

Atención integral a las mujeres de edad mediana*

Integral care of middle-age women

Stalina Santisteban Alba

Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Titular de Ginecoobstetricia. Profesora Consultante. Facultad de Ciencias Médicas "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Los objetivos de esta investigación fueron: identificar en el área de salud las características socio-culturales de las mujeres climatéricas y relacionarlos con la sintomatología de este periodo. 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. Aplicar el tratamiento de sostén inicial (TSI) y evaluar sus respuestas. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y aplicado en la consulta de Climaterio y Menopausia del municipio Cerro durante 6 años para la atención de la mujer en edad mediana, se confeccionó una planilla como historia clínica para la recogida de datos del examen físico clínico, completo; se precisa la edad en que aparece la menopausia, el nivel socioeconómico de las mujeres atendidas y se indica un primer tratamiento de sostén inicial (TSI) para educar y controlar los síntomas que aquejan las pacientes. Se logran buenos resultados con esta alternativa de tratamiento y solo un bajo % necesitan utilizar el tratamiento hormonal de reemplazo (THR). Se inician después los estudios complementarios de acuerdo al método clínico inicial para precisar la morbilidad oculta de las mujeres de la edad mediana.

Palabras clave: Climaterio, menopausia, tratamiento de sostén inicial (TSI).

ABSTRACT

The objectives of present research were: to identify in the health area the sociocultural features of the climacteric women and to relate them to the symptomatology of this period, to determine the hidden morbidity of chronic diseases and the gynecological sphere in middle-age women to relate it to climacterium symptomatology, to apply the initial support treatment (IST) and to assess its responses. A descriptive and prospective study was conducted and to apply it in the Climacterium and Menopause consultation of "Cerro" municipality during 6 years for care of middle-age woman and a form as medical record to

collect data of the whole clinical physical examination; the age of menopause onset is specified, the socioeconomic level of women seen and a first initial support treatment (IST) is prescribed to educate and to control the symptoms suffered by patients. With this treatment alternative good results were achieved and only a low percentage needs to use replacement hormonotherapy (RHT). After, the complementary studies are started according to the initial clinical method to specify exactly the hidden morbidity of middle-age women.

Key words: Climacterium, menopause, initial support treatment (IST).

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 posmenopausia con síntomas que le ocasionan un "cambio" en su estado de salud en la edad mediana; la expectativa de vida actual para la mujer cubana es 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 producen 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 en esa etapa de la vida las mujeres presentan diversas características fisiológicas y clínicas 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, estas 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 sobrecarga física y mental que favorecen el curso de los procesos psicobiológicos hacia estados no saludables; 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; esto puede afectar el patrón biológico y variar el estado de salud de la mujer;⁴⁻⁶ 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 menopáusicas en relación con estas condicionales de vida.⁷

La edad de la menopausia resulta un indicador del nivel socioeconómico: 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, la media en nuestro país es 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 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. A este sistema de contradicciones se le ha denominado perfil de salud enfermedad.⁹⁻¹¹

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; 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, 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;^{12,13} este fue 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.

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; es insuficiente aún el conocimiento sobre el período climaterio y si la asociación a los problemas sociales, su estilo de vida saludable, incrementan o no sus síntomas; por lo que es necesario iniciar investigaciones que permitan evaluar su influencia en la mujer y de esta forma poder trazar políticas de salud con las particularidades de cada país.¹³

En estudios anteriores realizados por la Dra. en Ciencias de la Salud, *Leticia Artiles 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), como causa de las variaciones fisiológicas naturales del climaterio, distinto a cuando era una adolescente con un estado biológico óptimo (EBO).¹³

Por todo lo antes expuesto se decide incorporar la atención de estas mujeres en el nivel primario de salud 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} es indudable que en la APS se pueden ofertar medidas de promoción de salud con estilos de vida saludable desde la niñez y la adolescencia.

Se inició esta atención, en junio del 2000, en el policlínico "Antonio Maceo" del Cerro, estructurando una planilla que sirviera de historia clínica la cual recogiera las características socioeconómicas que podían influir en el síndrome climaterio; 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 climaterica.¹⁴

Problema científico

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

MÉTODOS

Se realizó 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.

Este estudio se realizó en el policlínico del municipio Cerro, desde el mes de junio del 2000 hasta julio del 2006; la muestra quedó constituida por aquellas mujeres remitidas por su médico de familia u otro profesional a la consulta organizada para brindar atención diferenciada.

El total de mujeres atendidas en esta consulta y reportadas en este trabajo quedó constituido por 501 mujeres a las cuales se les aplicó una entrevista médico-social en forma de diálogo o conversación para obtener datos generales de la paciente, sus antecedentes personales y familiares de enfermedades, sus antecedentes obstétricos y ginecológicos, los problemas asociados con 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 estos era para ella el principal o el que más le afectaba. 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 obtenían los primeros diagnósticos clínicos y se le clasificaba en qué etapa del climaterio iniciaba su atención. De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista y en el examen físico se podían brindar distintas interconsultas 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 consiste en:

- Explicar a cada una de acuerdo a su nivel de escolaridad lo que fisiológicamente estaba ocurriendo en su organismo.
- 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 en aquellas mujeres que los síntomas depresivos le habían causado un deterioro en su cuidado personal.
- Cambiar su estilo de vida: dedicar tiempo a su persona con el ejercicio sistemático. Exposición al sol de forma sistemática en los horarios adecuados.

Ajuste de la dieta y uso de polivitaminas de acuerdo al índice de masa corporal (IMC); uso de vitaminas C y E como antioxidantes.

- Distribución de tareas entre los demás miembros de la familia; fue necesario en ocasiones una sesión con otros miembros de la familia.
- Orientaciones sobre los problemas sexuales que se pueden presentar en esta etapa y su solución.
- Nuevas alternativas de trabajo o recreación o nuevas formas de ocupar su tiempo en aquellas mujeres con el denominado 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 les brindaban lecturas de artículos en revistas acerca cómo prevenir las fracturas y el tipo de ejercicios que podían realizar asociado sus ejercicios en estas mujeres al departamento de Fisioterapia del policlínico o al gimnasio de la escuela de cultura física "Manuel Fajardo".

Al finalizar esta primera consulta se concluía en qué 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 complementarios habituales así como el estudio del lípidograma, mamografía o ultrasonografía mamaria de acuerdo con su edad y ultrasonografía ginecológica en aquellas mujeres que lo necesitaban o para aquellas que su criticidad las convertía en candidatas a recibir la terapia hormonal de reemplazo (THR) con poco riesgo por un periodo limitado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos generales obtenidos a través de la planilla confeccionada para cada mujer climática (anexo) fueron similares en cuanto a la edad media de la menarquia 12,1 y 12,4 años en nuestro país.¹⁵ La edad de las primeras relaciones sexuales se reportó con una edad media alta (19,3 años) 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 espontánea 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, se reporta una media de 52,5¹⁶ (tabla 1).

Tabla 1. Datos generales

Edad	Biológica	Menarquia	Primeras relaciones sexuales	Menopausia espontánea	Menopausia quirúrgica
Mínima	21	7	13	22	19
Máxima	59	19	37	57	52
Media	48,3	12,2	19,3	47,4	39,4
Desviación típica	5,5	1,7	3,14	4,9	7,9

La escolaridad predominante en este estudio fue el nivel medio, 63,3 %, que es actualmente la realidad del país en escolaridad; se observó que las mujeres que solicitaron ayuda médica el 29,2 % eran universitarias; a pesar de su alta escolaridad los síntomas de sofocos nocturnos se perciben igual por estas mujeres. 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 doctoras *Mayté Valdés* y *María E. Díaz Sánchez* mientras que ambos estudios el nivel universitario fue más bajo (14,7 % y 9,8 %, respectivamente);^{16,17} la Dra. *Valdés* reportó un mayor porcentaje de mujeres asintomáticas.

En cuanto a la ocupación se obtuvieron datos muy similares: el 27 % eran amas de casas; profesionales el 26 %; el 24 % ocupaban plazas técnicas; un 10 % eran obreras solo el 4 % dirigentes y un 9 % jubiladas o cuentapropistas. No hubo significación estadística cuando se correlacionó el síntoma principal referido por cada paciente con su ocupación actual

Predominó el grupo mujeres casadas (69,3 %); cifras similares entre las que refieren estar solas (14 %) y aquellas que refieren un compañero sexual estable (12 %).

Al inicio de la consulta el porcentaje de mujeres que se encontraban en etapa perimenopáusica era el 42,5 % del total, mientras que solo el 23 % estaban en el año de la menopausia; pero el grupo de mujeres posmenopáusicas fue del 34,5 % y estaban en la etapa de la posmenopausia tardía el 17,7 % pero esto significó el 51,4 % del total de 173 mujeres posmenopáusicas; se recuerda 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 posmenopausia tardía por no haber sido ooforectomizadas al realizárseles la histerectomía abdominal.

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. En nuestro estudio se encontraron un total de 5 mujeres con menopausia quirúrgica temprana y solo 1 con menopausia precoz espontánea y una mujer con amenorrea de 3 años que con tratamiento hormonal retornó a sus menstruaciones normales a pesar de datos endocrinológicos de menopausia (tabla 2).

Tabla 2. Instalación de la menopausia

Instalación de la menopausia	No.	%
Menopausia espontánea	165	57,9
Menopausia quirúrgica	120	42,1
Total	285	100

La Dra. *Díaz Sánchez*¹⁷ refleja en su estudio que el 52,3 % mujeres perimenopáusicas son casadas y 41,6 % posmenopáusicas, 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.¹⁶

En esta tabla 3 de forma no dinámica, estática, se plantea lo ocurrido al iniciar cada atención de las 501 mujeres, según se iban sintiendo mejor o empeorando en sus síntomas o signos clínicos se fueron modificando las alternativas de tratamiento.

Tabla 3. Opciones terapéuticas

Opciones terapéuticas	Tratamiento de sostén inicial		Hormonas	
	No.	%	No.	%
Mejóro	440	88,2	138	27,1
Empeoró	0	0	5	1
Igual	14	2,8	3	0,6
No tratadas	47	9,3	347	69,2
Se desconoce	-	-	9	1,8
Total	501	-	501	-

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 cotidianos 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 más 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 5,6 años de uso sin rebasar los 60 años de edad; recordar el alto número de pacientes que concurren a nuestra consulta con una menopausia quirúrgica, la mayoría con ooforectomía realizada.

Abandonaron el THR 13 mujeres, entre 1 a 3 años, de estas, 2 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 a los parches y 2 mujeres plantearon escasez en las farmacias del medicamento en determinado año y solo una paciente presentó gastritis; una tuvo seguimiento en Psiquiatría con un debut tardío posmenopausia 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 definitivamente 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, se plantea no solo por *Shrader Sarah, Kellu y Raggiucci* sino también por la *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.¹⁸⁻²⁰

Abandonaron el THR después de los 3 años, 2 mujeres por la presencia de sangrado posmenopáusico ligero, aunque todos los complementarios fueron negativos decidieron abandonarlo y 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 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 genómicos (ENG) y solucionar la cardioprotección que no se logró obtener en la investigación WHI.¹⁹⁻²¹

Actualmente se publican distintos estudios sobre el uso de la tibolona para tratar los síntomas menopáusicos 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.^{22,23}

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.²⁴

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 deben 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 sem. En la actualidad, mundialmente, se están utilizando el ácido ibandronico 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.²⁵ 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.²⁶

CONCLUSIONES

Las características socio culturales del grupo estudiado son:

- Nivel de escolaridad: medio/superior.
- Nivel económico: medio, para satisfacer sus necesidades.
- Ocupación profesional y técnica.

El síntoma principal fueron los sofocos, seguido de los epifenómenos, de este se derivan otras alteraciones óseas y trastornos en su menstruación sin guardar relación con el nivel socio-económico.

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

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).

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.

Anexo

DATOS GENERALES

Fecha: _____ Identificación: _____

Nombre y apellidos: _____

HC: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

Edad: _____

Escolaridad:

Primaria incompleta _____ Primaria completa _____ Nivel medio _____
1 2 3

Universitario _____ Desconocido _____
4 9

Ocupación:

Ama de casa _____ Profesional _____ Obrera _____ Dirigente _____
1 2 3 4

Técnico medio _____ Trabajador por cuenta propia _____ Dueño del trabajo por
5 6
cuenta propia _____ Otro _____ Desconocido _____
7 8 9

Menarquia: _____ Primeras relaciones sexuales: _____

Número de compañeros sexuales: _____

Duración e intervalo de la menstruación: _____/_____

Tipos de menstruación:

Eumenorreica Baches amenorreicos Hiperpolim
 1 2 3
Metrorragia Desconocido
 4 9

Número de abortos: Número de partos: Total gestaciones:

Menopausia:

Sí No

Tiempo de menopausia:

Instalación de menopausia:

Espontánea Quirúrgica Desconocida
 1 2 9

Estado civil actual:

Sola Casada Compañero estable
 1 2 3
Compañero ocasional Desconocido
 4 9

Relaciones sexuales:

Sí No

Tipo de relación sexual:

Buena Regular Mala Desconocida
 1 2 3 9

¿Por qué? _____

A.P.P:

Diabetes Mellitas Hipercolesterolemia Hipertensión
 1 2 3

Cáncer Asma Otros Desconocido
 4 5 6 9

A.P.F:

Diabetes Mellitus Hipercolesterolemia Hipertensión
 1 2 3

Cáncer Asma Otros Desconocido
 5 6 9

Sobrecarga física:

Puntos

Trabaja en la calle: Sí No (1) (0)
Esposo o cro. sexo en el hogar: Sí No (2) (0)

Hijos en casa:

< 5 años	Sí <u> </u>	No <u> </u>	<u> </u> (2 c/u)
5-14 años	Sí <u> </u>	No <u> </u>	<u> </u> (2 c/u)
15-19 años	Sí <u> </u>	No <u> </u>	<u> </u> (1 c/u)
20 o más años	Sí <u> </u>	No <u> </u>	<u> </u> (1 c/u)

Trabajo hogareño:

Sin ayuda	Sí _____	No _____	_____ (3)
Con ayuda	Sí _____	No _____	_____ (2)
Otra persona	Sí _____	No _____	_____ (1)

Atención a enfermos o discapacitados:

Total	Sí _____	No _____	_____ (3)
Parcial	Sí _____	No _____	_____ (2)
Otra persona	Sí _____	No _____	_____ (1)

Total de puntos: _____

Síntoma principal:

Sofocos o fogajes _____ Sudoración _____ Taquicardia _____
1 2 3
Insomnio _____ Irritable carácter _____ Ansiedad _____
4 5 6
Depresión _____ Sequedad vaginal _____ Problema sexual _____
7 8 9
Alteración urinaria _____ Hipertensión _____ Otros _____ Ninguna _____
10 11 12 13

Síntomas asociados:

Sí _____ No _____

¿Cuál(es)? _____

Percepción de síntoma(s):

Muy mal _____ Mediano _____ No afecta _____
1 2 3

Limitación de actividad(es):

Medio _____ Poco _____ Nada _____
1 2 3

Críticidad del S.C:

Crítico _____ Moderado _____ Leve _____ Nulo _____ Desconocido _____

PRIMERA CONSULTA

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

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

Nódulos _____ Otros _____ Desconocido _____
5 6 99

Vulva: Normal _____ Atrofia _____ Lesión _____ Desconocido _____
1 2 3 9

Vagina: Normal _____ Atrofia _____ Vaginitis _____ Otros _____ Desconocido _____
1 2 3 4 9

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

H.P.V (papiloma virus) _____ Otros _____ Desconocido _____
6 7 99

Leucorrea: Sí _____ No _____

Aspecto: Monilias _____ Tricomonas _____ Inespecifica _____
1 2 3

Gardenerella ____ Mixta ____ Otros ____
Útero: Normal ⁴ ____ Atrófico ⁵ ____ Otros ⁶ ____ Desconocido ____
 1 2 3 99

PRIMER DIAGNÓSTICO:

Climaterio ____ Menopausia ____ Posmenopausia ____ Otros ____
 1 2 3 4

PRIMERAS INDICACIONES:

Chequeo ____ Ejercicios ____ Sol ____ Dieta ____ Vitaminas ____
 1 2 3 4 5
Otras ____ Interconsulta docente ____ ¿Cuál especialidad? ____
 5 6 7

SEGUNDA CONSULTA

Resultados:

Hb.: ____ Hto.: ____ Serología: Negativo ____ Positivo ____
Glicemia: ____ Creatinina: ____ Colesterol: ____ Orina: ____
Exudado vaginal: Negativo ____ Monilias ____ Trichomonas ____
 1 2 3
Inespecífico ____
 4

Exudado endocervical:

Negativo ____ Positivo ____
E.C.G: Negativo ____ Alterado ____
Mamografía: Normal ____ Displasia ____ Nódulos ____ Lesión M ____
 1 2 3 4
Otras ____ Desconocido ____
 5 99

Ultrasonografía transvaginal:

Reacción endometrial (R.E.) (0-4) R.E. (5-9) R.E. > 9
 1 2 3
 Otros: Desconocido
 4 9

Ultrasonografía de mama:

No se hizo Se hizo resultado normal Nódulo
 1 2 3
 Lesión maligna Desconocido
 4 9

Legrado diagnóstico:

No se hizo Se hizo normal Se hizo hiperplasia
 1 2 3
 Se hizo pólipos Se hizo endoc Se hizo desc.
 4 5 9

SEGUNDO DIAGNÓSTICO

Anemia D.M Hipertensión Dislipidemia
 1 2 3 4
 Displasia M. Nódulo M. Cáncer M. NIC
 5 6 7 8
 Mioma Hiperplasia End. Adenocarcinoma de endometrio
 9 10 11
 Cáncer cuello Otros Desconocido
 12 13 99

TRATAMIENTO(S):

Tratamiento de sostén inicial (I.S.I):

No Mejoría Igual
 1 2 3
 Empeoró Desconocido
 4 9

Tratamiento con acupuntura (T.C. Acup):

No Mejoría Igual Empeoró Desconocido
 1 2 3 4 9

Tratamiento hormonal de reemplazo (T.H.R):

No Mejoría Igual Empeoró Desconocido
 1 2 3 4 9

Tratamiento quirúrgico (T.Q):

No Mejoría Igual Empeoró Desconocido
 1 2 3 4 9

DIAGNÓSTICO Q. (ANATOMÍA PATOLÓGICA):

 Tipo de operación: _____
 CITOLOGÍA ORGÁNICA: _____

EVALUACIÓN DE LAS PACIENTES

Año	Talla	Peso	T-A	Síntoma (s)	Tratamiento principal actual	Observaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso Fraga JC. Cuba: Características demográficas de las mujeres de edad mediana. En: Artiles Visbal L (editor). Climaterio y menopausia. 1ra ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 21-37.
2. Sección climaterio y menopausia. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. La Habana: Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas; 2007.
3. Krymskaya M. El período climatérico. 1ra ed. Moscú: Editorial MIR; 1990.
4. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud de las Américas. 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. p. 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. OPS. Pub. Cient. No. 541. OPS/OMS. Washington D.C. 1993;1(255):87-9.
8. Botella Llusiá J. La edad crítica. Climaterio y menopausia. 4ta 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/generoysalud>

11. Zunzunegui MV. Epidemiología del envejecimiento. En: Marcos Becerro JF, Marcos Frontera W, Santoja Gómez R (editores). La salud y la actividad física en las personas mayores. 1ra ed. Madrid: IMPRESION S.A; 1995. p. 15-27.
12. Manzano Ovies BR. Modelo de atención a la mujer climatérica. Su valor como modelo de prevención. En: Artiles Vistal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies BR. (editores). Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. La Habana: Ed. Científico técnica, 2007. p. 327-335.
13. Artiles Vistal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies BR. Consideraciones epidemiológicas y psicosociales. En: González Campos O, Arteaga Urzua E, Contreras Castro O (editores). Menopausia y longevidad. Chile: Ed. Bywaters, 1998. p. 27-40.
14. Santisteban Alba Stalina. Climaterio y menopausia: factores sociales que inciden en este problema de salud. [Trabajo filosófico] Referata. La Habana: Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende"; julio 1996.
15. Valdés Pérez Mayté. Caracterización de las mujeres climatéricas [tesis]. La Habana Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende"; 2002.
16. Arteaga E, Bianchi M. Climaterio femenino: aspectos patológicos y terapéuticos. En: Pérez Sánchez A (editor). Ginecología. 3ra ed. Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo, 2003. p. 317-358.
17. Díaz Sánchez ME, Carmenate Moreno MM, Toledo Borrero EM, Moreno López V, Moreno López R, Wong Ordoñez I. Algunos factores sociales y del estilo de vida relacionados con la menopausia. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies BR (editores). Climaterio y menopausia un enfoque desde lo social. 1ra ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 95-105.
18. 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>
19. 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. 2007; 14(2): 1-17.
20. Escribano JJ, Álvarez M, Giles J. Menopausia. Terapia hormonal. Ginecología y atención primaria. Problemas clínicos. Grupo Aula Médica, S.A. Schering España, S.A. 2002, p. 171.
21. Wehling M, Schultz A, Lösel R. Nongenomic Actions of Estrogens: Exciting Opportunities for Pharmacology. Maturitas. 2006; 54(4): 321-326.
22. Notelovitz M. Consultant, Adult Women's Medicine, Gainesville, Fla. USA TRE: la toma de decisión acerca de los estrógenos. Foro de Ginecología. 2002; 5(1): 3-6.
23. Lee KB, Lee JM, LeeJK, Cho CH. Endometrial Cancer patients and Tibolone: A matched case- control study. Maturitas. 2006; 55(3): 264-9.

24. 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.

25. Miller Paul D, McClung Michael R, Macovei liviu, Stakkestad Jacob. Tratamiento mensual con Ibandronato oral en la osteoporosis posmenopáusica: Resultados a 1 año del estudio MOBILE. J Bone Miner Res. 2005;20: 1315-22.

26. Millar P, Epstein S, Sedarati F, Reginster JY. Ibandronato oral mensual en comparación alendronato oral semanal en la osteoporosis posmenopáusica: resultados del estudio comparativo directo MOTION. Current medical research and opinión. 2008;24(1):207-13.

Recibido: 11 de agosto 2010.

Aprobada: 4 de octubre 2010.

Dra. *Stalina Santisteban Alba*. Facultad de Ciencias Médicas "Salvador Allende". Carvajal s/n entre Agua Dulce y calle A. Cerro. La Habana, Cuba. Correo electrónico: fleites@infomed.sld.cu

* Síntesis de la tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Médicas defendida ante tribunal el 14 de noviembre de 2009. La tesis completa podrá encontrarse próximamente, en el repositorio de tesis doctorales de INFOMED:
http://www.sld.cu/sitios/biomedicinacngc/verpost.php?blog=http://articulos.sld.cu/biomedicinacngc/&post_id=102&tipo=2&idblog=107&p=1&n=ddk