es rica en colesterol, no es aterogénica, es un barretero para el exceso de colesterol presente en la pared arterial⁵¹.

El déficit estrógeno y la pérdida de la masa ósea por el aumento de reabsorción de la misma y por disminución de la formación del hueso, ha demostrado la presencia de receptores estrógenos en las células, y se hace visible en el trastorno óseo más frecuente que es la osteoporosis, llevando consigo el riesgo de incremento de fracturas ⁵¹En el sistema nervioso central la falta de estrógenos modifica los mensajeros bioquímicos encargados de la comunicación cerebral⁵¹.

Síntomas del climaterio

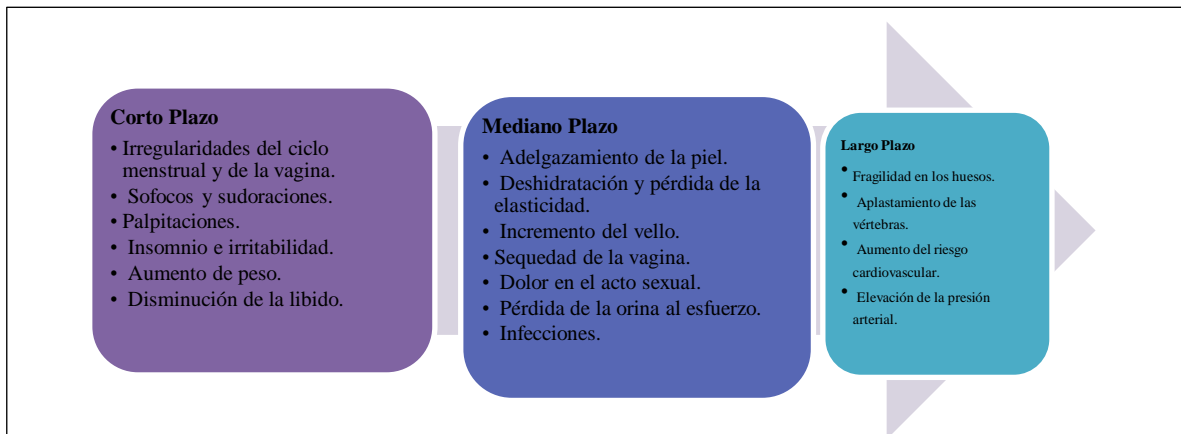


Gráfico 3, Síntomas del climaterio

Tomado de Schering, Láminas ginecológico-anatómicas.

Trastornos ginecológicos

El climaterio es la consecuencia de una menor actividad endocrina del ovario, sobre todo de los estrógenos. La menopausia se produce al interrumpirse el ciclo ovárico. En el climaterio se producen cambios anatómicos funcionales primarios de los ovarios, pero estudios recientes demuestran que con la edad se producen cambios a nivel hipotálamo-hipofisario e incluso cerebral, que contribuyen a la pérdida de los ciclos reproductivos y que son consecuencia del fallo ovárico. En las etapas de transición (premenopausia y menopausia) se pueden hallar concentraciones de las hormonas de la reproducción similares a las del período reproductivo⁵¹.

El ciclo ovárico se interrumpe porque se agota la reserva foliculogénica, es decir, porque los folículos primordiales se acaban. Al bajar los estrógenos se produce una pérdida del feedback negativo sobre el hipotálamo, y las gonadotropinas. Los fenómenos clínicos, tienen mucho que ver con el desequilibrio entre estradiol y gonadotropinas.

Ovario

Hacia los 40 a 45 años estos van perdiendo su capacidad de ovular y entra de nuevo, lo mismo que antes de la nubilidad, en una fase de ciclos anovulatorios fisiológicos. Pero al mismo tiempo, los primordios son cada vez más escasos. Dos millones de primordios que tiene el feto de 5 meses y de los casi 1 millón que tiene la recién nacida se pasa a cero, esto se debe, no a las sucesivas ovulaciones, que son lo de menos, sino al fenómeno de atresia. Después de los 35 años de edad, el ovario disminuye de tamaño y peso y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrésicos en degeneración. La atresia se hace cada vez más intensa cuando al ovario envejece; y llega un momento en que, faltando los elementos básicos del ciclo, que son los folículos primordiales o primordios, el ciclo se termina⁵¹.

Así el ovario de la climatérica, más que un ovario sin secreción es un ovario sin ciclo. Al no madurar folículos, no hay estrógenos ni inhibina y al no formarse cuerpos amarillos, no hay progesterona. Pero el tejido intersticial, fibroso, sigue siendo muy abundante y, excitado por la LH que ahora está aumentado, forma andrógenos. Así, el ovario climatérico deja de formar estradiol y progesterona, pero forma testosterona y androstendiona⁶⁰.

Hipófisis

Ya hemos señalado que la falta de feedback estrogénico a través del hipotálamo, dispara la hipófisis con aumento de FSH y LH. El primero es más precoz, pero luego se igualan. La elevación de los niveles de FSH constituye uno de los primeros signos del envejecimiento de la función reproductiva en el ser humano; el aumento de ambas caracteriza el estadio hipergonadotrópico propio de la Posmenopausia⁶¹.

Los cambios en la hipófisis y el hipotálamo repercuten sobre el equilibrio de las monoaminas del SNC y son la causa de los sofocos, cambios de carácter y otras alteraciones psíquicas de la climatérica mal comprendidos todavía⁶¹.

Otras hormonas

La falta de estrógenos eleva la paratohormona y desciende la calcitonina, resultando de aquí una movilización de calcio y una tendencia a la disminución de la masa ósea. Por otra parte, el descenso de los estrógenos produce alteraciones en el perfil lipídico, que se caracterizan por una elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), formadas fundamentalmente por colesterol y por un descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL)⁶².

Cambios locales

Ovarios y trompas: Ya señalamos que después de los 35 años de edad el ovario disminuye de tamaño y peso y ocurre el fenómeno de atresia. Los ovarios no solamente se empequeñecen sino que su superficie se arruga (ovarios giratus). Hacia los 55 o 60 años, los ovarios no son mayores que una almendra⁵¹.

Las trompas se atrofian y se retraen progresivamente y el ligamento suspensorio del ovario también se retrae, por lo que éste se eleva en la fosa ilíaca.

Útero y vagina: Igualmente el útero se atrofia y se reduce su tamaño y el endometrio deja de menstruar y se retrae, aunque no debemos olvidar que a veces persiste en proliferación y hasta con hiperplasia. La vagina se adelgaza y atrofia y en su exudado desaparecen las células glucogénicas y carbopícnóticas. Además, hay sequedad vaginal, dispareunia y prurito⁵¹.

Vulva, periné y ligamentos: En la vulva se atrofian los labios mayores y menores que permite, en mujeres delgadas, observar la hendidura vulvar desde el exterior. Con frecuencia la mucosa vulvar al tiempo que se atrofia se hace blanquecina y sus rugosidades desaparecen. El periné también se relaja, pues como se sabe los músculos perineales conservan su función y su tono por la acción de los estrógenos. Otro tanto ocurre con los ligamentos del útero, en especial los retináculos que se relajan y atrofian. La consecuencia de todo esto es que la mujer se hace propensa a los prolapsos y descensos de los genitales, con síntomas tales como tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria, etcétera⁵¹.

Cambios generales

El cese de la función ovárica produce una disminución hormonal de estrógenos, específicamente el estradiol que es el más potente y que expresa con síntomas característicos muy conocidos llamado síndrome climatérico que se presenta en dos de cada tres mujeres y los más frecuentes son los siguientes: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio y vértigos. La aparición de los calores se ve favorecida por el estrés, el calor, el alcohol y el ayuno. En nuestro medio, las crisis vasomotoras afectan el 80 % de las mujeres en esta etapa, y guardan relación directa, como ya señalamos, con los disturbios endocrinos. Se ha referido la secuencia calor-taquicardia-enrojecimiento-frío con características de aparición nocturnas y que pueden sucederse con una frecuencia de 3 a 10 en 24 horas⁶³.

Constitución femenina: Suele modificarse en esta etapa con tendencia a la obesidad en la mayoría de las mujeres, aunque en algunas hay adelgazamiento. Los caracteres sexuales tienden a atrofiarse y a veces se marca una tendencia a la virilización (virilismo climatérico)⁶³.

Cambios digestivos: Consisten fundamentalmente en dispepsias, muchas veces atribuidas a alteraciones hepáticas o del colecisto y que, en realidad, no son más que trastornos sui géneris del climaterio. Hay también disquecia, sensación de bola epigástrica y a veces meteorismo⁶⁴.

Cambios circulatorios:

Con frecuencia la mujer es propensa al dermografismo, hiperemias cutáneas y vaso espasmos. Hay tendencia a la hipertensión, sofocos, como ya señalamos, y alteraciones en el riego de los miembros con parestesia².

Trastornos nerviosos: Hay gran inestabilidad psíquica, a la cual nos referiremos, cambios de carácter, irritabilidad, insomnio, etcétera¹⁹.

2.4.1.6.Dominio Biológico:

Conjunto de manifestaciones que comprenden síntomas vasomotores, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y articulares. Las manifestaciones somáticas durante el climaterio pueden ser modificadas e incluso prevenidas con un accionar médico integral. Los bochornos, episodios de sudor, se presentan en respuesta a niveles cada vez menores de estrógenos, alterando el balance de neurotransmisores en las estructuras del sistema nervioso, encargadas de regular el control de la temperatura y los vasos sanguíneos, se ha demostrado que el 80% de mujeres presentan estos síntomas durante un año, el 25 al 50% les dura 5 años, el 25 % de las mujeres refieren esta sintomatología durante toda la vida, más si no hacen nada para corregir⁶⁵.

Los bochornos no causan muerte, pero alteran significativamente la calidad de vida en la mujer, de sus compañeros y familia, al presentarse en cualquier hora del día o la noche, afectan las horas sueño³⁰.

El bochorno tiene una duración entre 30 segundos a 5 minutos, inicia con una sensación de calor acompañado de aumento de temperatura especialmente en la parte superior del tronco, cara, cuero cabelludo, seguida de enrojecimiento, inicio de sudoración, para luego terminar con escalofríos, es la forma que el organismo estabiliza la temperatura corporal⁶⁶.

Asociados a la falta de estrógenos en el tejido conectivo, músculos, se presentan también taquicardia, palpitaciones, dolores articulares y musculares⁶⁷.

Signos generales

- Aumento de peso
- Piel con signos de atrofia y sequedad cutánea, prurito y caída del cabello
- Hipertensión arterial
- Manifestaciones osteoarticulares

2.4.1.7. Dominio psicológico:

Conjunto de manifestaciones que comprenden depresión, irritabilidad, ansiedad y cansancio⁶⁵.

Los trastornos del psiquismo son importantes. Generalmente la menopausia se ha asociado siempre con cambios de carácter y labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas, el más frecuente es la depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico y éste la triptofanciclooxigenasa que transforma el hidroxitriptófano en serotonina. Una falta de esta última es la que genera depresión⁶⁵.

Independientemente de lo señalado desde el punto de vista biológico, en esta etapa de la vida es frecuente que ya los hijos son mayores y abandonan el hogar y la mujer, sobre todo si es ama de casa, se siente sin misión, sin cometido⁶⁵.

Ocurre lo que se ha dado en llamar el síndrome del nido vacío que añade una carga psíquica negativa al cuadro que tiene y esta expresión psicoconductual puede expresarse en forma de "celos" de mayor o menor intensidad⁶⁸.

Es importante también en esta etapa de la vida la comparación que muchas veces hace la mujer en relación con los estándares de vida en que se ha desenvuelto y que le sirven de referencia, donde ella misma valora sus capacidades físicas, mentales, rasgos de belleza, etcétera. En conclusión, hay una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su autoestima. También surgen preocupaciones de índole laboral y económica, donde ella se ve menos apta para el trabajo y tiene cerca la jubilación, situación que la pone en desventaja en el contexto familiar¹⁹.

2.4.1.8. Dominio urogenital:

Conjunto de manifestaciones que comprenden problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad vaginal, etc⁶⁹.

El normal funcionamiento del aparato urinario en el climaterio al igual que los genitales externos se encuentra alterado por la baja concentración de estrógenos, aumentando la frecuencia miccional, particularmente aumenta al despertar nocturno para vaciar la vejiga, ya que disminuye su capacidad, incontinencia urinaria de esfuerzo, es decir, al toser, estornudar, reír, cargar, alterando el estilo de vida, ya que les corresponde modificar el estilo de vida, como dejar de bailar y hacer ejercicios⁶⁹.

Una de cada dos mujeres por la atrofia de los genitales se vuelve más susceptible a las infecciones, resequedad vaginal haciendo que la relación coital se vuelva una experiencia dolorosa, muchas veces traumática, ocasionando que la mujer sufra estos cambios sin atención médica¹⁴.

Sintomas Urogenitales

- **Vulva:** disminución del vello pubiano, atrofia de la vulva (pérdida de la grasa, distrofias vulvares, atrofia del introito vaginal).
- **Mamas:** flácidas y disminuyen de tamaño.
- **Vagina:** atrófica con pérdida de pliegues, resequedad y punteado hemorrágico.
- **Cuello uterino:** atrófico, retraído y puntiforme.
- **Utero:** pequeño y atrófico.
- **Ovarios:** atróficos y no palpables.

Validación de la escala de medición de la menopausia MRS

La escala MRS fue diseñada para medir la calidad relacionada con la salud de la vida o la gravedad de las manifestaciones de las mujeres durante esta etapa, para medir los cambios en el tiempo y entre diferentes culturas, está disponible en 25 idiomas⁶.

La MRS original se utiliza desde 1992 y se ha desarrollado para dar al médico la posibilidad de documentar los síntomas climatéricos y sus cambios durante el tratamiento. La MRS se estandarizó formalmente de acuerdo a las normas psicométricas. Se compone de una lista de 11 síntomas que deben ser contestadas.

La mujer tiene la opción entre 5 categorías, con su respectiva puntuación: Molestia ausente (0), Molestia leve (1), Molestia moderada (2), Molestia severa

(3), Molestia muy severa (4). El puntaje MRS total será la suma de los puntajes obtenidos de cada dominio.

En la estandarización de este instrumento, se identificaron tres dimensiones independientes que explica el 58,8% de la varianza total (análisis factorial) psicológica, somato-vegetativa, y urogenital, cada uno de los once síntomas que figuran en la escala puede obtener:

0 (sin síntomas) o hasta 4 puntos de puntuación (síntoma grave) en función de la gravedad de las quejas percibidas por las mujeres⁷⁰.

La puntuación total de la MRS oscila entre 0 (asintomático) y 44 (el más alto grado de quejas). Las puntuaciones mínimas / máximas varían entre las tres dimensiones en función del número de quejas destinados a la vertiente respectiva de los síntomas:

- Dominio somato-vegetativa
- Dominio psicologico
- Dominio urogenital⁷⁰.

Debido a las diferentes formas de vivir el proceso del climaterio por las mujeres de distintas partes del mundo, con impactos culturales y étnicos, resulta imprescindible que los profesionales de la salud tengan herramientas adecuadas para valorar y planificar los servicios de salud. La MRS es una escala de salud que fue creada en Alemania, por el centro de Berlín de Epidemiología e Investigación de la Salud, a principios de 1990. Fue diseñada con el fin de evaluar la severidad de los síntomas de envejecimiento y su impacto en la calidad de vida de las mujeres climatéricas⁷⁰. Es utilizada también como herramienta de detección para identificar a aquellas mujeres que precisan una derivación a un nivel más alto como consecuencia de los síntomas menopáusicos severos⁷¹. Esta escala ha sido traducida a infinidad de idiomas (un total de 25), por lo que ha sido utilizada en multitud de países alrededor del mundo⁴³. La primera traducción fue del alemán al inglés, y a partir de este último se tradujo en los demás idiomas (francés, español, sueco, portugués, turco, etc.)⁷⁰.

Este instrumento está formado por once preguntas divididas en tres dominios:

1. Somático. Bochornos, sudoración excesiva, molestias cardiacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (preguntas 1, 2, 3, 4)⁷⁰.

2. Psicológico. Estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (preguntas 5, 6, 7, 8 respectivamente)⁷⁰.

3. Urogenital. Problemas sexuales, de vejiga, y sequedad vaginal (preguntas 9, 10, 11 respectivamente).

Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida. Cada síntoma se puntúa de la siguiente manera según la gravedad: ninguna queja: 0, leve: 1, moderada: 2, severo: 3, muy severo: 4⁷⁰.

Establece unos límites para cada aspecto valorado, a partir de los cuales se define como compromiso severo. En el dominio somático el valor debe superar el 8, en el psicológico por encima de 6 y el urogenital superior a 3^{69,72}.

Si la suma total de los síntomas supera el valor de 16, la mujer climatérica debe ser derivada a una consulta de ginecología. Según el estudio realizado en 2011 por Chuni et al. con una muestra de 1179 mujeres entre 40 y 65 años de edad, se necesitan más estudios que evalúen la validez de la MRS como instrumento de cribado⁷¹.

Otro estudio llevado a cabo por Metintas et al., concluye que la MRS es una herramienta útil para identificar y valorar los síntomas graves en la menopausia. En 21 mujeres entre los 45 y 65 años de edad se obtuvo un coeficiente de correlación de 0,82, lo que nos indica la validez de esta escala⁷⁰.

En un estudio realizado en 2011 por Gutiérrez se puede observar la consistencia interna en diferentes países del mundo, la confiabilidad más baja se encuentra en Argentina (0,83) y la más alta en México (0,87), teniendo una media de (0,83), lo cual nos quiere decir que esta escala es bastante útil y adecuada. Metintas et al. y Gutiérrez coinciden en la eficacia de esta escala para tratar e identificar los síntomas de la menopausia. Por el contrario en un estudio realizado por Chuni et

al. defienden la necesidad de llevar a cabo más estudios para determinar la fiabilidad de esta escala⁷³.

Validez del MRS como medida de resultado

Este instrumento permitió valorar durante el climaterio tres dimensiones biológica, psicológica y urogenital, muchos médicos utilizan por la alta utilidad en el trabajo clínico o de investigación demostrado en varios estudios⁷¹.

Recientemente, se analizaron los datos de 9.300 mujeres con datos de tratamiento pre y post de la escala MRS. Los datos provienen de un estudio poscomercialización abierto en Alemania con un producto para la terapia de reemplazo hormonal y la escala MRS se utilizó como medida de resultado (antes de 6 meses después de un tratamiento hormonal)⁷⁰.

La escala es lo suficientemente sensible para detectar los efectos de tratamiento positivos incluso en mujeres con pequeñas quejas, por lo que fue de ayuda para esta investigación en la detección de alteraciones de la mujer en el climaterio. Después de 6 meses de tratamiento hormonal, sin embargo, la distribución de frecuencias de los pacientes con un determinado grado de gravedad de las quejas regresó hacia una distribución similar a la observada en la población general⁷⁴.

La proporción extrema de los pacientes con poca quejas / después de la terapia debe ser interpretado con reserva, debido a una posible selección de pacientes que pueden haber dado lugar a una sobreestimación del efecto del tratamiento⁷⁴.

Eso significa que la escala MRS mostró una convincente capacidad de medir los efectos del tratamiento sobre la calidad de vida a través de la gama completa de la gravedad de las quejas de la menopausia⁷⁰.

La escala MRS también predice lo subjetivo, la impresión clínica / opinión del médico tratante. La eficiencia evaluado individualmente con el tratamiento hormonal en mujeres, utilizado por los ginecólogos, el tratamiento fue comparable con la evaluación de la escala MRS, es decir, el tratamiento "tiene éxito" y "no tiene éxito", tanto para la opinión subjetiva del médico y el resultado de la escala MRS⁷⁰.

La sensibilidad (correcta predicción de una evaluación positiva por parte del médico) fue 70,8% y la especificidad (correcta predicción de una evaluación negativa por parte del médico) fue de 73,5%. En otras palabras, la escala MRS encaja bien con la evaluación subjetiva del tratamiento por el médico⁷⁰.

La sensibilidad y especificidad sin embargo podrían ser estimadas más, porque es difícil de estimar en qué medida según el "juicio clínico"⁷⁰.

La mejoría relacionada con la terapia hormonal de las quejas relativas a la puntuación basal fue de alrededor o inferior al 30% en las puntuaciones totales o de dominio, mientras que supera el 30% de mejora en el antiguo estudio. Del mismo modo, la mejora relativa después de la terapia, estratificada por el grado de gravedad al inicio del estudio, fue menor que en el antiguo estudio, pero tenía la misma pendiente⁶⁰.

Aunque no se puede excluir diferentes efectos de tratamiento con el método de estudio utilizado, esto apoya la investigación de que las entrevistas MRS individuales realizadas por el médico en el primer nivel de atención serán de utilidad⁶⁰.

Sensibilidad (correcta predicción de la evaluación positiva por parte del médico tratante) de el MRS y especificidad (correcta predicción de una evaluación negativa por el médico) fueron inferiores a los resultados obtenidos con la escala MRS basado en entrevistas en la publicación anterior⁷¹.

Aunque el nuevo estudio confirmó evidencia de la capacidad de la escala MRS para medir los efectos del tratamiento en la calidad de vida a través de la gama completa de la gravedad de las denuncias antes del tratamiento, los autores concluyeron que la escala MRS debe ser utilizado como instrumento de auto-administrados en los ensayos clínicos para evitar la sobreestimación de los efectos del tratamiento⁷¹.

2.5 Hipótesis

En la atención médica a mujeres no se identifica ni maneja los trastornos climatéricos de forma integral, en el sector EU05 Pujilí 2015-2016.

2.6. Señalamiento de las variables

- Objeto de estudio: mujeres de 40 a 60 años de edad del EU05, Pujilí.
- Variable Independiente: Atención Primaria de Salud
- Variable Dependiente: Climaterio

Capítulo 3

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque investigativo

La investigación tuvo enfoque cualitativo y cuantitativo, permitió identificar el manejo del climaterio, conocimiento de las mujeres sobre esta etapa, además los factores socio demográficos, se identificó las alteraciones en las dimensiones biológica, psicológica y urogenital con el uso de dos instrumentos la encuesta que incluye la escala MRS, cuya puntuación traduce la alteración del estado de salud que presentan las mujeres tanto en la premenopausia, menopausia y posmenopausia, además de la revisión de historias clínicas en el primer nivel de atención.

Cualitativo: Este estudio permitió analizar la situación de salud de las mujeres de 40 a 60 años durante la consulta médica, visitas domiciliarias por la médico posgradista.

Se identificó las alteraciones biológicas, psicológicas, urogenitales, se revisaron historias clínicas con el objetivo de describir el período del climaterio y las prestaciones médicas durante esta etapa de vida.

Cuantitativo: La base para la cuantificación de los resultados de este estudio, identificó las alteraciones en las diferentes dimensiones, las prestaciones de salud en las mujeres de 40 a 60 años de edad, para establecer frecuencias y porcentajes, que ayudaron a describir la sintomatología que tienen las mujeres en base a la puntuación de la escala MRS, para la cuantificación de puntaje y determinación de la realidad y comportamiento de las mujeres en esta etapa del climaterio.

3.2 Modalidad

Investigación de campo: Se realizó en el Centro de Salud Tipo A Pujilí, a travez las visitas domiciliarias a las mujeres de 40 a 60 años de edad, con la utilización de la encuesta que incluye la escala MRS, además de revisión documentada de las historias clínicas de las mujeres incluidas en el estudio.

3.3 Tipo de investigación

Observacional transversal

Se realizó una investigación de campo de tipo observacional, descriptiva, de corte transversal, identificando el manejo del climaterio en la APS y las alteraciones biológica, psicológica y urogenital en la población femenina de 40 a 60 años de edad del EU05, Cantón Pujilí, Provincia de Cotopaxi, en el período 2015 - 2016.

3.4 Población

El universo de estudio estuvo constituido por el total de la población femenina (150 mujeres) de 40 a 60 años del sector EU05 que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud Tipo A Pujilí o durante visita domiciliaria.

Criterios de Inclusión

Mujeres que pertenecen al EU05 entre 40 a 60 años de edad, que acepten participar en el estudio, que estén mentalmente aptas para la participación.

Criterios de Exclusión

Mujeres embarazadas.

Criterios éticos

Se aplicó el consentimiento informado (Anexo 1); el propósito de este documento fue proveer a todas las participantes una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes, previo a la aplicación de los instrumentos, se aplicó de manera anónima, los datos obtenidos son confidenciales.

Para ello la investigación respetó los principios éticos universales: (confidencialidad, autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia).

Estos criterios fueron tomados en cuenta para la elaboración del instrumento, el mismo que fue validado previamente a la su aplicación por un grupo de expertos.

3.5 Operacionalización de variables

Operacionalización de Variable Independiente Atención Primaria en Salud

Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Técnica/ Instrumento
Factores de riesgo	Prestaciones	1.Si 2.No	Nominal	Historia Clínica
Examen físico completo		1.Si 2.No	Nominal	Historia Clínica
Examen ginecológico		1.Si 2.No	Nominal	Historia Clínica
Exámenes complementarios		1.Si 2.No	Nominal	Historia Clínica
Consejería	Promoción	1.Si 2.No	Nominal	Encuesta
Tratamiento	Prevención	1.Si 2.No	Nominal	Encuesta
Actividad física		1.Si 2.No	Nominal	Encuesta
Consumo de sustancias		1.Tabaco 2.Café y Té 3.Alcohol 4.Ninguno	Nominal	Encuesta
Edad	Características socioedemograficas	1.Premenopausia 2.Menopausia 3.Posmenopausia	Ordinal	Encuesta
Ocupación		1.Ama de casa 2.Jubilada 3.Trabajadora remunerada	Nominal	Encuesta
Instrucción		1.Primaria 2.Secundaria 3.Superior 4.Especialista	Ordinal	Encuesta
Estado Civil		1.Soltera 2.Casada 3. Unión Libre 4. Divorciada 5.Separada 6. Viuda	Nominal	Encuesta
Hábitos alimentarios		1.Solo desayuno 2.Desayuno,almuerzo y merienda. 3.Almuerzo y merienda 4.Desayuno y merienda 5.Desayuno,refrigerio, almuerzo,refrigerio y merienda.	Nominal	Encuesta
Condiciones económicas		1.Buena 2.Regular 3.Mala	Nominal	Encuesta

Tabla 1:Operacionalización de la variable independiente

Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Operacionalización de Variable Dependiente Climaterio

Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Técnica/ Instrumento
Sofocos,Sudoración, Bochornos	Biológico	1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Molestias al corazón		1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Dificultades en el sueño		1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Molestias musculares y articulares		1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Estado de ánimo	Psicologico	1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Irritabilidad		1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Ansiedad		1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Cansancio Físico y mental		1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Alteraciones sexuales	Urogenital	1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Molestias con la vejiga		1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta
Sequedad vaginal		1.Molestia Ausente 2.Molestia Leve 3.Molestia Moderada 4.Molestia Severa 5.Molestia Muy Severa	Nominal	Encuesta

Tabla 2: Operacionalización de la variable dependiente
Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa.

3.6. Plan de recolección de la información

Recolección de datos

Los datos se obtuvieron a través de la fuente primaria de observación (encuesta) con enfoque sociodemográfico, preguntas cerradas, de varias opciones que ayudaron a evidenciar la problemática, alteraciones en las dimensiones biológica, psicológica y urogenital, durante la concurrencia de las mujeres a la consulta del Posgrado de Medicina Familiar, o durante la labor extramural y como fuente secundaria la revisión de historias clínicas.

Los instrumentos fueron aplicados por la autora de la investigación.

Encuesta y Escala de Puntuación Menopáusica

Es un cuestionario compuesto por catorce preguntas que incluye la escala de puntuación de menopausia dividida en tres dominios:

1. **Somático:** Incluye bochornos, sudoración excesiva, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (las preguntas que valora este dominio son: (1, 2, 3 y 4)
2. **Psicológico:** Estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (las preguntas que valora este dominio es: (5, 6 y 7)
3. **Urogenital:** Problemas sexuales, de vejiga y sequedad vaginal (las preguntas que valora este dominio son (8, 9, 10 y 11,)⁷⁰.

Para cada pregunta la mujer otorgó una valoración de 0 a 4 así:

(0 =ausente; 1 =leve; 2 =moderado; 3=severo; 4 =muy severo).

El puntaje de MRS total será la suma de los puntajes obtenidos de las once preguntas.

Puntuación:

Ligero	De 0 a 15 puntos
Moderado	De 16 a 30 puntos
Severo	De 31 a 44 puntos ⁶

En base a los resultados se elaboró un algoritmo de manejo desde el primer nivel de atención⁶.

El método de recolección de datos

Se obtuvo a través de:

- a) Encuesta (Anexo 2) consta de 14 preguntas, las 13 primeras preguntas involucran aspectos sociodemográficos, manejo desde la Atención Primaria de Salud, y conocimiento de las mujeres durante esta etapa, la pregunta 14 corresponde a la escala de Puntuación de la Menopausia. Escala de Puntuación de la Menopausia (Anexo 3) para medir las alteraciones de los dominios somático psicológico y urogenital a su vez tiene 11 preguntas.
- b) Historias Clínicas donde se valora las prestaciones de servicio, con el respectivo registro.

Factores de riesgo: (Mínimo tres prestaciones de lo siguiente) Presión arterial (acostada y sentada), riesgo cardiovascular, consideramos riesgo cardiovascular alteración de los siguientes parámetros: peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura > 80 centímetros)⁵⁸.

Además de estos factores, se encuentra el descenso de los niveles de estrógenos, asociado a la Menopausia, que producen la elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), y el descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL)

Examen clínico: (Mínimo tres prestaciones de lo siguiente), estatura, peso, circunferencia de cintura, presión arterial, examen físico completo⁵⁸.

Examen ginecológico: (Mínimo dos de lo siguiente) Inspección de genitales externo, internos de vulva y vagina (énfasis en trofismo, lubricación, presencia de prolapso, evaluación de incontinencia de orina con test de esfuerzo), especuloscopia, visualización del cuello uterino, tacto vaginal (características del útero y los anexos), toma de muestra para citología cervical (Papanicolaou)⁵⁸.

Exámenes complementarios: Solicitud de exámenes según disponibilidad en el primer nivel de atención.

- Hemograma, si hay sangrado anómalo
- VDRL – VIH.
- Colesterol HDL.
- Triglicéridos
- Elemental y Microscopico de orina⁵⁶.

3.7. Plan de procesamiento y análisis

Método de depuración de información

Se consideró la codificación preestablecida según las variables del estudio, se elaboraron tablas, cuadros y gráficos con el propósito de presentar de manera organizada los resultados obtenidos en la presente investigación.

Elaboración de bases de datos

La información recolectada se procesó en una base de datos en el programa estadístico SPSS 6.0

Ingreso de información

Se creó un documento en Excel con una base de datos en el SPSS 6.0 a partir de la cual los datos fueron procesados y analizados.

Métodos de análisis de la información

Cualitativo

El estudio permitió saber el dominio mayormente afectado y el manejo durante el climaterio de las mujeres de 40 a 60 años de edad en el primer nivel de atención.

Cuantitativo

Se utilizaron medidas de resumen para variables cuantitativas como porcentaje, media, y desviación estándar teniendo en cuenta el tipo de variable. Se utilizó Chi cuadrado⁷⁵.

Capítulo 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

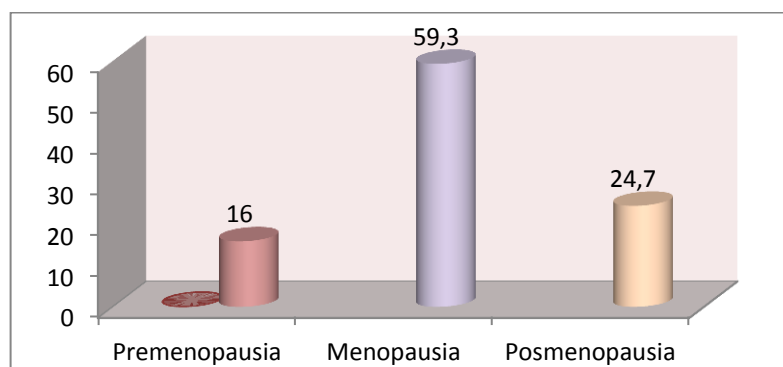
4.1. Etapas del climaterio

El climaterio es una fase biológica de la vida que comprende la transición entre el período reproductivo y el no reproductivo de la mujer, siendo la menopausia el marco de esta fase, correspondiendo al último ciclo menstrual, solamente reconocida después de pasados doce meses de esta ocurrencia, que normalmente se da de los 48 años los 50 años de edad⁵⁸.

Se ha estimado que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres, esta esperanza de vida, que es de casi un año mayor a la de Latinoamérica, en su conjunto denota una mejora extraordinaria, ya que a mediados del siglo anterior los ecuatorianos esperaban vivir tan sólo 48,3 años⁷⁶.

La esperanza de vida alcanza los 84,56 años en España en las mujeres y la edad a la que aparece la Menopausia es de 50,1 años de media (se considera normal entre los 40 y 55 años)⁸, por lo que aproximadamente durante 30 años la mujer experimenta cambios durante el climaterio.

Gráfico 4: Distribución de mujeres según etapas del climaterio, EU05 Pujilí 2015-2016.



Fuente: Tabla 3

Elaborado: Mayra Vela Ch.

En el gráfico 4 (Anexo 4) encontramos que la distribución de mujeres según fecha de la última menstruación, más no a un diagnóstico clínico, el 59.3% se encontraban en etapa de menopausia seguido del 24,7% que se encontraron en etapa de posmenopausia y 16% en la etapa de premenopausia.

En el grupo de 40 a 60 años de edad del EU 05 Pujilí el promedio de presentación de la premenopausia a los 49 años de edad y la $S=5.985$, mientras que para la menopausia el promedio de presentación fue a los 47 años de edad y la $S=3.477$ y el promedio de presentación de la posmenopausia fue a los 52 años de edad y la $S=5.370$.

Según Sariol, la etapa promedio de cambios hormonales inicia desde los 40 años hasta los 55 como edad promedio, razón por la cual la población estudiada comprende desde los 40 a 60 años de edad⁸, la mujer al pasar varios años con cambios hormonales necesita atención integral e individualizada desde el primer nivel.

La edad de presentación de la menopausia resulta ser un indicador socioeconómico, para Santiestevan³⁴, siendo en países subdesarrollados la edad de presentación de la menopausia a los 48 años de edad, con una media de presentación de la menopausia a los 47 años en algunos países subdesarrollados de America y para países desarrollados a los 52 años de edad³⁴, lo cual coincide con nuestro estudio, la edad de presentación de la menopausia fue a los 47 años de edad.

4.1.2.Prestaciones de Salud

Considerada como prestaciones de salud toda acción que el médico realiza a las mujeres dentro de las prestaciones está la identificación de factores de riesgo biológico, ambiental, social, examen clínico completo, examen ginecológico que incluye revisión de mamas, genitales externos, internos, con la toma de papapicolaou, exámenes complementarios, así como la prevención y consejería.

La revisión documental solo se pudo realizar en 135 historias clínicas, pues 15 mujeres reciben atención en el nivel secundario.

Tabla 4: Distribución de mujeres según presencia de factores de riesgo registrados en historia clínica y etapas del climaterio.

Factores de riesgo	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	5	3.7	32	23.7	11	8.1	48	35.6
No	18	13.3	51	37.8	18	13.3	87	64.4
Total	24	17.0	89	61.5	37	21.5	135	100

$$X^2 = 2.313 \quad gl = 2 \quad p = 0,31$$

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Como se observa en la tabla 4 podemos apreciar que no fueron registrados los factores de riesgo en la historia clínica representando el 64,4% (87), seguido de un 35,6%(48) dondende si fueron registrados.

Para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado de Pearson con un resultado de una $p = 0,031$, con un coeficiente contingencia de 2,31, lo que nos indica que es significativo entre las 2 variables.

La atención primaria de salud es el primer contacto o quizá el único, que tiene la mujer, siendo necesario identificar los factores de riesgo relacionados con el climaterio, el no registro pudiera estar asociado al desconocimiento de los profesionales desde una visión integral, además de no contar con un algoritmo o protocolo de manejo para esta etapa.

El examen clínico completo tiene una gran importancia para el diagnóstico adecuado, presentamos a continuación la distribución de mujeres del estudio según el examen clínico registrado en la historia clínica.

Tabla 5: Relación de mujeres según realización de examen clínico y etapas del climaterio.

Examen Clínico	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	0	0.0	2	1.5	2	1.5	4	3.0
No	23	17.0	81	60.0	27	20.0	131	97.0
Total	23	17.0	89	61,5	37	21,5	135	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa $X^2 = 2.973$ $gl = 2$ $p = 0,226$

En relación al examen clínico completo la tabla 5 muestra la distribución de las mujeres a las cuales se les realizó o no el examen clínico completo, según etapas del climaterio, encontramos en la revisión de las historias clínicas que el 97%(131) de mujeres no les habían realizado un examen clínico completo mientras que el 3% (4)de mujeres si tenían registrado un examen clínico completo, no existiendo significación estadística entre las dos variables, se obtuvo el Chi cuadrado con un resultado de $p = 0,22$, coeficiente contingencia de 2,973, lo que nos indica que no existe significación entre las 2 variables

Según Doubova, en el sistema sanitario de los países de occidente, la menopausia se concibe como una enfermedad y por lo tanto va a ser tratada, con medicamentos y la mayor parte de las consultas de estas mujeres serán sobre síntomas físicos, dejando a un lado los problemas psicosociales⁷⁷, difiere de nuestro estudio pues consideramos a la menopausia como una etapa normal de la vida de la mujer teniendo en cuenta que el climaterio según la OMS (Organización Mundial de la Salud) “es una etapa natural en la vida de la mujer y no debe ser entendido como un proceso patológico” La OMS también establece una definición de menopausia, y ésta es: “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas que la justifiquen⁵⁰.”

En el nivel primario el tiempo asignado para la atención médica es de 10 a 15 minutos, razón por la cual consideramos que el resultado obtenido en el estudio haya sido muy bajo, así como la no existencia de un protocolo o algoritmo de

atención, además de que estas pacientes no son atendidas según ciclo de vida solo brindamos atención cuando acuden con sintomatología.

El examen ginecológico, es un procedimiento que esta normado en la atención de primer nivel, tiene como propósito la prevención en salud y tratamiento de enfermedades del aparato reproductor³².

Tabla 6: Distribución de mujeres según examen ginecológico registrado en la historia clínica y etapas del climaterio.

Examen Ginecológico	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	0	0.0	1	0.7	4	3.0	5	3.7
No	23	17.0	82	60.7	25	18.5	130	96.3
Total	24	17	89	61.5	37	21.5	135	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa $\chi^2 = 10,615$ gl= 2 p= 0,05

En la tabla 6 podemos apreciar que el examen ginecológico no estuvo registrado en la historia clínica, representando por el 96,3% (130), seguido de un 3,7% (5) de historias clínicas que si estuvo registrado.

Para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado de Pearson con un resultado de una p =0,05 coeficiente contingencia de 10,61, lo que nos indica que existe asociación entre las 2 variables.

El examen ginecológico es un procedimiento de importancia, mas durante la etapa del climaterio, en esta edad la mujer puede debutar con patologías como el cáncer de mama, cérvix,etc y cambios propios de la edad, en el presente estudio la mayoría de las historias clínicas no registro este procedimiento posiblemente por el tiempo asignado a la consulta, por que el manejo esta relacionadao a un síntoma como las alteraciones menstruales.

Para Couto, el examen ginecológico realizado resultó estar dentro de los parametros normales en un 85% , con la toma de Papanicolaou se detectó que un 97,5% de los resultados fueron negativos para células neoplásicas²⁵.

Dentro de los procedimientos de diagnóstico para confirmar o descartar patologías se solicitan exámenes complementarios de acuerdo a la disponibilidad del primer nivel de atención.

Tabla 7: Distribución de mujeres según prescripción de exámenes complementarios y etapas del climaterio.

Exámenes complementarios	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	14	10.4	40	29.6	19	14.1	73	54.1
No	9	6.7	43	31.9	10	7.4	62	45.9
Total	24	17.0	89	61.5	37	21.5	135	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa $X^2=03,11$ gl= 2 p= 0,21

Como se muestra, en la tabla 7, encontramos en la revisión de las historias clínicas que el 54,1%(73) de los prestadores de salud solicitaron exámenes complementarios, mientras que en el 45,9% (62) de historias clínicas no se evidenció el registro de dicha solicitud.

Para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado de Pearson con un resultado de una p= 0,21 coeficiente contingencia de 3,11 lo que nos indica que no existe asociación entre las dos variables.

Se observa que existió un alto registro de solicitud de exámenes complementarios, pudiendo estar relacionados con la falta de tiempo para llegar a un diagnóstico mediante el examen clínico completo, y más bien se apoyan con la petición de exámenes .

4.1.3 Prevención

La promoción en salud y la prevención de enfermedades juegan un papel fundamental, en lograr estilos de vida saludables. Llevar una vida sana, junto con factores culturales y medioambientales saludables, hacen que la mujer tenga una menor probabilidad de padecer todos los signos, síntomas y enfermedades que aparecen en la etapa del climaterio⁷⁷.

La actividad física tiene un poderoso efecto sobre la salud mental y física, algo que todos conocen pero pocos la ponen en práctica, el ejercicio realizado

regularmente es un antídoto contra los trastornos del sueño, cambios de carácter, permitiendo el bienestar de las mujeres durante el climaterio³⁷.

Tabla 8: Distribución de mujeres según actividad física y etapas del climaterio.

Actividad Física	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	2	8,3	19	21,3	7	18,9	28	18,7
No	22	91,7	70	78,7	30	81,1	122	81,3
Total	24	16	89	59,3	37	24,7	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa $X^2=2,111$ gl= 2 p= 0,348

En la tabla 8 podemos apreciar que las mujeres que no realizan actividad física corresponden al 81,3% (122), seguido del 18,7% (28), que manifiesta realizar algún tipo de actividad física. Para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado con un resultado de una $p=0,348$ coeficiente contingencia de 2,111 lo que nos indica que no hay asociación entre las dos variables.

El estudio de Pascual, indica que el 81% de mujeres de 40 a 60 años de edad no realiza actividad física, en relación al 18,7% que si lo hacen⁷⁸, resultado similar al nuestro.

La actividad física ayuda a prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, según Aguirre, además de mejorar la densidad ósea y prevenir la osteoporosis⁵³.

Zapata indica que en los primeros 20 años de vida se produce un aumento de la masa ósea, la mujer presenta un 20% menos de aumento que el hombre, por razones genéticas. Pero si la mujer efectúa ejercicio físico regular e ingieren una alimentación rica en calcio, el aumento de la masa ósea es mayor, es decir, se está comenzando a prevenir la osteoporosis⁷⁹.

La mujer activa no solo obtiene un beneficio fisiológico inmediato, está evitando el desarrollo de enfermedades crónicas además de asegurar una calidad de vida en el futuro, nunca es demasiado tarde para sacarle provecho a la actividad física ya que mejora la función del sistema cardiovascular, mayor fuerza y resistencia muscular incrementando también la flexibilidad³⁴.

Tabla 9: Distribución de mujeres según consumo de sustancias tóxicas y etapas del climaterio.

Consumo de sustancias	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Tabaco	0	0	2	2,2	0	2,2	2	1,3
Café y té	8	33,3	42	47,2	14	37,8	64	42,7
Alcohol	0	0	2	2,2	0	2,2	2	1,3
Ninguno	16	66,7	43	48,3	23	62,2	82	54,7
Total	24	16	89	59,3	37	24,7	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa $X^2=5,53$ gl= 6 p= 0,478

En la tabla 9 podemos apreciar que las mujeres que no consumen sustancias tóxicas representan el 54,7% (82), seguido de un 42,3% (64) de mujeres que consumen café y té, y el 1,3% (2) represento a las mujeres que consumen tanto alcohol como tabaco.

Para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado de Pearson con un resultado de una $p=0,478$ coeficiente contingencia de 5,53 lo que nos indica que no existe asociación entre las 2 variables.

Según Aguirre, el consumo de tabaco acelera el metabolismo de los estrógenos exógenos e induce a la aparición de la menopausia de forma temprana, afecta negativamente a la actividad osteoblástica del hueso, disminuye la absorción intestinal del calcio; también guarda relación con el sufrimiento de sofocos, y a su vez está determinado por la cantidad de cigarrillos, el consumo de café indica que la cafeína aumenta la descalcificación⁵³.

En nuestro estudio lo más frecuente fue, consumo de café y té, por lo que es necesario promocionar estilos de vida saludables.

En el presente estudio se indago sobre algún tipo de tratamiento que recibían las mujeres durante el climaterio, sin especificación es decir farmacológico o no farmacológico.

Tabla 10: Distribución de mujeres según tratamiento utilizado y etapas del climaterio.

Tratamiento utilizado	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	5	3,3	19	12,7	16	10,7	40	27
No	19	12,7	70	46,7	21	4	110	73
Total	24	16	89	59,4	37	24,7	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

$X^2=6,904$ gl= 2 p= 0,03

En lo referente al tratamiento utilizado por las mujeres tanto farmacológico como no farmacológico al momento de realizar la encuesta, se obtuvo que el 73% (110) de las mujeres no utiliza ningún tratamiento, mientras que el 27% (40) refieren utilizar algún tipo de tratamiento.

Para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado con un resultado de una $p=0,032$ coeficiente contingencia de 6,904 lo que nos indica que existe asociación entre las 2 variables, lo que nos indica que existe asociación estadística entre las variables, resultando significativa.

Santiesteban considera que el climaterio era sólo un asunto médico, las mujeres acudían a las consultas y les recetaban estrógenos u otros tratamientos farmacológicos. En la actualidad, el uso de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) ha disminuido drásticamente en la mayoría de los países desarrollados, como consecuencia de la publicación de infinidad de ensayos clínicos, donde se prueba el carácter cancerígeno de la TRH (aumenta el riesgo de cáncer de mama y de endometrio), además de aumentar el riesgo de padecer una enfermedad coronaria arterial, un accidente cerebrovascular y tromboembolismos. Por todo lo anterior, las mujeres están buscando nuevas formas de tratamiento que no tengan tantos efectos secundarios sobre su salud³⁴.

Según los estudios realizados por Nina se ha demostrado que los fitoestrógenos son un tratamiento natural que mejora las alteraciones del estado de ánimo de las mujeres menopausicas⁴¹.

En relación con el estudio anterior el resultado del presente estudio, tienen relación puesto que las mujeres en etapa del climaterio del EU05 Pujilí hacen uso de sustancias que se encuentran en la naturaleza, como hierbas, alimentos, vitaminas y otras sustancias naturales, por transmisión de generación en generación pues consumen plantas medicinales como la alfalfa, semillas de girasol, linaza, alimentos como soya, higo, zapallo, suplementos vitamínicos como calcio, vitamina D, ginseng, ginkobiloba con el propósito de disminuir los síntomas.

4.1.4. Consejería

El climaterio provoca en las mujeres temor, desaliento, confusión, rechazo y ansiedad, generalmente provocado por la falta de información. Por ello el personal de salud debe proporcionar las pautas necesarias para que las mujeres puedan superar esta etapa satisfaciendo sus propias necesidades biopsicosociales de la mejor manera posible, con ello provocando el menor deterioro posible en la vida de las mujeres⁵⁶.

Tabla 11: Distribución de mujeres según consejería y etapas del climaterio. EU05 Pujilí 2015-2016.

Consejería	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	9	6	39	26,0	18	12,0	66	44
No	15	10	50	33,3	19	12,7	84	56
Total	24	16	89	59,3	37	24,7	150	100

Fuente: Historia Clínica **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa $X^2=0,737$ gl= 2 p= 0,692

En la tabla 11 podemos apreciar que las mujeres que no recibieron consejería relacionada al climaterio representaron el 56% (84) seguido de un 44% (66) de mujeres que si recibieron.

El análisis estadístico resultó no significativo con un Chi cuadrado p=0,692 coeficiente con un contingencia de 0,737 no existiendo asociación entre las 2 variables.

Las prestaciones de salud son amplias en la atención de primer nivel, en nuestra investigación se evidencio que la atención integral en las mujeres de 40 a 60 años de edad, no fue integral teniendo en cuenta la revisión de 135 historias clínicas de un total de 150, de estas, 15 historias clínicas no se revisaron por recibir atención en otro nivel.

Las acciones del personal de salud a las mujeres durante la etapa del climaterio se lo debe realizar de una manera integral involucrando acciones de promoción y prevención.

Tabla 12: Distribución de mujeres climatericas según el accionar médico.

		Etapas del climaterio						Total		P
		Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%	
		N°	%	N°	%	N°	%			
Prestaciones	Factores de riesgo	18	13,3	51	37,8	18	13,3	87	64,4	0,31
	Examen Clinico	18	12,0	56	37,6	24	16,0	98	72,6	0,22
	Examen Ginecologico	23	17,0	82	60,7	25	18,5	130	96,3	0,05
	Exámenes complementarios	9	6,7	43	31,9	10	7,4	62	45,9	0,21
Prevención	Actividad Física	22	91,7	7	78,7	30	81,1	122	81,3	0,34
	Consumo de sustancias	16	66,7	43	48,3	23	62,2	82	54,7	0,47
	Tratamiento	19	12,7	70	46,7	21	4,0	110	73,0	0,03
Promoción	Consejeria	15	10,0	50	33,3	19	12,7	84	56,0	0,69

Fuente: Historia Clínica y Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

La Tabla 12 muestra la revisión de historias clínicas en cuanto a las prestaciones de salud, se obtuvieron los siguientes resultados: no se registró examen ginecológico en un 96,3%, seguido del no registro del examen clínico en un 72,6%, no se registró factores de riesgo en un 64,4% y no se registró la solicitud de exámenes complementarios en un 45,9%.

El análisis estadístico resultó significativo con un Chi cuadrado $p=0,05$ coeficiente con un contingencia de 0,737 existiendo asociación entre climaterio y examen ginecológico.

En lo referente a la prevención las mujeres encuestadas indicaron que el 81,3% no realizaban ningún tipo de actividad física, el 73% no recibían ningún tipo de

tratamiento sea este farmacológico o no farmacológico, mientras que un 54,7% consume sustancias tóxicas.

El análisis estadístico resultó significativo con un Chi cuadrado $p=0,03$ coeficiente con un contingencia de 6,904 existiendo asociación entre climaterio y algún tipo de tratamiento.

Según Cabrera, las competencias médicas en el manejo del climaterio en médicos de atención primaria indicó que el 98,7% presentó un nivel bajo en el diagnóstico y tratamiento de mujeres en etapa del climaterio¹.

Es frecuente que las pacientes acudan al médico sobre la menopausia y, en general los médicos en la consulta se dedican a los problemas biológicos, excepto que la paciente plantee otro problema. En la mayoría de las veces se realiza una valoración puramente sintomática y rápida del problema, dándole como respuesta la medicalización a sus quejas¹⁹.

Teniendo en cuenta estos resultados considera la autora de la investigación que a este grupo poblacional el cual es mayoritario, no se le brindó atención integral en salud, pues muchos aspectos en los cuales se debe trabajar desde la óptica de la promoción de salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación oportuna, no fueron indagados, por lo que se demuestra la necesidad de realizar un algoritmo para la atención de las mujeres en la etapa climatérica y con ello se le ofrecería atención indispensable para mejorar la calidad de vida de la mujer en este periodo.

4.1.5. Trastornos biológicos, psicológicos y urogenitales

Los síntomas vasomotores aparecen precozmente y están relacionados con la disminución de los niveles de estrógenos los sofocos, constituyen el síntoma más frecuente, consiste en una oleada de calor en cara, cuello y pecho acompañada de vasodilatación cutánea de la zona y sudoración. Su duración y frecuencia son variables siendo más habituales en momentos de estrés y durante la noche (hecho que agrava el insomnio). Terminan desapareciendo conforme pasan los años (3-5

años). En algunas mujeres pueden tener gran repercusión en su vida social y laboral. Aunque se desconoce la causa de los sofocos se piensa que su origen es hipotalámico y que están relacionados con los bajos niveles de estrógenos y los picos de LH⁵².

Tabla 13: Distribución de mujeres según sofocos y etapas del climaterio.

Sofocos	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	0	0	16	10,7	6	4	22	14,7
Molestia leve	4	2,7	21	14	10	6,7	35	23
Molestia moderada	4	2,7	19	12,7	7	4,7	30	20
Molestia severa	6	4,0	9	6,0	3	2	18	12
Molestia muy severa	10	6,7	24	16,0	11	7,3	45	30
Total	24	16,1	89	59,4	37	24,7	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

La molestia de sofocos es percibida por 128 mujeres (molestia leve, moderada, severa, muy severa) que representan el 85,3%, para aquellas que estaban en etapa de menopausia con el 48,6%, seguido del 20,6% las que se encontraban en posmenopausia y 16,1% las que estaban en premenopausia. No presentaron sintomatología el 14.7% (22).

La presencia de sofocos para Gonzáles se presentó durante la menopausia en un 87,5 %⁸⁰ predominando la sintomatología de moderada a severa, difiriendo de nuestro estudio pues predominaron las molestias leve y muy severa.

Según Doubova, los sofocos en las mujeres durante la menopausia en países occidentales están presentes entre un 45-55,5% durante el climaterio⁷⁷. Resultando similar a nuestros resultados.

Los estrógenos producen aumento de los niveles de HDL y disminución del LDL por lo que la deprivación estrogénica aumenta el riesgo en la mujer de presentar enfermedad coronaria (desaparecen sus efectos protectores, formación de placas de ateroma y la aterosclerosis). Además, el endotelio vascular tiene receptores para los estrógenos que van a producir vasodilatación arterial, especialmente de las coronarias⁵².

Tabla 34: Distribución de mujeres según molestias del corazón y etapas del climaterio.

Molestias del corazón	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	2	1,3	25	16,7	3	2	30	20,1
Molestia leve	4	2,7	20	13,3	9	6	33	22,0
Molestia moderada	9	6,0	22	14,7	10	6,7	41	27,3
Molestia severa	4	2,7	7	4,7	6	4	17	11,2
Molestia muy severa	5	3,3	15	10,0	9	6	29	19,4
Total	24	16	89	59,4	37	24,7	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Las molestias del corazón como se observa en la tabla 14 , presentaron 120 mujeres es decir el 80,0% (molestia leve, moderada, severa, muy severa) de éstas el 42,7% estaban en la etapa de menopáusica, el 22,6% se encontraban en etapa de posmenopausia y el 14,7% se encontraron en la premenopausia, no presentaron sintomatología el 20,1% (30).

Los estrógenos mejoran diversos fenómenos no ateroscleróticos, no se ha comprobado su utilidad en la prevención de la cardiopatía isquémica.

Sin embargo en países desarrollados , la mortalidad de la mujer posmenopáusica se explica por afección cardiovascular como cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular.

Para Gonzales, en un estudio realizado en mujeres climatericas las molestias cardíacas se presentaron en un 52,5%⁸⁰, siendo diferente a nuestros resultados donde fue más frecuente en las mujeres estudiadas.

El dolor articular no es raro que se presente en la mujer postmenopáusica o refiera dolor difuso en rodillas y columna pudiendo estar asociado a osteoporosis, aplastamiento vertebral producirá dolor de espalda, deformidad de la columna y disminución de la talla; se produce una pérdida de masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del hueso. La masa ósea se renueva de forma constante mediante los osteoblastos y se reabsorbe con los osteoclastos. La osteoporosis se caracteriza por una disminución de la masa ósea debida a que la tasa de resorción del hueso

(actividad osteoclástica) es mayor que la de síntesis (actividad osteoblástica). La masa ósea comienza a disminuir a partir de los 40 años y esta pérdida se acelera alrededor de la menopausia¹².

Tabla 15: Distribución de mujeres según molestias osteomiarticulares y etapas del climaterio.

Molestias osteomiarticulares	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	0	0,0	5	3,3	3	2,0	8	5,3
Molestia leve	3	2,0	22	14,7	5	3,3	30	20
Molestia moderada	5	3,3	21	14,0	4	2,7	30	20,0
Molestia severa	11	7,3	21	14,0	3	8,7	45	30,0
Molestia muy severa	5	3,3	20	13,3	12	8,0	37	24,7
Total	24	15,9	89	59,3	27	24,7	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

El 94,7% (molestia leve, moderada, severa y muy severa) de mujeres que presentaron molestias osteomioarticulares, de ellas el 56,1% de mujeres se encontraban en etapa de menopausia, seguido de un 22,7% en la posmenopausia y el 15,9% durante la premenopausia. No presentaron sintomatología el 5,3%.

El porcentaje es alto para esta alteración relacionado con estilos de vida inadecuado como el sedentarismo falta de consumo de colágeno, calcio y la nutrición⁷⁴.

Para Gonzales, los síntomas musculares y articulares se presentaron en un 67,5%⁸⁰, resultado que difiere del nuestro donde apreciamos que se presenta con mayor frecuencia

En ocasiones resulta difícil determinar entre los síntomas referidos por las mujeres, dependen del proceso de envejecimiento, más únicamente del déficit estrógeno por lo que no se los relaciona directamente con el climaterio.

Existen receptores estrogénicos en el sistema límbico y en el hipocampo. Además, los factores sociales, culturales y la vivencia que cada mujer tenga del climaterio van a influir en la sintomatología psíquica de esta etapa de la vida. Lo más frecuentes son los trastornos del sueño, muchas mujeres refieren insomnio⁵².

Tabla 16: Distribución de mujeres según molestias del sueño y etapas del climaterio.

Problemas de sueño	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	2	1,3	15	10	5	3,3	22	14,7
Molestia leve	3	2	14	9,3	8	5,3	25	16,7
Molestia moderada	7	4,7	23	15,3	7	4,7	37	24,7
Molestia severa	4	2,7	16	10,7	4	2,7	24	16
Molestia muy severa	8	5,3	21	14	13	8,7	42	28
Total	24	16	89	59,3	37	24,7	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

En relación a las molestias del sueño como se observa en la tabla 16 en el 85,3% mujeres presentan este trastorno (molestia leve, moderada, severa y muy severa), de las cuales, el 14,7% estaban en etapa premenopausica, el 49,3% estaban en la menopausia y el 21,4% se encontraban en posmenopausia, mientras que el 14,7% no presentan sintomatología.

Según Monterrosa en su estudio de prevalencia del sueño, mostró que la alteración del sueño durante la menopausia se presentó en un 17,6% como consecuencia de sofocos en un 19,3%⁹.

Difiere de nuestro estudio por presentar alteraciones del sueño en un alto porcentaje durante la menopausia pudiendo estar asociada a varias alteraciones durante etapa del climaterio como ansiedad, depresión, y principalmente los sofocos.

Las alteraciones psicologicas dependen de factores socioculturales y de la personalidad de la mujer. Entre ellas, las más frecuentes son: insomnio, ansiedad, irritabilidad y cambios de humor, tendencia a estados de ánimo depresivos, disminución del apetito sexual, disminución de la capacidad de concentración y pérdida de memoria⁵².

Tabla 17: Distribución de mujeres según estado depresivo y etapas de climaterio.

Estado depresivo	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	1	0,7	11	7,3	5	3,3	17	11,3
Molestia leve	5	3,3	21	14	5	3,3	31	20,7
Molestia moderada	8	5,3	29	19,3	11	7,3	48	32
Molestia severa	6	4	16	10,7	8	5,3	30	20
Molestia muy severa	4	2,7	12	8	8	5,3	24	16
Total	24	16	89	59,3	37	24,5	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Las alteraciones depresivas se presentaron en el 88,7% (molestia leve, moderada, severa, muy severa) de estas 52,2% estaban en etapa de menopausia, mientras que el 21,2% estaban en la posmenopausia y el 15,3% se encontraron en premenopausia. No registraron sintomatología 17 mujeres para un 11,3%.

La depresión es un síntoma bastante presente en las mujeres menopáusicas según Taylor y colaboradores indica que hay disminución de la energía y la actividad, bajos niveles de autoestima, pueden alterar el sueño, el apetito, etc. En un estudio realizado en Iran encuentran que sufren esta patología alrededor de un 36% de mujeres entre los 40 y 59 años de edad. En este estudio realizado defienden que a mayor edad de la mujer, mayor es la depresión que experimenta³⁸, siendo similar a nuestros resultados donde la depresión esta presenta en las mujeres en etapa de la menopausia.

Los síntomas psicoafectivos como la irritabilidad, ansiedad son realcionados con la menopausia pero puede depender más de las características previas de la mujer así las mujeres con una concepción más positiva a la menopausia , experimentarían menor sintomatología¹⁹.

Tabla 18: Distribución de mujeres según irritabilidad y etapas de climaterio.

Irritabilidad	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	1	0,7	8	5,3	3	2,0	12	8,0
Molestia leve	7	4,7	16	10,7	4	2,7	27	18,0
Molestia moderada	4	2,7	35	23,3	8	5,3	47	31,4
Molestia severa	6	4,0	18	12,0	8	5,3	32	21,3
Molestia muy severa	6	4,0	12	8,0	14	9,3	32	21,3
Total	24	16,1	89	59,3	37	24,6	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

La irritabilidad se presentó en un 92% (molestia leve, moderada, severa y muy severa) presentan esta molestia, de las cuales el 54% de mujeres se encontraban en etapa de menopausia, el 22,6% durante la posmenopausia y solo el 15,4% durante la premenopausia, no presentaron sintomatología en el 8,0%.

Respecto a las alteraciones de irritabilidad para Couto, en el estudio realizado en Cuba, señala que los síntomas psicológicos son los predominantes en el grupo de mujeres climatéricas sintomáticas²⁵.

Situación similar en nuestro estudio ya que la irritabilidad se presenta mayormente en la etapas de la menopausia y posmenopausia.

En dependencia de las múltiples actividades que realiza la mujer, existe una variedad de cambios durante el climaterio en la dimensión psicológica se presentan alteraciones como la ansiedad, influyendo en el bienestar de las mujeres, en su desempeño familiar social, laboral²⁵.

Tabla 19: Distribución de mujeres según ansiedad y etapas de climaterio.

	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
Ansiedad	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Molestia ausente	0	0	5	3,3	2	1,3	7	4,7
Molestia leve	3	2	13	8,7	3	2	19	12,7
Molestia moderada	8	5,3	38	25,3	8	5,3	54	36,0
Molestia severa	6	4	20	13,3	11	7,3	37	24,7
Molestia muy severa	7	4,7	13	8,7	13	8,7	33	22,0
Total	24	16	89	59,3	37	24,6	150	100

La ansiedad se presentó en un 95,3% (molestia leve, moderada, severa y muy severa) presentan esta molestia, el 56% de mujeres se encontraban en etapa de menopausia, seguido de un 23,3% durante la posmenopausia y un 16% durante la premenopausia, no presentaron sintomatología en un 4,7%.

En dependencia de las múltiples actividades que realiza la mujer en esta etapa al cuidado de la familia, trabajo, etc y los cambios propios pudieran incrementar las alteraciones psicológicas.

En el estudio de Ulloque, concluyo que hubo incidencia significativa de síntomas psicológicos, en las posmenopáusicas, ansiedad, depresión e irritabilidad y en mayor frecuencia ansiedad⁶⁶. Resultados similares al nuestro, la ansiedad se presentó mayormente en mujeres en etapa de menopausia.

Las necesidades energéticas al igual que la actividad física están disminuidas en esta etapa de la vida de la mujer por la aparición de algunas enfermedades crónicas, además de asociarse a estrés, cambios en las labores cotidianas de la mujer³⁷.

Tabla 20: Distribución de mujeres según agotamiento físico y etapas de climaterio.

Agotamiento Físico	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	1	0,7	4	2,7	3	2,0	8	5,3
Molestia leve	3	2,0	12	8,0	1	0,7	16	10,7
Molestia moderada	4	2,7	28	18,7	5	3,3	37	24,7
Molestia severa	11	7,3	34	22,7	17	11,3	62	41,3
Molestia muy severa	5	3,3	11	7,3	11	7,3	27	18,0
Total	24	16	89	59,4	37	24,6	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

El agotamiento físico se presentó en un 94,7% (molestia leve, moderada, severa y muy severa) presentan esta molestia, el 56,7% de mujeres se encontraban en etapa de menopausia, seguido de un 22,6% durante la posmenopausia y un 15% durante la premenopausia, nopresentaron sintomatología en el 5,3%.

Según Ulloque, la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes, artritis, problemas psíquicos, incrementa la posibilidad de padecer limitación , agotamiento físico en las mujeres climatéricas⁶⁶, resultado que coincide con nuestro estudio.

Hay que tener en cuenta que el climaterio aparece en un momento en el que la mujer está pasando por una serie de cambios sociales y familiares importantes (pérdida de la juventud, cuidado de nietos, personas mayores, problemas sexuales, etc.), lo cual puede provocar una visión negativa hacia la menopausia²⁵.

A mediano plazo se presentan alteraciones dentro de estas, de la sexualidad, por eso es necesario conocer evaluar integralmente el bienestar de las mujeres durante el climaterio, mas aun en un tema delicado como la sexualidad debido a la cultura , actitudes pudieran influir en esta sintomatología¹⁹.

Tabla 21: Distribución de mujeres según problemas sexuales y etapas del climaterio.

Alteraciones sexuales	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	1	0,7	9	6,0	3	2,0	13	8,7
Molestia leve	3	2,0	23	15,3	4	2,7	30	20,0
Molestia moderada	8	5,3	24	16,0	7	4,7	39	26,0
Molestia severa	6	4,0	17	11,3	12	8,0	35	23,3
Molestia muy severa	6	4,0	16	10,7	11	7,3	33	22,0
Total	24	16	89	59,3	37	24,7	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Los problemas sexuales se presentaron en un 91,3% (molestia leve, moderada, severa y muy severa), el 53,3% de mujeres se encontraban en etapa de menopausia, seguido de un 22,7% durante la posmenopausia y un 15,3% durante la premenopausia, no presentaron sintomatología en el 8,7%.

Según Martínez, con el paso de los años, el interés sexual va disminuyendo, las múltiples alteraciones provocadas por la menopausia, como la lubricación vaginal, la atrofia vaginal etc. tienen mucho que ver en la ausencia de interés sexual de la mujer. Además, va a estar determinado también por factores psicosociales (experiencia sexual previa), la personalidad de la mujer, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma⁶⁵.

Los cambios fisiológicos, como el acortamiento de la uretra distal, alcalinización del pH vaginal y desaparición de lactobacillus aumentan en la mujer las probabilidades de contraer una infección urinaria durante la etapa del climaterio, disminución del tono muscular a nivel del suelo pélvico durante esta etapa pueden presentar incontinencia urinaria¹⁴.

En el presente estudio las mujeres durante la menopausia presentan mayor alteración sexual, en relación a las mujeres durante la premenopausia y posmenopausia.

La influencia de estrógenos en órganos como la vagina ,vejiga, suelo pélvico, se hacen notorios en esta etapa de la mujer, ocasionando sequedad de las paredes de la vagina como resultado se presenta vaginitis, vulvitis con prurito, dolor predisponiendo a sufrir infecciones vaginales como la cistitis, además de presentar incontinencia urinaria por la relajación del suelo pélvico⁶⁰.

Tabla 22:Distribución de mujeres según alteraciones de vejiga y etapas del climaterio.

Alteración de vejiga	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	3	2,0	20	13,3	2	1,3	25	16,7
Molestia leve	4	2,7	26	17,3	6	4,0	36	24,0
Molestia moderada	7	4,7	21	14,0	12	8,0	40	26,7
Molestia severa	7	4,7	15	10,0	11	7,3	33	22,0
Molestia muy severa	3	2,0	7	4,7	6	4,0	16	10,7
Total	24	16,1	89	59,3	37	24,6	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Las alteraciones de vejiga se presentó en un 83,3% (molestia leve, moderada, severa, muy severa) de estas 46% estaban en etapa de menopausia, mientras que 23,3% se encontraban en posmenopausia y 14,1% se encontraron en premenopausia, no presentaron sintomatología en el 16,7%.

En un estudio realizado por Neslisah ²⁷ concluyó que las mujeres sexualmente inactivas presentaban una prevalencia menor de síntomas urogenitales, sin embargo en la guía de práctica clínica se defiende que una vida sexualmente activa ayuda a prevenir la atrofia y demás síntomas que se producen tanto a nivel vaginal como urológico, en nuestro estudio se evidencia la alteración, pero en relación a las practicas sexuales seria motivo de una nueva investigación en relación al climaterio.

Con el paso de los años, el interés sexual va disminuyendo. Las múltiples alteraciones provocadas por la menopausia, como falta de lubricación vaginal, la atrofia vaginal etc. tienen mucho que ver en la ausencia de interés sexual de la

mujer. Además, va a estar determinado también por factores psicosociales (experiencia sexual previa), la personalidad de la mujer, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma⁵⁶.

Tabla 23: Distribución de mujeres según etapas del climaterio y sequedad vaginal.

Sequedad vaginal	Etapas del climaterio						Total	
	Premenopausia		Menopausia		Posmenopausia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Molestia ausente	0	0,0	8	5,3	1	0,7	9	6,0
Molestia leve	4	2,7	23	15,3	2	1,3	29	19,4
Molestia moderada	4	2,7	16	10,7	4	2,7	24	16
Molestia severa	9	6,0	23	15,3	24	16,0	56	37,3
Molestia muy severa	7	4,7	19	12,7	6	4,0	32	21,3
Total	24	16,1	89	59,3	37	24,7	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

La sequedad vaginal se presentó en un 94% (molestia leve, moderada, severa, muy severa) de estas 54% estaban en etapa de menopausia, mientras que 24% se encontraban en posmenopausia y 16% se encontraron en premenopausia, no registraron sintomatología en el 6,0%.

Altarriva, indica que la sequedad vaginal predominó en las mujeres perimenopausicas 24,5% y posmenopausicas 25%³⁰ Resultado similar a nuestro estudio, en respuesta a la deprivación estrogénica, trastorno que puede ser controlado, con el propósito de mantener el bienestar de las mujeres y sus parejas.

4.1.6. Trastornos del climaterio y variables sociodemográficas

En la actualidad se ha pasado de una concepción restrictiva de la salud, centrada en el binomio salud-enfermedad, a un enfoque que entiende la salud como proceso social, centrandose el interés en comprender cómo las diferentes formas de organización social influyen sobre la salud y enfatizando el hecho de que la salud y la enfermedad están influidas no sólo por factores de riesgo individuales, sino también por factores grupales. Por tanto, la causa de la enfermedad, antes centrada en factores biológicos y atención sanitaria, está pasando a ser entendida como una interrelación de factores biológicos, sociales, económicos y políticos²⁸.

Los factores sociales influyen en las dimensiones del climaterio por lo que es necesario abordar los factores sociodemográficos¹⁰ como la ocupación, nivel de instrucción, estado civil, condiciones económicas, una sobrecarga de trabajo acompañada de los cambios propios de esta etapa pudieran empeorar los trastornos.

Tabla 24: Distribución de mujeres según ocupación y niveles de la escala MRS.

Ocupación	Niveles de la escala MRS						Total	
	Lijero		Moderado		Severo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Ama de casa	8	5.3	36	24.0	34	22.7	78	52.0
Jubilada	2	1.3	2	1.3	1	0.7	5	3.3
Trabajadora remunerada	21	14.0	33	22.0	13	8.7	67	44.7
Total	31	20.7	71	47.3	48	32.0	150	100

$$X^2=15,644 \text{ gl}= 6 \text{ p}= 0,004$$

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

En lo referente a la ocupación, el 52% (78) de mujeres son amas de casa, seguido del 44.7%(67) de mujeres son trabajadoras remuneradas dentro de las ocupaciones son artesanas, maestras, y secretarias, mientras que el 3,3% (5) son jubiladas.

En nuestro estudio pudimos detectar que las amas de casa tenían además a su cargo el cuidado de hijos, nietos y adultos mayores, incrementando la carga de trabajo, y con esta la sintomatología de la etapa.

Resultó significativo $X^2 = 15.644$ con una $p = (0,004)$ lo que demuestra que existe asociación entre la ocupación y el nivel de la escala MRS.

En estudio realizado por Santiesteban, la ocupación en las mujeres estuvo representado por el 27 % amas de casa; profesionales el 26 %; el 24 % ocupaban plazas técnicas; un 10 % eran obreras solo el 4 % dirigentes y un 9 % jubiladas o cuentapropistas. No hubo significación estadística cuando se correlacionó el síntoma principal referido por cada paciente con su ocupación de ese momento⁽³⁴⁾ Para Yanez la actividad principal era el trabajo sin remuneración en un 62,5% (n= 25) refiriéndose principalmente al trabajo realizado en el hogar con mayor trastornos⁶³.

Resultado que difiere del nuestro ya que sintomatología fue más frecuente en las amas de casa. Sin embargo nuestros resultados coinciden con el trabajo realizado por Yanez en el cual se demostró que las mujeres amas de casa presentan mayor sintomatología de la etapa del climaterio.

Tabla 25: Distribución de mujeres según instrucción y nivel de la escala MRS.

Instrucción	Nivel de la escala MRS						Total	
	Lijero		Moderado		Severo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Primaria	9	6.0	23	15.3	20	13.3	52	34.7
Secundaria	6	4.0	36	24.0	19	12.7	61	40.7
Superior	12	8.0	12	8.0	8	5.3	32	21.3
Especialista	4	2.7	0	0.0	1	0.7	5	3.3
Total	31	20.7	71	47.3	41	32.0	150	100

$$X^2 = 22,943 \text{ gl} = 6 \text{ p} = 0,001$$

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

El 40.7% de mujeres tienen nivel de instrucción secundaria, seguida por el 34.7% de mujeres con instrucción primaria, siendo el superior el 21,3% y especialistas el 3,3%.

Es estadísticamente significativo $X^2 = 22,943 \text{ p} = (0,001)$, existe asociación entre la instrucción y nivel de la escala MRS.

El nivel de instrucción según estudio realizado por del Prado, encuentro que cuanto menor es la educación de las mujeres mayor es la severidad de los síntomas que experimentan durante este periodo. Esto justifica porqué las mujeres con menor nivel educacional disponen de menos información sobre esta etapa¹⁰.

El resultado de nuestro estudio evidencia la necesidad de continuar con las prestaciones de salud como promoción, prevención, consejería durante la etapa del climaterio. Según Paternina, dependiendo de la visión que tenga la sociedad en la que viven las mujeres menopáusicas, así asimilarán ellas este periodo⁸¹.

Para Santiesteban, la escolaridad predominante en su estudio fue el nivel medio 63,3 %, que es actualmente la realidad de su país; se observó que las mujeres que

solicitaron ayuda médica el 29,2 % eran universitarias; a pesar de su alta escolaridad los síntomas de sofocos nocturnos se perciben igual por estas mujeres³⁴.

Mientras que para Yanez un 77,5% (n= 32) tenía una escolaridad media⁶³ buscaron atención médica.

Datos que coinciden con nuestro estudio, ya que las mujeres con instrucción superior presentaron menor sintomatología, en relación a las de educación primaria y secundaria que tuvieron mayor sintomatología.

Tabla 26: Distribución de mujeres según estado civil y niveles de escala MRS.

Estado Civil	Nivel de la escala MRS						Total	
	Lijero		Moderado		Severo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	3	2.0	4	2.7	1	0.7	8	5.3
Casada	21	14.0	58	38.7	39	26.0	118	78.7
Unión Libre	3	2.0	6	4.0	3	2.0	12	8.0
Separada	2	1.3	1	0.7	1	0.7	4	2.7
Divorciada	1	0.7	0	0.0	2	1.3	3	2.0
Viuda	1	0.7	2	1.3	2	1.3	5	3.3
Total	31	20.7	71	47.3	48	32.0	150	100

$X^2=8,049$ gl=10 p= 0,624

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

De las 150 mujeres encuestadas 130 mujeres representan el 86.7% casadas o están en unión libre, lo cual sería un pilar importante desde la atención del primer nivel para involucrar a la pareja en los cambios normales de la vida de las mujeres, el 13,3% esta representado por mujeres sin pareja.

No resultó estadísticamente significativo $X^2 = 8,049$ (p = 0,624), se observa que no existe asociación entre el estado civil de la mujer y niveles de la escala.

En el estudio realizado por Santiesteban, predominó el grupo mujeres casadas (69,3 %); así como en el de Abásolo³⁴ se observó que el 95% (n=38) tenía pareja estable²⁰; datos que coinciden con nuestro estudio.

Las condiciones de vida de los seres humanos están dadas por la interacción entre los procesos biológicos, ecológicos, los reproductivos y los económicos; todos ellos muy relacionados entre sí y que van a determinar la dinámica del proceso salud enfermedad donde por un lado existen factores que protegen y perfeccionan

la salud y otros factores destructivos que la constriñen y deterioran. A este sistema de contradicciones se le ha denominado perfil de salud enfermedad³⁴.

Tabla 27: Distribución de mujeres según condiciones económicas y niveles de la escala.

	Nivel de la escala MRS						Total	
	Lijero		Moderado		Severo		Nº	%
Condiciones Económicas	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Buena	16	10.7	8	5.3	8	5.3	32	21.3
Regular	2	1.3	5	3.3	1	0.7	8	5.3
Mala	13	8.7	58	38.7	39	26.0	110	73.3
Total	31	20.7	71	47.3	48	32.0	150	100

$$X^2=23,851 \text{ gl}= 4 \text{ p}= 0,0001$$

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Las mujeres que consideraron tener mala condición económica representaron el 73.3%(110),seguida de las que tenían una buena condición socioeconómica con un 21.3%(32).

Resultó significativo por lo que podemos decir que existió asociación entre la condiciones económicas y nivel de escala. $X^2 = 23,851$ $p = (0,0001)$, existe asociación entre las condiciones económicas y nivel de escala MRS.

El nivel socioeconómico,es inversamente proporcional a la severidad de los síntomas según Altarriva lo explica diciendo que al disponer de menos recursos económicos, es más difícil acceder o conseguir tratamientos adecuados para paliar los síntomas, por lo que adelantan la menopausia en condiciones económicas bajas en un 48% de mujeres³⁰, Coincide los datos de este estudio con los nuestros, ya que hay mayor sintomatología en condiciones regular y mala. Regular y mala por que los ingresos no satisfacen la necesidad de la familia.

4.2 Verificación de hipótesis

H₀=La atención medica a mujeres durante la etapa del climaterio en el nivel primario, si se realiza de forma integral en el sector EU05 Pujilí 2015-2016.

H₁=La atención medica a mujeres durante la etapa del climaterio en el nivel primario, no se realiza de forma integral en el sector EU05 Pujilí 2015-2016.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio, no se rechaza la hipótesis alternativa. Para probar la hipótesis planteada se utilizó la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significación de 0,05 y se relacionó el tratamiento utilizado y las etapas del climaterio; la prueba estadística fue significativa: $X^2 = 6,904$ gl= 2 p= 0,03, pudiendo estar relacionado al manejo enfocado a un síntoma y más, no a un abordaje integral, situación que puede verificarse al ver los altos porcentajes de no realización de prestaciones de salud, prevención y promoción en mujeres climatéricas.

El registro de la realización del examen ginecológico y las etapas del climaterio resultó estadísticamente significativo lo que se traduce que la realización o no del examen ginecológico esta asociado a la etapa del climaterio $X^2 = 10,615$ gl= 2 p= 0,05, en este caso fue la etapa de la menopausia la de mayor registro.

La relación entre las variables del estudio no resultó estadísticamente significativa en todas las ocasiones, aunque si se describió relevancia en la frecuencia de las categorías de las variables de atención integral y etapas del climaterio, que también respaldan la hipótesis planteada, teniendo en cuenta que desde el punto de vista clínico la significación estadística no resuelve todas las interrogantes que hay que responder en una investigación debido a que la asociación estadísticamente significativa puede no ser clínicamente relevante y además la asociación estadísticamente significativa puede no ser causal.

Capítulo 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En el estudio realizado en mujeres en la etapa del climaterio en las prestaciones medicas brindadas lo mas frecuente fue la indicación de exámenes complementarios, realizando con poca frecuencia el examen clínico y ginecológico.
- La mayoría de las mujeres no realizaban actividad física, no utilizaban tratamiento ni consumían sustancias tóxicas, brindando consejería a casi la mitad de las mujeres.
- Los dominios biológicos, psicológicos y urogenital estuvieron afectados en la mayoría de las mujeres, resultando lo mas frecuente la ansiedad seguido de los problemas osteomioarticulares y la sequedad vaginal.
- Las alteraciones del climatero se presentaron con mayor frecuencia en las amas de casa con nivel de instrucción secundaria, casadas y con malas condiciones económicas.
- Se elaboro un algoritmo para el manejo integral a mujeres en etapa del climaterio, en el primer nivel de atención.

5.2 Recomendaciones

- Generalizar la realización de estudios similares en otros centros de salud del Distrito Pujilí- Saquisilí.
- Proponer a las autoridades del Distrito de Salud Pujilí - Saquisilí la implementación del algoritmo, para el tratamiento integral de las mujeres en el climaterio.
- Incluir en las actividades de promoción de salud, temas sobre el climaterio.
- Realizar actividades de promoción de salud dirigida a los cónyuges y familia de las mujeres durante el climaterio.

- Fomentar la publicidad visual mediante spot en los circuitos cerrados de los centros de salud, sobre manejo del climaterio por las mujeres y su familia.
- Elaborar una guía de manejo integral para las mujeres durante el climaterio.

Capítulo 6

PROPUESTA DEL ALGORITMO

6.1 Datos informativos

6.1 Tema

Algoritmo para la atención integral a las mujeres durante el climaterio en el primer nivel de atención

6.1.1 Institución Ejecutora

Centro de Salud Pujilí tipo A.

6.1.2. Beneficiarias

Mujeres que se encuentran en etapa del climaterio de 40 a 60 años de edad

6.1.3. Entidad Responsable

- Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa
- Técnica en Atención Primaria de Salud Daniela Izurieta
- Enfermera Rural de turno

6.1.4. Ubicación

Cantón Pujilí

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

Inicio: enero 2017

Finalización: noviembre 2017

6.1.6. Costos:

300 Dólares

6.2 Antecedente de la propuesta

El climaterio es una etapa normal en la la mujer, que duplica en tiempo a la niñez y adolescencia⁵⁸.

Como lo menciona Solis la variación demográfica ha influenciado en el incremento de esperanza de vida por lo que la mujer permanece en cambios biológicos, psicológicos, urogenitales, aproximadamente durante 30 años, además de la influencia ambiental y social es el tiempo en el que se debe proporcionar

prestaciones de salud integral e individualizada, con el propósito de tratar alteraciones propias de la etapa y complicaciones en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles⁷⁶.

6.3 Justificación

En Ecuador no existe atención integral de la mujer durante el climaterio desde el primer nivel de atención, ya que se priorizan otros grupos como niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, adolescentes, adulto mayor, dejando descubierta a la mujer durante esta etapa natural de la vida, etapa en la que debemos realizar promoción y prevención con el propósito de evitar complicaciones a corto, mediano y a largo plazo.

La propuesta de este algoritmo está justificada con el propósito de que al menos se refleje el diagnóstico del climaterio, ya que las prestaciones de salud están enfocadas en tratar los síntomas pero no hay tratamiento integral, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las mujeres.

6.4 Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Diseñar un algoritmo de manejo integral a mujeres en etapa del climaterio en la atención primaria de salud.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Elaborar el algoritmo de atención integral de salud para la mujer durante el Climaterio.
- Proporcionar capacitación para el manejo del algoritmo a profesionales de salud.

6.5. Análisis de factibilidad

Poner en acción esta propuesta es factible ya que esta a cargo de la investigadora además de la participación de las mujeres de 40 a 60 años de edad que acuden al Centro de Salud de Pujilí en las que se les proporcionara prestaciones de salud como promoción, prevención y consejería.

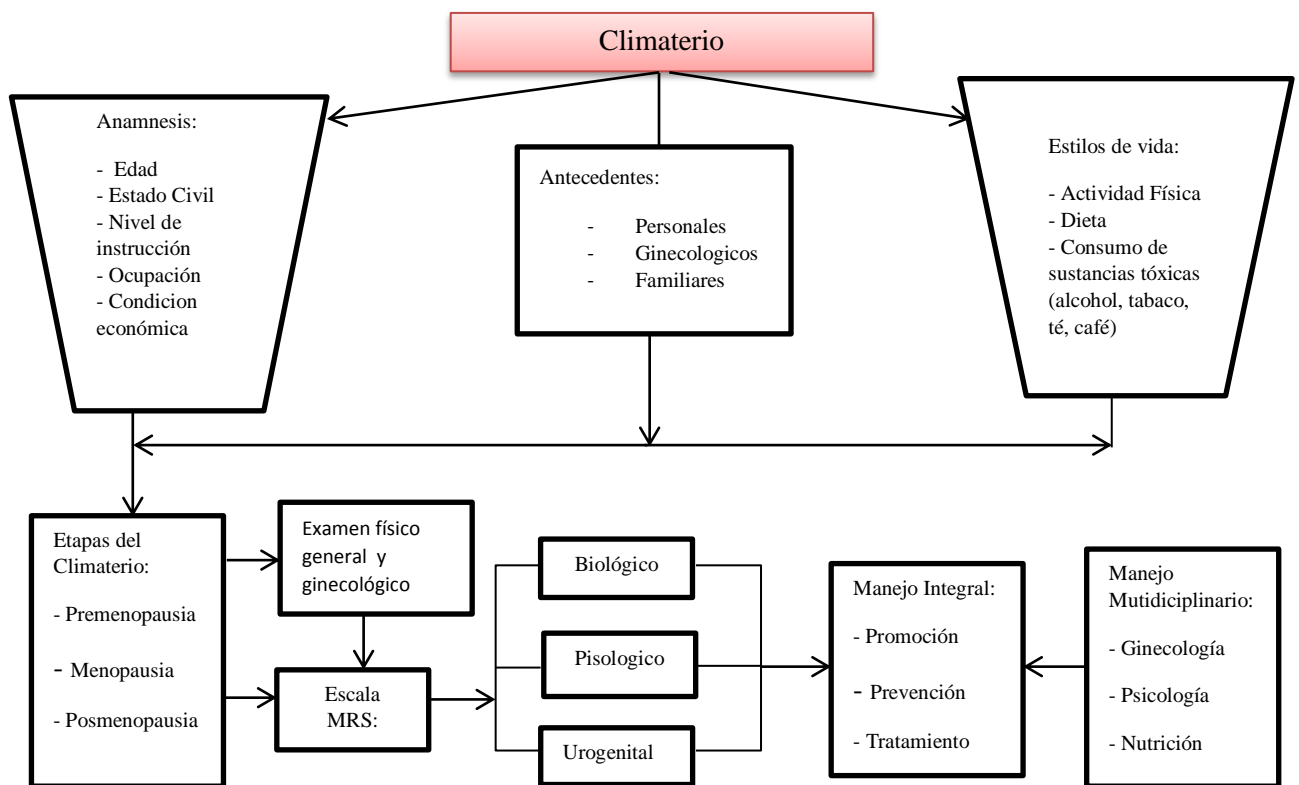
6.6. Fundamentación

El algoritmo fue elaborado con la intención de realizar una atención integral durante el climaterio etapa natural de la vida de la mujer, en la que puede

presentarse complicaciones para la mujer su entorno familiar, laboral y social, además este tema constituirá en el paso inicial para la elaboración de guías o protocolos de manejo para las mujeres durante el climaterio.

6.7. Metodología, Modelo operativo

Algoritmo para la atención integral a las mujeres durante el climaterio en el primer nivel de atención.



Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

6.8 Administración

La propuesta está administrada de la siguiente manera:

Investigadora: Mayra Vela Chasiluisa

Responsable de estructurar y poner en practica todos los procedimientos que harán posible el cumplimiento del uso del algoritmo y aplicación de la escala MRS.

Tutor de Proyecto Investigativo:

Se encargó proporcionar todo su conocimiento de medicina general integral durante la realización del trabajo.

6.9 Previsión de la evaluación

¿Qué evaluar? El algoritmo de atención integral de la salud en la mujer durante el climaterio.

¿Por qué evaluar? Para demostrar la necesidad de proporcionar prestaciones de salud a las mujeres durante la etapa del climaterio .

¿Para qué evaluar? Para saber si las mujeres reciben atención integral enfocado en la promoción, prevención y consejería durante el climaterio.

¿Con que criterios? Se evaluara con pertinencia, coherencia, eficiencia, y responsabilidad.

Previsión de la evaluación

Fase	Etapa	Presupuesto	Responsable	Tiempo
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación de las autoridades pertinentes para la realización del algoritmo. - Presentación del algoritmo - Esquematización de la programación de socialización 	Impresiones 4	Mayra Vela Chasiluisa y colaboradores	Una semana
Ejecución	Aplicación del algoritmo integral por los profesionales del Centro de Salud Tipo A Pujilí.	Impresiones 1 Copias 13	Mayra Vela Chasiluisa y colaboradores	Un mes
Evaluación	Evaluar la aplicación del algoritmo y escala MRS de manejo integral del climaterio por los profesionales de la salud.	Impresiones 10 Copias 100	Mayra Vela Chasiluisa y colaboradores	Dos meses

Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

7. Bibliografía

1. Cabrera C, González G, Vega M, Racinos J, Zavala M. Competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud. *MedPub Journals*. 2015; 1(2:5).
2. Cagnacci A, Cannoletta M, Palma F, Zanin R, Xholli A, Volpe A. Menopausal symptoms and risk factors for cardiovascular disease in postmenopause. *Climateric*. 2012 April; 15(2)(157-62).
3. Mishra G, Kuh D. Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition. British prospective cohort study. *BMJ*. 2012 Febrero; 8;344(e402).
4. Shobeiri F, Nazari M. Age at Menopause and its Main Predictors among Iranian Women. *Int J Fertil Steril*. 2014 May; 8(3)(267-272).
5. Bermeo S. Mujeres insatisfechas después de los 40. 2014. Entrevista Revista Cosa.
6. Heiman LAJ PPSH. Internacional version of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Quality Life Autacomes*. 2003; 1(28).
7. Schneider H, Heinemann L, Rosemeier Ha. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climateric*. 2000 March; 3(1)(50-8).
8. Sariol Y, Navarro D, Alvarez R. Etapas del climaterio y su función en mujeres de edad mediana. *Revista Cubana de Endocrinología Scielo*. 2015 Marzo; 26(2)(138-146).
9. Monterrosa A, Carriaso S, Ulloque L. Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en menopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el Caribe colombiano. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2012 Marzo; 63(1)(36-45).
10. Del Prado M F. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS. *Revista Médica Chilena*. 2008; 136(1511-17).
11. Chedraui P. A. W. Pubmed. [Online].; 2007 [cited 2016 2 20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1739046>.
12. Guevara S, Feican A, Ochoa M, Arévalo C, Aguirre M. Factores de riesgo asociados a la osteoporosis posmenopáusica: Estudio de casos de los hospitales Vicente Corral y José Carrasco. *Revista semestral de la DIUC* 17. 2013 Mayo; 4(1).

13. Pavón N, Dickinson M, Gonzáles C. El climaterio como factor de riesgo en casos de disfunción conyugal. *Revista ATEN FAM.* 2014 Febrero; 21(2)(35-38).
14. Capote Bueno MMI, Segredo Pérez M, Gómez Zayas O. Climaterio y Menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2011 Octubre - Diciembre; 2(4).
15. Registro Oficial OdGdEN. <http://chmecuador.ambiente.gob.ec>[Online]. [Online].; 2010[cited2015 04 03.Available from [cited 2015 4 4. Available from:
<http://chmecuador.ambiente.gob.ec/userfiles/51/life7turismo/TURISMO%20COMUNITARIO%20RG.pdf>.
16. MAIS. <http://issuu.com>. [Online].; 2012 [cited 2015 mayo 14. Available from: http://issuu.com/caroleoninsuasty1969/docs/mais_pdf/2012.
17. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz Jimenez JL, Miller F. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *EL SEVIER.* 2011 Junio; 43(6).
18. Gázquez Linares J, Pérez Fuentes MdC, Molero Jurado MdM, Mercader Rubio I, Bárragan Martín AB. Investigación de salud y envejecimiento. II ed. El Salvador: Artes Gráficas Salvador; 2015.
19. Muñoz R, García Padilla RM, Oyola MP, Sánchez Barroso N. Calidad de vida y menopausia. *Nure investigación.* 2014 junio; 3(70).
20. Abásolo I, Negrín M, Pinilla J. Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups:evidence from Spain. *Eur J Health Econ.* 2014; 15(323-34).
21. Serrano M, Malo N. Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2014 Diciembre; 31(4).
22. Urbano R, Puig J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios.Informe SESPAS. *Gac Sanit.* 2014 Marzo; 28(81-8).
23. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Lineamientos de programación de prestaciones de salud. Lineamientos de prestaciones de salud. Perú: Ministerio de Salud de Perú, Seguridad Social para todos; 2014.
24. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Estrategía de promoción de la salud y prevención en el SNS.En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Informe de estudios de investigación. España: Gobierno de España, Consejo Interterritorial del Sistema de Salud; 2013.

25. Couto D, Nápoles D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *Revista MEDISAN*. 2014 Junio; 18(10)(1409-1418).
26. Ministerio de salud presidencia de la Nación. Boletín de Vigilancia. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Estrategía Nacional de Promoción. Autónoma de Buenos Aires.; Dirección de promoción de la salud y control de enfermedades no transmisibles; 2016.
27. Nelisah M, Kartal M, Guldal D. The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women.a cross-sectional study in primary care. *BMC Womens Health*. 2014; 14.
28. Alvarez H, Baute L, Alvarez D. Promoción de salud:desafío al docente en las universidades del Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*. 2016 Abril; 8(1).
29. García S. Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brazil.Un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso. Tesis doctoral. Barcelona: UPF;; 2015.
30. Altarriva M.,López A., Martín R.,Quiles J.,Furió S. Atención a la mujer climatérica. Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria. Barcelona.; Atención Integral a la mujer; 2015.
31. Diccionario enciclopédico ilustrado. Diccionario Enciclopédico de la Lengua Española. 1st ed. Panamá: Gémenis; 2001.
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento de infección vaginal en obstetricia. Guía Práctica Clínica. Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización; 2014.
33. Instituto Nacional de estadística. Indicadores demográficos bajos. Madrid: INEC, Metodología; 2016.
34. Santisteban S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. *Revista Cubana de Obstetricia*. 2011; 37(2)(251-270).
35. Urbano R, Gonzalez B. Sanidad y desigualdad. En:2_Informe sobre Desigualdad. Fundación Alternativa. 2015 Abril; 3(155-91).
36. Tierno L;Martin G. Nieto V. 18 de octubre. Día Mundial de la Menopausia." La prevención es la clave". España: Tena Lady, Fundación Española para el estudio de la menopausia FEEM y (AMM); 2015.
37. Organización Mundial de la Salud. Una guía de enfoques basados en la población para incrementar los niveles de actividad física. Aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Suiza.; ISBN; 2008.

38. Taylor F, Huffman M, Macedo A, Moore T, Davey S, Ward K, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jan; 31;1(CD004816).
39. López M. *Come, Disfruta, Adelgaza.* España.; Oceano Ambar; 2011.
40. Innes K, Kit T, Vishnu A. Mind-body therapies for menopausal symptoms. A systematic review. *Maturitas.* 2010; 66(135-149).
41. Nina R, Landa A, Lafuente J, Gargiulo P. Effects of antidepressants and soybean association in depressive menopausal women. *Acta Po Pharm.* 2014; 71(2)(323-327).
42. Flores M, Aguilera J. Uso de antidepresivos para el tratamiento de los síntomas climatericos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2011 Julio; 2(167-176).
43. Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel Z, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopausicas con y sin tratamiento de reemplazo hormonal. *Revista Chilena Obstet Ginecol.* 2010; 75.
44. Im E, Ko Y, Hwang H, Chee W. Symptom-Specific or Holistic: Menopausal Symptom Management. *Routledge.* 2012; 33 (6)(575-592).
45. Paredes N. Beneficio del ejercicio aeróbico sobre los síntomas vasomotres de pacientes postmenopáusicas. *Revista Peruana.* 2013; 13(15-24).
46. Borrelli F, Ernst E. Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas.* 2010; 66(4)(333-343).
47. Freeman M. Omega-3 fatty acids for major depressive disorder associated with the menopausal transition:a preliminary open trial. *Menopause.* 2011; 18(3)(279-284).
48. Sunay D, Ozdiken M, Arslan H, Seven A, Aral Y. The effect of acupuncture on posmenopausal symptoms and reproductive hormones:a sham controlled clinical trial. *Acupunct med.* 2011; 29(1)(27-31).
49. A.R. G. Menopausia: Factores que afectan la calidad de vida. [Online].; 2009 [cited 2015 abril 5. Available from: <http://www.womanlab.com/spanish/professionals/menopausallissues2>.
50. Andrade W, Silva L, Dantas AP, De Franca M, Araújo V, Djair M. Woman in menopause:information and knowledge about the quality of care. *JNUOL.* 2013 Jul; 3(688-696).
51. Rigol O. *Obstetricia y Ginecología.* XX ed. Sanchez T, editor. La Habana:

Ciencias Médicas; 2004.

52. Wend K, Wend P, Krum S. Tissue-Specific Effects of Loss of Estrogen during Menopause and Aging. Lausanne. 2012; 3:19.
53. Aguierre R, Silva D. Factores de riesgo y nivel de densidad ósea en mujeres en climaterio. *Paraninfo digital*. 2011 Aug; 12(10-23).
54. Blumel J, Cano A, Mezones-Holguín E, Barón G. Multinational study of sleep disorders during female mid-life. *Maturitas*. 2012 Aug; 72(4):(359-66).
55. Antolín RM, Moure L, Pualto MJ, Salgado C. Estudio de la calidad de vida durante el climaterio en una muestra de mujeres gallegas. *Biblioteca Las Casas*. 2012 Aug.
56. Lara RM. Atención de enfermería en la menopausia. Propuesta de intervenciones enfermeras para mejorar el afrontamiento de ésta etapa del ciclo vital. *Paraninfo digital*. 2013.
57. Salvador J. Climaterio y Menopausia: Epidemiología y Fisipatología. *Revista Peruana Ginecología y Obstetricia*. 2008 Julio; 54(61-78).
58. Brantes S, Porcile A, Vanhauwaert P, Parra M, Blumel J. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud APS. 1st ed. Lurno L, Santander S, editors. Chile: ISBN; 2014.
59. Leiva V, Arguedas C, Hidalgo M, Navarro Y. Conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad. *Ciencias Sociales*. 2013; 2(140).
60. HL T. Assessing risks and benefits of nonhormonal treatments for vasomotor symptoms in perimenopausal and postmenopausal women. *J Womens Health*. 2011 July.
61. Gibbs Z, Kulkarni J. Factors Associated with Depression During the perimenopausal Transition. *Rev. Womens Health Issues*. 2013 February; 23(5): p. 301-307.
62. Eisman J, Bogoch E, Dell R, Harrington J, McKinney R, Mclellan A, et al. for the ASBMR Task Force on Secondary Fracture Prevention, Making the first fracture the last fracture: ASBM task force report on secondary fracture prevention. *J Bone Miner Res*. 2012 Oct; 10(2039-46).
63. Yanes M, Chio I, Perez R. satisfacción personal de la mujer de edad mediana y su relación con otros de la vida cotidiana. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2012 Abril; 38(2).

64. Valenzuela A, Maíz A, Margozzini P, Ferreccio C, Rigotti A, Olea R, et al. Prevalence of metabolic syndrome among Chilean adults. *Revista Médica Chilena*. 2010 junio; 138(707-14).
65. Martinez M, González N, Domínguez A, Olivos M. Factores psicosociales predictores de satisfacción con la vida en la perimenopausia y la posmenopausia. *Aquichan*. 2012 diciembre; 12(3)(298-307).
66. Ulloque C, Monterrosa C, Paternita C. Climaterio:oleadas de calor y otros síntomas en indígenas Zenües c olombianas. *Investigaciones Andinas*. 2013; 27(15): p. 744-758.
67. De Almeida D, De Matos V, Gonzalves E, Figueiredo P, Lizanka P, Gomes R, et al. Association between quality of the diet and. *Nutrition Journal*. 2014; 13(121).
68. Weber M, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki P. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause*. 2012 July; 19(7)(735-41).
69. Haylen B, Freeman R, Lee J, Swift S, Cosson M, Deprest J, et al. International Urogynecological Association. International Continence Society.International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society(ICS) joint terminology and clasification of the complications related to native tissue female pelvic fool surgery.*Neurol Urodyn*. 2012 Apr; 31(4)(406-14).
70. Mentitas S, Arýkan I, kallyoncu C, Ozalp S. Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. *rural and remote health Journal*. 2010.
71. Chuni N, Sreeramareddy C. Frecuency of syptoms,deteminants of severe syptoms,validity of and cu-off score for Menopause Rating Sacle (MRS) as a sceening tool:A cross-sectional survey among midlife Nepalese women. *BMC Womens Health*. 2011 Nov.
72. Luthje P, Brauner H, Ramos N, Ovregaard A, Glaser R, Hirschberg A, et al. Estrogen supports urothrlial defense mechanisms. *Sci Transl Med*. 2013 Jun; 5(190)(190-80).
73. Gutierrez Crespo HF. Evaluación de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio en la Clinica Centenario Peruano Japonesa. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina*. 2011 Marzo; 3(56).
74. Chedraui P, Morocho L, Alvarado M, Chavez D, Huc A. Calidad de Vida entre las mujeres ecuatorianas postmenopausicas que participan en el Programa de Screening del Síndrome Metabólico. *Pubmed*. 2006 Julio; 81(146-149).

75. Polit D., Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6th ed. México : McGraw- Hill Interamericana editores S.A. de C.V.; 2000.
76. Soliz D, Flores G, Jalkh I, Santi F. Agenda de igualdad para los Adultos Mayores. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; 2013.
77. Doubova S, Espinosa A, Infante C, Aguirre R, Rodriguez L, Olivares R, et al. Adaptación y validación de escalas de autoeficacia y empoderamiento dirigidas a mujeres mexicanas en etapa del climatero. Scielo. 2013; 55(3)(257-266).
78. Pascual M. Envejecimiento saludable. Informativo. Mar del Plata: Facultad de Ciencias Médicas, Nutrición; 2016.
79. Zapata, R; Gutiérrez, M. Salud sexual y reproductiva. 6th ed. Casinello J, editor.: Universidad de Almería; 2016.
80. Gozáles A. Percepción del funcionamiento familiar y su relación con la sitomatología climaterica en mujeres usuarias del centro de salud de nivel primario. 2015 diciembre; 15(2): p. 6-96.
81. Paternina A, Monterrosa A, Romero I. Evaluación de la calidad de vida en la menopausia, mediante la escala "Menopause Rating Scale"(MRS): una revisión sistémica. Med UNAB. 2011; 13(3)(139-145).
82. González Y, Hernández I, Hidalgo SI, Pedrosa JC, Feal N, Báez E. Intervención educativa para elevar los conocimientos sobre climaterio y menopausia. Scielo. 2012.

8. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Investigadora: Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

Concentimiento informado

Fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____

He sido invitada a participar en el estudio de **“MANEJO DEL CLIMATERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL, EU05 PUJILÍ 2015 - 2016.”**

Entiendo que mi participación consistirá en responder las preguntas del cuestionario. Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para responder a las preguntas del cuestionario de la investigación.

Mujer

Dra. Mayra Vela Ch.
Investigadora

Anexo 2: Encuesta sobre el climaterio



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Investigadora: Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

Estimada sra, solicito de la manera más respetuosa su colaboración para contestar preguntas sobre el Manejo del climaterio en atención primaria de salud desde una perspectiva integral, sus respuestas son de carácter anónimo, confidencial, por tal motivo hago extensivo mi más grande agradecimiento

Código:

--	--	--	--	--	--

1) ¿Cuántos años tiene usted?	_____
2) ¿En que trabaja usted?	1. () Ama de casa 2. () Jubilada 3. () Trabajadora remunerada Si su respuesta es afirmativa especifique.....
3) ¿Cuál es su nivel de instrucción?	1. () Primaria 2. () Secundaria 3. () Universidad
4) ¿Cuál es su Estado Civil?	1. () Soltera 2. () Casada 3. () Unión Libre 4. () Divorciada 5. () Separada 6. () Viuda
5) ¿Realiza usted actividad Física?	1. () Si 2. () No
6) ¿De las siguientes sustancias, marque la que usted consume?	1. () Tabaco 2. () Café y té 3. () Alcohol 4. () Ninguno
7) ¿Respecto a sus hábitos alimentarios, señale el esquema más aproximado al suyo?	1. () Solo desayuno 2. () Desayuno, almuerzo y merienda 3. () Almuerzo y merienda 4. () Desayuno y merienda 5. () Desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y merienda.
8) ¿Cómo son las condiciones económicas en su familia?	1. () Buena 2. () Regular 3. () Mala
9) ¿Quienes aportan económicamente en el hogar?	1. () Un salario mínimo 2. () Dos salarios mínimos 3. () Tres o más salarios mínimos 4. () Sin entrada económica
10) ¿Sabe usted que es el climaterio?	1. () Si 2. () No De responder Si describa.....
11) ¿Recibe algún tratamiento para el climaterio?	1. () Si 2. () No De responder Si Describa.....
12) ¿En la atención del Centro de Salud usted recibe orientación sobre cuidados del Climaterio?	1. () Si 2. () No
13) ¿Hace que tiempo presentó usted su última menstruación? (marque una sola opción)	1. () Tiene menstruaciones 2. () Hace 1 año 3. () Hace 2 años o más

14) Síntomas: (Señale con una X los síntomas que presenta según la intensidad)

ESCALA MRS

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada línea	Molestia Ausente	Siente molestia Leve	Siente Molestia Moderada	Siente molestia Severa	Siente Molestia Muy Severa
	0	1	2	3	4
1. Sofocos, sudoración, bochornos					
2. Molestias del corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3. Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
4. Problemas de sueño (insomnio, duerme poco)					
5. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6. Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7. Ansiedad (sentirse angustiada temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8. Agotamiento físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9. Problemas sexuales (menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10. Problemas con la vejiga (dificultad a orinar, orina más veces, se le escapa la orina al toser, reír, etc)					
11. Sequedad vaginal (malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					

Anexo 3: Escala de Medición de la Menopausia MRS

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada línea	Molestia Ausente	Siente molestia Leve	Siente Molestia Moderada	Siente molestia Severa	Siente Molestia Muy Severa
	0	1	2	3	4
1. Sofocos, sudoración, bochornos					
2. Molestias del corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3. Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
4. Problemas de sueño (insomnio, duerme poco)					
5. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, apunto de llorar, sin ganas de vivir)					
6. Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7. Ansiedad (sentirse angustiada temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8. Agotamiento físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9. Problemas sexuales (menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10. Problemas con la vejiga (dificultad a orinar, orina más veces, se le escapa la orina al toser, reír, etc)					
11. Sequedad vaginal (malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					

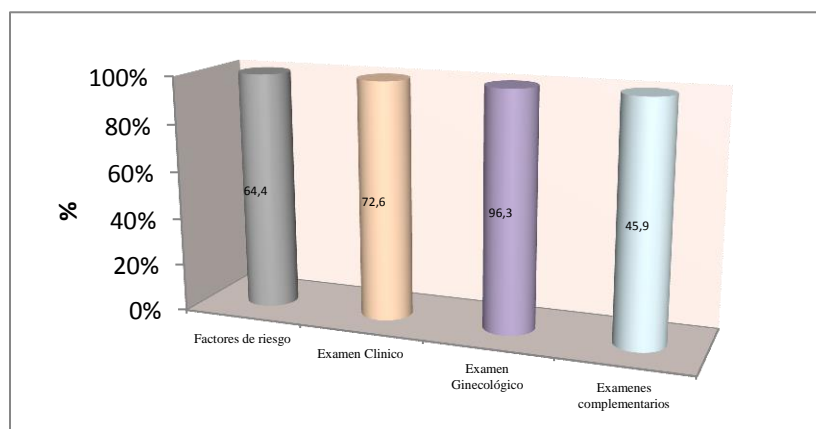
Fuente: Heiman LAJ PPSH. *Internacional version of the Menopause Rating Scale (MRS)*. Health Quality Life Autacomes. 2003

Anexo 4: Tabla N°3 Distribución de mujeres según etapas del climaterio, EU05 Pujilí 2015-2016.

Etapas del Climaterio	N°	%
Premenopausia	24	16,0
Menopausia	89	59,3
Posmenopausia	37	24,7
Total	150	100

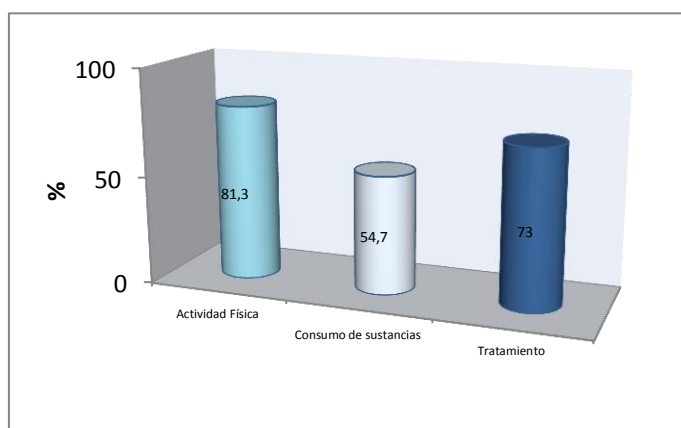
Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo 5: Gráfico 5: Distribución de mujeres según prestaciones de salud.

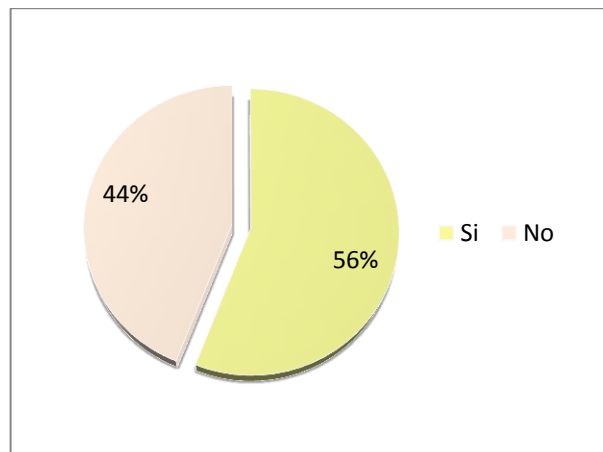


Fuente: Historia Clínica **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo 6: Gráfico 6: Distribución de mujeres según prevención de salud no registradas en las historias clínicas y etapas del climaterio.



Anexo 7:Gráfico7: Distribución de mujeres según consejería de salud no registradas en las historias clinicas y etapas del climaterio.



Fuente:Historia Clínica Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Anexo8: Tabla N°28: Distribución de mujeres según sofocos y etapas de climaterio

Etapas del climaterio	Sofocos				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Premenopausia	55	43	6	27	61	40,7
Posmenopausia	73	57	16	73	89	59,3
Total	128	100	22	100	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Anexo 9: Tabla N°29: Distribución de mujeres según molestias del corazón y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Alteraciones del corazón				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Pre/Menopausia	54	36	7	4,7	61	40,7
Posmenopausia	74	49,3	15	10	89	59,3
Total	128	85,3	22	15	150	100

Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Anexo10: Tabla N° 30: Distribución de mujeres según molestias osteomiarticulares y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Problemas osteomiarticulares				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Pre/Menopausia	58	38,7	3	2	61	40,7
Posmenopausia	84	56	5	3,3	89	59,3
Total	128	85,3	22	15	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo11: Tabla N°31: Distribución de mujeres según problemas de sueño y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Molestias del sueño				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Pre/Menopausia	54	36	7	4,7	61	40,7
Posmenopausia	74	49,3	15	10	89	59,3
Total	128	85,3	22	15	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo12: Tabla N°32: Distribución de mujeres según estado depresivo y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Depresión				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Pre/Menopausia	55	36,7	6	4	61	40,7
Posmenopausia	78	52	11	7,3	89	59,3
Total	133	88,7	17	11	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo 13: Tabla N°33: Distribución de mujeres según irritabilidad y etapas de climaterio.EU05 Pujilí 2015-2016.

Etapas del climaterio	Irritabilidad				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Pre/Menopausia	57	38	8	5,3	61	40,7
Posmenopausia	81	54	4	2,7	89	59,3
Total	138	92	12	8	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo 14: Tabla N°34: Distribución de mujeres según ansiedad y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Ansiedad				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Premenopausia	59	39,3	2	1,3	61	40,7
Posmenopausia	84	56	5	3,3	89	59,3
Total	143	95,3	7	4,7	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo15: Tabla N°35: Distribución de mujeres según agotamiento físico y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Agotamiento Físico				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Pre/Menopausia	57	38	4	2,7	61	40,7
Posmenopausia	85	56,7	4	2,7	89	59,3
Total	142	94,7	8	5,3	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo16: Tabla N°36: Distribución de mujeres según problemas sexuales y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Problemas sexuales				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Premenopausia	57	38	4	2,7	61	40,7
Posmenopausia	80	53,3	9	6	89	59,3
Total	137	91,3	13	8,7	150	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa

Anexo17: Tabla N°37: Distribución de mujeres según alteraciones de vejiga y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Alteraciones de vejiga				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Premenopausia	56	37,3	5	3,3	61	40,7
Posmenopausia	69	46	20	13	89	59,3
Total	125	83,3	25	17	150	100

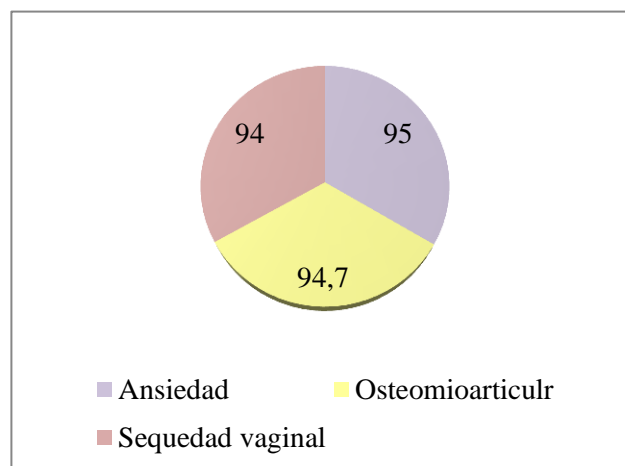
Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Anexo18: Tabla N°38: Distribución de mujeres según sequedad vaginal y etapas de climaterio.

Etapas del climaterio	Sequedad de vagina				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Premenopausia	60	40	1	0,7	61	40,7
Posmenopausia	81	54	8	5,3	89	59,3
Total	141	94	9	6	150	100

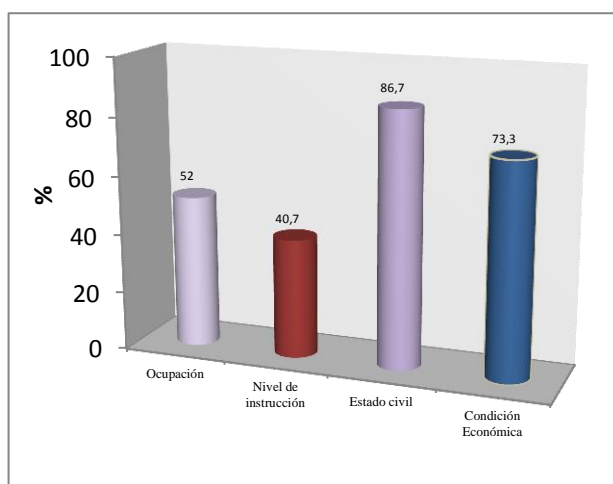
Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Anexo19: Gráfico8: Distribución de mujeres según dimensiones bilógica, psicológica, urogenital y etapas del climaterio.



Fuente: Encuesta Elaborado por: Mayra Vela Chasiluisa

Anexo 20: Grafico9: Distribución de mujeres según características sociodemograficas y nivel de escala MRS.



Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mayra Vela Chasiluisa