



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



*Maestría en Salud Pública 96-98*

*Trabajo Monográfico para optar al Título de  
Maestro en Salud Pública*

*Consecuencias de la menopausia precoz post-quirúrgica  
en mujeres atendidas por ooforectomía bilateral en el  
Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua,  
Enero 1994 - Enero 2000.*

*Autoras:*

*Dra. Marlene Bordas Martínez*

*Dra. Claudia Evans Ballodano*

*Tutor:*

*Dr. Lorenzo Muñoz García*

*Docente CIES*

*Asesor Metodológico:*

*Dr. Pedro Leiva López*

*Docente CIES*

*Managua, Septiembre 2001*



## *DEDICATORIA*

*Dedicamos este estudio a todas las personas que diariamente acuden por asistencia médica, ellas y ellos son el motivo de nuestra continua preocupación por ofrecer servicios más integrales y de mejor calidad.*

## *AGRADECIMIENTO*

*En primer lugar, brindamos nuestro agradecimiento a aquellas personas que mediante su colaboración hicieron posible la realización exitosa de este estudio, las pacientes del Hospital Bertha Calderón.*

*En segundo lugar, al personal de salud que labora en el Hospital Bertha Calderón, médicos, trabajadoras sociales, personal del departamento de estadísticas, personal del departamento de patología, personal de quirófano y cuidados intensivos, pero sobre todo al personal de enfermería, por su increíble espíritu en la búsqueda de soluciones a los problemas de diario.*

*En tercer lugar, a todos aquellos amigos, compañeros de la maestría de salud pública, profesores y personal del CIES, que nos brindaron apoyo y entusiasmo durante la elaboración de este estudio.*

*Agradecimiento especial al Doctor José Antonio Medrano Martínez, ginecoobstetra y amigo, su interés y aportaciones en el área de Salud Sexual y Reproductiva han enriquecido este estudio, y desde ya le tomamos la palabra de dar continuidad a este trabajo.*

# ÍNDICE

	<i>Página</i>
I. RESUMEN .....	2
II. INTRODUCCIÓN .....	3
III. ANTECEDENTES .....	4
IV. JUSTIFICACIÓN .....	5
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
VI. OBJETIVOS .....	7
VII. MARCO DE REFERENCIA .....	8
1) MENOPAUSIA .....	8
1.a) Introducción y Concepto	
1.b) Características clínicas	
1.c) Causas	
1.d) Complicaciones	
1.e) Tratamiento	
2) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	13
2.a) Sexualidad post-menopáusica	
3) ENFOQUE INTEGRAL DE SALUD .....	15
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO .....	17
IX. RESULTADOS .....	23
X. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS .....	26
XI. CONCLUSIONES .....	29
XII. RECOMENDACIONES .....	31
XIII. BIBLIOGRAFÍA .....	33
XIV. ANEXOS .....	36

## *I.- RESUMEN*

Se presenta un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, con datos concernientes a 93 mujeres con edades comprendidas entre 13 y 39 años de edad, intervenidas quirúrgicamente por ooforectomía bilateral en un período de 6 años, con el propósito de abordar las consecuencias orgánicofuncionales y psicosociales de la menopausia precoz post-quirúrgica, en un grupo humano conformado por 35% de adolescentes, y 65% de mujeres jóvenes.

El universo y la muestra se obtuvieron a partir de registros en los servicios de Ginecología, Oncología, Cuidados Intensivos, Post-quirúrgico, Sala de Operaciones, y Patología, sobre la base de pacientes ingresadas en este centro hospitalario por asistencia espontánea o referencia desde unidades de salud del resto del país.

La realización de ooforectomía bilateral quirúrgica en mujeres adolescentes y jóvenes, induce a la aparición de menopausia precoz, dado que 76% de ellas mostró una o más afectaciones relacionadas con la presencia de esta patología, 2 años después de realizada la castración quirúrgica.

El establecimiento de menopausia precoz se relaciona de manera directa con la edad de las pacientes incluidas en el estudio, y aparentemente no presenta relación con las características socioeconómicas investigadas en ellas.

En promedio, un 64% de las pacientes, no recibió de parte del personal de salud, información previa a la cirugía, información del procedimiento quirúrgico, información de las consecuencias, del tratamiento a llevar, ni de su seguimiento médico.

Las principales consecuencias de menopausia precoz post-quirúrgica se encuentran en el área psicosocial, puesto que más de la mitad de las pacientes afectadas tiene algún tipo de repercusión personal, familiar y/o económica a consecuencia de la menopausia, apreciándose a nivel orgánicofuncional, trastornos vasomotores de diversos tipos.

Menos de la mitad de las pacientes se efectúa chequeo médico posterior a la cirugía, puesto que el resto no cuenta con posibilidades económicas para cubrir la totalidad de gastos generados por una atención integral, y además no hay oferta de atención durante el período de la menopausia, por parte del Ministerio de Salud.

Se proponen recomendaciones dirigidas a pacientes, personal de salud, autoridades gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con mujeres, en función de disminuir la enfermedad e incapacidad producto de consecuencias quirúrgicas evitables, mediante la estructuración de un eje integrador, de promoción, recuperación y rehabilitación, enmarcado en el programa de modernización del sector salud, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas.

## II.- INTRODUCCIÓN

Nicaragua tiene una población mayoritariamente joven, perteneciendo aproximadamente al sexo femenino la mitad de la misma, por lo que es cada vez más frecuente el interés por conocer las causas que atañen a aspectos de morbimortalidad de este grupo.

En términos de salud sexual y reproductiva, destaca el papel de los ovarios durante el período reproductivo de la mujer, al facilitar condiciones para una vida activa adecuada, gracias a los estrógenos y progesterona que producen, pero al instaurarse el climaterio, ocurre disfunción fisiológica de estos órganos, caracterizada por la aparición paulatina de una serie de reacciones orgánicas, neurológicas, emocionales y sexuales, que integran el cuadro clínico de la menopausia.

Aunque tanto el climaterio como la menopausia son sucesos fisiológicos, no puede soslayarse el hecho de que en cualquier etapa de la vida, los ovarios están expuestos a estímulos neurológicos y hormonales que propician el surgimiento de patologías de tipo benigno o maligno, o bien, pueden ser afectados secundariamente por procesos inflamatorios, tumorales o infecciosos derivados de órganos contiguos; cualquiera de estas alteraciones mórbidas podría concluir en una disfunción orgánica, provocada por la radioterapia o extirpación quirúrgica (ooforectomía bilateral) que se utiliza en la resolución de las mismas.

De ocurrir estos sucesos aparece una disfunción; si la disfunción afecta a jóvenes o adolescentes, se presentarán afectaciones relacionadas con la aparición de una menopausia precozmente establecida.

Al ser clara la asociación existente entre menopausia precoz y excéresis quirúrgica de ambos ovarios, es decir, menopausia precoz de causa post-quirúrgica, preocupa conocer acerca de la ocurrencia de este fenómeno, dado que la ooforectomía es una práctica bastante frecuente en nuestro país.

Se pretendió con este estudio, efectuado en el Hospital "Bertha Calderón Roque" de Managua, obtener información que permita conocer acerca de un problema prioritario de salud que posee determinada magnitud y trascendencia, por lo que merece atención a través de un abordaje de primer orden en los programas de salud dirigidos a mujeres y a adolescentes, mediante el enfoque de una estrategia acertada que contribuya a mejorar la calidad de vida de estas personas y sus familiares.

### *III.- ANTECEDENTES*

Estudios de países que cuentan con recursos tecnológicos, han reportado como infrecuente la aparición de menopausia precoz post-quirúrgica, y en caso de ocurrir, la única causa que se ha señalado, es la radioterapia utilizada en el abordaje de problemas oncológicos.

Se carece de información acerca de la menopausia precoz de causa quirúrgica en mujeres nicaragüenses, en el Ministerio de Salud y centros privados del país.

Con relación a ooforectomía bilateral, se encontraron dos estudios monográficos en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque"; el primero de ellos, realizado por los Doctores Ruiz y Castro, abordó las indicaciones para la realización del procedimiento quirúrgico, en mujeres que ingresaron al servicio de Ginecología durante un período de 11 meses en el año 1994, a causa de trastornos ováricos o de órganos genitales contiguos; además contrastó la indicación clínica para el procedimiento con los informes patológicos de estas pacientes.

El estudio en cuestión, evidenció que el 80% de las cirugías tenía indicaciones quirúrgicas discutibles para su realización, dado que los resultados histopatológicos mostraron ovarios normales, y llama la atención acerca de la frecuencia con que se afectó a mujeres jóvenes, puesto que 39% de ellas eran menores de 35 años (29% con edades comprendidas entre 21 y 35 años, y 10% con menos de 20 años de edad), recomendando dar un seguimiento adecuado a estas pacientes a fin de evitar complicaciones ulteriores.(1)

El segundo estudio, realizado por los Doctores Quezada Tórrez, trató sobre la calidad del tratamiento brindado durante 1996, a pacientes ooforectomizadas del servicio de Ginecología, reflejando que existe una clara tendencia quirúrgica a la extracción de ambos ovarios, a pesar de que el 57.5% de las pacientes estaban en edad fértil, y en 32% de casos no se tomó en cuenta la paridad al decidir efectuar un tratamiento quirúrgico. Refirió además, que 48.9% de los diagnósticos anatomopatológicos reportaron ovarios normales, dato que mostró alta concordancia con el diagnóstico preoperatorio (85.6%) y con la impresión transoperatoria (74.8%), cuestionando acerca del motivo de la castración quirúrgica. Al 82.9% de estas pacientes no se les indicó terapia estrogénica sustitutiva, constituyendo esta práctica una tendencia constante, independiente de la edad de la paciente y cirugía efectuada.(2)



#### *IV.- JUSTIFICACIÓN*

Las mujeres a quienes se les efectúa una intervención quirúrgica del tipo ooforectomía bilateral, ingresan en las salas de atención pública, INSS o privada, mediante demanda espontánea, o por referencia de instituciones del primer nivel de atención de todo el territorio nacional, sin embargo, se desconocen datos relacionados a la aparición de menopausia precoz de causa post-quirúrgica a nivel del país, debido a que el Ministerio de Salud aún no recaba información epidemiológica pertinente; y en los hospitales públicos o privados donde se efectúan esta cirugía, no se han realizado estudios que aborden esta situación, lo que hace difícil conocer con exactitud su incidencia e impacto.

El Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, que ingresa a mujeres procedentes del resto de hospitales de la capital y de todos los hospitales departamentales, referidas por presentar patologías cuya resolución amerita de procedimientos quirúrgicos, puede considerarse un sitio adecuado para efectuar un estudio de estas pacientes. Además, el personal médico y de enfermería que ahí labora, estima que hay una incidencia aproximada de 15 casos anuales (más de 1 caso por mes en este centro), de mujeres entre 13 y 39 años de edad, sometidas a resección quirúrgica de sus ovarios, generalmente con el propósito de palear complicaciones debidas a desprendimiento prematuro de placenta, endometritis infecciosa, perforación uterina, abscesos pélvicos, y patologías oncológicas.

A pesar de que el dato numérico antes señalado representa una cifra no sustantiva, no debe ser subestimado puesto que esta situación de salud no es valorable en términos cuantitativos, dada su importancia en relación la calidad de vida en el ámbito individual y del entorno familiar de las mujeres afectadas, y a las implicaciones psicosociales que conlleva.

Con este estudio se pretendió aportar información útil acerca de la menopausia precoz post-quirúrgica, para sensibilizar al personal y a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en salud, de la necesidad de dar una respuesta integral tanto a escala individual como social a las consecuencias derivadas de esta afectación.

## *V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*

Partiendo del desconocimiento en relación con la menopausia precoz de causa post-quirúrgica en el país, era necesario contribuir a facilitar información sobre la misma, y a conceptualizar estrategias de abordaje integral a las personas afectadas.

Con este estudio no se pretendió abordar causas, indicaciones o pertinencia del manejo clínico brindado a mujeres intervenidas quirúrgicamente para efectuarles una ooforectomía bilateral, ni se cuestionó la eficacia de intervenciones dirigidas a revisar esta situación de salud, sino que se deseaba conocer:

¿Cuáles eran las consecuencias orgánicas, funcionales y psicosociales que caracterizaban la presencia de menopausia precoz post-quirúrgica, en mujeres de 13 a 39 años, atendidas en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, entre Enero de 1994 y Enero del 2000?.

## *VI.- OBJETIVOS*

### *OBJETIVO GENERAL*

Identificar las principales consecuencias de la menopausia precoz post-quirúrgica, en mujeres adolescentes y jóvenes, intervenidas para ooforectomía bilateral, en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, en el período comprendido de Enero de 1994 a Enero del 2000.

### *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

1. Describir las características socioeconómicas de las adolescentes y jóvenes incluidas en el estudio.
2. Identificar el nivel de información de estas pacientes, acerca de la menopausia precoz post-quirúrgica.
3. Conocer las manifestaciones orgánicofuncionales que presentan estas mujeres en la actualidad.
4. Describir los efectos psicosociales que ocurren en estas mujeres, derivados de esa situación de salud.

## *VII.-MARCO DE REFERENCIA*

### **1) Menopausia.**

#### **1.a) Introducción y concepto.**

La vida reproductiva de la mujer inicia con la menarquia en la etapa puberal, la que está determinada por una serie de factores hormonales, neurológicos, ambientales, etc. Estos factores actúan sobre el ovario para completar la segunda división meiótica que había quedado frenada al momento de nacer, desencadenando con esto la consecuente y cíclica maduración folicular y esteroidogénesis, dando como resultado los ciclos menstruales, estableciendo así la capacidad reproductiva en la mujer.

El ovario es un órgano par perteneciente al aparato genital femenino, de situación intrapélvica, que desempeña las importantes funciones de producir el gameto femenino y la secreción de hormonas esteroideas (estrógeno y progesterona) para la regeneración epitelial y funcionamiento adecuado de los órganos reproductivos y desarrollo de las características fenotípicas femeninas.(2)

La menopausia ocurre cuando los folículos en el ovario ya no responden a la estimulación que proviene de la hipófisis; los folículos producen estrógenos y en la época de la menopausia el desarrollo folicular ya no ocurre, por lo tanto los cambios más importantes suceden en la concentración endógena del estrógeno, manifestándose por la ausencia por más de 12 meses consecutivos de la menstruación.

La ovariectomía (ooforectomía) bilateral, o ablación de ambos ovarios, debida a radiaciones o intervenciones quirúrgicas, antes de la menopausia fisiológica, se denomina menopausia artificial, y suele desencadenar los síntomas menopáusicos en términos de días al desaparecer la inhibición que causan los estrógenos en la unidad hipotálamo-hipófisis, modificando la producción de hormonas adrenocorticotrópica, tirotrópica y del crecimiento.(12)

Jamás hay un día en el período de la vida de la mujer en el cual ella no tenga estrógenos en la corriente sanguínea, la razón por la cual se enfatiza esto es por que después de la menopausia el nivel corporal es muy bajo, el estrógeno baja a menos de 25 pico gr./ml.(valor promedio normal).

La edad promedio de la menopausia es de 51 años más ó menos 4 años, tanto en Estados Unidos y México, como en reportes de otras poblaciones del mundo, y generalmente las mujeres en la menopausia tienen una sobrevivida de más de 30 años, pero a principios del siglo la sobrevivida era sólo de 10-12 años.

En 1900, en Estados Unidos 6% de las mujeres después de la menopausia estaban vivas; ahora el 35% de ellas, casi 50 millones, están vivas después de esto. Según cálculos recientes, de los 113 millones de mujeres en Estados Unidos, 32 millones(28%) tiene 50 años de edad o más, y el 11% tiene 65 años o más.

Hoy en el mundo occidental, la esperanza de vida de la mujer es de 77 años y, para el año 2,000 cuando aumente la población, 12% tendrán más de 65 años y la esperanza de vida será mayor. Se ha visto un cambio significativo en este siglo, es decir que la menopausia es significativa, no sólo por un período corto de la vida de la mujer, sino que sus consecuencias pueden durar por muchos años.(37)

### **1.b) Características clínicas.**

Uno de los malos entendidos acerca de la menopausia es creer que las mujeres sólo tienen síntomas por un período corto de tiempo, esto no es cierto para las que tienen síntomas; si es verdad que hay talvez un 20% de todas las mujeres que no presentan síntomas en absoluto y que generalmente no necesitan sustitutos hormonales, pero para el resto de mujeres que sufren síntomas por deficiencias de estrógeno, éstos pueden durar por 5 años o más, y no es inusual que algunas mujeres tengan síntomas por más de 10 años después de la menopausia.

Durante la menopausia aparecen varios cambios somáticos, fisiológicos y psicológicos, algunos de ellos por deficiencia estrogénica a consecuencia del agotamiento de los folículos ováricos y otros por las consecuencias del envejecimiento independientes del estrógeno. La existencia de signos y síntomas como resultado de deficiencias de estrógeno, es la causa del desarrollo de enfermedades a consecuencia de la pérdida de estimulación hormonal.

Uno de los síntomas más común de la menopausia es el trastorno del sueño, en este caso las mujeres no tienen sueño reparador por falta de estrógeno, se despiertan 2-4 veces por las noches durante casi 10 años.

Otro de los síntomas más frecuentes es la inestabilidad vasomotora, término utilizado para definir las ruborizaciones. La ruborización es un estado patofisiológico, que indica que la circulación arterial se encuentra interrumpida, y se manifiesta por calor, presión en el pecho (se siente como angina y se irradia al brazo izquierdo), cefalea como si fuera migraña, aumento súbito de latidos del corazón o latidos irregulares, falta de aire como si tuviera asma y depresión psicológica. Así es de que el significado de la ruborización se ve reflejado en todo el sistema arterial. El hecho de que muchas mujeres lo sufran no significa que sea una condición benigna o sencilla, ya que puede presentarse de forma muy severa durante más o menos 80 segundos.

Existen otros síntomas mencionados anteriormente pero que pueden presentarse de forma aislada como las palpitations, cefaleas, entumecimiento, debilidad o fatiga, además de síntomas somáticos. Se ha comprobado por múltiples estudios que una de cada tres mujeres, un 35%, desarrollan dolores en la coyuntura, en los pies y las manos, los cuales son síntomas de la menopausia y no de otras enfermedades.

La deficiencia de estrógeno puede causar muchos síntomas distintos, haciendo que las mujeres estén incómodas y que les sea difícil obtener el mayor provecho a la vida. Debido a que la expectativa promedio de vida para una mujer es ahora aproximadamente 80 años de edad, una mujer podría vivir entre 30 a 40 años en un estado de deficiencias de estrógeno. No sólo sufrirá incomodidades a corto plazo sino también estará sujeta a consecuencias más serias por deficiencia de estrógeno, principalmente osteoporosis y enfermedad cardiovascular.

La pérdida de estrógeno conlleva al debilitamiento de los huesos por disminución de la masa ósea, y también ha sido asociada con la aparición de enfermedades cardíacas.

La enfermedad cardiovascular es una afección "silenciosa", recibe esta denominación porque las mujeres a menudo no se enteran de que están ocurriendo cambios peligrosos en su corazón y vasos sanguíneos, hasta haber sufrido su primer ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. (13)

La acción básica del estrógeno se da en el sistema urogenital, en la vagina, uretra, vejiga, sin estrógeno las mujeres pierden estructuras celulares, por eso es importante realizar el papanicolaou cada 6-12 meses. La valoración de los genitales femeninos después de cinco a diez años de privación estrogénica, revela invariablemente diversos grados de senectud.

La ooforectomía bilateral a temprana edad trae como resultado la prematura aparición de aterosclerosis y sus consecuencias clínicas. A cualquier edad que se produzca, las mujeres post-menopáusicas tienen mayores riesgos de padecer trastornos cardiovasculares que las que tienen las mujeres pre-menopáusicas.(14)

Las quejas somáticas múltiples referidas como moderadas a severas, están asociadas de manera importante con estados emocionales de fondo depresivo de manera particular entre adolescentes y jóvenes que inician menopausia precoz de forma artificial (post-radiación o post-quirúrgica).

### **1.c) Causas.**

Existe menopausia precoz antes de los 40 años por fallas ováricas prematuras. Entre las etiologías se describen factores genéticos, autoinmunes, infecciosos, resistencia a gonadotropinas y otros de tipo artificial debidos a intervenciones quirúrgicas o radiaciones, responsables del mayor número de casos.(24)

### **1.d) Complicaciones.**

La osteoporosis post-menopáusica es una enfermedad ortopédica importante que ocurre poco más o menos en 25% de las mujeres después de 2 años de la menopausia. Se caracteriza por fractura relativamente atraumática de muñeca, hombro, y especialmente cadera y raquis, a causa de adelgazamiento notable de la corteza y de las trabéculas óseas, sin afección de la médula ósea ni del riego sanguíneo; el hueso tiene caracteres histológicos y clínicos normales, sencillamente hay menos hueso que lo normal.

Esta osteoporosis puede también manifestarse como crisis súbita de dorsalgia y espasmo muscular, consecutivos a compresión vertebral.

El 15-45% de las mujeres post-menopáusicas sufren fracturas osteoporóticas; en el caso de las mujeres ancianas, 12-20% mueren dentro de los seis primeros meses de la fractura. Como consecuencia de lo anterior la osteoporosis tiene implicaciones de tipo físico, emocional y económico.

En Estados Unidos a la edad de 60 años, el 10% de todas las mujeres sufren fractura debido a esta complicación.(6)

En Suecia 10% de las mujeres de 60-62 años, así como en Francia, Australia y Gran Bretaña, una de cada 10 mujeres ya ha sufrido alguna fractura, es por eso que ahora se ha convertido en una rutina para los ginecólogos americanos medir la estatura a todas las pacientes que acuden a visitas de rutina. Apenas la mujer muestre una pérdida de al menos media pulgada de altura, es el momento de tener cuidado con la osteoporosis.

La enfermedad cardiovascular es la causa primordial de fallecimiento entre las mujeres mayores de 50 años, con una tasa de mortalidad doble a la del cáncer, ocurriendo aproximadamente en una de cada cuatro mujeres.(34)

En Estados Unidos existe un estudio cardiológico muy conocido de Fleming Hearth, en el cual las mujeres antes de la menopausia mostraban un índice de mortalidad por ataque al corazón de 0; ninguna mujer murió, por esto siempre y cuando estuviera en

etapa pre-menopáusica, pero cuando la mujer pasaba 7 años después de la menopausia el índice de mortalidad debido a un ataque al corazón era casi igual al del hombre. En 1995 fue el primer año donde murieron más mujeres que hombres debido a ataques del corazón.

### **1.e) Tratamiento.**

Con respecto a si dar o no estrógeno, hoy se sabe que los beneficios superan a los riesgos. Entonces, ¿por qué no compensar la larga carencia estrogénica (situación nueva, no prevista en la naturaleza, con la cual se enfrenta la mujer el tercio de su vida sin capacidad reproductiva), precisamente con estrógenos? La mujer post-menopáusica está viva pues tuvo la suerte de no morir joven a pesar de sus complicaciones que la condujeron a esa situación.<sup>(4)</sup>

El tratamiento sustitutivo a largo plazo con estrógenos exógenos en las mujeres menopáusicas y post-menopáusicas tiene cuatro propósitos: 1) Eliminar los síntomas vasomotores y mejorar la psicofisiología; 2) retardar las modificaciones atróficas físicas genitourinarias; 3) retardar la aparición de aterosclerosis y sus secuelas, y 4) retardar la osteoporosis y otros cambios esqueléticos, con lo que se logra disminuir la morbimortalidad relacionada.<sup>(21)</sup>

Dado que en la menopausia disminuye la estimulación hormonal de la osteogénesis, al bajar la secreción de estrógenos por el ovario y las hormonas anabólicas por la suprarrenal, la modalidad terapéutica más eficaz es la estrogénoterapia durante toda la vida.<sup>(11)</sup>

Un estudio realizado en 1994 en Copenhague demostró que los sustitutos hormonales pueden ayudar a las mujeres en la menopausia. El contenido mineral óseo se medía cada 3 meses, al término de 2 años existía una diferencia significativa entre los pacientes con tratamiento activo y sin tratamiento.

Se observó que las mujeres que no usan terapia estrogénica comenzaron a perder células óseas en muy poco tiempo, necesitando solamente 2 semanas para perder calcio y otros componentes por medio de la orina.<sup>(7)</sup>

Un estudio realizado en 1995 en el Instituto de Salud de Washington, abarcaba a 82 mujeres con enfermedades cardiovasculares, enfermedades coronarias severas, y a muchas con infarto de miocardio, a las que se les dio sustitutos de estrógeno; de las mujeres que no recibieron estrógeno en lapso de 10 años, al final del estudio el 40% ya había muerto, a las que se les dio estrógeno murió el 3%. De 8 y más estudios realizados por Cardiólogos, todos han llegado a la misma conclusión, la importancia en salvar la vida de las mujeres con sustitutos de estrógeno.<sup>(34)</sup>



El temor al cáncer es una de las razones por las cuales no se inicia la terapia estrogénica. Sin embargo, los resultados combinados de múltiples estudios proporcionan una fuerte evidencia que la terapia menopáusica (de acuerdo a la dosis standard actual) no aumenta el riesgo de cáncer de la mama. Muchas mujeres creen equivocadamente que si no reciben la terapia de estrógenos estarán inmunes al cáncer de la mama. Si se conoce, o se sospecha que hay cáncer de la mama, está contraindicada el uso de estrógenos.<sup>(37)</sup>

## **2) Salud Sexual y Reproductiva.**

Salud Reproductiva, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, durante el proceso de reproducción así como en el ejercicio de la sexualidad.

Los Derechos Sexuales no deben diluirse en el contexto de los Derechos Reproductivos puesto que su ámbito es más amplio y tienen impacto en la calidad de vida, la salud, la felicidad, la realización personal, y la cotidianidad, entre otros.

Estos derechos son parte esencial e indelible de la salud y de la educación. Sin su reconocimiento es imposible el autocuidado y la reclamación de los servicios que nos ayudan a conservarla y promoverla. <sup>(21)</sup>

Se ha demostrado de manera terminante que los riesgos de salud en la actividad sexual de los adolescentes y jóvenes pueden reducirse considerablemente ofreciendo servicios de salud reproductiva adecuado a sus necesidades.

El nacimiento, el embarazo, la menopausia, la vejez, en vez de ser etapas naturales en la vida de los seres humanos, son convertidas en etapas de "enfermedad" que necesitan, cada vez más de especialistas, tratamientos y medicamentos. Esta "medicalización" de la salud, es analizada a través de autores como Illioh, Navarro y Taylor, quienes apoyan la necesidad de revisar los conceptos y procedimientos que empleamos en el campo de la salud, cuando exageramos la intervención de la medicina y los médicos en la vida de las personas.

Además no debe limitarse la atención al área médica, deben incluirse servicios psicológicos, de nutrición, educación y apoyo social, o sea, un equipo multidisciplinario, apropiado para satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes, que pueda tener un verdadero impacto en la salud reproductiva, al ser accesible, eficaz y utilizado.<sup>(15)</sup>

El deterioro de las condiciones económicas y sociales, con la consecuente disminución de oportunidades laborales y educativas, ha afectado severamente las condiciones de salud y calidad de vida de adolescentes y jóvenes, resultando en un continuo aumento de la incidencia de conductas de riesgo, contribuyendo a la morbimortalidad de estos grupos. Uno de los aspectos más relevantes es el incremento de problemas relacionados con Salud Reproductiva.<sup>(15,32)</sup>

La atención integral de la paciente adolescente y joven, en esta etapa debe contemplar su incorporación a un equipo interdisciplinario, que incluya personal del área de salud mental. La necesidad de abordar la problemática de salud de la población adolescente, como un grupo particularmente uniforme y con características propias, es algo bastante reciente en toda América Latina y no va más allá de la última década, aún en

los países más desarrollados del Cono Sur. Esto se debe a que el sector salud se había ocupado fundamentalmente de la infancia, dada la altísima mortalidad infantil existente, además, el hecho de que la adolescencia y la juventud presentan bajas tasas de mortalidad y no pertenecen a ninguna especialidad médica tradicional, contribuyeron a que estos grupos etáreos y sus necesidades, dejaran de recibir la atención que sólo el simple hecho de ser la población blanco de una especialidad les hubiese dado.

## **2.a) Sexualidad post-menopáusica.**

Un aspecto importante a considerar en estas mujeres es la sexualidad post-menopáusica, diversos estudios realizados revelan que las mujeres viven en una situación ambigua respecto a la sexualidad. No saben si ésta declina de verdad, si parece que declina, aunque en los hechos no sea así.<sup>(39)</sup>

Debido a que toda mujer que no ha recibido tratamiento desarrollará de manera eventual una marcada atrofia genital, disfunción sexual y alteraciones en la micción, no justifica un fracaso en la prevención de esta situación.<sup>(18,25)</sup>

Las investigaciones demuestran que la sexualidad puede permanecer igual, aumentar, disminuir o desaparecer, lo que dependerá de la mujer, su pareja, su familia, su médico, los medios de comunicación y todo su entorno social.

Es importante analizar los mitos que niegan y censuran la sexualidad de la mujer en particular; como en los mitos sociales cada uno crea sus propios mitos, la mujer termina por asexuarse. La tarea de los médicos, de todo educador, es desmitificar la sexualidad.<sup>(39)</sup>

### **3) Enfoque Integral de Salud.**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, habrá más de 750 millones de mujeres mayores de 49 años para el año 2,000 en el ámbito mundial.

Muy pocas de estas mujeres reciben alguna vez reabastecimiento de estrógenos. De esas mujeres que sí reciben terapia, usualmente esta es descontinuada en seis meses o antes, debido a múltiples razones.

Este dato indica por sí solo la importancia cuantitativa y cualitativa de este grupo de la población, hasta ahora olvidado por los médicos, y que últimamente es el centro de atención de ginecólogos, epidemiólogos, psiquiatras y geriatras.

El aumento de la expectativa de vida ha aumentado el lapso de tiempo en que la mujer vive deprivada de estrógenos. El hecho de que la terapia de reemplazo hormonal en la post-menopausia atenúe dichos riesgos, ha llevado a plantear que podríamos estar frente a una enfermedad. Consideramos que definir menopausia como una enfermedad o síndrome es un término audaz, sin embargo tampoco podemos decir que no lo sea.<sup>(9)</sup>

La terapia de sustitución hormonal en post-menopáusicas es un reto mayor de salud pública. La mujer estadounidense vive alrededor de 33% de su vida después de la menopausia, y se calcula que habitualmente hay cerca de 36 millones de post-menopáusicas en los Estados Unidos. La deficiencia de estrógenos en estas al igual que otras mujeres en otros países en esta misma situación, las predispone a riesgos significativos de salud.<sup>(10)</sup>

Actualmente el sector salud tiene conciencia de que la problemática es compleja, difusa e inespecífica, donde hay viejos problemas como la pobreza, la ruralidad, el escaso acceso a la educación y la maternidad temprana. En este contexto, es necesario darse a la tarea de diseñar programas que respondan a las necesidades de adolescentes y jóvenes en forma integral.

Aproximadamente una cuarta parte del total de la población de Nicaragua está constituida por adolescentes (25.6%) y los jóvenes representan el 21% del total de la población; ambos grupos han sido de los menos priorizados en relación con otros grupos étnicos, sin consideraciones particulares por parte del Ministerio de Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia comprende el grupo etáreo de 10 a 19 años y el grupo de juventud de 15 a 24 años, por razones fundamentalmente estadísticas, de planificación y evaluación, ya que en la realidad se sabe que estos procesos no inician o terminan necesariamente a una determinada edad, pues asumen características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular.

El concepto Salud y Enfermedad adquiere en ambos grupos características particulares, acordes con el proceso de desarrollo y crecimiento biopsicosocial de estos sectores poblacionales, lo cual debe trascender del punto de vista estrictamente epidemiológico a un abordaje de salud que requiere de una atención integral. La concepción de integralidad no parte del hecho de la persona enferma, sino del análisis de todos los factores posibles que inciden en el fenómeno y sus nudos críticos, definiendo los susceptibles de intervención directa por parte de la institución, determinando a que sectores sociales y estatales compete su abordaje, y estableciendo una efectiva coordinación interprogramática e intersectorial para enfrentarlos.(5,22)

El Ministerio de Salud, cuenta con el Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, y reconoce, que para lograr el desarrollo pleno de los adolescentes y jóvenes tanto a nivel individual como colectivo, es necesario promover conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas a fin de favorecer en ellos estilos y prácticas saludables, a través de una participación protagónica en la implementación de las acciones que se programen.(30)

El concepto de Prevención Primordial incorporado en el marco epidemiológico de la Salud Integral, significa "promover los factores positivos (protectores) del desarrollo humano en las áreas biológica, psicológica y social, y por tanto, desarrollar acciones dirigidas a eliminar o anular los factores de riesgo (y por consiguiente sus efectos negativos), para el normal desarrollo humano, desde la concepción, (y antes), hasta el final del período de la adolescencia y juventud, (y después)". La prevención primordial es parte de la Prevención Continua (cadena de prevención), la cual contempla además la prevención primaria, secundaria y terciaria.(32)

En Nicaragua dentro del marco legal para la Atención Integral a los Adolescentes, el Artículo No. 44 de la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y a la Adolescencia, señala que "el Estado asegurará la atención médica a las niñas, niños y adolescentes, a través del Sistema Nacional de Salud, garantizando acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud". El nuevo abordaje en salud trasciende la atención a los problemas de salud reproductiva, ampliando su visión a las implicaciones que trae consigo la condición de género, al promover la autoestima, autocuidado y ayuda mutua en adolescentes y jóvenes.(23)

## *VIII.- DISEÑO METODOLÓGICO*

### **(a) Tipo de estudio:**

Descriptivo de corte transversal, realizado en mujeres entre 13 y 39 años de edad, que fueron sometidas a ooforectomía bilateral en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque", en el período comprendido entre el 1 de Enero de 1994 al 1 de Enero del 2000.

### **(b) Universo:**

93 mujeres intervenidas quirúrgicamente por ooforectomía bilateral, con edades comprendidas entre 13 y 39 años, y que estaban registradas en los servicios de Ginecología, Oncología, Cuidados Intensivos, y Post-quirúrgico de las salas de atención pública, INSS o privada del Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, por asistencia espontánea, o referencia desde instituciones de atención primaria o secundaria del Ministerio de Salud, Clínicas Previsionales o Centros Privados de todo el territorio nacional; desde Enero de 1994 hasta Enero del 2000.

### **(c) Muestra:**

La muestra de este estudio coincidió con el universo, y se obtuvo a partir de un muestreo por conveniencia en donde se seleccionó al total de mujeres intervenidas quirúrgicamente por ooforectomía bilateral, atendidas en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, en el período comprendido entre Enero de 1994 a Enero del 2000.

### **(d) Criterios de inclusión:**

Los criterios que se tomaron en cuenta para la selección muestral, se enuncian a continuación:

- Edad.
- Extirpación quirúrgica de ambos ovarios independientemente de la causa que motiva esta cirugía, y de que se asocie o no a histerectomía.
- Asistencia espontánea o referencia proveniente de cualquier parte del territorio nacional, desde instituciones de atención primaria, clínicas previsionales o privadas.
- Ingreso a los servicios de Ginecología, Oncología, Cuidados Intensivos, y Post-quirúrgico de las salas de atención pública, INSS o privada, del Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua.

**(e) Unidad de análisis:**

Mujeres entre 13 y 39 años de edad, que fueron intervenidas quirúrgicamente por ooforectomía bilateral, en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, entre Enero del 94 y Enero del 2000.

**(f) Definición de Variables:**

Las variables que a continuación se definen, se relacionan con cada uno de los objetivos del estudio (La operacionalización de estas variables se muestra en el acápite Anexos).

- **Variable Principal:**

1) **Menopausia precoz post-quirúrgica:** Es el cese de la secreción ovárica de estrógenos y progesterona, que da lugar a la desaparición del sangrado menstrual junto a la aparición de un conjunto de manifestaciones que afectan el sistema cardiovascular, óseo y el aparato urogenital, en mujeres menores de 40 años, a consecuencia de la extracción quirúrgica de ambos ovarios.

- **Variables por objetivo:**

Al describir las características socioeconómicas de las adolescentes y jóvenes incluidas en el estudio, se consideraron las siguientes variables:

1. **Edad al momento de la cirugía:** años cumplidos por la paciente al momento del ingreso hospitalario; contemplándose para fines del estudio, las edades comprendidas entre 13 y 39 años.
2. **Edad actual:** años cumplidos por la paciente al momento de efectuarse el presente estudio (dato que será recopilado mediante entrevista directa con la paciente); contemplándose para fines del estudio, a mujeres menores de 40 años.
3. **Nivel de escolaridad:** comprende las habilidades de lecto-escritura o el grado escolar cursado por la paciente, al momento de efectuarse el presente estudio (dato que será recopilado mediante entrevista directa con la paciente), los que se agruparán mediante los términos: analfabeta, alfabeto, primaria, secundaria, universidad, técnico, universitario.
4. **Ocupación actual:** desempeño laboral de la paciente al momento de efectuarse este estudio (dato que será recopilado mediante entrevista directa con la paciente), se agrupa en las categorías: ama de casa, estudiante, comerciante, otros.

5. **Estado civil:** situación jurídica de la paciente frente a requisitos definidos por la legislación del país, con respecto a la convivencia de pareja, enunciada en los términos casada, acompañada, divorciada o viuda; la ausencia de tal convivencia en cualquier momento de la vida, se denomina soltería (dato que será recopilado mediante entrevista directa con la paciente).
6. **Número de hijos:** cantidad de hijos vivos que tiene la paciente al momento del ingreso hospitalario.

Para identificar el nivel de información de las pacientes, acerca de la menopausia precoz post-quirúrgica, se utilizaron las variables:

- 1) **Información previa a la cirugía:** información que el personal de salud brinda a la paciente, con respecto a su estado de salud y a las diversas alternativas terapéuticas que serán utilizadas con el fin de obtener su recuperación.
- 2) **Conocimiento del procedimiento quirúrgico efectuado:** información que el personal de salud brinda a la paciente, con relación a indicaciones, ventajas o desventajas, que existan para la realización de cualquier procedimiento quirúrgico que deba brindársele o se le haya brindado, con el propósito de facilitar la recuperación de su estado de salud.
- 3) **Información sobre las consecuencias de esta cirugía:** información que el personal de salud brinda a la paciente, con relación a la aparición de alteraciones orgánicas, funcionales, psíquicas, sociales o económicas, que aparezcan en el transcurso del tiempo, como resultado de alguna intervención quirúrgica que se le haya efectuado; así como al impacto de las mismas para la conservación de la salud de la paciente.
- 4) **Conocimiento del tratamiento a llevar:** información que el personal de salud brinda a la paciente, respecto a la terapéutica necesaria para la prevención, paleación o curación, de las secuelas esperadas después de haber padecido algún problema de salud o de la realización de un procedimiento quirúrgico.
- 5) **Información acerca de su seguimiento médico:** información que el personal de salud brinda a la paciente, en relación con el tipo, periodicidad y sitio donde acudir, para recibir orientación profesional en torno al cuidado de su salud, después de haber padecido algún problema de salud, o de haber sido sometida a algún procedimiento quirúrgico.

Para conocer las manifestaciones orgánicofuncionales que presentaron las pacientes, se utilizaron las variables:

1. **Trastornos vasomotores:** son alteraciones consecutivas a inestabilidad en la dilatación y constricción de vasos sanguíneos a nivel capilar, que dan como resultado la aparición de rubor facial, sensación de calor facial, bochornos, sensación de opresión en el pecho, cefalea, percepción de aumento súbito de los latidos cardíaco, sudoración nocturna, depresión, insomnio, y sensación de falta de aire, en mujeres que presentan deficiencia en los niveles séricos de estrógeno.
2. **Trastornos cardiovasculares:** son alteraciones cardíacas o de los vasos sanguíneos, tales como angina, infarto miocárdico, y accidentes cardiovasculares, que presentan las mujeres que cursan con deficiencia en los niveles séricos de estrógeno.
3. **Osteoporosis:** es un trastorno caracterizado por crisis súbitas de dorsalgia y espasmo muscular, debidos a compresión vertebral, así como de la aparición de fracturas relativamente atraumáticas en muñeca, hombro, cadera y raquis, producto del adelgazamiento óseo, observado en mujeres que presentan deficiencia en los niveles séricos de estrógeno.
4. **Vaginitis atrófica:** es el adelgazamiento de las capas celulares que componen la mucosa vaginal y que provoca ausencia de lubricación a este nivel, ocasionando dispareunia, frigidez e infecciones urinarias a repetición, en mujeres que presentan deficiencia en los niveles séricos de estrógeno.

Para describir los efectos psicosociales derivados de la situación de salud de las pacientes, se consideraron las variables:

- 1) **Nivel de asimilación de la menopausia:** grado de conocimiento que la paciente tiene, acerca de la aparición y prevención de los síntomas que caracterizan la menopausia, así como de la comprensión de alteraciones subsecuentes, o de repercusiones para su estado de salud, secundarias a esa afección.
- 2) **Sexualidad:** calidad de vida sexual de la paciente (vida sexual activa o inactiva, y grado de satisfacción durante sus relaciones sexuales).
- 3) **Repercusiones personales:** circunstancias o hechos físicos, psicológicos o sociales, que a nivel individual ocurran en la paciente, a consecuencia de la presencia de menopausia, estos pueden ser: indisposición a la vida laboral, indisposición a la vida sexual, labilidad emocional, depresión, percepción de sentimiento de rechazo por parte de su pareja, insomnio, dispareunia, desmotivación social, entre otros.



- 4) **Repercusiones familiares:** circunstancias o hechos de índole psicológico o social, que afecten el entorno familiar de la paciente, producto de la presencia de menopausia, estos pueden ser: sentimientos de vergüenza, frustración en relación con expectativas de la pareja para la procreación, pérdida de la pareja, maltrato familiar, entre otros.
- 5) **Repercusiones económicas:** circunstancias o hechos de carácter financiero, en los que incurra la paciente, con el propósito de solventar situaciones relacionadas a su estado de salud a consecuencia de la menopausia, estos pueden ser: gastos médicos, compra de medicamentos, inestabilidad laboral, entre otros.

**(g) Fuentes de información:**

\* **Fuente primaria:** se obtuvo a partir de una entrevista directa, realizada a cada una de las pacientes que conformaron la muestra.

\* **Fuentes secundarias:** estuvieron constituidas por:

- Reportes de ingreso hospitalario del Departamento de Estadísticas.
- Reportes del libro de cirugías de Sala de Operaciones.
- Reportes anatomopatológicos del servicio de Patología.
- Expedientes clínicos de las pacientes que conforman la muestra.
- Ficha de datos generales de cada paciente.
- Cuestionario para realización de entrevista a las pacientes.

**(h) Mecanismo de obtención de la información:**

Para la obtención inicial de la información se realizó un listado de pacientes con edades comprendidas entre 13 y 39 años de edad, a las cuales se les realizó ooforectomía bilateral en el período comprendido entre Enero del 94 y Enero del 2000. La información provino de los archivos de reportes quirúrgicos de sala de operaciones y reportes de biopsias del departamento de patología del Hospital Bertha Calderón. (Ver Instrumento No. 1 en la sección de Anexos).

Una vez obtenido, nombre, diagnóstico, número de expediente y año de realización de la cirugía de las pacientes que se incluirían en el estudio, se efectuó solicitud al departamento de Estadísticas del HBCR para la revisión de los expedientes clínicos de estas pacientes, y se transcribieron en una ficha de recolección, los datos de interés y pertinencia. (Ver Instrumento No. 2 en la sección de Anexos).

Posteriormente se citó a las pacientes a la consulta externa hospitalaria, mediante programas radiales y visitas de las Trabajadoras Sociales del centro, con el propósito de efectuarles una entrevista que guiara la aplicación de una encuesta semiestructurada que dió salida a las variables definidas en los objetivos del estudio. (Ver Instrumento No. 3 en la sección de Anexos).

**(i) Procesamiento de la Información:**

La información recolectada se procesó utilizando el paquete estadístico SPSS 7.5, a partir de la relación establecida con las variables, dando de esta forma salida a los objetivos del estudio.

**(j) Análisis de la información:**

El análisis de la información se efectuó a partir de los resultados estadísticos obtenidos, agrupados en cuadros y gráficos de los programas Excel y Power Point.

## ***LX.- RESULTADOS***

Mediante este estudio se encontraron los siguientes resultados:

- ☛ Hay una incidencia de 93 casos en un período de 6 años, de pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral en el Hospital Bertha Calderón. (Cuadro No. 1, Gráfico No. 1).
- ☛ Al momento de realizarse la ooforectomía bilateral, 35% de las pacientes tenía edades comprendidas entre 13 y 19 años; un 65% entre 20 y 39 años. (Cuadro No. 2, Gráfico No. 2).
- ☛ Al realizarse el estudio, 20% de las pacientes tenían edades entre 13 y 19 años; 75% entre 20 y 39 años; 5% eran mayores de 40 años. (Cuadro No. 2, Gráfico No. 3).
- ☛ 40% de las pacientes tenían educación primaria; 35% educación secundaria; 13% universitarias; 8% técnicas; 2% alfabetas, y 2% analfabetas. (Cuadro No. 3, Gráfico No. 4)
- ☛ 49% de las pacientes eran amas de casa; 20% estudiantes; 13% comerciantes; 10% profesionales, y 8% tienen otras actividades. (Cuadro No. 4, Gráfico No. 5).
- ☛ 15% eran solteras; 25% estaban separadas; 40% acompañadas, y un 20% estaban casadas. (Cuadro No. 5, Gráfico No. 6).
- ☛ 53% de estas mujeres tenían 1 hijo solamente; 25% de ellas entre 1 y 3 hijos; un 22% de ellas no tenían ningún hijo. (Cuadro No. 6, Gráfico No. 7).
- ☛ 32% de las pacientes recibió información previa a la cirugía de parte del personal médico y paramédico, observándose que en 13% de estos casos se brindó información a los familiares de las pacientes, y en un 19% de casos la información se dirigió exclusivamente a las pacientes; el 68% restante refirió no haber recibido ningún tipo de información con relación a su situación de salud. (Cuadro No.7, Gráfico No 8).
- ☛ 42% de las pacientes estudiadas recibió información acerca del procedimiento quirúrgico efectuado; 58% no recibió ninguna información al respecto. (Cuadro. No. 8, Gráfico No.9).
- ☛ 42% de las pacientes recibió información sobre las consecuencias de la cirugía, 58% de ellas no recibió información al respecto. (Cuadro. No. 9, Gráfico No.10).

- ☛ 42% de las pacientes presentó algún tipo de problemas en el transoperatorio, y 60% presentó complicaciones después de la cirugía, situación desconocida por ellas, y que fue encontrada al efectuar revisión de los expedientes clínicos. (Cuadro No. 13 y 14, Gráfico No.13 y 14).
- ☛ Sólo 25% de las pacientes conoce el resultado histopatológico de su cirugía. (Cuadro No. 15, Gráfico No.15).
- ☛ Al egreso hospitalario, 13% de las pacientes tuvo conocimiento del tratamiento a llevar; 87% desconocía esta información. (Cuadro No. 10, Gráfico No.11).
- ☛ 49% de las pacientes recibió información acerca del seguimiento médico a llevar. (Cuadro No. 11, Gráfico No.12).
- ☛ Del total de pacientes estudiadas, 76% de ellas mostró una o más afectaciones relacionadas con la presencia de menopausia precoz post-quirúrgica, apareciendo las primeras manifestaciones 2 años después de realizada la ooforectomía bilateral. (Cuadro No. 15, Gráfico No.16)
- ☛ Del 100% de las pacientes que mostraron una o más afectaciones relacionadas con la menopausia precoz post-quirúrgica, 35% tenía predominio de alteraciones orgánicofuncionales, y 65% alteraciones psicosociales. (Cuadro No. 16, Gráfico No.17)
- ☛ Las manifestaciones orgánicofuncionales presentadas por las pacientes, fueron trastornos vasomotores de diversos tipos. (Cuadro No. 17)
- ☛ Como efectos psicosociales presentados por las pacientes, encontramos:
  - 24% de las pacientes presentó algún nivel de asimilación de la menopausia; 76% desconoce este padecimiento y sus manifestaciones. (Cuadro No. 19, Gráfico No.18)
  - 76% de las pacientes presentan trastornos con relación a la sexualidad. (Cuadro No. 18, Gráfico No.19)
  - 54% de las pacientes manifestó presentar repercusiones personales después de la cirugía. (Cuadro No. 18, Gráfico No.20)
  - 54% de las pacientes tiene algún tipo de repercusiones familiares, a consecuencia de la menopausia. (Cuadro No. 18, Gráfico No.21)

- **13% de los familiares desconocen la situación de salud actual de las pacientes.** (Cuadro No. 19, Gráfico No.22)
- **76% de las pacientes tienen gastos médicos de algún tipo posterior a la cirugía, de estas, un 40% incurre en gastos de consultas médicas.** (Cuadro No. 20 y 21, Gráfico No.23 y 24)
- ☛ **30% de las pacientes asume sus gastos médicos** (Cuadro No. 22, Gráfico No.25).
- ☛ **40% de las pacientes reciben apoyo familiar, tanto de tipo moral como económico.** Cuadro No. 24, Gráfico No.26)
- ☛ **Solamente 43% de las pacientes estudiadas se ha efectuado chequeo médico posterior a la cirugía.** (Cuadro No. 25, Gráfico No.27)

## *X.- DISCUSIÓN Y ANÁLISIS*

- ❖ De las 93 pacientes estudiadas, 88 de ellas son menores de 40 años, este hecho confirma la apreciación del personal de salud del Hospital Bertha Calderón, con relación a que en este centro, se efectúa ooforectomía bilateral quirúrgica en mujeres de este grupo etáreo, con una incidencia mayor de 1 caso por mes.

Dos estudios monográficos sobre ooforectomía bilateral quirúrgica, efectuados en este mismo hospital durante 1994 y 1996, abordan la frecuencia con que se afectó a mujeres jóvenes (39% se encontraban entre 35 y 20 años de edad), reflejando que en este centro, existe una clara tendencia quirúrgica a la extracción de ambos ovarios, independientemente de la edad y paridad de las pacientes.

Según la revisión bibliográfica efectuada, la ooforectomía bilateral quirúrgica es de una indicación no habitual en mujeres con edades menores a 40 años, debido a que induce a la aparición de menopausia a una edad más temprana que la fisiológicamente establecida, lo que se considera una situación patológica.

La situación encontrada en el Hospital Bertha Calderón mediante este estudio, refleja una iatrogenia institucional, producto de la falta de protocolos que normen la realización de esta cirugía, dado que predomina el criterio médico basado en la experiencia clínica por encima de los criterios científicos, ante la falta de recursos y tecnología adecuada que permitan evitar complicaciones o secuelas, cuando se presentan patologías que ponen en riesgo la vida de las pacientes.

- ❖ Dado que en este estudio y en la literatura consultada, el establecimiento de menopausia precoz no presenta relación alguna con el nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, o número de hijos de las pacientes afectadas, se puede inferir que la menopausia precoz no presenta relación aparente con estas variables, y si presenta relación directa, con la causa de la ooforectomía bilateral y la edad de la paciente.
- ❖ Más de la mitad de las pacientes estudiadas, refirió no haber recibido ningún tipo de información acerca del propósito, importancia y consecuencia de la intervención quirúrgica que se le efectuó; y un 75% de las pacientes desconocían los resultados histopatológicos de su cirugía. Este hecho hace suponer, que hay una limitada comunicación de parte del personal de salud, con relación a situaciones críticas en el estado de salud de estas personas, lo cual repercute negativamente en la recuperación del mismo, al retardar un abordaje adecuado de promoción y prevención en salud.

A pesar que se ha estipulado que la información, educación y comunicación en salud, debe ser brindada a nivel de todos los servicios de salud, tanto de atención primaria como de atención secundaria, se aprecia que en este caso, no hay un cumplimiento óptimo de esta estrategia.

Según literatura consultada, las mujeres que cursan con menopausia fisiológica, inician las primeras manifestaciones de esta afección 5 años después de la suspensión del sangrado menstrual, en este estudio, las primeras manifestaciones aparecieron 2 años después de la menopausia post-quirúrgica; se podría inferir, que el hecho de presentar una menopausia de causa no fisiológica, acelera las manifestaciones características del trastorno.

Al momento del estudio, más de la mitad de las pacientes no tiene una adecuada asimilación del proceso que está viviendo en relación con la menopausia precoz, y han iniciado terapia con tratamiento hormonal solamente 12 de las 71 que muestra alguna afectación.

Estas mujeres debido al hecho de no ser informadas adecuadamente, están poco claras de los trastornos consecutivos al procedimiento quirúrgico, desconociendo que su control médico debe ser periódico, y va más allá de la evolución post-quirúrgica mediata que se efectúa en la consulta externa hospitalaria.

Las alteraciones orgánicofuncionales y psicosociales encontradas en las pacientes que conforman el estudio, guardan relación con las reportadas en la literatura consultada, y se explican por el descenso progresivo de la función hormonal, que conlleva a manifestaciones de tipo local y general. En la actualidad se conoce que las mujeres presentan una diversidad de trastornos asociados a factores de tipo afectivo, que se dan por las circunstancias propias de la historia y situación de vida, involucrando también la visión de la sexualidad, todo lo anterior identifica a la menopausia como un detonador de síntomas emocionales.

Menos de la mitad de las pacientes estudiadas, refiere tener buenas relaciones con sus familias. En la literatura consultada se hace referencia a que las mujeres que empiezan a temer su propia menopausia, presentan ciertos episodios físicos y psíquicos comparables a la adolescencia, en dependencia de su entorno sociocultural y de la estructura de su carácter. Todo esto se relaciona estrechamente con la actitud que la mujer tiene frente a su propio cuerpo, el aprecio y estima que siente con respecto a sí misma. Ahora bien, la idea de infertilidad en la mujer menopáusica, sobre todo si es joven y no tiene hijos, produce un rechazo y un sentimiento negativo, que está asociado a una demanda

social en donde se le exige la reproducción. Muchas de estas mujeres expresan sentimiento de soledad en el proceso que viven, y que lo relacionan a una situación de incomprensión familiar.

El hecho de que menos de la mitad de las pacientes incluidas en este estudio se ha efectuado chequeo médico posterior a la cirugía, y que una gran proporción de ellas incurra en gastos médicos de algún tipo, debe llamar la atención acerca de la beligerancia de la atención en el nivel primario, donde generalmente se omite la discusión de estas disfunciones, debido a una falta de apreciación de la importancia de los efectos psíquicos, emocionales y físicos, incluyendo la sexualidad, y de causas concretas con significancia en la morbimortalidad, evitando o desmotivando el abordaje de aspectos que conllevan mucho tiempo en la atareada práctica médica.

El médico de las unidades de salud de los diferentes niveles de atención, debe involucrarse en el manejo integral de la mujer menopáusica, dado que esto tiene un alto impacto no sólo sobre la salud de la paciente, sino que también mejora sustancialmente la calidad de vida durante este período.

Esto supone realizar esfuerzos a través del Programa de Atención Integral a la Mujer, para hacer más eficientes los mecanismos tradicionales de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel de atención, sobre la importancia del abordaje del proceso de la menopausia en la vida sexual y reproductiva de la mujer; así como entre las entidades de atención del gobierno y de organismos no gubernamentales, con el propósito de mejorar la información acerca de la menopausia en todas las unidades donde se oferten servicios de salud a la mujer.



## *XI.- CONCLUSIONES*

Los datos obtenidos mediante la realización de este estudio, reflejan la existencia de un problema real e importante, que debe analizarse en su dimensión cultural, social, clínica y psicológica, en la búsqueda de profundizar y encontrar alternativas de solución, por tanto, el rol de la salud pública debe ser el de facilitar la puesta en práctica de una coordinación racional entre las unidades de salud del nivel primario y secundario, sean gubernamentales o no gubernamentales, para garantizar un verdadero mecanismo individual, social y comunitario de la atención médica, de acuerdo a las características de la población demandante, particularmente, población femenina.

Sobre la base de los resultados del estudio, se plantean las siguientes conclusiones:

1. En el Hospital Bertha Calderón de Managua, se efectúa ooforectomía bilateral quirúrgica a mujeres adolescentes y jóvenes, con una incidencia mayor de 1 caso por mes, a pesar de que esta cirugía es inusualmente indicada a estas edades, según reportes de la literatura consultada.
2. Las pacientes intervenidas quirúrgicamente por ooforectomía bilateral, están siendo castradas en edad fértil, a pesar de que un buen porcentaje de ellas no tenía paridad satisfecha.
3. La ooforectomía bilateral quirúrgica efectuada en mujeres adolescentes y jóvenes, induce a la aparición de menopausia precoz, lo que se considera una situación patológica, dado que se presentan alteraciones orgánicofuncionales y psicosociales que evidencian este trastorno 2 años después de haberse efectuado la cirugía en las pacientes estudiadas.
4. El establecimiento de menopausia precoz tiene relación directa con la causa de la ooforectomía bilateral y con la edad de la paciente afectada, y no se vincula con variables socioeconómicas, tales como, edad, escolaridad, ocupación, estado civil y número de hijos.
5. En el Hospital Bertha Calderón, el personal de salud no brinda información adecuada y oportuna acerca del estado de salud de las pacientes, limitando el abordaje integral para su recuperación, puesto que la mayoría de las pacientes no tiene una adecuada asimilación del proceso que está viviendo en relación con la menopausia precoz postquirúrgica, y están poco claras del control médico y terapia que deben seguir para evitar la aparición de secuelas orgánicofuncionales y psicosociales.

6. Las principales consecuencias de menopausia precoz post-quirúrgica, observadas en las pacientes adolescentes y jóvenes incluidas en el estudio, a nivel orgánico-funcional son predominantemente los trastornos vasomotores, tales como cefalea, bochornos, sudoración nocturna, palpitaciones, entre otros.
7. Las principales consecuencias de menopausia precoz post-quirúrgica, observadas en las pacientes adolescentes y jóvenes incluidas en el estudio, a nivel psicosocial fueron, la poca asimilación de la menopausia, trastornos de la sexualidad, cambios de carácter, rechazo de pareja por infertilidad, relaciones difíciles en el entorno familiar, laboral y social, y gastos médicos de algún tipo.
8. Debido a que no existe de parte del Ministerio de Salud la oferta de atención durante el período de la menopausia en general, y mucho menos de la menopausia precoz, a nivel de los servicios de salud de atención primaria y secundaria, la presencia de trastornos orgánicofuncionales y psicosociales en mujeres afectadas, conlleva a repercusiones económicas a ellas y a sus familias, en la búsqueda de soluciones para enfrentar estos problemas.
9. Las soluciones que encuentran las mujeres afectadas por menopausia precoz, generalmente se establecen de una forma parcial, debido a que no cuentan con posibilidades económicas para costear una atención integral, y cubrir la totalidad de sus gastos de salud.

## *XII.- RECOMENDACIONES*

---

A partir de este estudio se puede apreciar la afectación de un grupo vulnerable de la población nicaragüense, como lo son mujeres adolescentes y jóvenes, con un problema de salud denominado menopausia precoz post-quirúrgica, cuya falta de resolución causa un impacto que trasciende a las pacientes y a sus familiares.

Del análisis de las diferentes variables que intervienen en la aparición de esta problemática, nace la necesidad de estructurar estrategias integrales dirigidas a la promoción y prevención de la salud de este grupo humano, mediante el compromiso de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que atienden a la mujer, con el propósito de mejorar la coordinación entre el primer y el segundo nivel de atención, y contribuir de esta forma a fomentar una mejor calidad de vida para estas personas.

Atendiendo a los resultados de este estudio, nos permitimos sugerir las siguientes recomendaciones:

### *A las pacientes*

- 1) Solicitar información suficiente y pertinente en los servicios de salud de atención primaria, sobre su estado de salud y las posibles consecuencias de su patología.
- 2) Con el propósito de ser partícipe en la recuperación de su salud, mientras estén hospitalizadas, deben hacer uso de su derecho a estar informadas de las medidas, prácticas y procedimientos que se indiquen.
- 3) Al egreso hospitalario, solicitar valoración interdisciplinaria sistemática y adecuada, para definir la terapia a seguir, con el fin de prevenir la aparición de secuelas tipo orgánico-funcionales y psicosociales.
- 4) Incrementar hábitos saludables, que le permitan mejorar su calidad de vida, en el aspecto de su salud sexual y relación familiar.

### *Al Hospital Bertha Calderón*

1. Procurar incrementar la puesta en práctica de las recomendaciones resultantes de estudios sobre ooforectomía bilateral quirúrgica, que han sido realizados en ese centro.
2. Establecer protocolos para normatizar los procedimientos quirúrgicos que se efectúan a nivel de atención secundaria, con el propósito de evitar iatrogenias en las pacientes.

3. Promover mecanismos de información y educación en salud, dirigidos a mejorar el conocimiento de la situación de salud de las pacientes atendidas en este centro.
4. Crear un programa de atención, con recursos idóneos, que permita dar seguimiento integral en el período post-quirúrgico inmediato y mediano de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral.
5. Implementar en coordinación con atención primaria, un sistema de referencia y contrarreferencia eficaz entre los niveles de atención primario y secundario, para establecer un adecuado seguimiento a este tipo de pacientes.

*Al Ministerio de Salud e Instituciones no gubernamentales que trabajan en programas de atención a la mujer*

- 1) Enmarcado en el proceso de modernización del sector salud, y retomando la nueva estrategia de salud pública de tratar de redefinir el modelo de atención en salud, de lo curativo a lo integral, se debe fomentar en adolescentes y jóvenes un desarrollo armónico, coherente con su realidad social y cultural.
- 2) Monitorear de forma sistemática, mediante un Programa de Garantía de la Calidad, los protocolos de abordaje de diferentes problemas de salud propios de la mujer, en las unidades de salud de los diferentes niveles de atención, con el propósito de incidir en la disminución de la morbilidad producto de consecuencias quirúrgicas evitables.
- 3) Integrar al sistema de vigilancia epidemiológica, datos de morbilidad en adolescentes y jóvenes, que faciliten efectuar estudios que permitan valorar el impacto real en la calidad de vida y secuelas secundarias a problemas presentados por estos grupos.
- 4) Constituir un Programa de Atención Integral dirigido a las pacientes y núcleo familiar, que satisfaga educacional, psicológica y médicamente las necesidades de la etapa de la menopausia, con acciones dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y su relación con el medio, interrelacionando la promoción de salud, recuperación y rehabilitación de la enfermedad e incapacidad.
- 5) Mejorar la coordinación y eficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia, entre el primer y segundo nivel de atención.
- 6) Mejorar la coordinación entre el personal de salud del MINSA y organismos no gubernamentales que trabajan en salud sexual y reproductiva, en acciones integrales que permitan mejorar la salud preventiva y la atención integral de la mujer.

### XIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Castro, Sonia; Ruiz, Antonio.  
*Indicaciones de Ooforectomía Bilateral en mujeres sometidas a Cirugía Ginecológica, Hospital Escuela Bertha Calderón, Managua, Enero-Diciembre 1994.*  
Trabajo Monográfico.
2. Quezada Tórriz.  
*Calidad del tratamiento a pacientes ooforectomizadas en 1996, servicio de Ginecología, Hospital Escuela Bertha Calderón, Noviembre 1997.*  
Estudio Monográfico.
3. Guidelines for counseling postmenopausal women about preventive hormone therapy.  
*American College of Physicians. Ann Intern Med 1992; 117:1038-41.*
4. Anarte MT; Cuadros JL.; Herrera J.: *Tratamiento hormonal y psicológico: Alternativa terapéutica para la menopausia? Climaterio 1(6):274-80, 1998.*
5. *Atención Integral a la Mujer y a la Niñez. Manual Operativo.*  
MINSA, Gobierno de Nicaragua. Managua, Abril 1995.
6. Black, DM.  
*Why elderly women should be screened and treated to prevent osteoporosis.*  
*Ann J Med 1995; 98 (Suppl 2A):67S-75S.*
7. Blumel M., Juan Enrique; Brandt Alvear, Arturo.  
*La Menopausia: ¿una enfermedad?.*  
*Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 56(4):268-73. Chile, 1991.*
8. Butler, William J.  
*Terapia de Sustitución Hormonal en pacientes con cáncer estrógeno-dependiente.*  
*Revista Mundo Médico. Págs. 35-40, Vol. 12, No. 7. Panamá. Enero 1996.*
9. *Cuándo tratar los síntomas de la menopausia?.*  
*Cámara de la C.. Formación médica continuada.1994;1:482-489*
10. Canessa, Patricia; Nikiel, Connie.  
*Manual para la Educación en Salud Integral del Adolescente.*  
OPS, OMS. Mayo, 1997.
11. Castillo T., Silvia.  
*Citogenética de la Falla Ovárica Prematura.*  
*Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 57(5):341-5. Santiago de Chile, 1992.*

12. *Climaterio y Post-menopausia.*  
*Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana, Junio 1964.*
13. *Climaterio y Post-menopausia: conceptos actuales.*  
*Revista Tribuna Médica. Págs.78-90. Bogotá, 1996.*
14. *Daly E, Gray A, Barlow D, McPherson K, Roche M, Vessey M.*  
*Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life.*  
*BMJ 1993;307(69080):836-40.*
15. *Donas, Solum.*  
*Marco Epidemiológico Conceptual de la Salud Integral del Adolescente.*  
*Adolescencia y Juventud. OPS, OMS. Costa Rica, 1995.*
16. *Dr. Julio Piura López.*  
*Introducción a la Metodología de la Investigación Científica.*  
*Publicación científica de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua.*  
*Segunda Edición 1997.*
17. *Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 1991.*  
*Instituto Nacional de Estadísticas, Madrid 1994.*
18. *Foro de la Mujer sobre la Menopausia y la Terapia del Reabastecimiento de Estrógenos.*  
*VIII Congreso Internacional sobre Menopausia. Estocolmo, Suecia, Junio 1993.*
19. *Morbimortalidad de mujeres en edad fértil.*  
*Informes del Ministerio de Salud de Nicaragua, 1995 - 2000.*
20. *Jones, Howardw.*  
*Tratado de Ginecología de Novak, Undécima Edición, Cap.15; 349-54. México, 1996.*
21. *La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos.*  
*UNFPA, OPS, Red de Salud de Mujeres de América Latina y del Caribe. Quito, Ecuador. Junio, 1997.*
22. *Manual de Salud Reproductiva. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez.*  
*MINSA, Gobierno de Nicaragua. 1996.*
23. *Política Nacional de Salud 1997-2000. Ministerio de Salud de Nicaragua.*
24. *Morales Cardona, Francisco; Díaz Franco, Edgar.*  
*Síntomas somáticos durante la menopausia, asociados con estados depresivos.*  
*Perinatología, Reproducción Humana; 9 (2):892, Abril-Junio. México 1995.*
25. *Murray, Freedman; Nolan, Thomas.*  
*Atrofia Genitourinaria: una consecuencia inevitable de la deficiencia estrogénica.*  
*Revista Mundo Médico, Pág. 31-36, Vol.13. Septiembre 1996.*

26. Murta, Eddie; Freitas, Mauricio.  
*Ooforectomía concomitante a histerectomía no ciclo gravídico- puerperal: cuando indicar?*  
*Revista Médica; 109(3):117-8. Mayo - Junio. Brasil 1994.*
27. Nguyen HN, Lobo AR, The Writing Group of PEPI Trial.  
*Effects of Hormone Therapy on Bone Mineral Density.*  
*JAMA 1997; 276:1389-1396.*
28. Parilla JJ., Alvarez J, Escribano MD, Abad Martínez.  
*Climaterio y Menopausia. Medecine 1991;94:3701-3712.*
29. Pouilles JM, Tremolieres F, Bonneau M, Ribot C..  
*Influence of early age at menopause on vertebral bone mass. J Bone Min Res 194;9:311.*
30. Programa Atención Integral a la Adolescencia. Bases Programáticas.  
*MINSA, Gobierno de Nicaragua. Diciembre, 1996.*
31. Ruiz I, Montero I, Hernández Aguado I.  
*Factores asociados a la utilización de servicios de ginecología por la mujer climaterica: Un estudio de casos y controles. Med Clín (Barc).1994;102:761-764.*
32. Sliber, Tomas; Munist Mabel.  
*Manual de Medicina de la Adolescencia.*  
*OPS, OMS. 1992.*
33. Stewart DE., Boidell KM..  
*Psychological distress during menopause: Association across the reproductive life cycle. In:*  
*J Psychiatry Med 23: 157-62, 1993.*
34. Stevenson, John.  
*Hormone Replacement Therapy and the Cardiovascular System.*  
*Págs. 7-10. Basle, Switzerland, Noviembre 1996.*
35. The writing group of PEPI trial effects of hormone therapy on bone mineral density.  
*JAMA 1996.*
36. Ulloa G., Armando.  
*Población y Salud Reproductiva. Curso de Higiene y Epidemiología II.*  
*UNAN, Facultad de Ciencias Médicas. UNFAP. Managua, 1997.*
37. Mecanismos Básicos de las Hormonas y Evaluación de las Mujeres que podrían necesitar o no ayuda hormonal.  
*Estudio Monográfico. White Ayers Laboratories, New York, 1996.*
38. Whitefer, M.; Soffree, V.  
*Hormone Replacement Therapy: your questions ansioered. New York, 1992.*
39. Zeno de Luque, Ana María.  
*Sexualidad en la Mujer Post-menopáusica.*  
*Revista Sanidad. 8(1):75-82. Santiago de Chile, 1991.*

*XIV.- ANEXOS*



## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

### Objetivo No.1- Características socioeconómicas de las adolescentes y jóvenes del estudio

Edad al momento de la Cirugía	Años cumplidos al momento del ingreso hospitalario, según expediente clínico	Registro de expediente clínico	Adolescentes Adultos jóvenes	Años cumplidos	a) 10 a 19 años b) 20 a 29 años c) 30 a 39 años
Edad actual	Años cumplidos por la paciente al momento de la entrevista.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Adolescentes Adultos jóvenes	Años cumplidos	a) 10 a 19 años b) 20 a 29 años c) 30 a 39 años
Nivel de escolaridad	Falta de habilidades de lecto-escritura  Domina lecto-escritura, o cursó 1er o 2do grado de escolaridad  3er - 6to grado de escolaridad  1er y 5to año Carrera técnica  Carrera profesional.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Analfabeta  Alfabeta  Primaria  Secundaria Técnico  Universitaria		
Ocupación actual	Actividad laboral que desempeña la paciente al momento de efectuar la entrevista.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Ama de casa Estudiante Comerciante Otros		
Estado Civil	Situación jurídica de la paciente, frente a requisitos definidos por la legislación del país, con respecto a la convivencia de pareja.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Soltera Acompañada Casada Viuda Divorciada		
Número de Hijos	Cantidad de hijos vivos que tiene la paciente al momento del ingreso hospitalario.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Ninguno Uno Más de uno		

**Objetivo No.2- Nivel de información de las pacientes, acerca de la menopausia precoz post-quirúrgica.**

	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	VALORES	NIVEL DE RESPUESTA	PUNTAJE
Información previa a la Cirugía	Información que el personal de salud brinda a la paciente, con respecto a su estado de salud y a las diversas alternativas terapéuticas que serán utilizadas con el fin de obtener su recuperación.	Respuesta espontánea de la entrevistada	<p>Desconoce su patología y el porque de su cirugía.</p> <p>Escucha comentar de su patología o de su tratamiento quirúrgico.</p> <p>Se le explica su patología y la necesidad de su cirugía, con los riesgos que esto implica.</p>	<p>Ninguna</p> <p>Incompleta</p> <p>Completa</p>	
Conocimiento del procedimiento quirúrgico efectuado	Información que el personal de salud brinda a la paciente, con relación a indicaciones, ventajas o desventajas que existan para la realización de cualquier procedimiento quirúrgico que deba brindársele o se le haya brindado, con el propósito de facilitar la recuperación de su estado de salud.	Respuesta espontánea de la entrevistada	<p>No cuenta con ninguna información.</p> <p>Sabe que no podrá continuar con sus funciones reproductivas.</p> <p>Se le explicó claramente en que consistía su cirugía.</p>	<p>Ninguna</p> <p>Incompleta</p> <p>Completa</p>	
Información sobre las consecuencias de esta cirugía.	Información que el personal de salud brinda a la paciente, con relación a la aparición de alteraciones orgánicas, funcionales, psíquicas, sociales o económicas, que aparezcan en el transcurso del tiempo, como resultado de alguna intervención quirúrgica que se le haya efectuado; así como del impacto de las mismas para la conservación de la salud de la paciente.	Respuesta espontánea de la entrevistada	<p>No cuenta con información.</p> <p>Considera que no tiene secuelas.</p> <p>Conoce claramente los problemas derivados de la cirugía.</p>	<p>Ninguna</p> <p>Incompleta</p> <p>Completa</p>	

**Objetivo No.2- Nivel de información de las pacientes, acerca de la menopausia precoz post-quirúrgica.**

Variable	Definición/Operación	Indicador	Valores	Nivel de Medida	Escala
Conocimiento del tratamiento a llevar.	Información que el personal de salud brinda a la paciente, respecto a la terapéutica necesaria para la prevención, paliación o curación, de las secuelas esperadas, después de haber padecido algún problema de salud, o de la realización de un procedimiento quirúrgico.	Respuesta espontánea de la entrevistada	<p>No conoce del tema.</p> <p>Sabe que debe tomar medicamentos, pero desconoce cuándo y por qué.</p> <p>Conoce claramente sobre su terapia.</p>	<p>Ninguna</p> <p>Incompleta</p> <p>Completa</p>	
Información acerca de su seguimiento médico.	Información que el personal de salud brinda a la paciente, en relación con el tipo, periodicidad y sitio, donde acudir para recibir orientación profesional en tomo al cuidado de su salud, después de haber padecido algún problema de salud, o de haber sido sometida a algún procedimiento quirúrgico.	Respuesta espontánea de la entrevistada	<p>Desconoce del tema.</p> <p>Cree que es importante efectuarse chequeos médicos eventuales.</p> <p>Conoce claramente la importancia de revisiones médicas periódicas.</p>	<p>Ninguna</p> <p>Incompleta</p> <p>Completa</p>	

**Objetivo No.3- Manifestaciones orgánicas y funcionales presentadas por las pacientes**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	VALORES
Trastornos Vasomotores	Alteraciones consecutivas a inestabilidad en la dilatación y constricción de vasos sanguíneos a nivel capilar.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Rubor facial Calor facial Bochornos Opresión en el pecho Cefalea Taquicardia Sudoración nocturna Depresión Insomnio Falta de aire
Trastornos Cardiovasculares	Alteraciones cardíacas o de los vasos sanguíneos.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Angina Ateroesclerosis Infarto Miocárdico Accidente Cerebrovascular
Osteoporosis	Alteraciones secundarias al adelgazamiento óseo.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Dorsalgias Espasmos musculares Fracturas atraumáticas
Vaginitis Atrófica	Adelgazamiento de las capas celulares de la mucosa vaginal.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Dispareunias Frigidez Infecciones urinarias a repetición

### Objetivo No.4 Efectos psico-sociales de las pacientes.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Nivel de asimilación de la menopausia	Grado de conocimiento que la paciente tiene acerca de la aparición y prevención de los síntomas que caracterizan la menopausia, así como de la comprensión de esta alteraciones subsecuentes para su estado de salud.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Frustración Negligencia Responsabilidad
Sexualidad	Calidad de vida sexual de la paciente.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Vida sexual activa Vida sexual inactiva Vida sexual satisfactoria Vida sexual insatisfactoria
Repercusiones personales	Circunstancias o hechos físicos, psicológicos o sociales, que a nivel individual ocurran en la paciente, a consecuencia de la presencia de menopausia.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Pérdida de la salud Indisposición a la vida laboral Insomnio Dispareunia Desmotivación social Indisposición a la vida sexual Labilidad emocional Depresión Sentimiento de rechazo por parte de su pareja.

**Objetivo No.4 Efectos psico-sociales de las pacientes.**

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Repercusiones familiares	Circunstancias o hechos de índole psicológico o social que afecten el entorno familiar de la paciente, producto de la presencia de menopausia.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Sentimiento de vergüenza Frustración Pérdida de la pareja Maltrato familiar
Repercusiones económicas	Circunstancias o hechos de carácter financiero en los que incurra la paciente, con el propósito de solventar situaciones relacionadas a su estado de salud, a consecuencia de la menopausia.	Respuesta espontánea de la entrevistada	Gastos médicos Compra de medicamentos Inestabilidad laboral

*INSTRUMENTO No. 1*

*Listado en orden alfabético de pacientes entre  
13 y 39 años de edad, a las cuales se les realizó  
Ooforectomía Bilateral en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque"  
Managua, Enero 1994 - Enero 2000.*

No.	NOMBRE COMPLETO	CASO	No. EXPEDIENTE	AÑO

**Fuente:** Archivos de reportes quirúrgicos de Sala de Operaciones y reportes de biopsias del Departamento de Patología, Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque", Managua, Enero 1994 - Enero 2000.

*INSTRUMENTO No. 2*

*Ficha de recolección de datos generales,  
Departamento de Estadísticas Médicas  
del Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque"*

Mujeres entre 13 y 39 años, intervenidas por ooforectomía bilateral en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, Enero 1994 - Enero 2000.

**Caso No.:**

**Sala de Ingreso:**

**Expediente No.:**

**I.- Datos Generales**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: / \_\_\_ /

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**II.- Datos Obstétricos**

No. Gestas: / \_\_\_ /

No. Partos: / \_\_\_ /

No. Cesáreas: / \_\_\_ /

No. Abortos: / \_\_\_ /

No. Legrados: / \_\_\_ /

**III.- Datos concernientes a la Cirugía**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha de Cirugía: / \_\_\_ / / \_\_\_ / / \_\_\_ /

Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_

Hallazgos Histopatológicos: \_\_\_\_\_



### INSTRUMENTO No. 3

*Encuesta dirigida a Mujeres entre 13 y 39 años de edad, intervenidas por ooforectomía bilateral, en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" de Managua, Enero 1994 - Enero 2000.*

Buenos días estimada paciente de la consulta externa del Hospital Bertha Calderón, estamos solicitando información importante para realizar un estudio en mujeres que han sido operadas en este centro, para conocer como está su salud después de esa cirugía.

Quisiéramos tomar un poco de su tiempo para efectuarle algunas preguntas, muchas gracias.

#### I.- Datos Generales

Nombre -----

Edad al momento de la cirugía -----

Edad actual -----

#### Escolaridad:

Analfabeta /\_/

Secundaria /\_/

Alfabeta /\_/

Técnico /\_/

Primaria /\_/

Universitario /\_/

#### Ocupación:

Ama de casa /\_/

Comerciante /\_/

Estudiante /\_/

Otros /\_/

#### Estado Civil:

Soltera: SI /\_/ NO /\_/

Casada: -----

Divorciada: -----

Viuda: -----

Acompañada: -----

#### No. de Hijos:

Ninguno /\_/

Uno /\_/

Más de uno /\_/

## II.- Nivel de información acerca de su problema.

¿Sabe cuál era la enfermedad por la que ingresó al hospital? SI /\_/ NO /\_/

En caso afirmativo, explique brevemente de que se trataba su padecimiento

---

¿Porqué la operaron?-----

---

¿Considera usted que era necesaria esa operación SI /\_/ NO /\_/

¿Le explicó su médico la importancia de realizar esa cirugía? SI /\_/ NO /\_/

¿Le dijeron para qué era esa operación? SI /\_/ NO /\_/

¿Pidieron su consentimiento para operarla? SI /\_/ NO /\_/

¿Consultaron con sus familiares para realizar la cirugía? SI /\_/ NO /\_/

¿Conoció los resultados encontrados en su operación? SI /\_/ NO /\_/

Si es positivo marque con una X los hallazgos:

- \* Ruptura de matriz /\_/
- \* Pus dentro de la barriga /\_/
- \* Sangrado excesivo de la matriz /\_/
- \* Tumor en la matriz u ovarios /\_/

¿Qué le hicieron en la operación?

- \* Le sacaron los ovarios /\_/
- \* Le sacaron la matriz /\_/
- \* Le cortaron el intestino /\_/

¿Presentó complicaciones durante la operación? SI /\_/ NO /\_/

¿Qué piensa usted de no tener ovarios?-----

¿Presentó algún problema después de la operación? SI /\_/ NO /\_/

¿Qué tipo de problemas?-----

-----

-----

¿Le recetaron algún medicamento después de su operación? SI /\_/ NO /\_/

¿ Recuerda el nombre o el tipo de medicamento?-----

{Antibióticos, hormonas, calcio}

¿Los ha estado tomando? SI /\_/ NO /\_/

¿Sabe para que toma hormonas? (Información sobre la posibilidad de presentar secuelas).

¿Se ha chequeado después de la operación? SI /\_/ NO /\_/

¿Cada cuánto tiempo se chequea?

\* Mensual /\_/

\* Semestral /\_/

\* Anual /\_/

\* Nunca /\_/

¿Cuántos chequeos se ha realizado desde la operación? /\_/

¿Considera importante efectuarse estos chequeos? SI /\_/ NO /\_/

¿Por qué?-----

¿En qué lugar lo hace?

\* Centro de Salud /\_/

\* Hospital /\_/

\* Clínica privada /\_/

\* Profamilia, Si Mujer, etc. /\_/

### III.- Efectos (Orgánicos, Funcionales, Psico-sociales)

¿Se ha sentido triste, sola, deprimida o ha notado algún cambio de conducta debido a la operación?

-----  
-----

¿Ha tenido bochornos? SI /\_/ NO /\_/

Sudoración por las noches SI /\_/ NO /\_/

Desvelos SI /\_/ NO /\_/

Dolor de Cabeza SI /\_/ NO /\_/

Piel excesivamente seca SI /\_/ NO /\_/

Aparición de vello facial SI /\_/ NO /\_/

Dolores en las articulaciones. SI /\_/ NO /\_/

Dolores Musculares(región baja de la espalda) SI /\_/ NO /\_/

Fatiga fácil SI /\_/ NO /\_/

¿Desde cuándo? -----

¿Ha tenido algún problema en el corazón? SI /\_/ NO /\_/

\* Palpitaciones /\_/

\* Presión en el pecho /\_/

\* Dolor en el pecho /\_/

\* Presión alta /\_/

\* Presión baja /\_/

¿Desde cuándo? -----

¿Se ha quebrado algún hueso después de su operación? SI /\_/ NO /\_/

¿Cuándo sucedió? -----

¿Cómo fue?-----

¿Padece muy seguido de los riñones?

SI /\_/ NO /\_/

¿Desde cuándo? .....

¿Fue atendida en alguna unidad de salud o algún médico por esta dolencia?

SI /\_/ NO /\_/

¿Conoce su pareja sobre la operación que le practicaron? SI /\_/ NO /\_/

¿Qué opina sobre esto? (Información acerca de la posible aparición de trastornos)

.....  
.....

¿Siente rechazo por su pareja?

SI /\_/ NO /\_/

¿De qué tipo?.....

.....

¿Ha sentido alguna molestia(físicas) durante o después de sus relaciones sexuales? SI /\_/ NO /\_/

¿Qué tipo de molestias?

- \* No se humedece /\_/
- \* Le duele /\_/
- \* Sangra /\_/

¿Han cambiado sus deseos sexuales con su pareja después de la operación? SI /\_/ NO /\_/

¿Cómo es su carácter actualmente? alegre /\_/  
aburrida /\_/  
irritable /\_/  
malcriada /\_/  
deprimida /\_/

¿Se lleva bien con sus familiares, vecinos y amigos? SI /\_/ NO /\_/

¿Conocen sus familiares sobre la operación que le hicieron?.....

¿Ha recibido apoyo de parte de ellos?

\* económico /\_/\_/

\* moral /\_/\_/

¿Ha cambiado de trabajo en los últimos años después de la operación?

SI /\_/\_/ NO /\_/\_/ Por qué?-----

-----

¿Recibe apoyo de su pareja, su familia o usted asume sus gastos médicos?

SI /\_/\_/ NO /\_/\_/ Especifique (Tipo de apoyo recibido) -----

¿Le alcanza su dinero para estos gastos? SI /\_/\_/ NO /\_/\_/

¿Cuánto gasta en medicinas?

Poco /\_/\_/

Muy poco /\_/\_/

Mucho /\_/\_/

Nada /\_/\_/

¿Cuánto gasta en consultas médicas?

Poco /\_/\_/

Muy poco /\_/\_/

Mucho /\_/\_/

Nada /\_/\_/

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

Fuente: Pacientes entre 13 y 39 años de edad, sometidas a ooforectomía bilateral, en el Hospital Escuela "Bertha Calderón Roque" entre Enero 1994 y Enero del 2000.

*SECCIÓN DE CUADROS*

*Cuadro No. 1*  
*Distribución porcentual de la incidencia anual*  
*de pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Año</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>1994</i>	<i>17</i>	<i>18</i>
<i>1995</i>	<i>21</i>	<i>23</i>
<i>1996</i>	<i>17</i>	<i>18</i>
<i>1997</i>	<i>14</i>	<i>15</i>
<i>1998</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
<i>1999</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

***FUENTE:***

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*  
*Libros de Ingreso de las diferentes salas del HBCR.*



*Cuadro No. 2*  
*Distribución porcentual de las edades de pacientes intervenidas*  
*por ooforectomía bilateral, al ingreso hospitalario y al momento del estudio,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Grupo etáreo</i>	<i>Al ingreso</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Al entrevistarse</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>13-19 años</i>	<i>33</i>	<i>35</i>	<i>19</i>	<i>20</i>
<i>20-29 años</i>	<i>60</i>	<i>65</i>	<i>69</i>	<i>75</i>
<i>29-39 años</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>5</i>	<i>5</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

**FUENTE:**

*Expedientes clínicos de Pacientes HBCR incluidas en el estudio..*  
*Libros de Ingreso de las diferentes salas del HBCR.*

*Cuadro No. 3*  
*Distribución porcentual del nivel de escolaridad*  
*de pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Nivel Escolar</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Universitario</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
<i>Técnico</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
<i>Secundaria</i>	<i>33</i>	<i>35</i>
<i>Primaria</i>	<i>37</i>	<i>40</i>
<i>Alfabeta</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
<i>Analfabeta</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

***FUENTE:***

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 4*  
*Distribución porcentual de la ocupación actual*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Ocupación</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ama de casa</i>	<i>46</i>	<i>49</i>
<i>Estudiante</i>	<i>19</i>	<i>20</i>
<i>Comerciante</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
<i>Profesional</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
<i>Otra</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

***FUENTE:***

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 5*  
*Distribución porcentual del estado civil*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Estado Civil</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Solteras</i>	<i>14</i>	<i>15</i>
<i>Separadas</i>	<i>23</i>	<i>25</i>
<i>Acompañadas</i>	<i>37</i>	<i>40</i>
<i>Casadas</i>	<i>19</i>	<i>20</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 6*  
*Distribución porcentual del número de hijos*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Número de hijos</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ninguno</i>	<i>21</i>	<i>22</i>
<i>Uno</i>	<i>49</i>	<i>53</i>
<i>Más de uno</i>	<i>23</i>	<i>25</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Expedientes clínico de las Pacientes HBCR, incluidas en el estudio.*

*Cuadro No. 7*  
*Distribución porcentual*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*que recibieron información previa a la cirugía*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Información recibida</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si****</i>	<i>30</i>	<i>32</i>
<i>No</i>	<i>63</i>	<i>68</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*\*\*\* Un 13% de este porcentaje, corresponde a información brindada a familiares de las pacientes.*

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes realizada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 8*  
*Distribución porcentual*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*que recibieron información acerca del procedimiento quirúrgico efectuado,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Información recibida</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	<i>39</i>	<i>42</i>
<i>No</i>	<i>54</i>	<i>58</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes realizada por las investigadoras.*

**Cuadro No. 9**  
**Distribución porcentual**  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*que recibieron información acerca de las consecuencias de la cirugía,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Información recibida</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	<i>39</i>	<i>42</i>
<i>No</i>	<i>54</i>	<i>58</i>
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

**FUENTE:**

*Entrevista a Pacientes realizada por las investigadoras.*



*Cuadro No. 10*  
*Distribución porcentual*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*que recibieron información acerca del tratamiento a llevar,*  
*HfBCR, 1994-2000.*

<i>Información recibida</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
<i>No</i>	<i>81</i>	<i>87</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes realizada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 11*  
*Distribución porcentual*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*que recibieron información acerca de su seguimiento médico,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Información recibida</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	<i>46</i>	<i>49</i>
<i>No</i>	<i>47</i>	<i>51</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes realizada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 12*  
*Distribución porcentual*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*que presentaron problemas transoperatorios,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Presencia de problemas transoperatorios</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	<i>39</i>	<i>42</i>
<i>No</i>	<i>54</i>	<i>58</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*  
*Expedientes clínicos HBCR.*

*Cuadro No. 13*  
*Distribución porcentual*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*que presentaron complicaciones después de la cirugía,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Presencia de complicaciones</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	<i>56</i>	<i>60</i>
<i>No</i>	<i>37</i>	<i>40</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*  
*Expedientes clínicos HBCR.*

*Cuadro No. 14*  
*Distribución porcentual*  
*de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*que recibieron información acerca de sus resultados histopatológicos,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Información recibida</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	<i>23</i>	<i>25</i>
<i>No</i>	<i>70</i>	<i>75</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR realizada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 15*  
*Distribución porcentual*  
*de la presencia de afectación por menopausia precoz*  
*post-quirúrgica, en pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Afectación</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Presencia de una o más afectaciones ***</i>	<i>71</i>	<i>76</i>
<i>Ausencia</i>	<i>22</i>	<i>24</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*\*\*\* Afectaciones Orgánicofuncionales y/o Psicosociales.*

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR realizada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 16*  
*Distribución porcentual del tipo de afectaciones*  
*relacionadas con la presencia de Menopausia Precoz Post-quirúrgica*  
*en pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Tipo de afectación</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Orgánicofuncional</i>	<i>25</i>	<i>35</i>
<i>Psicosocial</i>	<i>46</i>	<i>65</i>
<i>TOTAL</i>	<i>71</i>	<i>100</i>

***FUENTE:***

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 17*  
*Distribución por frecuencia de las principales manifestaciones orgánicofuncionales*  
*presentadas por las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Principales manifestaciones</i>	<i>No. de reportes</i>
<i>1 Bochorno</i>	<i>15</i>
<i>2 Cefalea</i>	<i>12</i>
<i>3 Opresión en el pecho</i>	<i>16</i>
<i>4 Falta de aire</i>	<i>18</i>
<i>5 Insomnio</i>	<i>20</i>
<i>6 Depresión</i>	<i>19</i>

*FUENTE:*

*Entrevista realizada a Pacientes HBCR por las investigadoras.*



*Cuadro No. 18*  
*Distribución por frecuencia de los tipos de afectaciones psicosociales*  
*presentadas por las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>***Tipos de afectaciones</i>	<i>No. de reportes</i>
<i>1 Asimilación de la menopausia</i>	<i>11</i>
<i>2 Sexualidad</i>	<i>35</i>
<i>3 Repercusiones Personales</i>	<i>25</i>
<i>4 Repercusiones Familiares</i>	<i>25</i>
<i>5 Repercusiones Económicas</i>	<i>35</i>

*\*\*\*\* 46 Pacientes representan el 100%.*

**FUENTE:**

*Entrevista realizada a Pacientes HBCR, por las investigadoras.*

*Cuadro No. 19*  
*Distribución porcentual de familiares de las pacientes*  
*incluidas en el estudio, que conocen la situación de salud*  
*actual de estas pacientes, HBCR, 1994-2000.*

<i>Conocen la situación</i>	<i>No. Familiares</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>SI</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
<i>NO</i>	<i>81</i>	<i>87</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 20*  
*Distribución porcentual de familiares de las pacientes*  
*incluidas en el estudio, que incurren en gastos médicos posterior a la cirugía,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Incurren en gastos</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>SI</i>	<i>71</i>	<i>76</i>
<i>NO</i>	<i>22</i>	<i>24</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 21*  
*Distribución porcentual del tipo de gastos médicos*  
*en el que incurren las pacientes posterior a la cirugía,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Tipo de gastos</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Consultas médicas</i>	<i>28</i>	<i>40</i>
<i>Otros gastos</i>	<i>43</i>	<i>60</i>
<i>TOTAL</i>	<i>71</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 22*  
*Distribución porcentual de las pacientes incluidas en el estudio,*  
*que asumen sus gastos médicos posterior a la cirugía,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Asumen gastos</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>SI</i>	<i>21</i>	<i>30</i>
<i>NO</i>	<i>50</i>	<i>70</i>
<i>TOTAL</i>	<i>71</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 23*  
*Distribución porcentual de las pacientes incluidas en el estudio,*  
*que reciben apoyo familiar,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Reciben apoyo</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>SI</i>	<i>37</i>	<i>40</i>
<i>NO</i>	<i>56</i>	<i>60</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR efectuada por las investigadoras.*

*Cuadro No. 24*  
*Distribución porcentual de las pacientes incluidas en el estudio,*  
*que se realizan chequeo médico posterior a la cirugía,*  
*HBCR, 1994-2000.*

<i>Efectúan chequeos médicos</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>SI</i>	<i>39</i>	<i>43</i>
<i>NO</i>	<i>54</i>	<i>57</i>
<i>TOTAL</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

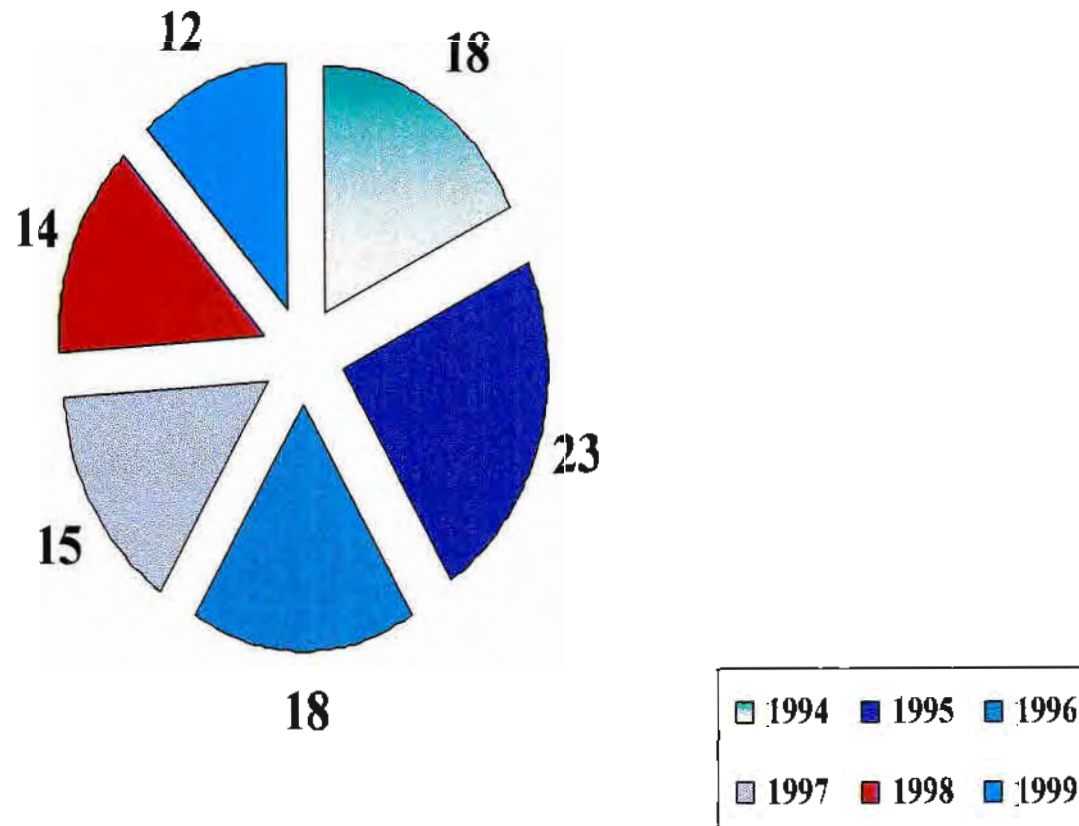
*FUENTE:*

*Entrevista a Pacientes HBCR, efectuada por las investigadoras.*

*SECCIÓN DE GRÁFICAS*

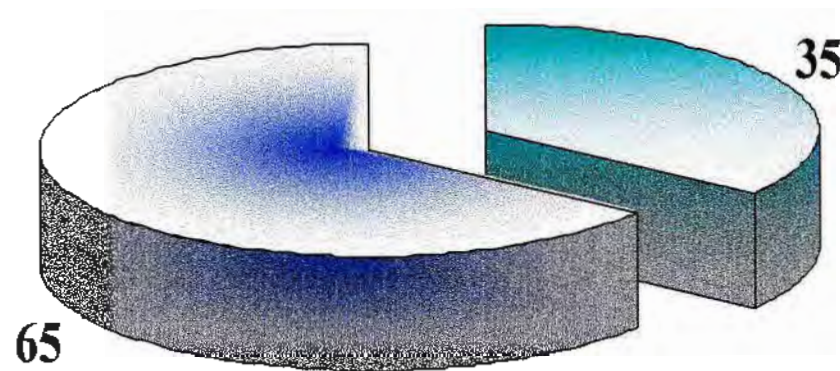


**Gráfico No. 1 -  
Distribución porcentual de la incidencia anual de  
pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral  
HBCR, 1994-2000.**



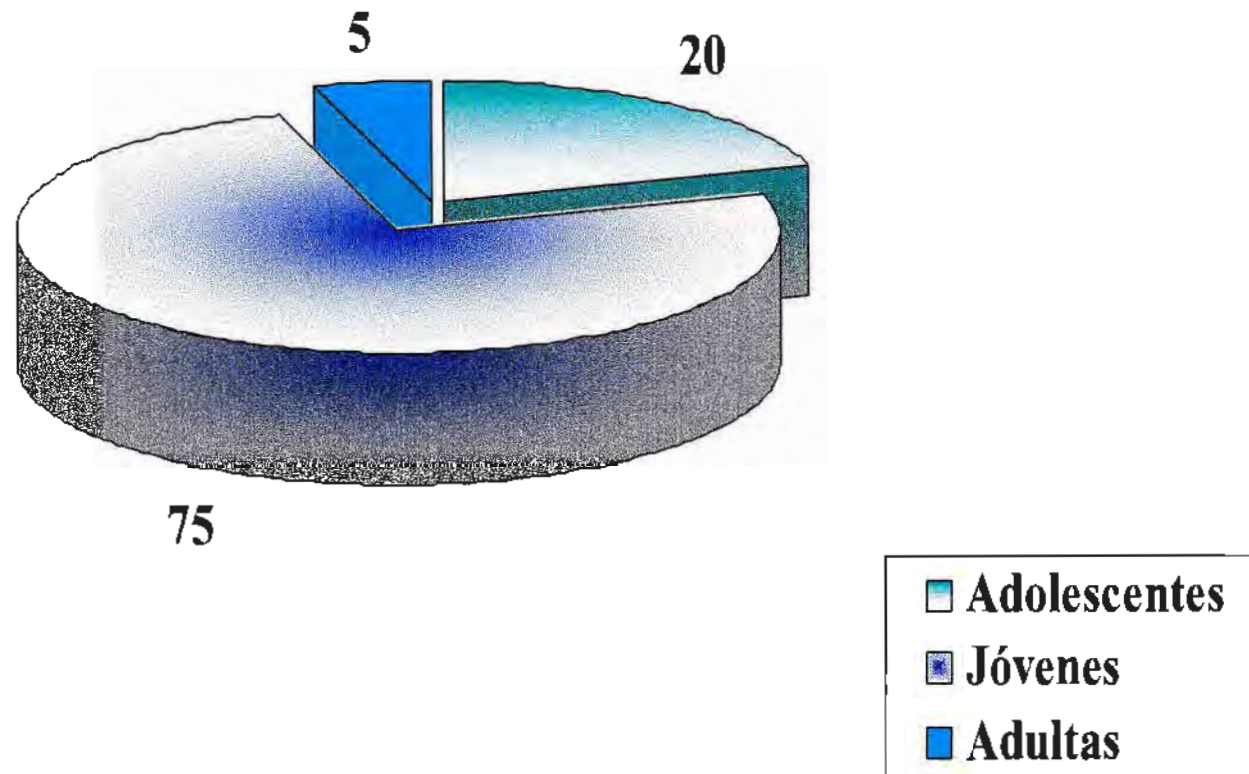
Fuente: Cuadro No. 1

**Gráfico No. 2-**  
***Distribución porcentual por grupo etáreo, al ingreso hospitalario, de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral HBCR, 1994-2000.***



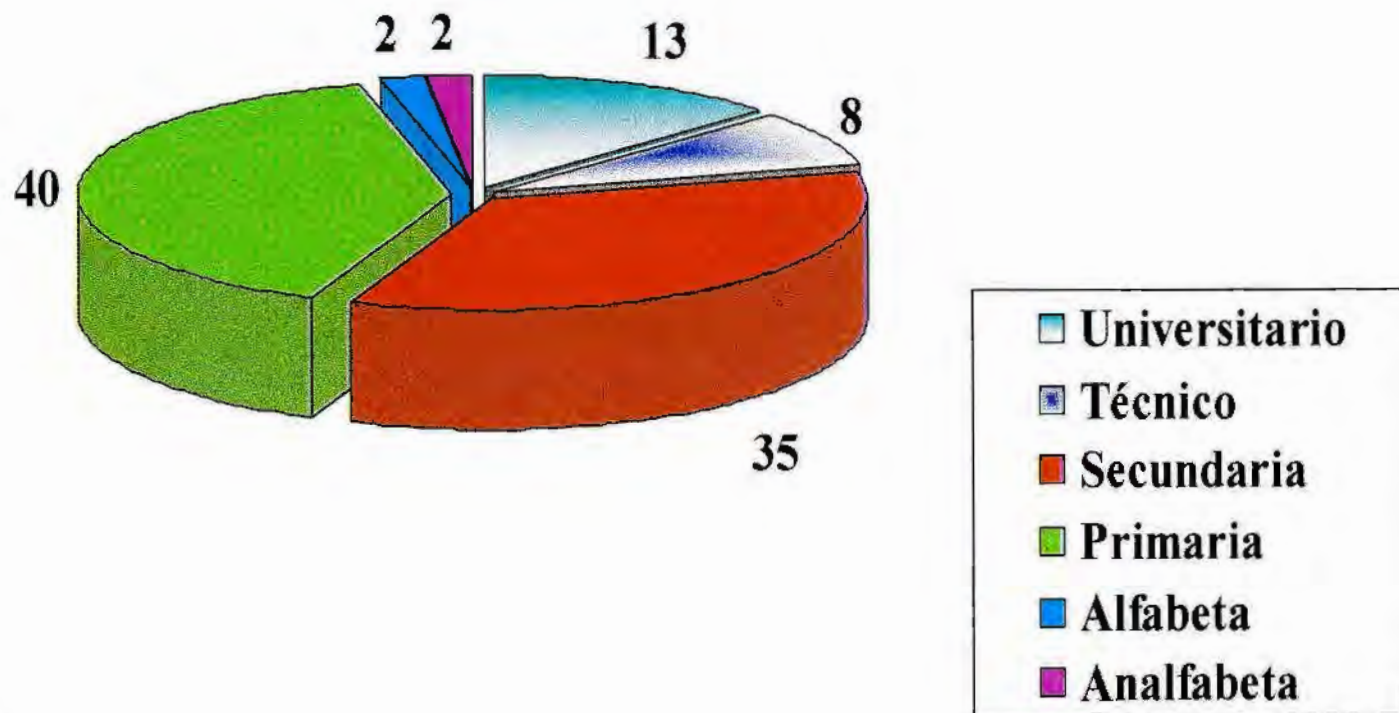
**Fuente:** Cuadro No. 2

**Gráfico No. 3 -  
Distribución porcentual por grupo etáreo, de las pacientes  
intervenidas por ooforectomía bilateral, al momento de  
efectuar el estudio, HBCR , 1994-2000.**



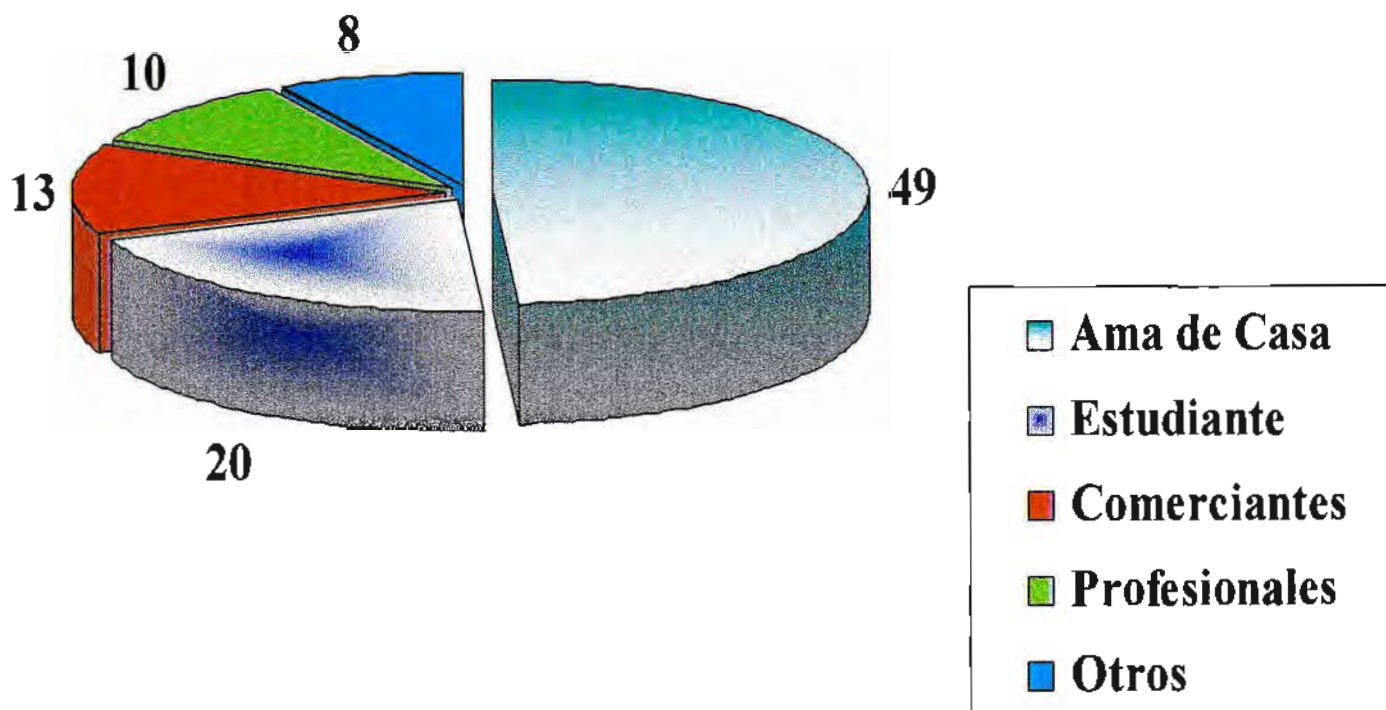
Fuente: Cuadro No. 2

**Gráfico No. 4 -  
Distribución porcentual del nivel de escolaridad de las  
pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,  
HBCR, 1994-2000.**



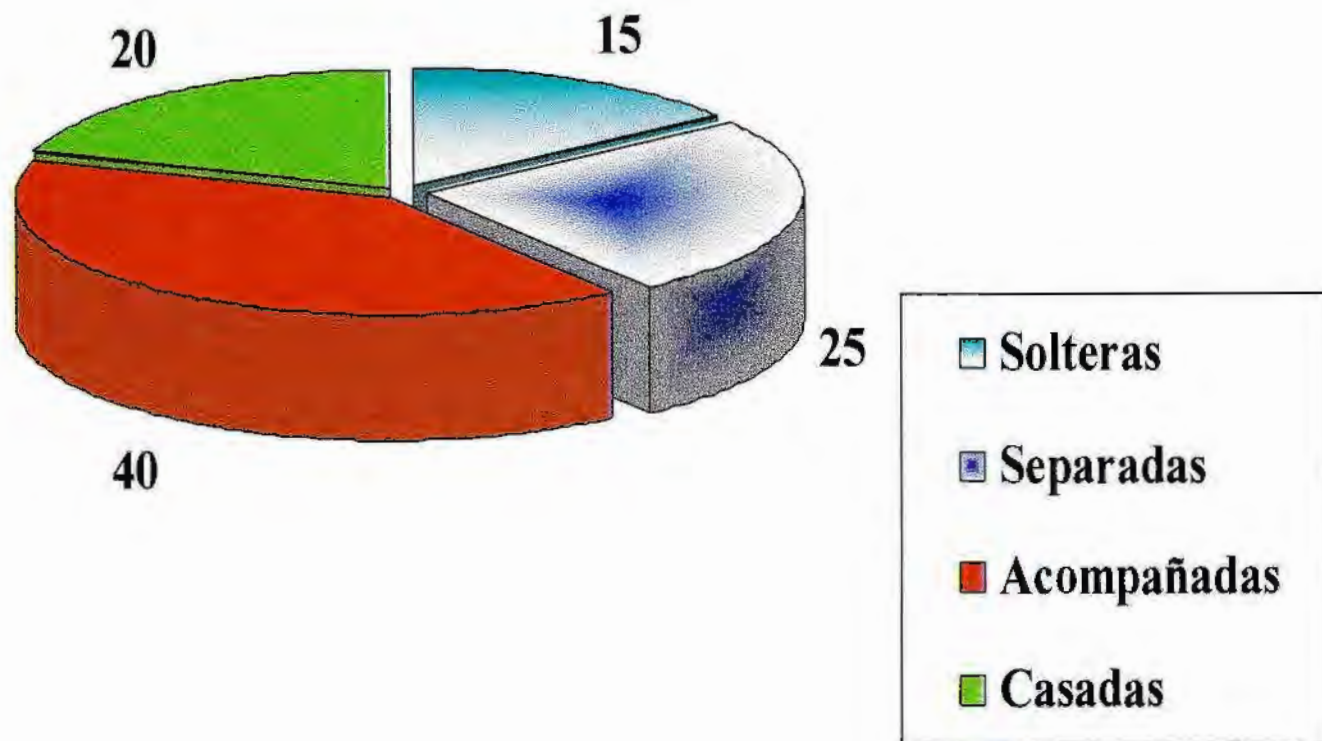
Fuente: Cuadro No. 3

**Gráfico No. 5 -  
Distribución porcentual de la ocupación actual  
de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,  
HBCR, 1994-2000.**



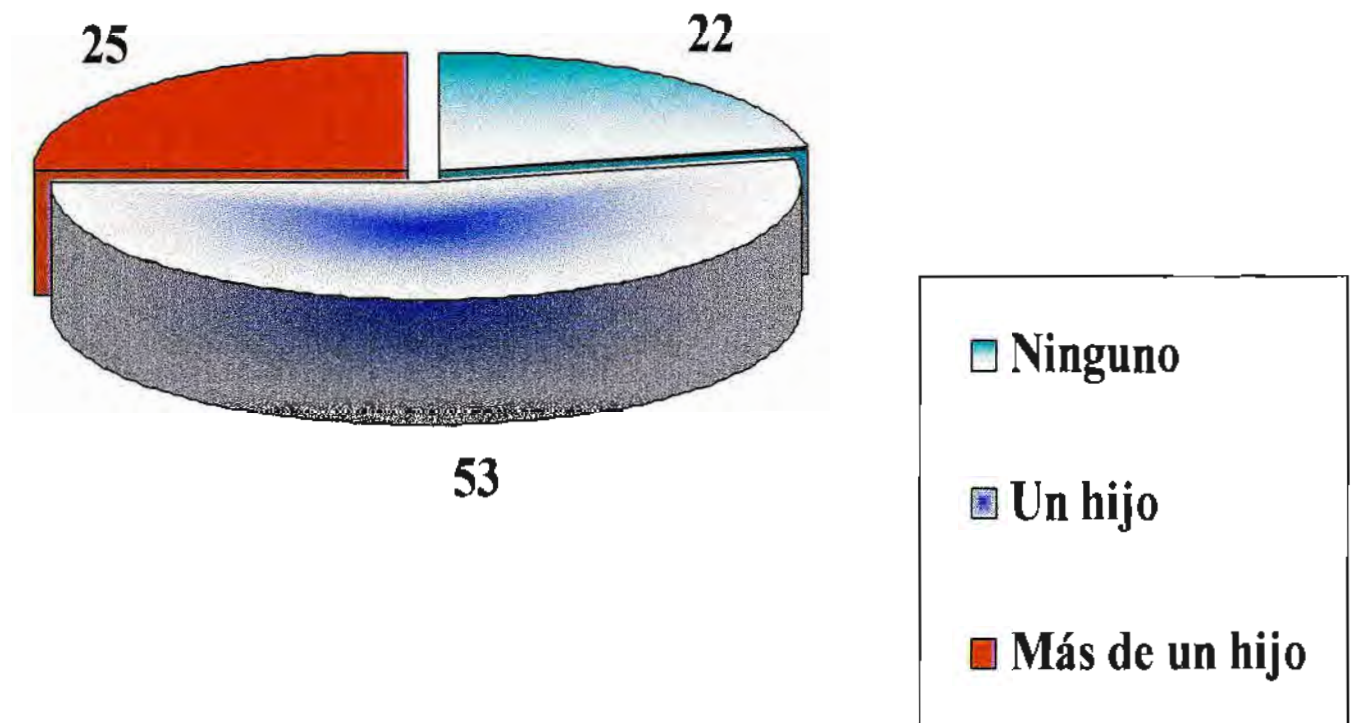
Fuente: Cuadro No. 4

**Gráfico No. 6 -  
Distribución porcentual del estado civil de las pacientes  
intervenidas por ooforectomía bilateral  
HBCR, 1994-2000.**



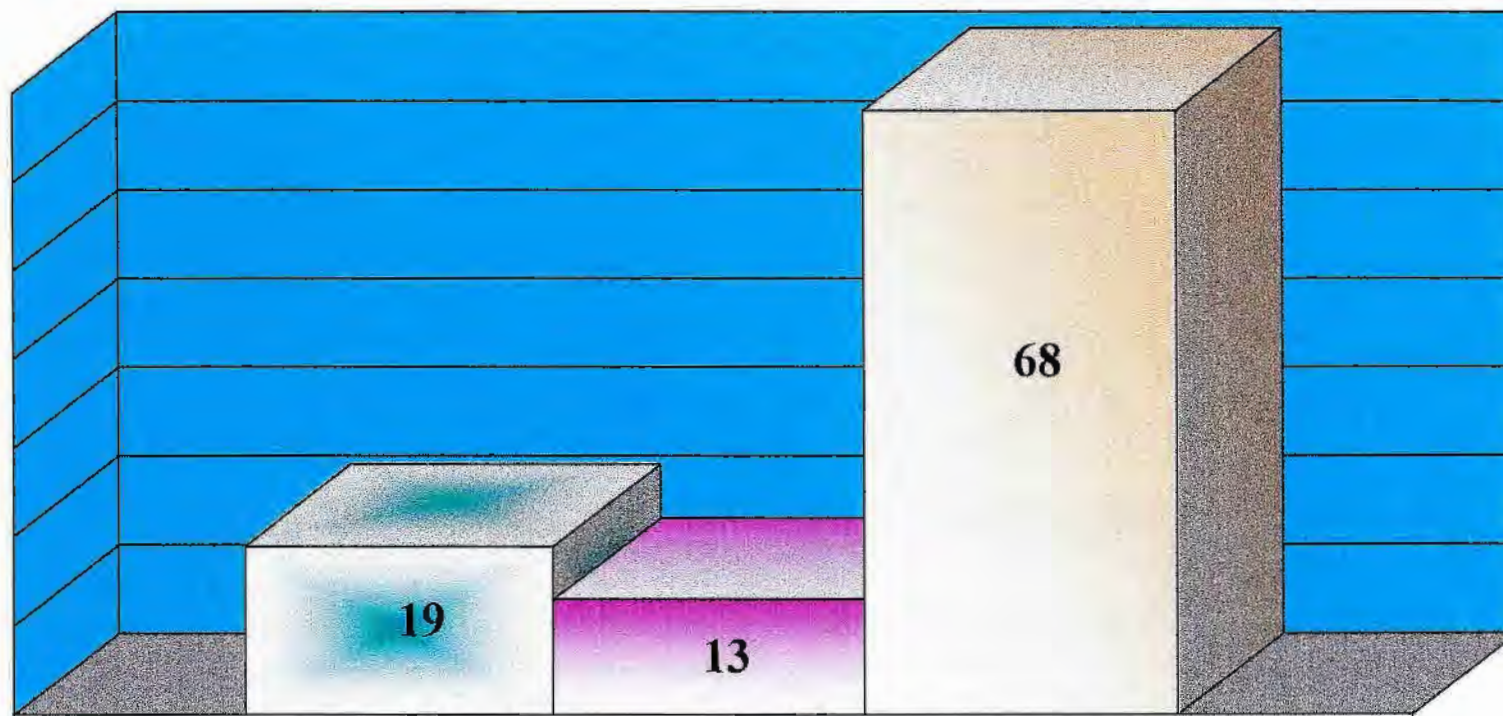
Fuente: Cuadro No. 5

**Gráfico No. 7 -  
Distribución porcentual del número de hijos de las  
pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral  
HBCR, 1994-2000.**



**Fuente:** Cuadro No. 6

**Gráfico No. 8-**  
***Distribución porcentual de pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que recibieron información previa a la cirugía, HBCR, 1994-2000.***

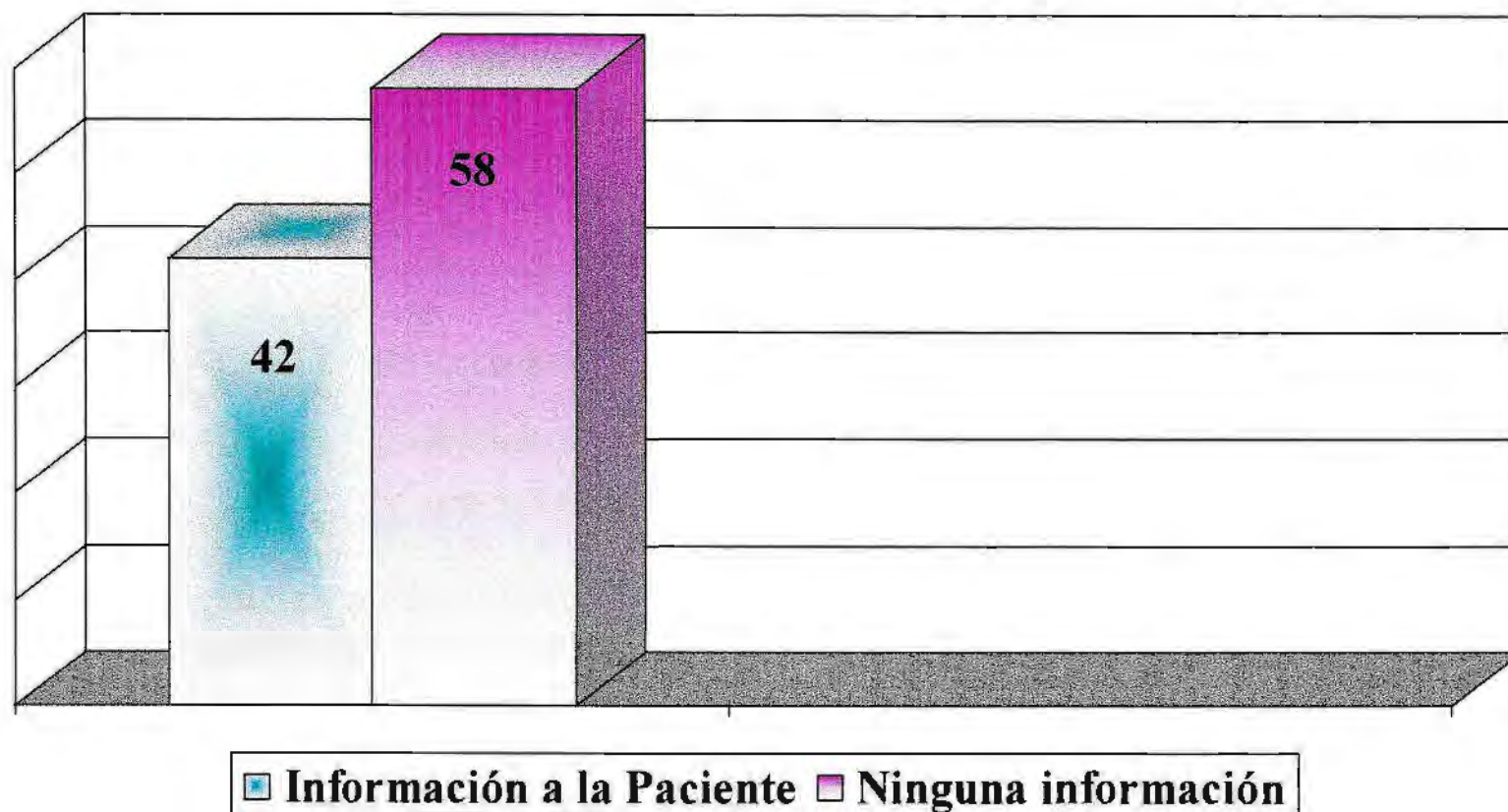


■ Información a la Paciente ■ Información a familiares □ Ninguna información

Fuente: Cuadro No.7

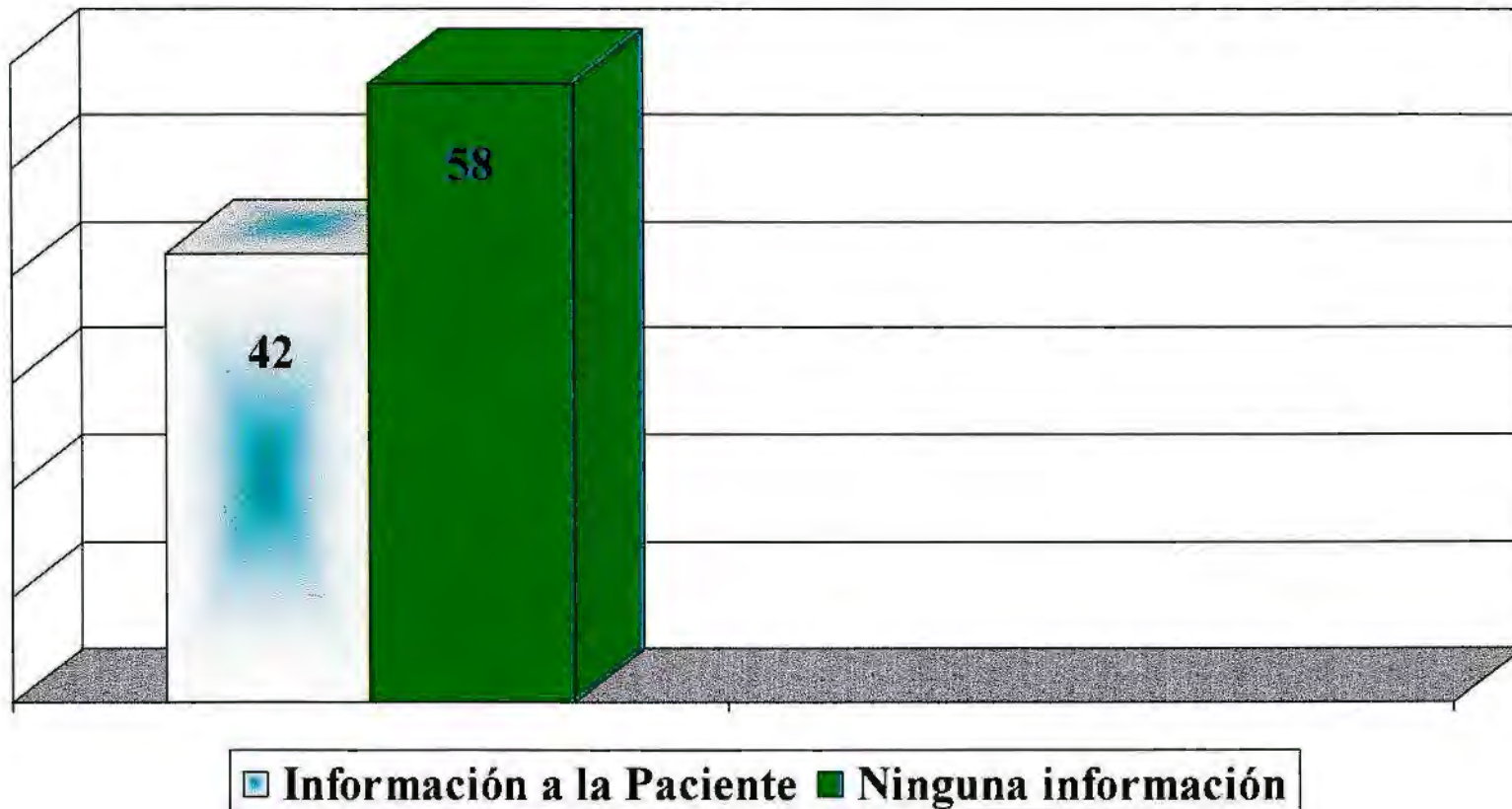


**Gráfico No. 9-**  
***Distribución porcentual de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que recibieron información acerca del procedimiento quirúrgico efectuado, HBCR, 1994-2000.***



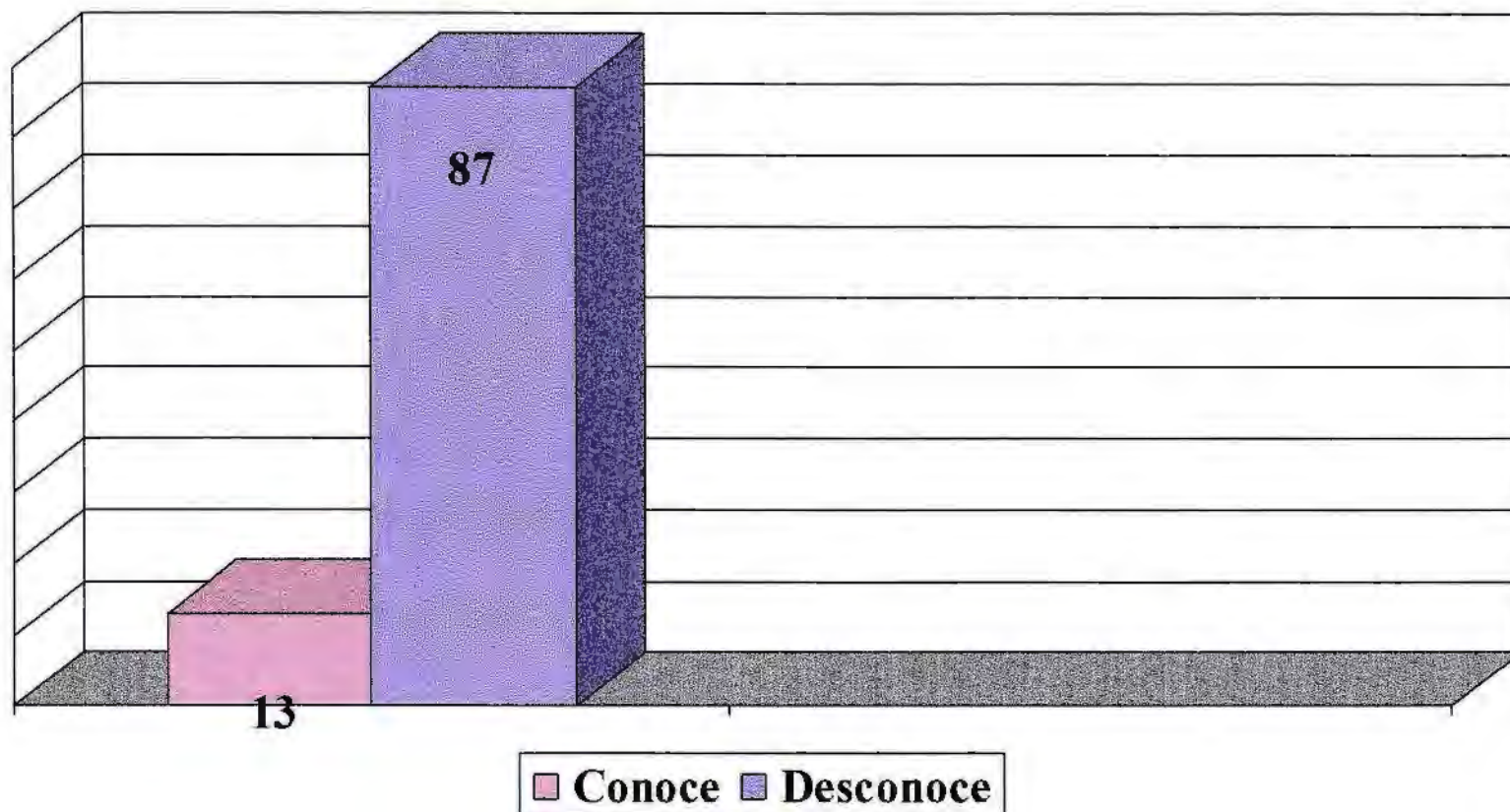
Fuente: Cuadro No. 8

**Gráfico No. 10-**  
***Distribución porcentual de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que recibieron información acerca de las consecuencias de la cirugía, HBCR, 1994-2000.***



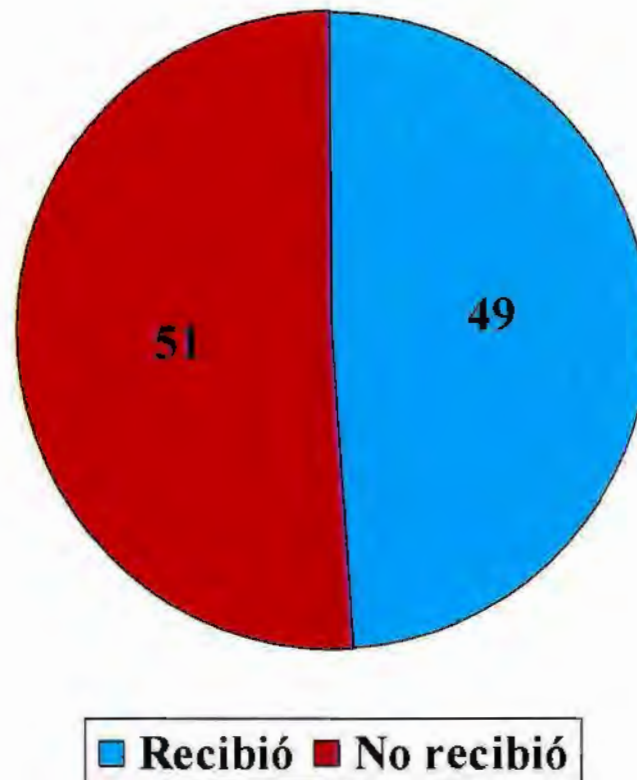
Fuente: Cuadro No. 9

**Gráfico No. 11-**  
***Distribución porcentual de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que recibieron información acerca del tratamiento a llevar, HBCR, 1994-2000.***



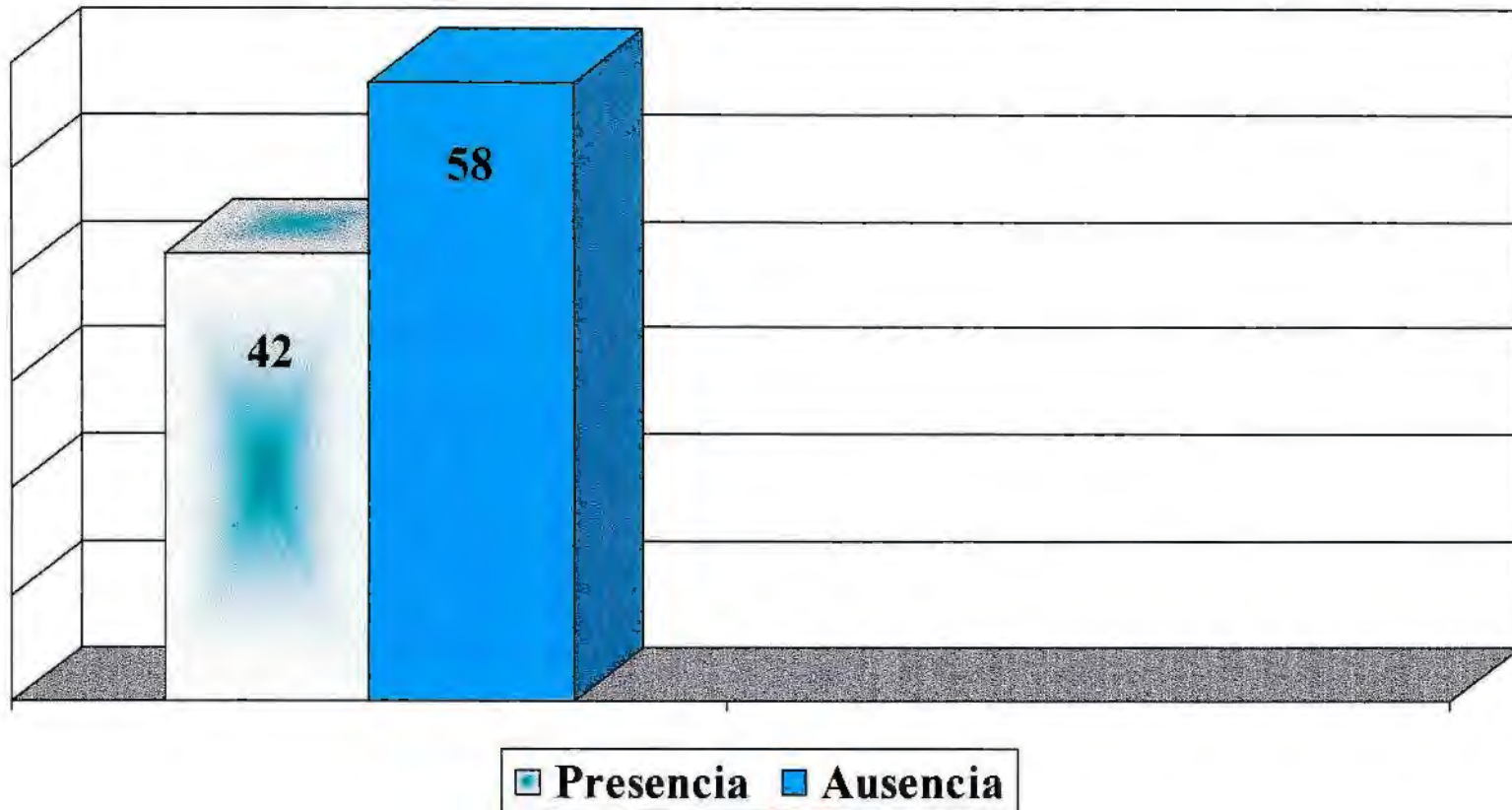
Fuente: Cuadro No. 10

**Gráfico No. 12-**  
***Distribución porcentual de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que recibieron información acerca de su seguimiento médico, HBCR, 1994-2000.***



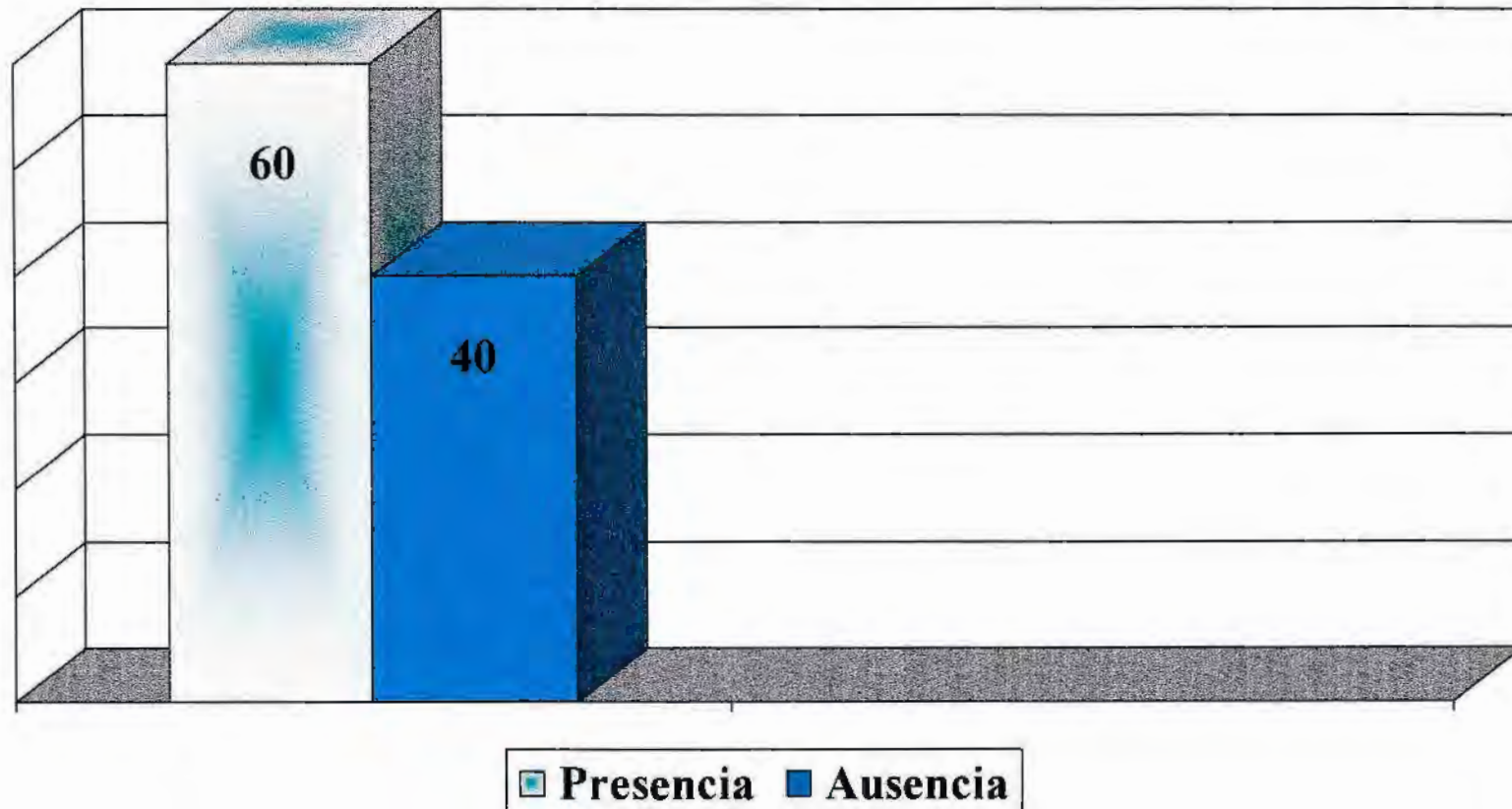
**Fuente:**Cuadro No. 11

**Gráfico No. 13-**  
***Distribución porcentual de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que presentaron problemas transoperatorios, HBCR, 1994-2000.***



Fuente: Cuadro No. 12

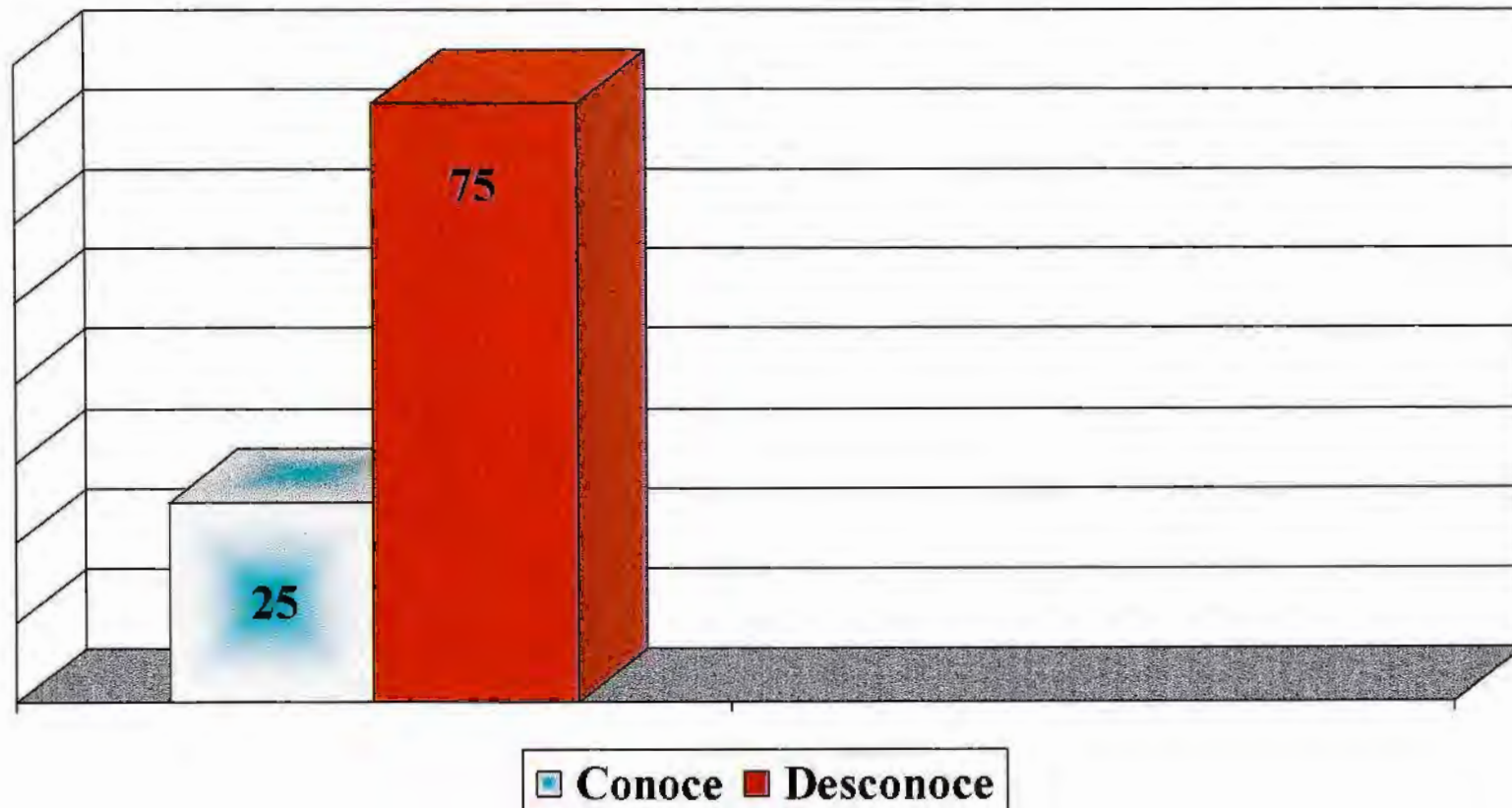
**Gráfico No. 14-**  
***Distribución porcentual de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que presentaron complicaciones después de la cirugía, HBCR, 1994-2000.***



Fuente: Cuadro No. 13

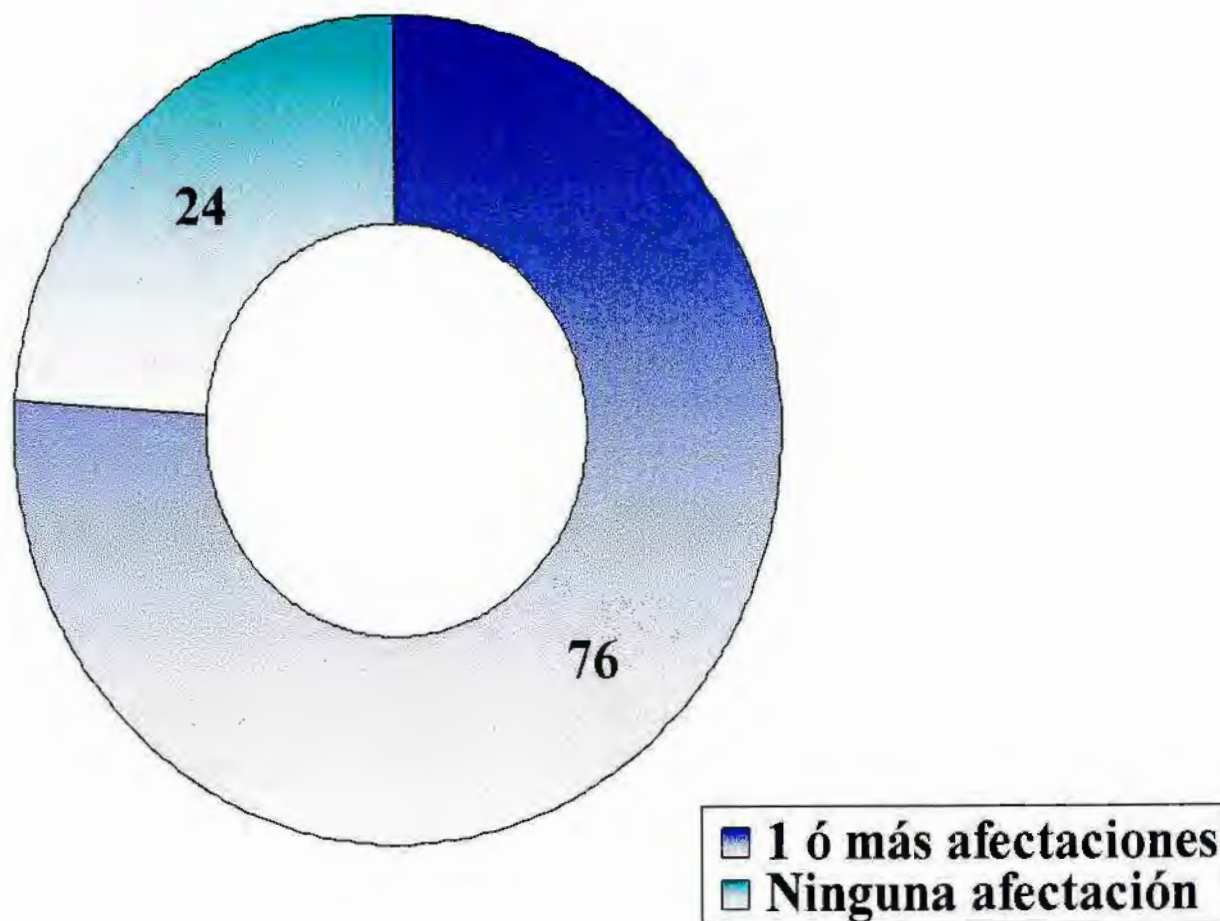
### **Gráfico No. 15-**

***Distribución porcentual de las pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que recibieron información acerca de sus resultados histopatológicos, HBCR, 1994-2000.***



**Fuente:**Cuadro No. 14

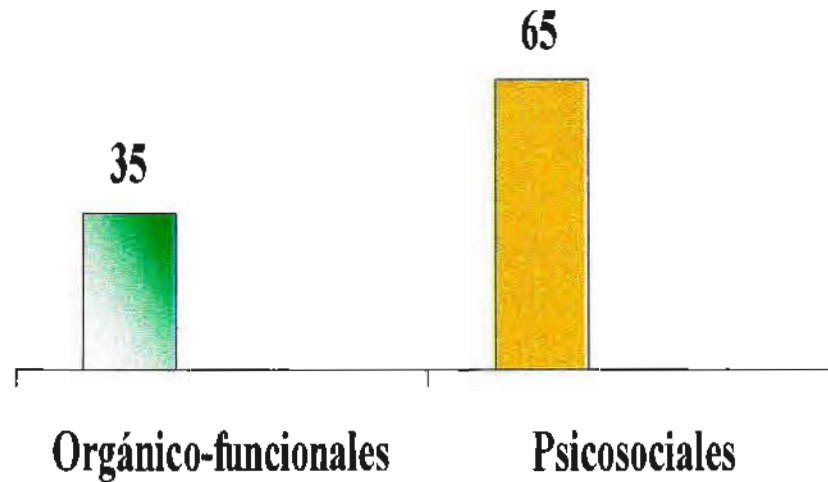
**Gráfico No. 16 -  
Distribución porcentual de la presencia de afectación por menopausia  
precoz en pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral,  
HBCR, 1994-2000.**



Fuente: Cuadro No. 15

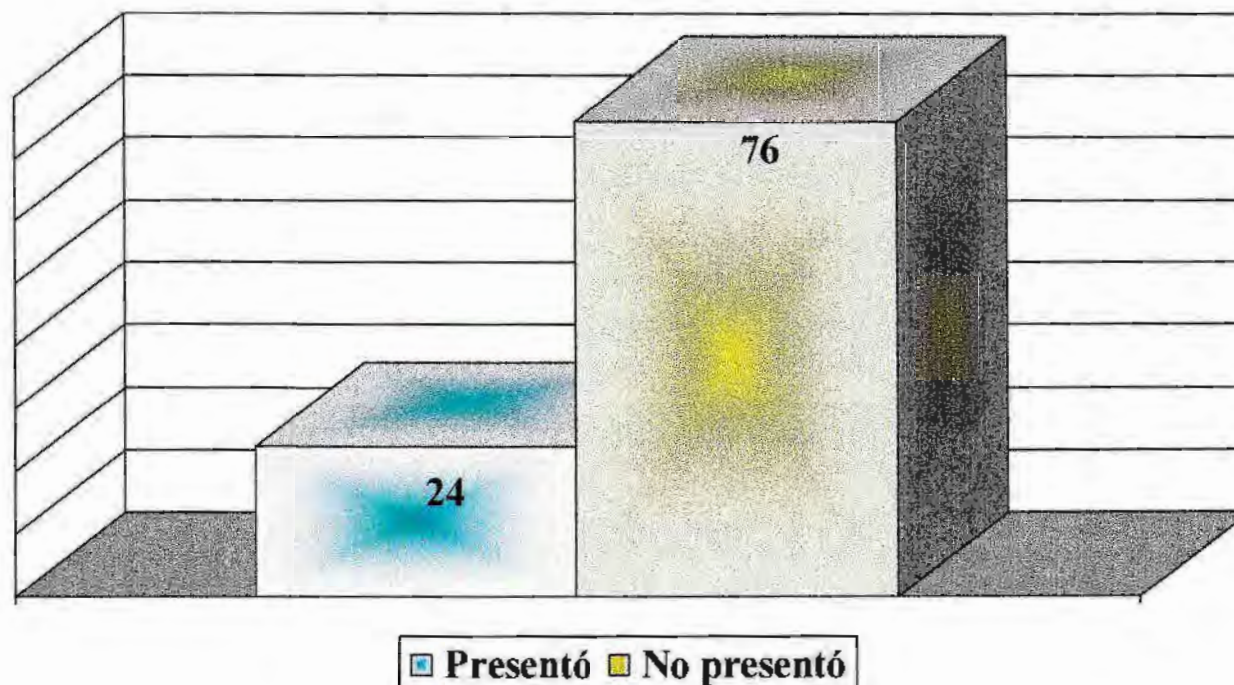


**Gráfico No. 17 -  
Distribución porcentual del tipo de afectaciones relacionadas con la  
presencia de menopausia precoz post-quirúrgica, en pacientes  
intervenidas por ooforectomía bilateral HBCR, 1994-2000.**



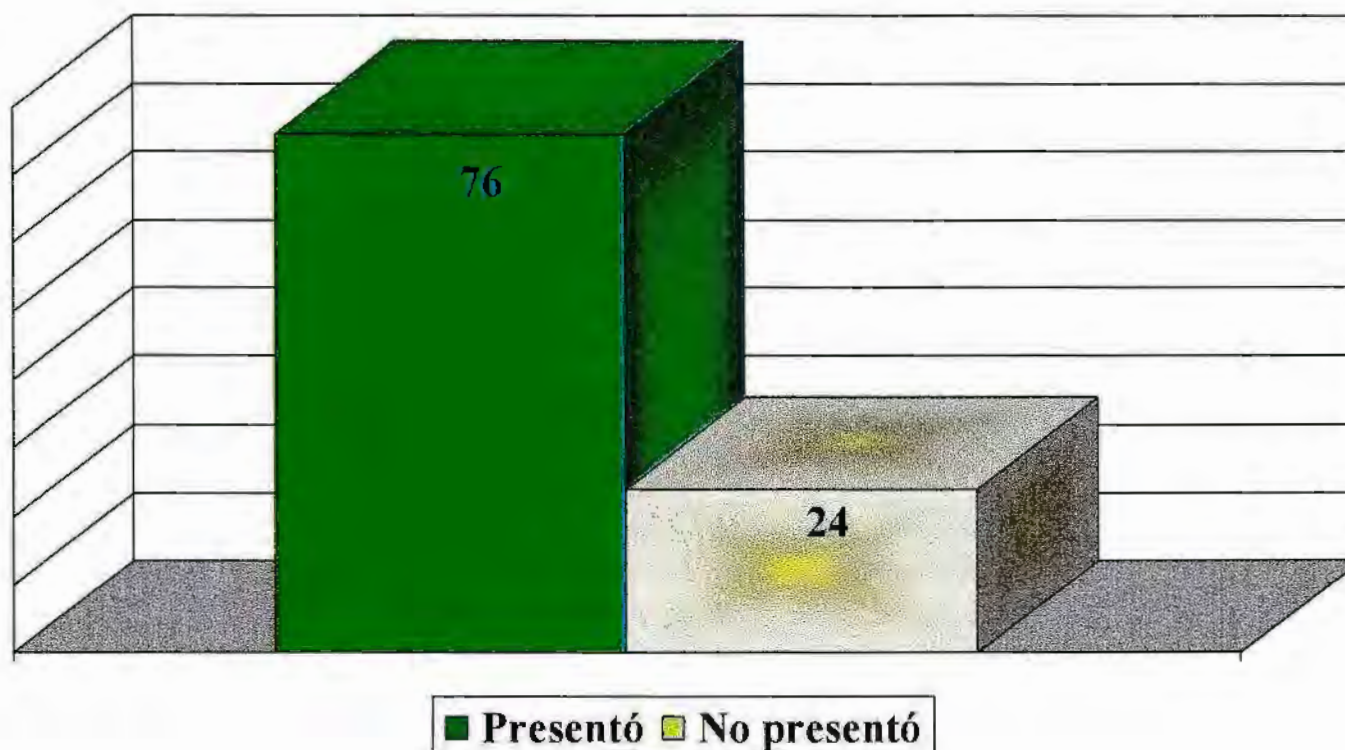
**Fuente:** Cuadro No. 16

**Gráfico No.18 -  
Distribución porcentual de pacientes intervenidas por ooforectomía  
bilateral, que presentó algún nivel de asimilación  
de la menopausia, HBCR, 1994-2000.**



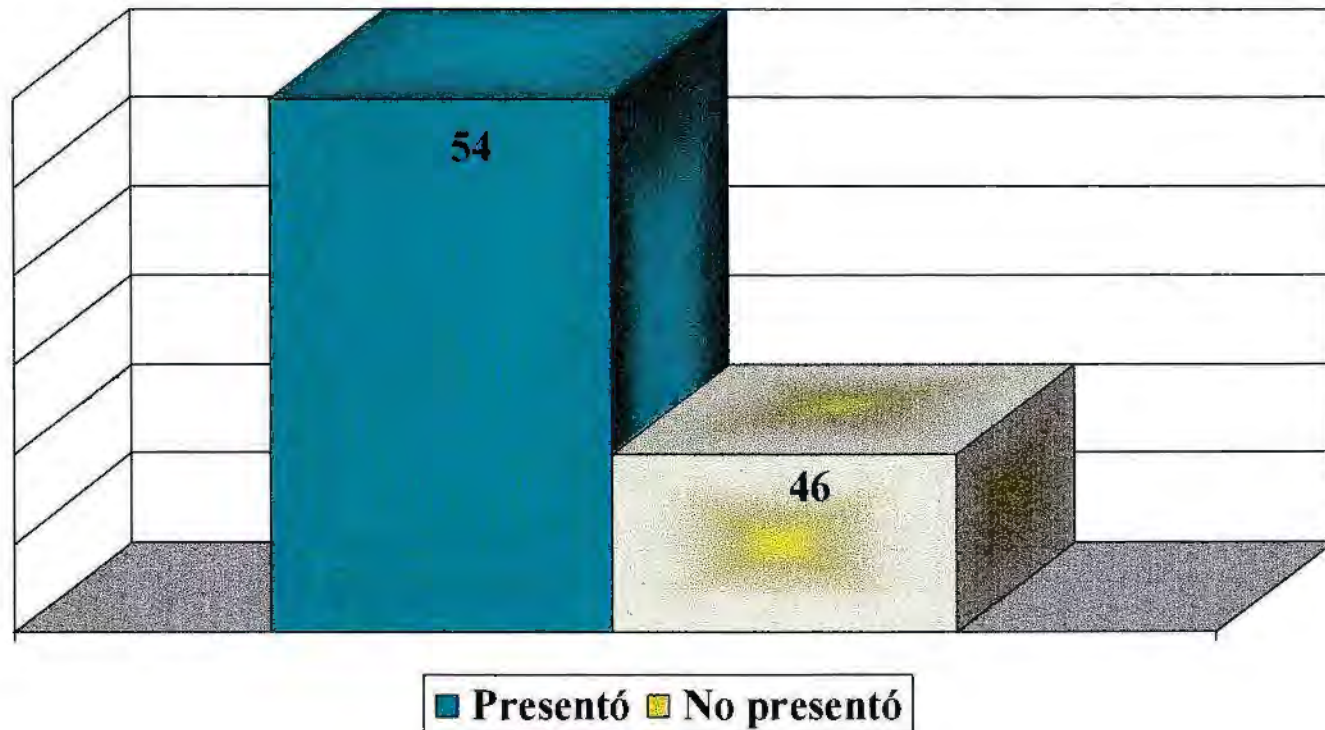
Fuente: Cuadro No.18

**Gráfico No.19 -  
Distribución porcentual de pacientes intervenidas por ooforectomía  
bilateral, que refiere presentar trastornos en relación a la sexualidad,  
HBCR, 1994-2000.**



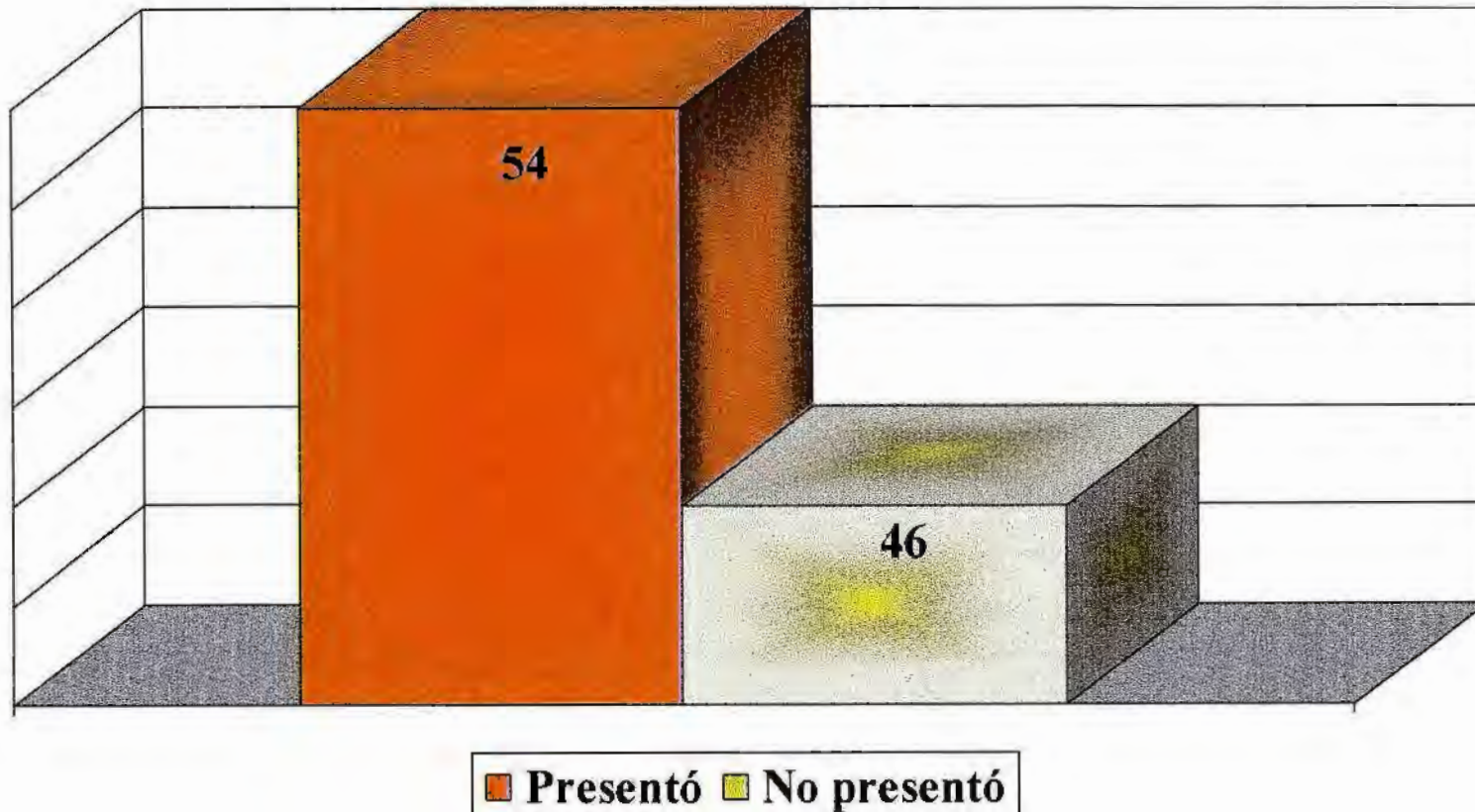
Fuente: Cuadro No.18

**Gráfico No.20 -  
Distribución porcentual de pacientes intervenidas por ooforectomía  
bilateral, que manifestó tener repercusiones personales, HBCR, 1994-  
2000.**



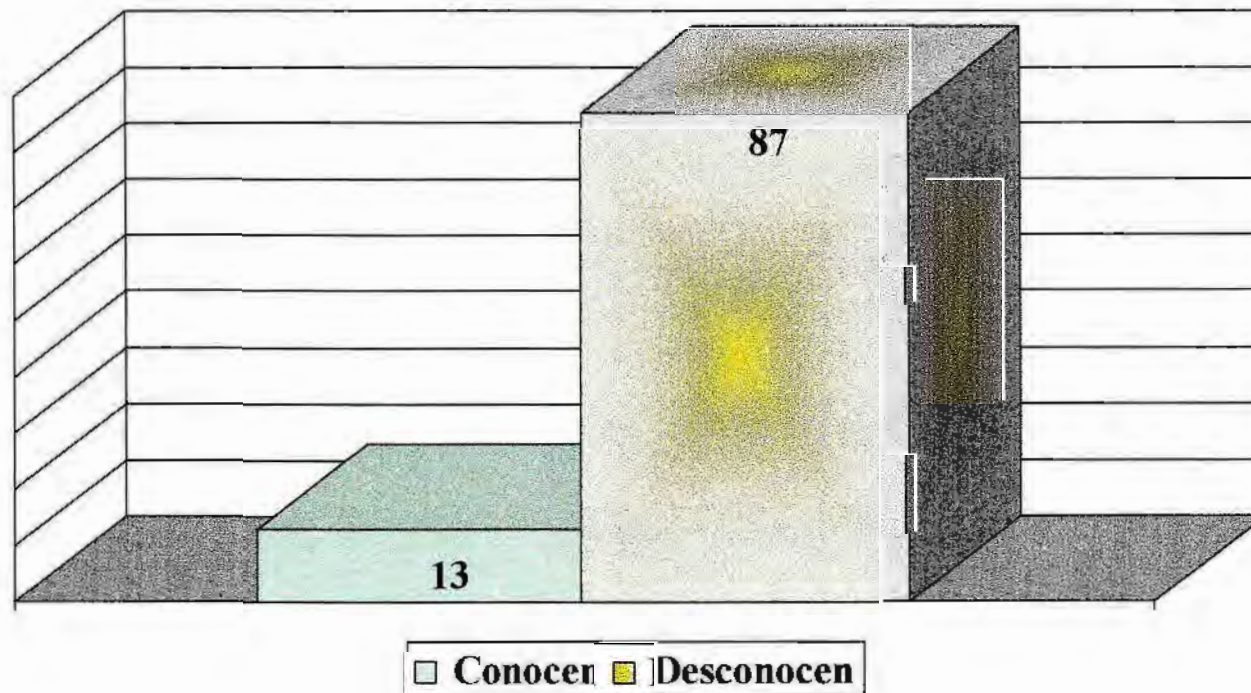
**Fuente:** Cuadro No.18

**Gráfico No.21-**  
***Distribución porcentual de pacientes intervenidas por ooforectomía bilateral, que manifestó tener repercusiones familiares, HBCR, 1994-2000.***



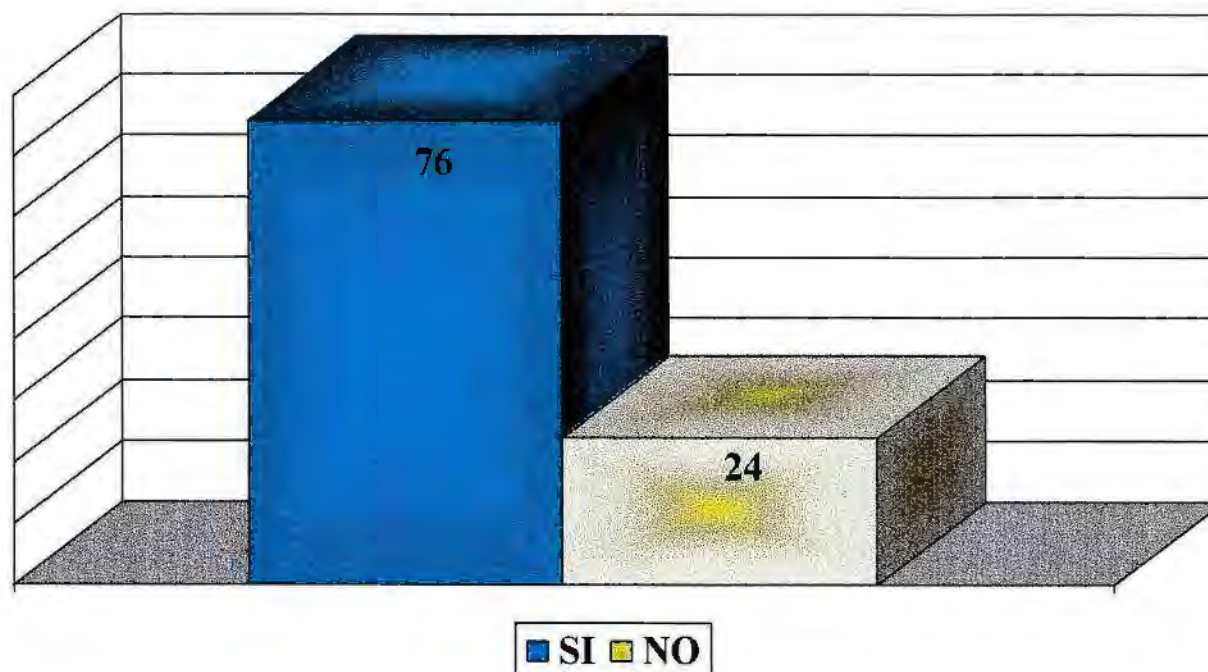
**Fuente:** Cuadro No.18

**Gráfico No.22-**  
***Distribución porcentual de familiares de las pacientes incluidas en el estudio, que conocen la situación de salud actual de estas pacientes, HBCR, 1994-2000.***



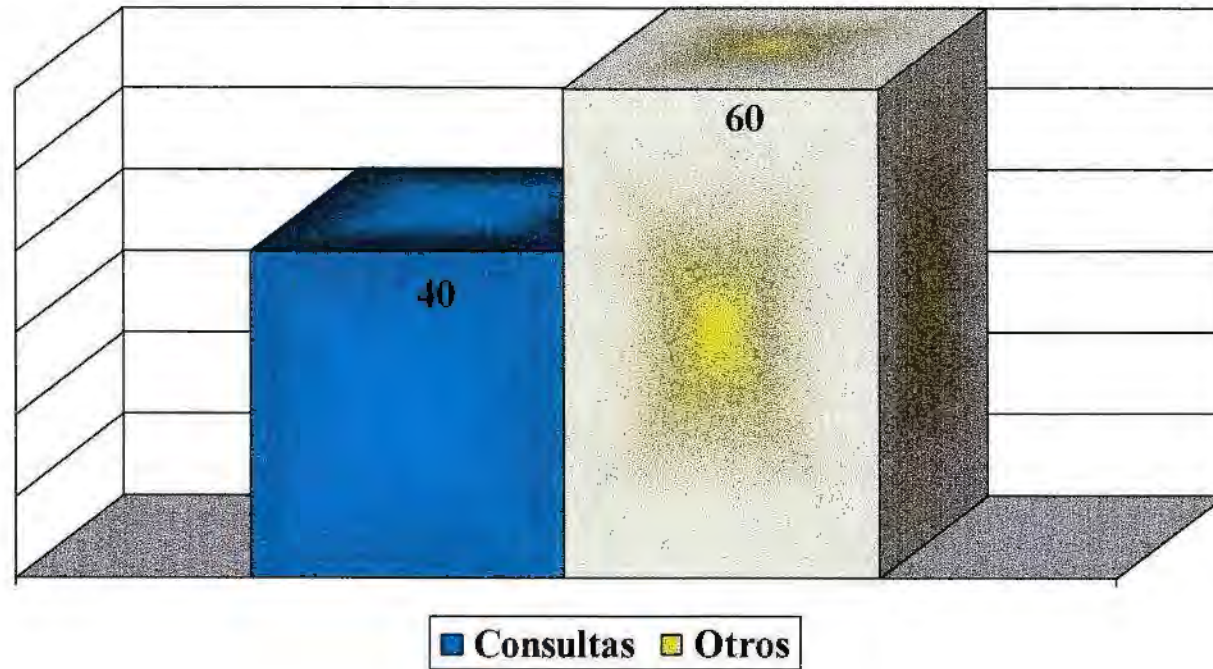
**Fuente:** Cuadro No.19

**Gráfico No.23-**  
***Distribución porcentual de pacientes incluidas en el estudio, que incurren en gastos médicos posterior a la cirugía, HBCR, 1994-2000.***



**Fuente:** Cuadro No.20

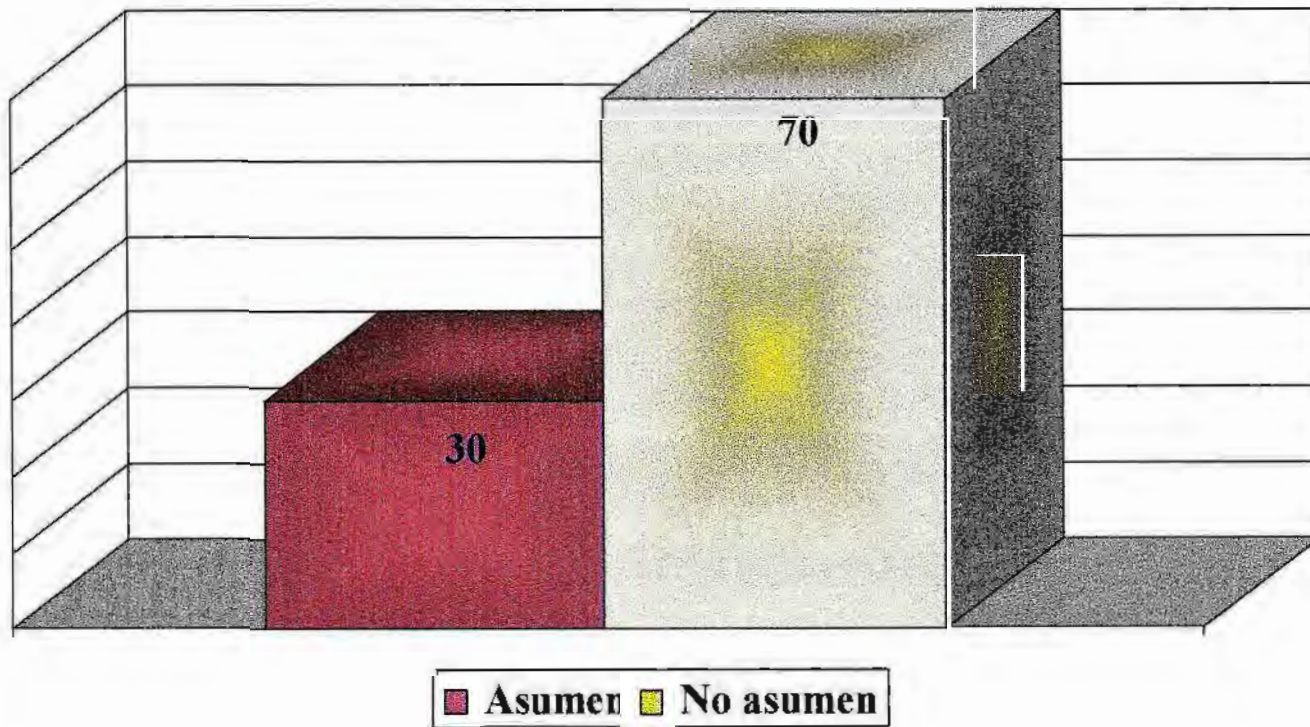
**Gráfico No.24-**  
***Distribución porcentual del tipo de gastos médicos en que incurren las pacientes, posterior a la cirugía, HBCR, 1994-2000.***



**Fuente:** Cuadro No.21

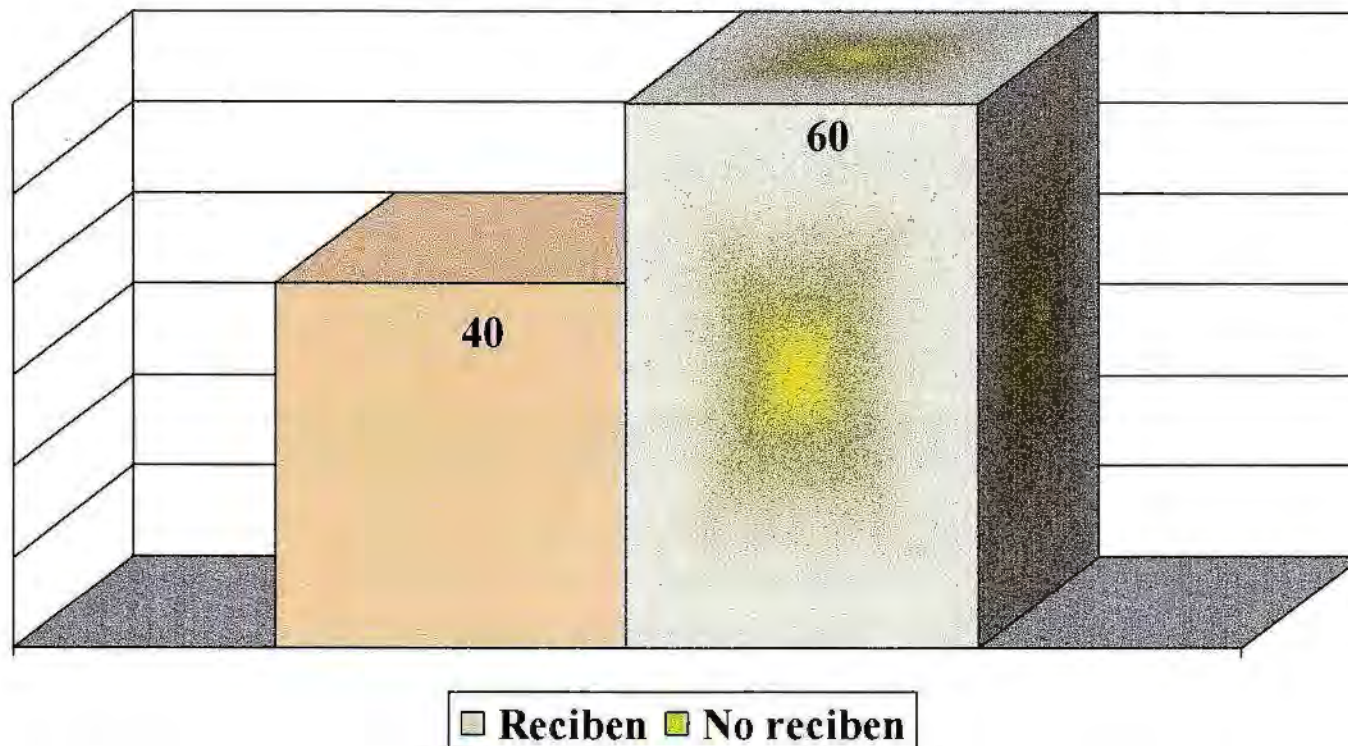


**Gráfico No.25-**  
***Distribución porcentual de pacientes incluidas en el estudio,***  
***que asumen sus gastos médicos posterior a la cirugía,***  
***HBCR, 1994-2000.***



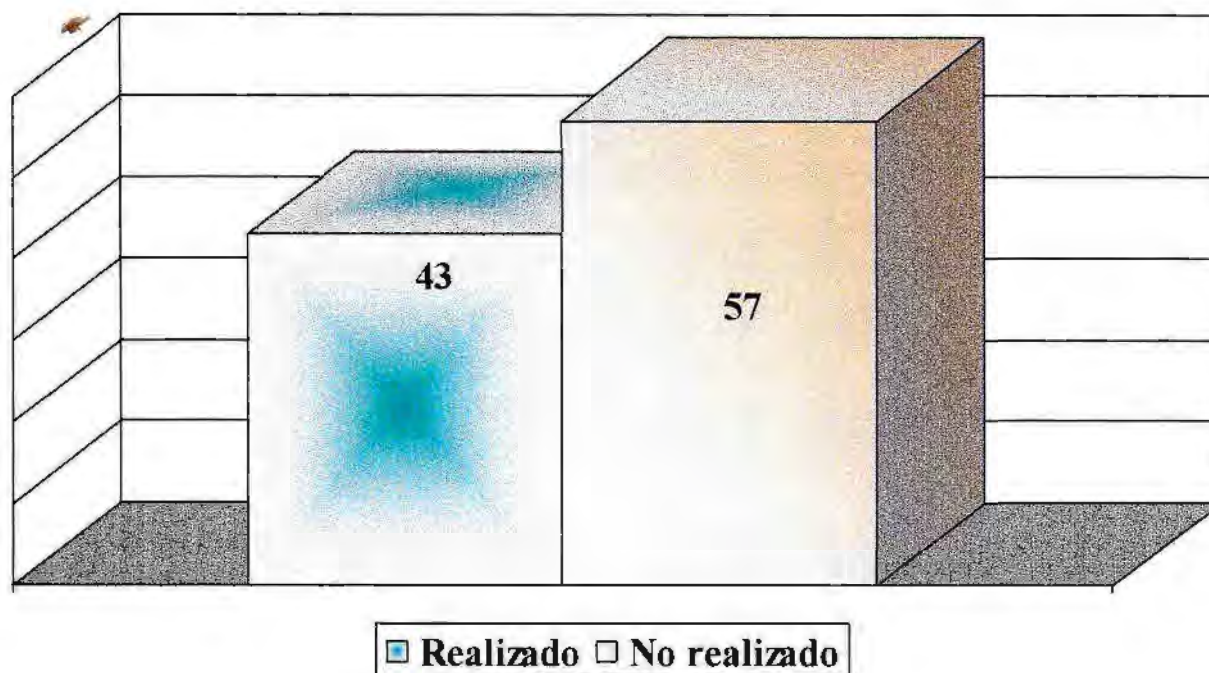
Fuente: Cuadro No.22

**Gráfico No.26-**  
***Distribución porcentual de pacientes incluidas en el estudio, que reciben algún tipo de apoyo familiar, HBCR, 1994-2000.***



**Fuente:** Cuadro No.23

**Gráfico No.27 -  
Distribución porcentual de las pacientes intervenidas  
por ooforectomía bilateral, que se realizan chequeo  
médico posterior a la cirugía, HBCR, 1994-2000.**



**Fuente:** Cuadro No. 24