

**Ciudad Habana (ISCMH)  
Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Salvador Allende”.  
Policlínico docente “Antonio Maceo”. Cerro.**

**ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES  
CLIMATÉRICAS DESDE EL NIVEL PRIMARIO DE  
SALUD. JUNIO 2000 - 06**

**Tesis para optar por el grado científico de Doctora en  
Ciencias Médicas**

**Autora: Dra. Stalina Rafaela Santisteban Alba.  
Profesora Titular de Ginecología y Obstetricia  
Consultante del ISCMH**

**Tutor: Dr. Cs. Lemay Valdés Amador  
Profesor Titular en Ginecología y Obstetricia.  
Consultante e Investigador Titular del ISCMH.  
Maestro Latinoamericano de la especialidad.**

**Ciudad de la Habana  
2007**

**“La pesquisa de la ciencia ha de ser desinteresada; muy cierto; pero desinteresada no quiere decir indiferente. Ha de animarla y moverla un alto y claro propósito de que sus adquisiciones se encamina al mejoramiento del hombre, al bien de la patria, al aumento de la civilización; que es la manera que tienen los pueblos de contribuir con su cuota individual al progreso de la humanidad”.**

**Enrique José Varona.  
Discurso. Universidad de La Habana  
1903**

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos mis profesores y compañeros de trabajo de los cuales he aprendido como profesional y ser humano: para ser cada día mejor.

A las enfermeras, técnicos y profesores del área de salud "Antonio Maceo" que me permitieron realizar junto a ellos este trabajo

A la Licenciada Zayda R. Pérez Zubilaga que realizó todo el procesamiento estadístico con abnegación y brindándome su tiempo libre.

Al Dr. en Ciencias, compañero de trabajo de hace años y tutor de esta tesis por su paciencia, sapiencia y dedicación: Profesor Lemay Valdés Amador.

Al profesor Dr. Orlando Díaz Mitjans que asumió el seguimiento de aquellas pacientes que en la pesquisa se le detectaron alteraciones en las mamas

Al profesor Dr. José Oliva Rodríguez, excelente profesional, compañero y amigo que me brindó su apoyo incondicional para el seguimiento por ultrasonografía transvaginal de las pacientes; así como al Dr. Jorge Puentes.

A la profesora Dra. Ana Margarita Solares A. por la atención a mujeres con lesiones intraepiteliales del cuello uterino con la tecnología de avanzada para el tratamiento de estas alteraciones

A la Dra. Ana Margarita Seres y su equipo de técnicos que con su delicada y precisa labor fue un pilar importante para el estudio de Mamografía en la pesquisa preliminar de la consulta

A Caridad Sablón, Adis y Belkis López las fieles secretarias que cooperaron en la confección de planillas y de esta tesis.

**Dedicatoria:**

**A mi familia, que ha demostrado ser una célula básica de la actual sociedad cubana y mi soporte espiritual para emprender esta tarea intelectual.**

## SINTESIS

**Objetivo.** Realizamos una investigación prospectiva con la finalidad de buscar la mejor opción de tratamiento para la mujer en periodo climatérico.

**Pacientes y método.** Estudiamos 501 mujeres en el periodo climatérico, el 54,9% se encontraban en el periodo de peri menopausia y el 45,5% eran menopausicas aplicándole una entrevista - charla para elevar su autoestima y buscar opciones terapéuticas para la criticidad del síndrome climatérico que refirieron en la primera consulta. **Resultados.** El principal síntoma neurovegetativo que aquejaron las mujeres en ambos estudios fueron: los fogajes y sofocos seguidos por los epifenómenos (insomnio, irritabilidad de carácter, depresión y ansiedad) que se derivan del déficit de hormonas estrogénicas (33,9 y 20,1 % respectivamente). Se obtuvo el 83% de mejoría con solo el tratamiento de sostén inicial (TSI): educación sanitaria y sexual, dieta adecuada, ejercicios, vitaminoterapia y elevar su autoestima. Solo 138 mujeres utilizaron tratamiento hormonal, y de éstas solo 110 el tratamiento hormonal de reemplazo con estrógenos y progestágenos. (THR).

**Conclusión.** Según nuestros resultados, es necesario individualizar el tratamiento en la mujer climatérica acorde a su personalidad, criticidad del síndrome, nivel socio cultural y afecciones crónicas detectadas. El TSI puede mejorar la sintomatología y calidad de vida de las mujeres en esta etapa climatérica. Los profesionales que atienden a las mujeres en este periodo deben estar muy atentos para la detección precoz de afecciones médicas crónicas y ginecológicas.

## **INDICE**

<b>Capitulo I.</b>	
<b>1.1 Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Problema científico</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Objetivos</b>	<b>8</b>
<b>Capitulo II. Marco teórico</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Consideraciones generales</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Aspectos psico – sociales</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Evolución histórica en el tratamiento         de la menopausia</b>	<b>14</b>
<b>2.4 Enfermedades cardiovasculares</b>	<b>18</b>
2.5 Osteoporosis	<b>25</b>
<b>2.6 Epidemiología de la osteoporosis</b>	<b>33</b>
<b>2.7 Consideraciones sobre opciones         terapéuticas</b>	<b>36</b>
<b>Capitulo III. Metodología</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Paciente y método</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Para lograr primer objetivo</b>	<b>46</b>
<b>3.3 Para lograr segundo objetivo</b>	<b>48</b>
<b>3.4 Para lograr tercer objetivo</b>	<b>49</b>
<b>Capitulo IV Resultados y discusión</b>	<b>50</b>
<b>Capitulo V. Conclusiones</b>	<b>104</b>
<b>Capitulo VI. Recomendaciones</b>	<b>105</b>
<b>Capitulo VII. Bibliografía</b>	<b>106</b>
<b>Capitulo X Anexo</b>	<b>120</b>

















# CAPITULO I

## 1 INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida al nacer en muchos países de la Región, y en Cuba en particular, conlleva a que las mujeres tengan un periodo cada vez mayor de su vida (un tercio o más), en etapa de pos-menopausia con síntomas que le ocasionan un “cambio” en el estado de salud a las mujeres en la edad mediana; siendo la expectativa de vida actual para la mujer cubana de 80,2 años; se contabilizan casi un millón de mujeres en edad mediana en el país que, Alfonso Fraga, las enmarca entre los 45 y 59 años de edad, con una media nacional de 51,8 años; para el año 2010 se espera un incremento de 250,000 mujeres en esta etapa teniendo en cuenta la explosión demográfica en Cuba en los primeros años de la década del 60. (1).

Además, en nuestro país, la incorporación de la mujer al trabajo, su participación en el desarrollo económico del país y su papel directriz en el sostén y desarrollo de la familia plantean que, desde el punto de vista social y económico se debe asegurar su atención médica, para que los cambios biológicos que se produce por la disminución en la producción de estrógenos en su organismo, no convierta esta etapa de transición en una enfermedad; por lo cual estas mujeres deben recibir una atención médica integral.

El climaterio se define como la etapa de tránsito de la fase reproductiva a la no reproductiva del ciclo biológico de la mujer y se divide según el segundo

consenso cubano de climaterio y menopausia en dos etapas a) perimenopausia, desde el inicio de los síntomas hasta la menopausia y b) posmenopausia, etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 64 años y que a su vez se subdivide en etapa temprana (hasta los 5 primeros años y etapa tardía desde 5 años después hasta los 64 años de edad. (2)

Los distintos autores plantean que esa etapa de la vida de las mujeres presenta diversas características fisiológicas y clínica que dependen, en muchas ocasiones de sus condiciones de vida; por ejemplo, Krymskaya plantea que el desgaste del eje hipotálamo – hipófisis es más intenso en las mujeres intelectuales, por tanto, éstas percibirán con mayor intensidad los síntomas climatéricos (3).

La mujer por su sexo va a tener un “condicionamiento de género”; histórico y económico, en que concommitan responsabilidades biológicas y sociales que pueden producir una sobre carga física y mental que favorecen el curso de los procesos psico - biológicos hacia estados no saludables; y las mujeres asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo y en nuestro país, actualmente, a la carga doméstica normal se agrega la adecuación de patrones de convivencia entre varias generaciones en un mismo hogar o vivienda (4)

El Síndrome Climatérico (SC) puede manifestarse de formas muy diversas y con un grado mayor o menor de intensidad de acuerdo a las condiciones sociales y ambientales de cada mujer y esto puede afectar el patrón biológico y

variar el estado de salud de la mujer (4) (5) (6); por ejemplo la malnutrición por exceso puede constituir un riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus y cáncer de mama y la malnutrición por defecto condiciona la anemia por déficit de hierro y una menopausia precoz, por antelación de hasta dos años de la media nacional (7) (8).

En el área del Caribe, la OPS plantea que se precisa de realizar investigaciones que brinden un mayor número de detalles en lo referente a las mujeres climatéricas y menopausicas en relación con estas condicionales de vida. (7)

La edad de la menopausia resulta un indicador del nivel socio-económico: en países desarrollados como Suiza y Holanda la edad mediana de menopausia está por encima de los 50 años; mientras que en países subdesarrollados, incluida Cuba, está por debajo de esta edad; siendo la media en nuestro país de 48 años de edad. (9). (10)

El concepto de salud – enfermedad como expresión de las condiciones de vida que llevan los grupos sociales ha permitido delimitar desigualdades que dependen, fundamentalmente, de las formas de organización social de la producción y que se traducen en diferencias de la calidad de vida y las mujeres en esta etapa de su vida están expuestas a procesos deteriorantes que lesionan, distorsionan o limitan el desarrollo de los procesos físicos y psíquicos que pueden perturbar el estado de salud. (9) (10)



Las condiciones de vida de los seres humanos están dadas por la interacción entre los procesos biológicos, ecológicos, los reproductivos y los económicos; todos ellos muy relacionados entre sí y que van a determinar la dinámica del proceso salud – enfermedad donde por un lado existen factores que protegen y perfeccionan la salud y otros factores destructivos que la constriñen y deterioran. Este sistema de contradicciones al cual se le ha denominado perfil de salud enfermedad. (9) (10) (11)

El reclamo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para promover la obtención de conocimientos holísticos del proceso salud – enfermedad en la mujer climatérica en distintos ambientes físicos y culturales remarca la importancia actual que tiene este problema. (4) (10)

En Cuba se han formulado estrategias para abordar los problemas de salud de la mujer, pero han estado restringidas al área reproductiva; y es evidente la necesidad de atención específica de este grupo de mujeres y su observación, no solo por la importancia en sí; sino también por el rol que tienen las mujeres para los demás miembros de la familia y sociedad. (1)

De esta manera, la mujer que terminó su ciclo reproductivo, o la que nunca se expuso a embarazos, ha quedado desprotegida de las políticas, estrategias y acciones de salud hasta que arriba a la edad geriátrica, por tanto, en el intermedio quedan las mujeres climatéricas, las de la edad mediana, sin un programa de salud específico que las proteja. (7) (12)

La novedad científica en nuestro país fue en este sentido la puesta en marcha a partir del año 1999 del *“Modelo de atención a la mujer climatérica”*, (MACLI) con una consulta de Climaterio y menopausia del hospital “Ramón González Coro” para realizar una atención especializada bajo una nueva concepción médico social; y bajo la condición de reconocer el carácter fisiológico de esta etapa de la vida femenina, se concibió un enfoque donde el diagnóstico médico social se integraba al esquema tradicional de atención médica (12)(14); siendo este el primer paso de atención con un enfoque social en Cuba y en aquellos momentos con pocas posibilidades de diversidad en el tratamiento hormonal de reemplazo; sucesivamente, se fueron organizando a través de los miembros de la sección de climaterio y menopausia de la Sociedad cubana de Obstetricia y Ginecología una serie de consultas en los distintos hospitales del país y en la atención primaria de salud (APS) en un número menor.

Gauld plantea que es necesario abordar el problema de salud de la mujer de edad mediana con un enfoque globalizado que permita analizar el comportamiento del síndrome climatérico tomando en consideración las condiciones de vida, en ocasiones determinantes de la expresión fenoménica de lo biológico, y abrir una nueva perspectiva a los estudios epidemiológicos de la mujer climatérica. (13)

El grupo femenino comprendido entre los 40 y 59 años no recibe una atención particular a pesar de la alteración endocrino metabólica que le ocasiona la disminución en la producción estrogénica; y es insuficiente aún el conocimiento sobre el período climatérico y su asociación a los problemas

sociales, su estilo de vida saludable, incrementan o no sus síntomas; por lo que es necesario iniciar investigaciones que permita evaluar su influencia en la mujer y de esta forma poder trazar políticas de salud con las particularidades de cada país. (14)

El por ciento de mujeres de edad mediana en el mundo, según Guerra Macedo, respecto a la población femenina total es bajo, entre el 9 y el 20%; pero el papel que estas mujeres desempeñan en el desarrollo económico y en la estabilidad familiar asociado al incremento progresivo de la esperanza de vida, justifican la necesidad de desarrollar investigaciones para obtener nuevos conocimientos, así como generar hipótesis acerca de las características del climaterio, sus modificaciones biológicas y psico conductuales que consientan definir estrategias dirigidas a elevar la calidad de vida de la mujer, la familia y la comunidad en este período. (10)

En estudios anteriores realizados por la Dra. en Ciencias de la Salud, Leticia Artilles Visbal, ha planteado que las condiciones de vida son un determinante en el proceso salud – enfermedad en la mujer cubana y señala que la mujer que se acerca a la edad mediana tiende a tener un estado biológico más lábil (EBL) por causas de las variaciones fisiológicas naturales del climaterio; distinto a cuando era una adolescente con un estado biológico óptimo (EBO). (14)

Por todo lo antes expuesto consideré importante acercarnos al problema de salud de las mujeres en edad mediana desde la atención primaria de salud

(APS) y reflexionar sobre la importancia de la atención integral e individualizada en esta etapa de su vida al concurrir a los servicios de salud especializados o aquellas que el médico de la familia les recomiende una atención diferenciada por encontrarse ante un climaterio muy crítico. (3, 8, 10); siendo indudable que en la APS se pueden ofertar medidas de promoción de salud con estilos de vida saludable desde la niñez y la adolescencia.

Consideramos que si le ofertáramos una atención integral a estas mujeres desde el nivel primario de salud en consulta de Climaterio y Menopausia podríamos acercarnos al problema de salud y precisar, en el municipio Cerro, las características socio – económicas que podían influir en el síndrome climatérico; contribuir a conocer la edad de aparición de la menopausia en ese grupo de mujeres cubanas así como determinar la morbilidad oculta de enfermedades crónicas y / o ginecológicas en la edad mediana. Una vez caracterizadas estas mujeres y descartadas todas las afecciones crónicas asociadas brindarles alternativas de tratamiento y que no sea la terapia hormonal de reemplazo (THR) la opción principal para recuperar su estado de salud y mejorar la calidad de vida de la mujer climatérica.

La organización de la consulta en el policlínico “Antonio Maceo” nos permitió planificar con la directora de esa unidad el horario, los complementarios a realizar como chequeo, las ínter consultas y las condiciones óptimas para los ejercicios sistemáticos y terapéuticos.

Se confeccionó una planilla, estructurada, confeccionada en Access, para la base de datos de la investigación que nos permitía de forma dinámica obtener todos los datos necesarios para poder atender de forma integral a la paciente, una forma de entrevista y no de interrogatorio precisando los factores psico sociales y conductuales que se asocian a la percepción de los síntomas y al estrés psicológico de los pacientes.

## **1.2 Problema científico**

Utilidad de un tratamiento de sostén inicial (TSI) a la mujer climatérica desde una perspectiva integral dentro del ámbito de la atención primaria de salud (APS).

## **1.3 OBJETIVOS.**

1. Identificar en el área de salud las características socio-culturales de las mujeres climatéricas y relacionarlos con la sintomatología de este periodo.
2. Determinar la morbilidad oculta de enfermedades crónicas y de la esfera ginecológica en las mujeres de edad mediana para relacionarlo con la sintomatología del climaterio.
3. Aplicar el tratamiento de sostén inicial (TSI) y evaluar sus respuestas.

## Capítulo II.

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Consideraciones generales

El climaterio siempre se consideró una etapa de crisis en la vida de la mujer: predominando la irritabilidad de carácter, incomprendiones en el hogar, depresiones, hasta intentos suicidas, y toda la familia plantearle o acusarla de que ella estaba en la menopausia, de forma despectiva, cuando apenas iniciaba los primeros síntomas del climaterio y aún se encontraba menstruando de forma periódica; asumiendo inclusive que todos los síntomas vasomotores era un fatalismo sin solución, y como algo normal que en esta etapa de su vida se termina la vida sexual, o la ausencia de la libido aparecería con la ausencia de la menstruación. (8)

Según Calviño, en conferencia dictada en el taller internacional “Climaterio no es el principio del fin” celebrado en el Hospital CIMEQ (1995) planteó que en el idioma chino los dos signos que se utilizan para escribir la palabra climaterio significan uno de éstos “romper” y el otro “construir” y de esta forma el género humano va rompiendo con una etapa y construyendo la siguiente.

Según el fisiólogo Max Rubner especialista en higiene social se pasa por las siguientes etapas: infancia, *niñez temprana*, *niñez tardía*, *edad juvenil*, *edad madura*, *vejez* y *vejez tardía*. (15)

Siendo evidente los planteamientos biológicos de la influencia que el descenso de estrógenos ocasiona en el sistema femenino y de su

repercusión en los tejidos “diana” que van a producir escalonadamente los síntomas vasomotores; los epifenómenos derivados de éstos como el insomnio, la depresión, la irritabilidad de carácter, la ansiedad, la poca concentración al día siguiente por el insomnio que se presenta a partir de los sofocos, sudores o taquicardia que en muchas ocasiones se presentan bruscamente en el horario de la madrugada; pero no es menos cierto que existe una gran variabilidad en cuanto a la percepción de los síntomas, la limitación o no de las actividades cotidianas y el grado de criticidad que cada mujer refiere y que pueden variar de acuerdo a la formación de la personalidad de cada una de ellas; además de que a todo esto, se le añade, los distintos roles que como mujer va a desarrollar en la familia, y en la sociedad agravándose sus síntomas por el grado de sobrecarga física y mental que debe afrontar y los éxitos o fracasos en su vida hogareña o laboral (12) (15).

## **2.2 Aspecto psico social.**

Se considera que lo más importante para atender a este grupo de mujeres y su sintomatología va a estar presidido por la personalidad que se ha ido desarrollando en las distintas esferas (intelectual; afectivo – motivacional, social y laboral) durante el tránsito de la juventud a la adultez; teniendo en cuenta todo lo estudiado en nuestra carrera sobre la formación de la personalidad y la revisión bibliográfica que realizamos en el año 1996 como trabajo filosófico para el cambio de categoría docente.(15)

La personalidad de cada individuo va a estar influenciada por su carga genética, la biología de su edad, por el medio externo en que vive y el

momento histórico en que se desarrolla; y a esto se agrega la conciencia que está indisolublemente ligada al hombre a través del medio material que lo circunda y no puede actuar sin su influencia. La conciencia es producto del desarrollo de la materia y el cuerpo vivo reacciona de distinto modo a los estímulos externos aprovechando los factores propicios y eludiendo los innecesarios y nocivos; y de acuerdo a la adaptación adecuada al medio ambiente el organismo vive y se desarrolla. La conciencia se forma con la transmisión de pensamientos y creencias de generación en generación mediante el lenguaje que según el marxismo tuvo una importante función en la formación de la conciencia. La conciencia va a tener su función en la vida social. El trabajo determina en los jóvenes/adultos un rol fundamental en su desarrollo de la persona lógico, sobre todo, cuando disponen de un empleo que satisface sus necesidades espirituales, que son las que les hacen sentirse seres realizados. (10)

Además de la selección del trabajo futuro/presente, que desarrolla la persona joven/adulta, existen otras situaciones en las que se verá inmerso socialmente, y que extrayéndole su denominador común, observamos que la sexualidad es el factor básico en su realización u ocurrencia.

Recordemos que la sexualidad, no se limita a lo que en el nivel biológico se expone, es decir, no es la ejecución con mayor o menor eficacia del acto sexual. La sexualidad “es una dimensión más rica y compleja que no se limita a sus funciones reproductivas ni siquiera a la complementaria de búsqueda de placer en la actividad sexual coital. La sexualidad es, *en la*



*especie humana*, una de las exposiciones de la necesidad de contacto y vinculación” (López Sánchez, 1998).

Esta etapa forma parte del ciclo de la familia, en el que los padres quedan solos, al partir los hijos, fundamentalmente, a iniciar su propia familia. Aunque es prácticamente un hecho universal, en la sociedad como la nuestra, en que la familia, sobre todo las madres dentro de ella, tienden a ser “posesivas” o “protectoras” , este momento se convierte, en mucho de los casos, en doloroso, y para su evitación o para el acortamiento del “duelo” que se produce ante la consumación de la separación, se dice que las personas deben prepararse psicológicamente. Todo esto hace que se considere que la *Autoconciencia Crítica* sea la nueva configuración psicológica que distingue al adulto. (15) Tolstij (1989) quien es seguidor de la escuela soviética, señala sin embargo que, es la responsabilidad, la neo formación que tipifica a la madurez, puesto que ella conlleva a que la persona tenga la capacidad para juzgarse, además de elegir su línea de conducta. Aunque parezcan que no coincidan estas dos opiniones ellas se complementan y el trabajo social le va a producir: la realización de su proyecto de vida, la subsistencia y la responsabilidad en la adultez. (15)

Las situaciones externas siempre estarán presentes e influyendo sobre las condiciones internas, crean las bases para las contradicciones que a su vez determinan los cambios bruscos de intereses, concepción del mundo, de la capacidad para establecer relaciones sociales, así como de la autoimagen. Todo este conjunto de creencias y conductas en pugna, pueden observarse

en muchas de las personas a mediado de la etapa adulta, de manera más diáfana o inadvertida, en atención a sus manifestaciones personalógicas.

A veces, más que conflictos existenciales evidentes, lo que conocemos son resultados, al producirse conductas inesperadas y en algunos casos, sorprendentes. El ejemplo más cotidiano que hemos encontrado lo constituyen los divorcios o cambios de parejas o de trabajos, en quienes hasta ese momento daban muestras de marcada estabilidad. Otro ejemplo lo tenemos en el “rejuvenecimiento”, intención que muestran tanto mujeres como hombres, al vestirse y arreglarse de manera tal de dar una apariencia más juvenil.

De estas crisis se dice que son el resultado de la actitud crítica asumida por la persona ante sus motivaciones, aquellas que se estableció desde el comienzo de la etapa y que al hacer un recuento de lo logrado, reacciona con frustración si toma conciencia de haber dejado de hacer más de lo que suponía, o por el contrario, de haber concluido las metas y no saber qué más puede plantearse; quedándole, en ambos casos, un tiempo inferior al que disponía al comienzo, y por ende, plantearse prisa en tratar de resolver ese vacío.

Dos son las opciones que tienen las mujeres de edad mediana, en crisis, afrontarla o sufrir sus secuelas. ¿Qué se dice que ocurre en cada una de ellas?

Si se afronta se:

- o Transita sin amargura.

- o Reconocen las limitaciones.
- o Hacen planes más realistas.
- o Buscan respuestas dentro de sí.
- o Desarrollan habilidades de adaptación y flexibilidad.
- o Acepta lo nuevo.
- o Autoanaliza severamente para restablecer su identidad.

Si no se supera:

- o Se muestra insensible ante lo nuevo.
- o Tiene la sensación a atrasarse con respecto a la vida.
- o Desciende en el nivel profesional.
- o Se subvalora.
- o Siente inseguridad y depresión.
- o Muestra crisis de identidad.
- o Presenta una situación hipocondríaca y quejas de salud.

Esta última constelación de reacciones, de prolongarse, requieren de ayuda especializada debido al daño que se auto inflingen las mujeres además de que la mujer se proyecta en sus relaciones con los que la rodean, incrementando por ello, sus conflictos. Una persona en estas condiciones dentro de una relación médico – enfermera (o) - paciente necesita de una mayor comprensión de sus demandas dentro del contexto asistencial (15)

### **2.3. Evolución histórica en el tratamiento de la menopausia**

El tratamiento de los síntomas del climaterio se han intentado desde hace cientos de años en China utilizando el ginseng el cual contiene fitoestrógenos y en el siglo XVI en México se utilizó el capac quililtl para controlar los bochornos. (16)

La terapia hormonal se utiliza por primera vez en el año 1906 suministrando extractos ováricos; y en el año 1922 se descubrió la estrona; pero, no es hasta 1929 que Butenandt la aísla y en 1930 el mismo define su estructura.

Corner y Allen (1930) aíslan del cuerpo lúteo la progesterona; ya se había sintetizado a partir del fríjol de soya, la papa y de la bilis del buey; pero a partir de la batata mexicana su síntesis en 1940 hace su precio más razonable. Ya en este año comienza el tratamiento del climaterio con estrógenos del tipo del  $17\beta$  estradiol y andrógenos sobre todo para el tratamiento de la disminución de la libido. (16)

En 1950 Robert Wilson promovió el tratamiento de estrógenos sin oposición de los progestágenos lo cual produjo un incremento en el número de mujeres que padecieron de cáncer de endometrio por lo cual se produce una disminución de su uso de un 28% al 8%. En el año 1976 se plantea agregar el uso de progestágenos con el fin de proteger al endometrio. (16)

En 1951 con la síntesis de noretisterona por Djerassi se comienzan a utilizar los anticonceptivos orales por lo cual las mujeres entran en la década del 70 y del 80 con menos temor al uso de hormonas y se proporciona el tratamiento con parches de estradiol que es mucho más cómodo para las mujeres. (16) (17)

Novak plantea que muchas mujeres necesitan en este periodo encontrar un *alma benévola que las escuche y un médico que le explique lo que fisiológicamente le está pasando y muchas no necesitarían ningún tipo de tratamiento*. En esta década del 70 él plantea tres tipos de tratamiento de acuerdo al tipo de menopausia: a) menopausia que viene a su debido tiempo y le impone un tratamiento por 2 semanas de estilbestrol de 1mg diario o su equivalente y que lleve un calendario control de cuantas veces y el horario de los bochornos y de esta forma después le va individualizando el tratamiento pero no utilizar dosis excesiva por el temor a la hemorragia vaginal y algunos autores planteaban en esos momentos agregar la progesterona inyectable para contrarrestar el efecto hiperplásico en el endometrio de la terapia con estrógeno; b) menopausia prematura primero explorar si existe ventaja psicológica de que la mujer tenga sus menstruaciones regulares y entonces utiliza el estilbestrol entre 0,2 y 1 mg diario durante los primeros 25 días del mes y la progesterona durante los días 23, 24 y 25 del ciclo de cada mes para en la interrupción de 5 a 6 días se produzca la hemorragia; y preconiza una biopsia de endometrio anual para tener la seguridad de que no se produzca un crecimiento anormal de éste; c) para la mujer que necesita castración antes de los 40 años de edad prescribe a las 6 semanas de operada, óvulos de estrógeno 0,5 mg durante los 3 a 7 primeros días del mes de acuerdo a la sintomatología y la citología vaginal y en estos dos último tipos de menopausia mantiene el tratamiento hasta los 50 años de edad. (18)

A mediano plazo, después de ocurrir la menopausia se presentan los síntomas genitourinarios y con la atrofia de vagina y de vulva se produce el

espaciamiento de las relaciones sexuales y, en ocasiones, las mujeres acuden a consulta con craurosis de la vulva y síntomas muy dolorosos y persistente; por lo cual en la década del 70 se mantiene el tratamiento para esto con los óvulos de estrógenos. Y para la estrechez vaginal se planteaban en aquellos años las dilataciones manuales para restablecer las funciones normales y permitir el coito no doloroso. (18)

En la década del 80 y sobre todo en los últimos años del siglo pasado se incrementa el uso de estrógenos naturales, conjugados, equinos para el tratamiento de toda la sintomatología y se inician múltiples investigaciones para promover el tratamiento hormonal y para evitar la hiperplasia del endometrio y el cáncer de endometrio se promueve que la terapia con estrógenos se asocie la progesterona en dosis de 10 a 14 días del ciclo

En el año 1992 se comienza a utilizar la progesterona oral micronizada y en 1994 aparecen los parches de estradiol y progestágenos; pero en el año 1996 el uso de la progesterona en gel por vía vaginal aporta nuevas ventajas sobre su uso oral (19)

A nivel mundial en todos estos años de estudio e investigaciones sobre el climaterio y la menopausia se ha discutido sobre si esta etapa del envejecimiento de la mujer es una enfermedad o no; además de plantearse la necesidad de tratar a las mujeres preventivamente para disminuir las enfermedades cardiovasculares y tratar o detener la osteoporosis para la prevención de las fracturas, ambas enfermedades con cifras incrementadas en las mujeres en el periodo de la vida posmenopáusica

Se encuentran mucha literatura científica y no científica por propaganda de los grandes consorcios farmacológicos sobre el uso de hormonas sustitutivas de forma continúa o secuencial de acuerdo con la etapa del climaterio en que se encuentre la mujer para mejorar la calidad de vida (QOL en inglés); pero después de constituir el tratamiento hormonal de reemplazo una petición o exigencia de muchas mujeres para sentirse bien y para no envejecer se plantea una nueva etapa de controversia a partir de los resultados que se obtuvieron de la investigación Women's Health Initiative (WHI) la cual se abandonó por el riesgo relativo incrementado para el cáncer de mama y no constituir un tratamiento preventivo de las enfermedades cardiovasculares.(20)

Por lo antes expuesto consideré importante realizar la revisión actualizada de los dos procesos o enfermedades más temibles de esta etapa: las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis.

## **2.4 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y MENOPAUSIA**

Es indudable que la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la mujer se incrementan en la etapa de perimenopausia igualando las cifras para el sexo masculino; las cuales eran muy superiores en el hombre hasta que la mujer arriba a esta etapa de la vida (10) (21)

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en hombres y mujeres en los países desarrollados y subdesarrollados; y en estas enfermedades se incluye las afecciones coronarias, el accidente vascular encefálico (AVE) y el trombo embolismo venoso. Las mujeres se atrasan unos 10 a 15 años en relación con el hombre en padecer estas

enfermedades siendo la de mayor frecuencia las anginas de pecho y todas estas se atribuyen a la edad y al estilo de vida sobre todo la falta de dieta adecuada y ejercicios sistemáticos.(22)

Las mujeres posmenopáusicas tienen mayor factor de riesgo de padecer estas enfermedades porque existe un deterioro de los factores de riesgo de aterosclerosis como es el aumento del colesterol (LDL), el fibrinógeno y los triglicéridos y al aumentar la expectativa de vida la mujer va a vivir un tercio de su vida en la posmenopausia. (23)

Se plantea que en los EE. UU., aproximadamente, 2,5 millones de mujeres son hospitalizadas cada año por enfermedades cardiovasculares y que unas 500,000 mujeres mueren; y la mitad de estas muertes son debido a un episodio hemorrágico (22) (24)

A pesar de las declaraciones realizadas por los profesionales de la investigación denominada Women's Health Initiative (WHI) (20) sobre el suprimir el tratamiento hormonal sustitutivo o de reemplazo (THS o THR) por el riesgo relativo aumentado de cáncer de mama, además de no prevenir los riesgos de enfermedades cardiovasculares, se han seguido publicando múltiples artículos sobre las ventajas de este tratamiento en estas enfermedades.

El resultado de la WHI publicado en JAMA, planteó que después de un promedio de 5,2 años de seguimiento el Comité de Monitoreo de la seguridad y los datos recomendó detener el trabajo clínico de estrógenos más progestina vs. Placebo diseñado para 8,5 años debido a que la prueba estadística para el cáncer de mama invasivo excedía los parámetros límite



para este efecto adverso y el índice global sustentaba que los riesgos excedían los beneficios. Las tasas de riesgo estimadas (HRs, siglas en inglés) con intervalos de confianza 95 % nominal [ICs] fueron como sigue: CHD ( Cardiac Health Disease), 1.29 (1.02-1.63) con 286 casos; cáncer de mama 1,25 (1.00 – 1.59) con 290 casos; accidentes cerebro vascular 1,41 (1.07 -1.85) con 212 casos; embolismo pulmonar (P.E.) 2.13 (1.39 – 3.25) con 101 mujeres; cáncer colon – rectal 0.63 (0.43 – 0.92) con 112 pacientes; cáncer del endometrio 0.83 ( 0.47 – 1.047) con 47 mujeres; fractura de cadera 0.66 (0.45- 0.98) con 106 pacientes y muerte debida a otras causas 0.92 (0.74 ´ 1.14) con 331 pacientes. *Los correspondientes tasas de riesgo estimadas HRs (IC nominal 95%) para parámetros compuestos fueron 1.22 (1.09 – 1.36) para enfermedad cardiovascular total; 1.03 (0.90 – 1.17) para cáncer total; 0.76 (0.69 – 0.85) para fracturas combinadas; 0.98 (0.82 – 1.18) para mortalidad total y 1,15 (1.03 -1.28) para el índice global; por todo lo cual se concluyó suspender el WHI que estaba planificada para 8,5 años y se concluye que los resultados indican que este régimen no deberá ser indicado o continuado para la prevención primaria de enfermedades cardiaca coronaria. (20)*

A partir de estas declaraciones en el mundo entero se comienza a cuestionar si se deben o no usar estos fármacos y las ventajas y desventajas de acuerdo a las distintas posibilidades de dosis y combinaciones e inmediatamente los profesionales con mayores años de uso de la THR como Hernández Bueno, Paulo Quiroga, Jirampayo y Theppisai plantean que no es un tratamiento para prevenir las enfermedades cardiovasculares y que se debe compartir con las paciente el riesgo elevado de cáncer de mama

(24,25,26,27). La Rosa, (28) en la Universidad Estatal de Brooklyn, N.Y., plantea que los predictores de factores de riesgo para las enfermedades coronarias son idénticamente iguales para hombres y mujeres, sin embargo, las lipoproteínas de alta densidad y los triglicéridos son mejores predictores en las mujeres; y la diabetes también es un predictor fuerte de enfermedades coronarias en las mujeres. Se plantea en las distintas investigaciones que el colesterol de baja densidad es tan importante en las mujeres como en el hombre.; en esto coinciden los trabajos de Manson, Michael y Mendelsohn, Hodis y Burg en el análisis que realizan de los datos aportados por el estudio mujeres posmenopáusicas denominado Women's Estrogen – Progestin – Lipid- Lowering – Hormone Atherosclerosis Regression Trail (WELL – Hart) de que el THR no ha ocasionado una prevención en enfermedades coronarias como se le pudo prometer a algunas paciente. (29, 30, 31) Sin embargo mucho más importante en contraste con la investigación EPT es que todas las pacientes aleatorizadas en WELL – HART tenían terapia previa con estatinas, la más efectiva de los tratamientos con que se cuentan actualmente para la disminución progresiva de la aterosclerosis.

¿Qué se puede precisar después de los resultados publicados de la WHI?

En líneas generales, se ha concluido, que existe un riesgo relativo aumentado para el cáncer de mama y no es la THR un tratamiento de protección cardiovascular; y son cada día más frecuente la producción de publicaciones e investigaciones sobre el tratamiento con las estatinas de acuerdo al sexo y la edad de los pacientes estudiados.

Mientras que Clapauch (32) del Instituto Estadual de Diabetes y Endocrinología plantea que el THR está indicado para mejorar los síntomas vasomotores, mantener el trofismo vaginal, la masa ósea, la preservación del colágeno y la satisfacción general y sexual pero que los resultados de los estudios actuales sobre la prevención cardiovascular no son conclusivos además de insuficientes para decir si se utiliza o no el THR. Tanto los esquemas como su forma de administración en mujeres con útero intacto deben ser individualizados con las dosis efectivas y más bajas. *“La duración de la terapia depende tanto de la paciente como de sus reevaluaciones periódicas para el balance de indicación y contraindicación”.*

*La orientación debe estar basada en estilos saludables de vida, cesar el hábito de fumar, tratamiento adecuado con calcio, dietas baja en grasa y actividad física regular durante la menopausia”. (32).*

Otros autores plantean que la THR solo está indicado para mujeres sanas que no toleran los síntomas vasomotores y su uso debe ser con dosis ultra baja de estrógenos con nuevos métodos que sea la ingestión oral (como los transdérmicos, intravaginales y en DIUC) pero todos coinciden que no deben utilizarse como protección primaria de las enfermedades cardiovasculares (33, 34, 35, 36) Li y Ångstrom plantean que entre las usuarias de THR el riesgo de infarto estuvo asociado con la edad avanzada, el hábito de fumar, el exceso de peso y la hipertensión. Y es por ello que Ithaca considera que los resultados de la WHI debían haberse dado por separado en lo referente a la edad de las pacientes. (35)

Wegienka y Havstad del departamento de Bioestadística e Investigaciones epidemiológicas del Sistema de Salud "Henry Ford" de Michigan, analizaron el número de prescripciones antes y después de la publicación del WHI en 24,446 mujeres entre las edades de 50 a 79 años de edad enroladas en este Sistema de Salud desde enero del 2000 a Diciembre del 2004 y los resultados fueron que, después de Julio del 2002, hubo un declive en las cifras de prescripciones de THR según las fichas o historias clínicas (36)

Lokkegaard y Jovanovic en el estudio que realizaron en el llamado "estudio de las enfermeras danesas" concluyen que ellos encontraron un incremento en el riesgo de isquemia cardiaca en las mujeres a las cuales se les había extraído tempranamente los ovarios y con el presente estudio confirman que el tratamiento hormonal podía beneficiarlas. (37)

Nelson y Vasco (38) donde hacen una recopilación de investigaciones publicadas en MEDLINE (1966 – Oct.2005); Psycho INFO (1974 – Oct. 2005); Cochrane Controlled Clinical Trials Register Database (1966 – Oct. 2005) donde se tratan los síntomas de sofocos en las mujeres con estudio aleatorizado, doble ciego, con placebo como grupo control y terapia oral no hormonal (usando uno o más medicamentos no hormonales). Se analizaron 7 comparaciones entre los inhibidores selectivos de serotonina (SSIs) o de inhibidores serotonina norepinefrina (SNRIs); 4 investigaciones con Clonidina y 2 investigaciones con Gabapentin.. Las investigaciones no comparan diferentes terapias frente a frente y la eficacia relativa no pudo ser determinada. Las conclusiones es que tanto los SSIs, los SNRIs, la Clonidina, la Gabapentina dan evidencia de la eficacia de su uso, sin

embargo, los efectos son menores que con los estrógenos; por tanto, se plantea que estos podrían ser utilizados en mujeres con alta criticidad y quienes no puedan usar estrógenos pero no son óptimos. (38).

Síseles de la AAPEC, en Julio del 2003, realiza unas recomendaciones después de los resultados del WHI: la THR de estrógenos conjugados y Medroxiprogesterona no debe ser iniciada como tratamiento preventivo primario ni secundario de las enfermedades cardiovasculares; pero que esto no debe ser extrapolado a mujeres con menopausia precoz, temprana o de reciente menopausia ni a otros tipos de formulaciones y vías (39). Y declara: “*La individualización terapéutica* debe ser estrictamente considerada. En los casos de mujeres con enfermedad cardiovascular establecida y síntomas menopausicos severos sin respuesta a tratamientos alternativos, el médico evaluará con la paciente la relación riesgo-beneficio de la terapia hormonal de reemplazo”.

La Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia declaró en el año de la publicación del informe de la investigación WHI que no se proscribía totalmente el uso de terapia hormonal sustitutiva o de reemplazo sino que se continuaba la conducta del tratamiento individualizado de las mujeres y que este no se prolongará más de 5 a 8 años de uso y con edad tope de 60 años de edad (40)

Las recomendaciones de la Asociación Americana del corazón (22) plantean sobre la THR y la prevención secundaria:

- La THR no podrá ser iniciado para la prevención de enfermedades cardio vasculares (CHD en inglés)

- La decisión de continuar o parar la THR en mujeres con enfermedades cardiovasculares, las cuales han usado por largo tiempo el THR, podrá ser basado en establecer los no beneficios y riesgos coronarios y la preferencia de la paciente
- Si una mujer desarrolla un episodio agudo de enfermedad cardiovascular, o estará inmovilizada, mientras usa la THR es prudente considerar la profilaxis del trombo embolismo mientras ella esté hospitalizada por minimizar el riesgo de un trombo embolismo venoso asociado a la inmovilización. La reindicación de la THR podrá ser basado en establecer los no beneficios y riesgos coronarios así como la preferencia del paciente.

Y como prevención primaria declaran:

- Recomendaciones clínicas primarias para la prevención primaria deben esperar los resultados de investigaciones clínica aleatorizada.
- No hay suficientes datos para sugerir que el THR podría ser iniciado para prevenir las enfermedades cardiovasculares.
- Por tanto, la iniciación y continuación del THR deberán ser establecidos sobre los no beneficios y riesgos coronarios, los posibles beneficios y riesgos coronarios y la preferencia de las pacientes

Estas son las controversias que todos los profesionales de la salud de las distintas especialidades de nuestro país deben conocer para poder valorar o no el uso de la THR ante una paciente en la etapa climatérica.

## 2.5 OSTEOPOROSIS.

La Osteoporosis constituye una afección esquelética que va a ocurrir en ambos sexos pero su importancia es más significativa para las mujeres pues éstas van a padecer la denominada osteoporosis tipo I ó posmenopáusica la cual es una osteoporosis primaria mucho más frecuente que la osteoporosis primaria senil ó tipo II que aparece después de los 70 años de edad. (36)

Es una enfermedad silente muy relacionada con la edad y se le denomina la "epidemia silente del siglo XXI"; por lo cual se considera útil valorar esta enfermedad y el uso del THR para contrarrestar los efectos adversos de la menopausia sobre la calidad de vida de las mujeres en la edad mediana.

La importancia real de esta afección es la consecuencia de padecer de fracturas invalidantes, como la de cadera; con un gasto muy alto en todos los países (un millón de pesetas en España; 10,000 reales la prótesis en Brasil, y un costo entre \$ 10 y 15 billones de dólares anuales de gastos financieros directo en los EEUU.). Además de la pérdida de la calidad de la vida de las mujeres y de sus cuidadores. (41) (42) (43) (44),

La probabilidad de desarrollar la Osteoporosis está en dependencia de la combinación del pico de masa ósea adquirido en la juventud y las cifras de pérdida ósea (muy en dependencia de la deprivación de estrógenos); por tanto, en las mujeres entre los 55 y 70 años de edad, pueden presentarse más frecuentemente esta *enfermedad silenciosa* la cual se hace evidente cuando ocurre la fractura y que en el actual milenio se espera un ascenso en las cifras de éstas

La pérdida ósea es rápida en los primeros 5 a 10 años de la menopausia; después se sigue perdiendo masa ósea pero con una tasa menor.; es el trastorno metabólico óseo más frecuente en que la pérdida ósea ha sido suficiente como para producir los mecanismos de fractura con estrés limitado. (41) (42)

La Organización Mundial de la Salud, la define como “una disminución de la densidad mineral ósea por debajo de 2,5 desviaciones estándar del promedio de una población joven de referencia (score T)” (42)

Se plantea que la masa ósea insuficiente adquirida en la pubertad (90%) y en la década siguiente (10%) puede explicar alrededor del 50% del riesgo de fractura siendo su principal determinante la genética, el polimorfismo de diferentes genes (receptor de vitamina D, colágeno tipo 1, etc.); y entre las causas no genéticas los factores endocrinos, nutricionales y mecánicos que afectan el potencial genético. A partir de estas etapas de la vida la formación y resorción se acoplan manteniéndose esa masa ósea estable, excepto en los periodos de la gestación y la lactancia.

Desde el inicio del climaterio se produce un desequilibrio entre la resorción y formación, predominando el primero y se calcula que la resorción aumenta en un 90% mientras que la formación solo aumenta en un 45%; por tanto al finalizar cada unidad de remodelación habrá un balance netamente negativo de masa ósea.(42)

*La pérdida ósea se calcula que en la menopausia natural es de un 1 a 2 % y puede llegar a un 3,9 % en las mujeres ooforectomizadas; esto conllevó a que en el Consenso Cubano se planteará con mucho énfasis no realizar*



ooforectomías a las mujeres de 50 años o menos cuando fueran intervenidas abdominalmente por otras afecciones ginecológicas no malignas (2)

La osteoporosis puede tener un antecedente genético así como también estar influenciada por el estilo de vida (sedentarismo), los hábitos tóxicos y alimentarios así como algunas enfermedades asociadas (tiroides y paratiroides)

*La Osteoporosis posmenopáusica causa por encima de 1,3 millones de fracturas anualmente y más de de 250,000 fracturas de caderas las cuales pueden ocasionar una mortalidad de un 20% en el primer año de vida y un 75% de las pacientes pierden físicamente o por costos sociales y financieros su independencia y por tanto su calidad de vida (22).*

Las mujeres que llegan a la perimenopausia sin un buen pico de masa ósea deseo darles los parámetros de la prevención en salud ósea:

- Prevenir la pérdida de la arquitectura ósea
- Prevenir la ocurrencia de la primera fractura y las subsiguientes

Independientemente de los datos que se recogen en las distintas bibliografía sobre como detener, al menos, la osteopenia u osteoporosis que una mujer puede padecer desde la edad mediana.; creo conveniente recalcar, como plantean muchos ortopédicos en el mundo, la necesidad de alcanzar el máximo del pico de masa ósea en la juventud y en la etapa de adulto joven, antes de los 25 años de edad, con el ejercicio diario y una dieta adecuada; además de mantener un peso ideal, con una ingestión adecuada de vitaminas y minerales. (20,22, 41, 42, 43, 44). Para detener la osteopenia se

podría invocar el tratamiento hormonal de reemplazo, buscando alcanzar niveles sanguíneos suficientes para la normalización de la función de las células en los tejidos blancos, con el objetivo de impedir la sintomatología o el síndrome dismetabólico resultante de la deprivación hormonal. (2, 41, 42,44).

Dören y Nelson encuentran resultados similares en el mantenimiento de la DMO en columna vertebral y caderas con el THR ; similar a lo obtenido con la Tibolona (progestina sintética) en 39 estudios, prospectivos, aleatorizados, controlado por 2 años y concluye recomendando su uso en los 5 a 10 años después de la menopausia (44)

La investigación WHI mostró una reducción significativa en fracturas de caderas (RR=0,66; CI=0,45 – 0,98) y al parecer quedó claro que la THR preserva indefinidamente la masa ósea (20)

Es importante conocer el actual tratamiento preventivo de la osteoporosis: el Raloxifeno que es un medicamento que posee una estructura química derivada del benzotiofeno (parecida al Tamoxifeno) y que actúa como modulador de los receptores selectivos de estrógenos (SERMs siglas en inglés). Se une a los receptores estrogénicos causando una inhibición de la resorción ósea produciendo un aumento de la densidad mineral ósea (DMO) y una disminución de los niveles de colesterol total y del LDL- colesterol; sin embargo a nivel de mamas y útero se comporta como un antagonista y no surte efectos indeseables, por tanto, tiene un doble dominio de acción frente a los tejidos blancos. Este medicamento ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para la prevención de la osteoporosis

posmenopáusica y se realizaron ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego controlado con placebo durante 24 meses en el que participaron 601 mujeres entre 45 y 60 años de edad a dosis de 30, 60, 150 mg/día o placebo; además todas las mujeres recibieron entre 400 – 600 mg/día de calcio. A los dos años se observó un aumento estadísticamente significativo de la densidad mineral ósea (DMO) total del cuerpo, de la columna vertebral y de la cadera para las tres dosis de Raloxifeno con respecto al placebo. Para la dosis de 60 mg/día el aumento de la DMO con respecto al placebo fue de  $2 \pm 0,4\%$  en todo el cuerpo;  $2,4 \pm 0,4\%$  en la columna vertebral y en la cadera ( $p < 0,001$ ). También se observó una reducción significativa del colesterol total y el LDL –colesterol en todos los grupos de Raloxifeno con respecto al placebo a partir de los 3 meses de tratamiento. No se observaron diferencias en cuanto al grosor del endometrio en ninguno de los cuatro grupos. (22) (43) En los ensayos clínicos se ha observado *una mayor incidencia de trombo embolismo vascular*, por ello, no se recomienda su administración en mujeres con historia de trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar y trombosis venosa retiniana; y se recomienda abandonar el tratamiento 72 horas antes de una inmovilización prolongada y durante la misma. El mayor riesgo de trombo embolismo para algunos autores ocurre en los primeros 4 meses de tratamiento. (22) (43)

Delmas y Adami de la Universidad Claude Bernard de Lyon, (45) en un estudio clínico prospectivo que realiza con el uso de Ibandronato, un potente bifosfonato nitrogenado, en dosis de 2 mg cada 2 meses o de 3 mg cada 3 meses en forma de inyección intravenosa y comparándolo con un tercer grupo con dosis oral de 2,5 mg diario por vía oral concluye que el método es

al menos tan efectivo como la vía oral diaria, tiene eficacia anti fractura y son bien toleradas las inyecciones (44) y coinciden además Zoehrer y Roschger que publican los efectos en la mineralización del tratamiento a largo plazo (3 y 5 años) con Risedronato y para este estudio realizaron un investigación a doble ciego, con un grupo de mujeres utilizando el Risedronato a dosis de 5 mg por día y un grupo con placebo; realizándole a las pacientes una triple biopsia de la cresta trans - ilíaca para ser evaluados los cambios óseos. A los 3 años el grupo con Risedronato se incrementó la homogeneidad de la mineralización pero sorpresivamente a los 5 años del tratamiento con Risedronato la heterogeneidad de mineralización se incrementó comparado con los datos con 3 años de tratamiento lo cual podría indicar un incremento en la formación ósea nuevamente.

Conclusiones a que llegan Zoehrer y Roschger (46): el tratamiento con Risedronato afecta la homogeneidad y grado de mineralización ósea sin inducir a hipermineralización de la matriz ósea. Estos cambios en los niveles materiales de la matriz ósea pueden contribuir a la eficacia anti - fractura del Risedronato en las pacientes osteopóroticas.

En el estudio realizado en Taiwán, República de China (47) y publicado en Junio 2006, valoraron el tratamiento del Alendronato combinado con la THR y un grupo control con solo THR realizándoles a todas mensuraciones de la densidad ósea por Dx de columna lumbar y caderas cada 6 meses por 3 años además del colágeno tipo I N-telo péptido (NTX) en orina corregido por la concentración urinaria de creatinina (NRx/Cr) y la concentración de osteocalcina sérica (OC) en semana 2, 4 y cada 3 meses desde el tercer

mes hasta los 2 años de tratamiento concluyendo que fue significativamente grande en la DMO de la columna vertebral a los 36 meses de tratamiento ( $p < 0.0001$ , en 2 vías de análisis de varianza) para el grupo de Alendronato más THR que en el grupo de solo THR; en cambio no existió diferencia significativa en la Densidad de Masa Ósea (DMO) en cuello femoral y el trocánter en ambos grupos y no se presentaron efectos adversos gastrointestinales(47). En esto coincide García Pérez y Kahn (48, 49) ; concluyendo que no existe diferencia estadística en un tipo de THR (baja dosis) u otros en los resultados tanto de la DMO como en el colágeno tipo I N-telo péptido (NTX) urinario siendo éste un marcador sensible para determinar cambios en la reabsorción ósea. En el estudio Hip Intervention Program (HIP) (50) realizado en un mayor grupo de mujeres (5,545) entre 70 a 79 años de edad, con un grupo control usando placebo y el otro grupo utilizando Risedronato a dosis de 2,5 mg o 5 mg redujo el número de fracturas de caderas (hubo 3,8% en grupo de placebo y 2,8% en el grupo con bifosfonatos; RR 0,7)

El estudio MOBILE (Monthly oral Ibandronate in ladies) fue un estudio de 2 años, aleatorizado, doble – ciego, de 4 grupos paralelos de fase III, de no inferioridad, en el que participaron 65 centros de 7 país y las conclusiones fueron que el tratamiento con la dosis de 150 mg mensual se obtuvieron aumento de la DMO en columna lumbar comparables a la ingestión de Ibandronato diariamente siendo también similares en los resultados de la DMO en cadera total, cuello femoral y trocánter y estos autores plantean que si los resultados son similares la posibilidad de adherencia al tratamiento y

no abandonarlo es mucho mejor en las mujeres que deben tomarlo una sola vez al mes. (43)

En cuanto a la interpretación de la baja densidad ósea por densitometría (Dx) en la edad premenopáusica, en ausencia de fragilidad de fracturas, puede reflejar un pico de masa ósea bajo por predisposición genética, medio ambiental y por estilos de vida. Este es un dato también aportado en el consenso cubano (2). La evaluación clínica debe distinguir entre el pico bajo de DMO y un desorden sistémico por bajo pico de masa ósea y fragilidad esquelética.

Y en la revisión QUALITY OF EVIDENCE MEDLINE (Enero 1990-Nov. 2004) que realiza Khan de la Universidad McMaster, de Ontario, Canadá, con niveles de evidencia (I a III) tiene dos importantes conclusiones:

- Que la densidad ósea baja sola es insuficiente para el diagnóstico de osteoporosis entre las mujeres premenopáusica *en ausencia de fractura por fragilidad*
- La terapia ha sido evaluada en la inhibición de resorción ósea y muestra beneficios para las mujeres premenopáusicas que usan terapia con glucocorticoides o las que tienen un hiperparatiroidismo primario.(49).

## **2.6 EPIDEMIOLOGIA DE LA OSTEOPOROSIS**

Esta enfermedad metabólica del hueso tiene varias características:

- Es más frecuente en la mujer que en el hombre (2:1) (51) (52) (53)

- La edad de aparición es alrededor de los 50 años (fracturas de Colles), las cuales se plantean son predictivas de las fracturas de cadera (ocurren a los 70 años) y la de los cuerpos vertebrales (entre 60 a 65 años)
- Factores genéticos como la raza, son más frecuentes en la raza blanca. Las mujeres orientales presentan menor número de fractura que las occidentales y se ha invocado que se debe a la relación entre el eje longitudinal del cuello femoral y el eje transversal; la menor longitud axial con una mayor longitud transversal da como resultado una estructura arquitectónicamente más fuerte sea cual sea la DMO. (51)
- Es más frecuente en aquellas mujeres con antecedentes patológicos (A.P.F.) de madre y hermanas de padecer de la osteoporosis,
- Entre los factores ambientales podemos citar el estilo de vida: mujeres sedentarias, la falta de ingestión de calcio (800 - 1200 mg/d), el no tomar el sol y en países donde las condiciones climáticas son desfavorables la no ingestión profiláctica de la vitamina D (400 a 800 U.I.diarias) (54)
- Las mujeres delgadas van a tener menor cantidad de grasa y por tanto la tasa de conversión periférica de estrógenos está reducida.
- La falta de estrógenos por otras causas desde edades tempranas o la ingestión de análogos de la gonadotropina (GnRH) es uno de los factores más importante para la producción de osteoporosis.
- Las enfermedades crónicas como el hiperparatiroidismo, el hiper corticalismo, las gastrectomías alterarán el metabolismo del calcio en su fase de absorción.

- Se ha invocado es más frecuente en fumadoras y bebedoras y esto puede ser más que una causa una consecuencia porque todos los estudios han demostrado que en estas mujeres la menopausia ocurre más tempranamente y además muchas de ellas son de constitución delgadas (55) (56),

En ocasiones *el diagnóstico predictivo puede estar basado en los complementarios más sofisticados* pero se pueden predecir las mujeres que padecerán de osteoporosis si se conocen los hábitos alimentarios y estilo de vida desde la infancia; si han padecido de anemia, si tiene enfermedades crónicas asociadas como el asma y el abuso en el uso de los corticoides

La mejor forma para saber si en el futuro una paciente va a desarrollar una osteoporosis y padecer una fractura es con la medición de la masa ósea real de dicha mujer. De acuerdo con esto se realizará la estrategia de tratamiento para frenar la destrucción del hueso; para esto debemos conocer también el recambio óseo o “turn over”.

Entre los complementarios radiológicos más utilizados en la práctica médica son:

Radiología Convencional: la pérdida mínima de masa ósea debe ser superior al 30 % para diagnóstico de osteoporosis.

- Absorciometría fotónica simple: es la medición de la atenuación que se produce en un haz monocromático de fotones cuando se atraviesa una estructura ósea; es un método idóneo de pesquisa de población



- Tomografía cuantitativa: exacta pero la mujer se somete a gran dosis de radiaciones.
- Ultrasonografía: es actualmente el método más utilizado para el estudio del hueso, por brindar dato predictivo de fractura; es menos costoso y la mujer no se somete a las altas dosis de radiaciones.
- Foto densitometría (DEXA): brinda de acuerdo al umbral de fractura, una predicción de la posibilidad en el futuro de una fractura aplicando los criterios del grupo de expertos de la OMS (9): Valor normal es la T-score a menos de 1 desviación estándar (DE) del pico máximo del hueso. Mientras el estado de osteopenia cuando el valor está situado entre  $-1$  y  $-2,5$  desviación estándar. Y para el diagnóstico Osteoporosis cuando la T-score es inferior a  $-2,5$  DE. Este criterio diagnóstico solo es aceptado hasta los 65 años de edad. (52)

## 2.7 CONSIDERACIONES SOBRE OPCIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento hormonal de reemplazo en las mujeres climatéricas y menopausicas *tenia* como objetivos fundamentales, el disminuir los riesgos de enfermedades cardiovasculares propia de esta etapa del envejecimiento de las mujeres y tratar de realizar tratamiento preventivo de la osteoporosis o mejorar el estadio de ésta; en párrafos anteriores ya se expusieron la no aceptación de utilizarse como prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares

**Y ¿por qué se planteaba que esta terapia solo debe ser por estos objetivos fundamentales?** Porque no se debe generalizar su uso solo para solucionar los síntomas vasomotores, las depresiones, el insomnio y / u

otros síntomas propios del envejecimiento femenino que pueden muchas veces aliviarse con otras alternativas de tratamiento, por el riesgo relativo incrementado para el cáncer de mama, aún con la oposición con progestágenos. Lograr que las mujeres de edad mediana sean escuchadas, atendidas y educadas en la fisiopatología de esta etapa y que conozcan que el estilo de vida y el uso de otras terapias naturales y tradicionales las puede mejorar de sus síntomas; y educarlas como abordar en familia y con su pareja las alteraciones biológicas que ella está percibiendo y sobre todo en la esfera de su sexualidad.

Actualmente el tratamiento del climaterio es visto de una forma más amplia en el cual se debe de individualizar a cada mujer y tanto los médicos de familia, psicólogos y ginecólogos deben en primer lugar elevar la autoestima de ellas; y enseñarlas a priorizar la solución de los problemas cotidianos como parte del tratamiento y en esto se basa el éxito de la atención médica; desde el consultorio se puede brindar, es inigualable, y van a disminuir las situaciones tensas, de estrés, en el núcleo familiar con el crecimiento de los hijos y el envejecimiento de padres y suegros.

“Nada puede sustituir la relación médico – paciente”, dice Mello-Filho, que: “desde el punto de vista del ginecólogo, la relación médico - paciente es una forma especial de relación singular o plural, que abarca una gama de sentimientos, que nacen de la interrelación implícita en cualquier acto médico; en el climaterio se hace cada vez más claro el valor de esta relación, en la medida en que mejor entendemos las transformaciones que tienen lugar en la homeostasis femenina, en esta fase de la vida y su

coincidencia con la historia natural de las enfermedades degenerativas y con el envejecimiento mismo".(57)

Diversos autores plantean que entre el 15 al 20% de las mujeres son asintomáticas; pero otras concurren tardíamente a pedir ayuda médica por lo cual existen mujeres a quienes se le realizará un diagnóstico tardío de enfermedades crónicas; o necesitan tratamiento hormonal por encontrarse en etapa mucho más crítica de la perimenopausia; y ocurre con alguna frecuencia en el caso de la osteoporosis, el diagnóstico fue realizado en muchas ocasiones por los ortopedicos los cuales la remiten con la información de que necesitan tratamiento sustitutivo para resolver su enfermedad ósea. (58, 59, 60)

La mujer que pide ayuda en la posmenopausia tardía los trastornos que presenta ya casi son irreversibles; se plantea que el uso de la T.H.R. debe de ser en los primeros dos años de ausencia de menstruación para que se pueda controlar la pérdida de masa ósea por el ritmo acelerado de la resorción; y que debe de utilizarse por lo menos 5 años. (2, 61, 62, 63,64 65, 66, 67, 68,69). Aún cuando la menopausia sea quirúrgica se plantea por muchos Oncólogos que se debe de utilizar la estrógeno terapia con progestágenos como terapia de oposición para prevenir los efectos adversos en las mamas (70).

Las contraindicaciones para el uso de la THR se pueden clasificar en *absolutas y relativas* siendo *las absolutas* las siguientes: Neoplasias estrógeno - dependiente en el momento actual; sangrado uterino de causa no precisada; trombosis vascular reciente; insuficiencia hepática aguda

(hepatitis), Ictericia colestásica, síndrome de Rotor y de Dubin - Jonson y tumores hepáticos; y enfermedad vascular cerebral hemorrágica o trombótica posterior al uso de estrógenos. (69)

Las *contraindicaciones relativas* se deben valorar (71,72) casuísticamente de forma individual pues depende también de la necesidad del uso de éstos y las enfermedades, síntomas o antecedentes que presenten las pacientes.

El uso de cualquier medicamento puede tener una reacción adversa o efecto secundario a determinada persona y a otra no darle ningún tipo de reacción pero en el THR tiene dos desventajas principales las cuales pueden impedir su uso, por los antecedentes personales o familiares y estas son: el cáncer de mama y las trombosis venosas pero aquí el riesgo es de 0,5 a 3 por cada 10,000 mujeres al año. El riesgo de enfermedad vascular cerebral no aumenta cuando se utilizan dosis de estrógenos no mayor de 0,625 mg (66, 70,72) y se plantean con énfasis los beneficios de la no atrofia urogenital y relajamiento del suelo pelviano con lo cual se reduce la aparición de incontinencia urinaria (64,65)

Para determinar el tipo de esquema a utilizar se debe tener en cuenta primero si se trata de una mujer en etapa de perimenopausia o posmenopáusica y si la paciente tiene útero o no, para seleccionarlo. (74). Existe el tratamiento de estrógenos solo y las combinaciones con progestágenos que es la recomendada para las mujeres que tienen útero y mayores de 40 años de edad. De acuerdo al uso de los progestágenos el tratamiento es secuencial, continuo o semi - continuo. (52, 73,75).

Los nombres de los distintos preparados son múltiples así como las combinaciones y dosis de los estrógenos y progestágenos pero todos tienen las mismas ventajas y desventajas para las pacientes. (52, 73, 75); ahora bien, muchas mujeres abandonan el tratamiento por distintas razones siendo una de las primeras *el temor al cáncer*; otras porque no les gusta el sangrado menstrual intermitente que a veces observan (75).

Recomendaciones de la North Menopause Society (76) para lograr un seguimiento a largo plazo:

1. *Involucre a la paciente con decisión*
2. *Explique los riesgos y beneficios con claridad y personalícelos.*
3. *Discuta desde un principio las preferencias de la mujer y úselas para aumentar las posibilidades de que ésta la continúe*
4. *Proporcione a la paciente la información que pueda utilizar*
5. *Ayude a la mujer en la sistematización en la toma del medicamento.*
6. *Seguimiento con la paciente y buena relación médico – paciente.*

## **CAPITULO III.**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 PACIENTES Y MÉTODO.**

Se realiza una investigación prospectiva, descriptiva y aplicada para brindar servicio a una población femenina en edad mediana, comprendida entre 40 a 59 años de edad o con menor edad pero ausencia de menstruación o síntomas del climaterio del grupo ramal del adulto.

Se creó una base de datos en Microsoft Access. (Anexo 1) a partir de una planilla estructurada, confeccionada como historia clínica, que se puede utilizar de forma organizada por acápite, práctica y de fácil manejo para la recolección de datos para poder adquirir información sobre los problemas fundamentales de estas mujeres; que fue procesada mediante el programa el EPI INFO 2003, versión 6 y se trabajó en una microcomputadora Pentium III, con 512 mega bytes de RAM y disco duro de 40 gigas bytes. Los datos primarios fueron agrupados según las categorías descritas en las variables planteadas para lograr cada objetivo y reducidos mediante estadígrafos de agregación (porcentaje), locación (media) y dispersión (desviación estándar). El procesamiento estadístico de la información recogida fue mediante el paquete estadístico SPSS. En todos los casos, el error máximo permisible fue de  $p \leq 0.05$

Este estudio se realizó en el policlínico “Antonio Maceo”, del municipio Cerro, desde el mes de Junio del 2000 hasta Julio del 2006 y la muestra quedó constituida por aquellas mujeres remitidas por su médico de familia u otro profesional a la consulta organizada para brindar atención diferenciada; la

misma era realizada por la autora de esta investigación, con la participación de dos residentes de Medicina General Integral los cuales terminaron sus trabajos de terminación de la residencia a partir de este proyecto de investigación. (77) (78)

El total de mujeres atendidas en esta consulta y reportadas en este trabajo quedó constituido por 501 mujeres a las cuales se le aplicó una entrevista médico – social en forma de dialogo o conversación para obtener datos generales de la paciente, sus antecedentes personales y familiares de enfermedades, sus antecedentes obstétricos y ginecológicos, los problemas asociados su sexualidad actual y datos sobre su posible sobrecarga física y mental; al escuchar todos los síntomas que ella “achacaba” a la perimenopausia se le solicitó posteriormente que definiera cuál de éstos era para ella el principal o el que más le afectaba. Y lograr que cada una planteara la percepción, limitantes y grado de criticidad (estado de salud muy mal, medianamente mal, poco o nulo) en que ellas se encontraban en esta etapa para poder determinar su estado de salud – enfermedad.

El chequeo médico fue integral: examen físico general, cardiovascular, respiratorio, chequeo de la tensión arterial, talla peso e índice de masa corporal (IMC), examen ginecológico completo incluyendo el examen de mamas y corroborar si sabía realizarse el examen de mamas y lo cumplía periódicamente.

De esta primera visita se obtenía los primeros diagnósticos clínicos y se le clasificaba en que etapa del climaterio iniciaba su atención. De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista y en el examen físico se podían brindar

distintas ínter consultas con otros especialistas en ese mismo día o en los días subsiguientes para conocer el criterio de médicos y / o psicólogos en la próxima consulta.

El tratamiento de sostén inicial (TSI) se le aplicó a todas las mujeres que concurrían a esta consulta y que consiste en:

- Explicar a cada una de acuerdo a su nivel de escolaridad lo que fisiológicamente estaba ocurriendo en su organismo por la disminución en la producción hormonal y la forma de afrontar los síntomas más molestos en el horario nocturno sobre todo.
- Mejorar su autoestima a partir de aquellos aspectos que a partir de la entrevista – conversación detectábamos como de mayor compromiso en su percepción (temor al envejecimiento, pérdida de su belleza física, insatisfacción personal por su trabajo, agobio por labores domésticas o sobrecarga física y mental por el papel de cuidadoras, descuido en su porte personal)
- Compromiso verbal de cuestiones a resolver, como convenio, para la próxima consulta y sobre todo mejorar su aspecto personal.
- Cambiar su estilo de vida: dedicar tiempo a su persona con el ejercicio sistemático a partir de un aprendizaje en el gimnasio y después continuar en el hogar. Desde esta primera consulta le demostrábamos como solo movilizar las articulaciones le era difícil por su poca costumbre. Exposición al sol de forma sistemática en los horarios adecuados. Ajuste de la dieta y uso de poli vitaminas de acuerdo al IMC; y uso de vitamina C y E como antioxidantes.



- Distribución de tareas entre los demás miembros de la familia; siendo necesario en ocasiones una sesión con otros miembros de la familia para la mejor comprensión de lo que estaba ocurriendo con la mujer consultada.
- Orientaciones sobre los problemas sexuales que se pueden presentar en esta etapa y su solución en primer lugar con la comunicación con su pareja.
- Nuevas alternativas de trabajo o recreación o nuevas formas de ocupar su tiempo en aquellas mujeres con el “nido vacío”
- Chequeo o curva de su tensión arterial en semanas subsiguientes en su consultorio o en su centro de trabajo si ésta se hubiera encontrado alterada en esta primera visita.
- A pacientes con diagnóstico de osteoporosis se le brindaba lecturas de revistas de cómo prevenir las fracturas y el tipo de ejercicios que podían realizar además de que concurrieran ese mismo día al departamento de Fisioterapia del policlínico.

Al finalizar esta primera consulta se concluía en que etapa del climaterio se encontraba y se le planteaba a cada una nuestra primera impresión diagnóstica sobre cualquier otra situación orgánica detectada y la conducta a seguir de acuerdo a los complementarios indicados y su consentimiento de atención en esta consulta para lograr una mejor calidad de vida.

A todas las pacientes se les indicaron los siguientes complementarios para valorar su estado de salud, corroborar alguna sospecha de diagnóstico y para evaluar la posibilidad del uso sin riesgos de la THR; con los rangos normales aceptados por el laboratorio:

- Hemograma completo: hemoglobina desde 115 hasta 150 g/l, hematocrito 0,37 - 0,40 vol/% y leucocitos entre 6 a 12x10<sup>9</sup>. Eritro de 1 a 20 mm/h
- Serología y HIV: VDRL no reactiva; negativa o positiva
- Glicemia en ayunas: 4,20 – 6,1 mmol/l
- Creatinina: 44 - 95 μmol/l
- Lípido grama: Colesterol total 3,6 – 4,7 mmol/l y triglicéridos hasta 2,00 mmol/l e índice de β pre-β normal hasta 4
- Orina. Medidas normales de albúmina, glucosa, hemáties y leucocitos
- Exudado vaginal y endocervical: negativo de monilias, tricomonas, vaginosis bacteriana y diplococos intracelulares
- Actualización del examen de Papanicolau o realización de este test si estaba en fecha de vencimiento para diagnóstico de cáncer de cuello.
- Colposcopia si fuera necesaria por resultado del Papa-test o alteración en la prueba de ácido acético y/o prueba de Schiller
- Electrocardiograma: Resultado dado automáticamente por el equipo o consultado con su clínico por alteraciones mínimas o concomitantes cifras de tensión arterial elevada.

- Mamografía (Mx) de acuerdo a su edad (>45 años)
- Ultrasonografía transvaginal a todas las mujeres menopausicas con útero; o por sus síntomas y signos ginecológicos al examen con especulo y tacto bimanual.
- Ultrasonografía de mama si fuera necesario por resultado de la Mx o en aquellas mujeres menores de 45 años que por el examen clínico impresionaba ser portadora de displasia, nódulos o mamas hipertróficas o se le sugería THR.
- Legrado diagnóstico a todas las pacientes con 5 mm. o más de reacción endometrial (R.E.) en el estudio de ultrasonografía o sospecha de pólipos endocervicales.
- Densitometría (DX) por sus antecedentes patológicos personales y / o familiares además del examen físico o por remisión del Ortopédico. Este examen no fue de fácil solución por su limitación de equipos.

En aquellas mujeres con algún dato positivo en la Mamografía se completó su atención médica en las consultas especializadas de Mastología del hospital "Ramón González Coro" o por petición de la paciente en el Instituto de Oncología y Radioterapia (INOR). Además se pudieron realizar las ínter consultas con otras especialidades en el mismo policlínico siendo las más frecuentes con Medicina Interna, Dermatología, Ortopedia, Medicina Bioenergética y Natural, y Psiquiatría. Se realizaron los estudios de Colposcopia para aquellas mujeres a las cuales en el examen con especulo (a "ojo desnudo" y/ o con prueba de acido acético o al test de Schiller), se le

diagnosticó alguna alteración en el cuello uterino; o si el test de Papanicolau (citología orgánica) fuera anormal.

La segunda consulta que se programaba entre una a tres semanas después de esta inicial para corroborar el diagnóstico presuntivo; o si se encontraban alteraciones en los complementarios que se recibían; y a partir de este momento se le hacían sugerencias de las distintas alternativas terapéuticas a utilizar en cada paciente o se explicaba la necesidad de ínter consultas con otros profesionales o la necesidad de algún proceder quirúrgico incluyendo el legrado diagnóstico – terapéutico.

Con el T.S.I. muchas mujeres abandonaron el tratamiento de hipotensores al lograr obtener su peso normal y mantener el ejercicio sistemático así como una dieta más sana.

A las pacientes que necesitaron tratamiento hormonal se les informó de todas las ventajas, desventajas del método y de los riesgos relativo aumentado, en especial, para el cáncer de mama.

A aquellas que aceptaron el THR se les solicitó su firma como consentimiento informado (anexo 2) y se les reservó su próxima consulta en 6 meses; y el compromiso de asistir anualmente a un nuevo chequeo; siendo fructífero el seguimiento de las pacientes en estos 6 años de atención.

### **3.2 Para lograr el primer objetivo.**

#### **3.2.1 Variables dependientes.**

1. Climaterio: período de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la vida femenina. Se divide en dos etapas perimenopausia y posmenopausia. (2)
2. Perimenopausia: desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia (2)
3. Posmenopausia: etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 64 años y que a su vez se divide en etapa temprana a los primeros 5 años de posmenopausia y la etapa tardía desde 5 años después de la menopausia hasta los 64 años de edad.(2)
4. Menopausia natural o espontánea: cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario. Su diagnóstico es retrospectivo y se hará después de un período de amenorrea mayor de 12 meses. (2)
5. Menopausia artificial o quirúrgica: a la ausencia de menstruación por daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o por castración quirúrgica.(2)
6. Edad mediana: la que se corresponde con mujeres entre 40 y 59 años de edad, grupo humano al que va dirigido la atención del climaterio.(“)
7. Criticidad del Síndrome climatérico (SC). Mide el impacto del SC sobre la mujer y se basa en la percepción que plantea la mujer y las limitantes

que ella refiere en las tareas laborales u hogareñas y de acuerdo con ella se logra un puntaje.

8. Desórdenes físicos asociadas al climaterio: aquellos que la paciente refiere le fueron diagnosticados coincidiendo con el climaterio como son la hipertensión arterial esencial o idiopática, diabetes mellitus, osteoporosis, artrosis y asma.

### **3.2.2 Variables independientes:**

1. Edad de aparición de la menopausia
2. Esfera conductual: escolaridad y ocupación: Ama de casa, obrera, técnico medio, profesional, dirigente, trabajador por cuenta propia (TCP) o Jefe de TCP
3. Número de hijos y edades y si conviven en el hogar.
4. Índice de sobrecarga física y mental basado en si trabaja en la calle, si el compañero sexual vive con ella o no; la edad de los hijos y nietos que conviven en el hogar. Si tiene ayuda doméstica plena, parcial o ninguna y la posible sobrecarga física por cuidadora de ancianos (padres, abuelos, tíos o suegros) o la atención a hijos o hermanos con limitaciones físicas o mentales. También se exploró la sobrecarga mental de esposos alcohólicos.

### **3.3 Para lograr el segundo objetivo.**

**3.3.1 Variables independientes** que se obtendrían de los estudios complementarios (hematológicos, hemoquímicos, exudados vaginal y endocervical, estudio con colposcopia, ultrasonografía de mamas y de

genitales, mamografía, estudio BAAF de la mama y estudio anatómico – patológico de biopsia de cuello uterino y de endometrio)

1. Anemia
2. Diabetes Mellitus
3. Hipercolesterolemia
4. Displasia mamaria
5. Nódulos de mama
6. Cáncer de mama
7. NIC (neoplasia intra epitelial de cuello uterino)
8. Miomas uterino
9. Hiperplasia del endometrio.
10. Adenocarcinoma de endometrio
11. Tumores de ovar
12. Otras afecciones crónicas.

### **3.4 Para lograr el objetivo tres**

#### **3.4.1 Variable dependiente.** Respuesta clínica al tratamiento

1. Mejoría: Si el síntoma principal o por el que ella refiere que concurrió a consulta ha cesado o ya no le molesta o es tolerable.
2. Igual: No ha existido ninguna modificación

3. Empeoró: Los síntomas o el síntoma principal se ha incrementado o se le produjo invalidez o limitación de tareas o reacción al medicamento

### **3.4.2 Variable independiente**

1. **Tratamiento de Sostén Inicial (TSI)** Estará constituido por la individualidad para cada mujer donde se incluyó en primer lugar escuchar todas sus dudas y síntomas, conversar sobre la nutrición y orientar su dieta basado en el índice de masa corporal ( $IMC = \text{peso (Kg.)} / \text{talla (m}^2\text{)}$ ); orientarla en los ejercicios sistemáticos, valorando la existencia o no de lesiones en el SOMA; poli –vitaminas, vitamina E como antioxidante, tomar el sol en los minutos precisos y en el horario adecuado. Se le brinda de acuerdo a la criticidad con que llega el apoyo psicológico inmediato y se intercambia sobre los aspectos de la sexualidad con su pareja actual pero si esta esfera estuviera muy comprometida se le coordina la consulta con Sexología; detallado en la pagina 43.
2. Tratamiento de Medicina Bioenergética y Natural (MBN). Tratamiento de los síntomas neurovegetativos y de los epifenómenos o trastornos psicológicos como el insomnio, la depresión; basado, fundamentalmente, en el tratamiento con acupuntura o la terapia floral de Bach.
3. Tratamiento hormonal: La terapia hormonal de reemplazo (THR) es aquella en que se indica la ingestión de estrógenos conjugados o naturales, y el uso de progestágenos (10 a 14 días) en las mujeres



menopausicas, con útero. El uso de estrógenos solos en ausencia de útero en mujeres menores de 40. Otras opciones hormonales son los progestágenos y los andrógenos para regular los problemas menstruales o alteraciones del endometrio y los problemas en la esfera sexual, respectivamente.

4. Tratamiento quirúrgico: Se le indicó a aquellas pacientes con diagnóstico realizado en consulta por afecciones ginecológicas (tumores o prolapsos) dentro de la morbilidad oculta encontrada; así como se remitió a otras especialidades ante la sospecha o diagnóstico ultrasonográfico de afecciones del sistema gastrointestinal con posibilidades de tratamiento quirúrgico.

## CAPITULO IV

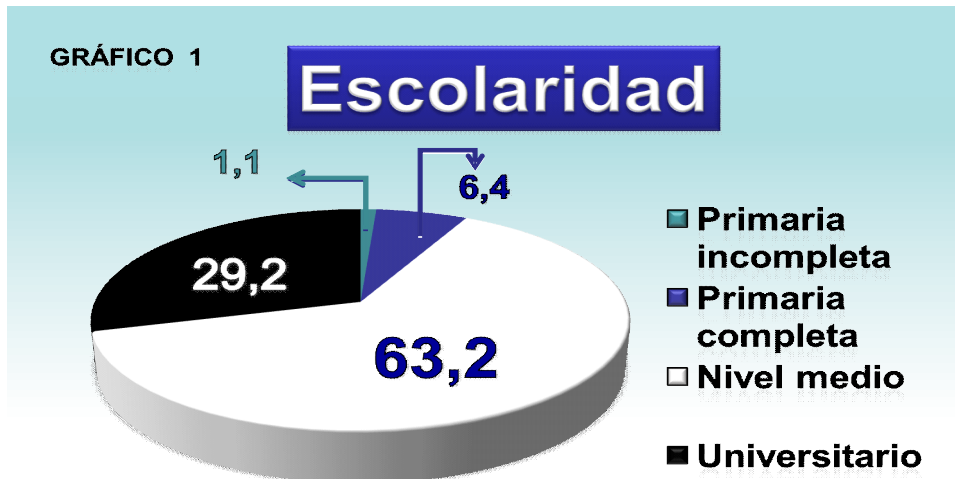
### RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Los datos generales obtenidos a través de la planilla confeccionada como historia clínica para cada mujer climatérica incluida en esta investigación (ver anexo 1) fueron similares en cuanto a la edad media de la menarquia 12,1 y 12,4 años en nuestro país (79) La edad de la menarquia varía mientras que en Europa es más tardía su aparición; Chile da como edad de presentación 12,6 años; los Estados Unidos 12,8. La edad de las primeras relaciones sexuales se reportó con una edad media alta (19,3años) para los datos de las generaciones de jóvenes con relaciones sexuales más precoces. Se obtuvo una media de 47,4 años de edad para la menopausia espontáneas y por debajo de 40 años la menopausia quirúrgica. La edad media de la menopausia coincide con las cifras de países, en vías de desarrollo; mientras que en los reportes de países industrializados la edad media de la menopausia espontánea es superior a los 50 años de edad, reportándose con una media de 52,5 (42)

**Tabla 1** **Datos generales**

EDAD	Biológica	Menarquía	PRS	MENOPAUSIA	
				E	Q
<b>Mínima</b>	<b>21</b>	<b>7,0</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>19</b>
<b>Máxima</b>	<b>59</b>	<b>19,0</b>	<b>37</b>	<b>57</b>	<b>52</b>
<b>Media</b>	<b>48,3</b>	<b>12,2</b>	<b>19,3</b>	<b>47,4</b>	<b>39,4</b>
<b>Desviación típica</b>	<b>5,5</b>	<b>1,7</b>	<b>3,14</b>	<b>4.9</b>	<b>7.9</b>

**Fuente:** Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”



**Fuente: Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”**

La escolaridad predominante en este estudio fue el nivel medio, 63,3%; que es actualmente la realidad del país en escolaridad; y se observó que las mujeres que solicitaron ayuda médica el 29,2% eran universitarias; a pesar de sus conocimientos generales la percepción de los síntomas del climaterio sobre todo los sofocos nocturnos le produce a todas la misma ansiedad, independientemente de su escolaridad. Esto puede estar en relación con lo planteado por la autora rusa Krymskaya en lo referente al desgaste del eje hipotálamo – hipófisis de las mujeres intelectuales (3) .

El grado de escolaridad en el nivel medio fue similar, el 72,2% y del 62, 6%, respectivamente, en los estudios realizados en Cuba por las Dras. Mayté Valdés y María E. Díaz Sánchez mientras que ambos estudios el nivel universitario fue más bajo (14,7% y 9,8%, respectivamente) (78) (81); reportando la Dra. Valdés un mayor por ciento de mujeres asintomáticas



En el gráfico 2 se observa la ocupación de las mujeres siendo su distribución porcentual muy similar en este estudio: el 27% de amas de casas; las profesionales reportadas fueron del 26% y el 24,4% técnicas. Estos resultados no coinciden con los estudios de la Dra. Díaz Sánchez que refiere el 40,9% de amas de casas ni con el estudio de la Dra. Valdés en el cual el por ciento de amas de casas fue del 50,5% mujeres (78) (81). En nuestro estudio el por ciento de mujeres dirigentes es bajo (9,0%) a pesar del alto por ciento de mujeres con escolaridad universitaria (26%)

No hubo significación estadística cuando se correlacionó el síntoma principal referido por cada una de las 501 mujeres con su ocupación actual.

Al predominar en este estudio las profesionales y técnicas sobre las amas de casas y obreras encontramos que influye como en todos los grupos poblacionales de acuerdo al desarrollo socio – económico sobre la historia obstétrica de las mujeres estudiadas siendo la media de gestaciones del 3,6

pero predominó la relación de abortos sobre los partos, siendo la media de 2,0 abortos contra el 1,6 de partos. Los estudios de la Dra. Valdés y Díaz Sánchez (78, 81) en donde predominaron las amas de casas es mayor la media de partos sobre la decisión del aborto. La tasa de fecundidad específica en Cuba es baja de 46,7 por 1000 mujeres en edad fértil (MEF) y Cuba ocupa el primer lugar entre los países latinoamericanos y un lugar entre los 30 del orbe por su baja natalidad. (82)

**Tabla 2**

### Etapa del climaterio

Diagnostico por clínica	Frecuencia	Porcentaje %
Pre menopausia	213	42,5
Menopausia	115	23,0
Pos menopausia	173	34,5
<b>Total</b>	<b>501</b>	<b>100</b>

**Fuente: Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”**

Al inicio de la consulta el por ciento de mujeres que se encontraban en etapa peri menopaúsica era el 42,5% del total; mientras que solo el 23% estaban en el año de la menopausia; pero el grupo de mujeres pos menopausicas fue del 34,5% y estaban en la etapa de la pos menopausia tardía el 17,7% pero esto significó el 51,4% del total de 173 mujeres posmenopáusicas; deseando recordar que en esta muestra el 42,3 % de menopausia fue quirúrgica con una edad media de 39,2 años de edad media.; por tanto, muchas mujeres con menopausia artificial pueden tener

sus síntomas en la etapa de pos menopausia tardía por no haber sido ooforectomizadas al realizárseles la histerectomía abdominal.

**Tabla 3.**  
**Tipo de instalación de la menopausia**

	Número	%
<b>ESPONTÁNEA</b>	<b>165</b>	<b>57,9</b>
<b>QUIRÚRGICA</b>	<b>120</b>	<b><u>42,1</u></b>
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>100</b>

**Fuente: Planilla de historia clínica.**

Del grupo de 285 mujeres en la menopausia encontramos que el 42,1% fueron mujeres operadas, con histerectomías realizadas por distintas causas; pero es indudable que la sintomatología referida es más acentuada cuando se les practicó la doble ooforectomía y aquellas sin ooforectomía llegan a la consulta en el periodo de pos menopausia tardía. Existen otras formas de menopausia artificial por la destrucción de los ovocitos por tratamiento radiantes o su efecto sobre el ovario por tratamiento con citostáticos, Danazol, Tamoxifeno o análogos de las gonadotropinas (LHRH). En nuestro estudio se encontraron un total de 5 mujeres con menopausia quirúrgica temprana y solo 1 con menopausia precoz espontánea y 1 mujer con amenorrea de 3 años que con tratamiento

hormonal retorno a sus menstruaciones normales a pesar de datos endocrinológicos de menopausia.

En el gráfico 3 se observa que predomina el grupo mujeres casadas (69,3%) y cifras similares entre las que refieren estar solas (14%) y las que refieren un compañero sexual estable (12%). La Dra. Díaz Sánchez (81) refleja en su estudio que el 52,3% mujeres perimenopaúsicas son casadas y 41,6% pos menopausicas, en el municipio Centro Habana; muy por debajo de los datos de nuestro estudio; pero similar a las cifras obtenidas por el grupo del policlínico "Héroes de Girón" donde se encontró que el 20% de las mujeres solteras, no refieren tener compañeros sexuales ocasionales, lo que nos plantea un nuevo problema social que es la soledad. (78)



Las 501 mujeres no se opusieron a responder sobre el número de compañeros sexuales y se encuentra que el rango de 2 a 5 compañeros fue el más frecuente para el 56,6%; y el 31,5% declara haber tenido una sola pareja sexual. Solo 3 mujeres del total declaran haber tenido más de 15 compañeros sexuales y otras 5 refieren entre 11 a 15 parejas. No se encontró ninguna referencia sobre este factor que puede contribuir a determinar grado de estabilidad emocional de la mujer en edad mediana y su personalidad ante los efectos adversos de la disminución en la producción hormonal de esta etapa y de acuerdo a las variables socio económicas actuales.

Tabla 4

### Compañeros sexuales

Cros. sexuales	No. mujeres	%
1	158	31,5
2 A 5	283	<u>56,6</u>
6 A 10	52	10,4
11 A 15	5	1,0
> DE 15	3	0,6

Fuente: Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”



En el grupo de estudio el 85,09 % declaran tener actualmente relaciones sexuales. El número de mujeres sin relaciones sexuales correspondió al grupo de mayor edad donde ya existe pérdida del deseo sexual; éste es más marcado en las mujeres castradas pues esta técnica disminuye el riesgo sanguíneo vaginal de una forma apreciable y constante lo que no ocurre en la menopausia natural donde el estrógeno circulante en el plasma es suficiente para mantener un tiempo el trofismo vaginal (83)

Lugones plantea en su experiencia que el 29,9% arriban a la peri menopausia sin pareja y que esto se incrementa al 39,9% en la pos menopausia (84); cifras superiores a las encontradas en nuestro estudio. El autor plantea que esta ausencia de pareja está asociada a la depresión de estas mujeres; que al encontrarse “solas” se les exacerban los síntomas.



**Fuente: Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”**

La calidad de las relaciones sexuales es regular o mala en el 63,3% de las mujeres que concurren espontáneamente a consulta pero no declaran que

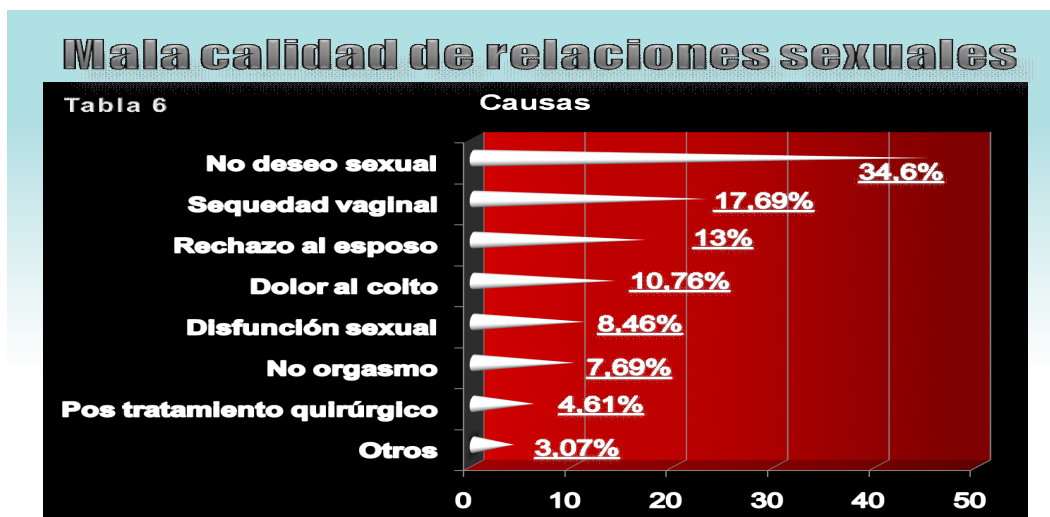
éste sea el motivo fundamental de su consulta; por lo cual se puede diferir que a pesar de plantear otro (s) síntoma(s) del climaterio, de forma indirecta, a veces lo que prima en muchas mujeres son los trastornos con su pareja en lo referente a la sexualidad.; Lugones en su estudio con 202 mujeres peri menopausicas plantea que las relaciones sexuales son malas o regulares en el 60,3% y en el 73,3% de las pos menopausicas por lo cual sus cifras son similares a las encontradas en nuestro estudio. La Dra. C. Sarduy plantea que la demanda de atención sexológica es baja; realidad que contrasta con una alta morbilidad oculta por malestares sexuales y disfunciones en las mujeres en consultas de Psicología y Psiquiatría en APS (85). Solo declaran una buena calidad de la relación sexual el 31,7% de las mujeres casadas; mientras que las mujeres con una pareja estable el porcentaje es mayor (46,7%). La calidad regular o mala de la relación sexual con el estado conyugal es evidente que ocurre con mayor frecuencia en las mujeres casadas (33,1 y 29,7%) que en aquellas que mantienen una pareja estable (28,3% y 23,3%) sin permanencia del cónyuge en el hogar. La Dra. Hernández en su tesis de maestría (86) plantea que las relaciones sexuales se ven en muchas ocasiones afectadas por las discusiones frecuentes, falta de comprensión y comunicación que se inician a partir de la sobrecarga física de la mujer por los quehaceres del hogar y la falta de cooperación de esposo e hijos.

Tabla 5. Estado conyugal y relaciones sexuales actuales

**Tabla 5**  
**Estado civil y calidad**

**Tabla 5**  
**Estado civil y calidad de relaciones sexuales**

Calidad de la Relación sexual		CASADA	Cro. ESTABLE	TOTAL
BUENA	No.	110	28	138
	%	31,7	46,7	33,9
REGULAR	No.	115	17	132
	%	33,1	28,3	32,4
MALA	No.	103	14	117
	%	29,7	23,3	28,7
Desconocida	No.	19	1	20
	%	5,5	1,7	4,9
TOTAL	No.	347	60	407

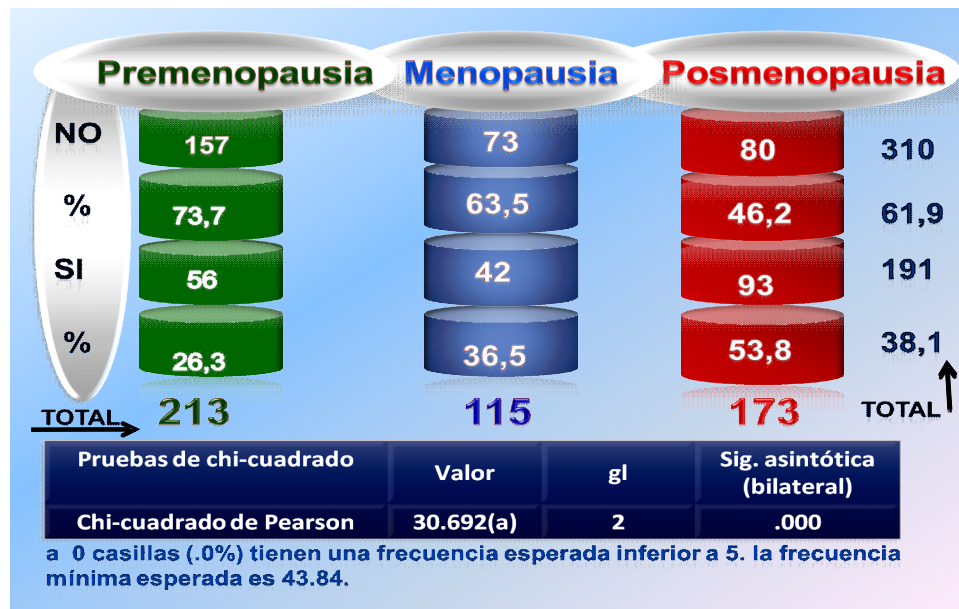


**Fuente:** Planilla de historia clínica

La causa que más invocaran las mujeres para clasificar la relación sexual como mala es el poco deseo sexual (34,6%) que experimentaron desde la ausencia menstrual; inferior a lo planteado por Lugones que se eleva a un 58,9% de las mujeres en la pos menopausia (84); y le sigue en nuestro estudio como segunda causa en frecuencia la sequedad vaginal con 17,69% y la ardentía vaginal o dolor al coito con el 10,76%. Hay autores que invocan el deseo sexual hipo activo, en reciente congreso de la Asociación

Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), que puede iniciarse por las molestias que ya ellas comenzaron a tener desde el climaterio.

**Tabla 7. Sequedad vaginal y etapa del climaterio**



Esta sequedad vaginal se experimentó en las mujeres menopausicas o posmenopáusicas con mayor frecuencia; pero también se observa en las mujeres climatéricas que han espaciado las relaciones sexuales con su pareja por otras causas descritas en su planilla como la falta de comprensión, alcoholismo del hombre y causas masculinas orgánicas. No siendo despreciable el porcentaje de hombres con disfunción sexual (8,46%) mayor que las mujeres que se declaran anorgásmicas (7,69%); esta cifra coincide con Masters y Johnson que plantean el 10% de anorgasmia en las mujeres; pero es inferior a la encontrada por Texeira (34%) en la edad menopáusica; y por el Dr. Farramola (56%) en su tesis de maestría en 227 mujeres encuestadas (87, 88, 89). Farramola si plantea que en la anorgasmia femenina juega un importante papel la cotalgia que en ocasiones declaran

las mujeres que la padecen desde su último parto por las lesiones vaginales o del cuello uterino durante el mismo o por complicaciones de la episiorrafia.

El problema de la sexualidad debe siempre preguntarse con mucha delicadeza para no romper la relación médico paciente por constituir un aspecto importante en la intimidad de la pareja. Muchas mujeres creen que las alteraciones de la sexualidad es algo “natural” según avanza la edad y no declaran este dato a su médico de familia o ginecólogo. Para algunas culturas la sexualidad termina junto con la ausencia de menstruación y aún en países desarrollados existe la creencia que las conductas sexuales varían con la aparición de la menopausia. La licenciada Sarduy plantea en su relación mito mujer = madre donde el planteamiento social de la función de madre se antepone al sexo mujer se les considera menos en lo referente al erotismo y se le considera más como el acompañante del varón

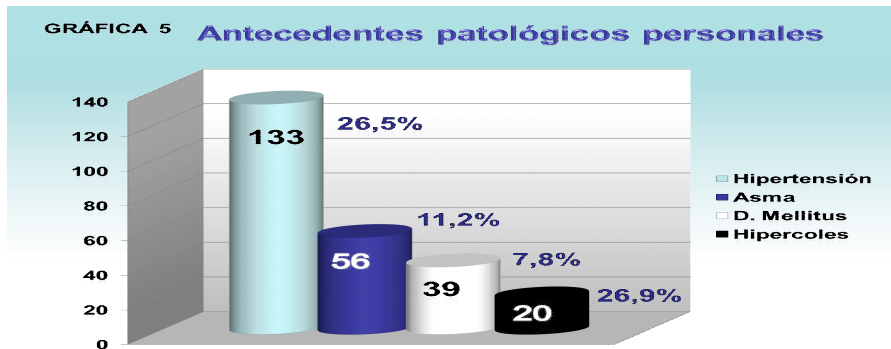
En nuestra atención primaria de salud (APS) se debe manejar de forma interdisciplinaria con los psicólogos y sexólogos estos problemas de la esfera sexual sobre todo en la menopausia, pues es más frecuente que las mujeres se preocupen por su sexualidad durante la premenopausia que una vez finalizada su menstruación; en primer lugar por creencias erróneas y después porque consideran que ya no tiene solución su problema que se ha ido agravando por incompreensión de su pareja o por difícil comunicación de las parejas sobre este tema.

**Tabla 8.**  
**Climaterio y alteraciones menstruales**

Menstruación Días y ciclos	G. Estudio	
	No.	%
Climatéricas	213	100
Menstruación 1-7	192	90.1
Menstruación > 7	18	8.4
Ciclos < 25 días	33	15.4

**Fuente: Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”**

En esta tabla se observa el resultado de aquellas mujeres climatéricas que presentaron problemas de menstruaciones ya sea por una duración mayor de 7 días (8.4%) o ciclos menstruales menores de 25 días (15.4%). Una vez descartado alguna morbilidad ginecológica oculta como pólipos endocervicales visibles, cervicitis, o miomas uterinos se definió la necesidad de estudio por anatomía patológica a través del legrado diagnóstico o biopsia endometrial. La Dra. Valdés encontró el 6,3% de menstruaciones de mayor duración a los 7 días similares a este estudio y solo el 1,2% de proiomenorrea. El colegio norteamericano asegura que los ciclos en esta edad son menores de 21 días y anovulatorios desde el climaterio en el 50% (67) (78) El profesor Casas plantea la importancia del estudio anatómico patológico ante cualquier trastorno menstrual en la edad mediana para realizar el diagnóstico diferencial entre las causas orgánicas de las disfuncionales. Su criterio personal es realizar ultrasonografía cada 6 meses a todas las mujeres con THR (90)



Entre los antecedentes patológicos personales del total de mujeres atendidas la diabetes mellitus, ya diagnosticada, se presentó en el 7,8%; superior al reportado por la Dra. O. M. Colete (3% de la población cubana) con una frecuencia mayor en las mujeres y con aparición entre los 40 a 50 años de edad (12). Sin embargo la hipertensión arterial es una enfermedad presente casi en la tercera parte del grupo estudiado (26,5%) seguido por el asma con el 11,2%. Siendo estas tres enfermedades crónicas no transmisibles la de mayor frecuencia de dispensarización en la APS. Se conoce que en esta etapa de la vida predomina la hipertensión arterial, la obesidad y la cardiopatía isquémica como causa de mayor morbilidad en los países desarrollados siendo también en Cuba los rubros que producen la mayor morbilidad y mortalidad en mujeres mayores de 50 años de edad (42,66, 69). En EE. UU., la hipertensión arterial es la causa directa de 4,7% de las muertes en mujeres blancas y los 22,8% en las afro americanas. La Dra. Navarro plantea que es la hipertensión arterial el factor más relevante para el riesgo cardiovascular por tener un carácter modificable, porque su prevalencia e incidencia es mayor que la D.M. y el tabaquismo, y existe una interrelación bidireccional con la aterosclerosis y porque el envejecimiento favorece su aparición. (12)



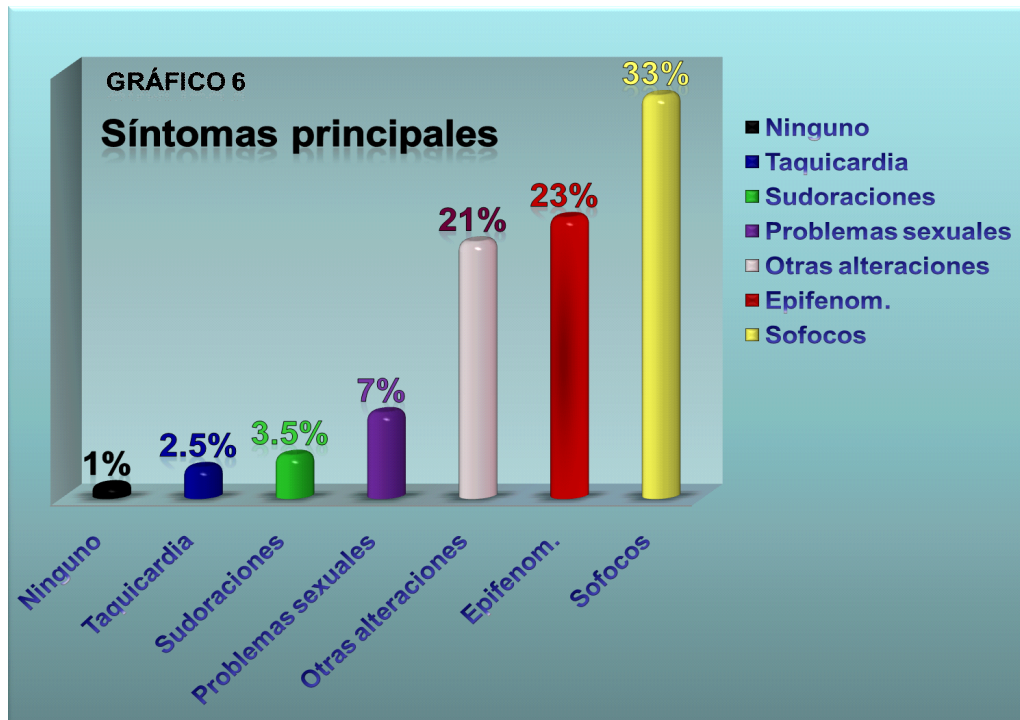
**Fuente: Planilla de historia clínica**

Con una puntuación arbitraria de 0 a 2 puntos en los distintos parámetros que se seleccionaron sobre la vida personal, laboral y en la jornada doméstica de las mujeres (Ver anexo 1) se sumaron éstos y se decidió después de un corte realizado por la autora y el Dr. Govea (77) que si el total de puntos era mayor de 7 la mujer debía sentirse sobrecargada, física y mentalmente. Como se observa en la tabla hubo 351 mujeres que no se encontraban, aparentemente sobrecargadas, para el 70,5% de la muestra y solo un 29,94% si se encontraban ante fuertes tensiones. En este grupo casi siempre predominaba el papel y / o deber de cuidadora de ancianos o minusválido que es un nuevo problema a afrontar por la familia cubana al aumentar la expectativa de vida y ser insuficiente los hogares de ancianos o cuidadores estatales. En este punto de la entrevista la gama de sentimientos y forma de afrontar esta sobrecarga fue tan variada que se puede decir en



forma general que en la mayoría de las mujeres cubanas no son capaces de percibir que muchos de los epifenómenos que presentan están ocurriendo por este grupo de tareas que ella no es capaz de repartir entre todos los componentes de su familia; y esto nos enfrenta a un problema social que no importa tener leyes ni códigos de familia, ni los derechos de la mujer escrito en miles de reglamentos; sino que, es la comunidad de forma cohesionada, con todos sus líderes formales y naturales que ayuden al cambio de estilos de vida y los roles de género en el seno familiar y social (91) (92).

Plantea la Dr.C. licenciada Leticia Artilles Visbal en artículo de la revista Mujeres (2006) que la mujer de la edad mediana vive rodeada de un grupo de compromisos, por los múltiples roles que desempeñan de : madre, esposa, hija, nuera, suegra, abuela y aunque no queramos es “ella misma” en función de los “otros” ; y a esto se le debe agregar que en nuestro país han sido capaces de ocupar el espacio público en las esferas laborales que antes eran solo para los hombres pero sin ser capaces de distribuir o compartir equitativamente los roles del hogar; se ha seguido limitando estas tareas hogareñas al género femenino; esta sobrecarga física lleva en cierta medida al desequilibrio emocional y por tanto al estado de bienestar y al estado de salud.



**Fuente: Planilla de historia clínica**

Los sofocos y las sudoraciones que son los síntomas más reportados en todas las literaturas consultadas del mundo occidental se consideran como trastornos de la termorregulación central en el termostato hipotalámico; ante el déficit de producción de estrógenos ocasionaría a nivel hipotálamo - hipófisis un desequilibrio entre los neurotransmisores hipotalámicos (catecolamina, dopamina y endorfinas) los cuales son capaces de estimular a este centro termorregulador aumentando la temperatura corporal y se produce la vaso dilatación y sudoración para resolver o ajustar la temperatura corporal que se encuentra elevada por la activación del simpático cervical; además de activar las neuronas del núcleo productor de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropina GnRH la que aumenta los niveles de LH. La Dra. Navarro en su libro plantea que estos síntomas no se reporta en las mujeres mayas y en el Japón no existe esta palabra en

su idioma (12) El síntoma principal por el cual concurren las mujeres a la atención médica en el grupo de estudio fueron los sofocos o fogajes (33,9%); seguida por los síntomas de insomnio, depresión, irritabilidad de carácter y ansiedad agrupados como los denominados epifenómenos o trastornos psicológicos del climaterio (22.4%). Los trastornos de la sexualidad y la sequedad vaginal presentan ambos el mismo porcentaje como síntoma principal (6,6%). En todos los estudios e investigaciones sobre el climaterio el síntoma principal son los sofocos; seguidos de las sudoraciones que fue, en nuestro estudio, el 6,2%.

**Tabla 10 Síntoma principal y etapa del climaterio**

Síntoma	Perimenopausia		Menopausia		Posmenop.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Principal</b>								
Sofocos	71	<u>33.3</u>	47	<u>40.9</u>	52	30.1	170	<u>33.9</u>
Sudoración	14	6.6	6	5.2	12	<u>6.9</u>	32	6.4
Taquicardia	5	2.3	3	2.6	3	1.7	11	2.2
<b>EPIFENOMENOS</b>	<b>48</b>	<b>22.1</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>42</b>	<b>24.4</b>	<b>115</b>	<b>22.4</b>
Seque. Vaginal	8	3.8	7	6.1	18	10.4	33	<u>6.6</u>
Problema sex	7	3.3	10	8.7	16	10.2	33	<u>6.6</u>
Alt. Urinarias	1	0.5	1	0.9	2	1.2	4	0.8
Hipertensión	1	0.5	0	0.0	1	0.6	2	0.4
Otro (s)	57	26.8	13	11.3	26	15.0	96	<u>19.2</u>
Ninguno	2	0.9	5	4.3	1	12.5	8	1.6
<b>Recuento</b>	<b>213</b>	<b>42.5</b>	<b>115</b>	<b>23.0</b>	<b>173</b>	<b>34.5</b>	<b>501</b>	<b>100</b>

<b>Prueba de chi cuadrado</b>	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>45.993(a)</b>	<b>24</b>	<b>.004</b>

Según Arteaga en el libro de Ginecología del Dr. Pérez Sánchez en el capítulo de Climaterio plantea que estos síntomas de bochornos, fogajes, palpitaciones y sudoraciones se presentan alrededor del 80% de las pacientes y su frecuencia es mayor en el primer año de posmenopausia y declina progresivamente; aunque pueden reaparecer años después de la

menopausia y suelen reiniciarse cuando se interrumpe bruscamente la THR (42); esta diferencia puede estar dado porque en nuestro estudio independizamos el síntoma principal del bochorno de éstos cuando eran como asociados a otro síntoma principal.

En el grupo de estudio se pudo comprobar que las mujeres que presentaron una mayor criticidad de estos síntomas vasomotores fueron las mujeres menores de 45 años con histerectomía total abdominal y anexectomía bilateral; es por ello que en ambos consensos nacionales sobre Climaterio y Menopausia se hizo hincapié de no realizar exéresis de los ovarios a las mujeres de 50 años o menos, si éstos presentan un aspecto normal aunque estén casi atróficos. (2).

No se ha logrado que este enfoque integral sea también aceptado por todos los profesionales de la salud en el país. La Dra. Miriam García Tirado en el libro de Climaterio y Menopausia (83) en el tema sobre la menopausia artificial plantea la necesidad de que las mujeres sean bien informadas acerca del riesgo y beneficios de la intervención denominada pan histerectomía; de los beneficios, inconvenientes y peligros del proceder a breve y largo plazo; y manifiesta la autora: "solo la paciente gana o pierde y solo ella puede valorar cada uno de estos resultados". En el segundo día del postoperatorio de la exéresis de los ovarios ya la FSH ha aumentado y el grado de este ascenso tiene relación con la fase del ciclo menstrual en que se realizó la histerectomía. (83).

En el análisis que se realiza para cada etapa del climaterio (tabla 10) se encuentra que existe significación estadística para cada uno de los síntomas

y tanto la sequedad vaginal como los problemas sexuales y las alteraciones urinarias son mas frecuentes en las mujeres pos menopausicas. En el climaterio predominan los sofocos y dentro de los denominados epifenómenos la irritabilidad de carácter y la ansiedad (9.4% y 5.2%, respectivamente) son los síntomas que más hubo que priorizar con el tratamiento de sostén inicial (TSI) desde la primera entrevista.

El grado de percepción de los síntomas se les preguntó a cada paciente para que ella misma calificara ese síntoma principal y el conjunto de éstos como ella era capaz de sentirse en esos momentos o en los días que precedieron su llegada a la consulta y se les pedía que si era la sensación de estar muy mal, medianamente enferma o que éstos no afectaban su estado de salud.

Lugones plantea en su capitulo de enfoque integral de la mujer climatérica que resulta muy importante la comparación que muchas veces hace la mujer con la auto percepción de su vida en las diferentes etapas en que se desenvuelve y refieren que han disminuido sus rasgos de belleza, del rol que tenían en la familia y de su capacidad física y mental y estos elementos contribuyen a alterar su estado de salud del 20 al 40 %. (84).

**tabla 11**  
**Percepción y etapa climatérica**

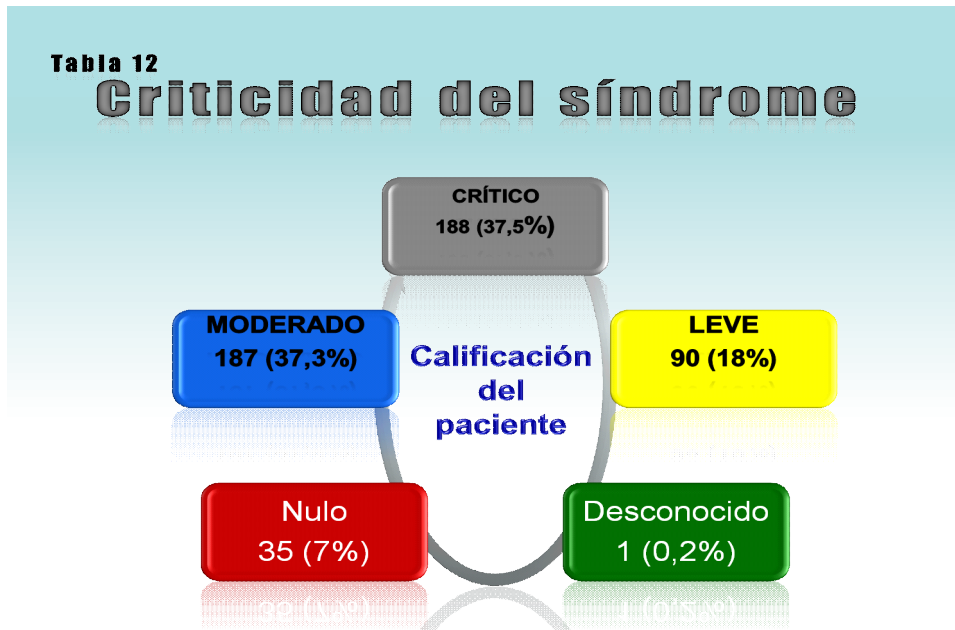
Etapa	Climaterio	Menopausia	Posmenopausia	Total
Percepción 1	77	50	88	215
%	36.2	<b>43.5</b>	<b>50.9</b>	<b>42.9</b>
Percepción 2	116	51	73	240
%	<b>54.5</b>	44.3	42.2	<b>47.9</b>
Percepción 3	20	14	12	46
%	9.4	<b>12.2</b>	6.9	<b>9.2</b>
Total	213	115	173	501

Prueba de chi cuadrado	valor	gl	sig. asintótica (bilateral)
chi-cuadrado de pearson10.302(a)	10.302. (a)	4	.036

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 10.56.

En la tabla 11 de nuestro estudio se observa que las mujeres que presentaron la percepción 1 de los síntomas (más crítico) fue del 42,9% siendo mas frecuente en las mujeres posmenopáusicas (50,8%) sobre aquellas que iniciaban su menopausia y presentó significación estadística si se comparan con las mujeres en otra etapa del climaterio; sin embargo las mujeres que estaban en el año de ausencia de la menstruación (menopausia) tuvieron el mayor por ciento de mujeres que no le afectaban o no lo percibían como un problema de salud; esto concuerda con otros autores que refieren entre 15 a 20 % de las mujeres sin síntomas. La Dra. Valdés planteó que el 31,3% de las mujeres entrevistadas por esta autora en su hogar pasaron su menopausia asintomática. (78)



**Fuente:** Planilla de historia clínica

En la tabla 12 como era de esperar las mujeres presentaron un grado de criticidad de acuerdo a la percepción y limitación de sus labores que habían declarado y por supuesto en este grupo de estudio si se suman el grado muy crítico y moderadamente crítico se encuentran el 74.8% en estos dos rubros; recordando que estas fueron mujeres que solicitaron el servicio de la consulta. La Dra. Valdés que realiza un estudio activo buscando las mujeres en el hogar solo registra el 8,3% en crisis. En nuestro trabajo se registra una criticidad leve en 90 mujeres para el 18% y solo el 7 % (35 mujeres) refieren una criticidad nula

Se debe recordar que en la cultura de una nación, las costumbres y tradiciones, juegan un rol importante y se trasmite de generación en generación; y para muchas mujeres “la fatalidad del sexo” es sufrir estos síntomas como algo normal y siempre se planteó que todo va a transcurrir

en más o menos unos años y que no dejaba secuelas. Aunque muchas planteaban que se tronchaba la sexualidad.

Los cambios en el desarrollo económico de nuestro país, donde la fuerza técnica laboral femenina es del 66,2 %, y que concommita con el envejecimiento de la población, con el nivel intelectual de las mujeres (1) nos hace pensar que la atención médica de las mujeres de edad mediana y el apoyo psicológico debe de estar garantizado para el año 2025 donde un 25 % de la población se encontrará por encima de los 60 años según los datos de Demografía (1) Según el director del Centro de Estudios de Población y Desarrollo, adscrito a la Oficina Nacional de Estadísticas plantea en la revista Mujeres (2006) que en el momento actual con una población de 11,2 millones de habitantes existen cerca de un millón de mujeres que transitan entre los 40 y 59 años de edad y aún las consultas especializadas no se encuentran abarrotadas pues muchas mujeres de la edad mediana se encuentran también enfrascadas en su labor fuera del hogar y cumpliendo en otros casos la misión de “cuidadoras” de la familia y sobre todo de los padres que arriban a la tercera edad o senectud.



### Tabla 14. Examen físico general

<b>N=501</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>TALLA cm.</b>	<b>158.8</b>	<b>159</b>	<b>143</b>	<b>181</b>
<b>PESO Kg.</b>	<b>65.1</b>	<b>63.5</b>	<b>38</b>	<b>117</b>
<b>Índice de Masa Corporal</b>	<b><u>26.0</u></b>	<b><u>25.6</u></b>	<b>15</b>	<b>50</b>
<b>Tensión arterial sistólica</b>	<b>122</b>	<b>120</b>	<b>70</b>	<b>180</b>
<b>Tensión arterial diastólica</b>	<b>72</b>	<b>80</b>	<b>40</b>	<b>120</b>

**Fuente: Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”**

En esta tabla se observa la media y la mediana del índice de masa corporal (IMC) fue de 26 y 25,6; por tanto, las mujeres atendidas en el grupo de estudio se encontraban el mayor rango en sobrepeso; se conoce que el hipoestrogenismo se asocia en la menopausia con un incremento de la razón cintura/cadera y el tamaño del depósito graso. Se ha planteado por Smith y col; así como Katoni y Fukimosa, (93 y 94) que la terapia hormonal oral induce un leve aumento de masa grasa y disminución de masa magra sin cambios del peso corporal; porque reduce la producción de IGF -1 y aumentan la GH; mientras que en la terapia transdérmica no produce estos efectos.

Casi todos los autores prefieren que las mujeres en este periodo tengan un peso próximo al sobrepeso ligero como forma de que a nivel del adipocito del tejido celular subcutáneo se realice la conversión de testosterona a estrona o estriol para contrarrestar el hipoestrogenismo que presentan. La obesidad es un problema de salud mundial y se ha planteado que existen

1,6 billones de personas en sobrepeso y 400 millones son obesos. Cuba ha declarado en el año 1996 que el 10,2% de la población está en sobrepeso y de éstos el 8,8% son obesos; pero en la actualidad declara el Dr. Hernández del Instituto de Nutrición que el sobrepeso de la población es del 42,46% siendo superior en el sexo femenino (47,09%) y la obesidad femenina actual en Cuba es del 15,4% y aunque Cuba no es de los países con mayor incremento de la prevalencia en obesidad nos debe empezar a preocupar este problema de salud por el incremento que viene ocurriendo desde el año 2000 y además de que la población cubana constituye uno de los países más consumidor de azúcar (95). Siendo en la provincia de Ciego de Ávila y Matanzas las poblaciones cubanas de mayor prevalencia en obesidad.

Lugones plantea en su trabajo que la prevalencia de la hipertensión es 50% mayor en las personas sobrepeso y obesas con respecto a las que se encuentran en su peso normal y él encontró en su grupo de la atención primaria de salud el 67,2% de mujeres con sobrepeso y obesa (29,6% y el 37,6% respectivamente). (84).

## Examen clínico de mamas

Examen de las mamas	No.	%
Normales	172	34,3
Flácidas	146	21,1
Hipertróficas	45	8,9
Displasia	91	18,1
Nódulos	28	5,5
Otros	59	11,7

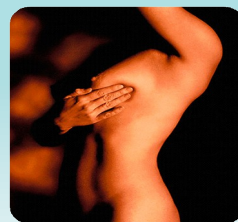
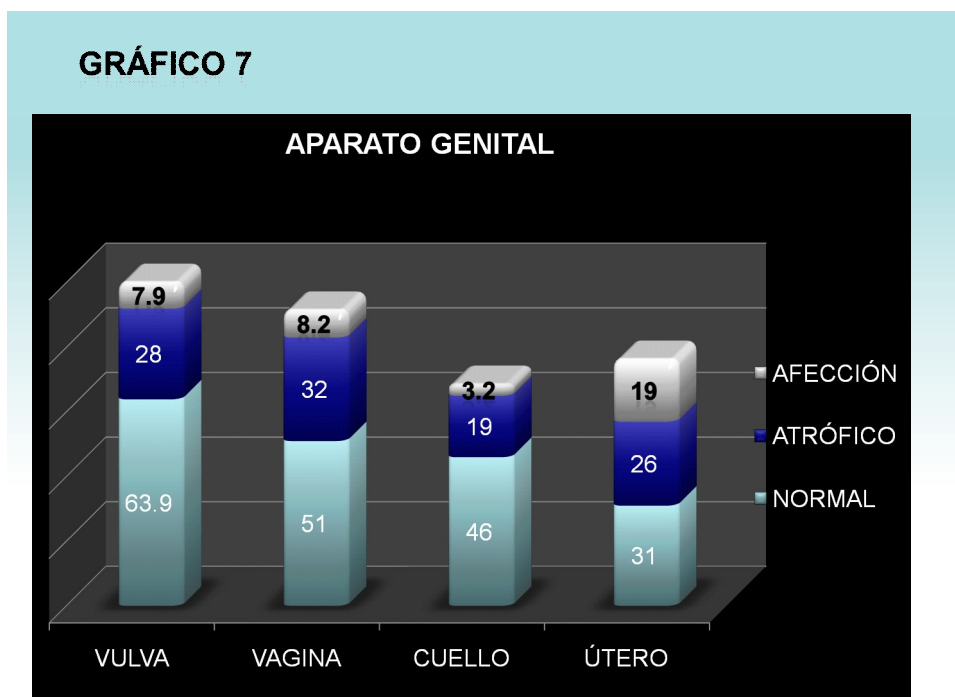


Tabla 14

**Fuente: Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”**

En la tabla 14 se puede observar que solo el 34,1% de las mujeres al examen físico tenían las mamas normales y no fue despreciable que el 8,9% presentó mamas hipertróficas pero se debe recordar que la media del IMC fue de 26. Se encontró que el 18,1 % de las mujeres tenían displasia y en ocasiones se correspondían con el trastorno menstrual dado por atrasos menstruales algo frecuente en la etapa perimenopáusica; como se puede observar se palparon 28 posibles nódulos para el 5,5%; esta cifra será confirmada o no por Mamografía (Mx); o por ultrasonografía mamaria de acuerdo a la edad de la paciente ( $\leq$  de 45 años de edad) y / o también por sugerencia de los resultados de la Mx para corroborar la presencia o no de un nódulo o por la densidad de las mamas.

En el gráfico 7 se muestra el aspecto de los genitales femeninos como la vulva y la vagina están normales por encima del 50% mientras que el cuello uterino y el útero son normales en el 45 y 31%, respectivamente; pero esto concuerda con la muestra del grupo de estudio donde predominó la mujer en etapa perimenopaúsica (57,1%) y en que las mujeres con menopausia la causa quirúrgica era elevado (47,3%). Los resultados de la atrofia de vagina y vulva se corresponde con otros estudios que plantean que el proceso de atrofia con resequedad vaginal, dispareunia e insatisfacciones sexuales tienen su aparición en la posmenopausia  $\geq 5$  años de evolución y que en el grupo de estudio fueron 89 mujeres para el 30.9% (86).



**Fuente: Planilla de historias clínicas.**

**Tabla 15****Vulva y etapa del climaterio**

Vulva	Climaterio	Menopausia	Posmenopausia	Total
<b>Normal.</b>	153	74	88	315
%	<b>48.6</b>	23.5	27.9	69.5
<b>Atrofia</b>	35	32	71	138
%	25.4	23.2	<b>51.4</b>	30.5
<b>Total</b>	188	106	159	453
%	69.5	23.4	35.1	100.0

Pruebas de chi cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27.574(a)	2	.000

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 32.29.

**Tabla 16****Vagina y etapa del climaterio**

Vagina	Climaterio	Menopausia	Posmenopausia	Total
<b>Normal</b>	128	59	65	252
%	50.8	23.4	25.8	55.8
<b>Atrofia</b>	42	36	81	159
%	26.4	22.6	<b>50.9</b>	<b>35.2</b>
<b>Vaginitis</b>	20	6	15	41
%	<b>48.8</b>	14.6	<b>36.6</b>	<b>9.1</b>
<b>Total</b>	190	101	161	452
%	42.2	22.3	35.6	100

Pruebas de chi cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32.821(a)	4	.000

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.16.

En la tabla 15 y 16 se observan que la atrofia de vulva y vagina tiene significado estadístico de acuerdo con el tiempo de instalación de la menopausia siendo importante el estado anatómico de los genitales externos e internos para la presencia de infecciones vaginales y de problemas de la sexualidad; por lo cual estas mujeres acudirán a la consulta con deseos de poder resolver su sintomatología en ocasiones solo local.

En la tabla 17 se pueden observar los resultados de los complementarios realizados a todas las mujeres y mostrar la media de nuestra población en cuanto a cifras de la hematología y termoquímica; solo se presentó el 5% de

mujeres con anemia. La glicemia se presentó con una media de 5,3 y la cifra máxima obtenida en pacientes fue de 13,3 mmol/l. La creatinina con la moda fue 100 con una cifra máxima de 155. En general se obtuvieron buenos resultados en estos complementarios de la población en estudio; excepto en lo referente al colesterol y triglicéridos con cifras de 2,61 la media y 8,8 la máxima; siendo la dislipidemia una morbilidad oculta de la población atendida; tomándose como patrón de referencia para el colesterol realizado en el área de salud como cifras normales hasta 4,7 mmol / l y el índice  $\beta$  – pre  $\beta$  hasta 4; los triglicéridos hasta 2 mmol / l. No se encontraron cifras importantes de mujeres con exudados vaginales positivos.

**Tabla 17.**  
**Resultados de complementarios**

	Hbgl	Hto.	Glicemia	Creatinina	Colesterol
<b>Media</b>	<b>123</b>	<b>0.41</b>	<b>5.03</b>	82.2	2.61
<b>Error típico de la media</b>	0.41	0.36	0.05	1.2	2.3
<b>Mediana</b>	122	0.40	4.4	83	4.4
<b>Moda</b>	120	0.40	4.0	100	3.50
<b>Mínimo</b>	80	0.27	2.2	32	1,22
<b>Máximo</b>	165	0.51	13.8	199	8,0

**Fuente: Planillas de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”**

En las tablas 19, 20 y 21 se describen los resultados de los complementarios más importantes de esta consulta: mamografía, ultrasonografía de mamas y

ultrasonografía transvaginal que se le realizaron a 363, 92 y 319 mujeres, respectivamente, de acuerdo a la edad, etapa del climaterio en que inició su atención en esta consulta y la existencia o no de cuerpo uterino y / u ovarios.

**Tabla 17.**  
**Resultados de complementarios**

	Hbgl	Hto.	Glicemia	Creatinina	Colesterol
<b>Media</b>	<b>123</b>	<b>0.41</b>	<b>5.03</b>	82.2	2.61
<b>Error típico de la media</b>	0.41	0.36	0.05	1.2	2.3
<b>Mediana</b>	122	0.40	4.4	83	4.4
<b>Moda</b>	120	0.40	4.0	100	3.50
<b>Mínimo</b>	80	0.27	2.2	32	1,22
<b>Máximo</b>	165	0.51	13.8	199	8,0

**Fuente:** Planilla de historia clínica

Se puede observar que en las mamografías se detectó o corroboró el diagnóstico clínico de nódulos en el 14,6% de las 363 mujeres a las cuales se le indicó; seguido del diagnóstico de displasia en el 4,1% y se detectaron 5 mujeres con lesiones malignas (1,4%) las cuales fueron atendidas en el Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia (INOR). Después de los 30 años de edad la frecuencia del cáncer de mama comienza a aumentar siendo de casi un 40% en las mujeres de 40 años o más cuando se le toma biopsia a un nódulo de mama (96). Las cifras de lesiones malignas en el grupo estudio similar a lo planteado por Vinés y León en el capítulo de cáncer de mama que dan una incidencia en la pesquisa por mamografía en Chile de 3,6 cánceres por cada 1000 mujeres mayores de 40 años y

plantean que si fuera extrapolable a la población chilena se podría decir que la frecuencia del cáncer de mama es igual que al la de países desarrollados; que según Greenlee en el año 2001 plantearon que el cáncer de mama para una mujer que alcance los ochenta y cinco años de edad es de alrededor del 12%; es decir que para una mujer en edad media el riesgo es del 1,5%.

En el anuario de Cuba 2007 se plantea que ocupa el primer lugar con la tasa de incidencia mayor entre los cánceres de la población femenina de 15 años o más con una tasa bruta de 43.0 y una tasa ajustada de 30.4; entre los 40 a 44 años de edad la tasa es de 48.5; y se eleva dicha tasa a 68.8 entre 45 a 49 años de edad para alcanzar en los dos siguientes quinquenios de edad tasas de 69.7 y 90.4, respectivamente; en cuanto a lo reportado para la mortalidad es de 20,8 por 100,000 habitantes; se reportaron en el año 2007 un total de 2437 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Con este solo dato se puede inferir que es muy importante enseñarles a realizar el auto examen de mama mensual y que sean formales en concurrir al examen físico anual por su médico y / o ginecólogo del área de salud y la realización de ultrasonografía y / o mamografía según convenga en cada mujer como única forma de detectar precozmente esta enfermedad que aporta el mayor número de defunciones en mujeres por cáncer en nuestro país. (96) (97)

En el Diciembre del año 2006 se realizó la reunión anual de la sociedad de Radiología de Norteamericana celebrada en Chicago y se presentaron los resultados de un estudio piloto realizado en 20 mujeres sanas para detectar



cada día con mayor precocidad las lesiones malignas de mamas y el sistema fue desarrollado por un profesor de la Universidad de Rochester y se trata de una tomografía computarizada de la mama de haz cónico (TCSHC) que de forma más agradable, acostada boca abajo e introduciendo en una superficie acolchonada sus dos senos y se le toman un total de 300 imágenes en un lapso de 10 segundos y muestra el tejido que rodea las costillas y la parte exterior del seno alrededor de las axilas ( 98 ).

Es indudable que en este cáncer todos los profesionales de la salud desean detectarlo en etapas lo más temprana posible; cualquier lesión maligna para lograr la cura efectiva y no paliativa por un periodo de 5 a 10 años de evolución; la mamografía hasta ahora no ha sido desplazada por ningún otro método para la detección precoz pero es indudable que no se puede obtener imágenes concluyentes en mujeres jóvenes por la mayor densidad del tejido mamario en esta etapa de la vida y las adultas jóvenes no están exentas de padecer este cáncer por el uso de métodos anticonceptivos con estrógenos (98)

**Tabla 20****Resultados de ultrasonografía de mama**

<b>Resultado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
<b>No se hizo</b>	<b>319</b>	<b>72.5</b>
<b>Normal</b>	<b>75</b>	<b>17.0</b>
<b>Nódulo</b>	<b>17</b>	<b><u>3.9</u></b>
<b>Total</b>	<b>440</b>	<b>100.0</b>

El total de mujeres a quienes se les hizo la ultrasonografía de mamas, por edad o recomendación del estudio de Mx, fue de 319 mujeres y se diagnosticó el 3,9 % de nódulos siendo menor que el encontrado por el examen clínico de las mamas (5,5%) por lo cual coincide con lo planteado por la bibliografía de que un buen examen clínico de las mamas anualmente es fundamental en este periodo de la vida.

Una vez diagnosticado un nódulo de mama se debe realizar un seguimiento exhaustivo en las consultas de Mastología que existen en todo el país para no dejar de diagnosticar el cáncer de mama precozmente (96 y 98); de aquí la importancia de la morbilidad oculta detectada en este grupo de estudio.

Tabla 21

## Ultrasonografía transvaginal

Reacción endometrial (R.E.)	Frecuencia	Porcentaje
R.E. e/ 0 – 4 mm.	148	47
R.E. e/ 5 – 9 mm.	45	<u>14,1</u>
R.E. > 9mm	24	<u>7,5</u>
Otros diagnósticos	102	32
<b>Total examinadas</b>	<b>319</b>	<b>63,7</b>

**Fuente: Planilla de historia clínica del Policlínico “Antonio Maceo”**

El estudio de la Ultrasonografía transvaginal (USTV) fue realizado a todas las mujeres con útero (319) y posibles tributarias del THR. En este grupo de estudio solo se encontró el 47% sin ninguna alteración; el 14,1% con una reacción endometrial (R.E.) entre 5 a 9 mm; y solo el 7,5% con R.E. mayor de 9mm. Se determinó que todas aquellas con una R.E.  $\geq$  de 9 mm se le realizara estudio por Anatomía Patológica para detectar cualquier tipo de afección endometrial. También se indicó realizar el legrado diagnóstico a todas las mujeres que presentaban trastornos menstruales de hiper poli menorea con reacción endometrial entre 5 a 9 mm; y el seguimiento posterior por USTV según el esquema aprobado por el Consenso en mujeres con una reacción endometrial no acorde con su edad y etapa climática. (2) (90) (99)

Tabla 22

## Resultados de biopsias endometriales

Anatomía Patológica	No.	%
Endometrio proliferativo	16	25
Hiperplasia Simple sin atipia	6	9,3
Hiperp.compleja con atipia	2	3,1
Pólipos	4	6,1
Endometritis	2	3,1
Endometrio atrófico	34	53,1
<b>TOTAL</b>	64	100.0

Se realizaron 64 legrados diagnóstico teniendo en cuenta los resultados de la ultrasonografía transvaginal la cual fue practicada en el 63,7% del grupo de estudio como se mostró en la tabla 20; además de aquellas mujeres con trastornos menstruales

En los resultados de los 64 legrados realizados se observa que la mayor incidencia fue el endometrio atrófico, (53,1%); seguido de la hiperplasia simple (9,3%) y los pólipos endometriales (6,1%); una de estas 4 mujeres con pólipo hubo necesidad de realizarle una histeroscopia para descartar posible adenocarcinoma de endometrio por sangrado posmenopáusico y antecedente de madre operada con este tipo de cáncer pero el resultado de la histeroscopia fue extracción de otro pólipo endometrial de base ancha.

Según Escobar y col en el año 2000 plantean que la histeroscopia tiene una especificidad mayor para su diagnóstico que el legrado diagnóstico (100). En esto coincide la Dra. Digna Llorente, del hospital materno infantil "10 de Octubre", quien en el capítulo sobre Histeroscopia en el libro de Climaterio y menopausia (12) plantea que realizó este proceder a 87 mujeres entre 45 a 56 años de edad por sangrado genital anormal (páginas 368) y refiere que el estudio anatomo – patológico diagnosticó pólipos endometriales en el 40,2%

mucho más elevado que en nuestro estudio que de solo el 6,1%; la cifra reportada de atrofia endometrial por esta autora es solo 6,8% mientras en nuestro estudio por biopsia fue de 53,1%. Es indudable que este proceder es más eficaz que el realizado por legrado que es un proceder “a ciegas”.

El país plantea una tasa de adenocarcinoma de endometrio mucho menor solo de 9,6 y, por supuesto, la mayor cifra de la tasa según edad es en el grupo de mujeres entre 55 a 59 años de edad con la tasa en 20,4 (97)

Escobar plantea que el 25 % de cáncer endometrial en las mujeres con “engrosamientos endometriales” en mujeres posmenopáusicas sin terapia hormonal de reemplazo se le diagnosticó al realizarle la biopsia endometrial y / o la Histeroscopia. El aboga sobre todo por la Histeroscopia como método más seguro y rápido sin descartar que el legrado de endometrio también contribuya a este diagnostico. (100)

Raffaele Tineli plantea que la histeroscopia tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 91% con valor predictivo positivo del 88%, valor predictivo negativo del 98% y diagnóstico real del 94% (101) considerando que es muy eficiente en el diagnostico de alteraciones focales del endometrio en mujeres con sangrado uterino anormal (AUB en inglés) aún cuando por ultrasonografía la R.E. sea de 4 mm o menos, pues existe la posibilidad, infrecuente (0,8%) de pérdida del diagnóstico de adenocarcinoma. La importancia del diagnostico de la hiperplasia simple, compleja (con o sin atipia), según Kurgan, en publicación de soporte electrónico, es poder realizar tratamiento hormonal con progestágenos y en

el seguimiento de esta entidad poder descartar el cáncer de endometrio o diagnosticarlo en estadios temprano (98).

En nuestra casuística de un total de 30 mujeres que utilizaron progestágenos en los 3 años de evolución hubo 17 mujeres tributarias del uso de los progestágenos, por más de 6 meses, con seguimiento en esta consulta hasta que el legrado diagnóstico fue negativo de hiperplasia o la reacción endometrial fue lineal o menor de 5 mm según los resultados obtenidos en el Hospital "Ramón González Coro" (99)

La morbilidad oculta que constituye el segundo objetivo de este estudio demostró que muchas mujeres ante cualquier síntoma que presentan, lo achacan al climaterio; y algunas consideran que los sangrados irregulares se resolverán sin ningún tratamiento o con una ultrasonografía que plantee que no se observa un mioma; y otras, por temor al diagnóstico médico de un cáncer, y no concurren al chequeo ginecológico anual que se les orienta por todos los profesionales de la salud.

**Tabla 23**

## Morbilidad oculta Afecciones crónicas



<b>Diagnóstico.</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>MORBILIDAD OCULTA</b>		
<b>Anemia</b>	<b>21</b>	<b>5</b>
<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>5</b>	<b>1.2</b>
<b>Hipertensión arterial</b>	<b>54</b>	<b>12.7</b>
<b>Dislipidemia</b>	<b>37</b>	<b>8.7</b>
<b>Otros</b>	<b>168</b>	<b>39.6</b>

En este estudio se concluye que la hipertensión arterial se diagnosticó en el 12,7%; la dislipidemia en nuestro estudio fue de 8,7%, el país reporta una tasa de incidencia para el sexo femenino de 2,9 pero no en referencia a esta etapa de la edad media; en la capital, para ambos sexos, fue solo del 2,6; la tasa de incidencia en el país es de 0,1; y para el sexo femenino es de 0,3. La anemia se presentó en el 5% lo cual coincide con las mujeres con problemas de sangrado menstrual anormal en este estudio. Se obtuvo el diagnóstico de 5 mujeres (1,2%) con diabetes mellitus (D.M.) en esta etapa siendo menor que lo reportado en la pesquisa que se realiza durante la etapa reproductiva. En soporte electrónico de Infomed en especialidades del Portal de Cuba se plantea que la tasa de incidencia de hipertensión es 4,4 de la población del país y de 7.5 para la Ciudad de la Habana; y para la población femenina se alcanzó en el país tasa de 4,8 en el país y tasa de 7,6 en la capital. Nuestra cifra es superior (12,4%) que los resultados mostrados a nivel nacional.

**Tabla 24**  
**Morbilidad oculta: afecciones ginecológicas**

<b>MORBILIDAD OCULTA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Miomas</b>	<b>62</b>	<b>14.6</b>
<b>Nódulos de mama</b>	<b>26</b>	<b>6.4</b>
<b>Displasia mamaria</b>	<b>22</b>	<b>5.2</b>
<b>Neop Intraepitelial Cervical (NIC)</b>	<b>7</b>	<b>1.6</b>
<b>Adenocarcinoma de endometrio</b>	<b>2</b>	<b>0.5</b>

Las afecciones ginecológicas de mayor frecuencia detectadas fueron los miomas (14,6%); los nódulos de mama benignos (6,4%) y la displasia mamaria (5,2%). No siendo despreciable que se detectaron 7 mujeres con neoplasia intra epitelial del cuello NIC (1,6%) al indicarle la colposcopia por el examen físico a pesar de tener realizado el Test de Papanicolau con resultado negativo. (Tabla 24)

De las pacientes operadas 2 fueron adenocarcinoma de útero que han resuelto con solo la histerectomía total con doble anexectomía a las cuales se les brinda seguimiento en consulta. Una paciente que falleció con cáncer de ovario antes del año de comenzar en nuestra consulta, sin ningún tipo de síntoma previo y en etapa menopaúsica siendo sospechada desde que se examinó en la primera consulta.



Las alternativas de tratamiento le fueron brindadas a cada mujer de acuerdo a las enfermedades crónicas que padecían o no; a la morbilidad oculta que se les diagnosticaron; pero se puede asegurar que a todas se les educó sobre lo que estaba ocurriendo en su organismo y se determinó en primer lugar que el denominado por nosotros **“tratamiento de sostén inicial” (TSI)** debía ir cumpliéndolo mientras se les realizaba el chequeo completo; este tratamiento fundamentalmente le proporcionaba consejos dietéticos, ejercicios sistemáticos de acuerdo a su IMC y a los diagnósticos previos de enfermedad referido por la paciente; de acuerdo a su estado nutricional y a su ingestión de dieta balanceada se le incorporaba el tratamiento con poli vitaminas y exposición al sol en horario adecuado. Siendo importante las orientaciones o consejos de como priorizar o enfrentar los distintos problemas familiares o laborales que le agravaban los síntomas propios del climaterio: *aprender a priorizar las situaciones a enfrentar y elevar su autoestima.*

Se determinó que todas aquellas pacientes con enfermedades crónicas además del chequeo debían completar su estudio y tratamiento en la consulta o ínter consulta con el profesor de clínica, así como la Inter. Consulta con el psicólogo, psiquiatra u otro profesional específico.

La terapia de Medicina Bioenergética y Natural se fue ofertando a todas las mujeres con criticidad del síndrome y que no fueran tributarias del THR o que por su personalidad y dolores óseos lo necesitaran; además de que ellas aceptaran este tipo de alternativa terapéutica (acupuntura) y en estos momentos aceptan mejor la terapia floral de Bach o la homeopatía.

Se puede informar que de las 501 mujeres atendidas en esta consulta y después de escucharlas, examinarlas y educarlas en el proceso del climaterio un total de **47** de estas mujeres no volvieron a consulta ni se realizaron ningún tipo de chequeo anual (9.3%) por lo cual queda demostrado que aún falta mucho por lograr en el trabajo educativo de todos los profesionales de la Salud.

En un trabajo publicado de la Universidad de Connecticut en Obstetricia y Ginecología realizado por "survey" entre el año 2002 al 2007 para medir la experiencia de los educadores y alumnos consecutivos que finalizaron sus estudios sobre el grado de conocimiento en el manejo de las mujeres en distintas entidades de la especialidad de Ginecología y Obstetricia quedando demostrado que solo el 60% de los encuestados tenían los verdaderos conocimientos en lo referente al manejo de las mujeres en la menopausia; contra el 97% y el 95%, respectivamente, sobre el manejo del trabajo de parto normal y los aspectos generales de la Ginecología siendo una preocupación de las autoridades docentes teniendo en cuenta el incremento que se debe esperar en los próximos años de las mujeres que arriben a estas edades y por el incremento de la expectativa de vida en todos los estados del país (102)

A pesar del grado de criticidad por sus síntomas climatéricos, el número de mujeres que resolvieron solo con el T.S.I. fue mayor en relación con las que iniciaron el tratamiento hormonal de reemplazo y esto puede haber estado influido por la individualización con que se atendió a cada una y por la información recibida sobre lo que estaba ocurriendo en su organismo; iniciar un estilo de vida distinto; aumentar su autoestima; poder iniciar otra labor profesional y encaminar su vida en otras vías de realización y mejorar en su aspecto personal; el uso de vitaminas y una dieta mejor balanceada; así como de conocer las ventajas y desventajas del THR siendo decisión de muchas mujeres no aceptar el THR a pesar de no tener ninguna contraindicación y, por tanto, no otorgar su consentimiento informado.

Tabla 25.

### Inicio tratamiento y criticidad

Tratamiento	Criticidad del síndrome				
	1	2	3	4	Total
<b>TSI/THR</b>					
<b>1er. Año</b>	<b>88/31</b>	<b>82/29</b>	<b>38/12</b>	<b>25/7</b>	<b>233/79</b>
<b>ass. crema</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>3</b>		<b>28</b>
<b>2do. año</b>	<b>95/32</b>	<b>74/19</b>	<b>30/8</b>	<b>17/3</b>	<b>216/62</b>
	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>40</b>
<b>3er año</b>	<b>80/20</b>	<b>65/13</b>	<b>28/4</b>	<b>14/3</b>	<b>187/40</b>
	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>83</b>

**Fuente: Planilla de historia clínica. Policlínico “Antonio Maceo”**

Se debe resaltar que en los dos primeros años se atendieron un total de 375 mujeres y un promedio de 216 mantuvieron el TSI (57,6%) de éstas se acogió o resolvió sus síntomas con el simple TSI y se le asoció durante los tres años de seguimiento el uso de crema de estrógenos en un número muy

inferior al total de mujeres atendidas con uno u otro tratamiento (151 mujeres). El uso de crema de estrógenos se encuentra con mayor frecuencia en la mujer de postmenopausia tardía.

**Tabla 26**

## **Inicio tratamiento y criticidad**

<b>Tratamiento</b>	<b>Criticidad del síndrome</b>				<b>Total</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
<b>Progestágenos/ Andrógenos</b>					
<b>1er año</b>	11 / 3	8 / 4	1 / 1	2/1	22 / 9
<b>2do.año</b>	2 / 3	6/2	0 / 1	0/1	8 / 7
<b>3er.año</b>	1 / 1	1*/ 1	0 / 1	0/0	2 / 2

**Fuente: Planillas de historias clínicas.**

En esta tabla presentamos los datos de las primeras 410 mujeres que en los dos primeros años de iniciar la consulta utilizaron otras opciones hormonales como son los progestágenos orales (Medroxiprogesterona de 5 mg) y la Depo – Provera (150mg) I.M. para regulación de los ciclos menstruales o por diagnóstico anatómico patológico de hiperplasia y la relación con el grado de criticidad que ellas refirieron esa primera consulta. El tratamiento con Andrógenos estuvo casi circunscrito a aquellas mujeres con posmenopausia quirúrgica que lo solicitaban por problemas en la esfera sexual. El uso de los progestágenos sobre todo para la regulación de los ciclos menstruales fue de gran utilidad y en los resultados de las ultrasonografías posteriores y / o legrado se encontraron sus problemas ginecológicos resueltos.

Tabla 27

## Estrógenos locales

Tratamiento	Criticidad del síndrome				Total
	1	2	3	4	
<b>Crema</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Total</b>
<b>1er año</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>19</b>
<b>2do.año</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>16</b>
<b>3er.año</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>		<b>13</b>

**59** mujeres asistieron eventualmente a mbn

En la tabla 25 se aclaró el número de mujeres a quienes se le asociaba el uso de cremas locales para la sequedad vaginal junto con el T.S.I. y el THR pero en esta tabla mostramos las mujeres que su tratamiento específico fue solo para la resequedad vaginal siendo para ellas el síntoma principal que deseaban resolver; más de la mitad de estas mujeres se sentían con una criticidad alta y se la mantenía también el TSI

En cuanto a la Medicina Bioenergética y Natural (M.B.N.) en los 6 años de consulta un número de mujeres de forma no sistemática la han utilizado con buenos resultados para el insomnio y los dolores del SOMA. (103,104)

Tabla 28

## Opciones terapéuticas en general

	T.S.I		Hormonal*	
	No.	%	No.	%
<b>Mejóro</b>	<b>478</b>	<b>90.6</b>	<b>138</b>	<b>27.5</b>
<b>Empeoró</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1.0</b>
<b>Igual</b>	<b>14</b>	<b>2.8</b>	<b>3</b>	<b>0.6</b>
<b>No tratadas</b>	<b>47</b>	<b>9.3</b>	<b>347</b>	<b>69.2</b>
<b>Se desconoce</b>			<b>9</b>	<b>1.8</b>
<b>Total</b>	<b>501</b>		<b>501</b>	

**Fuente:** Planillas de historias clínicas.

En esta tabla de forma no dinámica, estática, se plantea lo ocurrido al iniciar cada atención de las 501 mujeres pero en las tablas anteriores se pudo brindar las variables de los cambios y según se iban sintiendo mejor o empeorando en algún síntoma o signo se fueron modificando las alternativas de tratamiento.

Las mujeres en su casi totalidad se sintieron mejoradas con el llamado tratamiento de sostén inicial (TSI) mientras se iban realizando el chequeo, pues lo principal para todas fue conocer la fisiología del climaterio; mejorar su autoestima y aprender a priorizar la tarea fundamental a resolver dentro de sus múltiples actividades y ser capaces de planificar junto a sus seres queridos la solución de los problemas cotidiano de una familia. Es importante que en este TSI exista por parte de la paciente cooperación para que cambie hábitos alimenticios, hábitos tóxicos e incorpore el ejercicio a su modo de vida. Se ofertaron en el vestíbulo de espera a consulta charlas y revistas

que le informaran sobre la forma de prevención de la osteoporosis, tipos de ejercicios en esta edad y la aplicación de técnicas para evitar en las labores hogareñas los dolores óseos por compresión de hernias de disco, artrosis, etc. Se logra al parecer mucho mas con la cooperación de la familia; su autoestima mejora al sentir el amor de los suyos, hay cambio evidente en su porte personal, en la presencia física; el ejercicio y la dieta le permitió a varias pacientes bajar de peso y mejorar su calidad de vida; solo un total de 10 mujeres permanecían obesas al cabo de 6 años de seguimiento.

Tuvimos un total de 138 mujeres con tratamiento hormonal; de las cuales 110 mujeres del total (22%) utilizaron la terapia hormonal de reemplazo (THR) que ha sido utilizado para una media de 6,5 años de uso sin rebasar los 60 años de edad; recordar el alto numero de pacientes que concurrieron a nuestra consulta con una menopausia quirúrgica la mayoría con ooforectomía realizada.

*Trece mujeres* abandonaron el THR *entre 1 a 3 años*; de éstas 2 mujeres lo abandonaron por el temor o miedo al cáncer de mama después de leer por Internet las declaraciones de la WHI; 2 por migraña y 2 por nódulos de mama con resultados del BAAF negativo; 2 mujeres presentaron alergia los parches y 2 mujeres plantearon escasez en las farmacias del medicamento en determinado año y solo una paciente presento gastritis; una tuvo seguimiento en Psiquiatría con un debut tardío pos menopausia quirúrgica de una afección psicótica y una paciente con menopausia precoz que se desconoce si mantuvo el tratamiento por referir su familiar que se fue definitivo del país. El abandono de la THR por miedo a los riesgos relativos

al cáncer de mama después de los resultados publicados de la investigación WHI y esto se plantea no solo por Shrader Sarah, Kellu y Raggiucci sino también por The North American Menopause Society. Muchas mujeres aún cuando conocen el riesgo relativo a que se exponen con esta terapia solicitan en muchas ocasiones volver a utilizarla teniendo en cuenta que se vuelven a presentar todos los síntomas. Aunque se plantea que los estrógenos en crema son inofensivos se han encontrado mujeres que sienten su tensión mamaria aunque su uso sea de poco tiempo. (105, 106,107)

*Dos mujeres abandonaron después de los 3 años el THR por la presencia de sangrado posmenopáusico, ligero; y aunque todos los complementarios fueron negativos decidieron abandonarlo; y en otras 5 mujeres al cabo de 5 años abandonaron la terapia por aparición de otras enfermedades crónicas*

Debo aclarar que al retornar algunos de los síntomas vaginales, 5 de estas mujeres solicitaron el uso local de crema de estrógenos por vía vaginal. Es indudable que cuando se realiza la decisión de este tratamiento de forma individual y solo se les oferta a las mujeres con un climaterio crítico no deben de tener complicaciones durante su uso.

En estos momentos se encuentran nuevas investigaciones farmacológicas para lograr distintas respuestas en los receptores de estrógenos (RE) para desencadenar los efectos no genómico (ENG) y solucionar la cardio protección que no se logró obtener en la investigación WHI. (107,108, 109)

Actualmente se publican distintos estudios sobre el uso de la Tibolona para tratar los síntomas menopausicos en mujeres hasta operadas de carcinoma



de endometrio por los efectos favorables en el bienestar sexual y el estado de ánimo, mejora la atrofia vaginal y los síntomas urogenitales y previene la pérdida de masa ósea. Además, se caracteriza por ejercer acciones beneficiosas sin aumentar la densidad mamográfica, al tiempo que sus efectos progestacionales no producen estimulación endometrial, por lo que podría utilizarse en pacientes con carcinoma de endometrio que requieren terapia de reemplazo. (110,111)

Este tipo de opción terapéutica no está al alcance de las posibilidades del país por lo cual no se ha ofertado pero considero que es una buena opción por no tener efectos adversos en mamas y endometrio y resolver los problemas de salud del siglo XXI: la osteoporosis y las fracturas más comunes en esta etapa.

Hernández Bueno asegura que el 20% de las mujeres posmenopáusicas han recibido prescripciones de THR pero solo el 40 % de las que se les prescribe lo utilizan por más de 1 año; además de tener en su casuística que menos del 70% cumplen el tratamiento y un 30% nunca surten sus recetas; por lo cual esto nos plantea en nuestra ética profesional una nueva preocupación para el uso de la THR que es el seguimiento adecuado de estas pacientes en consulta de la APS para la factibilidad del servicio.(112)

Independientemente de que la terapéutica hormonal presenta grandes riesgos como es el cáncer de mama, así como que no resuelve la prevención de las enfermedades cardiovasculares, la alta expectativa de vida de la población en general y de la mujer en particular conlleva a que

también se debe buscar alternativas de tratamiento en lo referente a la prevención de la osteoporosis y de las fracturas.

La autora de este trabajo considera que no puede ser solo con medidas generales para prevenir las caídas que se resuelva el problema de salud de las fracturas sino que se deben ofertar los nuevos medicamentos a base de bifosfonatos para mejorar la calidad de vida de las mujeres con 3 o más factores de riesgo de osteoporosis y sobre todo si ya tuvo una primera fractura.

No se les pudo ofertar este tratamiento de seguimiento a todas las mujeres que arribaron a los 60 años y se les orientó a no continuar el THR; solo un pequeño grupo (12 mujeres) a las cuales se les ofertó los bifosfonatos (Risendronato) en forma de tabletas orales de 2,5 mg 2 veces a la semana. En la actualidad, mundialmente, se están utilizando el Ácido Ibandrónico de 150 mg oral en tabletas con una frecuencia mensual (Bonviva) con iguales resultados en lo referente a DMO y a los efectos adversos (gastrointestinales alto) según el estudio MOBILE después de un año de uso. (43). Aún esta terapia no está al alcance económico de todas las mujeres en el mundo aunque sus resultados son buenos en cuanto a ganancia de la DMO (113).

## Tratamiento quirúrgico

Operación	No.
Histerectomías (mioma)	36
Exéresis de pólipo	6**
Extracción de DIUC	6*
Cáncer de ovario	2
Cáncer colón-recto	2
Cáncer de mama	2
Exéresis nódulo mama	5
Colpo - perineorrafia	6
Asa diatérmica y crío.	2
Otras operaciones	3*



**Total de operaciones 67**

**13,3%**

**Fuente: Planillas de historias clínicas. Policlínico “Antonio Maceo”**

En total se operaron 67 mujeres para el 13,3% y en cirugía menor se realizaron los 64 legrados diagnósticos de los cuales ya se hizo referencia; así como la biopsia por ponche o por asa diatérmica en las consultas de Patología de cuello uterino en aquellas mujeres con seguimiento en éstas.

Es necesario aclarar que todas las mujeres operadas en estos 6 años el diagnóstico para el tratamiento quirúrgico fue realizado desde la APS, en nuestra consulta, incluyendo dos cánceres colón- recto y una mujer operada de litiasis vesicular.

Se realizaron 3 histeroscopias para extracción de pólipos recidivantes y un DIUC impactado. Solo tuvimos un adenoma de la vulva.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES

1. Las características socio culturales del grupo estudiado son:
  - Nivel de escolaridad medio – superior
  - Nivel económico medio para satisfacer sus necesidades
  - Ocupación profesional y técnica
2. El síntoma principal fueron los sofocos, seguido de los epifenómenos que de éste se derivan, otras alteraciones óseas y trastornos en su menstruación sin guardar relación con el nivel socio económico
3. Desde la atención primaria de salud (A.P.S.) se pueden diagnosticar y tratar la morbilidad oculta en mujeres de la edad mediana.
4. Se diagnosticaron como afecciones crónicas mas frecuentes la hipertensión arterial, las dislipidemias y la anemia en tercer lugar.
5. La relación médico – paciente fue estrecha por lo cual se pudo:
  - Observar rasgos de la personalidad de la paciente
  - Manejar la percepción de la criticidad de la sintomatología
  - Trabajar los aspectos desfavorables socio- económicos – culturales
  - Abordar los problemas sexuales
6. El tratamiento de Sostén Inicial demostró que es una alternativa terapéutica porque se obtuvieron resultados favorables en la criticidad

alta y moderada del síndrome climatérico sin necesidad de la terapia hormonal de reemplazo (THR)

7. La Atención Primaria de Salud (APS) es el escenario por excelencia para el TSI porque posee las condiciones materiales y técnicas, lo cual se enmarca en la principal política de salud de Cuba
8. La THR fue utilizado de forma continuada sin efectos adversos porque fue indicado en forma individualizada en un grupo de mujeres con una media de uso de 6,5años; no se continuó su uso después de los 60 años de edad.

## CAPITULO VI

### RECOMENDACIONES.

1. La atención médica de la mujer en edad mediana debe ser anual para detectar precozmente las afecciones benignas o malignas propias de las mujeres
2. Recomendar a los gestores de salud que el programa cubano de pesquisa de la hipertensión arterial crónica realice hincapié en la detección de esta enfermedad en las mujeres de la edad mediana.
3. Continuar realizando nuevas investigaciones sobre otras opciones terapéuticas para la mujer climatérica
4. Incorporar la Medicina Bioenergética y Natural al tratamiento de los epifenómenos de esta etapa Perimenopaúsica.

### VII. BIBLIOGRAFIA

1. Alfonso Fraga J.C. Cuba: Características demográficas de las mujeres de edad mediana. Artilles Visbal L. Climaterio y menopausia. 1 ed. Ciudad de la Habana: Científico Técnica; 2007. p. 21-37.
2. Sección climaterio y menopausia. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. Ciudad Habana, Ed. CIMEQ, 2007
3. Krymskaya, M. El período climatérico. 1 Ed. Moscú, Editorial MIR; 1990
4. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud de las América. Washington D.C.: OPS/OMS; 1990.

5. Prado Martínez, C. La menopausia: síndrome menopáusico y factores socio-ambientales de influencia, *Estudios de Antropología*. Universidad Autónoma de Madrid. España, 1984:346-360.
6. Ordóñez B. La salud de la mujer en México: panorama general. *Revista Mexicana de Pediatría*. 1985; 1 (52): 7-10.
7. Restrepo H. Notas para la discusión sobre la atención y la promoción de la salud de la mujer adulta en las América en género, mujer y salud en las América. O.P.S. Pub. Cient. No.541. O.P.S./O.M.S. Washington D.C., 1993; 1(255):87-89.
8. Botella Llusía J. La edad crítica. *Climaterio y menopausia*. 4 ed. Barcelona, España: Salvat S.A.; 1990.
9. Fondo de Naciones Unidas para la alimentación y la pobreza. Informe de la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo. El Cairo, Egipto: FNUAP; 1994.
10. Guerra Macedo C. Género y salud en las América OPS/OMS [monografía en Internet]. Washington D.C.: OPS; 2001 [citado 1 Enero 2001]. Disponible en: [http://www.paho.org/genero\\_y\\_salud](http://www.paho.org/genero_y_salud)
11. Zunzunegui M.V. Epidemiología del envejecimiento. Marcos Becerro J.F., Marcos, Frontera W, Santoja Gómez R.. *La salud y la actividad física en las personas mayores*. 1 ed. Madrid: IMPRESION S.A.; 1995. p.15-27
12. Manzano Ovies, B.R. Modelo de atención a la mujer climatérica. Su valor como modelo de prevención. Artilles Vistal L; Navarro Despaigne, D. y Manzano Ovies, B.R. *Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social*. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2007. p. 327 – 335.
13. Gauld R. Etapas de la vida. *Rev. Ciencia y vida*. (2):135-137,1977.
14. Artilles Vistal L, Navarro Despaigne, D., Manzano Ovies B.R. Consideraciones epidemiológicas y psicosociales. González Campos, O.; Arteaga Urzua, E.; Contreras Castro, O. *Menopausia y longevidad*. Chile, Ed. Bywaters, 1998. p 27 -40
15. Santisteban Alba, Stalina. *Climaterio y menopausia: factores sociales que inciden en este problema de salud*. [Trabajo filosófico] Referata. Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas “Dr. S. Allende” C. Habana, Julio 1996.
16. Carranza Lira, Sebastián. *Terapia hormonal de reemplazo*. 2 edición México Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1999
17. Hammond CB, Maxson WS. Estrogen replacement therapy. *Clin. Obstet. Gynecol*. 1986; (29):407-30
18. Novak Edmund R.; Jones Georgeanna S.; Jones Jr. Howard W. *Tratado de Ginecología*. Novena edición. Ciudad Habana, Ed. Cient. Técnica, 1977.

19. Cicinelli E., Mazzotta N., Borraccino V., Pharmacokinetics and endometrial effects of vaginal administration of micronized progesterone in an oil solution to postmenopausal women. *Fertil Steril* 1996; (65): 860-862
20. Writing Group for the WHI. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* Julio 17, 2002, 288 (3):321 – 333.
21. Lopes Patrícia, MD, Hans M.W. Merkus MD. Randomized Comparison of Intranasal and Transdermal Estradiol. *Obstetrics and Gynaecology* 2000; 96(6): 906 - 912
22. Marcelle I. Cedars, MD. and Michele Evans. Danforth's *Obstetrics and Gynaecology*. 9ena edición, EEUU, Lippincott Williams & Wilkins Publishers
23. Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The menopause. *Lancet* 1999; (353):1062-1071
24. AAPEC. Consenso sobre THR posmenopáusica post WHI. Argentina Ed. AAPEC, 2003
25. Blümel Juan Enrique. [Comentarios Selección de Resúmenes de Menopausia]. Después del WHI ¿Cambiamos nuestras conductas terapéuticas? Agosto 17, 2002
26. Anderson GL, Chiebowski RT, Rossouw JE, Rodriguez RJ et als. *Maturitas*.2006 Jun 29; [E pub ahead of print] Prior hormone therapy and breast cancer risk in the Women's Health Initiative randomized trial of estrogens plus progestin
27. Jirapinyo M., Theppisai V., Maumi J., Suchartwatnachai C., Jorgensen LN. Effect of combined oral oestrogen /progestin preparation (Kliogest®) on bone mineral density, plasma lipids and postmenopausal symptoms in HRT native Thai women. *Acta Gynecol Scand*, 2003 Sep; 82(9):957-966
28. La Rosa JC., Evidence – based management of Dyslipidemias in women. *Curr Atheroscler Rep*. 2003 Sep; 5(5): 379 – 85
29. Manson JE., Hsia J., Jhonson K.C et als. WHI publishes data analysis regarding CHD effects with EPT. *N Engl J Med* 2003; 349: 523 – 524 NAMS. <http://www.menopause.org/news.htm> # aug 1
30. Hodis, HN, Mack WJ. Azen SP. ET/EP does not appear to increase or decrease atherosclerosis rate. Hormone Therapy and the progression of coronary artery atherosclerosis in post menopausal women. *N.Engl J Med* 2003; (349):535-545.



31. Burg, MA, Frasser K., Gui S., Grant K., et als. Treatment of menopausal symptoms in family settings following the Women's Health Initiative (WHI) findings. *J Am Board Fam Med.* 2006, Mar-Apr;19(2):122 – 131
32. Clapuch R., Althayde A., Meirelles RM., Weiss RV., Pardini DP., Leao LM., Marinheiro P., Hormonal therapy menopause: 2004 position of the Department of female Endocrinology and Andrology of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. *Arq. Bras Endocrinal Metab.* 2005 Jun; 49(3): 449 – 454. E pub 2006
33. Fraser IS, Mansour D. Delivery systems for hormone replacement therapy (HRT) Expert Opin Deliver 2006 Mar;3(2): 191 – 204
34. Li C., Engstrom G., Hedboch B., Berglund G., Jauzan L. Risk of stroke and hormone replacement therapy. A prospective cohort study. *Maturitas*, 2006 Apr 20; 54 (1): 11 – 18
35. Ithaca, NY. Hormone Therapy may prevent heart attacks for women in their 50's. *DG news*, April 20, 2006.
36. Wegienka G., Havstad S., Kelsey JL. Menopause Hormone Therapy in a Health Maintenance Organization before and after Women's Health Initiative Hormone Trials Termination. *J Women's Health (Larchmt)*. 2006 May; 15(4): 369-78
37. Lokkegaard E., Jovannovic Z, Heitmann BL, Kleiding N, et als The association between early menopause and risk of ischemic heart disease: Influence of Hormone Therapy. *Maturities*. 2006 Jan 20; 53(2):226-33.
38. Nelson, H.D., Vasco KK, Fu R., Nedrow A., Millar J., Nicoloides C., Wilker M., Humphrey L. No hormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and Meta analysis. *JAMA*, 2006 May 3; 295 (17): 2057
39. Síseles Néstor. Reunión de Consenso sobre Terapia Hormonal de Reemplazo posmenopáusica post WHI (AAPEC), Julio 2003, THR y EVC y trombo embolismo. Argentina 2003
40. Manzano, Blanca R. Comunicación del Ejecutivo de la Sección de Climaterio y Menopausia de la sociedad cubana de Ginecología y Obstetricia pos WHI. [www.scog.cu](http://www.scog.cu) . [Pagina web de la red](http://www.scog.cu) [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu) [Septiembre 2003.](http://www.infomed.sld.cu)
41. Bossemeyer, R. Terapia de Reposição Hormonal (TRH). En Acosta. AA & Domínguez Chilabert UJ. *Ginecología y Obstetricia Publicaciones Cinéticas del XV Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia F.L.A.S.O.G.* 6 -11 Octubre, 1996; Asunción Paraguay, p96
42. Arteaga, E.; Bianchi, M.; Climaterio femenino: aspectos patológicos y terapéuticos. Pérez Sánchez Alfredo. *Ginecología*. Tercera Edición. Santiago de Chile. Ed. Mediterráneo, 2003. p.317 - 358

43. Miller Paul D, McClung Michael R, Macovei liviu, Stakkestad Jacob, et col. Tratamiento mensual con Ibandronato oral en la osteoporosis posmenopáusica: Resultados a 1 año del estudio MOBILE. *J Bone Miner Res* 2005; 20:1315-1322. Publicado online 14 de marzo de 2005; doi:10.1359/JBMR.050313
44. Dören Martina, Nilsson Jan Åke and Johnell Olof. Effects of specific post – menopausal hormone therapies on bone mineral density in post – menopausal women: a meta-analysis. *Human Reproduction*, 2003; 18 (8):1737-1746.
45. Delmas PD, Adami S, Strugala C., Stakkestad JA ET ALS. Intravenous Ibandronate injections in postmenopausal women with osteoporosis: One year results from the dosing intravenous administration study. *Arthritis Rheum*. 2006 May 25; 54 (6):1838 – 1846.
46. Zoehrer R, Roschger P, Paschali et als. Effects of 3 and 5 year treatment with Risedronato on bone mineralization density distribution in triple biopsies of the iliac crest in postmenopausal women. *J Bone Miner Res*. 2006 Jul; 21(7): 1106 -1112.
47. Tseng LN, Sheu WH, HoES, Lan HH, HuCC, KaoCh. Effects of Alendronate combined with hormone replacement therapy on osteoporosis postmenopausal Chinese women. *Metabolism*. 2006 Jun; 55(6):741 -747.
48. Garcia-Perez MA, Moreno – Mercer J, Tarin JJ, Cano A. Similar efficacy of low and standard doses of transdermal estradiol in controlling bone turnover in postmenopausal women. *Gynaecology Endocrinol*. 2006 Apr; 22(4):179 – 184.
49. Khan A. Premenopausal women and low bone density. *Can Fam Physician*. 2006 Jun; 52: 43 - 47
50. Mc Clung M., Geusens P., Miller et al. For the hip intervention program (HIP) study group. Effect of Risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. *N Engl J Med* 2001; 344: 333
51. Faulkner KG, Cunnings SR et al. Simple measurement of femoral geometric predicts hip fracture: the study of osteoporosis fractures, *J. Bone Min. Res*. 1993; (8): 1211-1217.
52. Santisteban Alba S. Climaterio y osteoporosis. Artilos Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. *Climaterio y menopausia*. 1 ed. Ciudad de la Habana: Científico Técnico; 2007 p. 313-326.
53. [Consensus development conference V: Diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis, Am. J. Med., 1994, 446-50, 1993](#)
54. [Navarro Despaigne, Daisy, Estrógenos y huesos](#). Artilos Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. *Climaterio y menopausia*.1 ed. Ciudad de la Habana: Científico Técnico; 2007.p.202-212.

55. Pollahne W, Grieser T, Pfeifer M et al. Diagnóstico y diagnóstico diferencial de la osteoporosis primaria y secundaria. 1ra. Edición En Verlag GT Ed.J &C Edición MED., SL; 1998, p 5.
56. Kushner PR. A practical approach to managing osteoporosis Hospital Medicine. 1998. (34):15-25.
57. Mello Filho, J. Psicossomática hoje. Livraria Editora Artes Médicas, Porto Alegre, Brasil, 1992.
58. Mayo Clinic Health Information. Illness - Menopause. Yahoo. Com. .June 25 1999
59. Guiseppe, M.C. Rosano, Massimo F. THR en mujeres posmenopáusicas con riesgo cardiovascular epidemiología y estudios clínicos. 2002 Medical Forum International. 5 (1), 2002; 21 -26
60. Notelovitz Morris: TRE: la toma de decisión acerca de los estrógenos. 2002 Medical Forum International 5 (1), 2002; 3-7
61. Palacios S.; Cifuentes, I.; Eficacia de la TRH en el Síndrome Climatérico. Revista Iberoamericana de Revisiones en Menopausia 1(1):17 – 22,Marzo 1999
62. González,S.P.; Lanchares, J.L.; Cuidados preventivos de la salud de las mujeres hasta los 65 años de edad. Rev. Iberoam Menopausia 4(2):11-22, 2002.
63. Vashist Arvind, Studd John W.W.: Aplicaciones de la estrógeno terapia en la perimenopausia. 2002 Medical Forum International 5 (1): 27 -30
64. Kozak Erin A., Bachmann Gloria A.: Últimos adelantos sobre envejecimiento urogenital y estrógeno terapia. 2002 Medical Forum International. 5 (1):7-10
65. Lippert Theodor, Mueca, Alfred: Estradiol frente a estrógenos equinos conjugados. 2002 Medical Forum International. 5 (1): 13 -16
66. Carranza Lira Sebastián: Terapia hormonal de reemplazo. 2nd edición .México, McGraw - Hill Interamericana, 1999
67. Stumpf, P. Estrogen replacement therapy current regimens. En: Swartz DP Hormone replacement therapy. 9na. ed. Baltimore Williams & Wilkins, 1992, p.171 -90
68. Eriksen BC: Urogenital estrogen deficiency. Investigation and treatment with special reference to hormone substitution. Tidsskr - Nor - Laegeforen 1991; 111:2949 -2951
69. Shoupe D.: Contraindications to THR En Lobo RA (Ed) Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects. New York: Raven Press, 1994, p. 415 -418
70. Steinberg KK: A Meta analysis of the effect of THR in the risk on breast cancer. JAMA 1991; 266:1362

71. Daly E., Vessey, MP. Risk of venous thrombus embolism in users of THR. *Lancet* 1996;348:997 -80
72. Pou Ferrari, R.; Contraindicaciones de la hormonoterapia de remplazo. González Campos O. Arteaga Urzua E.; Contreras Castro P. *Menopausia y Longevidad. Perspectivas clínicas y epidemiológicas en Latinoamérica Chile Ediciones sociedad chilena de climaterio. Editora Bywaters. Octubre 1998; p.389 - 396*
73. Grodstein F, Stampfer MJ et al Postmenopausal estrogen progestin use and the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 1996; (33):453 - 61
74. Cushing KL, Weiss NC: Risk of endometrial cancer in relation to use of low dose, unopposed estrogens. *Obstetric Gynecology* 1998;(91):35-9
75. Stumpf PG.: Compliance problems with THR. *Obstet and Gynecol Clin North Am* 1994; 21:219-229
76. Position statement. Estrogen and progestágeno use in posmenopausal women: July 2008, *Menopause: The journal of the north American Menopause Society.* 14(4): 584 – 602. doi: 10.1097/gme.0b013e31817bo76a
77. Govea Pino Luís. "Atención diferenciada de las mujeres climatéricas". [tesis]. Ciudad Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende", ISMH; 2001
78. Valdés Pérez, Mayté. "Caracterización de las mujeres climatéricas". [tesis] Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende". Ciudad de La Habana. ISCMH; 2002
79. Prieto Valdés M. Fisiología de la pubertad, desarrollo puberal normal y patológico. Peláez Mendoza, J.; Machado Rodríguez, H.; Prieto Valdés M. Rodríguez Pons, O. Cabezas, Cruz E. L. *Ginecología pediátrica y de la adolescente.* 1 edición C. Habana, Ed. Científico Técnica, 2007
80. Reyes, R. Pubertad normal en la mujer. Pérez Sánchez A. *Ginecología* 3era. edición. Chile. Editora Mediterráneo, 2003.
81. Díaz Sánchez, M. E.; Carménate Moreno, M. M.; Toledo Borrero E.M.; Moreno López, V.; Moreno López R.; Wong Ordoñez I. Algunos factores sociales y del estilo de vida relacionados con la menopausia. Artilles Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. *Climaterio y menopausia un enfoque desde lo social.* 1 ed. C. Habana: Editorial Científico Técnico; 2007. p. 95 – 105.
82. Sosa Marín Miguel R. *Salud Sexual y Reproductiva en Cuba. Avances.* Minsap. Año 2003. Publicado en soporte electrónico. Tema 1 del curso 7 de la Maestría "Atención Integral a la Mujer". (UCI) Febrero 2006.
83. García Tirado Miriam. *Menopausia artificial.* Artilles Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. *Climaterio y menopausia, un*

- enfoque desde lo social. 1 ed. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2007. p.254 -262
84. Lugones Botell Miguel. Enfoque integral de la mujer climatérica en el nivel primario. Artilos Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. 1 ed. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2007. p.336 – 354.
  85. Sarduy Sánchez Celia. La sexualidad de la mujer de edad mediana. Realidades y reto. Artilos Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. 1 ed. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2007. p.119 -131.
  86. Hernández Méndez María L. La sexualidad en la mujer climatérica. [tesis de maestría] Soporte electrónico. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Manuel Fajardo. C. Habana, ISCMH.; Julio 2007
  87. Máster, W., Johnson. La sexualidad humana. Ciudad de La Habana Ed. Científico Técnica. 1997
  88. Texeira D.. Sexualidade na menopausa uma arte a ser aprendida. [tesis]. Rio do Janeiro: Universidad Gama Filho; 1996.
  89. Farramola L. Anorgasmia femenina como problema de salud. [tesis]. Maestría "Atención integral a la mujer" Soporte electrónico C. Habana: Facultad de Ciencias Medicas "Calixto García" ISMH; 2007. .
  90. Casas Fernández José A. "Alteraciones del endometrio y climaterio". Artilos Visbal L., Navarro Despaigne D., Manzano Ovies B.R. Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. 1era. Ed. Ciudad Habana, Ed. Científico técnica, 2007. p 250 – 254.
  91. Artilos Vistel, L.; Navarro Despaigne, D.; Manzano Ovies, B. R. Consideraciones epidemiológicas y psico sociales. González Campos O., Arteaga Urzua E., Contreras Castro P.; Menopausia y longevidad. Perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica. Chile, Ed. Bywaters, 1998. p.27 - 40.
  92. Ortega Rodríguez M. Derechos sexuales y reproductivos. Maestría "Atención integral a la mujer". [CD-ROM]. C. Habana: UCI/ISCMH; 2005.
  93. Smith D.S. Gunnels D., Hoññy J. Cancer and insulin like grow factor 1. Br.Med J 2000;321:487
  94. Kotani K, Tpkunagi K. FukimosaT. Et al. Sexual dimorphism of age related whole body fat changes in the obeses. Int J Obes. 1994; 18:207.
  95. Giraldo Gladys, MPH. Obesity: A growing problem in Cuba. Cuba health report, MEDICC Review. December 1, 2006
  96. León A., Vinés D., Oddó y Camus M. Enfermedades benignas de la mama. Cáncer de mama. Sánchez Pérez A. Ginecología. Santiago de Chile. Ed. Mediterráneo, 2003, p. 818 – 869

97. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros médicos y estadísticos de salud. Anuario Estadístico de Salud 2007. C. Habana Ed. Formato electrónico, 2006
98. Jano on line: 1/12/2006. Un nuevo escáner parece ser una buena alternativa a las mamografías. Radiological Society of North America
99. Oliva Rodríguez, J.A. Temas de Ginecología. Libro de autores cubanos. Biblioteca Médica. 2000, [http //: www. infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)
100. Escobar D., Alvarado C., Bueno F. Análisis comparativo entre Ultrasonografía transvaginal e histeroscopia diagnóstica en patología endouterina. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2000; 65(3):183.
101. Raffaele Tinelli, MD; Francesco G. Tinelli, MD; Ettore Cicinelli, MD; Antonio Malvasi, MD. The role of hysteroscopy with eye-directed biopsy in postmenopausal women with uterine bleeding and endometrial atrophy. Menopause: The Journal of the North American Menopause Society. 15(4) 737 – 742, 2008. DOI: 10.1097/gme.0b013e31815b644e. 2008 by the North American Menopause Society.
102. Peter F. Schnatz, DO, FACOG; and Kimberly Marakovits. The next generation of menopause providers: are medical students being properly prepared? Menopause: The Journal of the North American Menopause Society. 15(5), 2008. DOI: 10.1097/gme.0b013e31816429f8. 2008 by the North American Menopause Society
103. Ribal, J.; Tinelli, A. Terapia floral del Dr. Edward Bach. 2004 [www.florbach.es.org](http://www.florbach.es.org)
104. Rigol Ricardo O. Manual de acupuntura y digito puntura para el médico de familia. Ciudad de la Habana, Ecimed, 1992
105. Shrader, S.P.; Kelly, R.; Ragucci; Pham D., FCCP. Life after Women's Health Initiative: Evaluation of postmenopausal symptoms and use of alternatives therapies after discontinuation of hormone therapy. Pharmacotherapy. 2006; 26(10): 1403 –09. Pharmacotherapy publications posted 12/04/2006.
106. The North American Menopause Society. Treatment of menopause associated vasomotor symptoms: position statement of the North American Menopause Society. Accessed January 1, 2006. Available from <http://www.menopause.org/aboutmeno/consensus.htm>
107. Position Statement. Estrogen and progesterone use in peri - and postmenopausal women: March 2007 position statement of The North American Menopause Society. Menopause: The Journal of the North American Menopause Society. 14 (2) 1 – 17, 2007

108. Escribano, J. J.; Álvarez, M. y Giles, J. Menopausia. Terapia hormonal. Ginecología y atención primaria. Problemas clínicos. Grupo Aula Médica, S.A. Schering España, S.A. 2002, p.171
109. Wehling M, Schultz A, Lösel R. Nongenomic Actions of Estrogens: Exciting Opportunities for Pharmacology. *Maturitas* 54(4):321-326, Jul 2006.
110. Notelovitz, M. Consultant, Adult Women's Medicine, Gainesville, Fla. USA TRE: la toma de decisión acerca de los estrógenos. Foro de Ginecología 5(1), p 3-6, 2002.
111. Lee KB, Lee JM, LeeJK, Cho CH. Endometrial Cancer patients and Tibolone: A matched case – control study. *Maturitas* 55(3): 264 – 269. Oct. 2006.
112. Hernández Bueno J. Principios y prácticas para una terapia hormonal personalizada. Simposio Internacional de “Salud reproductiva en edades extremas de la vida de la mujer”. Varadero, Matanzas. Soporte electrónico. Octubre 2000.
113. Millar, P.; Epstein, S.; Sedarati, F.; Reginster J-Y. Ibandronato oral mensual en comparación alendronato oral semanal en la osteoporosis posmenopáusica: resultados del estudio comparativo directo MOTION. *Current medical research and opinión*. 24(1): 2008, 207 -213.

**DATOS GENERALES**

Fecha: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

HC: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_

Escolaridad: Primaria I  <sub>1</sub> Primaria C  <sub>2</sub> Nivel Medio  <sub>3</sub> Universitario  <sub>4</sub>

<sub>4</sub> Desconocido  <sub>9</sub>

Ocupación: Ama de Casa  <sub>1</sub> Profesional  <sub>2</sub> Obrero  <sub>3</sub> Dirigente  <sub>4</sub>

Téc. Medio  <sub>5</sub> T.C.P  <sub>6</sub> T.C.P  <sub>7</sub> Otros  <sub>8</sub>  <sub>9</sub>

Menarquia: \_\_ P.R.S: \_\_ No. Comp.sexuales: \_\_

Duración e intervalo de la menstruación: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipos de menstruación: Eumenorreica  <sub>1</sub> Baches Amenorreicos  <sub>2</sub>

Hiperpolim.  <sub>3</sub> Metrorragia  <sub>4</sub> Desc  <sub>9</sub>

No. de Abortos: \_\_ No. de Partos: \_\_ Total Gestaciones: \_\_

Menopausia: Si  No

Tiempo de Menopausia: \_\_

Instalación de Menopausia: Espontánea  <sub>1</sub> Q.  <sub>2</sub> Desc  <sub>9</sub>

Status civil Actual: Sola  <sub>1</sub> Casada  <sub>2</sub> Cro. Estable  <sub>3</sub>

Cro. Ocasional  <sub>4</sub> Desc  <sub>9</sub>

Relaciones Sexuales: Si  No

Tipo de Relación sexual: Buena  <sub>1</sub> Regular  <sub>2</sub> Mala  <sub>3</sub> Desc  <sub>9</sub>

Por qué?: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

A.P.P: D.Mellitus <sup>1</sup>  Hipercolesterolemia <sup>2</sup>  Hipertensión <sup>3</sup>

Asma <sup>4</sup>  Cáncer <sup>5</sup>  Otros <sup>6</sup>  Desc. <sup>9</sup>

A.P.F: D.Mellitus <sup>1</sup>  Hipercolesterolemia <sup>2</sup>  Hipertensión <sup>3</sup>

Asma <sup>4</sup>  Cáncer <sup>5</sup>  Otros <sup>6</sup>  Desc. <sup>9</sup>

**Sobrecarga Física:**

Ptos.

• Trabaja en la calle: Si  No  \_\_\_\_\_ (1)

(0)

• Esposo o Cro. Sexo en el hogar: Si  No  \_\_\_\_\_ (2)

(0)

• Hijos en casa

< 5 años Si No  \_\_\_\_\_  (2c/u)

5-14 años Si No  \_\_\_\_\_  (2c/u)

15-19 años Si No  \_\_\_\_\_  (1c/u)

20 ó más años Si No  \_\_\_\_\_  (1c/u)

➤ Trabajo hogareño:

Sin ayuda Si No  \_\_\_\_\_  (3)

Con ayuda Si No  \_\_\_\_\_  (2)

Otra persona Si No  \_\_\_\_\_  (1)

4. Atención a enfermos o Discapacitados:

Total Si No  \_\_\_\_\_  (3)

Parcial Si No  \_\_\_\_\_ (2

Otra persona Si No  \_\_\_\_\_  (1)

**Total de Puntos** \_\_\_\_\_

Síntoma Principal: Sofocos o fogajes <sup>1</sup>  Sudoración <sup>2</sup>  Taquicardia <sup>3</sup>

Insomnio <sup>4</sup>  Irritable carácter <sup>5</sup>  Ansiedad <sup>6</sup>

Depresión  Sequedad Vaginal  Problema Sexual

7  
 ALT. Urinari  10  
 8  
 Hipertensión  11  
 9  
 Otros  12  
 130  
 Ninguna  13

Síntomas Asociados: Si  No

Cuál?(es): \_\_\_\_\_

Percepción de síntoma(s): Muy mal  1  
 2 Mediano  2  
 3 afecta  3  
 0

Limitación de actividad(es): Medio  1  
 2 Poco  2  
 3 Nada  3  
 0

Criticidad del S.C: Crítico  1  
 2 Moderado  2  
 3 leve  3  
 4 o  4  
 9 sc  9

**PRIMERA CONSULTA**

General: Talla: \_\_ cm. Peso: \_\_\_ Kg. I.M.C: \_\_ % T-A: \_\_/ \_\_

Mamas: Normales  1  
 2 Flácidas  2  
 3 Hipertrofia  3  
 4 Displasia  4

Nódulos  5  
 6 Otros  6  
 99 Desc.  99

Vulva: Normal  1  
 2 Atrofia  2  
 3 Lesión  3  
 9 Desc.  9

Vagina: Normal  1  
 2 Atrofia  2  
 3 Vaginitis  3  
 4 Otros  4  
 9 Desc.  9

Cuello: Normal  1  
 2 Atrofia  2  
 3 Hipertrofia  3  
 4 Cervicitis  4  
 5 Erosión  5

H.P.V  6  
 7 Otros  7  
 99 Desc.  99

Leucorrea: Si  No

Aspecto: Monilias  1  
 2 Tr  2  
 3 Ine  3  
 4 Ga  4  
 5  5

Mixta  6  
 7 Otros  7

Útero: Normal  1  
 2 Atrófico  2  
 3 Otros  3  
 99 Desc.  99

**PRIMER DIAGNÓSTICO:**

Climaterio  1  
 2 Menopausia  2  
 3 Post Menopausia  3  
 4 Otros  4

**PRIMERAS INDICACIONES:**

Chequeo  1  
 2 Ejercicios  2  
 3 Sol  3  
 4 Dieta  4  
 5 Vitaminas  5

Otras  I.C.D.  Cuál Especialidad? \_\_\_\_\_

## SEGUNDA CONSULTA

Resultados:

Hb.: \_\_\_\_\_ Hto.: \_\_\_\_\_ Serología: Neg

Glicemia: \_\_\_\_\_ Creatinina: \_\_\_\_\_

Colesterol: \_\_\_\_\_ Orina: \_\_\_\_\_

Ex. Vaginal: Neg.  Monilia  Tricho  Inesp.

Ex. Endocervical: Negativo  Positivo

E.C.G.: Negativo  Alterado

Mamografía: Normal  displasia  Nódulos

Lesión M.  Otros  Desc.

U.S.T. Vaginal: R.E. (0-4)  R.E. (5-9)  R.E. > 9

Otros:

Desc.

U.S de Mama: No se hizo  hizo N.  Nódulo  Lesión M.

Legrado Diagnóstico: No se hizo  Se hizo N.  hizo Hiperplasia

Se hizo Pólipo  hizo Endoc.  hizo Desc.

## SEGUNDO DIAGNÓSTICO

Anemia  D.M  Hipertensión  Dislipidemia  displasia M.

Nódulo M.  Cáncer M.  NIC  Mioma

Hiperplasia End.  Adenoc. End.  Cáncer cuello

Otros  Desc.

Tratamiento(s):

9. T.R.I. No <sub>1</sub> Mejoría <sub>2</sub> Igual <sub>3</sub> Empeoró <sub>4</sub> Desc <sub>9</sub>
10. T.C.Acup. No <sub>1</sub> Mejoría <sub>2</sub> Igual <sub>3</sub> Empeoró <sub>4</sub> Desc <sub>9</sub>
11. T.H.R. No <sub>1</sub> Mejoría <sub>2</sub> Igual <sub>3</sub> Empeoró <sub>4</sub> Desc <sub>9</sub>
12. T.Q. No <sub>1</sub> Mejoría <sub>2</sub> Igual <sub>3</sub> Empeoró <sub>4</sub> Desc <sub>9</sub>

Diagnóstico Q. (A-Patológica): \_\_\_\_\_

Tipo de Operación: \_\_\_\_\_

CITOLOGÍA ORGÁNICA: \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN DE LAS PACIENTES

Año	Talla	Peso	T-A	Síntoma (s)	Tto. Principal actual	Observac.

Tipo de Tto. Principal: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Causa del abandono: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

**CONSULTA DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA.**

Por este medio declarado que la Dra. que me atiende en esta consulta me ha informado que los trastornos de sofocos y fogajes así como todos los epifenómenos (insomnio, depresión, ansiedad, irritabilidad de carácter) que he sentido, por estar en la etapa de la peri menopausia, pueden ser atendidos por distintos tipos de tratamientos; pero todos los medicamentos tienen efectos adversos y que en el tratamiento hormonal de reemplazo (THR) puede tener las ventajas de evitar o detener la osteoporosis, enfermedad silente de los huesos, que puede predisponer a las fracturas de Colli,(muñecas), cuerpos vertebrales y cadera; pero que tiene un riesgo relativo alto de actuar sobre la mama provocando un cáncer, independientemente, de los antecedentes familiares de cáncer que indudablemente actúan como factores de alto riesgo en la herencia de este tipo de cáncer.

Además de que no se debe usar la THR en pacientes con antecedentes de enfermedades hepáticas y antecedentes de tromboflebitis o varices.

Después de esta charla con la Dra. \_\_\_\_\_; declaro que \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento informado para utilizar el THR y me comprometo a concurrir anualmente al chequeo que aquí se me ha hecho desde la primera consulta.

Dado en Ciudad de la Habana a los

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma paciente**

\_\_\_\_\_

**Firma del medico.**