



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en enfermería

Trabajo Fin de Grado

**Valoraciones y
cuidados para un
climaterio saludable.
Una revisión
bibliográfica.**

Alumno: Carmen M^a Pareja Ruiz

Director de la revisión: Manuel Linares Abad

Fecha y lugar de lectura: 10 de junio de 2015, Jaén

Sala de Juntas D2



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en enfermería

Trabajo Fin de Grado

**VALORACIONES Y CUIDADOS
PARA UN CLIMATERIO
SALUDABLE. UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA.**

Alumno: Carmen M^a Pareja Ruiz

Director de la revisión: Manuel Linares Abad

Fecha y lugar de lectura: 10 de junio de 2015, Jaén

Sala de Juntas D2

INDICE

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	6
3. Revisión	
3.1 Objetivo.....	10
3.2 Diseño.....	10
3.3 Bases de datos consultadas.....	11
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	12
3.5 Resultados de la búsqueda	13
4. Resultados y discusión.....	16
5. Conclusiones.....	40
6. Referencias.....	41

1. RESUMEN

Introducción. La menopausia es signo climatérico que todas las mujeres van a experimentar. El aumento de la esperanza de vida y los posibles efectos secundarios a largo plazo de la terapia hormonal sustitutiva, han hecho que se lleven a cabo numerosos estudios sobre la menopausia y el climaterio, así como sus posibles tratamientos alternativos no farmacológicos.

Objetivo. Conocer las diferentes escalas de valoración de la sintomatología y tratamiento climatérico, así como la sintomatología y problemas de salud de las mujeres durante esta etapa y los diferentes tratamientos y cuidados que existen hoy día para hacerle frente.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y revistas electrónicas. En la introducción hemos utilizado 11 documentos. En el resto del trabajo, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión contamos con 37 documentos, más una guía de práctica clínica.

Resultados. En relación a las escalas de valoración, la más utilizada y la más fiable según los estudios encontrados es la Menopause Rating Scale (MRS). Por otro lado, existen dos escalas para determinar la necesidad de tratamiento en las mujeres menopáusicas, que también han demostrado una alta fiabilidad y utilidad, que son la escala de empoderamiento y la de autoeficacia.

La sintomatología menopáusica es muy variada, va a depender de los factores a los que estén expuestas las mujeres: la raza, la cultura, la edad de la mujer y los estilos de vida. Estos últimos van a determinar, también, los problemas de salud que a largo plazo sufren las mujeres, estos son: la osteoporosis y los problemas cardiovasculares.

Existen estudios que demuestran la eficacia de las terapias complementarias para los síntomas y problemas de la menopausia, incluso si se combinan, los beneficios aumentan. Sin embargo, no son suficientes como para afirmar con toda seguridad que permiten hacer frente a la sintomatología y problemas de salud de las mujeres.

Conclusiones. La sintomatología y problemas de la menopausia van a estar condicionados por la visión y vivencia que tengan las mujeres y la sociedad que las rodea. Actualmente las mujeres evitan los tratamientos farmacológicos, y optan por las

terapias alternativas. Hay muchos estudios que demuestran su eficacia, pero sigue siendo necesario el diseño de más investigaciones.

Palabras clave. Menopausia, Climaterio, Enfermería, Cuidados, Escalas de Valoración y Sintomatología.

SUMMARY

Introduction. Menopause is a climacteric sign which all women will experience. The increase of life expectancy and the possible secondary effects in the long term of the hormone replacement therapy have caused that several studies about menopause and climacteric, as well as its possible alternative non-pharmacological treatments.

Objective. Learning different symptomatology measurement scales and climacteric treatments/treatment of climacteric symptoms, as well as the symptomatology and health problems of women during this period and the current different treatments and cares.

Methods. A bibliographic research has been carried out in different data bases and electronic journals. For the background, we have used eleven documents. In the rest of the work, after applying the criteria of inclusion and exclusion we have a total of 37 documents plus a clinical practice guideline

Results: Concerning the rating scales, the Menopause Rating Scale (MRS) is the most used, translated and reliable, according to the studies, and all authors agreed with that. However, there are two other scales to determine the need for treatment in menopausal women which has also proved a high reliability and utility: self-efficacy (SES) and empowerment for self-care (ES).

Regarding symptomatology, a huge number of symptoms that may be present in women, they depend on the determining factors: race, culture, women's age and their lifestyles. They will cause health problems, which suffer women in a long-term: Osteoporosis and heart diseases.

Some studies have reported the **efficacy***of **alternative medicine** to symptoms and menopausal problems, and the advantages increase if they are combined between them.

Nevertheless, there are not enough studies to assure that they fight the symptoms and health problems of women.

Conclusions: Symptomatology and problems of menopause are going to be conditioned by the view and experience of women and the society they live in. Nowadays, women avoid pharmacologic treatments and prefer alternative medicine. Some studies have reported their efficacy, but more researches are still necessary.

Keywords. Menopause, Climacteric, Nursing, Cares, Rating Scales and symptomatology.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Antecedentes

A lo largo de la historia la menopausia ha sido concebida de diversas formas. Durante el siglo XIX ésta era considerada una enfermedad y un signo de decadencia. Sin embargo, con el paso del tiempo esta concepción ha ido evolucionando hasta ser vista como una liberación que pone fin al periodo fértil de la mujer. Actualmente, muchas mujeres aceptan e interiorizan la menopausia como un alivio, unos sentimientos neutros o como una etapa de cambios positivos¹.

La madurez y el envejecimiento están determinados por las diferentes etapas del desarrollo por las que pasa la mujer durante su vida; comenzando por la niñez, pasando por la juventud, la edad adulta, el climaterio y la senectud. Por lo que podemos comprobar que el proceso de envejecimiento se produce de forma gradual y que va a depender de diferentes factores (genéticos, ambientales y culturales). El envejecimiento se encuentra en la cumbre del desarrollo humano, y en el caso de la mujer va antecedido por el climaterio, durante el cual tiene lugar un acontecimiento muy importante en la vida de la mujer: la menopausia².

2.2 Definición, fases y características

La menopausia es un acontecimiento biológico que ocurre en todas las mujeres, y que debemos saber diferenciar del climaterio³.

El *climaterio* según la OMS (Organización Mundial de la Salud) “*es una etapa natural en la vida de la mujer y no debe ser entendido como un proceso patológico*”⁴. Su inicio se identifica cuando la mujer comienza a sentir trastornos neuroendocrinos, los cuales supondrán la desaparición de la capacidad reproductiva⁵.

Este proceso se puede dividir en tres fases: la primera de ellas se denomina *premenopausia*. Por lo general comienza después de los 40 años, es entonces cuando la fertilidad comienza a disminuir, pero los ciclos menstruales siguen siendo normales o como lo había sido durante toda la vida reproductiva. A continuación, aparece la *perimenopausia*, va desde los dos años anteriores a la última menstruación hasta un año después de esta; durante este periodo comienzan a aparecer los ciclos menstruales irregulares y los cambios endocrinos. Y por último, la *post-menopausia* que se inicia un año después de la última menstruación⁴.

La OMS también establece una definición de *menopausia*, y ésta es: “*cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas que la justifiquen*”.

En el siglo pasado la menopausia se producía en las mujeres en torno a los 40 años de edad, y su esperanza de vida se alargaba hasta unos 6 años más. Entonces la menopausia era entendida como el cese de la menstruación durante un año. Actualmente, la esperanza de vida alcanza los 84,56 años en España en las mujeres y la edad a la que aparece la menopausia es de 50,1 años de media⁶ (se considera normal entre los 40 y 55 años)⁷.

A pesar de que la media de aparición de la menopausia se sitúa entre los 40-55 años, ésta puede surgir antes de los 40 años. Entonces estaríamos hablando de *menopausia precoz o Falla Ovárica Prematura (FOP)*. La edad para considerar anormal la aparición de la menopausia, está establecida en los 40 años de forma arbitraria, es a la edad de 43 años el límite inferior más adecuado para el cese natural de la menstruación. Las causas de FOP pueden ser diversas:

- **Foliculares.** A los cinco meses de la edad fetal contamos con la máxima cantidad de folículos (7.000.000). Esta cantidad se va reduciendo durante el paso de la vida, hasta llegar a 1000 en el momento de la menopausia. Más del 99% del *pool* inicial sufrirá atresia o apoptosis. FOP puede verse provocada por una disminución del *pool* inicial como consecuencia de una atresia folicular acelerada o por una maduración folicular interrumpida.

- Genéticas. Puede estar relacionada con factores genéticos, y además puede tener una causa multigénica producida por mutaciones o polimorfismos en genes que actúan en la etapa embriológica.
- Iatrogénicas. Pueden deberse a tratamientos médicos, farmacológicos o no. La quimioterapia, por ejemplo, genera un daño citotóxico irreversible en los ovarios, lo cual provoca la incapacidad para la regeneración de las células germinales.
- Autoinmunes. Entre el 15-30% de los casos de FOP se deben a la falta de reconocimiento del propio sistema inmunológico. Durante la fase inicial folicular aparecen anticuerpos que actúan contra con los ovarios⁸.

La ovulación es el periodo que tiene lugar durante la etapa reproductiva o fértil. Este periodo está controlado por hormonas que se producen en el hipotálamo y la hipófisis, además de en el ovario. Cuando ocurre la menopausia la cantidad de óvulos se agota y los ovarios dejan de responder a los estímulos del eje hipotálamo-hipófisis, y esto provoca:

- La disminución de la producción de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona)
- La ovulación se va interrumpiendo gradualmente, hasta su cese definitivo⁹.

Esta ausencia de estabilidad hormonal provoca una serie de cambios fisiológicos, que son:

- Cambios genitourinarios. Se reduce el tamaño de la vagina, y con esto sus paredes pierden la elasticidad; las secreciones vaginales son acuosas y en pequeña cantidad, se atrofia el epitelio vesical y disminuye el tejido genital externo (atrofia de los labios) y se reduce el tamaño de las mamas.
- Cambios cutáneos. Al disminuir la cantidad de estrógenos, también se reduce el grosor de la piel y su contenido en colágeno, puesto que existe una relación proporcional entre ellos.
- Cambios cardiovasculares. La mujer con menopausia al contar con unos niveles de estrógenos menores, va a tener más riesgo de padecer una enfermedad coronaria, lo cual puede favorecer la formación de las placas de ateroma y la aterosclerosis.

- Cambios en el sistema osteoarticular. Como consecuencia de una pérdida de masa ósea y de una alteración de la estructura interna del hueso, se produce un aumento de la probabilidad de padecer osteoporosis.
- Cambios psíquicos. Se producen una gran variedad de problemas relacionados con esto cambios: trastornos del sueño, ansiedad, disminución de la capacidad de concentración, pérdida de memoria, irritabilidad, cambios de humor, tristeza, e incluso depresión leve.

Los signos y síntomas que componen la fisiología del climaterio, forman el *síndrome climatérico*, caracterizado por síntomas vasomotores, alteraciones psíquicas, problemas cardiovasculares, osteoarticulares, etc⁷.

2.3 Justificación

En España la población femenina mayor de 40 años, y por tanto próxima a experimentar la menopausia, es de 12 millones, y la esperanza de vida como mencioné anteriormente alcanza los 84 años en las mujeres¹⁰. Esto quiere decir que la etapa del climaterio va a suponer un tercio de la vida de la mujer, por lo que es de vital importancia tratar a estas mujeres desde el principio, para conocer sus percepciones acerca de la vida, sus conocimientos sobre esta etapa y sobre su cuerpo con el fin de establecer sus necesidades de salud para satisfacerlas⁴.

Existen diversos puntos de vista sobre la menopausia, dependiendo de los grupos étnicos, de los valores de la sociedad que las rodea y de las variables psicológicas, biológicas y culturales. En los países desarrollados, los cuales se orientan hacia la juventud eterna, la menopausia es entendida como la entrada a la vejez, la pérdida de categoría y la pérdida de la sexualidad¹⁰. Esto provoca en las mujeres temor, desaliento, confusión, rechazo y ansiedad hacia esta etapa del ciclo vital, generalmente provocado por la falta de información. Por ello la enfermería debe proporcionar las pautas necesarias para que las mujeres puedan superar esta etapa satisfaciendo sus necesidades bio-psico-sociales de la mejor manera posible, provocando el menor deterioro posible en su calidad de vida⁷. Esta calidad de vida viene definida según la OMS como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”⁶.

En el sistema sanitario de los países de occidente, la menopausia se concibe como una enfermedad y por lo tanto va a ser tratada, en nuestro país, con medicamentos, y la mayor parte de las consultas de estas mujeres, serán sobre síntomas físicos, dejando a un lado los problemas sociales y psicológicos. Pero poco a poco la promoción y la prevención se van abriendo hueco, donde la enfermera tiene un papel bastante importante promoviendo estilos de vida saludables con actividades y programas de educación para la salud¹⁰. Llevar una vida sana, junto con unos factores culturales y medioambientales saludables, hacen que la mujer tenga una menor probabilidad de padecer todos los signos, síntomas y enfermedades que se derivan de la menopausia (osteoporosis, cáncer, etc.), como se puede comprobar en las mujeres japonesas, que son las más sanas del mundo¹¹.

3. REVISIÓN

3.1 Objetivos

Al realizar esta revisión bibliográfica y teniendo en cuenta la introducción y justificación que hemos hecho de este tema, nuestros objetivos son:

General:

Profundizar sobre los cuidados para la menopausia.

Específicos:

Conocer las escalas diseñadas para valorar los síntomas de la menopausia y la necesidad de tratamiento.

Explorar los principales síntomas asociados a la menopausia, y los problemas de salud.

Describir los tratamientos y cuidados enfermeros para las mujeres menopáusicas.

3.2 Diseño

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa con el fin de satisfacer los objetivos establecidos. Estas revisiones son útiles para describir y discutir el desarrollo de un determinado tema. Se quiere conseguir con ellas un análisis del conocimiento del momento, además de una educación continua que permita al lector, adquirir y actualizar el conocimiento sobre un tema específico en un breve espacio de tiempo.

La búsqueda se ha realizado desde noviembre de 2014 hasta febrero de 2015.

3.3 Bases de datos consultadas

- Cuiden

Es una base de datos bibliográfica de la fundación INDEX que incluye una producción científica sobre los cuidados de salud en el espacio científico iberoamericano, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como de promoción de la salud. Está formado por un comité de expertos que evalúan los artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos que componen esta base de datos. Cuiden tiene varias opciones para restringir la búsqueda a documentos en texto completo y para establecer el periodo de tiempo que queramos establecer.

- Scielo

Es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas y literatura publicada en España, Latinoamérica y Portugal. Destaca por su gran cantidad de artículos en pdf que pueden ser obtenidos de forma totalmente gratuita. Es el producto de la cooperación entre FAPESP (Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo), BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud), así como instituciones nacionales e internacionales relacionadas con la comunicación científica y editores científicos.

- La Biblioteca Cochrane Plus

Esta biblioteca está formada por revisiones traducidas al español, de revisiones originales en inglés. Se puede consultar todos los documentos de manera totalmente gratuita, gracias a la suscripción del Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad.

- Centro Cochrane Iberoamericano

Constituye uno de los 14 centros internacionales de la colaboración Cochrane. Incluye a España, Portugal, Andorra y todos los países hispanos parlantes.

- **IBECS**

El Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) es una base de datos que contiene publicaciones sobre diversas ramas, entre las que podemos destacar (por interés propio) enfermería y medicina, entre otras. Los operadores booleanos deben introducirse en español. Proporciona resultados de publicaciones tanto en español como en portugués.

- **LILACS**

LILACS (Literatura latino-americana y del Caribe en ciencias de la salud) es una base de datos cooperativa del Sistema BIREME. Comprende la literatura relativa a las Ciencias da Salud. La página de búsqueda es la misma que IBECS pero proporciona resultados diferentes, y en mayor cantidad. Al igual que la anterior los operadores booleanos deben introducirse en español y los artículos son tanto en español como en portugués.

- **CINAHL**

CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) contiene numerosa información relevante en el campo de la enfermería, biomedicina, cuidados de la salud y otras áreas. Se obtienen documentos en inglés y por ello las cadenas de búsqueda y sus operadores deben introducirse en este idioma.

- **PUBMED**

PubMed comprende más de 24 millones de citas de la literatura biomédica de MEDLINE, revistas de ciencias de la vida, y los libros en línea. PubMed es un recurso gratuito que es desarrollado y mantenido por el Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI), en la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM), que se encuentra en los Institutos Nacionales de Salud (NIH). Los artículos obtenidos de esta base de datos son en inglés, y por ello las cadenas de búsqueda y sus operadores deben introducirse en este idioma. Pubmed es una base de datos donde se pueden buscar fácilmente, a la que le

puedes establecer diferentes criterios de selección como el texto completo, texto completo gratuito, el periodo de tiempo, los tipos de estudios, etc.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Hemos establecido una serie de pautas con el fin de realizar una búsqueda exhaustiva seleccionando los artículos de mayor relevancia, más actuales y que más se adecúan a los objetivos perseguidos, para elaborar una revisión útil y de calidad.

- Criterios de inclusión
 - Artículos a texto completo gratuito
 - Artículos que cumplan nuestros objetivos
 - Publicaciones del año 2004 en adelante
 - Todos aquellos artículos, revisiones o guías de práctica clínica en los que se trate el climaterio y la menopausia en mujeres mayores de 40.
 - Estudios con seres humanos
 - Artículos que contaran con discusión y conclusiones
 - Artículos en español e inglés
- Criterios de exclusión
 - Publicaciones anteriores al año 2004
 - Artículos a los que no pudiéramos acceder al texto completo de forma gratuita
 - Documentos que hablasen de la menopausia precoz (antes de los 40 años de edad)
 - Artículos que no se cubriesen o no se ajustasen a los objetivos que perseguimos
 - Artículos en idioma diferente al español o inglés

3.5 Resultados de la búsqueda

Hemos llevado a cabo la búsqueda bibliográfica a través de la biblioteca virtual de la Universidad de Jaén mediante bases de datos en internet y revistas electrónicas, a las cuales está suscrita la universidad y podemos acceder de forma gratuita. La selección de los documentos la hemos llevado a cabo teniendo en cuenta los criterios anteriormente descritos. Hemos elegido las publicaciones a partir del año 2004, con el fin de obtener una información más actualizada y novedosa, además de que ha sido en estos últimos años cuando la enfermería ha tomado un papel bastante importante en la

atención global de la menopausia. Han sido seleccionados artículos originales que constan de conclusiones y discusiones, además de una guía de práctica clínica.

La selección de los artículos ha sido más o menos equitativa, con esto quiero decir que se han seleccionado la misma cantidad, en general, de documentos en todas las bases de datos consultadas, destacando la gran cantidad de documentos a texto completo gratuito de los que dispone PUBMED. También debemos destacar la gran utilidad de GOOGLE ACADEMICO, no lo hemos empleado para una búsqueda como en las demás bases de datos, pero si ha servido para encontrar aquellos documentos que por su título o resumen parecían adecuarse a los objetivos de este trabajo, y que en los demás buscadores no los encontrábamos a texto completo de forma gratuita.

La búsqueda que hemos realizado es simple, con cadenas de términos y operadores lógicos. Utilizando el operador boleano y/and únicamente, puesto que si empleaba el o/or la cantidad de documentos disponibles era demasiado elevada. Un ejemplo de cadena de búsqueda podría ser: síntomas y menopausia y prevalencia- calidad de vida y escala y menopausia. En la tabla 1, mostramos con detalle los términos en inglés y español utilizados en las cadenas de búsqueda.

Una vez se introdujeron las cadenas de búsqueda en las bases de datos realizamos una selección en función del título o resumen de los artículos. A continuación, se empleaban los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente, con el fin de seguir con la determinación de los documentos elegidos. Y por último, se prosiguió con una lectura más profunda de los artículos.

Tabla 1. Bases de datos, cadenas usadas, artículos encontrados y seleccionados.

BASES DE DATOS Cadenas Búsqueda	CUIDEN	SCIELO	COCHRANE PLUS	IBECS	CINAHL	LYLACS	PUBMED	CENTRO COCHRANE IBERO-AMERICANO
Escala y síntomas y menopausia Scale and symptoms and menopause	4 TCG: 2 R: 4 S: 2	7 TCG:7 R: 7 S: 2	0	7 R:7 S:1	32 R: 32 S:8	273 R: 56 S: 5	2032 TCG: 412 R: 62 S: 9	---
Síntomas y menopausia Symptoms and menopause	40 TCG: 16 R: 16 S: 2	62 TCG:62 R: 62 S: 10	11 TCG: 2 R:2 S:2	56 R: 40	---	---	---	---
Síntomas y menopausia y prevalencia Symptoms and menopause and	4 TCG: 1 R: 4	6 R: 6	0	0	---	---	---	---

prevalence								
Escalas valoración y menopausia Rating scale and menopause	2 TCG: 1 R: 2	0	0	8 R: 8 S:1	13 R: 13	---	398 TCG: 72 R: 49 S: 7	---
Riesgos de salud y menopausia Health risks and menopause	5 TCG:3 R: 3	4 TCG: 4 R: 4	4 R: 4	4 R: 4	7 R: 7	15 R: 15 S:1	---	---
Escala MENCAV MENCAV scale	1 TCG:0	0	0	1 R: 1 S:1	0	0	2 TCG:2 R: 2 S:2	---
Valoración y menopausia Assessment and menopause	13 TCG:1 R: 8	6 R: 6	0	0	85 R: 60 S:8	17 TCG:11 R: 11 S: 2	---	---
Tratamiento y menopausia Treatment and menopause	9 TCG:2 R: 4	53 TCG: 53 R: 53 S:2	18 R: 18	176 TCG:16 R: 16 S:6	207 R: 65 S:14	---	---	---
Cuidados y menopausia Cares and menopause	38 TCG: 18 R: 18 S:6	3 R: 3	2 R: 2	0	150 R: 80 S:4	---	---	---
Calidad de vida and/y menopausia Quality of life and menopause	44 TCG:17 R: 17 S: 6	41 TCG: 41 R: 41 S: 1	6 R:6	47 TCG:5 R: 5 S: 5	75 R: 50 S:3	---	---	---
Sofocos y menopausia Hot flashes and menopause	8 TCG: 0	10 R:10	4 R: 4	29 R: 29 TCG:1	6 R: 6	---	---	---
Depresión y menopausia Depression and menopause	10 TCG:3 R: 3	17 R: 12	1 R: 1	25 TCG:4 R: 4	72 R: 34	---	---	---
Osteoporosis y menopausia Osteoporosis and menopause	33 TCG:8 R: 8	25 R: 20	4 R: 4	85 TCG:7 R: 7 S:1	119 R: 70	---	---	---
Disfunción sexual y menopausia Sexual dysfunction and menopause	3 TCG:2 R: 3	4 R:4	0	6 TCG:0 S:1	19 R: 19	---	---	---
Salud mental y menopausia Mental health and menopause	28 TCG:13 R: 13	6 R:6	0	5 TCG:1 R: 1	25 R: 25	---	---	---
Ansiedad y menopausia Anxiety and menopause	9 TCG:4 R: 5	13 R: 13	1 R: 1	11 TCG:1 R:1	37 R: 37	---	---	---
Terapias alternativas y menopausia	4 TCG:1	2 R: 2	0	2 TCG:0	---	---	---	---

Alternatives therapies and menopause	R: 1			R: 2				
Enfermería y menopausia Nursing and menopause	---	1 R: 1	0	3 TCG:0 R: 3	31 R: 31	---	---	---
Síntomas y signos y menopausia	---	---	---	---	---	29 TCG: 13 R: 13 S:3	---	---
Problemas de salud y menopausia	---	---	---	---	---	20 TCG:13 R: 13 S:2	---	---
Calidad vida y escala y menopausia	---	---	---	---	---	12 TCG:10 R:10 S:1	---	---
Escala cervantes Cervantes scale	---	---	---	1 TCG:1 R:1 S:1	---	0	66 TCG: 12 R:12 S: 1	---
Guide and menopause	---	---	---	---	---	---	---	1 TCG:1 R:1 S: 1

Elaboración propia

TCG: Texto Completo Gratuito

R: Revisados

S: Seleccionados

Debemos diferenciar los documentos seleccionados para la introducción, a los cuales no se les puso ningún criterio, y aquellos que vamos a emplear para el desarrollo de los resultados. Usamos 11 documentos para la elaboración de la introducción. En un primer momento, contábamos con 120 documentos. Tras aplicar los criterios de selección se redujeron a 67. Estos se leyeron en profundidad y al aplicar el criterio de contener discusión y conclusiones el total de artículos se redujo a 37, más la guía de práctica clínica.

4. RESULTADOS y DISCUSIÓN

En este apartado vamos a desarrollar toda la información que consideramos relevante a través de los documentos seleccionados. Para ello hemos ido recopilando artículos en función de los objetivos que previamente hemos establecido. El primero de ellos va a constituir información acerca de las escalas diseñadas para determinar la sintomatología característica de la menopausia, así como la necesidad de tratamiento. A continuación,

se establecerá la sintomatología, profundizando en su etiología y la prevalencia de las mujeres que se ven afectadas. Y por último, abordaremos los cuidados que se le pueden prestar a estas mujeres durante este periodo.

Durante el climaterio, se producen multitud de cambios, que se manifiestan con bastantes síntomas y problemas de salud. Es una etapa muy compleja, que influye notoriamente en el estado de salud de las mujeres, por ello resulta necesario desarrollar o emplear escalas que valoren esa sintomatología y los posibles problemas de salud¹², así como la calidad de vida, puesto que permite valorar las intervenciones terapéuticas, además de los posibles efectos adversos a corto y largo plazo que pueden sufrir estas mujeres. Se ha demostrado que aquellas mujeres que reciben una mejor atención, en el momento en el que comienza el proceso del climaterio, con un equipo de profesionales que resuelven sus dudas e informan de todo aquello que las mujeres solicitan, se sienten más seguras y apoyadas, con lo que la calidad de vida que perciben es mayor¹³.

Escalas diseñadas para medir los síntomas de la menopausia y la necesidad de tratamiento.

- Escalas de medición de la sintomatología climatérica

Hasta ahora se diseñaban herramientas para evaluar los diferentes cambios que se producían en las mujeres menopáusicas en relación a la calidad de vida. Tenían como objetivo principal el análisis del efecto de los tratamientos hormonales¹⁴.

Con el paso del tiempo la visión y tratamiento de estas mujeres ha cambiado, por lo que se necesitan instrumentos para medir la calidad de vida y la sintomatología característica en estas mujeres.

Prueba de Kupperman (PK)

Esta prueba fue pionera en Nueva York, fue diseñada en 1952, y desde entonces ha sido empleada en la cuantificación de los síntomas climatéricos. Desde entonces es también utilizada en diferentes ensayos clínicos para estimar la eficacia de los tratamientos hormonales y para comparar entre distintos estudios.

Se encarga de valorar 11 síntomas, en una escala que va desde 0, el cual indica que no existe sintomatología, hasta 3, que identifica una clínica severa. Se establecen unos valores determinados para cuantificar la gravedad de la sintomatología, los cuales son: leve (entre 15 y 20), moderada (de 20 a 35) y grave (cuando supera los 35).

En un estudio de Mascort et al. (2008) se evalúa la validez y fiabilidad de la PK. La muestra la constituyen mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 60 años de edad, en estado menopáusico o amenorrea de 6-12 meses. A pesar de llevar 5 décadas usándose, se ha descubierto que esta prueba tiene importantes limitaciones, se demuestra que la calidad de vida de las mujeres se mide de forma indirecta con esta prueba. Además otras limitaciones podrían ser: **primero**, que no tiene en cuenta dos síntomas bastante frecuentes en la mujer climatérica como son la sequedad vaginal y la pérdida de la libido, es decir, los síntomas sexuales, y en **segundo** lugar, en consecuencia de lo citado anteriormente, que la sexualidad no se concibe como un problema que debe ser tratado¹⁵.

La Guía de Práctica Clínica de la menopausia, también corrobora la poca validez de este cuestionario. Defiende su postura ya que establece términos mal definidos, un conjunto de aspectos los valora de forma conjunta y no evalúa algunos síntomas, como son la sequedad vaginal y la dispareunia¹.

Tanto en el estudio de Mascort et al. (2008) como el llevado a cabo en la guía de práctica clínica, se defiende la poca fiabilidad de esta escala.

Escala MENCAV

Esta escala ha sido diseñada debido a que no existía ningún instrumento validado en español. Buendía et al. estuvieron trabajando en ello desde 2004, y sirve para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Está constituida por 5 aspectos: la salud física, la salud mental, la relación de pareja, el apoyo social y las relaciones sexuales. Estas cinco dimensiones a su vez están formadas por un conjunto de 37 ítems, algunos de estos son la edad de la menopausia, el hábito de fumar, estado civil, situación laboral, etc. Este instrumento valora cada aspecto a través de una escala Likert, donde se ofrecen cinco opciones de respuesta, 1 indica lo mejor y 5 lo peor.

En un estudio realizado por Buendía J et al. se evaluó la eficacia de esta escala. La muestra está formada por mujeres entre los 40 y 60 años (una media de 49,43 años). Tras analizar las encuestas que pasaron a las mujeres, destaca que las preguntas que no fueron contestadas por las encuestadas, son en su gran mayoría aquellas que están relacionadas con las relaciones sexuales. Este estudio se llevó a cabo en dos fases, y estableció que gracias a sus propiedades psicométricas obtenidas en ambas fases, además de su sencillez y lenguaje, se puede concluir que este instrumento es útil para la evaluación de las mujeres menopáusicas¹⁶.

Escala cervantes

La escala Cervantes es un instrumento que se diseñó para evaluar la calidad de vida y los síntomas de las mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio¹⁷.

Según un estudio transversal de 2010 realizado por Palacios et al. se llevo a cabo la validación de la Escala Cervantes, original en castellano para la mujer climatérica en España. Se utilizó una muestra de 2.274 mujeres españolas, y se dividieron en dos grupos según su edad y el nivel de estudios.

Se concluyo a partir de este estudio, que la escala constaría de 31 preguntas, divididas en las diferentes dimensiones que tratan:

- Menopausia y salud (vasomotora, salud y envejecimiento). 15 preguntas
- Sexualidad. 4 preguntas
- Relación de pareja. 3 preguntas
- Dominio psíquico. 9 preguntas

Es un instrumento de fácil aplicación (unos 7 minutos aproximadamente). Cada ítem recibe una puntuación que va desde 0 (no hay problemas) a 5 (peor puntuación). Está constituido por una puntuación total, donde la más baja sería 0, e indicaría la ausencia total de problemas, y la máxima 155, que es la peor puntuación. Se puede decir que la Escala Cervantes es un instrumento útil para valorar la calidad de vida de las mujeres menopáusicas relacionada con la salud y la sintomatología¹⁴.

En otro estudio que se llevo a cabo en 2012 por Lima et al. se tradujo esta herramienta del portugués al castellano, para valorar su eficacia e intentar la adaptación cultural. Se llevo a cabo en dos etapas, en la primera de ella se realizó la traducción y la adaptación cultural, y en la segunda se valido utilizando sus propiedad psicométricas (la consistencia interna, la fiabilidad y la validez). El estudio cuenta con una muestra de 179 mujeres entre 45 y 64 años. La duración para completar el cuestionario era similar a la del instrumento original (en español), de 6 a 8 minutos. Se puede deducir que la Escala Cervantes traducida al portugués de Brasil puede ser utilizada para evaluar la calidad de vida de las mujeres climatéricas en Brasil¹⁷.

Ambos estudios demuestran la eficacia de esta herramienta para evaluar la calidad de vida de las mujeres menopáusicas.

Menopause Rating Scale (MRS)

Debido a las diferentes formas de vivir el proceso del climaterio por las mujeres de distintas partes del mundo, con impactos culturales y étnicos, resulta imprescindible que los profesionales de la salud tengan herramientas adecuadas para valorar y planificar los servicios de salud.

La MRS es una escala de salud que fue creada en Alemania, por el centro de Berlín de Epidemiología e Investigación de la Salud, a principios de 1990. Fue diseñada con el fin de evaluar la severidad de los síntomas de envejecimiento y su impacto en la calidad de vida de las mujeres climatéricas¹⁸. Es utilizada también como herramienta de detección para identificar a aquellas mujeres que precisan una derivación a un nivel más alto como consecuencia de los síntomas menopáusicos severos¹⁹. Esta escala ha sido traducida a infinidad de idiomas (un total de 25), por lo que ha sido utilizada en multitud de países alrededor del mundo¹³. La primera traducción fue del alemán al inglés, y a partir de este último se tradujo en los demás idiomas (francés, español, sueco, portugués, turco, etc.)²⁰.

Este instrumento está formado por 11 síntomas divididos en 3 dominios:

1. Somático. Bochornos, sudoración excesiva, molestias cardiacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (ítems 1, 2, 3,4).
2. Psicológico. Estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (ítems 5,6,7,8 respectivamente)
3. Urogenital. Problemas sexuales, de vejiga, y sequedad vaginal (ítems 9, 10,11 respectivamente).

Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida. Cada síntoma se puntúa de la siguiente manera según la gravedad: ninguna queja: 0, leve: 1, moderada: 2, severo: 3, muy severo: 4. Establece unos límites para cada aspecto valorado, a partir de los cuales se define como compromiso severo. En el dominio somático el valor debe superar el 8, en el psicológico por encima de 6 y el urogenital superior a 3^{14,20,21}. Si la suma total de los síntomas supera el valor de 16, la mujer climatérica debe ser derivada a una consulta de ginecología.

Según el estudio realizado en 2011 por Chunil et al. con una muestra de 1179 mujeres entre 40 y 65 años de edad, se necesitan más estudios que evalúen la validez de la MRS como instrumento de cribado¹⁹.

Otro estudio llevado a cabo por Metintas et al. (2010), concluye que la MRS es una herramienta útil para identificar y valorar los síntomas graves en la menopausia. En

mujeres entre los 45 y 65 años de edad se obtuvo un coeficiente de correlación de 0,82, lo que nos indica la validez de esta escala¹⁸.

En un estudio realizado en 2011 por Gutiérrez se puede observar la consistencia interna en diferentes países del mundo. Donde la confiabilidad más baja se encuentra en Argentina (0,83) y la más alta en México (0,87), teniendo una media de (0,83). Lo cual nos quiere decir que esta escala es bastante útil y adecuada¹⁴.

Metintas et al. (2010) y Gutiérrez (2011) coinciden en la eficacia de esta escala para tratar e identificar los síntomas de la menopausia. Por el contrario en un estudio realizado por Chunil et al. (2011) defienden la necesidad de llevar a cabo más estudios para determinar la fiabilidad de esta escala.

Menopause Quality Of Life (MQOL) y Woman Health Questioner (WHQ)

Ambas escalas miden la calidad de vida de las mujeres menopáusicas. Ambos instrumentos cuentan con propiedades psicométricas, probadas en más de 1000 mujeres menopáusicas, que muestran una alta fiabilidad. Además, pueden diferenciar entre las mujeres que se encuentran en la pre, peri y posmenopausia.

MQOL

Esta herramienta, relativamente nueva, se basa en el análisis de las experiencias subjetivas de cada mujer sobre la menopausia, es decir, el análisis del impacto de los síntomas sobre estas mujeres, y no de los síntomas en sí.

El MQOL evalúa siete dimensiones, con un total de 48 ítems: sueño, energía, cognición, síntomas de impacto, los sentimientos, la interacción social y el apetito. Se valora dando una puntuación a cada ítem para hacerlo más fácil, estos valores van desde 1, que indica que nunca soy así, hasta 4, siempre soy así. El rango de puntuación va desde 48 hasta 192, al contrario que los demás cuestionarios analizados, una mayor puntuación indica una mejor calidad de vida.

Diferentes estudios han valorado la consistencia y validez de esta herramienta, y han acordado, según los datos obtenidos, que es una medida válida para la calidad de vida de las mujeres durante el periodo del climaterio²².

WHQ

Fue diseñado para valorar los síntomas físicos y emocionales de las mujeres menopáusicas, y también el bienestar de estas durante la transición a la menopausia.

Evalúa 9 dimensiones de la calidad de vida de la menopausia: estado de ánimo depresivo, síntomas somáticos y vasomotores, ansiedad/temor, comportamientos sexuales, problemas de sueño, síntomas menstruales, memoria/concentración y el atractivo. Las dimensiones que se evalúan con este cuestionario van a variar dependiendo del país donde estemos, así en Noruega se excluyen los elementos relacionados con la sexualidad y analiza un total de 5 dimensiones; en Italia, se analizan 10 factores, pero sin darles nombre. Se valora dándole una puntuación a cada ítem que forma las diferentes dimensiones. Empieza con un valor de 0, que indica que no en todos, hasta un 4, que indica extremadamente. Dependiendo del cuestionario utilizado se podrá obtener una puntuación mayor o menor. Eso sí, cuanto mayor sea la puntuación obtenida mayor será la severidad de los síntomas, y viceversa.

Por este motivo, la validez de este cuestionario va a depender del país que se analice. Se ha concluido que es una medida válida para la calidad de vida de las mujeres menopáusicas²².

- Escalas para determinar los planes de cuidados

Para comenzar vamos a definir dos términos necesarios para el desarrollo de este apartado. “La **autoeficacia** es la percepción de una persona acerca de su capacidad y habilidad para controlar su conducta y su entorno, con el fin de alcanzar una meta o un resultado”¹². Esta es el principal componente del enfoque de empoderamiento.

“El **empoderamiento** es el proceso social a través del cual se construye la capacidad de la personas sana o enferma para convertirse en socios activos del cuidados de su salud”¹². En relación al climaterio, el empoderamiento quiere decir la capacitación de las mujeres con conocimientos acerca de los problemas de salud más frecuentes, así como los factores de riesgo y los beneficios del autocuidado.

Con el fin de establecer unos planes de cuidados adaptados a las necesidades de cada mujer durante el periodo del climaterio, los profesionales de la salud deben evaluar la autoeficacia y el empoderamiento que tiene cada mujer, y por ello es imprescindible contar con escalas que los ayuden a determinar estos dos factores.

La escala de autoeficacia consta de 21 ítems, divididos en cuatro dimensiones: toma de decisiones, movilización de recursos, control sobre su salud y promoción de conductas saludables. Estos 21 ítems son valorados uno a uno por las mujeres, y los valores que se le da a cada uno va desde 1 (“no puedo hacerlo”) a 9 (“estoy completamente segura de que puedo hacerlo”). Los dos extremos de puntuación que se pueden conseguir son 21

como mínimo, y 189, como máximo. En el estudio llevado a cabo por Doubova et al. (2013) se analiza la validez de esta herramienta, obteniendo una consistencia interna de 0,84, por lo que puede ser empleada para mejorar el autocuidado en el climaterio.

Por otro lado, la escala de empoderamiento está formada por 8 ítems, cada uno de los cuales va a ser valorado con una puntuación de la escala likert, donde 1 quiere decir el menor empoderamiento y 5 el mayor. El mismo estudio que el anterior evaluó también la validez de esta escala, donde tenía un coeficiente de confiabilidad del 0,83, por lo que podemos suponer que esta herramienta puede cumplir su objetivo¹².

Principales síntomas asociados a la menopausia, y problemas de salud

El climaterio es el periodo durante el cual se inicia la declinación gonadal, hasta terminar en la menopausia. Esta deficiencia hormonal, está producida durante la premenopausia y la perimenopausia por la disminución de la inhibina, aunque aún se conservan niveles de estradiol sérico normales. A continuación, le sigue un fallo en la producción de progesterona, lo cual provoca un hiperestrogenismo que va acompañado de una serie de síntomas. Posteriormente, aparecen los síntomas característicos de este periodo, como consecuencia de la disminución estrogénica. Este periodo finaliza con la carencia total de estrógenos, con un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH) y mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular y osteoporosis. Hay que tener en cuenta que la menopausia aparece en un momento en el que la mujer está pasando por una serie de cambios sociales y familiares importantes (pérdida de la juventud, cuidado de nietos, personas mayores, problemas sexuales, etc.), lo cual puede provocar una visión negativa hacia la menopausia²³. La sociedad debe entender la menopausia como una pausa para reflexionar sobre el quehacer como mujeres, profesionales o madres, durante la cual pueden aparecer dificultades, pero que deben ser superadas, además puede ser una etapa de apertura y oportunidades¹³.

En un estudio realizado por Yabur (2006) demuestra, que tras la menopausia la mayoría de los problemas que se producen en las mujeres menopáusicas, son debidos a enfermedades degenerativas y del colágeno. Los cuadros articulares pueden dar manifestaciones similares a la artritis. Por otro lado, pueden aparecer mialgias como consecuencia de la pérdida de elasticidad muscular y a largo plazo, son el esqueleto, el aparato cardiovascular y el cerebro los que se ven alterados por esta deficiencia, desarrollando enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y la enfermedad de Alzheimer¹³.

Figura 1. Sintomatología premenopáusica



Tomado de Yabur J. (2006)

Tabla 2. Sintomatología característica de la peri y posmenopausia

A corto plazo	A medio plazo	A largo plazo
Aumento de peso	Atrofia cutáneo mucosa	Riesgo cardiovascular
Síntomas psíquicos	Atrofia genito-urinaria	Osteoporosis
Síntomas vasomotores	Síntomas psíquicos	Trastornos metabólicos
• Sofocos	• Nerviosismo	• Atrofia cutánea
• Sudoración	• Ansiedad, depresión	• Atrofia genital
• Vértigos	• Irritabilidad	• Sequedad de mucosas
• Parestesias	• Insomnio	• Artropatías
• Cefaleas	• Disminución de la memoria, falta de atención	• Mialgias
• Palpitaciones	• Disminución de la libido	• Neuralgias

Tomado de Yabur J (2006)

Existen una serie de factores de riesgo, de los que va a depender la vivencia que presente la mujer de este periodo. Podemos diferenciar entre:

- La edad de la mujer. Casi la mitad de las mujeres que tienen 50 o más años, presentan síntomas climatéricos moderados o severos. Su sintomatología más característica es sudoración, bochornos y problemas para dormir. Sin embargo, en las mujeres menores de 50 años los síntomas más frecuentes son la depresión, los problemas para dormir y las disminución del deseo sexual.
- La etnia, raza y cultura. Estos tres factores ejercen una elevada influencia sobre la presentación de la sintomatología en la mujer climatérica. Dependiendo de la visión que tenga la sociedad en la que viven las mujeres menopáusicas, así asimilarán ellas este periodo²⁴.

Aquellas culturas en las que la mujer madura es considerada importante, puesto que goza de mayor experiencia y además se encuentra totalmente integrada dentro de su estatus social, no va a experimentar a penas sintomatología durante el climaterio. Sin embargo, en aquellas sociedades, donde lo prioritario y más valorado es la belleza y la juventud, la mujer va a atravesar este periodo con mayores dificultades y con un mayor número de síntomas. Al igual ocurre en aquellas culturas donde la maternidad es un aspecto fundamental para la mujer²⁵. En Europa un 24,3% de las mujeres menopáusicas presentan síntomas severos, porcentaje muy similar al de Norteamérica (22,5%) y Latinoamérica (22,7%). En estos países tienen una visión negativa de la llegada de la menopausia. Sin embargo, en los países asiáticos sólo el 9,5% de las mujeres refieren tener síntomas menopáusicos severos. El aumento de la edad, se considera en estos países, como mayor sabiduría, por lo que son muy respetadas. Otro aspecto que destacan es la ventaja de no menstruar. Estas mujeres únicamente se fijan en los aspectos positivos que les produce el hecho de haber pasado la menopausia^{18,26}. Las mujeres coreanas, así como las japonesas, perciben los síntomas climatéricos como algo normal, algo derivado del envejecimiento normal de todos los seres vivos²⁷. Las mujeres de raza blanca en un estudio realizado por Lerner-Geva et al. (2010) experimentaron mayor número de síntomas climatéricos piscosomáticos y psicológicos, que las mujeres asiáticas²⁸.

- El nivel de educación. Según Araya et al. (2006) y del Prado et al. (2008) cuanto menor es la educación de las mujeres mayor es la severidad de los síntomas que experimentan durante este periodo. Esto se justifica porque las

mujeres con menor nivel educacional disponen de menos información sobre esta etapa^{26 29}.

- El nivel socioeconómico. Al igual que el nivel de educación, éste es inversamente proporcional a la severidad de los síntomas. Araya A et al. (2006) lo explica diciendo que al disponer de menos recursos económicos, es más difícil acceder o conseguir tratamientos adecuados para paliar los síntomas²⁹.
- Realización de ejercicio. Las mujeres que no realizan ejercicio tienen mayor riesgo de sufrir sofocos nocturnos y sudoraciones.
- El consumo de tabaco. Acelera el metabolismo de los estrógenos exógenos e induce a una menopausia temprana. Afecta negativamente a la actividad osteoblástica del hueso y disminuye la absorción intestinal del calcio. También guarda relación con el sufrimiento de los sofocos, y a su vez está determinado por la cantidad de cigarrillos.
- Elevado Índice de Masa Corporal (IMC). Las mujeres con sobrepeso u obesidad tienen mayores niveles de estradiol y estrona, según un estudio realizado por Neslisah M et al. (2014)^{1,26, 30, 31, 32, 33}.
- El consumo de alcohol. Interfiere en la formación de nuevo tejido óseo y tiene una acción tóxica sobre el hueso.
- El consumo de café. La cafeína aumenta la descalcificación.
- El número de hijos. Cuanto mayor es el número de hijos, mayor es la presencia de síntomas climatéricos en las mujeres según del Prado M. et al. (2008) dos de los síntomas que más se ven influenciados por este factor de riesgo son los bochornos y la disfunción sexual²⁶.

La gran mayoría de los autores coinciden en la determinación de los factores de riesgo para la sintomatología y problemas de salud de la menopausia.

En todos los estudios realizados se defiende que la sintomatología y problemas de salud van a estar condicionados por la **etnia, la cultura y la raza**, según se viva este periodo. La mayoría de los autores coinciden en que cuanto mayor es el **nivel educativo** de las mujeres, menores son los síntomas y las patologías que sufren durante este periodo. Sin embargo, Nelisah et al. (2014) en su estudio justifica que a menos nivel educativo, menores son los problemas que aparecen durante la menopausia, debido a la falta de conocimiento acerca de las consecuencias que tiene la menopausia³⁰.

Por otro lado, todos están de acuerdo en que cuanto **menos ejercicio** realicen las mujeres, **mayor** sea su **edad** y **mayor** sea su consumo de **tabaco**, peor vivencia de este periodo tendrán.

Y por último todos coinciden en que el peso es un importante factor de riesgo, para la presencia de problemas y síntomas durante este periodo, sin embargo Aguirre y Silva (2011) en su estudio defienden que las mujeres con bajo IMC son más propensas a padecer osteoporosis, debido a que el bajo peso conduce a una baja densidad ósea³³.

SINTOMATOLOGÍA

Síntomas vasomotores

Constituyen la manifestación por la que la mayoría de las mujeres acuden a los centros de atención primaria. Los sofocos se definen como una sensación repentina de calor en la cara y el cuello, que va descendiendo a lo largo del cuerpo (brazo, pecho, tronco), que va seguida de sudoración y frío²⁵. Su duración, frecuencia e intensidad pueden variar según la mujer, por lo que puede ser una simple molestia o convertirse en un problema grave. Su duración puede variar desde unos segundos, hasta incluso llegar a producirse durante minutos.

Se producen debido a la carencia de estrógenos o de algunos metabolitos, que pueden alterar el funcionamiento normal del centro termorregulador del hipotálamo. Esta clínica suele comenzar en la perimenopausia y va desapareciendo de forma gradual con el paso de los años, con una duración de entre 6 meses y 5 años. En los países occidentales está presente entre un 45-54% de las mujeres, concretamente en España en un 55,5% de las mujeres¹⁴.

Cuando los sofocos se producen por la noche, pueden producir alteraciones en el sueño, y esto a su vez va a generar cuadros de fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y falta de memoria.

Síntomas vaginales

Según la Guía de práctica clínica, la vagina es un órgano que está constituido por receptores estrógenicos, por lo que los cambios que se van a producir van a ser consecuencia de las alteraciones hormonales, el descenso de estrógenos que se producen en la mujer menopáusica, por lo que con el paso de los años los síntomas van a peor. Tras la menopausia el introito vulvar pierde elasticidad, además se produce una

reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio vaginal, lo cual provoca una disminución de la lubricación, sequedad vaginal y dispareunia.

Síntomas urinarios

Continuando con la guía de práctica clínica defiende que los problemas urinarios son multifactoriales, además estos síntomas van a ir empeorando con el paso de los años. Está asociado con la alteración de los niveles de estrógenos, pero está más relacionado con la paridad, los traumatismos del parto, prolapso uterino y algunos fármacos. Todo esto provoca en la mujer incontinencia urinaria y urgencia miccional.

Por otro lado, los cambios fisiológicos, como el acortamiento de la uretra distal, alcalinización del pH vaginal y desaparición de lactobacillus aumentan en la mujer las probabilidades de contraer una infección urinaria.¹

En un estudio realizado por Neslisah et al. (2014) se concluyó que las mujeres sexualmente inactivas presentaban una prevalencia menor de síntomas urogenitales³⁰, sin embargo en la guía de práctica clínica se defiende que una vida sexualmente activa ayuda a prevenir la atrofia y demás síntomas que se producen tanto a nivel vaginal como urológico.¹

Síntomas mamarios

La mastalgia se suele producir durante la premenopausia así como en la posmenopausia, y su causa está relacionada con los cambios hormonales que preceden al cese de la función ovárica. Al contrario que los anteriores síntomas, la mastalgia disminuye con el paso de los años.¹

Síntomas relacionados con el estado de ánimo

La menopausia no es un factor determinante por si solo de los trastornos del estado de ánimo. Por lo general estos cambios están relacionados con factores sociales, familiares y laborales.

La depresión es un síntoma bastante presente en las mujeres menopáusicas. Este se caracteriza por una disminución de la energía y la actividad, bajos niveles de autoestima, puede alterar el sueño, el apetito, etc. En un estudio realizado Lu et al. en Taiwan encuentran que sufren esta patología alrededor de un 36% de mujeres entre los 40 y 59 años de edad. En este estudio realizado por Lu et al. (2009) defienden que a mayor edad de la mujer, mayor es la depresión que experimenta³⁴.

La autoestima es factor determinante en la alteración del estado de ánimo de la mujer menopáusica, así cuanto mayor sea su autoestima, menor será el sufrimiento durante el climaterio. Un papel muy importante para que la mujer menopáusica consiga tener una adecuada visión de sí misma, es la familia, el apoyo que esta debe prestarle, además es imprescindible que esta familia tenga una visión positiva hacia la vejez. Martínez et al. (2012) realizaron un estudio en el que no encontraron diferencias entre la percepción de las mujeres sobre su vida y su autoestima, en las diferentes etapas del climaterio³⁵.

Sexualidad

Con el paso de los años, el interés sexual va disminuyendo, según defiende la guía de práctica clínica. Las múltiples alteraciones provocadas por la menopausia, como la lubricación vaginal, la atrofia vaginal etc. tienen mucho que ver en la ausencia de interés sexual de la mujer. Además, va a estar determinado también por factores psicosociales (experiencia sexual previa), la personalidad de la mujer, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma.¹

Esfera cognitiva

Continuando con la guía de práctica clínica se defiende que con los años la capacidad cognitiva va deteriorándose. Las mujeres debido a su alta longevidad presentan mayores tasas de demencias, además tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

Se ha sugerido que el déficit de estrógenos que se produce en la mujer menopáusica, podría proteger a la mujer frente al deterioro cognitivo y la demencia, pero no se ha encontrado ninguna relación con la menopausia.

Musculo-esqueléticos

A pesar de que un gran número de mujeres presentan dolores musculares a edades avanzadas, una vez que han entrado en la menopausia, no existe relación entre la presencia de dolores musculo-esqueléticos con la menopausia, según los resultados de guía de práctica clínica¹.

PROBLEMAS DE SALUD

Osteoporosis y riesgo de fractura

Es una enfermedad que va en aumento con el paso del tiempo. Se caracteriza por una baja masa ósea y alteraciones en el tejido óseo, que hacen que el hueso se vuelva frágil y susceptible de sufrir una fractura.

La pérdida de masa ósea, como hemos dicho anteriormente, es un proceso continuo y que va aumentando con el paso de los años, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, durante la perimenopausia y los primeros años de la posmenopausia, este proceso se acelera en las mujeres hasta unos años después de la menopausia, como consecuencia de la pérdida estrogénica. La osteoporosis tiene importantes consecuencias, como son las fracturas, morbilidad, así como el gasto sanitario que conlleva.

A parte de la **edad** los factores de riesgo más importantes de la osteoporosis y fracturas son: el **aumento de peso**, puesto que el 73% de las mujeres que sufren fracturas o esta enfermedad, pesan más de 61 Kg¹, pero por otro lado, Aguirre y Silva (2011) piensan que el bajo peso también es un factor de riesgo puesto que la densidad ósea es menor en estas mujeres con IMC bajo. El **sedentarismo** es otro factor de riesgo, que provoca el aumento de la pérdida de masa ósea³³.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en los países desarrollados. Por lo general los hombres padecen más este tipo de enfermedades. Sin embargo, el porcentaje de la enfermedad cerebrovascular es mayor en mujeres (31% frente al 26%). En España el número de morbilidad por ECV es menor con respecto al resto de países occidentales.

Esta clase de enfermedades tiene una etiología multifactorial, entre sus factores destacan: el sedentarismo, el tabaco, la edad, la hipertensión arterial, la obesidad y los antecedentes familiares. Además de estos factores, se encuentra el descenso de los niveles de estrógenos, asociado a la menopausia, que producen la elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), y el descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL)¹⁴. Todos los autores coinciden en los mismos factores de riesgo.

Cuidados enfermeros y tratamientos

Con el paso del tiempo, la esperanza de vida ha ido aumentando, por consiguiente la mujer pasa bastantes años después de la menopausia y sufre los cambios y síntomas, en

su mayoría molestos, derivados de este hecho. Las mujeres desempeñan un rol muy importante en la sociedad, y al igual que cualquier otro problema debe ser atendido de la mejor forma posible, por ello es evidente la necesidad de desarrollar una atención específica para estas mujeres, con una concepción sanitaria y social, basada en el carácter fisiológico de esta etapa de la vida³⁶.

Antes, el climaterio era sólo un asunto médico, las mujeres acudían a las consultas y les recetaban estrógenos u otros tratamientos farmacológicos. En la actualidad, el uso de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) ha disminuido drásticamente en la mayoría de los países desarrollados, como consecuencia de la publicación de infinidad de ensayos clínicos, donde se prueba el carácter cancerígeno de la TRH (aumenta el riesgo de cáncer de mama y de endometrio), además de aumentar el riesgo de padecer una enfermedad coronaria arterial, un accidente cerebrovascular y tromboembolismos. Por todo lo anterior, las mujeres están buscando nuevas formas de tratamiento que no tengan tantos efectos secundarios sobre su salud. Estos nuevos tratamientos son las terapias complementarias y alternativas³⁷.

La Medicina Complementaria y Alternativa (CAM) trata a la mujer desde un enfoque holístico tanto corporal como mental. Según el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) se define CAM como "un conjunto diverso de sistemas médicos y de salud, prácticas y productos que no se consideran generalmente como parte de la medicina convencional". Las CAM se clasifican en cinco grupos:

Figura 2. Tipos de CAM

Sistemas médicos integrales

Terapias basadas en los sistemas de la teoría y la práctica. La homeopatía, la medicina naturista y medicina tradicional china.

Intervenciones mente-cuerpo

Actuaciones con el fin de mejorar la capacidad mental para producir cambios sobre la función y síntomas corporales. Como pueden ser la terapia cognitivo-conductual y la meditación.

Terapias con base biológica

Usa sustancias que se encuentran en la naturaleza, como hierbas, alimentos, vitaminas y otras sustancias naturales.

Manipuladora y métodos corporales

Se encargan de mover una o varias partes del cuerpo, pueden ser la manipulación y el masaje quiropráctica u osteopatía.

Las terapia energéticas

Son aquellas que hacen uso de campos de energía. Puede haber de dos tipos las terapias biocampo y las que están basadas en bioelectromagnéticas.

Tomado de Borrelli F. et al. (2010)

Al igual que la sintomatología, la atención durante el climaterio va a variar en función de la sociedad en la que se viva, de los significados de la menopausia etc. Las mujeres blancas son más propensas a acudir a la consulta médica para recibir la TRH. Por otro lado, también existen diferencias para el empleo de las CAM, las mujeres asiáticas por ejemplo, tienen un alto consumo en productos de soja, también utilizan mucho la acupuntura y el dong quai (una hierba), por otro lado, en América tienden a utilizar mucho el trébol rojo, que es una hierba nativa americana²⁷.

Gracias a los cambios producidos en el tratamiento actual de la menopausia, la **enfermera** tiene un papel más activo y reconocido por las mujeres menopáusicas, que acuden más a sus consultas en atención primaria. La **principal actuación enfermera** es la escucha activa, deben atender todas las preocupaciones y problemas que las mujeres menopáusicas quieran transmitirle, impidiendo la imposición de los síntomas más característicos. También es importante que las enfermeras tengan un trato cercano, que transmitan a las mujeres confianza para hablar de cualquier problema o sentimientos, al igual que crear y fomentar grupos de apoyo, que sirvan como fuente de información y modelos a seguir³⁸.

Lo esencial y prioritario para empezar a tratar a las mujeres, es llevar a cabo **programas de prevención**, captando a mujeres que se encuentren en la premenopausia del climaterio. Una vez que acudan a la consulta, es vital formar a las mujeres lo mejor posible. Esto quiere decir que se le proporcione información basada en evidencias científicas sobre los cambios y problemas que van a experimentar durante el climaterio, así como sobre las diferentes opciones de tratamiento que existen actualmente. Esta información va a ayudar a las mujeres a decidir cómo va a vivir este proceso, si va a querer tomar ella las decisiones, si quiere llegar a acuerdos con su médico, enfermera³⁹. Las mujeres con un nivel de educación más elevado, representan la mayor parte de las mujeres que acuden a la consulta de atención primaria para solicitar ayuda⁴⁰.

Una vez que las mujeres tienen toda la información necesaria, en la consulta de atención primaria se debe llevar a cabo el **tratamiento de sostén inicial (TSI)**, que consiste en:

- Aumentar su autoestima, en aquellos aspectos que necesite, como puede ser el temor a envejecer, insatisfacción laboral, la sobrecarga física y personal, etc.
- Establecer acuerdos verbales, sobre metas a conseguir.
- Cambiar el estilo de vida, realizar ejercicio físico, exponerse al sol durante unos horarios adecuados, aporte adecuado y necesario de nutrientes, etc.

- Distribuir las tareas entre los demás miembros de la familia
- Proporcionar una orientación sobre los problemas sexuales que tenga la mujer, o dudas o formas de mejorar su vida sexual.
- En aquellas mujeres que pasan por el llamado “síndrome del nido vacío” proporcionar información sobre actividades que pueden llevar a cabo.
- Controlar la tensión arterial de las mujeres.
- A mujeres con osteoporosis se le proporciona información adicional sobre cómo prevenir fracturas y tipo de ejercicios que pueden realizar.

Este tratamiento de sostén es muy efectivo ya que fue empleado en un estudio realizado por Santiesteban (2011) y se demostró que es una alternativa terapéutica que no precisa de terapia hormonal de reemplazo³⁶.

Se ha demostrado que cuanta más información tiene la mujer, mejor entiende la menopausia, la prevención y tratamiento de los síntomas y problemas derivados del proceso del climaterio, y es mucho más consecuente con la continuidad del tratamiento²³.

Una vez que las mujeres entienden y saben lo que les puede ocurrir o cómo deben tratar los síntomas y problemas que se derivan de la menopausia, es necesario promover un **estilo de vida saludable**. En un estudio realizado por Anderson et al. (2006) se les pidió a las mujeres que aumentarían su ingesta de agua con el fin de mejorar la pérdida o mantenimiento de peso y mejorar la hidratación. Esto fue así debido a que se demostró que las mujeres en muchas ocasiones confunden sed con hambre cuando el cuerpo está deshidratado³².

Nelisah et al. (2014) realizaron un estudio en el que se comprobó la eficacia del ejercicio físico sobre la reducción de los síntomas climatéricos. Se demostró que el aumento de la actividad física, provoca una disminución de todos los síntomas reflejados en la escala MRS. Destaca la baja prevalencia, en mujeres muy activas físicamente, de sequedad vaginal y pérdida del deseo sexual, así como reducción de los dolores articulares y musculares.

El ejercicio físico ayuda a reducir la grasa intra-abdominal oculta, la cual produce diversas enfermedades como el síndrome metabólico. Este tipo de obesidad es muy característico de las mujeres menopáusicas. Lo que ocurre es, que durante el ejercicio aeróbico, el glucógeno se rompe para producir glucosa y cuando esta escasea, la grasa empieza a descomponerse. Así se consigue disminuir el IMC³⁰.

También se ha demostrado, en un estudio realizado por Paredes (2013), que con el ejercicio se reducen los síntomas vasomotores, los sofocos. Formaban parte del estudio 100 mujeres menopáusicas, el 100% de ellas presentaban sofocos, aparte de otros síntomas, al inicio del estudio. Tras realizar las actividades acordadas en el estudio, el 55% de las mujeres vieron reducida su sintomatología en general, y además la mayor parte de ellas reconocieron una disminución significativa de los sudores y sofocos. También se asocia el ejercicio físico con una disminución del riesgo de cáncer de mama, además el ejercicio no tiene efectos secundarios⁴¹.

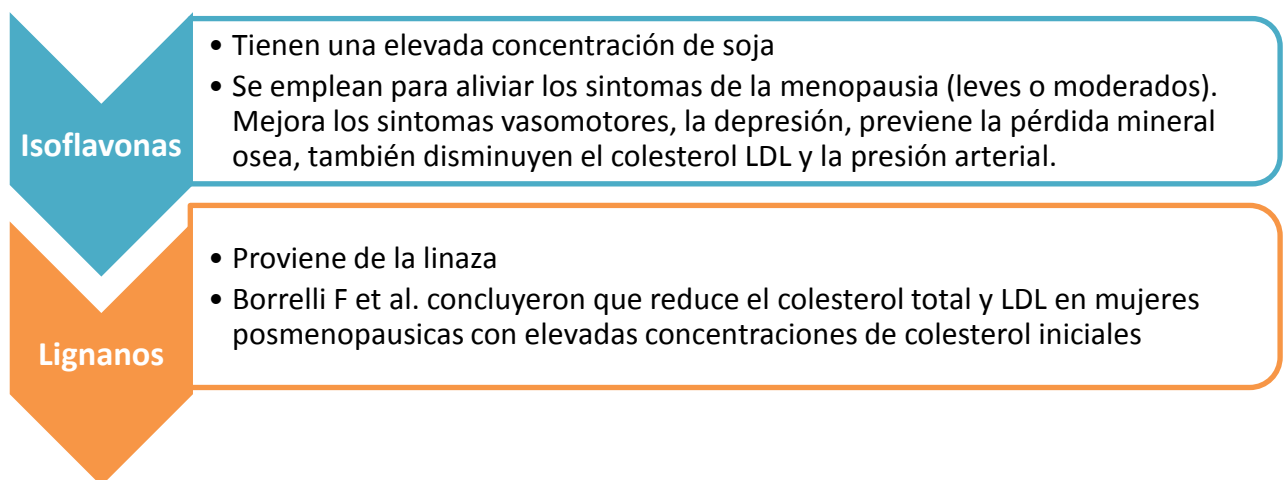
Podemos decir que tanto Nelisah et al. (2014) como Paredes (2013) apoyan la idea de que la realización de ejercicio regularmente, ayuda a las mujeres menopáusicas a superar esta etapa de una forma más positiva, sin la presencia de tanta sintomatología y problemas de salud.

Cuidados sobre la dieta

Fitoestrógenos

Los fitoestrógenos proceden de plantas, cuya estructura es similar a los estrógenos de los mamíferos, por lo que son capaces de desarrollar efectos estrogénicos y antiestrogénicos⁴². Según los estudios realizados por Nina et al. (2014) y Borrelli et al. (2010) se ha demostrado que los fitoestrógenos son un tratamiento natural que mejora las alteraciones del estado de ánimo de las mujeres menopáusicas^{42 43}. Se dividen en dos tipos:

Figura 3. Compuestos de fitoestrógenos



Tomado de Borrelli F et al. (2010) y Nina R et al. (2014)

Fibra

La fibra está presente en una gran cantidad de alimentos, como son los cereales, la avena, la cebada, las legumbres, frutas y verduras. Su consumo elevado se relaciona con una disminución en las mujeres climatéricas del colesterol total sérico. Además, se ha demostrado en un estudio realizado por Borrelli et al. (2010) que junto con una dieta baja en grasas animales, se aumenta la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama⁴².

Ácidos grasos Omega 3

Durante la transición hacia la menopausia, disminuye la presencia del trastorno depresivo mayor en las mujeres menopáusicas, según se ha demostrado en un estudio realizado por Freeman et al. (2011)⁴⁴.

Vitaminas y minerales

Estos son muy empleados por las mujeres menopáusicas para el alivio de las molestias que ocurren durante el climaterio: como puede ser mantener los huesos sanos o reducir la mortalidad. Se pueden encontrar en los alimentos que ingerimos, o si se necesita una cantidad determinada o elevada se pueden tomar en forma de píldora.

Figura 4. Vitaminas

Vitamina A

Esta vitamina es esencial para la salud y el crecimiento de la piel y membranas mucosas. Esta presente en el yogurt, la leche, el queso, la mantequilla, las verduras de hoja verde (espinacas), calabazas, melones, etc.

Vitamina D

Es esencial para el crecimiento óseo y la remodelación ósea por osteoblastos y osteoclastos. Junto con el calcio reducen la incidencia de fracturas en las mujeres menopáusicas.

Vitamina E

Se recomienda como sustituto de los estrógenos. Es eficaz en la reducción de la sintomatología climaterica, sobre todo en la severidad y frecuencia de los sofocos.

Vitamina K

Esta vitamina empleada junto con el calcio y la vitamina D, ayuda a mantener la resistencia ósea y la masa, con lo que disminuye el riesgo de fracturas.

Tomado de Borrelli F et al. (2010)

El **calcio** es un mineral esencial que deberíamos tomar adecuadamente durante toda nuestra vida, ya que nos ayuda a reducir el riesgo de fracturas, además en las mujeres menopáusicas disminuyen el riesgo de sufrir osteoporosis⁴².

Productos derivados de plantas

En la mayoría de los casos estos productos son empleados para complementar otros tratamientos que llevan a cabo las mujeres.

Cohosh Negro (Cimicifuga racemosa)

Se utiliza para aliviar la sintomatología menopáusica, y se emplean las raíces y rizomas de la planta. Es una de las plantas más utilizadas actualmente por las mujeres. Sin embargo, el estudio realizado por Borrelli et al. (2010) no demuestra una eficacia significativa, a pesar de que la mayoría de las mujeres refieren un efecto beneficioso en la menopausia⁴². En otro estudio realizado por Green et al. (2007) se encuentra evidencia de la reducción de los síntomas climatéricos tras el uso de esta planta⁴⁵.

Dong Quai

Se obtiene de la raíz de *Angelica Sinensis*, que es una planta perenne nativa de hierbas aromáticas de China y Japón. Es más conocido como el “Ginseng femenino”. Según Borrelli et al. (2010) esta planta no tiene efectos beneficiosos por sí misma sobre los síntomas climatéricos, sin embargo al emplearlos con otros tratamientos o hierbas como el Cohosh Negro, reducen significativamente los sofocos y los trastornos del sueño⁴².

Ginseng

Es una planta procedente de China, cuyas raíces tienen un alto contenido en aminoácidos, vitaminas (ácido fólico y niacina) alcaloides, compuestos fenólicos y flavonoides. Tradicionalmente ha sido utilizado para aumentar la energía, tratar la disfunción y los problemas sexuales. Continuando con el mismo autor del estudio anterior, se ha demostrado que las mujeres que han sido tratadas con esto han reducido sus niveles de depresión y han aumentado su bienestar⁴².

Aromaterapia

Es una terapia que consiste en dar masajes a las mujeres menopáusicas con aceites esenciales extraídos de flores, hojas, frutos, cortezas o raíces de diversas plantas medicinales. Actúa sobre el sistema nervioso, con estimulación olfativa y la inhalación y absorción de los ingredientes medicinales, a través de la piel de los aceites esenciales. Murakami et al. (2005) llevaron a cabo un estudio donde se evaluó la eficacia de la aromaterapia en las mujeres menopáusicas. Tuvo una duración de un mes, donde se realizaban masajes de 20 minutos a las mujeres con los aceites esenciales, y además estas mujeres en sus casas también lo hacían varias veces en semana. Se comprobó que la sintomatología mejoró y las mujeres confirmaron la eficacia de esta CAM⁴⁶.

Acupuntura

Es una de la CAM más empleadas hoy en día. Consiste en la inserción de agujas metálicas muy finas en la piel y los tejidos subyacentes en puntos precisos del cuerpo. Produce cambios hormonales, reducción de los niveles de FSH y aumento del estradiol. Se cree que la acupuntura tiene un efecto placebo, sin embargo en un estudio realizado por Sunay et al. (2011) se demostró la mejoría de los síntomas menopáusicos, sobre todo la reducción de la prevalencia de sofocos en las mujeres⁴⁷. En contraposición un estudio llevado a cabo por Borrelli et al. (2010) no encuentra diferencias significativas entre las mujeres tratadas con acupuntura y las del grupo placebo. Pero si defiende, que la acupuntura empleada con otras intervenciones, reduce la presencia de sofocos y otros síntomas climatéricos⁴².

Homeopatía

La homeopatía consiste en preparaciones muy diluidas que tratan los síntomas de las mujeres menopáusicas. La homeopatía clásica consiste en seleccionar un remedio homeopático identificando los signos y síntomas de cada paciente, adecuado a los síntomas y necesidades que presenta cada persona, de forma individual. Por lo general, las altas potencias son empleadas en síntomas mentales. Borrelli et al. (2010) y Macías-Cortés et al. (2013) coinciden en los resultados, ambos estudios concluyen que no hay evidencia que apoye la eficacia de este tratamiento^{42 48}.

Yoga

El yoga es una antigua disciplina de la mente, el cuerpo y el espíritu originario de la India. Se llevan a cabo posturas físicas, ejercicios de respiración y meditación con el fin de calmar la mente, aumentar la conciencia y mejorar la salud mental y física.

En un estudio llevado a cabo por Innes et al.(2010) se demuestra la reducción de todos los síntomas climatéricos, los bochornos, la concentración y la memoria, así como los trastornos del sueño, la frecuencia y severidad de los sofocos y el estrés, ansiedad, irritabilidad y síntomas depresivos³⁷.

Tratamientos farmacológicos

Antidepresivos

Los antidepresivos no son utilizados únicamente con el propósito de mejorar los síntomas depresivos derivados del climaterio, también son empleados para el tratamiento eficaz de los sofocos. La acción de estos no es inmediata. Según un estudio realizado por Nina et al. (2014) los antidepresivos son medicamentos muy útiles para la mejora de la sintomatología climatérica, también demuestran que el consumo de antidepresivos junto con productos de soja tiene un efecto positivo mayor. Existen diversos medicamentos antidepresivos⁴³.

- **Citalopram**

Flores-Ramos et al. (2011) han demostrado que el citalopram es un fármaco muy eficaz para el tratamiento y mejoría de los síntomas climatéricos, sobre todo en la disminución de los bochornos. En el estudio se dividieron a mujeres climatéricas en cuatro grupos. El primero de ellos estaba formado por mujeres tratadas con citalopram únicamente, el segundo con placebo, las terceras con citalopram y TRH y las ultimas con placebo y TRH. El índice de bochornos disminuyó en cada grupo de la siguiente manera: en el 1 en un 37%, en el 2 un 13%, en el 3 un 50% y en el 4 un 14%. Con estos datos se demuestra que en las mujeres tratadas con citalopram los bochornos se redujeron significativamente.

- **Venlafaxina**

La venlafaxina es un medicamento que fue estudiado por Flores-Ramos et al. (2011) del que se concluyó que consiguió disminuir los síntomas depresivos en dos semanas de tratamiento, y tras llevar 8 semanas de tratamiento el 75% de las mujeres confirmaron la reducción de la depresión⁴⁹.

Tanto Nina et al. (2014) como Flores-Ramos et al. (2011) en sus estudios demuestran que el uso de antidepresivos para tratar la sintomatología climatérica, son efectivos.

Terapia Hormonal Sustitutiva (TRH)

Este tratamiento ha sido durante más de 60 años el más conocido, el más utilizado y el único que demostraba ejercer un efecto beneficioso sobre el control de la sintomatología. Ha mejorado los bochornos, la atrofia vaginal, la prevención de la osteoporosis, etc. Sin embargo, en la actualidad esta terapia está dejando de ser utilizada por las mujeres climatéricas, puesto que un reciente estudio realizado por The Women's Health Initiative, ha demostrado que eleva el riesgo de padecer cáncer de mama y a largo tiempo puede desarrollar bastantes problemas en la mujer.

En un estudio realizado por Urdaneta et al. (2010) se demostró que la TRH es muy eficaz en la reducción de la sintomatología climatérica. Puesto que se ha demostrado que a largo plazo genera más contraindicaciones que beneficios, este estudio defiende que debe ser empleada durante un máximo de cinco años. A partir de esta fecha, se debe realizar una evaluación individual para poder saber si puede seguir utilizando sin afectar a la seguridad de las mujeres^{13 27 37 45}.

5. CONCLUSIONES

Objetivo 1. Conocer las escalas diseñadas para medir los síntomas de la menopausia y la necesidad de tratamiento.

- Con el paso del tiempo, se han ido creando nuevas escalas para medir la sintomatología climatérica, o se han ido mejorando las ya existentes. Tras los estudios analizados, se puede concluir que la escala más adecuada para este fin es la Menopause Rating Scale (MRS).
- Para determinar los planes de cuidados y tratamientos, adecuados a cada mujer, se han diseñado dos escalas, que según los estudios son muy útiles y adecuadas para ser utilizadas. Por un lado, está la escala de autoeficacia y por otro lado la escala de empoderamiento.

Objetivo 2. Explorar los principales síntomas asociados a la menopausia y los problemas de salud.

- Tanto la sintomatología climatérica como los problemas de salud en los que puede desencadenar este periodo, van a estar determinados por diferentes aspectos: la raza, la cultura, la edad y los estilos de vida.
- Dependiendo de la etapa en la que se encuentren las mujeres, dentro del climaterio, la sintomatología será distinta. En la primera etapa las mujeres suelen tener síntomas vasomotores. A continuación, comienzan a aparecer síntomas psíquicos. Y en la última etapa, comienzan a aparecer los problemas de salud crónicos, como son la osteoporosis o los problemas cardiovasculares.
- También es importante destacar, que cada mujer es única y va a vivir de forma diferente el periodo climatérico.

Objetivo 3. Describir los tratamientos y cuidados enfermeros para las mujeres menopáusicas.

- Los profesionales de la enfermería están intentando, cada vez más, participar en el tratamiento de las mujeres menopáusicas, para así mejorar su calidad de vida a partir de la menopausia, promoviendo estilos de vida saludables y llevando a cabo programas de educación y promoción de la salud.
- La mayoría de las mujeres de hoy en día, no quieren tratar sus síntomas o problemas de salud con tratamientos farmacológicos, por la cantidad de efectos negativos que se ha comprobado que tienen a largo plazo, aunque hasta ahora son los más efectivos según los estudios que encontramos.
- Las terapias complementarias, con el paso del tiempo se han ido abriendo hueco en las sociedades, son muy utilizadas por las mujeres de hoy en día.
- Se necesitan más estudios que avalen los beneficios de las terapias complementarias.

6. REFERENCIAS

- ¹ Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
- ² Couto D, Nápoles D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. *Scielo*. 2012; 16 (8).
- ³ Esquivel M.A. La menopausia y el climaterio: lo que las mujeres dicen. *Caleidoscopio*. 2004; 8 (016): 66-99.
- ⁴ Andrade W, Silva L, Dantas A.P, De França M, Araújo V, Djair M. Woman in menopause: information and knowledge about the quality of care. *JNUOL*. 2013; 7 (3): 688-696.
- ⁵ González Y, Hernández I, Hidalgo S.I, Pedroso J.C, Feal N, Báez E. Intervención educativa para elevar los conocimientos sobre climaterio y menopausia. *Scielo*. 2012; 16 (1).
- ⁶ Antolín R.M, Moure L, Puialto M.J, Salgado C. Estudio de la calidad de vida durante el climaterio en una muestra de mujeres gallegas. *Biblioteca LasCasas*. 2012; 8 (3).
- ⁷ Lara R.M. Atención de enfermería en la menopausia. Propuesta de intervenciones enfermeras para mejorar el afrontamiento de esta etapa del ciclo vital. *Parainfo digital*. 2013; 7 (19).
- ⁸ Scaglia J. Falla ovárica prematura. *Rev. Argent. Endocrinol. metab.* 2007; 44 (4): 242-247.
- ⁹ Nieto Valverde I. Menopausia. Córdoba: Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2010.

-
- ¹⁰ Muñoz R, García R.M, Oyola M.P, Sánchez N. Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa. *NURE Inv.* 2014; 11 (70).
- ¹¹ Jones E, Jurgenson J, Katzenellenbogen J, Thompson S. Menopause and the influence of culture: another gap for Indigenous Australian women?. *BMC Women's Health.* 2012; 12 (43).
- ¹² Doubova SV, Espinosa-Alarcón P, Infante C, Aguirre-Hernández R, Rodríguez-Aguilar L, Olivares-Santos R, Pérez-Cuevas R. Adaptación y validación de escalas de autoeficacia y empoderamiento dirigidas a mujeres mexicanas en etapa de climaterio. *Scielo.* 2013; 55 (3): 257-266.
- ¹³ Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel Z, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev. Chil. Obstet Ginecol.* 2010; 75 (1): 17-34.
- ¹⁴ Gutierrez H.F. Evaluación de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio en la Clínica Peruano Japonesa, 2010 [tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
- ¹⁵ Mascort C et al. Validez y fiabilidad de la prueba de Kupperman. *Clin Invest Gin Obst.* 2008; 35(4): 1260-30.
- ¹⁶ Buendía J, Valverde J A, Romero A, Ulla S M, Cobo A, Martínez V. Validation of a menopause quality of life scale: The Mencav scale. *Maturitas.* 2008 Jan; 59(1): 28-37.
- ¹⁷ Lima J, Palacios S, Wender M. Quality of Life in Menopausal Women: a Brazilian Portuguese Version of the Cervantes Scale. *The Scientific World Journal.* 2012; 2012 (2012).
- ¹⁸ Metintas S, Arýkan I, Kalyoncu C, Ozalp S. Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. *Rural and remote Health Journal.* 2010; 10 (1).

¹⁹ Chuni N, Sreeramareddy C. Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: A cross-sectional survey among midlife Nepalese women. *BMC Womens Health*. 2011; 11 (30).

²⁰ Monterrosa A, Romero I, Paternina A. Joint and muscular discomfort, and not hot flashes, are the most frequent symptoms in middle-age menopause women from the Colombian Caribbean. *Salud Uninorte*. 2010; 26 (2): 179-188.

²¹ Romero I, Monterrosa A, Paternina A. El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopáusicos y deterioro severo de la calidad de vida. *Salud Uninorte*. 2014; 30 (2): 180-191.

²² Shin H. Comparison of quality of life measures in Korean menopausal women. *Research in Nursing and Health*. 2012; 35 (4): 383-396.

²³ Yabur JA. La menopausia puesta al día. *Gaceta médica de Caracas* [monografía en internet]. 2006 [citado 2015 ene 15]; 114 (1): [sobre 15p]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622006000100001&lang=es

²⁴ Paternina A, Monterrosa A, Romero I. Evaluación de la calidad de vida en la menopausia, mediante la escala “Menopause Rating Scale” (MRS): una revisión sistemática. *Med UNAB*. 2011; 13 (3): 139-145.

²⁵ Larroy C, Gutierrez S. Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo. *Psicothema*. 2009; 21 (2): 255-261.

²⁶ del Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Rev. Méd. Chile*. 2008; 136 (12): 1511-1517.

²⁷ Im EO, Ko Y, Hwang H, Chee w. “Symptom-Specific or Holistic”: Menopausal Symptom Management. *Routledge*. 2012; 33 (6): 575-592.

²⁸ Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: The Women's Health at Midlife Study. *Journal of Women's Health*. 2010; 19 (5): 975- 985.

²⁹ Araya A, Urrutia MT, Cabieses B. Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Ciencia y enfermería*. 2006; 12 (1): 19-27.

³⁰ Nelisah M, Kartal M, Guldal D. The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: a cross-sectional study in primary care. *BMC women's health*. 2014; 14 (1).

³¹ Whiteley J, daCosta M, Wagner JS, Alvir J, Shah S. The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity and economic outcomes. *Journal of Women's Health*. 2013; 22 (11): 983-990.

³² Anderson D; Mizzari K, Kain V. The effects of a multimodal intervention trial to promote lifestyle factors associated with the prevention of cardiovascular disease in menopausal and postmenopausal Australian women. *Routledge*. 2006; 27 (3): 238-253.

³³ Aguirre RM, Silva DE. Factores de riesgo y nivel de densidad ósea en mujeres en climaterio. *Paraninfo digital*. 2011; 12.

³⁴ Lu S, Tseng HF, Lin LL, Luh WM, Shu BC. Factors related to depression during menopause: a study in southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*. 2009; 17 (2): 128-134.

³⁵ Martínez MD, González-Arratia NI, Oudhof J, Domínguez-Espinosa AC, Olivos-Rubio M. Factores psicosociales predictores de la satisfacción con la vida en la perimenopausia y la posmenopausia. *Aquichan [serial on the internet]* 2012 [citado 2015 dic. 20]; 12 (3): 298-307. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2359/html>

³⁶ Santisteban S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. *Rev. Cubana de Obst. Y Ginec*. 2011; 37 (2): 251-270.

-
- ³⁷ Innes K, Kit T, Vishnu A. Mind-body therapies for menopausal symptoms: A systematic review. *Maturitas*. 2010; 66 (2): 135-149.
- ³⁸ Im EO, Liu Y, Dormire S, Chee W. Menopausal symptom experience: an online forum study. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62 (5): 541-550.
- ³⁹ Légaré F et al. Women's decision making about the use of natural health products at menopause: A needs assessment and patient decision aid. *Journal Of Alternative and Complementary Medicine*. 2007; 13 (7): 741-749.
- ⁴⁰ Rivas E, Navarro D, Damary A. Factores relacionados con la demanda de atención medica durante el climaterio. *Rev. Cubana Endocrinol*. 2006; 17 (2).
- ⁴¹ Paredes N. Beneficio del ejercicio aeróbico sobre los síntomas vasomotores de pacientes postmenopáusicas. *Rev. Peruanas*. 2013; 13 (3): 15-24.
- ⁴² Borrelli F, Ernst E. Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas*. 2010; 66 (4): 333-343.
- ⁴³ Nina R, Landa A, Lafuente JV, Gargiulo P. Effects of antidepressants and soybean association in depressive menopausal women. *Acta Pol Pharm*. 2014; 71 (2): 323-327
- ⁴⁴ Freeman M et al. Omega-3 fatty acids for major depressive disorder associated with the menopausal transition: a preliminary open trial. *Menopause*. 2011; 18 (3): 279-284.
- ⁴⁵ Green J, Denham A, Ingram J, Hawkey S, Greenwood R. Treatment of menopausal symptoms by qualified herbal practitioners: a prospective, randomized controlled trial. *Farm Pract*. 2007; 24 (5): 468-474.
- ⁴⁶ Murakami S, Shiota T, Hayashi S, Ishizuka B. Aromatherapy for outpatients with menopausal symptoms in obstetrics and gynecology. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2005; 11 (3): 491-494.

⁴⁷Sunay D, Ozdiken M, Arslan H, Seven A, Aral Y. The effect of acupuncture on postmenopausal symptoms and reproductive hormones: a sham controlled clinical trial. *Acupunct Med.* 2011; 29 (1): 27-31.

⁴⁸ Macías-Cortés EC, Aguilar-Faisal L, Asbun-Bojalil JA. Efficacy of individualized homeopathic treatment and fluoxetine for moderate to severe depression in peri- and postmenopausal women (HOMDEP-MENOP): study protocol for a randomized, double-dummt, double-blind, placebo-controlled trial. *Trials.* 2013; 14 (105).

⁴⁹ Flores-Ramos M, Aguilera-Pérez JR. Uso de antidepresivos para el tratamiento de los síntomas climatéricos. *Rev. Colombiana de Obst. Y Ginecol.* 2011; 62 (2): 167-176.