

Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna” Hospital  
Docente Ginecoobstétrico “Justo Legón Padilla” Pinar del Río

## **CLIMATERIO POSQUIRÚRGICO**

*Dra. Magalys Abréu Mérida,<sup>1</sup> Dra. Nitzza Sánchez Martínez<sup>2</sup> y Dr. Manuel Piloto Morejón*

**RESUMEN:** Con el objetivo de contribuir al conocimiento del climaterio posquirúrgico se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en los hospitales “Justo Legón Padilla” y “Ciro Redondo” de Pinar del Río, desde octubre de 1998 a diciembre de 1999. Se constituyó un grupo de estudio con las pacientes castradas quirúrgicamente en cualquier hospital del territorio o fuera del mismo (n = 84) y atendidas en la consulta provincial de Ginecología, a las que se aplicó una encuesta con variables como: edad al momento de la operación de castración, antecedentes precastración y poscastración, paridad, síntomas, signos y su tiempo de aparición, causas y tipo de operación, confirmación histológica y tratamientos utilizados. Los principales resultados fueron: edad media en la castración de 35,27 años (DE = 7,39), aumento de cardiopatías, hipertensión arterial y artropatías poscastración; paridad media de 1,44 (DE = 0,82), la mayoría de los síntomas aparecieron antes del año de operadas y los más frecuentes: fogajes o calores (95,24 %), depresión (55,95 %), disminución o pérdida del deseo sexual (70,24 %) y dolores articulares musculares (64,29 %). Las principales causas de castración fueron: fibroma uterino (33,33 %), cáncer de cuello uterino (19,05 %) y hemorragia uterina (13,10 %). Se logró mejoría como respuesta a la terapia hormonal de reemplazo con todas las combinaciones utilizadas. Se concluyó que existe un empleo exagerado de la castración sin causas justificadas, como el cáncer y la sepsis genital. Se recomendó mantener los ovarios en toda mujer operada menor de 50 años y en aquellas mayores de 50, según el criterio del cirujano, además de discutir estos preocupantes resultados en conjunto con la Cátedra de Cirugía General.

**DeCS: OVARIECTOMIA/efectos adversos; MENOPAUSIA; CLIMATERIO; TERAPIA DE REEMPLAZO DE ESTROGENO.**

Antiguamente, la esperanza de vida al nacer era muy corta. A mediados del siglo pasado, muchas mujeres no llegaban a la

edad del climaterio y las que la alcanzaban, estaban envejecidas y agotadas y, por lo general, no daban importancia alguna al

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Vicedirector Docente.

hecho de no presentar menstruaciones nunca más. Por ello, históricamente la mujer ha identificado al climaterio como una etapa llena de cambios poco conocidos y desagradables y veía esta época de transición como anormal y peligrosa, más que de cambio.<sup>1</sup>

El climaterio se define en nuestro país como un período de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva de la vida femenina y se divide en 2:

- a) Perimenopausia: desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.
- b) Posmenopausia: que se extiende desde la menopausia hasta los 59 años (antes del comienzo de la tercera edad) y que a su vez se subdivide en:

- Etapa temprana: que se refiere a los 5 primeros años de posmenopausia.
- Etapa tardía: desde 5 años después de la menopausia, hasta los 59 años.<sup>2</sup>

Actualmente, el climaterio se considera una etapa normal o fisiológica en la vida de la mujer, que se caracteriza por importantes cambios morfológicos, funcionales y psicológicos condicionados por la involución o envejecimiento ovárico, el reajuste general en la producción de hormonas y el deterioro funcional de diferentes tejidos y órganos, y queda bien definido que los bochornos no son expresión de un estado anímico especial, sino un fenómeno vasomotor independiente del estado emocional. A su vez, el descenso de los niveles de estrógenos- endógenos, provoca alteraciones en la matriz ósea y en consecuencia: osteoporosis y lipidemia, que posibilita la enfermedad coronaria.

Hoy las cosas han cambiado, la mayor expectativa de vida ha incrementado en forma considerable el número de mujeres que

llegan a esta “edad crítica” y que no renuncian a su femeneidad y sexualidad después de los 50 años; por el contrario, demandan la atención ginecológica de manera creciente. Hoy se considera que el 95 % de las mujeres de los países desarrollados deben pasar por la etapa del climaterio.<sup>3,4</sup> Las mujeres viven un promedio de 35 años más que en el siglo pasado, cuando el cese de las menstruaciones prácticamente coincidía con el fin de la vida. En la actualidad, una mujer que llegue sana a la menopausia, vivirá un tercio de su existencia en esta condición.<sup>5,6</sup>

La mujer en Pinar del Río tuvo una expectativa de vida de 78,04 años de edad en el período 1996-98. Por otro lado, posee actualmente un alto nivel educacional, constituye una fuerza laboral y política de primera línea y goza de grandes garantías sociales para ella y su familia.

En virtud de los logros alcanzados en la Salud Pública, se esperaba que -ya en los finales de la década de los 90- cerca de 4 000 000 de mujeres alcanzaran la edad de la menopausia, lo que de por sí solamente, justificaría la necesidad del estudio de las modificaciones clínicas que ocurren en esta etapa de la vida y su repercusión psíquica y social para su debida atención.<sup>7,8</sup>

Existe la llamada menopausia artificial, que ocurre en aquellas pacientes con daño gonadal irreversible inducido por radioterapia, quimioterapia o exéresis quirúrgica, en las que se produce un cese total y brusco de la función ovárica, que trae como consecuencia la aparición de síntomas con mayor intensidad y más precoces que en la regresión fisiológica de esta glándula durante el climaterio natural o fisiológico.<sup>2,3,9,10</sup>

En todos los trabajos revisados, se ha estudiado el climaterio natural o fisiológico y se ha relegado al olvido el climaterio artificial.

En nuestra práctica médica hemos observado con cierta frecuencia pacientes

castradas por esta última vía, lo que nos motivó a investigar sobre este proceder resultado de la mano del hombre, en ocasiones cumpliendo normativas nacionales, según la entidad que realizó la operación, pero en otros casos por operaciones exageradas. Por fortuna para todos los casos, el advenimiento de la terapia hormonal de reemplazo (THR), ha cambiado el enfoque de los médicos y de muchas mujeres que pueden ahora dar cara al climaterio y a la vida futura con tranquilidad y confianza.

### **Métodos**

Se realizó un estudio retro-prospectivo, transversal y descriptivo en el Hospital Docente Ginecoobstétrico “Justo Legón Padilla” de Pinar del Río, desde octubre de 1998 a diciembre de 1999. El universo de estudio estuvo constituido por todas las pacientes atendidas en la Consulta Externa Provincial de Ginecología y el grupo estudio, por aquellas con antecedentes de haber sido castradas quirúrgicamente (n=84), con la característica común de que todas –en su etapa posoperatoria– fueron atendidas en esta consulta siempre por los mismos profesionales de la investigación. Las pacientes habían sido intervenidas quirúrgicamente, tanto por la especialidad de Ginecología y Obstetricia como por la de Cirugía, y en cualquier hospital del País.

A todas se les administró un suplemento de minerales y vitaminas consistente en 1 g de calcio diario (o 1 L de leche/día) y vitamina D<sub>3</sub> (0,25 mg = 50 000 UI/d); además, terapia hormonal de reemplazo. Evolutivamente, fueron evaluadas en una reconsulta a los 3 meses, hasta completar la encuesta.

La información obtenida fue procesada mediante una base de datos Microsoft Excel-97. Se confeccionaron tablas simples

a las que se les aplicó porcentaje, media y desviación estándar.

### **DOSIFICACIÓN UTILIZADA COMO TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO**

Por la deficiente disponibilidad en el mercado nacional de todos los preparados hormonales a utilizar en el tratamiento de reemplazo de las pacientes sintomáticas castradas quirúrgicamente, el criterio de utilización no fue el deseado y simplemente se basó en el empleo de aquellos disponibles en el momento de la indicación médica. Su dosificación fue la siguiente: estrógenos conjugados: 0,625 a 1, 25 mg/d, andrógenos: 100 mg/mes y gestágenos: 5 mg/d.

### **Resultados**

En la tabla 1 se pueden observar 28 afecciones precastración y las más frecuentes: la displasia mamaria (n=13) y la hipertensión arterial (n=6). Las afecciones poscastración se incrementaron a 62 y las más frecuentes fueron: las artropatías (n=38) y la hipertensión arterial (n=15). Hubo un incremento general de 34 afecciones poscastración quirúrgica (2,21 veces más) y en lo particular, las artropatías aumentaron numéricamente de 3 a 38 (12,6 veces) y la hipertensión arterial de 6 a 15 (2,5 veces).

La incidencia poscastración de hipertensión arterial (24,19 %) es menor que el 32 y el 44 % reportado, respectivamente, en los municipios Plaza y La Lisa (Ciudad de La Habana) y la de diabetes mellitus (3,23 %) inferior al 5 y 7,7 % reportados por estos mismos municipios, mientras que el 8,07 % de incidencia de cardiopatía poscastración fue casi similar al reportado por La Lisa (7,7 %).<sup>7</sup>

**TABLA 1. Climaterio posquirúrgico, según antecedentes patológicos precastración y poscastración**

Antecedentes patológicos	Precastración		Poscastración	
	n	(%)	n	(%)
Displasia mamaria	13	(46,43)	0	(0)
Cardiopatía	1	(3,57)	5	(8,06)
Hipertensión arterial	6	(21,43)	15	(24,19)
Artropatías	3	(10,71)	38	(61,29)
Otros	5	(17,86)	4	(6,45)
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>(100)</b>	<b>62</b>	<b>(100)</b>

Fuente: Historias clínicas.

La hipertensión arterial, la obesidad y la cardiopatía isquémica, aumentan su incidencia durante el climaterio y constituyen la mayor causa de muerte de la mujer en la sociedad desarrollada.<sup>8</sup> Es bien sabido que la mujer tiene menor propensión que el hombre a los infartos del miocardio, por una relativa inmunidad debida a los estrógenos y su acción sobre la lipídemia, lo cual disminuye la tendencia a la aterosclerosis y la obstrucción coronaria.<sup>11-14</sup> Un estudio en Estados Unidos, en mujeres negras entre 34 y 58 años, concluyó que el grupo de pacientes ooforectomizadas presentó un riesgo mayor de aterosclerosis carotídea subclínica que las histerectomizadas solamente y aquellas con menopausia natural.<sup>15</sup>

En la tabla 2 observamos que en el 48,82 % de las pacientes (n=4), los primeros síntomas referidos se presentaron dentro de los 3 meses posteriores a la castración, y el 21,42 % refirió sus primeros síntomas al año o más de la operación que las mutiló. De forma general, más de las tres cuartas partes de las pacientes (78,58 %) comenzaron sus primeros síntomas antes de cumplir el año de operada.

**TABLA 2. Climaterio posquirúrgico y tiempo de aparición de los primeros síntomas referidos**

Tiempo de aparición de los primeros síntomas	(n)	(%)
4-7 meses	20	(23,81)
8-11 meses	5	(5,95)
1 año	9	(10,71)
≥ 2 años	9	(10,71)
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>(100)</b>

Fuente: Historias clínicas.

La tabla 3 describe las causas de la operación de castración, según la edad en ese momento, donde el fibroma uterino fue la más frecuente (33,33 %) y, entre ellos, el grupo de 35 a 39 años, el de mayor número (n=11). Aproximadamente, las tres cuartas partes de las pacientes (n=61) fueron castradas por una u otra razón antes de cumplir los 40 años de edad (72,62 %) y la edad media en la castración fue de 35,27 años (DE= 7,39) con una edad mínima de 17 años y una máxima de 54.

La edad media en la operación de castración en nuestra investigación (35,27 años) ocurrió 13 a 14 años antes que la edad media de la menopausia del climaterio fisiológico.

Algunos autores<sup>3,6-8</sup> señalan la edad promedio de la menopausia natural a los 49 o los 50 años y *Lozano* y otros<sup>11</sup> encuentran una edad media de 56,3 años. *Navarro* y otros<sup>6</sup> encontraron una edad promedio de 49 años, pero señalan que el 23 % de sus casos se encontraban en la edad temprana de la posmenopausia y el 25 % en la etapa tardía.

Es posible encontrar diferencia en la edad de aparición de la menopausia natural

**TABLA 3. Climaterio posquirúrgico y causa de la castración, según edad al momento de la misma**

Causa de la castración	Edad al momento de la castración (años)					Total	
	< 30	30-34	35-39	40-44	≥45	n	(%)
Fibroma uterino	4	6	11	5	2	28	(33,33)
Cáncer de cuello uterino	3	5	2	4	2	16	(19,05)
Hemorragia uterina	0	2	2	2	5	11	(13,10)
Sepsis intrabdominal	6	1	1	0	0	8	(9,52)
Pelviagia crónica	2	2	5	1	0	10	(11,90)
Embarazo ectópico + quiste de ovario	2	1	1	0	0	4	(4,76)
Tumor maligno de ovario	2	0	0	1	1	4	(4,76)
Sangrado del embarazo y puerperio	0	2	1	0	0	3	(3,57)
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>84</b>	<b>(100,00)</b>

Fuente: Historias clínicas.

Edad mínima en la castración= 17 años.

Edad máxima en la castración= 54 años.

Edad media en la castración= 35,27 años (DE= 7,39 años).

o espontánea. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que esto se debe a factores socio-económicos, ambientales, nutricionales o a una mezcla de ellos.<sup>11</sup> Los síntomas reportados por los autores en los diferentes trabajos sobre climaterio natural, en su mayoría no han sido relacionados con el tiempo de aparición de los mismos.

*Fernández Bravo* y otros<sup>16</sup> plantean que la clínica en el climaterio se divide en 3 grupos:

1. De aparición temprana (vapores, sudaciones, palpitaciones, cefalea, irritabilidad, insomnio, nerviosismo, tendencia a la depresión).
2. De aparición a mediano plazo (tendencia a la atrofia del aparato genitourinario que da lugar a molestias de tipo doloroso, por la disminución de la lubricación vaginal y por adelgazamiento de su revestimiento).
3. De aparición a largo plazo, que resulta la más importante (osteoporosis, fracturas,

alteraciones cardiovasculares, hipertensión arterial, posible alteración de coagulación de la sangre y trastornos en el metabolismo de los lípidos).

En la tabla 4 vemos los síntomas referidos, los más frecuentes fueron: en los vasomotores, los calores o fogajes (95,94 %); en los psíquicos: la depresión (55,95 %); en los sexuales: la disminución o pérdida del deseo sexual (70,24 %) y en los mioarticulares: los dolores articulares y musculares (64,29 %). De los signos clínicos, el más frecuente fue: la vagina seca (32,14 %) y en lo radiológico: la osteoporosis (14,29 %).

La sequedad vaginal duplica (32,14 % vs. 15 %) lo reportado por *Lezcano Ramos*.<sup>17</sup> Es incuestionable el hecho de que estas alteraciones locales son notables y molestas, pero sin duda no son las más preocupantes, como sí lo son las alteraciones a largo plazo que se producen en los huesos, por ejemplo: la osteoporosis (que

TABLA 4. Climaterio posquirúrgico según síntomas y signos clínicos-radiológicos

Síntomas	n	(%)
Vasomotores		
Calores o fogajes	80	(95,24)
Sudaciones	29	(34,52)
Palpitaciones	9	(10,71)
Acroparestesias	8	(9,52)
Psíquicos		
Depresión	47	(55,95)
Llanto frecuente	38	(45,24)
Irritabilidad o mal humor	33	(39,29)
Agotamiento o cansancio	23	(27,38)
Sexuales		
Disminución o pérdida del deseo sexual	59	(70,24)
Coitalgia	27	(32,14)
Ardor y/o sequedad vaginal	31	(36,90)
Mioarticulares		
Dolores articulares y musculares	54	(64,29)
Inflamación articular	24	(28,57)
Signos clínicos		
Vagina seca	27	(32,14)
Vagina pálida	22	(26,19)
Cistocele	4	(4,76)
Vagina atrófica	3	(3,57)
Signos radiológicos		
Osteoporosis	12	(14,29)

Fuente: Historias clínicas.

lleva a fracturas frecuentes) y las dolencias cardiovasculares. Es sabido que la disminución de los niveles hormonales afecta el aparato urogenital y produce entre otros: incontinencia urinaria, cistitis repetidas, dolores durante las relaciones sexuales y sequedad vaginal. Este proceso afecta sin duda también los ojos, les provoca sequedad, lo que dificulta el uso de los lentes de contacto. Es importante que las mujeres sepan que estos síntomas –de los que poco se habla– se pueden tratar.<sup>5</sup>

En relación con los síntomas vasomotores, la presencia de calores o fogajes (95,24 %) en este estudio es superior al 81 % reportado por *Lezcano Ramos*<sup>17</sup> y *Navarro*,<sup>7</sup> que señalaron el 63 y el 57 %, respectivamente. La depresión en este es-

tudio fue inferior a la de otro efectuado en Camagüey (55,95 % vs. 69 %).<sup>17</sup> La pérdida del deseo sexual (27,38 %) fue inferior a la reportada en el estudio de *Lezcano Ramos*.<sup>17</sup> Todos estos estudios fueron realizados en mujeres con climaterio natural.

Según *Artiles*,<sup>18</sup> la mujer expresa síntomas que no siempre se relacionan con el estado psicológico correspondiente al estadio del climaterio en que se encuentra. Es poco frecuente que en la premenopausa aparezca la disminución del deseo sexual por déficit hormonal. En esta etapa del ciclo de vida, los niveles de estrógenos y andrógenos no están modificados como para producir tal efecto y es posible que exista un mayor compromiso subjetivo o socio ambiental. Se debe descartar siempre

TABLA 5. Climaterio posquirúrgico, según tratamiento utilizado y evolución observada en la reconsulta

Tratamiento utilizado	Grupo estudio		Mejoría		Mejoría notable	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Estrógenos	31	(37,80)	9	(29,00)	22	(70,96)
Estrógenos + gestágenos	4	(4,88)	0	(0,00)	4	(100,00)
Andrógenos	22	(26,83)	8	(36,40)	14	(63,63)
Estrógenos + andrógenos	25	(30,49)	6	(24,00)	19	(76,00)
Total *	82	(100,00)	23	(28,00)	59	(71,95)

*Mejoría:* Cuando hubo atenuación de los síntomas referidos en algún grado y al efectuar el examen físico, algún grado de mejoría de los signos.

*Mejoría notable:* Cuando hubo desaparición total de los síntomas referidos y al realizar el examen físico, algún grado de mejoría o desaparición de los signos.

\* Dos pacientes inasistentes a la consulta.

Fuente: Historias clínicas.

una causa orgánica ginecológica de tipo doloroso, en la que la relación sexual no sea placentera y sea esta la causa verdadera de dicha alteración referida por las pacientes climatéricas. Fisiológicamente, el interés por el sexo debería aumentar durante el climaterio y a partir de este, pues hay menos estrógenos para competir con la testosterona que, como es sabido, es la hormona masculina que controla la libido y que la mujer no cesa de producir en ningún momento de la vida.

Hay que resaltar el hecho de que cuando nos enfrentamos a una mujer perimenopáusica o posmenopáusica, lo hacemos con una mujer no enferma, sino que transita por un proceso fisiológico. No es el caso en el que la *precocidad artificial* del proceso, lo transforma en un período tanto más patológico cuanto menor sea la edad de la paciente.

Es necesario romper los estereotipos culturales de la disminución del deseo sexual para ganar una vida más placentera y saludable, como bien señala *Artiles*;<sup>18</sup> la menopausia no es el fin de la vida, sino el comienzo de una nueva etapa.

El tratamiento más efectivo en el climaterio posquirúrgico (tabla 5) fue: la combinación de estrógenos y gestágenos (100 % de mejoría) seguido de la combinación de estrógenos y andrógenos (76 % de mejoría).

## Discusión

Existe consenso mundial de la eficacia de la terapia hormonal de reemplazo (THR) en el síndrome climatérico, terapia que puede ser cíclica o no, en dependencia de las hormonas administradas. Esta terapia es muy efectiva en el tratamiento de los síntomas vasomotores y puede considerarse a su vez como una medida preventiva, primaria o secundaria, para evitar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.<sup>3</sup> Esta terapia parece reducir el riesgo relativo de enfermedad coronaria en un 30-50 %, pero es además el tratamiento de prevención de la osteoporosis posmenopáusica, ya que frena la pérdida de masa ósea del hipopostrogenismo y debe mantenerse al menos 5-10 años, ya que una vez que se

suspende, la pérdida de la masa ósea se reanuda.

La terapia con estrógenos aislados o combinados con gestágenos es más eficaz que el placebo y que otros tratamientos para tratar los síntomas vasomotores. Autores españoles<sup>3</sup> han encontrado un decrecimiento progresivo de los vapores y sudores nocturnos, durante los 3 primeros meses, en el 90 % de las mujeres (nuestros resultados son inferiores al de esta investigación). Es válido recordar que antes de iniciar cualquier tratamiento hormonal en este período de la vida, debe efectuarse un detenido reconocimiento general, una minuciosa exploración ginecológica (incluida la mama y citología cervical) y descartar un embarazo.

De forma particular, los objetivos de la terapia de reemplazo hormonal son lograr la remisión de los síntomas, la profilaxis del riesgo cardiovascular, la profilaxis del riesgo osteoporótico y la prevención de la atrofia urogenital.

Hay normas a respetar en la terapia de reemplazo hormonal. Se cita que el estrógeno provoca el crecimiento del tejido uterino, lo que puede aumentar el riesgo de cáncer, por lo que algunos autores<sup>5,19,20</sup> sugieren administrarlos con gestágeno. Otros autores preconizan la terapia con estrógenos.<sup>21,22</sup>

En el Consenso Cubano sobre climaterio y menopausia, se acordó la utilización de estrógenos sintéticos en pacientes menores de 40 años y los conjugados equinos o naturales en otras edades y se prescribió el uso del dietilestilbestrol. Por otro lado, los progestágenos deberán usarse en los trastornos menstruales propios de la perimenopausia y los andrógenos –asociados o no a estrógenos–, en alteraciones de la libido.<sup>2</sup>

No podemos olvidar el uso de la medicina tradicional que se impone, cada día transcurrido, como una alternativa más de

tratamiento y en la que en nuestro país hay gran experiencia.<sup>23</sup>

Se menciona en la literatura, el uso de esteroides sintéticos para suprimir los síntomas climatéricos sin la estimulación del crecimiento endometrial, como es la tibolona.<sup>24</sup>

No debemos menospreciar el biotipo de las mujeres climatéricas, ya que aquellas con exceso de grasa cursan –como es conocido–, con un climaterio más placentero y específicamente con la forma clínica hiperestrogénica, por la producción extraovárica de estrógenos en los adipocitos.<sup>25,26</sup>

En conclusión, consideramos preocupante el hecho de observar tantas mujeres castradas quirúrgicamente en edades tempranas de la vida, muchas de ellas sin una causa médica que justifique la extirpación total de sus ovarios y sin lograr aún la descendencia sustitutiva renovadora y socialmente obligada de la población. Por otro lado, la aparición precoz de síntomas consecuente con esta mutilación, contrastó con su sorprendente y rápida atenuación o desaparición con los diferentes tratamientos de reemplazo impuestos.

## **Recomendaciones**

1. Garantizar la conservación de los ovarios o al menos de una fracción de tejido de uno de ellos, en toda paciente que sea intervenida quirúrgicamente, con independencia de la edad, válido tanto para las operaciones realizadas por ginecoobstetras como por cirujanos generales. Quedarían exceptuadas aquellas mujeres con causas justificadas, por ejemplo: la sepsis intrabdominal de causa ginecoobstétrica (generalizada o localizada en la pelvis) y las neoplasias malignas de ovario, útero y mama en sus estadios más avanzados.



2. Difundir estos resultados, conclusiones y recomendaciones a la totalidad de

ginecoobstetras y cirujanos de los diferentes territorios.

**SUMMARY:** A retrospective, cross-sectional and descriptive study was conducted at "Justo Legón Padilla" and "Ciro Redondo" hospitals, in Pinar del Río, from October, 1988, to December, 1999, in order to contribute to the knowledge of postsurgical climacteric. The study group was composed of those female patients who were surgically castrated at any hospital of the territory or outside it (n = 84) and that were seen at the provincial consulting room of Gynecology. A survey with variables such as age at the moment of castration, precastration and postcastration history, parity, surgery performed, symptoms, signs and their time of appearance, causes of the operation, histological confirmation and treatments used, was done. The main results were as follows: mean age of 35.27 (SD = 7.39) at castration; increase of heart diseases, arterial hypertension and arthropathies after castration; and mean parity of 1.44 (SD = 0.82). Most of the symptoms appeared less than a year after the operation and the most frequent were: flush or heat (95.24 %), depression (5.95 %), reduction or lost of sexual desire (70.24 %) and articular and muscular pain (64.29 %). The main causes of castration were: uterine fibroma (33.33 %), uterine cancer (19.05 %) and uterine hemorrhage (13.10 %). An improvement was observed as a response to hormone replacement therapy with all the combinations used. It was concluded that there is an exaggerated abuse of castration without justified causes, such as cancer and genital sepsis. It was recommended to maintain the ovaries in any woman under 50 operated on and in those women over 50, according to the surgeon's criterium, and to discuss these preoccupying results with the General Surgery Professorship.

Subject headings: **OVARECTOMY/adverse effects; MENOPAUSE; CLIMACTERIC; ESTROGEN REPLACEMENT THERAPY**

### **Referencias bibliográficas**

1. Utian WH. Current perspectives in the management of the menopausal and post menopausal patient: Introduction. *Obstet Gynecol* 1990;75(Suppl):15-25.
2. Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Cubana de Endocrinología. Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999.
3. González Campos O. Métodos de evaluación del síndrome climatérico. *Rev Iberoam Rev Menop* 1999;1(1):11-6.
4. Palacio S, Menéndez C, Cifuentes J. La mujer española y la THR. Expectativas y cumplimiento. *Prog Obstet Gynecol* 1998;41-20.
5. Climaterio y menopausia. *Mujeres en llamas*. Nueva 2000;(457):5-55.
6. Navarro Despaigne D, Seuc Jo A, Padrón Durán R, Desdín Silva M. La sexualidad de la mujer cubana durante el climaterio. *Rev Sexol Soc* 1998;4(9):38-9.
7. Navarro Despaigne D, Navarro AD, Pérez Xiqués T, Pérez AO, Méndez Pelegrín ME. Características clínicas y sociales de la mujer en etapa climatérica. *Rev Cubana Endocrinol* 1996;7(1):10-4.
8. Lugones Botell M, Quintana Riverón TY, Cruz Oviedo Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(5):494-503.
9. Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. 13 ed La Habana: Editorial Científico-Técnica;1980;t3:196-8.
10. Urzúa E, Contreras Castro P. Menopausia y longevidad: perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica. Chile: Editorial Bywaters,1998:89-92.

11. Lozano E, Padrón RS, Mas J, Seuc A. Características generales y hormonas de la reproducción en la mujer posmenopáusica. *Rev Cubana Endocrinol* 1995;6(1):29-36.
12. Navarro Despaigne D, Artilés Visbal L. La menopausia no es el fin de la vida. *Rev Sexol Soc* 1996;2(5):35-9.
13. Kleerekтор M, Avial LV. Evaluation and treatment of postmenopausal. En: Favul M. *Primer on the metabolic bone disease and disorders of numeral metabolism*. New York: Raven, 1993: 222-8.
14. Selzman CH, Whitehill TA, Shames ED, Puliod EJ, Cain BS, Harken AH, et al. The biology of estrogen mediated repair of cardiovascular injury. *Ann Thorac Surg* 1998;65(3):864-74.
15. Zeigler Johnson CM, Holmes JL, Lassila HC, Sutton Tyrrell J, Kuller LH. Subclinical atherosclerosis in relation to hysterectomy status in black women. *Stroke* 1998;29(4):759-64.
16. Fernández Bravo M, Carballo Durán I, Ríos Hernández L, Manzano BR, Artilés L. El climaterio. *Rev* 16 de abril 1998;196:5-8.
17. Lezcano Ramos JL, Rodríguez Ferrá R, González Mora FJ, Ferrer Herrera IM. Estudio de los trastornos psíquicos y somáticos que inciden en el climaterio. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1993;9(2):121-5.
18. Artilés Visbal L, Navarro Despaigne DA, Manzano Ovies BR. Climaterio. Cambios en la conducta sexual ¿Estereotipo cultural o disfunción biológica?. *Rev Sexol Soc* 1998;4(10):31-3.
19. Cruz Oviedo Y, Lugones Botell M, Quesada Lemus O. Climaterio: estrategia terapéutica integral. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(3):276-81.
20. Navarro Despaigne DA, Navarro AD. Terapia hormonal de reemplazo: nuestra experiencia. *Rev Cubana Endocrinol* 1996;7(2):107-11.
21. Felson DT. La terapéutica con estrógenos en el período posmenopáusico. Su efecto en la densidad ósea de las mujeres ancianas. *Rev Cubana Med Integr* 1993;9(3):299.
22. Manzano BR, Artilés L, Navarro D. Climaterio. Devolver la autoestima. *Avan Med* 1997;4(11):18-20.
23. Yanes Calderón M, Rigol Rocardo O, Chio Naranjo I. Fundamentos fisiológicos en la atención a la mujer climaterica. *Tratamiento. Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(6):633-6.
24. Río de la Loza Cava MF, Mendoza Torres LJ, Murillo Uribá A, Ortiz Luna G, Mota Galván MA, Santos González J. Evaluación clínica de la tibolona en el síndrome climaterico. *Perinatol Reprod Hum* 1997;11(1):49-57.
25. Szymezak J, Milewicz A, Thijssen JH, Blankenstein MA, Daroszweski J. Concentration of sex steroids in adipose tissue after menopause. *Steroids* 1998;63(5-6):319-21.
26. Díaz Sánchez ME. Biotipo y climaterio femenino. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(3):310-7.

Recibido:9 de mayo de 2001. Aprobado: 15 de junio del 2001.

Dra. *Magalys Abréu Mérida*. Isabel Rubio No. 206 entre Frank País y calle 2ª, Pinar del Río, Cuba. Correo electrónico: piloto@ princesa. pri. sld.cu