

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN Managua
Facultad de ciencias medicas
Hospital Alemán Nicaragüense**



**Tesis para optar al título de especialista en ginecología y
obstetricia**

**Calidad de vida del personal de enfermería que labora en el
hospital alemán Nicaragüense durante su etapa de climaterio y
menopausia. Período de Enero a Marzo 2018.**

**Autor:
Dra. Aryeris Jasmina Lara Torres
Residente IV año**

**Tutor:
Dra. Alma Nubia Fuentes Sarria
Especialista en ginecología
Metodología de la investigación**

Abril 2018

Indice

Introduccion	3
Antecedentes	5
Justificacion	7
Objetivos	8
Marco teorico	9
Diseño metodologico	36
Analisis y resultados	49
Conclusiones	56
Recomendaciones	57
Bibliografia	58
Anexos	62

INTRODUCCIÓN

La menopausia representa una etapa de adaptación y transición a una nueva situación biológica que conlleva la pérdida de la capacidad reproductiva, su instauración tiene un carácter progresivo, afectando a todas las mujeres sanas, no existiendo ninguna base científica que permita considerarla como una entidad patológica. ³¹

Esta etapa fisiológica propia de las mujeres se caracteriza por una gran variedad de manifestaciones clínicas, dentro de las que se enuncian algunas como síntomas vasomotores, la atrofia urogenital, cambios en el estado de ánimo y en el sueño las cuales pueden afectar significativamente el desempeño laboral, así como la estabilidad emocional de la mujer, lo que repercute en última instancia en su calidad de vida. ³¹

Las manifestaciones vasomotoras en la menopausia pueden llegar a ser muy molestas en algunas mujeres; los trastornos del sueño pueden presentarse en el 33% al 51% de ellas, los que son resultado de cambios hormonales o factores psicológicos. Con respecto a esta esfera psicológica, el conjunto de manifestaciones abarca irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, pérdida de la memoria, depresión, labilidad afectiva y falta de concentración. ³¹

En la antigüedad se atribuían los trastornos menopáusicos a un “cambio de vida” que las mujeres debían soportar sin quejarse soportando los síntomas valientemente; pero hoy en día muchas mujeres llegan a edades mayores formando aún parte de las fuerzas laborales de un país y desean continuar integrándolas, además de mantenerse atractivas y sexualmente activas, lo cual algunas veces no pueden lograr por la persistencia de los síntomas típicos de tal carencia. El importante papel de la mujer en la sociedad le obliga llevar las consecuencias causadas por el envejecimiento ovárico, estado que provoca toda una serie de molestias y complicaciones, capaces de alterar su calidad de vida.

La forma ideal de medir la calidad de vida es usando como instrumento una escala de medición (cuestionario de calidad de vida) El interés por desarrollar instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la menopausia ha impulsado a muchos investigadores a elaborar cuestionarios que refleje los valores, expectativas y características socioculturales de la mujer en la etapa de la pre y post menopausia. ²¹

El propósito de este trabajo es evaluar la calidad de vida de las mujeres entre los 45 a 60 años que laboran en el hospital Alemán Nicaragüense como parte del personal de enfermería, a través de un encuesta utilizando la “escala de Cervantes”, ya que se ha considerado en los últimos 15 años un método útil y veraz para medir la intensidad y magnitud de los trastornos que acontecen en la etapa pre y postmenopáusica y de esta manera implementar estrategias de intervención preventiva y en aspectos que son susceptibles de modificar lo que serán de ayuda para este grupo de mujeres que ejercen numerosas funciones tanto en el campo hospitalario asistencial y administrativo.

El planteamiento del problema es el siguiente: Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud en personal de enfermería en etapa de climaterio y menopausia que labora en el hospital Alemán Nicaragüense. Enero a Marzo 2018

ANTECEDENTES

En el hospital Alemán Nicaragüense en el año 2016, se realizó un estudio de investigación para determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de la menopausia y su etapa de transición en mujeres de 45 a 60 años. Entre los hallazgos más relevantes se encontró una edad promedio de inicio de la menopausia de 49 a 50 años, la menopausia fisiológica se presentó en el 50% de mujeres encuestadas y la cuarta parte de ellas presentaron menopausia quirúrgica. Los síntomas que refirieron las mujeres encuestadas fueron variados en relación a la edad. Los síntomas que más predominaron fueron bochornos, irritabilidad, labilidad emocional y ansiedad. Los síntomas urinarios no fueron representativos y la disfunción sexual predominó en mayores de 55 años. El inicio temprano de la menarca y el uso de anticonceptivos orales fueron los factores que se asociaron de forma significativa al inicio de la menopausia. ⁴⁷

En los años 2016- 2017, en el hospital Barros Luco ubicado en Santiago Chile se realizó un estudio para evaluar la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años utilizando la escala de clasificación de la menopausia (MRS), encontrando una edad promedio del grupo de 49 años, el 56% eran pre menopaúsicas y el 44% restante postmenopáusicas, el 6% de mujeres utilizaban terapia hormonal de reemplazo (THR). Los síntomas que mostraron mayor severidad fueron depresión, irritabilidad y ansiedad con un promedio de 8%. Le siguió en frecuencia los bochornos y trastornos del sueño con una media de 6%. Los síntomas urogenitales que se incluyeron sequedad vaginal, problemas sexuales y urinarios se presentaron con menor frecuencia (promedio de 3%). Se concluyó que el 41% de encuestadas presentaron síntomas severos y el 40% fueron moderadas. ⁴³

En el período de 2011 a 2012, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el servicio de Obstetricia y Ginecología dirigida a 100 mujeres que acudieron al hospital en el período mencionado para evaluar la disfunción sexual en mujeres menopaúsicas. Se encontró una media de menopausia de 52 años (+- 5 años). La mayoría eran casadas, con un nivel educativo medio. Más de la mitad de las mujeres tenía historia de tres o más hijos. El 40% de mujeres presentaron disfunción sexual y el 30% de este grupo presentaron disfunción sexual importante. ⁴⁶

En el año 2012 se realizó un estudio en mujeres entre los 45 a 60 años de edad que acudieron a la consulta externa del Instituto Mexicano de Seguridad Social de Chiapas para evaluar la calidad de vida durante su etapa de climaterio, se les

realizó un cuestionario utilizando la escala de Kupperman y valorar la severidad de los síntomas menopaúsicos y climatéricos y la escala de MENCOL para valorar la calidad de vida de las mujeres. El estudio arrojó una edad media de menopausia de 50 años. Los síntomas más frecuentes fueron, irritabilidad, insomnio, parestesia y tristeza. Solo en el 44% de las mujeres los síntomas eran severos. En relación a la calidad de vida, el 40% se enmarcó en las dimensiones físicas y el 18% en las dimensiones psico social, un porcentaje menor se enmarcó en las dimensiones sexuales y vasomotoras. 8

En el año 2009 se realizó un estudio en Colombia dirigida a mujeres entre 40 a 59 años, para evaluar los síntomas del climaterio, reportó una edad de menopausia de 49 años (+o-2) el 9% recibía terapia hormonal de reemplazo, y el 10% fumaban. Se encontró que las molestias osteomusculares fueron el síntoma más frecuente en el 73% de las mujeres, seguido de los bochornos en un 70.5%, la irritabilidad, el cansancio físico y mental se presentaron en el 60% de las participantes. Molestias cardíacas fueron síntomas poco frecuentes. 3

En la Universidad de Medicina de Ecuador se realizó una tesis monográfica utilizando la escala de calificación de la menopausia con siglas en inglés MRS a través de una encuesta dirigida a mujeres de 40 a 59 años que acudieron a consulta en el centro de salud de HUACHI en el período de octubre 2014 a enero 2015 para determinar la calidad de vida estableciendo como factores relacionados las molestias urogenitales, ya que en el 40% de mujeres encuestadas se clasificaron como severas, el 37% refirieron bochornos de intensidad leve a moderada, al igual que el 41% presentaron trastornos leves del sueño y el 32% presentaron trastornos osteomusculares. 3 En el mismo año en el hospital Enrique Garcés se realizó una tesis monográfica para determinar alteraciones de la función sexual en mujeres durante la perimenopausia concluyendo que dicho problema afectó al 51% de mujeres entre los 45 y 64 años. 14

En el año 2008 en Almería, España se realizó un estudio sobre calidad de vida y menopausia dirigida a personal de enfermería en edades entre 45 a 65 años para analizar la calidad de vida de mujeres climatéricas en base a un cuestionario que contenía 73 preguntas de aspecto sociodemográfico, climatérico, laboral, además de utilizar la escala de Cervantes. Entre los resultados se encontró una media de edad de las encuestadas de 50,60 años, la mitad de las mujeres se encontraron en etapa de menopausia y la otra mitad ya se encontraban en la menopausia, la calidad de vida. 33

JUSTIFICACIÓN

A partir que la Organización mundial de la salud (OMS), reconociera la importancia de desarrollar instrumentos para evaluar los síntomas del climaterio, a nivel internacional se han diseñado numerosas escalas de medición utilizadas para la evaluación clínica, psicológica, sexual y social de la mujer; a pesar de ello muchas veces no se le da la importancia suficiente aun cuando se conocen la repercusión que puede tener esta etapa tanto en la salud como en su calidad de vida.

El importante papel que ejerce la mujer en la sociedad como parte de la fuerza laboral obliga a los dirigentes de un país a responder a las necesidades de salud de la mujer no solo durante su etapa reproductiva sino durante esta etapa en la que la variedad de las manifestaciones clínicas o secuelas propias de la menopausia no le permiten entregarse de forma plena a sus actividades productivas.

A nivel nacional la mayoría de las investigaciones relacionadas con la salud se realizan en poblaciones que acuden a los hospitales u otros centros solicitando asistencia médica o para control de enfermedades crónicas lo que se trata la mayoría de las veces de personas enfermas con su calidad de vida ya afectada. Realizar estudios con mujeres que aún se encuentran activas en el campo laboral, será de mucho provecho para evaluar de qué forma se ve afectada su calidad de vida a consecuencia de la gama de síntomas que pueden presentar durante su etapa de transición o cuando ya está establecida la menopausia.

Para este estudio se eligió mujeres que laboran en el área de enfermería ya que además de representar el 50% o más de la fuerza laboral de un sistema de salud también se considera un grupo representativo de la mujer trabajadora por las múltiples funciones o actividades que realizan tanto en el campo hospitalario asistencial como en el campo administrativo.

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en enfermeras en etapa de climaterio y menopausia será de mucha utilidad para conocer cual o cuales de las dimensiones está más afectada y de esta manera planificar actividades preventivas o intervenir en las condiciones de salud que puede ser modificables para de esta manera además de mejorar la calidad de vida y la salud de la mujer también contribuirá a mejorar la productividad en el sistema de salud.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la calidad de vida del personal de enfermería que labora en el Hospital Alemán Nicaragüense durante su etapa de climaterio y menopausia. Período de Enero a Marzo 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir algunas características sociodemográficas, sexuales y reproductivas de las mujeres en estudio
2. Caracterizar las etapas de premenopausia y menopausia en base a los síntomas referidos.
3. Identificar factores de riesgo asociados a la etapa de la menopausia.
4. Valorar la calidad de vida relacionada con la salud del personal de enfermería en la pre y postmenopausia

MARCO TEÓRICO

La menopausia es un proceso fisiológico normal, que implica la desaparición de las menstruaciones; está originada por el cese de la actividad folicular ovárica. Se considera que una mujer es menopáusica cuando no tiene la menstruación durante un año sin estar embarazada y sin una enfermedad que derive en su ausencia. La premenopausia es un intervalo comprendido entre 2 y 8 años, previo a la menopausia. La postmenopausia es un intervalo comprendido entre 1 y 6 años tras la menopausia; se distingue entre una fase temprana, que incluye los 2 primeros años, y una fase tardía, que empieza a partir del segundo año.

Históricamente, ha habido una considerable variabilidad en la terminología empleada para describir el fin de la vida reproductiva. Antes de la década de 1960, se consideraba que la menopausia se producía en sólo dos etapas, pre y postmenopausia, correspondiente a la fase anterior y tras el cese de sangrado. Treloar, et al., en 1967 realizó estudios prospectivos que informaron datos, que demostraron un período de tiempo distinto de hasta 11 años antes de la menopausia en el cual los ciclos menstruales se hacían irregulares, a este periodo se conoció como la "perimenopausia". Para Treloar, entonces, la perimenopausia iniciaba con la presencia ciclos menstruales irregulares y terminaba en la menopausia.

El climaterio es el período que precede, acompaña y sigue a la menopausia ⁴². Se define como el período que abarca desde la premenopausia hasta la postmenopausia. La edad de presentación de la menopausia se sitúa en torno a los 50 años (± 2), no habiéndose producido cambios durante los últimos siglos. Si la menopausia aparece antes de los 40 años, se denomina menopausia precoz, mientras que si sobreviene después de los 50, se habla de menopausia tardía. El climaterio produce un cambio en la fisiología de la mujer, cambio que puede ser desfavorable en aspectos de su salud y calidad de vida. Así como hay mujeres que no perciben apenas sintomatología menopáusica, también las hay en quienes los cambios asociados a esta etapa vital son pronunciados, lo que se traduce en un incremento en el número de consultas clínicas relacionadas.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996, define a la perimenopausia como las características clínicas, endocrinológicas, y biológicas que se producen al acercarse a la menopausia y se extiende hasta un año después. Actualmente se incluye el concepto de “Transición a la menopausia” y se define como aquella parte de la perimenopausia que se produce antes de la última menstruación. Hoy en día se aceptan tres etapas de la menopausia: pre, peri y postmenopausia. ⁴

De esta forma, el término transición menopaúsica se refiere al lapso de tiempo anterior a la menopausia, cuando comienzan las características biológicas y clínicas de aproximación a este evento, en este período la menstruación se torna irregular. Durante la transición a la menopausia comienza una pérdida acelerada de folículos ováricos, llegando a un total de aproximado de 25,000 alrededor de los 37 a 38 años. Esta disminución de folículos se relaciona con el incremento de los niveles séricos de FSH y con la disminución de la inhibina⁴²

La transición a la menopausia comienza en un promedio de cuatro a siete años antes del último periodo menstrual, e incluye una serie de cambios fisiológicos que pueden afectar a la calidad de vida de la mujer. Se caracteriza por ciclos menstruales irregulares y marcadas fluctuaciones hormonales, a menudo acompañadas de bochornos, trastornos del sueño, síntomas del estado de ánimo y sequedad vaginal. Además, se inician los cambios en los lípidos y la pérdida ósea que tienen implicaciones para la salud a largo plazo. Actualmente reemplaza los términos de perimenopausia y climaterio.²⁶

Expertos que participaron en el taller sobre las etapas de envejecimiento natural con siglas en inglés STRAW realizada en el 2001, definieron tres etapas del ciclo vital de la mujer que fueron: ^{7,50}

1. Etapa reproductiva: desde la menarquia hasta la perimenopausia, cuando los ciclos menstruales se tornan variables.
2. Transición menopaúsica: Período en que aumenta la FSH y se incrementa la variabilidad de la duración del ciclo menstrual -el salto de dos ciclos, sesenta días o más de amenorrea o ambos. Esta etapa concluye con la menstruación final y el comienzo de la postmenopausia
3. Postmenopausia: comienza con la última menstruación, aunque no es reconocida hasta después de 12 meses de amenorrea.

El fenómeno de la menopausia tiene su origen en el agotamiento de la capacidad funcional del ovario, lo que supone la cesación de su funcionamiento cíclico, con la consiguiente desaparición de la ovulación y finalización de la etapa reproductiva

de la mujer. Durante esta etapa se producen diferentes cambios en el organismo femenino que son debidos al fallo de la secreción hormonal por parte del ovario. Esa secreción está interrelacionada con la producción cerebral de hormona foliculoestimulante (FSH) y de hormona luteinizante (LH); en este sentido, la deficiente síntesis ovárica de estrógenos se correlaciona con un aumento en la secreción de las hormonas FSH y LH. 4

Alrededor de los 35 años, la FSH comienza a elevarse en la fase folicular temprana antes de cualquier alteración del ciclo menstrual y de las variaciones detectables en las concentraciones de estradiol. Después de los 40 años, la fase folicular del ciclo se acorta, los niveles de estradiol, de inhibina y de foliculoestatina disminuyen, y los de la FSH continúan elevados. Posteriormente los niveles de la hormona luteinizante (LH) también aumentan, en menor proporción que la anterior.²⁶

La lista de síntomas y signos que acompañan al climaterio es bastante extensa, y si bien no hay consenso en una clasificación que los agrupe, entre las más citadas en la bibliografía están aquellas que los dividen en vasomotores: oleadas de calor, sudoraciones y palpitaciones, psicológicos: ansiedad, depresión, irritabilidad e insomnio, genitourinarios: sequedad vaginal, dispareunia, polaquiuria, disuria y generales: decaimiento, artralgias, mialgias, cefaleas, calambres; las que los agrupan en según el tiempo de establecimiento en agudos, intermedios y a largo plazo; y otras que los clasifican como locales y generales.⁴²

Si la menopausia aparece antes de los 40 años, se denomina menopausia precoz, mientras que si sobreviene después de los 50, se habla de menopausia tardía. A modo de corolario, puede concluirse que el climaterio produce un cambio en la fisiología de la mujer, cambio que puede ser desfavorable en aspectos de su salud y calidad de vida. Así como hay mujeres que no perciben apenas sintomatología menopáusica, también las hay en quienes los cambios asociados a esta etapa vital son pronunciados, lo que se traduce en el número de consultas clínicas relacionadas.⁴

Estudios epidemiológicos han proporcionado una imagen detallada de la trayectoria de los síntomas experimentados en la transición a la menopausia y en la postmenopausia. Resultados de dos estudios de mujeres que experimentaron fuertes picos de síntomas vasomotores, antes o después de la menopausia, mostraron una rápida declinación en la postmenopausia.²⁶

Se ha demostrado que las mujeres fumadoras tienen la menopausia entre uno a dos años menos que las no fumadoras. Se cree que las mujeres fumadora

metabolizan más rápido los estrógenos que las no fumadoras por tanto los niveles en sangre son más bajos. Por otra parte el humo del tabaco por sus componentes podría acelerar el envejecimiento folicular.⁵

Se ha sugerido que la menarca precoz, la paridad, la clase social alta, el nivel socio cultural alto o el uso de anticonceptivos orales pudieran relacionarse con la menopausia tardía. Mujeres con ciclo menstrual de 26 días, llegan a a menopausia uno a dos años antes que mujeres con ciclos más largos. ⁵

La disminución de los niveles circulantes de estrógenos en la peri menopausia y luego de la remoción quirúrgica de los ovarios resulta en síntomas climatéricos. Las mujeres en esta transición menopáusica comúnmente comunican una variedad de síntomas, incluyendo síntomas vasomotores (sofocos o bochornos y sudoraciones nocturnas), síntomas vaginales, incontinencia urinaria, alteración del sueño, disfunción sexual, depresión, ansiedad, labilidad en el humor, pérdida de la memoria, fatiga, dolor de cabeza, dolores articulares y aumento de peso. Sin embargo, en estudios longitudinales, luego de ajustar la edad y otros factores confusores, solo se asocia consistentemente los síntomas vasomotores, síntomas vaginales y alteración del sueño con la transición menopáusica.⁷

En los Estados Unidos los factores asociados con menopausia temprana son bajo peso corporal, duración de la menstruación, nuliparidad, hábito de fumar, no antecedentes de uso de contraceptivos orales, nivel socioeconómico bajo, raza y etnia. El peso corporal elevado está asociado con menopausia más tardía. En el estudio de REDLINC, ya mencionado, los factores asociados con edad más temprana de la menopausia son: vivir a una altura superior a 2000 metros, escolaridad menor de 12mo grado, pobreza y tabaquismo. Otros investigadores concuerdan en que la herencia es un factor que influye en la edad de aparición de la menopausia además del tabaquismo, la paridad ya que mientras mayor sea ésta, la menopausia será más tardía. También la histerectomía sin ooforectomía se ha asociado a menopausia temprana, por el compromiso vascular del ovario. (Carrillo, 1994) Los estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que el estrógeno ejerce una influencia positiva no sólo en la inestabilidad vasomotora, al reducir el número e intensidad de los bochornos y las sudoraciones, sino también en los trastornos psicológicos como la depresión, las enfermedades de la conducta sexual y afectiva y el declinamiento de la función cognitiva. Se pueden experimentar varios trastornos psicológicos durante el climaterio: depresión involutiva, cambios en el humor, trastornos del sueño, nerviosismo, ansiedad y pérdida de la concentración.⁴⁶

Se han identificado varios factores de riesgo para síntomas climatéricos, los cuales se enumeran a continuación: 17

- Nivel socio cultural
- Población urbana
- Ingreso económico alto
- Escolaridad alta
- Ambientales
- Altitud mayor a los 2,400 metros sobre el nivel del mar (no comprobado)
- Vivir en zonas cálidas (de altas temperaturas)
- Estilo de vida sedentaria
- Alimentación excesiva de calorías con predominio de grasas y proteínas de origen animal
- Hábito tabáquico
- Constitución corporal
- Índice de masa corporal bajo (menor de 18)
- Índice de masa corporal alto (mayor de 30)
- Factores psicológicos
- Historia de alteraciones de conducta
- Historia de síndrome de ansiedad-depresión
- Antecedentes de oligomenorrea
- Menarca tardía
- Atrofia vaginal
- Antecedentes de cirugía ovárica
- Antecedentes familiares de síntomas climatéricos
- Alteraciones urogenitales.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA MENOPAUSIA

I. CICLOS IRREGULARES: (AYALA, 2010)

Los trastornos menstruales que se presentan en la premenopausia son los que anuncian que la menopausia se aproxima. La gama de trastornos menstruales es variable, desde modificaciones en la periodicidad (proio u opsomenorreas), en la cantidad (hiper o hipomenorrea), así como en la duración (poli u oligomenorrea).⁴

Los principales trastornos del patrón menstrual incluyen la proiomenorrea (ciclos más cortos), hipermenorrea (sangrado intenso), menorragia (sangrado intenso y durante muchos días) y la amenorrea. Estas alteraciones suelen ocurrir durante la premenopausia y constituyen uno de los motivos de consulta más

habituales. La mayor parte de los trastornos guardan relación con la exposición a niveles de estrógenos no contrarrestados con los progestágenos; por tanto, son debidos a un exceso estrogénico. Las hemorragias menstruales, debidas al hiperestrogenismo relativo que tiene lugar en el endometrio, suelen ser muy abundantes y frecuentemente son el origen de una anemia ferropénica que debe ser tratada adecuadamente.

A partir de los 35 años hay una elevación progresiva de la hormona folículo estimulante (FSH) sérica, consecuencia de la menor producción de inhibina folicular (que retroalimenta de manera negativa al hipotálamo-hipofisis) por las células de la granulosa, apareciendo la llamada «hiperestimulación ovárica perimenopáusica»: los niveles altos e irregulares de FSH producen una maduración acelerada, irregular e incompleta de los folículos. El pico máximo de FSH se logra unos 2 años después del cese definitivo de la menstruación y se mantiene constante. La hormona luteinizante (LH) también se eleva, pero su pico es mucho más rápido. Los niveles de progesterona disminuyen drásticamente mientras que los de estrona y estradiol permanecen comparativamente altos por casi un año más, y luego disminuyen gradualmente. Esto puede explicar la tendencia de algunas mujeres a tener sangrados uterinos postmenopáusicos. ¹⁷

Los trastornos menstruales de la perimenopausia son debidos, en gran parte, a la producción alterada de progesterona, consecuencia de la fase lútea inadecuada con estrogenismo persistente. Esto condiciona un crecimiento y transformación irregular del endometrio con descamación anormal. En una etapa posterior, al acentuarse la insuficiencia ovárica e instaurarse la anovulación, se produce una fase de estrogenismo persistente que puede tener efectos muy notorios en el endometrio. Este estado de alteración en el equilibrio hormonal entre estrógenos y progestágenos puede también manifestarse clínicamente con mastalgia, retención hídrica y cefalea. Se calcula que el tiempo promedio entre el inicio de alteraciones menstruales de la perimenopausia y menopausia es de 4 años.¹⁷

Durante el periodo perimenopáusico, existe una incidencia importante de hemorragia uterina disfuncional. Aunque la máxima preocupación provocada por este síntoma es la presencia de una neoplasia endometrial, el hallazgo habitual consiste en tejido no neoplásico que muestra efectos estrogénicos sin oposición por la progesterona consecuencia de la anovulación en mujeres premenopáusicas y de la producción de estrógenos extra-gonadales. En cuanto al riesgo que pueden entrañar las alteraciones menstruales, los clínicos no deben dejar de sospechar que pueden traducir situaciones patológicas, distintas al cuadro endocrino de la perimenopausia. ^{5, 8}

II. ALTERACIONES GENITO URINARIAS:⁴

El tracto urinario inferior y genital femenino comparte un origen embriológico común, alrededor del seno urogenital. Esto hace que ambas estructuras sean sensibles a la acción de las hormonas sexuales femeninas. Diferentes estudios han demostrado la existencia de receptores de estrógenos y progestágenos en la vagina, en la vejiga, en la uretra y en la musculatura del suelo pélvico. Así pues, el descenso en el nivel plasmático de estrógenos incide en todas aquellas estructuras del tracto genitourinario que tienen receptores para estas hormonas. No obstante, la mayor parte de estos cambios pasan inadvertidos para la mujer. Únicamente son perceptibles los síntomas que afectan a la vulva y la uretra.

Síntomas urinarios durante la menopausia: ⁴

Los síntomas urinarios más prevalentes de la posmenopausia pueden subdividirse en las siguientes categorías:

- Infecciones urinarias
- Síndromes de urgencia-frecuencia-nicturia
- Incontinencia urinaria.
- Retención urinaria.

Infecciones urinarias:

Las infecciones urinarias son comunes en mujeres de todas las edades, aunque la prevalencia muestra que se incrementan con la edad; de hecho, aproximadamente entre el 10 y el 15% de las mujeres mayores de 60 años sufren frecuentes infecciones de orina. El origen de estas infecciones está relacionado con alteraciones de la flora bacteriana que son secundarias al incremento del pH vaginal que tiene lugar con la menopausia; en esta situación, la vagina es colonizada por bacterias distintas de las que constituyen su microbiota habitual, lo que probablemente aumenta la susceptibilidad de la mujer a padecer infecciones urinarias: uretritis, cistitis... Se ha comprobado que la suplementación estrogénica, vía vaginal, reduce la frecuencia de esas infecciones en este colectivo poblacional.

Síndromes de urgencia-frecuencia miccional: Los síndromes de urgencia-frecuencia miccional están relacionados directamente con la atrofia urogenital secundaria a la disminución de la producción estrogénica. Esta situación implica la pérdida del control voluntario de la micción, lo cual se traduce en una necesidad urgente e imperiosa de orinar. Este trastorno afecta, como mínimo, al 30% de las mujeres de más de 65 años. Se ha comprobado que mejora notablemente cuando se instaura un tratamiento estrogénico. ⁴

Incontinencia urinaria: La incontinencia urinaria se hace más frecuente a medida que avanza la edad de la persona. Se estima que afecta aproximadamente al 25% de las mujeres mayores de 60 años. Esta alteración tiene importantes repercusiones físicas, psicosociales y económicas. Sus principales factores de riesgo incluyen la edad, las gestaciones, los partos y la obesidad. La relación entre incontinencia y disminución estrogénica no está totalmente comprobada: existen resultados contradictorios, sin embargo, los defensores de esta teoría alegan que el hipoestrogenismo hace que todo el sistema de presiones de la vía urinaria caiga, lo que unido a la paulatina degradación de la uretra y la vejiga, favorece la aparición de incontinencia de esfuerzo. El agravamiento del cuadro de urgencia miccional comentado anteriormente conlleva la aparición de otro tipo de incontinencia, la denominada incontinencia urinaria de urgencia. Ambos tipos de incontinencia (esfuerzo, urgencia) son sumamente frecuentes en la mujer tras la aparición de la menopausia.⁴

Retención urinaria: Es también una alteración que puede encontrarse en la mujer, cuyo posible origen se ha señalado la hipoestrogenemia, que puede ocasionar hipoactividad del detrusor, ocasionando la retención de residuos. Actualmente se admite que la suplementación estrogénica, ya sea oral o vaginal, puede ser beneficiosa para los síntomas irritativos de urgencia urinaria, frecuencia e incontinencia urinaria de urgencia, aunque este efecto podría ser el resultado de revertir la atrofia urogenital propia de la menopausia, más que de una acción directa sobre el tracto urinario inferior. ⁴

Atrofia genitourinaria: El hipoestrogenismo característico de la menopausia da lugar a una atrofia general del aparato genital. Es característica la pérdida de elasticidad del introito vulvar, así como una reducción tanto de las glándulas vaginales como del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubricación. A todas estas modificaciones, también se une la alteración de la flora vaginal habitual, la cual está compuesta por *Lactobacillus crispatus*, *L. jenseii* y *L. gasei*; esa flora protege la mucosa frente al establecimiento de microorganismos patógenos; su modificación comporta mayor riesgo de infecciones locales. ⁴

Los síntomas vaginales (incluyendo sequedad, disconfort, prurito y dispareunia) son comunicados por aproximadamente 30% de mujeres durante la posmenopausia temprana y más de 47% de mujeres durante la posmenopausia tardía. Los síntomas vaginales generalmente persisten o empeoran con la edad.² Al compararse con mujeres premenopáusicas, las mujeres posmenopáusicas con síntomas vaginales tienen disminución del flujo sanguíneo vaginal y de secreciones, hialinización de colágeno, fragmentación de elastina y proliferación

del tejido conectivo vaginal. El fluido vaginal, que es ácido antes de la menopausia, se torna más neutral, facilitando la proliferación de organismos entéricos asociados con infección de la vía urinaria. La atrofia vaginal posmenopáusica es identificada generalmente cuando hay síntomas vaginales y hallazgos de palidez, sequedad, y disminución de la rugosidad de la mucosa vaginal.²

Las alteraciones ginecológicas que comporta la menopausia dan lugar a diversos síntomas: sequedad, quemazón, prurito vaginal, dispareunia, vaginitis, sensación de plenitud en el introito vaginal, histerocele, cistocele, rectocele, etc. Por otra parte, es muy habitual que tales síntomas, unidos a la clínica urinaria y a los cambios psicológicos y socioculturales propios de la menopausia, interfieran en mayor o menor grado en la sexualidad de la mujer. La prevalencia de los síntomas relacionados con la atrofia genitourinaria en el climaterio no está bien definida. Ello es debido a que muchas mujeres consideran esta sintomatología como una consecuencia inevitable del envejecimiento, lo que hace que no busquen ayuda médica. Los estudios sobre la prevalencia estiman que los síntomas de la atrofia urogenital afectan a un porcentaje comprendido entre el 10 y el 40% de las mujeres posmenopáusicas.⁴

Diferentes estudios han demostrado que existe una asociación entre determinados factores y la frecuencia e intensidad de la sintomatología ginecológica. Incluyen la edad, la raza, la presencia de determinadas enfermedades crónicas y la existencia de una menopausia quirúrgica. Al mismo tiempo, también es un hecho contrastado que las mujeres con una vida sexual activa presentan un menor grado de atrofia vaginal, en comparación con las que no tienen esa actividad en la postmenopausia.²

Sequedad vaginal: Uno de los primeros motivos que consulta la mujer menopaúsica es la sequedad vaginal; algunas la refieren asociada al coito. Ocasionando un descenso en la frecuencia de las relaciones sexuales. Esta sequedad genera síntomas sequedad vaginal puede generar diversos síntomas tales como prurito vaginal, dispareunia y vulvodinia. El prurito vulvar constituye un verdadero problema para aquellas mujeres que lo padecen; además de la sensación desagradable que produce el deseo de rascarse, el prurito es un síntoma preocupante, ya que pone en peligro la eficacia de la piel como barrera de protección.²

Según la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvares, la vulvodinia se define como una molestia vulvar crónica en la que la paciente se queja de quemazón, irritación o dolor. La dispareunia, definida como el dolor

experimentado por la mujer durante la relación sexual, se ve favorecida por la vaginitis atrófica presente en las mujeres de edad avanzada. La citada vaginitis atrófica es debida al hipoestrogenismo, que entre las diferentes alteraciones que causa en la vagina, origina un descenso en el contenido de glucógeno, lo que impide el mantenimiento de la microflora vaginal habitual; que mantiene la acidez del pH vaginal, pero al desaparecer, ese pH se vuelve alcalino y favorece el crecimiento de una flora mixta que predispone al desarrollo de infecciones. Este cuadro sintomático mejora con estrógenos tanto vaginal como por vía oral.⁴

Disfunciones sexuales: La sexualidad en la mujer durante el climaterio puede verse afectada por diferentes factores psicológicos, hormonales y socioculturales. Estos factores influyen en mayor o menor grado en la respuesta sexual según las características de cada mujer. Se ha mencionado con antelación que la menopausia causa una serie de cambios hormonales que interfieren en la respuesta sexual; en este sentido, el hipoestrogenismo da lugar a diferentes alteraciones genitales que dificultan el mantenimiento de relaciones sexuales. Además de estas alteraciones genitales, la disminución estrogénica causa una disminución de la libido.^{4, 46}

Al mismo tiempo, los factores psicológicos y socioculturales influyen notoriamente en la sexualidad femenina en esta etapa de la vida; un porcentaje muy alto de mujeres relaciona la menopausia con el fin de la vida reproductiva, y a la vez, con el fin de la vida sexual. En cualquier caso, numerosos estudios indican que la presencia o no de disfunciones sexuales femeninas en esta etapa va íntimamente unida a la relación con la pareja y al estado físico de ambos; de hecho, si la pareja tiene una buena relación afectiva y no padece inconvenientes físicos que la limiten, la actividad sexual puede mantenerse de por vida.⁴

En otros casos, la presencia de disfunción sexual en esta etapa no está relacionada obligatoriamente con la menopausia y sus consecuencias; es bastante habitual que el origen de este problema sea la presencia de enfermedades crónicas comunes o incluso que la disfunción aparezca como efecto secundario de fármacos de uso habitual; así por ejemplo, compuestos tales como la α -metildopa, los sedantes y los tranquilizantes actúan sobre el sistema nervioso central e influyen en la respuesta sexual. Respecto a las opciones terapéuticas, puede recurrirse a la psicoterapia, a la terapia no hormonal (inhibidores de la fosfodiesterasa-5, apomorfina, yohimbina...) o a la terapia hormonal sustitutiva, ya sea con estrógenos solos o con andrógenos; los estudios realizados que emplean estos últimos indican que se produce una mejoría del deseo, de la libido y de la actividad sexual en general.²³

III. DOLOR OSTEOMUSCULAR:

Se ha reportado una frecuencia alta de dolores articulares y musculares asociados a la falta de estrógenos; muchas veces se pueden demostrar. Ahora se conoce que es probable que estos síntomas se deban a la repercusión de la falta de hormonas sexuales sobre el tejido conectivo y músculos del cuerpo.⁸ Se conoce mucho de la asociación entre el climaterio, la menopausia y la aparición de síntomas osteomusculares, como dolor, cansancio y agotamiento muscular. Sin embargo, su relación no está claramente explicada. Lo que sí es claro es que antes de la menopausia la tasa de pérdida del tejido óseo total por año es menor al 1%; sin embargo, después de ella, esta tasa se incrementa hasta 5% por año. Este cambio está francamente relacionado a la deficiencia de estrógenos.⁴⁸

En un estudio realizado en España llama “Mujer Menopáusica y Artrosis” en el año 2010, el 84% de mujeres menopáusicas refirieron dolores articulares y de éstas, el 61% lo refirieron como intenso e insoportable.¹⁶

Un estudio clínico llamado “Estradiol, sus metabolitos y su asociación con la osteo artritis de la rodilla” publicado en la revista American College of Rheumatism, Arthritis & Rheumatism en 2006 concluye que el descenso de estrógenos es un factor de riesgo para desarrollar artrosis de rodilla en mujeres pre menopáusicas. Revela la incidencia de las hormonas sexuales en el desarrollo de la artrosis, al estar implicadas en la inflamación de los tejidos.¹⁶

IV. ACCIÓN HORMONAL SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Son numerosos los estudios que ponen en evidencia que los estrógenos resultan esenciales en la neurobiología y el funcionamiento óptimo del cerebro de la mujer, ya que al incrementar el flujo sanguíneo cerebral actúan como agente antiinflamatorio y potencian la actividad de las sinapsis neuronales, ejerciendo efectos neuroprotector y neurotrófico directos sobre el tejido cerebral. Los síntomas de carácter anímico más prevalentes durante la menopausia son irritabilidad, ansiedad, humor depresivo, pérdida de motivación y energía, pobre concentración, mala calidad del sueño y llanto fácil. Los factores que se asocian al desarrollo de depresión durante el climaterio son los siguientes: antecedente de depresión de cualquier tipo; historia de disforia relacionada con el uso de ACO, de síndrome premenstrual o de depresión postparto; síntomas vasomotores graves; bochornos; nivel educacional bajo; pérdidas significativas y problemas crónicos de salud.^{45,49}

Depresión y cambios en el ánimo durante la menopausia: Los síntomas depresivos se incrementan en la época perimenopáusicas; aparentemente la variabilidad hormonal aumenta el riesgo de presentar disminución del ánimo, la que se asocia especialmente a la desaparición del estrógeno. Se ha observado que las mujeres sometidas a resección de ovarios y que quedan bruscamente sin estrógenos desarrollan síndromes depresivos. Existe evidencia de que los estrógenos mejoran el funcionamiento psicosocial en las mujeres postmenopáusicas, con un efecto semejante al de los antidepresivos; que altas dosis de estrógenos conjugados orales reducen la sintomatología en mujeres con depresión resistente; y que tanto la depresión como el no empleo de estrógenos, son factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.⁴⁵

En el sistema nervioso central hay receptores específicos para estrógenos, progestágenos, LH y FSH, los que se distribuyen de manera diferencial. Los receptores específicos para estrógenos se ubican en neuronas de corteza, sistema límbico, hipotálamo e hipófisis y tienen las siguientes acciones: inducen plasticidad sináptica y dendrítica; aumentan los niveles de noradrenalina y acetilcolina; disminuyen la actividad de la MAO y aumentan los niveles de beta-endorfinas. Diversos estudios han demostrado el efecto de modulación de los estrógenos sobre la serotonina (5HT): aumentan la síntesis de 5HT, aumentan el número de receptores de 5HT-2 y disminuyen el número de receptores de 5HT-1; aumentan la recaptura de serotonina y la afinidad de la imipramina por ésta, disminuyen el RNAm del transportador de 5HT y aumentan la respuesta de PRL a agonista de 5HT. En cambio la progesterona tiene receptores específicos en neuronas de corteza, sistema límbico, hipotálamo e hipófisis, que aumentan la actividad de la MAO y tienen acción sedante e hinótica y anticonvulsivante.⁴⁴

La disminución de la secreción de estrógenos frena la síntesis de neurotransmisores, disminuyendo la disponibilidad de éstos en el sistema nervioso central, mientras que la disminución de progesterona disminuye la acción del neurotransmisor más extendido en el sistema nervioso central, que no es un neurotransmisor activador, sino inhibitorio, el ácido gamma aminobutírico o GABA. Existen sobre el posible deterioro cognitivo en relación con el retiro de estrógenos. En una revisión de 16 estudios aleatorios y doble ciego en los que se evaluó la función cognitiva en 10.114 mujeres postmenopáusicas mayores tratadas a largo plazo con estrógenos solos o con estrógenos más progestágenos, se concluyó que ninguno de estos tratamientos protege del envejecimiento cognitivo; y que tanto los estrógenos solos como los progestágenos incrementan, aunque no significativamente el riesgo de demencia y no previenen el déficit cognitivo leve.⁴⁴

Tradicionalmente se ha considerado que la transición hacia la menopausia constituye un período durante el cual la mujer está más expuesta a los cambios anímicos. Sin embargo, hasta ahora los datos eran poco concluyentes debido a diversos problemas metodológicos. Uno de ellos era la confusión frecuente entre ánimo depresivo (un síntoma inespecífico), y la enfermedad depresiva (una entidad mórbida). Otros errores comunes eran la extrapolación inapropiada a partir de las muestras estudiadas y la ausencia de evidencia biológica de disfunción ovárica o la heterogeneidad endocrina. Estudios recientes, muy estrictos desde el punto de vista metodológico, muestran que también hay un incremento de primeros episodios de depresión mayor en mujeres perimenopáusicas sin depresiones previas. Así, en un seguimiento de ocho años, Freeman y cols. Demostraron, en un grupo de 231 mujeres que nunca antes habían sufrido de depresión, que la probabilidad de presentar una depresión mayor era 2,5 veces mayor durante la perimenopausia que durante la premenopausia. A su vez, Cohen y cols., de la Universidad de Harvard, siguieron a una cohorte de 460 mujeres, también sin depresiones anteriores, y encontraron que las que entraban en la perimenopausia tenían dos veces más probabilidades de sufrir de una depresión mayor que aquellas que permanecían premenopáusicas durante el período de observación. La depresión afectó al 16,6% de las mujeres perimenopáusicas, en comparación al 9,5% de las premenopáusicas. El riesgo de depresión era asimismo más alto en las mujeres que reportaban síntomas vasomotores y en las que habían estado expuestas a acontecimientos vitales negativos recientes. Los dos estudios citados sugieren que la transición a la menopausia, y los cambios hormonales que la acompañan, se asocian en forma importante con el desarrollo de episodios de depresión, en mujeres previamente libres de patología anímica. ³⁰

Son síntomas de depresión mayor: ³⁰

- Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o
- Pérdida de interés en o de la capacidad de gozar de actividades que la persona habitualmente disfruta.
- Otros síntomas como:
 - Fatiga o falta de energía
 - Inquietud o sensación de enlentecimiento
 - Dificultad para concentrarse
 - Alteraciones del sueño
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

El sueño en la menopausia: ²²

Se definen los trastornos del sueño (TS) como cualquier trastorno que afecta, perturba o compromete el dormir. Se han determinado alrededor de cien TS diferentes entre los cuales se incluyen el insomnio y la somnolencia diurna excesiva (SDE). La falta de sueño se refleja al día siguiente en una jornada diurna de mala calidad, se está de mal genio o irritable, con dolor de cabeza y con dificultades cognitivas.

Como parte de los síntomas frecuentes reportados por mujeres de mediana edad, debido a alteraciones hormonales, se hallan los trastornos del sueño. Se considera un patrón de sueño adecuado, a aquel que permite a una persona funcionar correctamente en un estado de alerta en las horas deseadas de vigilia. La mayoría de adultos requieren entre 6 y 9 horas de sueño para satisfacer esa necesidad. ⁵¹

Las mujeres con mayor frecuencia de alteraciones del sueño se hallan, por lo general, en una etapa avanzada de la menopausia. La prevalencia de los TS varía entre el 39% y el 47% en la perimenopausia y del 35% al 60% en la posmenopausia. La prevalencia del insomnio en mujeres es del 40%, del 30% en hombres y del 50% en personas mayores de 65 años. Un estudio realizado en Estados Unidos en el 2007 reportó que casi la mitad de mujeres entre 45 y 64 años sufrían alteraciones del sueño.²²

. Se considera que las oleadas de calor perturban el sueño de la mujer menopáusica. Esta fragmentación del sueño, con microdespertares es debida a la presencia de oleadas de calor durante el sueño y, dependiendo de la duración, pueden llegar a disminuir la eficiencia del sueño. Otros factores perturbadores del sueño que también han sido asociados son los cambios en la menstruación y los síntomas como sequedad vaginal, alteración en el control vesical, labilidad emocional, aumento de peso, insomnio y ronquido.²²

El insomnio, un síntoma frecuente entre las mujeres menopáusicas, se define como la incapacidad para iniciar el sueño, para mantenerlo, la mala calidad en el dormir o la poca cantidad de tiempo para dormir. Como causas frecuentes en este grupo de mujeres están el síndrome de piernas inquietas (SPI) y el síndrome de movimientos periódicos de las extremidades (SMPE), entre otros.

Ansiedad y menopausia:

La ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futura que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión. Es un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Se considera

que la ansiedad es patológica cuando su presentación es irracional, ya sea por un estímulo ausente, por una intensidad excesiva con relación al estímulo o si la duración es prolongada y recurre sin motivo, interfiriendo con la capacidad de análisis y ocasionando grave disfuncionalidad en el paciente. Estudios han observado una mayor prevalencia durante la transición a la menopausia.³⁰

En un estudio llevado a cabo por Bromberger et al., se observó que durante la perimenopausia temprana había incremento en la irritabilidad y nerviosismo. En un estudio de cohorte con una muestra de 2,956 mujeres llevado a cabo por la misma autora durante 10 años se observó que mujeres que presentaban síntomas leves de ansiedad antes de la menopausia incrementaron sus niveles de ansiedad durante la transición a la menopausia, y mujeres que presentaban síntomas elevados de ansiedad antes de la menopausia se mantuvieron constantes durante la transición a la menopausia. Según lo encontrado en el estudio hace pensar que las mujeres que presentan poca ansiedad basal antes de la menopausia tienen mayor riesgo de aumentar sus niveles de ansiedad durante la transición a la menopausia o en la posmenopausia, y en mujeres que tienen altos niveles de ansiedad antes de la menopausia, el riesgo de desarrollar ansiedad durante la transición de la misma permanece alto.³⁰

V. OBESIDAD EN LA MENOPAUSIA

La etiología del aumento de peso durante la menopausia no está totalmente aclarada. Algunas causas no tienen relación directa con ella, sino más bien con la edad, y otras dependen claramente de la disminución de estrógenos endógenos. El *gasto energético basal disminuye* casi linealmente con la edad, esto se explica por la reducción de la actividad metabólica del tejido magro y la disminución proporcional de éste. A esto se asocia, en general, una *reducción progresiva de la actividad física* con el consiguiente balance energético positivo si se mantiene la ingesta.²⁷

Los datos de un estudio epidemiológico multicéntrico italiano muestran que mientras la prevalencia de sobrepeso durante la cuarta década de la vida (30-39 años) es similar en hombres y mujeres (22 y 23% respectivamente), en la siguiente década aumenta sobre todo en mujeres (al 30 y 39% respectivamente) y mientras en varones se mantiene estable en las 6ª y 7ª década (en torno al 30%) afecta al 45% de la población femenina².- Los datos de "The Women Health Initiative" en USA son similares. Se observó un IMC > 27 en el 44,6% de las más de las 90.000 mujeres incluidas con edades comprendidas entre 50 y 70 años.

Diferentes estudios muestran una tendencia creciente en la prevalencia de obesidad en diferentes países, así por ejemplo en la menopausia temprana (50-59 años) la prevalencia de obesidad aumentó un 47% entre los años 1991-1998 en USA³. Estas cifras nos dan una idea de la magnitud del problema. Estudios sobre menopausia han reportado que mujeres postmenopáusicas tiene un índice de masa corporal mayor que las premenopáusicas con una media de 29 (+/- 5,5). Por otro lado se ha evidenciado la obesidad abdominal en el 48% (+/- 3,3%) de mujeres menopáusicas (IC: 44,3-51,7). En otro estudio se demostró que mujeres premenopáusicas tienen menos índice de masa corporal y menor cintura abdominal que las menopáusicas. Así también el perfil lipídico es menor.³²

VI. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA MUJER MENOPAÚSICA:

La enfermedad hipertensiva afecta al 25% de la población adulta. Antes de la menopausia la incidencia es menor que en el varón, contrario de lo que ocurre en la menopausia. En el varón hay mayor incidencia de HTA antes de los 50 años. La presencia de estrógeno y la elevación de las partículas de HDL en la mujer premenopáusica le da un efecto protector.³²

La enfermedad cardiovascular es 6 veces más frecuente que el cáncer mamario. Es poco frecuente en las mujeres en la etapa reproductiva, pero la pérdida de la función ovárica se asocia a cambios adversos a nivel metabólico y vascular, con el consiguiente aumento en la incidencia de la enfermedad cardiovascular. Es difícil establecer la asociación de la menopausia con el incremento de enfermedad cardiovascular, sin embargo, se ha demostrado que cuando existe una menopausia prematura aumenta en forma temprana la enfermedad cardiovascular. ³²

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER EN LA PRE Y POST MENOPAUSIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.^{18, 41}

En el climaterio, la salud de la mujer y su calidad de vida están determinadas por los cambios hormonales propios del período, reconocidos como síntomas que la mujer relata e identifica. En este contexto, se han utilizado numerosos cuestionarios para tratar de agrupar y ponderar estos síntomas del climaterio. La escala de Greene y la de Kupperman, la Woman's Health Questionnaire, Menopause specific QOL Questionnaire, Menopause Rating Scale, Utian Menopause Quality of Life Scale, escala Cervantes, Qualifemme, Menopausal Symptom List, Menopause Quality of life scale, etc. han sido utilizadas, sin embargo, por algunos problemas metodológicos su uso en estudios clínicos es limitado. Se han utilizado también escalas de la llamada «calidad de vida», cuyos términos no siempre son precisos y sencillos de utilizar.¹⁷

La Escala de Cervantes para la menopausia que posee 31 preguntas con escala de Likert de 0 al 5, en donde cero corresponden a un total desacuerdo y 5 un acuerdo total, su puntaje máximo es de 155 puntos. Este instrumento incorpora las dimensiones menopausia y salud, con 15 ítems que incluyen sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento; sexualidad, con 4 ítems; relación de pareja, con 3 ítems, y dominio psíquico, con 9 ítems. Fue validado en España por Palacios y colaboradores 8 en una población de 2.274 mujeres, obteniendo altos niveles de confiabilidad y resultados de validez, publicado el año 2004. En Chile, no se han encontrado investigaciones aplicando este instrumento, a pesar que incorpora elementos asociados a la calidad de vida.

Una de las escalas más conocidas es el Índice de Kupperman, que fue construida por H. S. Kupperman y colaboradores en 1953, cuyo objetivo fundamental era la medición de la respuesta de mujeres sometidas a terapia hormonal de reemplazo. Incluyen 11 síntomas y permite obtener una puntuación, que evalúa el síndrome climatérico en severo, moderado o ligero, de acuerdo a la presencia y la intensidad de síntomas propios de este periodo, a los cuales se le otorgan ponderaciones diferentes según el grado de malestar que cada mujer reportaba. Este Índice ha sido criticado, por ser una escala unidimensional y por no incluir síntomas relacionados con el déficit hormonal que ocurre en el climaterio como algunos de los genitourinarios.

La revisión de la bibliografía permitió advertir que ante la ausencia de instrumentos estandarizados, otra alternativa que ha sido empleada es la elaboración de listas de síntomas menopáusicos, seleccionados de forma subjetiva, clasificados arbitrariamente y valorados como presentes o ausentes. Muchas de estas listas, han sido creadas específicamente para cumplir los objetivos de una investigación, sin que hayan probado tener condiciones de validez y confiabilidad que permitan su utilización en cualquier medio.

La calidad de vida, evaluada con escala: Calidad de vida específicamente en menopausia (Menopause Specific Quality of Life, MENQOL), que evalúa síntomas vasomotores, psicosociales, físicos y sexualidad, ha mostrado que las puntuaciones más altas en los rubros de síntomas vasomotores, psicosocial y físico se encuentran en las personas sin educación y los vasomotores son mayores en las amas de casa. La escala de clasificación de la menopausia (Menopause Rating Scale, MRS) ha mostrado una alta correlación con ítems relacionados con la transición menopáusica. Se han diseñado otras escalas para tratar de medir el grado de afectación de la calidad de vida en el climaterio, entre las que se encuentra la escala Cervantes (EC) y el índice de Kupperman (IK). La EC comprende dos elementos: calidad de vida y personalidad. La EC de calidad de vida evalúa 31 ítems en cuatro dominios o subescalas (menopausia y salud, dominio psíquico, sexualidad y relación de pareja). El IK modificado evalúa 13 ítems, incluidos el urogenital y el de sexualidad, y todos pueden ser ponderados. Si bien esta escala fue diseñada inicialmente para valorar síntomas, ha mostrado tener una alta correlación con la MRS sin embargo, el primero es más sensible para detectar síntomas climatéricos leves. Hace años se diseñó una escala llamada SUMEVA a partir de la suma de distintos síntomas autoevaluados por la paciente en una escala visual análoga. Esta escala ha sido utilizada en población mexicana y tiene una correlación importante con el IK y con el índice de Greene. 9

"Menopause Rating Scale" es una escala de calidad de vida relacionada con la salud específica de síntomas menopáusicos. Está compuesta por 11 puntos o ítems de síntomas que se agrupan en tres subescalas o dimensiones: (1) Somático-vegetativa. (2) Psicológicos. (3) Urogenitales. La dimensión somático-vegetativa valora la presencia y la severidad de oleadas de calor, molestias cardíacas, alteración del sueño y dolencias músculo-ligamentarias. La dimensión psicológica evalúa presencia y severidad de estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico y mental. La dimensión urogenital define la presencia y severidad de problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad vaginal. Cada uno de los 11 ítems es calificado como: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo). La sumatoria de las medias de los ítems definidos establece la puntuación de cada una de las dimensiones, y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones

La práctica de la enfermería:

Otro de estos estudios, concluye que los profesionales de enfermería, cuya formación tiene un alto costo social, así como un buen nivel de conocimientos, actitudes y aptitudes individuales, están subutilizados por las instituciones de salud, y marginados totalmente en su ejercicio profesional, con graves

consecuencias, tanto en la calidad de la atención en salud, como en la satisfacción profesional.

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER MENOPAUSICA

El concepto de calidad de vida, es algo subjetivo, varía mucho dependiendo del contexto cultural de la mujer. Es un elemento de referencia del bienestar que la propia Organización Mundial de la Salud en 1994 la define como la “percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses”. En esta definición subyacen dos elementos esenciales: por un lado, su carácter subjetivo, enunciado como un sentimiento personal, un juicio o una comparación; y, por otro, su carácter multidimensionalidad, abarcando aspectos físicos, afectivos, cognitivos, sociales, económicos, entre otras. ²¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Este concepto ha ido evolucionando en el tiempo desde una concepción sociológica hacia una perspectiva psicosocial en la que lo relevante es la satisfacción personal. Para valorarla en el climaterio se deben considerar los fenómenos que ocurren en el área física y en las áreas psicológica, sexual, social y familiar de la mujer. ²¹

La calidad de vida durante el climaterio se ve seriamente afectada y reducida cuando se presentan trastornos de la emoción y problemas psicológicos relacionados con el bienestar; de hecho, otro de los ítems más generalizados en el abordaje de los problemas del climaterio es de los trastornos del humor o del bienestar si se prefiere más modernamente. Las mujeres con sintomatología climatérica experimentan una clara merma de su hábito emocional, de su bienestar de base, acrecentado aún más en aquéllas que sufrieron una menopausia quirúrgica. El problema era conocido desde antiguo y se había relacionado la menopausia quirúrgica con las alteraciones del bienestar y del humor.

En la actualidad, está ampliamente aceptada la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida. Sin embargo, cuando una enfermedad afecta a un

individuo el deterioro, no solo afecta a él física o emocionalmente, sino que también a su capacidad económica, a su entorno familiar y a veces, incluso, a sus valores religiosos o políticos. Así surge la necesidad de crear el término de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que ha sido definida como «la valoración subjetiva del paciente orientada hacia el exterior del mismo, y centrada en el impacto del estado de la salud sobre su capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria» ²¹

En el climaterio, la salud de la mujer y su calidad de vida están determinadas por los cambios hormonales propios del período, reconocidos como síntomas que la mujer relata e identifica. En este contexto, se han utilizado numerosos cuestionarios para tratar de agrupar y ponderar estos síntomas del climaterio. La escala de Greene y la de Kupperman, la Woman's Health Questionnaire, Menopause specific QOL Questionnaire, Menopause Rating Scale, Utian Menopause Quality of Life Scale, escala Cervantes, Qualifemme, Menopausal Symptom List, Menopause Quality of life scale, etc. han sido utilizadas, sin embargo, por algunos problemas metodológicos su uso en estudios clínicos es limitado. Se han utilizado también escalas de la llamada «calidad de vida», cuyos términos no siempre son precisos y sencillos de utilizar.¹⁷

CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS PARA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DURANTE EL CLIMATERIO

La utilidad de la valoración de la calidad de vida en el climaterio en la actualidad es imprescindible para el conocimiento y evaluación de medidas preventivas y terapéuticas; así como, para comparar situaciones geográficas y su seguimiento en el tiempo. Entre las escalas más importantes de calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS) tenemos: Índice de Blatt-Kupperman, el Women Health Questionnaire (WHQ), el cuestionario MENCAV, la Menopause Rating Scale (MRS), la Menopause Quality of Life (MENQOL), la Utian Quality of Life Score (UQOL), la Escala climatérica de Greene y la Escala Cervantes.

El Índice de Blatt-Kupperman, ha sido el referente tradicional para evaluar el impacto de la terapia hormonal sobre la sintomatología climatérica. En cada síntoma tiene asignado una constante que se multiplica por el valor otorgado a la intensidad de la sintomatología; dicha intensidad se valora en: severa (> 35), moderada (20 a 35) y leve (<20). Esta escala ha sido criticada en la literatura médica ya que no refleja como las mujeres perciben sus síntomas o responden al tratamiento. ²¹

El Women Health Questionnaire (WHQ): es un cuestionario desarrollado en Inglaterra en 1992, consta de 36 ítems reunidos en 9 subescalas que describen: síntomas somáticos (7 ítems), humor depresivo (7 ítems), dificultades en memoria/concentración (3 ítems) , ansiedad/miedos (4 ítems), comportamiento sexual (3 ítems), síntomas vasomotores (2 ítems), trastornos del sueño (3 ítems), trastornos menstruales (4 ítems) y atracción (2 ítems). A la intensidad de la sintomatología se le otorga un valor de 1 a 4 según la severidad de la misma, cuanto más alto es el puntaje, más pronunciado es el distrés y la disfunción. Este cuestionario es ampliamente aplicado en área de la menopausia, validado y utilizado para evaluar los cambios inducidos por diferentes tratamientos. 21

La Menopause Quality of Life (MENQOL), es un instrumento especialmente diseñado para evaluar la calidad de vida en el climaterio, desde la perspectiva propia de las mujeres. Este cuestionario específico de calidad de vida para la menopausia ha demostrado poseer todas las cualidades psicométricas necesarias: fiabilidad, validez y sensibilidad. Hilditch y cols; propusieron un acercamiento distinto directamente orientado a la calidad de vida desde su inicio. El resultado de esta investigación fue el cuestionario específico de calidad de vida, conocida por su sigla inglesa MENQOL (Menopause Quality of life), donde se identifican 29 síntomas agrupados en cuatro dominios para evaluar síntomas vasomotores, psicosociales, físicos y sexualidad. Este instrumento ha mostrado que las puntuaciones más altas en los rubros de síntomas vasomotores, psicosocial y físico se encuentran en las personas sin educación y los vasomotores son mayores en las amas de casa.

Se explora la intensidad del síntoma; percibido colocando una puntuación entre cero cuando no le molesta nada; y 6, si es que le molesta mucho. Para el cálculo del puntaje se da: Si la respuesta es No, se asigna un puntaje de 1; si la respuesta es Sí y 0, se asigna 2; si es Sí y 1 asigne 3 y así sucesivamente hasta Sí y 6, se le asigna 8. Se saca el puntaje promedio de cada área. No existe un puntaje global, sino que cada área en particular. Éste es un instrumento especialmente concebido para valorar calidad de vida en el climaterio, desde la perspectiva propia de las mujeres.

Blümel y cols; tras incluir 481 mujeres entre 40 y 59 años, utilizando el instrumento específico de calidad de vida para la menopausia de Hilditch, encontró un deterioro considerable en la calidad de vida de las mujeres climatérica, con importantes diferencias respecto a las premenopáusicas. Los cuatro dominios de síntomas se deterioran cuando comienzan las irregularidades menstruales en la perimenopausia, no observándose cambios significativos cuando posteriormente cesan los flujos menstruales; el daño de calidad de vida es previa a la

menopausia. Al aplicar regresión logística, observaron que la pérdida de la calidad de vida en estas mujeres no dependía de la edad, ni de las variables socio demográfico como el estado civil, número de hijos, educación, actividad laboral sino de su estado hormonal subsecuente a la menopausia. ²¹

Ortiz y col, utilizando el MENQOL de Hilditch, encontró que los síntomas vasomotores que seleccionó Hilditch como propios del climaterio en mujeres americanas también aparecen en las colombianas, pero no observando igual concordancia con los síntomas psicosociales. Este estudio no encontró que se incrementa durante el climaterio la tristeza, el nerviosismo, la impaciencia o el descontento con la vida personal; pero sí, la pérdida de memoria, el deseo de soledad y el sedentarismo. Igualmente encontró discrepancias en varias manifestaciones físicas y sexuales encontradas por Hilditch. Estas observaciones plantean dudas en cuanto a lo adecuado o no de usar escalas desarrolladas en un país distinto al cual se aplica dicha escala. ²¹

Ayala y col en la unidad de climaterio, del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima , realizó un estudio de 110 pacientes climatéricas peruanas comprendidas entre 30 y 75 años de edad, aplicando el cuestionario específico MENQOL de Hilditch. El 49% de pacientes estuvieron en la posmenopausia natural, el 17% en la premenopausia, el 18% en la perimenopausia y el 16% conformaron la menopausia quirúrgica. Los síntomas más frecuentes fueron los psicofísicos, seguido de síntomas sexuales y con menos frecuencia los vasomotores. En cuanto al impacto del climaterio, se observa que, conforme avanzan las etapas del climaterio, se deteriora la calidad de vida de la mujer, sobre todo en las áreas psicosocial y físico.

La Menopause Rating Scale (MRS): es una escala bien definida de autoevaluación de los síntomas menopáusico que permitirá de una manera práctica y relativamente rápida evaluar el impacto de cualquier intervención médica en relación a diferentes aspectos de la calidad de vida. La MRS es un cuestionario estandarizado de autoevaluación integrado por 11 ítems, que fue confeccionado en 1994 por un grupo de expertos de las Sociedades de Menopausia Alemana, Suiza y Austráica Esta escala fue revisada y validada en 1996 en base a un estudio realizado con una muestra representativa randomizada con 683 mujeres alemanas de 45 a 60 años que completaron la escala MRS.

El grupo REDLINC ha realizado un gran estudio con el objetivo de valorar la calidad de vida de la mujer Latinoamericana de mediana edad, donde enrolaron 8,373 mujeres de 40 a 59 años donde evaluaron con la escala de puntuación en menopausia (MRS), y un cuestionario general (datos personales y del compañero

sexual). Este estudio cubrió mujeres de 18 ciudades en 12 países de América Latina donde se aprecia un marcado deterioro de la calidad de vida de la mujer en Latinoamérica, siendo mayor en unos países con relación a otros; como Chile con el 80,8%; Ecuador con el 60,1%; Perú con el 51,6%; Colombia 48,3 %, entre otras, y el promedio latinoamericano de 55,4%. En el análisis de regresión logística asociados a mayores puntajes totales del MRS (deterioro de la calidad de vida) fueron: socio demográficos: vivir en la altura (OR 1,14); femeninos: uso de alternativas para la menopausia (OR 1,85) y psicotrópicos (OR 1,75); masculino: eyaculación precoz (OR 1,84). Asimismo, cuando se analizó por dominios y se comparó entre países y la región (como por ejemplo el dominio psicológico), Chile rebasa ampliamente el promedio Latinoamericano y de Perú (7,7 versus 4,6 y 4,3 respectivamente, de puntaje total del dominio psicológico). Igualmente el dominio somático, con un puntaje total para Chile de 16,3 versus 11,3 para América Latina y 3,5 para Perú.²¹

Un seguimiento luego de 18 meses con la misma población de mujeres revalidó nuevamente la escala variando la puntuación original. Las mujeres deben elegir entre 5 grados de severidad: asintomáticas (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), severo (3 puntos) e intenso (4 puntos); a cada uno de los 11 síntomas se le asigna un puntaje, obteniendo un score total de MRS que oscila entre 0 (asintomática) y 44 (grado máximo de disturbio por síntomas menopáusicos). ²¹

La escala climatérica de Greene: instrumento que ha intentado construirse a partir de la medición de síntomas climatéricos basada en principios científicos objetivos. Uno de los avances importantes en la evaluación del climaterio es esta escala que fue desarrollada de acuerdo a la metodología de análisis factorial, donde esencialmente se analiza largas series de síntomas, a fin de establecer relación entre ellos. Los 21 síntomas climatéricos seleccionados contiene 3 puntuaciones cada una, que la paciente refiere percibir según la intensidad de la molestia desde 0: ninguna molestia; 1: que indica poca molestia; 2: una molestia regular; y 3: le molesta mucho. Todos ellos caen en 4 dominios o grupos independientes: vasomotor, psicológico, somático y sexual.

En un estudio realizado en la población ecuatoriana 36 de 385 mujeres de 40 a 65 años valoradas con la Escala de Greene, se encontró en altos porcentajes dificultad en la concentración (87%), sentirse infeliz (82%), cefalea (83,9%) y sofocos (82%); y al aplicar el análisis multivariado determinó que la edad, la menor educación y la mayor paridad fueron los factores involucrados de presentar mayores puntajes de la sub-escala psicológica, somática y sexual,

respectivamente. Concluyen que la Escala de Greene es confiable, permite el análisis factorial, pero fue básicamente diseñada, si bien por dominios para evaluar síntomas climatéricos, pero no constituye un buen instrumento para evaluar la calidad de vida. ²¹

En la investigación realizada por Ayala con la aplicación de la escala climatérica de Greene en 196 mujeres climatéricas entre 35 y 65 años de edad se evidencia que las cuatro áreas se deterioran cuando se inicia la premenopausia, y conforme avanza las etapas del climaterio, se incrementa éste deterioro, sobre todo en las áreas psicológica, vasomotor y somática; predominan en la perimenopausia y persiste en la postmenopausia. Con respecto al área somática, se nota que el deterioro se mantiene relativamente constante, pero en menor escala en las diferentes etapas del climaterio, predominando en la perimenopausia. En cambio, el deterioro del área sexual es más frecuente durante la etapa de la postmenopausia. Concluye que al aplicar la Escala de Greene en el climaterio nos sugiere que existe un deterioro considerable en la calidad de vida relacionada a la salud femenina, sobre todo en las áreas psicológica y somática, que parece depender, principalmente de la deficiencia estrogénica. ²¹

La Utian Quality of Life Score (UQOL), es un cuestionario de calidad de vida en la mujer perimenopáusica que está fuertemente basado en la percepción de la sensación de bienestar. Consiste en un instrumento de 23 ítems agrupados en 4 dominios, validado con las escalas genéricas de calidad de vida en una muestra de mujeres perimenopáusicas de diferentes ámbitos geográficos. Los diseñadores de la UQOL estudiaron 597 mujeres (edad media de 52,9 años) de 11 comunidades norteamericana. La UQOL demostró propiedades psicométricas adecuadas en los 4 dominios, denominadas ocupacional, salud, emocional y sexual. Esta escala resulta una herramienta útil en la valoración de la calidad de vida de la mujer menopáusica para la investigación clínica y la práctica médica.

La Escala Cervantes, ha sido desarrollada y validada en España que permite valorar la calidad de vida y evaluar la intervención terapéutica. Su estructura ha quedado definitivamente en 31 ítems estructurados en las 4 dimensiones de: menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relación de pareja. La dimensión de menopausia y salud incluyen las subdimensiones de sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento. Este instrumento específico para la mujer española durante la perimenopausia y la postmenopausia, es capaz de valorar el impacto de su estado de salud en distintas áreas físicas y psicosociales y, en especial, su repercusión en el bienestar general. Se trata del primer cuestionario que, por haber sido desarrollada y validada en una muestra representativa de 2

274 mujeres de la población española, permite su uso generalizado en la población femenina de 45 a 64 años de edad.²¹

UTILIDAD CLÍNICA DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA DURANTE EL CLIMATERIO

La medición de la calidad de vida se justifica plenamente con instrumentos apropiados, por cuanto mejoran la comprensión de los problemas que atraviesa la mujer en esta etapa de la vida desde un punto de vista biopsicosocial, y por tanto un adecuado manejo de los síntomas. La utilidad clínica radica en que una escala nos permite conocer y evaluar la calidad de vida durante el climaterio, dando a conocer la realidad en un momento dado, en una situación geográfica o en una población determinada. Además, pueden compararse entre sí, con otras razas o etnias, situaciones económicas diferentes, con la misma población en un tiempo diferente, etc.²¹

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DURANTE EL CLIMATERIO

La menopausia es un fenómeno biopsicosociocultural, en donde los factores biológicos, psicológicos y socioculturales interactúan en la expresión de la vivencia durante el climaterio y determinan su impacto en la calidad de vida de la mujer. En la literatura se relaciona la intensidad de los síntomas climatéricos con la presencia de condiciones biopsicosociales, que pueden modular la calidad de vida. Entre estos factores, destacan la edad y el nivel sociocultural, características que han sido consideradas factores de riesgo independientes para la severidad de la sintomatología climatérica. La etnia es otro factor que puede afectar a la prevalencia de la sintomatología climatérica en las distintas poblaciones.

En un estudio multiétnico realizado en 7 regiones de Estados Unidos con 16 065 mujeres de 40-55 años de edad, mostraron que las hispánicas presentan con más frecuencia incontinencia urinaria y sequedad vaginal que las mujeres pertenecientes a las etnias blancas, caucásicas, chinas, japonesas y afroamericanas. La severidad de los síntomas climatéricos es muy diferente según los estratos socioeconómicos, así una mujer sin profesión presentará más síntomas que la profesional. Por otro lado, el impacto que tiene el climaterio en la calidad de vida es atribuida a la sintomatología asociada, especialmente los vasomotoras que provocan en algunas mujeres grandes molestias diurnas e interrumpen el sueño; así como los síntomas urogenitales pueden interferir con las actividades cotidianas, los eventos sociales, laborales y repercutir también en la esfera psicosexual. ²¹

Se han diseñado otras escalas para tratar de medir el grado de afectación de la calidad de vida en el climaterio, entre las que se encuentra la escala Cervantes (EC) y el índice de Kupperman (IK). La EC comprende dos elementos: calidad de vida y personalidad. La EC de calidad de vida evalúa 31 ítems en cuatro dominios o subescalas (menopausia y salud, dominio psíquico, sexualidad y relación de pareja). El IK modificado evalúa 13 ítems, incluidos el urogenital y el de sexualidad, y todos pueden ser ponderados. Si bien esta escala fue diseñada inicialmente para valorar síntomas, ha mostrado tener una alta correlación con la MRS sin embargo, el primero es más sensible para detectar síntomas climatéricos leves. Hace años se diseñó una escala llamada SUMEVA a partir de la suma de distintos síntomas autoevaluados por la paciente en una escala visual análoga. Esta escala ha sido utilizada en población mexicana y tiene una correlación importante con el IK y con el índice de Greene. 9

"Menopause Rating Scale" es una escala de calidad de vida relacionada con la salud específica de síntomas menopáusicos. Está compuesta por 11 puntos o ítems de síntomas que se agrupan en tres subescalas o dimensiones: (1) Somático-vegetativa. (2) Psicológicos. (3) Urogenitales. La dimensión somático-vegetativa valora la presencia y la severidad de oleadas de calor, molestias cardíacas, alteración del sueño y dolencias músculo-ligamentarias. La dimensión psicológica evalúa presencia y severidad de estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico y mental. La dimensión urogenital define la presencia y severidad de problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad vaginal. Cada uno de los 11 ítems es calificado como: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo). La sumatoria de las medias de los ítems definidos establece la puntuación de cada una de las dimensiones, y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establece el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida. 21

La escala climatérica de Greene fue publicada en 1976. Greene realizó un análisis factorial de síntomas climatéricos de 50 mujeres con el propósito de investigar la relación entre ellos y construir una medida más racional, que expresara la naturaleza multifacética y de amplio rango de la sintomatología que éstas experimentan durante el climaterio. Encontró dos factores principales que incluían síntomas psicológicos y somáticos y un factor independiente más pequeño que fue el vasomotor. De esta forma, el instrumento resultante consistió en 3 subescalas separadas que medían síntomas vasomotores, somáticos y psicológicos. Hoy en día la controversia continúa y muchos autores piensan que es muy difícil separar

la menopausia de otros aspectos de la vida de la mujer que pueden repercutir en su respuesta al cuestionario. 4

DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio descriptivo de tipo medición a través de entrevistas realizadas a personal de enfermería en edades de 45 a 60 años que laboran en el Hospital Alemán Nicaragüense. Período Enero a Marzo 2018.

Enfoque: Cuantitativo ya que pretende determinar la magnitud de síntomas relacionada con la menopausia y su etapa de transición en base a un cuestionario al que se le asignó valores de forma numérica. Dicha escala ha sido revisada y revalidada en muchos países incluyendo los de América latina y utilizada con la finalidad de determinar la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres en etapa de la perimenopausia y menopausia. .

Universo: personal de enfermería que labora en las diferentes áreas del hospital Alemán durante el período de estudio, el universo fue constituido por 96 mujeres.

Muestra: personal de enfermería femenino en edades entre 44 a 65 años seleccionadas de forma no probabilístico por conveniencia. La muestra fue constituida por el 50% de enfermeras mayores de 40 años y que se encontraron laborando de forma activa durante el período de estudio.

Criterios de inclusión:

- Enfermeras, auxiliares o técnicas mayores de 40 años que laboran activamente en el hospital en el período de estudio.
- Personal de enfermería entre 40 a 60 años que acepte participar en la encuesta.
- Personal de enfermería con patologías neoplásicas previamente tratadas o actuales.

Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que llene la encuesta de forma incompleta o con respuestas ambiguas.
- Personal que no quiera llenar el cuestionario.

Tipo y tamaño de la muestra

Variable dependiente: Calidad de vida

VARIABLES INDEPENDIENTES: Serán las manifestaciones clínicas en las diferentes dimensiones o dominios: corporal, psíquico, sexual, social, factores que influyen en la intensidad de los síntomas como la edad, menarca, paridad, transición a la menopausia, inicio de la menopausia, tipo de menopausia, patologías crónicas asociadas, obesidad, fumado.

Técnica de recolección de la información.

Se diseñó un instrumento o ficha de recolección de la información tipo cuestionario diseñado para la investigación conteniendo preguntas que dieran respuesta a las variables del estudio. El cuestionario fue conformado por 2 secciones: la primera contenía preguntas generales y relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la mujer. La segunda sección del cuestionario contenía 34 ítems elaboradas en primera persona tomando y como modelo la “Escala de Cervantes”. Con el estilo diseñado y revalidado para ser utilizado en mujeres latinas. Esta escala consta de cuatro dimensiones o dominios:

- a) El dominio de menopausia y salud que para medir la afectación de la calidad de vida del personal de enfermería por la presencia de síntomas y signos que aparecen en edades entre 40 a 65, la que estuvo compuesta por 13 ítems que hacen referencia a los problemas de salud de la mujer en etapa de menopausia y se subdividió en 3 partes en relación al campo de mayor dominio y se distribuyeron de la siguiente forma: 4 ítems para investigar síntomas vasomotores, 4 ítems para investigar síntomas somáticos y 5 ítems relacionadas con síntomas no somáticos y que tiene relación con la salud de la mujer en la etapa de peri y menopausia. Cada ítem tiene un valor de 5 puntos con un valor total de 65 puntos.
- b) El dominio psico social se subdividió en dos partes la primera se utilizó para medir la intensidad de afectación en el campo del funcionamiento cerebral conteniendo ítems relacionadas con la memoria, concentración y ansiedad y la otra parte de este dominio, incluyó ítems que estaban relacionadas con síntomas de depresión. El total fueron 9 ítems con un valor de 5 cada uno y un valor máximo de 45.
- c) El dominio de sexualidad midió el nivel de satisfacción y síntomas que repercuten en la actividad sexual la que estuvo conformada por 4 ítems, con un valor de 5 cada uno y un valor total de 20.
- d) El dominio de relación de social y familiar se utilizó para medir el nivel de satisfacción y el papel que desempeña la mujer en sus relaciones afectivas con su familia y entorno social, primeramente fueron 4 ítems pero dado que la mitad de las encuestadas negaron pareja se eliminó un ítem quedando 3 con un valor de 5 cada uno y total de 15.

e) El valor máximo es de 145 constituida por 29 ítems con un valor de 5 puntos cada uno.

Se realizó una prueba piloto aplicando el cuestionario a 5 mujeres que acudieron a la consulta externa de ginecología en edades similar a la de muestra a encuestar y con nivel de escolaridad mayor a la secundaria y de esta manera determinar el grado de dificultad de las preguntas y la veracidad de las respuestas. El cuestionario contenía 40 ítems las que fueron llenadas por la propia paciente, posteriormente se revisaron las respuestas descartando las de mayor dificultad o que presentaron dudas al momento de llenar el cuestionario, se seleccionaron 30 ítems, para formar parte del cuestionario y ser llenado por personal de enfermería que constituyeron la muestra del estudio.

Consentimiento informado: A cada enfermera encuestada se le dio información sobre la finalidad de la investigación y se le dio a leer un consentimiento informado previo a ser entregada la encuesta dado los principios éticos de protección a los derechos de las personas que participaron en el estudio.

Llenado de la encuesta:

En el cuestionario se incluyó la información necesaria para el entendimiento sobre los pasos a seguir en la dinámica de llenado, así también se explicó la finalidad del estudio y su importancia. Se le dio la libertad de poder hacer preguntas al investigador en relación a la forma del llenado sin tratar de influir en las respuestas.

Se le explicó a la encuestada que el llenado de cada pregunta o ítems debe tener solo una respuesta la que debe ser respondida con la mayor sinceridad, así también de forma personal y confidencial.

Procesamiento y análisis de la información

Cada ficha de recolección de la información o cuestionario se introdujo en el programa SPSS versión 22 donde para la distribución de las variables de forma medible en nominal u ordinal y posteriormente se realizó el análisis de la información.

A cada ítems de la encuesta se le asignó el mismo puntaje y dado que se diseñó para medir la afectación de la calidad de vida de la mujer menopaúsica, quiere decir que mientras más puntos obtenga más afectada tiene su calidad de vida y mayores los problemas en cada uno de los dominios. Una puntuación global de 0 corresponde al nivel de calidad de vida óptimo mientras que una puntuación de

145 corresponde al máximo deterioro o afectación del nivel de vida relacionada con la salud.

Los síntomas incluidos en la encuesta se clasificaron en escala ordinal según la intensidad percibida por la mujer en base al puntaje utilizado en la escala de Cervantes de la siguiente manera:

No: cuando niega el síntoma

1: síntoma percibido de forma muy leve

2: síntoma percibido de forma moderada

3: síntoma percibido de forma más intensa que el anterior pero sin llegar a severa

4: síntoma percibido de forma severa o intensa.

5: Síntoma percibido de forma muy severa o muy intensamente.

Para asignarle el valor a la calidad de vida en cada dominio, se utilizó la técnica de Likert con la sumatoria de todos los valores de cada síntoma y el valor obtenido se distribuirá en el rango de valores asignado a cada dominio, para posteriormente realizar la sumatoria por separado.

La búsqueda de diferentes niveles de intensidad, tanto para el puntaje total como en cada sub escala con el empleo de los percentiles 25, 50 y 75 la clasificación fue la siguiente:

a. Para el dominio de menopausia y salud:

Asintomática o muy leve:	0 a 6 puntos
Leve:	7 a 15 puntos
Moderado:	16 a 35 puntos
Severa:	36 a 50 puntos
Muy severa:	51 a 65 puntos

b. Para el dominio psico social:

Asintomática o muy leve:	0 a 6 puntos
Leve:	7 a 14 puntos
Moderado:	15 a 24 puntos

Severa: 25 a 30 puntos

Muy severa: 31 a 45 puntos

c.

d. Para el dominio sexual:

Asintomática o muy leve: 0 a 4 puntos

Leve: 5 a 8 puntos

Moderada: 9 a 14 puntos

Severa: 15 a 20 puntos.

e. Para el dominio familiar o social:

Asintomática o muy leve: 0 a 3 puntos

Leve: 4 a 7 puntos

Moderada: 8 a 12 puntos

Severa: 13 a 15 puntos

Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas estadísticas como media, histogramas y percentiles ya diseñados para este fin.

Para un análisis comparativo de los grupos de mujeres en etapa de menopausia y la que no lo está se utilizó la tabla 2x2 y de esta manera comparar el grado de asociación con las variables independientes, para dicho procedimiento se utilizaron medidas de chi cuadrado con índice de seguridad de 0,05, intervalo de confianza del 95% y el OR o razón de productos cruzados, la tabla 2x2 se utilizó de la siguiente manera:

Variables	Menopausia	Premenopausia	Total
Presente	A	B	$N_1 (a + b)$
Ausente	C	D	$N_0 (c + d)$
Total	$M_1 (a + c)$	$M_0 (b + d)$	T

Los resultados se representarán en tablas o gráficos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1:

Características sociodemográficas

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Edad	Cuantitativa continua	Años de vida al momento de la encuesta	45 a 49 50 a 54 55 a 60 años	Porcentaje de enfermería según edad
Estado civil	Cualitativa Nominal	Forma de estar ante la sociedad y de unión con su pareja.	Soltera Casada Unión libre	Porcentaje de enfermería según estado civil.
Nivel profesional	Cualitativa Ordinal	Nivel de estudio cursado posterior a la secundaria	Auxiliar Enfermera Obstetra Otra licenciatura	Total de enfermería según nivel profesional
Área de trabajo	Cualitativa nominal	Lugar donde realiza su actividad laboral	Consulta externa Emergencia L y P UCI Salas Oficinas	Porcentaje de enfermería según área de trabajo

Características sexuales y reproductivas

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
edad del primer parto	Cuantitativa discreta	Años cumplidos al nacimiento de su primer hijo	Antes de 16 años 16 a 19 años 20 o más	Porcentaje de enfermería por edad de su primer parto
Número de gestas	Cuantitativa Discreta	Número de embarazos referidos previos al estudio	Ninguno Uno a dos Tres a cuatro Cinco a más	Porcentaje de enfermería según el número de embarazos
Paridad	Cuantitativa discreta	Número de partos que ha tenido la mujer previo al estudio	Ninguno o nulípara 1 a 2 partos 3 a 4 (multípara) 5 a más (multípara)	Porcentaje de enfermería según paridad
Número de abortos	Cuantitativa Nominal	Si ha tenido previo al estudio algún evento de aborto y/o cesárea	Ninguno Uno Dos Tres o más	Porcentaje de enfermería con historia de abortos
Número de cesáreas	Cuantitativa discreta	Numero cesáreas que haya sido intervenida la mujer	Ninguna Una Dos Tres o más	Porcentaje de enfermería según historia de cesáreas
MAC utilizados	Cualitativa nominal	Tipo de MAC utilizados por la mujer	Ninguno Preservativos ACO Horm Inyectables DIU Esterilización Qx	Porcentaje de enfermería según MAC utilizado
Edad de esterilización Qx	Cualitativa ordinal	Edad en años de su esterilización	Ningún año Antes de los 25 años 25 a 30 años 31 a 34 años 35 a más	Porcentaje de enfermería según edad de esterilización

Patologías ginecológica	Cualitativa nominal	Si padece o ha padecido de patología ginecológica	Si No	Porcentaje de enfermeras con patología ginecológica
Tipo de patología ginecológica	Cualitativa nominal	Tipo de patología ginecológica que haya sido diagnosticada	Ninguna Hiperplasia endometrial Miomatosis Cistocele Rectocele Otras	Porcentaje de enfermeras según tipo de patología ginecológica
Cirugías ginecológicas	Cualitativa nominal	Si ha tenido alguna cirugía ginecológica y tipo	Ninguna HTA HTV Colpoplastía Rectoplastía Otras	Porcentaje de enfermeras según tipo de enfermeras ginecológica realizada

Objetivo 2: Características relacionadas con la menopausia y premenopausia en base a sintomatología

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Menopausia	Cualitativa dicotómica	Cese de la menstruación por un año o más	Si No	Porcentaje de enfermeras en etapa de menopausia
Edad de menopausia	Cuantitativa discreta	Edad en años que inició la menopausia	< 35 años 35 a 40 años 41 a 45 años 46 a 49 años 50 a 54 años 55 a más	Porcentaje de mujeres según edad de menopausia
Etapas de la Menopausia	Cualitativa nominal	Según la etapa en que se encuentra	premenopausia post menopausia	Porcentaje de enfermeras según etapa en menopausia
Tipo de menopausia	Cualitativa nominal	Clasificación en base a la forma y momento que inició los síntomas	Prematura Tardía Quirúrgica Fisiológica ninguna	Porcentaje de enfermeras según tipo de Menopausia

Menarca	Cualitativa ordinal	Edad en años de su primera menstruación	numérica	Porcentaje de encuestadas según inicio de la menarca
Historia de retraso menstrual	Cualitativa nominal	Enfermeras que presentaron 6 o más semanas de retraso de su período en los últimos 12 meses	Si No	Porcentaje de enfermeras con historia de retraso menstrual en los últimos 3 años.
Sangrado uterino anormal o hemorragias	Cualitativa nominal	Si presentaron sangrado fuera del período menstrual y/o más de 10 días de duración	Si No	Porcentaje de enfermeras con historias de sangrados anormales
Historia de legrados biopsias	Cualitativa nominal	Procedimiento realizado para extraer muestra endometrial por sangrado, engrosamiento	Si No	Porcentaje de enfermeras con historia de legrados biopsia
Historia de tratamiento hormonal	Cualitativa nominal	Si han recibido THR o para manejo de sangrados uterino anormales	Si No	Porcentaje de enfermeras con Tx hormonal

Sintomatología

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Síntomas somáticos				
Bochornos	Cualitativa dicotómica	Oleadas de calor característico de síntoma vasomotor	No Si (0 al 5)	Porcentaje de mujeres con síntomas de bochornos
Molestias musculares o articulares	Cualitativa nominal	Sensación de parestesias o dolor en músculos de miembros u otras partes del cuerpo o articulaciones	No Si (0 al 5)	Porcentaje de enfermeras con adormecimiento de alguna o dolor muscular o articular
Trastornos en el sueño	Cualitativa nominal	Problemas de insomnio o duerme poco	No Si (0 al 5)	Porcentaje de enfermeras con problemas del sueño

Síntomas psicológicos				
Cansancio o fatiga	Cualitativa nominal y ordinal	Sensación de cansancio más allá de lo normal	No Si (0 al 5)	Porcentaje de enfermeras con cansancio
Irritabilidad mal humor	Cualitativa nominal y ordinal	Si se enoja o pierde la paciencia con más frecuencia	No Si (0 al 5)	Porcentaje de enfermeras con irritabilidad o mal humor
Llanto fácil	Cualitativa nominal y ordinal	Que rompe en llanto si una razón o lo haces con mayor frecuencia	No Si (0 al 5)	Porcentaje de enfermeras con llanto fácil
Ansiedad, miedo, angustia, pánico, Nerviosismo	Cualitativa nominal y ordinal	Crisis considerado como trastorno psicológico con síntomas de magnitud exagerada	No Si (0 a 5)	Porcentaje de enfermeras que refirieron ansiedad, miedo, etc
Depresión o tristeza, decaimiento, sin deseo de salir o deseo de estar sola	Cualitativa nominal y ordinal	Estado de ánimo de aspecto psicológico de magnitud variada	No Si (0 al 5)	Porcentaje de enfermeras según estado de depresión
Cansancio Físico	Cualitativa nominal y ordinal	Debilidad o pérdida de energía que le impide realizar actividades que hacía antes o a diario	No Si (0 a 5)	Porcentaje de enfermeras que refirieron cansancio
Falta de memoria o concentración	Cualitativa nominal	Sensación que algo se le olvida transitorio	No Si (0 a 5)	Porcentaje de enfermería con falta de memoria o de concentración
Síntomas físicos				
Cefalea	Cualitativa nominal	Dolor en estructuras como cráneo, vascular, muscular de causa psicósomática u orgánica	No Si (0 a 5)	Porcentaje de enfermeras según valor referido en base a la escala de valores
Mareos	Cualitativa nominal	Sensación que todo le da vuelta	No Si (0 a 5)	Porcentaje de enfermeras según valor referido en base a la escala de valores

Aumento de peso	Cualitativa nominal	Incremento de la masa corporal en los últimos 2 años referido por la encuestada	No Si (0 a 5)	Porcentaje de enfermeras según valor referido en base a la escala de valores
Resequedad de la piel o manchas en la cara	Cualitativa nominal	Disminución de la elasticidad o arrugas en la piel o color más oscura	No Si (0 a 5)	Porcentaje de enfermeras según valor referido en base a la escala de valores
Retención de líquido o inflamación en los pies	Cualitativa nominal	Inflamación o edema en pies, manos, cara	Si (0 a 5) No	Porcentaje de enfermeras según valor referido en base a la escala de valores
Síntomas urogenitales				
Resequedad vaginal, ardor o dolor con las relaciones	Cualitativa nominal	Síntomas relacionados con la atrofia vaginal por deficiencia de estrógeno	Si (0 a 5) no	Porcentaje de enfermeras según valor referido en base a la escala de valores
Frecuencia, urgencia urinaria	Cualitativa nominal	Síntomas urinarios por deficiencia de estrógeno expresado en mayor frecuencia de ir a orinar a orinar y no aguantarse llegar al baño	Si (0 a 5) No	Porcentaje de enfermeras según valor referido en base a la escala de valores
Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)	Cualitativa nominal	Salida involuntaria de orina al realizar fuerza como toser o estornudar	Si (0 a 5) No	Porcentaje de enfermeras según valor referido en base a la escala de valores

Objetivo 4: Factores de riesgo asociados a la menopausia

Diabetes	Cualitativa nominal	Hiperglicemia diagnosticada varios años atrás	Si No	Porcentaje de enfermeras con diabetes
HTA	Cualitativa nominal	Incremento de la presión arterial a 140/90 o más	Si No	Porcentaje de enfermeras con HTA

Dislipidemia	Cualitativa nominal	Incremento de los niveles de TGL o colesterol	Si No	Porcentaje de enfermeras con incremento de lípidos
Obesidad	Cualitativa nominal	IMC mayor de 29	Si No	Porcentaje de enfermeras con obesidad
Anemia	Cualitativa nominal	Hg <10 gr Hto <30	Si No	Porcentaje de enfermeras que presentaron anemia
Patologías ginecológicas	Cualitativa nominal	Si hay historia de enfermedades como miomatosis, quistes hiperplasia, lesiones de cérvix, otras	Si No	Porcentaje de enfermeras con patología ginecológica
Diabetes	Cualitativa nominal	Hiperglicemia diagnosticada varios años atrás	Si No	Porcentaje de enfermeras con diabetes
HTA	Cualitativa nominal	Incremento de la presión arterial a 140/90 o más	Si No	Porcentaje de enfermeras con HTA

Objetivo 4: Calidad de vida

Dominio menopausia y salud	Cuantitativa discreta	Síntomas relacionados con la salud en los que se incluyeron síntomas vasomotores, somáticos y no somáticos que pueden afectar la calidad de vida de la mujer	0 a 6: sin síntomas o muy leves 7 a 15: leve 16 a 35: moderado 36 a 50: severa 51 a 65: muy severa	Magnitud o grado de afectación de la calidad de vida en relación a la salud de las encuestadas
Dominio psico social	Cuantitativa discreta	Síntomas relacionados con la afectación de la memoria, concentración y síntomas depresivos que pueden afectar la calidad de vida	0 a 6: asintomática o muy leve 7 a 14: leve 15 a 24: moderado 25 a 34: severa 35 a 45: muy severa	Magnitud o grado de afectación de la calidad de vida en relación al dominio psico social de las encuestadas
Dominio sexual	Cuantitativa discreta	Síntomas relacionados con la actividad o vida sexual que pueden	0 a 4: asintomática o muy leve 5 a 8: leve 9 a 14: moderado	Magnitud o grado de afectación de la calidad de vida en relación a la vida

		afectar la calidad de vida de la mujer	15 a 20: severa	sexual.
Dominio familiar	Cuantitativa discreta	Síntomas relacionados con la relación familiar o social que puede afectar la calidad de vida de la mujer	0 a 3: asintomática o muy leve 4 a 7: leve 8 a 12: moderado 13 a 15: severa	Magnitud o grado de afectación de la calidad de vida en relación a la salud de las encuestadas

ANÁLISIS Y RESULTADOS

En el estudio se analizaron un total de 48 encuestas que equivale a las 48 enfermeras incluidas en la muestra y encuestadas. La edad promedio que tenían al momento de la encuesta fue 50 años, con una moda de 45 años, la edad mínima de las mujeres del estudio fue 44 y la edad máxima de 65 años. Al distribuir las mujeres por grupo etario, el grupo que presentó mayor frecuencia fueron las del rango de 45 a 49 años (52%), las que se encontraban en el rango de 50 a 54 años se presentaron con una frecuencia del 11% y las mayores de 55 en el 37% del total de encuestadas. Por lo que se puede decir que en el estudio que un poco más de la mitad del personal de enfermería encuestado tenían menos de 50 (52%) años y la otra mitad (48%) tenían más de 50 años.

Entre las características sociodemográficas, la mayoría refirieron ser solteras (37%), el 32% refirieron estar casadas y el 24% en unión libre, el 8% refirieron ser viudas, lo que solo la mitad de las mujeres tenían o convivían con una pareja. En cuanto a la profesión el 30% eran auxiliares de enfermería, el 15% eran enfermeras, 9% licenciadas y el resto trabajan como técnicas en anestesia o quirúrgicas.

El grupo de estudio se conformó por personal de enfermería en etapas premenopáusica (48%) y con menopausia establecida (52%). La edad promedio en las mujeres del primer grupo fue 46 años y en la del segundo grupo fue 54 años, en este grupo el inicio de la menopausia tuvo una edad promedio de 46 años y una mediana de 47 años, edad que coincidió con el estudio realizado en la Habana Cuba⁵⁰, la edad de inicio que más refirieron fue 50 años por lo que al comparar la edad de inicio con lo reportado en la bibliografía consultada, se observa que están en la edad que refieren las estadísticas tanto nacionales como de otros países latinos.^{5, 28} La red de Investigaciones sobre el Climaterio (REDLINC), reportan una edad de inicio que estuvo entre 49 a 52 años. En un metaanálisis más reciente y más amplio de 36 estudios que abarcan 35 países, la edad media global fue 49 años con una considerable variación entre las regiones geográficas.⁴² Al distribuir las por grupo de edad se observó que el 40% iniciaron la menopausia antes de cumplir los 47 años y el 44% presentaron la menopausia antes de los 50 años, el 15% restante iniciaron después de los 50 años. Al relacionar la edad de la menopausia y la realización de histerectomía se observó que a todas se les realizó antes de los 49 años, aunque solo al 50% se les realizó ooforectomía bilateral o unilateral situación que tuvo beneficio para su aporte de estrógeno durante esa etapa de perimenopausia en la que todavía el ovario se

encuentra produciendo dicha hormona. Llama la atención que el 28% de las encuestadas sin histerectomía previa, refirieron inicio de la menopausia entre los 40 a 45 años lo que se podría hablar de menopausia prematura.

En relación a la historia reproductiva, el promedio de gestas en las enfermeras encuestadas fue 2.50, con una moda de dos embarazos, el promedio de partos por enfermera fue 1,30 y el de cesárea fue de una. La paridad en este grupo de enfermeras fue baja ya que el 39% no tuvo hijos, el 41% su paridad de 1 a 2, solo el 20% restante refirieron 3 a más partos. La baja paridad se ha relacionado con la menopausia prematura,⁵ si bien es cierto el 28% iniciaron menopausia a los 40 a 45 años, no se encontró asociación significativa con la baja o nula paridad en este grupo de mujeres. La mayoría de enfermeras encuestadas (76%), utilizaron métodos de anticoncepción, de ellas el 65% se habían esterilizado, previamente habían utilizado otros métodos como DIU (40%) y ACO (37%).

La edad de la primera menstruación en la mayoría de las encuestadas fue 14 años (43.5%), también fue el rango de la Mediana y la Moda, la edad promedio fue 13.35 años, edad que no tuvo diferencia con la Menarca referida en otras encuestas, (Becerra., 2003) aunque el 11% refirieron Menarca que se encontraba por arriba del promedio (16 y 17 años). Al analizar si existe relación entre la edad de la Menarca y el inicio de la Menopausia natural no se encontró asociación, la menarca a los 14 años fue la más frecuente independiente de la edad de la Menopausia. La edad de la menarca se ha referido como un factor asociado al inicio de la menopausia al igual ue en otros estudios, no se logró demostrar dicha asociación.^{5, 15}

El estado nutricional en base al índice de masa corporal, la mayoría de enfermeras (54%) estaban en el rango de obesidad, porcentaje que fue ligeramente mayor en las que estaban en la etapa de menopausia (55% y 53%) diferencia que no fue significativa. Estudios realizados han referido que la etiología del aumento de peso durante la menopausia no está totalmente aclarada. La obesidad en ambos grupos demuestra que no está asociada totalmente a la menopausia sino que existen otros factores como el sedentarismo o malos hábitos alimenticios como lo demuestra el estudio multicéntrico realizado en Italia donde afirman que la obesidad en la mujer después de los 40 años supera la del hombre. Esto se asocia, en general, a una *reducción progresiva de la actividad física* con el consiguiente balance energético positivo si se mantiene la ingesta.^{4, 27} La prevalencia de obesidad en mujeres con menopausia temprana reportada en otros países es del 47%, en este grupo de estudio fue aún mayor (52%), cifra que reflejan la magnitud del problema considerada como un factor de riesgo para

eventos cardiovasculares que pueden presentarse en esta etapa en la mujer los que puede igualarse a las del varón .9, 27

Las manifestaciones relacionadas con la menstruación en el grupo de enfermeras que se encontraban en la etapa de transición período que inicia con el inicio de los trastornos menstruales a consecuencia de los cambios hormonales, se caracterizaron principalmente por sangrados menstruales abundantes en el 55% de este grupo, el 33% refirieron sangrado menstrual escaso, el 48% refirieron dismenorrea y el 10% habían presentado hemorragias con realización de legrados biopsias y transfusiones en dos ellas.

En relación a los síntomas que más refirieron las encuestadas fueron cefalea (56%), bochornos (52%), insomnio (50%), síntomas somáticos como debilidad muscular (76%), dolor osteo muscular (74%), sensación de hormigueo (65%) y dolor en brazos y piernas (63%), problemas de memoria (78%), disminución del deseo sexual (63%), síntomas de urgencia e incontinencia (69%), urinaria síntomas de depresión como tristeza (63%) y el deseo de estar sola (55%) así también otros síntomas relacionados con la salud como aumento de peso (76%), resequedad en la piel (74%) o edema de miembros inferiores ((68%).

Para un mejor análisis, los síntomas se dividieron en cuatro “dominios” como son el Menopausia y salud que incluye síntomas vasomotores y relacionados con la salud de la mujer, sexualidad, dominio psíquico y relación de pareja. En relación a los síntomas vasomotores el 52% de las encuestadas refirieron bochornos la mayoría lo refirieron de característica intensa a muy intensa (30%), el 16% del total de mujeres los refirieron de moderada intensidad, de igual manera describieron síntomas como el insomnio y la sensación de calor o sofocos (28% y 32% respectivamente). A pesar que la cefalea lo refirió con mayor frecuencia esta fue de moderada intensidad en la mayoría de mujeres que la refirieron.

En la mayoría de la literatura consultada los bochornos son más frecuentes e intensos en la etapa de la premenopausia (45 a 50 años) los que va disminuyendo su prevalencia conforme se incrementa la edad, según la bibliografía consultada los sofocos o bochornos se presentan en el 50 a 70% de mujeres, son autolimitadas y remitirán en los siguientes 5 años de iniciada la menopausia y solo persisten en un 30% en mujeres mayores de 60 años. 7,8 Al comparar los síntomas vasomotores según la etapa en que se encontraban al momento de la encuesta (premenopausia y menopausia), se observó que lo que más predominó en las mujeres durante la premenopausia fueron los síntomas vasomotores siendo los bochornos los más frecuentes (57% y 42% respectivamente), igual se observó con el insomnio y la intolerancia al calor (sudores, sofocos) que también se

presentaron con una mayor frecuencia en la premenopausia aunque esta diferencia no tuvo significancia estadística. El insomnio síntoma relacionado con la frecuencia e intensidad de los bochornos y sudoraciones durante la noche, síntomas que no les permite conciliar un sueño reparador lo que afecta el estado de alerta en el día con una menor actividad mental, disminución de la productividad en el trabajo, cansancio e irritabilidad. La cefalea se presentó con mayor frecuencia en la etapa de menopausia (68% y 42% respectivamente) encontrando una diferencia estadísticamente significativa (OR: 2.15; p:0.05. IC: 1.04-11-30). En el estudio tipo encuesta realizado en este mismo hospital en el 2016 también se presentó con una mayor frecuencia en esta etapa, hallazgo que se observó en otras encuestas realizadas a mujeres latinas, lo que se puede decir que la cefalea es un síntoma asociado a la etapa de la menopausia síntoma que lo relacionan a la misma deficiencia hormonal y a patologías médicas asociadas en esta etapa de la vida de la mujer como diabetes, hipertensión, hiperlipidemias, problemas de depresión, entre otros.^{4, 7, 8, 30, 47}

En relación al dominio de salud en la menopausia, los síntomas somáticos se presentaron con una mayor frecuencia que los síntomas vasomotores siendo la debilidad y el dolor osteomuscular los más predominantes (76% y 74% respectivamente). El dolor y hormigueo de miembros superiores e inferiores se presentaron con menor frecuencia (65% y 63% respectivamente aunque la mayoría de las encuestadas los refirieron de forma intensa o muy intensa. En la mayoría de encuestas realizadas a mujeres latinas el dolor osteo muscular y la debilidad son síntomas de frecuencia e intensidad considerable en las diferentes etapas del climaterio y aún más en la post menopausia síntomas asociados a la deficiencia de estrógeno a nivel del tejido conectivo, músculo y al pérdida de tejido óseo. En una encuesta realizada en Colombia el dolor osteo muscular fue referido en el 70% de las encuestadas, en la encuesta realizada por doctora Roque en este hospital la frecuencia fue de 64% en mujeres en la postmenopausia.⁴⁷ En la encuesta la debilidad y dolor osteo muscular así también el dolor en brazos y piernas se presentaron con mayor frecuencia en mujeres con menopausia establecida. (68%, 76% y 80% respectivamente)

Los síntomas de mayor frecuencia en el dominio psíco social o psicológico fueron los relacionados con el mal humor y alteraciones en la memoria, (61% y 78% respectivamente), la mayoría lo refirieron de mucha frecuencia en el día, síntomas que está relacionados con problemas de insomnio que repercuten con las actividades del día tanto en el trabajo como en el hogar.^{6, 17.} Síntomas relacionados con falta de memoria o concentración, ansiedad o nerviosismo, mal humor fueron más frecuentes en las enfermera con menopausia establecida. En el

estudio del SWAN Study of Women's Health Across the Nation, reportaron que mujeres peri y postmenopáusicas tienen síntomas de olvidos en 41% vs 31% de premenopáusicas. . Otros estudios como el de Seattle Midlife Women's Health Study (NAMS, 2004) reportan que el 62% de las mujeres tienen cambios en su memoria, lo que podría considerarse como una indicación para terapia sustitutiva hormonal. ^{6,17, 23}

Mucho se ha investigado sobre la menopausia y los síntomas asociados a depresión, numerosos estudios han puesto en evidencia que los estrógenos son esenciales para el funcionamiento óptimo del cerebro de la mujer, apareciendo los síntomas depresivos en la etapa de la perimenopausia.^{6, 11} La tristeza y el deseo de soledad fueron los síntomas más frecuentes en esta encuesta (63% y 54% respectivamente), los que fueron de intensos a muy intensos. El resto de los síntomas referidos se presentaron con menor frecuencia, en otras encuestas realizadas en diferentes países, la tristeza y llanto fácil han sido síntomas de depresión frecuentes, los que se incrementan en la etapa cercana a la menopausia en este estudio la diferencia no fue significativa en ambos grupos.

En relación al dominio sexual el principal síntoma que refirió el grupo de enfermeras encuestadas fue la disminución del deseo sexual (63%), la resequedad vaginal y el "evadir" las relaciones sexuales se presentaron el mismo porcentaje (48%) ya que una es consecuencia de la otra, el dolor con las relaciones sexuales fue referido en un menor número de mujeres (28%), tanto la disminución del deseo sexual como la evasión de la actividad sexual fue referida en mayor frecuencia por mujeres ya con menopausia establecida con una diferencia significativa con las que no han llegado a esa etapa. A diferencia de la resequedad vaginal que se presentó en un mismo porcentaje en ambos grupos, síntoma considerado como un parámetro medible de deficiencia de estrógeno y que comienza desde la etapa premenopausica por lo que mujeres ya después de los 40 años ya refieren dicha molestia lo que les causa dolor o incomodidad durante las relaciones sexuales, síntoma que más común en la premenopausia dado que la actividad sexual es mayor en esta etapa.^{2, 24,35}

Entre otros síntomas comunes que están relacionados con la salud de la mujer en la etapa de menopausia o su transición y que más refirieron las encuestadas, fueron problemas como el incremento de peso que fue referido por el 76% de las encuestadas, las dos terceras partes de las mujeres refirieron que se le recargan los pies y que presentan resequedad o manchas en la piel, el 69% refirieron urgencia o incontinencia urinaria, la intensidad referida fue de severa a muy severa. Todos son síntomas que se relacionan con el desequilibrio que se

produce en el funcionamiento de diferentes órganos debido a la falta de estrógeno y que hablan de un envejecimiento hormonal.^{5,9,17}

En relación a patologías o factores de riesgo que refirieron las encuestadas, fueron principalmente la hipertensión arterial (50%), la hiperlipidemia (22%), la diabetes (20%) y la enfermedades tiroideas (16%). La obesidad fue el factor de riesgo más frecuente ya que se presentó en el 54% de encuestadas y el sobrepeso que fue del 27%. El mayor número de diabetes e hipertensas estaban en obesidad (67% y 63% respectivamente), lo mismo se observó con las que refirieron hiperlipidemias (70%) lo que a su vez la mayoría de ellas se encontraban en la menopausia. El 67% de enfermeras con diabetes y el 61% de hipertensas crónicas también se encontraron en etapa de menopausia. En resumen todas ellas se encuentran con un alto riesgo de presentar algún evento o enfermedad cardiovascular. Al preguntarles si realizaban alguna actividad, el 60% refirieron caminar o bailar. Solo el 6% de enfermeras ha recibido terapia hormonal de reemplazo (THR). Un metaanálisis publicado por la revista JAMA cardiology donde incluyeron 300 mil mujeres reportan en sus hallazgos que mujeres con menopausia a los 45 años o menos tiene 50% mayor riesgo de eventos cardiovasculares graves por lo que mujeres durante la etapa de menopausia deben tomar medidas preventivas como no fumar. Llevar una dieta sana, ejercicios físicos de forma regular controlar cifras de glucemia, presión arterial y colesterol al igual que mantener un peso adecuado a su talla. Muchos estudios han demostrado ue la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en mueres mayores de 50 años ya que este riesgo se iguala a la del hombre a partir de esa edad y que está relacionado con la deficiencia de estrógeno.^{19,32}

Al hablar de menopausia y su etapa de transición se debe de tomar en cuenta que muchas mujeres durante esta etapa se enfrentan a una serie de síntomas que repercuten en mayor o menor intensidad en su estado de salud y por tanto calidad de vida en los diferentes dominios que han sido investigados y revalidados por numerosas escalas. ^{9, 18,31, 43, 50} en esta encuesta se analizó la calidad de vida en base a la Escala de Cervantes validada para mujeres latinas utilizando los cuatro dominios considerados en esta escala (menopausia y salud, psico social, sexual y familiar o de pareja). En relación al dominio salud y los síntomas vasomotores, se encontró una calidad de vida dentro de la escala 9, valor incluido en el rango de moderado (9 a 14). Los síntomas somáticos se presentaron con un valor de 12, valor que también se encontró en el rango moderado (9 a 14) y otros síntomas no somáticos relacionados con la salud se calcularon en un valor de 14 cifra que se encontró en el rango moderado (rango de 11 a 15). En relación a menopausia y salud el personal de enfermería su calidad de vida se encontró afectado con una

intensidad moderada. Al valorar el dominio psicosocial en el grupo encuestado se observó que se encontraba afectada de forma moderada con un valor de 20 (rango 16 a 24 (valor máximo 45), En el dominio sexual su calidad de vida se vio afectada de forma moderada presentando un valor de 9 (rango moderado 9 a 14), en el dominio social y familiar este fue el menos afectado ya que el valor de 5 se encontró en el rango levemente afectado (5 a 9).

CONCLUSIONES

1. La edad de inicio de la menopausia en el grupo de enfermeras en el rango de 47 a 50, fue casi similar al rango considerado como menopausia prematura (antes de los 46 años), siendo la mayoría de causa natural y un porcentaje menor de causa quirúrgica. Si bien es cierto la mayoría de enfermeras encuestadas presentaron una nula o baja paridad no se logró demostrar su asociación con la edad de inicio de la menopausia.
2. Los síntomas somáticos como el dolor y debilidad muscular al igual que síntomas no somáticos como el incremento de peso, cambios en la piel, urgencia e incontinencia urinaria fueron referidos en mayor frecuencia que los síntomas vasomotores, los que se presentaron de forma severa a muy severa, síntomas que predominaron en la menopausia establecida aunque no de forma significativa.
3. Los síntomas relacionados con el dominio psico social tales como déficit de memoria, falta de concentración y síntomas de depresión se presentaron con una frecuencia considerable y con gran severidad en la mayoría de mujeres tanto en la etapa de transición como en la menopausia..
4. Los síntomas vasomotores se presentaron con una mayor frecuencia en mujeres en etapa de transición a diferencia de síntomas relacionados con la vida sexual que predominaron en mujeres con menopausia establecida.
5. La obesidad, hipertensión e hiperlipidemia fueron factores considerados de riesgo que se presentaron en un porcentaje considerable de enfermeras independiente de la etapa en que se encontraban al momento de la encuesta.
6. La calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de enfermeras encuestadas entre los 44 a 65 años se vio afectada de forma moderada en todos los dominios estudiados a excepción del dominio social y familiar que se afectó de forma menor o leve.

RECOMENDACIONES

Al grupo de dirección en conjunto con jefe de calidad, nutrición y enfermería:

1. Implementar estrategias de prevención y de intervención las que deben ser de carácter urgente que sirvan para modificar los hábitos de vida del personal de enfermería a unos más saludables principalmente las mayores de 40 años o las que presentan factores de riesgo.
2. Formar un club de enfermeras con la finalidad de educar e informar sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y que a la vez sirva para incentivar y estimular los avances logrados en pro de mejorar la calidad de vida relacionado con la salud.
3. Apoyar al personal de enfermería que se encuentra en la etapa de menopausia y climaterio que se encuentra en riesgo con beneficios de carácter interno tales como una dieta balanceada, atención nutricional, entre otros lo que ayudará a reducir su riesgo cardiovascular

Al Ministerio de Salud:

4. Garantizar atención de calidad al igual que facilidades para obtener la terapia de reemplazo hormonal en caso que lo amerite.
5. Implementar gimnasios en los que el personal de salud pueda realizar actividad física de forma gratuita lo que ayudará a reducir el riesgo cardiovascular en mujeres en etapa de la menopausia o en transición y por tanto a mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. (IEI), I. d. (2008). *Efectividad y uso adecuado de las intervenciones en el manejo de los problemas que aparecen en el climaterio*. Sevilla, España: AETSA.
2. ALFARO, D. M. (2008). Manejo de los síntomas climatéricos basados en evidencia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54: 79-84.
3. MONTERROSA Alvaro, I. R. (2010). Manifestaciones músculo-articulares, y no las oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mujeres climatéricas del Caribe Colombiano. *Revista Científica de Salud Uninorte*, Vol:26, Nº:2.
4. AYALA, D. A. (2010). Menopausia. Salud genitourinaria. *Revista Farmacéutica*, Vol: 29(5); Pág: 60-66.
5. Becerra., A. (2003). La edad de la menopausia. En A. BECERRAS. Madrid, España: Diaz de Santos.
6. Blanca, R. (2010). *Aspectos psicologicos de la menopausia*.
7. BRANTES, S. (2014). Conceptos actuales en el diagnóstico de perimenopausia. *Rev Biomédica, MEDWAVE*.
8. CAPOTE, I., SEGREDO, A., & GÓMEZ., O. (2011). Climaterio y menopausia. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*, Vol: 27; Nº:4.
9. CARRANZA, S. (2014). Efecto del peso en las escalas para determinar la calidad de vida en la menopausia. *Rev. Méd. Ins. Mex. Seg. Social.*, 40-42.
10. Carrillo, G. (1994). Estudios sobre la menopausia. *Acta Andina. Lima, Perú*, vol: 3(1): 55-66.
11. CARVAJAL, A., FLORES, M., & MARÍN., S. (2015). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *elsevier*, Vol: 30; Nº: 1.
12. CASTRILLÓN, Consuelo R. N. (1999). La enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo. *Investigación y educación en enfermería*, Vol:17(1): 13-33.
13. Consumo, M. d. (2008). *Efectividad y uso apropiado de intervenciones en el manejo de climaterio*. España: AETSA.

14. MERCHAN, Cristian B. O. (Agosto de 2015). Alteraciones de la función sexual en mujeres en la perimenopausia que acuden a la consulta externa del hospital Enrique Garces. *Tesis Doctoral*. Quito, Ecuador: Universidad Cetrat, Facultad de Medicina.
15. DAVIS, S., REES, M., & SANTORO., N. (2015). Menopausia: Una puesta al día en profundidad. *IntraMed*, Vol:1; Pag: 1-12.
16. Dr: RODRIGUEZ, Esteban D. E. (2011). *Artrosis y climaterio: otra pesada carga en la vida de la mujer*. Obtenido de <http://www.neyro.com/2012/02/26/artrosis-y-climaterio-otra-pesada-carga-en-la-vida-de-la-mujer/>.
17. VASQUEZ Efraím, J. M. (2010). Estudio de Climaterio y Menopausia. *Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.*, 258-255.
18. CRUZ, Epifanio V. C. (2012). Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. *55*(4: Pag: 10-15).
19. Ernesto, R. (2016). Menopausia y riesgo cardiovascular. *Rev Med Chile*, 144 (1375-76).
20. ESCOBAR, L. Factores sociodemográficos y calidad de vida según la escala de puntuación menopáusica (MRS), en mujeres de 40 a 59 años que acuden al centro de salud HHuachi Cantón. *Tesis para optar a Título de Médico*. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Medicina., Ecuador.
21. AYALA Félix, M. R. (2016). Instrumentos utilizados para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud durante el climaterio. *Rev Peruana de investigación Materno Perinatal*, 5(2):55-65.
22. ESCOBAR, Franklin H. C. (2008). Trastornos del sueño relacionados con el climaterio femenino y su tratamiento. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.*, Vol:59; Nº.2.
23. GÓMEZ, A. (2010). MENOPAUSIA Salud Genito urinaria. *OF*, Vol 29. Núm:5; Pag: 60-65.
24. GÓMEZ, I., & CASTAÑO., J. C. (2006). Comportamiento de los estrógenos en la patogénesis y tratamiento de la disfunción del trato urinario inferior. *Revista de Urología*, Vol: 15; número 3 de diciembre.
25. GONZALEZ G., C. C. (1994). Estudio sobre la menopausia . *3*(1)(Pág: 55-66).
26. HARLOW, S., GASS, M., & LOBO., R. (2012). Estadíos en el envejecimiento reproductivo de la mujer (STRAW+10). *The Journals Climateric*, Vlo:97: Issue 4: Pag: 843-851.
27. I PAVÑON, C. A. (2006). Obesidad y menopausia. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, Vol:21, Nº: 6 Madrid, España.

28. INIDE, M. (2011/2012). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Managua, Nicaragua: INIDE.
29. J BUENDÍA, R. R. (2001). Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir en el para medir calidad de vida en mujeres postmenopausicas. Cuestionario MENCAV . *Rev. de Atención Primaria*, Vol: 27(2): 94-100.
30. JADRESIC, D. E. (2006). CLIMATERIO: Depresión y alteraciones del ánimo. *Revista médica psiquiátrica*, 62-64.
31. LOPERA Johan, A. P. (2016). Calidad d evida en la menopausia un reto en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol: 35(3).
32. HERNANDEZ, Jonatan M. V. (2014Vol: 79; Nº: 1-). Riesgo cardiovascular durante el climaterio y menopausia en mujeres de Santa Cruz del Norte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*.
33. MARQUEZ,Jose J. G. (2011). CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CLIMATÉRICAS QUE TRABAJAN EN UN SISTEMA SANITARIO Y EDUCATIVO. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, vol:19(6).
34. URNADETA.José MSc, M. Z. (2010). Calidad de vida en mujeres menopaúsicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev, Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol: 75(1): 17-34.
35. MARCHAN, C. Alteraciones de la función sexual en mujeres en la menopusia. *tituolo para optistaa especiales*. Hospital Enrique Garces, Quito, Ecuador.
36. ROMERO Marti, P. L. (2011). Aplicación de la escala de calificación de la menopausia y el índice de función sexual en mujeres climatéricas. Sevilla, España: FIBES.
37. MERCHA, C. *Alteracion de la función sexual en mujeres de en la menopausia*. Hospital Enrique Marces, Quito.
38. PRADO, Mónica delD. J. (2008). Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopaause Rating Scale). *Rev médica* , Vol 136; Nº 12;.
39. MONTERROSA Alvaro, R. I. (2010). Manifestaciones musculo articulares y no oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mueres climatéricas del Caribe Colombiano. *Revista Científica de Salud Uninorte*, Vol;26; Nº:2.
40. MONTERROSA, A. (2010). dolores osteomusculares y no las oleadas de calor es el síntoma mas frecuente en mujeres con la menopausia.

41. SISELES Néstor, C. P. (2008). Calidad de vida en la menopausia: construcción de un cuestionario para su evaluación en Argentina. *ACTA psiquiatría y psicología, Am Lat*, vol: 54(1): 46-54.
42. PÉREZ, J. Escala Cubana para clasificar la intensidad del síndrome climatérico. *Trabajo para optar al título de doctor en Ciencias de la Salud* . Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), La Habana, Cuba. 2007.
43. PRADO, M. d. (2008). Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 45 a 60 años con la MRT.
44. RISCO, L. (2010). Menopausia: Efectos de cambios hormonales en ánimo y cognición. *medwave: Transcripción editada y revisada de conferencia en el Congreso Chileno de Climaterio en Viña del Mar*.
45. RISCO, L. (Marzo 2010). Menopausia: Efectos de cambios hormonales en ánimo y cognición. *Medwave*, 10(3)e4407.
46. ROMERO, M. (2011). aplicación de la escala de calificación de la menopausia y el índice de función sexual en mujeres climatéricas. *FIBES*.
47. ROQUE, R. Comportamiento clínico y epidemiológico de la menopausia y su etapa de transición. *Tesis para optar al título de especialidad en Gineco Obstetricia*. Hospital Alemán, Managua Nicaragua, año 2017.
48. SALVADOR, J. (2008). Climaterio y Menopausia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 71-78.
49. SEMERGEN. (2008). *Climaterio*. Barcelona, España.: EDICOMPLET.
50. SILVA, D. J. Escala Cubana para clasificar la intensidad del síndrome climatérico. *Trabajo para optar al título de Doctor en ciencias de la Salud*. Ministerio de Salud Pública, Habana, Cuba.
51. SORDIA, L. H. (Abril de 2009). Menopausia: La severidad de sus sintomatología y depresión. *Tesis doctoral*. Barcelona, España, Nicaragua.
52. ULLOQUE, L., CARRIAZO, S. M., & MONTERROSA, A. (2013). Climaterio: Oleadas de calor y otros síntomas en indígenas colombianas. *Investigaciones Andinas*.

Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA
Esta encuesta es privada y confidencial, por eso no necesita poner su nombre. Se les pide por favor contestar todas las preguntas e ítems con la mayor sinceridad. Las encuestas serán utilizadas para una investigación científica solo serán manipuladas por el investigador y después serán destruidas. La encuesta es voluntaria y cumplirá con los principios éticos del respeto, búsqueda del bien y el secreto profesional.

Edad____ procedencia_____

Estado civil_____

Nivel de profesión: auxiliar____ Enfermera____ licenciada____ técnica____

Otra_____

Religión_____

Peso: _____

Nº de embarazos_____ partos____ abortos____ cesáreas_____

Edad de su primer parto: _____ edad del último parto_____

Edad de su primera regla_____

Edad de su menopausia si ya se encuentra_____

Métodos anticonceptivos utilizados_____

Si utilizó anticonceptivos orales cuánto tiempo?_____

Si ya está esterilizada a que edad?_____

Si aún tiene menstruación como es su sangrado? Abundante____ coágulos____

más de 10 días____ 15 días____

Poco sangrado____ menos de 3 días____ normal____ (3 a 7 días)

Con dolor____ sin dolor____ con otras molestias_____

Le baja una vez al mes____ 2 veces____ sangra todo el tiempo____

Ha tenido hemorragias al alguna vez? ____ recibió tratamiento? ____
 Cuál? _____
 Le han realizado legrado? ____ Transfusiones? _____
 Tiene algún problema ginecológico? ____ Cuál? _____
 Miomas ____ hiperplasia endometrial ____ quistes ____ pólipos ____
 Cistocele ____ rectocele ____
 Cirugías ginecológicas ____ cuales _____
 hysterectomía ____ extracción de un ovario ____ los dos ovarios ____
 Tiempo de la cirugía _____
 ha recibido o recibe hormonas? ____ cuáles? _____
 tiempo _____
 Otras enfermedades que padece:
 diabetes ____ HTA ____ hiperlipidemia o colesterol alto ____ osteoporosis ____
 Enfermedades de tiroides ____
 Tratamiento que recibe _____
 Enfermedades en la familia _____
 Fuma ____ desde cuando ____ cantidad al día _____
 Licor ____ desde cuando ____ cantidad a la semana _____
 Tiene pareja actualmente? ____ tiene vida sexual activa? ____
 Hace algún tipo de actividad física como caminar, gimnasio? ____
 Cuál? _____

Esta encuesta consta de 34 items se le suplica contestar con la verdad ya que sus respuestas serán valiosas para esta investigación. Cada ítems es un síntoma o manifestación que puede presentarse en cualquier etapa de la menopausia. Si no lo presenta o nunca lo ha sentido o manifestado la respuesta es NO.

Si usted lo ha sentido o manifestado en algún momento la respuesta es SI .Si la respuesta es afirmativa puede seleccionar cualquiera de los números que van del 0 a 6 dependiendo de la intensidad de los síntomas. Por lo tanto si lo ha presentado muy leve y sin causarle molestias o no le afecta en su vida usted va a marcar el 0, si la molestia es leve usted marca 1 y así sucesivamente hasta llegar al 6 cuando el síntoma es muy intenso que le ha afectado muy severamente en su vida.

1. La cabeza me duele

NO SI: 1 2 3 4 5 todos los días

2. Por todo me pongo nerviosa

NO SI: 1 2 3 4 5 constantemente

3. Me dan bochornos o siempre estoy con calor aún con aire:

NO SI: 1 2 3 4 5 en todo momento

4. Me incomodan los calores

NO SI: 1 2 3 4 5 constantemente

5. En las noches no duermo bien y en el día me siento cansada

NO SI: 1 2 3 4 5 constantemente

6. Siento que no me concentro en lo que hago

NO SI: 1 2 3 4 5 constantemente

7. Siento que a veces se me olvidan las cosas o lo que voy a decir

NO SI: 1 2 3 4 5 con frecuencia

8. En el día siento que me canso rápido

NO SI: 1 2 3 4 5 mucho

9. Evito las relaciones sexuales

NO SI: 1 2 3 4 5 todo el tiempo

10. He notado que mi deseo sexual ha disminuido:

NO SI: 1 2 3 4 5 mucho

11. Cuando llego a la casa quiero estar sola

NO SI: 1 2 3 4 5 todo el tiempo

12. Pierdo la paciencia rápido y por todo me enojo

NO si: 1 2 3 4 5 siempre

13. Siento que mi resistencia física ha disminuido

NO SI: 1 2 3 4 5 constantemente

14. Siento hormigueos en las manos y pies

NO SI: 1 2 3 4 5 con frecuencia

15. Me duelen los músculos y las articulaciones

NO SI: 1 2 3 4 5 a cada rato

16. Siento debilidad en el cuerpo

NO SI: 1 2 3 4 5 constantemente

17. Decir menopausia es como decir que uno está vieja

NO Si: 1 2 3 4 5

18. No soporto el ruido o la música me molesta

NO SI: 1 2 3 4 5 siempre

19. Ya no me dan ganas de salir o arreglarme

NO SI: 1 2 3 4 5 siempre

20. Tengo tiempo que no visito a mis amistades

NO SI: 1 2 3 4 5 nunca

21. Tengo tiempo que no salgo con mi esposo o mis hijos

NO SI: 1 2 3 4 5 nunca

22. Me duelen las piernas y los brazos

NO SI: 1 2 3 4 5 siempre

23. Siento que se inflama el vientre

NO SI: 1 2 3 4 5 siempre

24. Siento que se me recargan los pies

NO SI: 1 2 3 4 5 siempre

25. He aumentado de peso

NO SI: 1 2 3 4 5 mucho

26. Siento ardor cuando tengo relaciones sexuales

NO SI: 1 2 3 4 5

27. Siento reseca mi vagina

NO SI: 1 2 3 4 5

28. Cuando me dan ganas de orinar si no me apuro me orino

NO SI: 1 2 3 4 5

29. Cuando toso o me río me orino

NO SI: 1 2 3 4 5

30. No me gusta que me digan que estoy menopausica

NO SI: 1 2 3 4 5

31. A veces me siento triste por nada

NO SI: 1 2 3 4 5

32. Siento que todo me da vueltas

NO SI: 1 2 3 4 5

33. Siento que mi salud no es buena

NO SI: 1 2 3 4 5

34. La piel la tengo reseca y me salen manchas

NO SI: 1 2 3 4 5

Anexo 2: Tablas y gráficos

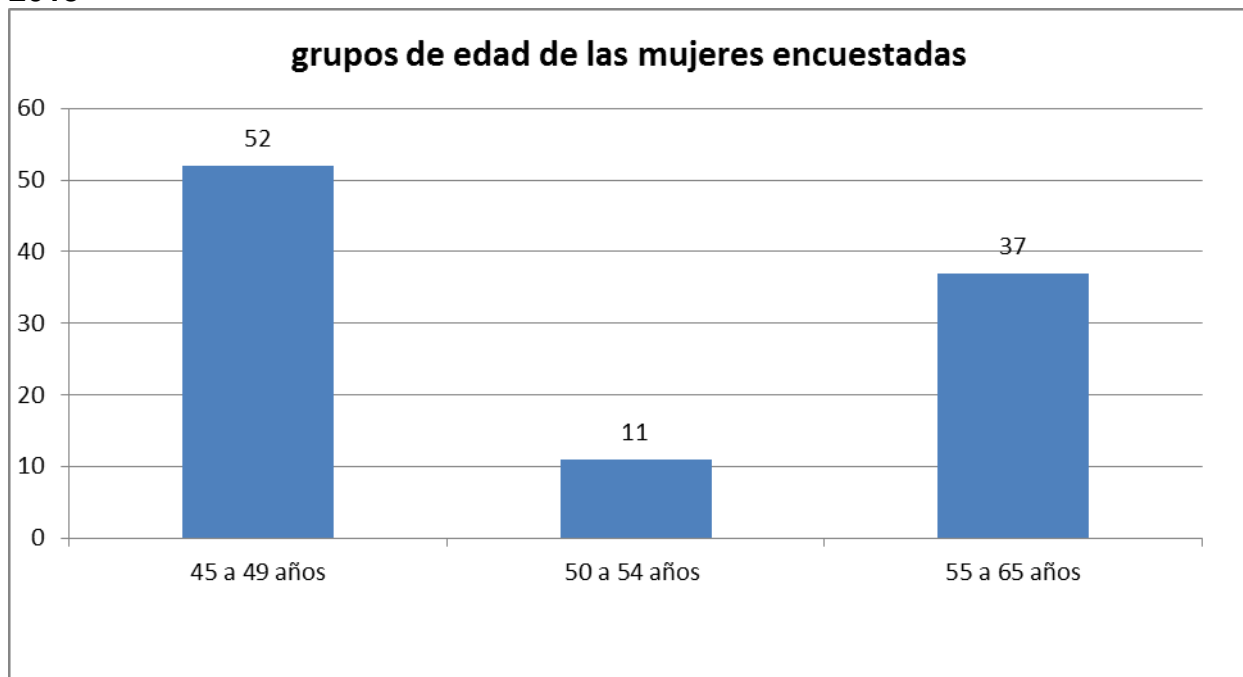
Tabla No1. Características sociodemográficas de las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018

Variable	Numero	Porcentaje
Edad		
45-49 años	25	52
50-54 años	5	11
55-65 años	18	37
Estado civil		
Casada	15	48
Unión libre	12	24
viuda	7	3
Soltera	37	18

Nivel profesional		
Auxiliares	14	30
enfermeras	15	8
licenciadas	46	22
Técnicas	9	4

Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico1. Edad de las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



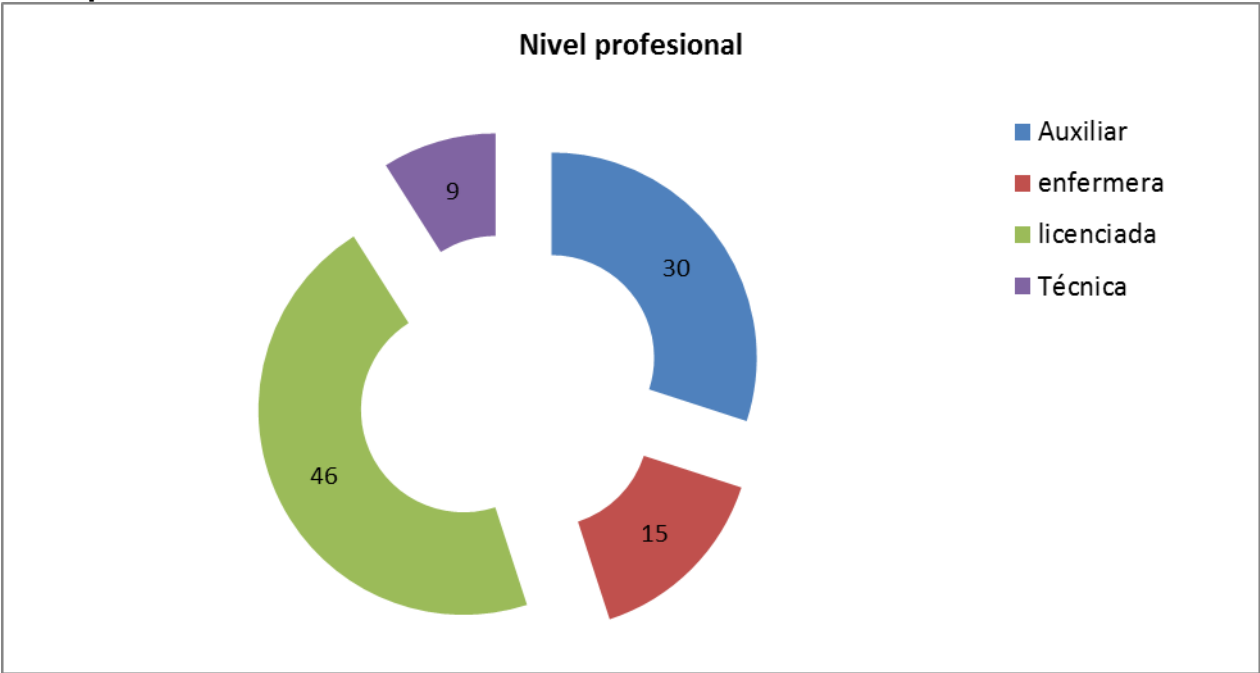
Fuente: Tabla 1

Grafico 2: Estado civil de las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



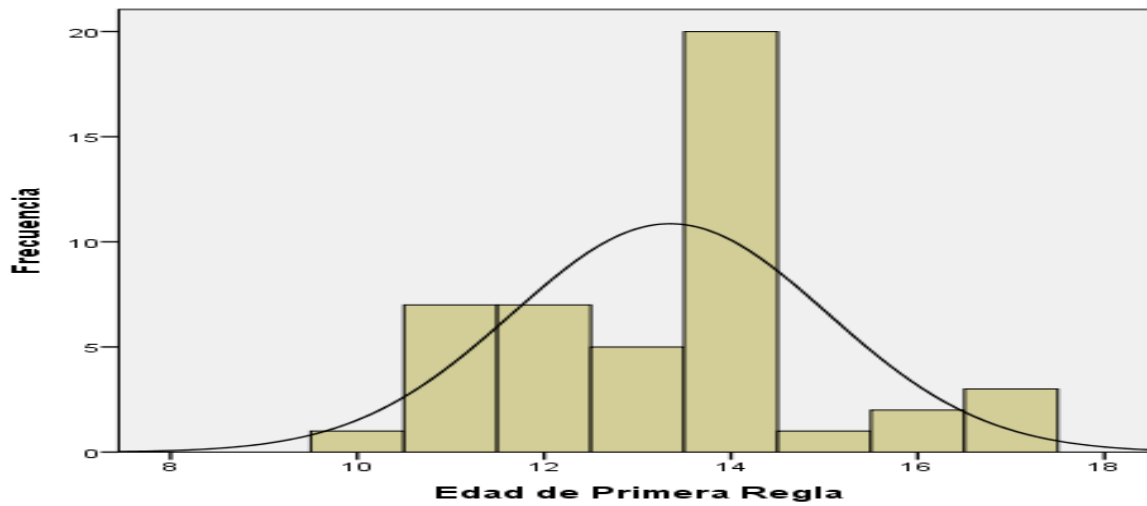
Fuente: Tabla 1

Grafico 3: Nivel profesional de las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



Fuente: Tabla 1

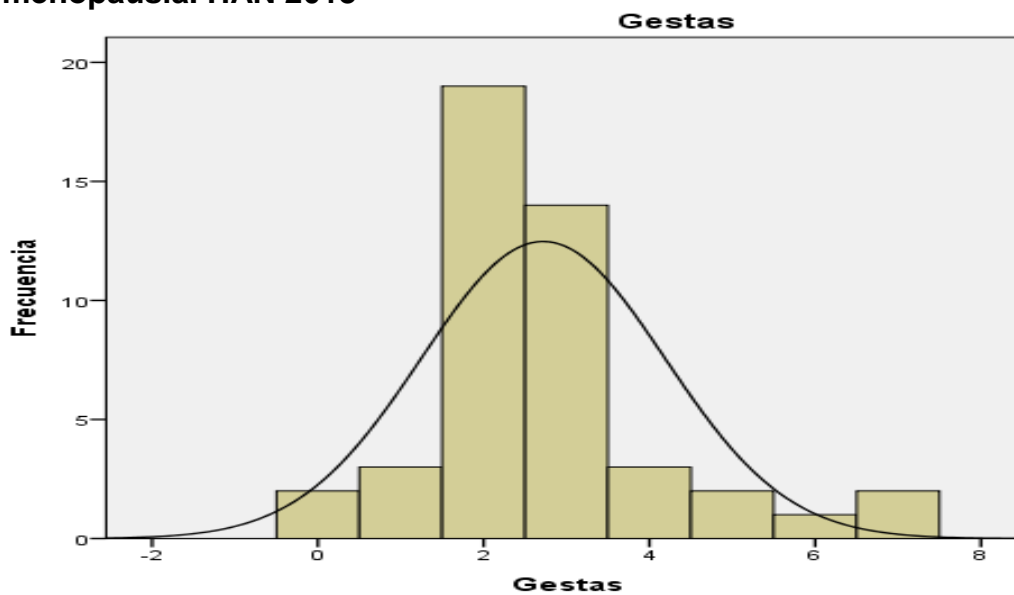
Grafico 4: Edad de la menarquia en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



Edad promedio	mediana	Moda	Mínima	Máxima
13.35	14	14	10	17

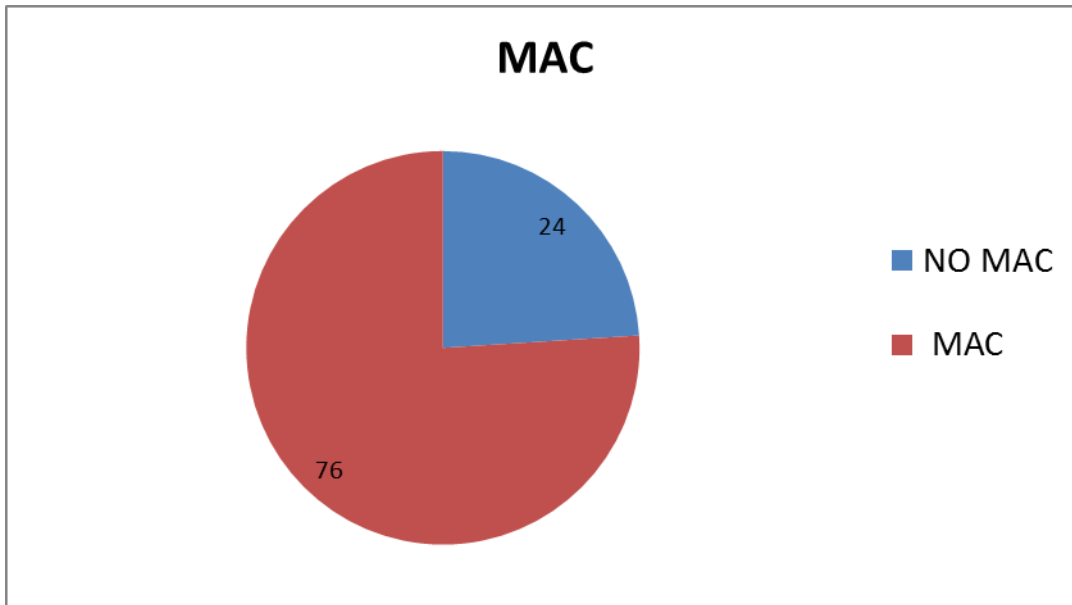
Fuente: Ficha de datos

Grafico 5: Promedio de embarazos en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



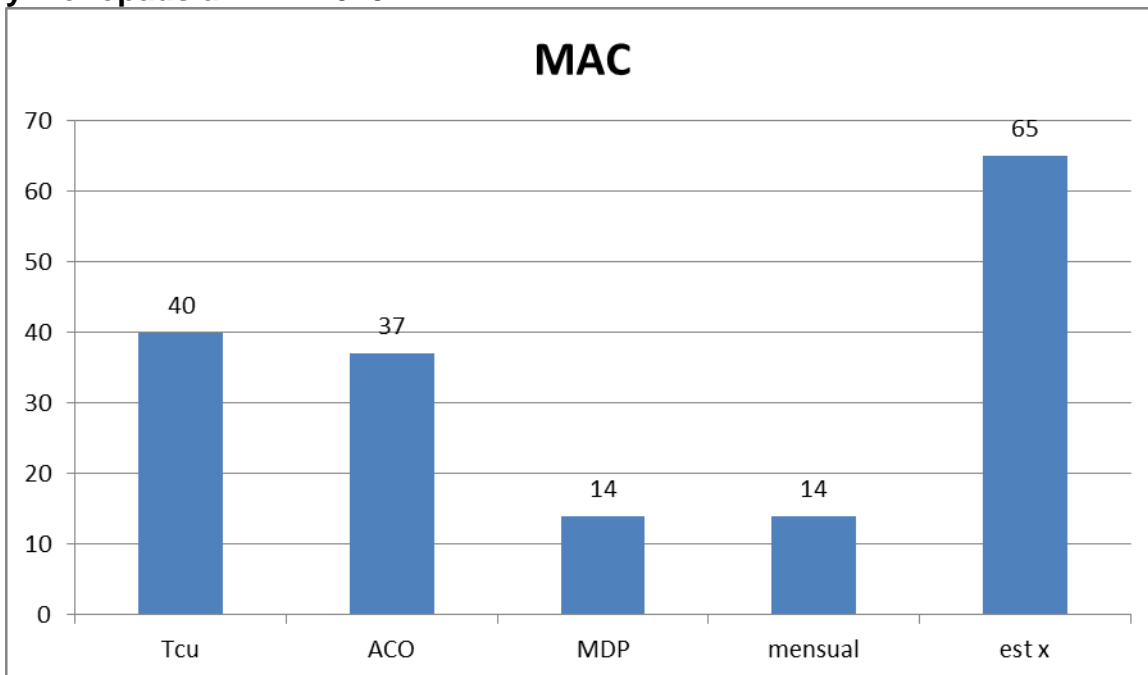
Fuente: Ficha de recoleccion de datos

Grafico 6: Uso de metodos anticonceptivos en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



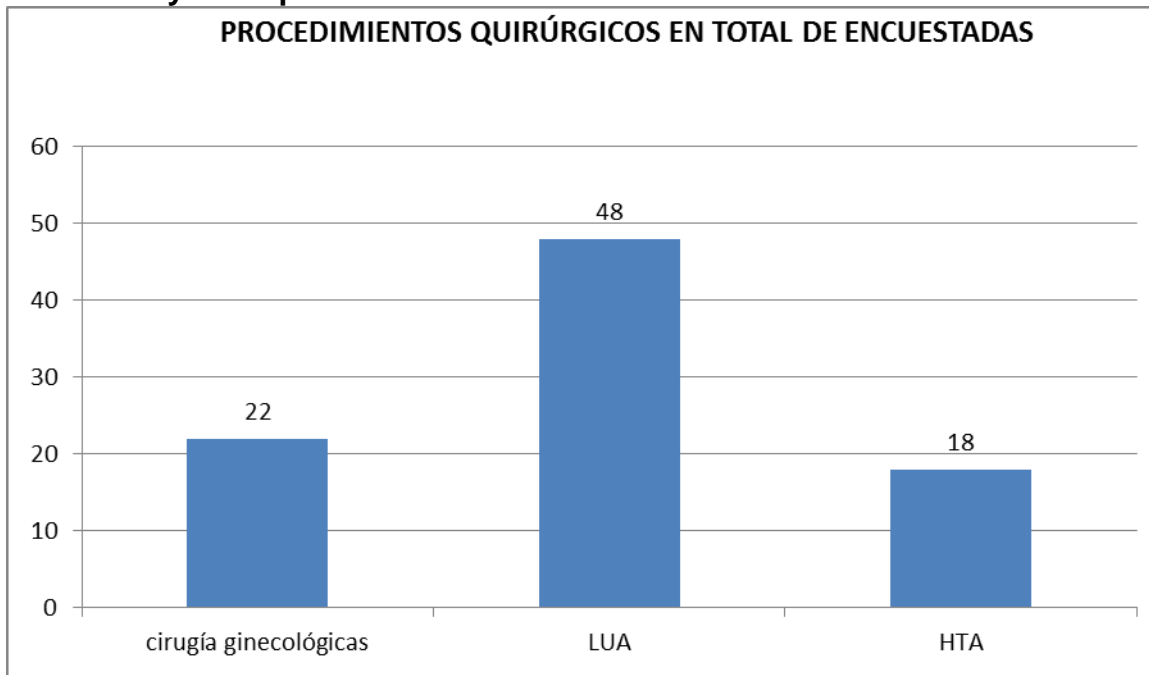
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 7: Uso de anticoncepción en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



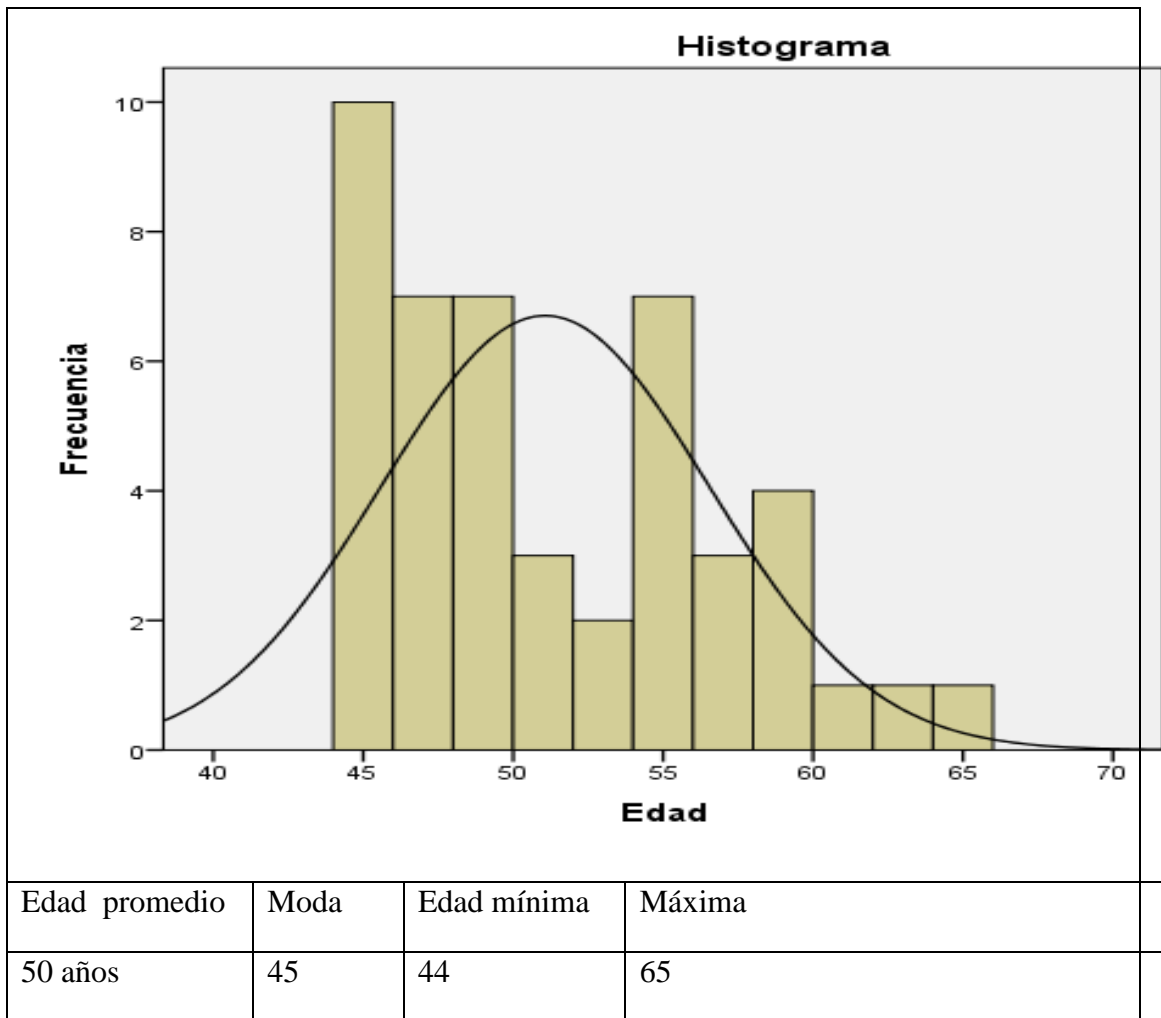
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 8: Cirugías ginecológicas realizadas en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



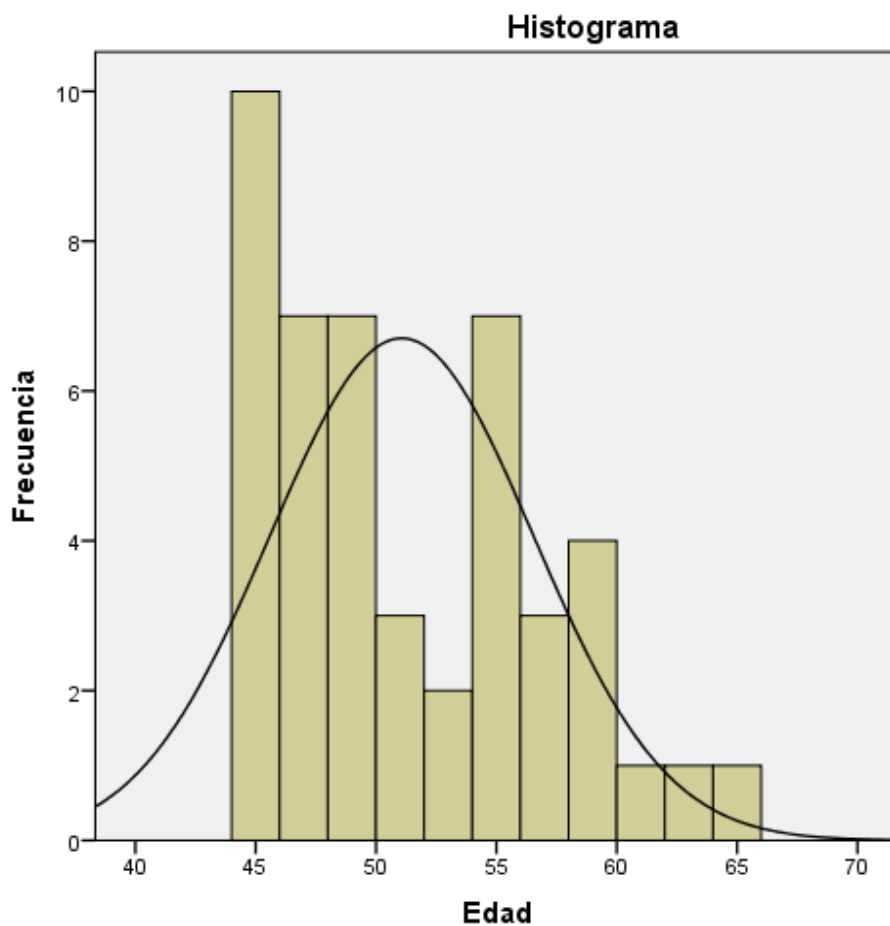
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 8 Edad de enfermeras en etapa de transición y Menopausia establecida, Edad promedio, Moda, edad mínima y máxima y rango de edad.



Fuente: Ficha de recolección de datos

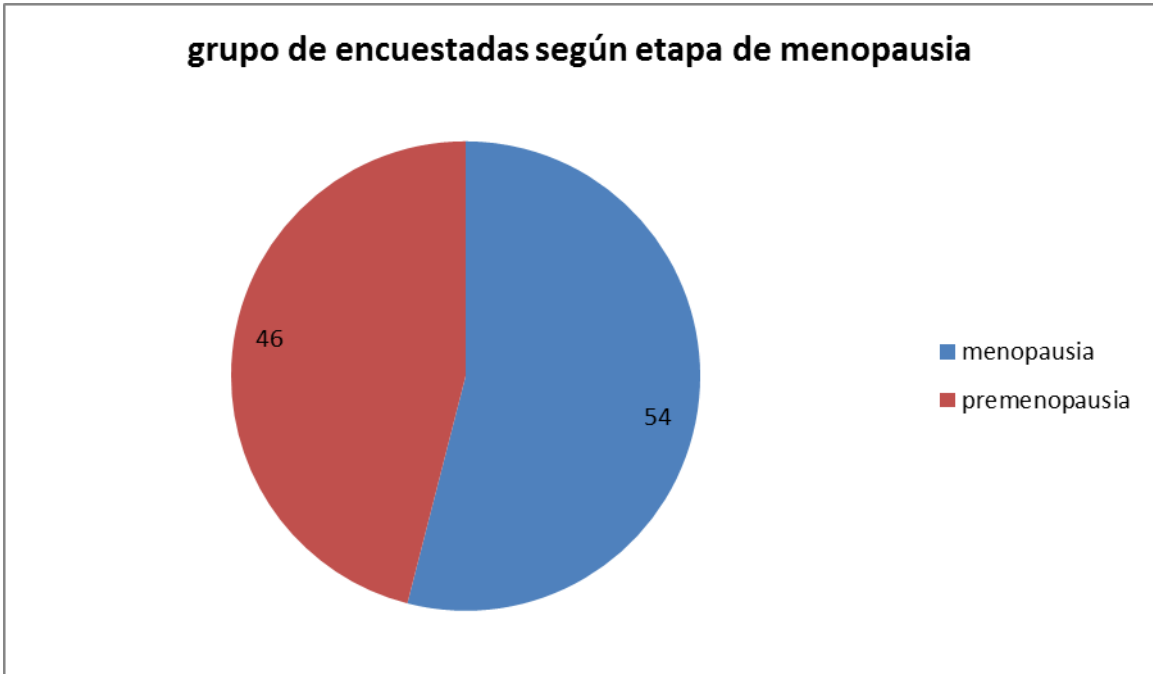
Grafico 9. Histograma de Edad de la menopausia enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



Edad promedio	Mediana	Media	Edad mínima	Edad máxima
51 años	49 años	45 años	30 años	55 años

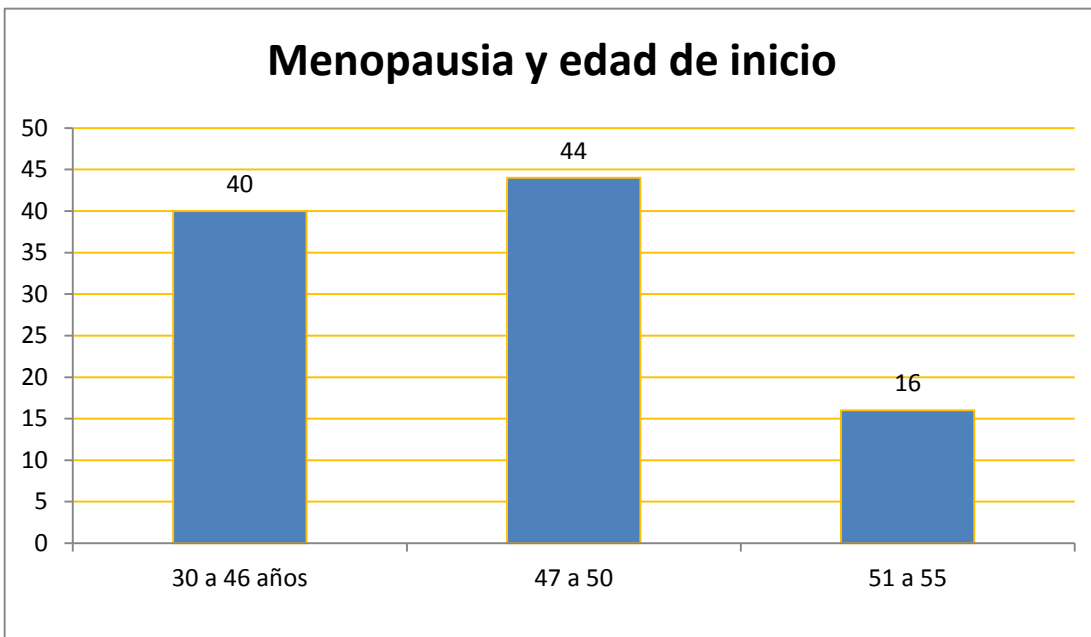
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 10. Etapas de la menopausia enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



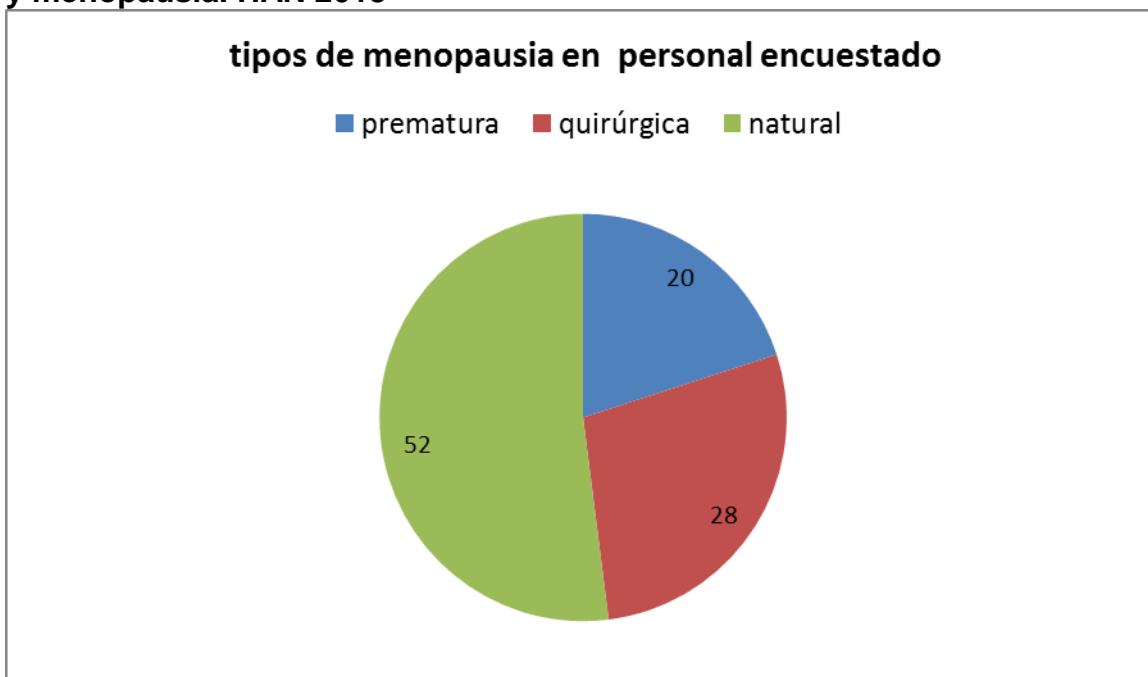
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 11. Edad de inicio de la menopausia en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



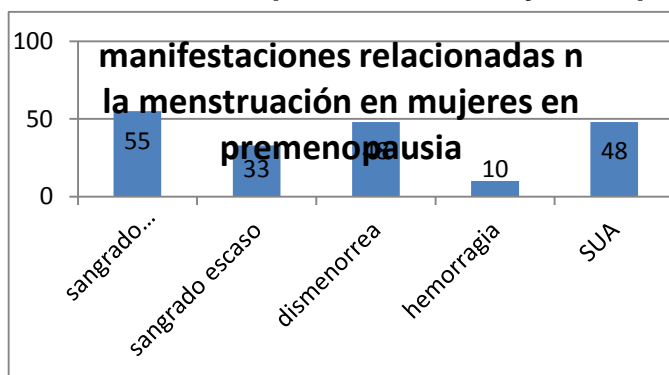
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 12. Tipos de menopausia en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



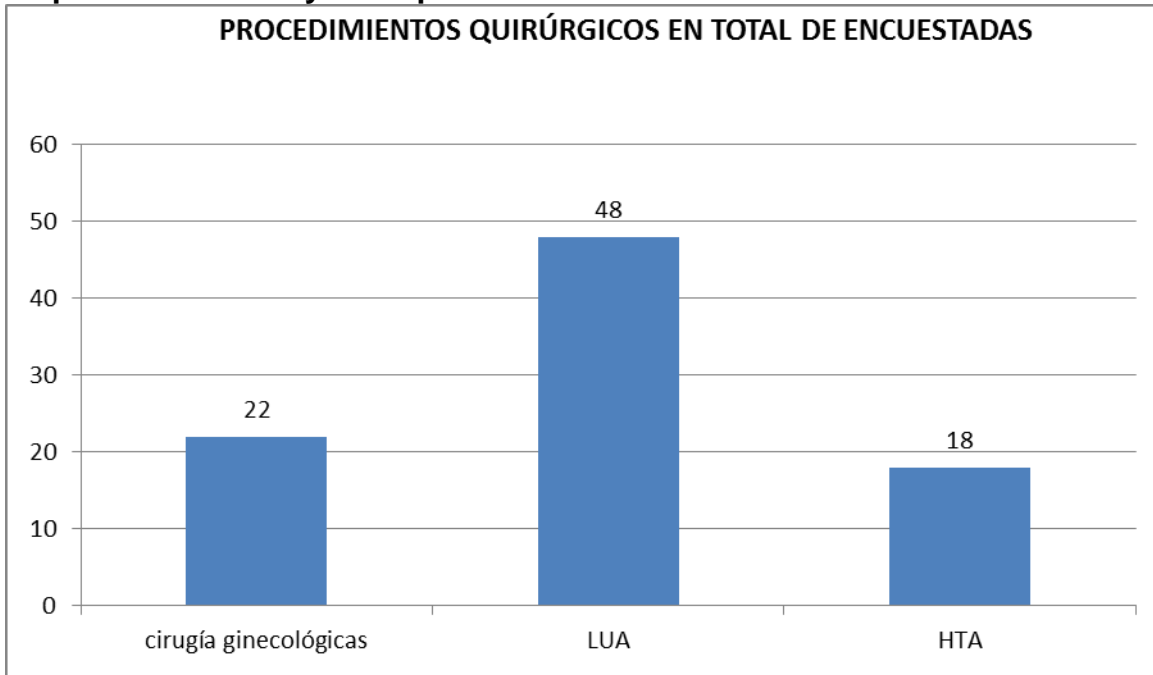
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 13. Manifestaciones relacionadas con la menstruación en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



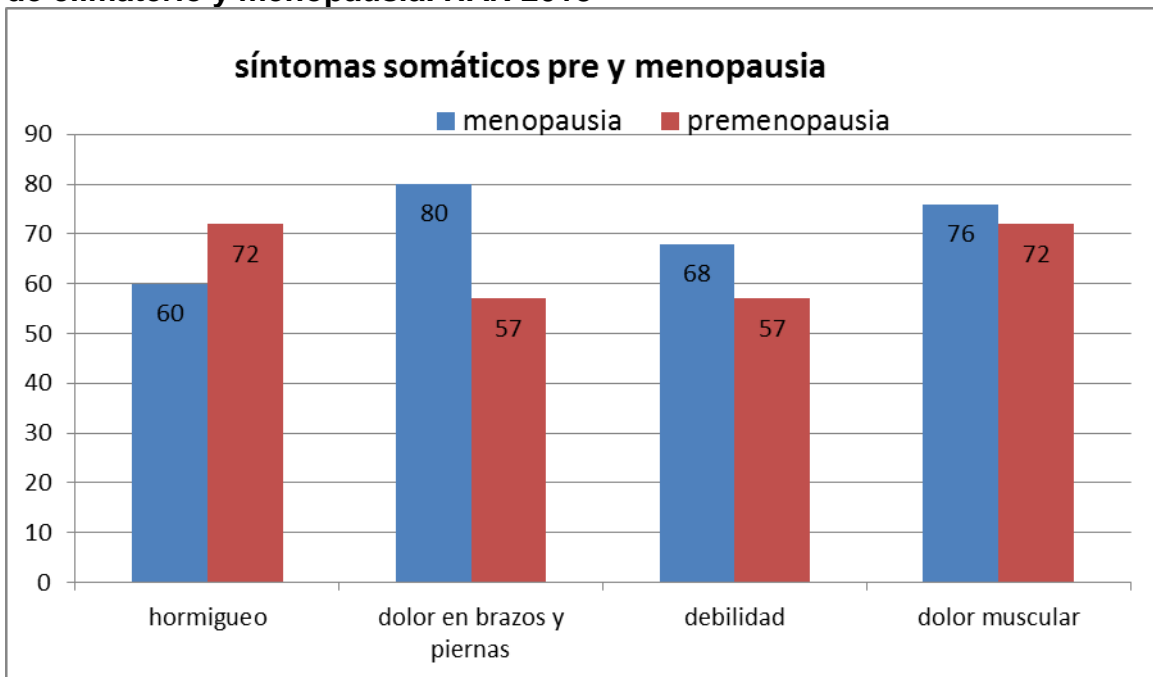
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 14. Historia de procedimientos quirúrgicos en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



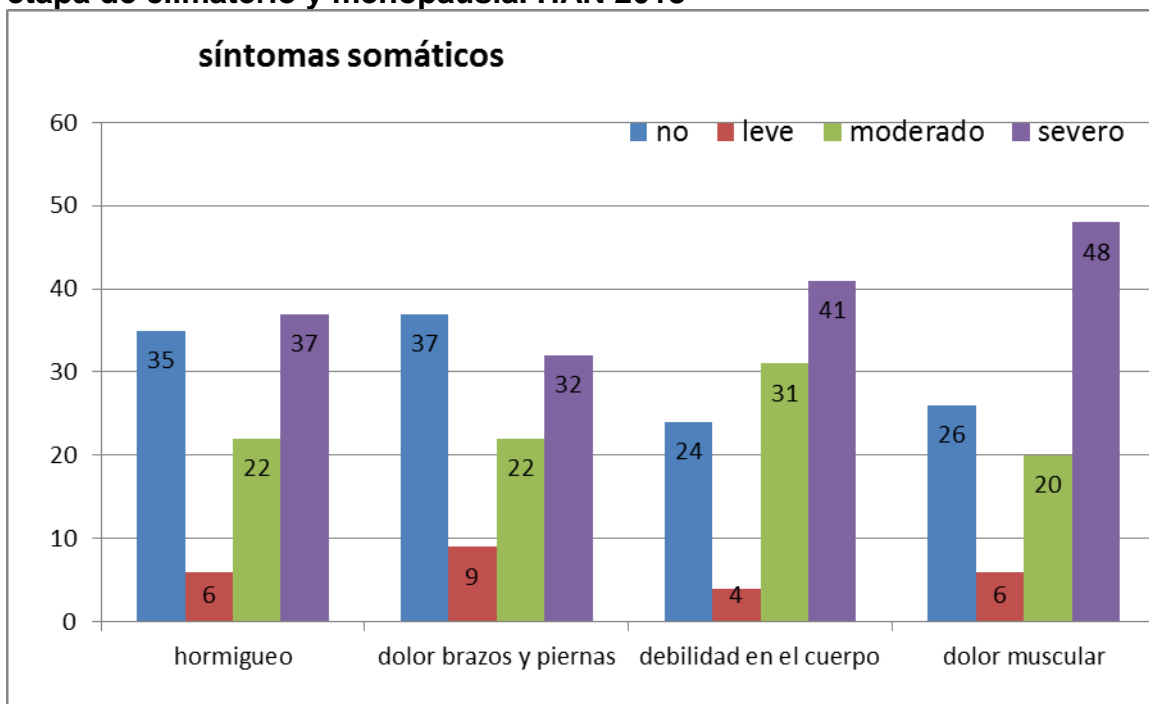
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 15. Síntomas somáticos según etapa en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



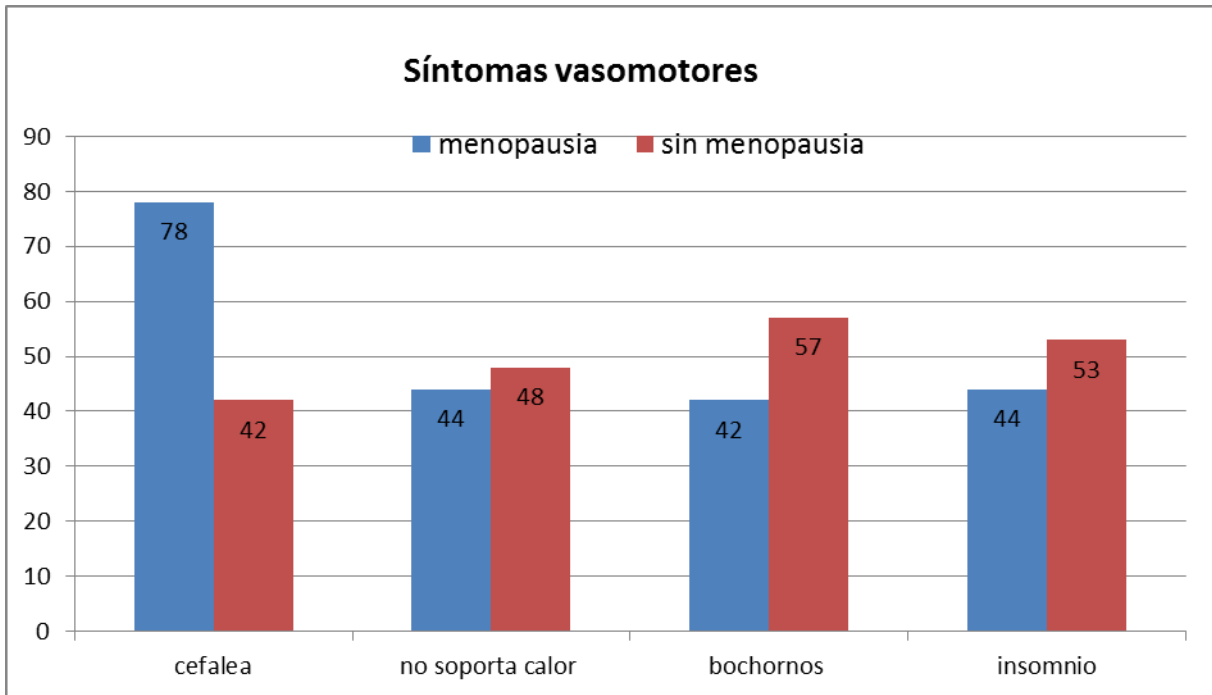
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 16. Intensidad de los síntomas somáticos en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



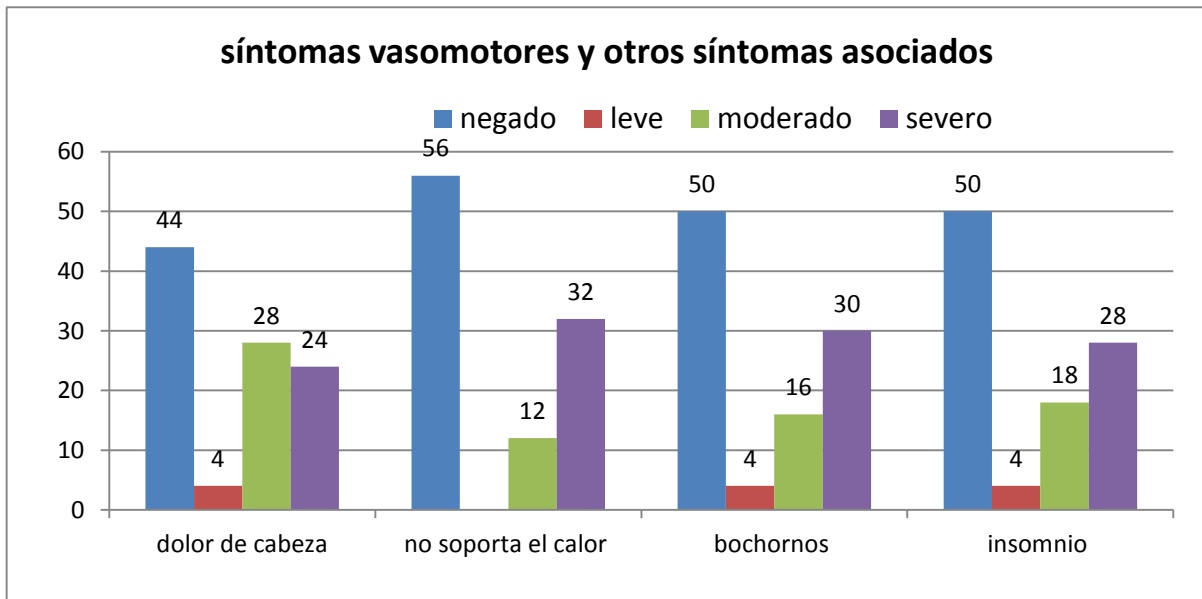
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 17. Síntomas vasomotores según etapa en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



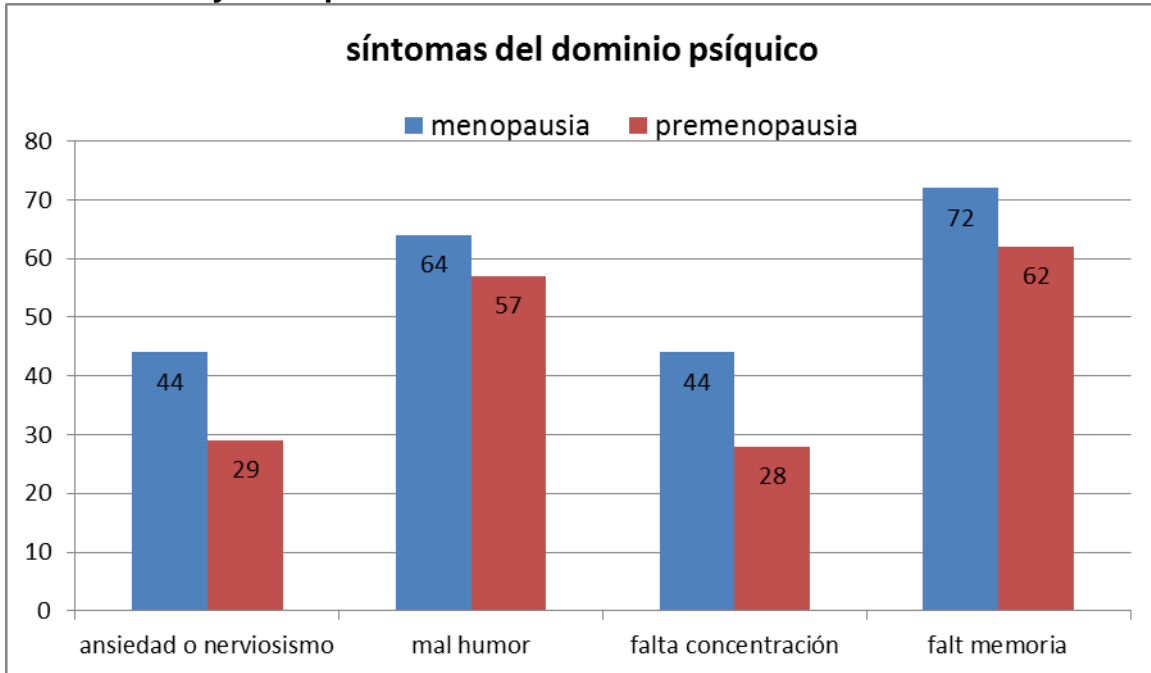
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 18. Intensidad de los síntomas vasomotores en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



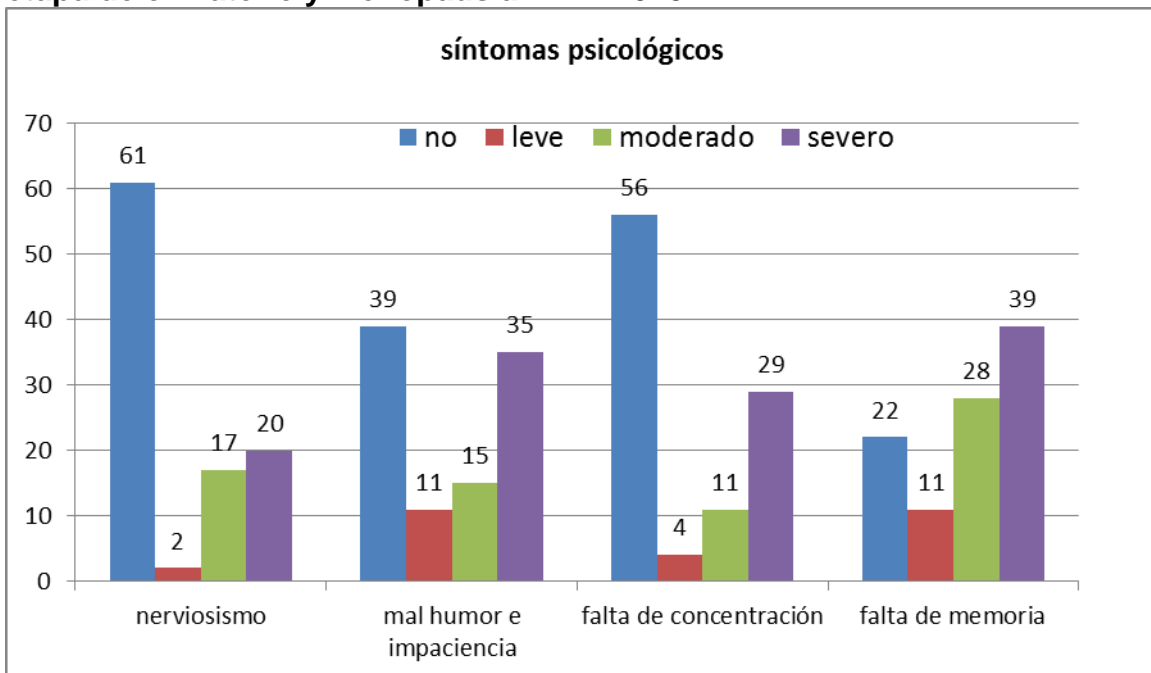
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 19. Síntomas psicológicos según etapa en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 20. Intensidad de los síntomas psicológicos en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 21. Síntomas urogenitales según etapa en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018

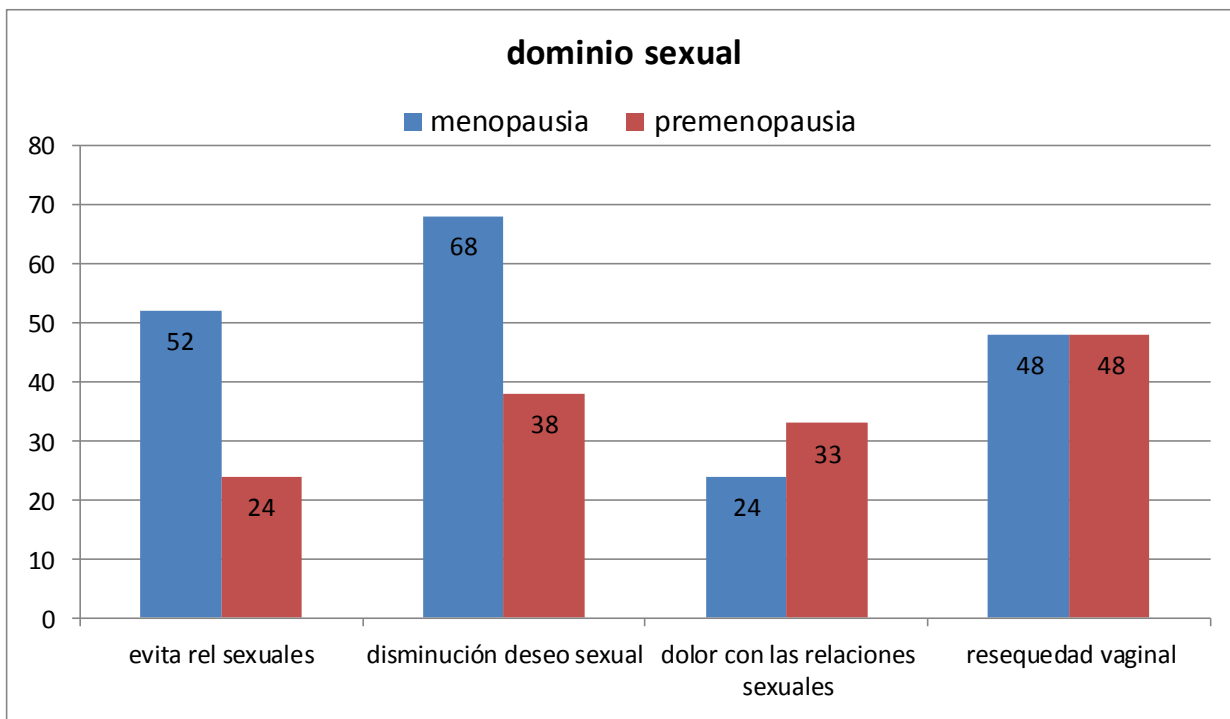
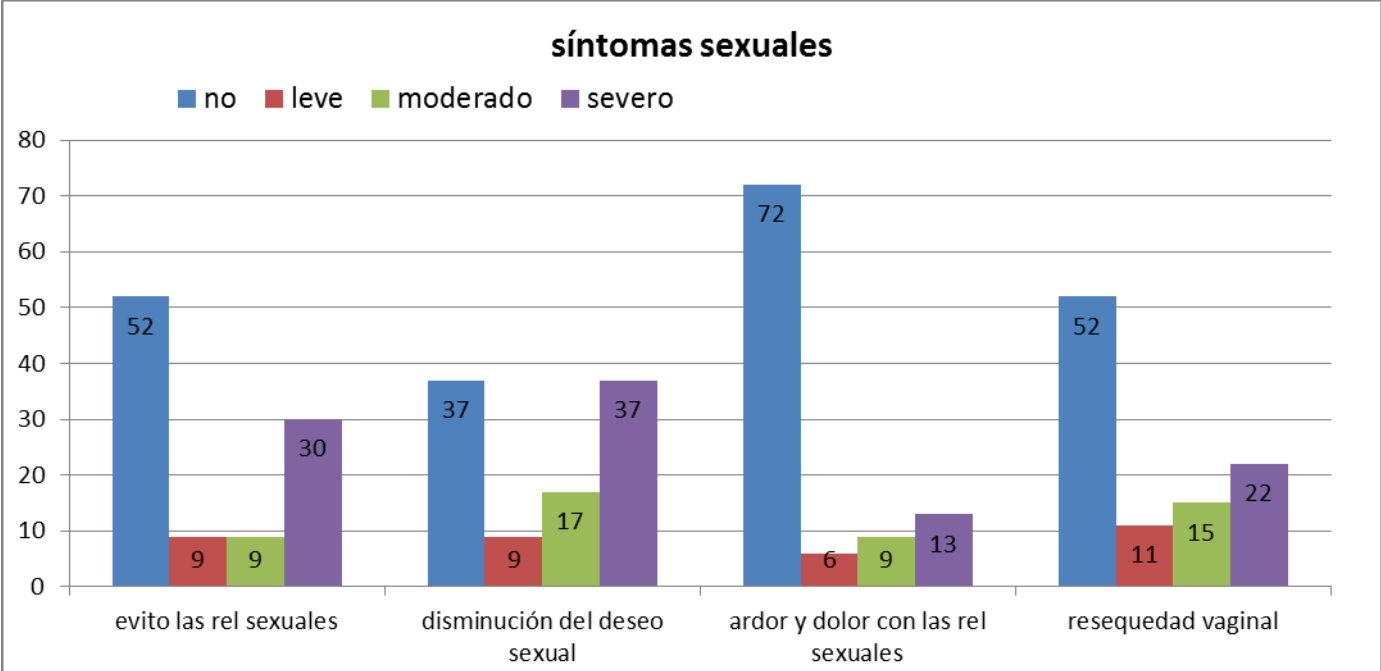
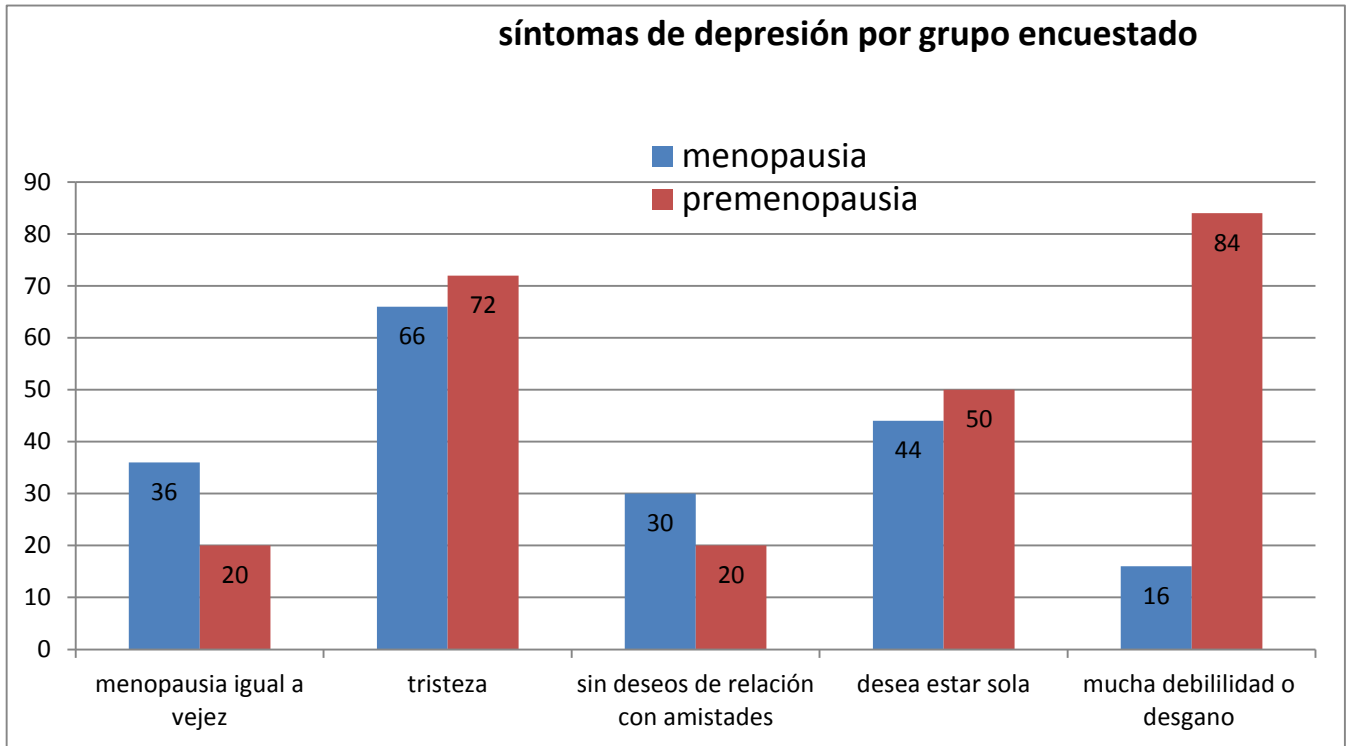


Grafico 22. Intensidad de los síntomas urogenitales en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



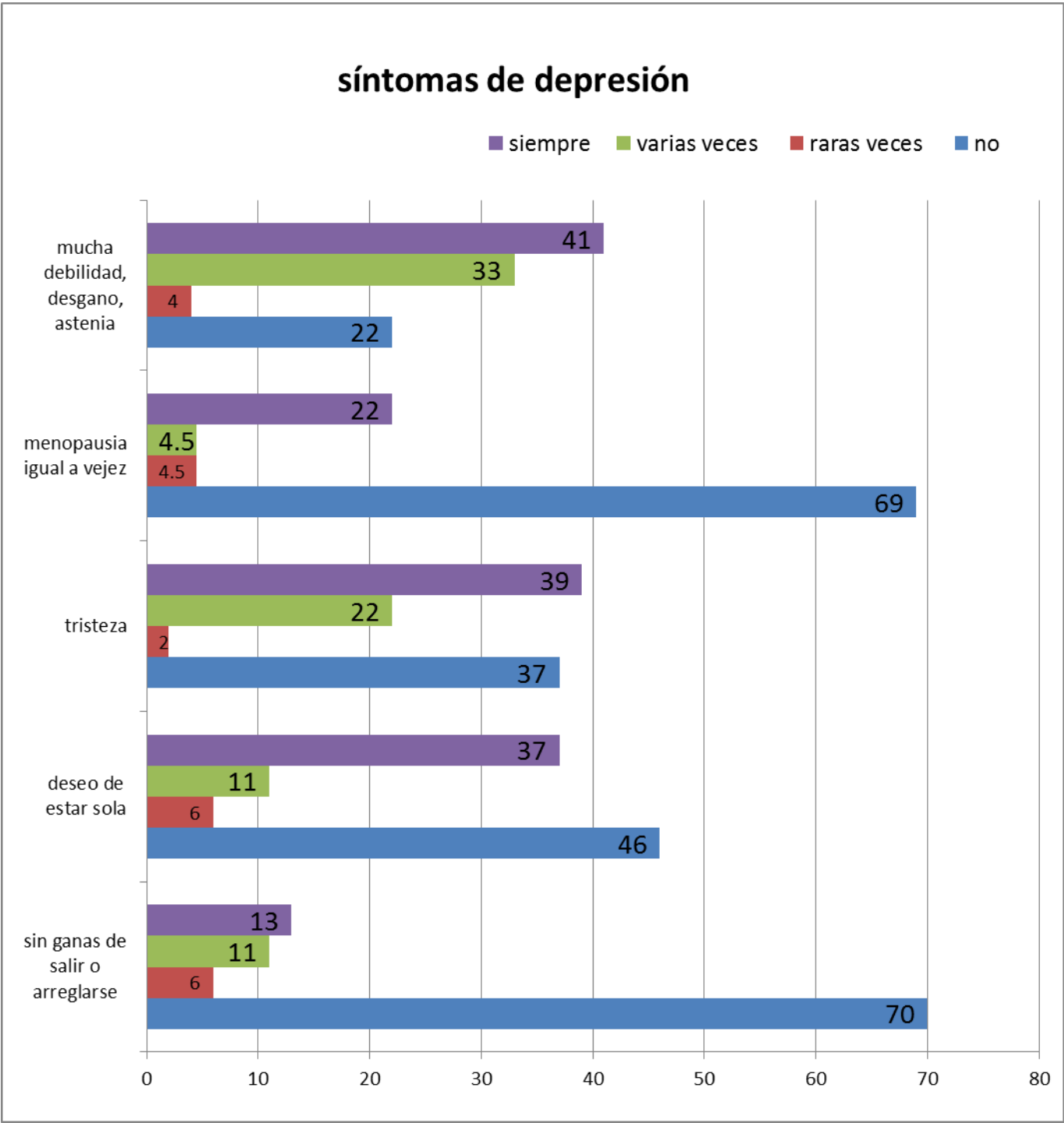
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 23 Síntomas depresivos según etapa en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



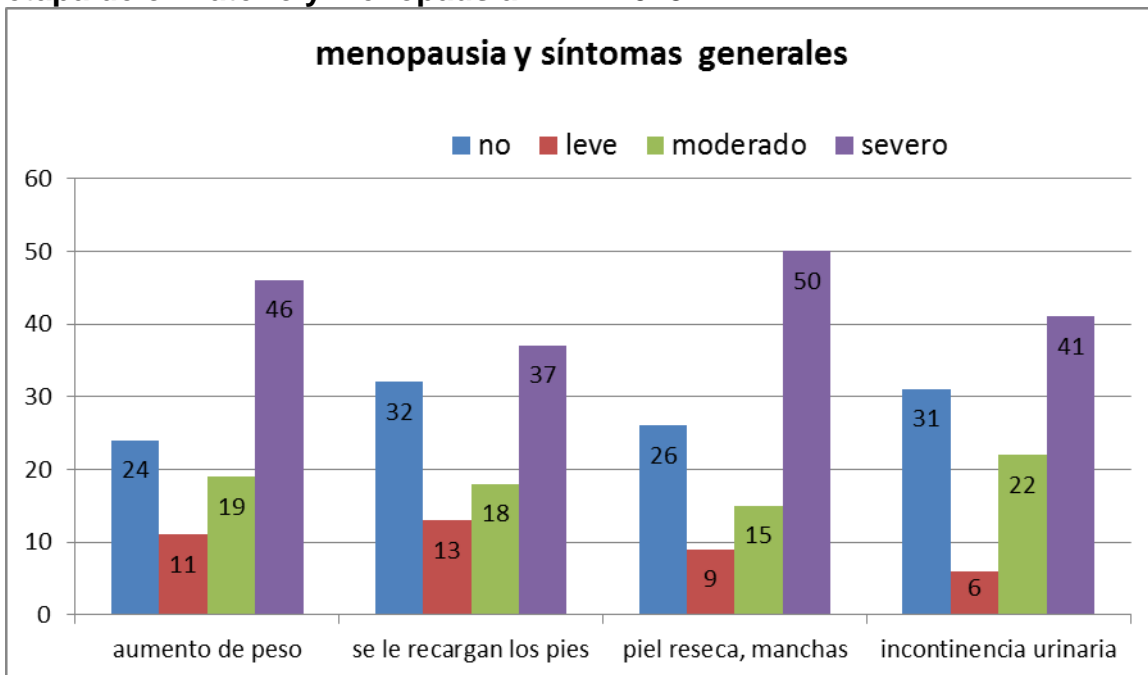
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 24. Síntomas depresivos en esfera social según etapa en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



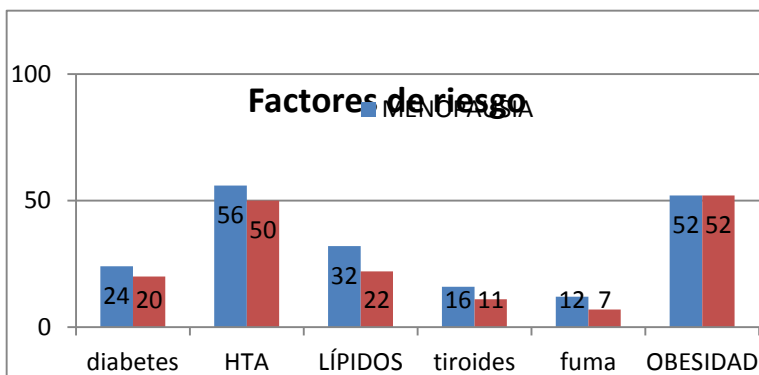
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 25. Intensidad de los síntomas generales en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 26. Factores de riesgo asociados en las enfermeras en etapa de climaterio y menopausia. HAN 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud de personal de enfermería mayor de 40 años y los dominios afectados. Valor calculado, rango, valor máximo y magnitud de la afección .

dominios	Valor calculado y rango	Valor máximo	Magnitud de la afección
Salud y síntomas vasomotores	9 (9 a 14)	20	Moderado
Síntomas somáticos	12 (9 a 14)	20	moderado
Síntomas no somáticos	14 (11 a 15)	25	moderado
Dominio psico social	20 (16 a 24)	45	moderado
Dominio sexual	9 (9 a 14)	20	moderado
Dominio familiar o social	6 (6 a 10)	15	moderado