

Reducción de peso corporal como prevención de la hiperplasia endometrial, Hospital Teófilo Dávila Machala

Número Publicado el 20 de junio de 2017

<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.3.jun.200-220>
[URL: http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index](http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index)

Ciencias Medicas

Artículo Científico

Reducción de peso corporal como prevención de la hiperplasia endometrial, Hospital Teófilo Dávila Machala

*Reduction of body weight as prevention of endometrial hyperplasia, Teófilo Dávila
Machala Hospital*

*Redução do peso corporal e prevenção de hiperplasia endometrial, Hospital Teofilo
Davila Machala*

Yazmin de las M. Granda-Barba ^I
Universidad de Guayaquil
Guayaquil, Ecuador
yazmin.grandab@ug.edu.ec

María L. Acuña-Cumba ^{II}
Universidad de Guayaquil
Guayaquil, Ecuador
draluisacunacubma@gmail.com

José M. Cabrera-Moscoso ^{III}
Universidad de Guayaquil
Guayaquil, Ecuador
josecabrera567@hotmail.com

Recibido: 30 de enero de 2017 * **Corregido:** 20 de febrero de 2017 * **Aceptado:** 20 junio de 2017

- ^{I.} Obstetriz; Magister en Nutrición; Diplomado en Docencia Superior; Universidad de Guayaquil.
^{II.} Doctora Medicina y Cirugía; Especialista en Patología clínica; Magister en Bioquímica Clínica; Diplomado en Docencia Superior; Universidad de Guayaquil.
^{III.} Doctor en Medicina y Cirugía; Especialista en Ginecología y Obstetricia; Universidad de Guayaquil.

Resumen.

Con el objetivo de establecer el efecto de la obesidad sobre el endometrio y considerando que su prevalencia en el Ecuador, particularmente entre las mujeres, se incrementa de manera significativa con la edad asociándose de acuerdo a diferentes estudios a un riesgo aumentado de padecer Hiperplasia Endometrial, se realizó un estudio cualitativo, transversal, no experimental, mediante la revisión de historias clínicas que reposan en los archivos de Estadística y Admisión del Hospital Teófilo Dávila de Machala, de pacientes que acudieron al Servicio de Ginecología y que en el curso de su evaluación fueron diagnosticadas de Hiperplasia Endometrial, durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2015, por lo que se puede deducir que tal como lo describe la literatura médica, sobrepeso guardan estrecha relación con el desarrollo de Hiperplasia Endometrial y una de sus manifestaciones más frecuentes, la Hemorragia Uterina Anormal, de modo que cabe esperar que la implementación de un plan de reducción de peso basado en la educación a las usuarias en temas de nutrición, actividad física y estilos de vida saludables puede contribuir a reducir la incidencia de estas patologías.

Palabras clave: Hiperplasia endometrial; hemorragia uterina anormal; sobrepeso; obesidad; IMC.

Abstract.

With the objective of establishing the effect of obesity on the endometrium and considering that its prevalence in Ecuador, particularly among women, increases significantly with age, being associated, according to different studies, an increased risk of endometrial hyperplasia, A qualitative, cross-sectional, non-experimental study was carried out by means of the review of clinical records in the Statistical and Admissions files of the Hospital Teófilo Dávila de Machala, of patients who attended the Gynecology Service and who, during the evaluation, were Diagnosed with Endometrial Hyperplasia, during the period from January to December 2015, so it can be deduced that as described in the medical literature, overweight are closely related to the development of Endometrial Hyperplasia and one of its most frequent manifestations, Abnormal Uterine Bleeding, so it is to be expected that The implementation of a weight reduction plan based on education to users on nutrition, physical activity and healthy lifestyles can contribute to reduce the incidence of these pathologies.

Key words: Endometrial hyperplasia; abnormal uterine bleeding; overweight; obesity; BMI.

Resumo.

A fim de estabelecer o efeito da obesidade sobre o endométrio e considerando que a sua prevalência no Equador, especialmente entre as mulheres, aumenta significativamente com a idade sendo associado de acordo com diferentes estudos para um aumento do risco de hiperplasia do endométrio, uma qualitativa, transversal, estudo não-experimental foi realizado através da revisão de registros médicos que repousam nos arquivos de Estatística e Admissão Theophilus Hospital Dávila de Machala, os pacientes que participaram do Ginecologia e no decorrer de sua avaliação foram diagnosticada hiperplasia endometrial, durante o período de janeiro a dezembro de 2015, para que ele possa ser deduzido que, como descrito na literatura médica, o excesso de peso intimamente relacionada com o desenvolvimento de hiperplasia do endométrio e uma de suas manifestações mais frequentes, sangramento uterino anormal, por isso espera-se que implementação de um plano de redução de peso é baseada em usuários educação sobre nutrição, actividade física e estilos de vida saudáveis podem ajudar a reduzir a incidência dessas doenças.

Palavras-chave: hiperplasia endometrial; hemorragia uterina anormal; excesso de peso; obesidade; IMC.

Introducción.

La obesidad se ha incrementado en su frecuencia y se prevé que esta tendencia va a mantenerse en los próximos años. El índice de masa corporal (IMC) excesivo tanto en el rango de sobrepeso como de obesidad constituye un factor de riesgo para varias patologías, entre ellas la hiperplasia endometrial considerada además como lesión precursora de cáncer de endometrio, cuya incidencia ha sido vinculada también a diabetes e hipertensión arterial entidades claramente asociadas a la misma obesidad.

Se ha encontrado evidencia de que a diferencia de la obesidad de tipo ginecoide o femoroglútea, la obesidad de tipo androide entraña mayor riesgo metabólico, más aún en la perimenopausia y postmenopausia temprana que se acompañan de notables modificaciones en el peso y en la distribución de la grasa corporal, que adquiere entonces un predominio central a nivel de tronco y grasa visceral. La incidencia real de hiperplasia endometrial es desconocida puesto que no siempre produce síntomas, pero se calcula que alrededor de 8 de cada 1000 postmenopáusicas asintomáticas la tienen, cifra que llega al 15% en las que presentan sintomatología (Rumack, Wilson, Charboneau, 2006).

La obesidad constituye un grave problema de salud pública que se relaciona con un notable incremento en el riesgo de hiperplasia endometrial (HE). En mujeres en edad fértil, la obesidad y el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) guardan relación producen anovulación y consecuentemente con una exposición sostenida del endometrio a la acción estrogénica sin oposición de parte de la progesterona. Después de la menopausia las pacientes obesas sufren también una exposición endometrial a altos niveles de estrógenos originados en la conversión periférica de andrógenos a estrona y estradiol que estimulan el endometrio, produciendo su proliferación que puede llegar a la hiperplasia.

El sobrepeso y la obesidad son por lo general, consecuencia de un gran desbalance entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas en la ejecución de diferentes actividades. La ingesta de alimentos con contenidos altos de grasa, azúcares y sal, ha aumentado considerablemente en todo el mundo, mientras que concomitantemente disminuye el consumo de alimentos ricos en vitaminas, minerales y micronutrientes, configurando dietas hipercalóricas, que junto a bajos niveles de actividad física debido a tipos de trabajo y estilos de vida cada vez más sedentarios, así como nuevas formas de movilización, favorecen la ganancia de excesiva de peso. Algunos cambios ambientales y sociales debidos al desarrollo generan modificaciones en la alimentación y niveles de actividad

física se van consolidando ante la ausencia de políticas adecuadas en salud, educación, medio ambiente, producción, transporte, planeamiento urbano, agricultura e industria de alimentos.

Se prevé entonces, que la implementación de planes dirigidos a la prevención de sobrepeso y obesidad puede no solo evitar el desarrollo de patologías de ámbito cardiovascular, endócrino, metabólico, osteoarticular y ginecológico, específicamente de hiperplasia endometrial y su principal manifestación, la hemorragia uterina anormal (HUA) y la expresión más grave de la patología endometrial, el Cáncer de Endometrio (CE), aunque existen dudas acerca de si el riesgo oncológico disminuye substancialmente con la disminución del peso corporal, o si el riesgo ya está determinado por el sobrepeso previo.

Sin embargo, el incremento de la incidencia de CE durante la década de 1970 en coincidencia con la introducción de la terapia reemplazo hormonal sin progestágeno y la posterior caída de dicha incidencia en los años ochenta al añadir la oposición hormonal con progestágenos, hace sospechar el riesgo de carcinogénesis a nivel de endometrio responde al estímulo de los estrógenos en etapas tardías, de manera que una reducción significativa de peso si sería capaz de disminuir también el riesgo derivado del hiperestrogenismo endógeno mediado por la obesidad (Carreras & Mancebo, 2007).

Materiales y métodos.

Objeto de estudio

Hiperplasia endometrial

Campo de investigación

Sobrepeso y obesidad en mujeres con hiperplasia endometrial

Utilidad metodológica

La presente investigación aporta referentes metodológicos sobre cómo proceder en otros estudios similares al presente. Es un antecedente que valida la utilizad metodológica del presente estudio para otras investigaciones que puedan realizarse en el mismo contexto en relación a las mismas variables.

Referencias sociales

La investigación es muy importante en cuanto aborda un problema social que se está manifestando en toda la sociedad en general por lo que puede contemplarse en otros escenarios, países o regiones. Es un tema relevante que desde lo social enmarca conductas de riesgo vinculadas a la obesidad así como se relaciona a la cultura de las personas vinculada al tema.

En un estudio retrospectivo, observacional descriptivo de corte transversal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con Diagnóstico de Hiperplasia de Endometrio confirmada por histopatología (Celi, 2014), con el objetivo de determinar los factores que predisponen a la aparición de esta patología ginecológica, durante el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2013, un total de 215 pacientes registraron en su historial clínico el reporte histológico confirmando la presencia de HE, mientras que 49 pacientes no reportaron anormalidad en su muestra histológica (Celi, 2014). Los resultados evidencian que de las 215 pacientes con hiperplasia endometrial, 200 de ellas (93%) presentaron un IMC mayor de 30 Kg/m² (p= 0.032), es decir, obesidad, siendo la que predominó la obesidad grado I (Leve) con 113 pacientes correspondiente a un 52% (Celi, 2014). En lo que respecta a la Diabetes Mellitus como otro factor de riesgo, de las 215 pacientes con hiperplasia, 170 (79%) eran diabéticas (p= 0.019). En cuanto a la presencia de hipertensión arterial, 166 pacientes tenían hipertensión y desarrollaron hiperplasia endometrial (p= 0.57). En lo que concierne a la edad de diagnóstico de la enfermedad, 145 pacientes (67%) tenían edades entre 50 y 59 años (p= 0.006), siendo ésta la edad de presentación más común de la enfermedad.

Metodología

El presente estudio se enmarca en la metodología cualitativa, la misma que consiste en un paradigma o enfoque que se centra en las cualidades. Es un paradigma flexible que se va construyendo en el proceso investigativo y como tal es adaptable a diversos estudios sociales, culturales, entre otros.

Dentro de la metodología cualitativa, el estudio de caso constituye con valioso recurso para la investigación que permite enfocarse en un aspecto muy particular y concreto de un fenómeno más amplio y más complejo, para arribar a conclusiones y toma de decisiones coherentes que al incidir en el problema específico planteado afecte al mismo tiempo a todo el sistema de manera integral.

El método fundamental con que se trabaja es el estudio de caso. Este se realiza a través de la identificación de temas relevantes, tiene el objetivo de establecer de forma lógica relaciones causales a partir de las que se pueda interpretar una realidad que afecta a determinado proceso o conglomerado sobre el que se puede diseñar una intervención que al ponerla en ejecución modifique esa realidad.

Las observaciones e interpretaciones elaboradas durante el estudio de caso, constituyen el punto de partida para emprender y orientar nuevas investigaciones más amplias y más profundas en base a las conclusiones previas.

Categorías y dimensiones analíticas

Entre las categorías establecidas para el presente estudio de caso se encuentran la cultural y la nutricional, estrechamente ligadas entre sí, puesto que el sobrepeso y la obesidad son problemas de salud cuyo análisis se sitúa entre los límites de la medicina, la nutrición, la psicología y el ámbito sociocultural. Es necesario prestar mayor atención a los aspectos sociales ligados a la obesidad al mismo tiempo que a los nutricionales procurando encontrar elementos que contribuyan a comprender mejor esta patología, que por su frecuencia y repercusiones clínicas, constituye un problema de salud pública con implicaciones sociales que requiere un abordaje multidimensional e interdisciplinario partiendo del reconocimiento de la multicausalidad del problema debido a la convergencia de diversos factores como la producción y comercialización de alimentos ricos en carbohidratos refinados (azúcar, dulces, pasteles) y grasas (aceites, mantequilla, embutidos, salsas, cremas, frituras), todo esto junto a una acelerada urbanización de las comunidades que hace que las personas caminen menos y usen más los medios de transporte, abandonen hábitos de ejercicio por falta de áreas seguras e incurran en la utilización excesiva de tecnologías que ofrecen medios de entretenimiento, informáticos y de comunicación dentro y fuera del hogar.

Se consideró también la categoría genética en razón de que la respuesta a los cambios mencionados que afectan a la dieta y actividad física es variada, observándose que ciertos individuos, familias e incluso poblaciones parecen tener mayor predisposición al desarrollo sobrepeso y obesidad, por lo que se debe diferenciar la obesidad ocasionada por desbalance entre la ingesta y el gasto energético, de aquellas formas asociadas a alteraciones genéticas, sin olvidar que la una no excluye a la otra, por lo que pueden coexistir agravando aún más el impacto en la salud.

Finalmente, considerando que sobrepeso y obesidad se relacionan fuertemente con algunas patologías caracterizadas por manifestaciones hormonales y trastornos del metabolismo, se incorporó la categoría endocrino-metabólica. Desde esta perspectiva mencionaremos que la obesidad es más frecuente en pacientes con SOP que en la población general y que las mujeres que padecen este síndrome tienen un riesgo más alto de desarrollar resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia y síndrome metabólico. En estas pacientes es frecuente la amenorrea y la estimulación estrogénica sostenida y sin oposición del endometrio puede

ser causa de HE y HUA. En concordancia con lo anterior, existe un espectro de alteraciones metabólicas que deben ser evaluadas oportunamente, especialmente en pacientes con sobrepeso y obesidad

Instrumentos

La Historia Clínica fue el instrumento utilizado para la recopilación inicial de la información, seleccionando los expedientes de pacientes con diagnóstico de HE. Una vez obtenidos los datos se estableció una evidente relación entre sobrepeso/obesidad, HE y HUA, que fue interpretada como una secuencia lógica de causa – efecto, a partir de la cual se elabora un plan integral para la reducción de peso en usuarias del Hospital Teófilo Dávila como una forma de prevención de HE.

Método de estudio de caso

El estudio de caso se realiza bajo un enfoque cualitativo, transversal, no experimental en el Hospital Teófilo Dávila de Machala, en tres etapas, a saber:

1. Recopilación de la información;
2. Revisión de historias clínicas;
3. Análisis, organización de la información y redacción del informe.

Caracterización de cada unidad de análisis

El conjunto de pacientes cuyas historias clínicas fueron revisadas está compuesto por 53 usuarias con diagnóstico de HE, con edades comprendidas entre 23 y 52 años con una media de 37, cuyo peso oscilaba entre 44 y 114 K con una media de 79, mientras que la talla fluctuó entre 1.41 y 1.66 m con un promedio de 1.52 m. El IMC se situó en un rango que fue desde 18.5 hasta 52 dando una media de 35 y un promedio de 31.

Resultados.

Con el fin de determinar la utilidad de la aplicación de un plan de reducción de peso para la prevención de Hiperplasia Endometrial, se analizó información correspondiente a 53 pacientes con diagnóstico de HE, con edades comprendidas entre 23 y 52 cuyo IMC se situó en un rango que fue desde 18.5 hasta 52 dando una media de 35 y un promedio de 31. La distribución porcentual de pacientes por grupo de edad fue la siguiente: de 20 a 29 años, 15%; de 30 a 39, 28%; de 40 a 49, 42%, y de 50 a 59, 15%. El 28% de las pacientes se encuentran en periodo postmenopáusico y el 72% en edad fértil.

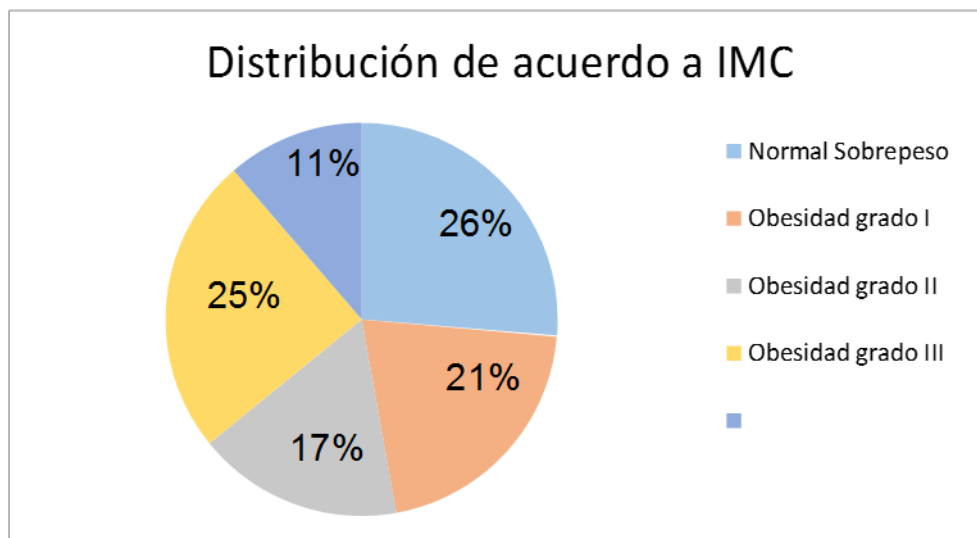


Gráfico 1 Distribución de acuerdo a IMC

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: José Cabrera

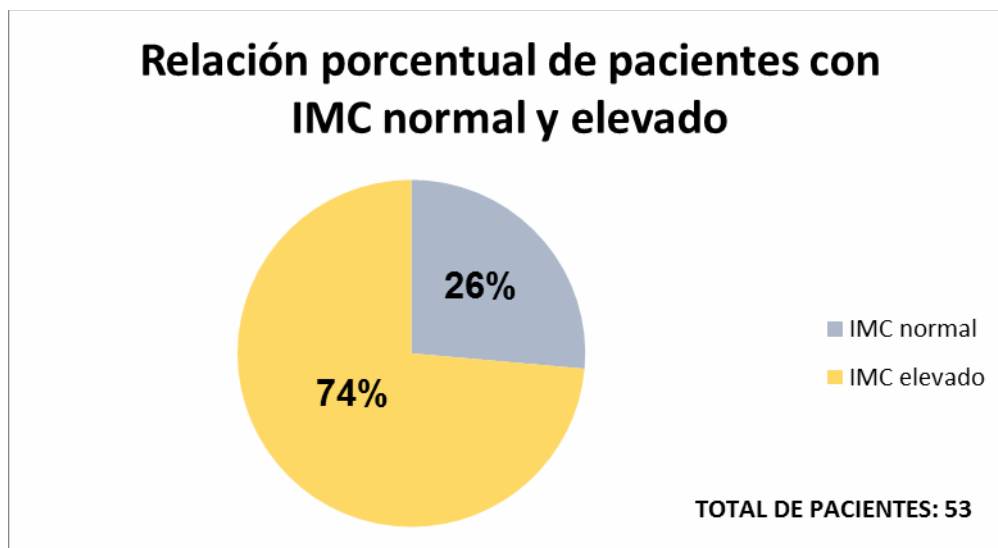


Gráfico 2: Relación porcentual de pacientes con IMC normal y elevado

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: José Cabrera

De acuerdo a su IMC, sólo el 26% tuvo un peso adecuado para su estatura, el 21% presentó sobrepeso, un 17% obesidad grado I, el 25% obesidad grado II y, un 11% obesidad grado III, es decir, tres de cada cuatro pacientes tuvo un IMC elevado. La incidencia de obesidad (I, II y III) por grupo etario fue 62% en el grupo de 20 a 29; 40% de 30 a 39, 41% de 40 a 49 y de 100% de 50 a 59 años. La mayor frecuencia de obesidad grado III se ubicó en el grupo de 20 a 29 años.

La distribución porcentual de las 28 pacientes que presentaron algún grado de obesidad fue la siguiente: obesidad grado I, 32%; obesidad grado II, 46% y obesidad grado III, 21%. Llama la atención el hecho de que en el grupo de 50 a 59 años, todas las pacientes tuvieron obesidad grado II. El 87% de todas las pacientes presentó HUA. En el subgrupo de mujeres postmenopáusicas, las que tuvieron sangrado representan el 73%, mientras que entre las que se hallan en edad fértil, las que presentaron HUA, alcanzaron el 92%.

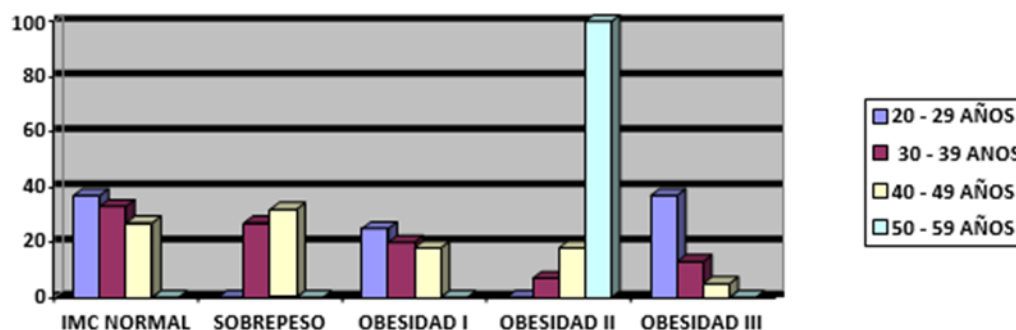


Gráfico 3: Distribución por edades

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: José Cabrera

Al analizar la distribución porcentual por IMC y por grupos de edad, encontramos que en el grupo de 20 a 29 años el 37% tiene IMC normal, el 25% obesidad grado I y un 37% obesidad grado III. El grupo de 30 a 39 años estuvo representado en todas las categorías, con 33% de IMC normal, 27% en el rango de sobrepeso, 20% obesidad I, 7% obesidad II y 13% obesidad III. En el grupo de 40 a 49 años la distribución fue, 27% IMC normal, 32% sobrepeso, 18% obesidad I, 18% obesidad II y 5% obesidad III. Finalmente en el grupo de 50 a 59 años, todas las pacientes, el 100% se encontró en el rango de obesidad grado II. De estos datos se desprende que el grupo de 20 a 29 años, el de menor rango de edad, tiene a la vez el mayor porcentaje de sus integrantes con IMC normal (37%) y el mayor porcentaje de pacientes con obesidad III.

Reducción de peso corporal como prevención de la hiperplasia endometrial, Hospital Teófilo Dávila Machala

Llama la atención que mientras en los grupos etarios de 30 a 39 y de 40 a 49 años la distribución fue más homogénea, en el grupo de 50 a 59 años como ya se mencionó anteriormente, todas (100%) estaban en rango de obesidad grado II. Esta observación concuerda con la opinión de varios autores (Rumack et al., 2006; Aranceta et al., 2003; Celi, 2014), que han descrito en base a diferentes estudios, que la incidencia de obesidad aumenta conforme se incrementa la edad de las usuarias, elevándose concomitantemente el riesgo de presentar HE.

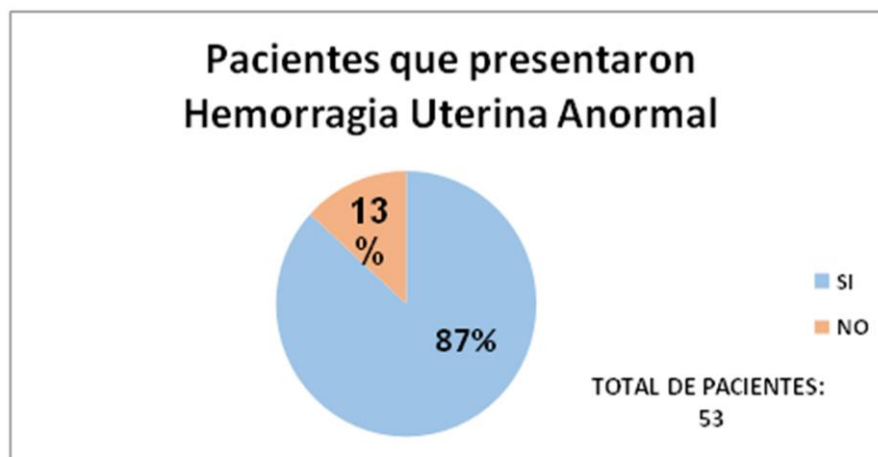


Gráfico 4: Pacientes que presentaron Hemorragia Uterina Anormal

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: José Cabrera

De las 53 pacientes cuyos casos fueron analizados 46 presentaron HUA, cifra que corresponde al 87%. En las postmenopáusicas la incidencia de HUA fue de 73% y 92% en las pre-menopáusicas. La presencia o no de sangrado tiene mayor relevancia en las pacientes postmenopáusicas, en las que la aparición de HUA debe investigarse prolijamente para descartar patología endometrial maligna, puesto que la concurrencia de factores de riesgo como obesidad, diabetes, síndrome metabólico, menopausia tardía, etc., aumentan varias veces la probabilidad de desarrollar una HE con atipias o un CE. McCullough et al., coinciden en que un IMC elevado aumenta el riesgo de cáncer de endometrio y encuentran un RR de 4.70 (IC de 95% 3.12-7.07), en un estudio observacional de 318 pacientes con cáncer de endometrio, a partir de datos obtenidos del Cancer Prevention Study II (1993-2003) (McCullough et al., 2008).

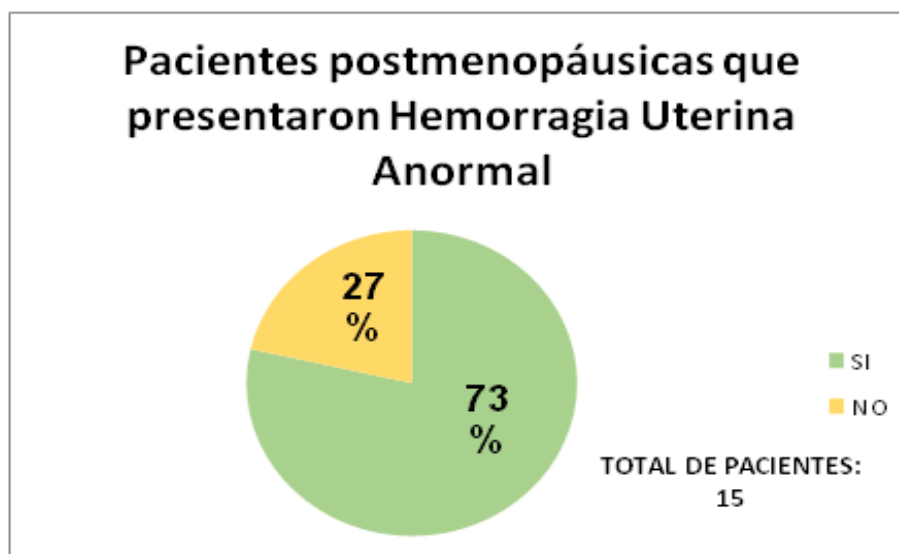


Gráfico 5: Pacientes postmenopáusicas que presentaron HUA

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: José Cabrera

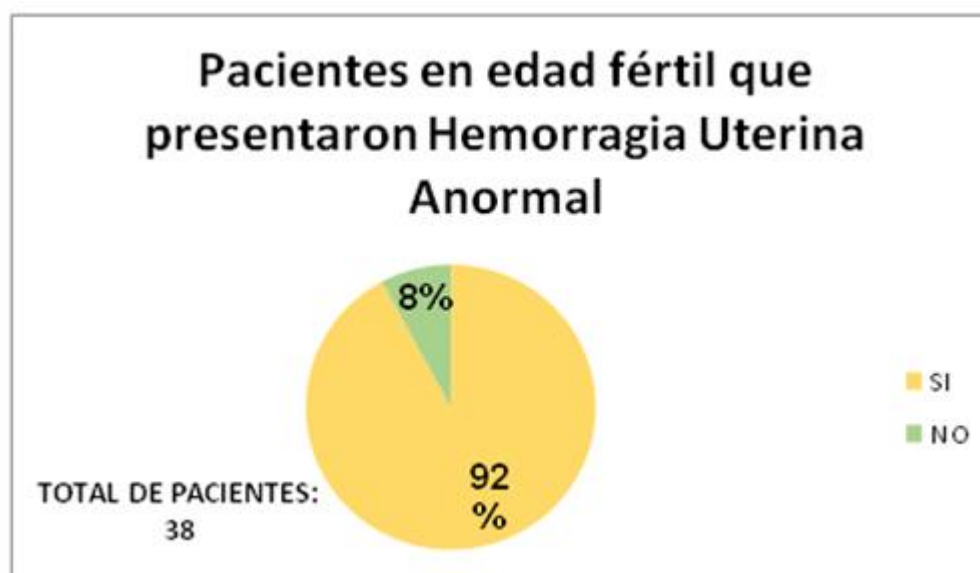


Gráfico 6: Pacientes en edad fértil que presentaron H U A

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: José Cabrera

Discusión.

Por la importancia del tema y sus repercusiones en la salud de las pacientes, el presente estudio de caso se enfoca en determinar la relación entre la HE y sobrepeso/obesidad, identificar factores de riesgo y sus factores y diseñar un plan de acciones que contribuyan a la reducción de peso como estrategia para la prevención de HE.

El 74% de pacientes que fueron diagnosticadas de HE tenía un IMC elevado, hallazgo consistente con lo descrito en la literatura consultada que en la diversos estudios atribuyen al sobrepeso/obesidad una un efecto a nivel endometrial a través de la estimulación estrogénica por conversión periférica de esteroides en el tejido adiposo. Esta observación se dio tanto en las pacientes postmenopáusicas como en aquellas en edad fértil, siendo estas últimas las que mostraron con mayor frecuencia HUA.

Sólo el 26% del total de pacientes tuvo un peso adecuado para su estatura, el 21% presentó sobrepeso, un 17% obesidad grado I, el 25% obesidad grado II y, un 11% obesidad grado III, es decir, tres de cada cuatro pacientes tuvo un IMC elevado. Estos resultados revelan la alta prevalencia de sobrepeso/obesidad en la población general, situación relevante no solamente en el ámbito ginecológico sino también en el contexto de salud en general por sus implicaciones en relación a patología cardiovascular, cerebrovascular, osteoarticular, metabólicas y oncológicas. En consecuencia, el diseño, planificación y ejecución de planes para incentivar la reducción de peso corporal, y el fortalecimiento de los que ya existen y son promovidos desde el nivel central, si logran cumplir sus objetivos, tendrían un impacto muy significativo en la morbimortalidad de los grupos de riesgo y una mejor gestión de costos de atención en salud.

En cuanto a la edad, es importante destacar que sobrepeso y obesidad afectan a todos los grupos etarios observándose que el grupo de menor edad (20 –29 años), tiene el mayor porcentaje de pacientes con IMC normal (38%) y al mismo tiempo la mayor incidencia de obesidad entre las pacientes no menopáusicas.

El diagnóstico tardío, acompañado de otros factores de riesgo, más la falta de conocimiento de las mujeres de estas enfermedades, puede postergar el diagnóstico, y empeorar el pronóstico. La principal manifestación clínica de la hiperplasia endometrial es la HUA y estuvo presente en el 87% de todas las pacientes (75% postmenopáusicas y 92% en edad fértil), siendo el principal motivo de consulta, hecho que plantea la posibilidad de que muchas pacientes con HE no sean diagnosticadas oportunamente porque no consultan si están asintomáticas, lo cual es particularmente peligroso en pacientes postmenopáusicas, en las que el riesgo de progresión hacia el CE es mayor.

Propuesta

Como ya se ha mencionado, el desequilibrio entre las calorías que ingresan y el gasto energético es la causa básica del sobrepeso y obesidad, ligada estrechamente a cambios en el

comportamiento de la sociedad en su conjunto, especialmente en zonas urbanas que favorecen el consumo de una dieta hipercalórica junto a una marcada restricción de la actividad física en general. Estos son factores causales perfectamente modificables y por tanto el sobrepeso y obesidad son en gran medida prevenibles mediante la introducción de estilos de vida saludables, información en materia de nutrición, actividad física periódica y la creación y promoción de entornos favorables, a través de políticas de salud y educación sostenidas con el compromiso y el esfuerzo de los actores involucrados tanto públicos como privados, para conseguir que los hábitos alimentarios saludables y la actividad física periódica sean accesibles para todos.

De acuerdo a las características observadas en las pacientes cuyas historias clínicas fueron analizadas, se comprende que sobrepeso y obesidad son factores fuertemente asociados al desarrollo de patología endometrial. Considerando que se trata de factores modificables mediante intervenciones de bajo costo, pero con un potencial alto impacto tanto en la calidad de vida de las usuarias como en los costos de atención sanitaria, resulta lógica la iniciativa de elaborar y ejecutar un plan de reducción de peso en el Hospital Teófilo Dávila basado en la educación a las usuarias en temas relacionados con hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida saludables, proporcionándoles información adecuada sobre el riesgo de sufrir hiperplasia endometrial, hemorragia uterina anormal y otras patologías como enfermedades del corazón, accidente vascular cerebral, diabetes, osteoartritis y depresión cuya frecuencia es significativamente más baja en mujeres con un rango de peso saludable.

Para llevar a cabo la intervención propuesta, encaminada a la reducción de peso como prevención de HE, se ha elegido la encuesta como instrumento para la obtención de datos como edad, peso, talla, IMC, grupo étnico; composición de la dieta y hábitos de alimentación: número de comidas por día, proporción de los diferentes grupos de alimentos utilizados, formas de preparación; tipo de actividad física: deporte que practica, ejercicio físico (caminata, gimnasia, aeróbicos, etc.), actividad ocupacional, actividad recreativa, tiempo y frecuencia con la que realiza esas actividades, y antecedentes de patológicos específicos.

La encuesta es de tipo cara a cara, con preguntas cerradas, con un objetivo bien definido, la misma que ha sido válida con criterios de especialistas en el tema y posee los elementos estructurales, formales y de contenido que son importantes para que sea aceptada, funcione como instrumento de recolección y además aporte una visión objetiva de los datos que recoge. El

documento recogerá además datos como edad, peso, talla, IMC, grupo étnico, antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia y periodo pre o postmenopáusico

El siguiente punto consiste en dar recomendaciones para cambiar comportamientos que se acompañan de mayor probabilidad de comer en exceso y mantenerse físicamente inactiva como ver televisión por largos periodos, tener un tipo de trabajo sedentario, utilizar transporte en vez de caminar, no realizar deportes o actividad física regular. Se debe proveer de información nutricional que les permita un manejo adecuado de la alimentación personal y familiar y la elaboración de una dieta baja en calorías mediante la selección apropiada de alimentos y formas de preparación adecuadas. Para el efecto se empleará material, impreso como trípticos y guías de nutrición sobre los diferentes grupos de alimentos y las proporciones adecuadas que deben formar parte de la dieta. Se impartirán charlas en las áreas de consulta externa y hospitalización, a cargo de un equipo multidisciplinario con la participación de profesionales de Ginecología, Medicina Interna, Cardiología, Diabetología, Enfermería, Nutrición, Salud Mental, etc.

Además de ser un problema médico y de salud pública, la obesidad es también un problema económico, por lo que su prevención reducirá costos en los servicios sanitarios y al promover condiciones más saludables mejorará y prolongará la vida no solo en el sentido biológico, sino en el aspecto productivo (Gracia, 2010). Existe suficiente evidencia de la asociación entre un IMC elevado e HE, por lo que esta investigación presenta los siguientes objetivos:

Acciones

- Elaboración de materiales promocionales
- Ubicación de informaciones en lugares visibles
- Diseño de propagandas educativas sobre el tema
- Reuniones con factores implicados en solucionar este tipo de situaciones en comunidades específicas
- Establecer campañas publicitarias sobre el tema en redes sociales
- Crear productos comunicacionales como spots y sueltos para su proyección en medios de comunicación o su repartición en zonas públicas.

Conclusiones.

Se debe recalcar la importancia de un diagnóstico precoz de HE, para evitar su progreso a CE, y a su vez, dar a conocer a la población femenina con factores de riesgo, de las consecuencias

de un mal manejo o falta de control de la patología endometrial en general, así como de la HUA. Si bien la edad no es un factor modificable, un IMC mayor a 30 Kg/m², puede llegar a revertirse con una alimentación saludable, así como el hacer ejercicio para mantener un buen peso corporal. Se debe dar a conocer a la mujer que el sobrepeso no sólo tiene repercusión a nivel cardiovascular, metabólico y musculoesquelético, sino también a nivel ginecológico, y que a pesar de que la obesidad es percibida por los propios afectados como un problema con mayor impacto sobre el funcionamiento físico (limitación de actividad, problemas músculo esqueléticos, respiratorios, dolor corporal,...) que sobre aspectos psicológicos (depresión, insatisfacción corporal, baja autoestima, calidad de vida sexual...) o sociales, la actuación específica sobre los aspectos psicosociales tiene una influencia directa, no solamente sobre la calidad de vida en general, sino también sobre las problemáticas de carácter médico (Medina & Aguilar, 2014).

En base a la investigación, se puede concluir que HE y HUA, constituyen un problema de salud en la población femenina con sobrepeso y obesidad, que amerita un buen manejo por parte el sistema nacional de salud y de un equipo profesional multidisciplinario, pero que requiere también el compromiso y la participación activa, consciente y responsable de las usuarias para un adecuado control de sus factores de riesgo, entre ellos el sobrepeso y la obesidad mediante un régimen apropiado de nutrición y ejercicio. Si no se logra motivar y sensibilizar a toda la sociedad con respecto al rol que cada actor debe jugar en este propósito, todo esfuerzo será infructuoso. Desafortunadamente, la alimentación humana actualmente no responde solamente a las necesidades del organismo, como ocurre con otras especies en la naturaleza, sino que está fuertemente condicionada por la cultura y la sociedad, lo que la vuelve mucho más compleja y requiere para su comprensión diversos enfoques.

Una limitación importante del presente análisis radica en que el diagnóstico de HE se basó en la clínica y en el espesor endometrial medido por ecografía transvaginal, teniendo en cuenta las variaciones de ese parámetro en las pacientes según se encuentren o no en la menopausia, pero sin confirmación histopatológica, debilidad que para un nuevo estudio a mayor escala debería ser superada para verificar la hiperplasia y clasificarla.

Desde el punto de vista de la salud pública, es especialmente importante considerar la articulación de campañas preventivas y/o correctivas, ya que es imposible dar solución integral a un problema tan complejo como el que nos ocupa, enfocando las acciones en uno solo de los aspectos que lo componen. En ese sentido, resulta paradójico y sorprendente que la tasa de obesidad se haya

incrementado, coincidiendo justamente con las múltiples iniciativas y campañas educativas que han emprendido las autoridades de salud y educación desde hace algunos años con el propósito de inculcar hábitos y estilos de vida saludables, y con un mayor conocimiento de la población sobre las recomendaciones nutricionales y de actividad física, aunque en el Hospital Teófilo Dávila no se han desarrollado hasta el momento acciones específicas al respecto. Con estos resultados se concluye que sobrepeso y obesidad, constituyen factores de riesgo para el desarrollo de Hiperplasia de Endometrio, debido al estado de hiperestrogenemia que generan en el organismo. La edad también representa un factor de riesgo, por lo que a mayor edad de diagnóstico existe mayor riesgo de presentar peor compromiso anatomopatológico.

Recomendaciones.

Como ya se ha mencionado la obesidad y el sobrepeso son prevenibles y modificables si se introducen oportunamente cambios en los estilos de vida. Para abordar el problema se requiere:

Promover la intervención de autoridades de salud, educación, empresarios, medios de comunicación y equipos profesionales multidisciplinarios conformados por médicos, psicólogos, nutricionistas, comunicadores, etc., para un abordaje integral del problema.

Proponer nuevos estudios a escala provincial o nacional con carácter interdisciplinario que evalúen el estado clínico, nutricional, psicológico y social de pacientes con patología ginecológica asociada a sobrepeso y obesidad, así como su relación con otras comorbilidades de tipo endocrino-metabólico y osteoarticular.

Fomentar a través de distintos medios, incluidos los de comunicación la prevención y control de sobrepeso y obesidad a través de ejercicio físico, especialmente el que permite el trabajo de músculos largos como caminar, correr, brincar, bailar, etc.

Incorporar a las actividades institucionales programas de educación a usuarios externos e internos sobre buenos hábitos nutricionales, actividad física, reducción y control de peso, estilos de vida saludables y sus efectos en el bienestar físico, mental y social, mediante charlas, talleres, conferencias, videos y material impreso, enfatizando la necesidad de establecer cuidados en la dieta, procurando erradicar la percepción de que un peso elevado es un símbolo de salud.

Advertir sobre el riesgo de utilizar regímenes intensivos con restricciones nutricionales extremas o fármacos que ofrecen resultados en corto plazo que finalmente terminan causando más daño que beneficios. La disminución de peso satisfactoria en estas pacientes debe plantearse como

Reducción de peso corporal como prevención de la hiperplasia endometrial, Hospital Teófilo Dávila Machala

meta un 7 a 10% del peso real inicial en un plazo de 4 a 6 meses y que pueda mantenerse en el tiempo introduciendo cambios en el estilo de vida, siguiendo un esquema de actividad física y una readecuación de la dieta guiada por nutricionista, teniendo en cuenta que una dieta hipocalórica sostenida, debe sin embargo, ser completa, equilibrada, suficiente y adecuada, es decir, contener carbohidratos, proteínas, minerales, fibra y grasas en la proporción correcta, en cantidad que cubra las necesidades energéticas y fisiológicas individuales, y que se adapte a las condiciones particulares de cada persona.

Bibliografía.

- Aragón JA. Sangrado Uterino Anormal (y el endocrinólogo). *EndocrinolNutr*2005; 13(1): 39-46.
- Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Serra Majem L, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, et al. Prevalencia de obesidad en España: resultados del estudio SEEDO2000. *MedClin (Barc)*. 2003;120:608-12.
- Apridonidze T, Essah P, Inorno M. Prevalence and characteristic of the metabolic syndrome in woman with polycystic ovary syndrome. *J ClinEndocrinolMetab* 2005;90:1929-35.
- Belisário MS, Vassallo J, Andrade LA, Alvarenga M, Pinto GA, Monteiro IM. The expression of the hormone receptors in the endometrium and endometrial polyps in postmenopausal women and its relationship to body mass index. *Maturitas* 2006; 53(1):114-8.
- Bergstrom A, Pisani P, Tenet V, Wolk A, Adami HO. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *Int J Cancer*. 2001;91:421-30.
- Borja T., Carrión C. Prevalencia de expresividad de proteínas del sistema MMR asociada a inestabilidad microsatelital en hiperplasia endometrial y su relación con las clasificaciones OMS y neoplasia intraepitelial endometrial, Hospital Metropolitano Quito, 2011; 2014
- Carreras R, Mancebo G. Obesidad y Cáncer de Endometrio. *Med Clin (Barc)* 2007;128(5):176-7.
- Celi MF. Factores que influyen en el desarrollo de Hiperplasia Endometrial en mujeres postmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, periodo enero a diciembre 2013;2014
- Dallenbach G. Atlas of Endometrial Histopathology, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010, tercera edición.

Reducción de peso corporal como prevención de la hiperplasia endometrial, Hospital Teófilo Dávila Machala

Encuesta Nacional de Salud y Nutricion . ENSANUT – 2010 - 2013

Gracia M. La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. En Gaceta Médica de México 2010; 146: 389-396.

Gredmark T, Kvint S, Havel G, Mattson LA. Adipose tissue distribution in postmenopausal women with adenomatous hyperplasia of the endometrium. Gynecol Oncol 1999; 72(2):138-42

Horn LC, Meinel A, Handzel Romy, Einkenkel J. Histopathology of endometrial hyperplasia and endometrial carcinoma: An update. Ann DiagnPathol 2007; 11:297-311.

Kummar V, Abbas A, Fausto N. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, 7ed. Elsevier 2004; 22:1088-108.

Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behaviour of endometrial hyperplasia. A long-term study of 'untreated' hyperplasia in 170 patients. Cancer 1985; 56:403-12.

(Laufer, D 2009) Obesidad, insulinorresistencia y patología endometrial Montevideo - Uruguay. Septiembre de 2009.

McCullough ML, Patel AV, Rodriguez C, Feigelson HF, BanderaEV, Gansler T, et al. Body Mass and endometrial cancer risk byhormone replacement therapy and cancer subtype. CancerEpidemiol Biomarkers Prev 2008;17:73-9.

Medina, F. X.; Aguilar, A., Aspectos Sociales y Culturales sobre La Obesidad: Reflexiones necesarias desde la Salud Pública; 34(1):67-71; 2014

Mehmet Coskun Salman¹, Alp Usubutun², Kubra Boynukalin¹, Comparison of WHO and endometrial intraepithelial neoplasia classifications in predicting the presence of coexistent malignancy in endometrial hiperplasia, J Gynecol Oncol Vol. 21, No. 2:97-101, June 2010

Mutter GL. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): will it bring order to chaos? The Endometrial Collaborative Group. GynecolOncol 2000;76:287-90.

Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa. Nota descriptiva 311, Obesidad y Sobrepeso; Enero 2015

Petridou E, Belechri M, Dessypris N, Koukoulomatis P, Diakomanolis E, Spanos E, et al. Leptin and body mass index in relation to endometrial cancer risk. Ann NutritMetabol 2002; 46:147-51.

Reducción de peso corporal como prevención de la hiperplasia endometrial, Hospital Teófilo Dávila Machala

Rosai, J., Rosai and Ackerman`s Surgical Pathology, Décima edición, editorial

Elsevier, volume 2, 1488, 2011.

Roy R, Gerulath A, Cecutti A. Discordant expression of insulin-like growth factors and their receptor messenger ribonucleic acids in endometrial carcinomas relative to normal endometrium. *Mol Cell Endocrinol.* 1999; 153:19-27.

Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. Diagnóstico por ecografía. Madrid: : Elsevier; 2006

Trentham-Dietz A, Nichols HB, Hampton JM, Newcomb PA. Weight change and risk of endometrial cancer. *Int J Epidemiol.* 2006; 35:151-8.

Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, Silverberg S, Lim PC, Burke J, et al. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hiperplasia. *Cancer.* 2006; 106:812-9.

Weiderpass E, Persson I, Adami HO, Magnusson C, Lindgren A, Baron JA. Body size in different periods of life, diabetes mellitus, hypertension, and risk of postmenopausal endometrial cancer (Sweden). *Cancer Causes Control.* 2000; 11:185-92.

Leonardo, & Jennifer M., & López-Ríos, & Moreno, D., & Martínez, E.(2016) Ciudades sostenibles y saludables: estrategias en busca de la calidad de vida. Colombia: Revista Facultad Nacional de Salud Pública.

Faulhaber, & Joahanna, & Instituto de Investigaciones Antropológicas(2009). La proporción entre la estatura y el peso corporal. *Anales de Antropología;* Vol 26, No 1 (1989) 1111-1111 0185-1225

Perera, O., & Molina, L., & Torres, J.(2014). Caracterización de la hiperplasia endometrial en el Hospital Ginecobstétrico Docente “Profesor Eusebio Hernández. La Habana, Cuba: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.

Verena, L., & Eggers, C. (2006). Terapia de los trastornos alimentarios. España: Investigación y Ciencia.