



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA MATERNO INFANTIL



CONOCIMIENTOS QUE TIENE LA MUJER EN ETAPA DE CLIMATERIO SOBRE PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS

AUTORES:

Br. Ferrer, María de la Paz
Br. Martínez, Gonzalo
Br. Mier, Valeria
Br. Rodríguez, Patricia
Br. Tejera, Jacqueline

TUTORES:

Prof. Agda. Ana Correa
Prof. Mercedes Pérez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2006

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos quienes hicieron posible llevar a cabo nuestra investigación, al equipo de salud de la Policlínica de Endocrinología del Hospital de Clínicas y particularmente a la Dra. Beatriz Mendoza quien en todo momento nos brindo su total apoyo y disponibilidad; a las docentes de la Cátedra Materno Infantil, a nuestra tutora, Licenciada Ana Correa, quien nos guió y respondió en forma inmediata; a la Licenciada Mercedes Pérez, que también nos oriento.

A nuestras familias, por su comprensión y apoyo en todo momento a lo largo de la carrera, alentándonos en forma permanente.

Indice

	Pág.
1. Introducción	
1.1 Problema a investigar.....	1
2.2 Objetivo general y objetivos específicos.....	1
3.3 Justificación.....	2
4.4 Importancia de estudio.....	2
5.5 Problemas y limitaciones.....	2
2. Marco Teórico.....	6
3. Método.....	9
3.1 Tipo de estudio.....	9
3.2 Área de estudio.....	9
3.3 Marco Referencial.....	9
3.4 Población y muestra.....	10
3.5 Método de recolección de datos (instrumento).....	11
3.6 Definición de variables.....	12
4. Resultados.....	15
4.1 Tablas y gráficos.....	15
4.2 Análisis de los datos.....	35
5. Conclusiones y sugerencias.....	40
Bibliografía.....	42
Anexos.....	43
I. Protocolo	
II. Instrumento	
III. Prueba Piloto	
IV. Entrevistas:	
Dra. Cristina Grela	
Dra. M ^a Cristina Balzarena	
Dr. Francisco Cópola	
Lic. en Enf. Rubito	
Dra. Beatriz Mendoza	

Introducción

El presente trabajo de investigación fue elaborado por cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería, generación 2001, durante el período comprendido entre diciembre 2005 a noviembre 2006.

El problema planteado se basa en la existencia o no de información sobre prevención de osteoporosis que tienen las mujeres en la etapa del climaterio (37 y 65 años¹), que concurren a la Policlínica de Endocrinología en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el período comprendido entre el 3 de julio al 3 de agosto del año 2006.

Por lo anteriormente dicho el objetivo general es identificar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias en la etapa del Climaterio sobre Osteoporosis y su prevención.

Para lograr el objetivo se planteo caracterizar la población, determinar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias acerca de Osteoporosis, identificando sus medidas de prevención y sus factores de riesgo e identificar las fuentes por las que adquieren ese conocimiento.

Para combatir la Osteoporosis, la clave es la información, por lo cual se consideró relevante investigar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres al transcurrir la etapa del climaterio. La importancia radica en conocer las fortalezas y debilidades para poder actuar sobre ellas, si bien es importante abordarlo en esta etapa, se considera más relevante aún el abordaje en poblaciones más jóvenes, en función de su prevención; donde el rol del Licenciado/a de enfermería juega un papel fundamental como fuente de información sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud, fomentando el autocuidado. Un diagnóstico y tratamiento precoz puede ayudar a prevenir fracturas osteoporóticas, limitaciones físicas, pérdida de independencia y miedo a depender de otros.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, se elaboró un cuestionario el cual se aplicó a 108 usuarias que concurren a la Policlínica de Endocrinología en el período establecido, luego de tabulados y graficados los datos obtenidos, fueron el punto de partida para el análisis y conclusiones.

¹ Dr. Scasso JC, Dr. Machin V. Los seis escalones del climaterio.24p. Asociación Médica del Uruguay 1998

Justificación

Después de un sondeo a nivel de la cátedra Materno - Infantil sobre posibles temáticas a trabajar y grupos etéreos ya definidos que fueron abordados por anteriores investigaciones, concluimos que existen carencias de investigaciones de enfermería sobre la mujer que cursa esta etapa y sus complicaciones.

Para el año 2030, la Organización Mundial de la Salud proyecta que habrá 1.200 millones de mujeres mayores de 50 años, casi tres veces más que la cantidad que había en 1990. Un gran número de estas mujeres vivirá varias décadas después del climaterio. Pero la mayor esperanza de vida también trae un incremento dramático de la incidencia de enfermedades y condiciones asociadas al climaterio.

Destacando que millones de mujeres en todo el mundo están entrando a esta etapa vital todos los días, y aún hay muchas de ellas que no conocen sobre el mismo, ni sobre el impacto en sus vidas.

Dado el gran cambio de rol de la mujer en la sociedad Uruguaya, su posición dentro del ámbito familiar e inserción laboral, postergación de la maternidad, y su lucha por la equidad de derechos, es que se considera necesario abordar esta temática, por lo cual se concurrió a diferentes instituciones de salud, en procura de obtener información acerca de la existencia de programas de prevención y promoción de la salud en mujeres en dicha etapa.

Un dato a destacar es que las mujeres cursando esta etapa corresponde al 20.3% de la población femenina, lo que es considerado un porcentaje significativo para la realización del estudio.²

Es relevante investigar esta etapa ya que en ella se suscitan importantes cambios biológicos, psicológicos y socioculturales de las mujeres, donde el rol del Licenciado/a de enfermería juega un papel fundamental como fuente de información sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Luego de varias entrevistas tanto a nivel público como privado corroboramos la inexistencia de programas de prevención y promoción de salud dedicados al tema; existiendo sí programas tales como, seguimiento del

² Instituto Nacional de Estadística. Censo estadístico. Montevideo: INE; 1997. (s.p.)

embarazo y puerperio, prevención de cáncer de cuello de útero y mama, maternidad informada y voluntaria, entre otros.

En la etapa de Climaterio se da un deterioro progresivo que origina la deficiencia estrogénica a nivel vascular y óseo, pueden afectar la capacidad funcional de la mujer y en consecuencia el logro de sus objetivos, o de una vida plena tanto a nivel sexual, laboral y familiar.

Por todo lo expuesto anteriormente podemos decir que el rol del Licenciado/a de Enfermería aplicando sus conocimientos en los distintos niveles de atención resulta imprescindible dentro del equipo interdisciplinario.

Concurrimos a diferentes laboratorios de industria farmacéutica en busca de información sobre el Climaterio, donde nos entregaron folletos informativos acerca de la terapia de sustitución hormonal.

Se concurre al MSP para informarnos acerca de la existencia de programas de salud enfocados a las mujeres en la etapa del climaterio, se realizó una entrevista a la Dra. Cristina Grela Directora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (ver Anexo N° 4), la cual nos informó que no existía ningún programa referido a la mujer en esta etapa de su vida, que en la actualidad esta en proceso de elaboración un programa enfocado al climaterio.

Se realizaron entrevistas en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell, Hospital de la Mujer en la Unidad de Climaterio al Dr. Francisco Coppola (ginecólogo y endocrinólogo) y la Dra. Adriana Zubiría (residente de ginecología de 3^{er} año). Dicha Policlínica atiende solo a usuarias que cursan un climaterio patológico y/o quirúrgico; los climaterios normales son derivados a policlínicas de ginecología; no se cuenta con personal de enfermería para dicha policlínica. Se resalta la disparidad de criterios entre la policlínica antes mencionada y la policlínica de Ginecología del Hospital de Clínicas.

No se cuenta con protocolos específicos de atención a la usuaria, sí con guías de manejo globales sobre patologías.

Uno de los problemas detectados por el profesional interviniente en dicha policlínica, es la concurrencia significativa de mujeres cursando un climaterio no patológico, derivadas de otros centros en busca de un lugar de referencia, no encontrando en este último una satisfacción a las demandas, dado que se asisten solo climaterios patológicos.

Aquí se manifiesta una clara demanda y necesidad de atención primaria en salud por parte de la población a investigar.

Posteriormente se realizaron entrevistas en el Hospital de Clínicas, en la Policlínica de Ginecología, a la Lic. en Enfermería M. Rubita y en la Policlínica de Endocrinología, a la Dra. B. Mendoza, como resultado de la misma, se comprobó también aquí la no funcionalidad de una Policlínica específica de Climaterio en la actualidad.

En la Policlínica de Endocrinología, a través de la entrevista con la Dra. B. Mendoza (ver Anexo N° 4) se plantea la necesidad de profundizar acerca de los factores de riesgo y complicaciones patológicas asociadas al climaterio, así mismo es manifiesta la necesidad de la intervención del Licenciado/a de enfermería, dado que el servicio carece de este recurso profesional.

Luego de la revisión bibliográfica y relevamiento estadístico se comenzaron a manejar conceptos de las diferentes complicaciones relacionadas al mismo, las cuales pudieran ser tratadas desde el punto de vista del Licenciado/a de Enfermería, ejemplos tales como trastornos cardiovasculares, neurológicos, osteoporosis, etc.

Es en esta etapa donde emerge la inquietud grupal de trabajar sobre el conocimiento que poseen las mujeres climatéricas acerca de la osteoporosis, con la intención de conocer las fortalezas y debilidades existentes en dicha etapa, y poder actuar sobre ellas. Si bien es importante conocer y actuar sobre las carencias de información en esta etapa, se considera relevante que a partir de los datos obtenidos de esta investigación se aborden poblaciones más jóvenes con el objetivo de prevenir complicaciones en el Climaterio.

La osteoporosis es seis veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, afectando la tercera parte de la población femenina y de estas la mitad son mujeres posmenopáusicas. Su incidencia aumenta progresivamente con la edad, mientras se estima su magnitud en un 18% en el grupo de 45-49 años, alcanza a casi el 90% en los mayores de 75 años.

Para combatir esta enfermedad, la clave es la información. Las enfermeras y demás profesionales de salud son el vehículo por el cual puede difundirse la información imprescindible.

Como los factores de riesgo son conocidos, muchos pueden tratarse en una fase temprana y ello contribuirá a prevenir esta enfermedad debilitadora.

Un diagnóstico y tratamiento temprano puede ayudar a prevenir las fracturas osteoporóticas.

La osteoporosis debe hacerse conocer para que millones de personas puedan evitar las consecuencias de esta enfermedad silenciosa, la cual conlleva a múltiples consecuencias, como una fractura de cadera que necesita casi siempre hospitalización y una importante intervención quirúrgica (los costos de cada intervención por prótesis de cadera cuesta, aproximadamente entre U\$ 7000 y U\$ 21.000.), pudiendo incluso disminuir la capacidad de la persona para andar sin ayuda y puede ser causa de una discapacidad prolongada o permanente e inclusive de muerte.

Solo el FNR (Fondo Nacional de Recursos) en el año 2005, opero 890 prótesis de cadera solo por fracturas, de las cuales el 4,5% sufrieron infecciones en el postoperatorio. Siendo las infecciones otra de las complicaciones.³

Además las pacientes que sufren osteoporosis y fracturas experimentan dolor, sufren deformaciones, depresión, ansiedad y aislamiento social. Al hablar de la osteoporosis se plantean muchos problemas de la calidad de vida. El proceso de curación y rehabilitación puede ser largo y difícil, y con frecuencia resulta desalentador ya que sólo una tercera parte de los pacientes con fracturas vuelven a su nivel de funcionamiento previo a la fractura.

Las limitaciones físicas, la pérdida de independencia y el miedo a depender de otros miembros de la familia, de los amigos o de los vecinos son algunas de las preocupaciones frecuentes de las víctimas de la osteoporosis.

La aceptación de la realidad de la enfermedad y el ajustarse a un tipo de vida más restringido puede afectar también a la personalidad del individuo.

³ Estadísticas. Fondo Nacional de Recursos. (En línea) 2005. Disponible en: www.fnr.gub.uy

Marco teórico

El Climaterio es un período de transición hormonal entre la vida reproductiva y edad senil, que transitan todas las mujeres, caracterizado por una sintomatología multisistémica variable. El Climaterio femenino así entendido transcurre aproximadamente en nuestro medio entre los 37 y 65 años.

La Menopausia es por definición la última menstruación, es un evento más, de los muchos que se producen en el climaterio femenino. La menopausia ocurre en nuestro medio promedialmente a los 50 años.

Podemos simplificar la **sintomatología** de la mujer climatérica, en tres tiempos:

- I) Síntomas que aparecen inmediatamente o alrededor de la menopausia.
- II) Síntomas mediatos que aparecen escaso tiempo después de acontecida la menopausia.
- III) Síntomas alejados que aparecen años luego de la menopausia.

Dentro de los **síntomas alejados** pueden aparecer trastornos que conllevan morbimortalidad, tales como afecciones en la esfera cardiovascular, pérdida de masa ósea, **osteoporosis**; trastornos en la esfera neurológica, como: alteraciones de la memoria, enfermedad de Alzheimer, entre otras.

Se ha demostrado ampliamente el beneficio de la acción estrogénica, los cambios en los estilos de vida y hábitos alimenticios, etc. en la postmenopausia, en la prevención de dichas afecciones, sobre todo si se comienza precozmente, entendiendo por **prevención** aquellas acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de una nueva aparición de casos.

Es preciso tener siempre presente que las posibilidades de prevención de muchas de las enfermedades radican en la modificación de factores determinados por el entorno social y cultural, lo que hace necesario desarrollar actividades preventivas y educativas en el ámbito comunitario.

Reafirmando el concepto de **Atención Primaria en Salud** declarada en la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 como "la Asistencia Sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación."

La osteoporosis es una de las patologías más importantes asociadas con la edad. Las fracturas relacionadas con esta patología son frecuentes en los países desarrollados especialmente en las mujeres de edad avanzada. Es una enfermedad sistémica del esqueleto que se caracteriza por la disminución de la masa ósea y por el deterioro de la micro estructura del tejido óseo; esta situación produce un aumento de la fragilidad del hueso y de la susceptibilidad para presentar fracturas con un mínimo traumatismo.

Se diagnostica a través de la **Densitometría Ósea**, que es la medición no invasiva de la densidad mineral del hueso.

Se han identificado una serie de factores que se consideran relacionados con un mayor riesgo de osteoporosis, y que son:

- **Factores no sujetos a modificación:** raza blanca o asiática, sexo femenino, estado posmenopáusico, antecedentes familiares de osteoporosis o fracturas, estatura baja, estructura ósea ligera, configuración delgada del cuerpo, edad avanzada.
- **Factores de comportamiento susceptibles de modificación:** estilo de vida sedentario, consumo bajo de calcio, tabaquismo, alcoholismo, alto consumo de cafeína, alto consumo de proteínas, alto consumo de fosfatos.

Dos factores de riesgo específicos son la menopausia y la dieta con bajo contenido de calcio.

La vitamina D es fundamental para la absorción del calcio. La piel normalmente fabrica vitamina D cuando es expuesta al sol. Las personas que casi no se exponen al sol, deberá aumentar el consumo de esta vitamina, la misma se encuentra en: productos lácteos, pescado, yemas de huevo, hígado, etc.

La **prevención de la osteoporosis** tiene pilares a considerar:

- El ejercicio
- Los hábitos (tabaco, alcohol y café)
- Factores nutricionales

La deficiencia de conocimientos, se revierte al enseñar a las mujeres los principales factores de riesgo para osteoporosis y al identificar factores importantes en su historia clínica familiar y personal. Las mujeres con mayor riesgo deben llevar a cabo acciones preventivas desde etapas tempranas y someterse a control médico regular, incluso densitometría ósea.

Entendiendo por **conocimiento cotidiano**: el saber o conocimiento que se adquiere en la experiencia cotidiana.

Es el modo común, corriente y espontáneo de conocer "que se adquiere en el trato directo con los hombres y con las cosas, es ese saber que llena nuestra vida diaria y que se posee sin haberlo buscado o estudiado, sin aplicar un método y sin haber reflexionado sobre algo"

Se caracteriza por ser: 1) superficial, 2) no sistemático, 3) acritico.

Saber o **conocimiento científico**: en su práctica social el hombre se enfrenta a una serie de problemas que no puede resolver con los conocimientos corrientes ni por el sentido común.

Entre un tipo de saber y otro hay una separación que no es cualitativa, sino de grado; lo diferenciador no está dado por la naturaleza del objeto de estudio, sino por la forma o procedimiento de adquisición del conocimiento.

Diseño metodológico

Tipo de estudio:

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal.

Este estudio se llevó a cabo entre mujeres cursando la etapa del Climaterio, lo que determinó el nivel de conocimiento de las mismas acerca de la Osteoporosis. Se entrevistó a las usuarias entre 37 y 65 años que concurren a la Policlínica de Endocrinología del Hospital de Clínicas de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hs. aplicando un cuestionario. Estas respuestas constituyeron la base para la evaluación sobre el nivel de conocimiento que poseen las mujeres cuando llegan a la etapa del climaterio sobre la osteoporosis y su prevención.

Área de estudio:

Se realizó en nuestro país República Oriental del Uruguay, en una zona urbana de la ciudad de Montevideo, en el barrio "Parque Batlle", en el establecimiento hospitalario: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Hospital Universitario y de Referencia Nacional, que se encuentra ubicado en calle Avda. Italia s/n, entre Graf. Las Heras y Av. Américo Ricaldoni, en la Policlínica de Endocrinología ubicada en el 1^{er} piso de dicho hospital, cuyo horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 horas, donde se brinda atención a usuarios de ambos sexos, a partir de los 15 años, presentando tarjeta gris, otorgada al registrarse en el Hospital para el control en Policlínicas.

Marco Referencial:

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un hospital universitario que se encuentra ubicado en Avenida Italia s/n, entre Américo Ricaldoni y Las Heras.

Es un hospital de referencia nacional ya que atiende a usuarios de diferentes puntos del país, a partir de los 15 años de edad.

Está destinado a cubrir áreas de medicina, cirugía, con especialidades en todas las ramas de la medicina. Realiza actividades sobre la base del concepto de atención integral y progresiva, cumpliendo funciones de Docencia, Asistencia e

Investigación. Desarrolla actividades en primer, segundo y tercer nivel de atención por lo que es considerado un hospital de alta complejidad.

La investigación se llevó a cabo en el *Primer piso* donde se encuentra: farmacia, laboratorio, servicio social, odontología, consultorios externos de medicina, cirugía, urología, psiquiatría, dermatología, neuropsicología, cirugía cardíaca y endocrinología.

Dicha Policlínica de Endocrinología atiende a usuarios de ambos sexos, funciona de lunes a viernes en el horario de 8:00 a 12:00.

Los días lunes, martes y jueves son consultas endocrinológicas en general.

Los miércoles son consultas de diabetes, obesidad y dislipemias.

Los viernes de metabolismo fosfocálcico (osteoporosis).

La vía de ingreso de los usuarios es a través de dos formas de consulta: a demanda con fecha de consulta obtenida en Admisión o programada cuando es otorgada en el control anterior.

En lo que refiere a los RRHH, no cuenta con Licenciada en Enfermería.

Hay una Auxiliar de Enfermería, una secretaria administrativa y una secretaria académica.

Personal docente: una Profesora Grado 5 de Endocrinología, 2 Profesores Agregados, 3 Profesores Adjuntos, 4 Asistentes, 16 Post-graduados y 2 Internos de Medicina.

Con respecto a los RRMM son abastecidos por el Hospital.

Los sistemas de registros en la Policlínica son a través de la historia clínica, un protocolo de registro que se utiliza para los usuarios con Osteoporosis y cuaderno de registro de consultas.

Población y muestra:

La población son todas las usuarias entre 37 y 65 años en etapa de Climaterio, que concurren a la Policlínica de Endocrinología en el 1^{er} piso del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Para realizar dicho estudio es necesario elegir una muestra, tomando como muestra todas aquellas mujeres entre 37 y 65 años de edad, que asisten a la Policlínica de Endocrinología en el 1^{er} piso del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el horario de 8:00 a 12:00 hs, en el período del 3 de julio al 3 de agosto del año 2006.

Método de recolección de datos:

Para la elección del método se han llevado a cabo entrevistas preliminares con el personal de la Policlínica de Endocrinología.

Previamente a la entrevista de las usuarias se realizó la presentación correspondiente, explicando brevemente los objetivos del trabajo y el anonimato de la información obtenida, se corroboró que las usuarias se encontraran en el rango de edades establecido (entre 37 y 65 años), posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento elaborado. Se realizó la encuesta a las usuarias antes o una vez finalizada la consulta con el endocrinólogo.

Se realizaron las entrevistas en un promedio aproximado de 10 a 15 minutos.

Posteriormente se tabularon los datos obtenidos por medio de tablas para luego proceder al análisis de los resultados, elaborando las correspondientes conclusiones.

El instrumento diseñado es un cuestionario con 12 preguntas, cerradas dicotómicas y con varias alternativas de respuesta (ver Anexo N° 2) que se aplicó a todas las usuarias entre 37 y 65 años que concurrieron a la Policlínica de Endocrinología en el 1^{er} piso del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" de lunes a viernes en el horario de 8:00 a 12:00 horas, en el período comprendido desde el 3 de julio al 3 de agosto del año 2006.

El cuestionario incluye preguntas sobre los siguientes aspectos:

- Edad y motivo por el cual consulta.
- Características socioeconómicas
- Antecedentes familiares y personales de Osteoporosis y fracturas.
- Conocimientos sobre Osteoporosis, su método diagnóstico, factores de riesgo y medidas de prevención.
- Sobre las fuentes por la cual obtuvo dicha información.

Para comprobar la validez del instrumento se llevó a cabo una prueba piloto, que se realizó en un día y se aplicó a una fracción de la población en estudio (ver Anexo N° 3)

Definición de variables:

Edad:

Definición conceptual: Tiempo cronológico que transcurre desde el nacimiento hasta el momento.

Variable cuantitativa continua.

Definición operativa: La población de estudio se encuentra en el período de climaterio, que transcurre aproximadamente en nuestro medio entre los 37 y 65 años, tomando como edad promedio de la menopausia los 50 años.

Se categoriza entre: * 37 a 50 años

* 51 a 65 años

Estado Civil: Condición de cada persona en relación con las obligaciones civiles. En este caso orientado a la situación de pareja del individuo.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza en: *Soltero.

*Casado

*Viudo.

*Divorciado.

Motivo de Consulta: Causas por las cuales el individuo consulta en dicha policlínica.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza por: *Osteoporosis.

*Problemas tiroideos

*Diabetes

*Otros

Ocupación: Empleo, oficio o profesión desempeñado en la actualidad por el individuo.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza en: *Trabaja

*Desocupada

*Ama de casa

*Jubilada

*Pensionista

Nivel de Instrucción: Años de estudio formal aprobado.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza en: *Primaria Completa.

*Primaria Incompleta

*Secundaria Completa

*Secundaria Incompleta.

*Terciaria.

*Analfabeto.

Antecedentes Familiares de Osteoporosis y fracturas:

Prevalencia de dicha patología en los familiares directos (Hermanos, padres, tíos, abuelos).

Variable cualitativa nominal.

Se categoriza en: *Si

*No

Antecedentes personales de Osteoporosis y fracturas:

Prevalencia de dicha patología en la persona encuestada.

Variable cualitativa nominal.

Se categoriza en: *Si

*No

Nivel Conocimiento:

Se define como la categorización de la noción o idea que tengan las personas acerca de uno o más temas.

Variable cualitativa ordinal.

Se mide para saber el conocimiento que tiene el individuo sobre: Osteoporosis, identificando sus medidas de prevención y factores de riesgo.

Pregunta 10 a): Nivel 0 (0 punto) – No posee conocimiento

Nivel 1 (1 punto) – Conocimiento suficiente

Pregunta 10 b): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento

Nivel 1 (1 – 7 puntos): Conocimiento insuficiente

Nivel 2 (8 – 16 puntos): Conocimiento suficiente

Nivel 3 (17 – 26 puntos): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 c): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento

Nivel 1 (1 punto): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 d): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento

Nivel 1 (1 punto): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 e): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento

Nivel 1 (1 – 4 puntos): Conocimiento insuficiente

Nivel 2 (5 – 9 puntos): Conocimiento suficiente

Nivel 3 (10– 14 puntos): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 f): Nivel 0 (0 puntos): No posee conocimiento

Nivel 1 (1 punto): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 g): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento

Nivel 1 (1 punto): Conocimiento óptimo

Fuente de Información:

Medios o personas de donde se obtiene información.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza en: *Amigos

*Familiares

*Médico

*Enfermera

*Medios de comunicación

*Lectura en general

Piensa que la Información sobre Osteoporosis es suficiente:

Opinión subjetiva de la usuaria acerca de la información existente sobre el tema.

Variable cualitativa nominal

Se categoriza en: *Si

*No

Tabulación de datos

Caracterización de la población

n: 108 usuarias

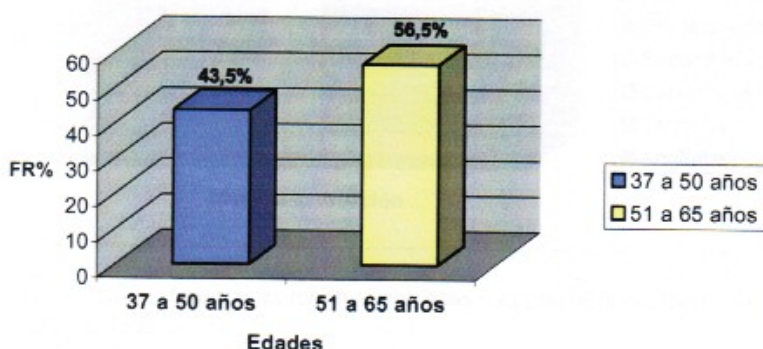
Fuente: Encuestas realizadas en la Policlínica de Endocrinología del Hospital de Clínicas en el periodo comprendido entre el 3 de julio al 3 de agosto del 2006.

El 100% de la muestra es de sexo femenino

Tabla N° 1: Distribución de usuarias por edades

EDADES	FA	FR%
37 a 50 años	47	43,5
51 a 65 años	61	56,5
Total	108	100

Gráfico N° 1: Distribución de usuarias por edades



Comentario: En esta gráfica se observa que el 56.5% de las usuarias se encuentran en la etapa post menopáusica y el 43.5 % restante en etapa pre menopáusica

Nota: Se delimito la etapa del Climaterio entre los 37 a 65 años, siendo los 50 años la edad promedio de la Menopausia en nuestro medio.

Tabla N° 2: Distribución de usuarias según su Estado Civil

Estado Civil	FA	FR%
Casada	60	55,6
Soltera	9	8,3
Divorciada	18	16,6
Unión Estable	6	5,6
Viuda	15	13,9
Total	108	100

Gráfico N° 2: Distribución de usuarias según Estado Civil

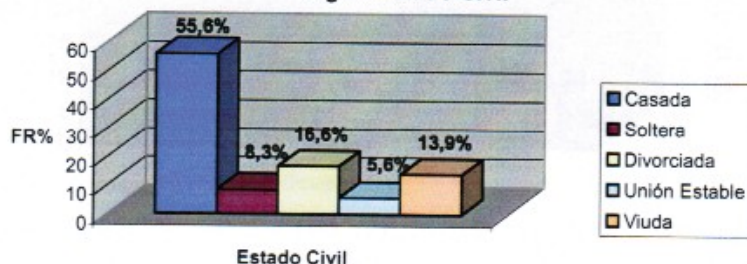
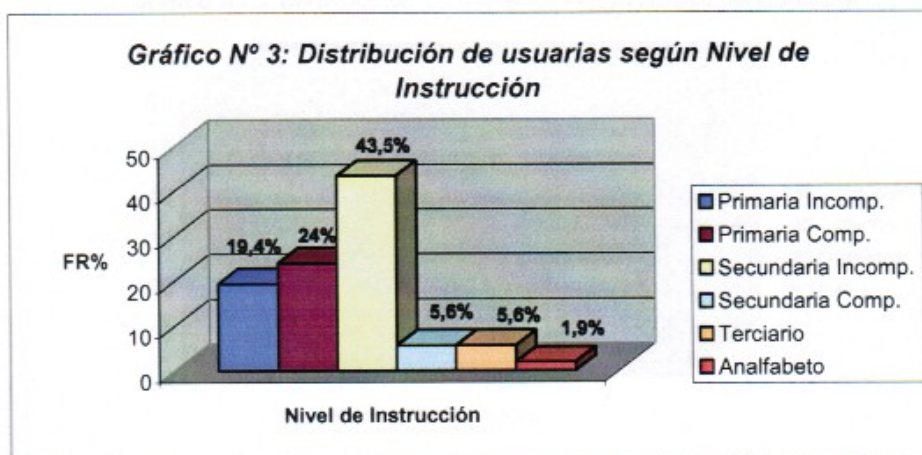


Tabla N° 3: Distribución de usuarias según su Nivel de Instrucción

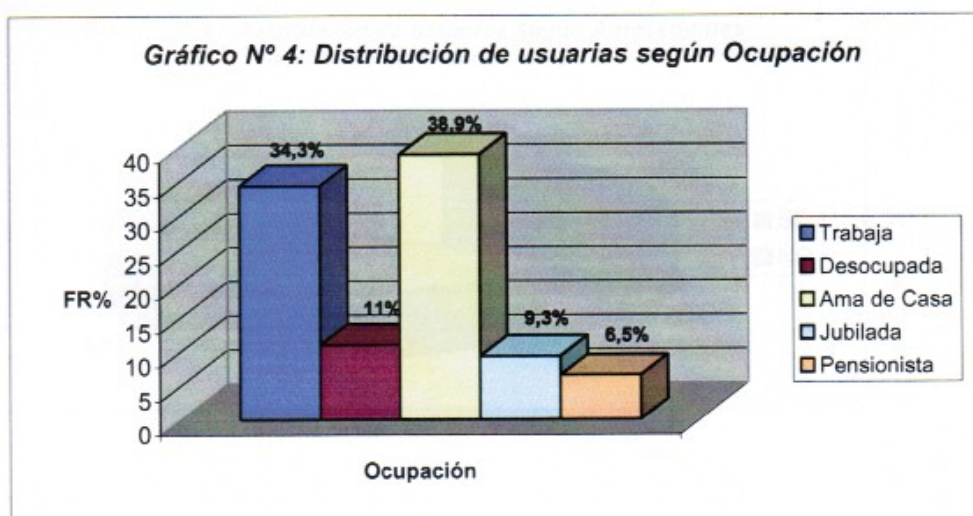
Nivel de Instrucción	FA	FR%
Primaria Incomp.	21	19,4
Primaria Comp.	26	24
Secundaria Incomp.	47	43,5
Secundaria Comp.	6	5,6
Terciario	6	5,6
Analfabeto	2	1,9
Total	108	100



Comentario: La mayor diferencia porcentual entre las usuarias entrevistadas se da en la secundaria incompleta, con un 43,5 %.

Tabla N° 4: Distribución de usuarias según su Ocupación

Ocupación	FA	FR%
Trabaja	37	34,3
Desocupada	12	11
Ama de Casa	42	38,9
Jubilada	10	9,3
Pensionista	7	6,5
Total	108	100

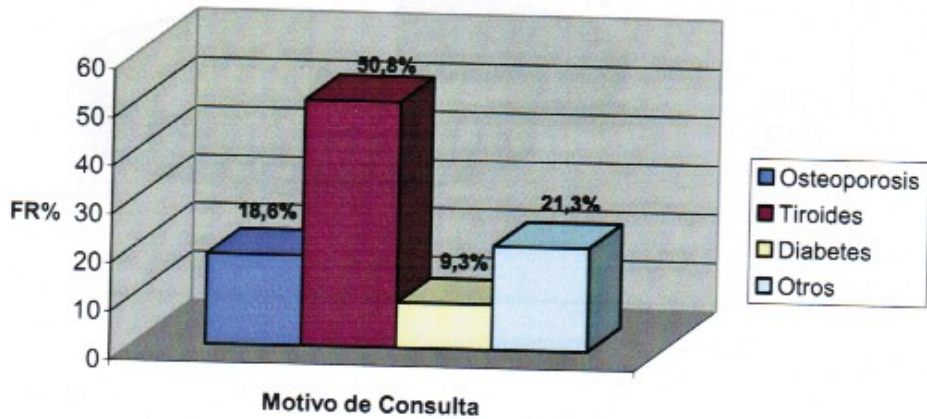


Comentario: El mayor porcentaje de las usuarias encuestadas se divide en un 38,9% que son ama de casa y un 34,3% que trabajan.

Tabla N° 5: Distribución de usuarias según Motivo de Consulta

Motivo de Consulta	FA	FR%
Osteoporosis	20	18,6
Tiroides	55	50,8
Diabetes	10	9,3
Otros	23	21,3
Total	108	100

Gráfico N° 5: Distribución de usuarias según Motivo de Consulta



Nota: Se destaca que en dicha policlínica se atienden usuarios con diferentes afecciones endocrinológicas
Otros: esta dividido en obesidad, dislipemias, rutinas pre-operatorias

Tabla N° 6: Distribución de usuarias según Antecedentes Familiares de Osteoporosis

Ant. Fam. De Osteop.	FA	FR%
SI	35	32,4
NO	73	67,6
Total	108	100

Gráfico N° 6: Distribución de usuarias según Antecedentes Familiares de Osteoporosis

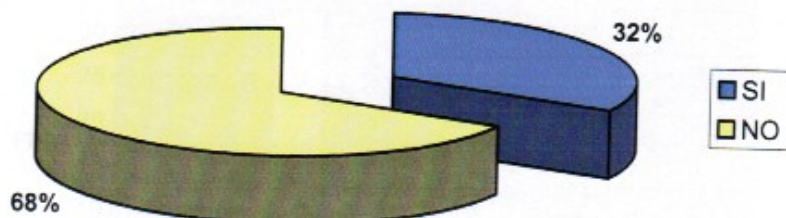


Tabla N° 7: Distribución de usuarias según Antecedentes Familiares de Fracturas

Ant. Fam. De Fracturas	FA	FR%
SI	30	27,8
NO	78	72,2
Total	108	100

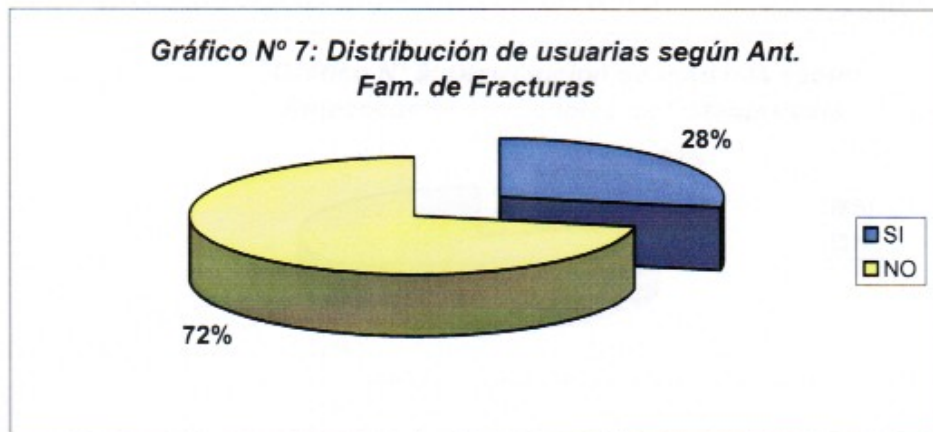
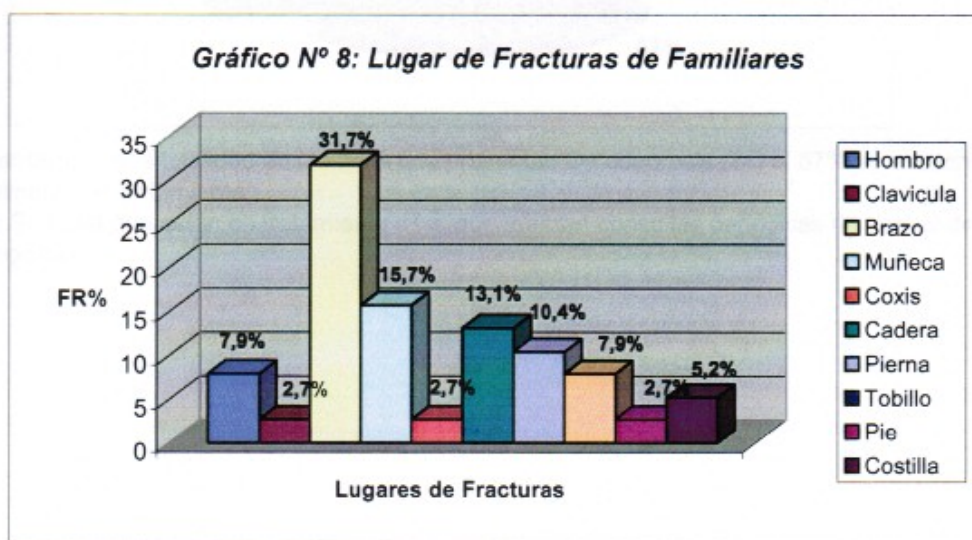


Tabla N° 8: Lugar de Fracturas de Familiares

Lugar de Frac.	FA	FR%
Hombro	3	7,9
Clavicula	1	2,7
Brazo	12	31,7
Muñeca	6	15,7
Costillas	2	5,2
Coxis	1	2,7
Cadera	5	13,1
Pierna	4	10,4
Tobillo	3	7,9
Pie	1	2,7
Total	38	100



Comentario: Se destacan las fracturas de brazo, muñeca y cadera.

Tabla N° 9: Distribución de usuarias según Antecedentes Personales de Osteop

Ant. Person. de Osteop.	FA	FR%
SI	24	22,2
NO	84	77,8
Total	108	100

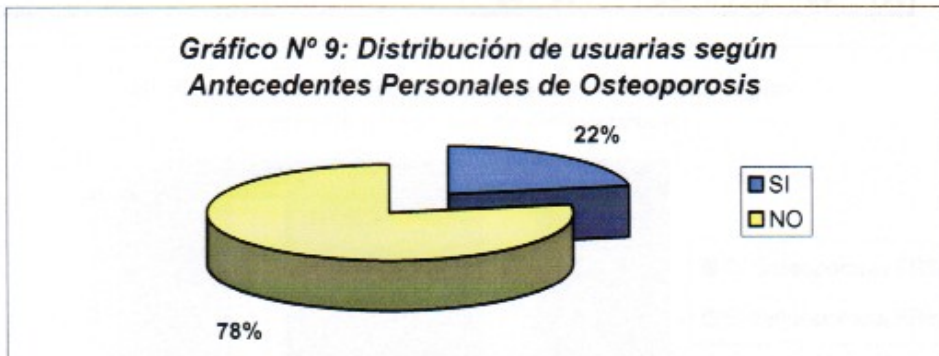
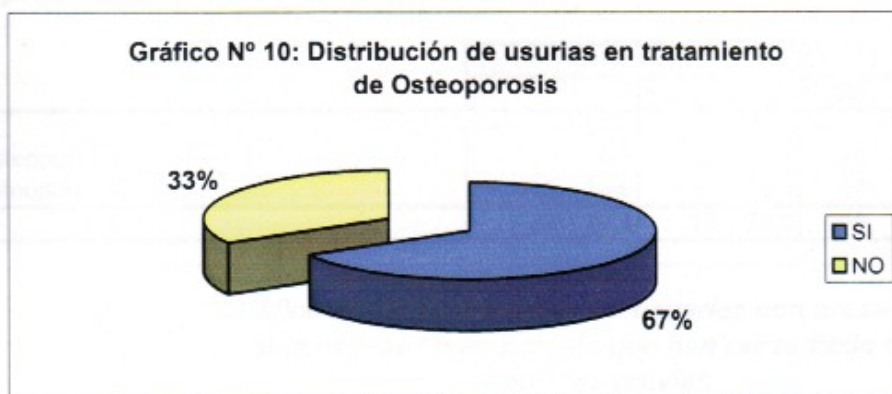


Tabla N° 10: Distribución de usuarias en tratamiento de Osteoporosis

En Tto de Osteop.	FA	FR%
SI	16	66,7
NO	8	33,3
Total	24	100

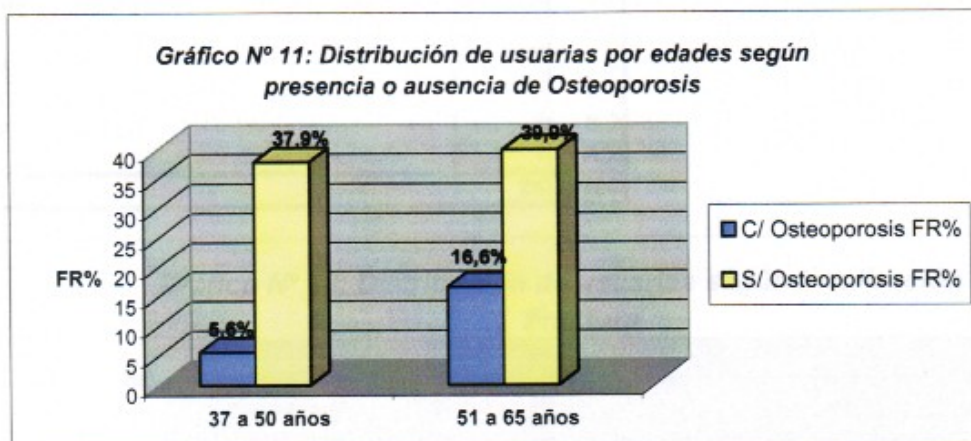


Comentario: De la totalidad de usuarias que presentan Osteoporosis (24) el 67% se encuentra actualmente en tratamiento

Nota: Se toma que están en tratamiento a las que realizan consultas periódicas de control de Osteoporosis.

Tabla N° 11: Distribución de usuarias por edades según presencia o ausencia de Osteoporosis

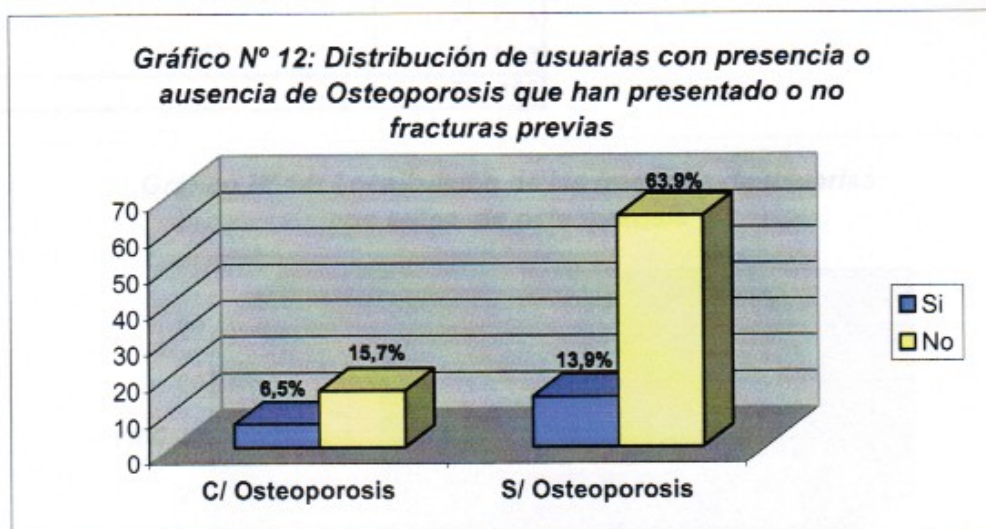
EIDADES	C/ Osteoporosis		S/ Osteoporosis		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
37 a 50	6	5,6	41	37,9	47	43,5
51 a 65	18	16,6	43	39,9	61	56,5
Total	24	22,2	84	77,8	108	100



Comentario: En el rango de edad, de 51 a 65 años se evidencia un mayor porcentaje, 16,6 % de usuarias con osteoporosis; con respecto al rango de edad de 37 a 50, en el que se observa un 5,6 %.

Tabla N° 12: Distribución de usuarias con presencia o ausencia de Osteoporosis que han presentado o no fracturas previas

	Con antecedentes de Fracturas				Total	
	SI		NO			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
C/ Osteoporosis	7	6,5	17	15,7	24	22,2
S/ Osteoporosis	15	13,9	69	63,9	84	77,8
Total	22	20,4	86	79,6	108	100

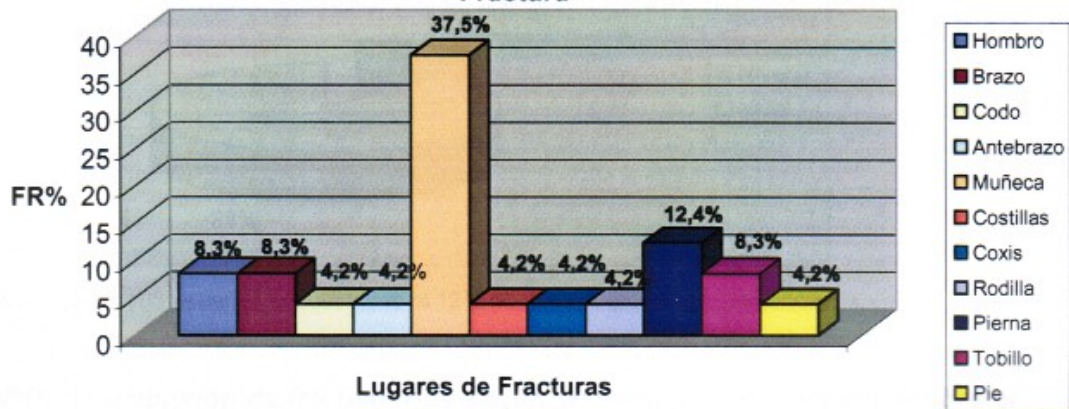


Comentario: De las 108 usuarias encuestadas encontramos que 22 de ellas presentaron antecedentes de fracturas, de estas, 7 tienen antecedentes personales de Osteoporosis y 15 no la presentan.

Tabla N° 13: Distribución de usuarias según localización de Fractura

Lugar de Frac.	FA	FR%
Hombro	2	8,3
Brazo	2	8,3
Codo	1	4,2
Antebrazo	1	4,2
Muñeca	9	37,5
Costillas	1	4,2
Coxis	1	4,2
Rodilla	1	4,2
Pierna	3	12,4
Tobillo	2	8,3
Pie	1	4,2
Total	24	100

Gráfico N° 13: Distribución de usuarias según localización de Fractura

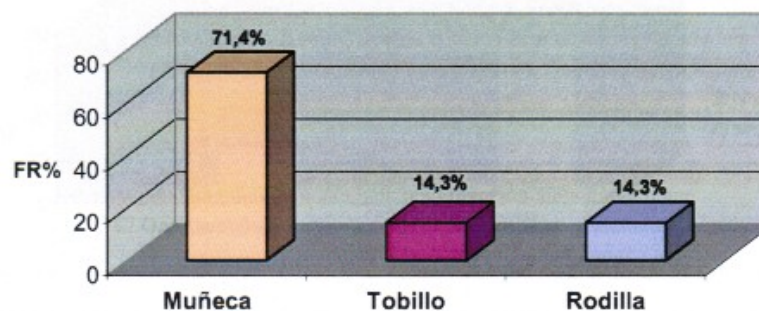


Comentario: Se destacan las fracturas de muñeca y pierna.

Tabla N° 14: Distribución de usuarias con Osteoporosis según localización de fracturas

Localización de las fract.	FA	FR%
Muñeca	5	71,4
Tobillo	1	14,3
Rodilla	1	14,3
Total	7	100

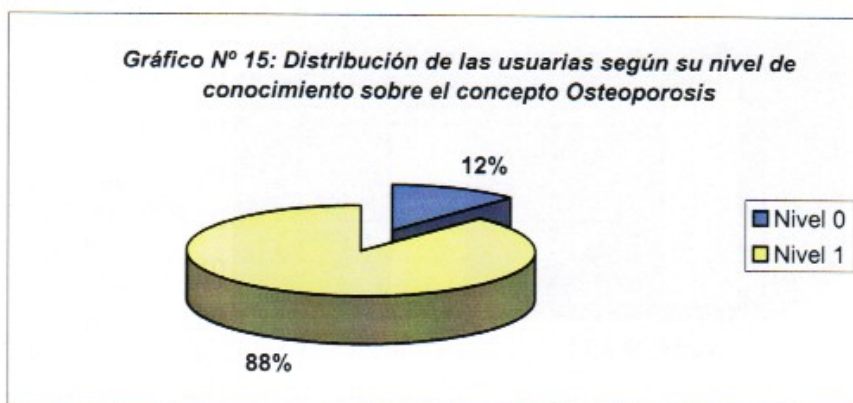
Gráfico N° 14: Localización de las fracturas de usuarias con antec. de osteoporosis



Nivel de conocimiento de las usuarias sobre Osteoporosis

Tabla N°15: Distribución de las usuarias según su nivel de conocimiento sobre el concepto Osteoporosis

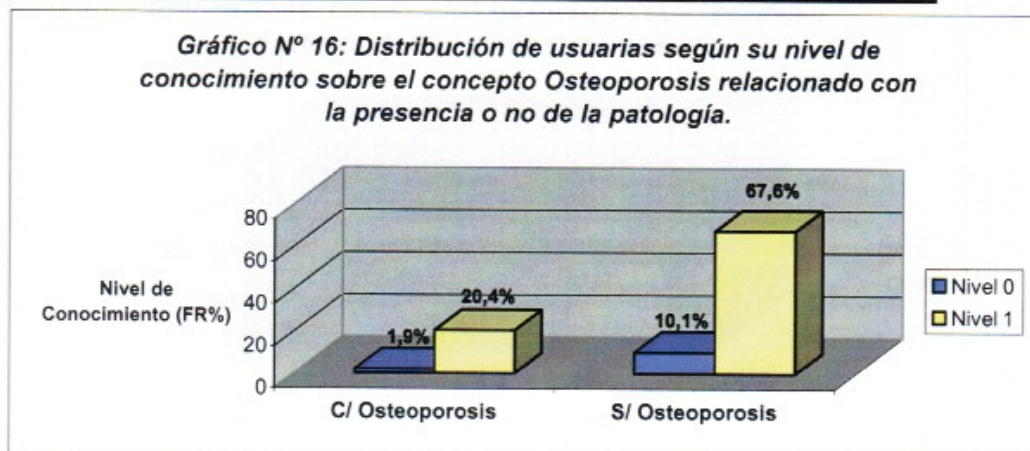
Nivel de Conocimiento	FA	FR%
Nivel 0	13	12
Nivel 1	95	88
Total	108	100



Comentario: De las 108 usuarias encuestadas el 12% no conoce el término Osteoporosis.

Tabla N°16: Distribución de las usuarias según su nivel de conocimiento sobre el concepto Osteoporosis relacionado con la presencia o no de la patología.

	Nivel de Conocimiento					
	Nivel 0		Nivel 1		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
C/ Osteoporosis	2	1,9	22	20,4	24	22,3
S/ Osteoporosis	11	10,1	73	67,6	84	77,8
Total	13	12	95	88	108	100

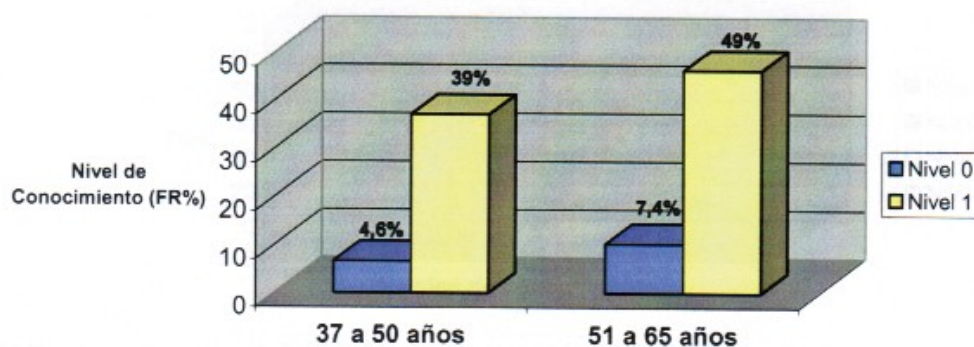


Comentario: De las 24 usuarias que tienen antecedentes personales de osteoporosis 2 de ellas no reconocen el término, mientras que de las 84 que no presentan la patología 11 no reconocen el término.

Tabla N°17: Distribución de las usuarias según su nivel de conocimiento sobre el concepto Osteoporosis relacionado con los rangos de edades.

Edades	Nivel de Conocimiento				Total	
	Nivel 0		Nivel 1		FA	FR%
	FA	FR%	FA	FR%		
37 a 50 años	5	4,6	42	38,9	47	43,6
51 a 65 años	8	7,4	53	49	61	56,4
Total	13	12	95	87,9	108	100

Gráfico N° 17: Distribución de usuarias según su nivel de conocimiento sobre el concepto Osteoporosis relacionado con los rangos de edades.

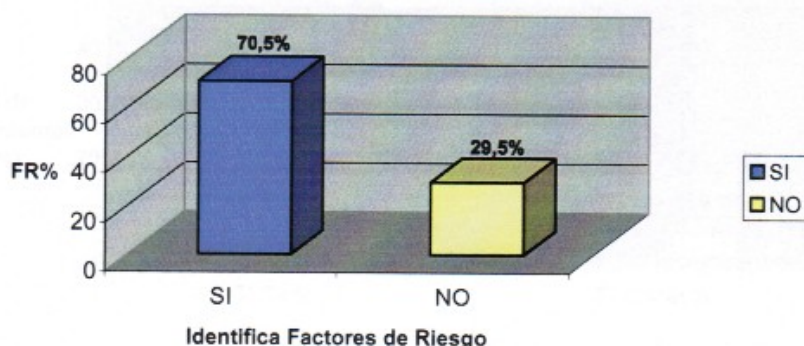


Nota: No se observaron diferencias significativas en lo que respecta al nivel de conocimiento, según etapa del climaterio en la que se encuentren.

Tabla N° 18: Distribución de usuarias que identifican Factores de Riesgo de Osteoporosis

Reconoce Fact. De Riesgo	FA	FR%
SI	67	70,5
NO	28	29,5
Total	95	100

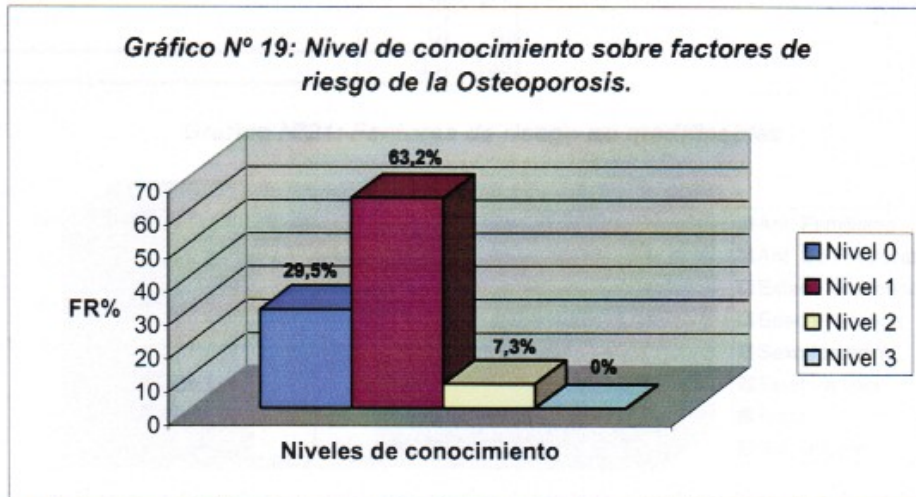
Gráfico N° 18: Distribución de usuarias que identifican Factores de Riesgo de Osteoporosis



Nota: Se tomó como 100% a las 95 usuarias que identifican el concepto Osteoporosis.

Tabla N° 19: Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de la Osteoporosis

Nivel de conocimiento	FA	FR%
Nivel 0	28	29,5
Nivel 1	60	63,2
Nivel 2	7	7,3
Nivel 3	0	0
Total	95	100

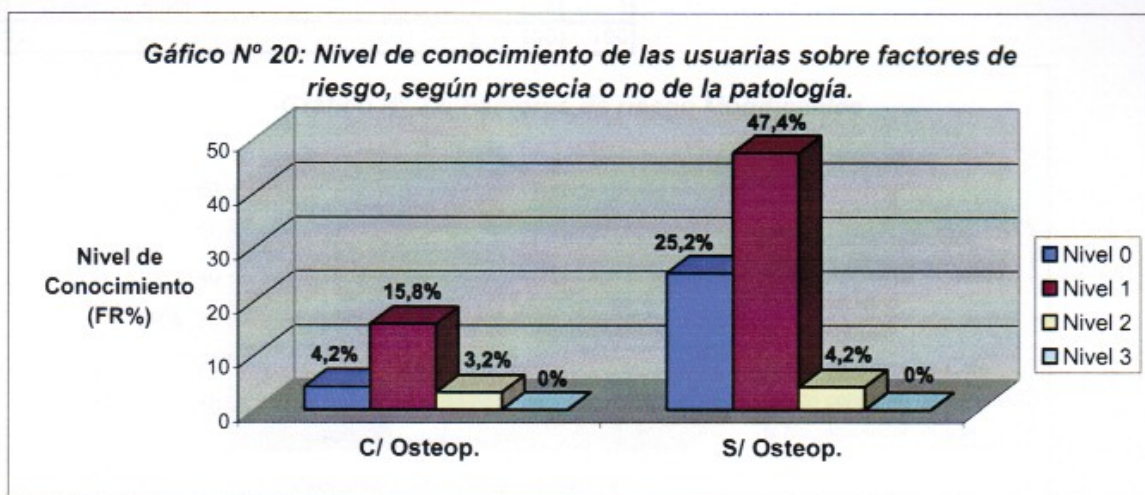


Comentario: se destaca que 29,5% no reconoce ningún factor de riesgo, 63,2% corresponde al nivel de conocimiento 1, es poco significativo el valor porcentual en el nivel 2 y nulo en el nivel 3.

Nota: Se tomó como 100% a las 95 usuarias que identifican el concepto Osteoporosis.

Tabla N° 20: Nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo, según presencia o no de la patología.

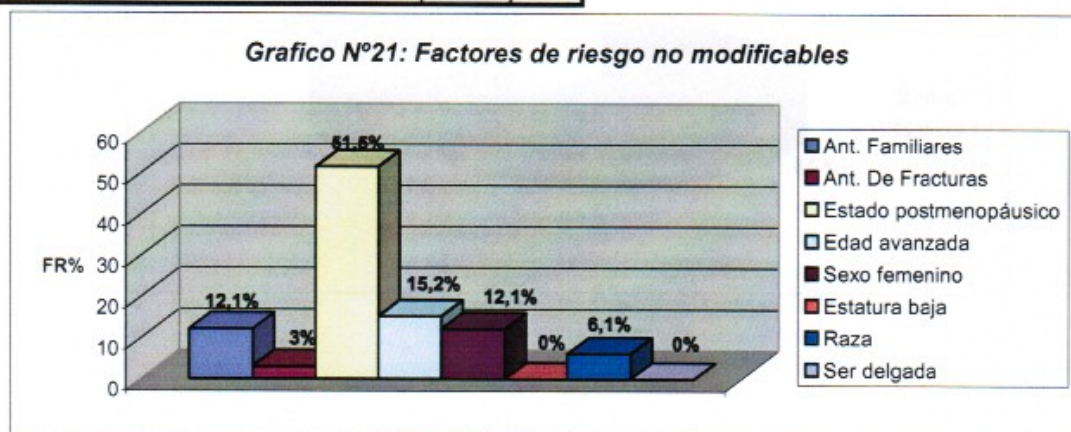
Nivel de conocimiento	Nivel 0		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
C/ Osteop.	4	4,2	15	15,8	3	3,2	0	0	22	23,2
S/ Osteop.	24	25,2	45	47,4	4	4,2	0	0	73	76,8
Total	28	29,4	60	63,2	7	7,4	0	0	95	100



Comentario: Se observa que los niveles de conocimiento que se destacan son los Niveles 1 y 0, independientemente de la presencia o ausencia de Osteoporosis en las usuarias.

Tabla N° 21 y 22: Factores de riesgo que identifican las usuarias.

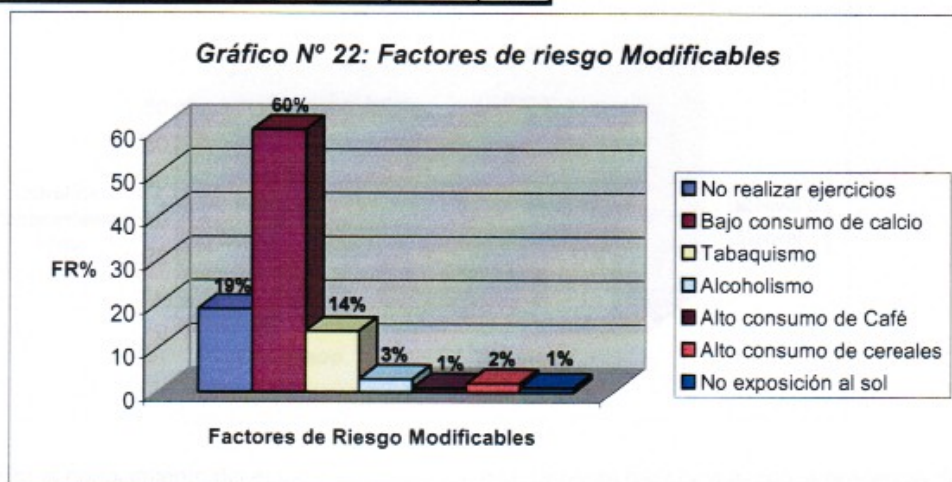
No modificables	FA	FR%
Ant. Familiares	4	12,1
Ant. De Fracturas	1	3
Estado postmenopáusico	17	51,5
Edad avanzada	5	15,2
Sexo femenino	4	12,1
Estatura baja	0	0
Raza	2	6,1
Ser delgada	0	0
Total	33	100



Comentario: el factor de riesgo más reconocido por esta población, el estado post menopáusico con un 51,5%, esta dividido en similar proporción entre usuarias que cursan el estado pre y post menopáusico.

Tabla N° 22

Modificables	FA	FR%
No realizar ejercicios	19	19
Bajo consumo de calcio	60	60
Tabaquismo	14	14
Alcoholismo	3	3
Alto consumo de Café	1	1
Alto consumo de cereales	2	2
No exposición al sol	1	1
Total	100	100



Comentario: en mayor porcentaje se reconoce como factor de riesgo el bajo consumo de calcio (60%), pero se destaca que otro factor tan importante y complementario como la no exposición al sol es prácticamente no reconocido.

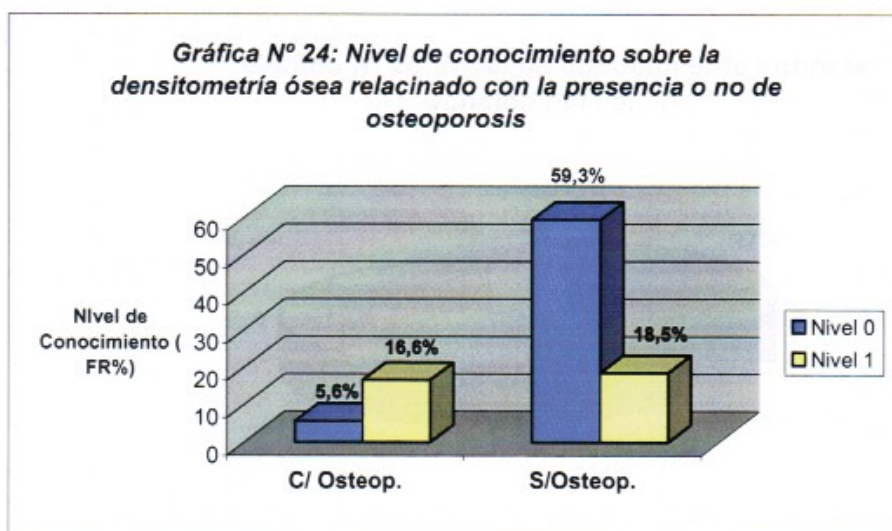
Tabla N° 23: Nivel de conocimiento sobre la densitometría ósea

Nivel de conocimiento	FA	FR%
Nivel 0	70	64,9
Nivel 1	38	35,1
Total	108	100



Tabla N° 24: Nivel de conocimiento sobre la densitometría ósea relacionado con la presencia o no de Osteoporosis

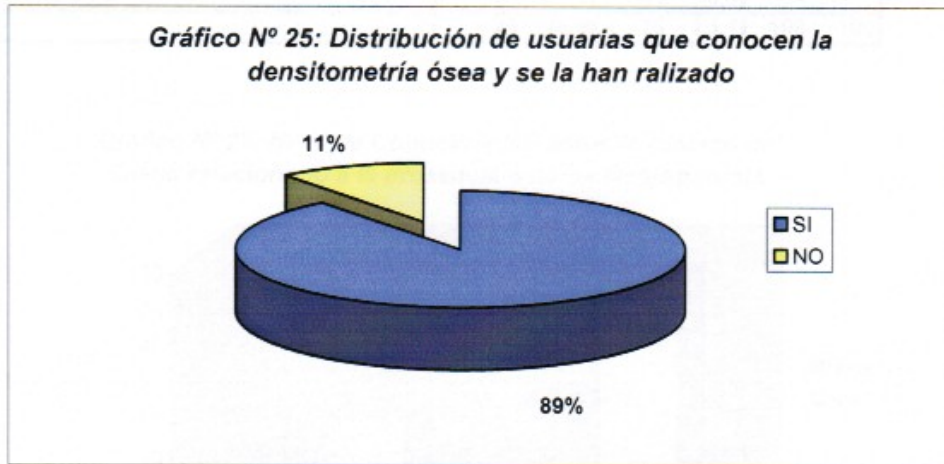
Nivel de conocimiento	Nivel de Conocimiento					
	Nivel 0		Nivel 1		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
C/ Osteop.	6	5,6	18	16,6	24	22,2
S/Osteop.	64	59,3	20	18,5	84	77,8
Total	70	64,9	38	35,1	108	100



Comentario: el conocimiento del estudio se encuentra directamente relacionado con la presencia de la patología.

Tabla N° 25: Distribución de usuarias que conocen la densitometría ósea y se la han realizado

Cuántas se la han realizado?	FA	FR%
SI	34	89,5
NO	4	10,5
Total	38	100



Comentario: De las 38 usuarias que identifican la Densitometría Ósea como el examen para diagnosticar la Osteoporosis el 89% se lo ha realizado

Tabla N° 26: Nivel de conocimiento sobre la función del calcio

Nivel de conocimiento	FA	FR%
Nivel 0	29	26,9
Nivel 1	79	73,1
Total	108	100

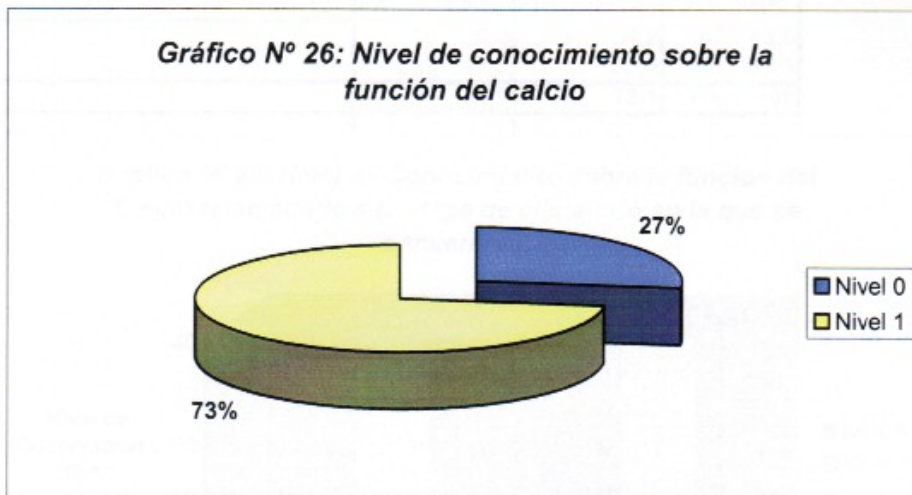
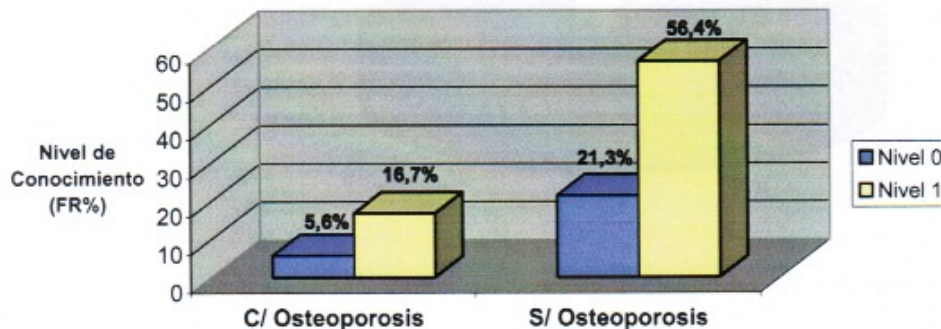


Tabla 27: Nivel de conocimiento sobre la función del Ca relacionado a la presencia o no de Osteoporosis.

	Nivel de conocimiento					
	Nivel 0		Nivel 1		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
C/ Osteoporosis	6	5,6	18	16,7	24	22,3
S/ Osteoporosis	23	21,3	61	56,4	84	77,7
Total	29	26,9	79	73,1	108	100

Gráfico N° 27: Nivel de Conocimiento sobre la función del Calcio relacionado a la presencia o no de Osteoporosis.



Comentario: Del total de las usuarias el 73,1% conoce la función del calcio mientras que el 26,9% no lo conocen.

Tabla N° 28: Nivel de conocimiento sobre la función del Ca relacionado a la etapa del climaterio en la que se encuentran.

	Nivel de conocimiento					
	Nivel 0		Nivel 1		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
37 a 50 años	10	9,3	37	34,2	47	43,5
51 a 65 años	19	17,6	42	38,9	61	56,5
Total	29	26,9	79	73,1	108	100

Gráfico N° 28: Nivel de Conocimiento sobre la función del Calcio relacionado a la etapa de climaterio en la que se encuentran.

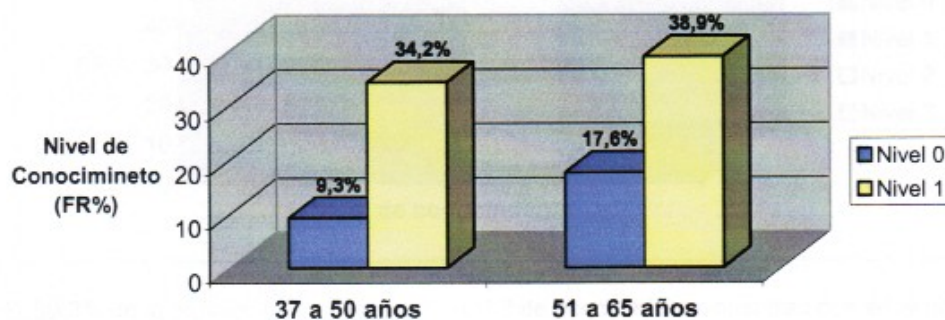
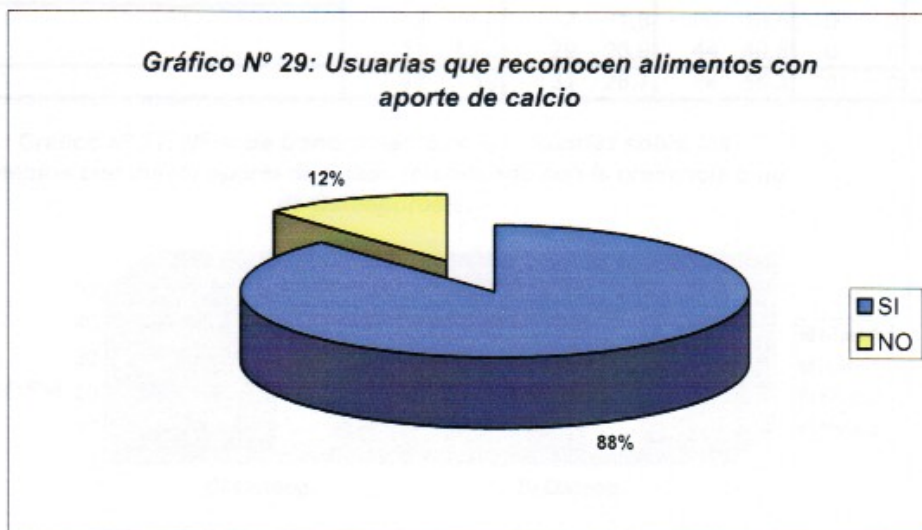


Tabla N° 29: Usuarias que reconocen alimentos con mayor aporte de calcio

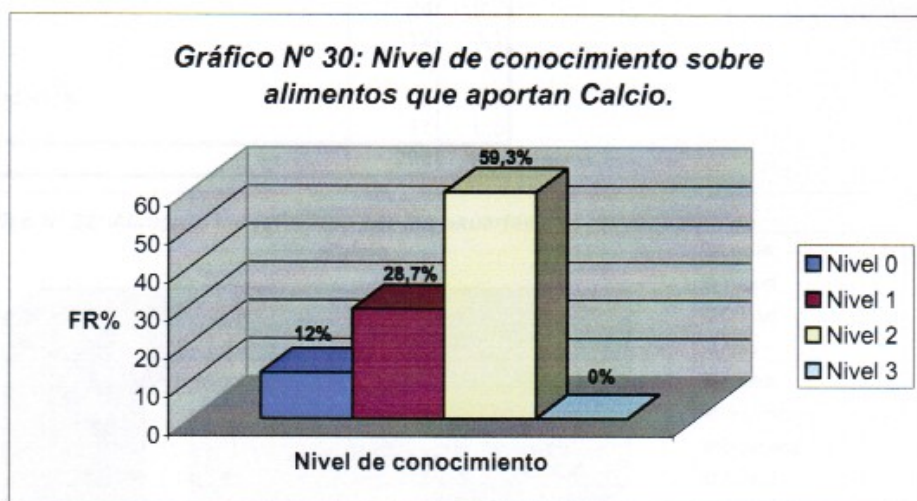
Reconoce Alimentos con Ca	FA	FR%
SI	95	88
NO	13	12
Total	108	100



Comentario: Del total de las usuarias el 88% reconocen los alimentos con mayor aporte de calcio.

Tabla N° 30: Nivel de conocimiento sobre alimentos que aportan Calcio

Nivel de conocimiento	FA	FR%
Nivel 0	13	12
Nivel 1	31	28,7
Nivel 2	64	59,3
Nivel 3	0	0
Total	108	100

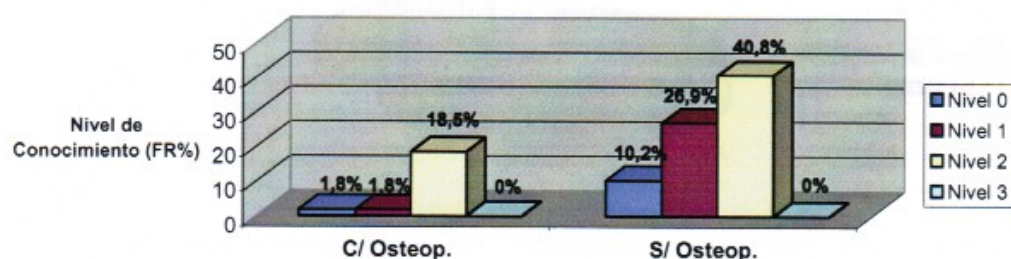


Comentario: El 59,3% de la población se ubica en el nivel 2 de conocimiento, mientras que en el nivel 1 con un 28,7%.

Tabla N° 31: Nivel de Conocimiento de las usuarias sobre los alimentos con mayor aporte de Calcio relacionado con la presencia o no de Osteoporosis.

	Nivel de conocimiento									
	Nivel 0		Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
C/ Osteop.	2	1,8	2	1,8	20	18,5	0	0	24	22,2
S/ Osteop.	11	10,2	29	26,9	44	40,8	0	0	84	77,8
Total	13	12	31	28,7	64	59,3	0	0	108	100

Gráfico N° 31: Nivel de Conocimiento de las usuarias sobre los alimentos con mayor aporte de Calcio relacionado con la presencia o no de Osteoporosis.

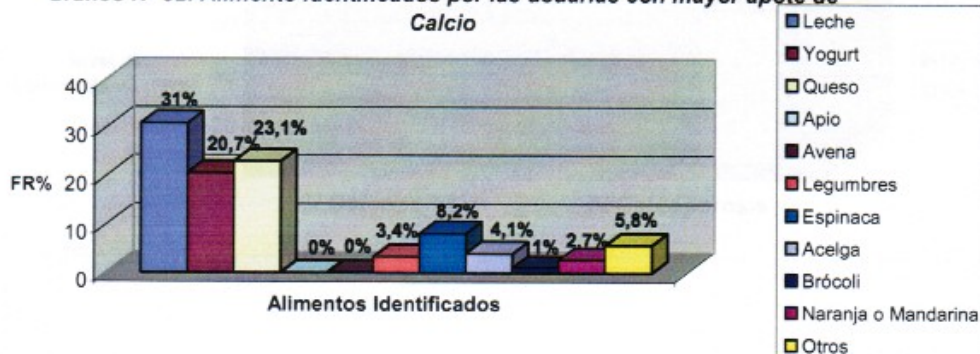


Comentario: De las 24 usuarias que presentan Osteoporosis 2 se encuentran en nivel 0 y otras 2 en nivel 1 lo que ubica a las restantes en un mayor porcentaje en el Nivel 2, encontrándose la mayoría en un nivel suficiente de conocimiento.

Tabla N° 32: Alimentos identificados por las usuarias con mayor aporte de Calcio

Cuáles?	FA	FR%
Leche	91	31
Yogurt	61	20,7
Queso	68	23,1
Apio	0	0
Avena	0	0
Legumbres	10	3,4
Espinaca	24	8,2
Acelga	12	4,1
Brócoli	3	1
Naranja o Mandarina	8	2,7
Otros	17	5,8
Total	294	100

Gráfico N° 32: Alimento identificados por las usuarias con mayor aporte de Calcio



Comentario: Se identifican mayoritariamente en los lácteos: leche, yogurt y queso

Tabla N° 33: Nivel de conocimiento sobre la función de la Vitamina D

Nivel de Conocimiento	FA	FR%
Nivel 0	81	75
Nivel 1	27	25
Total	108	100

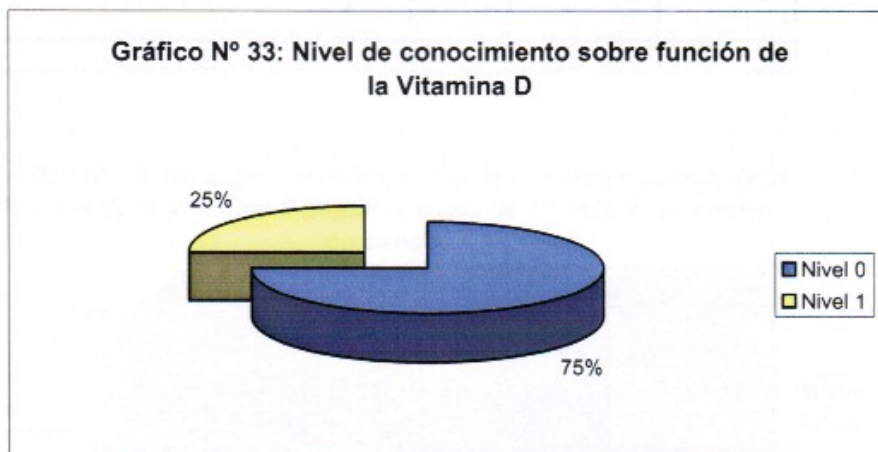


Tabla N° 34: Nivel de Conocimiento de las usuarias acerca de la función de la Vitamina D relacionado con a presencia o no de Osteoporosis.

	Reconoce la función de la Vit. D					
	Nivel 0		Nivel 1		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
C/ Osteoporosis	16	14,8	8	7,4	24	22,2
S/ Osteoporosis	65	60,2	19	17,6	84	77,8
Total	81	75	27	25	108	100

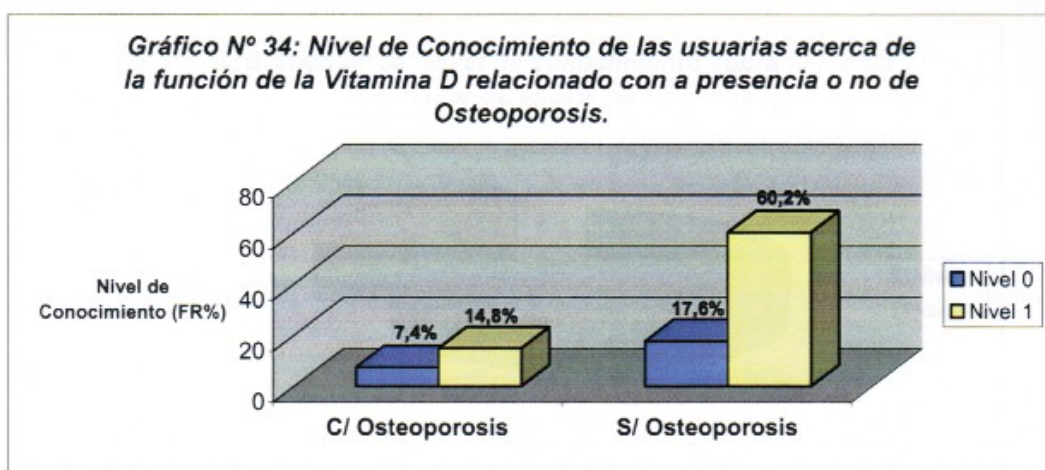


Tabla N° 35: Nivel de Conocimiento de las usuarias acerca de la función de la Vitamina D según la etapa de climaterio que estén cursando.

	Reconoce la función de la Vit. D					
	Nivel 0		Nivel 1		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
37 a 50 años	30	27,8	17	15,7	47	43,5
51 a 65 años	51	47,2	10	9,3	61	56,5
Total	81	75	27	25	108	100

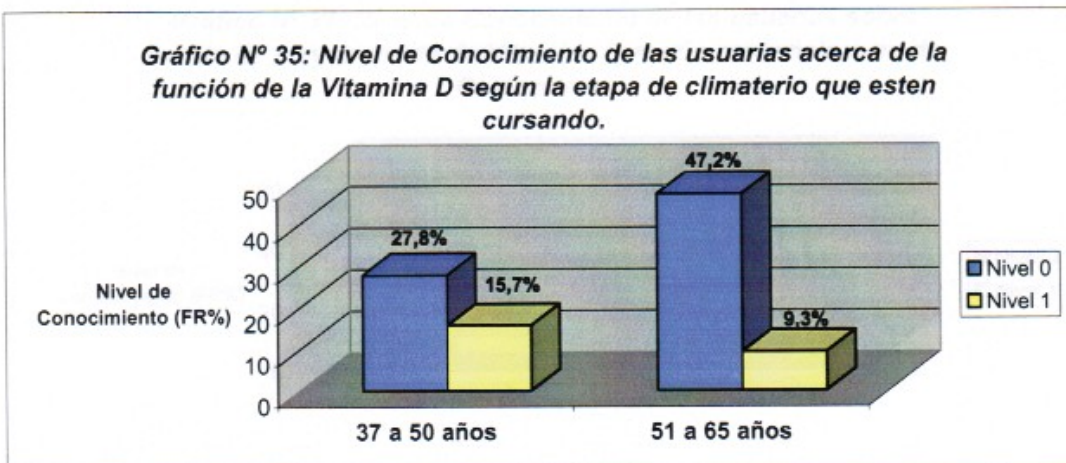


Tabla N° 36: Nivel de conocimiento sobre la fuente de mayor aporte de Vitamina D

Nivel de conocimiento	FA	FR%
Nivel 0	81	74,9
Nivel 1	27	25,1
Total	108	100

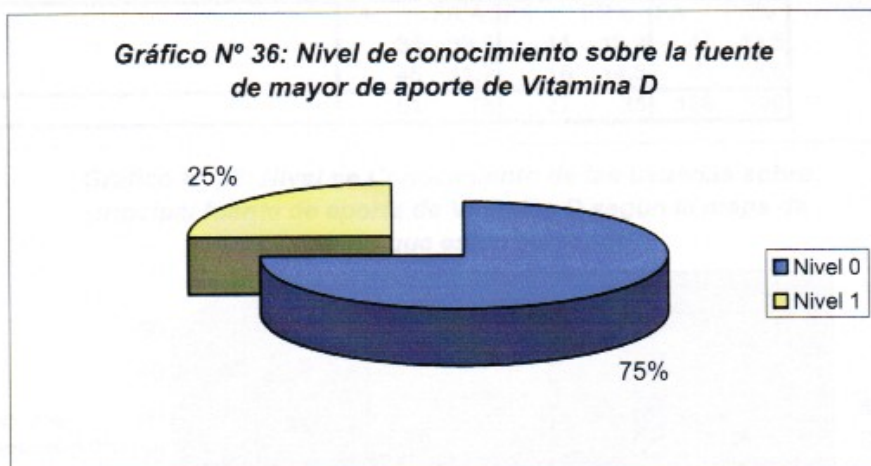
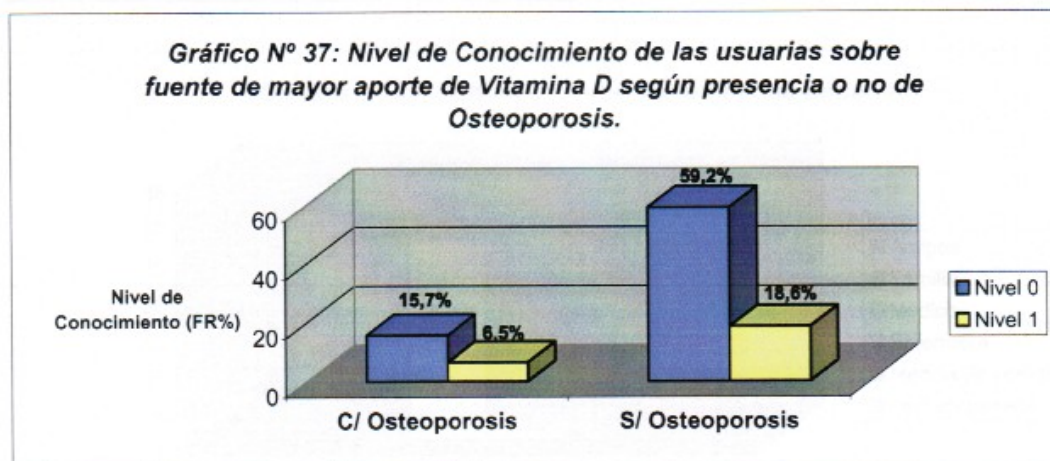


Tabla N° 37: Nivel de Conocimiento de las usuarias sobre fuente de mayor aporte de Vitamina D según presencia o no de Osteoporosis.

	Nivel 0		Nivel 1		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
C/ Osteoporosis	17	15,7	7	6,5	24	22,2
S/ Osteoporosis	64	59,2	20	18,6	84	77,8
Total	81	74,9	27	25,1	108	100



Comentario: Se mantiene la diferencia porcentual del conocimiento de la fuente de mayor aporte de Vitamina D independientemente de la presencia o ausencia de Osteoporosis.

Tabla N° 38: Nivel de Conocimiento de las usuarias sobre principal fuente de aporte de Vitamina D según la etapa de climaterio que estén cursando.

	Nivel de Conocimiento				Total	
	Nivel 0		Nivel 1		FA	FR%
37 a 50 años	36	33,3	11	10,2	47	43,5
51 a 65 años	45	41,7	16	14,8	61	56,5
Total	81	75	27	25	108	100

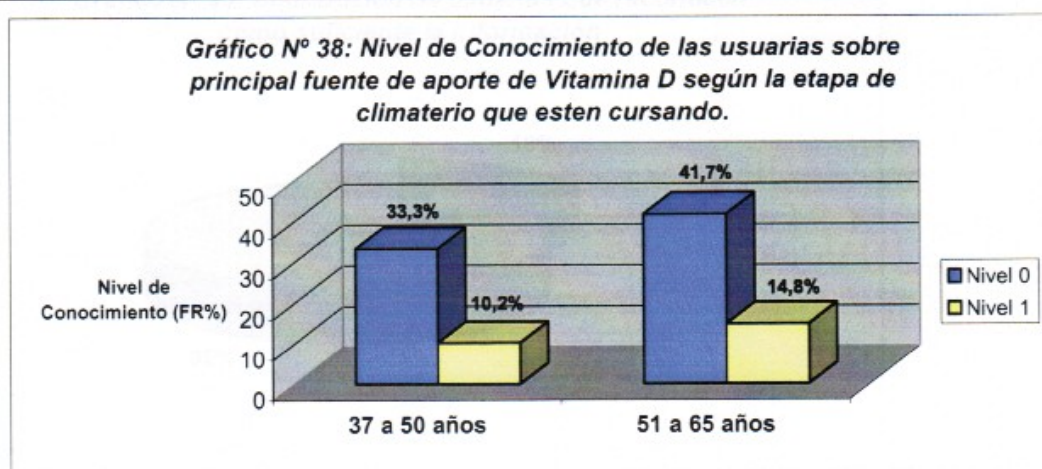
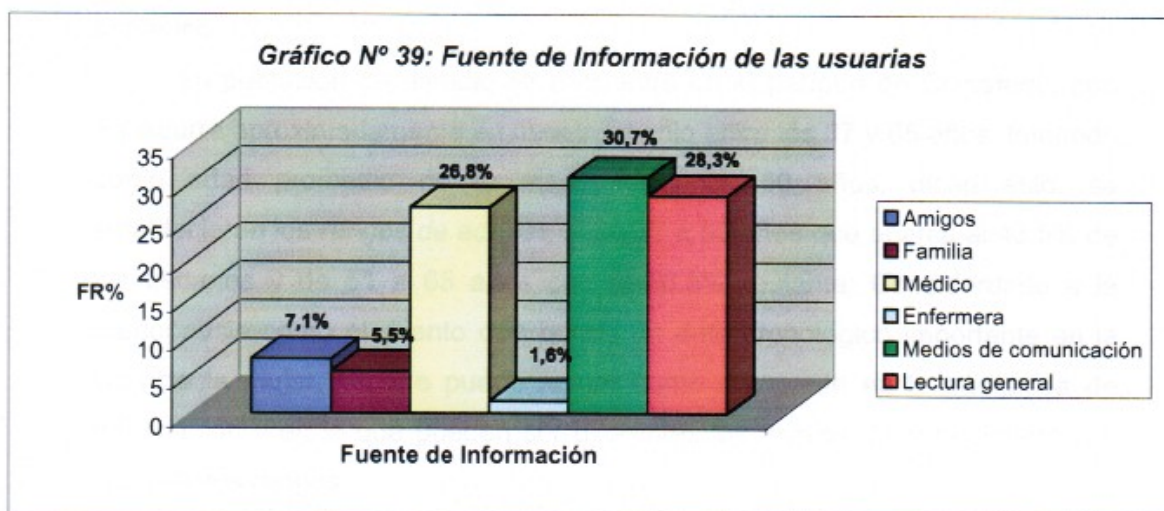


Tabla N° 39: Fuente de información de las usuarias

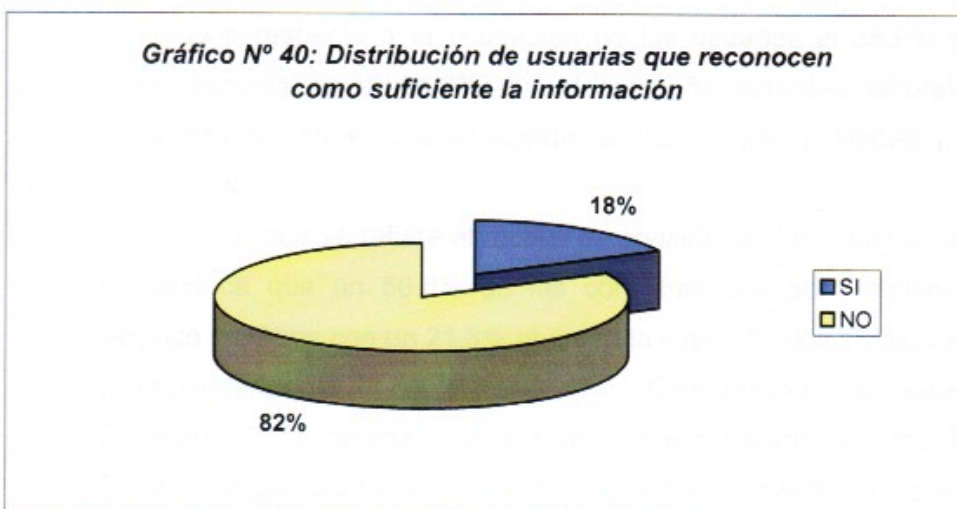
Fuente de información	FA	FR%
Amigos	9	7,1
Familia	7	5,5
Médico	34	26,8
Enfermera	2	1,6
Medios de comunicación	39	30,7
Lectura general	36	28,3
Total	127	100



Comentario: Se destaca como menor porcentaje de fuente de información con un 1,6% a Enfermería

Tabla N° 40: Distribución de usuarias que reconocen como suficiente la información

Reconoce como suficiente la información?	FA	FR%
SI	19	17,6
NO	89	82,4
Total	108	100



Comentario: Hay una insatisfacción notoria de la población a la información disponible, evidenciable en este gráfico.

Análisis

Finalizada la recolección de datos y tabulación procederemos a analizar los mismos:

De la población que se definió en primera instancia, se les aplicó el instrumento a una muestra de 108 usuarias, siendo en su totalidad de sexo femenino.

La población de estudio se encuentra en el período de Climaterio, que transcurre aproximadamente en nuestro medio entre los 37 y 65 años, tomando como edad promedio de la menopausia los 50 años, dicho esto, se establecieron los *rangos de edades* entre 37 a 50 años que abarca el 43.5% de las usuarias y de 51 a 65 años con el 56.5% restante. Considerando a la menopausia como el evento que brinda un dato cronológico importante en la vida de la mujer, ya que puede actuar como detonante en la búsqueda de información y en la que pueden ser diferentes los niveles de conocimiento en los distintos rangos.

En cuanto al *estado civil* de las usuarias el 55.6% son casadas, el 16.6% son divorciadas y un 13.9% viudas.

De acuerdo al *nivel de instrucción* el mayor porcentaje de la población se distribuye con 43.5% secundaria incompleta, 24% primaria completa, luego primaria incompleta 19.4%, seguido con igual porcentaje de 5.6% encontramos secundaria completa y estudios terciarios, el 1.9% es analfabeto. Cabe destacar que más del 78% de la población tiene 6 o más años de estudios formales aprobados.

Con respecto a la *ocupación* de las usuarias el 38.9% son amas de casa, seguida de el 34.3% que desempeña actividad laboral, el 11% se encuentra actualmente desocupada, el 9.3% están jubiladas y el 6.5% son pensionistas.

En lo que se refiere al *motivo de consulta* de las usuarias a la policlínica se destaca que un 50.8% de las consultas son por Patologías Tiroideas, seguida de Otros con un 21.3% abarcando éste, obesidad, dislipemias y rutinas pre-operatorias, el 18.6% corresponde a Osteoporosis y el restante 9.3% por Diabetes. Cabe aclarar que el trabajo fue realizado en una Policlínica de Endocrinología, por tal motivo justifica el número elevado de estas patologías.

De las 108 usuarias el 67.6% (73) no presentan *antecedentes familiares* de Osteoporosis y el 32.4% (35) si los presentan. En cuanto a los *antecedentes personales*, el 22.2 % (24) tiene Osteoporosis y el 77.8% (84) no presenta la patología. Se consideró importante destacar estos datos ya que el presentar antecedentes personales y/o familiares es un factor de riesgo, que al estar presente puede inducir a las usuarias a la búsqueda de información, siendo esté un hecho relevante que incide directamente con los objetivos de la investigación . De las 24 usuarias con Osteoporosis el 66.7% están en tratamiento y el 33.3% no se encuentran en tratamiento.

En cuanto a los antecedentes familiares de fracturas el 72.2% no posee y el 27.8% si. Los lugares de fractura que predominan son brazo con el 31.7%, 15.7% muñeca, el 13.1% de cadera, seguido de Hombro y Tobillo con 7.9%.

De las usuarias entre 37 a 50 años que representa el 43.5%, 5.6% presentan osteoporosis mientras que el 37.9% restante no; de las usuarias entre 51 a 65 años que constituye el 56.5%, 16.6% presentan Osteoporosis, mientras que el restante 39.9% no.

Hay que destacar que de las usuarias con osteoporosis $\frac{3}{4}$ partes se encuentran en el rango de 51 a 65 años. Dichos datos confirman la presencia de dos factores de riesgo de Osteoporosis como son el estado pos-menopáusico y la edad avanzada.

De las usuarias con antecedentes personales de fractura que corresponde a un 20.4% de la muestra, encontramos que el 13.9% no presentan antecedentes de Osteoporosis, mientras que el 6.5% si lo presenta. De las usuarias con fracturas previa el 37.5% se localiza en muñeca, seguido 12.4% en pierna y 8.3% hombro, brazo y tobillo, entre otros.

De las usuarias con Osteoporosis que han presentado fracturas (6.5% referido anteriormente), el 71.4% se han localizado en muñeca seguido de tobillo y rodilla con 14.3%. Estos datos contrastados con el marco teórico nos confirman la prevalencia de fracturas en huesos cortos características de la Osteoporosis.

Posterior a la caracterización del perfil de la población encuestada, se comienza el análisis del Nivel de Conocimiento que tienen las usuarias sobre Osteoporosis; exponiéndose como se distribuyen los conocimientos según la ausencia o la presencia de la patología y etapa del Climaterio.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre el concepto de Osteoporosis, la población se distribuye de la siguiente manera, el 12% de las usuarias no identifica el concepto y el 88% reconoce el mismo.

Del 22.2% de las usuarias que presentan Osteoporosis, el 1.9% no reconoce el concepto; del 77.8% de la población que no presenta Osteoporosis el 10.1% no reconoce el concepto.

Al analizar este hecho según la etapa del Climaterio en la que se encuentran no se observan diferencias significativas.

En lo que se refiere a la distribución de usuarias que identifican los factores de riesgo de la Osteoporosis, la muestra poblacional se redujo a las 95 usuarias que reconocieron el concepto de la patología, de éstas, el 29.5% no reconoce ningún factor de riesgo, no posee conocimiento; mientras que el 70.5% restante reconoce algunos de los factores de riesgo de la Osteoporosis, distribuyéndose de la siguiente manera, conocimiento insuficiente: 63.2%, suficiente: 7.3% y óptimo: 0%. Cabe destacar que un alto porcentaje (92.7%) de las usuarias está distribuido en insuficiente y no posee conocimiento, esto refleja el bajo nivel de conocimiento de la población acerca de los factores de riesgo.

Al analizar a la población según la presencia o no de la patología, la misma refleja similar distribución de datos en cuanto al nivel de conocimiento, destacándose el hecho de que 2 de las usuarias que padecen la patología no reconocen ningún factor de riesgo.

De los factores de riesgo no modificables, los más identificados fueron: estado post menopáusico (17 usuarias), edad avanzada (5 usuarias), y ant. familiares y sexo femenino (4 usuarias), de los factores de riesgo modificables los más identificados fueron: bajo consumo de calcio (60 usuarias), no realizar ejercicios (19 usuarias) y tabaquismo (14 usuarias).

Con respecto al nivel de conocimiento acerca de la prueba diagnóstica de la Osteoporosis (Densitometría Ósea) el 64.9% no la reconoce como tal, mientras que el 35.1% si la reconoce, es de considerar que de las usuarias que la reconocen el 89.5% se la ha realizado. Otro dato a resaltar es que el conocimiento acerca de la densitometría ósea es directamente proporcional a la presencia de la patología, de las 35 usuarias que la reconocen 18 presentan Osteoporosis.

En cuanto al nivel de conocimiento acerca de la función del Calcio, se observa que el 73% de las usuarias reconoce la función. Con respecto a la presencia o no de la patología, vemos que de las 24 usuarias con Osteoporosis, 6 (25%) no reconocen la función del Calcio. En cuanto a la distribución por etapa del Climaterio en la que se encuentran, no se observan diferencias sustanciales.

Referente a los alimentos con mayor aporte de calcio, el 12% no reconoce ningún alimento, no posee conocimiento; el restante 88% de las usuarias reconoce alimentos que contienen calcio, de estos, el 28.7% tiene conocimiento insuficiente, el 59.3% suficiente, y es nulo el conocimiento óptimo. Los alimentos más reconocidos con mayor aporte de calcio fueron los lácteos, de las 108 usuarias 91 reconocieron a la Leche, 68 el Queso, y 61 el Yogurt.

En relación al nivel de conocimiento de las usuarias sobre la función de la Vitamina D, cabe destacar que el 75% de la población no posee conocimiento y el 25% presenta conocimiento suficiente. Si se observa la distribución según la presencia o no de la patología, vemos que 16 de las 24 usuarias que presentan Osteoporosis no reconocen la función de la Vitamina D. En lo que refiere a la distribución según el nivel de conocimiento en las diferentes etapas del climaterio que cursan, los datos no arrojan diferencias significativas.

Relacionado a lo precedente, se indago a las usuarias acerca de donde se encuentra la fuente de mayor aporte de Vitamina D, y se destaca que todas aquellas usuarias que reconocieron la función de la Vitamina D también reconocen la fuente de mayor aporte de la misma.

Con respecto al nivel de conocimiento de la fuente de mayor aporte de vitamina D, relacionado con la presencia o no de la patología, podemos ver que 17 de las 24 usuarias que presentan Osteoporosis no la reconocen, pudiendo esto afectar el tratamiento. No así en lo que respecta a la etapa del Climaterio en la que se encuentran, donde no se observan diferencias reveladoras.

En cuanto al conocimiento que poseen las usuarias, refieren como fuente de información en un 30.7% a los medios de comunicación, seguido por un 28.3% de lectura general y un 26.8% médicos. Con respecto al papel de la Enfermera como promotora de salud, es alarmante el bajo porcentaje que encontramos (1.6%).

Al finalizar el cuestionario a las usuarias, se indagó si consideraban como suficiente la información a la que ellas tienen acceso sobre la patología, y esto reveló un alto porcentaje (82%) de insatisfacción acerca de la información disponible.

Conclusiones y sugerencias

Al finalizar el diagnóstico de las distintas instituciones públicas y privadas, corroboramos la inexistencia de Programas destinados a la promoción y prevención de complicaciones y patologías asociadas al Climaterio. Si bien estas patologías y complicaciones son multisistémicas, el interés grupal se centro en la Osteoporosis. Por lo cual investigamos el nivel de conocimiento de las mujeres Climatéricas, para identificar con que información llegan a esta etapa de su vida.

Si bien se destaca que el conocimiento que tienen las usuarias en la etapa del Climaterio sobre el concepto de Osteoporosis es elevado con un 88%, al profundizar en las medidas de prevención y factores de riesgo, no se reflejó en los datos obtenidos (*Ver gráfico N° 18 al N° 38*); a pesar de que concurren a una policlínica donde se abordan patologías como la Osteoporosis.

Es de vital interés que este estudio sea tomado como punto de partida a futuras investigaciones y elaboración de Programas de Prevención y Promoción en salud, apuntando a revertir las carencias de información con la cual llegan al Climaterio. Teniendo en cuenta los datos obtenidos en nuestra investigación para la elaboración de dichos Programas y enfocarlos a poblaciones más jóvenes con el objetivo de fortalecer y aportar más conocimientos sobre prevención de Osteoporosis.

Si bien es importante prevenir, no se puede perder de vista que la población de nuestro país es una población envejecida y que no podemos olvidarnos de gestionar diferentes programas de salud en pro de ellos.

A esta altura nadie duda, que lo importante no es prolongar la vida en condiciones que impliquen sufrimiento o dependencia de otros, interesa la calidad de vida: continuar durante el máximo tiempo posible con una vida activa y útil.

Por esto se considera que el rol de la Licenciada en Enfermería es un pilar fundamental dentro del equipo de salud, siendo el profesional que se encuentra capacitado para abordar a los usuarios de forma integral, ejerciendo sus funciones de Asistencia, Administración, Investigación y Docencia en todos los niveles de la salud.

Por lo tanto, el logro de la salud de la población, en este caso de las mujeres, requiere de una propuesta global que encierre el compromiso del Estado en desarrollar Políticas Públicas que contemplen las necesidades específicas, al mismo tiempo que asegure los recursos humanos, técnicos y financieros.

Si se invirtiera en la prevención de esta patología tanto como se invierte en el tratamiento y rehabilitación, se llegaría a un mayor número de personas de la comunidad y evitaría la enfermedad y su complicación, disminuyendo sustancialmente los gastos y mejorando la calidad de vida de las usuarias.

Al finalizar nuestra encuesta consideramos importante conocer la opinión de las usuarias sobre la información disponible, y la misma nos aportó datos comparables con los obtenidos, ya que el 82% de las usuarias encuestadas considera como insuficiente la información disponible, esto demuestra que la población se encuentra abierta a recibir información por lo que nos queda mucho trabajo por delante.

Bibliografía

- Dr. Scasso JC, Dr. Machin V. Los seis escalones del climaterio. 24p. Asociación Médica del Uruguay 1998.
- Hernández Sampicri R, Fernández Collado C, Casas Pérez Mª de la Luz. Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL; 1996. 500p.
- GEOSUR. Osteoporosis. Uruguay: 2000. 158p.
- Ministerio de Salud Pública. La salud de las Uruguayas. Uruguay: MSP; 1997. 64p
- Estadísticas. Fondo Nacional de Recursos. (En línea) 2005. Disponible en: www.fnr.gub.uy (Fecha de acceso 2006 febrero 3)
- Instituto Nacional de Estadística. Censo estadístico. Montevideo: INE; 1997. (s.p.)
- Edge V., Miller M., Cuidados de Salud de la Mujer. España:(s.n):1995.338p.
- Sanfeliu Cortés V. Problemas músculo esqueléticos. Colección de enfermería / nurses review. España: Masson; 1994.160 p
- Organización Panamericana de la Salud. Género, Mujer y Salud.
- Passer C, Hauser P, Iens I. Género, Familia y Políticas sociales. , Ediciones Trilce y Red Género y Familia.
- Serra.Ll, Arauceta.J, Mataix.J, Nutrición ySalud P'ública. España: Masson;1995, . 401p..
- Reeder, Martín, Koniak. Menopausia. En:Enfermería Materno Infantil.17a. ed.Mexico:Interamericana, 1995,p1421-118
- Seminario Salud Reproductiva. Mujer y Género; Mdeo; (s.p.)junio 2003. Mdeo: Fac de Enf.
- Suzanne C, Brenda G. Osteoporosis. En: Brunner y Suddarth: Enfermería Medico-Quirúrgica Vol II. 9ª ed. México: McGRAW-HILL, 2002, p 1365-2057. 2313p
- Bracco A. Osteoporosis ¿Cómo prevenirla? Revista Uruguaya de Enfermería. 2001;(2): 8-11p.
- Pastor García LM, León Correa FJ. Definición de Ética. Relación de la ética con otros saberes. En: Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid: Mosby/Doyma Libras, S.A.1997 Pag: 2-7
- Tamayo y Tamayo M. Metodología formal de la investigación científica.(s.l):Limusa; 1990.159p

ANEXOS

ANEXO N° 1

Universidad de la República.
Facultad de Enfermería.
Cátedra Materno-Infantil.

Protocolo de investigación
"Conocimientos que tiene
la mujer en etapa de Climaterio
sobre prevención de Osteoporosis"

Tutora: Lic. en Enf. Prof. Agda Ana Correa
Lic. en Enf. Prof. Mercedes Pérez

Autores: M^a de la Paz Ferrer
Gonzalo Martínez
Valeria Micr
Patricia Rodríguez
Jacqueline Tejera

Montevideo, 15 de setiembre de 2006.

- ❖ **Titulo:** Conocimientos que tiene la mujer en etapa de Climaterio sobre prevención de Osteoporosis.

- ❖ **Formulación del problema:** Que conocimiento poseen las mujeres entre 37 y 65 años¹ sobre prevención de osteoporosis, que concurren a la Policlínica de Endocrinología en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el período comprendido entre el 3 de julio al 3 de agosto del año 2006.

- ❖ **Objetivo general:** Identificar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias en etapa de Climaterio sobre osteoporosis y su prevención.

- ❖ **Objetivos específicos:**
 - 1) Caracterizar la población objeto de estudio.
 - 2) Determinar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias acerca de osteoporosis; identificando sus medidas prevención y sus factores de riesgo.
 - 3) Identificar las fuentes por las que adquieren ese conocimiento.

❖ **Justificación:**

Después de un sondeo a nivel de la cátedra Materno - Infantil sobre posibles temáticas a trabajar y grupos etáreos ya definidos que fueron abordados por anteriores investigaciones, concluimos que existen carencias de Investigaciones acerca de la mujer que cursa esta etapa y sus complicaciones.

Para el año 2030, la Organización Mundial de la Salud proyecta que habrá 1.200 millones de mujeres mayores de 50 años, casi tres veces más que la cantidad que había en 1990. Un gran número de estas mujeres vivirá varias décadas después del climaterio. Pero la mayor esperanza de vida también trae un incremento dramático de la incidencia de enfermedades y condiciones asociadas al Climaterio.

¹ Dr. Scasso JC, Dr. Machín V. Los seis escalones del climaterio.24p. Asociación Médica del Uruguay 1998.

Destacando que millones de mujeres en todo el mundo están entrando a esta etapa vital todos los días, y aún hay muchas de ellas que no conocen sobre el mismo, ni sobre el impacto en sus vidas.

Dado el gran cambio de rol de la mujer en la sociedad Uruguaya, su posición dentro del ámbito familiar e inserción laboral, postergación de la maternidad, y su lucha por la equidad de derechos, es que se considera necesario abordar esta temática, por lo cual se concurrió a diferentes instituciones de salud, en procura de obtener información acerca de la existencia de programas de prevención y promoción de la salud en mujeres en dicha etapa.

Un dato a destacar es que las mujeres cursando esta etapa corresponde al 20.3% de la población femenina, lo que es considerado un porcentaje significativo para la realización del estudio.²

Es relevante investigar esta etapa ya que en ella se suscitan importantes cambios biológicos, psicológicos y socioculturales de las mujeres, donde el rol del Licenciado/a de enfermería juega un papel fundamental como fuente de información sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Luego de varias entrevistas tanto a nivel público como privado corroboramos la inexistencia de programas de prevención y promoción de salud dedicados al tema; existiendo sí programas tales como, seguimiento del embarazo y puerperio, prevención de cáncer de cuello de útero y mama, maternidad informada y voluntaria, entre otros.

En la etapa de Climaterio se da un deterioro progresivo que origina la deficiencia estrogénica a nivel vascular y óseo, pueden afectar la capacidad funcional de la mujer y en consecuencia el logro de sus objetivos, o de una vida plena tanto a nivel sexual, laboral y familiar.

Por todo lo expuesto anteriormente podemos decir que el rol del Licenciado/a de Enfermería aplicando sus conocimientos en los distintos niveles de atención resulta imprescindible dentro del equipo interdisciplinario.

Concurrimos a diferentes laboratorios en busca de información sobre el Climaterio, donde nos entregaron folletos informativos acerca de la terapia de sustitución hormonal.

² Instituto Nacional de Estadística. Censo estadístico. Montevideo: INE; 1997. (s.p.)

Se concurre al MSP para informarnos acerca de la existencia de programas de salud enfocados a las mujeres en la etapa del climaterio, se realizó una entrevista a la Dra. Cristina Grela Directora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (ver Anexo N° 4), la cual nos informó que no existía ningún programa referido a la mujer en esta etapa de su vida, que en la actualidad esta en proceso de elaboración un programa enfocado al climaterio.

Se realizaron entrevistas en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell, Hospital de la Mujer en la Unidad de Climaterio al Dr. Francisco Coppola (ginecólogo y endocrinólogo) y la Dra. Adriana Zubiría (residente de ginecología de 3^{er} año). Dicha Policlínica atiende solo a usuarias que cursan un climaterio patológico y/o quirúrgico; los climaterios normales son derivados a policlínicas de ginecología; no se cuenta con personal de enfermería para dicha policlínica. Se resalta la disparidad de criterios entre la policlínica antes mencionada y la policlínica de Ginecología del Hospital de Clínicas.

No se cuenta con protocolos específicos de atención a la usuaria, si con guías de manejo globales sobre patologías.

Uno de los problemas detectados por el profesional interviniente en dicha policlínica, es la concurrencia significativa de mujeres cursando un climaterio no patológico, derivadas de otros centros en busca de un lugar de referencia, no encontrando en este último una satisfacción a las demandas, dado que se asisten solo climaterios patológicos.

Aquí se manifiesta una clara demanda y necesidad atención primaria de salud por parte de la población a investigar.

Posteriormente se realizaron entrevistas en el Hospital de Clínicas, en la Policlínica de Ginecología, a la Lic. en Enfermería M. Rubita y en la Policlínica de Endocrinología, a la Dra. B. Mendoza, como resultado de la misma, se comprobó también aquí la no funcionalidad de una Policlínica específica de Climaterio en la actualidad.

En la Policlínica de Endocrinología, a través de la entrevista con la Dra. B. Mendoza (ver Anexo N° 4) se plantea la necesidad de profundizar acerca de los factores de riesgo y complicaciones patológicas asociadas al climaterio, así mismo es manifiesta la necesidad de la intervención del Licenciado/a de enfermería, dado que el servicio carece de este recurso profesional.

Luego de la revisión bibliográfica y relevamiento estadístico se comenzaron a manejar conceptos de las diferentes complicaciones relacionadas al mismo, las cuales pudieran ser tratadas desde el punto de vista del Licenciado/a de Enfermería, ejemplos tales como trastornos cardiovasculares, neurológicos, osteoporosis, etc.

Es en esta etapa donde emerge la inquietud grupal de trabajar sobre el conocimiento que poseen las mujeres climatéricas acerca de la osteoporosis, y más importante aún la intervención del enfermero/a universitario en las medidas de prevención existentes sobre dicha patología, beneficiándose de este modo tanto el equipo de salud de dicha Policlínica como las usuarias en una experiencia de retroalimentación.

La osteoporosis es seis veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, afectando la tercera parte de la población femenina y de estas la mitad son mujeres posmenopáusicas. Su incidencia aumenta progresivamente con la edad, mientras se estima su magnitud en 18% en el grupo de 45-49 años, alcanza a casi el 90% en los mayores de 75 años.

Para combatir esta enfermedad, la clave es la información. Las enfermeras y demás profesionales de salud son el vehículo por el cual puede difundirse la información imprescindible. Las sociedades nacionales contra la osteoporosis pueden ofrecer líneas de ayuda, tanto para los pacientes como para los profesionales de salud, e información útil sobre la prevención y el tratamiento.

Como los factores de riesgo son conocidos, muchos pueden tratarse en una fase temprana y ello contribuirá a prevenir esta enfermedad debilitadora.

Un diagnóstico y tratamiento temprano puede ayudar a prevenir las fracturas osteoporóticas. La osteoporosis debe hacerse conocer para que millones de personas puedan evitar las consecuencias de esta enfermedad silenciosa, la cual conlleva a múltiples consecuencias, como una fractura de cadera que necesita casi siempre hospitalización y una importante intervención quirúrgica (los costos de cada intervención por prótesis de cadera cuesta, aproximadamente entre U\$ 7000 y U\$ 21.000.), pudiendo incluso disminuir la capacidad de la persona para andar sin ayuda y puede ser causa de una discapacidad prolongada o permanente e inclusive de muerte.

Solo el FNR (Fondo Nacional de Recursos) en el año 2005, opero 890 prótesis de cadera solo por fracturas, de las cuales el 4,5% sufrieron infecciones en el postoperatorio. Siendo las infecciones otra de las complicaciones.³

Además las pacientes que sufren osteoporosis y fracturas experimentan dolor, sufren deformaciones, depresión, ansiedad y aislamiento social. Al hablar de la osteoporosis se plantean muchos problemas de la calidad de vida. El proceso de curación y rehabilitación puede ser largo y difícil, y con frecuencia resulta desalentador ya que sólo una tercera parte de los pacientes con fracturas vuelven a su nivel de funcionamiento previo a la fractura.

Las limitaciones físicas, la pérdida de independencia y el miedo a depender de otros miembros de la familia, de los amigos o de los vecinos son algunas de las preocupaciones frecuentes de las víctimas de la osteoporosis.

La aceptación de la realidad de la enfermedad y el ajustarse a un tipo de vida más restringido puede afectar también a la personalidad del individuo.

3 Estadísticas. Fondo Nacional de Recursos. (En línea) 2005. Disponible en: www.fnr.gub.uy

❖ Marco Teórico

Las mujeres que se encuentran en la etapa de climaterio quizás se pregunten si su vejez esta cerca, hace un siglo pocas mujeres sobrepasaban los 50 años y las que lo hacían quedaban en su casa, sin más expectativa de realización personal. En la actualidad la expectativa de vida llega hasta los 80 años por lo que una tercera parte de la existencia de las mujeres transcurre después de finalizada la etapa reproductiva, a esto se les suman los importantes cambios del rol de la mujer en la esfera social.

La división de tareas por género y las estructuras de poder jerárquica constituyen la base de la sociedad, entendiendo por **género** a la "creación sociocultural de las ideas sobre lo masculino y lo femenino, atributos, roles y características de identidad esperables en determinado momento histórico, es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado" según Dra. Cristina Grela, la palabra género se diferencia de la palabra sexo para expresar que en base a las diferencias sexuales se han construido diferentes roles para hombres y mujeres, entendiendo por **sexo** "diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción"⁴

La incorporación de las mujeres al mundo público ha posibilitado ir tomado conciencia de la discriminación y subordinación a la que la sociedad las somete, por el solo hecho de ser mujer, el aumento del nivel educativo no solo ha favorecido la participación de ellas en las actividades económicas, sino que también a generado nuevos comportamientos en la vida reproductiva de la mujer, postergando la maternidad dada la necesidad de desempeñarse adecuada y productivamente en el trabajo, en un mundo competitivo y excluyente.

Por lo que el Climaterio es un período de transición hormonal entre la vida reproductiva y edad senil, que transitan todas las mujeres, caracterizado por un sintomatología multisistémica variable, no siempre bien reconocida por la paciente debido a la escasa información. Dentro de este período de transición es que se encuentra la menopausia.

⁴ Seminario Salud Reproductiva. Mujer y Género; Mdeo; (s.p.); junio 2003. Mdeo: Fac de Enf.

La Menopausia es por definición la última menstruación, es un evento más, de los muchos que se producen en el climaterio femenino, y si bien es un dato cronológico importante para la mujer, clínicamente es un dato siempre retrospectivo, ya que deberemos esperar uno a dos años sin menstruaciones para establecer realmente la fecha de la menopausia.

La menopausia ocurre en nuestro medio promedialmente a los 50 años. Se habla de: *Menopausia precoz*: cuando la misma se produce antes de los 40 años.

Menopausia tardía: cuando ocurre luego de los 55 años.

Es un error bastante frecuente considerar a la menopausia como un período o etapa en la vida de la mujer "Estoy pasando por la menopausia" "Los síntomas de la menopausia me tienen loca" etc., cuando en realidad la menopausia es un signo más del período Climaterio. Aún a nivel científico se confunden los términos y se jerarquiza en demasía la menopausia, es así que hay Congresos de menopausia, Sociedades de menopausia, Libros de menopausia, etc., cuando en realidad deberíamos hablar de climaterio.

Durante la etapa del *climaterio* existe una insuficiencia ovárica progresiva por agotamiento de los complejos folículo ovocitarios, lo que lleva a una anovulación progresiva con la consiguiente disminución en la producción de esteroides sexuales.

Secundariamente se produce una hiperfunción hipotálamo-hipofisaria tendiente a compensar el déficit de esteroides sexuales lo que provoca a corto plazo, una sintomatología variable y a largo plazo, favorece la aparición de determinadas patologías que aumentan la morbimortalidad.

El Climaterio femenino así entendido transcurre aproximadamente en nuestro medio entre los 37 y 65 años, aunque puede verse más precozmente en situaciones patológicas, ya sea por causas genéticas, inmunológicas, radiantes o quirúrgicas.

Podemos simplificar la *sintomatología* de la mujer climatérica, en tres tiempos:

- I) Síntomas que aparecen inmediatamente o alrededor de la menopausia.
- II) Síntomas mediatos que aparecen escaso tiempo después de acontecida la menopausia.
- III) Síntomas alejados que aparecen años luego de la menopausia.

Es importante tener en cuenta estos síntomas y su evolución, ya que es posible evitar, o enlentecer aquellos procesos patológicos estrógeno dependientes que conllevan riesgo de morbilidad y mortalidad para la mujer.

I) Síntomas Inmediatos:

La declinación de los niveles de estrógenos se traduce por la aparición de síntomas en la esfera reproductiva y neurovegetativa:

Trastornos del ciclo menstrual, pueden presentarse en forma variable; inicialmente como polimenorreas, y luego oligomenorreas, con o sin episodios de menometrorragias.

Corresponde a la falla de la función folicular ovárica, con aparición de mayor frecuencia de ciclos anovulatorios.

En la esfera neurovegetativa se detecta la aparición de tuforadas de calor, que suelen ser inicialmente nocturnas, interrumpiendo el descanso, luego diurnas. Son de frecuencia e intensidad frecuentes. Se presentan en un 75% de las pacientes, se caracterizan por una aparición en forma brusca de sensación de calor en la parte superior del tronco y cabeza, seguido de sudoración, a veces profusa y luego sensación de frío. Pueden ser varios episodios diarios, pueden mantenerse durante tres a diez años.

Estos síntomas tan típicos del climaterio, que caracterizan el descenso de los niveles de estrógenos, actuarían en el centro termorregulador a nivel hipotalámico, ocasionando una inestabilidad vasomotora. Dicha sintomatología suele ser mas intensa cuando el descenso de los niveles estrogénicos es brusco, por ejemplo luego de una intervención quirúrgica.

Se producen también alteraciones del temperamento y en el ritmo del sueño, que aparentemente responden a las modificaciones que se producen a nivel de las aminas biógenas en el SNC, las que regulan el sueño, la conducta y la termorregulación.

La declinación de los niveles de estrógenos determina alteraciones en la concentración de neurotransmisores, como aumento en la recaptación de serotoninas, entre otras determinando las distintas características de esta etapa: angustia, irritabilidad, baja autoestima, etc.

II) Síntomas mediatos:

Posteriormente comienzan a aparecer síntomas que traducen el deterioro del trofismo tisular, que sufre la paciente en ausencia de estrógenos.

Estos son alteraciones a nivel de la piel (sequedad, disminución de la lozanía de la misma) por pérdida de colágeno, disminución de la hidratación.

Aparecen las arrugas en la piel, que ocasionan una gran preocupación, así como sentimientos de pérdida en la mujer.

Trastornos de la esfera genitourinaria: dispareunia por sequedad vaginal (hipotrofia y/o atrofia de vagina), con repercusión en las relaciones de pareja.

Urgencia miccional, por alteraciones en la actividad del detrusor, infecciones urinarias a repetición, como consecuencia de mayor estasis urinaria, aparición o acentuación de incontinencia de orina de esfuerzo y urgencia miccional. Estos síntomas ocasionan un impacto negativo en las relaciones de pareja por un lado, así como trastornos en la esfera social por otro.

Se registra una mayor frecuencia de síntomas en la esfera sexual, pérdida de la libido, anorgasmia, etc., habitualmente vinculado a cambios tróficos en la esfera genital y pérdida de la autoestima frente a los estigmas de envejecimiento, así como los mitos existentes en torno a la menopausia.

III) Síntomas alejados:

Varios años después de ocurrida la menopausia pueden aparecer trastornos que conllevan morbimortalidad, tales como afecciones en la

esfera cardiovascular, pérdida de masa ósea, **osteoporosis**; trastornos en la esfera neurológica, como: alteraciones de la memoria, enfermedad de Alzheimer, entre otras.

Estos trastornos que comprometen la vida de la paciente, se manifiestan en la postmenopausia alejada, pero se producen frente a noxas que actúan durante mucho tiempo, desde el cese de la función ovárica, menoscabando la salud de estos sistemas: cardiovascular, óseo y neurológicos. Es a este nivel donde se pretende actuar mediante la terapia hormonal de reemplazo, disminuyendo o evitando los factores de riesgo que intervienen en la aparición de estas dolencias.

Se ha demostrado ampliamente el beneficio de la acción estrogénica, los cambios en los estilos de vida y hábitos alimenticios, etc. en la postmenopausia, en la prevención de dichas afecciones, sobre todo si se comienza precozmente, entendiendo por **prevención** aquellas acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de una nueva aparición de casos.

Es preciso tener siempre presente que las posibilidades de prevención de muchas de las enfermedades radican en la modificación de factores determinados por el entorno social y cultural, lo que hace necesario desarrollar actividades preventivas y educativas en el ámbito comunitario.

Reafirmando el concepto de **Atención Primaria en Salud** declarada en la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 como "la Asistencia Sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los Individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación."

La osteoporosis es una de las patologías más importantes asociadas con la edad. Las fracturas relacionadas con esta patología son frecuentes en los países desarrollados especialmente en las mujeres de edad avanzada. Es una enfermedad sistémica del esqueleto que se caracteriza por la disminución de la masa ósea y por el deterioro de la micro estructura del tejido

óseo; esta situación produce un aumento de la fragilidad del hueso y de la susceptibilidad para presentar fracturas con un mínimo traumatismo.

Estas fracturas originan dolor, deformidad y pérdida de la calidad de vida, requieren en ocasiones largas hospitalizaciones y pueden dejar deficiencias funcionales o secuelas irreversibles que obligan a la utilización de los servicios sanitarios durante largos períodos de tiempo.

Para profundizar en el tema es preciso manejar conceptos básicos de ***fisiología y composición del hueso***.

Considerando al esqueleto como una estructura de sostén que determina la morfología del sujeto, con capacidad para soportar las fuerzas de tensión a las que se ve sometida y proteger eficazmente a las vísceras y tejidos que alberga. El esqueleto se compone de un 80% de hueso compacto y un 20% de hueso esponjoso. La distribución de ambos no es uniforme; el hueso cortical forma la cubierta externa del hueso y predomina especialmente en las diáfisis de los huesos largos, el hueso trabecular se dispone reticularmente en el interior del hueso y predomina en los cuerpos vertebrales, epífisis distales de los huesos largos, en la pelvis, y en los huesos planos. El hueso esponjoso tiene una velocidad de recambio 8 veces superior a la del hueso compacto.

El hueso es una estructura dinámica con una notable capacidad de remodelación. La formación y resorción ósea se produce de forma ininterrumpida durante toda la vida.

Remodelado óseo: es un proceso continuo, en el cual los osteoblastos producen hueso y los osteoclastos lo reabsorben, bajo el control del calcitriol (vitamina D), calcitonina, hormona paratiroidea y proteínas óseas. Todo el ciclo toma 90 días, 5% de la superficie ósea sufre remodelación en cualquier momento dado.

El remodelado se realiza aisladamente en pequeñas extensiones de tejido por todo el esqueleto. El conjunto de osteoblastos y osteoclastos que de manera coordinada actúan sobre una misma superficie ósea para su remodelación, recibe el nombre de Unidad de Remodelado Óseo (URO). En cada URO, los osteoblastos (OB) sintetizan una cantidad de hueso semejante a la previamente destruida por los osteoclastos (OC).

La osteoporosis se produce como consecuencia del desequilibrio entre la formación y la resorción óseas.

Como se ha comentado anteriormente, en la célula, el remodelado óseo ocurre a nivel de las Unidades de Remodelado Óseo (URO). El volumen de hueso preexistente, que es sustituido por otro nuevo por unidad de tiempo, se conoce como recambio óseo. La diferencia entre el hueso formado y el hueso resorbido por unidad de tiempo se conoce como balance óseo. El impacto de la osteoporosis a nivel hístico viene determinado por el recambio óseo (el cual depende de la cantidad de URO activas en el esqueleto, que en condiciones normales es de aproximadamente 1 millón.) y del balance óseo (las cantidades de hueso resorbido y formado en cada unidad).

La pérdida de masa ósea puede producirse, por un aumento de actividad osteoclástica, por una deficiencia de la actividad osteoblástica, o por ambos mecanismos. En la osteoporosis se producen los dos procesos.

El desequilibrio entre la resorción y la formación de hueso que ocurre en el período posmenopáusico es por un aumento de la actividad osteoclástica y el que se produce por la edad es la disminución de la actividad osteoblástica. El daño estructural por excesiva actividad osteoclástica origina pérdidas de trabéculas en el hueso esponjoso, y la disminución de la actividad osteoblástica solo ocasiona adelgazamiento de las trabéculas.

Podemos encontrar dos tipos de osteoporosis; **la tipo I** se caracteriza por presentarse entre 15 a 20 años después de la menopausia y por el predominio de afectación del hueso trabecular. Las fracturas más frecuentes son las vertebrales y del extremo distal del radio. Después de la menopausia, existe un aumento de la resorción ósea, que se ha relacionado con el déficit de estrógenos. En el hombre este tipo de osteoporosis es infrecuente con una proporción de 6/1 mujeres / hombres, y podría estar relacionado con la disminución en la secreción de andrógenos.

La osteoporosis **tipo II** se manifiesta predominantemente a partir de los 70 años. Se da en la misma proporción en el hueso trabecular y en el hueso compacto. Las fracturas suelen presentarse en las vértebras, cuello femoral, tercio proximal del húmero, tibia y en la pelvis. La pérdida de masa ósea se relaciona con dos factores: el déficit funcional del osteoblasto y la disminución

de la absorción de la vitamina D y un aumento de la parathormona. Existe un predominio en el sexo femenino pero de 2/1 en relación al sexo masculino.

El método de elección para el diagnóstico precoz de la osteoporosis es la **Densitometría Ósea**. Es la medición no invasiva de la densidad mineral del hueso. Es una técnica basada en la propiedad de los tejidos de absorber una porción de la radiación ionizante emitida por una fuente. Un detector, situado detrás del hueso en estudio, registra luego la radiación ionizante absorbida por el tejido óseo. Cuanto mayor es la cantidad de radiación absorbida, menos es el contenido mineral del hueso. Tiene como característica ser un método preciso, con una baja irradiación, y sensible para el diagnóstico de la enfermedad.

Nos permite medir en forma exacta e incruenta la densidad mineral ósea, en distintas zonas del esqueleto, incluso en aquellas más proclives a sufrir fracturas, tanto a nivel axial como periférico: columna, fémur proximal y antebrazo. Esta técnica también nos posibilita medir la masa ósea total del cuerpo si bien a esta medida contribuye menor valor clínico para el diagnóstico de la enfermedad.

Se han desarrollado en el correr de los últimos 20 años varios métodos para medir, que son: absorciometría fotónica simple, absorciometría fotónica dual y absorciometría dual

de RX-DEXA. Esta última es el método de elección que se utiliza en nuestro medio es precisa, de baja exposición a la radiación, mide la densidad mineral ósea de columna lumbar en proyección anteroposterior, cuello femoral y extremidad distal de radio. Tiene un bajo porcentaje de error permitiendo detectar pequeños cambios en densidad mineral del hueso.

Epidemiología: La osteoporosis y las fracturas relacionadas con ella son comunes en los países desarrollados, especialmente en las mujeres de edad avanzada. Con el aumento de la edad de la población, la osteoporosis representa un problema de salud que genera una importante demanda de atención sanitaria con un alto costo económico.

La fractura osteoporótica, desde el punto de vista epidemiológico, presenta tres características principales: 1). su incidencia aumenta de forma progresiva con la edad, 2). su incidencia es superior en mujeres que en hombres y 3). son más frecuentes en el hueso trabecular y se producen con mínimos traumatismos.

Etiología: Existen una serie de factores, tanto óseos como extra óseos, que probablemente contribuyen a la presentación de fracturas en los pacientes osteoporóticos. Entre los factores óseos se incluyen la masa esquelética disminuida, la alteración de la arquitectura de los componentes óseos y la resistencia del material óseo.

Entre los factores extra óseos se incluye, sobre todo, la propensión a las caídas. La contribución de cada factor se desconoce, pero la masa ósea disminuida probablemente es el factor más importante en la mayor parte de los pacientes.

La masa ósea en el adulto viene determinada por una combinación de fuerzas genéticas, mecánicas y nutricionales / hormonales.

Se han identificado una serie de factores que se consideran relacionados con un mayor riesgo de osteoporosis, y que son:

- **Factores no sujetos a modificación:** raza blanca o asiática, sexo femenino, estado posmenopáusico, antecedentes familiares de osteoporosis o fracturas, estatura baja, estructura ósea ligera, configuración delgada del cuerpo, edad avanzada.
- **Factores de comportamiento susceptibles de modificación:** estilo de vida sedentario, consumo bajo de calcio, tabaquismo, alcoholismo, alto consumo de cafeína, alto consumo de proteínas, alto consumo de fosfatos.

Dos factores de riesgo específicos son la menopausia y la dieta con bajo contenido de calcio.

Ingesta de calcio:

Los minerales más importantes del hueso son el calcio y el fósforo, que representan más del 90% del contenido de la masa ósea. La carencia de aporte de estos minerales supondría un efecto sobre el esqueleto en el crecimiento, y también una vez alcanzada la madurez, ya que el hueso esta en constante actividad durante toda la vida. Los estudios han puesto de manifiesto

diferencias entre la incidencia de fracturas entre poblaciones con diferentes consumos de calcio en la dieta.

La vitamina D es fundamental para la absorción del calcio. La piel normalmente fabrica vitamina D cuando es expuesta al sol. Las personas que casi no se expone al sol, deberá aumentar el consumo de esta vitamina, la misma se encuentra en: productos lácteos, pescado, yemas de huevo, hígado, etc.

Luego de analizar los diferentes estudios que se han realizado se han llegado a las siguientes conclusiones:

1. La ingesta de calcio esta relacionada positivamente con la masa ósea y negativamente con la pérdida de masa ósea.
2. En determinados sectores de la población, el efecto del calcio es a veces menor.
3. En algunas regiones del esqueleto, como la metáfisis distal del radio y probablemente la columna lumbar, se pierde hueso durante los 5 años o a veces más siguientes a la menopausia, independientemente de la ingesta de calcio, reflejándose el importante papel de los estrógenos.

La ingesta recomendada de Calcio a lo largo de la vida varía:

Necesidades diarias	Edad	Cantidad (en mg)
Bebés	Hasta 6 meses	400
	6 meses a 1 año	600
Niñez y Adolescencia	1 a 10 años	800
	10 a 21 años	1200
Adulthood	21 en adelante	800 a 1000
Embarazadas y Posmenopáusica		1200

Existe una infinidad de alimentos ricos en Calcio y entre ellos:

Alimento	Ca (mg/100gr de alimento)
Leche pasteurizada	120
Queso	700
Queso blando	400
Dulce de leche	322
Yogurt	111
Yogurt semidescremado	183
Huevo de gallina	56
Avena	148
Harina de trigo	32
Maíz crudo	99
Pan con salvado	68
Acelga	115
Apio	220
Arvejas	60
Brócoli	106
Mandarina	42
Cacao	134
Cebolla	26
Repollo de brucella	53
Coliflor	44
Espinaca	118
Garbanzo	134
Habas	129
Lechuga	47
Lentejas	70
Papas	36
Porotos de manteca	116
Remolacha	30
Tomate	7
Zanahoria	32
Naranja	41

Las actividades que realizan los/as Licenciados/as en Enfermería en el seno de las instituciones y los servicios propios de la comunidad, la atención a colectivos sanos y en situación de riesgo (niños, jóvenes, embarazadas, ancianos, etc.) también forman parte de su campo de responsabilidad.

En la modificación de los factores de riesgo, las actividades realizadas por el profesional de enfermería tienen un papel central sobre todo en la dirección y la aplicación de las actividades de educación sanitaria, dirigidas a individuos sanos como enfermos, o en situación de riesgo e impartidas en forma individual o colectiva, fomentando el auto cuidado.

Enfermería según el plan de estudios 1993 de la Facultad de Enfermería, "Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un Proceso Integral, Humano, Continuo, Interpersonal, Educativo, Terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria."

Funciones:

Asistencia: Es la prestación de cuidados integrales directos al paciente, cliente, familia o comunidad. La Enfermería es la responsable del mantenimiento, promoción y protección de la salud, del tratamiento de los enfermos y su rehabilitación.

Docente: Dirigida para alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Formar a sus propios profesionales en todos los niveles, básico, especializado, superior y formación continua.
- b) Enseñar a personas y grupos con el fin de alcanzar el nivel de salud posible.
- c) Formar al personal que compone al grupo de enfermería.
- d) Colaborar en la formación de otros profesionales del equipo de salud.

Investigación: Desarrollada para llegar a ciertos objetivos:

- a) Ampliar y profundizar los conocimientos profesionales.

- b) Por medio de la experimentación buscar la solución a problemas, tratando de mejorar métodos y técnicas que eleven la calidad de la asistencia.
- c) Difundir y aplicar las mejoras obtenidas de los resultados de la investigación.
- d) Alcanzar a través de la investigación un campo propio de conocimiento.

Administración: Las funciones y actividades se realizan en forma sistemática, racional y ordenada, respondiendo a necesidades y asegurando el uso adecuado de los recursos.

Como disciplina científica la enfermería se basa en decisiones éticas para proceder en las diferentes situaciones a las que se enfrenta.

La ética es la ciencia que estudia los actos humanos en tanto que buenos o malos, es decir, bajo la consideración del bien y el mal. La ética es aquella parte de la filosofía que estudia la moralidad del obrar humano.

La ética para las enfermeras (deontología o moral profesional) estudia cuáles deben ser las relaciones profesionales entre las enfermeras y los pacientes, desde la perspectiva de aquella. La enfermera no es solo un profesional que colabora estrechamente con el médico (alguien que realiza lo que se le encarga), sino que tiene también sus propias competencias de las que debe responder y a través de las cuales se realiza o no como una buena o mala profesional.

La enfermera ha de continuar interrogándose, según la búsqueda rigurosa, acerca de cuál debe ser su modo de comportarse en cada una de esas actuaciones.

Proceso de Atención de Enfermería en la Osteoporosis

La enfermera desempeña un papel importante al identificar los factores de riesgo para la osteoporosis. Muchos de los principales factores de riesgo ejercen sus efectos durante largos períodos. La valoración de los hábitos dietéticos debe iniciarse en la preadolescencia, se dedica atención al consumo adecuado de calcio, proteínas y fosfatos. El uso de cafeína, el tabaquismo y el alcoholismo se valora durante la vida de la paciente porque afecta la salud de

maneras diversas, se puede intervenir de modo profesional al respecto. El nivel de actividad física es importante desde la niñez ya que maximiza la densidad ósea y evita la pérdida de hueso.

El examen físico se enfoca en la edad, raza, estatura, estructura ósea y peso de la mujer.

Las pruebas de masa ósea (densitometría ósea) se utilizan para identificar a las pacientes con osteopenias y evaluar el grado de osteoporosis. Los diagnósticos de enfermería en relación con osteoporosis incluyen alto riesgo de lesiones (fracturas, complicaciones), alteración de la comodidad: dolor, impedimento de la movilidad física por fracturas e intolerancia a la actividad en relación con fracturas o deformidades. Las alteraciones de la nutrición: menor a los requerimientos del organismo por lo que respecta a calcio, son un factor que aumente el riesgo de osteopenia.

La deficiencia de conocimientos en relación a la causa, prevención y tratamiento de la osteoporosis es frecuente.

La intervención de enfermería concede importancia a prevenir la osteopenia y reducir al mínimo la pérdida ósea con la edad y después de la menopausia. La prevención primaria incluye acciones de enfermería para ayudar a la mujer a alcanzar una masa ósea máxima durante los años de maduración esquelética.

La **prevención de la osteoporosis** tiene pilares a considerar:

- El ejercicio
- Los hábitos (tabaco, alcohol y café)
- Factores nutricionales

El ejercicio: la actividad física estimula la actividad de los osteoblastos en la fase de formación lo que previene la osteoporosis de tipo II. La gente joven realiza mucho ejercicio mientras su esqueleto aún está madurando pero los adultos necesitan continuar con el ejercicio para mantener y fortalecer su musculatura y su masa ósea.

El tipo de ejercicio osteogénico que ayuda a prevenir la osteoporosis, el mismo debe ser vigoroso y esforzado, incluyendo trabajo activo de los huesos largos del cuerpo, por ej: aerobismo, salto y la marcha rápida.

Nos estamos refiriendo a los ejercicios que necesitan apoyar el peso del cuerpo. Algunas personas creen que es natural hacer menos ejercicios a medida que envejecen pero esto es un gran error. Se ha sugerido que la necesidad de ejercicio aumenta con la edad, se sugiere que debería realizarse con una periodicidad no menor a 3 o 5 veces por semana.

Hábitos: el abuso de algunas sustancias adictivas tales con el alcohol y cigarrillos también son considerados como factores de riesgo de osteoporosis. El tabaquismo intensifica la acidosis estimulando la acción osteoclástica a reducir la producción endógena de estrógenos. También se sugiere ser moderado con el uso de bebidas cafeinadas pues este pudiera comprometer la manutención ósea por el aumento de excreción urinaria de calcio, del mismo modo que el uso abusivo de alcohol.

Factores nutricionales: el metabolismo del calcio en la etiología, patogénesis y tratamiento de la osteoporosis es prioritario, según la edad el cuerpo debe recibir 700-1000gr de calcio por día con los alimentos para compensar la pérdida diaria.

Por otro lado la vitamina D estimula la absorción del calcio en el intestino además de estimular los osteoblastos para la formación ósea.

La deficiencia de conocimientos se reduce al enseñar a las mujeres los principales factores de riesgo para osteoporosis y al identificar factores importantes en su historia clínica familiar y personal. La mujeres con mayor riesgo deben llevar a cabo acciones preventivas desde etapas tempranas y someterse a control médico regular, incluso densitometría ósea.

Se discuten los riesgos y beneficios de la terapia con estrógenos u hormonal y se individualiza el tratamiento para la paciente según sus necesidades, deseos, síntomas individuales y perfil de riesgo.

Se recomienda el uso de complementos de calcio a la mujer con consumo mínimo en la dieta y se limita el consumo de sodio ya que éste favorece mayor excreción urinaria del calcio.

Los resultados de los cuidados de enfermería eficaces incluyen: aumento de conocimientos acerca de la prevención y tratamiento de osteoporosis y cambios de comportamiento para reducir los riesgos, favorecer con esto la máxima formación de masa ósea y reducir al mínimo la pérdida del hueso.

Las mujeres con mayores factores de riesgo solicitarán atención médica y ayuda para modificar este riesgo siempre que sea posible. El resultado de las intervenciones eficaces será menos fracturas por osteoporosis, lo que reduce el sufrimiento y la incapacidad en las mujeres de edad avanzada y favorece una vejez saludable.

Entendiendo por **conocimiento**:

Saber o *conocimiento cotidiano*: el saber o conocimiento que se adquiere en la experiencia cotidiana.

Es el modo común, corriente y espontáneo de conocer “que se adquiere en el trato directo con los hombres y con las cosas, es ese saber que llena nuestra vida diaria y que se posee sin haberlo buscado o estudiado, sin aplicar un método y sin haber reflexionado sobre algo”

Se caracteriza por ser: 1) superficial, 2) no sistemático, 3) acrítico.

Saber o *conocimiento científico*: en su práctica social el hombre se enfrenta a una serie de problemas que no puede resolver con los conocimientos corrientes ni por el sentido común.

Entre un tipo de saber y otro hay una separación que no es cualitativa, sino de grado; lo diferenciador no está dado por la naturaleza del objeto de estudio, sino por la forma o procedimiento de adquisición del conocimiento.

La diferencia radical entre estos dos tipos de conocimiento reside fundamentalmente en que el saber científico se obtiene mediante procedimientos metódicos con pretensión de validez, utilizando la reflexión sistemática, los razonamientos lógicos, y respondiendo a una búsqueda intencional. Para esta búsqueda se delimita el problema que se estudia, se diseña la investigación se prevén medios e instrumentos de indagación y se procede a un análisis e interpretación de todo lo estudiado. El conocimiento científico es el resultado de una tarea de investigación que se vale del método científico

Ni la veracidad, ni la naturaleza del objeto conocido, son notas esenciales que distinguen uno y otro conocimiento; lo que los diferencia es la forma de adquisición, el modo y los instrumentos.

❖ **Diseño metodológico:**

Tipo de estudio:

El estudio que se realizará será de tipo descriptivo, de corte transversal. Este estudio será llevado a cabo entre mujeres cursando la etapa del Climaterio, determinará el nivel de conocimiento de las mismas acerca de la Osteoporosis. Se entrevistará a las usuarias entre 37 y 65 años que concurran a la Policlínica de Endocrinología del Hospital de Clínicas de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hs. aplicando un cuestionario. Estas respuestas constituirán la base para la evaluación sobre el nivel de conocimiento que poseen las mujeres cuando llegan a la etapa del climaterio sobre la osteoporosis y su prevención.

Área de estudio:

Se realizara en nuestro país República Oriental del Uruguay, en una zona urbana de la ciudad de Montevideo, en el barrio "Parque Batlle", en el establecimiento hospitalario: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Hospital Universitario y de Referencia Nacional, que se encuentra ubicado en calle Avda. Italia s/n, entre Gral. Las Heras y Av. Américo Ricaldoni, en la Policlínica de Endocrinología ubicada en el 1º piso de dicho hospital, cuyo horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 horas, donde se brinda atención a usuarios de ambos sexos, a partir de los 15 años, presentando tarjeta gris, otorgada al registrarse en el Hospital para el control en Policlínicas.

Marco Referencial:

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un hospital universitario que se encuentra ubicado en Avenida Italia s/n, entre Américo Ricaldoni y Las Heras.

Es un hospital de referencia nacional ya que atiende a usuarios de diferentes puntos del país, a partir de los 15 años de edad.

Está destinado a cubrir áreas de medicina, cirugía, con especialidades en todas las ramas de la medicina. Realiza actividades sobre la base del concepto de atención integral y progresiva, cumpliendo funciones de Docencia, Asistencia e

Investigación. Desarrolla actividades en primer, segundo y tercer nivel de atención por lo que es considerado un hospital de alta complejidad.

La investigación se llevará a cabo en el *Primer piso* donde se encuentra: farmacia, laboratorio, servicio social, odontología, consultorios externos de medicina, cirugía, urología, psiquiatría, dermatología, neuropsicología, cirugía cardíaca y endocrinología.

Dicha Policlínica de Endocrinología atiende a usuarios de ambos sexos, funciona de lunes a viernes en el horario de 8:00 a 12:00.

Los días lunes, martes y jueves son consultas endocrinológicas en general.

Los miércoles son consultas de diabetes, obesidad y dislipemias.

Los viernes de metabolismo fosfocálcico (osteoporosis).

La vía de ingreso de los usuarios es a través de dos formas de consulta: a demanda con fecha de consulta obtenida en Admisión o programada cuando es otorgada en el control anterior.

En lo que refiere a los RRHH, no cuenta con Licenciada en Enfermería.

Hay una Auxiliar de Enfermería, una secretaria administrativa y una secretaria académica.

Personal docente: una Profesora Grado 5 de Endocrinología, 2 Profesores Agregados, 3 Profesores Adjuntos, 4 Asistentes, 16 Post-graduados y 2 Internos de Medicina.

Con respecto a los RRMM son abastecidos por el Hospital.

Los sistemas de registros en la Policlínica son a través de la historia clínica, un protocolo de registro que se utiliza para los usuarios con Osteoporosis y cuaderno de registro de consultas.

Población y muestra:

Nuestra población serán todas las usuarias entre 37 y 65 años en etapa de Climaterio, que concurren a la Policlínica de Endocrinología en el 1^{er} piso del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Para realizar dicho estudio es necesario elegir una muestra, tomando como muestra todas aquellas mujeres entre 37 y 65 años de edad, que asisten a la Policlínica de Endocrinología en el 1^{er} piso del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el horario de 8:00 a 12:00 hs, en el período del 3 de julio al 3 de agosto del año 2006.

Método de recolección de datos:

Para la elección del método se han llevado a cabo entrevistas preliminares con el personal de la Policlínica de Endocrinología.

Previamente a la realización de la entrevista a las usuarias nos presentaremos ante ellas, explicándoles brevemente los objetivos del trabajo y el anonimato de la información obtenida, se corroborará que la usuaria se encuentre en el rango de edades establecido (entre 37 y 65 años), posteriormente se procederá a la aplicación del instrumento elaborado. Se realiza la encuesta a las usuarias antes o una vez finalizada de la consulta con el endocrinólogo en los consultorios.

Las encuestadas contestarán el cuestionario en un tiempo aproximado de entre 10 a 15 minutos.

Posteriormente se tabularán los datos obtenidos por medio de tablas para luego proceder al análisis de los resultados, elaborando las correspondientes conclusiones. Después del análisis y conclusión se espera que sea difundido y punto de partida para futuras investigaciones.

El instrumento de estudio diseñado es un cuestionario con 12 preguntas, "abiertas" y "cerradas" dicotómicas y con varias alternativas de respuesta (Anexo N° 1) que se aplicará a todas las usuarias entre 37 y 65 años que concurren a la Policlínica de Endocrinología en el 1^{er} piso del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" de lunes a viernes en el horario de 8:00 a 12:00 horas, en el período comprendido desde el 3 de julio al 3 de agosto del año 2006.

El cuestionario del estudio incluirá preguntas sobre los siguientes aspectos:

- Edad y motivo por el cual consulta.
- Características socioeconómicas
- Antecedentes familiares y personales de Osteoporosis y fracturas.
- Conocimientos sobre Osteoporosis, su método diagnóstico, factores de riesgo y medidas de prevención.
- Sobre las fuentes por la cual obtuvo dicha información.

Para comprobar la validez del instrumento se llevará a cabo una prueba piloto que se realizó en un día y se aplicará a una fracción de la población en estudio (ver Anexo N° 3)

Definición de variables:

Edad: Definición conceptual: Tiempo cronológico que transcurre desde el nacimiento hasta el momento. Variable cuantitativa continua.

Definición operativa: La población de estudio se encuentra en el periodo de climaterio, que transcurre aproximadamente en nuestro medio entre los 37 y 65 años, tomando como edad promedio de la menopausia los 50 años.

Se categoriza entre: * 37 a 50 años
* 51 a 65 años

Estado Civil: Condición de cada persona en relación con las obligaciones civiles. En este caso orientado a la situación de pareja del individuo.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza en: *Soltero.
*Casado
*Viudo.
*Divorciado.

Motivo de Consulta: Causas por las cuales el individuo consulta en dicha policlínica..

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza por: *Osteoporosis.
*Problemas tiroideos
*Diabetes
*Otros

Ocupación: Empleo, oficio o profesión desempeñado en la actualidad por el individuo.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza en: *Trabaja
*Desocupada
*Ama de casa
*Jubilada
*Pensionista

Nivel de Instrucción: Años de estudio formal aprobado.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza en: *Primaria Completa.

*Primaria Incompleta

*Secundaria Completa

*Secundaria Incompleta.

*Terciaria.

*Analfabeto.

Antecedentes Familiares de Osteoporosis y fracturas: Prevalencia de dicha patología en los familiares directos (Hermanos, padres, tíos, abuelos).

Variable cualitativa nominal.

Se categoriza en: *Si

*No

Antecedentes personales de Osteoporosis y fracturas: Prevalencia de dicha patología en la persona encuestada.

Variable cualitativa nominal.

Se categoriza en: *Si

*No

Nivel Conocimiento: Se define como la categorización de la noción o idea que tengan las personas acerca de uno o más temas.

Variable cualitativa ordinal.

Se mide para saber el conocimiento que tiene el individuo sobre: Osteoporosis, identificando sus medidas de prevención y factores de riesgo.

Pregunta 10 a): Nivel 0 (0 punto) – No posee conocimiento

Nivel 1 (1 punto) – Conocimiento suficiente

Pregunta 10 b): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento

Nivel 1 (1 – 7 puntos): Conocimiento insuficiente

Nivel 2 (8 – 16 puntos): Conocimiento suficiente

Nivel 3 (17 – 26 puntos): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 c): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento

Nivel 1 (1 punto): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 d): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento
Nivel 1 (1 punto): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 e): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento
Nivel 1 (1 – 4 puntos): Conocimiento insuficiente
Nivel 2 (5 – 9 puntos): Conocimiento suficiente
Nivel 3 (10– 14 puntos): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 f): Nivel 0 (0 puntos): No posee conocimiento
Nivel 1 (1 punto): Conocimiento óptimo

Pregunta 10 g): Nivel 0 (0 punto): No posee conocimiento
Nivel 1 (1 punto): Conocimiento óptimo

Fuente de información: Medios o personas de donde se obtiene información.

Variable cualitativa ordinal.

Se categoriza en: *Amigos

*Familiares

*Médico

*Enfermera

*Medios de comunicación

*Lectura en general

Piensa que la Información sobre Osteoporosis es suficiente: Opinión subjetiva de la usuaria acerca de la información existente sobre el tema.

Variable cualitativa nominal

Se categoriza en: *Si

*No

❖ **Plan de tabulación y análisis:**

Los datos se presentaran en tablas estadísticas uni y bivariadas de FA y FR %, al igual que se presentaran en gráficas de barras y circulares.

❖ **Plan de Trabajo:**

Determinación de los recursos:

Para la elaboración y ejecución de este proyecto, serán necesarios recursos humanos, materiales y financieros.

Recursos Humanos:

- Cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería.
- Docente tutora Lic. en Enf. Prof. Agda, Ana Correa.

Recursos Materiales:

- Materiales de uso: computadora, impresora, disquete, fotocopias.
- Materiales de consumo: material de papelería, hojas, lápiz.

Recursos Financieros:

- Los mismos son financiados por los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería.

Gastos:

Fotocopias e impresiones
Encuadernación
Horas de cyber
Boletos urbanos
Boletos interdepartamentales

Actividades y tareas:

El siguiente cronograma de Gantt organiza gráfica y esquemáticamente la secuencia de tareas y actividades requeridas para la implementación del estudio.

Para su elaboración se adopto una unidad de tiempo semanal.

BIBLIOGRAFIA

- Dr. Scasso JC, Dr. Machin V. Los seis escalones del climaterio. 24p. Asociación Médica del Uruguay 1998.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Casas Pérez M^a de la Luz. Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL; 1996. 500p.
- GEOSUR. Osteoporosis. Uruguay: 2000. 158p.
- Ministerio de Salud Pública. La salud de las Uruguayas. Uruguay: MSP; 1997. 64p
- Estadísticas. Fondo Nacional de Recursos. (En línea) 2005. Disponible en: www.fnr.gub.uy (Fecha de acceso 2006 febrero 3)
- Instituto Nacional de Estadística. Censo estadístico. Montevideo: INE; 1997. (s.p.)
- Edge V., Miller M., Cuídados de Salud de la Mujer. España:(s.n):1995.338p.
- Sanfeliu Cortés V. Problemas músculo esqueléticos. Colección de enfermería / nurses review. España: Masson; 1994.160 p
- Organización Panamericana de la Salud. Género, Mujer y Salud.
- Passer C, Hauser P, lens I. Genero, Familia y Políticas sociales. , Ediciones Trilce y Red Género y Familia.
- Serra.LI, Aranceta.J, Mataix.J, Nutrición ySalud P'ública. España: Masson;1995, . 401p..
- Reeder, Martin, Koniak. Menopausia. En:Enfermería Materno Infantil.17a. ed.Mexico:Interamericana, 1995,p1421-118
- Seminario Salud Reproductiva. Mujer y Género; Mdeo; (s.p.)junio 2003. Mdeo: Fac de Enf.
- Suzanne C, Brenda G. Osteoporosis. En: Brunner y Suddarth: Enfermería Medico-Quirúrgica Vol II. 9^a ed. México: McGRAW-HILL, 2002, p 1365-2057. 2313p
- Bracco A. Osteoporosis ¿Cómo prevenirla? Revista Uruguaya de Enfermería. 2001;(2): 8-11p.
- Pastor García LM, León Correa FJ. Definición de Ética. Relación de la ética con otros saberes. En: Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid: Mosby/Doyma Libras, S.A.1997 Pag: 2-7
- Tamayo y Tamayo M. Metodología formal de la investigación científica.(s.l):Limusa; 1990.159p

ACTIVIDADES	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
revisión bibliográfica													
reunión de equipo													
clases con la docente Lic. A. Correa M. Pérez													
reuniones con la Dra. Beatriz Mendoza													
laboración de protocolo													
formulación del instrumento para la recolección de datos													
reunión con el piloto													
recolección de datos													
tabulación y análisis de datos													
laboración del informe escrito													
defensa del informe													

ANEXO N° 2

Fecha:...../...../.....

Universidad de la República
Facultad de Enfermería

Cuestionario

1) Edad:

- 2) Estado Civil:
- Casada
 - Soltera
 - Divorciada
 - Unión Estable
 - Viuda

- 3) Motivo de Consulta:
- Osteoporosis
 - Probl. Tiroideos
 - Diabetes
 - Otros

Esta en TTO: -SI..... - NO.....

- 4) Ocupación:
- Trabaja
 - Desocupada
 - Ama de casa
 - Jubilada
 - Pensionista

En que:

De que:.....

Nº de años

- 5) Nivel de instrucción:
- Primaria
 - Secundaria
 - Terciaria
 - Analfabeta

- 6) Antec. Personales de Fracturas
(por caídas leves)

- SI
- NO

A que edad:..... Donde:.....

- 7) Antec. Familiares de Fracturas
(por caídas leves)

- SI
- NO

Quien:..... Donde:.....

- 8) Antec. Personales de Osteoporosis

- SI
-NO

- 9) Antec. Familiares de Osteoporosis

- SI
-NO

Quien:.....

10) Conocimiento sobre Prevención Osteoporosis:

- a) Sabe Ud. que es la Osteoporosis: - NO (0)

--

Se define: No identifica el concepto (0)

Si identifica el concepto (1)

- SI (2)

--

Conoce: - Cual es la parte del cuerpo afectada

--

- b) Sabe cuales son los factores de riesgo que favorecen la aparición de la Osteoporosis:

- NO (0)
- SI

No modificables: - AF de osteoporosis (2)
 - AF de fracturas (2)
 - Estado pos menopáusico (2)
 - Edad avanzada (2)
 - Sexo femenino (1)
 - Estatura baja (1)
 - Configuración delgada (1)
 - Raza blanca o asiática (1)

Modificables: -No realiza ejercicios (2)
 -Bajo consumo de calcio (2)
 -Tabaquismo (2)
 -Alcoholismo (2)
 -Alto consumo de café (2)
 -Alto consumo de cereales (2)
 -No exposición al sol (2)

c) Sabe cual es el examen que se realiza para "diagnosticar" la Osteoporosis? :

- SI (1) Cual: - Densitometría óseas
 - NO (0)

Se lo ha realizado alguna vez: - SI
 - NO

d) Sabe que función cumple el Calcio en los huesos? :

- SI (1) -Cuál?.....
 - NO (0)

e) Reconoce en que alimentos encontramos mayor aporte de Calcio: - NO (0)
 - SI

Cuáles: - Leche (2) - Apio (1)
 - Yogurt (2) - Avena (1)
 - Queso (2) - Legumbres (1)
 - Espinacas (1)
 - Acelga (1)
 - Brócoli (1)
 - Naranja y mandarina (1)
 - Otros (1)

f) Sabe que función cumple la Vitamina "D" dentro de la Osteoporosis:

- SI (1) Cuál?.....
 -NO (0)

g) Cual es la fuente de mayor aporte de Vitamina "D" - SI (1) Cuál?.....
 -NO (0)

11) La información que tiene de donde la obtuvo: - Amigos
 - Familiares
 - Médico
 - Enfermera
 - Medios de comunicación
 - Lectura general

12) Piensa que la información que hay sobre el tema es suficiente: - SI
 - NO

ANEXO N° 3

PRUEBA PILOTO

Objetivo General:

- Modificar, ajustar y mejorar el instrumento preliminar de recolección de datos para otorgar confiabilidad y validez al estudio.

Objetivos Específicos:

- Aplicar el instrumento de recolección de datos a una fracción de nuestra población a estudiar.
- Analizar si el cuestionario se comprende y si los ítems funcionan adecuadamente.
- Realizar las correcciones que sean pertinentes para lograr mejorar el instrumento.

RRHH:

- Cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería

RRMM:

- 10 fotocopias de cuestionario.
- 5 lápices

Espacio:

- Consultorios de la Policlínica de Endocrinología de Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

Método:

Previamente a la realización de la entrevista a las usuarias nos presentaremos ante ellas, explicándoles brevemente los objetivos del trabajo y el anonimato de la información obtenida, se corroborará que la usuaria se encuentre en el rango de edades establecido (entre 37 y 65 años), posteriormente se procederá a la aplicación del instrumento elaborado. Se realiza la encuesta a las usuarias

antes o una vez finalizada la consulta con el endocrinólogo en la sala de espera.

Las encuestadas contestaran el cuestionario en un tiempo aproximado de entre 10 a 15 minutos.

El instrumento de estudio diseñado es un cuestionario con 12 preguntas, abiertas y cerradas.

Se le realizara la prueba piloto a una muestra por conveniencia de 10 usuarias de la policlínica; la recolección de datos se llevará a cabo en el día 3 de julio del 2006.

Comentarios:

La realización de la prueba piloto tuvo como propósito cumplir con uno de los requisitos del instrumento de medición, que es comprobar la validez del mismo. Luego de realizar la prueba piloto consideramos necesario la inclusión de la variable ¿Cuál es la fuente de mayor aporte de Vitamina D? y aspectos referidos en la sintaxis de algunas preguntas para mejorar la comprensión de la entrevistada.

ANEXO Nº4

Entrevista en el Ministerio de Salud Pública, Dra. Cristina Grela Directora del Programa de Salud de la Mujer y Género

De la entrevista realizada a la Dra. Grela el 28 de abril del 2006, como información relevante a destacar podemos decir que:

Actualmente está siendo estudiado en el parlamento un nuevo proyecto del programa de Salud de la Mujer y Género, que incluye a la misma en la etapa del Climaterio, el mismo fue elaborado conjuntamente con la directora del Instituto de Reumatología para pautar normas de trabajo en relación a la Osteoporosis, se encuentra en estudio para su futura aprobación, resaltando que en la actualidad no se encuentra operativo ningún programa que enfoque hacia la mujer en esta etapa de su vida.

Entrevista a la Dra. M^a Cristina Belzarena, Prof. Endocrinóloga Grado 5 de la policlínica de Endocrinología y Metabolismo del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Dicha entrevista fue realizada el día 5 de diciembre del 2005, en la misma se indago la existencia de sobre la atención específica a mujeres en la etapa del climaterio, a lo cual la Dra. respondió que estas pacientes no son atendidas específicamente por ello, sino que son atendidas por presentar alguna patología asociada al mismo. De aquí nos refirió a la Dra. Beatriz Mendoza, por ser ella más entendida en el tema.

Entrevista al dr. Francisco Cópola el 25/11/05 en "Unidad del Climaterio del Hospital de la Mujer" del Centro Hospitalario Pereira Rossell

El Dr. Cópola es el coordinador de la Policlínica del Climaterio desde el año 2002; además de ser el Presidente de la Sociedad Científica de Menopausia del Uruguay.

Hace 6 a 7 años que funciona dicha policlínica con el sentido de atender a usuarias en etapa de climaterio.

Los horarios de atención son los martes y los jueves de mañana y de tarde.

Las vías de ingreso es a través de la derivación del ginecólogo, dado que se atiende en dicha Policlínica solo a usuarias que cursan un climaterio patológico, ya sea operadas por cáncer o climaterio quirúrgico; los climaterios normales tratan de derivarlas a otros sitios como al ginecólogo ósea pueden tener una o dos consultas y las derivan al Centro de Salud.

Los climaterios patológicos solo se atienden en dicha policlínica no derivándose a ningún otro servicio.

No se trabajan con los mismos criterios que el Hospital de Clínicas, en la unidad del climaterio las pautas de tratamiento y todo lo dictan ellos mismos.

Los RRHH con los que cuenta la Policlínica son 2 residentes de Medicina, Psicólogos honorarios y él, no se cuenta con enfermería para dicha policlínica, se trabaja con enfermería de la Policlínica del Hospital.

Con respecto a los RRMM y RRFF se manejan con todos los mismos criterios que el Hospital Pereira Rossell, con la misma medicación del hospital y toda la infraestructura del hospital, refiere que no falta mucha medicación y en el caso de que falte se cuenta con muchas muestras médicas.

No se cuenta con protocolos específicos, si se cuenta con guías de manejo globales sobre patologías.

Los problemas que él identifica en dicha policlínica son la invasión de usuarias que cursan un climaterio normal y que son derivadas no siendo ese el lugar donde deberían ser derivadas.

Las usuarias a la consulta siempre vienen solas, si alguna manifiesta algún problema con sus parejas son captadas en la entrevista con la Psicóloga.

Entrevista Licenciada de Enfermería Rubita de Policlínica de Ginecología del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

De la entrevista realizada a la Lic. en Enf. Rubita el 19 de diciembre del 2005, como información relevante a destacar podemos decir que:

Que las consultas que se realizan son para el Ginecólogo sin identificar las mujeres que están cursando la etapa del Climaterio.

Reconoce que hace unos años atrás existía la Policlínica del Climaterio pero la misma dejó de funcionar hace varios años, por problemas de recursos.

Entrevista en Policlínica de Endocrinología del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” a Dra. Beatriz Mendoza.-

- 1) ¿Cuál es su cargo en la Policlínica?
- 2) ¿Cuáles son los horarios de atención de la Policlínica?
- 3) ¿Cuál son los requisitos de los usuarios para ser atendidos?
- 4) ¿Cuál es la población asistida?
- 5) ¿Cuál es la vía de ingreso de los usuarios a la consulta?
- 6) ¿Las consultas son espontáneas o planificadas?
- 7) ¿Cuál es el número de consultas por día?
- 8) ¿Cuáles son las dudas más frecuentes que plantean las mujeres en la consulta?
- 9) ¿Cuáles son los problemas o necesidades que identifica en la Policlínica?
- 10) ¿Con que RRHH cuenta la Policlínica?
- 11) ¿Considera necesario la presencia de una Licenciada en Enfermería?
- 12) ¿Quién realiza las coordinaciones con otros servicios y de exámenes paraclínicos?
- 13) ¿Qué sistemas de información utilizan?
- 14) ¿Qué tipo de registros existen de las consultas que se realizan?
- 15) ¿Qué tipos de prevención y promoción se realiza sobre Osteoporosis?
- 16) ¿Realizan derivación de pacientes a otras Especialidades?

En este momento Docente Honoraria Calificada; cesa hace unos meses de Endocrinóloga Grado 3.

Los horarios de atención de la Policlínica son de lunes a viernes de 8:30 a 12:30 hs,

Los días lunes, martes y jueves son consultas endocrinológicas en general.

Los miércoles son consultas de diabetes, obesidad y dislipemias.

Los viernes de metabolismo fosfocálcico (osteoporosis).

Los requisitos de los usuarios para ser atendidos en la policlínica son los mismos del hospital, es el carné del Hospital de Clínicas, salvo que sean de Salud Pública con una carta de interés docente.

La población asistida son hombres y mujeres mayores de 15 años.

Los usuarios consultan por derivación de medicina general u otros especialistas, o derivados de otros departamentos, o por si solos.

Las consultas son planificadas.

Los días viernes que son las consultas por Osteoporosis son entre 20 y 25 usuarios y el resto de los días son aproximadamente 10 consultas.

Por lo general la gente no pregunta mucho al principio, se le hace el diagnóstico y se llevan la medicación. También hay gente que vienen dirigidas porque se hicieron el estudio y saben que tienen Osteoporosis, estas son las que tienen mayor grado de información. Hay mujeres de todos los niveles socioculturales, gente que no entiende, que no sabe si tiene Artrosis u Osteoporosis. En cuanto a la información hay mucho para trabajar.

Respecto a los problemas de la Policlínica es algo que todavía no te puedo decir.

RRHH: No contamos con Licenciada en Enfermería.

Hay una Auxiliar de Enfermería que lo único que hace es pesar, medir y tomar la presión arterial a los pacientes.

Una administrativa y una secretaria de la parte docente.

Están los Docentes, los Posgrados y dos Internos de Medicina.

Es muy necesaria la presencia de una Licenciada en Enfermería sin duda, para educación en todas las áreas.

Las coordinaciones las realiza el médico tratante. Con respecto a la Densitometría Ósea se realiza en el Centro Óseo, son coordinadas por el Médico y los paga el paciente, el costo de la misma es de 480 pesos para las pacientes de Salud Pública. Además se realizan exámenes de laboratorio.

Los sistemas de información que utilizamos es la historia clínica y un protocolo que utilizamos para los pacientes con Osteoporosis.

El protocolo consta de una ficha con todos datos de los pacientes con el seguimiento de las consultas, detrás se le agrega la Densitometría Ósea que la que se realiza en nuestro medio es la DXA.

Con respecto a la prevención y promoción sobre Osteoporosis solo se realiza una actividad educativa en día internacional de la Osteoporosis en donde se tenga lugar.

Se realizan derivaciones según patologías asociadas.

Clínica de endocrinología y metabolismo

Docentes:

Profesora Dra. M^a Cristina Belzarena.

Prof. Agregados Dr. Raúl Pisabarro

Dra. M^a del Pilar Serra

Prof. Adjuntos Dr. Ernesto Irazabal

Dra. Lidia Torosian

Dra. Rosario Barrenechea

Asistentes Dra. Cristina Alonso

Dr. Pablo Orellano

Dra. Yenica Chaffare

Dra. Elena Hernandez

Enfermería: A. Enf. Isabel Dacosta

Secretaría Administrativa: Inés Franco

Secretaría Académica: Dra. Isabel Alves

Post – Graduados:

Dra. Álvarez, Tania

Dra. Alvariza, Ana

Dra. Campaña, Gabriela

Dr. Corbo, Martín

Dra. Dobilavichus, María

Dra. Ramírez, M^a José

Dra. Flous, Ana Laura

Dr. Moreno, Alejandro

Dra. Rodríguez, Mabel

Dra. Savio, Laura

Dr. Jacovenco, Richar

Dra. Luchinetti, Andrea

Dr. Milano, Gustavo

Dra. Mintegui, Gabriela

Dra. Stecker, Natalla

Dra. Zeballos, M^a Eugenia