

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA - MENCIÓN FISIOTERÁPIA



**PROPUESTA DE PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA IDENTIFICAR
Y REALIZAR TRATAMIENTO PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS FÍSICOS
DE MUJERES MENOPAÚSICAS DE
45 a 55 años de edad**

INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL Hospital Militar Central de la
CORPORACIÓN del SEGURO SOCIAL MILITAR (COSSMIL)

PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA EN
FISIOTERÁPIA

La Paz, Bolivia – 2006

Postulante: Uzquiano Mallea Ana Maria

Tutor: Dr. Armando Peredo Lavadenz

PRESENTACIÓN

La atención física, psicológica y social de la mujer es de vital importancia, debido al papel que ella cumple en la sociedad .Desde la menarca pasando por el embarazo, la llegada tan anhelada del parto y con el transcurso de los años los cambios que debe afrontar con la menopausia, tratamos de que cada una de estas etapas encuentre a una mujer madura muy bien informada capaz de lidiar con cada alteración que pueda presentar .

Nuestro propósito es brindar una serie de terapias que le ayuden a sobrellevar los síntomas físicos de la menopausia, siendo esta etapa una de las menos atendidas con programas de salud y con muy poca información colectiva.

La propuesta del programa fisioterapéutico para atender y dar tratamiento para aliviar las molestias expresadas como síntomas físicos en mujeres menopaúsicas, consta de varias etapas las cuales se acomodaran de acuerdo a las necesidades de cada paciente. El programa consta de las siguientes etapas:

- HIDROCINESITERAPIA
- EJERCICIOS PARA PREVENIR LA OSTEOPOROSIS
- EJERCICIOS PARA PACIENTES CON OSTEOPOROSIS
- REEDUCACIÓN VESICAL
- EJERCICIOS DE RELAJACIÓN
- MÚSICO TERAPIA

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres, a mi esposo, a mis hijos que me apoyaron en todo momento, Agradezco a la Universidad Mayor de San Andrés, a la Facultad de Medicina, y en especial a la Carrera de Tecnología Médica, Mención Fisioterapia, por la oportunidad de ampliar nuestros conocimientos y lograr culminar esta noble Carrera.

A todos los docentes del curso y en especial al Dr. Armando Peredo Lavadenz tutor de este trabajo.

De la misma forma agradezco al Hospital Militar Central por su colaboración y el tiempo cedido para asistir a este curso.

Ana María

ÍNDICE

RESUMEN	.....	Pág. 6
1. INTRODUCCIÓN	.....	Pág. 8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....	Pág. 9
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	.....	Pág. 10
3. PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS	.....	Pág. 10
3.1 OBJETIVO GENERAL	.....	Pág. 10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	.....	Pág. 11
4. JUSTIFICACIÓN	.....	Pág. 11
5. ANTECEDENTES	.....	Pág. 12
6. MARCO TEÓRICO	.....	Pág. 13
6.1. DEFINICIÓN	.....	Pág. 13
6.2. SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA	.....	Pág. 13
6.3 TRATAMIENTO MÉDICO	.....	Pág. 23
7. PROPUESTA DEL PROGRAMA	.....	Pág. 27
FISIOTERAPEUTICO		
7.1. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	.....	Pág. 28
FISIOTERAPEUTICO		
7.2. ESQUEMA DEL TRATAMIENTO	.....	Pág. 28
FISIOTERAPEUTICO		
7.3. PLAN FISIOTERAPEUTICO	.....	Pág. 29
7.4. VALORACIÓN DE FACTORES DE	.....	Pág. 29
RIESGO		
7.5. HIDROCINESITERÁPIA	.....	Pág. 30
7.6. EJERCICIOS PARA PREVENIR	.....	Pág. 34
OSTEOPOROSIS		
7.7. EJERCICIOS PARA PACIENTES	.....	Pág. 35
CON OSTEOPOROSIS		

7.8. EJERCICIOS PARA PREVENIR LA INCONTINENCIA URINARIA	.....	Pág. 37
7.9. TERAPIA DE RELAJACIÓN	.....	Pág. 38
7.10. MUSICOTERÁPIA	.....	Pág. 42
8. VARIABLES	.....	Pág. 43
8.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	.....	Pág. 43
8.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	.....	Pág. 43
9. DISEÑO METODOLÓGICO	.....	Pág. 44
9.1. LUGAR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	.....	Pág. 44
9.2. MUESTRA	.....	Pág. 44
9.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	.....	Pág. 45
9.4. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	.....	Pág. 45
9.5. DELIMITACIÓN POBLACIONAL	.....	Pág. 45
9.6. DELIMITACIÓN TEMPORAL	.....	Pág. 45
9.7. FASES METODOLÓGICAS	.....	Pág. 46
9.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS	.....	Pág. 47
10. RESULTADOS	.....	Pág. 47
11. CONCLUSIONES	.....	Pág. 49
12. RECOMENDACIONES	.....	Pág. 50
13. BIBLIOGRAFÍA	.....	Pág. 51
14. ANEXOS	.....	Pág. 53

Resumen

Pregunta de investigación

Un PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA IDENTIFICAR Y REALIZAR TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS DE MUJERES MENOPAÚSICAS comprendidas entre 45 a 55 años de edad, aliviará dichos síntomas?

Objetivo General del trabajo

Establecer un programa fisioterapéutico para atender, tratar y aliviar los síntomas físicos de la menopausia, en la población femenina que se encuentra en esta etapa de su vida.

Diseño de la Investigación

La investigación fue del tipo ensayo clínico

Contexto o Lugar donde se realizó el trabajo de investigación

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Militar Central, COSSMIL La Paz Bolivia.

Participantes

Mujeres comprendidas entre 45 y 55 años, que asisten al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Militar Central COSSMIL

Intervenciones

Para la ejecución del trabajo se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas, de muestreo no pro- balístico, es decir al azar. Anónimo sin presión de ninguna naturaleza, para un posterior análisis y presentación de los resultados.

Mediciones

Se establecieron resultados porcentuales para el cuestionario y se analizaron las relaciones estadísticas.

Resultados

Del grupo de mujeres encuestadas, se pudo establecer que ;
71% no realiza ningún tipo de ejercicios,
82% si asiste al consultorio de ginecología,
24% recibe terapia hormonal de reemplazo,
90% estaría de acuerdo en realizar el tratamiento fisioterapéutico.

Conclusiones

Debido al elevado número de mujeres en etapa de menopausia que asisten por día al Servicio de Fisioterapia y la predisposición de ellas a participar en el programa fisioterapéutico, se puede concluir que es factible la implementación del presente trabajo, inicialmente en un periodo de prueba para analizar los resultados.

**PROPUESTA DE PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA IDENTIFICAR
Y REALIZAR TRATAMIENTO PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS FÍSICOS
DE MUJERES MENOPAÚSICAS DE
45 a 55 años de edad**

1- INTRODUCCIÓN

Esta propuesta tiene la finalidad de brindar bienestar físico a las mujeres en etapa de menopausia, mediante diferentes técnicas físicas que no son difundidas y que pueden lograr grandes beneficios en corto tiempo.

Además busca concienciar a la población femenina, que esta etapa de la vida será pasada por todas, algunas con pocos síntomas, otras con síntomas físicos que afectaran su vida cotidiana.

Para este fin y dentro de la realización del programa, se tomaron en cuenta a otras entidades patológicas:

La Osteoporosis, enfermedad silenciosa y progresiva considerada la epidemia del siglo.

El Estrés, mal que aqueja a toda la población mundial, sin distinción de edad ni sexo.

La incontinencia urinaria, un tema del que poco se habla por los prejuicios que presenta.

Se indagó al Departamento de Estadística, Servicio de Ginecología y Medicina Física y Rehabilitación sobre diversas enfermedades que provocaban síntomas en pacientes en edad de menopausia

La respuesta a nuestra inquietud para saber cuales enfermedades debían ser consignadas en el trabajo fue:

“ Como resultado de la investigación , se establece que las patologías más frecuentes en mujeres comprendidas entre 45 y 55 años, son problemas de

espalda; lumbalgias, cervicálgias, seguidas por traumatismos en general, osteoporosis, cefaleas, y trastornos neurovegetativos.”

En consecuencia el programa de fisioterapia se ha orientado a esas patologías.

Por otra parte, es importante que la mujer este bien informada sobre el tema de la menopausia y llegue a aceptar esta etapa en su vida como algo normal y natural, aprendiendo sobre la necesidad de realizar actividad física.

Como conclusión se asume que una mujer bien informada, orientada, puede sobre llevar de una mejor manera los síntomas físicos de la menopausia.

El diseño es un ensayo clínico el cual incluye las siguientes fases:

Recolección de datos estadísticos referidos a patologías más frecuentes y número de mujeres menopaúsicas.

Elaboración de un cuestionario y ejecución.

Elaboración y Propuesta del programa fisioterapéutico.

Ejecución posterior.

Este trabajo fue realizado en el Hospital Militar Central, en los servicios de ginecología y medicina física y rehabilitación, junto al departamento de estadística.

2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para determinar la magnitud del problema, *hemos* recurrido a la información estadística para *conocer* que cantidad de mujeres entre 45 y 55 años se encuentran *en* la etapa *de la* menopausia.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda efectuado el año 2001, ha realizado una selección de la población en el rango de 45 y 55 años, de ambos sexos en Bolivia.

Posteriormente ha ejecutado una nueva selección, pero sólo de la población

femenina en el mismo rango tanto en áreas urbanas como rurales, a nivel nacional y departamental y son mostrados en el anexo:

La cifra total de mujeres que radican en la ciudad de La Paz, es 11.886, presumimos que de ese número un porcentaje muy reducido asiste a la consulta en hospitales de la ciudad y de ese porcentaje el número de pacientes comprendidas en el rango de edad de la menopausia es en total urbana y rural 106.896 por lo que deducimos que el programa fisioterapéutico deberá ser impartido en el total de la población urbana y rural.

El problema es el desconocimiento de la ayuda terapéutica que pueden lograr con el empleo de un programa fisioterapéutico y el valor que ese medio terapéutico puede tener para aliviar los síntomas de las mujeres en la etapa de la menopausia

2.1- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Un PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA IDENTIFICAR Y REALIZAR TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS DE MUJERES MENOPAÚSICAS comprendidas entre 45 a 55 años de edad, aliviará dichos síntomas?

3- PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GENERAL

Elaborara una propuesta de Programa fisioterapéutico para identificar y realizar tratamiento para alivianar los síntomas físicos en la población femenina que se encuentra en el edad de la menopausia en el rango comprendido entre 45 a 55 años de edad,.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enfatizar aspectos educativos en cuanto a la nutrición, actividad física y los hábitos nocivos.
- Utilización de distintas técnicas fisioterapéuticas para aliviar síntomas físicos de mujeres menopausicas.
- Resaltar el papel fundamental de la terapia hormonal y sus beneficios.
- Orientar a las pacientes de forma didáctica, sobre la ayuda que puede realizar la fisioterapia en el periodo de la menopausia.
- Elaborar datos estadísticos, sobre el conocimiento que tienen las pacientes sobre el tema menopausia.
- Instruir a las pacientes sobre el programa fisioterapéutico.

4- JUSTIFICACIÓN

La menopausia es una condición natural que marca el fin del periodo fértil de una mujer. Literalmente significa el fin de la menstruación. Aunque la menopausia es un evento común en todas las mujeres, la experiencia de cada mujer que atraviesa por este período es única. Es un proceso natural y no debe ser considerado como algo negativo.

Es así, que la falta de orientación hace que las mujeres se enfrenten a cambios fisiológicos y psicológicos, los cuales con una buena orientación serían mucho más llevaderos.

Consecuentemente el propósito de este trabajo es el de dirigir a la mujer menopaúsica a través de un programa fisioterapéutico que le proporcione alivio y un mejor manejo de los cambios que ocurren en esta etapa de la vida, justificado aun más por la controversia sobre el uso de fármacos.

Así como la mujer en estado de gestación debe ser atendida y orientada en cada etapa del embarazo, la mujer menopaúsica también necesita de esta orientación e información, siempre buscando una mejor calidad de vida.

Este proyecto tiene el propósito de educar y hacer conocer a las mujeres en etapa menopaúsica, los beneficios que brinda la fisioterapia para el alivio de los síntomas físicos que provocan molestias.

La trascendencia social es la de alertar y prevenir los trastornos desagradables buscando mejorar la calidad de vida con una educación simple que permita afrontar la tercera edad y sus trastornos consecuentes.

La factibilidad del programa no representa mayores gastos a la institución ni a la paciente, ya que se cuenta con los ambientes y medios físicos necesarios en el Hospital Militar Central.

5- ANTECEDENTES

La primera referencia médica surge en la literatura inglesa en el siglo XVIII de un anónimo médico inglés, quien hace referencia a la asociación de varios disturbios físicos y psíquicos con el cese de la menstruación.

La primera tesis médica fue realizada en Polonia y luego surgieron otras en Alemania.

A fines del siglo XIX surgen *numerosas* tesis en las universidades de París.

Los libros franceses de ginecología hablan de los “tiempos críticos” y médicos franceses toman en consideración los factores psicosociales en las alteraciones de la salud en la menopausia, denominando esta etapa “infierno de las mujeres” (*)

(*) La mujer después de los 40, página 13, Dra. Sonia Ocampo de Ruiz

6- MARCO TEÓRICO

6.1 Definición

La OMS ha definido la menopausia “como la cesación permanente de la menstruación a consecuencia de la pérdida de la actividad ovárica, perimenopausia o climaterio como el período inmediatamente anterior a la menopausia y por lo menos el primer año después de ella y postmenopausia como el período que se inicia con la menopausia y que puede ser evaluado sólo en forma retrospectiva.”

Para propósitos prácticos se define la menopausia como cesación de las menstruaciones por 6 a 12 meses en mujeres de 45 años y más. Cuando ocurre sangrado vaginal después de 12 meses de amenorrea, se debe sospechar alguna causa patológica, pólipo endometrial, hiperplasia o carcinoma de endometrio y hacer el estudio correspondiente para su demostración.

La menopausia prematura se manifiesta por amenorrea permanente antes de los 35 años de edad para algunos y de los 40 para otros, puede ser debida a una predilección genética o falla ovárica consecutiva a reacción inmune secundaria a una artritis reumatoidea o a reacción inflamatoria debida al virus de la parotiditis y a otras causas.

6.2 Síntomas de la menopausia

Son muy variados pero similares en mayor o menor grado en diferentes pacientes. Los más comunes son:

Bochornos

Son una sensación de calor en el pecho, cuello y cara que puede durar varios minutos, elevando la temperatura de 0,5 a 2,5 C. Este síntoma lo presentan las mujeres que están ingresando a la menopausia en un 80%.

Sudores nocturnos

Son seguidos generalmente a los bochornos que ocurren en las noches o en el día, con sensación de haberse mojado la cabeza, cara y cuello, produce una incomodidad que llega a ser de marcada magnitud.

Pérdida de la libido

Un considerable porcentaje de mujeres aparentemente experimentan una disminución sobre el interés sexual, lo cual hace que se sientan muy preocupadas

Disminución de la memoria

Ocurre generalmente sobre actos recientes y que puede ser confundida con la falta de atención

En el grupo de mujeres que reciben estrógeno terapia de sustitución se han observado cambios *en* el retardo del proceso y además hay signos de mejoría.

Disminución de la capacidad visual

Condición que debe ser evaluada oftalmológicamente, pues en esta época coinciden otros tipos de patología del ojo.

Dolor de espalda baja

Nos indica la posibilidad de pérdida de la masa ósea con micro fracturas de las vértebras lumbares.

Estrés emocional

Muchos creen que los cambios emocionales ocurren en neuróticas. La mujer se vuelve sensible a las emociones, tiembla con facilidad, se pone muy agresiva o se vuelve muy deprimida (que no es depresión psicótica) por pérdida de pareja, familiares, hijos que se van, se retira del trabajo, los amigos se van, etc.

Usualmente se quejan de todo sin razón justificada, tienen cefaleas frecuentes, falta de atención y el sueño es pobre o está alterado.

Insomnio

La sudoración profusa nocturna y los bochornos, hacen que el descanso sea deficiente.

Envejecimiento de la piel

Al declinar la producción estrogénica en la menopausia, se produce el envejecimiento de la piel en forma acelerada .Es necesario tener un cuidado especial de la piel a partir de los 40 años. Durante el proceso de envejecimiento disminuye la tensión elástica dérmica, la piel pierde su turgencia, la cantidad de colágeno disminuye y se pierde rápidamente los melanocitos. Por lo tanto la piel debe ser protegida de los rayos solares, con bloqueadores solares para la piel, retardando así la penetración de los rayos

ultravioleta, la sobre exposición al sol no es recomendable y de ser así es prudente no exponerse por mucho tiempo.

Cambios en la menopausia

Cambios en el crecimiento de los vellos

Algunas mujeres experimentan pérdida de cabello, a veces muy marcada conocida como alopecia. La caída de estrógeno y el incremento del andrógeno es el responsable de ello

El hirsutismo, es el excesivo crecimiento de vellos oscuros que cubren todo el cuerpo, cuya responsabilidad está en los andrógenos circulantes, que hace que el vello fino claro se pigmenta a más oscuro y se vuelva más grueso .Se ha observado que la obesidad estimula el hirsutismo, particularmente el facial que con el tiempo se acentúa aún más.

Cambios en las mamas

A través de los años cuando la mujer envejece las mamas se aplanan y se hacen péndulas, cuanto más grandes son las mamas estos cambios son más acentuados .El tejido mamario responde a la presencia de hormonas como el estrógeno y progesterona.

Cambios en la pared abdominal

Las mujeres que hacen ejercicios regularmente no verán cambios en su abdomen. Sin embargo, si en ella se nota la presencia de distensión debe realizarse un examen de cavidad abdominal para descartar tumoraciones de origen ovárico.

Cambios en el tracto urinario

La uretra de una mujer, así como la vejiga, tienen la misma composición en sus tejidos muscular, epitelial y vascular. En la época de la caída estrogénica la mucosa de esa región tiende a adelgazarse y el tono muscular disminuye, conduciendo a una pérdida del control urinario (incontinencia urinaria), se manifiesta por que la mujer se levanta a miccionar varias veces en la noche, lo que nunca había ocurrido antes, de otro lado la esclerosis arterial de esa zona conduce a la molesta urgencia urinaria. La incontinencia urinaria al esfuerzo es lo más común de los cambios de la menopausia, con la tos, risa y esfuerzo se producen escapes de orina y la necesidad de orinar con mayor frecuencia. Cuando el músculo del detrusor se hace insuficiente, incrementa la incontinencia.

Cambios en los genitales internos

Cuando los niveles estrogénicos caen, el epitelio de la vagina involuciona hasta llegar a la atrofia. Este nivel de caída hormonal se mide con el estudio de la citología del epitelio vaginal para determinar la reacción estrogénica, cuyos cambios acentúan cuanto más tardío es el climaterio. El epitelio vaginal es un excelente indicador de la falta o presencia de la estimulación estrogénica.

Útero

Este cuerpo muscular, en la mitad de las mujeres menopaúsicas, el endometrio comienza a regresionar hasta lo que llamamos endometrio senil. En algunas mujeres se atrofia más y en otras menos de acuerdo al nivel

estrogénico circulante. El cuello uterino no tiene una participación en la menopausia.

Trompas de Falopio

Cuya importancia está solamente en la etapa reproductiva como elementos dinámicos para recoger el óvulo pero no en la menopausia cuando declinan los estrógenos, involucre de la misma manera que el útero.

Ovarios

Son los órganos principales productores de los estrógenos. Al llegar a la menopausia disminuyen de tamaño, dejan de ovular, en la premenopausia solo hay desarrollo folicular al terminar esta fase, ya no responde al estímulo de producción estrogénica. En la época del climaterio el estroma produce andrógenos que en un buen número de mujeres estimulan el hirsutismo. Además de los cambios mencionados existen otros que son más críticos para el organismo, como los cambios óseos y las modificaciones en el sistema cardiovascular.

Cambios en el sistema cardiovascular

El sistema cardiovascular cubre un vasto territorio cardio = corazón y vascular = vasos sanguíneos. Los desordenes cardiovasculares pueden causar la muerte durante el climaterio. Por ello se han hecho todos los esfuerzos para investigar las razones de las muertes por oclusión vascular coronaria, proceso que ocurre con la misma incidencia que en el hombre en igual edad. En los últimos años se tiene evidencia de los efectos positivos de las paredes vasculares que son protegidas de la aterosclerosis y otros

procesos oclusivos es aquí donde el efecto del estrógeno impide la formación de trombos.

Otros factores de riesgo cardiovascular

Un cambio muy importante es acerca de la inhalación de humo del tabaco del cigarrillo, o encontrarse en un cuarto lleno de fumadores, condiciones que incrementan el riesgo del sistema cardiovascular que deprime y asfixian sus células y si la mujer que fuma estaría recibiendo alguna terapia con estrógenos no recibiría ningún beneficio al contrario incrementa el riesgo de patología coronaria.

LÍPIDOS – Por otra parte se conoce sobre los cambios en los lípidos circulantes como el colesterol total, lípidos de alta densidad, que son protectores, y lípidos de baja densidad, que son dañinos. Habiéndose identificado estos factores se puede tratar farmacológicamente disminuyendo la alta concentración circulante, que se llama dislipidemia:

Cambios óseos

Por lo menos entre ocho y cinco años antes de la instalación de la menopausia el estrógeno comienza a declinar lenta y continuamente .Influye sobre los osteoclastos y los osteoblastos, cuyo balance construye y destruye a las células óseas, reemplazando las células viejas por células nuevas. Cuando hay más pérdida de masa ósea. Osteoporosis .La remodelación ósea es lenta y o mínima afectando al hueso, acelerando la pérdida de la masa ósea .Durante esta primera etapa a partir de los 35 años la pérdida ósea es de 0,3% anual y cuando cesa completamente la función ovárica sin producción estrogénica, la pérdida ósea es del 3% anual.

La presencia del estrógeno es el elemento importante del intercambio del calcio sanguíneo, con la captación de este mineral se inhibe una pérdida

mayor. Cuando este cae los huesos incrementan su porosidad a lo cual se denomina osteoporosis. La osteoporosis es el hueso esponjoso (epífisis, vértebras). se vuelve muy poroso, muy frágiles y a pequeños traumatismos, se producen las fracturas y es la única forma en que se produce dolor óseo, porque mientras no hay fractura, desafortunadamente el proceso de osteoporosis continua silenciosamente sin dolor.

El proceso de pérdida de masa ósea es un proceso de envejecimiento por pérdida del nivel estrogénico. La osteoporosis en la columna vertebral con fracturas produce con el tiempo deformación de la estructura anatómica con diferentes tamaños de jivas por escoliosis, lordosis, xifo escoliosis, que son muy molestas física y estéticamente. El cuello del fémur resiste el peso del tronco y la cabeza, y en este cuello se produce una marcada osteoporosis y con una fragilidad que es muy vulnerable a la fractura.

Factores de riesgo de osteoporosis

Densidad mineral ósea baja

Raza caucásica u oriental

Edad >50 años

Menopausia prematura Enfermedades endocrinas

Antecedentes de fractura patológica

Nefropatía con pérdida de calcio

Factores que aceleran la pérdida ósea

Baja ingesta de calcio <1500mg.

Tabaquismo

Abuso en el consumo de alcohol

Uso de anticoagulantes

Uso de corticoesteroides sistémicos

Sedentarismo

Alteraciones en la absorción de calcio

Uso de anticonvulsivantes

Uso de diuréticos

Prevención de la osteoporosis

Los dos factores más importantes en la prevención de la osteoporosis son una alta masa ósea máxima alcanzada entre los 20 y 35 años y una baja velocidad de pérdida ósea después de los 35 años. Por este motivo, las acciones preventivas deben iniciarse durante la infancia y continuarse durante la juventud y el período reproductivo con el objeto de alcanzar la mejor masa posible. Durante el climaterio se deberán tomar medidas que disminuir la velocidad de pérdida ósea. El pico óseo máximo está definido genéticamente pero representa en realidad un potencial sobre el que influyen diversos factores como el adecuado aporte nutricional de calcio y el estilo de vida sano. La mujer contemporánea consume una menor cantidad diaria de calcio que nuestros antecesores y otros primates y aparentemente tiene menor masa ósea cuando se comparan especímenes de los últimos 200 años probablemente por una disminución de la actividad física.

Calcio en la dieta

La dieta de la mujer en general no tiene los niveles de calcio suficientes para cubrir los requisitos diarios. La dieta pobre en calcio y en vitamina D favorece la movilización del mineral del hueso. Por otra parte, factores como una ingesta elevada en fósforo, una dieta con alto contenido de fibra natural y la ingesta excesiva de café, interfieren con la absorción intestinal de calcio. La

absorción de calcio disminuye con la edad y de manera especial durante el climaterio y existen reportes que asocian una alta incidencia de deficiencia de lactosa en adultos que limita el uso de productos lácteos, como fuente principal de calcio. La dieta de la mujer latinoamericana se considera como baja en contenido de calcio ionizable 300 a 700 mg.

Cuando la dieta no aporta los requisitos diarios de calcio se sugiere el uso de suplementos de calcio, se recomienda de 500 a 600 mg la mejor biodisponibilidad la presentan el citrato de calcio y el carbonato de calcio. Cabe mencionar que dosis muy elevadas de calcio > 1500mg. /día pueden afectar el balance de calcio y el metabolismo de la vitamina D y duplicar la frecuencia de fracturas de cadera.

Suplemento de vitamina “D”

La vitamina D presenta una serie de efectos que incluyen la mayor absorción intestinal. Los niveles de la vitamina D disminuyen con la edad como consecuencia a una menor exposición al sol, de una deficiencia en su síntesis cutánea, de un menor consumo dietético y de una reducción de la absorción intestinal. Por estos motivos se ha recomendado suplementar la dieta con 800UI/día de esta vitamina en personas mayores. La respuesta aparente ha sido una disminución en frecuencia de las fracturas.

Ejercicio

El mayor estímulo a la formación ósea es el ejercicio, el cual deberá ser contra gravedad y en cantidad suficiente. El sedentarismo es un factor de riesgo importante ya que al no estimularse la osteoformación se produce un desequilibrio en la unidad metabólica ósea y la osteodestrucción tiene un incremento importante. Por otra parte, se produce un incremento en la excreción urinaria de calcio, lo que produce un balance negativo. En

pacientes sedentarias o inmovilizadas se ha documentado mayor pérdida de masa ósea.

Modificación de hábitos nocivos

El tabaquismo y el alcoholismo también son factores relacionados con osteoporosis .El primero por asociarse a mayores cantidades circulantes de cortisol y a efecto tóxico directo sobre el hueso y el segundo por daño hepático, depresión en la actividad osteoblastica y disminución de la absorción intestinal del calcio.

6.3 TRATAMIENTO MÉDICO

Objetivos de la THS

El primer objetivo del tratamiento es mejorar la calidad de vida de la paciente durante y después del climaterio. En un segundo plano estarían:

Corrección de las irregularidades menstruales de la peri menopausia.

Alivio de los síntomas propios del climaterio (sofocos, sudoración, insomnio).

Prevención o tratamiento de la atrofia de vulva y vagina: se incrementa el riego sanguíneo en esta zona, se reducen las molestias durante las relaciones sexuales y se mejora la elasticidad.

Prevención de las alteraciones en la vejiga y uretra, pues los estrógenos mejoran el problema de la incontinencia urinaria durante el climaterio.

Prevención de la atrofia cutánea: se consigue mejorar la elasticidad de la piel y el grosor de la piel como consecuencia de la estimulación de la división celular.

Prevención y tratamiento de la osteoporosis: el tratamiento reduce la pérdida de la masa ósea.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares: los estudios han demostrado que las mujeres que utilizan la THS corren un 40% menos de riesgo de padecer un infarto o una angina de pecho.

La terapia puede ser de dos tipos:

Monoterapia: sólo se aplican estrógenos o, raramente, progestágenos. La monoterapia con estrógenos tan sólo puede ser utilizada por mujeres histerectomizadas (con retirada quirúrgica del útero) y sin sangrado vaginal.

Terapia combinada: se utilizan conjuntamente la progesterona y los estrógenos y está indicada en mujeres con útero. Puede ser:

Terapia combinada cíclica secuencial: el estrógeno se administra de forma cíclica a lo largo de 21 días. Los últimos doce o catorce días de tratamiento se añade un progestágeno. Entre ciclo y ciclo se dejará una semana de descanso.

Terapia combinada continua secuencial: se toma el estrógeno de forma continua. Los doce o catorce días primeros de cada mes se añade una secuencia de progestágeno y no se interrumpe el tratamiento durante ninguna semana.

Terapia combinada continua: estrógeno y progestágeno se administran de forma continua y sin descanso alguno durante el tratamiento.

Efectos colaterales de la THS

Tan sólo un 10 por ciento de las mujeres que siguen la THS padecen efectos secundarios consecuentes de la medicación. Aún así, cuando aparecen suelen desaparecer al cabo de los tres o seis meses de tratamiento.

Los principales efectos de los estrógenos son: náuseas, flatulencia, retención de líquido, sensibilidad mamaria, jaquecas, cefaleas, cálculo vesical y piernas pesadas

Los efectos de la progesterona serían: la seborrea, el hirsutismo, aumento del apetito y peso corporal, sensibilidad mamaria, disminución de la libido y la fatiga.

La THS está contraindicada en mujeres con enfermedades graves del hígado (hepatopatías) como la cirrosis, con antecedentes de tromboembolismo, con hemorragia vaginal no diagnosticada y en pacientes con cáncer de útero, mama u ovario.

Una vez iniciado el tratamiento, la paciente tendrá que acudir al médico al cabo de los tres meses para evaluar los resultados o ajustar la dosis.

Cáncer de mama y THS

Hasta hoy no se ha comprobado la relación causa / efecto entre la THS y el cáncer de mama. Los estudios realizados hasta el momento, afirman que durante los cinco primeros años del tratamiento no se corre riesgo alguno. Sin embargo, los científicos no han llegado a determinar si el riesgo se incrementa cuando el tratamiento se prolonga durante más de diez años.

En muchas revistas no científicas han aparecido artículos, en los se atribuía al tratamiento hormonal, un posible papel desencadenante del cáncer de mama y endometrio, pero sin ningún rigor científico, y creando una gran alarma social injustificada.

Las pacientes que han tenido un cáncer de mama y llevan un tiempo considerable en remisión y se encuentran muy perturbadas por toda la sintomatología que aparece en la menopausia, pueden optar por algún tipo de tratamiento para mitigar estos síntomas que la incomodan tanto; siempre que la balanza se incline hacia los beneficios y no aporte muchos riesgos.

Son casos muy especiales y han de llevarse bajo una supervisión médica muy especializada (Unidades de Patología Mamaria) y muy de cerca.

Novedades en el tratamiento de la menopausia

Raloxifeno: pertenece al grupo de los moduladores selectivos de receptores estrogénicos, teniendo un efecto similar a éstos al actuar sobre el hueso y el sistema cardiovascular, por lo que son efectivos a la hora de prevenir la osteoporosis y los factores de riesgo de enfermedades coronarias en la mujer menopaúsica. Sin embargo tienen un efecto opuesto a los estrógenos en la mama y el útero, por lo que no parece existir, con su uso, riesgo de cáncer a nivel del aparato ginecológico, ni de mama, ni de endometrio. En cambio, presentan la desventaja de que no son útiles para tratar otros síntomas menopaúsicos, como los sofocos.

Fitoestrógenos: son compuestos que, aunque no son esteroides, poseen una débil actividad estrogénica; es decir, tienen acciones semejantes a los estrógenos. Derivan de las plantas, principalmente de la soja, y el grupo más estudiado es el de las isoflavonas, principalmente la Genisteina y Daidzeina. Su uso es muy novedoso, por lo que aún se están estudiando bien sus propiedades, aunque parece demostrado su potencial para disminuir los sofocos, mejorar los parámetros de riesgo cardiovascular y prevenir la pérdida mineral ósea asociada a la menopausia.

Este tratamiento hormonal debe completarse con una dieta equilibrada y ejercicio físico.

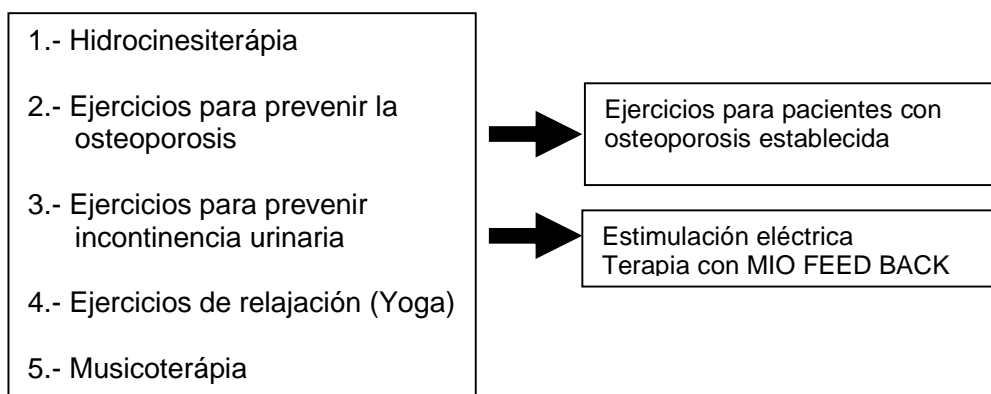
Las vías de administración más frecuentes *son* la vía transdérmica (los parches) y la vía oral (las pastillas).

**PROPUESTA DE PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA IDENTIFICAR
Y REALIZAR TRATAMIENTO PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS FÍSICOS
DE MUJERES MENOPAÚSICAS DE
45 a 55 años de edad**

7.1. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

- Aproximación al medio acuático desde la motricidad cotidiana de las personas.
- Mejorar la movilidad articular, retraso de descalcificación ósea, mantener fuerza flexibilidad, tono muscular y disminución de la fatiga.
- Aumento de la capacidad ventilatoria, disminución del trabajo respiratorio al mejorar la cinética del diafragma.
- Aprovechar propiedades físicas del agua.
- Mediante el ejercicio prevenir las fracturas a través del mejoramiento de la postura.
- Fortalecer la musculatura aumentando la confianza y la agilidad.
- Realizar ejercicios con pesos por el efecto osteogénico.
- Ejercicio de Kegel para fortalecer músculos del piso pélvico.
- Toma de conciencia de la función fisiológica mediante el uso del biofeedback.
- Uso de los ejercicios de yoga para combatir el estrés.
- Reducir el estrés y la ansiedad mediante el uso de la musicoterapia.

7.2. ESQUEMA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO



7.3. PLAN FISIOTERAPEÚTICO

1 a 3 semanas	3 a 6 semanas	6 a 12 semanas
Hidrocineciterápia	Hidrocineciterápia	Hidrocineciterápia
Ejercicios de relajación	Ejercicios para prevenir la osteoporosis	Ejercicios para prevenir la osteoporosis
Músico terapia	Ejercicios para prevenir la incontinencia urinaria	Ejercicios para prevenir la incontinencia urinaria
	Relajación	Relajación
	Músico terapia	Músico terapia

Se realizará las sesiones tres veces por semana en grupos de cuatro personas en gabinete, realizando una orientación domiciliaria con el fin de que cada paciente, llegue a tomar conciencia de la importancia y los beneficios de la rutina, que le traerán bienestar a corto plazo.

Previamente de iniciado el plan fisioterapéutico se realizará el tes. de valoración de factores de riesgo en osteoporosis a cada una de las pacientes.

7.4- VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.-

- 1.- ¿Tiene enfermas sus encías o ha perdido gran cantidad de dientes?
- 2.- ¿Ingiere cinco ó mas tazas de café diarias?
- 3.- ¿Fuma uno ó mas paquetes de cigarrillos diarios?
- 4.- ¿Bebe mas de dos medidas de whisky ó su equivalente diario?
- 5.- ¿Pertenece al sexo femenino?
- 6.- ¿Es europea o descendiente?

- 7.- ¿Es delgada?
- 8.- ¿Tiene un familiar que haya sufrido una fractura de cadera ó vértebra después de los 45 años?
- 9.- ¿Tiene familiares que hayan sufrido pérdida significativa de su altura con su edad?
- 10.- ¿Realiza poca actividad física?
- 11.- ¿Consume pocos productos lácteos diariamente?
- 12.- ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?
- Hepatopatías (enfermedad del hígado)
 - Tireoideopatía (enfermedad de la tiroides)
 - Epilepsia
 - Artritis reumatoides
 - Diabetes
- 13.- ¿Recibió corticoides durante un período prolongado?
- 14.- ¿Presentó su menopausia (natural ó quirúrgica) y no recibió hormonas femeninas?
- Cada respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, valorarlas con un punto.
Cada respuesta afirmativa a las preguntas 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, valorarla con dos puntos.
Cada respuesta afirmativa a las preguntas 12, 13, 14, valorarla con tres puntos.
Si totaliza más de 12 puntos presenta riesgo de desarrollar osteoporosis. (*)

7.5- HIDROCINESITERÁPIA

La Gimnasia Acuática consiste en realizar ejercicios en el agua que

(*) Cuestionario del Dr. Zanchetta del Instituto de investigaciones Metabólicas, de Argentina y del Centro de Diagnóstico de Osteoporosis

comúnmente se hacen en tierra, aprovechando la modificación y los beneficios que el agua brinda es decir, traspasar al agua ejercicios de brazos, piernas, tronco, articulaciones y musculatura que se utilizan en las clases de Ejercicios Físicos, además de los ejercicios habituales utilizados en la natación y demás actividades acuáticas.

Programa de gimnasia acuática

Este programa esta dividido en tres partes:

1. Calentamiento: de manera que elevemos la temperatura y el ritmo cardíaco, para poner en disposición el organismo para la actividad física. Tendrá una duración aproximada de 5-10 minutos.
2. Parte Principal: en esta parte desarrollaremos el objetivo principal de la sesión, tratando de mantener las pulsaciones. Tendrá una duración aproximada de 20-25 minutos.
3. Vuelta a la Calma: donde se empezará a rebajar pulsaciones, acompañar la respiración a los movimientos, estiramientos de una duración aproximada de 5-15 minutos.

CALENTAMIENTO

Fuera del tanque realizar desplazamientos andando de frente ,hacia atrás, de lado, cruzando pies, sobre puntas ,talones, exterior e interior del pie, con saltos cortos y largos.

En el agua, pisando el suelo realizamos los mismos desplazamientos que hemos hecho afuera. Además de dar saltos hacia delante, con un pie, posteriormente con los dos pies hacia un lado y otro.

Hacer círculos, flexiones y extensiones con muñecas, codos, brazos de la misma forma con tobillos rodillas y piernas.

Flexionar el tronco lateralmente a derecha e izquierda,

Flexionar lateralmente el cuello apoyando la cara en el agua.

Agarrados al borde, apoyar los pies en la pared con piernas flexionadas, extender las piernas manteniendo la posición unos segundos, volver a flexionarlos.

PARTE PRINCIPAL

Paciente en sed estación elevar piernas, tocarse el pecho con rodillas, hacer tijeras con piernas y también con pequeños desplazamientos.

Apoyando la espalda en la pared o bien en la espalda de otro compañero separar y juntar los brazos por delante del cuerpo arrastrando agua hacia dentro y fuera con las palmas. Con los brazos semiflexinados.

Siguiendo el ritmo marcado de una música realizar una pequeña coreografía.

VUELTA A LA CALMA

Con la ayuda de flotadores realizar y controlando la respiración la paciente debe flotar aprox. 10 min.

Se debe tomar el pulso para determinar el estado físico, cuanto mejor sea el mismo mas despacio latirá el corazón. Al concluir un ejercicio se recomienda tomar el pulso por 10 segundos y multiplicarlo por 6. De esta manera se obtiene el pulso por minuto. La frecuencia del pulso durante el ejercicio deberá ser 120 a 130 latidos por minuto.

- **Pulso de entrenamiento.-**

Se aplicara la siguiente formula:

$$PE = (FCM - FCR) \times 0.6 \text{ el primer mes} + FCR$$

- **Frecuencia Cardiaca.-** Para la frecuencia cardiaca se tomará la siguiente formula:

$$220 - \text{edad (en la costa)}$$

190 – edad (en la altura)

El porcentaje adecuado para comenzar depende del nivel de aptitud física previo, la edad el tiempo de inactividad o la presencia de alguna alteración física. Para este rango de edad es conveniente comenzar con porcentajes del 40%.

Se puede tomar en cuenta la medición de esfuerzo que puede resultar útil. Se relacionará con la sensación subjetiva que dá el ejercicio, es decir el nivel de “cansancio” que se siente. (Escala de Borg)

1. Siente el ejercicio como muy liviano
2. Muy liviano
3. Liviano
4. Algo pesado
5. Pesado
6. Muy pesado
7. Muy pesado
- 8-9. Casi intolerable
10. Intolerable, imposible concluir

Para iniciar el programa se aconseja realizar los ejercicios a un nivel 3 a 4

Para el control del peso de la paciente se tomara la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$$

Dividir el peso entre el resultado de la multiplicación de la altura

Se deberá tomar en cuenta el resultado con los parámetros siguientes, para saber si esta excedida de peso:

De 20 – 24.5 = peso normal

De 25 – 29 = sobrepeso

Si da mas de 30= obesidad

Efectos fisiológicos y terapéuticos del ejercicio en el agua, la temperatura promedio es de 35.5° a 36.5° C. El periodo de inmersión para la mayoría de los pacientes es de 20 minutos aunque algunos pueden comenzar con 5 minutos o incluso pueden permanecer hasta 45 minutos.

Efectos fisiológicos durante la inmersión:

- Elevación general de la temperatura corporal debido a diversos factores, la temperatura del agua esta por encima de la temperatura de la piel, el cuerpo gana calor a través de las áreas bajo el agua como la contracción muscular al realizar los ejercicios, por lo tanto es inevitable una elevación de la temperatura.
- Aumento del riego sanguíneo periférico por consecuencia se incrementa la frecuencia cardiaca, como resultado del ejercicio y la intensidad del mismo.
- Durante la inmersión la arteriolas se dilatan y, por lo tanto la resistencia periférica y la presión sanguínea descenderán.
- La elevación de la temperatura incrementa el metabolismo y por lo tanto, aumenta el metabolismo en la piel y el de los músculos y, como se eleva la temperatura corporal también se incrementa el metabolismo general. Esto aumenta las demandas de oxígeno y la producción de dióxido de carbono produciendo una elevación de la frecuencia respiratoria.
- El calor relativamente suave del agua disminuye la sensibilidad de las terminaciones nerviosas y como los músculos se ven calentados por la sangre que pasa a través de ellos su tono disminuir,

7.6- TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EJERCICIOS PARA PREVENIR LA OSTEOPOROSIS

PRIMERA ETAPA Se sugiere 10 repeticiones por ejercicio, al inicio se realizara una sola serie progresivamente ira aumentando lentamente y sin causar fatiga.

1 – Paciente posición inicial cubito supino pesas de 0,5 KG. Realizar flexión de brazos mantener 5 seg. Y bajar acompañar de ejercicios respiratorios inspirar al realizar la flexión y espirar al realizar la extensión (flexores de hombro y aductores)

2 – En la misma posición realizar flexión y extensión de codos (bíceps y tríceps).

3 –Fortalecimiento de abdomen flexores de cadera y abdominales inferiores Pacientes en posición supino rodillas flexionadas y caderas mantener piernas rectas durante 5 seg. Y bajar lentamente controlando la bajada se puede ayudar la paciente fijando los miembros superiores

4 –Ejercicio para muslos posteriores y glúteos paciente en posición de cubito ventral pesas a nivel de tobillos levantar uno de los miembros inferiores mantener 5 segundos y bajar lentamente alternar los miembros inferiores .

5 –Cuadriceps Paciente en sed estación 90 pesas a nivel de tobillo realizar extensión de miembros inferiores mantener 5 seg. Alternar ambas piernas

6 -- Ejercicio para abductores y aductores paciente de pie pesas a nivel de tobillos separa un miembro inferior y mantener elevado durante 5 seg. alternar los miembro inferiores.

7.7- EJERCICIOS PARA PACIENTES CON OSTEOPOROSIS ESTABLECIDA

Se ha comprobado que los ejercicios de flexión de columna vertebral aumenta la incidencia de fracturas vertebrales en mujeres con osteoporosis para lo que se aconseja ejercicios de extensión de columna de la misma manera también están contraindicados los ejercicios con pesas en pacientes con osteoporosis

Es aconsejable realizar un programa de ejercicios para fortalecer abdominales erectores espinales, cuádriceps, glúteos y elongar flexores de cadera y los isquiotibiales

1 – Paciente de cubito supino con rodillas flexionadas contraer glúteos y abdominales sostener la contracción durante 5 segundos y relajar repetir 10 veces

2 – Paciente de cubito supino rodilla flexionada y la otra en extensión levantar y mantener durante 5 seg. y relajar repetir 10 veces

3 – Paciente cubito prono colocar almohada debajo el abdomen flexionar rodillas y contraer glúteos mantener la posición 5 segundos y relajar

4 – Paciente de cubito prono levantar miembro inferior derecho mantener rodilla en extensión durante 5 seg. y bajar repetir 10 veces por lado

5 – Posición cuadrúpeda levantar miembro inferior derecho con rodilla en extensión alternar las piernas mantener 5 seg. Realizar 10 repeticiones.

Los ejercicios físicos son accesibles a todas las mujeres, pero es necesario adecuarlos a las posibilidades y necesidades de cada una de ellas.

La actividad física juega un papel importante para conservar una buena salud. La mujer físicamente preparada tiene mayor resistencia y menor probabilidad de enfermarse, y si enferma se recupera más rápidamente.

En esta etapa de la vida las mujeres tienen masa ósea que es consecuencia de su estilo de vida previa.

El ejercicio físico impone una carga mecánica sobre los huesos, y estimula la formación de tejido óseo nuevo.

Para los efectos benéficos del ejercicio se debe tomar en cuenta el triángulo terapéutico preventivo de la osteoporosis.

1) Ejercicios para estimular la formación del nuevo hueso

2) Ingesta adecuada para mineralizar el nuevo hueso

3) Estrógenos para frenar la acción de las células destructoras de huesos

La actividad física perseverante y constante produce varios efectos psicológicos de gran beneficio como ser:

- Sensación de bienestar
- Aumento de la auto estima
- Disminución del stress
- Reducción de la ansiedad y la depresión

7.8- EJERCICIOS PARA PREVENIR LA INCONTINENCIA URINARIA.-

PLAN DE EJERCICIOS DE KEGEL SIN ADITAMENTOS NI DISPOSITIVOS

Consiste en ordenarle al paciente un plan de fisioterapia que realizará 2 a 3 veces por día consistente en contraer la musculatura vaginal, en dos modalidades:

Contracciones rápidas: contraen y relajan la musculatura pubococcigea y pubouretral tan rápido como pueda hacerlo. Contracciones lentas : contraerán dicha musculatura al principio por 3 segundos hasta llevarlo a 10 segundos de contracción sostenida ,seguidas ambas por relajación de dichos grupos musculares ,antes de la siguiente contracción .

Dichas contracciones deberán certificarse con la introducción de un dedo dentro de la vagina para constatar que se está contrayendo el grupo muscular adecuado lo cual sentirán como una presión alrededor del dedo. También se recomienda hacerlo durante la relación íntima, como parte de su entrenamiento.

Se deberá contraer por 5 segundos y relajar por 5 segundos al principio hasta llegar al objetivo de 20 segundos de contracción y 10 segundos de relajación de la musculatura del piso pélvico,3 o 4 veces por día.

Se le recomienda a la pacientes 3 a 4 series diarias de 10 minutos de duración cada una de ellas, realizadas en todas las posiciones posibles (acostada, de pie, sentada , mientras trabaja, mientras come,)

Deberá realizarse por espacio de 16 a 20 semanas, luego mantenerse por lo menos tres veces a la semana.

Aparte de garantizar un fortalecimiento muscular del piso pélvico, obtendrán también un control mas efectivo de sus posibles episodios de contracciones involuntarias del detrusor (hiperactividad vesical) y también obtendrán una mayor satisfacción en sus relaciones intimas, lo cual en conjunto llevará a una mejoría de su calidad de vida en todos sus aspectos . (*)

ELECTROESTIMULACIÓN.-

Si la incontinencia urinaria se encuentra establecida, se aplicará electro estimulación utilizando corriente alterna bifásica ó interferencial buscando los siguientes efectos; inhibición vesical, aumento de la presión de cierre uretral, activación de los músculos del piso pélvico.

BIOFEEDBACK.-

Se busca la toma de conciencia de una función fisiológica que habitualmente no es conciente. El aparato sirve de retroalimentación para el aprendizaje de una autocorrección por medios naturales.

Previamente a la utilización de estos equipos, se realizara la evaluación kuinésica en base a la escala de 0 a 5, a través del tacto vaginal.

0.- Sin contracción palpable o visible

1.- Contracción muscular débil y temblorosa.

2.- Contracción débil pero claramente perceptible.

3.- Contracción franca pero que no puede vencer una resistencia.

4.- contracción franca que puede vencer una resistencia leve.

5.- Contracción máxima que puede vencer una resistencia importante.

Ejercicios de Kegel para la incontinencia urinaria, autor Dr. Arnold Kegel.

La incontinencia es un síntoma tratable y la antigüedad del trastorno no tiene ninguna influencia en los resultados. Con demasiada frecuencia la incontinencia se vive todavía como una fatalidad.

El tabú y el silencio siguen siendo importantes, las mujeres son poco propensas a hablar de su incontinencia es por eso que las sensaciones de imperiosidad y de urgencia desencadenan también un impacto social.

7.9. TERAPIA DE RELAJACIÓN YOGA.-

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Cinco son los ejercicios básicos para aprender a dominar la respiración:

- El primero consiste en extender el cuerpo y, con las manos sobre el diafragma, expulsar el aire de los pulmones e inspirar con profundidad hasta que el diafragma se ensanche y el tórax quede estirado por completo. Exhalando e inspirando siempre el aire por la nariz, repetir unas diez veces
- El segundo, con la misma posición del anterior, está destinado a contener la respiración. Radica en inspirar con profundidad y retener el aire en los pulmones durante unos segundos y, a continuación, expulsarlo por completo. Repetir desde el comienzo entre diez y quince veces.
- El tercer ejercicio, dedicado a practicar la respiración rápida, se inicia sentado sobre los talones. Espirar el aire de los pulmones e inclinar el cuerpo hacia delante. Volver a la posición original inspirando lenta y profundamente. Repetir cuatro o cinco veces más.
- El objetivo del cuarto ejercicio es aprender a respirar de manera lenta y profunda, que es la forma más adecuada para realizar las posturas que ofrecen mayor dificultad. De pie, con el cuerpo erguido y los

brazos caídos a los costados, inspirar con profundidad y contener la respiración. Girar el tronco hacia un lado, manteniendo las piernas en la misma posición inicial, y extender los brazos hacia arriba. Alcanzado el punto de torsión máxima, girar en sentido contrario. A continuación, volver a la postura original y espirar con lentitud.

- El último ejercicio, que estriba en dominar la respiración alterna, se realiza sentado sobre el suelo, con los ojos cerrados. Con el pulgar de la mano derecha, obturar la fosa nasal del mismo lado e inspirar por la fosa izquierda, contando hasta cuatro. Con el índice de la misma mano, tapar ambas fosas y mantener la respiración durante unos diez segundos. Luego espirar lentamente por la fosa derecha y descansar. Repetir tres veces, con cada fosa nasal y con la mano del lado respectivo.

La relajación profunda estimula la circulación sanguínea y regula el ritmo cardíaco.

La concentración mental es un pilar básico para que el cuerpo logre un estado de abandono total.

La edad se mide por la flexibilidad de la columna; para conservarse joven hay que conservarse flexible.

Esta serie trabaja sistemáticamente desde la base hasta el tope de la columna. Todas las 26 vértebras son estimuladas y todos los chakras reciben una carga de energía.

1) Flexiones Espinales.

Tomar los tobillos con las dos manos e inhalar profundamente, flexionando la columna hacia delante. Exhalar, flexionando en un solo nivel de manera que no oscile. Repetir 20 veces. Descansar 1 minuto.

Beneficio: Este ejercicio estimula y estira la parte baja de la espalda.

2) Flexiones de Columna sentado en los Talones.

Colocar las palmas de las manos sobre los muslos. Inhalar y flexionar la

columna hacia delante. Exhalar y flexionar la columna hacia atrás. Repite 20 veces. Descansar 2 minutos.

Beneficios: Este ejercicio es para la parte mediana de la columna

3) Giros Laterales.

En postura inicial, tomar los hombros con el pulgar hacia atrás y los dedos hacia adelante. Inhalar y girar hacia la izquierda, exhalar y girar hacia la derecha. La respiración es larga y profunda. Repite 20 veces e inhalar mirando hacia el frente. Descansa 1 minuto.

Beneficios: Este ejercicio abre el centro del corazón y estimula la parte superior de la columna.

4) Elevaciones con agarre de oso.

Entrelazar los dedos en la Cerradura del Oso en el centro del corazón.

Inhalar y subir el codo izquierdo, bajando el codo derecho. Exhalar y bajar el codo izquierdo, subiendo el codo derecho. La respiración es larga y profunda. Continúa 20 veces. Inhala, exhalar y tirar de la cerradura. Inhalar y relajarse 30 segundos.

5) Flexiones con brazos extendidos.

En postura inicial, tomar las rodillas y, manteniendo los codos sin doblarse, comenzar a flexionar la parte superior de la columna. Inhalar hacia delante, exhalar hacia atrás. Repetir 20 veces y relajarse 1 minuto.

6) Elevaciones de hombros.

Subir los hombros al inhalar, bajar al exhalar. Continuar por 2 minutos.

Inhalar y mantener 15 segundos con los hombros presionados hacia arriba.

Exhalar y relajar.

Beneficios: Este ejercicio disminuye la tensión en los hombros y relaja la parte superior de la espalda.

7) Giros de cabeza.

Girar la cabeza lentamente hacia la derecha 5 veces moviendo la cabeza en círculos. Luego gira hacia la izquierda 5 veces. Inhala y endereza la cabeza, exhala y relaja.

Beneficios: Este ejercicio alivia la tensión del cuello y estimula la glándula tiroides.

8) En Postura inicial.

Cerrar los dedos en cerradura de oso al nivel de la garganta. Levantar las manos arriba de la cabeza. Inhalar Exhalar. Inhalar, bajar las manos al nivel de la garganta Repetir este ciclo un total de 3 veces.

9) Relajación.

Relajarse profundamente cubito dorsal, las manos a los lados, con las palmas hacia arriba. Simplemente prestar atención a las sensaciones del cuerpo y disfrutar de los sentimientos.

7.10- MUSICOTERÁPIA

La música terapia es el uso de la música para mejorar el funcionamiento físico, psicológico, intelectual o social

La música terapia puede ser definida como "...un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a obtener la salud a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio". (Bruscia, 1998)

La música se disfruta y valora de manera universal y puesto que juega un papel integral en la vida cotidiana, la idea de utilizarla para propósitos terapéuticos parece evidente y fascinante. Esta practica se aconseja realizar

durante todo el tratamiento, para favorecer el recuerdo y el mantenimiento de la memoria, por ejemplo con música de su pasado.

.

8.1- Variables.-

DEPENDIENTE.- Síntomas físicos de mujeres menopaúsicas.

INDEPENDIENTE.- Programa fisioterapéutico de síntomas físicos en las mujeres menopaúsicas.

8.2- Definición operacional de variables.-

a) Síntomas físicos de Mujeres menopaúsicas:

Síntomas físicos que se presentan frecuentemente en mujeres que están cursando la etapa de la menopaúsia y que asisten al servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Militar Central COSSMIL, en el cual se puede implementar la propuesta del programa fisioterapéutico.

b) Propuesta de programa fisioterapéutico para para realizar prevención y tratamiento de síntomas físicos de mujeres menopaúsicas

c) Conjunto de técnicas fisioterapéuticas que ayudan a aliviar los síntomas físicos basada en distintos tipos de ejercicios.

8.3- Operacionalización de variables.-

Variable	Indicador	Ítem	Instrumento de recolección de datos
Síntomas físicos en mujeres menopaúsicas	Sensación de calor Sudoraciones nocturnas Estrés emocional Incontinencia urinaria	Número de síntomas mas frecuentes Porcentaje de mujeres que presentan estos síntomas	Cuestionario # 1
Variable	Indicador	Ítem	Instrumento de

			recolección de datos
Hábito de realizar algún tipo de ejercicio	Porcentaje de mujeres que realizan ejercicios	Número de mujeres que realizan ejercicios	Cuestionario # 1
Conocimiento a cerca de controles ginecológicos y tratamiento de reemplazo hormonal	Número de mujeres que asisten a controles ginecológicos	Número de mujeres que reciben terapia hormonal de reemplazo	Cuestionario # 1
Conocimiento a cerca de la menopausia	Número de mujeres que si conocen sobre la menopausia	Número de mujeres que estén presentando algún síntoma	Cuestionario #1
Mujeres interesadas en realizar el plan de tratamiento	Número de mujeres que si están interesadas en realizar el tratamiento	Número de mujeres para realizar el tratamiento por día	Cuestionario # 1

9- DISEÑO METODOLÓGICO.-

Método descriptivo experimental ó ensayo clínico.

9.1- Lugar de trabajo de investigación.-

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación COSSMIL

9.2- Muestra.-

Mujeres comprendidas entre los 45 – 55 años que asisten al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Militar Central COSSMIL entre los meses de enero a julio de 2006.

La encuesta se realizó un día elegido al azar, teniendo como muestra representativa: 34 mujeres en edad menopaúsica que asistieron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

9.3- Instrumentos de recolección de datos.-

Como instrumento de recolección de datos, se realizó un cuestionario (No.1) destinado a obtener información sobre el problema en estudio. El mismo que es llenado por cada paciente.

Las preguntas realizadas fueron del tipo dicotómicas y de respuesta múltiple.(Anexo)

9.4- Delimitación geográfica

El Hospital Militar Central se halla ubicado en Av. Saavedra s/n Barrio de Miraflores La Paz Bolivia

9.5- Delimitación poblacional

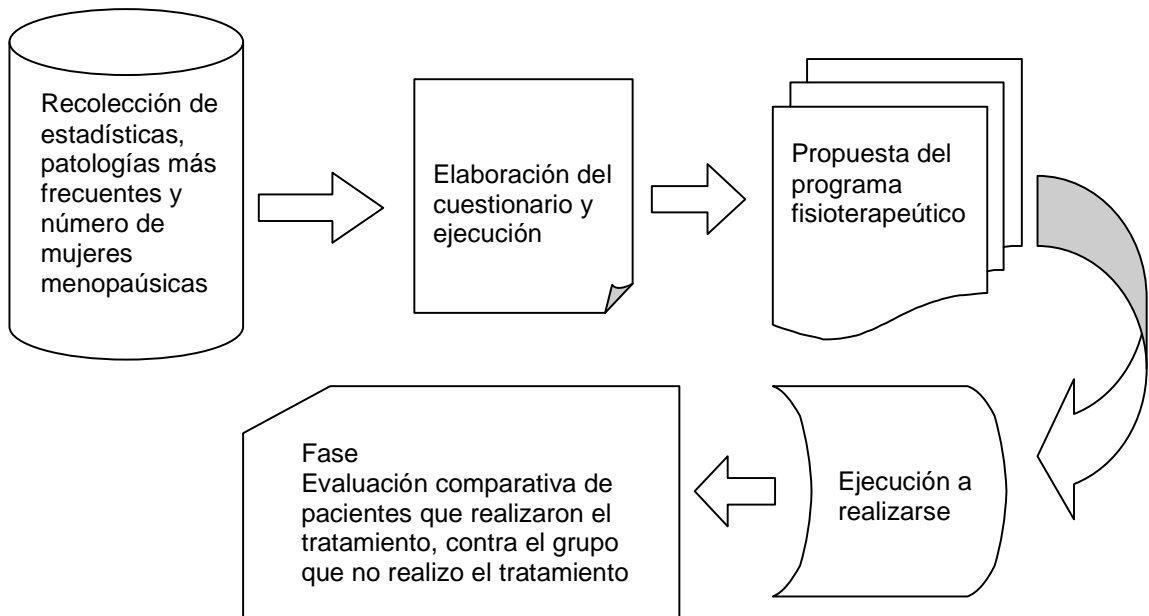
El Seguro Social Militar, actualmente cuenta con 72.022 asegurados a nivel nacional.

La ciudad de La Paz tiene 31.132 asegurados, de los cuales son del sexo femenino 7.812, esposas beneficiarias.

9.6- Delimitación temporal

La investigación se llevo a cabo entre enero y julio de 2006

9.7- FASES METODOLÓGICAS



Este trabajo *para* su ejecución cursó las siguientes fases:

a) Fase 1.-

Recolección de *datos* estadísticos sobre las patologías más frecuentes y el número de mujeres en edad menopaúsica que asisten al servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

b) Fase 2.-

Elaboración y ejecución del cuestionario para diagnosticar el grado de conocimiento y la receptibilidad para poder realizar el programa fisioterapéutico.

c) Fase 3.-

Elaboración de la propuesta del programa fisioterapéutico.

d) Fase 4.-

Ejecución a realizarse.

e) Fase 5.-

Evaluación comparativa de pacientes que realizaron el tratamiento contra pacientes que no lo hicieron, mediante tests de control.

9.8- ANÁLISIS DE LOS DATOS. (Anexo)

10. Resultados

De un total de 7.812 esposas beneficiarias de los asegurados a la Corporación del Seguro Social Militar, se tiene como resultado que en un periodo de 6 meses asistieron al servicio de ginecología 1.472 mujeres comprendidas entre los 45 y 55 años.

En este mismo periodo 497 asistieron al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Dentro de las patologías mas frecuentes, tenemos:

31 % lumbalgias

22 % problemas traumatológicos

14 % cervicalgías

Como resultados del cuestionario No.1 realizado a las pacientes que asistieron al servicio, un día *al azar* comprendidas en la edad de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

69 % se encuentra con sobre peso

71 % no realiza ejercicios

29 % si hace ejercicios

82 % asiste al ginecólogo

18 % no asiste al ginecólogo

76 % no recibe tratamiento hormonal de reemplazo

24 % si recibe tratamiento hormonal de reemplazo

38 % presenta sensaciones de calor

23 % sudores nocturnos

8 % estrés emocional

19 % incontinencia urinaria

12 % no refiere presentar ningún síntoma

Para concluir el 90% de todas las encuestadas, están dispuestas a realizar el tratamiento fisioterapéutico para síntomas físicos en mujeres menopaúsicas.

11. Conclusiones.-

- El conocimiento y Una buena orientación de fisioterapia permitirá a las mujeres en edad menopaúsica, aceptar y prepararse para alivianar los síntomas físicos en esta etapa.
- El papel fundamental de la terapia hormonal, es la prolongación de una vida mas sana desde el punto de vista fisiológico.
- Una población post menopaúsica en constante aumento, establece un deber, de prevenir oportunamente las consecuencias adversas que trae la menopausia a corto mediano y largo plazo.
- Es necesario enfatizar los aspectos educativos en cuanto a la nutrición, la actividad física y los hábitos nocivos (tabaco y alcohol), modificando estilos de vida sedentarios.
- Se sabe que tabaquismo es perjudicial, pero paradójicamente aumenta el número de fumadoras las que alcanzan la menopausia más tempranamente, por los efectos adversos de la nicotina.
- Aunque la menopausia provoca un deterioro en la salud de la mujer, no afecta a todas en igual forma, mientras algunas presentan síntomas intensos otras casi no refieren molestias.
- El programa desarrollado es de fácil ejecución y se podrá realizar adecuaciones e implementaciones complementarias tomando en cuenta otras patologías que tienen síntomas específicos
- En la actualidad existe la posibilidad de tener una edad madura y una vejez agradable sin molestias, tal vez el único requisito es de prevenir y consultar a tiempo, “la mujer debe saber vivir y envejecer”.

12- Recomendaciones.-

- Se recomienda el trabajo en grupo con un equipo multidisciplinario, donde participen ginecólogos, médicos rehabilitadores, nutricionistas, psicólogos y fisioterapeutas.
- Se sugiere difundir los beneficios de la fisioterapia en esta etapa de la menopausia.
- Concientizar a los profesionales de la salud acerca de las ventajas de la fisioterapia.
- Es importante educar y motivar a la población para que tome conciencia acerca de la importancia del ejercicio en su vida cotidiana.
- El presente trabajo es una experiencia que debe continuarse y recomendarse en las patologías encontradas.

Es evidente que no hay muchas reglas nuevas para mantener una buena salud, pero lo importante es incorporarlas como parte de la vida cotidiana. El saber y poner en práctica son dos cosas muy distintas. Los beneficios del ejercicio superan el hecho de mantener un buen tono muscular y mejorar el aspecto físico, sino que contribuyen a una sensación de bienestar general, es así que la mujer que los incorpora en su vida diaria se siente mejor, disfruta más de la vida y hace que la menopausia sea una experiencia saludable.

13- BIBLIOGRAFÍA.-

- Botero Jaime, Jubiz Alfonso, Henao Guillermo. Obstetricia Y Ginecología. 5ta ed.; 1997.
- Blumel M. Juan E., Fundación Prosam editores. Climateri, Manual de consulta Rápida. Santiago de Chile; 1998.
- Díaz Jouanen Efraín, Reza Albarran Alfredo Adolfo. Tratamiento de osteoporosis. Vol. 133. Gaceta médica de México; 1997,
- Dominique Grosse, Sengler Jean. Reeducción del Periné. Masson; 2001.
- Guinot Misericordi y Cataf Joaquín. Estrategias Preventivas de la Osteoporosis. Revista Iberoamericana de revisiones en menopausia ;1999.
- J.C. Medrano Barreda . Manual de Electroterapia. Colección Rehabilitación No.1. Volumen I.
- Ocampo Sonia, La mujer después de los cuarenta, La Paz Bolivia; 1995
- Pineda Elia Beatriz, De Alvarado Eva Luz, De Canelas Francisca H. Metodología de la Investigación. Segunda inicial
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Pumario Corte Hugo . Osteoporosis y Fracturas. Vol 1Sociedad Chilena del Climaterio, Chile; 1998.
- Sampieri Roberto Hernández, Collado Carlos Fernando, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw Hill Interamericana.
- año
- Yves Xhardez , Vademécun de kinesioterapia y reeducación funcional ed. El Ateneo; 1985
- Autor. Titulo. Fecha Disponible en: URL: [http:// www.ops.org.bo](http://www.ops.org.bo)
- Autor. Titulo. Fecha Disponible en: URL: [http:// www.contusalud.com](http://www.contusalud.com)
- Autor. Titulo. Fecha Disponible en: URL: [http:// www.ondasalud.com](http://www.ondasalud.com)
- Autor. Titulo. Fecha Disponible en: URL: [http:// www.elnuevodiario.com.ni](http://www.elnuevodiario.com.ni)
- Autor. Titulo. Fecha Disponible en: URL: [http:// www.lafacu.com](http://www.lafacu.com)

Autor. Título. Fecha Disponible en: URL: [http://](http://www.menopausiahoy.com.ar)

www.menopausiahoy.com.ar

Autor. Título. Fecha Disponible en: URL: [http:// www.canalsalud.com](http://www.canalsalud.com)

Autor. Título. Fecha Disponible en: URL: [http:// www.msd.es](http://www.msd.es)

Incontinencia Urinaria En La Mujer. Disponible en:

URL:<http://www.drscope.com/privados/pac/generales/ginecología/incontin.htm>

Tratamiento De La Vejiga Hiperactiva. Disponible en:

URL:<http://www.urologíaaldía.com.ve/vol2n2/partei.html>

Fisioterapia. Disponible en: URL:[http://www. ctmelies.com/spain/fisio.htm](http://www.ctmelies.com/spain/fisio.htm) ()

Alternativas Terapéuticas Para La Disfunción Misional Crónica. Disponible en: URL:<http://www.aed.es/ponencias/ruiz/cap5/alternativas.htm>

Tohen Zamudio Alfonso. Urología Al Día. Ed. Talleres gráficos de impresión Modernas, México D.F.; 1957 Disponible en: URL:

<http://www.urologíaaldia.con.ve/vol/2n2/parteiii.html>

<http://www.osteoporosis.org.ar/>

ANEXOS

TABLA No. 1**POBLACIÓN POR SEXO EN BOLIVIA**

Bolivia Población			
Sexo	Total	rural	Urbana
mujeres	4'150.475	1'502.351	2'648.124
hombres	4'123.850	1'606.744	2'517.106

Fuente: INE

Esta tabla muestra que la población femenina es mayor en el área urbana en Bolivia 2'648.124. de un total de 4'150.475

TABLA No. 2**POBLACIÓN FEMENINA DE 45 A 55 AÑOS, URBANA, RURAL EN BOLIVIA**

Bolivia				
Mujeres	edad	Total	rural	Urbano
	45	43931	17475	26456
	46	34230	12095	22135
	47	30596	10483	20113
	48	34097	12820	21277
	49	27245	9690	17555
	50	36747	15509	21238
	51	26203	9936	16267
	52	27519	10232	17287
	53	25250	9493	15757
	54	23219	9180	14039
	55	27959	12693	15266
SUMATORIA		336996	129606	207390

Fuente: INE

En la tabla N° 2, observamos que el mayor número de

mujeres esta comprendida en edad de **45 años**, estando la mayor cantidad de personas radicadas en el área urbana **26.456** de un total de **43.931** en esa edad.

TABLA N° 3.

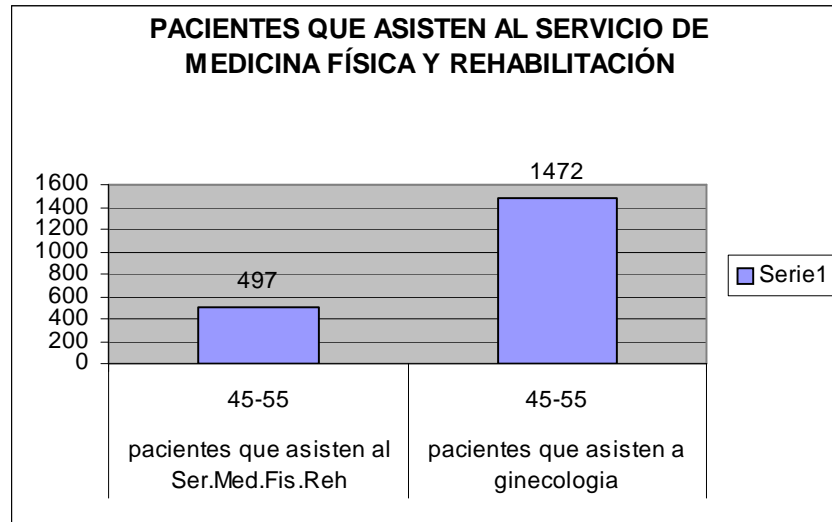
POBLACIÓN FEMENINA 45 A 55 AÑOS, URBANA, RURAL EN LA PAZ

La Paz				
Mujeres	edad	total	rural	urbana
	45	14253	5129	9124
	46	10396	3326	7070
	47	9723	3065	6658
	48	10629	3693	6936
	49	8349	2761	5588
	50	11.886	4.645	7.241
	51	7993	2774	5219
	52	8781	3111	5670
	53	8077	2997	5080
	54	7528	2937	4591
	55	9281	4131	5150
	SUMATORIA		106.896	38569	68327

Esta tabla nos muestra que la población en el área urbana en La Paz es en mayor número **7.241**.de un total de **11.886** y que está comprendida en la edad de 50 años

Resultados

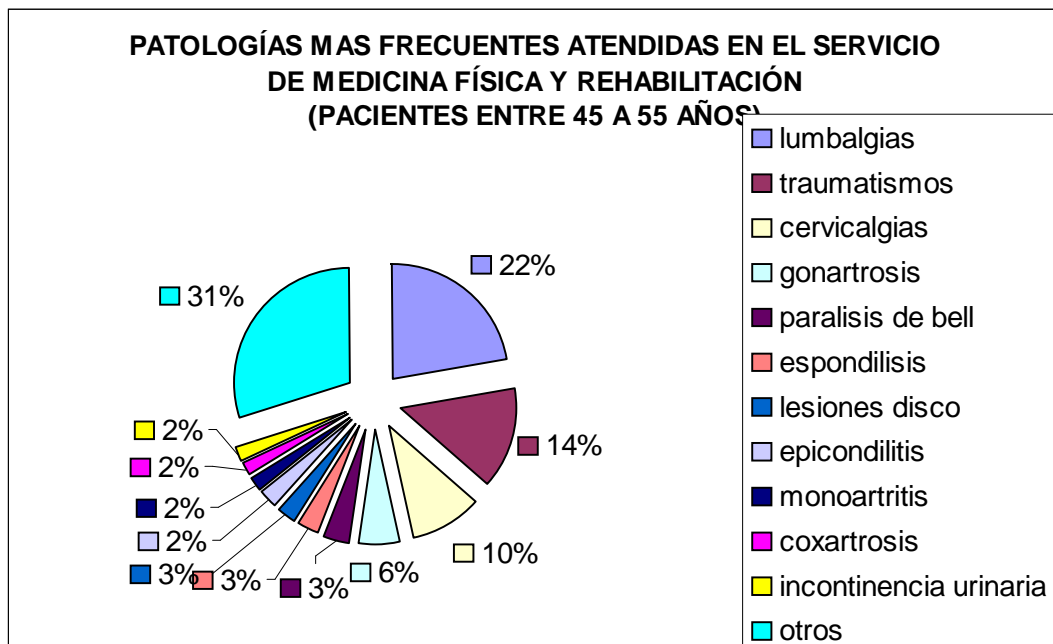
Gráfico No.1



Este cuadro demuestra que la asistencia a ginecología es mayor en esta etapa de la vida de la mujer, que al servicio de medicina física

Fuente: HOSPIMIL

Gráfico No.2



Este cuadro demuestra que las lumbalgias traumatismos y cervicalgias son las patologías mas frecuentes en esta etapa.

Fuente: HOSPIMIL

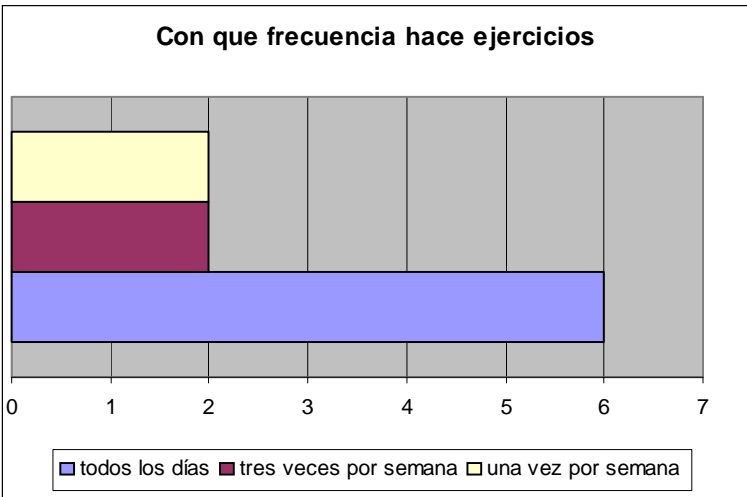
Gráfico No.3



Este cuadro demuestra que el 29% si realiza ejercicios físicos frente a un 71% que no lo hace.

Fuente: HOSPIMIL

Gráfico No.4



Fuente: HOSPIMIL

Este gráfico demuestra que las mujeres que si realizan ejercicios lo hacen diariamente.

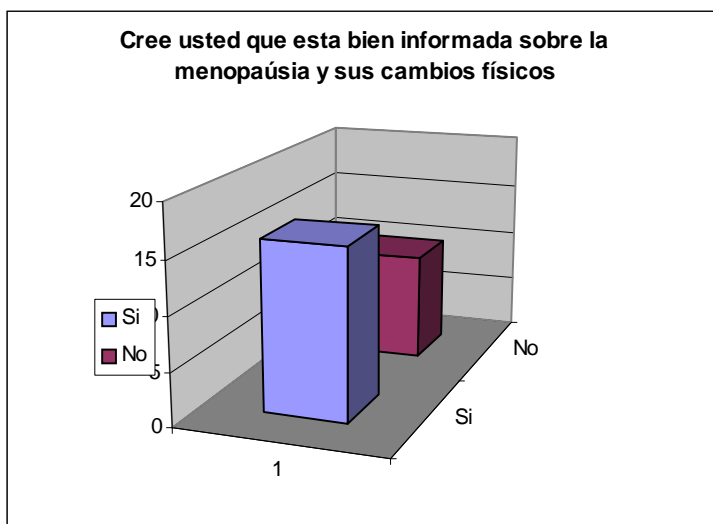
Gráfico No.5



El cuadro demuestra que las mujeres si asisten a sus controles ginecológico.

Fuente: HOSPIMIL

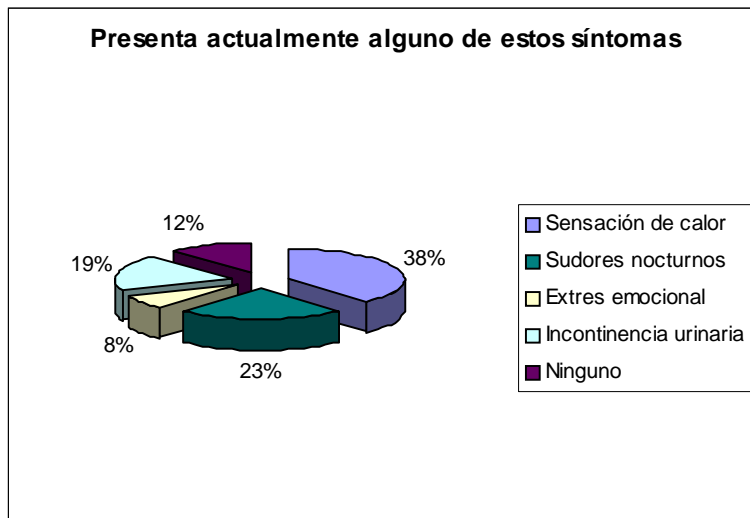
Gráfico No.6



Fuente: HOSPIMIL

La gráfica nos demuestra que las mujeres tienen conocimiento de la menopausia en mayor proporción.

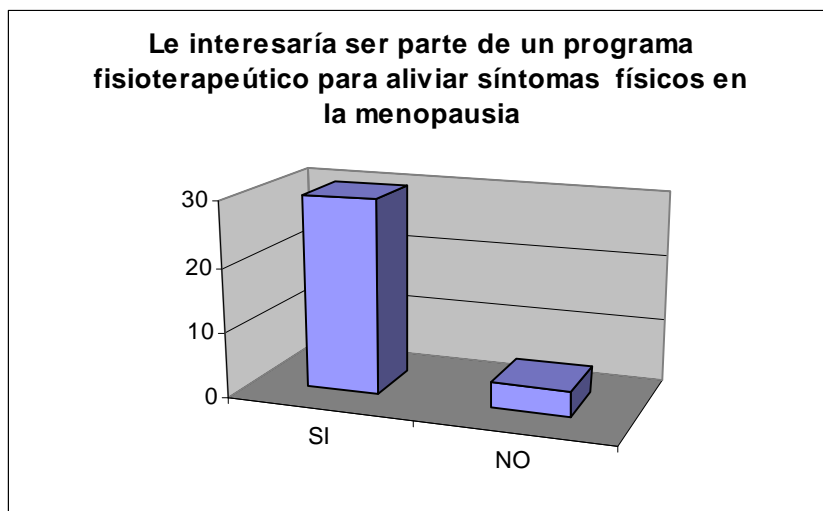
Gráfico No.7



La gráfica nos demuestra que los síntomas más frecuentes son la sensación de calor, seguido de sudores nocturnos y el estrés emocional.

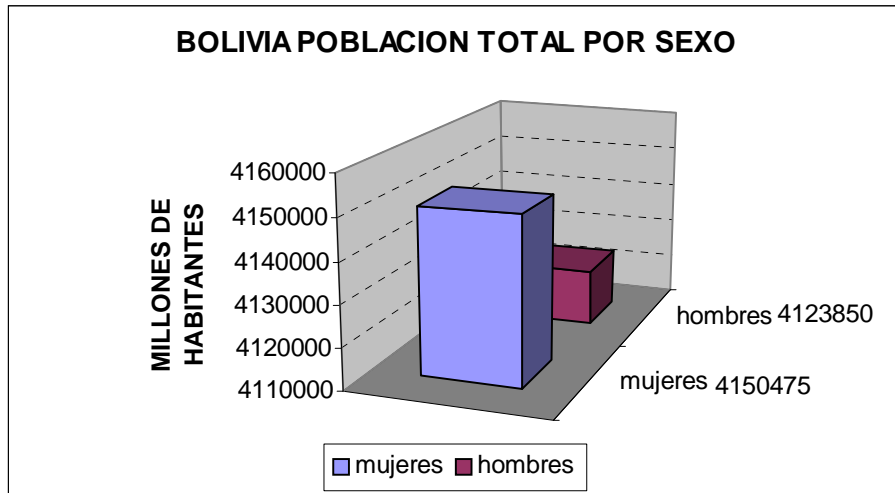
Fuente: HOSPIMIL

Gráfico No.8



La gráfica demuestra que si hay interés en el programa fisioterapéutico

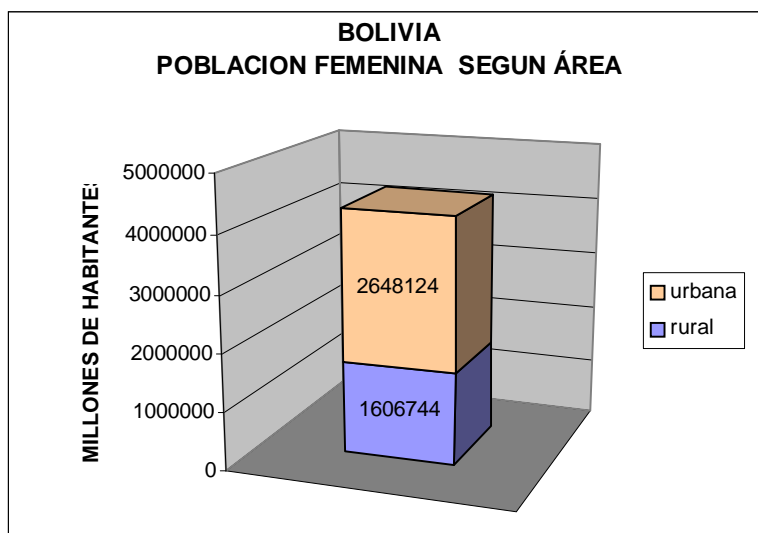
Gráfico No.9



El cuadro muestra que hay mas mujeres que hombre en Bolivia aunque la diferencia no es significativa.

Fuente: INE

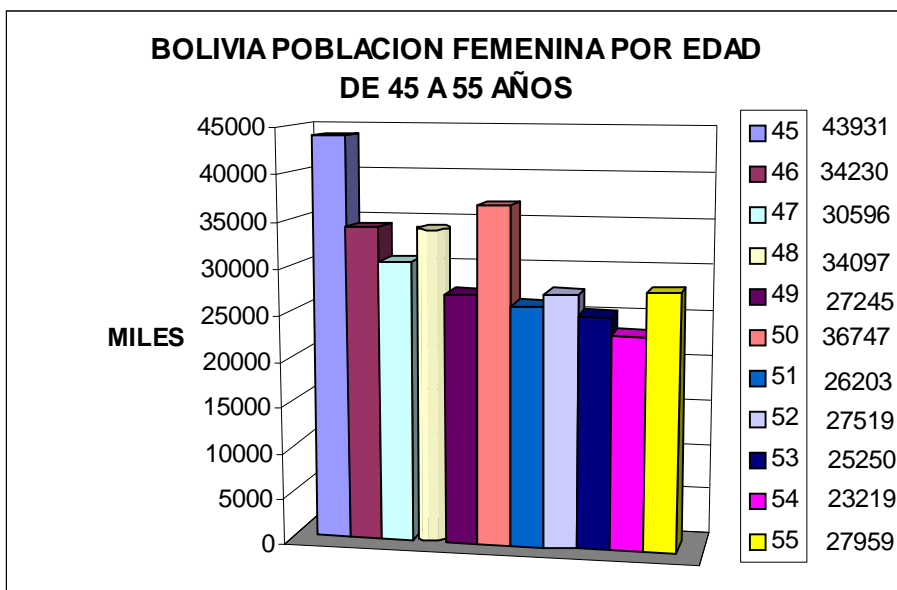
Gráfico No.10



El cuadro muestra que la concentración de mujeres es mayor en áreas urbanas que rurales.

Fuente: INE

Gráfico No.11

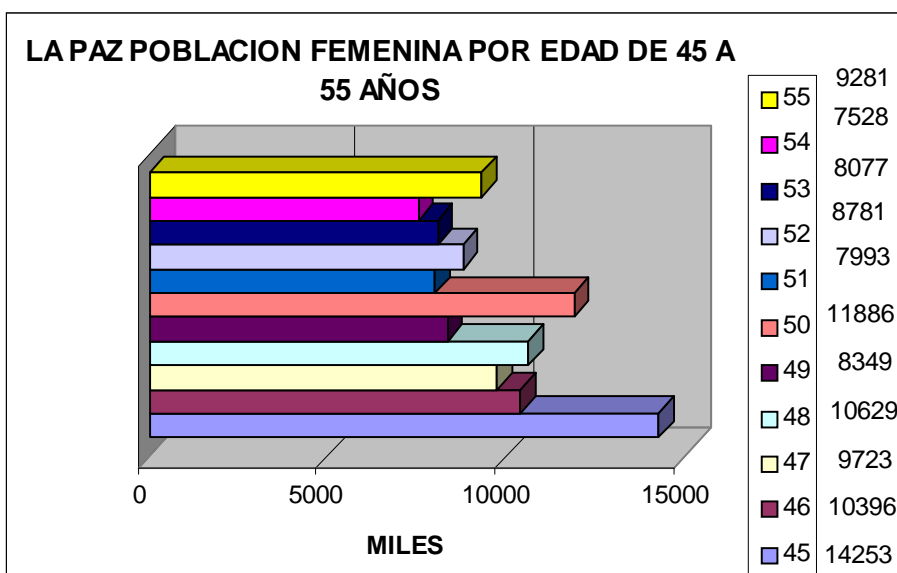


Según el cuadro la población femenina entre 45 y 50 años tiende a disminuir aunque no significativamente.

Sin embargo entre los 50 y 55 años esta tendencia va en aumento, haciéndose mas notoria.

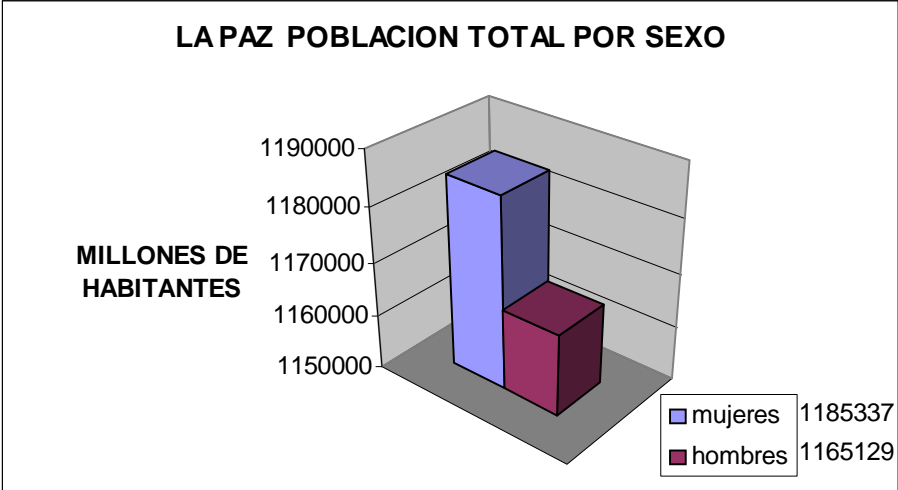
Fuente: INE

Gráfico No.12



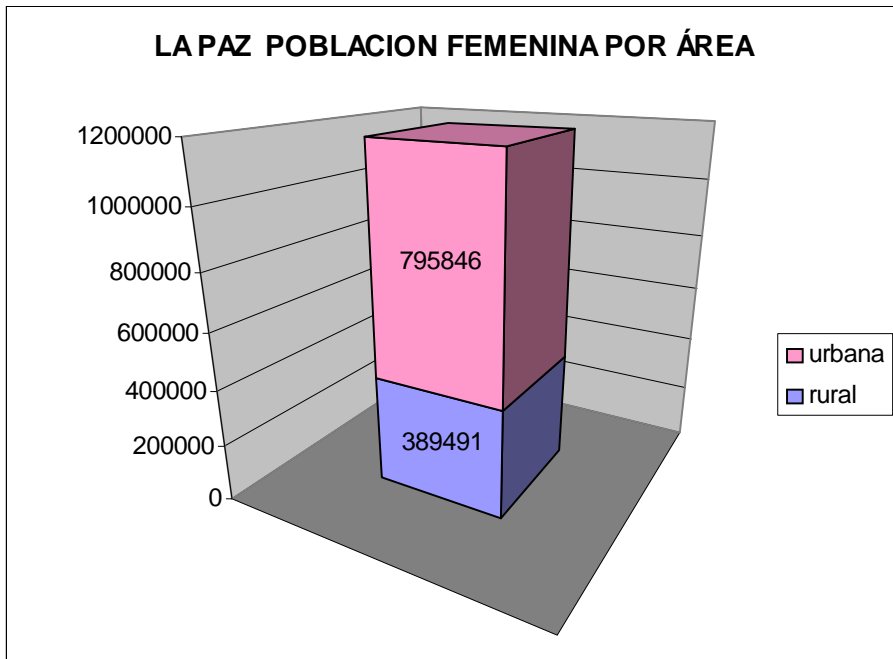
El cuadro muestra que a nivel departamental la población femenina tiende a disminuir a medida que la edad avanza, manteniéndose la tendencia mostrada a nivel nacional. Fuente: INE

Gráfico No.13



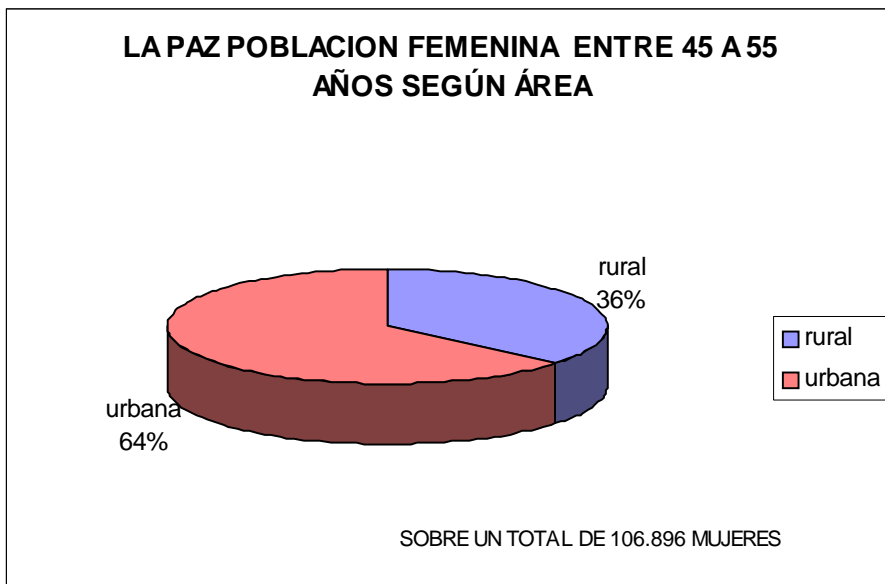
El cuadro muestra la misma relación que a nivel nacional. Existen mas mujeres que hombre en el departamento, aunque la diferencia en este caso tampoco es significativa. Fuente: INE

Gráfico No.14



El cuadro muestra hay mas mujeres que viven en áreas urbanas que en áreas rurales. Fuente: INE

Gráfico No.15



El cuadro muestra que hay mas mujeres en el rango de 45 a 55 años que viven en áreas urbanas, dato que posibilita la mayor atención al problema tratado.

Fuente: INE

**PROPUESTA DE PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA IDENTIFICAR
Y REALIZAR TRATAMIENTO PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS FÍSICOS
DE MUJERES MENOPAÚSICAS DE
45 a 55 años de edad**

CUESTIONARIO

Marque las respuestas que la identifiquen

- A) Edad Peso
B) Aprox

C) Realiza usted algún tipo de ejercicio físico?

- 1) SI 2) NO (pase a E)

D) Con que frecuencia lo hace?

- 1) Todos los días
2) Tres veces por semana
3) Una vez por semana

E) Acude a sus controles ginecológicos?

- 1) SI 2) NO

Recibe actualmente algún tratamiento de reemplazo

F) hormonal?

- 1) SI
- 2) NO

G) Cree usted que esta bien informada sobre la menopausia y sus cambios físicos?

- 1) SI
- 2) NO

H) Presenta actualmente alguno de sus trastornos?

- 1) Sensación de calor
- 2) Sudores nocturnos
- 3) Estrés emocional
- 4) Incontinencia urinaria
- 5) Ninguno

Le interesaría ser parte de un programa fisioterapéutico para aliviar

I) síntomas físicos en mujeres menopausicas

- 1) SI
- 2) NO