

PORTADA INSTITUCIONAL

Tema de investigación: Incidencia de climaterio en mujeres mayores de 45 años en la Colonia Nuevo Pacayal municipio de Bella Vista, Chiapas, durante el periodo **Enero-Julio 2025**

Trabajo de investigación previo a la obtención de título de Licenciatura en Enfermería

Presentan:

- Yarix Karina Escobar González
- Darío Antonio Hernández Meza

E.E.C.C. Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Tesis colaborativa

**INCIDENCIA DE CLIMATERIO EN MUJERES MAYORES
DE 45 AÑOS EN LA COLONIA NUEVO PACAYAL
MUNICIPIO DE BELLA VISTA, CHIAPAS, DURANTE EL
PERIODO ENERO-JULIO 2025**

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Climaterio es una etapa normal o fisiológica en la mujer que se caracteriza por una serie de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos causados por el cese de la función ovárica. Es el paso del periodo fértil a la situación de reposo ovárico.¹

De acuerdo a datos de la organización mundial de la salud (ONU,2019), en el mundo habitan 7,700 millones de habitantes, de los cuales 3,888 millones son hombres y 3,811 millones son mujeres. El 49.5% de la población son mujeres. Durante las distintas fases de su vida, las mujeres atraviesan por una serie de cambios drásticos de tipo fisiológico, que tiene repercusiones de bajo, mediano y alto impacto en las otras áreas de desempeño.

Sin duda una de las fases más temidas por parte de las mujeres, ocurre cuando estas tienen entre los 45 y 65 años, pues, es precisamente en esa edad, en que las mujeres atraviesan por la etapa del climaterio y la menopausia.

Debido a la esperanza de vida aproximadamente en un horizonte de 30 años habrá miles de millones de mujeres con 50 años a más con sufrimiento menopáusico que se presentan con la pérdida de estrógenos generando cambios traumáticos en la mujer y, sin embargo, las instituciones de salud no tienen estrategias adecuadas para afrontar este problema.

En contextos europeos como el caso de España se encontraron 22 millones de mujeres en edad menopáusica, de ellas más de 8 millones tienen 50 años a más. En ese escenario se encontró que la calidad de vida estaba en deterioro y que a partir de los 45 a 65 años en gran número existe los sofocos (30%), disfunción sexual femenina (32%), incontinencia urinaria (20-50%) y depresión (20%).

Generando un contexto importante de atención en mujeres climatéricas a fin de mejorar su calidad de vida. Por otro lado, en contextos norteamericanos las mujeres en esta etapa atraviesan por cuadros de sofocones, aumento de peso, reducción del lívido e insomnio y un cambio muy preocupante como lo es el Alzheimer.²

En América Latina la mayoría de las mujeres presentaron un síntoma menopáusico (90%), mientras que en otros casos se presentaron dolores osteomusculares como fatiga, irritabilidad y alteraciones del ánimo (60%). En el contexto peruano según refiere el INEI, existe mayor población joven, sin embargo, se estima que hay un considerable porcentaje de féminas con menopausia (24.3%) tendiente a su incremento en los próximos años y la edad promedio de 47 años.²

Asimismo, existen reportes que en la región andina este fenómeno de la menopausia se presenta antes. En Ica, existe un promedio de 11,5000 mujeres que se encuentran en la etapa de menopausia.²

En la vida cotidiana, las mujeres, durante el climaterio y la menopausia, experimentan un sin número de repercusiones en su vida social, afectiva, física, psicológica, emocional, sexual y laboral, todo esto como resultado de las características propias de dichas etapas.

Visto desde la perspectiva de enfermería, uno de los campos de acción de los profesionales de esta área de la salud, es precisamente la prevención primaria y la mercadotecnia social en salud. La realidad mundial y la incidencia de estos casos, se ilustra a continuación con los diversos estudios y aportaciones de diversos autores.

(Brantes, Porcile, Vanhauwaert, Parra, & Blümel, 2014) Indican:

En la etapa del climaterio numerosos problemas de salud, somáticos y biopsicosociales, pueden afectar la calidad de vida de las mujeres, ya sea por el impacto del síndrome climatérico o por las morbilidades que van apareciendo con la edad, principalmente enfermedad cardiovascular, cáncer ginecológico, osteoporosis y enfermedades relacionadas con la salud mental, destacando la depresión por su alta prevalencia. Es posible revertir el menoscabo de la calidad de vida mediante adecuadas intervenciones clínicas.³

Cada encuentro de la mujer con el equipo de salud representa una oportunidad clave para su educación y para realizar intervenciones preventivas. Desde la Perimenopausia, los profesionales de la salud deben ir más allá de los síntomas manifestados por la mujer, explorando otros factores que pudieran afectar su bienestar en esta etapa de su vida (alimentación, actividad física, salud mental, sexualidad, relaciones familiares y sociales), adoptando el enfoque biopsicosocial integral, centrado en mejorar la calidad de vida y en las necesidades de cada mujer, vistas como sujetos activos en el logro y mantención de un adecuado estado de salud a lo largo de su curso de vida.³

(Siseles, y otros, 2016) Sostienen:

El diagnóstico de síndrome climatérico se establece con la historia clínica y se fundamenta con: trastornos menstruales, síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones), manifestaciones genitourinarias (síndrome genitourinario menopaúsico) y trastornos psicológicos (depresión, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, alteraciones del patrón del sueño).⁴

Los bochornos afectan a 75% de las mujeres. Aunque la mayoría los experimenta durante 6 meses a 2 años, algunas mujeres pueden sufrir bochornos molestos durante 10 años o más. Estos síntomas pueden ser intensos y frecuentes, y afectar la calidad de vida de la mujer, pues provocan alteraciones en el sueño, fatiga e irritabilidad. (pag.32)⁴

(climaterio, (s/f)) Mencionan:

En México existen más de ocho millones de mujeres en etapa de climaterio (45 a 65 años) y todas susceptibles de recibir terapia de reemplazo hormonal para controlar los síntomas característicos como bochornos, síntomas genitourinarios, trastornos del sueño y depresión. En México hay alrededor de 12 millones de mujeres en la etapa posterior a la menopausia. Se estima que para el año 2020 este número ascenderá a 14 millones y en 2050 será el doble: 28.5 millones, sumándose al aumento en la esperanza de vida actual de un promedio de 78 años. Ello significa que 40% de su existencia, cuando menos, lo vivirán en la etapa de la postmenopausia. El 80% presentan síntomas, pero sólo una quinta parte lleva algún tratamiento para compensar la baja de estrógenos. Se espera que para el año 2035, en México una de cada 3 mujeres estará en la etapa del climaterio o en la postmenopausia, con una expectativa de vida de 83.4 años. (Pag.7-8)

(Martínez, Olivos, Gómez, & Cruz, 2016) Indican:

Existe una tendencia de crecimiento demográfico de mujeres maduras (45 a 59 años de edad), que en la actualidad representan un poco más del 10% de la población total. Este grupo de mujeres se ubican en un periodo de transición a la menopausia, término que describe el periodo entre la capacidad reproductiva y

la no reproductiva y que se manifiesta, principalmente, por periodos menstruales irregulares en frecuencia y duración; el periodo de transición varía de una mujer a otra, pero el promedio reportado es de 5 años. (pag.143)

Situación relevante en la sexualidad y reproducción es que, al iniciar el programa básicamente el aparato reproductor femenino en su totalidad y, a su vez, no saben expresar la diferencia entre menopausia y climaterio, mucho menos por qué se dan estos procesos; factor que debe ser tomado en cuenta como elemento que influye en el autocuidado. Para poder intervenir en programas de salud diseñados para la mujer climatérica, serán necesarios además de los conocimientos científicos sobre fisiopatología, diagnósticos, síntomas, terapias y cuidados, un conocimiento amplio acerca de las creencias, prácticas populares y recursos que las mujeres utilizan para solucionar sus problemas de salud en esta etapa. (pag.148)

En el estado de Chiapas, se realizó un estudio del tema “síndrome climatérico”, los resultados son los siguientes:

(Cruz, Cruz, Martínez, & Boo, 2012) Señalan:

La población de estudio se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico, fue una muestra de 499 derechohabientes mujeres que cumplieron los criterios de selección: personas con síntomas de climaterio de 45 a 59 años de edad (intervalo de edad correspondiente a presentación del síndrome climatérico) que acudieron a consulta externa de medicina familiar de la UMF 11 y HGZ 1 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Tapachula, Chiapas; sin presentación de patología crónica degenerativa o psiquiátrica, se registraron edad, ocupación,

nivel socioeconómico, estado civil, número de embarazos, estructura familiar, desarrollo familiar.(pag.13)

Se entrevistó a un total de 499 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, la media de edad fue 50.3 ± 4.9 años, la edad más frecuente de presentación de síntomas de climaterio fue a los 45 años con 13.8%. El 64.7% de las mujeres tienen ocupación de amas de casa, el 68% tienen nivel socioeconómico bajo y muy bajo, el 55.1% son casadas, el promedio fue de 3.14 hijos por mujer, el más frecuente fue de 26.7% con 3 hijos, el 90% tiene estructura familiar nuclear, el 65.3% tiene un desarrollo familiar tradicional. (pag.14)

(Gerónimo, Arriaga, Cerino, & Ovilla, 2014) Indican:

En Chiapas se realizó una Propuesta Educativa de Salud enfocada al climaterio, donde concluyen que la intervención oportuna en la promoción y educación, así como la concientización, son factores que contribuyen a optar por cambios en los estilos de vida saludables y por tanto prevenir enfermedades y/o daños a la salud. Por lo antes mencionado, el objetivo de este estudio es determinar el grado de conocimiento de las mujeres de 40 a 50 años de edad sobre el climaterio y menopausia, de una población del municipio de Ostucán, Chiapas. (pag.12)

De igual manera, tienen conocimientos de los síntomas del climaterio y menopausia, los cuales no se presentan con igual intensidad y las enfermedades de mayor riesgo que se pueden presentar durante esta etapa. Por el contrario, de lo que menos saben es sobre las causas del climaterio, la definición de éste y

la menopausia, y cómo el comportamiento sexual se ve afectado en esta etapa. (pag.14)

(Consospó & Almeida, 2010) Afirman:

Las mujeres estudiadas que presentaron una menopausia precoz debido a una ooforectomía o por un cáncer cervicouterino experimentaron con más frustración el climaterio debido a que los cambios físicos y psicológicos fueron más acentuados y más agresivos. Estas mujeres presentaron inconformidad y miedo frente a los cambios no esperados, tratando de comprender esos cambios y de resolver el duelo de no tener ya una matriz y empezar a envejecer a una edad temprana. La realidad social de estas mujeres es así una realidad reconstruida y en permanente proceso de construcción y reconstrucción que los lleva a tener este proceso de cambio en su forma de ver la vida. (pag.13)

La menopausia afecta a la familia en la medida en que las mujeres demandan afecto y exigen mayor comprensión. Los familiares no entienden los cambios sufridos por ellas. Esto hace que las mujeres vivan su menopausia en silencio por temor a no ser comprendidas o a ser rechazadas por sus seres. (pag.17)

En seguimiento a este importante tema, el presente estudio se ejecutará en la colonia Nuevo Pacayal, del Municipio. de Bella Vista, Chiapas, con la población de mujeres de entre 45 y 65 años de edad, para poder identificar el nivel de conocimiento que poseen sobre la etapa del climaterio. Esto, con la finalidad de realizar acciones de educación para la identificación de signos y síntomas que ocurren durante el síndrome climatérico, así como para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante esa fase de su vida.

Particularmente, por las características socioeconómicas de dicha comunidad, la mayoría de la población femenina se dedica al oficio de casa y tiene poco conocimiento de dicho tema.

Con respecto al acceso a los servicios de salud, en dicha comunidad, se encuentra un centro de salud para poder recibir atención médica, pláticas e información, pero la realidad es que carecen en atención ginecológica.

El climaterio es una etapa que las mujeres atraviesan en una etapa de su vida donde es el paso al término de la menstruación, que ocurre de los 45 a 65 años, según la ONU el 49.5% de la población son mujeres. Esta fase es una etapa temida por las mujeres ya que experimentan cambios diferentes en sus vidas y también como hormonales. Los cambios que presentan repentinamente son: sofocos, disfunción sexual, incontinencia sexual, depresión, aumento de peso, insomnio, cambios de humor, pero el síntoma que más presentan y más resalta en la etapa del climaterio son los sofocos, que además existe un cambio muy preocupante como es el Alzheimer, además de presentar síntomas, también se pueden presentar repercusiones en sus vida social, emocional, física y psicológica, por lo que nos realizamos la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la incidencia de climaterio en mujeres mayores de 45 años en la col. Nuevo Pacayal Municipio De Bella vista, Chiapas, durante el período enero-julio 2025?**

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la incidencia de climaterio en mujeres mayores de 45 años en la colonia Nuevo Pacayal Municipio De Bella vista, Chiapas, durante el periodo enero-julio 2025?

JUSTIFICACIÓN

El tema “incidencia de climaterio en mujeres mayores de 45 años” es de vital importancia y relevancia estudiarlo, porque existe gran cantidad de mujeres que no poseen el conocimiento suficiente y adecuado sobre el climaterio, lo que trae repercusiones en su calidad de vida, generalmente, como resultado de su nulo o escaso control médico. Muchas mujeres destacan tener dudas sobre determinantes aspectos en esta etapa de la vida, ya que la mayoría de las veces las fuentes de información son prensa, amistades, televisión etc.

Por lo general las mujeres manifiestan miedo, confusión, y rechazo a esta etapa lo que conlleva a plantear la necesidad que el personal de enfermería tenga una intervención atendiendo las demandas de estas necesidades. Como profesional de salud debemos dar a conocer la información hacia las mujeres en el proceso de alteración hormonal en el climaterio y menopausia ya que es la manifestación de envejecimiento reproductor.

Es importante implementar la educación en todos los aspectos, para que el conocimiento de las mujeres sea abundante y de esta manera cursar esta etapa sin que puedan verlo como un problema y tratar de implementar información necesaria para que sepan la importancia de tener una calidad de vida saludable, con el fin de implementar estrategias de educación para la salud que ellas puedan llevar a la práctica.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de climaterio en mujeres mayores de 45 años de edad en la colonia Nuevo Pacayal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar cuáles los signos y síntomas que se presentan con mayor frecuencia durante el climaterio en mujeres mayores de 45 años en la colonia Nuevo Pacayal
- ❖ Identificar el conocimiento de la población femenina sobre los cambios que se presentan durante el climaterio
- ❖ Determinar cuál es la edad más frecuente de inicio del climaterio en las mujeres de la colonia Nuevo Pacayal

CAPÍTULO II

II.I Marco teórico

II.I.I Climaterio

Del griego “klimater”, que significa escalón. Es el periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva en el que se van a presentar un conjunto de fenómenos que acompañan al cese de la función ovárica de la mujer. El climaterio es un periodo de la vida de la mujer en el que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva e importantes cambios en la secreción de las hormonas sexuales, que condicionan modificaciones importantes no sólo en el tracto genital, sino en otros lugares del organismo.

Es la época de la vida femenina en que se verifica la transición de la madurez sexual a la senectud. Definido así el climaterio, la menopausia es solo un signo más del conjunto de fenómenos que definen el climaterio, si bien es, sin duda, el más importante ya que el término menopausia significa la desaparición definitiva de la menstruación, es decir, la última menstruación.

Es preciso decir que las usuarias confunden ambos términos, empleando el término de menopausia para definir esa época de la vida en que, como consecuencia del cese de la función ovárica, se producen una serie de cambios físicos y psíquicos en el organismo femenino, algunos de los cuales puede alcanzar una dimensión patológica y requerir tratamiento.

II.I.I.I Fases del climaterio

II.I.I.I.I Inicio de climaterio: Se reduce los niveles de inhibina e incremento de la FSH, se producen ciclos menstruales o irregulares, por lo tanto, puede haber periodos de ovulación sin producción de hiperestrogenismo. progesterona que puede producir

II.I.I.I.II Transición del climaterio: En esta etapa se desarrolla resistencia ante la tonificación de la FSH, pero, el estradiol se encuentra en un nivel normal, esto produce los bochornos.

II.I.I.I.III Final del climaterio: se nota disminución de folículos en acciones ováricas en concordancia con el aumento de la FSH, por lo tanto, hay baja relación de las gonadotrofinas por los pocos folículos que permanece

II.I.II Menopausia:

La menopausia es el cese de los periodos menstruales de una mujer, diagnosticada en retrospectiva, una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, que sucede por atresia de los folículos ováricos y su capacidad de producir estrógenos ante el estímulo de las hormonas folículo-estimulante y luteinizante.

A los signos y síntomas que se presentan en esta transición se les denomina síndrome climatérico y los más característicos son los bochornos, alteraciones del ánimo, osteoporosis, aumento de riesgo cardiovascular y alteraciones genitourinarias. Si el descenso de la producción de estrógenos produce esta sintomatología, entonces el tratamiento será reemplazar ese descenso hormonal con estrógenos y progestágenos exógenos, considerando siempre la

sintomatología de la paciente y el riesgo-beneficio, esperando mejorar su calidad de vida. También es importante hacer una evaluación integral y modificar estilos de vida.

II.I.II.I Fases de la menopausia:

De acuerdo a la OMS se clasifica en:

II.I.II.I.I Premenopausia: Abarca de 2 a 7 años previo a la aparición de la menopausia, son pocas las veces que se presentan molestias leves.

II.I.II.I.II Menopausia: Comprende la última menstruación que está controlada de manera espontánea por los ovarios. En término medio ocurre a los 48 – 49 años.

II.I.II.I.III Postmenopausia: Dura entre 10 a 15 años aproximadamente y concluye con la etapa de la vejez, en un promedio de 70 años.

II.I.II.I.IV Perimenopausia: Sucede entre dos años antes y después de la menopausia, aproximadamente entre 49 a 53 años.

II.I.II.II Ciclo ovárico/ menstrual

Los órganos reproductores femeninos (ovarios, tuba uterina, útero) sufren cambios dependientes de hormonas a lo largo de la vida de la mujer, los ovarios son los encargados de la ovogénesis y síntesis de hormonas. Las células germinales primordiales, que son aproximadamente 5 millones, tienen un origen extragonadal que durante la embriogénesis migran a la gónada, donde se forman los folículos ováricos que estarán en diferentes estadios de maduración.

Al nacimiento habrá unos 600,000 ovocitos detenidos en la primera división meiótica, que al alcanzar la adolescencia por influencia hormonal irán aumentando de tamaño, es decir, irán alcanzando grados de maduración diferente, y este proceso se volverá cíclico y continuo a lo largo de unos años iniciada la menarca, que es la primera menstruación. A esta secuencia cíclica la conocemos como ciclo menstrual.

Todo este proceso inicia en el órgano maestro: el hipotálamo, que en la adolescencia enviará la señal GnRH para que la porción anterior de la hipófisis comience a liberar al torrente sanguíneo hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), para que lleguen al órgano blanco; en el caso de la mujer, los ovarios. Ahí los folículos irán aumentando de tamaño y por consiguiente tomarán la forma de un folículo maduro, o de Graaf¹. La FSH actuará en las células de la granulosa para aumentar su espesor y en las células de la teca interna se encontrarán receptores para LH, que en respuesta al estímulo de la hormona secretarán andrógenos, los que por acción de la enzima aromatasa serán convertidos en estrógenos.

El ciclo menstrual está dividido en 2 fases: folicular o estrogénica y lútea o progesterona, que, en un ciclo regular de 28 días, el día 14 estará generando el pico de LH que favorecerá la ovulación del folículo de Graaf (folículo terciario).

Tabla 1: Fases del ciclo menstrual

Órgano	Fase folicular	Fase lútea
Hipófisis	Pico de LH en el día 14 del ciclo	
Ovario	Maduración folicular y ovulación en el día 14	Formación de cuerpo lúteo y cuerpo albicans
Torrente sanguíneo	Aumento de la producción de estrógenos por estímulo de FSH	Aumento de la producción de progesterona por el cuerpo lúteo por 14 días
Útero	Menstruación en el primer día y aumento de tamaño de las glándulas del endometrio	Siguen aumentando de tamaño y producción de líquido rico en nutrientes

II.I.III Endocrinología del Climaterio

El patrón hormonal del climaterio consiste en un descenso de los niveles de estrógenos y un aumento de los niveles de gonadotrofinas. Unos años antes de cesar la menstruación, hacia los 40 años aproximadamente, la ovulación falla y aparecen frecuentes ciclos anovuladores. Falta, por tanto, la función del cuerpo lúteo y la producción de progesterona. Primero este fallo aparece esporádicamente, entre una serie de ciclos ovulatorios, pero luego, cada vez se van haciendo más frecuentes estos fallos de la ovulación y terminan siendo casi la norma.

Los principales acontecimientos que condicionan el climaterio son:

1.-Agotamiento de los folículos primordiales de los ovarios o ausencia de folículos primordiales capaces de responder a estímulos de las hormonas folículo estimulantes (FSH) y luteinizantes (LH).

2.-Como consecuencia de lo anterior se produce una importante caída de la secreción de estrógenos. Así el estradiol el más importante estrógeno ovárico desciende a niveles aproximadamente más bajo unas 7-8 veces menos que en el ciclo menstrual normal.

Este hecho se comprende bien si se tiene en cuenta que en la vida reproductiva el 95% del estradiol se produce en el ovario y solo el 5% procede de la conversión periférica de la testosterona y estrona.

3.-La estrona pasa a ser el estrógeno más importante. La estrona se origina fundamentalmente en la periferia a partir de la androstenediona, que es producida en el estroma ovárico y en los restos de la teca que aún persisten, pero la suprarrenal también aporta andrógenos para la conversión periférica,

fundamentalmente la androstenediona, aunque es importante señalar que la producción esteroidea de la suprarrenal en el climaterio no se modifica sustancialmente. Se ha señalado una relación directa entre los estrógenos circulantes y el peso corporal en el climaterio.

4.-Los andrógenos androstenediona y testosterona siguen produciéndose en los ovarios de la mujer climática, producción que tiene lugar en el estroma y en los restos de la teca, aunque la cantidad disminuye.

5.-La producción de progesterona es muy baja, semejante a la producida en la primera mitad del ciclo de la mujer sexualmente madura.

6.-Las hormonas gonadotropas hipofisarias FSH y LH están elevadas. Esta incrementación está condicionada por la pérdida del efecto feedback negativo, que los estrógenos y la progesterona ejercen sobre la liberación de la FSH y LH. También en el incremento de la FSH actúa la disminución de la producción de inhibina a partir de las células de la granulosa que, como es sabido, tiene una acción selectiva de supresión de la secreción de FSH.

El incremento de la secreción de FSH precede el aumento de la LH, de forma que el descenso de los niveles de estradiol y el aumento de niveles de FSH constituyen la modificación endocrina más precoz del climaterio. Los niveles séricos de la gonadotrofina alcanzan valores 10 veces superiores a los hallados en la mitad del ciclo para la LH

7.-La prolactina está discretamente disminuida en la mujer climática probablemente por el descenso de estrógenos; en cambio, el resto de las hormonas hipofisarias experimentan alteraciones significativas después del climaterio.

8.-La hormona hipotalámica GnRH está aumentada en el climaterio. El acontecimiento más importante del climaterio es el descenso de la producción de estrógenos; la mayoría de los restantes hechos señalados son consecuencia de la caída de los niveles de estrógenos. Existe un agotamiento de los folículos primordiales de los ovarios que se hacen incapaces de responder a las hormonas

folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH). Hecho que domina el cuadro clínico dentro del Climaterio.

II.I.IV Antecedentes históricos del climaterio

La presencia de las mujeres se encuentra en todos los momentos de la historia, se habla del climaterio y de menopausia desde épocas remotas hasta nuestros días. Los primeros escritos sobre el tema fueron registrados en los papiros egipcios donde se comenta que las mujeres que no menstruaban eran llamadas mujeres blancas, al contrario, las que todavía menstrúan mujeres rojas.

Hipócrates padre de la medicina, consideró el cuerpo humano como un equilibrio entre cuatro humores: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla. Igualmente, cabe destacar que fue el primero en mencionar la menopausia en sus escritos, describiéndola como la ausencia de flujo menstrual, además de referirse al útero como el lugar donde se centraban todos los males que padecían las mujeres. De acuerdo a su filosofía, las mujeres son definidas por su matriz y pertenecen a lo más bajo del universo, son invisibilizadas, capaces de sufrir trastornos mentales, ataques de histeria, pasando a formar parte de los desechos del mundo. (pag.50)

(H & Figueredo, 2016) Mencionan:

En este contexto, entre los siglos XV y XVIII, la mujer climatérica comenzó a ser considerada la imagen de lo marchito, todas las descripciones dadas tanto en los relatos literarios como en las pinturas comienzan a describirla como una bruja,

un ser despreciable. Se le atribuyen condiciones maléficas, eran odiadas. (pag.51)

(H & Figueredo, 2016) Citan a (Martín, 2009) afirman:

Durante la época del Renacimiento las mujeres eran consideradas más libres, creadas para el amor y para el placer de un hombre, se les permitía cambiar sus amantes a voluntad, la razón principal consistía en ser jóvenes y atractivas. Pero la menopausia significaba el derrumbe de su estatus y de sus aventuras amorosas. Pensaban que con el envejecimiento había disminución de la atracción y del deseo sexual, y que esto se debía a los efectos tóxicos que producía la sangra menstrual retenida. (pag.51)

(H & Figueredo, 2016) Citan a (Sánchez, 2008) mencionan:

Iniciando el siglo XIX, la ginecología consideró los eventos peri y post menopausia como enfermedad. Sin embargo, para finales del siglo se habló de trastornos emocionales y psíquicos, asegurando que muchas mujeres quedaban desquiciadas, locas e histéricas. (pag.51)

(H & Figueredo, 2016) Citan a (Lugones y Ramírez, 2008) afirman:

Finales del siglo XIX y comienzo del siglo XX, surge el psicoanalista Sigmund Freud, estudioso sobre los conceptos básicos de la personalidad del ser humano, quien se interesó particularmente en el estudio de los desórdenes nerviosos haciendo referencia al proceso climatérico, imprimiéndole su temperamento misógino, androcéntrico y falocéntrico a su postura, comenta: “Las mujeres son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas” Resulta evidenciable el carácter patriarcal dominante de la época, propio de las personas poderosas y privilegiadas como lo era Freud, a quien le resultaba inexplicable la psique femenina. Con respecto a su postura, comenta que la sexualidad

femenina es aquella que siempre hace obstáculo a la investigación, que la vida amorosa del hombre es la única asequible al análisis, mientras que la de las mujeres permanecen en una oscuridad todavía impenetrable (pag.52)

(Lugones & Ramírez, (s/f)) Mencionan:

Hipócrates menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones, así como Aristóteles, en el año 322 a.n.e., describió en su Historia Animalium que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. El Corpus Hippocraticum se refiere en forma ambigua, en el tratado sobre la naturaleza de la mujer, a un cuadro de amenorrea que tanto podría corresponder al climaterio, como a una amenorrea instalada durante la etapa fértil. Aecio de Amida (siglo VI a.n.e.) refiere que la menstruación cesa nunca antes de los 35 años y hacia los 50 años. Es decir, que ya desde la antigüedad hay coincidencia en estos 3 autores en cuanto a la fecha del cese de la menstruación. (Pag.1-2)

(Lugones & Ramírez, (s/f)) Afirman:

Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia, fueron escasas y esporádicas. Se menciona en general a los ancianos, que en realidad no superaban los 40 años. Las sociedades feudales, destacaron una noción desfavorable de la mujer menopáusica. Por ejemplo, las indemnizaciones por la muerte de una mujer embarazada podían llegar a ser mayor o igual a la de un soldado, pero si esta era posmenopáusica, la suma disminuía hasta hacerse casi nula.

En el siglo XVI, la influencia de las pestes, los períodos de sequía y las guerras, favorecieron el desarrollo del concepto de una menopausia relacionada con lo maléfico. A partir del siglo XIV la mujer posmenopáusica pasó a ser considerada, la imagen de lo marchito, y la decrepitud relacionada con ella fue quedando atrás.

La poesía francesa fue despiadada en la descripción de los cambios corporales de la mujer, sobre todo, con los órganos relacionados con la procreación. Así lo hicieron en el siglo XIV, Jean Le Fevre, en su retrato de «La bella de antaño» y en el siglo XV Deschamps en el "Lamento de una vieja sobre asuntos de la juventud". En 1460, Francois Villon, realizó una comparación lacerante entre la belle Heaumiere de "otrora" y la menopáusica de "ahora".

II.I.V Anatomía del aparato reproductor femenino

Los órganos genitales femeninos incluyen la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios. Veámoslos de forma más detenida.

II.I.V.I Vagina:

Es un tubo musculo membranoso que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo de la vagina (hendidura entre los labios menores en la cual también se abre la uretra). El extremo superior rodea al cuello del útero y el extremo inferior pasa antero inferiormente a través del suelo de la pelvis para abrirse en el vestíbulo. La vagina:

- Sirve como conducto excretor para el líquido menstrual.
- Forma la porción inferior del canal pélvico (o del parto).
- Recibe el pene y el eyaculado durante el coito.

La vagina perfora la membrana perineal. Normalmente se encuentra colapsada excepto en el extremo inferior donde el cuello uterino las mantiene abiertas, en esta parte se describen las porciones anterior, posterior y lateral. La porción posterior del fondo de saco es la más profunda y está íntimamente relacionada con el fondo de saco recto uterino. Esta porción es muy distensible, y permite acomodar el pene erecto.

Cuatro músculos comprimen la vagina y actúan como esfínteres:

- Pubovaginal, esfínter externo de la uretra, esfínter uretrovaginal y bulboesponjoso.

Las relaciones de la vagina son:

- Anteriormente, la base de la vejiga y la uretra.
- Lateralmente el músculo elevador del ano, la fascia pélvica visceral y los uréteres.
- Posteriormente el canal anal, el recto y el fondo de saco rectouterino.

II.I.V.I.I Vasculatura de la vagina:

Para hablar de la Vasculatura vaginal dividimos está en dos porciones:

- Porción superior: a través de las arterias uterinas.
- Porción media e inferior: a través de las arterias vaginales que derivan de la arteria rectal media y de la arteria pudenda interna.

Las venas forman los plexos venosos vaginales a lo largo de las caras laterales de la vagina y dentro de la mucosa vaginal, estas comunican con los plexos venosos vesical, uterino y rectal y drenan en las venas ilíacas internas.

II.I.V.I.II Vasos linfáticos:

- Porción superior: en los ganglios linfáticos ilíacos internos y externos.
- Porción media: en los ganglios linfáticos ilíacos internos.
- Porción inferior en los ganglios linfáticos sacros, ilíacos comunes y ganglios inguinales superficiales.

II.I.V.I.III Inervación:

Los nervios para la mayor parte de la vagina derivan del plexo uterovaginal situado con la arteria uterina entre las capas del ligamento ancho del útero. El plexo uterovaginal es una extensión del plexo hipogástrico inferior. Sólo del 20% al 25% inferior de la vagina es somático en términos de inervación. La inervación de esta porción inferior proviene de la rama perineal profunda del nervio pudendo. Sólo esta parte de la vagina con inervación somática simpática es sensible al tacto y la temperatura.

II.I.V.II Útero:

El útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor, normalmente en anteversión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino. La posición del útero cambia con el grado de plenitud de la vejiga y el recto. El útero se divide en dos porciones principales: El cuerpo: forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones, el fondo la porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas- y el istmo la región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino.

- El cuello: la porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina.

El cuerpo del útero está situado entre las capas del ligamento ancho y es libremente móvil. Tiene dos caras, la vesical y la intestinal. Los cuernos uterinos son las regiones supero laterales donde entran las trompas uterinas. El cuello del útero está dividido en las porciones vaginal y supravaginal, esta última está

separada de la vejiga por tejido conectivo laxo y del recto posteriormente por el fondo de saco rectouterino.

El ligamento del ovario se fija al útero posteriormente a la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se fija anteroinferiormente a esta unión.

La pared del cuerpo uterino consiste en tres capas:

- Perimetrio: túnica serosa externa, consiste en peritoneo sostenido por una capa delgada de tejido conectivo.
- Miometrio: túnica muscular media, es una capa gruesa que se distiende mucho durante el embarazo, las ramas principales de los vasos sanguíneos y los nervios del útero se localizan aquí.
- Endometrio: túnica mucosa interna, se adhiere firmemente al Miometrio.

Los principales soportes del útero son la fascia pélvica y la vejiga urinaria. El cuello uterino es la porción menos móvil del útero porque se mantiene en posición por ligamentos que son condensaciones de la fascia endopélvica:

- Ligamentos cervicales transversos: desde el cuello uterino y las porciones laterales del fondo de saco hasta las paredes laterales de la pelvis.
- Ligamentos rectouterino: pasan por encima y ligeramente detrás de las caras laterales del cuello del útero hacia el centro del sacro, son palpables en el examen rectal.
- El ligamento ancho del útero: es una doble capa de peritoneo que se extiende desde las caras laterales del útero hasta las paredes laterales y el suelo de la pelvis, ayuda a mantener el útero relativamente centrado en la pelvis, pero contiene sobre todo los ovarios, las trompas uterinas y la Vasculatura que las irriga. Las dos capas del ligamento se continúan entre sí en un borde libre que rodea a la trompa uterina. Lateralmente, el

peritoneo del ligamento ancho se prolonga superiormente sobre los vasos ováricos como el ligamento suspensorio del ovario.

La porción del ligamento ancho por la cual se suspende el ovario es el mesovario, la porción del ligamento ancho que forma el mesenterio de la trompa uterina es el mesosálpinx y la principal porción del ligamento ancho o mesometrio está por debajo del mesosálpinx y el mesovario.

El peritoneo cubre al útero por delante y por encima, excepto por la porción vaginal del cuello uterino. El peritoneo se repliega anteriormente del útero sobre la vejiga y posteriormente sobre la porción posterior del fondo de saco vaginal sobre el recto. El cuerpo uterino inferior (istmo) y el cuello se sitúan en contacto directo con la vejiga sin peritoneo interpuesto. Posteriormente, el cuerpo y la porción supravaginal del cuello uterino están separados del colon sigmoideo por una capa de peritoneo y la cavidad peritoneal u del recto por el fondo de saco rectouterino.

II.I.V.II.I Vasculatura:

La irrigación deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas.

II.I.V.II.II Linfáticos:

- Fondo uterino: la mayoría pasan a los ganglios linfáticos lumbares, algunos a los ganglios linfáticos ilíacos externos o discurren a lo largo del

ligamento redondo del útero hasta los ganglios linfáticos inguinales superficiales.

- Cuerpo uterino: pasan dentro del ligamento ancho hasta los ganglios linfáticos ilíacos externos.
- Cuello uterino: pasan hacia los ganglios linfáticos ilíacos internos y sacros.

II.I.V.II.III Inervación:

- Proviene principalmente del plexo uterovaginal que se extiende hasta las vísceras pelvianas desde el plexo hipogástrico inferior. Fibras simpáticas, parasimpáticas y aferentes viscerales pasan a través de este plexo.
- Inervación simpática: se origina en la médula espinal torácica inferior y atraviesa los nervios espláncnicos lumbares.
- Inervación parasimpática: se origina en los segmentos medulares S2 a S4 y atraviesa los nervios espláncnicos pélvicos hasta el plexo hipogástrico inferior/uterovaginal.

II.I.V.III Trompas uterinas

Se extienden desde los cuernos uterinos y se abren en la cavidad peritoneal cerca de los ovarios. Están situadas en el mesosálpinx. Típicamente se extienden en sentido posterolateral hasta las paredes laterales de la pelvis donde ascienden y se arquean sobre los ovarios, aunque la posición de trompas y ovarios es variable durante la vida y los lados derecho e izquierdo son asimétricos a menudo. Cada trompa uterina se divide en cuatro porciones:

- Infundíbulo: es el extremo distal con forma de embudo que se abre en la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal (ostium). Sus prolongaciones digitiformes, las franjas, se extienden sobre la cara medial del ovario.

- Ampolla: la porción más ancha y más grande, comienza en el extremo medial del infundíbulo.
- Istmo: la porción de pared gruesa, entra en el cuerno uterino.
- La porción uterina: es el segmento intramural corto que atraviesa la pared del útero y se abre a través del orificio uterino en la cavidad uterina.

II.I.V.III.I Vascularización:

Las ramas tubáricas se originan como ramas terminales que se anastomosan de las arterias uterinas y ováricas. Las venas drenan en las venas ováricas y el plexo venoso uterino.

II.I.V.III.II Linfáticos:

Drenan en los ganglios linfáticos lumbares.

II.I.V.III.III Inervación:

Deriva en parte del plexo ovárico y en parte del plexo uterino.

II.I.V.IV Ovarios:

Con forma de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de los pelvis suspendidos por el mesovario (parte del ligamento ancho). El extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento transporta los vasos, linfáticos y nervios ováricos hacia y desde el ovario, y constituye la porción lateral del mesovario. El ovario también se fija al útero mediante el ligamento propio del ovario, que se extiende dentro del mesovario. El ligamento conecta el extremo

proximal uterino del ovario al ángulo lateral del útero, por debajo de la entrada de la trompa uterina.

II.I.V.IV.I Vasculatura:

Las arterias ováricas provienen de la aorta abdominal, en el reborde pelviano, las arterias ováricas cruzan sobre los vasos ilíacos externos y entran a los ligamentos suspensorios. La arteria ovárica envía ramas a través del mesovario al ovario y a través del mesosálpinx para irrigar la trompa uterina. Las ramas ováricas y tubáricas se anastomosan con las ováricas y tubáricas de la arteria uterina.

Las venas que drenan del ovario forman el plexo pampiniforme de venas cerca del ovario y la trompa uterina. La vena ovárica derecha asciende para entrar en la vena cava inferior y la vena ovárica izquierda drena en la vena renal izquierda.

II.I.V.IV.II Linfáticos:

Siguen a los vasos sanguíneos ováricos y se unen a los provenientes de las trompas uterinas y el fondo del útero a medida que ascienden hacia los ganglios linfáticos lumbares.

II.I.V.IV.III Inervación:

Los nervios descienden a lo largo de los vasos ováricos desde el plexo ovárico, que comunica con el plexo uterino. Las fibras parasimpáticas en el plexo derivan de los nervios espláncnicos pélvicos. Las fibras aferentes desde el ovario entran en la médula espinal a través de los nervios T10 y T11.

II.I.VI Fisiología

II.I.VI.I Fisiología del aparato reproductor femenino

Las hormonas sexuales femeninas son los estrógenos y gestágenos.

- Estrógenos: el más potente es el estradiol y la estrona, el menos potente es el estriol
- Gestágenos: progesterona

Se producen en los ovarios y tienen una estructura química de hormona esteroides. Las glándulas encargadas de mantener la circulación de las hormonas sexuales son los ovarios, el hipotálamo y la hipófisis.

El hipotálamo en la base del cerebro, rige todo el sistema hormonal, pues controla la producción de las hormonas puestas en circulación en el organismo e interviene en otros fenómenos como la regulación de la temperatura corporal, el peso, el apetito y las emociones. Además, el hipotálamo restablece el equilibrio en caso de exceso o insuficiencia de secreción hormonal.

La hipófisis es una pequeña glándula endocrina ubicada bajo el hipotálamo que dinamiza la producción hormonal de los ovarios. Los ovarios son las glándulas sexuales femeninas que rigen el ciclo menstrual.

El funcionamiento de estas tres glándulas es el siguiente: el hipotálamo envía una sustancia química (el LHRH) a la hipófisis, que transmite dos hormonas llamadas gonadotropinas (FSH y LH) a los ovarios. Éstos producen las hormonas estrógenos y progesterona, que posibilitan la existencia de ciclos regulares, menstruaciones normales, ausencia de dolores, un adecuado moco ovulatorio y un buen desarrollo de las mucosas. Las hormonas femeninas: producen

- Un crecimiento rápido que también se detiene.
- No tienen efecto anabólico
- Produciendo en la mujer la distribución de las grasas
- El aumento de las mamas
- No modifican la voz
- Estimulan la lívido

Los estrógenos retienen sal y agua, aumentan el peso corporal y reducen los niveles de colesterol plasmático. Influyen en el desarrollo de los caracteres sexuales y en la maduración de los órganos sexuales femeninos. El estradiol es el estrógeno más importante, encargado del desarrollo de los llamados órganos diana del sistema reproductor: mamas, vagina y útero. También del ensanchamiento de la pelvis, crecimiento y distribución del vello corporal y la iniciación del ciclo menstrual.

Por su parte, la progesterona influye en el desarrollo de las glándulas mamarias y prepara el útero para la implantación del óvulo. Aumenta sus niveles a partir del día 14 del ciclo menstrual e induce en el útero cambios imprescindibles para la implantación del óvulo que ha sido fecundado. También interviene durante el embarazo en la preparación de las mamas para la lactancia.

II.I.VI. II. Fisiología Del climaterio

En las mujeres mexicanas la menopausia ocurre en promedio entre los 47 y 49 años, siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual

pueden presentarse los síntomas y signos característicos del climaterio. (NOM-035-SSA2 2002). A partir de los 40 años de edad y de forma variable en cada mujer, la función de los ovarios sufre una serie de transformaciones progresivas, hasta que se llega a un total agotamiento de la reserva folicular. Este es el elemento determinante de la aparición de la menopausia, que conlleva una pérdida de la capacidad de secreción hormonal ovárica y la puesta en marcha de una serie de mecanismos de compensación.

La pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual, que se produce en varios años, en promedio dura entre 4 a 6 años, en esta etapa, la función ovárica va fluctuando, aumentado o disminuyendo. En el sistema nervioso central (SNC), más específicamente en el hipotálamo, se secreta la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH), péptido que estimula la 28 glándula hipófisis para la secreción de las gonadotrofinas FSH y LH (hormona luteinizante). Las gonadotrofinas actúan sobre los ovarios y estimulan la producción y secreción de las siguientes hormonas esteroideas: estrógenos, progesterona y andrógenos, que participan en la regulación del ciclo menstrual.

A lo largo de la última década de actividad ovárica se observa una franca aceleración en la pérdida de los folículos que coincide con un aumento selectivo de la FSH debido a que se va perdiendo el mecanismo de retroalimentación negativo desde el ovario ejercido por la inhibina. Además, los pocos folículos que van quedando, presentan disminuida la respuesta a las gonadotrofinas. El primer evento hormonal que marca el comienzo de la perimenopausia es la disminución de la inhibina β que se evidencia en la primera fase del ciclo sin que se produzca cambios significativos en la gonadotrofina FSH.

El aumento paulatino de la FSH favorece el crecimiento folicular acelerado que genera la fase de hiperestrogenismo en la perimenopausia. Es habitual encontrar en este momento valores de FSH levemente aumentados y niveles de estrógenos exagerados, que confunden si la determinación no se hace en el contexto clínico adecuado. Es importante conocer esta fase por implicancias clínicas que tiene, ya que además marca el comienzo del periodo de perimenopausia.

II.I.VII Clínica (Signos y síntomas)

cuadro clínico del climaterio esta originado, directa o indirectamente, por la disminución de estrógenos. Existen fundamentalmente dos tipos de síntomas: unos, locales o genitales, inducidos por la atrofia, y otros de tipo general.

II.I.VII.I Síntomas Locales

El ovario experimenta cambios muy importantes en esta época de la vida. Disminuye de tamaño y llega a alcanzar dimensiones inferiores al tamaño de una almendra. Su superficie es rugosa, al corte no se observan formaciones quísticas y muestra un aspecto fibroso.

II.I.VII.II Síntomas vasomotores, bochorno, sudoración:

bochorno, sudoración. Son los síntomas más clásicos de la deficiencia de estrógenos; 70 a 80% de las pacientes en el climaterio sufren de bochornos; suelen hacerse muchos más intensos cerca de la menopausia, cuando los niveles de estrógenos decrecen rápidamente. Se les describe como periodos transitorios y recurrentes de enrojecimiento facial, que pueden extenderse al cuello, a los hombros y a la parte superior del tórax, asociados a sudoración y sensación de calor (que puede ser con elevación de temperatura de 1 a 2

grados), que se acompañan a menudo de palpitaciones y sensación de ansiedad. En ocasiones, van seguidos de escalofríos; cuando ocurren de noche, pueden perturbar el sueño. Ocurre en promedio de 5 a 10 episodios por día. Después de la menopausia quirúrgica, los episodios suelen ser más frecuentes e intensos

II.I.VII.III Síntomas Genitourinarios:

Hemorragia anormal, alteración menstrual, sangrado posmenopáusico, sequedad vaginal, dispareunia, molestias urinarias, distopia genital, infertilidad. Más de 50% de las mujeres durante el climaterio tiene alteraciones menstruales (polimenorrea, hipomenorrea, hipermenorrea, oligomenorrea). La hemorragia puede llegar a ser irregular, intensa y/o prolongada, siendo necesario el descarte de patología orgánica, para el tratamiento adecuado. De especial importancia, es el sangrado posmenopáusico, en el cual siempre debe descartarse patología endometrial, sobre todo cáncer de endometrio.

La vejiga y la vagina son órganos muy sensibles a los estrógenos; su deficiencia produce atrofia en ambos tejidos. En la vagina, se manifiesta con adelgazamiento, sequedad, prurito, dolor y dispareunia; en la vejiga y uretra, se manifiesta por disuria, poliaquiuria, urgencia urinaria, nicturia y algunas veces incontinencia urinaria; todos estos cambios predisponen a infecciones urinarias. La atrofia vaginal es un trastorno tardío de la deficiencia de estrógenos; 33% de las pacientes sufre de atrofia sintomática a los cinco años de iniciada la menopausia. Por otro lado, la pérdida de elasticidad de los tejidos del piso pélvico se traduce en distopia genital (histerocele, cistocele, enterocele, rectocele). Otros cambios en el aparato genital son la reducción del tamaño del útero, del endometrio y de los ovarios.

II.I.VII.IV Síntomas Cardiovasculares:

Palpitaciones, dolor precordial disnea y enfermedad Coronaria Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la arteriopatía coronaria y la enfermedad vascular cerebral, son un problema de salud pública hoy en día; producen más de 50% de todas las defunciones en EE UU, en las mujeres mayores de 50 años. Uno de los factores de riesgos cardiovasculares más reconocidos después de la menopausia es el hipoestrogenismo.

Aunque la hipoestrogenemia es al parecer un factor de primer orden que contribuye a la enfermedad cardiovascular en la mujer, otros riesgos modificables, como la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, pueden tener la misma importancia Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión de la aterosclerosis coronaria; con ello, las enfermedades cardiovasculares se incrementan en forma sustancial.

II.I.VII.V Síntomas osteomusculares:

Dolor osteomuscular, lumbalgia, osteopenia, osteoporosis 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 bien la

osteoporosis es de causa multifactorial, la falta de estrógenos es un condicionante muy importante.

II.I.VII.VI Neuropsiquiátricos:

Cefalea, depresión, insomnio, alteración de conciencia, alteración de memoria, vértigo, ansiedad, irritabilidad, disminución de la libido. Si bien se reconoce que todos los cambios relacionados a la falla ovárica primaria van a ser productos de procesos naturales, esto afecta mucho las mujeres, ya que algunas lo relacionan con pérdida de su juventud, de su feminidad, contribuyendo a causar ansiedad e incertidumbre. Se ha planteado que las hormonas producidas por el ovario, como los estrógenos, la progesterona y la testosterona, tienen influencia en el cerebro, activando procesos complejos a través de los neurotransmisores.

Si bien estos procesos no están completamente clarificados, se plantea que la deficiencia de estrógenos va a alterar los niveles de catecolaminas (dopamina y norepinefrina), acetilcolina y monoamino oxidasa, a nivel del sistema nervioso central, y con ello condicionar las alteraciones del humor, del estado de ánimo, la memoria, así como de la libido en la mujer. Sin embargo, se reconoce también que aquí intervienen mucho otros factores, como los culturales, sociales, ambientales y psicológicos, que van hacer que todas las manifestaciones del climaterio y la menopausia se vuelvan complejas y variadas. En la actualidad, muchos estudios fallan en demostrar esta asociación.

II.I.VII.VII Modificaciones en la piel adelgazamiento, sequedad, arrugas:

Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos; todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos.

II.I.VIII Complicaciones del climaterio

Fenómenos clínicos biológicos directamente relacionados con menopausia.

II.I.VIII.I Cambios hormonales:

Desde un punto de vista endocrino la menopausia puede definirse cómo la pérdida de respuesta ovárica a la estimulación de las gonadotropinas. La FSH que ha ido aumentando progresivamente a lo largo de la Perimenopausia experimenta en este período su máximo nivel. Aunque la LH también se eleva a tasas superiores, sin embargo, fluctúa dependiendo de los estrógenos circulantes.

Las tasas circulantes de estradiol disminuyen y junto con la estrona son sintetizadas, en su mayor parte, en el tejido adiposo a partir de los andrógenos. La progesterona es casi inexistente, y proviene de las suprarrenales, así como la androstenediona. La testosterona proviene de suprarrenales y ovario y, también, por conversión de la androstenediona en el tejido adiposo y musculo. En definitiva, a partir de esta época existe una reducción manifiesta de la secreción y por tanto de sus niveles plasmáticos, de estrógenos y progesterona.

II.I.VIII.II Sangrado uterino:

El sangrado uterino es más típico de la época premenopáusica. Los ciclos tienden a acortarse con la edad, pero el patrón menstrual suele permanecer intacto hasta los 45 años. La amenorrea y oligomenorrea son más frecuentes que las metrorragias, con las que suelen alternarse.

II.I.VIII.III Síntomas vasomotores:

El síntoma cardinal del climaterio son los sofocos. Pueden comenzar por sudoración nocturna, y ocurren en el 40% de las mujeres a partir de los 39 años, incluso en aquellas con ciclos regulares. El número de sofocos es variable y de una importancia capital, ya que algunas de las patologías que pueden encontrarse o asociarse a la menopausia pueden estar en relación con el número de sofocos y episodios de sudoración diarios.

II.I.VIII.IV Atrofia urogenital:

Si la concentración de estrógenos es insuficiente, los tejidos de la vagina, uretra y vejiga se comienzan a atrofiar. Una queja habitual es la presencia de dispareunia, que puede interferir seriamente en la vida sexual de la pareja. Son comunes la disuria, polaquiuria, incontinencia e infección urinaria.

II.I.VIII.V Fenómenos coincidentes con la menopausia.

- **Alteraciones psiquiátricas:** La psiquiatría actual no reconoce patología causada por la menopausia. Sí que es conocida la aparición en la Perimenopausia de alteraciones del ánimo, irritabilidad, insomnio, ansiedad, disminución de la libido, cefaleas y otras somatizaciones, y síntomas depresivos.

Estos trastornos son de menor entidad y se asocian con personalidades inestables o neuróticas, enfermas con patología mental o psicósomática previa, mal ajuste e insatisfacción, falta de apoyo social, nivel cultural o económico bajos y concepciones erróneas sobre la menopausia (pérdida de la feminidad, deterioro físico).

- **Alteraciones óseas: osteoporosis:** Desde aproximadamente los 40 años de edad comienza, en ambos sexos, un proceso de pérdida continuada de hueso. A partir de la aparición de la menopausia, y para muchos autores desde varios años antes, esta pérdida de hueso se acelera durante 5-7 años. De tal modo que alcanzados los 80 años de edad las mujeres habrán perdido hasta un 33% de su máxima masa ósea conseguida, frente al 25% en el caso de los hombres.

Los factores de riesgo de presentar osteoporosis más severa son, la talla baja, delgadez, cafeína, tabaco, alcohol, menopausia precoz, multiparidad, sedentarismo, antecedentes familiares de fracturas y un número de sofocos y sudoración superiores a cinco diarios.

La disminución de la masa ósea, condiciona una situación de mayor fragilidad ósea que aboca a un mayor riesgo de producción de fracturas, que asientan

preferentemente en la columna vertebral, antebrazo, costillas y cadera (cuello del fémur). Hay que hacer mención expresa de las fracturas del cuello del fémur por su mayor trascendencia sanitaria, debido a que son las que más elevada morbilidad y mortalidad producen, así como por las secuelas que originan. Por otra parte, conviene recordar, para lograr un perfecto diagnóstico y manejo de los pacientes que acudan a consulta, que la osteoporosis no acompañada de fracturas u osteomalacia no produce dolor. Se ha postulado que el mejor predictor de riesgo de fracturas es la medición de la masa ósea con la ayuda de un densitómetro óseo. Con arreglo a este tipo de medición, se considera que una mujer tiene masa ósea baja (criterios de la OMS), cuando sus valores están comprendidos entre 1 y 2.5 desviaciones estándar (DS) por debajo de los valores medios normales, considerándose osteoporosis por debajo de estos niveles.

Esta definición cuantitativa de osteoporosis, no es un asunto trivial, pues podría llegar a tener una gran repercusión en el volumen de candidatas a tratamiento. Por ejemplo, con la definición anterior el 3% de las mujeres con 50 años y hasta el 60% de las de 80 años, serán identificadas como osteoporóticas.

Por otra parte, no se debe olvidar que otros factores influyen también en la Presentación de fracturas: disminución de la agudeza visual, ingesta de medicamentos, enfermedades crónicas, deterioros sensitivo-motores y características físicas de las viviendas. De hecho, en los segmentos de edad en que la fractura de cadera tiene una alta prevalencia (mayores de 75 años), los factores relacionados con la producción de caídas, contribuyen a la misma tanto o más que la propia osteoporosis.

- **Alteraciones cardiovasculares**

La incidencia de enfermedad cardiovascular derivada de la arteriosclerosis aumenta

Considerablemente con la menopausia, de forma que, en la mujer con una función ovárica normal, la morbilidad y mortalidad por esta causa es de 1/6 frente a la del varón, mientras que, desde la menopausia, el riesgo va aproximándose al del hombre, casi igualándose después de los 65 años de edad. Asimismo, la menopausia parece relacionarse con un incremento notable en la incidencia de cardiopatía isquémica (CI), de tal modo que las mujeres en menopausia precoz presentan un RR de padecer CI 2.2. (IC. 95% 1.2-4.2) veces superior al de mujeres de la misma edad sin menopausia.

Los mecanismos a los que se ha atribuido el aumento de incidencia de estas complicaciones en la mujer tras la menopausia son: el aumento del LDL-colesterol (LDLcol) y disminución del HDL-colesterol (HDL-col), una mayor concentración de lipoproteína -A y mayor frecuencia de hipertensión arterial. Igualmente, se ha postulado que un descenso del nivel de estrógenos disminuiría el efecto estimulante de los mismos sobre un factor de relajación endotelial, como es el óxido nítrico.

Muchos de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria en los hombres son también importantes entre las mujeres, aunque la mayoría de los datos procede de estudios realizados en hombres y sólo incluyen una pequeña muestra de mujeres, por lo que a menudo no es posible extrapolar los resultados de estos estudios al resto de la población femenina. Además, la magnitud de los efectos encontrados puede ser diferente en cada sexo y adicionalmente existen factores que son exclusivos de las mujeres.

Los trastornos específicos de la menopausia son los de la Perimenopausia y climaterio: sangrados uterinos disfuncionales, síntomas vasomotores (sofocos, sudoración) y algunos de los síntomas genitourinarios (dispareunia, disuria e incontinencia).

Pueden observarse otros trastornos que, sin embargo, son coincidentes con la menopausia puesto que son mucho menos específicos y sujetos a influencias multifactoriales (osteoporosis y cardiopatía isquémica). La menopausia sólo añade un factor más de riesgo, que no debería condicionar un abordaje específico para mujeres menopáusicas sino el habitual en dichas patologías.

II.I.IV Diagnósticos del climaterio

II.I.IV.I Diagnóstico clínico:

Debe realizarse un Interrogatorio sobre los antecedentes de la paciente: insuficiencia ovárica en familiares, galactosemia, parotídea, presencia de enfermedades autoinmunitarias, cirugías a nivel de ovarios, exposición a radiaciones o citatorios y tabaquismo. Debe conocerse también la edad en que aparecieron los síntomas, ya que a estos se presentan antes de los 40 años, bien pudiera tratarse de una insuficiencia ovárica prematura.

Respecto de los síntomas y signos, debe investigarse el tiempo de inicio, la intensidad, la frecuencia de presentación y la medicación recibida para su corrección, así como el tiempo de administración. Debe acompañarse de una exploración física completa.

El diagnóstico de síndrome climatérico es eminentemente clínico, y el de menopausia solo puede establecerse en retrospectiva, después de que la mujer ha padecido amenorrea durante 12 meses.

II.I.IV.II Menopausia quirúrgica

Es la suspensión brusca de las hormonas femeninas al ser retirado los ovarios. Si se retira solo el útero o matriz y no los ovarios, técnicamente decía de una histerectomía a menstruar, pero los ovarios siguen funcionando, por tanto, los cambios aparecerán gradualmente en la medida en que los ovarios disminuyan su funcionamiento hormonal. La histerectomía consiste en la extirpación del útero o matriz, ya sea por vía abdominal o vaginal.

II.I.IV.III Diagnostico hormonal

En el diagnóstico puede ser útil la medición de hormona luteinizante (LH), hormona estimulante del folículo (FSH) y estradiol (E₂). Los análisis deben realizarse entre el tercero y el quinto día del ciclo, si es que la paciente aún tiene periodos menstruales, o cualquier día, en el caso de presentar amenorrea.

Se considera que un valor de FSH por arriba de 30 mUL/ml es indicativo de insuficiencia ovárica, si se asocia a una cifra de E₂ por debajo de 30 pg/ml. El incremento leve de la FSH mayor a 15 mUL/ml puede sugerir el diagnóstico, sobre todo durante la premenopausia cuando empieza a disminuir la inhibina, lo que permite que la FSH empiece a aumentar, aun con E₂ normal.

Se ha observado que existen ciclos ovulatorios ocasionales (entre 12 y 23% de los casos), lo cual puede llevar a errores en el diagnóstico, ya que las determinaciones en un ciclo pueden coincidir con un ciclo ovulatorio. Se ha observado que la sensibilidad de la determinación de FSH y E, es muy baja en el climaterio premenopáusico, sobre todo en obesas, dada la conversión periférica de andrógenos a estrógenos. Además, se han descrito tres patrones poco usuales de gonadotropinas y Es: 1) LH y FSH altas con E, alto y sin relación con el pico preovulatorio, 2) FSH alta con LH baja, y 3) LH alta sin incremento equivalente de FSH.

Lo anterior debe tenerse en cuenta al evaluar a la mujer, ya que puede considerarse la ausencia de climaterio en la paciente. Una vez que han pasado 12 meses de la menopausia, la determinación de FSH y E, refleja una sensibilidad elevada, pero está por demás realizar estos análisis, y que el diagnóstico clínico resulta obvio. Es deber del personal de salud, además de diagnosticar el climaterio, valorar en forma integral a la paciente. Valorar las mamas, los genitales y diagnosticar trastornos metabólicos tales como hiperglucemia o dislipidemias; también debe documentar el estado de la masa ósea, ya que todos estos aspectos coexisten en esta etapa de la vida.

II.I.X trastornos sexuales durante el climaterio

II.I.X.I Deseo sexual hipoactivo o anafrodisia:

Disminución o ausencia de fantasías o deseo sexual de forma permanente o recurrente. Incluye la falta de disposición hacia la sexualidad, el placer y el contacto corporal erógeno. Este parámetro debe ser evaluado por un profesional,

que contemple la existencia de otros factores como edad y contexto de la vida de la mujer, que pudieran tener implicancias en la actividad sexual.

Es causado principalmente por aburrimiento, falta de interés por la pareja, o secundario a otra patología (anorgasmia o dispareunia). Es uno de los trastornos de mayor dificultad de tratamiento, cuyo éxito no supera el 50% de los casos debido a que es difícil determinar lo que es normal, si se considera que el deseo sexual es individual y puede variar según el nivel socioeconómico, la educación, factores religiosos, geográficos y culturales-

II.I.X.I.I Aversión sexual (fobias):

Aversión extrema persistente o recidivante y con evitación de todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno. Se asocia a historia de abuso sexual y alteraciones significativas en la relación de pareja.

II.I.X.II Trastorno de la excitación:

Incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la lubricación propia de la fase de excitación, hasta el término de la actividad sexual. Éste se manifiesta a través de la ausencia de lubricación y tumescencia vaginal. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno ni tampoco como causa única debido a efectos fisiológicos directos de fármacos o patologías. Se asocia fundamentalmente a déficit estrogénico y a una estimulación inadecuada e

insuficiente, debida especialmente a que la mujer mayor requiere de una preparación previa y un juego sexual más prolongado.

II.I.X.III. Trastornos orgásmicos femeninos:

Ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal, pasando repentinamente desde la etapa de meseta hacia la de resolución. El diagnóstico se realiza cuando se considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación recibida, aun cuando las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno ni tampoco como causa única debido a efectos fisiológicos directos de fármacos o patologías.

Este trastorno es más frecuente en la etapa peri y post menopausia en la mujer. Se debe a una estimulación insuficiente, o es secundario a una eyaculación precoz en la pareja. La anorgasmia primaria rara vez es causada por agentes orgánicos. Dentro de los factores psicológicos se encuentran: influencia negativa de la familia (autoestima e imagen deterioradas), hogar restrictivo (poca privacidad), mala relación con la pareja (indiferencia, falta de comunicación, confianza y hostilidad), depresión y ansiedad.

II.I.X. IV. Trastornos del dolor

II.I.X.IV.I Dispareunia: Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, provocando desde irritación vaginal, hasta un profundo dolor. La

alteración no es debida sólo a vaginismo o falta de lubricación, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno ni tampoco como causa única debido a efectos fisiológicos directos de fármacos o patologías. Se debe identificar la causa orgánica y corregirla. El tratamiento será realizado por psicoterapeuta, para reafirmar la imagen corporal o realizar cambios en la técnica sexual (buscar posiciones que disminuyan el dolor) o uso de antiinflamatorios en casos específicos.

II.I.X.IV.II Vaginismo: (no debido a patología médica). Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere en el coito. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno ni tampoco como causa única debido a efectos fisiológicos directos de fármacos o patologías. Es causado mayoritariamente por fobias sexuales, traumas o abuso sexual, y también por problemas en la relación de pareja. Para esta situación se necesita de apoyo psicológico más la ayuda de la pareja

II.I.XI Tratamiento

Durante el climaterio, incluso antes de esta etapa, se recomienda realizar mejoras en el estilo de vida:

- Dieta saludable. Consumo de verduras, frutas, productos lácteos bajos en grasa, granos enteros, pollo, pescado y frutos secos.
- Patrón de alimentación saludable de acuerdo con la edad, el peso y la Actividad física. Debe incluir: frutas, verduras, granos enteros, alimentos Con alto contenido en fibra, pescado, grasas saturadas < 10% de la energía Y consumo de sodio menor a una cucharada diaria.
- Evitar o eliminar el tabaquismo.

- Realizar actividades físicas con regularidad. El ejercicio puede evitar el Aumento de peso en las mujeres peri y posmenopáusicas.
- Tratamiento de la dispareunia. Pueden prescribirse lubricantes vaginales o gel de polícarbofilo.

Parte del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo implica el control de peso, ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico, aplicación de conos vaginales, pesarios intravaginales o estimulación eléctrica funcional.

La terapia de reemplazo hormonal no está indicada en el tratamiento de la incontinencia; sin embargo, puede prescribirse antes de la cirugía o en pacientes con urgencia miccional y para los síntomas de irritación miccional y prevención de infecciones urinarias recurrentes en mujeres posmenopáusicas.

II.I.XI.I Terapia de reemplazo hormonal

La terapia de reemplazo hormonal debe individualizarse en cada paciente, pues los beneficios y riesgos varían según las características de cada una. La terapia de reemplazo hormonal está justificada en mujeres sanas, menores de 60 años de edad, o en los primeros 10 años de menopausia.

Las principales indicaciones de la terapia de reemplazo hormonal para el control de las alteraciones del climaterio son:

- Síntomas vasomotores (bochornos,
- Sudoraciones o taquicardias),
- Atrofia vulvovaginal (dispareunia, sensación
- De quemazón, resequedad)
- Prevención de la osteoporosis en mujeres

- Posmenopáusicas (pacientes con factores de riesgo para osteoporosis), siempre y cuando no exista contraindicación.

El protocolo de terapia hormonal debe considerar las características de cada mujer y evaluación de los riesgos.

Los factores a considerar antes de iniciar la terapia son:

- Edad de la paciente,
- Edad a la menopausia,
- Causa de la
- Menopausia,
- Tiempo desde la menopausia,
- Prescripción de hormonas,
- Vía de administración,
- Dosis y enfermedades durante la terapia,
- Antecedentes de cáncer cérvico-uterino o mamario.

La dosis de terapia de reemplazo hormonal debe ser la menor posible y durante el menor tiempo para controlar los síntomas de la menopausia.

La individualización es importante; además, deberán considerarse los factores de riesgo personales de la mujer y sus prioridades de calidad de vida. Cualquier vía de administración es efectiva para el tratamiento de los síntomas vasomotores.

- Las vías transdérmica y oral a dosis bajas de estrógenos y tibolona se asocian con menor riesgo de tromboembolismo venoso y accidente cerebrovascular, comparadas con dosis estándar de estrógenos por vía oral; sin embargo, la evidencia de estudios con asignación al azar y controlados es aún insuficiente. En la paciente con síndrome climatérico e

hipertensión arterial, hipertrigliceridemia o hepatopatía crónica deberá considerarse la vía transdérmica.

- La terapia hormonal sistémica y con dosis bajas de TE vaginal (crema de Estrógenos conjugados, anillo u óvulos de estradiol) es efectiva para disminuir los síntomas moderados a graves de la atrofia vulvar y vaginal. No se requieren progestinas para la protección endometrial de mujeres en tratamiento con estrógenos vaginales.
- El agonista-antagonista de estrógenos “ospemifeno” por vía oral está aprobado para esta complicación.

En las mujeres con insuficiencia ovárica primaria o menopausia temprana sin contraindicaciones para terapia hormonal debe considerarse su prescripción o anticonceptivos con estrógenos y progestágenos combinados hasta la edad promedio de la menopausia natural. La duración máxima del tratamiento debe considerarse también en mujeres sintomáticas.

- Los estrógenos mejoran el ánimo de las pacientes con síntomas depresivos durante el climaterio y pueden aumentar la respuesta clínica en quienes reciben inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
- Para el tratamiento del adenocarcinoma de endometrio (estadio 1) puede indicarse la terapia iatrogénica en mujeres con síntomas moderados a severos.
- Los estrógenos sistémicos en monoterapia son efectivos en mujeres histerectomizadas.
- En las pacientes con útero pueden adicionarse progestágenos para reducir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio.

Para elegir adecuadamente las progestinas deberá considerarse, además de la protección endometrial, su tolerancia, repercusión en el metabolismo y efectos de los agentes mineralocorticoides, glucocorticoides y androgénicos.

- La tibolona puede indicarse en pacientes con trastornos de sangrado uterino disfuncional durante la perimenopausia, pues ha demostrado reducción del sangrado.

Las dosis más bajas de terapia hormonal son efectivas, ofrecen mayor beneficio y menos riesgos. La duración del tratamiento debe coincidir con los objetivos y cuestiones de seguridad, además de individualizarse para cada paciente.

II.I.XI.II Contraindicaciones de la terapia hormonal.

- Cáncer de mama.
- Neoplasias malignas dependientes de estrógenos.
- Sangrado uterino anormal de causa desconocida.
- Hiperplasia endometrial no tratada.
- Tromboembolismo venoso idiopático o previo.
- Enfermedad tromboembólica arterial.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad hepática aguda.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Hipersensibilidad a los fármacos o sus excipientes.
- Porfiria cutánea (contraindicación absoluta)

II.I.XI.III Anticonceptivos hormonales

Las mujeres de edad mediana que ya no deseen embarazarse deben recibir anticonceptivos hormonales después del último periodo menstrual hasta completar

II.I.XI.III.I 1 año de tratamiento

Los métodos anticonceptivos que contienen estrógenos deben prescribirse con precaución en mujeres de mediana edad, fumadoras, con obesidad u otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración tienen buena aceptación y apego.

-El DIU con levonorgestrel puede indicarse como tratamiento de primera línea para pacientes con sangrado menstrual abundante.

-Los beneficios de los anticonceptivos combinados con estrógeno-progestágeno en mujeres perimenopáusicas incluyen: disminución de los síntomas vasomotores y sangrado uterino anormal, reducción del riesgo de cáncer de ovario y endometrio, y mantenimiento de la densidad mineral ósea.

II.I.XI.IV Andrógenos:

La terapia hormonal con efecto androgénico es efectiva para aumentar el deseo sexual hipoactivo, la excitación y el orgasmo en mujeres posmenopáusicas, cuidadosamente seleccionadas y sin ninguna alteración adicional. Las mujeres deben ser informadas de los efectos adversos y riesgos a largo plazo.

II.I.XI.V. Moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM):

Incluyen:

- Tamoxifeno, aprobado para la prevención y tratamiento del cáncer de mama.
- Toremifeno, aprobado para el tratamiento del cáncer de mama.
- Raloxifeno, aprobado para la prevención y tratamiento de la osteoporosis, y la prevención del cáncer de mama. Aumenta la densidad mineral ósea y disminuye el riesgo de fracturas vertebrales osteoporóticas, excepto el riesgo de fracturas de cadera y no vertebrales.
- Ospemifeno, aprobado para el tratamiento de la dispareunia por atrofia vaginal; equilibra el pH y el índice de maduración vaginal en mujeres posmenopáusicas.

El primer complejo estrógeno selectivo de tejido (TSEC) consiste en un emparejamiento de estrógenos conjugados con el SERM bazedoxifeno, aprobado para el tratamiento de síntomas vasomotores y la prevención de osteoporosis en mujeres que aún conservan su útero. El bazedoxifeno ofrece protección endometrial, por lo que no se necesita un progestágeno.

Los SERM deben evitarse en mujeres con alto riesgo de trombosis, pues aumentan el riesgo de Tromboembolismo vascular, similar a la terapia con estrógenos por vía oral.

II.I.XI.VI Tratamiento no hormonal:

Los medicamentos no hormonales para el control de los síntomas vasomotores se consideran en pacientes que no desean recibir terapia hormonal o en quienes exista contraindicación.

Los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN) son efectivos para disminuir la frecuencia y severidad de los síntomas vasomotores.

Algunos ISRS e IRSN inhiben la acción del citocromo P450 y disminuyen la eficacia del tamoxifeno, por lo que debe evitarse su indicación en forma conjunta.

El inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina con mayor efectividad para el control de los síntomas vasomotores es la desvenlafaxina.

En relación con veraliprida, deben considerarse los siguientes puntos:

- Solo está indicada para el control de las crisis vasomotoras y manifestaciones psicofuncionales del climaterio.
- Las pacientes deben mantenerse en seguimiento estrecho y reportar cualquier sospecha de reacción adversa.

La indicación de veraliprida para el control de los síntomas vasomotores en el climaterio debe establecerse exclusivamente con las dosis recomendadas

II.I.XI.VII Fitoterapia:

Es efectiva en pacientes con síntomas vasomotores leves.

El consumo de soya en la dieta (legumbres, soja, tofu), isoflavonas y otras formas de fitoestrógenos reducen los síntomas de la menopausia, aunque los ensayos clínicos demuestran que sus beneficios generalmente son similares a los del placebo.

El consumo regular de isoflavonas de soya en la dieta puede inhibir la evolución de la aterosclerosis, que debe iniciar 5 años después de la aparición de la menopausia.

- Melatonina

Los suplementos de melatonina pueden tener efectos benéficos en pacientes

Con trastornos del sueño.

- vitaminas, minerales y calcio

La importancia del consumo adecuado de calcio para la salud del esqueleto está bien establecida; ensayos clínicos aleatorios demuestran que la combinación de calcio y vitamina D ejerce una función importante en la prevención de fracturas. Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos (leche, queso y yogur), que proporcionan un promedio de 70% de la ingesta total de en pacientes de mediana edad, incluso en las adultas mayores.

- La dosis diaria recomendada es de 1,000 mg para las mujeres jóvenes y de 1,200 mg para los mayores de 50 años.
- La dosis de vitamina D es de 600 UI/día en mujeres jóvenes y de 800 UI/día en mayores de 70 años de edad.
- Los ácidos grasos omega-3 (aproximadamente, 850 a 1000 mg de ácido eicosapentaenoico y ácido docosahexaenoico) pueden indicarse a mujeres con cardiopatía coronaria; las dosis de 2 a 4 g pueden prescribirse a mujeres con concentraciones altas de triglicéridos.

II.I.XII Promoción y prevención en la salud durante el síndrome de climaterio

La identificación y gestión de los riesgos asociados con el climaterio es fundamental para prevenir complicaciones a largo plazo. Las siguientes estrategias son clave en la prevención y control de riesgos:

II.I.XII.I Evaluación de la salud cardiovascular: Las mujeres en climaterio tienen un riesgo elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Es fundamental controlar la presión arterial, los niveles de colesterol y adoptar un estilo de vida saludable que incluya una dieta equilibrada, ejercicio regular y abstinencia del tabaco.

II.I.XII.II Prevención de la osteoporosis: Para prevenir la pérdida ósea, se recomienda una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, así como la realización de ejercicios de resistencia y peso. En algunos casos, se puede considerar la terapia de reemplazo hormonal bajo supervisión médica.

II.I.XII.III Salud mental: Es importante abordar los cambios emocionales y psicológicos que pueden surgir durante el climaterio. Las intervenciones pueden incluir terapia cognitivo-conductual, apoyo psicológico, y, cuando sea necesario, tratamiento farmacológico.

II.I.XII.IV Educación para la salud individual y grupal

La educación para la salud es esencial para empoderar a las mujeres en climaterio, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su salud. La educación debe abordarse tanto a nivel individual como grupal:

II.I.XII. IV.I Educación individual

En el ámbito individual, es importante que los profesionales de la salud proporcionen información personalizada sobre el climaterio y sus posibles efectos. Esto incluye:

- **Consejería sobre estilos de vida saludables:** Las mujeres deben recibir orientación sobre la importancia de una dieta balanceada, la actividad física regular, y la reducción de factores de riesgo como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.
- **Información sobre opciones de tratamiento:** Es esencial que las mujeres comprendan las opciones de tratamiento disponibles para manejar los síntomas del climaterio, como la terapia de reemplazo hormonal, fitoterapia, y otros tratamientos no hormonales.
- **Apoyo psicológico:** Proporcionar acceso a recursos de apoyo emocional y psicológico es crucial para ayudar a las mujeres a lidiar con los cambios que experimentan durante el climaterio.

II.I.XII. IV.II Educación grupal

La educación grupal ofrece una plataforma para que las mujeres compartan experiencias y reciban apoyo mutuo. Los programas de educación grupal pueden incluir:

- **Talleres de salud:** Talleres sobre nutrición, ejercicio, manejo del estrés, y prevención de enfermedades crónicas pueden ayudar a las mujeres a adoptar comportamientos saludables.
- **Grupos de apoyo:** Los grupos de apoyo permiten a las mujeres compartir sus experiencias y estrategias para manejar los síntomas del climaterio, lo que puede reducir el sentimiento de aislamiento y aumentar el bienestar emocional.

- Campañas de concienciación: Las campañas dirigidas a mujeres en climaterio pueden aumentar el conocimiento sobre los riesgos de salud asociados con esta etapa y fomentar la adopción de medidas preventivas.

II.I.XII.IV.III Actividades preventivas

Como consecuencia de la deprivación estrogénica que tiene lugar en la posmenopausia, pueden ir apareciendo a medio y largo plazo distintos problemas de salud, entre los que pueden destacarse los derivados de la atrofia genitourinaria, así como la osteoporosis y los problemas cardiovasculares. Existen, sin embargo, otras enfermedades no directamente relacionadas con los cambios hormonales de esta época que pueden beneficiarse de una adecuada prevención. Entre ellas cabe citar la prevención del cáncer ginecológico y de mama, así como de la obesidad y la hipertensión.

II.I.XII. IV.IV Cáncer ginecológico y de mama

Si bien la menopausia no está considerada como un factor de riesgo para la mayoría de patologías malignas del aparato genital o de la mama, no debe olvidarse que a frecuencia de la mayoría de dichas entidades aumenta con la edad.

II.I.XII. IV.V Cáncer de cérvix

Aunque suele presentarse en épocas anteriores de la vida, debe continuarse efectuando la citología cervicovaginal de Papanicolaou para su detección precoz. El Pla de Salut de Catalunya recomienda la realización de la prueba de

Papanicolaou cada 5 años a las mujeres de 35 y 65 años, que anteriormente se habían realizado citologías asiduamente con resultado normal. El Pla recomienda efectuar dos citologías con un intervalo anual a mujeres de más de 50 años que no se hayan realizado cribados con anterioridad; en caso de normalidad, puede seguir con la pauta de cada 5 años. Después de los 65 no es imprescindible seguir con las citologías, si se ha llevado un seguimiento anterior.

II.I.XII.IV.VI Cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio es más frecuente después de la menopausia, entre los 55 y los 65 años, especialmente en aquellas mujeres obesas, diabéticas o hipertensas. Es importante controlar las posibles pérdidas hemática genital después de la menopausia debe estudiarse pérdidas de sangre «menstrual» después de la menopausia, puesto que, si los estrógenos que se producen en el cuerpo no están compensados por la progesterona, el endometrio continúa proliferando y puede degenerar. Cualquier pérdida hemática genital que suceda después de la menopausia debe estudiarse.

II.I.XII.IV.VII Cáncer de mama

El cáncer de mama es la primera causa de muerte en las mujeres de entre 35 y 64 años; por esto, es importante conseguir un diagnóstico lo más precoz posible. El Pla de Salut de Catalunya recomienda la realización de una mamografía cada 2 años como medida de prevención secundaria a todas las mujeres de entre 50 y 64 años. Para aquellas mujeres de riesgo (historia familiar de primer grado de cáncer de mama) se aconseja la realización de este control de forma anual a partir de los 40 años. Asimismo, se indica que cuando se haya conseguido

atender a las mujeres de esta edad, el programa deberá extenderse a aquellas entre 65 y 69 años y a las de 45 a 50.

II.I.XII. IV.VIII Obesidad

En la edad adulta, las necesidades de crecimiento han sido superadas, y con los años disminuyen tanto la producción total de energía como los requerimientos basales. Al inicio de la menopausia, las mujeres suelen presentar una tendencia a engordar, incluso aquellas que nunca habían tenido problemas con su peso. En este aumento de peso intervienen factores relacionados con la edad que se entremezclan con aquellos propios de los cambios hormonales del climaterio. Se afirma que no sólo ocurre un cambio en la cantidad de grasa sino también en la distribución de ésta.

En las mujeres posmenopáusicas la obesidad suele localizarse en abdomen y cintura frente a la obesidad localizada en caderas, en mujeres más jóvenes. El exceso de peso predispone a un aumento de los riesgos cardiovasculares (enfermedades coronarias, hipertensión), metabólicos (hiperlipidemia, diabetes, colelitiasis) y osteoarticulares (artrosis y artritis).

II.I.XII. IV.IX Hipertensión

La hipertensión es un factor de riesgo importante de la enfermedad cardiovascular. La evolución de la presión arterial con la edad es diferente en el hombre y en la mujer; las cifras tensionales son más elevadas en los hombres de

menos de 40 años, entre los 40 y 50 años se cruzan las curvas y, a partir de los 50, son las mujeres quienes presentan tensiones más elevadas.

En esto influyen varios factores: el déficit estrogénico, la dieta y los factores genéticos. En la Encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo padecían hipertensión arterial el 14,1% de las mujeres en edad de climaterio, y en un estudio de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), la padecían el 17,9%³³. Para intentar prevenirla es recomendable llevar una dieta adecuada, no abusar del alcohol, controlar el peso, evitar el tabaquismo, así como las situaciones de estrés. Es importante mantener una actividad física adecuada y controlar periódicamente los niveles de colesterol.

II.II MARCO REFERENCIAL.

II.II.I CALIDAD DE VIDA DURANTE EL CLIMATERIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CHANCAY. DICIEMBRE 2022 - DICIEMBRE 2023.

CYNTHIA, (2023) informa:

CYNTHIA JESSICA MINAYA JAQU realizo una tesis titulada “Calidad de vida durante el climaterio en mujeres atendidas en el hospital de chancay. Diciembre 2022 - diciembre 2023” realizado en Perú en el año 2022-2023 y nos informa:

II.II.I.I Material y método:

Tipo de Estudio: Observacional, analítico y de corte transversal

II.II.I.I.I Población: Mujeres de 40 a 60 años de edad del distrito de Chancay – Provincia de Huaral – Lima entre diciembre 2022 a diciembre 2023.

Para este cálculo se aplicó la fórmula de Fisher: Datos: N: Según el INEI el cálculo de la población de mujeres entre 40 a 60 años de edad para el 2022 es de 1156

Z_{α}^2 : 1.96^2

P: para este estudio se plantea una proporción de $50\%=0.5$

$q= 1-p$ ($1-0.5= 0.5$)

d= precisión deseada 5% Según este cálculo la muestra que se necesita son 288 mujeres considerando un porcentaje de pérdida del 10% la muestra final es de 316 mujeres.

II.II.I.II Muestra: 316 Mujeres entre 40 a 60 años de edad del distrito de Chancay – Provincia de Huaral – Lima entre diciembre 2022 a diciembre 2023.

II.II.I.II.I. Técnica de Muestreo: Por conveniencia, para lo cual en el periodo de diciembre del 2022 a diciembre 2023 se en rollaran a 316 mujeres de 40 a 60 años de edad que acuden al Hospital de Chancay por una cita en consultorios externos de cualquier especialidad o como acompañantes de otro usuario de los servicios del hospital.

II.II.I.II.II Criterios de Inclusión:

- Mujeres de 40 a 60 años de edad, verificado con fecha de nacimiento a través del documento nacional de identidad, que haya aceptado y firmado el consentimiento informado.

II.II.I.II.III Criterios de Exclusión:

- Mujeres de 40 a 60 años de edad con discapacidad cognitiva, visual o auditiva que dificulte la aplicación del cuestionario MENQOL.

- Mujeres de 40 a 60 años de edad con enfermedades previas: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Cáncer.

- Mujeres de 40 a 60 años de edad post ooforectomizadas o posthisterectomía.

- Mujeres de 40 a 60 años de edad con terapia de reemplazo hormonal, antidepresivos y/o uso de ansiolíticos en los últimos seis meses.

- Mujeres de 40 a 60 años de edad embarazadas o en periodo de lactancia.

II.II.I.III Definición operacional de variables:

II.II.I.III.I Variables dependientes:

O Calidad de vida en el dominio vasomotor: Es la percepción de bienestar general que tiene la mujer sobre los síntomas respectivos al área vasomotor del climaterio y se obtiene de las respuestas a las preguntas 1al 3 de MENQOL. Variable numérica, discreta. Puntaje de 3 a 24.

II.II.I.III.II Calidad de vida en el dominio psicosocial: Es la percepción de bienestar general que tiene la mujer sobre los síntomas respectivos al área psicosocial y se obtiene de las respuestas a las preguntas 4 al 10 de MENQOL. Variable numérica, discreta. Puntaje de 7 a 56.

II.II.I.III.III Calidad de vida en el dominio físico: Es la percepción de bienestar general que tiene la mujer sobre los síntomas respectivos al área física y se obtiene de las respuestas a las preguntas 11 al 26 de MENQOL. numérica, discreta. Puntaje de 16 a 128.

II.II.I.III.IV Calidad de vida en el dominio sexual: Es la percepción de bienestar general que tiene la mujer sobre los síntomas respectivos al área sexual y se obtiene de las respuestas a las preguntas 27 al 29 de MENQOL. Variable numérica, discreta. Puntaje de 3 a 24.

II.II.I.III.IV Variables independientes:

Son las etapas del climaterio: o Premenopausia: Periodo cuando la mujer todavía conserva menstruaciones regulares. Variable categórica, dicotómica: Si/No. o Perimenopausia: Periodo cuando la mujer presenta irregularidades sea en la frecuencia y/o duración de los ciclos menstruales hasta los 12 meses después de la última menstruación. Variable categórica, dicotómica: Si/No. o Postmenopausia: Periodo cuando en la mujer ha transcurrido más de, doce meses desde la menopausia. Variable categórica, dicotómica: Si/No.

II.II.I.III. IV. I Covariables: o Edad: Es el tiempo contabilizado desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de la entrevista, se calcula en años tomando la fecha de nacimiento del documento nacional de identidad. Variable numérica, discreta: Años o Estado civil: Es la situación de convivencia administrativamente reconocida de la persona en el momento de la entrevista.

- Variable categórica, politómica: Soltera, Casada, Viuda, Divorciada. o Nivel de instrucción: Es el nivel más elevado de estudios realizados o cursados de una persona.
- Variable categórica, politómica: Iltrado, Primaria, Secundaria, Superior o Número de hijos: Es la cantidad de hijos vivos que tiene la mujer al momento de la entrevista.
- Variable categórica, dicotómica: De 0 a 2 hijos, 3 o más hijos u ocupación: Es la actividad que realiza cotidianamente la mujer.
- Variable categórica, politómica: Ama de casa, Obrera, Empleada. o Nivel socioeconómico: Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática; es el ingreso familiar promedio declarado.
- Variable categórica, politómica: Nivel socioeconómico A NSE-A (Ingreso mensual promedio 12647 soles), NSE-B (Ingreso mensual promedio 6135 soles), NSE-C (Ingreso mensual promedio 3184 soles), NSE-D (Ingreso mensual promedio 2038 soles), NSE-E (Ingreso mensual promedio 1242 soles)

II.II.I.III. IV.II Etnia: Grupo de personas que pertenecen a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural. Variable categórica, politómica: Mestiza, Blanca, Afroperuano, Indígena

II.II.I.III.V Procedimientos y técnicas

- Se solicitará permiso a la jefatura de docencia e investigación y a la dirección del Hospital de Chancay presentando el proyecto de investigación para la realización del estudio en periodo estipulado.
- Los entrevistadores que recogerán la información serán médicos ginecoobstetras y médicos residentes de ginecoobstetricia, previamente capacitados.
- Las mujeres de 40 a 60 años, edad corroborada con la fecha de nacimiento de su DNI, que acudan por una cita en consultorios externos de cualquier especialidad o que estén como acompañantes de otros usuarios serán abordadas personalmente por los entrevistadores presentándoles en forma breve y concisa el estudio luego si cumple los criterios de inclusión y exclusión se le invita a participar, si acepta firmara el consentimiento informado y de esta forma se la enrolla por conveniencia en el estudio y se procederá con la entrevista aplicando la ficha de recolección de datos.
- La entrevista con anotación en la ficha de recolección de datos se realizará en un consultorio de ginecobstetricia del Hospital de Chancay donde se recabará la edad, estado civil, nivel de instrucción, número de hijos, ocupación, nivel socioeconómico y etnia, luego a través de preguntas especializadas el entrevistador determinará en que etapa del climaterio se encuentra la mujer: Premenopausia si la mujer todavía conserva menstruaciones regulares. Perimenopausia si la mujer presenta irregularidades sea en la frecuencia y/o duración de los ciclos menstruales hasta los 12 meses después de la última menstruación y Postmenopausia si en la mujer ha transcurrido más de doce meses desde la menopausia.

Finalmente se desarrollara el cuestionario MENQOL versión traducida por Blümel que ha sido validada en Latinoamérica y Perú en estudios previos, a través de éste se explora la presencia o ausencia del síntoma; si la mujer refiere que No

le molesta se anota y se asigna puntaje de 1, si la mujer refiere que Si le molesta calificará la intensidad de su molestia en una escala de Likert de 0 a 6, donde 0 representa mínima molestia hasta 6 mucha molestia, se anotará la calificación que refiera la entrevistada, así si se anota 0 se asigna puntaje 2, si se anota 1 se asigna puntaje de 3, si se anota 2 se asigna puntaje de 4, si se anota 3 se asigna puntaje de 5, si se anota 4 se asigna puntaje de 6, si se anota 5 se asigna puntaje de 7 y si se anota 6 se asigna puntaje de 8.

Luego por cada dominio se obtiene un puntaje final que también se anotara en cada ficha aplicada, así para el dominio vasomotor preguntas del 1 al 3 el puntaje va de 3 a 24, para el dominio psicosocial preguntas del 4 al 10 el puntaje va de 7 a 56, para el dominio físico preguntas del 11 al 26 el puntaje va de 16 a 128 y para el dominio sexual preguntas del 27 al 29 el puntaje va de 3 a 24.

II.II.I.III.VI Aspectos éticos del estudio:

El proyecto de investigación será evaluado y aprobado por el Comité de Institucional de Ética del Hospital de Chancay y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia se respetará la identidad de las entrevistadas, la información se codificará manteniendo el anonimato de las participantes todo ello basado en la declaración de Helsinki.

Por el tipo de diseño de estudio esta investigación no implicará riesgos para cada participante, quien en forma voluntaria tendrá la posibilidad de salir del estudio en el momento que consideren necesario, los datos recolectados serán

manejados con precaución y confidencialidad bajo responsabilidad del investigador. El acceso libre a las bases de datos y formularios estarán también al alcance del Comité Institucional de Ética del Hospital de Chancay como de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Culminada la investigación se mantendrá en archivo la base de datos y formularios por un periodo de 2 años.

II.II.I.III.VII Plan de análisis

Los datos recolectados mediante la ficha de recolección de datos serán pasados a una hoja de cálculo del software Excel donde las variables serán codificadas para su procesamiento posterior. El análisis estadístico se realizará con el software STATA v.15.0, en el análisis descriptivo para las variables numéricas se calculará la media, mediana y desviación estándar (DS), además se les aplicará la prueba de normalidad de Shapiro Wilk para determinar si se reporta la media con su DS o la mediana con su rango intercuartil, para las variables categóricas se calculará frecuencias y tasas.

Para determinar y evaluar la asociación de la variable cuantitativa edad con la variable cuantitativa calidad de vida en los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual de MENQOL se realizará análisis de regresión lineal simple calculando el coeficiente de correlación r de Pearson. Para determinar y evaluar la asociación de cada variable cualitativa: estado civil, nivel de instrucción, número de hijos, ocupación, nivel socioeconómico y etnia con la variable cuantitativa calidad de vida en los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual de MENQOL se realizará el siguiente análisis:

- Si el puntaje del dominio explorado tiene distribución normal se aplicará el análisis de varianza ANOVA con la prueba post hoc de Bonferroni

- Si el puntaje del dominio explorado no tiene distribución normal se utilizará la prueba de U de Mann-Whitney o prueba de suma de rangos Wilcoxon para las variables dicotómicas: Número de hijos y la prueba H de Kruskal-Wallis para las variables politómicas: estado civil, nivel de instrucción, ocupación, nivel socioeconómico y etnia.
- Para determinar y evaluar la asociación entre la calidad de vida en los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual con cada etapa del climaterio de las mujeres premenopáusicas, peri menopáusicas y postmenopáusicas se realizará el siguiente análisis: si el puntaje del dominio explorado tiene distribución normal se aplicará el análisis de varianza ANOVA con la prueba post hoc de Bonferroni y si el puntaje del dominio explorado no tiene distribución normal se utilizará prueba H de Kruskal-Wallis.

II.III MARCO CONCEPTUAL.

II.III.I Amenorrea: Término médico que se refiere a la ausencia de menstruación en mujeres en edad fértil.

II.III.II Ansiedad: Estado emocional complejo, caracterizado por una sensación de inquietud o tensión al anticipar un peligro indefinido.

II.III.III Bochornos: Calor sofocante.

II.III.IV Ciclo menstrual: Proceso que prepara al útero de la mujer para el embarazo todos los meses.

II.III.V Endometrio: Capa mucosa que reviste internamente el útero.

II.III.VI Escalofríos: Sensación de frío, por lo común repentina, violenta y acompañada de contracciones musculares, que a veces precede a un ataque de fiebre.

II.III.VII Estradiol: Es una hormona esteroidea sexual femenina.

II.III.VIII Estrógenos: Son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del colesterol) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios.

II.III.IX Etapa reproductiva: Es un proceso biológico mediante el cual los organismos vivos crean nuevos organismos, perpetuando así la especie y garantizando su supervivencia en el tiempo.

II.III.X Fitoterapia: Es la ciencia que estudia la utilización de los productos de origen vegetal con finalidad terapéutica.

II.III.XI Folículos: Formaciones “quísticas” dentro de los cuales están los óvulos.

II.III.XII Gestágenos: Clase de hormonas que incluyen tanto las formas naturales, como la progesterona, como los análogos sintéticos, denominados progestinas.

II.III.XIII Hipófisis: Es una pequeña glándula endocrina ubicada bajo el hipotálamo que dinamiza la producción hormonal de los ovarios.

II.III.XIV Hipotálamo: Rige todo el sistema hormonal, pues controla la producción de las hormonas puestas en circulación en el organismo e interviene en otros fenómenos como la regulación de la temperatura corporal, el peso, el apetito y las emociones.

II.III.XV Incontinencia urinaria: Consiste en la pérdida involuntaria de orina.

II.III.XVI Ligamento ancho del útero: Son pliegues peritoneales laterales. Estos son reflexiones del peritoneo parietal en el tracto genital femenino superior, que forman un pliegue en forma de lámina en el plano coronal.

II.III.XVII Ligamentos cervicales transversales: Sostiene el diente de C2 contra la cara posterior del arco anterior del C1-

II.III.XVIII Mastografía: Consiste en la exploración diagnóstica de imagen por rayos x de la glándula mamaria.

II.III.XIX Menarquia: Aparición de la primera menstruación

II.III.XX Menopausia: Es el cese permanente de la menstruación

II.III.XXI Menstruación: Sangrado vaginal que tiene lugar al inicio del ciclo menstrual de las mujeres.

II.III.XXII Mesometrio: Tejido que forma parte del sistema de soporte en el cuerpo femenino. Se encuentra en la pelvis y es responsable de mantener en su lugar los órganos reproductivos, como el útero, los ovarios y las trompas de Falopio

II.III.XXIII Mesovario: Es un pliegue peritoneal que une el ovario con la porción posterior del ligamento ancho del útero. Contiene vasos sanguíneos y nervios que viajan a través del hilio del ovario.

II.III.XXIV Miometrio: La capa media del útero se llama miometrio, es muscular y compone la mayor parte del órgano. Es muy firme y se compone de fibras musculares lisas densamente empaquetadas

II.III.XXV Ovario: Son las glándulas sexuales femeninas que rigen el ciclo menstrual.

II.III.XXVI Pelvis: Zona corporal de los animales mamíferos (incluyendo al ser humano) que se forma con los huesos coxales, el cóccix y el sacro.

II.III.XXVII Perimenopausia: Incluye el período anterior a la menopausia (cuando comienzan las manifestaciones endócrinas, biológicas y clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia) y el primer año tras la menopausia.

II.III.XXVIII Perimetrio: Es la capa más externa de la pared uterina y desempeña un papel crucial en la protección y el soporte del útero en la cavidad abdominal y pélvica.

II.III.XXIX Peritoneo: Membrana serosa que recubre las paredes de la cavidad abdominal y se encuentra sobre los órganos del abdomen y pélvicos.

II.III.XXX Postmenopausia: Es la etapa que sigue a la menopausia y comienza en general de 24 a 36 meses después del último período menstrual de la mujer.

II.III.XXXI Premenopausia: Etapa del climaterio que se presenta en las mujeres antes de que ocurra la menopausia y se inicia aproximadamente desde los 35 años, dura en promedio hasta los 50 años.

II.III.XXXII Reserva Folicular: Representa el número de folículos primordiales con los que nace una mujer, y que disminuyen de manera fisiológica a lo largo de la vida reproductiva hasta la menopausia

II.III.XXXIII Sacro: El sacro es un hueso de forma irregular, que resulta de la fusión de un grupo de cinco vértebras en un área comúnmente conocida como la base de la columna (columna sacra o región sacra).

II.III.XXXIV Signo: manifestación subjetiva que el paciente experimenta y describe

II.III.XXXV Síndrome: conjunto de signos y síntomas que, cuando ocurren juntos, indican una enfermedad o un trastorno específico

II.III.XXXVI Síntoma: Manifestación objetiva observable o medible por el médico

II.III.XXXVII Síntomas Vasomotores: Sensación repentina de calor que se ve acompañada de rubor, sudor y palpitations” principalmente en cara, cuello y tórax.

II.III.XXXVIII Sudoración: Proceso natural del cuerpo que ayuda a regular la temperatura interna

II.III.XXXIX Vasculatura: Todo lo relacionado con los vasos sanguíneos, que son las estructuras tubulares que transportan la sangre por todo el cuerpo.

II.III.XXXX Venas Ováricas: Son dos venas que se originan a partir del plexo uterovaginal en el ligamento ancho cerca de los ovarios y de las trompas uterinas.

II.IV MARCO LEGAL

II.IV.I Teoría de déficit del autocuidado

Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus

distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la personal.

Para aplicar el modelo de Orem a través del proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma:

1. Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

-Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

-Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez^{1*}

-Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud
Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones

formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado.

Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud

Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos. en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

Orem en la teoría de autocuidado menciona unas algunas proposiciones de las cuales las primeras dos nos habla del porque es importante que las mujeres tengan conocimientos sobre la etapa del climaterio:

1. El autocuidado es intelectualizado como una función reguladora humana ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad.
2. El autocuidado, en concreto, es la acción intencionada y dirigida que es sensible al conocimiento de las personas sobre cómo el funcionamiento humano y el desarrollo humano puede y debería mantenerse dentro de una gama compatible con la vida humana y la salud y bienestar en las condiciones y circunstancias existentes

-Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que

deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo" La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes, adultos y adultos mayores dependientes.

-Déficit de autocuidado: se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

-Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas para sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

-Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están

constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo:

2. para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

1. Sistemas de enfermería totalmente compensadores:
 - La enfermera sule al individuo.
2. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:
 - El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.
3. Sistemas de enfermería de apoyo-educación:
 - la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

II.IV.II NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

5. Disposiciones generales

5.1 Las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud que prestan servicios de atención médica a mujeres que se encuentran en las etapas de la perimenopausia y postmenopausia, incluirán como mínimo en la prestación de dicho servicio, las siguientes actividades.

- a) Promoción de la salud
- b) Prevención
- c) Consejería
- d) Atención integral y específica

5.2 Los servicios de salud a la mujer en la perimenopausia y la postmenopausia deben proporcionarse con calidad.

5.3 La consejería se debe proporcionar a toda mujer que se encuentre en las etapas de la perimenopausia

y la postmenopausia que acuda a la unidad médica y que requiera información.

5.4 Se realizará interconsulta a segundo o tercer nivel de atención cuando la paciente presente:

- 5.4.1 Menopausia prematura de cualquier etiología.
- 5.4.2 Embarazo durante la transición a la menopausia.
- 5.4.3 Alteraciones menstruales por causas desconocidas.
- 5.4.4 Falta de respuesta al tratamiento farmacológico.

5.4.5 Manifestaciones o riesgo de osteoporosis, enfermedad cardiovascular aterosclerosa y/o enfermedad vascular cerebral, diabetes mellitus y otras patologías que no puedan ser atendidas en el primer nivel.

5.4.6 Presente contraindicaciones para el uso de estrógenos y/o progestágenos como son:

Hemorragia uterina anormal de origen no determinado, antecedente o presencia de cáncer mamario y/o de endometrio, antecedente o presencia de trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar, y presencia de enfermedades hepáticas agudas o crónicas severas.

5.5 Se debe efectuar consulta subsecuente cada 6-12 meses o cuando lo estimen necesario la o el prestador de servicio o la usuaria.

5.6 Se realizará contrarreferencia del nivel superior al nivel de donde se originó la referencia, para el seguimiento según lo establezca el nivel superior, utilizando los formatos oficiales de la Secretaría de Salud o los propios de cada institución destinados con este fin.

6. Prevención

6.1 Prevención primaria:

En la perimenopausia y la postmenopausia, las actividades de prevención primaria deberán estar encaminadas principalmente a lograr un estilo de vida saludable.

6.1.1 Información y educación para la salud:

A todas las mujeres se les debe proporcionar información y educación con perspectiva de género sobre los siguientes aspectos:

6.1.1.1 Cambios físicos, psicológicos y sexuales que ocurren en la perimenopausia y la postmenopausia.

6.1.1.2 Alteraciones menstruales que se presentan en la perimenopausia y la postmenopausia.

6.1.1.3 Principales factores de riesgo para osteoporosis, enfermedad cardiovascular aterosclerosa y enfermedad vascular cerebral y las medidas preventivas encaminadas a evitarlas.

6.1.1.4 Principales factores de riesgo y medidas de detección oportuna de los cánceres cérvico uterino, de endometrio y mamario.

6.1.1.5 Factores de alto riesgo en mujeres embarazadas en la perimenopausia.

6.1.2 Orientación alimentaria

6.1.2.1 El profesional de la salud deberá conocer los criterios para brindar orientación alimentaria, con el fin de dar recomendaciones generales de alimentación a esta población. De acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.9 del apartado 2 Referencias.

6.1.2.2 Recomendar una dieta rica en calcio y vitamina D, proveniente de alimentos, en sus formas naturales o adicionadas. Cuando la dieta sea insuficiente en calcio se recomendará la suplementación de éste, para aportar los requerimientos mínimos. La dosis dependerá de la edad y de la utilización de terapia hormonal.

6.1.2.3 La recomendación general respecto al aporte calórico de los nutrientes de los alimentos es la siguiente: De 25 a 35% de las grasas, 50 a 60% de los carbohidratos complejos ricos en fibras solubles y no más del 20% de las proteínas. Se aconseja el consumo máximo de 300 mg de colesterol por día. De acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.7 del apartado 2 Referencias.

6.1.2.4 Recomendar de manera general el seguimiento de un plan de alimentación cardioprotector.

6.1.2.5 Disminuir la ingestión diaria de sodio, menor a 2.4 gr por día.

6.1.2.6 Moderar el consumo de cafeína.

6.1.2.7 Realizar evaluación y vigilancia del estado nutricional, mediante la medición de peso y el perímetro de la cintura por lo menos una vez al año.

6.1.2.8 Identificar sobrepeso y/o grado de obesidad mediante el cálculo del índice de masa corporal, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.11 del apartado 2 Referencias.

6.1.3 Promoción de estilos de vida saludables:

6.1.3.1 Orientación sobre tabaquismo y consumo de alcohol, como factores de riesgo para enfermedades.

6.1.3.2 Exposición diaria al sol en forma indirecta máximo 15 minutos.

6.1.3.3 Promover actividad física, de acuerdo a la condición de salud, iniciando en forma gradual de 10 a 20 minutos diarios, hasta completar un mínimo de 30 minutos todos o casi todos los días de la semana.

6.1.4 Participación social:

6.1.4.1 Promover la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad, para que actúen como informadores y promotores en su núcleo de influencia.

6.1.4.2 Capacitar al personal involucrado en el manejo de mujeres mayores de 40 años en los aspectos de atención médica en la perimenopausia y postmenopausia, así como de perspectiva de género en la salud.

6.1.4.3 Lograr la participación activa de la comunidad, desarrollo de competencias en salud acompañados con la difusión de información de los factores de riesgo y autocuidado.

6.1.4.4 Es importante lograr la participación activa de la comunidad mediante la educación para la salud, promoción, difusión e información de los factores de riesgo y autocuidado.

6.2 Prevención secundaria:

Una vez que se detectan datos de enfermedades establecidas como osteoporosis, diabetes mellitus, cánceres cérvico-uterino y mamario, enfermedad cardiovascular aterosclerosa, enfermedad vascular cerebral y/o alteraciones urogenitales, se deberán implementar acciones dirigidas a evitar su progresión teniendo en consideración los lineamientos normativos oficiales vigentes de la prevención primaria y los procedimientos terapéuticos aprobados para cada padecimiento en particular.

6.2.1 En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer, se realizará la detección cada tres años. De acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.3 del apartado 2 Referencias.

6.2.2 Realizar mastografía de acuerdo a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.8 del apartado 2 Referencias.

6.2.3 Realizar estudios mastológicos adicionales como el ultrasonido de alta resolución, que es un estudio complementario para el diagnóstico y una alternativa para la identificación de patología mamaria, en las mujeres con implantes y embarazadas, de acuerdo a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.8 del apartado 2 Referencias.

6.2.4 Indicar la densitometría mineral ósea a las mujeres de 65 años y más. En las mujeres menores de 65 años sólo estará indicada cuando exista alguno de los siguientes factores de riesgo para osteoporosis: que presenten menopausia prematura, haber presentado alguna fractura osteoporótica, haber recibido tratamiento con glucocorticoides (más de 3 meses), tener índice de masa corporal menor de 21, hábito tabáquico, antecedentes maternos y/o paterno de fractura de cadera.

6.2.5 Realizar estudios metabólicos y cardiológicos especializados en casos de enfermedad cardiovascular aterosclerosa.

6.2.6 Realizar vigilancia permanente de las mujeres, ya sea que reciban o no tratamiento farmacológico.

6.2.7 Referir oportunamente al siguiente nivel de atención de las mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas, con alguna enfermedad concomitante que no respondan al manejo terapéutico inicial.

6.2.8 Identificar alteraciones psicológicas y sexuales que se pueden presentar como la depresión, cambios de temperamento, insomnio y disfunción sexual.

6.3 Prevención terciaria:

Las mujeres que hayan sufrido daño secundario a alguna enfermedad como fracturas de origen osteoporótico, infarto al miocardio, enfermedad vascular cerebral o hayan recibido tratamiento por alguna enfermedad neoplásica, deberán recibir apoyo para su rehabilitación física y psicológica por personal capacitado.

6.4 Cartilla Nacional de la Salud

6.4.1 Asegurar que las mujeres mayores de 40 años cuenten con la Cartilla Nacional de Salud.

6.4.2 Asegurar que las mujeres mayores de 40 años lleven a cada consulta su Cartilla Nacional de Salud y se registren las acciones realizadas durante la atención médica.

7. Consejería

Se considera como parte de las acciones encaminadas a la atención médica de la mujer en las etapas de la perimenopausia y postmenopausia considerando que se le debe apoyar en su decisión consciente, voluntaria e informada de someterse o no a estudio y/o a alguna forma de terapia y medidas preventivas en el autocuidado de su salud, para vivir estas etapas como parte del proceso natural de vida y no como una enfermedad.

7.1 La consejería que se brinde a las mujeres debe impartirse con imparcialidad y con base en información veraz y con enfoque de género, de acuerdo a los términos de la presente Norma y regirse bajo los siguientes criterios:

7.1.1 Explicar los conceptos de las etapas de la perimenopausia y postmenopausia, con absoluto respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

7.1.2 Identificar y aclarar inquietudes, temores y mitos sobre los signos y síntomas que se pueden presentar durante la perimenopausia y la postmenopausia, enfatizando que este proceso es natural y que no le resta valor como persona.

7.1.3 Proporcionar consejería, a las mujeres sobre los signos y síntomas que se pueden presentar en las etapas de la perimenopausia y la postmenopausia.

7.1.4 Proporcionar consejería, para la identificación de factores de riesgo de osteoporosis, enfermedad cardiovascular aterosclerosa, enfermedad cerebral vascular, neoplasias de mama, cáncer cérvico-uterino y de endometrio.

7.1.5 Proporcionar información para la adopción de medidas higiénico dietéticas y estilo de vida que disminuyan los riesgos y fomenten el autocuidado de la salud en estas etapas de la vida.

7.1.6 Proporcionar la consejería para decidir sobre la adopción de alguna forma de tratamiento farmacológico, haciendo énfasis en los riesgos y beneficios que le ofrecen estas alternativas de acuerdo con sus características individuales.

7.1.7 Verificar que la mujer recibió y comprendió la información.

7.1.8 Tomar en cuenta en todo momento que la decisión y el consentimiento de la mujer deben ser respetados en forma absoluta.

7.2 Perfil del personal de los servicios de salud de los sectores público, social y privado que proporciona consejería:

7.2.1 El personal de los servicios de salud de los sectores público, social y privado deberá conocer los roles y estereotipos tradicionales, que por el sistema de género usualmente desempeñan las mujeres, como madres, cuidadoras de los otros y principalmente responsables de los cuidados domésticos y de la salud de los otros.

7.2.2 Escuchar con respeto y atención a las mujeres, identificar y aclarar inquietudes, temores y mitos

sobre los signos y síntomas que se pueden presentar durante el síndrome climatérico.

7.2.3 El personal de los servicios de salud de los sectores público, social y privado debe estar capacitada/o para establecer un diálogo ágil y empático con la mujer y su pareja con absoluto respeto y confidencialidad, para observar, hacer preguntas relevantes y escuchar, además de saber transmitir la información, para lo cual debe de auxiliarse de material educativo específico.

7.2.4 El personal de los servicios de salud de los sectores público, social y privado debe preservar el carácter privado, confidencial y de respeto en el trato a través de su actitud y del interés mostrado a la mujer, procurar un ambiente de confianza y explicar con información veraz los mitos, tabúes y creencias, respecto a las etapas de perimenopausia y postmenopausia.

7.2.5 El personal de los servicios de salud de los sectores público, social y privado deberá proporcionar consejería, para aliviar la ansiedad que interfiera con la sexualidad, y de no haber mejoría referirla al nivel de atención que corresponda.

7.2.6 Cuando se identifique alguna alteración psicológica que no sea consecuencia de los cambios propios de las etapas de la perimenopausia o postmenopausia, se referirá a la mujer con el especialista.

7.3 Lugar y momento para efectuar la consejería:

7.3.1 La consejería debe acordarse con la mujer que acude a consulta médica en la unidad, en el área de hospitalización, siempre y cuando exista la necesidad de apoyarla en estas etapas de la vida, eliminando mitos, errores y fomentando el autocuidado de la salud sin riesgos.

7.3.2 Se deberá realizar la consejería de manera más oportuna a las mujeres mayores de 35 años, y en las que serán o fueron sometidas a ooforectomía,

histerectomía, radioterapia pélvica y/o quimioterapia, independientemente de la causa de la cirugía o el tratamiento.

8. Atención médica en las etapas de la perimenopausia y postmenopausia

La atención básica que debe brindarse en la consulta a las mujeres que se encuentran en la perimenopausia o la postmenopausia tiene el propósito de valorar las condiciones generales de salud de las mujeres, y de acuerdo a ellas determinar la conveniencia o necesidad de administrar tratamiento médico y/o no médico para problemas o patologías específicas. En caso necesario referirlas al segundo o tercer nivel de atención. Las actividades deberán incluir lo siguiente:

8.1 Valoración clínica general con elaboración de historia clínica completa induciendo el interrogatorio a la identificación de síntomas vasomotores (bochornos y sudoración nocturna), atrofia urogenital, alteraciones menstruales, alteraciones del sueño o psicológicas, enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad cardiovascular aterosclerosa, enfermedad vascular cerebral, osteoporosis, neoplasias cérvico-uterino, mamarias, endometriales y de ovario, según los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.10 del apartado 2 Referencias.

8.2 Ofrecer servicios de planificación familiar, durante la transición a la menopausia, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.1 del apartado 2 Referencias.

8.3 Referir al segundo o tercer nivel de atención, a las mujeres mayores de 40 años que se encuentren embarazadas, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.2 del apartado 2 Referencias.

8.4 Referir al segundo o tercer nivel de atención a aquellas mujeres en cualquiera de estas etapas, que presenten síntomas y signos que hagan sospechar la existencia de miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, poliposis endometrial, cáncer cérvico-uterino, cáncer ovárico o alguna coagulopatía.

8.5 El personal de salud deberá llenar y entregar la Cartilla Nacional de Salud de las Mujeres de 20 a 59 años, de acuerdo a la Guía Técnica para la Cartilla Nacional de la Salud.

8.6 Realizar los estudios de laboratorio y gabinete siguientes:

8.6.1 Citología cérvico-vaginal o vaginal a todas las mujeres como estudio de rutina, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.3 del apartado 2 Referencias.

8.6.2 Citología vaginal cuando el prestador de servicio lo requiera para evaluar el estado hormonal de la mujer.

8.6.3 Determinación de glucemia venosa plasmática o en suero, o bien en sangre capilar, en ayuno, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.4 del apartado 2

Referencias.

8.6.4 Cuantificación de lípidos y lipoproteínas a partir de los 35 años de edad se evaluarán cada 5 años cuando no existan factores de riesgo cardiovascular y con periodicidad anual o bianual en mujeres con factores de riesgo, de acuerdo al criterio del médico, y a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.7 del apartado 2 Referencias. De existir el recurso.

8.6.5 Examen general de orina como examen básico de rutina.

8.6.6 Cuantificación de la hormona folículo estimulante y estradiol en suero, cuando exista duda diagnóstica sobre la causa de la amenorrea.

8.6.7 La mastografía de tamizaje se recomienda en mujeres aparentemente sanas de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el numeral 2.8 del apartado 2 Referencias.

8.6.8 Densitometría ósea anual a todas las mujeres de 65 años y más, y a las de menor edad que presenten menopausia prematura, bajo peso, tabaquismo, uso

de glucocorticoides por más de 3 meses, tener índice de masa corporal menor de 21, antecedente de padre y/o madre con fractura de cadera, antecedentes personales de fractura osteoporótica. De existir el recurso.

8.7 No se requieren estudios de laboratorio para reconocer que una mujer se encuentra en la perimenopausia, ya que el diagnóstico se basa en la presencia de las irregularidades menstruales, la edad de la paciente y los síntomas vasomotores.

8.8 No se requieren estudios de laboratorio para reconocer que una mujer se encuentra en la etapa postmenopáusica, ya que el diagnóstico se basa en la presencia de la amenorrea, la edad de la paciente y los síntomas vasomotores y urogenitales.

8.9 No se requiere cuantificación de la hormona folículo estimulante y estradiol en suero u otras hormonas (Gondotrofinas hipofisarias, etc.) para determinar el tipo o dosis de hormonas que se prescribirán.

9. Tratamiento de la sintomatología asociada a la menopausia

9.1 Recomendar un estilo de vida saludable para prevenir o paliar la sintomatología vasomotora, tales como: Evitar los ambientes calurosos, no ingerir bebidas calientes, bebidas alcohólicas o café, no comer alimentos irritantes y dejar de fumar. Mantener la habitación e indumentarias frescas y practicar ejercicios de relajamiento.

9.2 Cuando se requiera se deberá prescribir además tratamiento farmacológico hormonal y/o no hormonal previo consentimiento de la mujer.

9.3 Terapia hormonal bajo los criterios de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Climaterio y Menopausia (CENETEC).

9.3.1 Se prescribirá terapia hormonal sistémica cuando existan síntomas vasomotores de intensidad moderada o severa, con o sin síntomas de atrofia urogenital, siempre y cuando no existan contraindicaciones para la administración de estrógenos y/o progestágenos y la paciente así lo desee.

9.3.2 En las mujeres sin útero se deberá prescribir terapia hormonal estrogénica o tibolona.

9.3.3 En las mujeres con útero se deberá prescribir terapia hormonal estrogénica progestacional en cualquiera de sus modalidades o bien tibolona.

9.3.4 También podrá prescribirse terapia hormonal sistémica con el único objetivo de prevenir la osteoporosis, cuando exista imposibilidad o contraindicación para utilizar otros tratamientos no hormonales.

9.3.5 No se recomienda prescribir terapia hormonal sistémica para tratar las alteraciones del sueño y/o problemas emocionales en mujeres que no padecen de síndrome vasomotor.

9.3.6 No se deberá prescribir terapia hormonal con la única finalidad de prevenir la enfermedad cardiovascular aterosclerosa.

9.3.7 No se deberá prescribir terapia hormonal con la única finalidad de tratar la depresión.

9.3.8 El tratamiento hormonal sistémico deberá iniciarse con la menor dosis posible, e incrementarse cuando sea necesario, bajo los criterios de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Climaterio y Menopausia Evidencias y Recomendaciones SS-019-08.

Actualmente se encuentran disponibles para la población, dosis bajas de 17 β Estradiol(1mg) combinado con progestinas específicas de receptores endometriales, para ofrecer mínimos riesgos y buen apego al tratamiento, tales como la drospirinona y trimegestona.

9.3.9 La terapia hormonal sistémica y en especial la terapia hormonal estrogénica progestacional deberá utilizarse durante el menor tiempo posible, de acuerdo con las indicaciones clínicas.

9.3.10 La terapia hormonal sistémica no deberá prescribirse a mujeres que tienen o han tenido trombosis venosa profunda o tromboembolia pulmonar, enfermedad

cardiovascular aterosclerosa, enfermedad vascular cerebral, migraña con focalización, cáncer mamario o endometrial.

9.3.11 Se prescribirá terapia hormonal local cuando únicamente existan síntomas de atrofia urogenital de intensidad moderada o severa.

9.3.12 En mujeres con diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, múltiples factores de riesgo cardiovascular y/o migraña focalizada, se recomienda administrar la terapia hormonal por vía no oral, como la transdérmica, bajo los criterios de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Climaterio y Menopausia (CENETEC).

9.3.13 Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos no deberán prescribirse para la prevención o paliación de la sintomatología vasomotora, pues carecen de efectividad para este propósito.

9.3.14 La cimífuga racemosa es el único fitoestrógeno recomendado para la paliación de los síntomas vasomotores de intensidad leve y/o con baja frecuencia.

9.4 Tratamiento no hormonal:

9.4.1 Se podrá prescribir a aquellas mujeres que presenten contraindicación para la administración de terapia hormonal, o que por cualquier motivo no deseen utilizar hormonas.

9.4.2 Algunos antidepresivos (moduladores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina) como venlafaxina, fluoxetina y sertralina, son efectivos para el tratamiento de la depresión y para paliar los síntomas vasomotores.

9.4.3 Otros fármacos que han demostrado eficacia en la reducción de los síntomas vasomotores en el climaterio son: veraliprida, gabapentina y clonidina. El tratamiento debe ser individualizado y el medicamento adecuado debe elegirse con base en las características y el perfil de riesgo de cada paciente.

9.4.4 Cuando se prescriba veraliprida deberá ser siguiendo los criterios de la "Guía de Práctica Clínica de Atención al Climaterio y Menopausia" Evidencias y Recomendaciones SS-019-08

9.4.4.1 En pacientes en donde se requiera el uso de veraliprida se debe de considerar las posibilidades de presentar reacciones adversas psiquiátricas como depresión, ansiedad, y síndrome de retirada, así como trastornos neurológicos (discinesia), extrapiramidales y parkinsonismo, por lo que se debe de realizar historia clínica enfocada a descartar la presencia de las mismas antes de su uso con un seguimiento periódico.

9.4.5 Para la atrofia urogenital que no se acompaña de síntomas vasomotores se deberá recomendar algún tipo de gel, vía vaginal que no contenga hormonas.

9.5 Recomendaciones generales para el inicio y continuación de la terapia hormonal.

9.5.1 El tratamiento deberá ser individualizado y podrá ser modificado a lo largo de la vida de la mujer, con la finalidad de adaptarlo a sus necesidades.

9.5.2 Antes de iniciar tratamiento hormonal se deberá estratificar a la paciente y valorar si existe riesgo bajo, medio o alto para el uso de la misma.

9.5.3. Siempre que se prescriba la terapia hormonal se deberá informar a la mujer sobre los efectos colaterales de los mismos que se consideran en la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Climaterio y Menopausia (CENETEC).

9.5.4 Durante el uso de formulaciones de terapia hormonal estrogénica o estrogénica progestacional de administración oral se deberán vigilar en forma más estrecha las concentraciones de triglicéridos en el suero.

9.5.5 Antes de prescribir terapia hormonal a cualquier edad se debe contar con una mastografía basal con vigencia máxima de un año.

9.5.6 Durante el uso de terapia hormonal sistémica se deberá continuar la vigilancia de las glándulas mamarias, realizándose la exploración médica y la mastografía cada año, o antes si el médico lo considera necesario.

9.5.7 Se suspenderá la terapia hormonal en caso de que se presente trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar, alguna manifestación de enfermedad cardiovascular aterosclerosa, ictericia, sospecha o presencia de neoplasia maligna hormono dependiente.

10. Tratamiento de la osteoporosis

10.1 Para el tratamiento de la osteoporosis establecida o severa, deberán referirse a las pacientes al segundo o tercer nivel de atención, cuando sea necesario.

10.2 Se podrá prescribir tratamiento farmacológico hormonal o no hormonal, según se requiera y exista disponibilidad, con la finalidad de prevenir fracturas.

10.2.1 Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud de primera elección utilizarán los insumos establecidos en el cuadro básico de medicamentos.

10.3 Tratamiento hormonal.

10.3.1 Ninguna modalidad de terapia hormonal está indicada para el tratamiento de la osteoporosis. Su indicación es sólo para la prevención en casos seleccionados. Ver numeral 9.3.4.

10.3.2 Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos, como el raloxifeno, están indicados para el tratamiento y prevención de la osteoporosis, siempre y cuando no exista contraindicación para su uso, y la paciente así lo desee. Para este tratamiento son especialmente elegibles las mujeres con alto riesgo para cáncer mamario.

10.3.2.1 Se consideran efectos colaterales del raloxifeno, la aparición o exacerbación de los síntomas vasomotores, calambres en piernas y edema periférico, tromboembolismo venoso y manchado endometrial durante los primeros meses de tratamiento. En caso de persistir estos efectos valorar el cambio de dosis y vía de administración.

10.3.2.2 Se deberá suspender la administración de raloxifeno en caso de que se presente trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar, alguna manifestación de enfermedad cardiovascular aterosclerosa, ictericia, sospecha o presencia de neoplasia maligna hormono dependiente.

10.3.3 En casos de osteoporosis establecida o severa se podrá prescribir la parathormona.

10.3.4 La calcitonina está indicada en los primeros 20 días posteriores a la ocurrencia de una fractura por fragilidad, y/o cuando se requiera de un efecto analgésico importante en pacientes con osteoporosis establecida, administrada por vía parenteral o intranasal.

10.3.4.1 Se consideran efectos colaterales de la calcitonina por vía parenteral a la presencia de anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito y ocasionalmente eritema. Y por vía intranasal a la presencia de rinitis, epistaxis y sinusitis. En caso de persistir los efectos valorar el cambio de la vía de administración.

10.4 Tratamiento farmacológico no hormonal.

10.4.1 Se basará principalmente en los bisfosfonatos para prevenir fracturas osteoporóticas.

10.4.1.1 Se consideran efectos colaterales de los bisfosfonatos orales e inyectables: Irritación esofágica, dolor abdominal, náusea, constipación o diarrea, y en casos raros necrosis mandibular. Insistir que se administre el fármaco con las indicaciones precisas para su uso.

10.5 Para el seguimiento y evaluación de la respuesta al tratamiento instituido para la osteoporosis, se deberá realizar densitometría ósea, de acuerdo al criterio del médico, pero no antes que hayan transcurrido 18 meses después del estudio previo.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

III.I Cronograma de actividades

III.II Operacionalización de variables

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
ELECCION DEL TEMA																												
PLANTIAMIENTO DEL PROBLEMA																												
PREGUNTA DE INVESTIGACION																												
(REVICION DE PROTOCOLO)																												
ELABORACION DE OBJETIVOS																												
JUSTIFICACION																												
(REVICION DE PROTOCOLO)																												
MARCO TEORICO																												
MARCO REFERENCIAL																												
MARCO CONCEPTUAL																												
MARCO LEGAL																												
(REVICION DE PROTOCOLO)																												
MARCO METODOLOGICO																												
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																												
OPERACIONES VARIABLES																												
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION																												
UNIVERSON DE ESTUDIO																												
POBLACION Y MUESTRA																												
ISTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS																												
(REVISION DE PROTOCOLO)																												
PRUEBA PILOTO																												

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPOS DE VARIABLES	ESCALA	ITEMS
EDAD	UNA DE LAS FASES MÁS TEMIDAS POR PARTE DE LAS MUJERES, OCURRE CUANDO ESTAS TIENEN ENTRE LOS 45 Y 65 AÑOS	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDITE	ORDINAL	A) 45 a 49 AÑOS B) 50 a 54 AÑOS C) 55 a 59 AÑOS D) 60 a 65 Años
CONOCIMIENTO	IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN FEMENINA SOBRE LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL CLIMATERIO	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
BOCHORNOS	SON LOS SÍNTOMAS MÁS CLÁSICOS DE LA DEFICIENCIA DE ESTRÓGENOS; 70 A 80% DE LAS PACIENTES EN EL CLIMATERIO SUFREN DE BOCHORNOS	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	DOLOR PRECORDIAL DISNEA Y ENFERMEDAD CORONARIA	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
SÍNTOMAS OSTEOMUSCULARES	DOLOR OSTEOMUSCULAR, LUMBALGIA, OSTEOPENIA, OSTEOPOROSIS	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIETRE	NOMINAL	A) NO B) SI

NEUROPSIQUIÁTRICOS	DEPRESIÓN, INSOMNIO, ALTERACIÓN DE CONCIENCIA, ALTERACIÓN DE MEMORIA, VÉRTIGO, ANSIEDAD	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
ADELGAZAMIENTO DE LA PIEL	AL DISMINUIR LAS FIBRAS COLÁGENAS Y ELÁSTICAS EN LA PIEL, ESTA SE VUELVE FINA Y FRÁGIL, PERDIENDO ELASTICIDAD Y FIRMEZA	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
SEQUEDAD DE LA PIEL	AL DISMINUIR LAS FIBRAS COLÁGENAS Y ELÁSTICAS EN LA PIEL, ESTA SE VUELVE FINA Y FRÁGIL, PERDIENDO ELASTICIDAD Y FIRMEZA	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
ARRUGAS EN LA PIEL	AL DISMINUIR LAS FIBRAS COLÁGENAS Y ELÁSTICAS EN LA PIEL, ESTA SE VUELVE FINA Y FRÁGIL, PERDIENDO ELASTICIDAD Y FIRMEZA	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
SUDORACIÓN	SON LOS SÍNTOMAS MÁS CLÁSICOS DE LA DEFICIENCIA DE ESTRÓGENOS; 70 A 80% DE LAS PACIENTES EN EL CLIMATERIO	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO	DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE FANTASÍAS O DESEO SEXUAL DE FORMA PERMANENTE O RECURRENTE. INCLUYE LA FALTA DE DISPOSICIÓN HACIA LA SEXUALIDAD, EL PLACER Y EL CONTACTO CORPORAL ERÓGENO	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
AVERSIÓN SEXUAL	AVERSIÓN EXTREMA PERSISTENTE O RECIDIVANTE Y CON EVITACIÓN DE TODOS LOS CONTACTOS SEXUALES GENITALES CON UNA PAREJA SEXUAL.	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN	INCAPACIDAD PERSISTENTE O RECURRENTE PARA OBTENER O MANTENER LA LUBRICACIÓN PROPIA DE LA FASE DE EXCITACIÓN, HASTA EL TÉRMINO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI
DISPAREUNIA	DOLOR GENITAL RECURRENTE O PERSISTENTE ASOCIADO A LA RELACIÓN SEXUAL, PROVOCANDO DESDE IRRITACIÓN VAGINAL, HASTA UN PROFUNDO	MAYOR A 45 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	A) NO B) SI

III.III Tipo y diseño de investigación

El enfoque de esta investigación está basado en un enfoque mixto, ya que es una metodología que combina datos cuantitativos (la edad más frecuente en que se presenta y el número de incidencias) y cualitativo (signos y síntomas) porque se recolectará datos que nos permitirán conocer, la incidencia del climaterio en personas de edad de 45 años en adelante, mediante la realización de encuestas, por su diseño es un tipo de investigación transversal ya que los datos se recolectan en un solo periodo de tiempo y en un definido lugar, por su alcance se clasifica en descriptiva ya que se recopilara información para describir y entender la incidencia del climaterio en mujeres de dicha edad.

III.IV Universo de estudio

Mujeres en etapa de climaterio

III.IV.I Criterios de inclusión

Mujeres que estén en su casa.

que acepten contestar las encuestas.

Mujeres que estén en el rango de edad establecidas.

III.IV.II Criterios de exclusión

Mujeres que no acepten o se nieguen a responder las encuestas.

mujeres que no se encuentren en su casa,

III.V Población y muestra

No existe muestra

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA SOBRE INCIDENCIA DE CLIMATERIO EN MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS EN LA COLONIA NUEVO PACAYAL MUNICIPIO DE BELLA VISTA, CHIAPAS.

FECHA: ___/___/___

RESPONDA LO QUE SE LE PIDA; ELIJA UNA OPCIÓN

EDAD_____

1._ ¿Tiene usted información sobre el climaterio?

A) SI

B) NO

2_ ¿Usted presenta o presentó bochornos durante el climaterio?

A) SI

B) NO

3_ ¿Ha presentado o presentó síntomas cardiovasculares en el climaterio?

A) Si

B) NO

C) Especifique: _____

4_ ¿Usted ha presentado o presentó síntomas osteomusculares en el climaterio?

A) SI

B) NO

C) Especifique: _____

5_ ¿Presenta o presentó depresión, insomnio, vértigo?

A) SI

B) NO

C) ESPECIFIQUE: _____

6_ ¿Presenta o presentó adelgazamiento de piel?

- A) SI
- B) NO

7_ ¿Ha presentada resequedad de piel?

- A) SI
- B) NO

8_ ¿Ha presentado arrugas en la piel?

- A) SI
- B) NO

9_ ¿Usted a presentada sudoración en el climaterio?

- A) SI
- B) NO

10_ ¿Ha presentada disminución de deseo sexual?

- A) SI
- B) NO

11_ ¿Ah presentado incapacidad persistente o recurrente para para mantener la lubricación propia?

- A) SI
- B) NO

12_ ¿Ha presentado dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual?

- A) SI
- B) NO

Referencias

- 1.- Dra. Sheila Sedicias (2022). Climaterio. que es, síntomas y cuánto tiempo dura.<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=8b73e4427b96ada707c37d708f1517d37ab9328121dad247b01e511f1639fcaJmltdHM9MTczNzMzMTlwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=1b229c73-48fb-6f68-39fb-88d149986e14&psq=qu%c3%a9+es+el+climaterio+en+la+mujer&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cudHVhc2F1ZGUuY29tL2VzL2NsaW1hdGVyaW8tcXVILWVzLw&ntb=1>
- 2.- Huayanka Fernández (2023). Nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres adultas del aa.hh. Expansión urbana – distrito de salas, ica 2023 [INSTITUTO SUPERIOR TECNOLOGICO PRIVADO JHALEBET](#).
- 3.- Brantes, Porcile (2014). Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (aps). [OOTT Climaterio APS.pdf](#)
- 4.- Siseles (2016). Climaterio y menopausia.<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=b25a489c8da015ad791df6d33d7a5fe46444f7f43fc2422c8a4ea6fb74fdb9d8JmltdHM9MTczNzg0OTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=1b229c73-48fb-6f68-39fb-88d149986e14&psq=climaterio+y+menopausia+ajec&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuYWplYy5jb20ubXgv&ntb=1>
- 5.- Sumiko pamel Huayanca Fernández (2023) nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres adultas del aa.hh. Expansión urbana – distrito de salas, ica 2023. [INSTITUTO SUPERIOR TECNOLOGICO PRIVADO JHALEBET](#)
- 6.- Ana Paola Torres Jiménez, José María Torres Rincón (2018) vol.61, climaterio y menopausia. [Climaterio y menopausia](#)

7. Cinthia Monserrath González González (2016), climaterio cambios fisiológicos y psicológicos e intervención de enfermería. [TESIS: CLIMATERIO CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA](#)

8. Eberlin H. Vélez P¹ y Luisa Figueredo² (2016), Importancia histórica del climaterio y la menopausia. [bing.com/ck/a?!&&p=fd19042a59e0ea2546b2a6837cd36e82e46031b386e9aff0cd126d652d240d4eJmltdHM9MTc0MDk2MDAwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=1b229c73-48fb-6f68-39fb-88d149986e14&psq=H%2c+V.+E.%2c+%26+Figueredo%2c+L.+\(2016\).+Importancia+histórica+del+climaterio+y+la+menopausia.+Importancia+histórica+del+climaterio+y+la+menopausia%2c+pp.48-57.&u=a1aHR0cHM6Ly9kaWFsbmV0LnVuaXJpb2phLmVzL2Rlc2Nhcm dhL2FydGljdWxvLzcxwMjE2MTMucGRm&ntb=1](http://bing.com/ck/a?!&&p=fd19042a59e0ea2546b2a6837cd36e82e46031b386e9aff0cd126d652d240d4eJmltdHM9MTc0MDk2MDAwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=1b229c73-48fb-6f68-39fb-88d149986e14&psq=H%2c+V.+E.%2c+%26+Figueredo%2c+L.+(2016).+Importancia+histórica+del+climaterio+y+la+menopausia.+Importancia+histórica+del+climaterio+y+la+menopausia%2c+pp.48-57.&u=a1aHR0cHM6Ly9kaWFsbmV0LnVuaXJpb2phLmVzL2Rlc2Nhcm dhL2FydGljdWxvLzcxwMjE2MTMucGRm&ntb=1)

9. Ana María Cañadas (2011), anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama. [2-XI-11 Castillo anatomía](#)

10. Guadalupe De Jesús González Morales, Monserrat Jiménez Pavón (2016), conocimientos que tienen las mujeres acerca del climaterio y uso de la terapia de reemplazo hormonal. [TESIS \(1\) -split-merge.pdf](#)

11. Profesor, Obstetricia y Ginecología, Universidad Peruana Cayetano Heredia (2016) climaterio Y menopausia: Epidemiología Y fisiopatología. bing.com/ck/a?!&&p=794f18b6d2b8d097282492dd00e7a28cbabb7396014bd798548b4f9b2fec3e41JmltdHM9MTc0MTEzMjgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=1b229c73-48fb-6f68-39fb-88d149986e14&psq=CliMatErio+Y+MENoPaUSia%3a+EPidEMiología+Y+fiSio Patología&u=a1aHR0cHM6Ly9kaWFsbmV0LnVuaXJpb2phLmVzL2Rlc2Nhcmd hL2FydGljdWxvLzcxwMjE2MTMucGRm&ntb=1

12. Isabel Bentsch Meneses, Camila Jeldes Maturana, Camila Tapia Fontecilla, Vinka Veas Guerra, Francisca Vega Astudillo (2015), Disfunciones Sexuales en el Climaterio y Percepción de las Usuarias Respecto del Rol que cumple el Profesional Matrona - Matrón en su Pesquisa y Tratamiento.

<https://repositriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/87e27fd4-4fb3-4ec3-947b-8ec3e14ca9f1/content>

13. Ana Miranda Bafaluy, Alicia Gallego Bernues, Aurora Ibáñez Casabon, Loreto Naya Lorte (2024), La mujer en el climaterio. Prevención y control de riesgos, Vol. VII; N.º 9: 2091. [▶ La mujer en el climaterio. Prevención y control de riesgos - Ocronos - Editorial Científico-Técnica](#)

14. Cynthia Jessica Minaya Jaqui (2023) Calidad de vida durante el climaterio en mujeres atendidas en el hospital de Chancay. Diciembre 2022 - diciembre 2023. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13186/Calidad_MinayaJaqui_Cynthia.pdf?sequence=1

15. PLESS: Grisel Zayago Guzmán (2024), Nivel de conocimiento del climaterio, en mujeres de Zumpango Estado de México. [ATD218.pdf](#)

16. NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. [https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013#gsc.ta
b=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013#gsc.tab=0)