

Sección de Climaterio y Menopausia
Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología



2do. Consenso Cubano sobre climaterio y menopausia

Taller Nacional de Revisión y Actualización
Ciudad Habana, 14 y 15 de Diciembre de 2006

Colectivo de autores

Auspician

Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología
Sociedad Cubana de Endocrinología
Hospital Gineco Obstétrico Ramón González Coro
Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas
Centro Nacional de Educación Sexual
Dirección Nacional Materno Infantil MINSAP

Comisión Organizadora

Dr. Miguel R. Sarduy Nápoles
Dr. Miguel Lugones Botell
Dra. Blanca R. Manzano Ovies
Dra. Ada C. Alfonso Rodríguez
Dra. Leticia Artiles Visbal
Dra. Daysi A. Navarro Despaigne

Relatores

Dr. Miguel R. Sarduy Nápoles

Dr. Miguel Lugones Botell

Dra. Blanca R. Manzano Ovies

Dra. Ada C. Alfonso Rodríguez

Dr. Braulio Heredia Hernández

Dra. Julia Pérez Piñero

Editores

Dr. Miguel R. Sarduy Nápoles

Dr. Miguel Lugones Botell

Patrocinadores

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Laboratorio Schering

Laboratorio Roche

Participantes

- | | | |
|-------------------------------------|------------------|-------------------|
| 1. Alfonso Rodríguez, Ada C. | Psiquiatría | C. Habana |
| 2. Aloy Alvado, Ana | Invest. Sociales | C. Habana |
| 3. Aróstica Valdés, Nancy | Ginecobstetricia | Villa Clara |
| 4. Artiles Visbal, Leticia | Antropología | C. Habana |
| 5. Balmaseda Manent, R. | Ortopedia | C. Habana |
| 6. Casas Fernández, José A. | Ginecobstetricia | Stgo. de Cuba |
| 7. Castañeda Gueimonde, Caridad M. | Medicina Interna | Matanzas |
| 8. Charadán Veranes, Yenisel | Ginecobstetricia | Guantánamo |
| 9. Cruz Hernández, Jeddú | Endocrinología | C. Habana |
| 10. De la Torre Cárdenas, Silvia E. | Ginecobstetricia | S. Spíritus |
| 11. Díaz Mitjans, Orlando | Ginecobstetricia | C. Habana |
| 12. Ernand Thames, Ivón. | Psiquiatría | C. Habana |
| 13. García Odio, Amado A. | Ginecobstetricia | I. de la Juventud |
| 14. Reyes Llerena, Gil | Reumatología | C. Habana |
| 15. González Jiménez, Gabriel | Ginecobstetricia | Cienfuegos |
| 16. González González, Misael | Ginecobstetricia | Las Tunas |
| 17. González O Farrill, Santa C. | Ginecobstetricia | C. Habana |
| 18. Guerrero Arranz, Jaime A. | Ginecobstetricia | Holguín |
| 19. Gutiérrez Pérez, Irina | Psicología | C. Habana |
| 20. Heredia Hernández, Braulio | Ginecobstetricia | C. Habana |
| 21. Hernández Méndez, María L. | Ginecobstetricia | C. Habana |
| 22. Hernández Cañete, Raúl | Ginecobstetricia | Camagüey |

23. Hernández Hernández, Mercedes C.	Endocrinología	C. Habana
24. Herrera Bién, José A.	Ginecobstetricia	Prov. Habana
25. Herrera Cuevas, Blanca E.	Oftalmología	C. Habana
26. Herrera Páez, Belkis	Enfermería	C. Habana
27. Herrero Soler, Maribel	Ginecobstetricia	C. Habana
28. Izquierdo Casino, Martha R.	Ginecobstetricia	C. Habana
29. Llorente Molina, Digna	Ginecobstetricia	C. Habana
30. Lugones Botell, Miguel	Ginecobstetricia	C. Habana
31. Manzano Ovies, Blanca R.	Ginecobstetricia	C. Habana
32. Martínez Camilo, Valentín	Ginecobstetricia	C. Habana
33. Martínez Chang, Ysis M.	Ginecobstetricia	C. Habana
34. Martínez Pérez, Elliott	Cirugía General	C. Habana
35. Medina Landeta, Rosa N.	Ginecobstetricia	Matanzas
36. Mirabal Colarte, Javier	Ginecobstetricia	C. Habana
37. Navarro Despaigne, Deysi	Endocrinología	C. Habana
38. Ovies García, Ada	Ginecobstetricia	Prov. Habana
39. Peña Abraham, Migdalia M.	Ginecobstetricia	Pinar del Río
40. Pérez Piñero, Julia S.	Bioestadística	C. Habana
41. Posada Sanz, Acela M.	Ginecobstetricia	Prov. Habana
42. Ramírez Bermúdez, Marieta	Med.Gral.Integral	C. Habana
43. Roca Soler, Ileana	Ginecobstetricia	C. Habana
44. Rodríguez Menéndez, Myriam C.	Imagenología	C. Habana
45. Rodríguez Pargas, Roberto	Ginecobstetricia	Las Tunas
46. Rodríguez Ramírez, Alexander	Ginecobstetricia	I. de la Juventud
47. Rosabal Infante, Fernando	Ginecobstetricia	Granma
48. Santisteban Alba, Stalina	Ginecobstetricia	C. Habana
49. Sarduy Nápoles, Miguel R.	Ginecobstetricia	C. Habana
50. Serres Moret, Margarita D.	Imagenología	C. Habana
51. Simonó Bell, Norka M.	Ginecobstetricia	Guantánamo
52. Spengler González, Lessing	Ginecobstetricia	C. Habana
53. Stable Rodríguez Eugenia E.	Ginecobstetricia	C. Habana
54. Suñol Vázquez, Yoanca de la C.	Ginecobstetricia	Prov. Habana
55. Toirac Utria, Neris	Ginecobstetricia	C. Habana
56. Ulloa Cruz, Verena	Ginecobstetricia	C. Habana
57. Valdés Tejada, Mercedes C.	Imagenología	C. Habana
58. Vera Acosta, Esteban	Psicología	C. Habana
59. Yáñez Calderón, Margeris	Ginecobstetricia	C. Habana
60. Yi Mariño, Dania R.	Ginecobstetricia	C. Habana

Prólogo

La Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología realizó hace siete años la primera reunión nacional para lograr consenso en el tratamiento integral de la etapa del climaterio femenino como parte de las acciones dirigidas a brindar una atención integral a la mujer de edad mediana.

En dicha ocasión, el énfasis en el análisis de los expertos, estuvo centrado en dos aspectos fundamentales: la introducción del diagnóstico médico social como herramienta para la dispensarización y la atención de las mujeres de edad mediana; y la prescripción individualizada de la terapia hormonal de reemplazo (THR).

El diagnóstico médico social, es un recurso metodológico que integra los factores biológicos y sociales, específicamente la perspectiva de género e incorpora activamente a la mujer de edad mediana en el proceso de atención y decisión terapéutica.

La prescripción de la THR individualizada bajo la supervisión de un profesional capacitado y del consentimiento informado de las mujeres, responde a las necesidades de la población femenina luego de un análisis minucioso de la sintomatología del síndrome climatérico y del compromiso de ambos con la prescripción.

El enfoque médico social del Consenso cubano del año 1999 marcó una pauta de innovación en la atención personalizada e integral de las mujeres de edad mediana respecto al enfoque biologicista – intervencionista internacional que preconizaba el uso masivo de la THR, promovido esencialmente por las transnacionales farmacéuticas. Este último, con subvaloración de los riesgos que acompañan al tratamiento con THR y una alta difusión de información referida a promoción de una mejor calidad de vida basada en la belleza, la preservación de la juventud y la prevención primaria y secundaria cardiovascular en la etapa posmenopáusica.

Sin embargo, los resultados de diferentes estudios aleatorizados a doble ciegas desarrollados en ese periodo de tiempo confirmaron que la THR era básicamente útil para mejorar los síntomas climatéricos y la calidad del hueso.

El II Consenso sobre Climaterio y Menopausia resume los resultados de las investigaciones cubanas e internacionales, reúne definiciones operacionales y los criterios de dispensarización de la población femenina y provee a los especialistas dedicados a la atención de la salud de la mujer de edad mediana de una guía actualizada para la atención integral y personalizada de la mujer en los diferentes niveles de atención.

En Cuba, debido al envejecimiento de la población en particular de las mujeres, se constituye en un reto el envejecimiento con calidad. Creemos que abordar el climaterio femenino desde una óptica integral y personalizada con un enfoque médico social contribuye a que envejecer con calidad de vida sea posible.

Dirección Sección Climaterio y Menopausia
Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología

Dado en Ciudad de la Habana, los días 14 y 15 de diciembre de 2006

Año de la Revolución Energética en Cuba

Objetivos del II Consenso Nacional sobre Climaterio

- Actualizar las pautas clínico terapéuticas planteadas en el I Consenso realizado en 1999 según los conocimientos actuales y la experiencia acumulada en la atención a la mujer de edad mediana.
- Proponer una guía clínica para el manejo multidisciplinario del Climaterio.
- Promover el desarrollo de investigaciones científicas coordinadas a nivel local o nacional que garanticen un diseño que permita comparar y acumular evidencias acerca de la salud de las mujeres de edad mediana.
- Proponer una estrategia organizacional de los servicios de atención a la mujer de edad mediana en los niveles comunitarios y hospitalarios.

Introducción

Los conocimientos que se tienen acerca del climaterio en Cuba están dados por los resultados de varios estudios realizados en diferentes provincias del país. Estos han permitido identificar que:

1. La edad de la menopausia natural en mujeres sanas ocurre entre los 47 y 48 años, mientras que en las mujeres con Diabetes Mellitus entre los 45 y 46 años.
2. Las mujeres con hipertensión arterial tienen síntomas climatéricos más severos.
3. Las mujeres con menopausia artificial sufren de mayor criticidad del síndrome climatérico y riesgo cardiovascular.
4. La frecuencia e intensidad de los síntomas del síndrome climatérico varía con la etapa del climaterio:
 - Los síntomas vasomotores son más frecuentes durante la perimenopausia, su intensidad es de ligera a moderada; y son referidos entre 50-60 % de las mujeres atendidas.
 - Los síntomas psicológicos están presentes en el 30-40% de las mujeres en la perimenopausia y tienen una intensidad ligera a moderada.
 - Los síntomas genitourinarios se presentan fundamentalmente durante la etapa tardía de la posmenopausia, su frecuencia varía entre 11 y 30%.
 - Los síntomas generales son referidos entre el 40-75% de las mujeres, su intensidad es de ligera a moderada y se presentan durante la posmenopausia.
5. El desempeño de los roles de género en general, y las disfunciones en la dinámica familiar y de pareja, en particular, incrementan en más de dos veces el riesgo de que la mujer padezca de síntomas climatéricos.

Los síntomas climatéricos se exacerbaban en intensidad y frecuencia en correspondencia con determinantes sociales vinculadas con la sobrecarga por razones de género, asignaciones sociales y culturales, que recaen sobre la mujer en razón de su sexo. Tal es el caso de las tareas domésticas, compartidas muchas veces con el trabajo fuera del hogar (doble jornada), la prestación de servicios de salud a otros miembros de la familia, las labores de “cuidadora” y otras que se vinculan esencialmente a las mujeres de este grupo poblacional.

Las mujeres de edad mediana, si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo biológico, se encuentran inmersas en la formación social de nuevas generaciones y con frecuencia son cuidadoras de las que le preceden.

Este grupo humano también mantiene un importante rol social que se expresa a través de su activa participación en la vida comunitaria sin abandonar las responsabilidades asumidas con la familia.

Resulta importante conocer que en las mujeres de este grupo de edades se asocian con frecuencia algunas enfermedades crónicas no transmisibles como la enfermedad vascular de origen aterosclerótico, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los tumores malignos y la osteoporosis; por lo que la morbilidad adquiere un papel importante sobre todo, si se tiene en cuenta que casi la tercera parte de la vida femenina transcurre después de la menopausia.

Estas, entre otras muchas razones que tienen que ver con la calidad de vida avalan la propuesta de un programa que permita brindar a las mujeres en esta etapa del ciclo de vida, la atención integral, personalizada y humanística que ellas requieren y posibilite además la prevención de las enfermedades asociadas.

Capítulo 1 Definiciones operacionales

- 1) Climaterio: período de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la vida femenina. Se divide en dos etapas:
 - a) Perimenopausia: desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.
 - b) Posmenopausia: etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 64 años y que a su vez se subdivide en:
 - i) etapa temprana: que se refiere a los 5 primeros años de posmenopausia
 - ii) etapa tardía: desde 5 años después de la menopausia hasta los 64 años. *
- 2) Menopausia natural: 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 periodo de amenorrea mayor de 12 meses.
- 3) Menopausia precoz: aquella menopausia natural que ocurre antes de los 40 años de edad.
- 4) Menopausia artificial: daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o exéresis quirúrgica.

* Los especialistas participantes consideraron necesario extender la etapa de atención a la posmenopausia a 64 años por varias razones:

- 1) El enfoque médico social de atención al climaterio y la menopausia en el contexto cubano: Un elevado número de mujeres en posmenopausia se mantienen vinculadas a la vida social activa y demandan atención a malestares relacionados con esta etapa de vida.
 - 2) La menopausia tardía: La cifra de mujeres que tienen su menopausia cercana a los 55 años y mantiene síntomas pasados los 60 años no es despreciable. Este grupo poblacional aunque reducido requiere de una atención personalizada sensible al género, que posibilite extender su inserción en los espacios sociales con la mayor calidad de vida posible.
 - 3) Los patrones sociales, razón cultural, dimensionan la juventud y la belleza femenina y asignan al climaterio valoraciones peyorativas relacionadas con el envejecimiento y la improductividad. Una visión holística acerca de las mujeres que envejecen, es una oportunidad, que brinda la atención prolongada hasta los 64 años en aquellas que así lo requieran.
- 5) Edad mediana: la que se corresponde con mujeres entre 40 - 59 años de edad, grupo humano al que va dirigida la atención del grupo de climaterio.
 - 6) Terapia hormonal sustitutiva: se refiere al uso de estrógenos y progestágenos, con el objetivo de sustituir la función gonadal, que habitualmente se indica en mujeres menores de 40 años. El tipo de estrógeno empleado puede ser sintético o natural.
 - 7) Terapia hormonal de reemplazo: se refiere al uso de estrógenos y progestágenos con el objetivo de revertir o aliviar alguna de las manifestaciones clínicas que ocurren durante la perimenopausia o la posmenopausia espontánea. Habitualmente se indica en mujeres mayores de 40 años. El tipo de estrógeno empleado debe ser natural.
 - 8) Terapia estrogénica se refiere al empleo de estrógenos exclusivamente indicados en la mujer que no tiene útero.
 - 9) Terapia no estrogénica: se refiere a todas las opciones terapéuticas empleadas para aliviar los síntomas del síndrome climatérico o para prevenir la osteoporosis, que no empleen estrógenos, aunque utilicen hormonas (andrógenos, progestinas moduladores selectivos del receptor estrogénico, Tibolona, isoflavonas, sedantes, hipnóticos entre otros).

Capítulo 2 Análisis integral de los factores que inciden en el Climaterio

Aspectos endocrinos del climaterio

El agotamiento de la reserva folicular con la consiguiente pérdida de maduración folicular constituye el elemento más importante de la fisiología ovárica durante el climaterio, todo lo cual se acompaña de cambios en el patrón hormonal de la mujer al ocurrir incremento de gonadotropinas, (FSH y LH)., disminución de estradiol, prácticamente ausencia de progesterona y disminución de la inhibina. Durante la postmenopausia los estrógenos circulantes provienen de los tejidos periféricos (tejido adiposo, piel, y músculos) donde se forman a partir de los andrógenos de origen suprarrenal y ováricos.

Consecuencias clínicas del cese de la función reproductiva del ovario

Las manifestaciones que se producen como consecuencia del cese de la función ovárica y del déficit hormonal consecuente se expresan con síntomas muy característicos que se conocen como Síndrome Climatérico y se enuncian a continuación:

- Síntomas circulatorios o neurovegetativos: sofocos u oleadas de calor, sudoraciones nocturnas, palpitaciones, parestesias –hiperestesias, dolores de cabeza.
- Síntomas genitourinarios: dispareunia, disminución del placer sexual, sequedad vaginal, atrofia genital, incontinencia urinaria, polaquiuria, tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria y trastornos menstruales.
- Síntomas psicológicos: Insomnio, nerviosismo, irritabilidad, labilidad emocional, disminución interés sexual, pérdida de la capacidad de memoria-concentración, apatía, tristeza, miedos y depresión.
- Síntomas generales: Astenia, sequedad mucosa oral, aumento de peso, vértigos y dolores musculares-osteoarticulares.

Menopausia quirúrgica:

Existen diferencias con la menopausia espontánea, pues la menopausia quirúrgica origina una mayor intensidad de los síntomas climatéricos, así como una mayor frecuencia de enfermedad cardiovascular y osteoporosis, lo que además ocurre en edades más tempranas.

Diagnóstico de las etapas del climaterio

La perimenopausia se define por cambios en el patrón menstrual acompañadas o no de síntomas circulatorios y/o psicológicos y la menopausia por la amenorrea de más de 12 meses.

Las dosificaciones hormonales estarán indicadas cuando se sospeche una menopausia precoz o para confirmar diagnóstico.

Evaluación clínica de la mujer durante la etapa climatérica.

Se realizará mediante la historia clínica donde se hará especial énfasis en los siguientes aspectos:

1. Anamnesis: incluirá motivo de consulta y los antecedentes personales y familiares, necesarios para identificar la presencia de factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis, el cáncer genital y de mamas y la Enfermedad de Alzheimer. (Anexo 1)
2. Identificar la intensidad del síndrome climatérico mediante la escala climatérica propuesta. (Anexo 2 y 2A)
3. Entrevista médico social. Incluirá: condiciones de vida, convivientes (edad y características), autopercepción de la dinámica familiar y de pareja, trabajo doméstico, trabajo remunerado, satisfacción laboral y personal y nivel de autoestima. (Anexo 3)
4. Examen físico general y por aparatos.

Además, se evaluará el criterio de obesidad con el uso del Índice de Quetelet o índice de masa corporal determinado como: el cociente del peso (medido en kilogramos) dividido por la talla en metros al cuadrado.

$$\text{IMC} = \text{Peso(Kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}$$

Criterios para su interpretación:

Rango normalidad: 18,5 - 25 kg/m²

Obesidad valores mayores de 30 kg/m²

Clasificada como:

Obesidad mórbida a valores de 40 kg/m² y más

Obesidad grado II a valores entre 35,0 y 39,9 kg/m²

Obesidad grado I a valores entre 30,0 y 35,9 kg/m²

Sobrepeso a valores entre 25,1 y 29,9 kg/m²

Bajo peso a valores menores de 18,5 kg/m²

Clasificada a su vez como bajo peso leve a valores de 17,0 - 18,5 kg/m²

Bajo peso moderado a valores entre 16,0 - 16,9 kg/m²

Bajo peso crítico a valores < 16,0 kg/m²

Circunferencia de cintura

Se mide en centímetros y sirve para expresar riesgo aterogénico cuando los valores sobrepasan los 88 centímetros.

5. Conclusiones: que incluyen, diagnóstico de la etapa climatérica, presencia de factores de riesgo, de enfermedades crónicas y la percepción general de la mujer acerca del grado de molestias que le

provocan sus malestares, estos datos facilitan y complementan, la dispensarización de la mujer de edad mediana según lo establecido en el Programa de atención al adulto.

Aspectos sociales del climaterio

Debido a la influencia que ejercen los factores socioculturales y psicológicos en la expresión clínica del síndrome climatérico, es necesario que los profesionales de la salud encaucen la atención a la mujer climatérica con un enfoque médico social.

Para cumplir este objetivo, durante la anamnesis se deberá profundizar en los aspectos relacionados con las condiciones de vida y la vida cotidiana de la mujer. Es importante explorar las siguientes áreas: biológica, económica, ecológica o ambiental, psicológica, social y familiar con especial énfasis, en la dinámica familiar, de pareja y laboral. También, se debe indagar acerca de la autoestima y la satisfacción de las mujeres con las diferentes áreas de su vida.

La elaboración de una historia clínica minuciosa puede requerir que algunas de las áreas de indagación sean diferidas para una segunda consulta, no obstante el profesional de la salud en la primera evaluación deberá recoger aquellos datos que posibiliten dar una orientación personalizada a la mujer que demanda atención por malestares propios de la etapa.

Clasificación según diagnóstico médico social (Anexo 2)

A partir del resultado de la historia clínica y los complementarios indicados se podrá establecer que los malestares o síntomas referidos por la mujer son:

Predominantemente biológicos: Requieren básicamente un tratamiento hormonal terapéutico en cualquiera de sus modalidades.

Predominantemente sociales y/o conductuales: Necesitarán de orientación y seguimiento por el médico de atención para la corrección de los procesos de la vida cotidiana.

Predominantemente psicológicos: Se valorará la conveniencia de su transferencia al especialista de Salud Mental del área correspondiente.

Criterios para la dispensarización de la población femenina de edad mediana:

Grupo 1. Mujer de edad mediana sin factores de riesgo ni enfermedad crónica, sin manifestaciones del síndrome climatérico.

Grupo 2: Mujer de edad mediana sin factores de riesgo ni enfermedad crónica, con manifestaciones del síndrome climatérico con independencia de su intensidad.

Grupo 3: Mujer de edad mediana con factores de riesgo y manifestaciones climatéricas con independencia de su intensidad.

Grupo 4: Mujer de edad mediana con enfermedad crónica sin o con manifestaciones climatéricas con independencia de su intensidad.

La dispensarización de las mujeres de edad mediana en estos grupos es mucha utilidad como una guía clínica en cualquier nivel de atención.

Aspectos psicológicos del climaterio.

Según la experiencia de los/as participantes en el consenso las alteraciones psicológicas que se presentan durante el climaterio son habitualmente expresión de conflictos relacionados con las aspiraciones y/o problemas que la mujer vive en su entorno mediato o inmediato.

Es por ello que se deben promover los espacios grupales de reflexión para la solución de problemas cotidianos, así como realizar acciones de promoción de salud en la edad mediana, para lo cual es recomendable comenzar a trabajar con mujeres y hombres antes de llegar a esta etapa de la vida.

Ante síntomas psicológicos debe evaluarse la capacidad de la mujer en la toma de decisiones y su actitud para enfrentar las situaciones inherentes a su vida cotidiana y a su entorno inmediato con la finalidad no etiquetar reacciones situacionales como resultado del climaterio y con esto, la psiquiatrización de esta etapa de la vida femenina.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer puede presentarse en la etapa presenil durante el climaterio, por tal razón deben vigilarse las mujeres que durante este período refieran: pérdida de memoria que interfiera en su funcionamiento social, depresión, trastornos del lenguaje oral y escrito (afasia), trastornos de la actividad gestual voluntaria y/o involuntaria (apraxia), dificultad para reconocer objetos y símbolos (agnosia) y trastornos de las funciones ejecutivas, las que deben ser transferidas a especialistas del área de la salud mental para un diagnóstico y tratamiento definitivo.

Es recomendable que los equipos de atención a la salud de la mujer de edad mediana establezcan coordinaciones con los equipos de salud mental municipal y provincial con el fin de brindar una atención integral a las mujeres que se clasifiquen con síntomas predominantemente psicológicos y/o se sospeche el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer.

Aspectos de la sexualidad en el climaterio.

La salud sexual, según la Organización Mundial de la Salud, se define como la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus probabilidades de comunicación y de dar y recibir amor.

La sexualidad es inherente a la vida, por lo que acompaña a las mujeres desde su nacimiento hasta su muerte. Esta realidad se encuentra mediatizada por mitos que confinan la sexualidad de las mujeres y su disfrute a la juventud, al acto de procrear, al atractivo físico, a ser objeto de deseo y a la necesidad de una pareja heterosexual; y otros que acunán que con la menopausia culmina el disfrute sexual.

No obstante, la eficacia con la que operan estos mitos, las mujeres de edad mediana y las adultas mayores pueden y deben disfrutar su sexualidad como fuente de crecimiento espiritual, espacio de recreo y comunicación.

La capacidad de disfrute sexual por las mujeres no cesa, aunque puede verse afectado el ciclo de respuesta sexual por el envejecimiento y la caída estrogénica durante el climaterio y la posmenopausia. Los profesionales que atienden a mujeres de edad mediana deben conocer de estos cambios e informar a estas acerca de la necesidad de ajustes en su vida sexual que les garanticen el disfrute sexual en pareja o mediante la autoestimulación.

Cambios en la respuesta sexual de la mujer de edad mediana

Reacciones extragenitales

Durante la excitación sexual puede reducirse la vasodilatación mamaria, la intensidad de la ingurgitación de la areola disminuye o puede producirse en una sola mama, pudiendo notar la mujer y/o su pareja una disminución del enrojecimiento que cubre la piel de las mamas, el torax, cuello y la cara, aspecto este que notaba años atrás. La caída y aplanamiento de las mamas con el paso de la edad es responsable de algunos de los cambios en la respuesta de estas ante la excitación sexual.

La tensión muscular general y los espasmos musculares involuntarios de los músculos estriados disminuyen, de ahí que la percepción de la tensión sexual y las descargas a dicha tensión son percibidas en menor medida por las mujeres y sus parejas sexuales.

Durante el orgasmo, si éste es de intensidad, se produce la distensión involuntaria del meato urinario como en momentos anteriores del ciclo de vida. No obstante, el adelgazamiento de las paredes de la vagina puede producir la irritación de la uretra y la vejiga durante el coito, expresándose dicha atrofia en síntomas urinarios en mujeres con una vida coital activa.

Reacciones genitales.

Si bien la respuesta del clítoris durante el ciclo de respuesta sexual se mantiene similar a etapas anteriores de la vida, se producen cambios en los labios mayores por pérdida de tejido adiposo y tejido elástico que pueden afectar la reacción de elevación de estos durante la excitación.

También, se puede presentar una disminución de la reacción de piel de los labios menores previa al orgasmo, debido a la disminución de la vasodilatación de estos.

La disminución de la actividad secretoria de las glándulas de Bartholino, unido al adelgazamiento de la pared, la disminución de la elasticidad y de la lubricación vaginal, tanto en cantidad como en el tiempo de aparición una vez iniciada la excitación sexual favorece la aparición de molestias durante el coito.

Es muy probable, que la reducción de la expansión de los dos tercios internos de la vagina genere dolor en la penetración tanto a nivel medio como profundo y que se vea afectada la plataforma orgásmica por disminución de la vasodilatación. Además, se produce una disminución en el ritmo de las contracciones orgásmicas lo que influye en que la percepción de la experiencia orgásmica sea menos placentera y duradera.

Estos cambios pueden ser vividos por las mujeres con desaliento y conductas de evitación sexual, agravando problemas preexistentes en la relaciones de pareja o favorecer la aparición de estos.

Es necesario que los/as profesionales de la salud que atienden a las mujeres de edad mediana y en la posmenopausia conozcan acerca de los cambios que el envejecimiento introduce en la respuesta sexual lo cual no se constituye en un problema de salud, aunque si en ocasiones, requiere de intervenciones oportunas del personal sanitario.

Se requiere:

1. Preguntar con ética y respeto a cada mujer acerca de su sexualidad.
2. Brindar una pormenorizada información a la mujer de los cambios fisiológicos propios de la etapa.

3. Orientar acerca de la importancia de la actividad sexual, como garante de bienestar y calidad de vida de las mujeres y sus parejas.
4. Utilizar condón por el aumento de la vulnerabilidad biológica a las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA.
5. Recomendar métodos de planificación familiar acordes a la etapa del ciclo de vida en aquellas mujeres y parejas que temen un embarazo en estas edades y por ende no disfrutaban de su sexualidad.
6. Transferir a las mujeres con problemas sexuales a una consulta especializada.
7. Integrar a la mujer de edad mediana en las decisiones que se tomen en el proceso de atención a su salud.

Los profesionales deben estar alertas ante cualquier indicación de histerectomía con ooforectomía dada la importancia que tiene para la mujer el mantenimiento de sus gónadas, de ahí que se propone:

- Condenar las malas prácticas médicas de realizar ooforectomía sin que existan lesiones gonadales o ante un diagnóstico de afección benigna de ovario.
- Revisar Manual de Procedimientos en cuanto a histerectomía obstétrica, recomendando la histerectomía con doble anexectomía sólo en los casos de sepsis.
- No realizar ooforectomía antes de los 50 años de edad, en edades posteriores la decisión para la misma se hará según criterio del facultativo
- Aunar criterios entre ginecólogos, cirujanos y oncólogos para evitar las castraciones innecesarias
- Cumplir con los procedimientos establecidos en el Comité de Evaluación de Intervenciones Quirúrgicas, respecto a la evaluación de estas operaciones.

Es importante en consulta dedicar un tiempo para:

- Brindar una pormenorizada información a la mujer de los cambios fisiológicos de esa etapa de la vida.
- Precisar sobre los factores sociales que pueden influir en la sintomatología asociada al climaterio e incorporarlos como elementos imprescindibles para el diagnóstico y la decisión terapéutica.
- Integrar a la mujer de edad mediana en las decisiones a tomar en el proceso de atención a su salud.
- Lograr la excelencia en la relación “personal de la salud – mujer de edad mediana” que permita una óptima caracterización individual de los procesos asociados al climaterio femenino
- Desmitificar los problemas asociados con la sexualidad durante el climaterio.
- Informar a las pacientes sobre la indicación de ooforectomía cuando proceda y obtener su consentimiento informado.

Capítulo 3 Osteoporosis posmenopáusica y artralgias

La osteoporosis se define como una enfermedad sistémica del esqueleto que se caracteriza por un deterioro de la microarquitectura con la consecuente fragilidad ósea y aumento de la susceptibilidad a la fractura. La fractura de vértebras y/o de Colles constituyen su expresión más frecuente durante los primeros años de posmenopausia mientras que la fractura de cadera es un problema de salud en una etapa más tardía.

GRUPOS DE RIESGO:

- 1) Mujeres con antecedentes de fractura ósea patológica.
- 2) Posmenopausia.
- 3) Menopausia precoz.
- 4) Color de la piel blanca o amarilla.
- 5) Bajo peso (Índice de masa corporal entre 18 Kg./m^2)
- 6) Historia familiar de osteoporosis,
- 7) Antecedentes de haber padecido hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, acromegalia o haber ingerido hormonas tiroideas o corticoides.

Otros factores que deben tenerse en consideración:

- Envejecimiento
- Factores nutricionales
- Disminución de la actividad física
- Abuso de alcohol y tabaco

DIAGNOSTICO

Se considera positivo para osteoporosis cuando se detecta o confirma mediante un estudio simple de rayos X de la zona afectada la presencia de una fractura ósea originada por un trauma mínimo sobre todo en mujeres menores de 65 años.

Para estimar el contenido mineral óseo (piedra angular para establecer el riesgo de fractura) el método ideal es la absorbiometría dual rayos x (DXA) mide zonas como columna, cadera, cuerpo total).

El contenido mineral óseo (CMO) se expresa como: **PUNTAJE T (T–SCORE)** que resulta de comparar a la paciente con el momento en que se origina la mayor concentración del mineral en el hueso, lo que ocurre al final de la adolescencia.

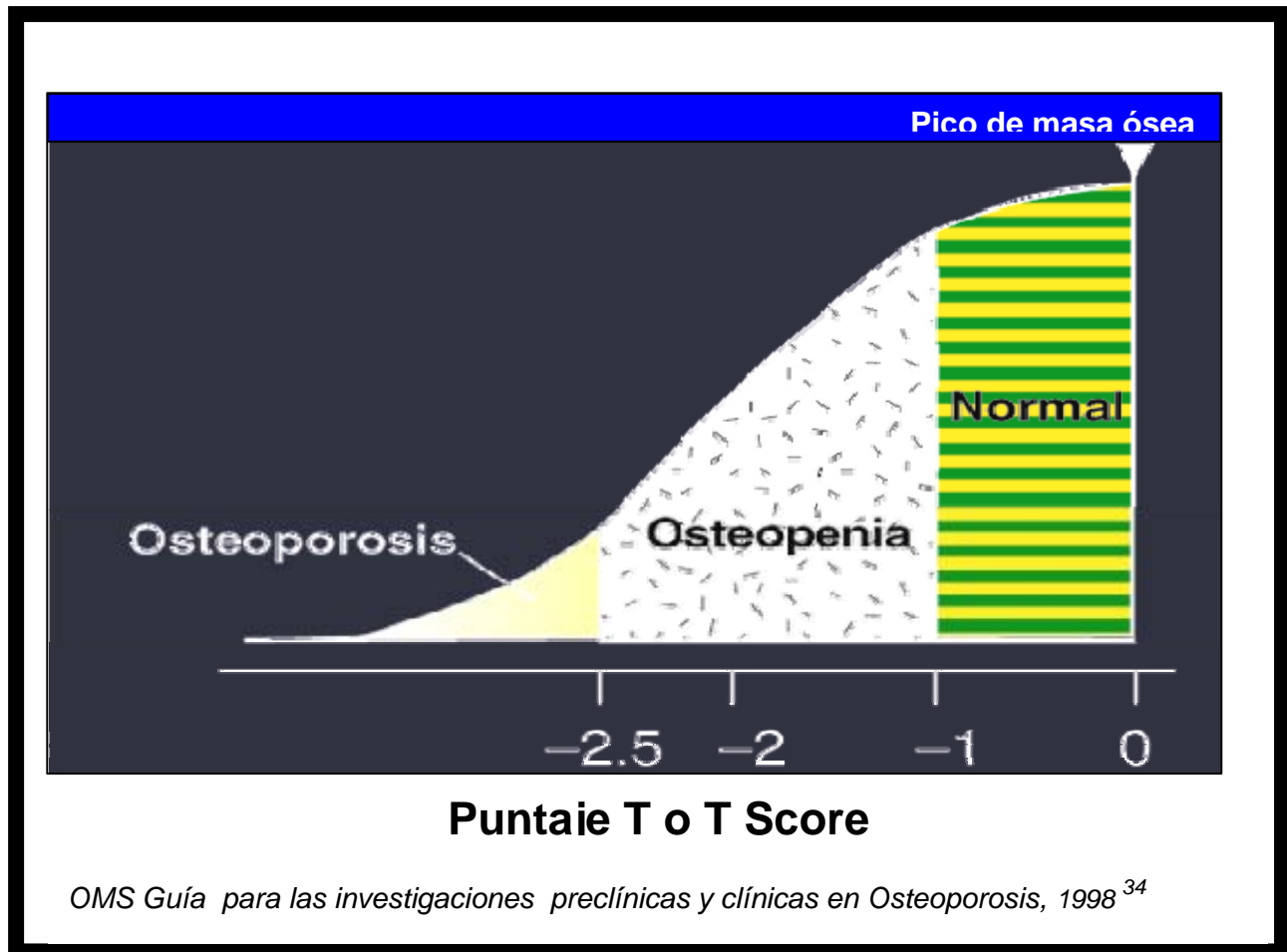
Según la guía propuesta por la OMS se considera;

Osteoporosis: Cuando el Puntaje T es $> - 2.5$ desviaciones estándar (DE)

Osteopenia: Cuando el puntaje T es entre $- 1$ y 2.5 DE

Normal: Cuando el Puntaje T es ≥ -1 DE es normal.

Una desviación estándar (DE) significa una reducción del 10% del contenido mineral óseo.



Otra información que brinda la densitometría es el Puntaje Z que expresa la diferencia entre la mujer y un grupo de control con similar edad. Una disminución de 2 DE indica pérdida ósea acelerada.

El ultrasonido de calcáneo es otro método diagnóstico, menos invasivo que permite identificar una mala calidad del hueso, aunque no tiene utilidad para evaluar una respuesta al tratamiento.

Los marcadores de recambio óseo miden el proceso de remodelado (resorción y formación ósea) y tienen un importante papel para decidir el inicio del tratamiento, evaluar la respuesta al mismo y seleccionar el tipo de medicamento a emplear.

Los marcadores pueden ser: de formación (fosfatasa alcalina hueso específica y la osteocalcina y sobre todo, el péptido de extensión del pro colágeno I) y de reabsorción (puentes de piridinolina entrecruzamiento de colágeno, desoxipiridinolina, N y C telopéptidos), casi todos son determinados en la orina, aunque pueden determinarse en suero.

Una mujer que en sus huesos presente un CMO en valor de osteopenia y se compruebe un aumento de los marcadores de reabsorción significa que tiene riesgo para presentar fracturas y requiere de intervención farmacológica.

La determinación de los marcadores óseos es el modo de evaluar la respuesta terapéutica a corto plazo (3-6 meses).

Medidas para la prevención de la osteoporosis:

Lograr una buena masa ósea desde edades tempranas es la mejor forma de prevención y para ello es necesaria una alimentación adecuada con un buen contenido de calcio, mantener la actividad física y no fumar.

Durante la adolescencia, los embarazos y en la posmenopausia, las necesidades diarias de calcio son entre 1000 y 1500 miligramos diarios y las de Vitamina D entre 400-800 UI. Si la dieta no aporta el total de las necesidades se deben indicar suplementos.

El calcio debe administrarse con los alimentos preferentemente en la noche.

- Caminar como mínimo 30 minutos en el día 4-5 veces por semana.
- Realizar ejercicios para fortalecer columna vertebral (orientados por el fisiatra).
- Exposición al sol en las horas de menor intensidad durante 15-20 minutos.

Medidas para la prevención de las fracturas

- 1) Aumentar el contenido mineral óseo.
- 2) Evitar las caídas (mejorar visión, manejo adecuado en el uso de sedantes, hipnóticos, hipotensores y otros medicamentos, el uso de calzado adecuado, evitar los riesgos en el hogar y la calle, entre otros).

Se sugerirán medidas generales como: eliminar el tabaco, mantener un peso adecuado, combatir el déficit de estrógenos, calcio y Vitamina D, eliminar el alcoholismo y el sedentarismo.

Medidas terapéuticas para mejorar el contenido mineral óseo.

Se dispone de estrógenos, calcitonina, moduladores selectivos del receptor estrogénico (raloxifeno), bisfosfonatos (alendronato, risedronato e ibandronato), hormona paratiroidea, y el ranelato de estroncio.

La decisión para definir la terapéutica a emplear, debe ser personalizada y se tendrá en cuenta la edad de la mujer, los síntomas acompañantes y la intensidad de la osteoporosis.

Cualquier medida terapéutica deberá ser orientada a largo plazo, por lo que el éxito del tratamiento dependerá de la adhesión que puede lograrse para lo cual, una explicación en lenguaje comprensible sobre la necesidad y las razones que motivan el uso de los medicamentos es de gran ayuda.

Artralgias

Durante la edad mediana es frecuente que las pacientes que concurren a consulta refieran dolores articulares de intensidad variable.

Los sitios más afectados por el dolor son:

- 1) Región cervical con o sin irradiación a hombros y a la región dorsal,
- 2) En las rodillas, caderas y tobillos.
- 3) Articulaciones de los miembros superiores y manos.

En general, estos síntomas son más intensos al levantarse aunque también, en ocasiones, son muy molestos en horarios vespertinos, lo que sugiere como etiología procesos degenerativos articulares.

Entre los signos clínicos más típicos encontrados al examen físico están las deformidades, limitación de los movimientos articulares y sensación de rueda dentada durante dichos movimientos.

En la mayoría de las mujeres existe una relación directa entre las artralgias y sus condiciones de vida. (tipo de trabajo, carga de pesos, uso de la bicicleta, viviendas en pisos altos y otros)

Conducta:

Realizar un análisis individual de las pacientes para determinar la causa de las artralgias, sugerir las medidas necesarias para modificar hábitos y posturas dañinas al esqueleto, la creación de grupos de orientación fisioterapéutica destinados a mejorar la salud ósea de la mujer de edad mediana y el uso de diferentes técnicas de la Medicina Natural y Tradicional como vía para el alivio del dolor.

Se propone:

- Promover entre la población la práctica de ejercicios físicos y la eliminación de hábitos nocivos como el alcohol y el tabaco.
- Implementar acciones educativas para mejorar los hábitos alimenticios, haciendo hincapié en la ingestión de alimentos ricos en calcio, leche y sus derivados, así como de verduras, frutas y/o suplementos de vitaminas y minerales.
- Crear clubes de adolescentes que incorporen la cultura física y el deporte como métodos óptimos para adquirir una mayor masa ósea desde edades tempranas.
- Capacitar a los médicos de la atención primaria de salud y a los ginecólogos a nivel de policlínico para brindar información sobre los cambios biológicos que ocurren en el organismo por la evolución hacia el envejecimiento y los cuidados adecuados en esta etapa y la atención periódica a la población en riesgo de osteoporosis.
- Utilizar los recursos de salud (consultas de Reumatología, Ortopedia y Fisiatría) de las áreas de salud para corroborar el diagnóstico de osteoporosis y realizar la rehabilitación de las pacientes.
- Promover la realización de pausas activas cuando se realice un trabajo sedentario.

Capítulo 4 Medios diagnósticos

Exámenes complementarios y dosificaciones hormonales.

Los exámenes de laboratorio clínico serán indicados de forma individualizada.

Algunos estudios hematológicos son útiles para conocer la presencia de afecciones o alteraciones que pueden presentarse en esta etapa de la vida; otros, se indicarán según las particularidades de cada paciente y la factibilidad de su realización.

La indicación de las hormonas de la reproducción sólo se justifica en aquellas mujeres que presenten una menopausia precoz o en casos muy específicos.

Complementarios indispensables

- Hemograma, Glicemia y lipidograma. Este último debe realizarse una vez al año en las mujeres posmenopáusicas y si existe hiperlipidemia cada 6 meses.
- El perfil hepático (TGP, TGA, fosfatasa alcalina y gamma glutamil) debe indicarse para iniciar la THR y puede repetirse cada 6 meses si fuera necesario.

La citología orgánica del cérvix se indicará según el Programa de diagnóstico precoz de cáncer cérvico uterino.

Ultrasonografía.

Se reconoce la utilidad de la ultrasonografía transvaginal con o sin Doppler o en su defecto, abdominal se indicará para:

- Iniciar la terapia hormonal de reemplazo.
- Control del endometrio durante y después de la THR siguiendo el esquema propuesto en la figura 1.
- Diagnosticar otras afecciones ginecológicas (pólipos endometriales, masas pélvicas, hiperplasias endometriales y otras)

Histeroscopia y laparoscopia

Cuando sea necesario, se explorará directamente la cavidad uterina o abdominal mediante la histeroscopia o la laparoscopia respectivamente con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Se propone:

- Indicar la ultrasonografía de preferencia transvaginal (o abdominal) ante cualquier sangrado anormal en el climaterio o la posmenopausia.
- Emplear el grosor endometrial para el diagnóstico presuntivo de anomalías endometriales y decidir la realización de la biopsia endometrial cuando se justifique, evitando legrados innecesarios y resultados no útiles para diagnóstico.
- La ultrasonografía puede complementarse con histerografía o histeroscopia cuando esto sea posible. Recordar que el diagnóstico definitivo lo ofrece la histología.
- Recomendar el esquema propuesto por el Prof. José Oliva Rodríguez para el seguimiento ultrasonográfico del sangramiento posmenopáusico. (ver figura 1).

Legrado diagnóstico.

- Realizar este proceder diagnóstico cuando exista sangrado posmenopáusico y no se tenga la posibilidad de realizar un examen ultrasonográfico o cuando éste informe un engrosamiento anormal u otra alteración del endometrio. Se sugiere hacer legrado de cavidad completo y fraccionado de preferencia.
- La aspiración endometrial es otro de los métodos empleados pero debe garantizar una muestra útil para el estudio histológico del endometrio.

Mamografía

Los quistes mamarios, la displasia, los fibroadenomas y el cáncer mamario pueden presentarse en estas edades. Todas estas lesiones pueden ser diagnosticadas por ultrasonido o mamografía aunque cada técnica tiene un grado diferente de sensibilidad diagnóstica.

Cualquier estudio que se indique, debe estar precedido de un minucioso examen de mamas que debe reflejarse en la solicitud del mismo, al igual que cualquier información clínica o antecedentes que resulten de interés.

La mamografía debe realizarse en mujeres mayores de 50 años como método de pesquisa para el cáncer de mama sobre todo en aquellas mujeres con antecedentes familiares de cáncer mamario. No se justifica su indicación con ese fin, en edades más tempranas ya que el patrón de densidad mamaria no permite una observación adecuada.

Este estudio resulta imprescindible antes de indicar el tratamiento hormonal de reemplazo y debe repetirse anualmente como seguimiento. También debe realizarse cuando se utilice la terapia hormonal sustitutiva en mujeres mayores de 30 años.

El ultrasonido de mamas es un complemento para diferenciar lesiones sólidas de quísticas. No tiene utilidad para la pesquisa masiva y no sustituye a la mamografía en las indicaciones antes mencionadas.

Se propone:

- Educar y adiestrar a las mujeres para la realización mensual del auto examen de mamas.
- Realizar examen físico de las mamas antes de la mamografía.
- Realizar la mamografía como requisito indispensable para iniciar el THR y para el seguimiento posterior de estas mujeres, con una frecuencia anual.
- Para la pesquisa del cáncer de mama en general debe realizarse cada 3 años a las mujeres de 50 a 64 años y anual cuando exista el antecedente familiar cercano de cáncer mamario.

En la solicitud de la mamografía se deben registrar: los antecedentes patológicos familiares y personales que incluyen lesiones nodulares previas (incluir el resultado de anatomía patológica), operaciones

realizadas en las mamas, incluyendo las mastoplastias, tratamiento hormonal en algún momento de la vida especificando el medicamento utilizado, si es posible.

Capítulo 5 Tratamiento integral

Medidas higieno dietéticas

Fue consenso señalar que toda mujer durante el periodo climatérico deberá recibir:

Una dieta con un aporte:

1) calórico adecuado según su índice de masa corporal (IMC) con la siguiente distribución de nutrientes: proteínas 15–20%, grasas 25-30%, carbohidratos 50-55 %, fibras 20g/1 000 Kcal.,

2) de calcio y vitamina D extra que garantice recibir diariamente 1 500 mg del primero y 400 UI de la segunda,

3) de antioxidantes como beta carotenos, vitaminas E (50UI) y C (500 mg), ácido fólico 1 mg, selenio, zinc y manganeso.

- Para completar el aporte de calcio se sugiere emplear el carbonato de calcio e indicarlo en horario nocturno siempre con un vaso grande de agua.
- Eliminar el tabaquismo y alcoholismo
- Realizar ejercicios fundamentalmente aeróbicos como caminar, trotar, montar bicicleta entre otros. Esta actividad deberá durar no menos de 30 minutos diariamente y será realizada al menos 5 veces por semana.
- Incrementar las medidas llamadas de autocuidado como son: el autoexamen de mamas, cumplir el programa para la detección precoz del cáncer de cuello uterino y en aquellas mujeres con enfermedades crónicas estimular las medidas encaminadas a lograr la adhesión terapéutica.

Medidas anticonceptivas

Tanto los hombres como las mujeres después de los 40 años de edad, siguen siendo fértiles y sexualmente activos, y pueden ocurrir embarazos durante la perimenopausia. Se debe recordar que los riesgos relacionados con la gestación aumentan hasta 50 veces en este grupo de edad, en comparación con las mujeres que tienen entre 20 y 29 años.

Los diferentes métodos anticonceptivos disponibles pueden ser utilizados en esta etapa. Los métodos de barrera como el condón masculino y femenino y el diafragma, pueden utilizarse siempre que sean aceptados por ambos miembros de la pareja. En el caso del condón, además del efecto anticonceptivo, previene las infecciones de transmisión sexual de las que ningún miembro de la pareja está excluido.

Los dispositivos intrauterinos también pueden utilizarse. Se prefieren en esta etapa los liberadores de progesterona.

Los métodos anticonceptivos hormonales pueden ser indicados posterior a la realización de una evaluación minuciosa de riesgos y beneficios y un pormenorizado examen físico. No es un método de primera elección en esta etapa y debe recordarse que una de las contraindicaciones que tienen es el hábito de fumar.

Conducta medicamentosa

Las medidas estarán en relación con la sintomatología de la mujer y su estado de salud, la clasificación de la misma según grupos de dispensarización podría ayudar a decidir el tipo de medida terapéutica:

Ante los síntomas del síndrome climatérico cuya intensidad aconseje la indicación de medicamentos, se propone como primer escalón emplear medidas naturales (miel, fitoestrógenos, pasiflora, lechuga, ejercicios de relajación) y/o de la medicina tradicional (acupuntura, cromoterapia, entre otros).

Si los síntomas vasomotores son muy intensos, o no mejoran con las medidas antes indicadas como segundo escalón se recomienda indicar terapia hormonal (estrógenos solos o asociados a progestinas, progestinas solas, andrógenos) o no hormonal (Tibolona, Propranolol, sedantes).

La terapia hormonal de reemplazo (THR) estará indicada en mujeres menores de 60 años para aliviar síntomas vasomotores severos, los síntomas genitourinarios, así como en mujeres con riesgo o diagnóstico de osteoporosis importante que no tengan contraindicación para su uso y previo consentimiento informado. No deben ser utilizados como profilaxis cardiovascular. Se emplearán ESTRÓGENOS NATURALES, como los estrógenos conjugados equinos, 17 beta estradiol, el valerianato de estradiol en sus diferentes formas de presentación.

La ausencia de útero permitirá utilizar solamente estrógenos, cuando existe este órgano se debe asociar una progestina en forma secuencial (produce sangrado) o continuo (sin sangrado)

La vía de administración de la THR dependerá de la preferencia de la paciente, la experiencia del médico y del estado físico de la paciente. De manera que si hay hipertrigliceridemia (mayor de 300 mg) aconsejar la vía transdérmica, mientras que cuando exista hipercolesterolemia, o valores disminuidos de HDL colesterol se preferirá la vía oral. . De existir hipertensión arterial no complicada se preferirá la vía transdérmica y un tipo de progestinas que no provoque retención hídrica.

Contraindicaciones absolutas para la THR.

- Mujeres sin disposición ni conocimientos para su uso o con miedo a las hormonas.
- Hepatopatía activa o crónica.
- Hipertensión arterial moderada/severa y con enfermedad de órgano diana.
- Diabetes Mellitus con daño vascular.
- Litiasis vesicular.
- Epilepsia grave.

- Enfermedad tromboembólica.
- Pancreatitis.
- Neoplasias malignas hormono dependientes. (mamas, ovarios, endometrio, Adenocarcinoma de cuello y melanoma entre otros,
- Cuando exista riesgo genético o lesiones premalignas de la mama.
- Antecedentes de insuficiencia coronaria

El tiempo de uso de la THR dependerá de la causa que motiva la prescripción y se indicarán durante el menor tiempo posible.

Para aliviar los síntomas vasomotores serán indicados por periodos de tiempo entre 3 y 6 meses, después del cual se suprimirá el tratamiento y se evaluará el comportamiento de los síntomas clínicos; de ser necesario, se reiniciará el tratamiento.

No debe ser empleado por un tiempo mayor de 5 años. Cuando se emplea como parte del tratamiento de la osteoporosis o por síntomas genitourinarios se recomienda cambiar a otras medidas terapéuticas al concluir el tiempo señalado.

Control evolutivo

La consulta de seguimiento será cada 2-3 meses o según las necesidades de las mujeres, en ellas se evaluarán: 1) la respuesta al tratamiento, es decir la modificación de los síntomas climatéricos previamente calificados con la escala climatérica, 2) los posibles efectos colaterales de esta terapéutica, tanto desde el punto de vista clínico como la ayuda de complementarios, por lo que cada 6 meses se evaluará la glucemia y el lipidograma sobre todo en aquellas pacientes en las que exista dislipidemia y/o trastorno del metabolismo de carbohidratos.

El estudio de la función hepática previo a la THR se indicará de ser necesario y se repetirá cada 6 meses.

La mamografía se repetirá anualmente.

Los marcadores de remodelado óseo se evaluarán semestralmente, mientras que la densitometría se repetirá cada 2 años.

El examen histológico del endometrio y el ultrasonido ginecológico transvaginal o abdominal (preferir el primero) se indicará de ser necesario.

Se propone:

La selección del medicamento dependerá de la edad de la paciente, la presencia o no de útero, el deseo o no de sangrado genital y la causa de la prescripción:

- En las mujeres menores de 40 años pueden indicarse estrógenos sintéticos.

- En ausencia de útero utilizar solamente estrógenos.
- En la mujer que tiene su útero, debe asociarse el estrógeno natural a un progestágeno en forma secuencial (produce sangrado) o continuo (sin sangrado)
- En presencia de deseo sexual hipoactivo pueden emplearse los andrógenos (100 mg/mes de Enantato de testosterona) asociados o no a terapia estrogénica
- El DIETILESTILBESTROL nunca debe indicarse para el tratamiento del déficit estrogénico en la mujer.

RECUERDE:

La terapia hormonal de reemplazo es un medio terapéutico eficaz para revertir los efectos indeseables del cese de la función reproductiva del ovario y para su empleo se requiere una evaluación individual y un seguimiento estricto de la mujer.

Dosis recomendadas de los medicamentos más empleados como parte de la terapia de reemplazo hormonal.

Medicamento	Dosis diaria
Estrógenos Conjugados equinos. Valerato de Estradiol 17 β estradiol transdérmico	0,3 mg 1 mg 37.5 ug
Acetato de Medroxiprogesterona	2,5 o 5 mg si se usa continuo 10 mg en si secuencial por 12 días 100 mg continuo
Progesterona micronizada	200 mg por 12 días si secuencial

TRATAMIENTO NO ESTROGÉNICO

Las medidas no estrogénicas incluyen la utilización de medicamentos de diferentes grupos farmacológicos en el tratamiento del síndrome climatérico. Entre los de mayor uso se encuentran: progestinas, Tibolona y bifosfonatos. Así como, Raloxifeno, Calcitonina, Paratohormona, fluoruros, vitamina D y sus derivados, la paratohormona y el ranelato de estroncio entre otros.

Sus indicaciones son:

- Progestinas. para los trastornos menstruales de la perimenopausia y también sirven para aliviar los síntomas vasomotores presentes en esta etapa del climaterio. Medicamentos* empleados Acetato de medroxiprogesterona 10 mg/día o la Progesterona micronizada 200 mg/día durante los últimos 14 días del ciclo, están indicadas. Se sugiere realizar ciclos de 3 meses como mínimo
- La Tibolona (2.5 mg/día) * estaría indicada para aliviar los síntomas vasomotores y aumentar la densidad ósea en mujeres que no pueden recibir la THR.

- El Propanolol y el Gabapentin pueden ser indicados para controlar los síntomas vasomotores.
- Los bifosfonatos (Alendronato 70 mg semanal, Risedronato, 35 mg semanal, Ibandronato 160 mg mensual) * asociados a un aporte extra de calcio sería una alternativa para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica.
- Calcitonina (100 – 200 mg día spray nasal o vía subcutánea) * para aliviar los dolores expresión de la osteoporosis.
- Raloxifeno (60 mg día)*, paratohormona y el ranelato de estroncio: para la prevención y tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica
- Los psicofármacos pueden ser utilizados racionalmente. Sin embargo, cuando la complejidad de los síntomas lo amerite la elección del fármaco recaerá en el especialista de Salud Mental.

MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL.

La Medicina Natural y tradicional resulta una opción complementaria en el tratamiento de la sintomatología de la peri y posmenopausia.

Se debe estimular y fomentar el estudio y la investigación científica para conocerla mejor y darle aplicación práctica como una herramienta más en la terapéutica a emplear en estos períodos de la vida de la mujer.

Es cierto que en el país han sido publicados algunos estudios sobre el tema y en este momento existen otros en desarrollo. Sin embargo, se consideró que deben realizarse más protocolos de investigación en este campo y no deben exaltarse los resultados de investigaciones empíricas si no han sido comprobados estadísticamente.

* Dosis de los medicamentos más utilizados.

Capítulo 6 Climaterio y menopausia en la atención primaria

Numerosos estudios clínicos y epidemiológicos concluyen que las mujeres de edad mediana tienen, al menos, un factor de riesgo independiente para dos patologías crónicas: la enfermedad coronaria isquémica y la osteoporosis. No debemos olvidar que en estos grupos de edades pueden aparecer las neoplasias malignas genitales y de otras localizaciones.

Las enfermedades crónicas y el cáncer constituyen hoy las primeras causas de muerte en nuestro país y en el mundo, por lo que se convierten en un objetivo estratégico prioritario para lograr transformaciones en el estado de salud, acordes con el nivel de desarrollo de nuestra salud pública.

Con este enfoque y, fundamentalmente, con el enfoque de riesgo, se hace evidente lo significativo que resulta la labor preventiva, dirigida, en lo fundamental, hacia la disminución, y cuando sea posible, hacia la eliminación, de diversos factores de riesgo que pueden complicar la salud integral de la mujer -y de hecho sucede- en el climaterio. También hay que mencionar que existen otros factores como los aspectos psicosociales y de la sexualidad que son muy importantes en esta etapa los que ya han sido

considerados; todos ellos pueden convertirse en desencadenantes de enfermedades, al producir un debilitamiento de las mujeres en la lucha contra los agentes estresantes del medio externo.

En nuestro país existen condiciones favorables para la atención a las mujeres de este grupo de edades:

1. La estructura del Sistema Nacional de Salud, con una cobertura de médicos y enfermeras de la familia en todo el territorio nacional.
2. La existencia de la Sección de Climaterio de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología.
3. La revisión y actualización de la guía práctica por el Taller Nacional de Consenso sobre Climaterio y Menopausia y su posterior distribución a todo el país.
4. Contar con el Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI)
5. La existencia de consultas dirigidas a la atención de la mujer en el Climaterio y la Menopausia en los diferentes niveles de atención.
6. La capacitación continuada de los recursos humanos de la salud y otras disciplinas organizadas por la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología.

OBJETIVO GENERAL:

Incrementar la cobertura de atención a la mujer de edad mediana con una visión de salud integral personalizada y humanística que contribuya a mejorar su calidad de vida y su participación activa en la gestión social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Lograr la atención integral personalizada y humanística de la mujer de edad mediana en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.
2. Perfeccionar e incorporar conocimientos a la formación y capacitación de recursos humanos que permitan dar respuesta a las necesidades de las mujeres de edad mediana.
3. Promover el diseño, ejecución y monitoreo de investigaciones sobre la salud integral de las mujeres de edad mediana.
4. Fomentar acciones de promoción de salud dirigidas a la población en general que garanticen la salud integral de las mujeres en esta etapa del ciclo de vida.
5. Promover acciones de prevención de salud que potencien una visión desmedicalizada del climaterio y la menopausia.
6. Favorecer la participación de las mujeres, la pareja, la familia y la comunidad en las decisiones y acciones que interesan la calidad de vida y la gestión social de las mujeres de edad mediana.
7. Incrementar los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva que favorezcan el disfrute de la sexualidad por las mujeres de edad mediana.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES.

La Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, establecerá:

- Las normas y procedimientos para el desarrollo, implementación, evaluación y perfeccionamiento del programa.

- Promover la dispensarización de las mujeres de edad mediana según los niveles de riesgo establecidos.
- Facilitar la capacitación de los recursos humanos que se destinen al tratamiento de la mujer de edad mediana con una visión sistémica, integral, personalizada y humanística.
- Coordinará con las diferentes instituciones de formación académica los posibles espacios de capacitación y la formación de los recursos humanos de la salud y otros que por su formación puedan potenciar el trabajo en la prevención de enfermedades en esta etapa del ciclo vital.
- Potenciará investigaciones que permitan identificar las necesidades de salud de las mujeres de edad mediana y el bienestar en pareja, familia y en la gestión comunitaria.
- Garantizará la participación de los y las diferentes actores sociales en la promoción y atención integral a los problemas de las mujeres comprendidas en este grupo.
- Perfeccionará los servicios de atención a las mujeres de edad mediana en la atención primaria.

INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER DE EDAD MEDIANA EN EL NIVEL PRIMARIO.

Los servicios de atención a la mujer de edad mediana garantizarán el tratamiento escalonado según la intensidad de los síntomas climatéricos. (Ver figura 2)

1. Primer escalón: medidas higiénico dietéticas y orientación integral a la mujer, la pareja y la familia según las necesidades.
2. Segundo escalón: incluye las medidas higiénicas dietéticas y orientación integral adicionándosele los recursos terapéuticos de la medicina natural y tradicional.
3. Tercer escalón: A las medidas anteriores se agrega la prescripción de la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) y otros tipos de fármacos según disponibilidad y requerimientos, dirigidos a mejorar el estado de salud de las mujeres.

Los servicios de atención a la mujer de edad mediana desarrollarán alternativas de tratamiento personalizados que promuevan la salud (MNT, consejerías, gabinetes, grupos de mujeres) rehabilitación comunitaria dedicados a la mujer, su pareja y familia.

Los equipos de salud desarrollarán acciones de educativas comunitarias, de orientación, detección de riesgo y de atención integral con las mujeres de edad mediana, la pareja, la familia y la comunidad.

RECUERDE:

1. El equipo de atención primaria de salud es la base insustituible en la atención a la mujer peri y posmenopáusica.
2. Insistir en el manejo integral -bio-psico-social- y ético de estas mujeres.
3. Efectuar acciones locales y generales a través de la educación para la salud de la gran masa femenina del país. Generalizar la experiencia de la aplicación del Modelo de Atención a la mujer climatérica (MACLI) en el área primaria de salud. Definir los criterios de transferencia y

contratransferencia en los restantes niveles de atención y establecer el alcance del desempeño en cada nivel y de acuerdo a las condiciones de cada localidad.

6. Mantener una actualización constante en el tema.

Anexo 1

Factores de riesgo relacionados con las afecciones más frecuentes de la menopausia.

FACTORES	AFECCIONES		
	Osteoporosis	Enf. Cardiovascular	Cáncer Endometrio
Menopausia	X	X	X
Edad	X	X	X
Tabaquismo	X	X	X
Obesidad		X	X
Medicamentos	X *		X
Diabetes Mellitus		X	
Dislipidemias		X	
Baja estatura	X		
Bajo peso	X		
Nuliparidad	X		
Dieta pobre Calcio	X		
Sedentarismo	X	X	
Afecciones **	X		
Infertilidad			X

* Glucocorticoides, hormonas tiroideas, anticonvulsivantes, antiácidos

** Insuficiencia renal crónica.

Anexo 2

Instrumento final para medir intensidad del síndrome climatérico

	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Severo (3)	Peso	Puntos
SÍNTOMAS CIRCULATORIOS						
Sofocos u oleadas de calor					4	
Sudoraciones nocturnas					4	
Palpitaciones					2	
Parestesias-hiperestesias					2	
Dolores de cabeza					1	
Subtotal Circulatorios						
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS						
Insomnio					3	
Nerviosismo					3	
Irritabilidad					3	
Labilidad emocional					3	
Disminución interés sexual					3	
Pérdida capac. memoria-concentración					2	
Apatía					2	
Tristeza					2	
Miedos					1	
Subtotal Psicológicos						
SÍNTOMAS GÉNITOURINARIOS						
Dispareunia					3	
Disminución placer sexual					3	
Sequedad vaginal	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Atrofia genital	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Incontinencia urinaria					1	
Polaquiuria					1	
Disuria					1	
Subtotal Génitourinarios						
SÍNTOMAS GENERALES						
Dolores musculares-osteoarticulares					2	
Aumento de peso					2	
Vértigos					1	
Sequedad mucosa oral					1	
Astenia					1	
Pérdida de peso					1	
Sequedad de la piel	Ausente (0)		Presente (2)		1	
Subtotal Generales						
TOTAL						

Anexo 2- A

Instructivo para la clasificación del síndrome climatérico

La puntuación que aporte la intensidad de cada síntoma debe multiplicarse por el número que aparece en la columna **Peso** y el resultado de esa operación será el total de puntos que aporta a la evaluación.

Para el Puntaje Total

ASINTOMÁTICO	De 0 a 24 puntos
LEVE	De 25 a 50 puntos
MODERADO	De 51 a 80 puntos
MUY MOLESTO	81 puntos o más

Para subescala de síntomas circulatorios

ASINTOMÁTICO	De 0 a 6 puntos
LEVE	De 7 a 14 puntos
MODERADO	De 15 a 23 puntos
MUY MOLESTO	24 puntos o más

Para subescala de síntomas psicológicos

ASINTOMÁTICO	De 0 a 9 puntos
LEVE	De 10 a 19 puntos
MODERADO	De 20 a 32 puntos
MUY MOLESTO	33 puntos o más

Para subescala de síntomas genitourinarios

ASINTOMÁTICO	De 0 a 1 punto
LEVE	De 2 a 7 puntos
MODERADO	De 8 a 16 puntos
MUY MOLESTO	17 puntos o más

Para subescala de síntomas generales

ASINTOMÁTICO	De 0 a 3 puntos
LEVE	De 4 a 6 puntos
MODERADO	De 7 a 11 puntos
MUY MOLESTO	12 puntos o más

Anexo 3

ANAMNESIS SOCIAL

Área biológica

Motivo de consulta, percepción de malestares del climaterio, edad, raza, características reproductivas: edad de menarquia; embarazos, partos, abortos; edad de primeras relaciones sexuales, número de parejas sexuales, edad de menopausia, etapa y tipo de menopausia.

Antecedentes familiares del climaterio y la menopausia

Antecedentes patológicos familiares y personales

Área económica ecológica

Nivel de ingreso, limitaciones económicas para satisfacción de necesidades básicas, condiciones de vivienda, hacinamiento, construcción, equipamiento electrodoméstico; composición del núcleo familiar: número de convivientes, edad y características individuales de los componentes del núcleo familiar (niños, ancianos, enfermos, etc.).

Entorno higiénico habitacional: (se explorará en función de la carga que las condiciones del medio puedan representar para la mujer): forma de abasto de agua, tipo de deposición de residuales sólidos y líquidos, área geográfica de ubicación, cualquier otra que pudiera resultar de interés.

Área conductual

Dinámica familiar: precisar si existe o no disfunción en esta área.

Se recomienda explorar las vinculadas con las relaciones de género, tales como, la posición de la mujer en la familia (rol de madre, esposa, hija, nuera o cualquier otra); distribución de las tareas domésticas, presencia de doble jornada, cuidadora de ancianos, niños, enfermos, mediadora de las relaciones familiares, jefatura de hogar propia o asignada.

Dinámica de pareja: precisar si existe o no disfunción en esta área.

Se recomienda explorar estado de la relación en función de la comunicación y del placer en la relación de convivencia y sexual; estado de salud y hábitos de vida de la pareja; estabilidad; estado de la relación (monotonía, falta de interés mutuo u otra), forma de comportamiento histórico de la relación respecto al referente en el momento de la entrevista, condiciones de privacidad, etc.

En el caso de las mujeres solas, divorciadas, viudas o solteras, es recomendable explorar esta área, porque pueden indicar el reclamo de pareja por falta de apoyo espiritual o económico y constituirse en factor “estresante” de su entorno inmediato.

Dinámica laboral: precisar si existe o no disfunción en esta área.

Ausencia de identidad con la actividad laboral que desempeña, forma de las relaciones de socialización laborales (relaciones entre iguales y con los jefes), satisfacción con la actividad laboral que desempeña, sobrecarga laboral, etc.

A nivel individual: Satisfacción personal, nivel de autoestima, proyecto de vida, conocimientos acerca de la menopausia

Figura 1

Seguimiento sonográfico de la mujer posmenopáusica

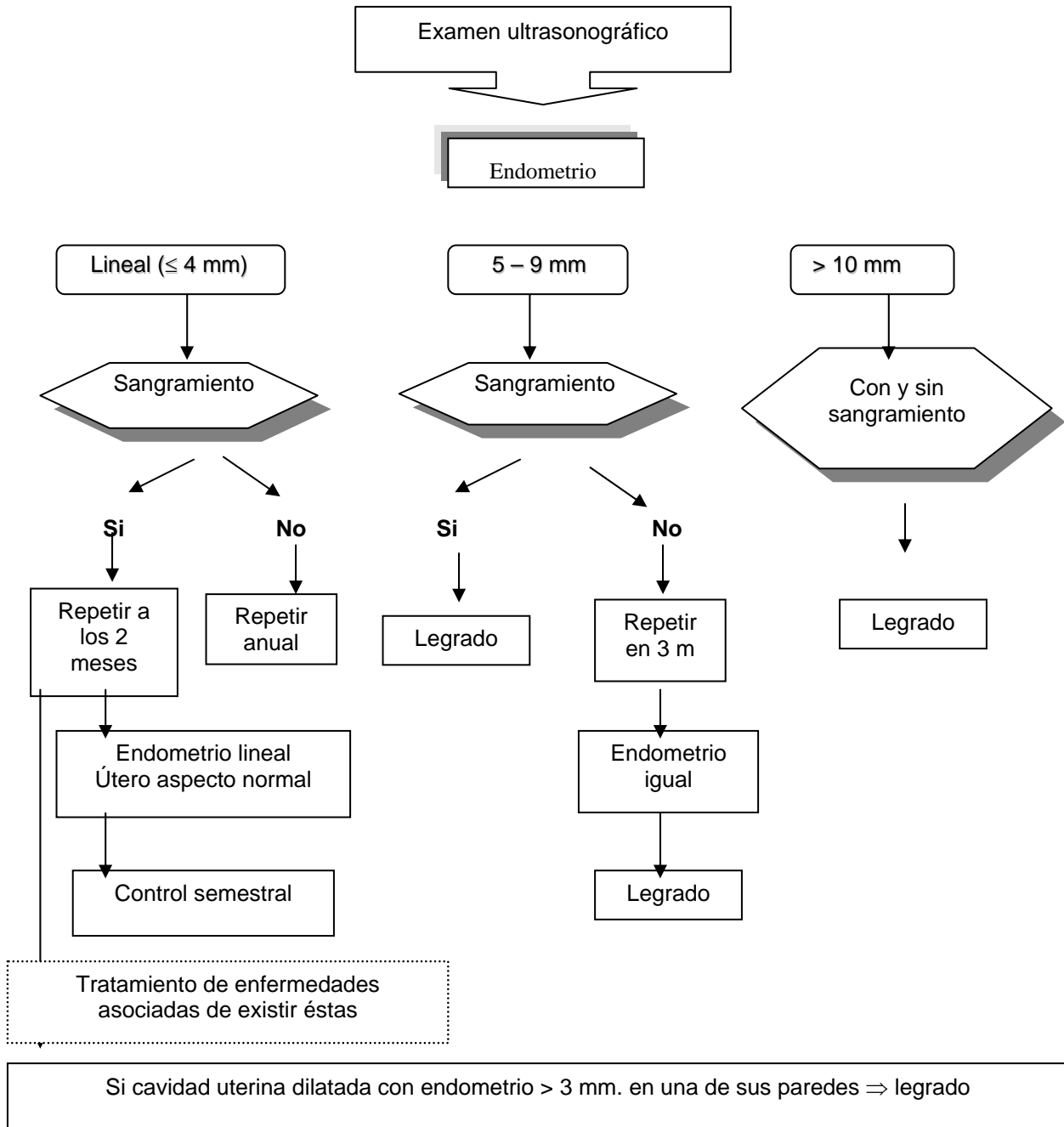
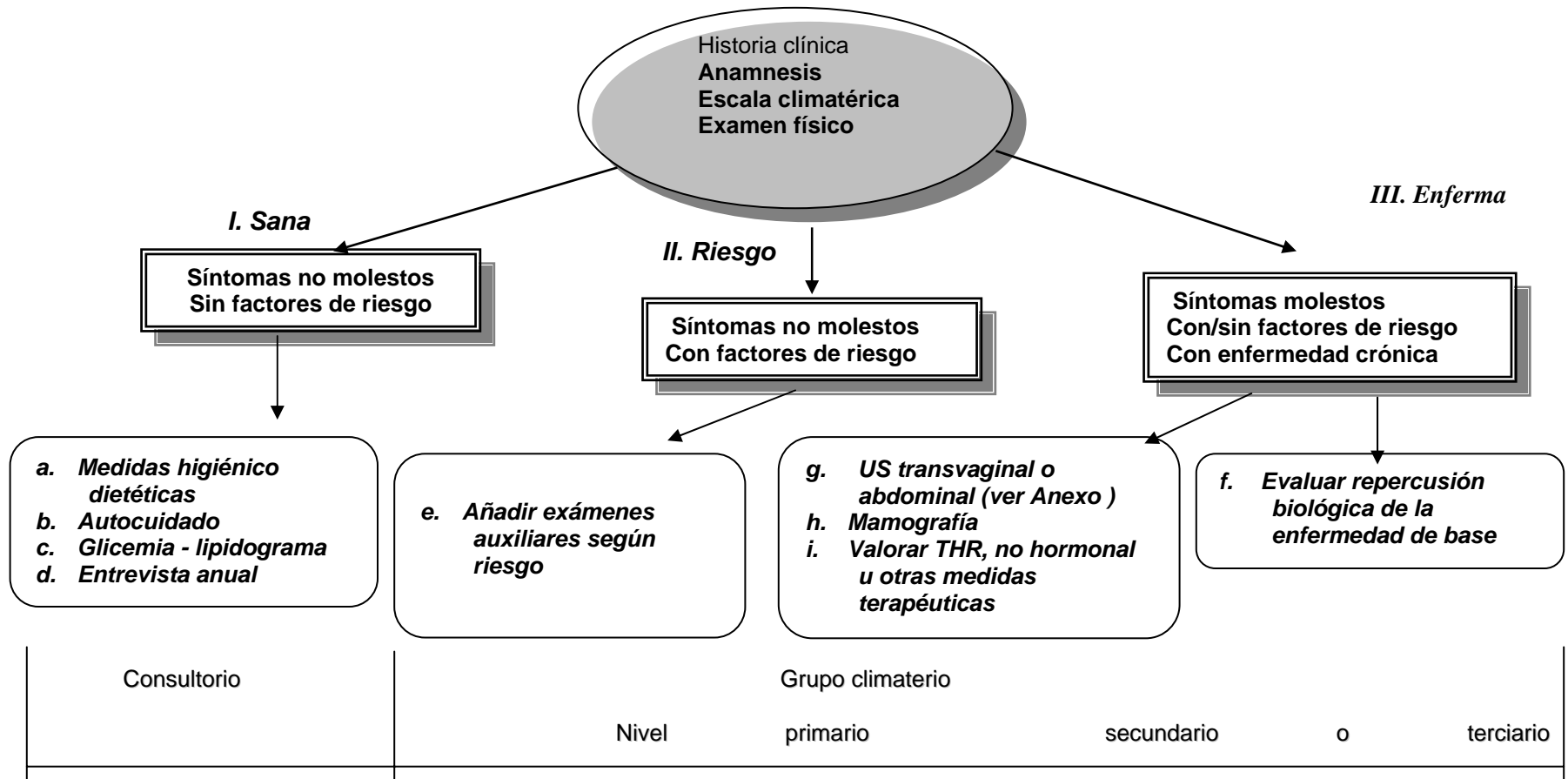


Figura 2

Esquema general para la atención a la mujer climatórica



Bibliografía:

1. Alfonso RA, Sarduy SC: Reflexiones sobre la mujer de edad mediana. Rev Sexología y Sociedad. 1998; 4(11): 22-24
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics update 2002. Dallas Tex: American Heart Association. 2002: 23-27.
3. Artilles Visbal L., Navarro D.D., Manzano Ovies B: Género: Categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6):527-32.
4. Artilles Visbal L., Navarro D.D, Manzano Ovies BR: Climaterio: Cambios en la conducta sexual. ¿Estereotipo cultural o disfunción biológica? Revista Sexología y Sociedad. 1998; 4(10): 31-3.
5. Artilles Visbal L: Globalización, terapia hormonal y determinantes sociales del síndrome climatérico. Saluco. Boletín digital de la Red de Género y Salud Colectiva. Mujeres de edad mediana. 2006; 5(1).
6. Balaguer Vintró I: Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. Editorial. Rev Esp Cardiol 2004; 57(6):487-94.
7. Blumel JE, Castelo-Branco C, Chedraui PA, Binfa L, Dowlani B, Gomez MS, Sarra S. Patients' and clinicians' attitudes after the Women's Health Initiative study. Menopause. 2004 Jan; 11(1): 57-61.
8. Blümel JE, Vallejo S: Evaluación clínica de la mujer climatérica. Rev Iberoam Menop 2005; 7(4): 8-13.
9. Bucheli Terán R, E. Noboa Flores: Futuro y nuevas perspectivas de la terapia hormonal en el climaterio femenino. Rev Iberoam Menop 2005; 7(4): 14-20.
10. Colectivo de autores. Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia. Editorial Ciencias Médicas. 1999. 9-21.
11. Consequences for HRT following the HERS II and WHI reports: The *primum non nocere* is important, but translation into *quo vadis* is even more essential. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 793–798.
12. Consensus Conference: Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. JAMA 2001; 285: 785-95.
13. Danckers L: Concepto de dosis bajas y ultrabajas. Rev Iberoam Menop 2005; 7(3): 3-5
14. Díaz Noriega O: Mujeres mayores. ¿Cómo enfrentar la invisibilidad? Rev Sexología y Sociedad. 2004; 10(26): 45-51.
15. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women with Hysterectomy the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. Original contribution JAMA – express. JAMA, April 14, 2004; 291(14): 1701

16. García Valdéz CT: Climaterio y Sexualidad en la mujer cubana. Revista Sexología y sociedad. 2001; 7(17): 30-2.
17. Haya J, Castelo-Branco C: Se puede prevenir la osteoporosis. ¿Cómo? Rev Iberoam Menop 2002; 5(2): 12-19.
18. Krebs EE, Ensrud KE, MacDonald R, Wilt TJ. Phytoestrogens for treatment of menopausal symptoms: a systematic review Obstet Gynecol. 2004 Oct; 104(4):824-36.
19. Lugones Botell Miguel: La salud integral de la mujer en el climaterio y la menopausia. Rev Sexología y Sociedad. 2003; 9(23):28-32.
20. Lugones Botell M. La menopausología en Cuba. Su importancia en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi175-605.htm
21. Lugones Botell M, Navarro Despaigne D: Lp(a), aterosclerosis y terapia hormonal de reemplazo. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi243-405.htm
22. Lugones Botell M, M. Ramírez Bermúdez: La terapia hormonal de reemplazo y la prevención cardiovascular en la menopausia. Principales estudios realizados y sus resultados. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; 32(2). Disponible en el URL: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin11206.htm
23. Manzano Ovies BR, Artiles Visbal L, Navarro DD: Impacto de los procesos sociales en el climaterio. En: Menopausia y Longevidad. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago de Chile. 1998: 27-40.
24. Manzano Ovies, Blanca Rosa, Artiles Visbal, Leticia, Navarro Despaigne, Daysi Antonia et al. Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI). Rev Cubana Obstet Ginecol, Ago 1998, vol.24, no.2, p.105-111. ISSN 0138-600X
25. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2003; 362:419.
26. Navarro Despaigne Daysi., Lugones Botell Miguel., Fontaine Y.: Factores biológicos y sociales en la mujer de edad mediana. Experiencias en la atención primaria. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2005: Vol 11 (2).
27. Navarro DD, Y. Fontaine Semanat: Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad media. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(2): 169-176.
28. Riesgos y beneficios del estrógeno más progestina en mujeres posmenopáusicas sanas. Principales resultados del estudio Women's Health Initiative (WHI). JAMA. Julio 17, 2002; 288(3): 321-333.
29. Rodríguez Bueno E: Preocupaciones de la mujer climatérica de hoy. ¿Qué pregunta? Rev Iberoam Menop 2005; 7(4): 3-7

30. Sarduy M, Martínez Y., Vasallo R. Lipidograma, menopausia quirúrgica y Terapia estrogénica. Rev. Cub Invest Biomédicas, Vol 1, 2006
31. Siseles, NO: Información y formación para el manejo actual de la mujer en su climaterio. Edit Ascune. Buenos Aires, Argentina 2005.
32. The Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. The Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2004; 291: 1701-12.
33. Wallace DJ. Rapid prevention of vertebral fractures associated with osteoporosis Orthopedics. 2005 Mar;28(3):291-8
34. WHO, Guidelines for Preclinical Evaluation and Clinical Trials in Osteoporosis, 1998.
35. Writing group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 2002; 288: 321-33.
36. Yáñez D, Castelo-Branco C, Hidalgo LA, Chedraui PA. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women J Obstet Gynaecol. 2006 Oct;26(7):682-6
37. Yllkorkala O. Balancing between observational studies and randomized trials in prevention of coronary heart disease by estrogen replacement: HERS study was no revolution. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 1029-36.