

**COMORBILIDAD Y MENOPAUSIA EN MUJERES QUE LABORAN EN LA
UNIVERSIDAD DE SUCRE. SINCELEJO. SUCRE. 2015**

MARIO ANDRES ROMERO RICARDO

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SINCELEJO
2015**

**COMORBILIDAD Y MENOPAUSIA EN MUJERES QUE LABORAN EN LA
UNIVERSIDAD DE SUCRE. SINCELEJO. SUCRE. 2015**

MARIO ANDRES ROMERO RICARDO

Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de Enfermero

**Directora
CARMEN CECILIA ALVIZ TOUS
Licenciada en Enfermería, Especialista en Gerencia de la Educación**

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SINCELEJO
2015**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

SINCELEJO, ____ de _____ 2015

“Únicamente el autor es el responsable del contenido expuesto en el presente trabajo”

A Dios padres todopoderoso porque me guió y dio la fuerza en todo momento.

A mis padres por su amor y su apoyo.

A mis hermanos por no perder la fe.

A mis amigos por sus aportes.

A mis maestros por su enseñanza.

A Dios todopoderoso quien supo guiarme por el buen camino, darme la fuerza para seguir adelante y no desmayar en las dificultades que se presentaban, por sus grandes bendiciones y su inmensa sabiduría para la culminación de este proyecto.

A mis padres Luis Roberto Romero Ricardo Y María C. Ricardo Hoyos quienes me dieron vida, educación, amor, apoyo incondicional y consejos en los momentos más difíciles. Gracias a ellos por enseñarme valores y principios que rigen mi andar, porque siempre estuvieron allí para dar una palabra de aliento, un abrazo y su inmensa motivación para el logro de los objetivos.

A mis hermanos Luis, Duvan y Richard por estar siempre conmigo, su apoyo y sus ánimos fueron importantes para mí.

A la docente Carmen Cecilia Alviz Tous, Enfermera, por brindar su apoyo y la dirección en la realización de este trabajo.

A la Institución Policarpa Salabarieta por abrir sus puertas, su participación fue muy importante para el desarrollo de esta investigación.

A mis maestros y compañeros quienes me enseñaron muchas aspectos y conocimientos a lo largo de este período.

A mis hermanos indios de la tribu KARIB quienes me apoyaron y dieron su respaldo en todo momento. Por siempre Rugbier. “Embiste y Quiebra”

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN	16
2. OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GENERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. ESTADO DEL ARTE	21
3.1 MARCO DE ANTECEDENTES	21
3.2 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	25
3.2.1 Menopausia	25
3.2.2 Tipos de menopausia	28
3.2.3 Factores que influyen en la edad de inicio de la menopausia	29
3.2.4 Cambios en el organismo de la mujer menopáusica	30
4. METODOLOGÍA.	34
4.1 TIPO DE ESTUDIO	34
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	34
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	34
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA	35
4.5 ELEMENTOS DEL DISEÑO	35
4.6 IMPLICACIONES ÉTICAS Y LEGALES	40
4.7 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	40
4.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	41
5. RESULTADOS	42
5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS	42
5.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER MENOPÁUSICA	44

5.3 ESTILOS DE VIDA DE LA MENOPÁUSICA	48
5.4 SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTADOS POR LA MUJER EN LA MENOPAUSIA	52
5.4.1 Síntomas neurovegetativos	52
5.4.2 Síntomas locales	53
5.4.3 Síntomas sistémicos	53
5.4.4 Actitud asumida por la menopáusica ante los cambios presentados	54
5.5 COMORBILIDAD PRESENTADA POR LAS MUJERES DURANTE EL PERIODO DE LA MENOPAUSIA	55
6. DISCUSIÓN	58
7. CONCLUSIONES	63
8. RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1 Clasificación Internacional de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC	39
Tabla 2 Número de veces que se embarazaron las menopáusicas	45
Tabla 3 Edad de aparición de la menopausia en las mujeres	46
Tabla 4 Tiempo transcurrido desde la ocurrencia de la menopausia de las mujeres	47
Tabla 5 Frecuencia de realización de ejercicios por las menopáusicas	49
Tabla 6 Regularidad de asistencia al control médico de las menopáusicas	50
Tabla 7 Número de meses de la realización de los últimos exámenes	51
Tabla 8 Síntomas neurovegetativos presentados por las menopáusicas	52
Tabla 9 Síntomas locales presentados por las menopáusicas	53
Tabla 10 Síntomas o cambios sistémicos presentados por las menopáusicas	54
Tabla 11 Comorbilidad presentada por las mujeres durante el período de la menopausia	56
Tabla 12 Estado nutricional de las menopáusicas calculado por el IMC	57

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1 Nivel de escolaridad de las mujeres menopáusicas	43
Gráfica 2 Cargo que ocupan las mujeres menopáusicas	44
Gráfica 3 Edad de la menarquia de las mujeres menopáusicas	45

LISTADO DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A Oficio dirigido a la oficina de Recursos Humanos de la Universidad de Sucre	75
ANEXO B Consentimiento informado	77
ANEXO C Encuesta para determinar la comorbilidad con la menopausia en mujeres que laboran en la Universidad de Sucre. Sincelejo, Sucre.2015	79

RESUMEN

La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación después de 12 meses consecutivos sin ella y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular, dando lugar a cambios que afectan el cuerpo de la mujer. La aparición de cada uno de ellos, así como su gravedad e importancia con respecto al empeoramiento de la calidad de vida, depende de cada mujer.

El objetivo de determinar la Comorbilidad en mujeres menopáusicas que laboran en la Universidad de Sucre. Sincelejo 2015, se ejecutó en el tipo de estudio descriptivo, transversal y el muestreo no probabilístico aplicando la técnica muestreo por conveniencia, participaron 21 mujeres menopáusicas de las diferentes sedes de la institución; se utilizó una encuesta semiestructurada que constó de 52 preguntas cerradas y 10 preguntas abiertas que ampliaban la información relacionada con el ítem específico, como también de unas definiciones relacionadas con el tema para mayor comprensión del encuestado.

Los resultados obtenidos evidencian que el 52.38% (11) eran mayores de 55 años y el 14.3% (3) eran menores de 45 años de edad, con un promedio de 54.09 años; la escolaridad mayor fue el nivel Técnico (28.8%=6) y el 71.40% (15) laboran en la Facultad de Ciencias de la Salud.

La salud sexual y reproductiva de las menopáusicas estuvo marcada por una menarquia a la edad de 12 años (33.3%=7), se embarazaron entre 2 a 3 veces la mayoría con un 33.3% (7), el tipo de menopausia espontánea en un 57.1% (12), el 23.8% (5) tuvo la menopausia a los 50 años, con promedio de 47.28 años; el 71.4% (15) no recibieron atención médica al momento de presentarla.

En cuanto al estilo de vida, el 91% (19) no fuman, el 100% (21) no ingieren bebidas alcohólicas, el 52.4% (11) no realiza ejercicio físico, el 47.6% (10) lo realizan todos los días caminando; en la actualidad asisten al control médico el 76.2% (16) con una regularidad de cada seis meses. Los exámenes y estudios diagnósticos realizados son ecografía ginecológica 66.76% (14), mamografía 57.1% (12), citología cervicouterina 90.0% (19) y el menos realizado fue la densitometría en un 71.4% (15). Los resultados estuvieron dentro de los parámetros normales (38.1%=8).

Los síntomas neurovegetativos presentados son los sofocos leves a moderados 57.1% (12), los síntomas locales mayores fue la dispareunia a la penetración con un 83.3 (17) y los síntomas sistémicos presentados fue el aumento de tensión arterial (85.7%=18) y la artrosis (61.9%=13) afectando los hombros, rodillas y piernas. Se resalta la actitud positiva asumida por las mujeres (42.9% (9)). El 42.9% (9) no recibió ningún manejo para tratar esa sintomatología.

La comorbilidad estuvo presente en un 52.38% (11) de las participantes, la marcó la dislipidemia (28.8%=6), el aumento de la tensión arterial (23.8%=5) y la osteoporosis (19.0%=4), hubo un 29.04% (4) que no presentaron alteración de la salud y asistieron al control médico para prevenir complicaciones. El estado nutricional determinado por el Índice de Masa Corporal, arrojó que el 48.0% (10) tienen un peso normal, el 4.8% (1) padece de obesidad tipo II y tipo III, respectivamente.

La menopausia puede ser una etapa importante para acarrear enfermedades como dislipidemia, hipertensión arterial, osteoporosis, alteración del metabolismo de los carbohidratos, entre otras, por lo que un estilo de vida saludable desde temprana edad, prepara a la mujer para la prevención de algunas complicaciones y poder llevar una mejor calidad de vida.

Palabras claves: comorbilidad, menopausia, mujer

ABSTRACT

Menopause is defined as the permanent cessation of menstruation and has physiological correlates with the decline of estrogen secretion by follicular function loss.

Menopause is a physiological state of women, part of the natural aging process, characterized by the cessation of ovarian hormone secretion, leading to changes that affect the human body.

Some types of surgery or the use of contraceptive drugs can cause menopause. For example, removing the uterus (hysterectomy) causes the cessation of menstruation. When both ovaries (oophorectomy) are removed, the symptoms of menopause begin immediately, regardless of age.

The decrease in the levels of female hormones to their total disappearance causes a series of related signs and symptoms as well as increased anger that present some appear. The appearance of each of them, and their severity and importance with respect to the deteriorating quality of life, depends on each woman. The symptoms or disorders associated with menopause are irregular menstrual cycles, hot flushes and sweating waves, mucocutaneous atrophy, emotional changes, changes osteomusculares, cardiovascular, changes in the urogenital tract, osteoporosis, changes in weight and body fat, psycho changes, changes in obesity and body shape.

This project's overall objective, "Determining the comorbidity in menopausal women who work at the University of Sucre. Sincelejo - Sucre 2015".

The research was a descriptive, transversal approach. The purpose of the research was to make inquiry about the comorbidity that menopause brings in a specific time.

Surveys and an analysis of their content which emerged in a database were performed. Upon analysis of the results obtained in this study it was observed that the signs and symptoms occur in the independent menopausal women the type of population, race, ethnicity, education level, marital status, occupation and place of work, Characteristic signs and symptoms include weight gain, mild or moderate hot flashes, dry skin, vaginal dryness, loss of skin elasticity and joint pain, osteoarthritis being more and type in the part most affected are the legs, that changes the state of mind is the most common anxiety, followed by depression and irritability finally

Menopause can be a key to carry diseases such as dyslipidemia, hypertension, osteoporosis, impaired carbohydrate metabolism, dysfunctional uterine bleeding factor.

Keywords: comorbidity, menopause, woman.

INTRODUCCIÓN

La mujer que se halle en la etapa de la menopausia, termina su vida reproductiva, pero deberá seguir viviendo con todos sus privilegios que como mujer le ha otorgado la naturaleza, por lo que necesita, indiscutiblemente, asistencia médica, como una medida para prevenir las enfermedades que se presentarán consiguientemente a la falla ovárica, sobre todo en la expectativa y calidad de vida que se pondrán en riesgo por un mal entendimiento de los fenómenos de la menopausia.¹

La menopausia es una etapa que está marcada por el inicio de la declinación de la función ovárica, motivada por el paulatino agotamiento o atresia folicular, lo cual provoca a la larga la desaparición de la ovulación y de folículos ováricos que puedan responder a las gonadotropinas; esto se asocia entonces a la falta de producción de hormonas sexuales femeninas como los estrógenos y la progesterona.^{2,3,4}

Varios hechos van marcando, y predicen, la pérdida paulatina de la función ovárica antes de la menopausia: (a) En los últimos años de la vida reproductiva, desde los 36, el ovario va progresivamente mostrando menor cantidad de folículos antrales y disminuyendo la producción de AMH (hormona antimulleriana), el mejor marcador endocrino de reserva ovárica a esa edad. (b) En los últimos cinco años (premenopausia temprana) cae también la producción de inhibina B, con FSH y

¹ Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia. Guía práctica de manejo de la mujer climatérica. REVCOG 2009; 14(1):24-31.

² Gudmundsdottir SL, Flanders WD, Augestad LB. Physical activity and cardiovascular risk factors at menopause: The Nord-Trøndelag health study. *Climacteric* 2013; 16(4):438-46.

³ Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, Lumsden MA, Nappi RE, Shah D, Villaseca P; Writing Group of THE INTERNATIONAL Menopause Society for World Menopause Day 2012. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric* 2012; 15(5):419-29.

⁴ Gold EB, Crawford SL, Avis NE, Crandall CJ, Matthews KA, Waetjen LE, et al. Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses from SWAN. *Am J Epidemiol* 2013; 178(1):70-83.

estradiol alto paradójicamente; entonces, las mujeres cursan polimenorreas. (c) En la peri-menopausia inicial (dos años previos a la menopausia), además, bajan la inhibina A y estrógenos, FSH y presencia clínica de oligomenorreas. (d) En la peri-menopausia avanzada (año previo) los estrógenos continúan bajando y la FSH continúa subiendo, con ciclos menstruales mayores de tres meses. (e) Finalmente, en la peri-menopausia avanzada (año siguiente) hay marcado hipoestrogenemia, FSH, amenorrea mayor de un año y, en definitiva, menopausia.

Los síntomas vasomotores, y su severidad, se relacionan con la pérdida progresiva de estrógenos endógenos desde la peri-menopausia. A lo largo de la post-menopausia temprana (los primeros 5 años desde la menopausia), además, suelen aparecer en forma progresiva, alteraciones de la libido, cambios de humor, atrofia vulvar, atrofia vaginal, coitalgía, incontinencia urinaria, infección urinaria recurrente y osteopenia. Y durante la post-menopausia tardía (desde los 5 años de la menopausia hasta la muerte) son frecuentes, osteoporosis, fracturas osteoporóticas, enfermedad cardiovascular (ECV), depresión y en algunas mujeres demencia.⁵⁶

Lo anteriormente mencionado, expone a la mujer a padecer complicaciones en el estado de su salud a partir de la menopausia, lo que a su vez ocasiona congestión y altos costos en los servicios de salud, es decir, podría presentar comorbilidad, lo que entraría hacer una gran problemática de salud para esta población.

Paralelo a lo anterior, se destaca que la esperanza de vida de la mujer se hace cada día más prolongada, para Colombia es de 75 años aproximadamente (2); para el Departamento de Sucre, se reporta para el período 2010-2015 una

⁵ Gómez G. Menopausia: Una visión Global. En: Pérez L E. Infertilidad y Endocrinología Reproductiva. Tercera edición basada en evidencias. Barranquilla - Colombia. Grafimpresos Donado; 2007. p 423-33.

⁶ . Brantes S. Perimenopausia. En: Climaterio y Menopausia en el siglo XXI. Santiago de Chile. Imprenta Naval LTDA; 2010. p 22-28.

esperanza de vida 74.37 años, cifra ligeramente por debajo del promedio nacional (75.22) (3). Estas cifras cobran mayor importancia para abordar este estudio y el tema de la menopausia, pues, la edad de aparición en promedio en el Departamento de Sucre es a los 50 años de edad, lo que hace que la mujer estará expuesta a este fenómeno hasta por un tercio de su vida.⁷

En el contexto de la Universidad de Sucre, se identifican mujeres laborando en las diferentes dependencias, en diversos ámbitos y aunque existe una oficina de División de Bienestar Universitario para sus funcionarios, no se disponen de medidas preventivas ni terapéuticas para abordar la salud sexual y reproductiva de la mujer. Esto conduce que al encontrarse en la etapa de la menopausia, la mujer está con una sobrecarga de alteraciones de la salud, que complican en ocasiones su situación personal y laboral.

Las consideraciones anteriores permite formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la Comorbilidad en la etapa de Menopausia de las mujeres que laboran en la Universidad de Sucre. Sincelejo. Sucre. 2015?

⁷ República de Colombia. Departamento de Sucre. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Gobernación del Departamento de Sucre "Acciones Claras para Dejar Huellas". Sucre 2013 pág. 52

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la Comorbilidad en mujeres menopáusicas que laboran en la Universidad de Sucre. Sincelejo. Sucre. 2015.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar las variables sociodemográficas de las menopáusicas, tales como edad, escolaridad, estado civil, cargo que ocupa.
- Identificar las variables de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tales como edad de la menarquia, número de embarazos, el tipo de menopausia, edad de aparición y manejo recibido.
- Determinar el estilo de vida de la menopáusica relacionado con actividad física, tipo de alimentación, ingesta de alcohol, tabaquismo, ejercicio mental y espiritual, asistencia al médico, densitometría, mamografía, ecografía y citología vaginal.
- Indagar los síntomas más frecuentes presentados por la mujer en el período de la menopausia (neurovegetativo, local y cutáneo).
- Identificar la aparición y manejo de complicaciones sistémicas relacionadas con las alteraciones cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemia, arteriosclerosis, angina de pecho, infarto.

- Identificar la aparición y manejo de complicaciones sistémicas relacionadas con las alteraciones musculoesqueléticas, obesidad, osteoporosis, fracturas.
- Identificar la presencia y manejo de enfermedades neoplásicas, referidas a cáncer de cuello uterino, de mama, de colon y otros.

3. ESTADO DEL ARTE

3.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Rojas Sara, Lopera Johan Sebastián, y otros, Chile (2014), en su estudio hallaron que en las mujeres posmenopáusicas las alteraciones en el metabolismo de los lípidos por deficiencia estrogénica es un componente del riesgo cardiovascular. Los efectos directos de los cambios hormonales sobre la distribución de la grasa corporal, la acción de la insulina, la pared arterial pueden impactar en la salud de las mujeres. La prevalencia de síndrome metabólico se incrementa con la menopausia hasta en un 60%, al mezclarse variables como la edad, IMC, inactividad física entre otras. Este fenómeno puede explicar parcialmente el incremento de enfermedades cardiovasculares-ECV- observado después de la menopausia. Lo anterior se podría explicar como resultado directo de la falla ovárica o indirectamente por consecuencias metabólicas de la distribución central de la grasa asociada a la deficiencia estrogénica. Estos contribuyen a incrementar la prevalencia de Síndrome Metabólico en la postmenopausia, el cual, asociado al empeoramiento del perfil metabólico, puede contribuir al riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares con mayor frecuencia y severidad.⁸

Mendes Karina Giane, Theodoro Eloísa, y otros, Río de Janeiro, Brasil (2012), en su estudio hallaron que sobre la base de los estudios analizados, la prevalencia de síndrome metabólico aumenta al comparar período para las mujeres posmenopáusicas, al igual que haya un aumento de la tensión arterial independientemente de la población. Esta tendencia se observó en la mayoría de los estudios⁹.

⁸ ROJAS, Sara, et al. Síndrome metabólico en la menopausia, conceptos clave. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología: 2014. Vol.79 No.2. p. 121-128.

⁹ MENDES, Karina, et al. Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en la transición a la menopausia. Revista Cadernos Saúde Pública: 2012. Vol.28 No.8. p. 1423- 1437.

López Castañón, Castellón Fantova, y Otros, Madrid, España (2012). En su taller arrojó los siguientes datos, la edad media de las participantes fue de 59 años (desviación estándar: 7.9, moda 63). El 85% de las pacientes tenían una edad dentro del rango previamente establecido (entre 45 y 65 años). Nivel de estudios: Primarios 48%, Medios 42% y Superiores 10%. Estilos de vida: el 63% trabaja en casa, 45% es sedentaria, son fumadoras el 4%, el 72% desconoce la dieta rica en calcio. Un 100% mostraron motivación e interés por el tema.¹⁰

Núñez Couto, Dayana, Nápoles Méndez, Danilo y Deulofeu Betancourt, Isabel en Santiago de Cuba (2011). Los resultados mostraron como factores de riesgo predominantes la ooforectomía bilateral antes de los 50 años, el cese de la menstruación antes de los 40 años y el bajo peso. La densitometría reveló que 45,9 % de las féminas padecía osteopenia y 35,6 %, osteoporosis, con alta significación de la relación entre el climaterio y los resultados densitométricos. Se concluyó que la osteoporosis es frecuente en esta etapa, por lo que debe ser diagnosticada precozmente, de modo que se asegure una terapia eficaz y mejore la calidad de vida¹¹.

Fernández Milán, Ana Mary y Navarro Despaigne Daysi Antonia en Habana, Cuba (2010) en el estudio Adiposidad total, su distribución abdominal hallaron una relación de la hipertensión arterial con la etapa del climaterio y muestra que el 27,0 % de las mujeres perimenopáusicas y el 72,94 % de las posmenopáusicas eran hipertensas, se observó una asociación significativa. Se encontró una incidencia de 45,1 % de prehipertensas y 7,6 % de hipertensas en el grupo de mujeres sin el diagnóstico de hipertensión arterial. En ambos grupos el sobrepeso fue la

¹⁰ LÓPEZ, Castañón, et al. Taller de educación para la salud sobre prevención de osteoporosis en mujeres. Efectividad de una intervención enfermera en atención primaria, Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria: 2012 Vol. 32 No. 2: p. 75-85.

¹¹NÚÑEZ, Dayana, et al. Estudio descriptivo y transversal de 146 mujeres, atendidas en la Consulta de Climaterio del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" con vistas a medir la pérdida de masa ósea en ellas. Revista MEDISAN: 2011, vol.15 no.12 p. 1765- 1774.

categoría predominante (53,8 % en las prehipertensas y 54,5 % en las hipertensas). La circunferencia de la cintura 88 centímetros se observó en un 30,76 % de las prehipertensas novo, y un 36,36 % de las nuevas hipertensas. Se observa una relación entre la circunferencia de la cintura y la hipertensión arterial, el mayor grupo de mujeres hipertensas se ubica en la circunferencia de la cintura 88centímetros, con un 50,6 %, muestra una tendencia lineal, por tanto existe una asociación significativa.¹²

Gallo Vallejo José, Ladrón de Guevara Nicolás y Díaz López Miguel Granada, España (2009). Hallaron que el Síndrome Metabólico es un importante problema de salud pública, ya que está asociado a un incremento de 5 veces en la prevalencia de diabetes tipo 2 y de 2-3 veces en la de ECV. Los datos epidemiológicos de disfunción sexual femenina indican que entre el 11 y el 45% de las mujeres presenta alguna disfunción sexual; los trastornos de la excitación, la anorgasmia y la dispareunia son los comunicados con más frecuencia. Además, se pone de relevancia que el riesgo aumenta con la edad, pero sobre todo tras la menopausia y ante la presencia de depresiones o enfermedades somáticas. Señalan además, el porcentaje adverso ajustado de recurrencia del cáncer de mama por la presencia del SM fue 3,0 (intervalo de confianza [IC] del 95%. En el campo de la ginecología y la obstetricia, hay varias entidades clínicas en las que puede existir resistencia a la insulina con hiperinsulinemia compensatoria y, por consiguiente, ser más frecuente la presencia del SM: síndrome de ovarios poliquísticos, hiperandrogenismo, posmenopausia, disfunción sexual femenina y riesgo de recurrencia de cáncer de mama.¹³

¹² FERNÁNDEZ, Ana, et al. Adiposidad total, su distribución abdominal. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Julio - Septiembre 2010 (Habana - Cuba) V.36 No.3 p. 433-439.

¹³ GALLO Jose, et al. Síndrome metabólico (SM) en ginecología. Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología. Marzo 2009. Vol.52. No.03. p. 166-179.

Romero Pérez Ivette, Monterrosa Castro Álvaro y Paternina Caicedo Ángel, Barranquilla - Colombia (2014) Su estudio arrojó la prevalencia de todos los síntomas asociados a la menopausia fue superior a medida que se incrementaba la categorización según el índice de masa corporal-IMC. Los síntomas más frecuentes reportados por todas las mujeres fueron las molestias musculoesqueléticas y las oleadas de calor. La población de estudio fue de 2167 mujeres. Edad promedio: 48.6±5.9 años. IMC: 25.4±4.2. IMC normal: 44.2 %, bajo peso: 3.5 %, sobrepeso: 40.1 %, obesidad: 12.0 %. Premenopáusicas: 35.0 % y posmenopáusicas: 41.5 %. Edad promedio de menopausia: 47.4±3.7, y número promedio de años desde el último sangrado: 6.0±4.1 años. La edad promedio de menopausia se incrementó levemente con el aumento del IMC (p=0.027). La prevalencia de todos los síntomas menopáusicos y el deterioro de las dimensiones se incrementaron con el aumento en el IMC. El sobrepeso tuvo or ajustado: 1.61 (1.35-1.93) y la obesidad: or ajustado: 1.40 (1.06-1.84) para deterioro severo de la calidad de vida. En las dimensiones somática, psicológica y urogenital se observó deterioro progresivo a medida que aumentaba el IMC. Igual sucedió con molestias cardíacas, trastornos del sueño, cansancio físico/mental y síntomas vesicales. Entonces se observó que a medida que se incrementa el IMC hay mayor reporte de síntomas menopáusicos, mayor deterioro de la calidad de vida¹⁴.

Pérez Luis Ernesto y Rojas Ingrid. Bogotá, Colombia (2011), concluyen que hay que insistir para que toda paciente menopáusica asuma estilo de vida saludable para disminuir los síntomas de la menopausia, los riesgos de la Terapia Hormonal, y los riesgos de las enfermedades propias de la tercera edad (ECV, diabetes II, hipertensión arterial, CA-mamario, osteoporosis, etc.). Recomienda incluir una dieta sin grasas, pero rica en omega 3 que son los ácidos grasos esenciales

¹⁴ ROMERO, Ivette, et al. El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopáusicos y deterioro severo de la calidad de vida. Revista Salud Uninorte. Mayo - Agosto 2014, vol.30 no.2. p. 180-191.

poliinsaturados, como EPA y DHA (nueces, atún, sierra, bonito, salmón, sardinas), carnes blancas, frutas, verduras, calcio, agua, y cereales ricos en fibra; o la “dieta mediterránea” en la que predominan los alimentos obtenidos de los cultivos tradicionales de esta zona geográfica bañada por el mediterráneo: trigo, olivo, vid, hortalizas, frutas, frutos secos y pescados; ejercicio físico adecuado, tipo aeróbico moderado, 30 min/día 3 veces por semana, para mantener el IMC entre 20 y 25 y el perímetro abdominal menor de 88 cm y ejercicios mentales y espirituales para mantener la función cognitiva y manejar el estrés y evitar cigarrillo, bebidas calientes y alcohol, conocidos disparadores de los síntomas vasomotores¹⁵.

En el contexto local, hasta la fecha en la búsqueda bibliográfica no se dispone de publicaciones científicas relacionadas con el tema de estudio.

3.2 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

3.2.1 Menopausia. La menopausia (del griego mens, que significa mensualmente”, y pausi, que significa “cese”) se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. Es un paso dentro de un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo. Este término se confunde muchas veces con el climaterio, y de hecho, según el Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española, una de las aceptaciones del término es precisamente la del «climaterio femenino»¹⁶.

La menopausia es un estado fisiológico de la mujer, parte del proceso natural de

¹⁵ PÉREZ, Luis, et al. Menopausia: panorama actual de manejo Revista Med. Enero - Junio 2011, Vol.19 - No.1. p.56-65.

¹⁶ «Menopausia.» Diccionario de la lengua española.

envejecimiento, caracterizado por el cese de la secreción hormonal ovárica, dando lugar a cambios que afectan el aparato urogenital, sistema cardiovascular y óseo. La Organización Mundial de la Salud-OMS- (Sistema Nacional de Salud, 2003) define la menopausia como el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica, como resultado de la pérdida la actividad folicular ovárica, siendo los 50 años la edad promedio para que ocurra, con límites que oscilan entre los 42 y 56 años. Se reserva el término de perimenopausia para el periodo de tiempo que precede a la última regla y los doce meses posteriores, y posmenopausia para todos los años que siguen tras la última regla¹⁷.

El último sangrado menstrual es precedido por el climaterio, que es la fase de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la mujer. Este proceso se inicia varios años antes del último período, cuando el ciclo (o período menstrual) empieza a ser menos regular. La disminución en los niveles de las hormonas estrógeno y progesterona causa cambios en su menstruación. Estas hormonas son importantes para mantener en buen estado de salud la vagina y el útero, lo mismo que para los ciclos menstruales normales y para un embarazo exitoso. El estrógeno también ayuda a la buena salud de los huesos y a que las mujeres mantengan un buen nivel de colesterol en la sangre.

Algunos tipos de cirugía o el uso de medicamentos anticonceptivos pueden producir la menopausia. Por ejemplo, el extirpar el útero (histerectomía) provoca el cese de la menstruación. Cuando se extirpan ambos ovarios (ooforectomía), los síntomas de la menopausia comienzan de inmediato, sin importar la edad.

¹⁷ Ms. C. María Isabel Capote Bueno, Ms. C. Alina María Segredo Pérez, Ms. C. Omar Gómez Zayas. Climaterio y menopausia. Revista Cubana de Medicina General Integral versión ISSN 0864-2125. Rev Cubana Med Gen Integr vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011. Consultado el 18 de mayo de 2015 a las 3:45 pm www.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/menopause/.../articulos.aspx

La disminución en los niveles de las hormonas femeninas hasta su desaparición total, provoca que aparezcan una serie de signos y síntomas relacionados, así como un aumento de ira que presentan algunas. La aparición de cada uno de ellos, así como su gravedad e importancia con respecto al empeoramiento de la calidad de vida, depende de cada mujer. Los síntomas o trastornos asociados a la menopausia son ciclos menstruales irregulares, oleadas vasomotoras y sudoración, atrofia mucocutánea, cambios emocionales, cambios osteomusculares, cardiovasculares, cambios en el aparato urogenital, osteoporosis, modificaciones del peso y grasa corporal, cambios psicoafectivos, cambios en la figura corporal y obesidad.

La menopausia se relaciona con cambios metabólicos que suelen producir un incremento en la grasa corporal. En este sentido, la grasa corporal, que a los 20 años es del 26%, sube al 33% a los 40 años y al 42% a los 50 años.

La vida sedentaria acelera este proceso. En muchas mujeres se produce un aumento de peso mientras que en otras aparecen tan sólo modificaciones de la distribución grasa sin cambios en la balanza. Esto no solamente representa un factor estético sino también de riesgo cardiovascular y de diabetes. Respecto al sobrepeso y la obesidad, en los últimos años se ha confirmado que ocasiona un empeoramiento de la calidad de vida de la mujer por encima de los 45 años.

Por otra parte la Osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por la disminución de la masa ósea y el deterioro de la microarquitectura que condiciona un aumento de la fragilidad y de la susceptibilidad a la fractura del hueso. La pérdida de masa ósea, es decir, de la cantidad de hueso que tenemos, es debida a la descalcificación que sufren los mismos y que, en los casos de las mujeres, se ve intensificada por la pérdida de la acción protectora que las hormonas femeninas ejercen sobre ellos.

La menopausia, marca un momento de importantes cambios que tienen como consecuencia modificaciones en todo el organismo femenino. También hay notable repercusión sobre la psiquis de la mujer, que influyen sobre su interrelación con el entorno familiar, laboral y social en general.

Existen factores de riesgo para la salud femenina que pueden modificarse por la menopausia y el climaterio. Se ha demostrado que esta desempeña un papel potencial en la etiología de algunas enfermedades importantes en las mujeres relacionadas con la edad, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y la depresión.

En la edad de aparición de la menopausia, influyen diferentes factores como el hábito de fumar, la paridad, la raza, la herencia, el estado civil, la categoría laboral, el nivel socioeconómico, la obesidad y el uso de contraceptivos hormonales, entre otros factores.

3.2.2 Tipos de menopausia. Cuando durante un período de 12 meses consecutivos no se produce ninguna menstruación, se considera que una mujer ha entrado en la menopausia. Suele aparecer generalmente en torno a los 50 años, aunque puede presentarse a otras edades. Se consideran los siguientes tipos, a saber:

- Espontánea: producida por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre alrededor de los 50 años de edad.

- Artificial: producida por el cese de la función ovárica por cirugía (anexectomía doble), radioterapia o poliquimioterapia.

- **Precoz:** causada por insuficiencia ovárica primaria, 5 años previos a la edad considerada como habitual para cada país. Según la OMS y la FIGO en menores de 45 años.
- **Tardía:** cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada para cada país. Según algunos autores, en mujeres mayores de 55 años¹⁸.

3.2.3 Factores que influyen en la edad de inicio de la menopausia. Como factor principal, cabe destacar que hoy en día las mujeres con un adecuado estilo de vida presentan la menopausia más tarde. Independientemente de este factor, existen otros que sí parecen generar un adelanto de la menopausia:

- **Tabaco:** El tabaquismo está asociado a efectos antiestrogénicos con diversas repercusiones. Está constatado que en las fumadoras es significativamente mayor la incidencia de la menopausia precoz; las mujeres que son fumadoras suelen tener la menopausia tres años antes que las no fumadoras. El consumo de cigarrillo agrava el riesgo de adquirir enfermedades por deficiencia de estrógeno, como osteoporosis fisiológica, y se genera unos mayores riesgos a la exposición de fracturas óseas tanto vertebrales como del hueso fémur¹⁹.
- **Actividad física:** Los adultos que son físicamente activos reciben muchos beneficios. Además de ayudar a mantener un peso corporal deseable, la actividad física construye músculos fuertes, fortalece el corazón y los pulmones, disminuye la presión sanguínea, protege contra enfermedades cardíacas, la diabetes, el cáncer, la osteoporosis y la menopausia temprana. El sedentarismo es una de las diez causas principales de la muerte e incapacidad en el mundo (OMS, 2002).

¹⁸ Manzano, B. CLIMATERIO. www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/.../cap33.pdf.

¹⁹ (https://es.wikipedia.org/wiki/Menopausia#Factores_que_influyen_en_la_edad_de_inicio).

- Menopausia precoz: Se habla de menopausia precoz cuando aparece antes de la edad de 40 años. Ésta se produce por una disminución en la actividad de los ovarios, consecuentemente en la presencia de las hormonas femeninas. Entre las posibles causas destacan la cirugía en ovarios o trompas, tratamientos de quimioterapia o radioterapia, por malnutrición o por causas genéticas. De hecho, está comprobado que hijas de madres que presentan menopausia precoz tienen más posibilidades de desarrollarla²⁰.

3.2.4 Cambios en el organismo de la mujer menopáusica. Con respecto a los síntomas, es importante saber que no todas las mujeres los van a presentar. Así se tiene por ejemplo que existen muchas mujeres que nunca van a tener un solo síntoma de menopausia; un buen día se les va la menstruación y ni cuenta se dan que ya están en menopausia. Otras por su parte tienen todos los síntomas durante muchos años, llegando incluso con algunas molestias a los sesenta y setenta. La gran mayoría tiene síntomas por un periodo de pocos años, aliviándose luego, haciéndose intermitente por algún tiempo. No está claro, pero parece que las hijas tendrán el mismo tipo de menopausia que la madre. Entre los cambios se presentan los siguientes, a saber:

- Síntomas Neurovegetativos, los Sofocos son el síntoma más frecuente y más precoz de la menopausia. Son crisis de vasodilatación cutánea, con sensación de calor que asciende desde el tórax al cuello y a la cara, acompañadas de enrojecimiento cutáneo y sudoración profusa.

Su frecuencia y duración son variables (desde unos segundos hasta una hora), son más frecuentes durante la noche, y se acompañan de una sensación de malestar indeterminado.

²⁰ Menopausia. Wikipedia. es.wikipedia.org/wiki/Menopausia

Pueden aparecer unos años antes que la menopausia y durar hasta unos 5 años después, aunque su intensidad va disminuyendo con el paso de los meses.

Otros síntomas neurovegetativos que pueden aparecer también como palpitaciones, insomnio, cefalea, sudoraciones, vértigos, etcétera.

- Síntomas Locales, se presentan en los diferentes órganos internos y externos del aparato genitourinario de la mujer, como son:

Ovarios: disminuyen su tamaño, y superficialmente adoptan una forma rugosa. Internamente destaca su aspecto fibroso y la ausencia de formaciones foliculares.

Vulva: se produce una atrofia vulvar, con pérdida del grosor de la piel y aparición de prurito (picor vulvar).

Vagina: se produce una atrofia del epitelio vaginal, disminuye su secreción y puede acortarse, de tal forma que puede aparecer dispareunia (dolor en las relaciones sexuales) y aumentar el riesgo de infección.

Útero: disminuye su tamaño y se produce un adelgazamiento del endometrio. A nivel del cuello uterino se produce una disminución en su secreción.

Debido a las alteraciones, es más frecuente la aparición de prolapsos genitales, así como incontinencia urinaria a causa de las modificaciones en músculos y ligamentos, de la libido, etcétera.

- Síntomas Sistémicos, comprometen el funcionamiento de algunos órganos y sistemas de la mujer, como son:

Alteraciones psicológicas: destacan en este grupo los cambios en los hábitos del sueño con insomnio frecuente. También podemos observar irritabilidad, estado de ánimo depresivo, ansiedad, dificultades de concentración.

Alteraciones cutáneas: disminuye el grosor de la piel y su elasticidad, y presenta una mayor sequedad, pudiendo producirse picor.

Enfermedad cardiovascular: se origina un incremento de la incidencia de la enfermedad cardiovascular (infarto, angina de pecho, hipertensión, arteriosclerosis...) debido a la disminución de los estrógenos, que ejercen un papel de protección de estas patologías por su acción vasodilatadora y antiaterogénica.

Osteoporosis: se trata de una enfermedad caracterizada por una baja masa ósea y una alteración de la estructura del tejido óseo, que provoca un aumento de su fragilidad y, por lo tanto, un mayor riesgo de fractura.

La densidad mineral del hueso alcanza su pico máximo a los 30-35 años; a partir de este momento, va disminuyendo de forma gradual cada año (se pierde aproximadamente un 0,5-1,0% de masa ósea anualmente). Esto ocurre tanto en hombres como en mujeres, pero en la menopausia esta pérdida se acelera, llegando a alcanzar el 3% en los primeros 5 años. Posteriormente, una vez pasada la menopausia, el descenso de masa ósea anual se iguala a la de los hombres. La explicación a esta pérdida más acelerada durante los años del climaterio es la disminución de los estrógenos, ya que estos juegan un papel muy importante en la densidad ósea y, con su descenso en sangre, se obtiene un balance negativo de calcio y una mayor pérdida de hueso.

La manifestación más importante de la osteoporosis (presente en el 5-10% de las mujeres) es la aparición de fracturas óseas, principalmente a nivel de la columna vertebral y el fémur (cadera). Pero también puede manifestarse por dolores articulares, disminución de la talla por aplastamientos vertebrales, etcétera.²¹

La menopausia es una de las etapas críticas en la vida de la mujer en la que se favorece la ganancia de peso y el desarrollo o agravamiento de la obesidad. Es en

²¹ Menopausia. Silvia Chacón Alves, Licenciada en Medicina por la Universidad de Alcalá de Henares www.webconsultas.com/menopausia/sintomas-y-diagnostico-de-la-meno.

ésta época cuando se encuentra la prevalencia de obesidad más elevada. Las causas de éste problema son múltiples, unas se relacionan claramente con el hipoestrogenismo y otras dependen de la edad. Esta ganancia ponderal se asocia a consecuencias adversas para la salud, que se agravan por los cambios de distribución grasa que se observan durante la menopausia. El aumento de la grasa visceral facilita el desarrollo de insulinoresistencia y sus consecuencias clínicas como las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la dislipemia con el consiguiente aumento de riesgo cardiovascular, entre otras complicaciones²².

El Consenso Colombiano de Dislipoproteínas, establece que el valor deseable de HDL, para mujeres postmenopáusicas debe ser mayor de 35 mg/dl y para mujeres premenopáusicas mayores de 45 mg/dl. En este consenso se establecen las estrategias para el tratamiento de la hiperlipidemia mixta (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia)²³.

Se ha demostrado que los ácidos grasos poliinsaturados omega 3: eicosapentaenoico y docosahexaenoico, cuyas principales fuentes son animales marinos como el arenque, sábalo y salmón y cuyo precursor es el ácido alfa-linolénico (C18:3w3) el cual también está contenido en algunos aceites vegetales como el aceite de linaza, colza y soya, disminuye los niveles de colesterol total, colesterol LDL, así como también incrementa los valores de las HDL²⁴.

²² Nutr Hosp. 2006. Obesidad y menopausia I. Pavón de Paz, C. Alameda Hernando y J. Olivar Roldán. Nutr Hosp. 2006;21(6):633-637 ISSN 0212-1611, CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

²³ See more at: http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vol-4198/meno41_nutricionii/#sthash.BRo5HSFG.dpuf

²⁴ See more at: http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vol-4198/meno41_nutricionii/#sthash.BRo5HSFG.dpufs. Consultado en encolombia.com Volumen 04 No. 1

4 METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo, transversal, se realizó en varias sedes de la Universidad de Sucre de la ciudad de Sincelejo, cuyo objeto principal fue determinar la Comorbilidad en las mujeres menopáusicas que laboran en dicha institución, en el periodo comprendido entre Septiembre y Octubre del año 2015. Es descriptivo puesto que orienta a describir la comorbilidad de las mujeres menopáusicas, y transversal debido a que la información se presenta de un grupo de población en un tiempo específico.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó acabo en varias de las sedes de la Universidad de Sucre las cuales son, sede principal ubicada en Carrera 28 # 5-267 Barrio Puerta Roja y la Sede Ciencias de la Salud ubicada en Calle 16B No. 13B – 80 Barrio La Pajuela y en la sede Ciencias Agropecuarias ubicada en Km7 Vía Sincelejo-Sampués se contactaron en varias ocasiones a las mujeres y no fue posible disponer de su participación en el estudio.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total de mujeres de la Universidad de Sucre la constituyeron alrededor 155, la población de estudio fue de 21 mujeres, ya que el criterio principal de inclusión fue, que la mujer tuviera cese de la menstruación por 12 meses consecutivos; además de ello, también la participación era de manera

voluntaria, muchas de las mujeres que si cumplieron con los otros criterios fueron reuentes a la participación, otras que también cumplían con algunos los criterios de inclusión, se abordarán en más de tres ocasiones en su sitio de trabajo y por varias razones no fue posible que atendieran la aplicación de la encuesta. La participación de la muestra estuvo distribuida por 15 participantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, cuatro participantes de la sede Central (3 en el Bloque Administrativo y uno en la Facultad de Administración y Economía), una participante del Centro de Diagnóstico Médico y una participante del laboratorio de Simulación de la Facultad Ciencias de la Salud.

Se realizó un muestreo no probabilístico aplicando la técnica muestreo por conveniencia, se elige este tipo de técnica dado que los sujetos seleccionados se tiene en cuenta por la conveniencia de accesibilidad, es decir, que la conveniencia la constituyó el criterio principal que era el cese de la menstruación por un período de 12 meses consecutivos.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

- Que deseen participar en el estudio.
- Que firmen el consentimiento informado.
- Que se encuentren laborando en la Universidad de Sucre, independiente del tipo de vinculación con esta.
- Que se hallen en la etapa de la menopausia, es decir, que tengan un cese de la menstruación por un período de 12 meses consecutivos.

4.5 ELEMENTOS DEL DISEÑO

Unidad de análisis. En la investigación participaron algunas mujeres menopáusicas que laboran en la Universidad de Sucre.

La variable Menopausia. Para la OMS, el término menopausia significa el cese de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular cíclica en el ovario, el final del periodo menstrual. Es un suceso puntual, la fecha de la última regla. Su valoración es necesariamente retrospectiva; han de pasar 12 meses sin menstruaciones para poder afirmar que ha ocurrido la menopausia, aunque para algunos son suficientes 6 meses sin menstruación²⁵.

La variable Comorbilidad. Es la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales²⁶.

Subvariables.

❖ **Síntomas neurovegetativos.** Es el conjunto de signos y síntomas agudos, mediados por el sistema nervioso y caracterizados por oleadas de calor, sudoración acentuada, palpitaciones, insomnio, cefalea, vértigos, etcétera; Síntomas locales son los cambios ocurridos en los genitales externos e internos y los síntomas sistémicos referencia los cambios sucedidos a nivel psíquico, cutáneo, cardiovascular, músculo esquelético.

Sofocos. Es el síntoma más frecuente y más precoz de la menopausia. Son crisis de vasodilatación cutánea, con sensación de calor que asciende desde el tórax al cuello y a la cara, acompañadas de enrojecimiento cutáneo y sudoración profusa. Su frecuencia y duración son variables (desde unos segundos hasta una hora), son más frecuentes durante la noche, y se acompañan de una sensación de malestar indeterminado.

²⁵ Parrilla Paricio, J. L. Delgado Marín, Abad Martínez. Perimenopausia: Concepto y Endocrinología. Perimenopausia. El climaterio desde su inicio. Barcelona, España. Editado por Rafael Sánchez Borrego. P.29

²⁶ Wikipedia. es.wikipedia.org/wiki/Comorbilidad.

Palpitaciones. Consisten en latidos del corazón de forma imprevista y más fuertes de lo habitual. Y por momentos se tiene la sensación de que el corazón se ha parado un instante. Las palpitaciones pueden aparecer a cualquier hora del día, pero son más frecuentes por la noche y van acompañadas de otros síntomas de la menopausia como los sofocos o la sudoración.

Insomnio. Hace referencia a la dificultad para conciliar el sueño fácilmente, despertarse varias veces durante la noche, levantarse muy temprano, sentirse cansada cuando se despierta, falta de atención y/o poco rendimiento en el trabajo, tener ganas de dormir durante la mañana.

Cefalea. Conocido también como dolor de cabeza, se presenta frecuentemente durante la menopausia, se refiere a los dolores o molestias localizados en cualquier parte de la cabeza.

Vértigo. Es la sensación de mareo que va acompañada de movimiento y giro de uno mismo o del entorno que le rodea (la habitación, la gente, etc.)

❖ **Síntomas Locales,** se presentan en los diferentes órganos internos y externos del aparato genitourinario de la mujer, como son ovarios, vulva, vagina y útero.

Ovarios. Disminuyen su tamaño, y superficialmente adoptan una forma rugosa. Internamente destaca su aspecto fibroso y la ausencia de formaciones foliculares.

Vulva. Se produce una atrofia vulvar, con pérdida del grosor de la piel y aparición de prurito (picor vulvar).

Vagina. Se produce una atrofia del epitelio vaginal, disminuye su secreción y puede acortarse, de tal forma que puede aparecer dispareunia (dolor en las relaciones sexuales) y aumentar el riesgo de infección.

Útero. Disminuye su tamaño y se produce un adelgazamiento del endometrio. A nivel del cuello uterino se produce una disminución en su secreción. Debido a las alteraciones, es más frecuente la aparición de prolapsos genitales, así como incontinencia urinaria a causa de las modificaciones en músculos y ligamentos.

❖ **Síntomas Sistémicos,** comprometen el funcionamiento de algunos órganos y sistemas de la mujer, como son: Alteraciones psicológicas, alteraciones cutáneas, enfermedad cardiovascular, osteoporosis, obesidad

Alteraciones psicológicas. Se destacan en este grupo los cambios en los hábitos del sueño con insomnio frecuente. También se puede observar irritabilidad, estado de ánimo depresivo, ansiedad, dificultades de concentración, disminución de la libido, etcétera.

Depresión. La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la percepción o sensación de infelicidad, tristeza, melancolía, durante un largo periodo (aproximadamente 2 semanas), pudiendo incluso llegar a perder las ganas de vivir en fases más avanzadas.

Ansiedad. La ansiedad en la menopausia puede manifestarse en forma de algún síntoma propio de esta etapa, lo que hace que no se tenga en cuenta este problema hasta que es demasiado evidente. Pero hay que tener en cuenta que un trastorno de ansiedad que no trata a tiempo puede desembocar en una depresión de la que es muy difícil recuperarse.

Alteraciones cutáneas. Disminuye el grosor de la piel y su elasticidad, y presenta una mayor sequedad, pudiendo producirse picor.

Enfermedad cardiovascular. Se origina un incremento de la incidencia de la enfermedad cardiovascular (infarto, angina de pecho, hipertensión, arteriosclerosis...) debido a la disminución de los estrógenos, que ejercen un

papel de protección de estas patologías por su acción vasodilatadora y antiaterogénica.

Osteoporosis. Se trata de una enfermedad caracterizada por una baja masa ósea y una alteración de la estructura del tejido óseo, que provoca un aumento de su fragilidad y, por lo tanto, un mayor riesgo de fractura.

Musculoesquelético. Hace referencia a los cambios ocasionados en el peso (Obesidad), a la arquitectura de los huesos (Osteoporosis).

Obesidad. Caracterizada por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; la OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad cuando el IMC (Índice de masa corporal, cociente entre la estatura y el peso de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m². Para el cálculo del IMC se acoge la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud, que acorde con el resultado del mismo, clasifica el estado nutricional. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud del estado nutricional de acuerdo con el Índice de Masa Corporal-IMC-.

ÍNDICE MASA CORPORAL	CLASIFICACIÓN
<16.00	Infrapeso: Delgadez Severa
16.00 - 16.99	Infrapeso: Delgadez moderada
17.00 - 18.49	Infrapeso: Delgadez aceptable
18.50 - 24.99	Peso Normal
25.00 - 29.99	Sobrepeso
30.00 - 34.99	Obeso: Tipo I
35.00 - 40.00	Obeso: Tipo II
>40.00	Obeso: Tipo III

Osteoporosis. La osteoporosis ocurre cuando los huesos pierden un porcentaje de su densidad mineral, es decir, cuando la disminución de la masa ósea y las alteraciones en el tejido óseo impiden la correcta remodelación del hueso. El estrógeno es una hormona que protege los huesos de las mujeres. Cuando llega la menopausia los niveles de esta hormona disminuyen bruscamente, lo que puede causar la pérdida de hueso, y por ello, la probabilidad de desarrollar osteoporosis se incrementa cuando las mujeres llegan a la menopausia.

4.6 IMPLICACIONES ETICAS Y LEGALES

Para la obtención de la información se requirió un consentimiento informado personal, se abordó a la mujer y se le explicó los objetivos de la investigación y la utilización y de la información, la confidencialidad, beneficencia y autonomía.

4.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las variables se midieron en un tiempo determinado durante los meses de Septiembre a Octubre de 2015, se gestionó la aplicación de la encuesta semiestructurada on line solicitando previo aval y apoyo de la oficina de Recursos Humanos de la Universidad de Sucre (Anexo A), donde se pretendió enviar a los correos institucionales de las mujeres unisucrañas, el instrumento para la recolección de la información; este aspecto no fue posible, por dificultades del funcionario encargado en la oficina de Recursos Humanos.

Para obtener la participación de la mujer Unisucra en el estudio, se realizó un recorrido de parte de la unidad investigativa y de la directora en las sedes de la Universidad de Sucre, abordando a cada una de ellas en su lugar de trabajo, explicándole el objetivo, beneficios y criterios de inclusión a la investigación. Después de 10 minutos aproximadamente, la mujer que decide su participación se le entregó el Consentimiento Informado (Anexo B) donde garantiza la participación voluntaria, la confidencialidad y el conocimiento del tema respaldado por su firma.

La recolección de la información se realizó por medio de una encuesta en físico en donde se les dejó a cada participante en su lugar de trabajo y posteriormente se recogieron; esta encuesta semiestructurada de cinco partes permitió obtener la información sociodemográfica, la salud sexual y reproductiva de las mujeres menopáusicas, los estilos de vida, signos y síntomas presentados por la mujer durante la menopausia y las alteraciones de la salud o enfermedades presentes y/o presentadas durante el período de la menopausia y constó de 52 preguntas cerradas y 10 preguntas abiertas que ampliaban la información relacionada con el ítem específico. Al final de la encuesta se incluyó un listado de definiciones relacionadas con el tema e incluidas en la misma y que facilitaron el entendimiento de las preguntas para luego expresar una respuesta objetiva. Cada participante resolvió la encuesta en un tiempo promedio de 20 minutos. Para salvaguardar la identidad de la participante, en la encuesta se incluyó un espacio en donde la mujer anotaba los cuatro último dígitos de su cédula de ciudadanía y lo que a su vez, facilitaba la identificación y abordaje de cada una de ellas en caso que se requiriera. (Anexo C)

Previo a ello, se realizó una prueba piloto con cinco mujeres menopáusicas de la Institución Educativa Policarpa Salabarrieta, lo que permitió ajustar los ítems y contenido propuestos.

4.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenida la información se procesó en Epi Info 3.5 y se realizó su respectiva tabulación en Excel, el cual arrojó el análisis de la estadística descriptiva, de las variables y subvariables que han determinado la comorbilidad en las mujeres menopáusicas del estudio.

5 RESULTADOS

Participaron en la investigación 21 mujeres Unisucreñas menopáusicas de varias sedes de la Universidad de Sucre, en el período comprendido entre Septiembre y Octubre del Año 2015, los resultados se presentan a continuación:

5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS

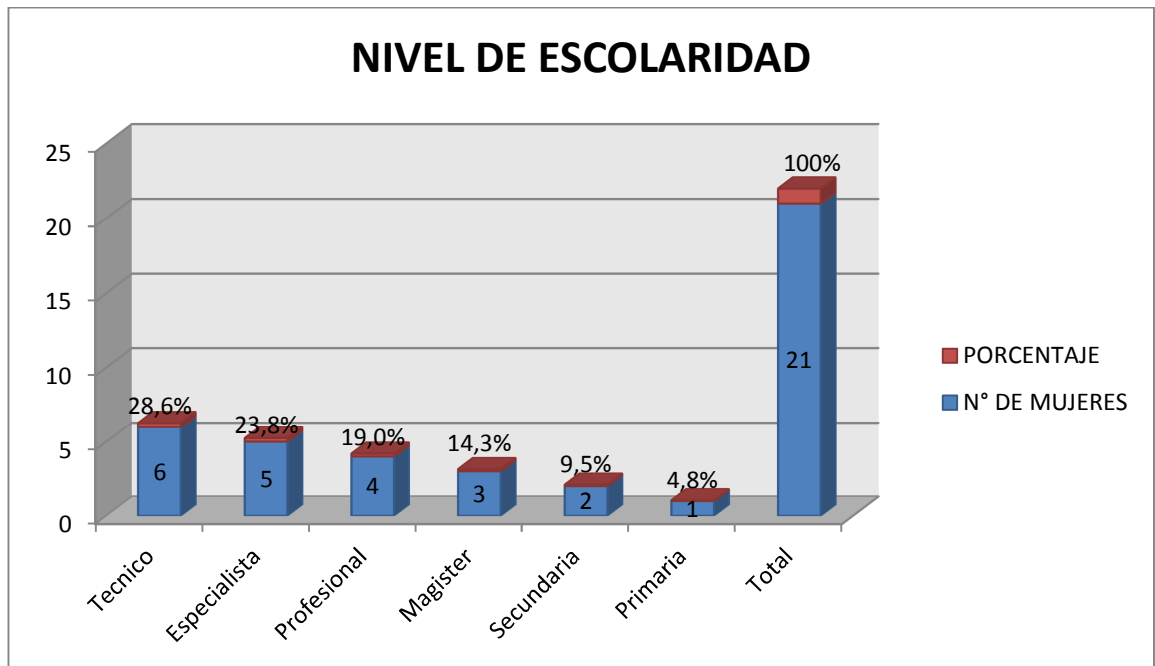
El mayor porcentaje de la población encuestada se encuentra en edades superiores a los 55 años de edad con 52.38% (11), en rango medio entre los 45 y 55 años de edad, representado por el 33.32% (7), las menores cifras corresponde a las mujeres menores de 45 años de edad (14.3%=3) el promedio de edad de las participantes es de 54.09 años.

El nivel de escolaridad de las participantes estuvo representado en mayor porcentaje por el nivel Técnico (28.8%=6) y en menor nivel con 4.8% (1) ha alcanzado estudios de primaria. (Gráfica 1)

El estado civil estuvo marcado por solteras y casadas con 38.1% (8), respectivamente, el 14.3% (3) conviven en unión libre y en menor representación son las divorciadas y viudas con 4.8%(1), respectivamente.

Referente a la etnia, la población encuestada correspondió en mayor porcentaje 76.2% (16) a la raza mestiza y en menor proporción con 23.8% (5) son blancas.

Gráfica 1. Nivel de escolaridad de las menopáusicas que laboran en la Universidad de Sucre. Sincelejo. Durante el período de septiembre y octubre de 2015

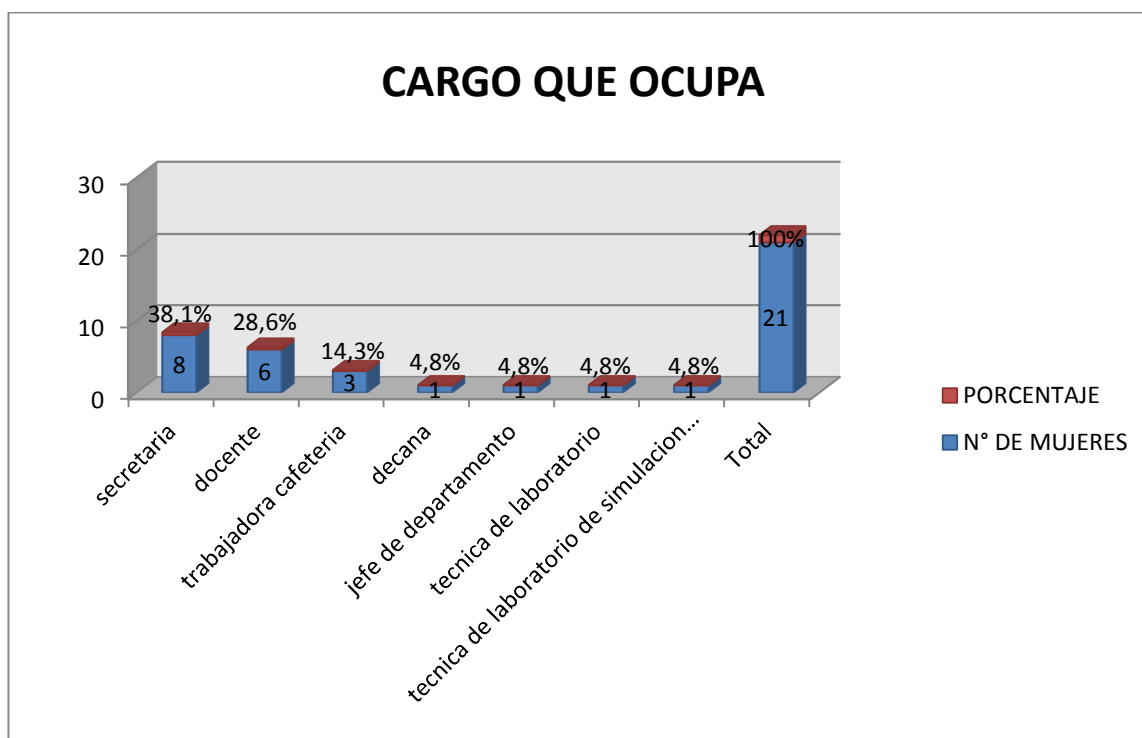


Fuente: Encuesta realizada por el autor

El mayor porcentaje de la muestra en cuanto a la ocupación, son secretarias con 38.1% (6), en menor nivel ocupan cargos administrativos, técnica y auxiliar de laboratorio, con 4.8% (1) respectivamente. (Gráfica 2)

El mayor porcentaje de las participantes se encuentran laborando diferentes dependencias de la sede de la Facultad de Ciencias de la Salud con 71.40% (15), 19.00% (4) laboran en la sede Central así, 14.20% (3) en el bloque administrativo y 4.8% (1) en la Facultad de Administración y Economía y en menor porcentaje en el Centro de Diagnóstico Médico y Laboratorio de Simulación de la Facultad de Ciencias de la Salud, con un 4.8% (1) respectivamente.

Gráfica 2. Cargo que ocupan las menopáusicas



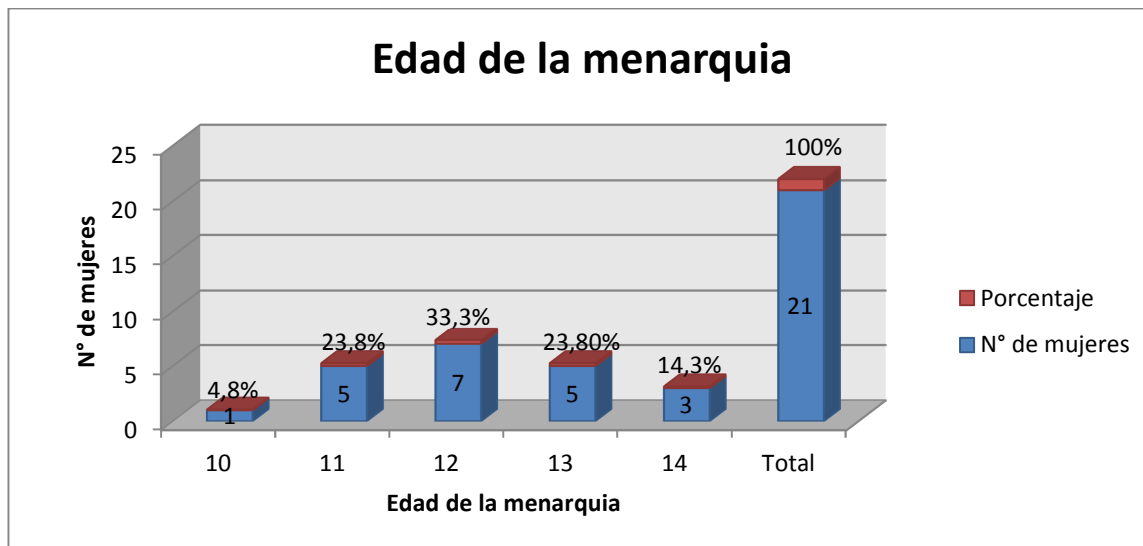
Fuente: Encuesta realizada por el autor

5.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER MENOPÁUSICA

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

Al indagar este tópico a las encuestadas, se halló que la edad de la menarquia fue a los 12 años 33.3% (7) en mayor porcentaje y menor número con 4.8% (1) a los 11 años de edad. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Edad de la menarquia de las menopáusicas



Fuente: Encuesta realizada por el autor

Las menopáusicas durante su vida reproductiva se embarazaron en mayor escala de 2 a 3 veces representado por un 33.3% (7) respectivamente, mientras que el 4,8% (1) se embarazó 5 veces. (Ver Tabla 2). En cuanto al número de abortos que habían tenido se obtuvo que el 4.76% (1) tuvo uno, mientras que el 95.24% (20) no presentó esa alteración al embarazarse.

Tabla 2. Número de veces que se embarazaron las menopáusicas

NÚMERO DE EMBARAZOS	Nº de mujeres	Porcentaje %
0	2	9,5
1	2	9,5
2	7	33,3
3	7	33,3
4	2	9,5
5	1	4,8
Total	21	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor

El aspecto referido al tipo de menopausia reporta que el 57.1% (12) fue espontánea en mayor porcentaje, de manera artificial obedece al 23.8% (5) y en menor nivel reportó que fue precoz y tardía, en un 9.5% (2), respectivamente.

La tabla 3 detalla la edad de aparición de la menopausia de las mujeres participantes, hallándose que el 23.8% (5) completó 12 meses de manera consecutiva sin menstruación a los 50 años de edad y el 4.8% (1) la edad de aparición de la misma estuvo distribuido en varias edades, la edad promedio de aparición de la menopausia fue de 47.28 años. El tiempo transcurrido en años desde la ocurrencia de la menopausia y la recolección de la información se reporta que en mayor escala, el 19.04% (4) había transcurrido 2 años y en menor frecuencia había pasado 3, 12, 17 y 32 años evidenciado por un 4.76% (1), respectivamente. (Ver Tabla 4)

Tabla 3. Edad de aparición de la menopausia en las mujeres

EDAD DE APARICION DE LA MENOPAUSIA	Número de mujeres	Porcentaje
33	1	4,8%
36	2	9,5%
40	1	4,8%
43	1	4,8%
44	1	4,8%
47	2	9,5%
48	3	14,3%
49	1	4,8%
50	5	23,8%
52	1	4,8%
53	1	4,8%
57	1	4,8%
62	1	4,8%
Total	21	100%

Fuente: Encuesta realizada por el autor

Tabla 4. Tiempo transcurrido desde la ocurrencia de la menopausia de las mujeres

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA MENOPAUSIA, EN AÑOS	Número de mujeres	Porcentaje
1	2	9.52
2	4	19.04
3	1	4.76
4	2	9.52
5	2	9.52
6	3	14.28
7	2	9.52
9	2	9.52
12	1	4.76
17	1	4.76
32	1	4.76
TOTAL	21	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor

Al preguntar a la mujer si recibió o no asistencia médica al momento de presentarse la menopausia, se obtuvo que el 71.4% (15) manifestó que sí y el 28.6 % (6) no recibieron la atención médica.

Las mujeres que recibieron atención médica durante el tiempo de aparición de la menopausia expresaron haber recibido cita con nutricionista, con psicología, haberse realizado exámenes de laboratorio (cuadro hemático, parcial de orina, glicemia, triglicéridos, colesterol, pruebas del tiroides), mamografía, y ecografía pélvica, representado cada uno en un 4.8% (1). Manifestaron que los resultados de estos exámenes o estudios arrojaron en un 4.76% (1) fue un mioma gigante en el útero y las otras 95.23% (20) expresaron que estuvieron dentro de los

parámetros normales. Y en cuanto al manejo recibido, estuvo representado por la terapia de reemplazo hormonal con parches, analgésicos, relajantes musculares, antihipertensivos, recomendación para mejorar la dieta y la actividad física, y con valor de 33.33% (7); y el 38.09% (8) no recibió ningún tipo de manejo.

Dentro de la razones expuestas por las participantes del por qué no recibieron atención médica al momento de presentarse la menopausia, manifestaron en un 19.04% (4) que no lo consideraron necesario y el 9.52% (2) se encuentra en espera de la asistencia médica.

5.3 ESTILOS DE VIDA DE LA MENOPÁUSICA

Los hábitos saludables durante la perimenopausia y la menopausia, no solo supone mejorar la calidad de vida en esta etapa, sino que influirá decisivamente sobre la salud de la mujer el resto de su vida. Por eso se indagó los estilos de vida de las participantes, hallándose que el 91% (19) no fuman y el 9% (2) si tiene el hábito de fumar. De esas mujeres que fuman, se determinó que al día fuman 3 y 6 cigarrillos, representado por un 4.8% (1) para cada resultado. Se destaca un aspecto favorable, ya que el 100% (21) niega el consumo de bebidas alcohólicas, como también si tienen otro hábito que pueda interferir con la calidad de vida.

Hacer ejercicio con regularidad mejora en muchos aspectos y de manera integral el estado de salud. Mejora el perfil metabólico y la fuerza muscular. Ayuda a mantener una actitud mental positiva. Mejora la coordinación y la oxigenación a nivel de todos los tejidos y eleva la autoestima. El ejercicio físico no solo mejora la actitud de la persona, sino que también disminuye las complicaciones cardíacas y cerebrales. Al respecto, este tópico reporta que el 52.4% (11) no realiza ejercicio físico y el 47.6% (10) respondió que sí. En cuanto a los ejercicios mentales, el 95.2% (20) manifestó que no y solo el 4.8% (1) si los realiza. Los ejercicios espirituales evidencian que el 71.4% (15) no lo practica, mientras el 28.6% (6) sí.

Al explorar sobre la frecuencia de la realización de las diversas actividades indagadas como ejercicios, se halló que el ejercicio físico de caminar estuvo representado por un 19.04% (4) todos los días y en menor frecuencia, por cuatro veces por semana el caminar, el trotar, el ejercicio mental y el espiritual realizado por una persona todos los días (4.74%=1), respectivamente. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Frecuencia de realización de ejercicios por las menopáusicas

Tipo de ejercicio		Frecuencia		TOTAL	
		%	Número	%	Número
Físico	Caminar	Todos los días		19.04	4
		19.04	4		
		Una vez a la semana		9.52	2
		9.52	2		
	Tres veces por semana		9.52	2	
	9.52	2			
	Cuatro veces por semana		4.76	1	
	4.76	1			
Trotar	Todos los días		4.8	1	
	4.8	1			
Mental		Todos los días		4.8	1
		4.8	1		
Espiritual		Una vez por semana		14.28	3
		14.28	3		
		Tres veces por semana		9.52	2
		9.52	2		
		Todos los días		4.76	1
4.76	1				

Fuente: Encuesta realizada por el autor

El ítem de asistencia al control médico obtuvo que el 76.2% (16) si asiste y el 23.8% (5) no lo hace. En la regularidad de asistencia al control médico, se obtuvo que el 33.3% (7) de las menopáusicas frecuentó al médico cada 6 meses, mientras que el 4.8% (1) osciló la asistencia desde 1 mes hasta cada 3 meses, respectivamente. (Tabla 6). Las menopáusicas que no asistieron al control médico manifestaron en un 14.3% (3) que no presentaron problemas de salud y el 9.5% (2) expresaron que no lo consideraron necesario.

Tabla 6. Regularidad de asistencia al control médico de las menopáusicas

REGULARIDAD DE ASISTENCIA A CONTROL MÉDICO	Número de mujeres	Porcentaje %
1 al mes	1	4,8
4 veces al mes	1	4,8
cada 2 meses	1	4,8
cada 3 meses	1	4,8
cada 6 meses	7	33,3
1 vez al año	5	23,8
No asiste a control médico	5	23,8
Total	21	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor

Referente a la realización de estudios diagnósticos o exámenes realizados al momento de asistir al control médico, se halló que a las mujeres le realizaron ecografía ginecológica en un 66.7% (14) y el 33.3% (7) expresaron que no. Al 57.1% (12) de las menopáusicas le han realizado mamografía y al 42.9% (9) no. Los resultados de la densitometría muestran que el 71.4% (15) no le han practicado y solo al 28.6% (6) sí. En cuanto a la citología cervicouterina, se obtuvo que al 90% (19) sí le han realizado, mientras que al 9.5% (2) no.

A la respuesta de especificar el número de meses de la última realización de estos exámenes, las participantes expresaron que había transcurrido 6 meses reflejado en un 19% (4) y en menor valor, con un 4.8% (1) para cada uno, equivalentes a 1, 3, 5, 7, 9, 15, 18 meses. (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Número de meses de la realización de los últimos exámenes

NÚMERO DE MESES DE LA REALIZACION DE LOS ÚLTIMOS EXAMENES	Número de mujeres	Porcentaje %
1 mes	1	4,8
3 meses	1	4,8
5 meses	1	4,8
6 meses	4	19,0
7 meses	1	4,8
8 meses	2	9,5
9 meses	1	4,8
10 meses	2	9,5
12 meses	3	14,3
15 meses	1	4,8
18 meses	1	4,8
24 meses	2	9,5
No responde	1	4,8
Total	21	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor

Las participantes expresaron que los resultados más importantes de estos estudios o exámenes realizados estuvieron normales (38.1=8), en ese mismo resultado no respondieron las mujeres, con menores cifras, densitometría con valores por debajo de lo normal, cálculos en la vesícula, miomatosis uterina por ecografía y quistes en ambos senos por mamografía, cada resultado con un 4.8% (1) y el 9.5% (2) reportaron inflamación en el examen de citología.

5.4 SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTADOS POR LA MUJER EN LA MENOPAUSIA

Las mujeres pueden tener diferentes señales o síntomas durante la menopausia. Eso sucede porque el estrógeno es usado por muchas partes del cuerpo. De manera que, a medida que va teniendo menos estrógeno, aparecen varios síntomas. Cada mujer experimenta la sintomatología de diferente manera.

5.4.1 Síntomas neurovegetativos. Entre los síntomas neurovegetativos, las menopáusicas expresaron en mayor proporción con un 57.1% (12) haber padecido de sofocos leves o moderados, mientras que el síntoma que menos las afectó fue el insomnio y se reporta en un 28.6% (6). (Ver Tabla 8)

Tabla 8. Síntomas neurovegetativos presentados por las menopáusicas

Síntomas Neurovegetativo	Sí		No		TOTAL	
	%	N°	%	N°	%	N°
Sofocos	57,1	12	42,9	9	100	21
Palpitaciones	42,9	9	57,1	12	100	21
Insomnio	28,6	6	71,4	15	100	21
Cefalea	33,3	7	66,7	14	100	21
Vértigo	33,3	7	66,7	14	100	21

Fuente: Encuesta realizada por el autor

5.4.2 Síntomas locales. Los síntomas locales que afectaron a las mujeres permiten anotar que el 83.3% (17) presentaron dispareunia a la penetración y el 100% (21) expresaron no haber presentado dificultad para orinar o vaciamiento incompleto de la vejiga. (Ver Tabla 9)

Tabla 9. Síntomas locales presentados por las menopáusicas

Síntomas locales	Sí		No		TOTAL	
	%	N°	%	N°	%	N°
Picor vulvar	28,6	6	71,4	15	100	21
Dispareunia	Penetración 83,3	17	Profundidad 16,7	6	100	21
Incontinencia urinaria o vaciamiento incompleto de la vejiga	0,0	0	100	21	100	21
Dificultad para orinar	19,0	4	81,0	17	100	21
Dolor en el pecho	14,3	3	85,7	18	100	21
Sequedad vaginal	57.1	12	42.9	9	100	21

Fuente. Encuesta realizada por el autor

5.4.3 Síntomas sistémicos. Los hallazgos muestran que los síntomas sistémicos presentados en las menopáusicas están determinados en mayor proporción el aumento de la tensión arterial representado en un 85.7% (18) y en menor escala la artritis expresada en un 14.28% (3). (Tabla 10). De las que manifestaron presentar artritis se halló que las partes del cuerpo más afectadas son las hombros, rodillas y piernas con 33.33% (1), respectivamente.

Tabla 10. Síntomas o cambios sistémicos presentados por las menopáusicas

Síntomas o cambios sistémicos	Sí		No		TOTAL	
	%	N°	%	N°	%	N°
Alteraciones psicológicas	Irritabilidad					
	28.6	6	71.4	15	100	21
	Depresión					
	33.3	7	66.7	14	100	21
	Ansiedad					
	42.9	9	57.1	12	100	21
Disminución del grosor de la piel	33.3	7	66.7	14	100	21
Sequedad de la piel	57.1	12	42.9	9	100	21
Pérdida de la elasticidad de la piel	52.4	11	47.6	10	100	21
Aumento de la tensión arterial	85.7	18	14.3	3	100	21
Aumento del peso corporal	66.7	14	33.3	7	100	21
Dislipidemia	28.6	6	71.4	15	100	21
Dolor articular	Artritis					
	14.28	3	85.72	18	100	21
	Artrosis					
	61.9	13	38.1	8	100	21

Fuente: Encuesta realizada por el autor

5.4.4 Actitud asumida por la menopáusica ante los cambios presentados.

Durante la presentación de signos y síntomas el mayor porcentaje de las mujeres asumieron esta etapa con una actitud normal representada en un 42,9% (9), el 33,3% (7) positiva, el 14,3% (3) proactiva y el 9,2% (2) asumieron una actitud negativa.

En la pregunta sobre el manejo recibido para tratar los signos y síntomas de la menopausia, las mujeres respondieron en mayor frecuencia (42,9%=9) que no recibieron ningún tipo de manejo y en menor frecuencia, recibieron orientación

sobre la alimentación y actividad física, analgésicos y relajantes musculares, antihipertensivos, terapia de reemplazo hormonal, parches hormonales, tratamiento médico y tratamiento farmacológico, cada respuesta obtuvo un 4.8% (1) y hubo un 23.8% (5) que no ampliaron la respuesta.

5.5 COMORBILIDAD PRESENTADA POR LAS MUJERES DURANTE EL PERIODO DE LA MENOPAUSIA

La menopausia es un suceso normal en toda mujer, sin embargo la carencia de hormonas sexuales que trae aparejada la menopausia, especialmente de los estrógenos, tiene múltiples consecuencias sobre el estado físico y psicológico de la mujer. Las encuestas en este aspecto se comportaron de manera negativa, es decir, presentaron alteraciones de salud o enfermedades presentadas durante la menopausia en un 52.38% (11) de las mujeres y el 47.61% (10) manifestaron que hasta la fecha no ha presentada ningún cambio en su estado de salud.

Las menopáusicas manifestaron que la alteración de salud que más las aqueja está expresado por la Dislipidemia (28.6%=6), al indagar el tiempo de aparición, se obtuvo que se le manifestó entre los 5, 24, 36, 48, 94 y 99 meses después de instalada la menopausia y de esas 6 que presentaron Dislipidemia, el 19.0% (4) asistió al control médico. Entre las alteraciones de salud que menos las afectado, se halló a las Fracturas (4.76%=1) ocurriendo el suceso a los 36 meses posmenopausia y también asistió al control médico (4.76%=1) y al Cáncer de Tiroides (4.76%=1), apareciendo a los 36 meses y contando con la asistencia al control médico (4.76%=1). (Ver Tabla 11)

Tabla 11. Comorbilidad presentada por las en el período de la menopausia

Comorbilidad	Sí		No		Tiempo de aparición			Control médico				TOTAL	
	%	N°	%	N°	Mese s	%	N°	Sí		No		N°	%
								%	N°	%	N°		
Hipertensión arterial	23.8	5	76.2	16	24	20.0	1	28.6	6	71.4	15	21	100
					36	20.0	1						
					70	20.0	1						
					99	40.0	2						
Diabetes	0	0	100	21								21	100
Incontinencia urinaria	0	0	100	21								21	100
Hemorragia uterina disfuncional	14.3	3	85.7	18	24	4.76	1	14.3	3	85.7	18	21	100
					94	4.76	1						
					99	4.76	1						
Dislipidemia	28.6	6	71.4	15	5	4.76	1	19.0	4	81.0	17	21	100
					24	4.76	1						
					36	4.76	1						
					48	4.76	1						
					94	4.76	1						
					99	4.76	1						
Alteración del metabolismo de carbohidratos	14.28	3	85.72	18	70	4.76	1	9.52	2	90.48	19	21	100
					94	9.52	2						
Infarto del miocardio			100	21								21	100
Angina de pecho			100	21								21	100
Osteoporosis	19.04	4	81.96	17	12	4.76	1	14.3	3	85.7	18	21	100
					48	4.76	1						
					60	4.76	1						
					70	4.76	1						
Fracturas	4.76	1	95.24	20	36	4.76	1			100	21	21	100
Cáncer (Tiroides)	4.76	1	95.24	20	36	4.76	1	4.76	1	95.24	20	21	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor

Ante las alteraciones de salud o enfermedades presentadas por las participantes, los hallazgos muestran en mayor proporción (52.4%=11) que no ampliaron las respuesta, el 14.3% (3) manifestaron no haber recibido ningún manejo médico o quirúrgico y las otras repuestas estuvieron direccionadas a tratamiento con antihipertensivos y dieta, antihipertensivos, atorvastatina, dieta y ejercicios, levotiroxina, calcio y ácido fólico, limpieza de endometrio y tratamiento médico, cada una representada por un 4.8% (1), respectivamente.

Las mujeres del estudio que respondieron que no presentan alteración en su estado de salud, asisten al control médico expresando que su motivo es para prevenir y controlar (14.28%=3), para prevenir alteraciones debido a su edad (4.76%=1) y 28.57% (6) no respondieron.

Para valorar el estado nutricional de las participantes, se tuvo en cuenta el cálculo del IMC, este aspecto arrojó que ninguna de las participantes se encuentra en infrapeso, el 48.0% (10) tienen un peso normal y el 4,8% (1) se halla obesidad tipo II y obesidad tipo III, en iguales proporciones para ambas. (Ver Tabla 12)

Tabla 12. Estado nutricional de las menopáusicas calculado por el IMC

INDICE DE MASA CORPORAL	Frecuencia	Porcentaje
<16.00	0	0,0%
16.00 - 16.99	0	0,0%
17.00 - 18.49	0	0,0%
18.50 - 24.99	10	48,0%
25.00 - 29.99	5	24,0%
30.00 - 34.99	4	19,2%
35.00 - 40.00	1	4,8%
>40.00	1	4,8%
Total	21	100%

Fuente: Encuesta realizada por el autor

6 DISCUSIÓN

Los hallazgos de las variables sociodemográficas de la investigación muestran que las mujeres menopáusicas que la mayor parte de la población son mayores de 55 años, la edad promedio fue 54.09 años, el mayor número de participantes alcanzaron la escolaridad técnica, en igualdad de proporción son solteras y casadas, son de raza mestiza, la mayoría se desempeñan como secretarias y gran parte de la muestra se halla en la sede de la Facultad de Ciencias de la Salud. Estos hallazgos guardan cierta correlación con los presentados por López Castañón L, Castellón Fantova JR, López Llerena A, Cordero de las Heras B, Lumbreras García G, Somoza Calvo MA, Madrid (España, 2012), cuya edad media de las participantes fue de 59 años; se difieren estos datos con los presentados por Romero, Pérez. Ivette, Castro, Monterrosa. Álvaro y Paternina, Caicedo. Ángel, en Colombia, 2014, en cuanto a que la edad promedio fue de 48.6 ± 5.9 . Difieren con el estudio de López Castrillón y otros, en el nivel de escolaridad, mostrando que el nivel de estudios Primarios 48% fue el dato más representativo y el 63% trabaja en casa.²⁷

En la salud sexual y reproductiva indagada en las participantes, se muestra que la mayor parte de la población tuvieron su menarquia a los 12 años, en igualdad de proporción han tenido 2 y 3 embarazos con 33.3% y el 47.6% han tenido un aborto. El tipo de menopausia mayor presentado fue el espontáneo con un 51.7%. El porcentaje más alto 62.4% entre las edades de 45 – 55 años corresponde a la aparición de la menopausia, con un promedio de 47.28 años. Núñez, C. Dayana Couto, Nápoles Méndez, Danilo y Deulofeu Betancourt Isabel, Cuba, 2011, señalan que el cese de la menstruación de las mujeres fue antes de los 40 años

²⁷ López Castañón L, Castellón Fantova JR, López Llerena A, Cordero de las Heras B, Lumbreras García G, Somoza Calvo MA. Taller de educación para la salud sobre prevención de osteoporosis en mujeres. Efectividad de una intervención enfermera en atención primaria. Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria 2012; 32 (2): 75-85. Consultado en http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2012_32_2/TALLER-EDUCACION.pdf.

de edad relacionada con la ooforectomía, hallazgos que difieren con los de este estudio, en cierta manera. Se guarda cierta similitud con los resultados presentados por Romero-Pérez. Ivette, Monterrosa Castro. Álvaro y Paternina Caicedo. Ángel, en Colombia (2014) cuya edad promedio de menopausia: 47.4 ± 3.7 . Al igual, la edad de la menopausia presentada en esta investigación está dentro del rango expuesto por la Organización Mundial de la Salud-OMS- que es a los 50 años la edad promedio para que ocurra, con límites que oscilan entre los 42 y 56 años.

Los resultados de esta investigación en el aspecto de estilos de vida de las menopáusicas se halló solo el 9% de la población encuestada posee el hábito de fumar, fuman de 3-6 cigarrillos al día y el total de la población no consume alcohol. El ejercicio físico como caminar y trotar realizado casi por la mitad de la muestra, con un porcentaje de 47.6%, le sigue espirituales con 28.6% y el menos realizado son los mentales con 4.8%. Se encontró que el 76.2% asiste a control médico y el examen que más les realizaron fue la citología con 90.2%. Hacer ejercicio con regularidad mejora en muchos aspectos y de manera integral el estado de salud, mejora el perfil metabólico y la fuerza muscular, ayuda a mantener una actitud mental positiva, mejora la coordinación y la oxigenación a nivel de todos los tejidos y eleva la autoestima. El ejercicio físico no solo mejora la actitud de la persona, sino que también disminuye las complicaciones cardíacas y cerebrales, muchas veces producidas por el sedentarismo. Para corroborar lo anterior, se presentan los resultados del estudio de Luis Ernesto Pérez A. e Ingrid C. Rojas. Bogotá (Colombia, 2011), en el que concluyen que hay que insistir para que toda paciente menopáusica asuma estilo de vida saludable para disminuir los síntomas de la menopausia, los riesgos de la Terapia Hormonal, y los riesgos de las enfermedades propias de la tercera edad (ECV, diabetes II, hipertensión arterial, CA-mamario, osteoporosis, etc.).

El estudio referenciado anteriormente, reportó que el ejercicio físico realizado fue adecuado, tipo aeróbico moderado, 30 min/día 3 veces por semana, para mantener el IMC entre 20 - 25, y ejercicios mentales y espirituales para mantener la función cognitiva y manejar el estrés y evitar cigarrillo, bebidas calientes y alcohol, conocidos disparadores de los síntomas vasomotores. Se correlacionan estos resultados con algunos de los hallados en este estudio, excepto el tipo de ejercicio físico, este es importante durante la menopausia y debe alternarse con el ejercicio de fuerza (pesas), para favorecer la formación de hueso y mejorar la fuerza muscular, dos aspectos muy importantes en las mujeres menopáusicas. Además también permite quemar grasa corporal y reducir el metabolismo.

Entre los signos y síntomas neurovegetativos, locales y sistémicos presentados por la mujer durante la menopausia, la población en su mayoría padeció de sofocos leves o moderados, dispareunia a la penetración, sequedad vaginal, sequedad de piel, dolores articulares, aumento de tensión arterial y aumento de peso. Relacionándose en parte con los resultados del estudio en Colombia (2014) Ivette Romero-Pérez, Álvaro Monterrosa-Castro, Ángel Paternina-Caicedo, arrojó como los síntomas más frecuentes las molestias musculoesqueléticas y las oleadas de calor. También se corresponden con los resultados del estudio de Ana Mary Fernández Milán; Daysi Antonia Navarro Despaigne en Cuba (2010) en el estudio Adiposidad total, su distribución abdominal, hallaron una relación de la hipertensión arterial con la etapa del climaterio y muestra que el 72,94 % de las posmenopáusicas eran hipertensas. Al igual los hallazgos de este estudio, concuerdan con los resultados del estudio de José L Gallo Vallejo, Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara, Miguel A Díaz López, En Granada, España (2009) señalan que el aumento de peso predisponente para padecer del síndrome metabólico y de enfermedades cardiovasculares.

La comorbilidad presentada por las participantes durante el período de la menopausia señala a la Dislipidemia como la alteración que más las afecta, al igual hay un número significativo con hipertensión arterial, osteoporosis y obesidad tipo II Y obesidad tipo III, estos hallazgos guardan similitud con los resultados del estudio de Ana Mary Fernández Milán; Daysi Antonia Navarro Despaigne en Cuba (2010) en el estudio Adiposidad total, su distribución abdominal hallaron una relación de la hipertensión arterial con la etapa del climaterio y muestra que el 72,94 % de las posmenopáusicas eran hipertensas, y que dicho porcentaje aumentaba según se incrementa el IMC. Al igual que esta investigación muestra que el 52.8%, más de la mitad de la población tiene un IMC alto.

Siguiendo la misma línea se encuentra los resultados del estudio de José L Gallo Vallejo, Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara, Miguel A Díaz López, En Granada, España (2009) en el estudio realizado Síndrome metabólico (SM) en ginecología, hallaron que es un importante problema de salud pública, ya que está asociado a un incremento de 5 veces en la prevalencia de diabetes tipo 2 y de 2-3 veces en la de ECV, ser más frecuente la presencia del SM: síndrome de ovarios poliquísticos, hiperandrogenismo, posmenopausia, disfunción sexual femenina y riesgo de recurrencia de cáncer de mama. Aunque en este estudio no analizó las variables a fondo del síndrome metabólico, si se estudió el aumento del peso corporal y por ende el de IMC, haciendo la población predisponente para padecer de ellos y en enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, ninguna de las encuestadas muestra estar padeciendo de Diabetes aun.

Los resultados del artículo de Sara Rojas J., Johan Sebastián Lopera V., Jonathan Cardona V., Natalia Vargas G., Marfa Patricia Hormaza A, en Chile (2014), en el estudio denominado “Síndrome metabólico en la menopausia, conceptos clave”, arrojó como resultado que en las mujeres posmenopáusicas las alteraciones en el metabolismo de los lípidos por deficiencia estrogénica es un componente del riesgo cardiovascular. Los efectos directos de los cambios hormonales sobre la

distribución de la grasa corporal, la acción de la insulina, la pared arterial y la fibrinólisis pueden impactar en la salud de las mujeres. Estos factores contribuyen a incrementar la prevalencia de Síndrome Metabólico en la postmenopausia, el cual, asociado al empeoramiento del perfil metabólico, puede contribuir al riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares con mayor frecuencia y severidad, relacionándose con la investigación realizada, en esta arrojó que el 28.6% padece de Dislipidemia y que el 14,3% alteración en el metabolismos de los carbohidratos, aunque no sean cifras elevadas, son muy significativas para mostrar que el padecimiento de estas mujeres.

Se halló también que esta población el 19% presentó Osteoporosis asociada a la posmenopausia, en relación con los hallazgos del estudio de Dayana Couto Núñez, C. Danilo Nápoles Méndez y Isabel Deulofeu Betancourt , Cuba, 2011, los resultados mostraron como factores de riesgo predominantes, el cese de la menstruación antes de los 40 años y el bajo peso. La densitometría reveló que 35,6 %, osteoporosis, con alta significación de la relación entre el climaterio y los resultados densitométricos. Se corresponde entonces que la osteoporosis es frecuente en esta etapa.

7 CONCLUSIONES

- El promedio de edad de las participantes es de 54.09 años, la mayoría son solteras y casadas, alcanzaron un nivel de escolaridad Técnico, en su gran mayoría son de raza mestiza y se desempeñan la mayoría en cargos de secretarías de las diferentes dependencias, aportando el mayor número de la muestra las mujeres que laboran en la sede de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Sucre.
- La salud sexual y reproductiva de las menopaúsicas estuvo marcada por una menarquia a la edad de 12 años para la mayoría de ellas, se embarazaron de 2 a 3 veces gran parte preservándose el embarazo hasta el final; en cuanto a la menopausia para la mayoría fue de tipo espontánea con edad promedio de 47.28 años de edad, acudiendo al control médico al momento de instalarse la menopausia, recibieron atención por nutricionista, psicología, les realizaron exámenes de laboratorio, ecografía ginecológica y mamografía, cuyos resultados para la mayoría estuvieron dentro de los parámetros normales. En cuanto al manejo médico recibido estuvo marcado por la terapia de reemplazo hormonal con parches, analgésico, relajantes musculares, antihipertensivos, recomendaciones para la dieta y la actividad física. Aunque la mayoría recibió asistencia médica, también se precisa que la tercera parte de la muestra no recibió ningún tipo de atención en salud.
- El estilo de vida de la mayoría de las menopaúsicas se considera saludable en parte puesto que no ingieren bebidas alcohólicas y la mayoría no fuman, pero más de la mitad de ellas, no realiza actividad física y las que lo practican, unas camina todos los días y otras trotan todos los días, se destaca que la mitad de la muestra realiza ejercicios espirituales una vez a la semana.

Para mantener su salud, algunas acuden al control médico cada seis meses y las que no asisten expresaron que no presentan problemas de salud o que no lo consideran necesario. En cuanto a los estudios o exámenes practicados se halló que a la mayoría le realizaron ecografía ginecológica y mamografía, mientras que la densitometría fue realizada en menor número; el tiempo transcurrido de haberse realizado estos exámenes fue de seis meses que en términos generales estuvieron dentro de los resultados normales, excepto un resultado de mamografía que reportó quistes en ambas mamas e inflamación cervical diagnosticado por la citología.

- Las menopáusicas presentaron dentro de los signos y síntomas neurovegetativos asociados con la etapa, a los sofocos leves o moderados y las palpitaciones; los síntomas locales que más aquejan a las participantes están relacionados con la dispareunia a la penetración y sequedad vaginal y entre los síntomas sistémicos que más las afectaron está la hipertensión arterial, el aumento del peso corporal, la sequedad de la piel, la ansiedad y la artrosis cuyas partes corporales afectadas se hallan los hombros, las rodillas y las piernas. Se resalta la actitud normal y proactiva que la mayoría de las mujeres asumieron durante la ocurrencia de la menopausia. La mayoría de integrantes de la muestra no recibieron ningún manejo para tratar la sintomatología de la menopausia y las que sí recibieron atención, estuvo direccionada a la orientación sobre la alimentación y actividad física, analgésicos y relajantes musculares, antihipertensivos, terapia de reemplazo hormonal, parches hormonales, tratamiento médico y tratamiento farmacológico,
- La comorbilidad presentada durante el período de la menopausia la determinó la Dislipidemia en más de la mitad de las encuestadas, la hipertensión arterial y la osteoporosis, lo que deja al descubierto la alteración del estado de salud en ellas, para contrarrestar esas afecciones de la salud, recibieron manejo

médico antihipertensivos y dieta, antihipertensivos, antihipertensivos, atorvastatina, dieta y ejercicios, levotiroxina, calcio, ácido fólico y limpieza de endometrio. Hubo un número representativo de mujeres que no presentaron ninguna alteración en su estado de salud, sin embargo asistieron al control para prevenir problemas o complicaciones en su salud. El estado nutricional hallado está marcado por el sobrepeso, la obesidad tipo II y la obesidad tipo III, identificado a través del IMC, este aspecto comprometió a más de la mitad de las menopáusicas.

- La menopausia de las mujeres participantes estuvo permeada por una comorbilidad importante, ya que las alteraciones de salud presentadas están directamente relacionadas con otras complicaciones tales como las enfermedades cardiovasculares, las fracturas y la obesidad, y el estilo de vida, específicamente el ejercicio físico, no beneficia a la mayoría de las mujeres para minimizar o contrarrestar la aparición de otras complicaciones frecuentes en esta etapa de la vida de la mujer. Hasta la fecha, el período de la menopausia no ha influenciado la aparición de neoplasias en las mujeres estudiadas, excepto de un caso controlado de cáncer de tiroides.

8 RECOMENDACIONES

- **A LA UNIVERSIDAD DE SUCRE**

Implementar con en la división de Bienestar Universitario un programa de salud para mujeres menopáusicas, en donde se le proporcionen enseñanza de estilos de vida saludables y se les facilite atenciones médicas.

Diseñar programas educativos integrales dirigidos a todas las mujeres unisucresñas, a fin de propiciar conocimientos sobre el tema de la menopausia y de este modo puedan ir contrarrestando los factores de riesgo que podrían afectar su estado de salud y puedan enfrentar la etapa de la menopausia lo más saludable posible.

Apoyar desde la Oficina de Recursos Humanos la información requerida en cuanto al número de mujeres que están vinculadas a la Universidad de Sucre, para obtener una muestra más participativa, además apoyar la solicitud de poder usar el correo institucional de las participantes para la aplicación on line de la encuesta.

- **A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

Despertar la iniciativa de trabajar de forma conjunta con el cuerpo docente en este tipo de investigaciones y en temas que aporten resultados objetivos desde lo institucional.

- **A LA DOCENCIA**

Motivar e incentivar a los estudiantes para que sigan fortaleciendo la actividad investigativa y así enriquecer su habilidad para la misma.

Continuar el trabajo actual para que se establezca la relación estadística entre los resultados hallados entre la comorbilidad y la menopausia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rojas J. Sara, Lopera V. Johan Sebastián, Carona V. Jonathan, Vargas G. Natalia, Hormaza A. Marfa Patricia, (2014) "Síndrome metabólico en la menopausia, conceptos clave". Chile. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200010&lang=pt
- Mendes Karina Giane, Theodoro Eloísa, Dalpicolli Roberts Alice y Anselmo Olinto María Teresa (2012), Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en la transición a la menopausia. Río de Janeiro (Brasil). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000800002
- López Castañón L, Castillón Fantova JR, López Llerena A, Cordero de las Heras B, Lumbreras García G, Somoza Calvo MA. (2012) Taller de educación para la salud sobre prevención de osteoporosis en mujeres. Efectividad de una intervención enfermera en atención primaria. Madrid (España). Disponible en: http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2012_32_2/TALLER-EDUCACION.pdf
- Núñez Couto Dayana, Nápoles Méndez, Danilo y Deulofeu Betancourt Isabel, (2011) Estudio descriptivo y transversal de 146 mujeres, atendidas en la Consulta de Climaterio del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" con vistas a medir la pérdida de masa ósea en ellas. Santiago de Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ana Mary Fernández MilánI; Daysi Antonia Navarro Despaigne (2011). Adiposidad total, su distribución abdominal. Habana – Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000300013&script=sci_arttext

- José L Gallo Vallejo, Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara, Miguel A Díaz López, (2009) En el estudio, Síndrome metabólico (SM) en ginecología. Granada - España. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-sindrome-metabolico-ginecologia-13134354>
- Romero Pérez. Ivette, Monterrosa Castro. Álvaro y Paternina Caicedo. Ángel, (2014) El estudio “El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopaúsicos y deterioro severo de la calidad de vida”, En Barranquilla - Colombia Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000200009&lang=pt.
- Pérez A. Luis Ernesto y Rojas. Ingrid C, en el estudio Menopausia: panorama actual de manejo, Bogotá – Colombia. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/910/91022534006.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia. Guía práctica de manejo de la mujer climatérica. REVCOG 2009;
2. Hung LLamos S. Menopausia normal y precoz. En: Endocrinología en ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006
3. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Bogotá, febrero de 2003. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf>
4. Javier Dorich Doig, Claudia Pérez Peralta, Carlos Pacheco Ruiz. DIAGNÓSTICO DEL MERCADO LABORAL Y PERFIL ECONÓMICO Y PRODUCTIVO DEL DEPARTAMENTO DE SUCRE. Red de observatorios nacionales del mercado de trabajo. Sincelejo - Sucre - Marzo de 2012. Disponible en: <http://www.otrabajosucro.org/pdf/COMTS.pdf>
5. teiner ML, Fernandes CE, Strufaldi R, de Azevedo LH, Stephan C, Pompei LM, et al. Accuracy study on "Osteorisk": a new osteoporosis screening clinical tool for women over 50 years old. Sao Paulo Med J 2008; 126(1). http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802008000100005&script=sci_arttext

6. República de Colombia. Departamento de Sucre. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Gobernación del Departamento de Sucre "Acciones Claras para Dejar Huellas". Sucre 2013 pág. 52
7. Melgarejo E. El problema riesgo cardiovascular en la mujer: la ignorancia que mata. Epidemiología, fisiopatología. En, Asociación colombiana de menopausia. Taller salud cardiovascular en el climaterio. Bogotá. Editorial Guadalupe; 2010. p 11-14.
8. José L Gallo Vallejo, Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara, Miguel A Díaz López, Síndrome metabólico (SM) en ginecología. [on line] Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 52. Núm. 03. Marzo Granada, España. 2009. 52:133-7.
9. Torres Aured ML de, López-Pardo Martínez, M. Domínguez Maeso A, Torres Olson, C de. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. Nutri Clin Diet Hosp. 2008; 28(3):9-19
10. Karina Giane Mendes; Eloísa Theodoro; Alice Dalpicolli Roberts; María Teresa Anselmo Olinto. Síndrome Metabólico. [on line] Cad. Saúde Pública vol.28 n.8 Río de Janeiro, 2012. Consultado en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000800002

11. Dayana Couto Núñez, D. Danilo Nápoles Méndez e Isabel Deulofeu Betancourt. Osteoporosis posmenopausia según densitometría ósea. Consultado D Couto Núñez, D Nápoles Méndez. [on line] Medisan, 2011. versión ISSN 1029-3019. El 3 de junio de 2015 a las 5:35 p.m. scielo.sld.cu. MEDISAN vol.15 no.12 Santiago de Cuba dic. 2011
12. Ana Mary Fernández MilánI; Daysi Antonia Navarro Despaigne. Adiposidad total, su distribución abdominal. [on line] Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología versión On-line ISSN 1561-3062. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010) Consultado en AM Fernández Milán... - Revista Cubana de..., 2010 - scielo.sld.cu.
13. López Castañón L, Castillón Fantova JR, López Llerena A, Cordero de las Heras B, Lumbreras García G, Somoza Calvo MA. Taller de educación para la salud sobre prevención de osteoporosis en mujeres. Efectividad de una intervención enfermera en atención primaria. [on line] Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria 2012;32 (2): 75-85. Consultado en http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2012_32_2/TALLER-EDUCACION.pdf.
14. Luis Ernesto Pérez A. e Ingrid C. Rojas. Menopausia: panorama actual de manejo. Revista Med. Volumen 19 - No. 1 - Enero - Junio de 2011 19 (1): 56-65, 2011. Universidad Militar Nueva Granada Colombia. Consultado en www.redalyc.org/pdf/910/91022534006.pdf
15. República de Colombia Ministerio de Salud dirección General de Promoción y Prevención. Norma Técnica para la Detección de las Alteraciones del Adulto. Consultado en www.notinet.com.co/pedidos/15DETALTADULTO.pdf

16. www.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/menopause/.../articulos.aspx)
17. Manzano, B. CLIMATERIO. www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/.../cap33.pdf.
18. Menopausia. Wikipedia. es.wikipedia.org/wiki/Menopausia.
19. Menopausia. Silvia Chacón Alves, Licenciada en Medicina por la Universidad de Alcalá de Henares www.webconsultas.com/menopausia/sintomas-y-diagnostico-de-la-meno.
20. Nutr Hosp. 2006. Obesidad y menopausia I. Pavón de Paz, C. Alameda Hernando y J. Olivar Roldán. Nutr Hosp. 2006;21(6):633-637 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318
21. See more at: http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vol-4198/meno41_nutricionii/#sthash.BRo5HSFG.Dpuf
22. See more at: http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vol-4198/meno41_nutricionii/#sthash.BRo5HSFG.dpufs. Consultado en encolombia.com Volumen 04 No. 1
23. Parrilla Paricio, J. L. Delgado Marín, Abad Martínez. Perimenopausia: Concepto y Endocrinología. Perimenopausia. El climaterio desde su inicio. Barcelona, España. Editado por Rafael Sánchez Borrego. P.29
24. Wikipedia. es.wikipedia.org/wiki/Comorbilidad.

ANEXOS

Anexo A. Oficio dirigido a la oficina de Recursos Humanos de la Universidad de Sucre

Sincelejo, 22 de septiembre de 2015

Abogada
XIOMARA AVENDAÑO SEÑA
Jefe
División Recursos Humanos
Universidad de Sucre
Ciudad

Atento saludo:

En aras de seguir dinamizando y fortaleciendo la actividad investigativa del Programa de Enfermería, el estudiante de VIII semestre del mismo programa Mario Andrés Romero Ricardo y mi persona, adelantan la ejecución del trabajo de investigación “COMORBILIDAD Y MENOPAUSIA EN MUJERES QUE LABORAN EN LA UNIVERSIDAD DE SUCRE, SINCELEJO. 2015”.

Para tal fin, se solicita su colaboración en facilitar el número de mujeres que actualmente laboran en la Universidad, independientemente de la profesión, cargo, vinculación o ubicación dentro del Alma Mater y a su vez, a través del correo institucional o personal, hacer envío de la encuesta y consentimiento informado para la obtención de los datos en la etapa de recolección de la información. Los requisitos para la participación de la Mujer Unisucre en esta investigación son:

- Que deseen participar en el estudio.
- Que firmen el consentimiento informado.
- Que se encuentren laborando en la Universidad de Sucre, independientemente del tipo de vinculación.
- Que se hallen en le etapa de la menopausia.

La unidad investigativa adopta para este trabajo la definición de Menopausia de la Organización Mundial de la Salud y que significa el cese de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular cíclica en el ovario, es decir, el final del periodo menstrual. Es un suceso puntual: la fecha de la última regla. Su valoración es necesariamente retrospectiva; han de pasar 12 meses sin menstruaciones para poder afirmar que ha ocurrido la menopausia. Y como Comorbilidad, a la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

Con la valiosa contribución de las participantes, se espera el abordaje de esta población con un enfoque integral, que posibilite desde el seno institucional, emprender estrategias orientadas a la promoción y prevención de las complicaciones neurovegetativas, locales y sistémicas que cursan con la menopausia y lograr disminuir los riesgos que de ellos se derivan y por consiguiente mejorar la calidad de vida de las mujeres unisucresñas.

Ante estos requerimientos, comedidamente solicito su gestión para poder obtener la información en el tiempo previsto y poder seguir con la ejecución del trabajo. Agradezco que al enviar la encuesta y consentimiento informado, se precise el tiempo máximo de devolución de la misma, que sería hasta el lunes 5 de octubre del presente año.

Atentamente,

CARMEN CECILIA ALVIZ TOUS
Docente de planta y Directora de la Investigación
Programa de Enfermería

Anexo: Encuesta y consentimiento informado.

Anexo B. Consentimiento Informado

OBJETIVO:

Informar a las funcionarias de la Universidad de Sucre sobre el contenido del proyecto y sus objetivos, permitiendo de esta manera que ejerza su autonomía de participar o no en la investigación.

La presente investigación cuya finalidad es determinar la Comorbilidad en mujeres menopáusicas que laboran en la Universidad de Sucre. Sincelejo. Sucre. 2015, cuyos resultados permitirán aportar de manera real, aspectos relacionados con la menopausia y que posibilite fomentar estilos de vida saludables a través de las políticas de la División de Bienestar Universitario, de tal manera que esta etapa de la vida transcurra sin complicaciones en la salud.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 5-10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria y la información que se obtenga de esta encuesta es confidencial y no se le pedirán datos que lo identifiquen, no se usarán para ningún otro propósito fuera de los investigativos. Sus respuestas al cuestionario se codificarán usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar preguntas en la unidad investigativa.

DECLARACIÓN/ ACEPTACIÓN:

Me han indicado que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 5-10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial y no será usada sin mi consentimiento para ningún otro propósito fuera de los investigativos. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los investigadores.

Acepto participación voluntaria en esta investigación.

FIRMA:

C.C.

Anexo C. Encuesta para determinar la Comorbilidad en mujeres menopáusicas que laboran en la Universidad de Sucre. Sincelejo. Sucre. 2015

OBJETIVO: Determinar la comorbilidad en mujeres menopáusicas que laboran en la Universidad de Sucre. Sincelejo. Sucre. 2015

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER LA ENCUESTA

1. Lee cada pregunta atentamente y elija la respuesta que realice con mayor frecuencia, llenando la casilla o marcando con una x.
2. Para anotar su respuesta en la encuesta utiliza un lapicero de color negro o azul.
3. Se diligencia con letra legible, sin tachones, enmendaduras, ni borrones, será aplicada por la unidad investigativa.
4. Anote la información de manera exacta y clara.
5. Responda todos los ítems, según apliquen a su situación.

Fecha: _____ Código: _____ (Anotar 4 últimos dígitos de cedula)

I PARTE. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: _____ años; Escolaridad: _____; Estado civil: _____; Etnia: Mestizo _____
Blanco: _____ Afro colombiana: _____ Indígena: _____; Ocupación: _____ Cargo que ocupa: _____ Dependencia donde labora: _____

II PARTE. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER MENOPÁUSICA

Para responder el tipo de menopausia, fíjese en las definiciones que aparecen en la última hoja de la encuesta.

Edad de la menarquia (1^{era} menstruación): _____ años; N° de embarazos: _____; N° de abortos _____

Tipo de menopausia: Espontánea: _____; Artificial: _____; Precoz: _____; Tardía: _____

Edad de aparición de la menopausia: _____ años; Recibió asistencia médica: Si _____ No _____

Si, recibió asistencia médica responda a estas pregunta, Especificar qué tipo de exámenes o estudios le realizaron :

Si no recibió asistencia médica, especifique las razones:

Especificar los resultados de los estudios o exámenes realizados:

Especificar qué tipo de manejo ha recibido: _____

III PARTE. ESTILOS DE VIDA. (Puede anotar varias opciones, según el caso)

Tiene el hábito de fumar: Sí ___ No ___ Cigarrillos que fuma al día _____

Tiene el hábito de consumo bebidas alcohólicas: Sí _____ No ___ Especifique la frecuencia al mes: _____ Especifique la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas: _____

Otro: _____ Especifique: _____

Realiza ejercicios: Físico ___ (Anote cuál); Mental _____; Espiritual _____; Especifique la frecuencia: _____

Asiste a control médico: Sí ___ No ___ Especifique con que regularidad asiste: _____. Si la respuesta en negativa, especifique las razones: _____

Le han realizado: Ecografía _____; Mamografía _____; Densitometría _____; Citología _____

Número de meses de la última realización de estos exámenes:

Anotar los resultados importantes de estos estudios :

IV PARTE. SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTADOS POR LA MUJER EN LA MENOPAUSIA

1. Sofocos leves o moderados (sensación súbita de calor intenso en cara, cuello y pecho): Sí ___ No___
2. Palpitaciones (aumento de latidos del corazón de forma imprevista): Sí____ No____
3. Dificultades en conciliar el sueño, o no consigue dormir lo suficiente (Insomnio): Sí____ No____
4. Dolores de cabeza frecuentes: Sí____ No____
5. Mareos al realizar un movimiento o giro de su propio cuerpo: Sí____ No____
6. Sequedad vaginal: Sí____ No____
7. Aparición de prurito (picor vulvar): Sí____ No____
8. Sintió alguna vez perder el deseo por realizar relaciones sexuales: Sí____ No____
9. Ha sentido dolor durante relaciones sexuales: Sí____ No____; No mantiene actividad sexual: _____

Si la respuesta es positiva especificar si es durante la penetración o en la profundidad _____
10. Dificultad para orinar o sintió que al hacerlo no lo hizo por completo: Sí____ No____
11. Cambios en su estado de ánimo: Ansiedad: Sí____ No____; Irritabilidad: Sí____ No____;
Depresión: Sí____ No____
12. Aumento de peso corporal: Sí____ No____ Si la respuesta es positiva especificar cuántos kilos: _____
13. Dolores articulares: Sí____ No____ Si la respuesta es positiva especificar el tipo: Artritis _____
Artrosis _____, especifique la parte del cuerpo afectada: _____
14. Se fatiga con facilidad ante cualquiera actividad: Sí____ No____

15. Sequedad en la piel: Sí____ No____

16. Pérdida de la elasticidad de la piel: Sí____ No____

17. Disminución del grosor de la piel: Sí ____ No ____

18. Dolor en el pecho: Sí____ No____

19. Aumento de la tensión arterial: Sí____ No____

Que actitud asumió usted ante estos signos y síntomas: _____

Especificar el manejo que ha recibido para tratar los signos y síntomas de la menopausia:

V PARTE. ALTERACIONES DE LA SALUD O ENFERMEDADES PRESENTES Y/O PRESENTADAS DURANTE EL PERÍODO DE LA MENOPAUSIA

Anotar el tiempo transcurrido y la aparición de las alteraciones de salud desde la menopausia. **Para responder algunas de estas preguntas, fíjese en las definiciones que aparecen en la última hoja de la encuesta.**

- Hipertensión arterial: Si___ No_____ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí___ No___
- Diabetes : Si___ No_____ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí___ No___
- Incontinencia urinaria: Si___ No_____ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí___ No___
- Hemorragia uterina disfuncional: Sí ___ No ___ Tiempo de aparición: _____ Control médico: Sí___ No ___
- Dislipidemia: Si___ No_____ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí___ No___
- Alteración del metabolismo de los carbohidratos: Sí ___ No ___ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí ___ No ___
- Hemorragia Uterina Disfuncional: Sí ___ No ___ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí ___ No ___
- Infarto del miocardio: Sí ___ No ___ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí ___ No___
- Angina de pecho: Si___ No_____ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí___ No___
- Osteoporosis: Si___ No___ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí___ No___
- Fracturas: Si___ No_____ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí___ No___
- Cáncer: Si___ No_____ Tipo: _____ Tiempo de aparición:_____ Control médico: Sí___ No___

Según las respuestas dadas, especifique el tipo de alteración y el manejo médico o quirúrgico recibido:

Si de las alteraciones anteriores sus respuestas han sido negativas y sin embargo responde de manera positiva en la asistencia al control médico, se solicita ampliar esta respuesta:

Para poder evaluar el estado nutricional de la mujer, se solicita anotar el peso y la talla actual:

Peso: _____ kilogramo; Talla: _____ metro y centímetros; **IMC:** _____ (Este aspecto no lo llena la encuestada)

DEFINICIONES: Tipos de menopausia:

- **Espontánea:** producida por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre alrededor de los 50 años de edad.
- **Artificial:** producida por el cese de la función ovárica por cirugía (anexectomía doble), radioterapia o poliquimioterapia.
- **Precoz:** causada por Insuficiencia Ovárica Primaria (IOP), 5 años previos a la edad considerada como habitual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional De Ginecología Y Obstetricia (FIGO) en menores de 45 años.
- **Tardía:** cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada en cada país. En Colombia mujeres mayores de 55 años.

-**Artritis**, es la inflamación de una o más articulaciones. Una articulación es el área donde dos huesos se encuentran.

-**Artrosis**, es una inflamación que lesiona el cartílago articular, esto produce dolor, rigidez e incapacidad funcional.

- **La incontinencia urinaria**, consiste en la pérdida involuntaria de orina, puede variar desde una filtración de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta.

- **La Angina de pecho**, es un dolor, generalmente de carácter opresivo, localizado en el área retroesternal (centro del pecho), ocasionado por insuficiente aporte de sangre a las células del músculo del corazón.

- **La Dislipidemia**, es una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, su consecuente alteración es el aumento extraordinarias cantidades de colesterol y triglicéridos en sangre.

-**Alteraciones del metabolismo de los carbohidratos**, el metabolismo es el proceso que usa el organismo para obtener o producir energía por medio de los alimentos que ingiere. La comida está formada por proteínas, carbohidratos y grasas. Las sustancias químicas del sistema digestivo descomponen las partes de los alimentos en azúcares y ácidos, el combustible de su cuerpo. El organismo puede utilizar este combustible inmediatamente o almacenar la energía en tejidos corporales, tales como el hígado, los músculos y la grasa corporal. Ocurre un trastorno metabólico cuando hay reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen este proceso.

-Alteraciones menstruales:

- **Amenorrea:** ausencia de la menstruación, no hay regla o el periodo tarda varios meses.
- **Oligomenorrea:** el periodo tiene una duración normal, pero los intervalos entre cada menstruación son de más de 31 días.
- **Polimenorrea:** los intervalos entre una menstruación y otra es de menos de 25 días, de manera que el periodo aparece demasiado pronto. El ciclo puede ser acortado tanto regular como irregularmente.
- **Hipermenorrea:** durante la regla, las pacientes requieren más de cinco compresas o tampones al día. Muchas veces aparecen coágulos grandes (o coágulos de sangre).
- **Hipomenorrea:** un periodo demasiado débil aparece habitualmente en mujeres que acaban de empezar la menopausia, y a veces en mujeres con sobrepeso. Normalmente la regla dura como mucho, dos días o incluso solo dos horas. Muchas veces tan solo aparece una mancha de sangre en lugar del periodo propiamente dicho.
- **Menorrea:** el periodo tiene una duración de más de seis días y es muy intenso.
- **Metrorragia:** junto a la regla normal aparecen sangrados intermenstruales, que pueden durar varios días (la mayoría de las veces entre seis y diez).

- **Dismenorrea:** la regla es dolorosa y va asociada a malestares generales. Si aparece en el primer mes de sangrado (primera regla), se trata de dismenorrea primaria. Si se da posteriormente a lo largo de la vida, se trata de dismenorrea secundaria.
- **Pérdidas pre o posmenstruales:** pequeñas pérdidas de sangre antes o después del periodo menstrual.

- **Hemorragia Uterina Disfuncional**, (HUD) es un tipo de sangrado anormal que se presenta sólo en mujeres, proveniente del endometrio y provocada por alteraciones hormonales, y que no guarda relación con lesiones, infecciones, embarazos o tumores. Es más común en mujeres mayores de 45 años y con frecuencia en mujeres adolescentes, es acíclico y de cantidad y duración variables.

Nombre del encuestador: _____

Observaciones:
