

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de obesidad en mujeres con diagnóstico de estados menopaúsicos y climatéricos femeninos en el Hospital IESS Ceibos del año 2023.

AUTOR:

Cesa Allu Mirella Victoria

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Salazar Pousada Danny Gabriel

**Guayaquil, Ecuador
14 de octubre del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **MIRELLA VICTORIA CESA ALLU**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

f. _____
Salazar Pousada Danny Gabriel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 14 del mes de octubre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MIRELLA VICTORIA CESA ALLU**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE OBESIDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ESTADOS MENOPAÚSICOS Y CLIMATÉRICOS FEMENINOS EN EL HOSPITAL IESS CEIBOS DEL AÑO 2023** previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 del mes de octubre del año 2024

EL AUTOR

f. _____
Cesa Allu Mirella Victoria



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **MIRELLA VICTORIA CESA ALLU**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE OBESIDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ESTADOS MENOPAÚSICOS Y CLIMATÉRICOS FEMENINOS EN EL HOSPITAL IESS CEIBOS DEL AÑO 2023** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 del mes de octubre del año 2024

EL AUTOR:

f. _____
Cesa Allu Mirella Victoria

REPORTE DE COMPILATIO



Trabjo de titulacion_Mirella Cesa_ promoción 73



Firmado electrónicamente por:
DANNY GABRIEL SALAZAR POUSADA

1%
Textos sospechosos



- < 1% Similitudes
 - 0% similitudes entre comillas
 - 0% entre las fuentes mencionadas
- < 1% Idiomas no reconocidos
- 16% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: Trabjo de titulacion_Mirella Cesa_ promoción 73.docx
ID del documento: b818c27735e75b76ec521180f9138e5a56622a0e
Tamaño del documento original: 50,52 kB
Autores: []

Depositante: Danny Gabriel Salazar Pousada
Fecha de depósito: 15/9/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 15/9/2024

Número de palabras: 5677
Número de caracteres: 37.269

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.sogvzla.org 6 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (142 palabras)
2	investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe ESTRATEGIAS DE MANEJO DURANT... 2 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (120 palabras)
3	scielo.isciii.es Obesidad y menopausia 5 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (81 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.bailonga.com ¿Qué es el Índice de Quetelet y cuáles son sus aplicaciones? ... El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
2	www.scielo.sa.cr Capítulo I Hormonas sexuales (estrógenos, progesterona, testos... El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (24 palabras)
3	www.scielo.org.mx La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
4	www.doi.org	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
5	www.scielo.org.mx La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

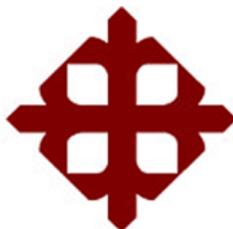
Agradecimiento

Quiero agradecer este trabajo en primer lugar a Dios, por bendecirme con la vida y guiar mi camino. Quien me ha dado la fortaleza y dedicación para cumplir esta meta.

A mis padres, Giulio y Ana María, mi pilar más grande y mayor motivación. Gracias por su amor, tiempo, esfuerzo y apoyo incondicional.

A mi abuela Mireya, por creer en mí y apoyarme en seguir mis sueños.

Este logro es para ustedes.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE

Agradecimiento.....	VI
CAPITULO I. MARCO TEORICO.....	4
1.1. Climaterio y menopausia	4
1.2. Epidemiología	5
1.3. Fisiopatología	5
1.4. Clasificación	6
1.4.1. Premenopausia:	6
1.4.2. Perimenopausia:	6
1.4.3. Menopausia:	6
1.4.4. Posmenopausia:	7
1.5. Síntomas	7
1.5.1. Alteraciones del ciclo menstrual:	7
1.5.2. Síntomas neurovegetativos:	7
1.5.3. Síntomas endocrino-metabólicos:	8
1.5.4. Sintomatología Psíquica:	8
1.5.5. Sintomatología urogenital:.....	9
1.6. Tendencia a la obesidad.....	9
1.6.1. CLASIFICACION DE LA OBESIDAD	12
1.6.2. DIAGNOSTICO DE OBESIDAD.....	12
1.7. ESCALA DE SEVERIDAD DE SINTOMAS EN LA MENOPAUSIA 14	
1.8. Exámenes complementarios	16

1.9. TRATAMIENTO	17
1.9.1. NO FARMACOLOGICO	17
1.9.2. FARMACOLOGICO.....	21
CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS	25
CAPITULO III. OPERABILIDAD DE LAS VARIABLES.....	27
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	28
CAPITULO V. DISCUSIÓN	35
CAPITULO VI. CONCLUSIONES	39
CAPITULO VII. RECOMENDACIONES	40

RESUMEN

Introducción: La menopausia es una etapa crítica en la vida de la mujer, caracterizada por una alta prevalencia de obesidad. Durante el síndrome climatérico, las mujeres experimentan cambios fisiológicos que pueden incluir irregularidades en el ciclo, sofocos, trastornos del sueño, alteraciones psicológicas, dolor durante las relaciones sexuales, atrofia genital, disminución del libido y aumento de peso, lo que puede llevar a la obesidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de obesidad en mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos femeninos en el Hospital IESS Ceibos durante 2023. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en 400 pacientes femeninas de consulta externa del Hospital IESS Ceibos durante el año 2023. Los datos se tabularon en Microsoft Excel y se realizaron cálculos estadísticos utilizando Excel y SPSS28 para generar tablas y gráficos. **Resultados:** El 33% de las mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos presentan obesidad, lo que subraya la prevalencia de este factor de riesgo en la población estudiada es significativa, además, se observó que el sistema urogenital es el más afectado, con diagnósticos comunes como vaginitis y alteraciones urinarias. **Conclusiones:** Se concluye que durante la menopausia las mujeres tienden a ganar peso que puede causar riesgo cardiovascular.

Palabras Claves: *menopausia, climaterio, obesidad, IMC.*

ABSTRACT

Introduction: Menopause is a critical stage in a woman's life, characterized by a high prevalence of obesity. During the climacteric syndrome, women experience physiological changes that may include cycle irregularities, hot flashes, sleep disturbances, psychological alterations, dyspareunia, genital atrophy, decreased libido, and weight gain, which can lead to obesity.

Objective: To determine the prevalence of obesity in women diagnosed with menopausal and climacteric conditions at the IESS Ceibos Hospital in 2023.

Materials and Methods: A cross-sectional, descriptive, retrospective observational study was conducted on 400 female outpatients at IESS Ceibos Hospital during 2023. Data were tabulated in Microsoft Excel, and statistical calculations were performed using Excel and SPSS28 to generate tables and graphs.

Results: 33% of women diagnosed with menopausal and climacteric conditions presented with obesity, highlighting the prevalence of this risk factor in the studied population.

Discussion: The analysis confirms that the prevalence of obesity in menopausal and climacteric women at IESS Ceibos Hospital is significant, with 33% of patients being obese. Additionally, it was observed that the urogenital system is the most affected, with common diagnoses such as vaginitis and urinary disorders. **Conclusions:** It is concluded that during menopause, women tend to gain weight, leading to overweight and obesity. Furthermore, it was identified that the urogenital system is the most affected in this population.

Keywords: *menopause, climacteric, obesity, BMI.*

INTRODUCCIÓN

El climaterio se basa en el cambio fisiológico de la mujer donde pasa de un periodo reproductivo al no reproductivo, este periodo de transición se prolonga varios años antes y después de la menopausia. Aparece entre los 40 y 65 años como consecuencia de la depleción de folículos ováricos, consecuentemente produciendo una disminución en la producción de estrógenos. El síndrome climatérico son cambios fisiológicos y fisiopatológicos donde aparecen signos y síntomas presentes en la perimenopausia y la posmenopausia; puede ocurrir irregularidades en el ciclo, sofocos que pueden estar acompañados por taquicardia y sudoración, trastornos en el sueño, trastornos psicológicos, dolor con las relaciones sexuales, atrofia genital, disminución del libido, aumento de peso llevando a la mujeres a la obesidad, entre otros. Dentro de esta transición existen diferentes fases, la premenopausia; cuando inicia la caída de la función ovárica, la perimenopausia; que se caracteriza por ciclos menstruales irregulares y baches de amenorrea mayores 60 días, la menopausia; es el tiempo transcurrido desde su FUM (fecha de ultima menstruación) hasta un año interrumpido de amenorrea y la posmenopausia comienza luego del año del FUM, incluye los 7 a 10 años posteriores a la menopausia hasta el inicio de la vejez. (1)

La menopausia es una etapa crítica en la vida de la mujer donde se encuentra una elevada prevalencia de obesidad. La obesidad y el sobrepeso han sido señalados como factores que influyen en la presencia de las manifestaciones climatéricas. El hipoestrogenismo se ha relacionado con cambios fisiológicos que serán, en parte, responsables de la ganancia de peso en este periodo. (2) En México se realizó un estudio donde se estudiaron a 741 pacientes peri y posmenopáusicas donde predominó la obesidad en todos los estadios: 58.49% de las mujeres durante la transición a la menopausia, 56.30% de mujeres en la posmenopausia temprana y 55.66% en posmenopausia tardía. (3)

Las mujeres posmenopáusicas tienen más probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas y problemas de salud debido a la obesidad. La grasa

subcutánea se encuentra bajo la piel y la visceral o intraabdominal se localiza bajo el tejido muscular en la cavidad abdominal. La grasa visceral excesiva se considera peligrosa, debido a un mayor riesgo de enfermedad cardíaca. La obesidad puede ser diagnosticada al medir el índice de masa corporal (IMC), un método simple para estimar la proporción de grasa corporal, fue desarrollado por el estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet. Este es calculado dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo tanto, es expresado en Kg/m². (4)

En un estudio acerca de los factores independientes que determinan la cantidad y la distribución de la grasa en las mujeres después de la menopausia, Samaras y col, afirmaron que la obesidad es un factor de riesgo determinante. Asimismo, establecieron la prevalencia de síntomas urogenitales, como sequedad vaginal, irritación o disuria, en mujeres posmenopáusicas mostraron que aparecen con mayor frecuencia en obesas. Otras patologías en relación con la obesidad se reconocen la artrosis, alteraciones biliares y pancreáticas, disfunción respiratoria y cardíaca, insuficiencia venosa, aumento de riesgo de ciertas neoplasias, como el cáncer de colon, así como consecuencias psicosociales de la misma son comunes para todos los obesos independientemente de la edad y el sexo. Debido al desbalance nutricional, las obesas sufren emocionalmente de una deficiencia de autoestima, ánimo deprimido, labilidad emocional, ansiedad y sentimientos de culpa y auto reproche, frustración por el fracaso continuo para conseguir unos estándares de peso considerados ideales. (5)

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1. Climaterio y menopausia

En la antigüedad, tanto en la cultura griega y romana, se comprendía que la interrupción menstrual ocurría como resultado de la cesación del ciclo femenino. Se creía que la incapacidad para eliminar la sangre menstrual llevaba a la acumulación de toxinas en el organismo. La palabra "menopausia" proviene del griego "meno" (menstruación) y "pauis" (cesación), se refiere al cese permanente de la menstruación debido a la pérdida de la función folicular en los ovarios. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la menopausia se define como el cese definitivo de la menstruación, diagnosticado retrospectivamente después de 12 meses consecutivos de amenorrea sin ninguna causa patológica. Por otro lado, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define la menopausia como el estado que sigue a 6 meses de amenorrea. (6)

El término "climaterio" tiene su origen en el latín "climacter," que significa escalón o peldaño, y fue introducido después de que en 1857 se descubriera la relación entre la función ovárica y la interrupción del ciclo menstrual. El climaterio es el período anterior a la menopausia, que marca la transición de la etapa fértil a la no fértil en la vida de la mujer. Este periodo abarca varias fases que reflejan el proceso de envejecimiento fisiológico del sistema reproductor femenino. Durante esta etapa, la función ovárica comienza a disminuir hasta que cesa por completo la secreción de estrógenos, lo que provoca un déficit hormonal que puede presentarse con o sin síntomas. Los signos y síntomas asociados a esta fase se denominan síndrome climatérico. Según la FIGO, el síndrome climatérico abarca desde el inicio del declive en la madurez reproductiva hasta el comienzo de la vejez. Este proceso generalmente comienza con una disminución gradual de la fertilidad alrededor de los 40 años, seguido por un período de 10 años hasta la pérdida total de la actividad folicular, culminando en la menopausia entre los 50 y 52 años, y finalizando aproximadamente a los 65 años. (7)

1.2. Epidemiología

La edad en la que se presenta la menopausia varía notablemente según la región geográfica. En Europa, el promedio de edad oscila entre los 50,1 y 52,8 años; en América del Norte, se sitúa entre los 50,5 y 51,4 años; en América Latina, entre los 43,8 y 53 años; y en Asia, entre los 42,1 y 49,5 años. Según el estudio REDLINC, la edad promedio para la menopausia natural en América Latina es de 48,6 años, dentro de un rango que va de 43,8 a 53 años. La prevalencia de síntomas vasomotores relacionados con la menopausia también varía según la región: en Europa afecta al 74% de las mujeres, en América del Norte entre el 36% y el 50%, en América Latina entre el 45% y el 69%, y en Asia entre el 22% y el 63%. La Organización Mundial de la Salud proyecta que en los próximos años habrá aproximadamente 750 millones de mujeres en el mundo que habrán pasado por la menopausia. En la actualidad, la fase posmenopáusica puede llegar a representar más del 33% de la vida de una mujer. (8)

1.3. Fisiopatología

La menopausia es un proceso natural en la vida de toda mujer, causado por la atresia de los folículos ováricos, lo que conduce a una disminución en los niveles de estrógenos e inhibina, la hormona que regula la síntesis de FSH. Durante este periodo, los niveles de estradiol son muy bajos, mientras que los niveles séricos de FSH aumentan y los de LH disminuyen, lo que resulta en una inversión de la relación FSH/LH. Con la reducción de estrógenos en el torrente sanguíneo (principalmente estradiol), el hipotálamo responde liberando más hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), lo que envía una señal a la adenohipófisis para liberar más FSH. Sin embargo, el problema es que ya no quedan suficientes folículos para la producción hormonal.(1)

En la posmenopausia, la estrona se convierte en el estrógeno más relevante; se produce a través de la conversión periférica de la androstenediona (sintetizada en la corteza suprarrenal y en el ovario), que se aromatiza en estrógenos, principalmente en el tejido adiposo. Las mujeres con obesidad suelen tener una alta concentración de estrógenos circulantes (lo que

aumenta su riesgo de cáncer de endometrio), mientras que las mujeres delgadas experimentan una disminución en los niveles de estrógenos circulantes, lo que incrementa su riesgo de osteoporosis. (7)

1.4. Clasificación

1.4.1. Premenopausia:

Se refiere a la etapa previa a la menopausia, durante la cual la mujer sigue siendo fértil. En los últimos años de su vida reproductiva, los ciclos menstruales continúan siendo regulares, y aunque pueden comenzar a ocurrir cambios hormonales, estos no suelen manifestarse de manera significativa en el cuerpo. (9)

1.4.2. Perimenopausia:

El prefijo "peri" significa "alrededor" o "cerca". Este periodo de transición, conocido como perimenopausia, puede durar entre 2 y 8 años, durante los cuales las hormonas femeninas, como los estrógenos y la progesterona, comienzan a disminuir. Las mujeres suelen entrar en la perimenopausia alrededor de los 40 años. Durante esta etapa, se observan cambios en la menstruación hasta que finalmente desaparece. En las fases finales de la perimenopausia, el cuerpo produce cada vez menos estrógenos, lo que eventualmente resulta insuficiente para mantener la menstruación. Al principio, los ciclos menstruales pasan de ser regulares y predecibles a volverse irregulares y más espaciados, hasta que la menstruación se interrumpe por completo. (9)

1.4.3. Menopausia:

Es el período en el que la menstruación cesa por completo. Los ovarios producen tan pocos estrógenos, lo que resulta en la ausencia de menstruación. Se considera que una mujer ha entrado oficialmente en la menopausia cuando no ha tenido menstruación durante un año entero. (9)

1.4.4. Posmenopausia:

Se contabiliza cuando la mujer ha pasado la menopausia, es decir más de 12 meses sin tener la menstruación.(9)

1.5. Síntomas

Se ha informado que ocho de cada diez mujeres experimentan al menos uno de los síntomas clásicos (físicos o emocionales) durante o después del climaterio, y el 45 % de ellas considera que estos síntomas impactan negativamente en su calidad de vida. Los síntomas vasomotores y el síndrome genitourinario son fundamentales en la menopausia. Cerca de tres cuartas partes de las mujeres reportan síntomas que consideran problemáticos, lo que suele ser la principal razón por la que buscan atención para tratar tanto síntomas físicos como psicológicos. Los primeros síntomas que suelen aparecer incluyen cambios de humor, irritabilidad y sofocos. Además, otros síntomas están relacionados con la función sexual, como la resequedad vaginal, la nicturia, la disuria, el dolor durante las relaciones sexuales y la disminución del deseo sexual, lo que afecta de manera significativa la calidad de vida de las mujeres. (10)

1.5.1. Alteraciones del ciclo menstrual: (11)

- Cambios en la duración del ciclo
- Metropatía hemorrágica perimenopáusica
- Hemorragias postmenopáusias

1.5.2. Síntomas neurovegetativos: (11)

- Sofocos o bochornos
- Sudoraciones
- Palpitaciones
- Opresión precordial

- Parestesias
- Calambres y disestesias
- Síndrome de las piernas inquietas
- Vértigos
- Cefaleas

1.5.3. Síntomas endocrino-metabólicos: (11)

- Tendencia a la obesidad
- Astenia
- Dolores
- Sensibilidad mamaria
- Síntomas cutáneos
- Resequedad en la piel y mucosas
- Osteoporosis postmenopáusica

1.5.4. Sintomatología Psíquica: (11)

- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Depresión
- Ansiedad
- Labilidad emotiva
- Psico astenia
- Pérdida de memoria
- Alteraciones del sueño

1.5.5. Sintomatología urogenital:(11)

- Alteraciones de la libido
- Disfunción sexual
- Dificultad a la hora de orinar
- Incontinencia vesical
- Resequedad vaginal

1.6. Tendencia a la obesidad

Numerosos factores pueden influir en el desarrollo de la obesidad, entre ellos la genética, la edad, el estilo de vida, ciertos medicamentos y problemas hormonales. En la etapa adulta, es común que las personas ganen peso entre los 20 y 65 años. En las mujeres, el aumento de peso y la redistribución de la grasa corporal se suelen presentar en los primeros años tras la menopausia. Se cree que este incremento de grasa, especialmente la grasa visceral, se debe a una reducción en el gasto energético que ocurre durante la menopausia. Además, los niveles elevados de la hormona foliculoestimulante (FSH) durante esta etapa pueden contribuir al aumento de peso, independientemente de la disminución de estrógenos. (12)

Según la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), la proporción de grasa corporal es del 26% a los 20 años, aumenta al 33% a los 40 años, y alcanza el 42% a los 50 años. Los estrógenos, que juegan un papel importante en la metabolización de las grasas, disminuyen con la menopausia, lo que dificulta la quema de lípidos y favorece su acumulación. Por otro lado, la reducción en la producción de progesterona provoca una mayor retención de líquidos, lo que también contribuye al aumento de peso. La obesidad durante la menopausia puede tener graves consecuencias para la salud, como un mayor riesgo de problemas respiratorios, enfermedades cardíacas y vasculares, diabetes tipo 2, y cáncer de mama, colon y endometrio. (13)

En los últimos años, la prevalencia de la hipertensión arterial ha aumentado, afectando actualmente al 25% de las mujeres en todo el mundo después de la menopausia. En Ecuador, la hipertensión es una de las enfermedades más comunes, influenciada por factores como la edad, la raza, la menopausia, la obesidad, antecedentes familiares y ciertos hábitos de vida. (13)

La disminución de las hormonas ováricas genera cambios metabólicos y hemodinámicos que aumentan la incidencia de hipertensión arterial en mujeres entre los 45 y 55 años (transición menopáusica), con una mayor prevalencia después de los 65 años. La caída en los niveles de estrógenos altera los mecanismos que regulan la presión arterial, aumentando el tono simpático, la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, la resistencia a la insulina y produciendo cambios en el peso y la composición corporal. (14)

Investigaciones han explorado la relación entre los andrógenos y la hipertensión arterial durante la menopausia, demostrando que los andrógenos pueden activar el SRAA, lo que incrementa el estrés oxidativo y la reabsorción de sodio, disminuyendo la excreción de sodio por presión. Estos procesos causan vasoconstricción renal y, posteriormente, un aumento en la presión arterial. Se concluye que el incremento de andrógenos en mujeres posmenopáusicas contribuye al desarrollo de hipertensión arterial, siendo especialmente susceptibles aquellas con antecedentes de histerectomía o ooforectomía bilateral.(15)

Gráfico No. 1: Algoritmo de mecanismo de acción de la hormonas sexuales y la fisiopatología de la hipertensión arterial.

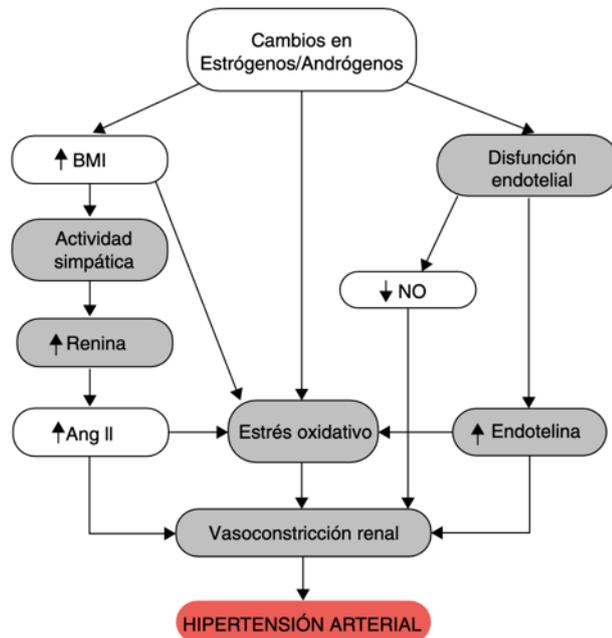


Figura 2 Hormonas sexuales e hipertensión arterial en la postmenopausia. Adaptada de: Megan Coylewright, et al. Hypertension. 2008;51:952-9.
Ref: BMI: body mass index; NO: nitric oxide; Ang II: angiotensina II.

Fuente: Hipertensión arterial, menopausia y compromiso cognitivo [Internet]. [citado 27 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S012056331730253X>

1.6.1. CLASIFICACION DE LA OBESIDAD

La obesidad puede clasificarse según su origen en dos tipos: exógena y endógena. La obesidad exógena se atribuye a una alimentación excesiva y descontrolada, mientras que la obesidad endógena tiene causas metabólicas. Dentro de la obesidad endógena, se encuentra la obesidad endocrina, que es provocada por la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides en el caso de la obesidad hipotiroidea, o por la deficiencia de hormonas sexuales, como ocurre en la obesidad gonadal.(16)

Tipos de obesidad según el índice de masa corporal (IMC)

En adultos, la clasificación de la obesidad se basa en el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros. Este indicador permite determinar con precisión los diferentes grados y tipos de obesidad: grado I, grado II, grado III y grado IV.(17)

- Sobrepeso. IMC entre 25 y 29.9kg/ m²
- Obesidad Grado I. IMC entre 30 y 34,9 kg/ m²
- Obesidad Grado II. IMC entre 35 y 39,9 kg/ m²
- Obesidad Grado III.. En estos casos el IMC se encuentra entre 40 y 49,9 kg/ m²
- Obesidad Grado IV. Obesidad extrema o mórbida. IMC supera el valor de 50 kg/ m²

1.6.2. DIAGNOSTICO DE OBESIDAD

El diagnóstico de la obesidad consiste en determinar el porcentaje de grasa corporal de una persona y cuantificar el exceso en relación con los valores de referencia establecidos según el sexo, la altura y la edad. Para evaluar la grasa corporal, se utilizan métodos indirectos que emplean técnicas de medición antropométrica y otros sistemas para analizar la composición corporal. Aunque estas técnicas son menos precisas que los métodos de imagen mencionados anteriormente, son más fáciles de aplicar y han demostrado una alta correlación con la cantidad de grasa corporal. (17)

•**El índice de masa corporal (IMC):** El cálculo se realiza dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado ($\text{peso}/\text{talla}^2$), considerando la edad y el sexo. Este método es recomendado como el estándar para diagnosticar la obesidad debido a su facilidad de uso, bajo costo, rapidez y capacidad para reflejar la adiposidad en la mayoría de la población, con excepción de personas mayores, deportistas y aquellos con una gran masa muscular. (17)

•**El perímetro de la cintura (PC):** Con la ayuda de una cinta métrica flexible, se realiza la medición con el paciente de pie, sin ropa, relajado y en ayunas. Se localiza el borde superior de las espinas ilíacas y, justo por encima, se rodea la cintura con la cinta métrica de manera paralela al suelo, asegurándose de no apretar. La lectura se toma después de una espiración normal. Aunque esta técnica parece sencilla, su principal inconveniente es la variabilidad entre observadores y la dificultad para identificar las referencias anatómicas en personas con obesidad severa. (17)

Se considera obesidad abdominal cuando el perímetro de la cintura supera los 102 cm en hombres y los 88 cm en mujeres, según los criterios del National Cholesterol Education Program (ATP-III), o los 90 cm en hombres y 80 cm en mujeres, de acuerdo con la International Diabetes Federation (IDF). Esta medida es un buen indicador de la grasa abdominal y del riesgo cardiovascular. Es un parámetro útil y complementario al IMC, especialmente en deportistas con mucha masa muscular, donde el IMC podría sugerir sobrepeso; en estos casos, el perímetro de la cintura revela si realmente existe exceso de peso. Además, tiene un gran valor clínico, permitiendo evaluar la evolución del paciente al indicar un aumento o reducción de la grasa abdominal.(17)

•**El índice Cintura Cadera (ICC):** Es una medida antropométrica que se utiliza específicamente para evaluar la cantidad de grasa intraabdominal, comparando el perímetro de la cintura con el de la cadera (en centímetros). Este cálculo permite estimar el riesgo cardiovascular asociado. La medición se realiza midiendo la cintura al nivel del borde superior de la cresta ilíaca y las caderas a la altura de los trocánteres, con el paciente de pie. Es importante

que un mismo observador tome ambas medidas utilizando una cinta métrica. Según la OMS, los valores normales son 0,8 para mujeres y 1 para hombres; si los resultados superan estos valores, se considera que hay obesidad abdominal y un mayor riesgo cardiovascular. (18)

•**El índice cintura/estatura (ICE):** Se calcula dividiendo la circunferencia de la cintura entre la altura, ambas medidas en centímetros. Un valor igual o superior a 0,5 indica la presencia de adiposidad abdominal, lo que está asociado a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas. (18)

El diámetro sagital abdominal (DSA): Se evalúa midiendo la distancia entre el ombligo y la vértebra L4-L5 en decúbito supino. Si esta distancia supera los 25 cm, se considera que existe un riesgo elevado de obesidad abdominal. Este método muestra una buena correlación con la acumulación de tejido adiposo peri visceral, tal como se observa en estudios de TAC o resonancia magnética. (18)

1.7. ESCALA DE SEVERIDAD DE SINTOMAS EN LA MENOPAUSIA

El diagnóstico se basa principalmente en la clínica y se lleva a cabo a través de la historia clínica, que incluye la anamnesis, el motivo de consulta, y los antecedentes personales y familiares. Es fundamental identificar los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, y cánceres genitourinarios y mamarios. La evaluación de la calidad de vida debe enfocarse en cómo la paciente percibe su salud, involucrándola activamente en el proceso. Para medir la sintomatología relacionada con el climaterio, se emplea la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS), una herramienta diseñada para evaluar la severidad de los síntomas del envejecimiento y su impacto en la calidad de vida. (19)

Gráfico No. 2: Escala de puntuación en menopausia (MRS)

Tabla 1. Escala de puntuación en menopausia (MRS)

Con el objeto de conocer sus molestias climatéricas le solicitamos responder el siguiente cuestionario marcando el casillero correspondiente. ¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?

Área	Ítem	TIPO DE MOLESTIAS (Marque la casilla pertinente de cada molestia con una "X". Ejemplo, marque en casilla 0 cuando "no tiene molestia" y en la casilla 1 a la 4 según como sienta la intensidad de la molestia).	¿Cómo son sus molestias?				
			No siente molestia (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severo (3)	Muy severo (4)
SOMÁTICO	1	Bochornos o sofocos, sudoración (episodios de sudoración).					
	2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho).					
	3	Dificultades en el sueño (dificultad para conciliar el sueño, dificultad para dormir toda la noche, duerme poco, se despierta muy temprano).					
	11	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
PSICOLÓGICO	4	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
	5	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
	6	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
	7	Cansancio físico y mental (disminución general del rendimiento, olvidos frecuentes, falta de memoria, le cuesta concentrarse).					
UROGENITAL	8	Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual, menor frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual).					
	9	Problemas de la vejiga (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).					
	10	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).					
PUNTUACION TOTAL							

Somático (1 al 4) Psicológico (5 al 8) Urogenital (9 al 11) Total

Uso del profesional

Fuente: Ayala-Peralta FD. Estrategias de manejo durante el climaterio y menopausia. Guía práctica de atención rápida. Rev Peru Investig Materno Perinat. 8 de septiembre de 2020;9(2):34-41

El puntaje se asigna en una escala donde "0" indica ausencia, "1" leve, "2" moderado, "3" severo y "4" muy severo. El puntaje de cada dominio se obtiene sumando los valores de cada ítem, y el puntaje total es la suma de los puntajes de todos los dominios.(19)

La escala MRS se considera confiable, con un coeficiente Alfa de Cronbach de aproximadamente 0,80. Aunque la consistencia interna de cada dimensión varía ligeramente (entre 0,60 y 0,87), cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el deterioro en la calidad de vida. La intensidad de los síntomas se clasifica como asintomática o leve si la puntuación total está entre 0 y 4, leve entre 5 y 8, moderada entre 9 y 15, y severa con más de 16 puntos. (19)

El instrumento MRS fue administrado por una enfermera profesional que asistió al investigador, después de que las participantes firmaron el consentimiento informado. Este cuestionario se completó al finalizar la consulta médica. (19)

Además, es necesario realizar un examen físico general y ginecológico, incluyendo la evaluación de las mamas. También se deben medir las

funciones vitales, la talla y el peso para calcular el IMC, así como la circunferencia de la cintura. Este último dato es útil para evaluar el riesgo aterogénico cuando los valores superan los 88 centímetros. (19)

1.8. Exámenes complementarios

Laboratorios:

El hemograma, la glicemia y el perfil lipídico son exámenes importantes. Este último debe realizarse anualmente en mujeres posmenopáusicas, y cada 6 meses si hay hiperlipidemia. El perfil hepático (TGP, TGO, fosfatasa alcalina y gamma glutamil) es necesario antes de iniciar la terapia hormonal de menopausia (THM), según el criterio médico, y puede repetirse cada 6 meses si es necesario. La solicitud del perfil hormonal solo se recomienda en casos de menopausia precoz o en situaciones muy específicas. (19)

Imágenes :

Ultrasonografía transvaginal con o sin doppler: Se recomienda realizar esta evaluación para iniciar la terapia hormonal de menopausia, controlar el endometrio durante y después de la THM, y diagnosticar otras afecciones ginecológicas, como pólipos endometriales, masas pélvicas, hiperplasias endometriales, entre otras. Es importante considerar un grosor endometrial de 5 mm o más en mujeres posmenopáusicas como un indicador presuntivo de anomalías endometriales. (19)

Mamografía: Es recomendable realizar una mamografía de referencia entre los 35 y 40 años de edad, con controles posteriores cada uno o dos años entre los 40 y 49 años, y anualmente a partir de los 50 años (21). Si una mujer no tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, se sugiere la primera mamografía a los 40 años, con repeticiones anuales. Sin embargo, si existen antecedentes familiares de esta enfermedad, la primera mamografía debería realizarse a partir de los 35 años.(19)

La densitometría ósea, que mide el contenido mineral óseo, es útil para evaluar la salud ósea, monitorizar la pérdida de masa ósea, diagnosticar osteoporosis y evaluar la efectividad del tratamiento, determinando así el riesgo de fracturas.

1.9. TRATAMIENTO

Las estrategias de tratamiento han evolucionado en los últimos años gracias a resultados de investigaciones recientes. Ahora, además de la terapia hormonal (THM) y no hormonal, se consideran cambios en el estilo de vida, como mejoras en la dieta y la incorporación de ejercicio, para aliviar los síntomas de la menopausia. Otras intervenciones terapéuticas deben ser personalizadas según las necesidades de cada paciente. En este contexto, cobra relevancia la llamada "hipótesis del tiempo" o "ventana de oportunidad", que sugiere que iniciar la terapia hormonal en mujeres más jóvenes puede tener beneficios para la salud que no se observan en mujeres mayores que comienzan la THM varios años después de la menopausia. (19)

1.9.1. NO FARMACOLOGICO

Tener estilos de vida saludables, ejercicio físico regular, control de peso, evitar tabaco o bebidas alcohólicas y tener una alimentación rica en calcio.

EJERCICIO:

Realizar ejercicio tiene múltiples beneficios, como la reducción de la mortalidad por causas cardiovasculares, la mejora del metabolismo, el aumento de la fuerza muscular, la regulación de los trastornos del sueño, la normalización del tránsito intestinal, y la disminución general de los síntomas vasomotores y el estrés. Investigaciones han demostrado que las mujeres posmenopáusicas que practican ejercicios aeróbicos y de resistencia experimentan un aumento en la densidad mineral ósea en la columna lumbar.

Un estudio realizado en Ecuador reveló que tanto la frecuencia como la intensidad del ejercicio en mujeres en etapa de climaterio son bajas. Además, este estudio destacó una alimentación deficiente que se asocia con sobrepeso y obesidad en estas mujeres (13).

A continuación, se presentan algunos ejercicios específicos recomendados por fisioterapeutas para aliviar los síntomas más comunes durante la menopausia:

Ejercicios para la osteoporosis:

- Ejercicios de carga ósea: Caminar, correr, saltar, levantar pesas y realizar ejercicios de resistencia ayudan a fortalecer los huesos y aumentar la densidad ósea.
- Ejercicios de equilibrio: el yoga, y pilates ayudan al suelo pélvico.
- Ejercicios para la incontinencia urinaria:
- Ejercicios de Kegel: fortalece los músculos del suelo pélvico para fortalecerlos y mejorar el control de la vejiga.
- Entrenamiento de la continencia: técnicas para controlar la vejiga y mejorar la capacidad para retener la orina.

Ejercicios para los sofocos:

- Respiración profunda: Técnicas de respiración diafragmática ayudan a reducir la frecuencia e intensidad de los sofocos.

Ejercicios para la salud cardiovascular:

- Ejercicio aeróbico: caminar, andar en bicicleta, nadar o bailar reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Entrenamiento de intervalos de alta intensidad (HIIT): Alternar el ejercicio intenso con períodos de recuperación mejora la resistencia cardiovascular.
- Ejercicios para la salud mental y emocional:
- Ejercicio al aire libre: Caminar o correr en la naturaleza reduce el estrés y mejorar el estado de ánimo.

- Actividades recreativas: actividades divertidas y sociales aumentan el bienestar emocional.

DIETA:

Es fundamental disminuir el consumo total de grasas, especialmente las saturadas de origen animal, que no solo se encuentran en productos animales sino también en alimentos procesados. Además de controlar el peso, es crucial mantener los niveles de colesterol dentro de rangos saludables. Incluir pescado, tanto azul como blanco, en la dieta es beneficioso, ya que proporciona ácidos grasos esenciales como el omega 3, que actúa como un tratamiento complementario para ciertas enfermedades cardiovasculares e inflamatorias. Se recomienda optar por lácteos desnatados, cereales integrales, hortalizas, legumbres, frutas, pescados, carnes magras con bajo contenido graso, frutos secos como almendras, avellanas, castañas y nueces, así como utilizar aceite de oliva virgen. (20)

DERIVADOS DE TREBOL ROJO:

El nombre "Trifolium" proviene de dos palabras latinas: "Tri" y "Folium," que significan "tres" y "hojas," respectivamente. Esta planta, perteneciente a la familia Fabaceae, también conocida como Leguminosae, se origina en regiones templadas y húmedas y es comúnmente utilizada como forraje para el ganado. Popularmente, es conocida como trébol rojo y se emplea en diversas aplicaciones a nivel mundial.(21)

En el sur de Brasil, *Trifolium pratense* se destaca como alimento para el ganado. En Turquía, se le atribuyen propiedades analgésicas, antisépticas y sedantes, mientras que en Pakistán se usa para tratar lesiones bucales y de garganta, fiebre y meningitis. En Europa, el trébol rojo es comúnmente utilizado en bebidas para aliviar malestares estomacales y diarrea. Por su parte, los nativos americanos en Estados Unidos lo emplean para tratar heridas en la piel, así como enfermedades pulmonares y neuropáticas.(21)

Investigaciones científicas han demostrado que el trifolium contiene isoflavonas, como la formononetina, biochanina A, daidzeína y genisteína, las cuales son responsables de su acción estrogénica, aliviando sofocos durante los periodos pre y posmenopáusicos. Trifolium pratense es reconocido como una planta medicinal para tratar síntomas climatéricos y síndromes premenstruales, y en 2009, la OMS publicó una monografía sobre sus beneficios. En 2012, un estudio realizado por Lipovac evaluó el efecto vasomotor y otros síntomas menopaúsicos al tratar con isoflavonas de Trifolium pratense (80 mg). Los resultados mostraron una reducción significativa en los síntomas vasomotores en comparación con el grupo placebo.(21)

En la actualidad, el trébol rojo se utiliza ampliamente en la suplementación hormonal durante los periodos pre y posmenopáusicos en todo el mundo. Los primeros estudios sobre sus efectos estrogénicos se realizaron en Australia en 1946, cuando se observó que ovejas alimentadas con esta planta experimentaban abortos espontáneos y dificultades reproductivas. Dado el mayor riesgo de cáncer de mama asociado con la terapia hormonal tradicional, se recomienda que las mujeres que padecen síntomas climatéricos y menopaúsicos opten por suplementos de origen vegetal o a base de hierbas. (21)

DERIVADOS DE SOYA

Las isoflavonas son un grupo de fitoestrógenos, compuestos que poseen una estructura similar a la del estrógeno. Estas moléculas se encuentran en mayor cantidad en las leguminosas, especialmente en la soja. Aproximadamente, cada gramo de proteína de soja contiene 3,5 mg de isoflavonas. La hipótesis de que las isoflavonas de soja podrían aliviar los síntomas de los sofocos durante la menopausia surgió a partir de la observación de que las mujeres japonesas presentan una baja incidencia de estos síntomas.(22)

Un ensayo clínico realizado con 58 mujeres posmenopáusicas, de entre 30 y 70 años, administró harina de soja o harina de trigo durante 12 semanas, ya sea en forma de bebida, pan o cereal. Al final del estudio, se observó una disminución en los síntomas vasomotores en ambos grupos, aunque no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Además, el índice de maduración vaginal no mostró cambios en ninguno de los grupos.

Nourozi y colaboradores investigaron la calidad de vida de mujeres posmenopáusicas que consumieron 500 ml de bebida de soja en comparación con leche de vaca durante ocho meses. Se observó una ligera mejoría en síntomas relacionados con la libido y la resequedad vaginal durante el coito. Aunque algunos estudios han mostrado beneficios moderados en los síntomas de la menopausia y el climaterio asociados al consumo de productos de soja, los resultados no son consistentes y, en general, tienen un impacto menor en comparación con la terapia estrogénica. (22)

1.9.2. FARMACOLOGICO

Terapia de remplazo Hormonal (THM)

Durante muchos años, la terapia hormonal ha sido el tratamiento más efectivo para controlar los síntomas del climaterio. Sus principales indicaciones incluyen el alivio de síntomas vasomotores como los sofocos, sudoraciones y taquicardias, el tratamiento de la atrofia vulvovaginal que puede causar dolor durante las relaciones sexuales, quemazón y resequedad, así como la prevención de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

Esta terapia es recomendada principalmente para mujeres sanas que están en la etapa perimenopáusica o que han pasado por la menopausia en los últimos 10 años, o que tienen menos de 60 años. Es particularmente beneficiosa para aquellas que experimentan síntomas vasomotores de moderados a severos, trastornos genitourinarios, o que tienen un alto riesgo de desarrollar osteoporosis. (19)

Contraindicaciones para la Terapia Hormonal de Menopausia (THM):

- Sangrado vaginal inexplicado.
- Enfermedad o disfunción hepática.
- Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Trastornos de coagulación conocidos o trombofilia.

- Hipertensión arterial no controlada.
- Antecedentes de cáncer de mama, endometrio u otras neoplasias dependientes de estrógenos.
- Historia de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular (ACV) o ataque isquémico transitorio (AIT).

Opciones de tratamiento hormonal para mujeres sin contraindicaciones para la terapia oral: (19)

- Estrógenos: Se recomiendan las siguientes dosis diarias: valerato de estradiol 1 mg, 17-B-estradiol 1 mg, o estrógenos conjugados entre 0,3 y 0,45 mg. Para pacientes con contraindicación para la vía oral, se sugiere la administración transdérmica, como gel de estradiol en dosis de 0,5 a 1,5 mg/día o parches de estradiol a 0,5 mg/día.
- Progestinas: En mujeres con útero, es fundamental agregar una progestina, ya sea de manera cíclica (durante 10 a 14 días) o continua. Las opciones disponibles incluyen presentaciones orales, parenterales, transdérmicas e intrauterinos. Las opciones orales son: progesterona micronizada (100 mg/día de forma continua o 200 mg/día en ciclo de 10 a 14 días), drospirenona 2 mg/día, didrogestrona 5 mg/día, dienogest 2 mg/día, y acetato de medroxiprogesterona 5 mg/día.
 - Transdérmicas: Se puede utilizar levonorgestrel 10 ug/día o noretisterona 250 ug/día.
 - Intrauterinos (SIU o DIU): Levonorgestrel con una liberación de 20 ug/24 horas.
- Combinaciones de Estrógenos + Progestinas (uso continuo): Las combinaciones recomendadas incluyen 17-B-estradiol 1 mg con drospirenona 2 mg, estradiol 1 mg con didrogestrona 5 mg, y valerato de estradiol 1 mg con dienogest 2 mg.
- Tibolona: Dosis recomendadas son 2,5 mg/día o 1,25 mg/día.
- Estrógenos equinos conjugados + Bazedoxifeno: Indicado para mujeres con sensibilidad mamaria, aumento de densidad mamaria o

sangrado uterino al utilizar THM convencional. Dosis: EC 0,45 mg/día + BZA 20 mg/día.

- Ospemifeno: Es un modulador selectivo de los receptores de estrógeno (SERM) en dosis de 60 mg/día, utilizado para tratar los síntomas genitourinarios de la menopausia, incluyendo sequedad vaginal y dispareunia, especialmente en mujeres que prefieren tratamiento oral.

PELLETS THM:

Este tratamiento de terapia de reemplazo hormonal utiliza implantes subcutáneos, conocidos como pellets, que liberan de manera gradual las hormonas necesarias para corregir los déficits en el cuerpo. Actualmente, los pellets pueden contener estrógenos, progesterona o testosterona. La inserción se realiza mediante una pequeña incisión bajo anestesia local, colocándose preferiblemente en áreas con mayor cantidad de tejido graso, como el glúteo. La duración del efecto varía según el paciente, pero generalmente se recomienda su uso entre 4 y 6 meses.(23)

En la terapia de reemplazo hormonal para mujeres, no solo se emplean estrógenos; en los últimos años, se ha promovido el uso de pellets de testosterona para mejorar la libido, la cognición, la fuerza muscular, así como la salud cardiovascular y ósea. Además, estudios clínicos han demostrado que la testosterona tiene beneficios en la prevención de enfermedades como el Alzheimer y el Parkinson.(23)

Un estudio reciente de Islam et al., publicado en 2019, llevó a cabo una revisión sistemática que concluyó que la testosterona, en comparación con placebo o estrógeno, mejora significativamente la función sexual en las mujeres, incluyendo el deseo sexual, el placer, la excitación, el orgasmo, la reducción de la angustia, y las preocupaciones sobre la imagen y la sexualidad. Los efectos secundarios más comúnmente reportados fueron el acné y el hirsutismo. (23)

Alternativas de la THM:

Síntomas genitourinarios: Para tratar las manifestaciones vaginales, la primera opción recomendada son los hidratantes y lubricantes vaginales. Si estas medidas no son suficientes o en casos de síntomas moderados a severos, se recomienda el uso de estrógenos locales como estradiol, estriol y promestrieno. Estos pueden aplicarse en forma de cremas tres veces por semana, o bien mediante óvulos o comprimidos dos veces por semana, preferiblemente por la noche.

Síntomas vasomotores (sofocos): En casos donde la terapia hormonal de reemplazo (THM) está contraindicada o no es deseada para tratar los sofocos, se sugieren como primera línea de tratamiento los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina, que son antidepresivos recomendados para mujeres que no pueden utilizar estrógenos.(19)

- Paroxetina: Dosis recomendada de 7,5 mg/día, administrada al acostarse.
- Venlafaxina: Dosis recomendada de 37,5 mg/día.
- Desvenlafaxina: Dosis recomendada de 100 mg/día.
- Gabapentina: Dosis recomendada de 600-900 mg/día.
- Clonidina: Dosis recomendada de 0,1 mg/día.
- Citalopram y Escitalopram también son efectivos en el manejo de los sofocos.
- Sertralina y Fluoxetina son otras alternativas viables para el tratamiento.

Osteoporosis en la postmenopausia:

Es esencial adoptar cambios en el estilo de vida que ayuden a disminuir el riesgo de pérdida ósea, tales como mantener un peso saludable, seguir una dieta equilibrada, asegurar una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, realizar ejercicio regularmente, y evitar el consumo de tabaco y alcohol. (19)

CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de obesidad en mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos femeninos en el Hospital IESS Ceibos del año 2023

Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas en los diferentes estadios de climaterio y menopausia
- Categorizar el grado de obesidad presente en las pacientes con criterio de inclusión
- Identificar el sistema orgánico más afectado en pacientes con estadios de climaterio y menopausia y su diagnóstico más común.

Tipo de estudio:

- Observacional:
 - no va a existir ningún tipo de intervención por parte del investigador, simplemente se recurrirá a datos ya existentes
- Transversal
 - Se tomarán datos de un solo corte temporal
- Retrospectivo
 - la muestra para el estudio será tomada de historias clínicas ya realizadas por personal médico
- Analítico
 - El estudio se limitará a mencionar únicamente la prevalencia y a mencionar las variables asociadas.

Población de estudio:

La población estará conformada por pacientes atendidas en el hospital IESS ceibos durante el periodo mencionado con diagnóstico de síntomas climatéricos y de menopausia.

Criterios de inclusión:

Paciente femenina atendida en el hospital IESS CEIBOS con diagnóstico CIE10: N95

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes atendidas en hospital IESS CEIBOS con diagnóstico de otra patología.

Cálculo del tamaño de la muestra:

Se utilizará toda la población disponible.

Metodología:

Se llevo a cabo un estudio no experimental de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal analítico de cohorte en pacientes femeninas. Se recopiló la información del sistema AS400 del Hospital IESS Ceibos mediante la revisión de historias clínicas y pruebas complementarias de las pacientes de consulta externa del periodo 2023 , donde se pudo obtener datos como signos vitales , IMC , peso , talla y síntomas. Posteriormente los datos fueron tabulados en Microsoft Excel.

CAPITULO III. OPERABILIDAD DE LAS VARIABLES.

Tabla No.1: Clasificación de las variables del estudio.

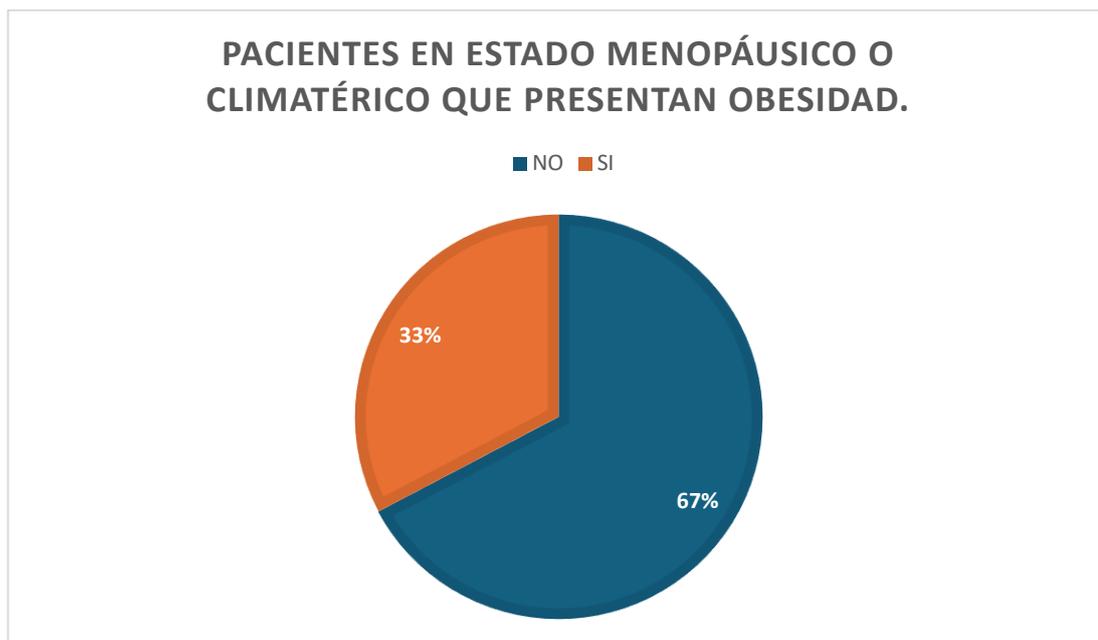
Nombre Variables	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
Edad (v. independiente)	Años	Cuantitativa discreta	Años
Índice de masa corporal (v. independiente)	Formula	Cualitativa ordinal	IMC : $\text{Peso (kg) / Altura (m)}^2$
Peso (v. independiente)	Kg	Cuantitativa continuas	Peso calculado en kilogramos
Talla (v. independiente)	Cm	cuantitativa discreta	Altura calculada en centímetros
Síntomas al ingreso (v. independiente)	motivo de ingreso	cualitativa nominal	Taquicardia, cefalea, sofocos, resequedad vaginal, ansiedad etc.
Presión arterial (v. independiente)	mmHg	cuantitativa discreta	PAS: mmHg PAD: mmHg
Procedencia (v. independiente)	Lugar done	Cuantitativa discreta	Urbano Marginal

Fuente: Base de datos Hospital General Norte IESS Ceibos

CAPITULO IV. RESULTADOS

A partir de la información obtenida en la base de datos luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se realizaron cálculos estadísticos con el programa Microsoft Excel y SPSS28 que permiten realizar tablas y gráficos que se analizaron y se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 3: Paciente en estado menopáusico o climatérico que presentan obesidad.



Fuente: Base de datos Hospital General Norte IESS Ceibos

Este gráfico de pastel muestra la proporción de pacientes en estado menopáusico o climatérico que presentan obesidad. Según el gráfico, el 33% de las pacientes en esta etapa presentan obesidad, mientras que el 67% no la presentan. Este desglose indica que un tercio de las mujeres en estado menopáusico o climatérico experimentan obesidad.

Tabla No. 2: medida de tendencia central de respecto a lo signos vitales, talla del paciente, y edad.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
IMC	400	16.67	58.10	28.75	4.99
PESO	400	42.00	133.80	67.60	11.43
TALLA	400	132	172	153.81	6.68
SISTOLICA	400	70	172	124.23	16.65
DIASTOLICA	400	50	117	74.34	9.68
EDAD	400	32	80	58.41	8.99

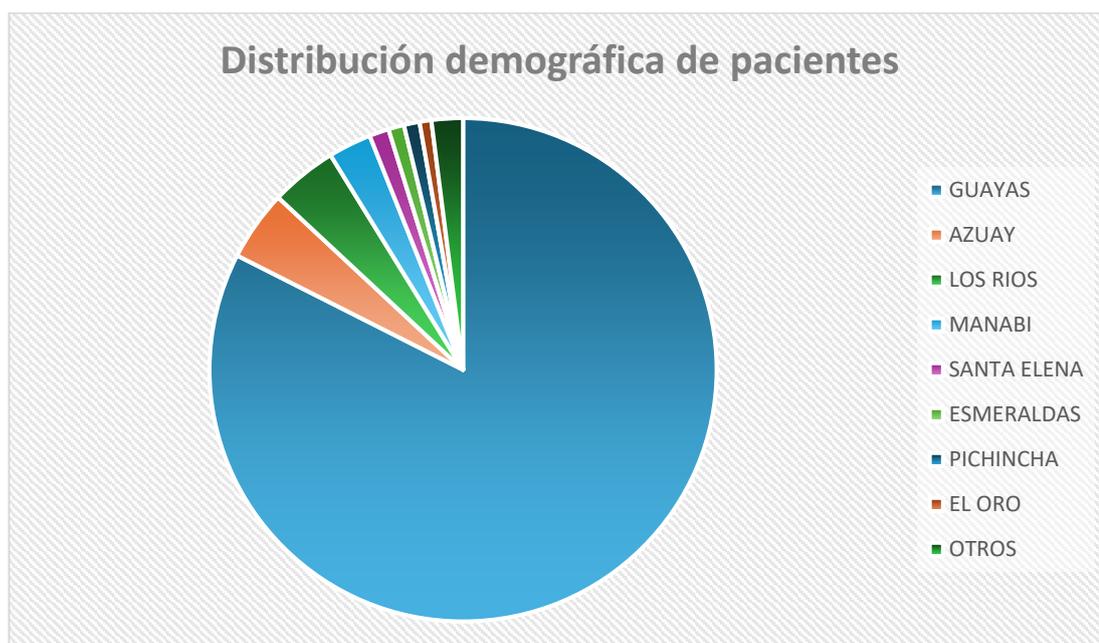
Fuente: Base de datos Hospital General Norte IESS Ceibos

En la tabla número 2 podemos distinguir las medidas de tendencia central relacionadas con los signos vitales, la talla de los pacientes y su edad. En esta tabla se presentan los datos estadísticos descriptivos para un total de 400 pacientes. El Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes tiene un rango de 16.67 a 58.10, con una media de 28.75 y una desviación estándar de 4.99. El peso de los pacientes varía entre 42.00 y 133.80 kg, con una media de 67.60 kg y una desviación estándar de 11.43 kg. La talla de los pacientes oscila entre 132 y 172 cm, con una media de 153.81 cm y una desviación estándar de 6.68 cm. En cuanto a la presión arterial sistólica, los valores registrados varían de 70 a 172 mmHg, con una media de 124.23 mmHg y una desviación estándar de 16.65 mmHg, mientras que la presión arterial diastólica va de 50 a 117 mmHg, con una media de 74.34 mmHg y una desviación estándar de 9.68 mmHg. La edad de los pacientes se encuentra entre 32 y 80 años, con una media de 58.41 años y una desviación estándar de 8.99 años.

Gráfico 4: Distribución demográfica de pacientes

Procedencia	n
GUAYAS	330
AZUAY	18
LOS RIOS	17
MANABI	11
SANTA ELENA	5
ESMERALDAS	4
PICHINCHA	4
EL ORO	3
OTROS	8

Fuente: Base de datos Hospital General Norte IESS Ceibos



Fuente: Base de datos Hospital General Norte IESS Ceibos

El grafico 4 refleja la distribución demográfica de los pacientes, segmentada por diferentes provincias o regiones. Se observa que la mayor parte de los pacientes provienen de la provincia de Guayas con 330 pacientes que corresponde a un 86%, que ocupa la mayor parte del gráfico, lo que indica una concentración significativa en esta región.

Con menor prevalencia de Azuay provienen 18 pacientes que corresponde al 5% , de los Ríos son 17 pacientes que corresponde al 4% , de Manabí 11 pacientes que corresponde al 3%, de Santa Elena 5 pacientes corresponden al 1%, de las provincias Esmeraldas y Pichincha 4 pacientes corresponden al 1% y por último de la provincia de El Oro provienen 3 pacientes que corresponden al 1%. En escasa prevalencia con 1 paciente por provincia correspondiente de las provincias Bolívar, Carchi, Cotopaxi , Chimborazo y Loja. En lo que sugiere que las provincias mencionadas tienen una participación demográfica considerablemente menor en comparación con Guayas.

Este análisis refleja una fuerte predominancia de pacientes de Guayas, lo cual podría deberse a factores como la densidad poblacional de la región, la disponibilidad de servicios de salud, o el acceso a estos servicios. También resalta la necesidad de considerar estrategias específicas para abordar las necesidades de salud en otras regiones menos representadas, asegurando una atención equitativa en todo el espectro demográfico.

Tabla No. 3: distribución de la población estudiada según la clasificación del IMC.

CLASIFICACION IMC	n	%	PROMEDIO
BAJO PESO	3	10%	17,8
NORMAL	80	20%	23
SOBREPESO	186	47%	27,5
OBESIDAD TIPO 1	90	23%	32
OBESIDAD TIPO 2	29	7%	37
OBESIDAD TIPO 3	10	3%	41,6
OBESIDAD TIPO 4	2	1%	54,6
TOTAL	400		

Fuente: Base de datos Hospital General Norte IESS Ceibos

En la tabla número 3 podemos observar la distribución de la población estudiada según la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC), el número de pacientes, el porcentaje que representan dentro del total y el promedio de IMC en cada categoría. En esta tabla, se observa que 3 pacientes (10%) tienen bajo peso, con un promedio de IMC de 17.8. La mayor parte de la población, 186 pacientes (47%), se encuentra en la categoría de sobrepeso, con un promedio de IMC de 27.5. La categoría de normalidad incluye a 80 pacientes (20%) con un promedio de IMC de 23. Aquellos con obesidad tipo 1 son 90 pacientes (23%), con un promedio de IMC de 32, mientras que en la obesidad tipo 2 se encuentran 29 pacientes (7%) con un promedio de IMC de

37. Las categorías más graves de obesidad, tipo 3 y tipo 4, cuentan con 10 pacientes (3%) y 2 pacientes (1%), respectivamente, con promedios de IMC de 41.6 y 54.6.

Tabla No. 4: Frecuencia numérica de sistemas más afectados en los pacientes estudiados:

SISTEMA	N
UROGENITAL	134
SOMATICO	61
PSICOLOGICO	2
NO CLASIFICADO	203

Fuente: Base de datos Hospital General Norte IESS Ceibos

La tabla número 4 hace referencia a la frecuencia numérica de los sistemas más afectados en los pacientes estudiados. En esta tabla, el sistema urogenital es el más afectado, con 134 pacientes. Le sigue el sistema somático, que afecta a 38 pacientes. Solo 2 pacientes presentan afecciones relacionadas con el sistema psicológico. Además, hay 203 pacientes cuyas afecciones no están clasificadas en ninguno de los sistemas mencionados pero que si presenta diagnostico confirmado de síntomas relacionados a la menopausia o climaterio.

Tabla No. 5: Prevalencia diagnósticos asociadas a nuestra población en estudio:

DIAGNOSTICOS	n
ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS (N95)	227
VAGINITIS SUBAGUDA Y CRONICA (N761)	97
ALTERACION DEL APARATO URINARIO	37
OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA (M810)	23
ARTRITIS, NO ESPECIFICA (M139)	12
DEPRESION (F32)	2
INSOMNIO (F510)	2

Fuente: Base de datos Hospital General Norte IESS Ceibos

La Tabla 5 revela la prevalencia de diferentes diagnósticos asociados en mujeres en estados menopáusicos y climatéricos. De los diagnósticos, el más común es el de los propios estados menopáusicos y climatéricos, con 227 casos, reflejando la naturaleza del estudio. Le sigue la vaginitis subaguda y crónica, afectando a 97 pacientes, lo que indica una alta incidencia de problemas ginecológicos persistentes. Datos relevantes son que las alteraciones del aparato urinario afectan a 37 pacientes y la osteoporosis postmenopáusica afecta a 23 pacientes, destacando la necesidad de atención en áreas como la salud urogenital y ósea. Además, se registran 12 casos de artritis no específica, subrayando los problemas articulares que pueden surgir en esta etapa. Menos comunes pero no hay que dejar de tenerlos en cuenta son la depresión y el insomnio, con 2 casos cada uno.

CAPITULO V. DISCUSIÓN

En el presente análisis, se busca determinar si el objetivo general de la investigación, que corresponde a determinar la prevalencia de obesidad en mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos femeninos en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2023, se ha cumplido adecuadamente. A partir del Gráfico 3, se observa que el 33% de las pacientes en estos estados son obesas, mientras que el 67% no lo son. Esta distribución es un punto de partida fundamental para contrastar estos resultados con estudios previos y analizar en profundidad las posibles implicaciones clínicas y sociodemográficas de estos hallazgos. Estudios realizados como el artículo sobre obesidad y menopausia de Palacios y colaboradores publicado en 2024 mencionan que existen cambios corporales y hormonales que conllevan a aumentar la adiposidad visceral, estos cambios afectan la salud de la mujer nivel de diferentes sistemas orgánicos. (24)

Además, concordando con Nappi y colaboradores, ocurren cambios multisistémicos relacionados con el cese de estrógenos que conducen a un mayor riesgo de padecer obesidad. Mencionan que las mujeres con menopausia temprana o que se han sometido a una histerectomía menor a los 35 años tienen un mayor riesgo a largo plazo en presentar enfermedades cardio metabólicas (29).

Al analizar los datos presentados en la Tabla No. 2 y el gráfico de distribución demográfica, se busca determinar las características sociodemográficas en los diferentes estadios de climaterio y menopausia. Los resultados indican que la media de edad de las pacientes es de 58.41 años con una desviación estándar de $\pm 8,9$. Por otra parte en el estudio de Matzumura-Kasano y colaboradores realizado en Perú en el año 2023 se encontró que la edad promedio de pacientes menopáusicas es de 52,1 años con una desviación estándar de $\pm 5,7$. Esta comparación sugiere que la población estudiada está mayor al rango típico que las mujeres desarrollan la menopausia. (25)

La distribución demográfica, reflejada en el gráfico, muestra una concentración de pacientes provenientes de la provincia de Guayas, lo cual es consistente con estudios que destacan la importancia de las áreas urbanas en la concentración de servicios de salud y, por ende, en la prevalencia de diagnósticos relacionados con el climaterio y la menopausia. Esta predominancia regional es un factor clave que debe considerarse al analizar los resultados, ya que podría influir en las características observadas y en el acceso a tratamientos y diagnósticos oportunos. Coincidiendo con el estudio Caracterización de las mujeres durante el climaterio, atendidas en una Institución del MSP de Enero a Mayo del 2020 de la ciudad de Guayaquil por Muñoz y colaboradores menciona que las mujeres que viven en zonas urbanas asumen el climaterio como patológico, y reciben ayuda por parte de los servicios de salud, por otra parte en zonas rurales la mujer asume el climaterio como un proceso biológico. (26)

Además, los datos de la tabla revelan un promedio de índice de masa corporal (IMC) de 28.75, lo que clasifica a muchas mujeres en la categoría de sobrepeso, muy cerca de la obesidad. Este hallazgo es relevante al considerar que la literatura apunta a un aumento de peso durante la menopausia debido a cambios hormonales, lo que también se observa en estudios previos como en el artículo Edad de menopausia, condición nutricional y componentes del síndrome metabólico en mujeres españolas de Estepa y colaboradores publicado en 2020 que tiene como resultado que el promedio de IMC en mujeres mayores de 45 años es de 28,79. La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en esta población refuerza la necesidad de abordar estos factores de riesgo en mujeres menopáusicas y climatéricas.(20)

En resumen, los resultados presentados cumplen con el objetivo de determinar las características sociodemográficas en mujeres en estados de climaterio y menopausia, alineándose con las tendencias observadas en la literatura científica. Estos datos proporcionan una base sólida para el desarrollo de estrategias de manejo y prevención adaptadas a las necesidades específicas de esta población, considerando tanto los factores sociodemográficos como los riesgos de salud asociados.

Por otro lado, Al analizar los resultados presentados en la Tabla No. 3 y contrastarlos con el objetivo de categorizar el grado de obesidad presente en las pacientes con criterio de inclusión, se puede observar que un porcentaje significativo de las pacientes se encuentra en categorías de sobrepeso u obesidad. Según la tabla, el 47% de las pacientes presentan sobrepeso, y un 34% se distribuye entre diferentes grados de obesidad, desde el tipo 1 con un 23% de casos hasta el tipo 4. Estos datos reflejan una alta prevalencia de exceso de peso en la población estudiada, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura, resultados similares fueron obtenidos en el estudio realizado en Perú en 2021 por Urbina donde el 45,1% de mujeres presentaron sobrepeso, Obesidad I el 27,9% Obesidad II el 8,3% Obesidad III el 1,5% , donde se destaca que la menopausia está frecuentemente asociada con un aumento en la grasa corporal y una mayor predisposición a la obesidad.(27)

Por lo tanto, la información presentada en la Tabla No. 3 cumple con el objetivo. Estos resultados concuerdan con lo encontrado en estudios previos y destacan la necesidad de continuar desarrollando programas de intervención específicos para reducir la obesidad en mujeres menopáusicas, considerando los riesgos asociados en desarrollar comorbilidades graves como enfermedades cardiovasculares y diabetes.

Respecto a las Tablas No. 4 y No. 5, se busca determinar si se cumple el objetivo de identificar el sistema orgánico más afectado en pacientes con estadios de climaterio y menopausia y su diagnóstico más común. La Tabla No. 4 indica que el sistema urogenital es el más afectado, con 134 pacientes reportando problemas en este sistema. Este hallazgo concuerda con el estudio Colombiano de Espitia De La Hoz y colaboradores, publicado en 2023 que destaca el sistema urogenital con mayor afectación en mujeres en etapas de climaterio y menopausia, incluyendo disfunciones como problemas sexuales , problemas de vejiga y sequedad vaginal. La alta prevalencia de problemas urogenitales refleja la necesidad de enfocar las estrategias de manejo en la salud ginecológica de estas mujeres, tal como se menciona en la literatura. Por otro lado , en el estudio de Ávila y colaboradores realizado en Machala-Ecuador en el 2021 el 38,10% de las mujeres están de acuerdo que

pueden disfrutar plenamente de sus relaciones sexuales durante el climaterio.(25) (28)

En cuanto al diagnóstico más común, la Tabla No. 5 muestra que el diagnóstico predominante es "Estados menopáusicos y climatéricos femeninos," con 203 casos. Sin embargo, cuando se desglosa la información, se obtiene como resultado que la vaginitis subaguda y crónica es el segundo diagnóstico más frecuente, con 97 casos, seguida por las alteraciones del aparato urinario con 37 casos. Estos diagnósticos están estrechamente relacionados con el sistema urogenital, confirmando que este es, efectivamente, el sistema más comprometido en esta población. Esto concuerda con la publicación de Matzumura-Kasano y colaboradores realizada en Lima-Perú en el año 2023, donde resalta una alta prevalencia de síntomas genitourinarios durante el climaterio y la menopausia.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados obtenidos en el presente análisis permiten afirmar que los objetivos planteados se han cumplido de manera adecuada. Se ha determinado que un 33% de las mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2023 presentan obesidad, una cifra que resalta la prevalencia de este factor de riesgo en la población estudiada. Además, se ha logrado categorizar el grado de obesidad en las pacientes, evidenciando que presenta diferentes grados de obesidad, desde el tipo 1 hasta el tipo 4. Estos hallazgos son coherentes con la literatura, subrayando la necesidad de intervenciones específicas para el manejo de la obesidad en mujeres menopáusicas, dado el impacto negativo que esta condición tiene en su salud general.

Asimismo, se ha identificado que el sistema urogenital es el más afectado en esta población, siendo la vaginitis subaguda y crónica uno de los diagnósticos más comunes. Este resultado destaca la importancia de focalizar los esfuerzos en el cuidado de la salud ginecológica de las mujeres en estas etapas, considerando que las disfunciones urogenitales tienen un impacto significativo en su calidad de vida. En conjunto, los datos proporcionan una base sólida para el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento adaptadas a las necesidades específicas de esta población, alineándose con las tendencias observadas en estudios previos y reforzando la importancia de un enfoque integral en el manejo de la menopausia y el climaterio.

CAPITULO VII. RECOMENDACIONES

- Es de importancia detallar en la historia clínica los signos y síntomas de las pacientes que acuden a consulta hospitalaria para poder obtener una mejora y más representativa muestra de síntomas que puede influir en el tratamiento.
- Realizar un estudio prospectivo con una población más representativa y ejecutar la escala de Menopause Rating Scale para obtener un puntaje de la severidad de síntomas de la paciente.

CAPITULO VIII. LIMITACIONES

- Un 52% de las paciente no se especifica el síntoma principal por el cual acude a consulta que está relacionado al estadio de climaterio o menopausia.

BIBLIOGRAFIA

1. Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Rev Cuba Med Gen Integral. diciembre de 2011;27(4):543-57.
2. Percepción del climaterio en pacientes del centro de salud materno infantil “Francisco Jácome”, plan de prevención | RECIMUNDO [Internet]. [citado 27 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/385>
3. Descripción demográfica, bioquímica y sintomática según los estadios reproductivos STRAW+10 en mujeres mexicanas en la peri y posmenopausia [Internet]. [citado 27 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000100006
4. Martínez-Garduño MD, Bello PC, González EM, Rios-Becerril J, Gómez-Torres D. Climaterio relacionado al estilo de vida en mujeres de una población mexicana. Enferm Glob. 1 de octubre de 2022;21(4):418-38.
5. Camilo RVM, Escotet EMT. La masa grasa en la mujer durante el periodo climatérico. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2016;42(3):e72-e72.
6. Salgado Delgado LA. Influencia del climaterio sobre la sexualidad femenina. 9 de noviembre de 2023;11.
7. Climaterio y menopausia [Internet]. [citado 27 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es.
8. Consenso Venezolano de Menopausia - SOGV 2018 - Depósito legal pp194102CS1026 • ISSN: 0048-7732 • - Studocu [Internet]. [citado 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-central-de-venezuela/obstetricia-y-ginecologia-i/consenso-venezolano-de-menopausia-sogv-2018/71817835>
9. Hines CG, Campos NVC, Madrigal MP. Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. Rev Medica Sinerg. 1 de enero de 2023;8(1):e933-e933.
10. Matzumura Kasano JP, Crespo HFG, Mac JIW, Palomino IJA. Instrumento para la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención. Rev Fac Med Humana [Internet]. 22 de septiembre de 2020;20(4). Disponible en: <https://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol20/iss4/6>

11. Zurita Villamuza V. La Menopausia: ¿Edad crítica? An Real Acad Med Cir Valladolid. 2017;(54):115-36.
12. Obesity in adults: Etiologies and risk factors - UpToDate [Internet]. [citado 27 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/obesity-in-adults-etiological-and-risk-factors?search=Obesidad%20en%20adultos%3A%20etiolog%C3%ADas%20y%20factores%20de%20riesgo&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
13. Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en el Ecuador | RECIMUNDO [Internet]. [citado 27 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2151>
14. Pascual LN, Bravo EMI, González MJC. Manual básico de menopausia.
15. Hipertensión arterial, menopausia y compromiso cognitivo [Internet]. [citado 27 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S012056331730253X>
16. González NA, Mederos AG. La obesidad. Clasificación. Causas que la provocan. Consecuencias para la salud. Medidas para combatirla. Anatomía Digit. 4 de julio de 2019;2(3):18-33.
17. Pérez IAR, Téllez JAU, Herrera MGG, Úbeda GAF. La obesidad: una amenaza para nuestra salud. Rev Científica Estelí. 1 de octubre de 2019;(31):155-60.
18. Atienzar LIM, Espinosa AJ, Marcos LT, Marcos FM, López PJT. OBESIDAD: UNA EPIDEMIA EN LA SOCIEDAD ACTUAL. ANÁLISIS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO: MOTIVACIONAL, FARMACOLÓGICO Y QUIRÚRGICO. J Negat No Posit Results. 30 de septiembre de 2019;4(11):1112-54.
19. Ayala-Peralta FD. Estrategias de manejo durante el climaterio y menopausia. Guía práctica de atención rápida. Rev Peru Investig Materno Perinat. 8 de septiembre de 2020;9(2):34-41.
20. Galindo EE, Martínez CP, Moreno MC, Cantero PA, García C de JG, Serrano MDM. Edad de menopausia, condición nutricional y componentes del síndrome metabólico en mujeres españolas. Nutr Clínica Dietética Hosp [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 28 de agosto de 2024];40(4). Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/79>
21. Maniçoba ACBN, Leitão VMS, Moraes MBC, Serejo APM, Luz TRSA, Amaral FMM do, et al. Trifolium pratense L.: uma alternativa para o tratamento de sintomas vasotativos em mulheres pré e pós-menopausa. Res Soc Dev. 23 de septiembre de 2022;11(12):e536111234695-e536111234695.

22. Bailón-Uriza R, Ayala-Méndez JA, Celis-González C, Chávez-Brambila J, Hernández-Marín I, Maldonado-Alvarado J de D, et al. Bebidas de soja y salud femenina. Revisión de la evidencia y opinión de expertos. *Nutr Hosp.* octubre de 2023;40(5):1056-67.
23. Acuña-San Martín MA, Gallardo-González RP, Acuña-San Martín MA, Gallardo-González RP. Implante de testosterona para la mujer, evaluación de seguridad y efectividad en esta vía de administración. *Rev Chil Obstet Ginecol.* diciembre de 2021;86(6):516-20.
24. Palacios S, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Coronado P, Nappi RE. Obesity and menopause. *Gynecol Endocrinol.* 31 de diciembre de 2024;40(1):2312885.
25. Hoz FE de la. Prevalencia y severidad de los síntomas de la menopausia en mujeres mayores de 60 años. *Rev Colomb Endocrinol Diabetes Metab [Internet].* 22 de marzo de 2024 [citado 27 de agosto de 2024];11(1). Disponible en: <https://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/853>
26. Roca OAM, Rey DAR, Sol NLD, Rocha EKC. Caracterización de las mujeres durante el climaterio, atendidas en una Institución del MSP de Enero a Mayo del 2020 de la ciudad de Guayaquil. *J Am Health.* 4 de octubre de 2020;25-34.
27. Bazan Palomina ER. La menopausia como factor de riesgo para la alteración del IMC en el IPRESS Clínica Inmaculada - Red EsSalud, Sullana - 2021. *Menopaus Como Factor Riesgo Para Alteración IMC En El IPRESS Clínica Inmacul - Red EsSalud Sullana - 2021 [Internet].* Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/87785>
28. Ávila Paladines CI, Cardenas Morocho DJ, Romero Encalada ID. Climaterio y Menopausia en mujeres atendidas en el segundo nivel de atención en salud, Machala- Ecuador. *Polo Conoc Rev Científico - Prof.* 2023;8(8 (AGOSTO 2023)):2447-62.
29. Nappi RE, Chedraui P, Lambrinoudaki I, Simoncini T. Menopause: a cardiometabolic transition. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022 Jun;10(6):442-456. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00076-6. Epub 2022 May 4. PMID: 35525259.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cesa Allú Mirella Victoria**, con C.C: # **0922845268** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de obesidad en mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos femeninos en el Hospital IESS Ceibos del año 2023** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de octubre del 2024

f. _____

Nombre: **Cesa Allú Mirella Victoria**

C.C: 0922845268

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de obesidad en mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos femeninos en el Hospital IESS Ceibos del año 2023		
AUTOR(ES)	Mirella Victoria Cesa Allú		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Danny Gabriel Salazar Pousada		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de octubre del 2024	No. DE PÁGINAS:	42 de páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Endocrinología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	menopausia, climaterio, obesidad, IMC.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>Introducción: La menopausia es una etapa crítica en la vida de la mujer, caracterizada por una alta prevalencia de obesidad. Durante el síndrome climatérico, las mujeres experimentan cambios fisiológicos que pueden incluir irregularidades en el ciclo, sofocos, trastornos del sueño, alteraciones psicológicas, dolor durante las relaciones sexuales, atrofia genital, disminución del libido y aumento de peso, lo que puede llevar a la obesidad. Objetivo: Determinar la prevalencia de obesidad en mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos femeninos en el Hospital IESS Ceibos durante 2023. Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en 400 pacientes femeninas de consulta externa del Hospital IESS Ceibos durante el año 2023. Los datos se tabularon en Microsoft Excel y se realizaron cálculos estadísticos utilizando Excel y SPSS28 para generar tablas y gráficos. Resultados: El 33% de las mujeres con diagnóstico de estados menopáusicos y climatéricos presentan obesidad, lo que subraya la prevalencia de este factor de riesgo en la población estudiada es significativa, además, se observó que el sistema urogenital es el más afectado, con diagnósticos comunes como vaginitis y alteraciones urinarias. Conclusiones: Se concluye que durante la menopausia las mujeres tienden a ganar peso que puede causar riesgo cardiovascular.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991187291	E-mail: mirecesa_mirella@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-4-+593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			