



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES CON
MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LA MENARQUIA TEMPRANA EN EL
CENTRO DE SALUD N° 1, CUENCA-2017.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO.**

AUTOR:

IVÁN ENRIQUE SEGARRA DURAZNO C.I: 0106071616

DIRECTOR:

DR. JORGE VICTORIANO MEJÍA CHICAIZA CI: 0101557890

CUENCA – ECUADOR
2017



RESUMEN

ANTECEDENTES: la relación entre la menarquia temprana y la menopausia no ha sido un tema investigado a profundidad, debido a la falta de información que aportan las pacientes menopaúsicas; por ello se establece en el siguiente trabajo de investigación las características gineco–obstétricas que permita relacionar la menarquia temprana con la menopausia precoz.

OBJETIVO GENERAL: describir las características gineco-obstétricas de las mujeres con menopausia y su relación con la menarquia temprana en el Centro de Salud N° 1 en Cuenca del 1 Junio – 31 Agosto 2017.

METODOLOGÍA: diseño de tipo cuantitativo descriptivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 220 mujeres con menopausia que acudieron al Centro de Salud N° 1 en el período comprendido desde el 1 de junio al 31 de agosto del 2017. La recolección de la información, se realizó con un formulario adecuado para el efecto, donde constan las variables estudiadas. El análisis de la información se realizó con el programa SPSS V.15, usado para elaborar tablas, analizar variables, con medidas estadísticas para las cualitativas y media aritmética, desvío estándar índice de Person, medidas de tendencia central y Chi cuadrado para las cuantitativas.

RESULTADOS: la edad de pacientes menopaúsicas en este estudio estuvo entre 39 y 90 años (media $59,7 \pm 9,9$ años). La menarquia se presentó entre los 8 y 19 años (promedio de $13,3 \pm 1,5$ años), siendo temprana (antes de los 12 años), en el 10%. La menopausia se presentó entre los 37 y 65 años, con un promedio de $46,8 \pm 4,6$ años, siendo precoz (antes de los 45 años) en el 30% de los casos. En cuanto a la relación entre menarquia temprana y menopausia precoz no hubo relación significativa en nuestro estudio.

PALABRAS CLAVE: MENOPAUSIA PRECOZ, MENARQUIA TEMPRANA, VIDA SEXUAL, MENSTRUACION.

**ABSTRACT**

BACKGROUND: the relationship between early menarche and menopause has not been investigated in depth, due to the lack of information provided by menopausal patients; for this reason the following research work establishes the gynecological-obstetric characteristics that allow to relate early menarche with early menopause.

GENERAL OBJECTIVE: to describe the gynecological-obstetric characteristics of women with menopause and its relation to early menarche in the Health Center N°1 of the city of Cuenca in the year 2017.

METHODS AND MATERIALS: a descriptive and transversal research was carried out. The sample consisted of 220 women with menopause who attended the Health Center N°1 in the period from June 1 to August 31, 2017. The information was collected with an appropriate form for the effect, which includes the studied variables. Data analysis was performed using the SPSS V.15 program, used to elaborate tables, analyze variables, with statistical measures for qualitative and arithmetic mean, standard deviation of Person's index, measures of central tendency and Chi square for the quantitative ones.

RESULTS: the age of menopausal patients in this study was between 39 and 90 years (mean 59.7 ± 9.9 years). Menarche presented between 8 and 19 years (mean of 13.3 ± 1.5 years), being early (before 12 years), in 10%. Menopause was present between 37 and 65 years, with an average of 46.8 ± 4.6 years, being precocious (before the age of 45 years) in 30% of the cases. As for the relationship between early menarche and early menopause, there was no significant relationship in our study.

KEYWORDS: EARLY MENOPAUSE, EARLY MENARQUIA, SEXUAL LIFE, MENSTRUATION



Contenido

RESUMEN 2

ABSTRACT 3

CAPÍTULO I 10

1.1 INTRODUCCIÓN 10

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11

1.3 JUSTIFICACIÓN 13

CAPÍTULO II 14

2. FUNDAMENTO TEÓRICO..... 14

2.1 CICLO MENSTRUAL 14

2.2 MENARQUIA..... 17

2.3 MENARQUIA TEMPRANA..... 19

2.4 MENOPAUSIA 20

MANIFESTACIONES CLÍNICAS..... 22

DIAGNÓSTICO 24

RELACIÓN ENTRE MENARQUIA TEMPRANA Y MENOPAUSIA PRECOZ: 24

CAPÍTULO III 26

3. OBJETIVOS 26

3.1 OBJETIVO GENERAL 26

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 26

CAPÍTULO IV 27

4. DISEÑO METODOLÓGICO 27

4.1 TIPO DE ESTUDIO 27

4.2 ÁREA DE ESTUDIO..... 27

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA..... 27

4.3.1 Universo: 27

4.3.2 Muestra: 27



4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	27
4.4.1 Criterios de inclusión:	27
4.4.2 Criterios de exclusión:	28
4.5. VARIABLES	28
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	28
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	28
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
CAPÍTULO V	29
5 RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	29
CAPÍTULO VI	56
6 DISCUSIÓN	56
CAPÍTULO VII	61
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
7.1 CONCLUSIONES.....	61
7.2 RECOMENDACIONES	62
CAPÍTULO VIII	63
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
CAPÍTULO IX	69
9 ANEXOS	69
9.1 ANEXO # 1 OPERACIONALIZACIÓN	69
9.2 ANEXO # 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	74
9.3 ANEXO # 3 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	76



CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD

Yo, IVAN ENRIQUE SEGARRA DURAZNO, autor del proyecto de investigación “CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES CON MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LA MENARQUIA TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD N° 1, CUENCA-2017.” declaro que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 29 de Septiembre del 2017

Iván Enrique Segarra Durazno

C.I: 0106071616



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, IVAN ENRIQUE SEGARRA DURAZNO, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES CON MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LA MENARQUIA TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD N° 1, CUENCA-2017.”, de conformidad con el Art 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art1 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de Septiembre del 2017



Iván Enrique Segarra Durazno
C.I: 0106071616

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación en primer lugar a mis padres que siempre han estado ahí apoyándome desde el inicio de mi carrera, a mi hermano que supo darme ánimos para seguir adelante, a mis abuelos sin los cuales no hubiese sido posible culminar esta investigación. A mi maestro el Dr. Jorge Mejía a quien le agradezco por su tiempo, dedicación y conocimientos entregados en este trabajo.

Iván Segarra D.



AGRADECIMIENTO

Después de mucho esfuerzo e culminado esta investigación, agradezco en primer lugar a Dios por darme la vida, la salud y la fuerza para poder llegar a esta instancia, a mi familia en especial a mis padres quien han estado apoyándome desde un principio para poder lograr mis objetivos; agradezco a mi maestro el Dr. Jorge Mejía por apoyarme con sus conocimientos y experiencia profesional.

Iván Segarra D.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El ciclo menstrual de la mujer es uno de los procesos más importantes de la fisiología humana, incluso va después del ciclo cardíaco. La menarquia y la menopausia son episodios personales con gran trascendencia, estos son sucesos que nunca se olvidan (1), (2).

Durante el ciclo de vida femenino se tienen en cuenta varias etapas del desarrollo, con el fin de definir el fenómeno de la madurez y el envejecimiento, el cual va desde la niñez, pasa por la juventud, la edad adulta, el climaterio y finalmente la senectud. El estudio de esta etapa supone adentrarse en una fase del desarrollo humano en la que se genera una importante transformación, el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de esta, moldeada por factores personales, ambientales y culturales (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años. En este período se produce la menarquia o primera menstruación, donde se determina el fin de la niñez, dando la bienvenida a un ser que fisiológicamente puede ser madre en potencia. Por otro lado, la menopausia se define como el período que marca la última menstruación en la vida femenina; es un diagnóstico clínico retrospectivo debido a que esa última menstruación sólo puede determinarse luego de 12 meses de amenorrea, esto ocurre en promedio después de los 40 años. Con el trascurso del tiempo y los cambios en los estilos de vida, sumado a factores genéticos y ambientales, la edad comprendida entre el fin de la infancia y el fin de la vida fértil ha cambiado notablemente, es común en esta época que la menarquia se presente a menor edad (4) (5).

La edad de la menarquia es una variable antropológica, psicológica y biológica que puede influir en forma determinante en algunos estados de salud-enfermedad de las mujeres. Marca, además, el comienzo de la competencia reproductiva y, como consecuencia, la posibilidad de la continuidad biológica para la especie humana. La



menarquia temprana es un factor de riesgo para algunos tipos de cáncer y otras enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que debe constituir una preocupación en salud pública (6).

La menopausia se refiere a la desaparición definitiva de la menstruación por un período aproximado de 12 meses, producto del fallo de la función ovárica. Diferentes estudios realizados han demostrado que las mujeres viven la menopausia según sus factores hereditarios, dieta, estilo de vida, medio social y actitudes culturales. El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Desde entonces la edad de presentación de la menopausia no ha cambiado significativamente. Esta se produce de forma fisiológica entre los 45-55 años de edad. El promedio de menopausia, en la mayoría de los países que llevan registros de salud, es de 48 años. En Venezuela es de 48,7 años \pm 4,6 años al igual que en Cuba y en la mayoría de los países de América Latina. En España según estudios, es a partir de los 50 años, en Ecuador se presenta entre los 40 y 49 años. Las investigaciones clínicas y epidemiológicas indican que a partir de la menopausia, la mujer tiene una especial vulnerabilidad por la insuficiencia ovárica propia del climaterio, además de todos los cambios fisiológicos y psicológicos que afectan a su calidad de vida. Un tercio de la vida de la mujer ocurre bajo esa insuficiencia ovárica, cuando el envejecimiento se manifiesta de una forma más evidente (7), (8).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el ciclo de vida de la mujer se tienen en cuenta varias etapas del desarrollo, con el fin de definir el fenómeno de la madurez y el envejecimiento, el cual va desde la niñez, pasa por la juventud, la edad adulta, el climaterio y finalmente la senectud. Por tanto, el envejecimiento es un proceso continuo, dependiente de factores genéticos y ambientales, que tiene sus bases en las etapas previas de la vida, entre las cuales se encuentra inevitablemente el climaterio. El estudio de esta etapa supone adentrarse en una fase del desarrollo humano en la que se genera una



importante transformación: el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de esta, moldeada por factores personales, ambientales y culturales y en el que ocurre un evento fundamental: la menopausia. (1).

Las modificaciones que acompañan la desaparición de la actividad del ovario pueden ser tan relevantes que ameritan la instauración oportuna de un manejo médico similar al de cualquier enfermedad. En este sentido, hay que considerar que entre 25% a 30% de las mujeres experimentan sintomatología significativa, mientras que para el porcentaje restante, la interrupción de la actividad ovárica apenas si se acompaña de trastornos menores y, por demás, tolerables. Se plantea que los síntomas más frecuentes en el período menopáusico son de origen psicológico y aunque esto no genera un problema de salud mental grave, puede disminuir la satisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales. Durante esta etapa, las mujeres empiezan a experimentar ciertas alteraciones derivadas de la disminución en la producción de estrógenos y progesterona, caracterizada por sofocos, sudación nocturna con las consecuentes perturbaciones del sueño, traducido en cansancio e irritabilidad. Los síntomas vasomotores representan los síntomas más molestos de la menopausia y son la razón más común por la que las mujeres buscan atención médica en el momento de la transición menopáusica. Los síntomas vasomotores pueden incluir enrojecimiento, escalofríos, ansiedad, trastornos del sueño y palpitaciones (3) (9) (10).

Por otro lado, mundialmente la menarquia se ha ido adelantando progresivamente desde mediados del siglo XIX, hecho conocido como tendencia secular de la menarquia. En Latinoamérica también se ha observado un cambio en las últimas décadas. La edad de la menarquía parece influir en el riesgo de padecer una serie de enfermedades a lo largo de la vida. Se han realizado diversos estudios identificando los riesgos futuros asociados a pubertad adelantada, y se ha observado un mayor riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas, tales como: hipertensión arterial y mayor frecuencia de intolerancia a la glucosa. La relación



entre la menarquia temprana y la edad de presentación de la menopausia es controversial, sin embargo, un meta-análisis publicado en Chile en el año 2015 mostró una asociación significativa entre menarquia temprana y disminución de la reserva ovárica en la vida adulta (11), (12).

A pesar de que la menarquia y la menopausia son procesos muy relevantes dentro de las mujeres, no han tenido la suficiente relevancia dentro de las investigaciones en el Ecuador. Este estudio pretende determinar ¿cuáles son las características gineco-obstétricas de las mujeres con menopausia y su relación con la menarquia temprana en el Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Cuenca en el año 2017?, por lo que nos planteamos la realización de este trabajo.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La menopausia ha adquirido mayor trascendencia con el transcurso del tiempo. Al respecto, el concepto de calidad de vida se ha ido convirtiendo en un aspecto importante cuando la mujer climatérica se presenta ante el especialista, en busca de un mayor bienestar posible. En esta etapa, el organismo se torna más frágil como consecuencia de las variaciones fisiológicas naturales de la menopausia y la repercusión del contexto social sobre la persona, cuya sobrecarga física y mental favorece la aparición de procesos que deterioran la salud femenina y hacen más crítico el cuadro sintomático en este período, todo lo cual puede agravarse si existen algunos elementos desfavorables del medio circundante (3).

A nivel mundial la menarquia se ha ido adelantando progresivamente y el Ecuador también muestra esta tendencia. Por ello es necesario tomar en cuenta las consecuencias de una menarquia temprana y establecer su relación con la menopausia, puesto que como profesionales de la salud es importante orientar a las mujeres desde las edades más tempranas hasta después del fin de su etapa reproductiva. Debemos conocer las características de la población para enfocar adecuadamente la atención en salud (13).



A pesar de la relevancia de este tema, en Ecuador no existen investigaciones que nos permitan conocer la realidad en nuestro medio. Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad de determinar cómo se presenta este fenómeno en las mujeres que acuden al Centro de Salud N° 1 en la ciudad de Cuenca y formar programas de control y evaluación de la temática, estos podrían modificar el futuro de las mujeres y mejorar su calidad de vida a largo plazo. Además, comprender las características gineco-obstétricas de las mujeres con menopausia e identificar su relación con la menarquia temprana permitirá realizar nuevas intervenciones y estrategias de prevención de problemas comunes al sexo femenino.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual se define como los cambios periódicos que se producen en el ovario y en el endometrio en el intervalo comprendido entre la menarquia y la menopausia. El ciclo menstrual puede dividirse en dos fases funcionales separados por la ovulación, la fase folicular y la fase luteínica como fase secretora o post ovulatoria. Para su estudio y caracterización se han tomado en cuenta la duración que oscila entre 3 y 7 días, la frecuencia del ciclo menstrual es de 28 días, en un 10 a 15% de los ciclos (14).

La pubertad es un proceso que incluye el desarrollo morfológico, fisiológico y de comportamiento que permite alcanzar la fertilidad. Se inicia con una serie de cambios neurohormonales debidos a la interacción entre sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis y gónadas (eje hipotálamo hipófisis gonadal - HHG), donde la secreción hipotalámica pulsátil del decapeptido hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) es esencial para la activación del eje HHG. Un suceso admirable es que el aumento de la secreción de GnRH dependa de la producción



por menos de 2 000 neuronas en el cerebro de los mamíferos y que tengan origen embrionario fuera del sistema nervioso central, en la plácoda olfatoria medial, para migrar posteriormente al hipotálamo medio basal (11), (15).

En el ciclo menstrual normalmente se producen hormonas, y se prepara la capa interna del útero para recibir el embrión, algunas características del ciclo menstrual como duración del mismo y del sangrado, y variabilidad, pueden ser influenciadas por una gran diversidad de factores externos e internos que afectan el eje hipófisis hipotálamo-ovario pudiendo ser alterado por factores condicionantes como etnia, estilos de vida, nivel socio-económico, alimentación, exposición a sustancias químicas etc., que pueden desencadenar múltiples síntomas y características individuales en dicho ciclo (16).

En el ciclo menstrual se distinguen tres fases, comenzando desde el primer día de la última regla, en el que se inició el flujo menstrual, que se considera el primer día del ciclo (1):

Fase folicular:

La fase folicular va desde el 4^o día hasta el día 14 del ciclo con una duración alrededor de 9 días. Se produce una regeneración a partir de los fondos de saco glandulares, aumenta el espesor glandular, vascular y estromal; y al final, hay un plegamiento glandular y pseudoestratificación. Durante esta fase de reparación y proliferación el endometrio se engruesa de dos a tres veces y se incrementa su contenido en agua. En el inicio, de nuevo se forma el epitelio de superficie y cubre el endometrio. Aumentan el número y longitud de glándulas y se alargan las arterias espirales. Los estrógenos procedentes del folículo o folículos en desarrollo causan la división celular en el recubrimiento del endometrio para reparar el área despojada. A medida que un folículo de Graaf se desarrolla y segrega más estrógenos, las células glandulares del endometrio proliferan rápidamente. La capa celular, que recibe la denominación de “functionalis”, es extremadamente sensible a las



hormonas del ovario. Entonces los vasos sanguíneos se desarrollan, alargándose con una rapidez desproporcionadamente mayor que la del aumento del grosor del endometrio. En consecuencia, se tuercen y enrollan y reciben la denominación de arterias espirales y venas espirales (1).

Fase lútea:

Se da cuando comienza el primer día de la menstruación del siguiente ciclo. Esta fase tiene una duración de alrededor de 13 días, y coincide con la formación, funcionamiento y crecimiento del cuerpo amarillo. Después de ser expulsado del folículo, las células del folículo desgarrado se luteinizan y se convierten en un cuerpo lúteo, que produce estrógenos y progesterona y alcanza su actividad máxima a los 8 días más o menos después de la ovulación. Durante los 8 días de intensa actividad del cuerpo lúteo, el endometrio entra en la fase progestacional, o secretora. El recubrimiento espeso del endometrio sigue siendo altamente sensible a la progesterona, aumento de enzimas, y los tejidos glandulares producen secreciones (de ahí el término de fase secretora). Las glándulas de la capa superficial se dilatan a medida que se llenan con materiales ricos en glucógeno, proteínas, lípidos, y enzimas. El nivel más elevado de actividad metabólica se produce alrededor del día 21 o 22, cuando el endometrio ha cumplido completamente el trabajo de facilitar un lugar acolchado y nutritivo para la implantación del óvulo fecundado. Si el óvulo ha sido fertilizado, la implantación se produce más o menos en este momento (1).

Fase menstrual:

El primer día de la menstruación es el inicio del ciclo menstrual. Se la considera generalmente como la primera fase del ciclo debido a la facilidad de determinar el día 1 (en realidad marca el final del ciclo menstrual). Durante esta fase de hemorragia menstrual o degeneración endometrial, la capa funcional endometrial se descama debido a la deprivación hormonal, al factor vasoconstrictor y a un drenaje



linfático insuficiente. La hemorragia menstrual y el desprendimiento del tejido en proceso de degeneración dan como resultado una reorganización del lecho vascular y la estabilización de la actividad circulatoria al nivel basal del endometrio. Se eliminan la totalidad de la capa compacta y la mayor parte de la capa esponjosa del endometrio (1).

Regularidad del ciclo menstrual:

Para determinar la regularidad de los ciclos menstruales, desde el punto de vista clínico, se deben considerar dos aspectos: la duración de cada ciclo y el intervalo entre cada ciclo. En cuanto a la duración del período menstrual, se considera normal cuando tiene una variación de entre dos y siete días, con un promedio de cuatro. Por otra parte, el intervalo normal de tiempo entre cada menstruación se sitúa entre 21 y 35 días (siendo en la mayoría de 26 a 30 días); este tiempo depende principalmente de la fase folicular, se considera que el ciclo menstrual es irregular cuando está fuera de estos límites de tiempo (17).

2.2 MENARQUIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años. En este período se produce en la niña la menarquia, o primera menstruación, que es un evento tardío en la secuencia de desarrollo puberal, que constituye el indicador de maduración sexual más comúnmente utilizado. La menarquia es, normalmente, el último evento del desarrollo puberal. Se presenta en 1 año y medio a 2 años posterior al inicio del desarrollo mamario (4).

La edad en la que se presenta la primera menstruación, es una característica que ha sido ampliamente investigada en distintos grupos humanos, intentando desentrañar las causas de su amplio rango de variación. La edad promedio de aparición de la menarquia es clínicamente importante porque establece la línea de base para la determinación de la pubertad precoz y tardía, los cuales podrían resultar de una patología en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.; esta información



también es útil en la confección de tablas de fertilidad y como dato epidemiológico en el apareamiento de Cáncer Ginecológico de mucho interés en salud pública y planificación familiar. Además, existe la inquietud actualmente si hay un adelanto en la presentación de las características puberales de las niñas. En especial porque es un marcador biológico de las poblaciones y tiene un origen multifactorial asociado a variables genéticas, ambientales, socioculturales y bio-demográficas. Numerosos son los factores que pueden ejercer un control sobre la menarquia, pudiéndose discernir entre los factores hereditarios y los ambientales. Entre estos últimos se han considerado el clima, la radiación y la altitud (18).

A partir del estudio publicado en el año 2014 sobre el crecimiento de niños, niñas y adolescentes ecuatorianos, se buscó describir las primeras estimaciones de la edad de la menarquia en Ecuador, país multicultural y plurinacional, donde las poblaciones viven en alturas muy variables, oscilando entre 0 y más de 3.000 a 3.500 metros sobre el nivel del mar. En el año 2011 y 2012 se recolectó información sociodemográfica de mujeres de las ciudades de Quito y Tulcán (Región Andina), Santa Elena (Región Costa) y Tena (Región Amazónica). En los años 1999 y 2009, se obtuvo información de mujeres que viven en Quito, un total de 2 095 mujeres de entre 9 y 16 años de edad fueron observadas. La edad de la menarquia se la calculó según el método del status-quo y el retrospectivo. En Quito, los resultados en las dos metodologías muestran una disminución de la edad de la menarquia que va de 13.80 ($\pm 1,31$) años en 1999 a 13.50 ($\pm 1,40$) años en 2011 ($p < 0,05$). En 2011 y 2012 con ambas metodologías se encontró una similitud en la edad a la menarquia entre las poblaciones de la región andina y de la región Costa con un promedio aritmético de 13.50 ($\pm 1,59$), sin embargo la población de la región amazónica registró una edad promedio de 12.06 ($\pm 1,55$) ($p < 0.001$).



2.3 MENARQUIA TEMPRANA

Es la aparición de sangrado vaginal aislado o periódico en niñas antes de los 12 años de edad (11) (12). Es preciso indicar, que ha existido una tendencia secular de disminución de la edad de inicio de la pubertad en niñas. Esta tendencia ha sido documentada a través de la recogida de información sobre la edad de la menarquia en el último siglo y medio. De esta forma, sabemos que la edad de la menarquia a mediados del siglo XIX se situaba entre los 16 y 17,5 años, para un siglo después, colocarse entre los 12,5 y 13,5 años. Este hallazgo ha sido relacionado con la mejoría en las condiciones de vida de niños y adolescentes, fundamentalmente en lo referente a aspectos nutricionales. Desde hace tiempo, se apunta al tejido adiposo y al estado nutricional como factores determinantes del inicio y mantenimiento de la pubertad, siendo más evidente en niñas que en niños. Se postula que la neuroregulación de la pubertad depende de redes nodales de genes que codifican proteínas cuyas acciones se solapan e interaccionan, tanto de una forma jerárquica como independiente (19), (20).

Diversos factores genéticos y ambientales intervienen en la edad de aparición de la menarquia. La literatura científica avala la existencia de un fuerte componente hereditario, ya que la edad de la menarquia de las madres influye entre un 50 y un 75 % en la de las hijas, además, las características étnicas y raciales son factores genéticos que contribuyen a las variaciones de inicio puberal. En la raza negra, por ejemplo, la menarquia es más temprana. Entre los factores ambientales los más relevantes son el nivel socioeconómico, el estado nutricional, el estado de salud en general, la actividad física, y se ha detectado la influencia de otros factores como el bajo peso al nacer, e influencia estacional y climática (4).

En los países europeos este cambio se asocia con mejores condiciones en el estilo de vida de la población, sobre todo en el aspecto nutricional. En cuanto a la edad de la menarquía en Latinoamérica, también se ha observado un cambio secular en las últimas décadas. Diferentes estudios han reportado una madurez sexual



relativamente más temprana en esta región en relación con poblaciones europeas. Estos fenómenos están produciendo un número cada vez mayor de embarazos en adolescentes (11), (21).

Un estudio británico, de la Universidad de Cambridge, muestra que las mujeres que tienen la menarquia antes de los 12 años presentan mayor riesgo a lo largo de su vida de experimentar un infarto de miocardio o un ictus. Estas mujeres también tenían una tasa general de muerte un 22 % mayor y un riesgo de un 25 % mayor de morir por cáncer (4). En Chile se asoció la menarquia temprana con el abuso sexual y al inicio precoz de actividad sexual (11). Un estudio en Cuba relacionó la menarquia temprana con un riesgo incrementado de desarrollar obesidad abdominal (22). La relación entre la menarquia temprana y la edad de presentación de la menopausia es controversial, sin embargo, un meta - análisis publicado en Chile en el año 2015 mostró una asociación significativa entre menarquia temprana y disminución de la reserva ovárica en la vida adulta (12).

2.4 MENOPAUSIA

La menopausia es una etapa en la vida de la mujer. Es un proceso fisiológico que, como la menarquia o el embarazo, conlleva ajustes que ejercen una gran influencia en todos los organismos y sistemas a nivel físico, social, mental y emocional. El climaterio es el período de transición entre los últimos años de la etapa reproductiva y la vida post- reproductiva, que se inicia con la desaparición progresiva de la función ovárica. La suspensión completa de las menstruaciones o menopausia propiamente dicha, acontece por lo general entre la quinta y la sexta década de la vida y está precedida por una etapa durante la cual se presentan ciclos irregulares y una serie de manifestaciones físicas características, conocida como pre menopausia. La edad de presentación de la menopausia no ha cambiado significativamente. Esta se produce de forma fisiológica entre los 45-55 años de edad. El promedio de menopausia, en la mayoría de los países que llevan registros de salud, es de 48 años. En Venezuela es de 48,7 años \pm 4,6 años al igual que en



Cuba y en la mayoría de los países de América Latina. En España según estudios, es a partir de los 50 años, en Ecuador se presenta entre los 40 y 49 años (8), (10), (23) .

El criterio clínico para establecer la presencia de menopausia es la ausencia total de menstruaciones durante un período de doce meses. Por último, la postmenopausia es la etapa comprendida entre el establecimiento definitivo de la menopausia y el final del climaterio, alrededor de los 60 a 65 años. Aunque la menopausia es un proceso absolutamente normal y no una enfermedad, está acompañada de connotaciones negativas y muchas mujeres experimentan la pérdida de la función reproductiva como un proceso de duelo, que afecta profundamente su feminidad. Por esta razón, una parte importante de la función del médico durante esta etapa de la vida está dirigida a escuchar con atención y ofrecer información clara y oportuna sobre los cambios fisiológicos, pues de esta manera contribuye a aliviar la ansiedad e incertidumbre que experimentan las pacientes (10).

Tipos de menopausia:

Hay diferentes tipos de menopausia. Los tipos de menopausia son según su presentación y según su edad. Según su presentación la menopausia puede ser Natural (es aquella que ocurre de forma gradual y progresiva por el normal envejecimiento del ovario) o Artificial (es provocada por la castración quirúrgica o extirpación de los ovarios con o sin histerectomía, o por mecanismos destructores de las células germinales como son las radiaciones y la quimioterapia). Según la edad en que se presente puede ser Menopausia precoz (ocurre antes de los cuarenta y cinco años) o Menopausia tardía (tiene lugar después de los 55 años). También puede ser una Menopausia Quirúrgica, ocurre cuando hay desaparición de la menstruación que sigue a la ooforectomía (extirpación de ambos ovarios) o histerectomía (Extirpación de útero). Sucede cuando los tratamientos médicos ocasionan una baja de estrógenos. Esto puede suceder cuando los ovarios o el



útero se extirpan o si usted recibe quimioterapia o terapia hormonal para cáncer de seno. Los síntomas de la menopausia empiezan de inmediato sin importar la edad (24).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La depleción hormonal comienza en el período pre menopáusico, (entre los 40 y los 50 años) y se caracteriza por diversos trastornos menstruales que comprenden desde polimenorreas hasta oligomenorreas y aumento progresivo del intervalo entre uno y otro ciclo. El desbalance endócrino altera el metabolismo de los lípidos, promueve la aterogénesis, modifica los procesos de remodelación ósea, induce cambios en los órganos genitales y se asocia a variaciones en el estado de ánimo y trastornos del comportamiento. Las modificaciones que acompañan la desaparición de la actividad del ovario pueden ser tan relevantes que ameritan la instauración oportuna de un manejo médico similar al de cualquier enfermedad. En este sentido, hay que considerar que entre 25% a 30% de las mujeres experimentan sintomatología significativa, mientras que para el porcentaje restante, la interrupción de la actividad ovárica apenas si se acompaña de trastornos menores y, por demás, tolerables. Los cambios fisiopatológicos más significativos incluyen (10):

- Hemorragias uterinas disfuncionales
- Crisis vasomotoras
- Sequedad vaginal
- Incontinencia urinaria
- Aumento de aterosclerosis
- Mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares
- Osteoporosis
- Fracturas
- Cambios del comportamiento

Las modificaciones que acompañan la desaparición de la actividad del ovario pueden ser tan relevantes que ameritan la instauración oportuna de un manejo médico similar al de cualquier enfermedad. En este sentido, hay que considerar que entre 25% a 30% de las mujeres experimentan sintomatología significativa, mientras



que para el porcentaje restante, la interrupción de la actividad ovárica apenas si se acompaña de trastornos menores y, por demás, tolerables. Se plantea que los síntomas más frecuentes en el período menopáusico son de origen psicológico y aunque esto no genera un problema de salud mental grave, puede disminuir la satisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales. Durante esta etapa, las mujeres empiezan a experimentar ciertas alteraciones derivadas de la disminución en la producción de estrógenos y progesterona, caracterizada por sofocos, sudación nocturna con las consecuentes perturbaciones del sueño, traducido en cansancio e irritabilidad. Los síntomas vasomotores representan los síntomas más molestos de la menopausia y son la razón más común por la que las mujeres buscan atención médica en el momento de la transición menopáusica. Los síntomas vasomotores pueden incluir enrojecimiento, escalofríos, ansiedad, trastornos del sueño y palpitaciones (3), (9), (10).

Actualmente se sabe que múltiples factores de riesgo cardiovascular pueden surgir durante la menopausia, sin embargo, los rasgos característicos del síndrome metabólico pueden estar presentes aún antes. La resistencia a la insulina es una característica prominente del síndrome metabólico en mujeres menopáusicas, sin embargo, su diagnóstico con métodos clínicamente útiles se hace difícil. Por otro lado, la depleción de los niveles de estrógenos que ocurre en la menopausia origina una serie de modificaciones en numerosas zonas del cuerpo femenino, incluyendo el suelo pélvico y el área genital, debido a la presencia de receptores de estrógenos en el tracto urogenital inferior y genitales externos (trígono, uretra, vagina, vulva, vestíbulo y labios). La menopausia causará en algún momento, síntomas genitourinarios importantes que afectarán la calidad de vida de la mujer. Las molestias más frecuentes son la sequedad vaginal, prurito, ardor disuria y dispareunia, que se asocian con frecuencia a problemas cutáneos en los genitales externos. Como consecuencia, la calidad de vida se ve afectada en un 30-50% en este grupo poblacional (25), (26).



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de menopausia, por norma general, no es difícil, en las pacientes con edades comprendidas entre los 40 y 50 años y suele realizarse en forma retrospectiva, después de un año sin menstruaciones y es facilitado por la presencia de otras manifestaciones, como crisis vasomotoras e irritabilidad. Sin embargo no hay que olvidar que existen otras entidades que cursan con la suspensión de las menstruaciones, como el embarazo; es más, en la actualidad las gestaciones en mujeres añosas no son un fenómeno infrecuente. Algunas pruebas de laboratorio, útiles para confirmar el diagnóstico de menopausia, son las determinaciones de los niveles séricos de estradiol, hormona folículoestimulante y hormona luteinizante (10).

RELACIÓN ENTRE MENARQUIA TEMPRANA Y MENOPAUSIA PRECOZ:

Las niñas que presentan su primera menstruación antes de los 12 años pueden experimentar menopausia prematura, riesgo que se torna mucho más significativo si, además, nunca tienen hijos biológicos. La menarquia antes de los 12 años predispone a la mujer a un riesgo de 80% de llegar al climaterio antes de los 40 años, y en 30% de vivirlo entre los 40 y los 44 años, mientras en el caso de las nulíparas la posibilidad de menopausia temprana se multiplica por dos. Para comprender la importancia del resultado de un estudio publicado en la revista Human Reproduction, vale la pena señalar que regularmente la primera menstruación se presenta entre los 12 y los 13 años, y que la edad normal del comienzo de la menopausia oscila entre los 45 y los 55 años (27).

Para llegar a estas conclusiones, investigadores de Reino Unido, Escandinavia, Japón y Australia analizaron los datos de más de 50 mil mujeres -algunas madres biológicas y otras no- que participaron en 9 estudios sobre el vínculo entre la edad de inicio de la pubertad y el climaterio. El estudio concluye que la combinación entre menarquia temprana y no tener hijos biológicos, es un factor de riesgo que debería



tomarse en cuenta para asesorar a las mujeres que menstruaron antes de los 12 años, no hayan tenido descendencia y estén rondando los 35 años de edad, para prepararlas para los riesgos de la menopausia precoz (27). La menopausia precoz tiene consecuencias emocionales y psicológicas que se acrecientan conforme más pronto ocurra: ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, síntomas depresivos, somatización, hostilidad, insomnio, trastornos de la conducta alimentaria, baja autoestima, alteración del esquema corporal y de las relaciones con la pareja y la familia. Además, estas pacientes tienen mayor riesgo de deterioro cognitivo, enfermedad de Parkinson y demencia. Se ha relacionado con una mayor frecuencia de trastornos de la esfera sexual, habiéndose constatado una disminución del número de relaciones sexuales, una menor excitación y un aumento de la dispareunia (28).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características gineco-obstétricas de las mujeres con menopausia y su relación con la menarquia temprana, en el Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Cuenca, en el periodo comprendido entre 1 de Junio al 31 de Agosto del 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Caracterizar al grupo de estudio según las variables sociodemográficas (edad, etnia, residencia, estado civil, instrucción, ocupación).
- 3.2.2. Identificar características gineco-obstétricas como: menarquia, menopausia, inicio de la vida sexual, número de hijos, regularidad menstrual, duración de la menstruación, lactancia, y enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y hábito de fumar.
- 3.2.3. Determinar si la edad de presentación de la menarquia está relacionada con edad de la menopausia.
- 3.2.4. Establecer la relación entre las características gineco-obstétricas de las mujeres con menopausia y la menarquia temprana.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud N° 1, ubicado en la Av. Huayna Cápac 1 - 270, en la ciudad de Cuenca, Azuay, Ecuador.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

4.3.1 Universo:

Está conformado por todas las mujeres con menopausia que acudieron al Centro de Salud N° 1 en la ciudad de Cuenca en el período de tiempo comprendido desde el 1 de junio al 31 de agosto del año 2017.

4.3.2 Muestra:

Se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio simple 220 mujeres con menopausia que acudieron al Centro de Salud N°1 en la ciudad de Cuenca en el período de tiempo comprendido desde el 1 de junio al 31 de agosto del año 2017.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Mujeres con menopausia que acudieron al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Cuenca en el período de tiempo comprendido desde el 1 de junio al 31 de agosto de 2017.



- Mujeres que voluntariamente aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado (Anexo #2).

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Mujeres con menopausia que presentaban algún tipo de discapacidad.
- Mujeres con menopausia que no contestaron todas las preguntas de la encuesta.
- Mujeres con menopausia que no hayan firmado el consentimiento informado.

4.5. VARIABLES

Dentro de las variables tenemos: edad, etnia, residencia, estado civil, instrucción, ocupación, menarquia, menopausia, inicio de vida sexual, número de hijos, regularidad menstrual, duración de la menstruación, lactancia, hipertensión arterial, diabetes Mellitus, obesidad, hábito de fumar.

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: observacional.

Técnicas: para la recolección de la información se empleó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: para la recolección de la información se empleó como instrumento un formulario de recolección de datos elaborado por el autor (Anexo # 3).

4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se empleó para el análisis de datos el programa SPSS V15.0, los resultados se representaron en tablas utilizando frecuencia absoluta, porcentaje, medidas de tendencia central, Chi cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson.



4.8 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio cumple con los aspectos éticos para realizar investigaciones en seres humanos. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y la autorización del director del Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Cuenca. A las participantes se les informó acerca de la investigación, se les aclaró cualquier duda acerca de la misma y se les pidió firmar el Consentimiento Informado. La información aportada será de absoluta confidencialidad y no será utilizada en otros trabajos, las participantes no serán expuestas de ninguna forma. El autor será el responsable de la información recolectada por el tiempo requerido legalmente.

CAPÍTULO V

5 RESULTADOS Y ANÁLISIS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La investigación se realizó con una muestra 220 pacientes que asistieron a esta casa de salud y tuvieron diagnóstico de la patología al momento de la recolección de datos, los datos fueron procesados con el programa estadístico SSPS V15 para Windows, cuyos resultados son expuestos en el análisis de resultados.

**TABLA N°1**

Distribución de 220 pacientes con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la edad, Cuenca 2017.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
39- 44 AÑOS	13	6 %
45- 54 AÑOS	87	39,5 %
55-64 AÑOS	55	25%
65-74 AÑOS	54	24,5 %
≥ 75	11	5 %
TOTAL	220	100%

EDAD DE LA MENARQUIA	
MEDIDA	VALOR
Mínimo	39
Máximo	90
Media	57,7
Desviación estándar	9,9

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: se considera como grupo predominante de edades de entre 45 a 54 años, con un porcentaje de 39,5 %; seguido por el grupo etario entre los 55 a 64 años con el 25%, el resto de pacientes con rangos inferiores.

**TABLA N°2**

Distribución de 220 pacientes con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según el estado civil, Cuenca 2017.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	38	17,3 %
CASADA	122	55,5 %
UNIÓN DE HECHO	9	4 %
DIVORCIADA	23	10,5 %
VIUDA	28	12,7 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: se considera predominante dentro de este grupo a las mujeres casadas con 122 pacientes que representan el 55,5%, seguido de mujeres solteras con el 17%.

**TABLA N°3**

Distribución de 220 pacientes con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la zona de residencia, Cuenca 2017.

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	149	67,7 %
RURAL	71	32,3 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: de los pacientes que acuden a los servicios del Centro de Salud la mayoría procede las zonas urbanas con un total de 149 pacientes que representa el 67,7%.

**TABLA N° 4**

Distribución de 220 pacientes con menopausia atendidas en el centro de Salud N°1 según la instrucción, Cuenca 2017.

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	122	55,5 %
SECUNDARIA	56	25,5 %
SUPERIOR	17	7,6 %
NINGUNA	25	11,4 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la instrucción de las pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Centro de Salud corresponde en su mayoría a la primaria con 122 pacientes que representa el 55,5%.

**TABLA N° 5**

Distribución de 220 pacientes con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la ocupación, Cuenca 2017.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QQDD	166	75,5 %
TRABAJADORA FUERA DEL HOGAR	54	24,5 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que de las pacientes que frecuentan el Centro de Salud, 166 mujeres se dedican a QQDD que representa el 75,5%.

**TABLA N° 6**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la edad de la menarquia, Cuenca 2017.

MENARQUIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<12	22	10 %
≥12	198	90 %
TOTAL	220	100%

EDAD DE LA MENARQUIA	
MEDIDA	VALOR
Mínimo	8
Máximo	19
Media	13,3
Desviación estándar	1,5

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Instrucción: la tabla muestra la edad de la menarquia en las mujeres encuestadas, se observa que la menarquia se presentó entre los 8 y 19 años, con un valor promedio de $13,3 \pm 1,5$ años.

**TABLA N° 7**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N° 1 según la edad de la menopausia, Cuenca 2017.

EDAD DE MENOPAUSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<45	66	30 %
45-55	145	65,9 %
>55	9	4,1 %
TOTAL	220	100%

EDAD DE LA MENOPAUSIA (Años)	
MEDIDA	VALOR
Mínimo	37
Máximo	65
Media	46,8
Desviación estándar	4,6

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra Durazno

Interpretación: la tabla muestra que la menopausia en las mujeres investigadas se presentó entre los 37 y 65 años, con una edad promedio de $46,8 \pm 4,6$ años. Señala que en la mayoría de las mujeres la menopausia se presentó a una edad normal, con el 65,9%, mientras que en el 30% se evidenció una menopausia precoz.

**TABLA N° 8**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según el inicio de vida sexual, Cuenca 2017.

INICIO DE VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15	7	3,1 %
15-20	158	71,8%
21- 30	47	21,3%
31-40	7	3,1%
>40	1	0,5%
TOTAL	220	100%

EDAD DE COMIENZO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	
MEDIDA	VALOR
Mínimo	13
Máximo	47
Media	19,4
Desviación estándar	5

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que el mayor número de mujeres con respecto al inicio de la vida sexual ocurrió entre los 15 y 20 años, que representa un 71,8%, considerando como mínimo los 13 años y un máximo de 47 años; con una edad promedio de $19,4 \pm 5$ años.

**TABLA N° 9**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según el número de hijos, Cuenca 2017.

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TIENE	10	4,5 %
1- 5	163	74 %
6 – 10	43	19,5%
>10	4	2%
TOTAL	220	100%

NÚMERO DE HIJOS	
MEDIDA	VALOR
Mínimo	0
Máximo	11
Mediana	4

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la distribución en relación al número de hijos indica que 163 mujeres tienen entre 1 a 5 hijos con un 74%, frente a 4 mujeres con más de 10 hijos que representa el 2%; considerando como mínimo 0 y máximo 11.

**TABLA N° 10**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según el ciclo menstrual. Cuenca 2017.

MENSTRUACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REGULARES	147	66,8%
IRREGULARES	73	33,2%
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra el patrón menstrual en las mujeres antes de su menopausia, se evidenció que en la mayoría de los casos las menstruaciones eran regulares, con el 66,8%.

**TABLA N° 11**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la duración de la menstruación, Cuenca 2017.

DÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<3	54	24,5 %
3-6	112	50,9 %
>6	54	24,5 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla de distribución sobre la duración de la menstruación indica que el mayor número de mujeres presenta una duración entre 3 a 6 días con una frecuencia de 112 y un porcentaje de 50,9%.

**TABLA N° 12**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según lactancia materna, Cuenca 2017.

LACTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	199	90,5 %
NO	21	9,5 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la distribución de la tabla muestra que la gran mayoría de las mujeres han dado de lactar, con el 90.5%.

**TABLA N° 13**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según hipertensión arterial, Cuenca 2017.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	76	34,5 %
NO	144	65,5 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que 76 mujeres analizadas padecen hipertensión arterial con un porcentaje de 34,5% que representa a la minoría.

**TABLA N° 14**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según diabetes mellitus, Cuenca 2017.

DIABETES MELLITUS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	29	13,2 %
NO	191	86,8 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que 29 de las mujeres analizadas padecen diabetes mellitus con un porcentaje de 13,2% que representa la minoría.

**TABLA N° 15**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N° 1 según el estado nutricional, Cuenca 2017.

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMOPESO	82	37,3 %
SOBREPESO	74	33,6 %
OBESIDAD GRADO I	34	15,5 %
OBESIDAD GRADO II	24	10,9 %
OBESIDAD GRADO III	6	2,7 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que el estado nutricional de las pacientes con normopeso representa el 37,3% con 82 mujeres; sin embargo, en conjunto la mayoría de pacientes presenta sobrepeso u obesidad con un 62,7%.

**TABLA N° 16**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según el tabaquismo, Cuenca 2017.

TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	9,5 %
NO	199	90,5 %
TOTAL	220	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que el 9,5% de las mujeres analizadas padecen de tabaquismo.

**TABLA N° 17**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la edad de la menarquia y la edad de la menopausia, Cuenca 2017.

CORRELACIÓN		Edad Menarquia	Edad Menopausia
Edad Menarquia	Correlación de Pearson	1	0,129
	Sig. (bilateral)		0,056
	N	220	220
Edad Menopausia	Correlación de Pearson	0,129	1
	Sig. (bilateral)	0,056	
	N	220	220

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que no hubo correlación entre las variables analizadas ($p > 0,05$), evidenciándose que en las mujeres de nuestro estudio la edad de la menarquia temprana no está asociada a la edad de presentación de la menopausia precoz.

**TABLA N° 18**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la edad de la menarquia y la edad de inicio de la vida sexual, Cuenca 2017.

CORRELACIÓN		Edad Menarquia	Edad de inicio de la vida sexual activa
Edad Menarquia	Correlación de Pearson	1	0,050
	Sig. (bilateral)		0,458
	N	220	220
Edad de inicio de la vida sexual activa	Correlación de Pearson	0,050	1
	Sig. (bilateral)	0,458	
	N	220	220

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que no hubo correlación entre las variables analizadas ($p > 0,05$), evidenciándose que en las mujeres de nuestro estudio la edad de la menarquia no está asociada a la edad de inicio de la vida sexual activa.

**TABLA N° 19**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la menarquia temprana y la regularidad de la menstruación, Cuenca 2017.

MENARQUIA TEMPRANA		MENSTRUACIONES		TOTAL
		Regulares	Irregulares	
SI	N	14	8	22
	%	6,4%	3,6%	10%
NO	N	133	65	198
	%	60,5%	29,5%	90%
TOTAL	N	147	73	220
	%	66,8%	33,2%	100%

$X^2 = 0,01$ 1gl $p = 0,92$

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que la mayoría de mujeres con menarquia temprana presentaron menstruaciones regulares (6,4%), sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana y la regularidad de la menstruación ($p > 0,05$).

**TABLA N° 20**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la menarquia temprana y la duración de la menstruación, Cuenca 2017.

MENARQUIA TEMPRANA		DURACIÓN DE LA MENTRUACIÓN			TOTAL
		<3	3-6	>6	
SI	N	3	15	4	22
	%	1,4%	6,8%	1,8%	10%
NO	N	51	97	50	198
	%	23,2%	44,1%	22,7%	90%
TOTAL	N	54	112	54	220
	%	24,5%	50,9%	24,5%	100%

$X^2 = 3,02$ 2gl $p = 0,22$

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que en la mayoría de mujeres con menarquia temprana las menstruaciones duraban entre 3 y 6 días (6,8%), sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana y la duración de la menstruación ($p > 0,05$).

**TABLA N° 21**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la menarquia temprana y la hipertensión arterial, Cuenca 2017.

MENARQUIA TEMPRANA		HIPERTENSIÓN ARTERIAL		TOTAL
		Si	No	
SI	N	8	14	22
	%	3,6%	6,4%	10%
NO	N	68	130	198
	%	30,9%	59,1%	90%
TOTAL	N	76	144	220
	%	34,5%	65,5%	100%

$X^2 = 0,00$ 1gl $p = 1,00$

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que la mayoría de mujeres con menarquia temprana no padecen hipertensión arterial (6,4%), sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana y la hipertensión arterial ($p > 0,05$).

**TABLA N° 22**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la menarquia temprana y la diabetes, Cuenca 2017.

MENARQUIA TEMPRANA		DIABETES		TOTAL
		Si	No	
SI	N	4	18	22
	%	1,8%	8,2%	10%
NO	N	25	173	198
	%	11,4%	78,6%	90%
TOTAL	N	29	191	220
	%	13,2%	86,8%	100%

$X^2 = 0,16$ 1gl $p = 0,69$

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que la mayoría de mujeres con menarquia temprana no padecen diabetes (8,2%), sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana y la diabetes mellitus ($p > 0,05$).

**TABLA N° 23**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la menarquia temprana y el sobrepeso u obesidad, Cuenca 2017.

MENARQUIA TEMPRANA		SOBREPESO/OBESIDAD		TOTAL
		Si	No	
SI	N	13	9	22
	%	5,9%	4,1%	10%
NO	N	125	73	198
	%	56,8%	33,2%	90%
TOTAL	N	138	82	220
	%	62,7%	37,3%	100%

$\chi^2 = 0,02$ 1gl $p = 0,89$

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que la mayoría de mujeres con menarquia temprana presentan sobrepeso u obesidad (5,9%), sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana y el estado nutricional ($p > 0,05$).

**TABLA N° 24**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la menarquia temprana y el tabaquismo, Cuenca 2017.

MENARQUIA TEMPRANA		TABAQUISMO		TOTAL
		Si	No	
SI	N	3	19	22
	%	1,4%	8,6%	10%
NO	N	18	180	198
	%	8,2%	81,8%	90%
TOTAL	N	21	199	220
	%	9,5%	90,5%	100%

$X^2 = 0,16$ 1gl $p = 0,69$

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que la mayoría de mujeres con menarquia temprana no padecían de tabaquismo (8,6%), sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana y el hábito de fumar ($p > 0,05$).

**TABLA N° 25**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según el número de hijos y la edad de la menopausia, Cuenca 2017.

NÚMERO DE HIJOS		EDAD DE LA MENOPAUSIA			TOTAL
		<45	45-55	>55	
≤4	N	41	94	6	141
	%	18,6%	42,7%	2,7%	64,1%
>4	N	25	51	3	79
	%	11,4%	23,2%	1,4%	35,9%
TOTAL	N	66	145	9	220
	%	30,0%	65,9%	4,1%	100%

$X^2 = 0,17$ 2gl $p = 0,92$

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que la menopausia precoz y tardía se presentó mayoritariamente en las mujeres que tenían 4 o menos número de hijos, con 18,6% y 2,7% respectivamente. Sin embargo, no se encontró asociación estadística entre el número de hijos y la edad de presentación de la menopausia ($p > 0,05$).

**TABLA N° 26**

Distribución de 220 mujeres con menopausia atendidas en el Centro de Salud N°1 según la lactancia materna y la edad de la menopausia, Cuenca 2017.

LACTANCIA		EDAD DE LA MENOPAUSIA			TOTAL
		<45	45-55	>55	
SI	N	57	133	9	199
	%	25,9%	60,5%	4,1%	90,5%
NO	N	9	12	0	21
	%	4,1%	5,5%	0,0%	9,5%
TOTAL	N	66	145	9	220
	%	30,0%	65,9%	4,1%	100%

$X^2 = 2,50$ 2gl $p = 0,29$

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Iván Segarra D.

Interpretación: la tabla muestra que la mayoría de mujeres que dieron de lactar presentaron la menopausia a una edad normal (60,5%). Sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la lactancia y la edad de presentación de la menopausia ($p > 0,05$).



CAPÍTULO VI

6 DISCUSIÓN

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres que han presentado la menopausia, la longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina. Por estos datos, es importante que este sector de la población sea el centro de atención de ginecólogos, epidemiólogos, cardiólogos, reumatólogos, psiquiatras, geriatras, entre otros (29).

Se analizaron 220 mujeres con menopausia que acudieron al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Cuenca desde el 1 de junio al 31 de agosto del año 2017 con el objetivo de describir sus características gineco-obstétricas y determinar su relación con la menarquia temprana. Bajo este marco presentamos los siguientes aspectos.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población, fueron estudiadas mujeres entre 39 y 90 años, la media de edad fue de $59,7 \pm 9,9$ años y el grupo etario de 45 a 54 años representó el 39,5%. El 67,7% de las mujeres viven en zonas urbanas, el 55,5% son casadas, el 55,5% han alcanzado la educación primaria y el 75,5% se dedican a los quehaceres domésticos.

La menarquia se presentó entre los 8 y 19 años, con un valor promedio de $13,3 \pm 1,5$ años. En el estudio se consideró como temprana una menarquia antes de los 12 años, que se evidenció en el 10% de las mujeres. Una investigación realizada en la ciudad de Cuenca, Ecuador, durante los años 2011 y 2012, donde se analizaron 2478 estudiantes de colegios urbanos, mostró que la edad de la menarquia se ubicó entre los 9 y 16 años, con un promedio de 12,38 años, donde las que habían presentado la menarquia antes de los 12 años representaron el 19,7% (30), cifra mayor a la encontrada en nuestro trabajo, pudiéndose evidenciar que en las nuevas



generaciones ha disminuido la edad de presentación de la menarquia, lo que pudiera ser motivo de nuevas investigaciones en nuestro medio. Un estudio realizado en Colombia durante los años 2009 y 2013 donde se incluyeron 68 pacientes con edad media de 49 años, la edad promedio de la menarquia fue de 13 años (DE: 1,3); 4 (5,8%) la tuvieron antes de los 12 años (9-11 años) (31). Otro estudio, publicado en Cuba el año 2017, donde se analizaron 600 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 75 años, mostró que la menarquia temprana se presentó en el 27,1% del grupo de casos y 27,4% del grupo de controles (32). Se observa una gran variabilidad en la edad de presentación de la menarquia en las mujeres según los grupos generacionales que se estudian y las regiones geográficas.

Por otro lado, en las mujeres investigadas la menopausia se presentó entre los 37 y 65 años, con una edad promedio de $46,8 \pm 4,6$ años. Fue precoz (<45 años) en el 30% de los casos, normal (45-55 años) en el 65,9% y tardía (>55 años) en el 4,1%. Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en el año 2014, mostró resultados similares a los encontrados en nuestro trabajo, la edad promedio de presentación de la menopausia fue de 44 ± 3.9 años (8). Asimismo, un estudio chileno, publicado en el año 2014, con una población de 2167 participantes, mostró resultados concordantes con los nuestros, ellos encontraron que la edad promedio de menopausia en las mujeres analizadas fue de 47.4 ± 3.7 años (33).

En nuestro estudio no se encontró correlación entre la edad de la menarquia y la edad de la menopausia (Corr. Pearson = 0,129, p = 0,06). La relación entre la edad de la menarquia y la edad de presentación de la menopausia es controversial, sin embargo, una meta-análisis publicada en Chile en el año 2015 mostró una asociación significativa entre menarquia temprana y disminución de la reserva ovárica en la vida adulta de las mujeres (12). Por otro lado, un estudio publicado en Uruguay en el año 2013, también encontró que la edad de la menarquia no influye significativamente sobre la edad de la menopausia (34), apoyando los resultados encontrados en nuestro trabajo. En este aspecto, la Asociación Española para el



Estudio de la Menopausia afirma que la edad de la menopausia no se relaciona con la de la menarquia, sin embargo, según esta entidad, sí tiene cierta correlación, con la edad a la que ha aparecido la menopausia en familiares cercanas (madre, hermanas) aunque tampoco absoluta (35).

El inicio de la vida sexual activa en las mujeres ocurrió entre los 13 y 47 años, con una edad promedio de $19,4 \pm 5$ años. En nuestro estudio no se encontró correlación entre la edad de la menarquia y la edad de inicio de la vida sexual (Corr. Pearson = 0,050, $p = 0,46$). Un informe publicado en el año 2013 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se menciona una encuesta realizada en el cantón de Cuenca a 3300 adolescentes de entre 12 y 18 años, en el que se encontró que el promedio de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes era de 15 años para las mujeres, basado en este y otros estudios, se concluye que las relaciones sexuales son cada vez más precoces en el Ecuador (36). Si a esto le adicionamos los resultados de nuestro trabajo, se puede apoyar aún más su afirmación, observándose que las mujeres de mayores edades, como las de nuestro estudio, iniciaban la vida sexual más tardíamente. Este panorama corrobora la necesidad de impulsar nuevos programas de promoción de prácticas sexuales responsables en los adolescentes y jóvenes de nuestra población. Por otro lado, en un estudio publicado en el año 2015 en Chile con una muestra de 1844 adolescentes, se observó que la menarquia temprana se asoció al inicio precoz de actividad sexual (11); como este, múltiples trabajos muestran una estrecha relación entre la edad de la menarquia y el inicio de la vida sexual, que no fue el caso de nuestra población, donde no se encontró asociación entre estas variables, por lo que en nuevas investigaciones se debería indagar que otros factores definen el inicio de las relaciones sexuales en nuestro medio.

Se valoró también el patrón menstrual de las mujeres antes de la menopausia, evidenciándose que en la mayoría de los casos las menstruaciones eran regulares, con el 66,8%, y en el 33,2% eran irregulares. Además, duraban menos de 3 días en



el 24,5% de la población, de 3 a 6 días en el 50,9% y más de 6 días en el 24,5%. En las mujeres con menarquia temprana predominaron las menstruaciones regulares (6,4%) y con un tiempo de duración entre 3 y 6 días (6,8%), sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana con la regularidad y la duración de la menstruación ($p = 0,92$ y $p = 0,22$). En un estudio publicado en el año 2013 en la ciudad de Cuenca, Ecuador, se analizaron 50 mujeres entre 18 y 30 años de edad, donde se encontraron cifras semejantes a las de nuestro trabajo, teniendo un mayor número de pacientes un rango de 4 a 5 días de sangrado que correspondió al 64% de las pacientes estudiadas (37). Asimismo, un estudio publicado en Venezuela en el año 2014 con una muestra de 120 mujeres, mostró resultados similares en cuanto a la duración del sangrado menstrual, el cual tuvo una mediana de 5 días, el percentil 25 se ubicó en 4 días y el percentil 75 fue 5 días. Sin embargo, respecto a la regularidad de la menstruación los resultados fueron contradictorios, mostrando que el 83,9 % de las mujeres presentaron irregularidad, cifra mucho más alta que la hallada en nuestra población (38).

En cuanto a las comorbilidades en las mujeres encuestadas, el 34,5% padecía hipertensión arterial, el 13,2% diabetes, el 62,7% sobrepeso u obesidad y el 9,5% tabaquismo. Particularmente, en las mujeres con menarquia temprana la hipertensión arterial representó el 3,6%, la diabetes el 1,8%, el sobrepeso u obesidad el 5,9% y el tabaquismo el 1,4%. No se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana y estas características ($p = 1,00$; $p = 0,69$; $p = 0,89$ y $p = 0,69$). En Cuba, en el año 2015, con una muestra de 112 mujeres, tampoco se encontró ninguna relación entre la presión arterial y la edad de aparición de la menarquia (39). Asimismo, un estudio peruano publicado en el año 2016 no encontró asociación entre el sobrepeso y obesidad con el inicio temprano de la menarquia (40). Por otro lado, una investigación chilena del año 2015 mostró que la mayoría de las mujeres con menarquia temprana consumían tabaco (64,16%), sin embargo, como en nuestro estudio, no se observó diferencias significativas entre edad de la menarquia y consumo de tabaco ($p=0,916$) (11).



El 64,1% de las mujeres tuvieron ≤ 4 hijos y el 35,9% más de 4, se evidenció que la menopausia precoz y tardía se presentó mayoritariamente en las mujeres que tenían 4 o menos número de hijos, con 18,6% y 2,7% respectivamente. Sin embargo, no se encontró asociación estadística entre el número de hijos y la edad de presentación de la menopausia ($p = 0,92$). En un estudio publicado en el año 2012 en la ciudad de Quito, Ecuador, se evidenció que las mujeres tenían un mayor número de hijos en comparación con la población analizada en nuestro trabajo: el 45% de las mujeres tenían de 4 a 7 hijos, el 25% de 1 a 3 hijos y el 10% más de 7 hijos (41). En Uruguay en el año 2013, como ahora, tampoco se encontró asociación entre el número de embarazos y la edad de presentación de la menopausia (34).

Respecto a la lactancia materna, el 90,5% de las mujeres habían dado de lactar, mientras que el 9,5% no lo había hecho. Se evidenció que la mayoría de mujeres que dieron de lactar presentaron la menopausia a una edad normal (60,5%). Sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la lactancia y la edad de presentación de la menopausia ($p = 0,29$). La relación entre la lactancia materna y la edad de la menopausia no está clara aún, sin embargo, se conoce que la lactancia tiene beneficios a futuro para la madre, se la ha relacionado con la activación de cadenas de señalización de leptina, las cuales disminuyen los riesgos de enfermedades como hipertensión, obesidad, cáncer y depresión, entre otras (42).



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Se analizaron 220 mujeres con menopausia que acudieron al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Cuenca, predominaron las mujeres entre 45 y 54 años, que viven en zonas urbanas, casadas, con educación primaria, y que se dedican a los quehaceres domésticos.
- La menarquia se presentó entre los 8 y 19 años, el 10% de las mujeres presentaron menarquia temprana.
- La menopausia se presentó entre los 37 y 65 años, siendo precoz en el 30% de los casos, normal en el 65,9% y tardía en el 4,1%. No se encontró correlación entre la edad de la menarquia y la edad de la menopausia (Corr. Pearson = 0,129, $p = 0,06$).
- El inicio de la vida sexual activa en las mujeres ocurrió entre los 13 y 47 años. No se encontró correlación entre la edad de la menarquia y la edad de inicio de la vida sexual (Corr. Pearson = 0,050, $p = 0,46$).
- La mayoría de las mujeres presentaron menstruaciones regulares y con una duración entre 3 y 6 días. No se encontró asociación entre la menarquia temprana con la regularidad y duración de la menstruación ($p = 0,92$ y $p = 0,22$).
- En cuanto a las comorbilidades en las mujeres encuestadas, el 34,5% padecía hipertensión arterial, el 13,2% diabetes, el 62,7% sobrepeso u obesidad y el 9,5% tabaquismo. No se encontró asociación estadística entre la menarquia temprana y estas características ($p = 1,00$; $p = 0,69$; $p = 0,89$ y $p = 0,69$).
- El 64,1% de las mujeres tuvieron ≤ 4 hijos y el 35,9% más de 4, se evidenció que la menopausia precoz y tardía se presentó mayoritariamente en las mujeres que tenían 4 o menos número de hijos, con 18,6% y 2,7%



respectivamente. No se encontró asociación estadística entre el número de hijos y la edad de presentación de la menopausia ($p = 0,92$).

- El mayor porcentaje de las mujeres había dado de lactar. Se evidenció que la mayoría de mujeres que dieron de lactar presentaron la menopausia a una edad normal. No se encontró asociación estadística entre la lactancia y la edad de presentación de la menopausia ($p = 0,29$).

7.2 RECOMENDACIONES

- Fomentar el acompañamiento de los padres en el proceso de desarrollo de las niñas y adolescentes.
- Impulsar nuevos programas de promoción de prácticas sexuales responsables en los adolescentes y jóvenes de nuestra población.
- Educar a las mujeres sobre los cambios biológicos y psicológicos propios de la menopausia.
- Realizar un tamizaje en los centros de atención primaria de salud para identificar mujeres con menopausia precoz y realizarles una evaluación completa que ayude a mejorar su calidad de vida.
- Brindar una atención médica integral a todas las mujeres postmenopáusicas, que incluya tanto aspectos físicos, sociales y psicológicos.
- Desarrollar una Guía de Práctica Clínica de nuestro país que protocolice la atención médica de mujeres con problemas asociados a la menopausia.
- Continuar con la realización de investigaciones que ayuden a aclarar el papel que juega la temporalidad del inicio de la menarquia en el desarrollo de futuras características biológicas, sociales y psicológicas en las mujeres.
- El estudio de la menarquia y la menopausia es complejo y debe ser dinámico, por lo que nuevos trabajos son necesarios para comprenderlas mejor.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramirez A.. Efectos de las fases del ciclo menstrual sobre la condición física , parámetros fisiológicos y psicológicos en mujeres jóvenes moderadamente entrenadas. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura; 2014. 2014 Mar 22;(Disponible en: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2598/TDUEx_2014_Ramirez_Balas.pdf?sequence=1).
2. Vasquez A. PS. Menopausia una visión clínica. Medicina. 2016 Bogota Julio a Septiembre; 24(1): 35-46.(Disponible en: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/114-8>).
3. Couton D. ND. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. Scielo. Cuba 2014 Octubre; Vol.18, Numer:10(Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es).
4. Valdez W. ET. Menarquia y Factores Asociados. Scielo. 2013 Cuba Enero-Abril; 24 Nª1(Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000100004&lng=es).
5. r b. Imsociety. 2016;(Disponible en: <http://www.imsociety.org/manage/images/pdf/207add20eccdb3da942ad5f2905331b8.pdf>).
6. Ossa X, Bustos P, Muñoz S, Amigo H. Edad de menarquia y ascendencia indígena. Un estudio poblacional en Chile. Scielo. 2012 Santiago Agosto; Vol 140 N8(Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000800010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000800010>).



7. Gomez G. MD. Terapia de Reemplazo hormonal en Menopausia. Revista Colombiana de Menopausia. 2016 Octubre a Diciembre; 22 N 4(Disponible en: http://www.asomenopausia.com/r/22_4.pdf).
8. Molina A. MA. Conocimientos actitudes y practicas en el climaterio y menopausia en mujeres de consulta externa del dispensario central del IESS. Tesuis U. Cuenca. Cuenca 2015 sept; 1(Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22505/1/TESIS.pdf>).
9. Kaunitz A. MJ. Manejo de Sintomas de la Menopausia. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015 126:859-76;(Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Oct2015_Translation_Kaunitz.pdf).
10. Colombiana de Salud SA. Guia de Manejo consulta especializada de Ginecoobstetricia. Colombiana de Salud. 2012 Junio; 1(Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/GINECOOBSTETRICIA/09%20MENOPAUSIA.pdf).
11. Leal I. SV,MT,E. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. Scielo. santiago 2015 jun; 80, 15(Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100006>).
12. Schwarze JE. AE,VS,OCPR. Relación de la menarquia precoz con disminución de la reserva ovárica en la vida adulta. Revisión sistemática y meta-análisis. Scielo. Santiago 2015 Abril; 80, N2(Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000200009>).
13. Lepaye y. TW,J,MC,M. Edad de la Menarquia en Ecuador. Antropo. Quito 2014 Agosto; 31,8(Disponible en: <http://www.didac.ehu.es/antropo/31/31-01/Lepaye.pdf>).
14. BUSTAMANTE L. AI,CM. CARACTERIZACIÓN DEL CICLO MENSTRUAL EN UN GRUPO DE MUJERES DE LA LOCALIDAD DE COLONIA



- GUADALUPE VICTORIA, MUNICIPIO DE OTZOLOTEPEC, ESTADO DE MÉXICO, 2013. RIUNAMEX. Mexico 2013 Abril; 36- 4(Disponible en: [http://ri.uaemex.mx/oca/handle/20.500.11799/22344/browse?type=type&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&value=Tesis+\(Pre-grado\)&offset=97](http://ri.uaemex.mx/oca/handle/20.500.11799/22344/browse?type=type&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&value=Tesis+(Pre-grado)&offset=97)).
15. O. N. Pubertad precoz: no solo una cuestión de edad. Scielo. Lima 2015 Julio; Vol 76, N3(Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000400010&lng=es&nrm=iso).
16. Rojas M. GH,X,DY. Estudio preliminar sobre las características del ciclo menstrual en mujeres de una region de Venezuela. Reviste de Obstetricia y Ginecologia Venezuela. Venezuela 2014 Enero; 74(1):54-61(Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Harold_Guevara_Rivas/publication/263854995_Estudio_preliminar_sobre_caracterizacion_del_ciclo_menstrual_en_mujeres_de_una_region_de_Venezuela/links/00b7d53c1eb66750ee000000/Estudio-preliminar-sobre-carac).
17. Montoya J. HAMOCRVM. Alteraciones menstruales en adolescentes. Scielo. Mexico 2012 Enero- Febrero; 69(1)- 63-76(Disponible en : <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n1/v69n1a10.pdf>).
18. Mora M. LV,G,C. EDAD PROMEDIO DE MENARQUIA Y SU RELACIÓN CON EL INDICE DE MASA CORPORAL EN MUJERES DE CUCUTUA. UNIPAMPLONA. Cucuta 2012;(Disponible en: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_43/recursos/01general/25062012/trab_edadpromediomenarquia.pdf).
19. K S. Recent secular trends in pubertal timing: implications for evaluation and diagnosis of precocious puberty. PubMed, Horm Res Paediatr. 2012; 77: 137-45(Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22508036>).
20. Metabolic control of puberty: roles of leptin and kisspeptins. PubMed. 2013 Julio; 64(2):187-94.(Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23998663>).
21. Santos E. TA. Relacion del nivelsocioeconomico y el estado nutricional con la menarquia en las alumnas de educacion secundaria de la institucion educativa Francisco de Zela , del Distrito porvenir-Trujillo 2012. Universidad



- Antenor Orrego. Peru 2012 Marzo;(Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/323/1/SANTOS_ERIKHA_ESTADO_NUTRICIONAL_MENARQUIA.pdf).
22. Valdés W. MT,E,G,AC. EDAD DE LA MENARQUIA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN ADOLESCENTES. Convencion Salud. 2015 Junio; 3(Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewPaper/778>).Z
23. Vasquez D. PS. Menopausia una Vision Clinica. Revista Medicina. Colombia 2017 Abril a Junio; 39 N2(Disponible en: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/114-8/1383>).
24. L. P. Si eres mujer y tienes entre 45 a 50 años debes saber. Universidad de Navarra. 2012 Junio; 30(Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/5684/Proyecto%20definitivo.pdf?sequence=1>).
25. Pinzon A. CC. Menopausia y Sindromw Metabolico. R.F.S. Revista de la Facultad de Salud. 2015 Enero a Junio; 7: 1 45-63(Disponible en: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/183/321>).
26. Salvatore S. LR,MR,AS. Histological study on the effects of microablative fractional CO2 laser on atrophic vaginal tissue: an ex vivo study. PubMed. 2015 Agosto; 22(8):845-9.
27. Boccalon A.. Menarquia temprana se asocia a menopausia precoz. Revista Dominical. 2017 Febrero; 1(Disponible en: <http://www.revistadominical.com.ve/noticias/salud-y-belleza/menarquia-temprana-se-asocia-a-menopausia-precoz.aspx>).
28. Begoña D. FJ,GD,J. Menopausia Precoz. MENOGUIA. Mayo 2014; 1(Disponible en: http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/06/MENOGUIA-MENOPAUSIA-PRECOZ-AEEM_ASACO.pdf).



29. J. S. Climaterio y Menopausia. Rev Per Ginecol Obstetric. 2012 Junio; 54:61:78.
30. Aviles J. BY,AA. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4084/1/MED178.pdf>. Universidad de Cuenca. 2012 Noviembre; I(Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4084/1/MED178.pdf>).
31. Mora E. GE. Características de las pacientes con cáncer de ovario en el Hospital de San José, Bogotá D.C., 2009-2013. ScienceDirect. 2016; Vol 25, 1(Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121737216000078>).
32. Pomar L. RR,RM,TA. Factores de Riesgo reproductivo en pacientes con cáncer de mama. Revista Archivo del Hospital universitario Calixto Garcia. 2017 Julio; Vol 5 1(Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/198/161>).
33. Romero I. MA,A. El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopaúsicos y deterioro severo de la calidad de vida. Scielo. Colombia 2014 Mayo- Agosto; Vol 30 N2(Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000200009&lng=en).
34. Egaña A. SM. Edad de menopausia y climaterio en muestra de mujeres uruguayas: sintomatología y factores biosociales asociados. Universidad de la Republica. 2014; III(Disponible en: <http://www.bib.fcien.edu.uy/files/etd/pasan/uy24-16805.pdf>).
35. Menopausia AEPeEdl. Relacion de la menopausia con la menarquia. Asociacion Española Para el Estudio de la Menopausia. ; I(Disponible en: <http://www.aeem.es/preguntas.html>).
36. Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. Las relaciones sexuales son cada vez mas precoces en el Ecuador. Organizacion Panamericana de la Salud. Ecuador 2013 Abril; I(Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=895:abril-4-2013&Itemid=356).



37. Avila D. BM. "DETERMINACIÓN DE PROLACTINA Y SU RELACIÓN CON. Universidad de Cuenca. 2013; I(Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3363/1/TESIS.pdf>).
38. Roja M. GH. Estudio preliminar sobre ocupación y estilos de vida como factores condicionantes del ciclo menstrual en mujeres de una región de Venezuela. *Reistas Cientificas de America Latina y el Caribe, España y Portugal*. Venezuela 2014 Marzo; 12(3): 385-400(Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/562/56231813008/>).
39. Pardo M. IR,G,O. Primera etapa de una Estrategia Educativa en adolescentes del sexo femenino con riesgo de hipertensión arterial. *Scielo*. Cuba 2015 Enero a marzo ; Vol 31, 1(Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100012&lng=es).
40. Gavidia J. RA. Sobrepeso y obesidad e inicio temprano de menarquia en niñas entre 9 y 14 años de la academia pre-universitaria "YAWAR WAYNA" de Celendin en el periodo Enero - Febrero del 2016. *Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego*. 2016 Noviembre;(Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2060>).
41. Campoverde W. GI. ACEPTACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR- OBSTETRICIA. 2012 Septiembre; I(Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4532/1/T-UCE-0006-97.pdf>).
42. BecerraF. BL,J. Leptina y Lactancia materna: Beneficios fisiologicos. *Revista Facultad de Medicina de Bogota*. Bogota 2015 Mayo; Vol. 63 No. 1:(Disponible: <https://search.proquest.com/openview/8bb581293144717c732aa45b7850107c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035757>).



CAPÍTULO IX

9 ANEXOS

9.1 ANEXO # 1 OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Cronológico	Cedula de Identidad	Cuantitativa Nominal
ETNIA	Comunidad humana, que comparte rasgos físicos, culturales, idioma, religión, etc.	Autodeterminación personal	Encuesta	<ul style="list-style-type: none">• Blanca• Mestiza• Indígena• Afroecuatoriana• Montubia
RESIDENCIA	Lugar donde habita actualmente	Geográfica	Encuesta	Urbana Rural
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o	Condición	Cedula de Identidad	<ul style="list-style-type: none">• Soltera• Casada• Unión de hecho• Divorciada



	no pareja y su situación legal respecto a esto.			<ul style="list-style-type: none"> • Viuda
INSTRUCCIÓN	Grado de escolaridad alcanzado por la persona	Conocimientos adquiridos	Cedula de identidad	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior • Ninguna
OCUPACIÓN	Actividad o profesión que desempeña de manera habitual	Función en la que se desempeña	Encuesta	Numérica
MENARQUIA	Se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.	Cronológico	Encuesta	Numérica
MENOPAUSIA	Es el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular.	Cronológico	Encuesta	Numérica
		Cronológico	Encuesta	



INICIO DE LA VIDA SEXUAL	. Se refiere a la primera relación sexual de la persona.			Numérica
NÚMERO DE HIJOS	Cantidad de descendientes directos de la persona.	Cuantía	Encuesta	Numérica
CICLO MENSTRUAL	. Es el proceso que prepara al útero de la mujer para el embarazo todos los meses, mediante el desarrollo de los gametos femeninos y una serie de cambios fisiológicos	Proceso fisiológico	Encuesta	Regular Irregular
DURACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN	Se refiere al flujo sanguíneo procedente del útero que expulsan las mujeres de forma natural, por algunos días durante su ciclo menstrual.	Duración en días	Encuesta	< 3 días 3-6 días >6 días
LACTANCIA	La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. Es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.	Hecho biológico	Encuesta	SI NO



<p>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</p>	<p>Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.</p>	<p>Valores altos de presión arterial</p>	<p>Encuesta</p>	<p>SI NO</p>
<p>DIABETES MELLITUS</p>	<p>Es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no puede regular la cantidad normal de azúcar en la sangre.</p>	<p>Valores Altos de glicemia en la sangre</p>	<p>Encuesta</p>	<p>SI NO</p>
<p>OBESIDAD</p>	<p>Enfermedad crónica de origen multifactorial, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo.</p>	<p>Valores de IMC</p>	<p>IMC: 18.5 – 24.9 Kg/ m2 IMC:25-29.9 Kg/m2 IMC: 30- 34.9 Kg/m2 IMC: 35- 39.9 Kg/m2 IMC: mayor a 40 Kg/m2 IMC: mayor a 50 Kg/m2</p>	<p>Normopeso Sobrepeso Obesidad grado I Obesidad grado II</p>



				Obesidad grado III (mórbida)
				Obesidad IV (extrema)
HÁBITO DE FUMAR	Aspirar y despedir el humo producido por la combustión del Tabaco o de otra sustancia herbácea preparada en forma de cigarro o pipa.	Práctica Habitual	Encuesta	SI NO



9.2 ANEXO # 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

“CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES CON MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LA MENARQUIA TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD N°1, CUENCA 2017.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como autor a IVAN ENRIQUE SEGARRA DURAZNO, estudiante de Medicina de la Universidad de Cuenca, para el desarrollo de su trabajo de Tesis previa a la obtención del título de Médico.

El objetivo es determinar las características gineco-obstétricas de las mujeres con menopausia y su relación con la menarquia temprana en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Cuenca en el año 2017.”

El estudio se llevará a cabo mediante la aplicación de una encuesta, los datos serán recolectados en un formulario para su posterior análisis.

La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno y no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional.

La realización de este estudio no tendrá ningún costo para usted ni se le compensará por su realización.



La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si participa en el estudio, sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ con cédula de identidad _____, libremente y sin ninguna presión, acepto la participación en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre la participación sin que esto acarree perjuicio alguno.

Firma

C.I

Fecha:



9.3 ANEXO # 3 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

“CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES CON MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LA MENARQUIA TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD Nº1, CUENCA 2017.”

FORMULARIO Nº: _____ **FECHA:** _____ **HC:** _____

POR FAVOR, PARA LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO MARQUE CON UNA X O COMPLETE EL ESPACIO EN BLANCO, SEGÚN CORRESPONDA:

1. **Edad:** _____ Años
2. **Etnia:** Blanca () Mestiza () Indígena () Afroecuatoriana () Montubia ()
3. **Residencia:** Urbana () Rural ()
4. **Estado Civil:** Soltera () Casada () Unión Libre () Divorciada ()
Viuda ()
5. **Instrucción:** Primaria () Secundaria () Superior () Ninguna ()
6. **Ocupación:** Quehaceres domésticos () Trabaja fuera del hogar ()
7. **Edad de aparición de la menarquia:** _____ Años
8. **Edad de aparición de la menopausia:** _____ Años
9. **Edad de inicio de la vida sexual:** _____ Años
10. **Número de hijos:** _____
11. **¿Cómo fueron sus menstruaciones durante su vida reproductiva?**
Regulares () Irregulares ()
12. **Duración de la menstruación durante su vida reproductiva:**



< 3 días () 3- 6 días () > 6 días ()

13. ¿Usted ha dado de lactar?

Si () No ()

14. ¿Presenta Hipertensión Arterial?

Si () No ()

15. ¿Presenta Diabetes Mellitus?

Si () No ()

16. IMC: _____ kg/m²

Normopeso ()

Sobrepeso ()

Obesidad grado I ()

Obesidad grado II ()

Obesidad grado III ()

Obesidad grado IV ()

17. ¿Usted tiene o ha tenido el hábito de fumar?

Si () No ()