



ISSN 0122-3429

VOLUMEN 15 No. 1

ENERO - MARZO 2009

REVISTA COLOMBIANA DE MENOPAUSIA



PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MENOPAUSIA
Resolución Mingobierno No. 107 de 1995

AÑO

2009 **VOLUMEN** Volumen 15 NO. 1

ARCHIVO

Portada

1-Inicio

2-Tabla de contenido

3-Editorial

4-Biología molecular

5-Conocimientos sobre menopausia

6-Calidad de vida

7-Menopausia al día

8-Perlas

9-Congresos

TITULO

Portada

Inicio

Tabla de contenido

Editorial - La crisis económica mundial
da para todo

Biología molecular

Conocimientos, creencias, actitudes y
prácticas sobre menopausia de una
población menopáusica colombiana

con acceso a un servicio de salud (EPS)
Calidad de vida alterada entre mujeres
de edad media: un estudio

multicéntrico latinoamericano

Perlas

Menopausia al día

Congresos

REVISTA COLOMBIANA DE MENOPAUSIA

Publicación oficial de la Asociación Colombiana de Menopausia
Resolución Mingobierno No. 107 de 1995

Volumen 15 - No. 1 - Año 2009
Decimoquinto número - Tercer milenio

Editor - Jefe

Gustavo Gómez T.

Editores Adjuntos

Germán Barón C.

Miguel Bueno M.

Director Financiero

David Vásquez Awad

Comité Científico

Sergio A. Alvernia G.	Ginecólogo	Bucaramanga	John Stevenson	Endocrinólogo	UK
Domingo Caraballo G.	Fisiólogo	Bogotá	William Onatra H.	Ginecólogo endocrino	Bogotá
Álvaro Cuadros C.	Ginecólogo	Cali	Héctor Jaime Posso V.	Epidemiólogo	Bogotá
Israel Díaz R.	Ginecólogo	Barranquilla	Gabriel Tovar R.	Ginecólogo endocrino	Bogotá
Hoover Canabal E.	Ginecólogo	Cali	Adolfo Vera D.	Cardiólogo	Cali
Giuseppe Rosano	Internista	Italia	Juan E. Blümer	Endocrinólogo	Chile
Santiago Palacios G.	Ginecólogo	España	J. Christopher Gallagher	Endocrinólogo	EUA
Arturo Zárate T.	Internista endocrino	México	Marco Gambacciani	Ginecólogo endocrino	Italia
			Javier Fonseca	Ginecólogo endocrino	Cali

Comité Editorial

Gustavo Gómez Tabares, MD	Cali	Luciano Melo P., MD. PhD	Brasil
Gladys E. Canaval E., Enf PhD	Cali	José R. Cifuentes B, MD PhD	Cali
Nilson R. de Melo, MD. PhD	Brasil	Néstor O. Siseles, MD PhD	Argentina

Comité WEB

Director

Germán Barón C.

Hoover Canaval E.	Ginecólogo	Cali	Gustavo Gómez T.	Ginecólogo endocrino	Cali
Fabio Sánchez E.	Ginecólogo	Medellín	Gloria S. Penagos V.	Ginecóloga	Medellín

Asociación Colombiana de Menopausia

Carrera 13 No. 48 - 26 Oficina: 103

Teléfonos 57-1-2457093 - 2853173 - Telefax 57-1-2459646 - Bogotá, D. C.

E-mail: asomenopausia@hotmail.com

Página WEB: <http://www.asomenopausia.com>

E-mail del editor: gusgomez@univalle.edu.co

El contenido conceptual de los artículos incluidos en la revista
es responsabilidad exclusiva de los autores.

JUNTA DIRECTIVA
Asociación Colombiana de Menopausia (2007-2009)

Hoover Canaval Erazo, M.D. - Presidente
Alfredo Gómez Méndez, M.D. - Vicepresidenta
David Vásquez Awad, M.D. - Secretario
Andrés Ricaurte Sossa, M.D. - Fiscal

Javier E. Bonilla Amaya M.D. - Tesorero
Beatriz Sierra Londoño, M.D. - Vocal
Fabio Zarama Márquez, M.D. - Vocal
Hermes Jaimes Carvajal - Vocal

Juntas Directivas de Capítulos

Capítulo del Atlántico

Martha Marrugo Flórez, MD - Presidenta
Ricardo Torrents, MD - Vicepresidente
Mario Martínez Vélez, MD - Secretario
Alfredo Gómez Méndez - Tesorero
Martha Rita de la Hoz, MD - Fiscal

Capítulo de Bolívar

Patricia Sara Fortich, M.D - Presidenta
María Patricia Vives García, M.D - Vicepresidenta
Francisco Edna Estrada, M.D - Secretario
Alfonso Villarrolla, M.D - Fiscal
Jaime Barrios Anaya, M.D - Tesorero
Patricia Peñalosa Martínez, M.D - Vocal
Carmen Cadavia Martínez, M.D - Vocal

Capítulo de Córdoba

Fabián Nassiff Pacheco, MD - Presidente
Betsy Puello, MD - Vicepresidenta
Julio Usta, MD - Tesorero
Álvaro Pío Brunal, MD - Secretario
José Raúl Negrete, MD - Fiscal
Olga Martínez, MD - Vocal
Nilsa Portillo, MD - Vocal

Capítulo Norte de Santander

Luis Freddy Vergel Torrents, MD - Presidente
Luis Emilio Escalante Luzardo, MD - Vicepresidente
Luz Marina Montoya Restrepo, Lic. - Secretaria
Saula Turbay Turbay, Lic. - Tesorera
Gerardo Ramírez Morelli., MD - Vocal
Aleyda Guzmán Salazar, MD - Vocal
Mario Alfredo Galvis Mantilla, MD - Vocal
Zuly Espinel M., Lic. - Vocal

Capítulo de Santander

Isabel Eugenia Jáuregui Durán, MD - Presidenta
Sergio Augusto Alvernia González, MD - Vicepresidente
Ima Moreno Hernández, Lic. - Secretaria
Luisa Salamanca Garzón, MD - Tesorera
Miguel Alarcón Nivia, MD - Fiscal
Hermes Jaimes Carvajal, MD - Vocal
Alberto Camargo Rivera, MD - Vocal

Capítulo Eje Cafetero

Carlos A. Valencia A., MD - Presidente
César Grajales, MD - Vicepresidente
Sandra I. Restrepo, MD - Secretaria
Leonel Soto, MD - Tesorero
Jaime López, MD - Vocal
Héctor J. Hurtado, MD - Vocal

Capítulo Valle del Cauca

William Cárdenas Niño, MD - Presidente
Enrique Herrera Castañeda, MD - Vicepresidente
Clara H. Torres Contreras, MD - Secretaria
Álvaro Cuadros Caro, MD - Tesorero
María Cecilia Arturo Rojas, MD - Fiscal
José Óscar Arana Navarra, MD - Vocal
Lucy Stella Valderra, MD - Vocal

Capítulo de Nariño

Ricardo Unigarro, MD - Presidente
Rigoberto Dávila, MD - Vicepresidente
Diego Benítez, MD - Secretario
Lidia Miranda, Lic. - Tesorera
Juan Carlos Montenegro, MD - Vocal
Ricaró Zarama, MD - Fiscal

Capítulo de Antioquia y Chocó

Beatriz Sierra Londoño, MD - Presidenta
Gloria Stella Penagos V., MD - Vicepresidenta
Lorencita Correa de Halpert, MD - Secretaria
León Darío Arboleda G., MD - Tesorero
Silvia Gaviria A., MD - Vocal
Frank Ospina M., MD - Vocal
José Fernando Molina R., MD - Vocal

Capítulo Bogotá

Adriana P. Camero Lascano, MD - Presidenta
Camilo Rueda Beltz, MD - Vicepresidente
Jaime Enrique Ruiz Sternberg, MD - Secretario
María Fernanda Martínez Flórez, MD - Tesorera
Francisco Pardo Vargas, MD - Fiscal

Armada digital, impresión y acabados:

EDITORIA GUADALUPE S.A. Tel.: 5627250 - Fax: (571) 2685308
E-mail: ediguada@yahoo.es – Bogotá, D.C., Colombia

CONTENIDO

EDITORIAL

La crisis económica mundial da para todo

Gustavo Gómez Tabares

8

ENDOCRINOLOGÍA

Biología molecular

Yisel Yohana González, Gustavo Gómez Tabares

10

ARTÍCULOS ORIGINALES

Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre menopausia de una población menopáusica colombiana con acceso a un servicio de salud (EPS)

Bernardo Moreno Escallón, Diana Marcela García Díaz,
Margarita Gómez Chantraine, Gina Arocha Zuluaga

19

ACTUALIDAD INMEDIATA

Calidad de vida alterada entre mujeres de edad media: un estudio multicéntrico latinoamericano

Peter Chedraui, Juan E. Blümel, **Germán Barón**, Emma Belzares, Ascanio Bencosme, Andrés Calle, Luis Danckers, María T. Espinoza, Daniel Flores, **Gustavo Gómez**, José A. Hernández-Bueno, Humberto Izaguirre, Patricia León-León, Selva Lima, Edward Mezones-Holguín, **Álvaro Monterrosa**, Desire Mostajo, Daysi Navarro, Eliana Ojeda, **William Onatra**, Monique Royer, Edwin Soto, Konstantinos Tserotas

42

MENOPAUSIA AL DÍA

La terapia hormonal mejora la calidad de vida en mujeres mayores

Welton AJ, Vickers MR, Kim J, et al.

54

Menor riesgo de cálculos biliares con la terapia hormonal transdérmica

Liu B, Beral V, Balkwill A, Green J, Sweetland S, Reeves G.

56

Carbohidratos bajos y dieta mediterránea efectiva para bajar de peso

Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, et al.

58

El sildenafil mejora los efectos adversos de los antidepresivos en la función sexual

Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, Debattista C, Paine S.

59

Artículos escogidos por el editor en el periodo de septiembre-octubre en la revista *Menopause*

61

TH oral y no oral a dosis bajas no afecta adversamente el riesgo cardiovascular en mujeres posmenopáusicas jóvenes

Casanova G, Radavelli S, Lhullier F, Spritzer PM.

62

Las irregularidades del ciclo en la transición menopáusica temprana se correlacionan con la anovulación

Van Voorhis BJ, Santoro N, Harlow S, Crawford SL, Randolph J.

64

Patrones de dieta baja en grasa no disminuyen el riesgo de diabetes Tinker LF, Bonds DE, Margolis KL, et al.	66
La incidencia de síndrome metabólico aumentó en la transición menopáusica Janssen I, Powell LH, Crawford S, Lasley B, Sutton-Tyrrell K.	68

PERLAS

Ideas erróneas sobre la salud sexual	70
HPV de alto riesgo en casi una de cada 16 mujeres mayores estadounidenses	71
Gel transdérmico con baja dosis de estradiol calma síntomas vasomotores posmenopáusicos	72
Cambios hormonales menopáusicos implicados en gota por edad	73
La recuperación después de una histerectomía	74
La testosterona puede mejorar la función sexual posmenopáusica	75
Caída de estradiol menopáusico protegería contra incontinencia	76
Los cambios hormonales durante la menopausia impactan en el sueño	77
El perfil de los factores de riesgo de las ancianas da información para el tratamiento del cáncer ovárico	78
Los trastornos del sueño contribuyen a la nocturia perimenopáusica	79
Hormonas sexuales asociadas con aterosclerosis posmenopáusica precoz	80
Ácidos grasos marinos omega-3 asociados con reducción de sofocos	81
La acupuntura es un tratamiento efectivo para los sofocos posmenopáusicos	82
Actualización sobre terapia hormonal	83
Vitamina D3 puede lograr concentraciones requeridas de 25-OHD3 en mujeres posmenopáusicas	84
Tratamiento de la infertilidad con citrato de clomifeno e IIU inefectivos para mujeres mayores de 42 años	85
Seguimiento de la cirugía de fibromas	86
Más de “cinco al día” mejoraría el pronóstico de las supervivientes al cáncer de mama sin sofocos	87
Obesidad asociada con mayor riesgo de cáncer ovárico	88

Reducción del riesgo de cáncer endometrial en bebedoras de café y té	89
Desvenlafaxina: efectivo tratamiento no hormonal para los sofocos	90
Los trastornos del sueño vinculan los síntomas menopáusicos con la depresión	91
Asociación limitada entre ingesta de flavonoides y riesgo de cáncer ovárico	92
Riesgo de cáncer de mama posmenopáusico no asociado con ingesta de cereales integrales	93
Suplemento de S-equol mejora síntomas menopáusicos	94
<hr/>	
CONGRESOS	95
<hr/>	
INDICACIÓN A LOS AUTORES	100
<hr/>	
HOJA DE SUSCRIPCIÓN	101
<hr/>	

Foto de portada:

La urea es producida en el hígado para remover el amonio tóxico del cuerpo. La urea viaja en la sangre hasta los riñones en donde es excretada en la orina a la vejiga.

Micrografía polarizada por Spike Walker.

La crisis económica mundial da para todo

Alguna vez leí en un graffiti esta frase: “la recesión es un estado mental” y creo que en parte es verdad. La economía, quién lo creyera, se mueve con base en la confianza (en los bancos, los corredores de bolsa, los prestamistas y, en fin, en el interlocutor de un negocio). Cuando la confianza se afecta, la economía se va al garete. Usualmente una inversión se representa en un papel firmado por un responsable, que si no lo es, se convierte en un estafador o ladrón. Y cuando hay un rumor, un matrimonio malo de un personaje importante en la economía, anuncio de mal tiempo, de buen tiempo, de paz, de guerra, con el solo rumor la economía cambia. Porque hay una actitud en nosotros que nos conduce a guardar debajo del colchón, a no gastar, otros a especular, y muchos a sacar provecho.

Parece que esta vez sí es en serio. Las causas son múltiples, los responsables son conocidos, los despidos son reales, los miles de dólares en bolsillo de unos ejecutivos ya están embolatados y nunca se recuperarán, los arruinados son muchos, y debe haber también unos nuevos enriquecidos.

Pero en Colombia y en algunos pocos países latinoamericanos, el panorama no parece tan sombrío. Va a haber recesión, pero tal vez no de la magnitud de otros sitios del globo terráqueo. ¿Por qué?, no se sabe a ciencia cierta, pero parece que el manejo de la economía, y el estado mental de los colombianos de vivir en crisis política, social, de seguridad y sobrevivencia permanente, nos debe haber hecho resistentes a casi todo.

Sin embargo, la recesión da para todo. No se gasta (restaurantes), no se compra (carro), no se paga (hipotecas), los negocios se manipulan (ofertas desproporcionadas, por lo bajo), etc. y todo el mundo da consejos acerca de lo que se debe hacer en estos momentos. Pero muy pocos pregonan que en época de crisis hay que redoblar los esfuerzos para salir de ella. Si los productos no se venden hay que ser agresivos en la promoción y mercadeo, hay que hacer promociones, rebajas y ganar un poco menos, lo que se compensa con vender más.

Aunque no todo el mundo piensa así. Por ejemplo, en cuanto a las casas farmacéuticas, algunas se han metido debajo de la cama, han vendido sus empresas; otras han dejado del todo la promoción de muchos de sus productos, esperando a ver qué pasa y que todo fluya como Dios quiera.

No le recomiendo a nadie estar en el pellejo de los organizadores de un congreso médico, en el cual se le da educación médica continua a los colegas, se les actualiza en lo último en medicaciones y conductas, se les presentan nuevos productos, se les lava el cerebro, o al menos se intenta hacerlo en muchos casos, es decir se les hace un curso-seminario intensivo de venta de los medicamentos que produce la industria y, en fin, se hace el verdadero mercadeo que conquista de manera permanente al “médico-vendedor”, que es la educación médica. Sabemos que hay empresas que creen que para sus fines es mejor “consentir” a un grupito de médicos, llenarlos de viajes, comida, licor y subirles el ego y luego cobrárselo en prescripciones, que gastar una ínfima parte de sus ganancias en educación médica. También sabemos que hay médicos que sólo eso los satisface; pero afortunadamente, como en todo lo positivo y negativo, son los menos en ambos casos.

Particularmente en menopausia ha habido muchos golpes para que sea tan difícil organizar eventos de envergadura. Como lo dije en un editorial anterior, la falta de confianza en sus productos, las equívocas interpretaciones de artículos recientes, la falta de conocimiento de los médicos, los intereses de la competencia de productos “naturales”, y ahora, ha caído de perlas lo de la crisis económica mundial, que da para todo.

Sin embargo, con la colaboración relativamente generosa (“en tierra de ciegos el tuerto es rey”) de dos o tres casas farmacéuticas y con el consabido “esfuerzo, porque estamos en crisis”, se han conseguido unos pesitos para que cuando este número de la revista salga a los usuarios, estemos realizando el Congreso Colombiano de Menopausia más ambicioso que se haya hecho en materia científica, social y de calor humano, posible aun en tiempo de no crisis.

La crisis persistirá unos años; las enfermedades, los médicos, los pacientes y la necesidad de educación médica continua persistirán a través del tiempo y seguiremos programando eventos científicos, los cuales inevitablemente deben relacionar médicos-vendedores y casas productoras de medicamentos para vender. Ojalá se entienda que la mejor manera de mercadear un producto farmacéutico es invertir en la educación de los que lo tienen que vender.

Gustavo Gómez Tabares
Editor Jefe

Biología molecular

Recibido para publicación junio 20 de 2008. Revisado y aceptado febrero 10 de 2009

YISEL YOHANA GONZÁLEZ*, GUSTAVO GÓMEZ TABARES**

Se conoce como biología molecular a la subespecialidad de la ciencia dedicada al entendimiento de la estructura del ADN y el flujo de información biológica.

Este conocimiento ha permitido cruzar barreras naturales entre especies y colocar genes de cualquier organismo, en otro organismo receptor no relacionado, empleando la técnica del DNA recombinante.

Como consecuencia de la implementación de estas técnicas, se ha logrado la producción de fragmentos de ácidos nucleicos a gran escala, abriendo las puertas a la secuenciación de los ácidos nucleicos, y por ende a nuevas disciplinas como el diagnóstico molecular, la terapia génica o la obtención de organismos transgénicos

¿Qué es el DNA?

Podemos considerar que el DNA o ácido desoxirribonucleico es la molécula que contiene la información biológica de un organismo, de la cual dependen la estructura y función de los organismos, entre las que se incluye su transmisión física a las siguientes generaciones.

La mayor cantidad del DNA de los organismos eucarióticos se encuentra en el núcleo, en forma de un complejo molecular de ADN y proteínas histonas formando la cromatina nuclear; sin embargo, una pequeña fracción se localiza en las mitocondrias.

La información genética contenida en la molécula de DNA puede ser transmitida por replicación exacta o ser intercambiada por una serie de procesos que incluyen entrecruzamiento, recombinación, transposición y conversión. Esto provee medios que aseguran la adaptabilidad y diversidad

de los organismos; sin embargo, en algunos casos también puede desembocar en enfermedades.

Composición de los ácidos nucleicos

En 1953, Watson y Crick propusieron el modelo de la doble hélice para explicar la estructura secundaria para el DNA que revolucionó las Ciencias Biológicas pues tal estructura abría todo un camino de posibilidades para estudiar y comprender los mecanismos de la división celular y la transmisión de la información biológica de generación en generación; además abrió el camino para comprender cómo se expresa la información biológica en los procesos transcripción y traducción.

Existen dos tipos de ácidos nucleicos, DNA y RNA, que son polímeros de alto peso molecular constituidos por unidades elementales denominadas nucleótidos, los cuales, a su vez, están formados por tres componentes:

1. Una molécula de un azúcar de cinco carbonos o pentosa: ribosa en el caso del RNA y desoxirribosa en el caso del DNA.

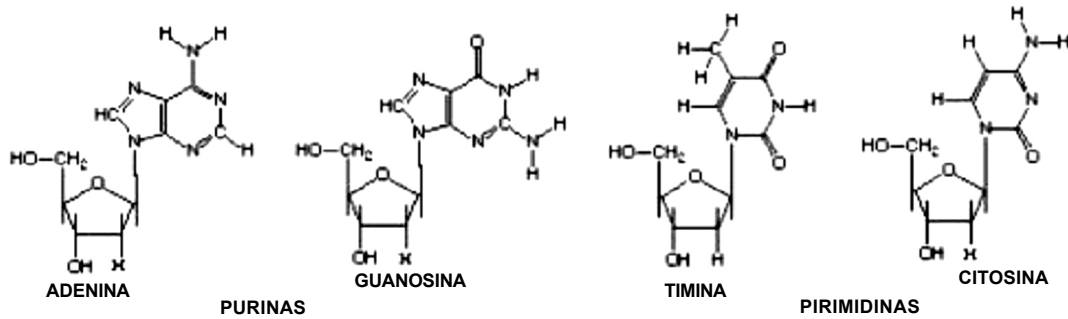
2. Una base orgánica nitrogenada: son compuestos heterocíclicos cuyos anillos contienen compuestos además del carbono e hidrógeno, nitrógeno. Se dividen en:

- Purinas: adenina y guanina.
- Pirimidinas: citosina, timina y uracilo.

En todos los genomas analizados, las purinas y las pirimidinas se hallan en relación molecular 1:1. De acuerdo con el principio de complementariedad, la relación adenina + timina / guanina + citosina es de valor constante para cada especie animal.

* Residente rotante de la Universidad Surcolombiana. Neiva, Huila por Sección endocrinología e infertilidad.

** Profesor titular y distinguido, Universidad del Valle. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Sección endocrinología e infertilidad.



3. Un grupo fosfato: los nucleótidos se unen químicamente entre sí, formando cadenas cuyo esqueleto está constituido por la unión entre un azúcar de un nucleótido y el fosfato del siguiente, quedando las bases nitrogenadas en la parte central, enfrentadas las de una cadena con las de la otra complementaria y formando entre sí puentes de hidrógeno, factor que da estabilidad a la doble hélice, unidas cada una al C₁ del azúcar (ver Figura 1).

Estas bases son las que rinden especificidad al ácido nucleico.

En la mayoría de los organismos, con excepción de algunos tipos de virus, DNA es una doble cadena de polinucleótidos mientras el RNA es una cadena simple de polinucleótidos. Los nucleótidos para el DNA son: adenina, guanina, timina y citosina. Los nucleótidos para el RNA son adenina, guanina, uracilo y citosina.

El DNA humano está presente en cada célula y tiene un tamaño de tres billones de nucleótidos; en él, algunas secuencias de nucleótidos son genes que codifican por alguna función biológica; sin embargo, más del 90%

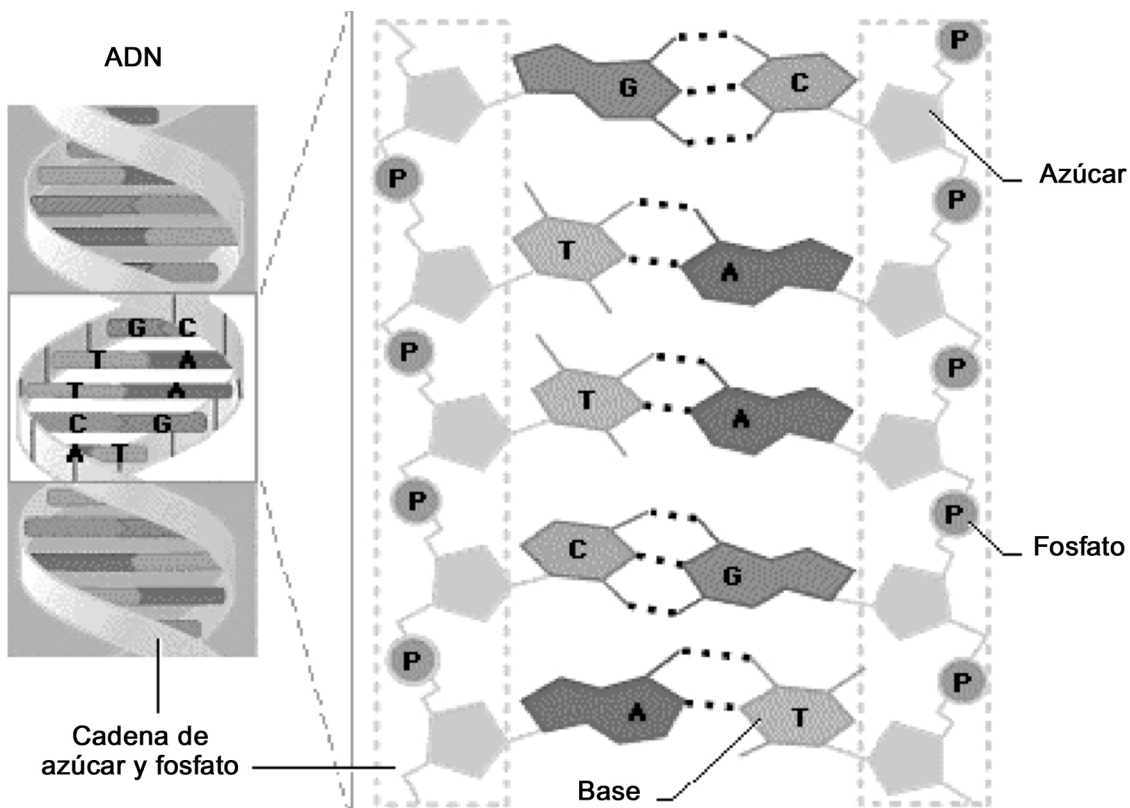


Figura 1. Composición del DNA. Tomado de aspectos básicos de la biología molecular. Miguel A. Dasi.

del genoma humano lo conforman regiones que no contienen genes que codifican por proteínas; desde el punto de vista práctico, puede ser extraído de cualquier célula para el estudio genético.

Características de la estructura del DNA

La estructura del DNA presenta las siguientes características:

1. La molécula de DNA está formada por dos cadenas de polinucleótidos enrolladas alrededor de un mismo eje, formando una doble hélice. Esta estructura tiene semejanza a una escalera de «caracol».
2. Las dos cadenas complementarias de polinucleótidos en el DNA son antiparalelas, ya que una de las cadenas empieza por el extremo donde se encuentra el residuo 5', mientras que la otra lo hace por el extremo donde se encuentra el residuo 3' (3' significa que en ese extremo, la desoxirribosa tiene el -OH del carbono 3' libre y 5' se refiere al carbono 5' de la desoxirribosa que llevará el fosfato).
3. Las bases nitrogenadas de los nucleótidos se orientan hacia el interior de la doble

hélice, mientras que los grupos fosfato y las moléculas de azúcar se orientan hacia el exterior conformando un esqueleto azúcar-fosfato.

4. Las bases de ambas cadenas están unas frente a otras y se unen a través de puentes de hidrógeno: dos entre la adenina y la timina (A=T) y tres entre la guanina y la citosina (G = C).
5. La longitud de cada vuelta en la hélice es de 3.4 nm (un nanómetro es igual a 10^{-9} m).
6. La distancia entre un par de nucleótidos y otro es de 0.34 nm, por lo tanto, en cada vuelta debe haber 10 pares de nucleótidos (ver Figura 2).

Función del DNA

La función principal del DNA es mantener a través de un sistema de claves (código genético) la información para que ésta se exprese en una célula y se transmita a la descendencia durante el proceso de reproducción celular, por medio de la replicación para formar dos nuevas dobles hélices hijas.

La información biológica de los organismos se almacena en la secuencia específica de

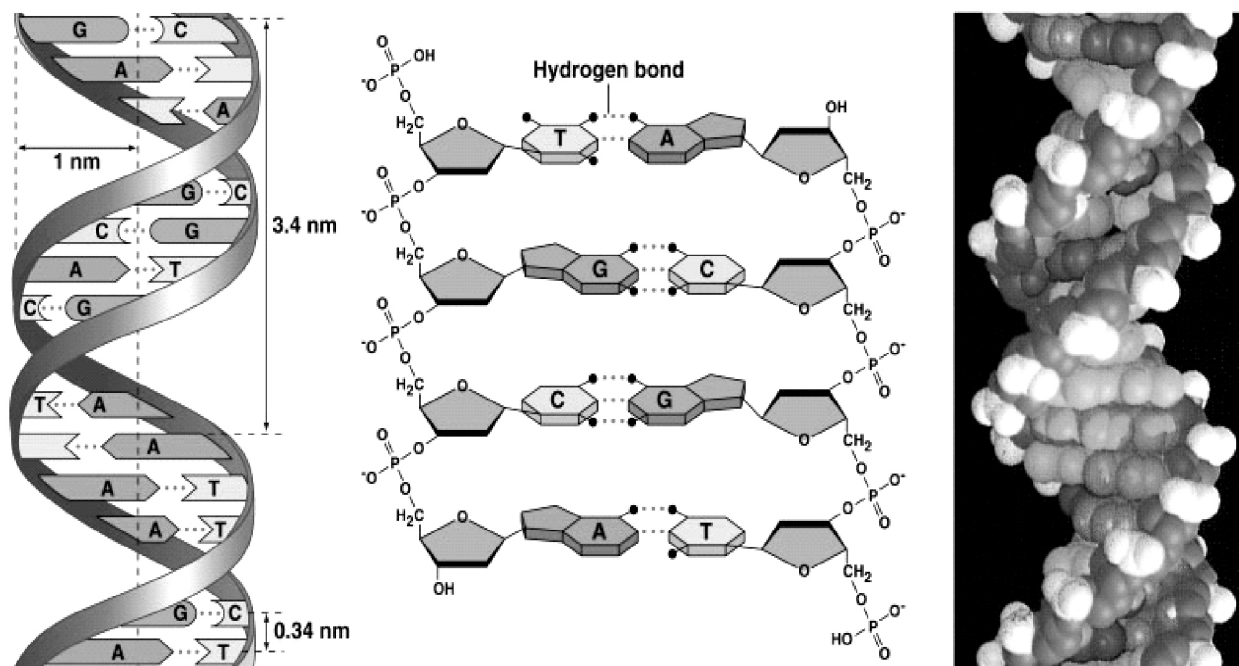


Figura 2. Estructura del DNA. Tomado de aspectos básicos de la biología molecular. Miguel A. Dasi.

nucleótidos de adenina, guanina, citosina y timina del DNA, que actúan como plantilla para la transcripción de RNA; una vez que se ha transcrito un RNA mensajero, los ribosomas se encargan de sintetizar una determinada proteína. El flujo de información desde el DNA hasta las proteínas es, de acuerdo con Francis Crick, “dogma central de la biología molecular”.

El RNA generalmente está formado por una sola cadena de nucleótidos, aunque existen algunos virus que poseen RNA de doble cadena. Este ácido, al igual que el DNA, está compuesto por nucleótidos cuya azúcar es la ribosa; una característica diferencia entre el DNA y el RNA es que además de tener azúcares diferentes, en el RNA la timina ha sido reemplazada por el uracilo.

De acuerdo con su función existen tres clases diferentes de RNA: RNAm (mensajero), RNAr (ribosomal) y RNAt (de transferencia). Recientemente se han aislado y estudiado otras clases de RNA que incluyen los RNAsn (RNA pequeños nucleares) y los RNAmi (micor RNA) que ejecutan funciones claves en la regulación de la homeostasis celular.

Replicación del DNA

Una característica del DNA es la replicación, la cual le permite formar copias exactas de sí mismo; esto ocurre durante el proceso de reproducción, por lo que la descendencia presenta características similares a sus progenitores.

El mecanismo de replicación de la molécula de DNA propuesto por Watson y Crick y confirmado experimentalmente por otros investigadores, se puede resumir en los siguientes puntos:

Separación de las dos cadenas que forman la doble hélice, de lo cual se encargan enzimas y proteínas que se encuentran en la célula eucariótica.

Por rompimiento de los enlaces de hidrógeno que une las bases nitrogenadas complementarias de ambas cadenas, la doble cadena se abre a manera de una cremallera, quedando las bases nitrogenadas expuestas al medio ambiente celular; así, cada una de las cadenas se convierte en un molde para que se forme una nueva secuencia complementaria.

Unión de los cebadores (‘primers’ o iniciadores) de RNA en una de las hebras separadas ($3' \rightarrow 5'$).

Unión de la DNA polimerasa a los lugares donde se encuentra el ‘primer’ para comenzar a copiar, de manera progresiva, la hebra de DNA, ya que la polimerasa necesita un cebador que le indique dónde empezar, por ser incapaz de copiar DNA monocatenario. El sentido de la síntesis es siempre $5' \rightarrow 3'$.

La elongación de las cadenas se produce por adición de nucleótidos complementarios a la cadena; este proceso ocurre mediante la formación de enlaces covalentes que unen un nucleótido 5’trifosfato libre al extremo 5’fosfato del último nucleótido de la cadena que está siendo sintetizada.

Al finalizar el proceso se producen dos moléculas idénticas de DNA.

De esta forma, de un DNA parental, tras su replicación, se obtienen dos moléculas hijas exactamente iguales (ver figura 3).

Características de la replicación del DNA

En la duplicación de la molécula de DNA se presentan las siguientes características:

Es semiconservativa ya que al final de la duplicación, cada molécula de DNA presenta una hebra original y una hebra nueva.

Es bidireccional, ya que a partir de un punto dado, la duplicación progresa en dos direcciones.

La replicación avanza adicionando mononucleótidos en dirección $5' \rightarrow 3'$.

Es semidiscontinua, ya que en una de las hebras (hebra conductora) se sintetizan filamentos bastante grandes y de forma continua, mientras que en la otra (hebra retardada) la síntesis es discontinua, ya que se van sintetizando fragmentos pequeños que se disponen de manera separada.

El proceso de duplicación del DNA es controlado enzimáticamente, asegurando así una alta fidelidad en la información que contiene la copia.

Entre las enzimas que participan en el proceso de replicación del DNA tenemos:

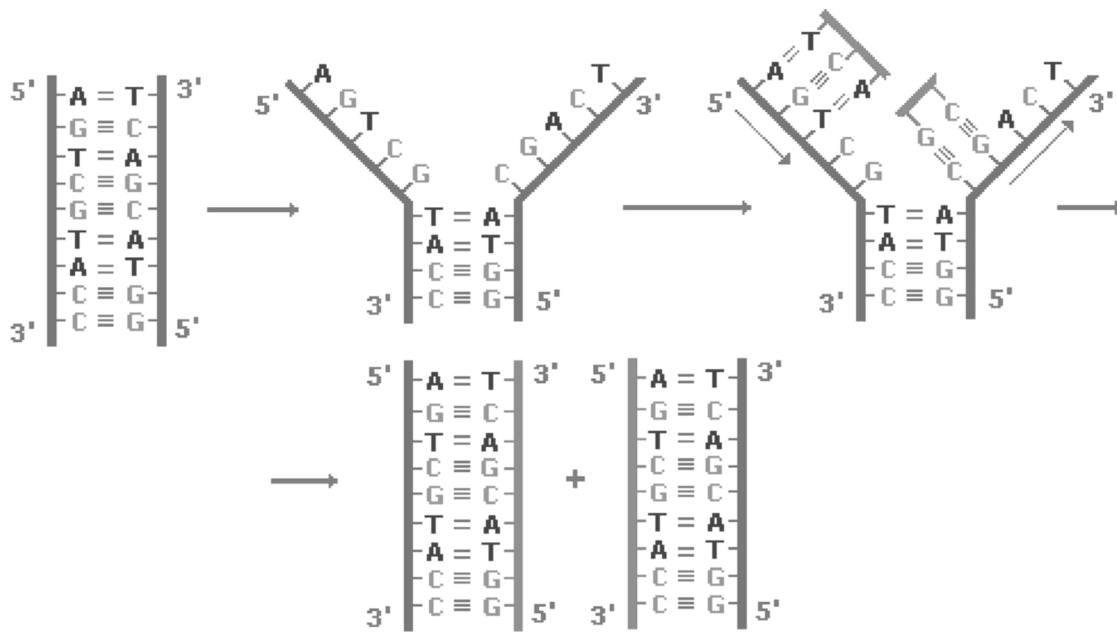


Figura 3. Replicación del DNA. Tomado de aspectos básicos de la biología molecular. Miguel A. Dasi.

DNA girasas: que desenrollan la doble hélice debido a unos cortes que puede realizar permitiendo así la entrada del complejo enzimático para que éste encuentre el origen de la replicación.

Helicasas: separan las dos hebras del DNA para que cada una actúe como molde.

DNA polimerasas: participan en la replicación y reparación del DNA.

Primasas: sintetizan al RNA cebador usando como molde una hebra del DNA.

Nucleasas: rompen una de las hélices, dando lugar a un origen de replicación; reparan lesiones del DNA.

Ligasas: unen fragmentos de DNA adyacentes a través de enlaces fosfodiéster.

En el proceso de inicio de la replicación, una vez abierta la cadena de DNA se unen otras proteínas adicionales (conocidas como proteínas de unión a cadena) denominadas SSB que no permiten que el DNA se vuelva a renaturalizar o forme estructuras secundarias (también intervienen otras enzimas denominadas topoisomerasas), evitando que se retuerzan y formen superenrollamientos cortando una o ambas hebras del DNA, aliviando los superenrollamientos (ver figura 4).

Transcripción y traducción para síntesis de proteínas

La transcripción del RNA consiste en copiar en forma de RNA un fragmento de una de las dos hebras del DNA. La información contenida en el DNA es transferida al RNAm, este proceso es dirigido por la holoenzima RNA polimerasa II. Este RNAm sintetizado, será transportado desde el núcleo a los ribosomas que se encuentran en el citoplasma.

La hebra de DNA que se va a servir de molde de transcripción tiene secuencias llamadas promotores, localizadas antes del gen (upstream) que serán reconocidas por una subunidad de la enzima RNA-polimerasa. La transcripción se iniciará a partir de un número determinado de nucleótidos después del centro promotor. En los organismos eucarióticos, la transcripción de genes que codifican por proteínas, se inicia con la síntesis de un RNA transcrito primario que es procesado para producir finalmente el RNAm. Normalmente este RNAm es exportado al citoplasma e interactúa con los ribosomas.

Ahora, a partir del RNAm se procede a la traducción; es decir, a construir un péptido siguiendo las órdenes escritas en el DNA y que tenemos transcritas en el RNAm.

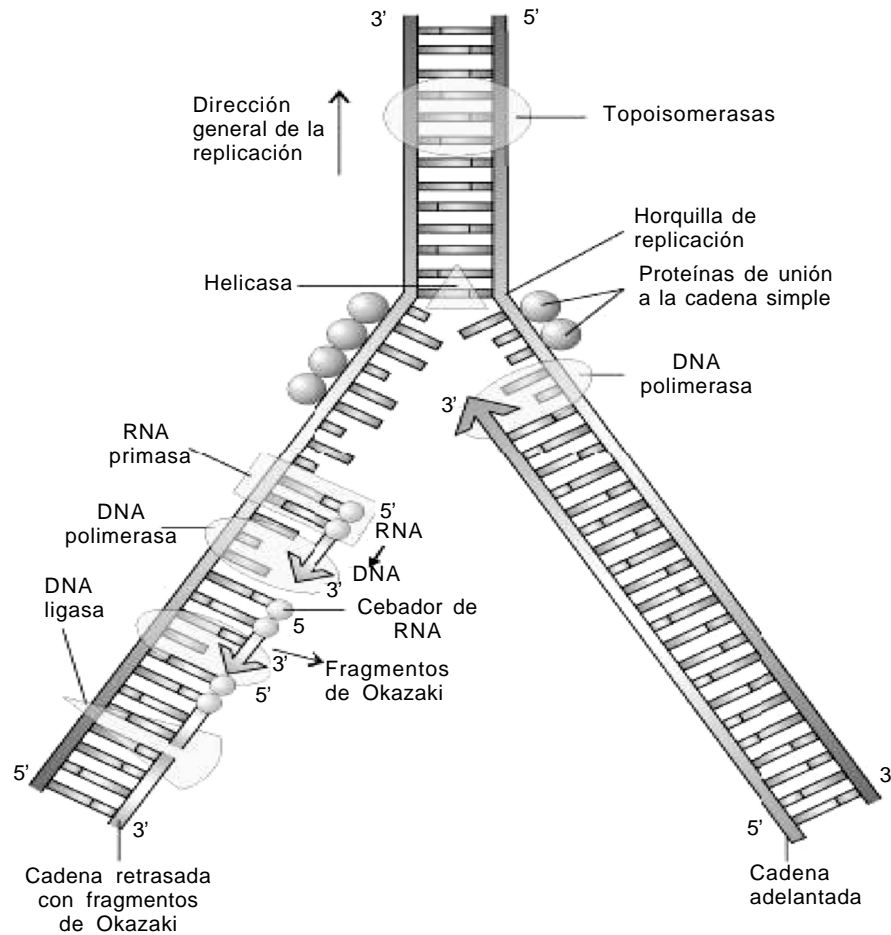


Figura 4. Replicación del DNA. Fuente: Haley, 1993.

Para que los ribosomas se unan al RNAm y se inicie la traducción, es necesario que un RNA ribosómico localizado en la subunidad pequeña del ribosoma, reconozca una zona del RNAm. Después, las dos subunidades del ribosoma se ensamblan y se desplazan por el RNAm hasta encontrar el codón de iniciación AUG que corresponde al aminoácido metionina. Este será, por lo tanto, nuestro primer aminoácido en el péptido.

Los codones, las unidades codificadoras del código genético, son grupos de tres nucleótidos (triplete), representado por las tres letras iniciales de las bases nitrogenadas (por ej., ACT, CAG, TTT).

Cuando estos tripletes están en el RNA mensajero se les llama codones. En el ribosoma cada codón del RNA mensajero interacciona con una molécula de RNA de transferencia (RNAt) que contenga el triplete complementario (denominado anticodón).

Cada RNAt porta el aminoácido correspondiente al codón de acuerdo con el código genético, de modo que el ribosoma va uniendo los aminoácidos para formar una nueva proteína de acuerdo con las «instrucciones» de la secuencia del RNAm (ver figura 5).

Existen 61 codones que corresponden a más de uno para cada aminoácido; tres codones indican la terminación de la síntesis, el fin de la secuencia codificante; estos codones de terminación o codones de parada son UAA, UGA y UAG (ver figura 6).

Se puede definir a un gen como una porción discreta de DNA que codifica una determinada proteína; en casos especiales, existen genes que codifican por dos clases de RNA: los genes de RNA ribosomal y los de RNA de transferencia.

Los genes eucarióticos son divididos pues son un rompecabezas de secuencias que codi-

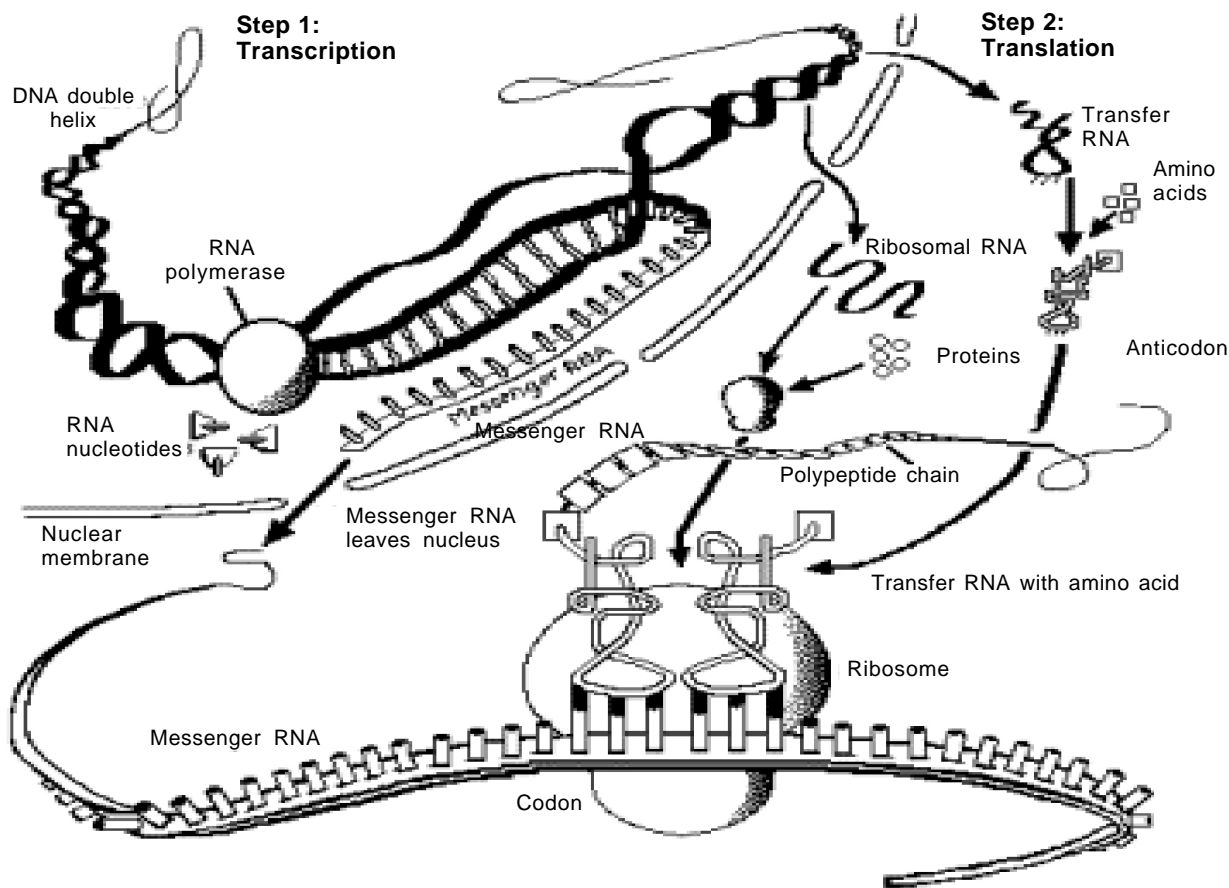


Figura 5. Síntesis de proteínas. Tomado de aspectos básicos de la biología molecular. Miguel A. Dasi.

		Segunda letra					
		U	C	A	G		
Primera letra (extremo 5')	U	UUU } phe UUC } UUA } leu UUG }	UCU } UCC } ser UCA } UCG }	UAU } tyr UAC } UAA stop UAG stop	UGU } cys UGC } UGA stop UGG trp	Tercera letra (extremo 3')	U
	C	CUU } CUC } leu CUA } CUG }	CCU } CCC } pro CCA } CCG }	CAU } his CAC } CAA } gln CAG }	CGU } arg CGC } CGA } CGG }		U C A G
	A	AUU } AUC } ile AUA } AUG met	ACU } ACC } thr ACA } ACG }	AAU } asn AAC } AAA } lys AAG }	AGU } ser AGC } AGA } arg AGG }		U C A G
	G	GUU } GUC } val GUA } GUG }	GCU } GCC } ala GCA } GCG }	GAU } asp GAC } GAA } glu GAG }	GGU } GGC } gly GGA } GGG }		U C A G

Figura 6. Clave genética. Fuente: Crick, 1978.

ficar por aminoácidos a las que se les denomina *exones* y porciones de nucleótidos que no codifican por secuencias de aminoácidos, los cuales se denominan *intrones*. Los intrones,

después de efectuada la transcripción, son eliminados durante el procesamiento del RNA y no se encuentran en el RNA mensajero maduro. Los exones, regiones codificadoras de DNA, finalmente aparecen en el citoplasma como moléculas únicas de RNAm (figura 7).

Además de los elementos antes mencionados, en la unidad de transcripción, existen zonas regulatorias que no codifican información sino que corresponden a sitios de unión de proteínas capaces de modificar positiva o negativamente la transcripción del gen. Estas zonas se encuentran generalmente antes del sitio de inicio de la transcripción y se conocen genéricamente con el nombre de promotor.

El inicio de la transcripción está generalmente dado por una secuencia de bases nitrogenadas estándar a la cual le siguen secuencias no codificantes que no son finalmente traducidas y que son importantes en la estabilidad del RNA mensajero. Del mismo modo exist-

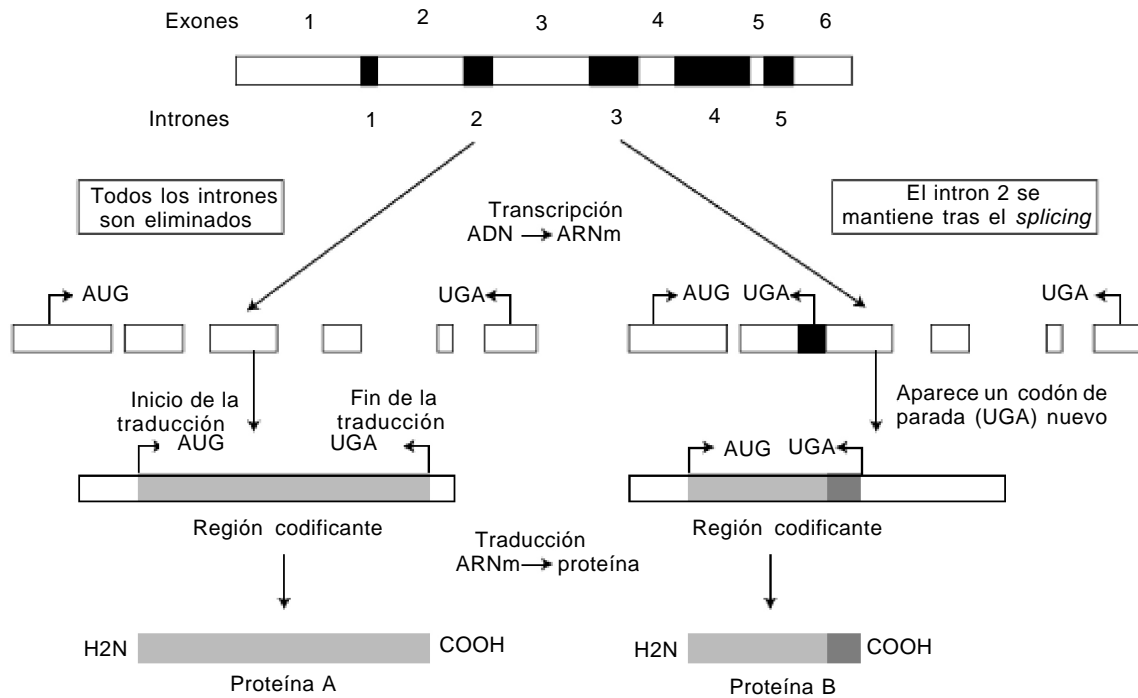


Figura 7. Transcripción de RNA. Tomado de principios básicos de biología molecular. Fernández-Luna.

ten zonas no traducidas en el extremo distal del DNA que codifican para una señal de poliadenilación que corresponde a una secuencia continua de adeninas que facilitan la maduración del DNA y el término de la transcripción (ver figura 8).

De acuerdo con los resultados obtenidos por el Proyecto Genoma Humano, existen aproximadamente entre 25.000 y 30.000 genes humanos. Si asumimos que el tamaño total del DNA

humano es de tres billones de nucleótidos, la porción codificadora o compuesta por genes es menos del 90%, es decir que la mayor parte del DNA humano no codifica, o sea su información nunca es traducida en una secuencia de aminoácidos de una molécula de proteína.

Aunque los datos son aún incompletos, se estima que en las células humanas existen aproximadamente 100.000 proteínas que conforman el proteomas humano.

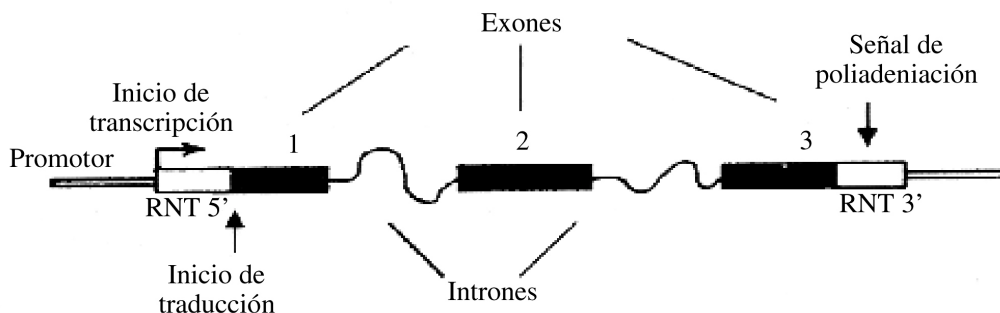


Figura 8. Transcripción de RNA. Tomado de Biología Molecular y Medicina: Conceptos Básicos. Silvana Zanlungo. Publicado en: Revista Médica de Chile, 1999.

Agradecimiento

Al Dr. Felipe García. Profesor Titular Universidad del Valle, Departamento de Biología Molecular por la revisión y corrección del texto.

Referencias

Fernández-Luna. Principios básicos de biología molecular: del almacenamiento de la información al desarrollo de la función, *Hematológico*, edición española 2006; 91 (Supl 1).

García Vallejo F. *Biología Molecular y Biotecnologías en Medicina*. Editorial Catorse. 2000.

Jiménez García LF, Merchant Larios H, Biología celular y molecular, *Science*, 2003.

Pandero A. *Biología molecular en la clínica*. Mc Graw-Hill Interamericana, 2000.

Paul. Baltimore, David. Darnell, James. *Biología celular y molecular*. Panamericana. Buenos Aires, 2002.

Zanlungo S, Rigotti A, Arrese M. Biología Molecular y Medicina: Conceptos Básicos. *Revista Médica de Chile*, 1999; 127: 839-847.

Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre menopausia de una población menopáusica colombiana con acceso a un servicio de salud (EPS)*

BERNARDO MORENO ESCALLÓN**, DIANA MARCELA GARCÍA DÍAZ***, MARGARITA GÓMEZ CHANTRAINE****, GINA AROCHA ZULUAGA*****

RESUMEN

Objetivos: evaluar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre menopausia, de una población climatérica bogotana, con el objeto de diseñar estrategias educacionales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida durante el climaterio.

Método: estudio de corte transversal a seis meses, en una muestra de 409 mujeres seleccionada aleatoriamente de una población climatérica bogotana de 15.560 mujeres de 46 a 56 años de edad, adscritas a una EPS.

Instrumentos: cuestionario de auto-reporte para evaluar las variables demográficas y las variables psico-sociales definidas en el estudio (conocimientos, creencias, actitudes y prácticas saludables).

Resultados: de las 409 pacientes encuestadas, 60% eran menopáusicas y 40% premenopáusicas con una edad promedio de 52.9 años. El nivel de conocimiento sobre menopausia de todo el grupo fue del 46.8%. Este nivel fue más alto en las menopáusicas que en las premenopáusicas y en las pacientes con nivel educativo y estrato socioeconómico altos. La actitud hacia la menopausia fue más negativa que positiva. Las creencias del grupo total se ubicaron en un punto medio entre positivas y negativas; sin embargo se encontró un nivel de creencias más negativas en las pacientes con bajo nivel educativo. El grupo del estudio percibió grandes deficiencias en la información sobre menopausia proveniente de su servicio de salud. Solo el 8.7% de las pacientes reciben la información sobre menopausia del personal de la salud. La actividad física evaluada con test de IPAQ de todo el grupo resultó ser baja. Un 60% de las pacientes tenía una ingesta de calcio por debajo de los niveles recomendados. Solamente el 3% de las pacientes eran usuarias de terapia hormonal de suplencia.

Conclusiones: este estudio es novedoso en los resultados y en la metodología, pues no existen investigaciones similares en nuestro país. Además es relevante porque podría servir de modelo para otros estudios y hace aportes en conocimiento para procesos formativos sobre la menopausia.

Palabras clave: menopausia, climaterio, conocimientos, creencias, actitudes, actividad física, ingesta de calcio, servicios de salud.

* INSTITUCIÓN: Fundación Santa Fe de Bogotá y Centro de Estudios e Información en Salud.

** Ginecólogo Endocrinólogo Universidad de Pennsylvania, Epidemiólogo Clínico Universidad Javeriana. Coordinador Unidad de Menopausia Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB).

Investigador adscrito al CEIS (Centro de Estudios e Información en Salud de la FSFB).

Profesor de Ginecología y Endocrinología Femenina de la Universidad de los Andes. Correo electrónico: bernardo.moreno@ama.com.co.

*** Psicóloga, Magíster en Psicología Universidad de Los Andes.

**** Ginecóloga Obstetra Universidad Nacional.

***** Nutricionista Investigadora del CEIS.

ABSTRACT

Objective: to assess knowledge, attitudes, beliefs and behaviors in the Menopause in a climacteric women in Bogotá city, Colombia, in order to perform in the future, educational programs about menopause fitted to necessity of this population in order to improve the quality of life during the climacteric stage.

Methods and instruments: a cross-sectional survey during 6 months, in a random sample from a population in Bogotá city of 15.560 climacteric women , 46 – 56 years old, were asked to fill out a questionnaire in order to assess the demographic and psycho-social characteristics as well.

Results: a total of 409 women were surveyed. 60% and 40% of the patients were post-menopausal and premenopausal respectively. The mean age was 52.9 years. The global knowledge score was 46.8%. The knowledge about menopause was higher in post-menopausal women, in well educated people and high social status people. The menopausal attitudes were more negative than positive in the whole group. The menopausal beliefs were in the mid point between positive and negative ones; however people with lower education had more negative beliefs. The information about menopause coming from the health service was very poor as well as the information coming from the medical doctor (8.7%). Physical activity levels were low in whole group. 60% of de population had a low calcium intake, and only 3% of the patients of the present study were hormone users.

Conclusions: this article reports interesting results useful to increase the knowledge in the menopause field, because those kinds of studies with the methodology we used are not very common in this country. In addition, the survey methodology used in this research could be a new fashion way useful for future research and for educative process in menopause.

Key words: menopause, climacteric knowledge, beliefs, attitudes, and health behaviors, physical activity, calcium intake, health services.

Introducción

Debido al aumento de la expectativa de vida en la mujer y a la aparición de un estado de deficiencia hormonal que comienza con la menopausia y que se prolonga por 25 a 30 años, aparecen consecuencias a corto, mediano y largo plazo que afectan en forma relevante a la mujer tanto en su calidad de vida como en su longevidad, y en su conjunto constituyen una condición que se denomina síndrome climaterico. Dicha condición requiere de acciones de previsión que permitan a las mujeres estar preparadas para enfrentar todos los efectos que se deriven de ella, manteniendo niveles altos de bienestar y calidad de vida.

El bienestar de las mujeres durante el climaterio se ha visto afectado por factores como la baja adherencia de las pacientes a los tratamientos, la escasa consulta y uso de los servicios médicos y de salud, la información insuficiente sobre el climaterio y la menopausia

y la ausencia de prácticas saludables que incluyen hábitos de alimentación, actividad física, entre otros.

Frente a la falta de información y conocimiento acerca de las implicaciones del climaterio en la vida de las mujeres, los procesos formativos y educativos se han convertido en una importante estrategia con la que se pretende llenar los vacíos de información y fortalecer el conocimiento respecto al tema. Sin embargo, estas estrategias han sido diseñadas sobre la base de lo que diferentes profesionales en el área de la salud consideran que necesitan saber y aprender las mujeres, pero en realidad no hay información acerca del impacto de estas intervenciones en la calidad de vida de las mujeres, ni se han tenido en cuenta otros factores como son las creencias, expectativas y actitudes relacionadas con el climaterio y específicamente con la menopausia, que además del conocimiento e información, son factores fundamen-

tales para la comprensión de la forma en que las mujeres experimentan el climaterio.

Lo que las mujeres conocen, piensan, opinan y hacen o dejan de hacer acerca de la menopausia es el resultado de la información (buena y mala) que les llega a través de los medios masivos de comunicación (radio, TV, prensa, revistas, internet, etc.), lo que oyen o experimentan de sus amigos y familiares y algo de esa información también proviene de los proveedores de la salud.

Muchas veces las intervenciones educacionales se hacen solamente sobre la base de los conocimientos de la literatura médica y a la experiencia que tenga el médico y no siempre se tiene en cuenta para el diseño de esas intervenciones, la percepción que tienen los pacientes con relación a la menopausia y el climaterio y aquí podría radicar la falla o el éxito incompleto en el diseño de esas intervenciones (que generalmente son muy costosas) y que algunas veces no tienen el impacto esperado.

Hoy la medicina moderna ha comenzado a tener en cuenta las necesidades de cada paciente y la ha involucrado en el proceso de decisión respecto a tratamientos, terapias, cambio de hábitos, entre otros. Cuando el paciente está involucrado en su propia decisión se siente con mayor compromiso voluntario y existe mayor probabilidad que siga las recomendaciones formuladas por su médico, de ahí que conocer lo que las pacientes piensan o perciben o sienten, o desean o no, para incluirlo en el diseño de procesos y estrategias formativas y educativas, hará que el paciente se sienta parte del mismo y por lo tanto lo hará más receptivo a todos los conocimientos que de allí provengan¹.

Aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es un determinante del cambio conductual, sí se ha demostrado que la información sobre algún aspecto determinado es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento. Así mismo, las intervenciones preventivas que intentan evitar comportamientos de riesgo que afecten la salud y el bienestar resultan mejores si consideran además de los aspectos cognitivos, otros factores psico-sociales como son las actitudes, expectativas, intereses, creencias, entre otros².

Pregunta de investigación

Como punto de partida de esta investigación se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre menopausia de mujeres en climaterio (con acceso a un servicio de salud) y cuáles son sus creencias, actitudes y prácticas con relación al tema?

Participantes

Como población de referencia se tuvo en cuenta las mujeres en climaterio, como población blanco las mujeres en climaterio de la ciudad de Bogotá, como población de estudio las mujeres en climaterio entre los 46 y 56 años de edad usuarias de una EPS de Bogotá y que estaba compuesta por 15.560 mujeres. La muestra fue seleccionada de esta población mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple por la técnica de números aleatorios hecho por un computador.

Se incluyeron en el estudio las pacientes con ese rango de edad y pertenecientes a esa EPS, que manifestaron estar interesadas en ser entrevistada a través de un cuestionario y aceptaron las condiciones del consentimiento informado específico para esta investigación. Se excluyeron aquellas pacientes elegibles con condiciones médicas precarias (cáncer avanzado, Alzheimer, trastornos mentales, alcoholismo, paraplejía, sordera, mudas e invidentes) que les impedían participar adecuadamente en el estudio o elegibles que fuesen iletradas.

El tamaño de la muestra fue calculado con el Programa “Cálculo del Tamaño de la Muestra v. 1.1” de la Unidad de Epidemiología de la Universidad Javeriana, y se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: tamaño de la población: 15.560 personas; prevalencia de conocimiento esperada en la población: 50%; diferencia máxima esperada: 5%; error tipo I: 5% con un tipo de cálculo a 2 colas. Ajuste de la muestra del 10% por cuestionarios perdidos o mal diligenciados. Muestra mínima requerida para el estudio sin ajuste: 375 personas.

Este estudio descriptivo de corte transversal en el cual se analizaron las variables demográficas (edad, escolaridad, estado civil, fecundidad, estrato socio-económico, ocupación y estadio

climaterico) y las variables psicosociales (conocimientos, creencias, actitudes y prácticas saludables sobre la menopausia) se realizó entre el 1 de octubre/2007 y el 31 de marzo/2008.

La muestra de pacientes seleccionada fue convocada individualmente por teléfono y correo y a través de estos medios las pacientes eran informadas e invitadas a participar en un taller de menopausia en donde el cuestionario del estudio era aplicado.

La carta de invitación contenía los términos de un consentimiento informado, además la paciente sabía que estaba participando voluntariamente en un estudio, que la información era confidencial e iba a ser utilizada solamente para fines investigativos y beneficio de ellas mismas.

Definición de las variables del estudio

En la tabla 1 se encuentran las definiciones operativas de cada una de las variables del estudio.

Estado climatérico: el estado de climatérico se define a través de las siguientes categorías:

Premenopausia: es el periodo comprendido entre la menarquia y el inicio de la perimenopausia. Las mujeres en esta época son fértiles y tienen ciclos menstruales regulares.

Perimenopausia: es el periodo que comienza al término de la premenopausia y termina con la menopausia. La mujer pasa de tener ciclos menstruales regulares a tener ciclos irregulares y a presentar algunos síntomas clínicos relacionados con la menopausia.

Menopausia: es cuando se retira definitivamente la menstruación por un año.

Posmenopausia: es el periodo comprendido entre la menopausia y el comienzo de la senectud hacia los 65 años de edad.

Climaterio: es el conjunto de cambios fisiológicos y psicológicos debidos a una disminución progresiva de la función ovárica, que se inician al final de la vida reproductiva de la mujer (y esto coincide con el inicio de la perimenopausia) y terminan al final de la posmenopausia. El climaterio incluye la menopausia y las etapas antes y después de este evento.

Instrumentos de medida

1. *Conocimientos:* mediante una escala con nueve ítems en forma de test con cuatro ítems y una sola respuesta correcta. Se consideró un nivel bueno o de aprobación del test cuando se obtenía 5/9 respuestas correctas. A cada pregunta se le daba un puntaje de 10 cuando la respuesta era correcta y de 0 cuando era incorrecta, de tal manera que al sumar los puntajes de esta sección de conocimientos se obtenía un puntaje mínimo de 0 o máximo de 90. El coeficiente de confiabilidad alfa de esta sección del cuestionario fue de 0.50.

2. *Actitud:* de acuerdo con la teoría de acción razonada, del comportamiento planeado de Fishbein y Ajzen^{6,7} y con los planteamientos de Conner, Sparks y Flórez^{8,9}, la actitud hacia la menopausia se midió a través de tres indicadores: a) la favorabilidad hacia la menopausia, b) expectativas de resultados, y c) valoración de resultados.

Por una parte, la favorabilidad se evaluó a través de siete ítems organizados en escala de Likert con cinco opciones de respuesta y un rango de puntaje de 7 mínimo y máximo 35, con un coeficiente de confiabilidad de 0.78.

De acuerdo con los planteamientos de Conner & Sparks⁸ la actitud personal está determinada además de la favorabilidad, por la interacción entre las expectativas de resultados y la valoración de los mismos. Esta interacción se define como la multiplicación de las expectativas de resultado y su correspondiente valoración. Por esta razón, para la calificación en esta escala, se multiplicó el puntaje de cada una de las expectativas de resultado (ocho en total) por el puntaje correspondiente a la valoración que la participante hizo de ese resultado.

La interpretación de los resultados de los indicadores de la actitud son los siguientes:

Favorabilidad: puntajes altos indican mayor favorabilidad hacia la menopausia.

Expectativas de los resultados: puntajes altos indican percepción de mayor probabilidad de que se den esos resultados cuando se presente la menopausia.

Valoración de los resultados: puntajes altos indican una valoración positiva sobre las

Tabla 1. Definición operativa de las variables del estudio.

Variable	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Escolaridad	Último grado de educación que alcanzó la persona	Ordinal	Nivel educativo: 1. Ninguno 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Universitaria 7. Especialización o posgrado o doctorado
Estado civil	Estado civil de la persona	Catógica	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre
Fecundidad	Paridad	Catógica	1. Sí; 2. No 1. Estrato 1 y 2: Bajo
Estrato social	Estrato de la vivienda donde habita la persona	Catógica	2. Estrato 3 y 4: Medio 3. Estrato 5 y 6: Alto 1. Menopausia
Estado climatérico	Fecha de la última menstruación y frecuencia menstrual	Catógica	2. Premenopausia 3. Perimenopausia 4. Posmenopausia
Conocimiento de la menopausia	Nivel de conocimiento sobre la menopausia de acuerdo a una encuesta específica	Continua	De acuerdo con los rangos de puntaje obtenidos en la escala de conocimientos se definieron las siguientes categorías: 1. Bueno: \geq 55% de las respuestas acertadas de la encuesta (5/9). 2. Malo: $<$ 55% de las respuestas acertadas de la encuesta.
Creencias sobre la menopausia	Creencias sobre la menopausia (positivas y negativas) de acuerdo con una encuesta específica	Continua	Escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. La escala de creencias mide dos factores (creencias positivas y creencias negativas) y cada factor tiene un puntaje.
Actitud sobre la menopausia	Actitud (positiva o negativa) sobre la menopausia evaluada de acuerdo a una encuesta específica	Continua	Se midió a través de tres factores: a) favorabilidad, b) expectativas de resultado y c) valoración de resultados. La escala para cada uno de los factores es de tipo Likert, organizada en cinco opciones de respuesta. Para cada uno de los factores se diseñaron escalas de medida, cada una con puntaje específico. La suma de los puntajes obtenidos en cada factor da como resultado un puntaje total para actitud que, de acuerdo con los rangos, se divide en dos categorías: actitud positiva y actitud negativa.
Prácticas sobre la menopausia	Ejercicio medido en escala de IPAQ	Continua	Actividad física fue medida en MET-Minutos/semana. De acuerdo con rangos de puntaje definidos para esta escala la actividad física se dividió en tres categorías: a. Baja b. Moderada c. Alta
Servicios de salud	Acceso y calidad de servicios de salud y uso de servicios de salud, medida a través de una encuesta específica.	Continua	Acceso y calidad de los servicios de salud fue medida a través de una escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. El factor uso de los servicios de salud fue medido a través de una escala con dos opciones de respuesta (SI /NO)
Práctica sobre la menopausia	Ingesta de calcio semanal derivado de alimentos	Continua	Calcio ingerido por semana y medido en mg.
Tratamiento de la menopausia	Uso terapia hormonal de suplencia continua por 3 meses o más	Catógica	Tipo de terapia: 1. Usaria de hormonas 2. No usaria de hormonas

consecuencias que puede tener la menopausia sobre las mujeres en términos de bueno o malo.

3. *Creencias*: se evaluaron con 11 ítems organizados en escala de Likert con cinco opciones de respuesta. Para esta escala se definieron dos factores: creencias positivas hacia la menopausia y creencias negativas hacia la menopausia. Para el puntaje global de creencias se suman los puntajes obtenidos en los dos factores.

Para el caso de creencias positivas, puntajes altos en esta sub-escala indican tendencia a las creencias positivas; para el caso de las creencias negativas, puntajes altos en esta sub-escala indican menor tendencia a las creencias negativas.

4. *Servicios de salud*: para evaluar servicios de salud, se diseñó una escala de 14 ítems, en los que se preguntó, por una parte, acerca de la accesibilidad y calidad de los servicios de salud que tienen que ver con la prevención de riesgos y la atención de afecciones durante la menopausia, y por otra, acerca del uso de los servicios de salud, específicamente en términos de consultas al ginecólogo y realización de exámenes de ginecología, por lo menos una vez al año.

Para el caso de accesibilidad y calidad de los servicios de salud: se diseñó una escala con nueve ítems organizados en escala de Likert, con cinco opciones de respuesta, que preguntan sobre la facilidad de acceder a los servicios de salud y la calidad de la información que reciben sobre aspectos médicos y psico-sociales asociados a la menopausia. Puntajes altos indican mayor accesibilidad y calidad del servicio médico.

Para evaluar uso de los servicios de salud: se diseñó una escala con cinco ítems organizados en una escala de respuesta Sí o No, los cuales preguntan sobre el uso de servicio médico en lo referente a ginecología. Puntajes altos indican mayor uso del servicio médico en la especialidad de ginecología.

5. *Actividad física*: la actividad física como otra de las prácticas saludables definidas para este estudio, de la muestra poblacional se evaluó mediante el Test de IPAQ (Internacional Physical Activity Questionnaire)¹⁴ el cual está aceptado universalmente y ya ha sido validado en nuestro medio¹⁵.

La actividad física está medida en “MET-minutos”. Los METS son múltiplos de la tasa de metabolismo basal y un MET-minuto resulta de multiplicar el factor o puntaje MET de una actividad determinada por la cantidad de minutos que se practica esa actividad.

Los factores o puntajes para cada actividad física son los siguientes: caminar = 3.3 METs; actividad física de moderada intensidad = 4.0 METs y actividad física de vigorosa intensidad = 8.0 METs. Por ejemplo, si una persona camina 30 minutos al día durante 5 días a la semana, el cálculo sería el siguiente: $3.3 \times 30 \times 5 = 495$ MET-minutos/semana.

El cuestionario IPAQ también tiene unos criterios de actividad física para ser expresada en tres variables categóricas, a saber: alta, moderada y baja.

Alta: actividad vigorosa al menos tres días a la semana que produzcan un mínimo de 1.500 MET-minutos/semana o cualquier combinación de actividad física moderada, vigorosa o de caminar durante siete días a la semana que produzcan al menos 3.000 MET-minutos/semana.

Moderada: actividad física vigorosa por 20 minutos/día durante tres o más días a la semana o actividad física vigorosa y moderada y/o caminar al menos 30 minutos al día durante cinco o más días y que estas combinaciones produzcan al menos 600 MET-minutos/semana.

Baja: ninguna actividad física o alguna pero que no alcanza los criterios de una actividad alta o moderada.

6. *Ingesta de calcio*: en este estudio se tuvo en cuenta dentro de las prácticas saludables, la ingesta de calcio y para evaluar esta variable se diseñó una encuesta nutricional con el soporte de una experta en investigación nutricional, la cual mide la ingesta diaria y semanal de calcio procedente de los alimentos.

Para la aplicación de este instrumento, se diseñaron modelos en espuma de poliuretano y madera de diferentes tamaños y formas de derivados sólidos de la leche (quesos); y para los alimentos líquidos se diseñaron modelos fotográficos de vasos, pocillos, platos y cucharas

previamente estandarizados. Estos modelos ya habían sido aplicados en otras investigaciones realizadas por la nutricionista asesora para poderlos estandarizar con relación a la cantidad de calcio aportada por cada uno de los derivados de la leche¹².

Además de la cuantificación de la ingesta de calcio aportada por los alimentos y los suplementos, también se calcularon las calorías y las proteínas contenidas en esos alimentos derivados de la leche y se expresaron en calorías y gramos ingeridos por semana respectivamente. El punto de corte para los requerimientos diarios de calcio se estableció en 1.200 mgs/día o 8.400 mgs/semana. Las recomendaciones calóricas y de proteínas promedio diarias para una persona en menopausia son de 1900 calorías y 52 gramos de proteína respectivamente¹³.

Convocatoria de pacientes para diligenciamiento del cuestionario

La estrategia para convocar a las pacientes seleccionadas para el diligenciamiento del cuestionario, fue el diseño de un taller sobre menopausia. Al inicio del taller se aplicaba el cuestionario general y la encuesta nutricional. Cuando las pacientes lo terminaban de completar se recogían y enseguida se procedía a dictar una conferencia relacionada con aspectos generales de la menopausia, nutrición y psicología. Al terminar esta última conferencia se realizaba una mesa redonda y sección de preguntas para las asistentes.

Análisis de la información

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 14. Los datos demográficos se resumieron en tablas de frecuencias y porcentajes; para las variables continuas se calcularon promedios y desviación estándar.

Además para las variables: actitudes, creencias y servicio de salud, se calcularon las medianas y rangos intercuartílicos.

Para verificación de la consistencia interna de las escalas de cada una de las variables se calculó el Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach.

Por último, para la sistematización de la información y análisis químico del calcio de los alimentos se empleó el programa de cómputo de ProPAN (Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño) que es una herramienta desarrollada por la OPS. Esta versión del programa de cómputo de ProPAN está basada en la versión en inglés de Epi Info 6.0 (Dean y col., 1995), un programa de cómputo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta, EE.UU.¹⁷.

Aspectos éticos

En el diseño del presente estudio se tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos: Justificación del estudio, aceptación verbal y escrita por parte de las participantes y aprobación del estudio por parte de dos Comités de Ética e Investigación. Además se garantizó confidencialidad de la información y utilización de la misma solamente para fines puramente académicos.

Resultados

Variables demográficas

Un total de 442 pacientes fueron contactadas e invitadas a los talleres sobre aspectos psicosociales de menopausia; 415 asistieron en grupos de 40 personas en promedio, durante las diez sesiones que se llevaron a cabo durante un periodo de seis meses. Seis cuestionarios fueron excluidos porque las pacientes no cumplían los criterios de inclusión, quedando de esta forma 409 cuestionarios para el análisis de los datos. El porcentaje de respuesta de cada una de las preguntas del cuestionario estuvo por encima del 90%.

El rango de edad de las pacientes fue de 46 a 56 años con un promedio de 52.91 años; los estratos socioeconómicos se establecieron con base en los recibos de servicio público de la vivienda de cada paciente. De las pacientes el 12.7% eran de los estratos 1 y 2; el 70% de los estratos 3 y 4 y 17.3% de los estratos 5 y 6.

El tiempo promedio de estar residiendo en la ciudad de Bogotá fue de 40.7 años. La mayoría de mujeres del estudio eran casadas (53.1%).

El 58.8% de la población reportó haber realizado estudios técnicos o estudios profesionales o estudios de posgrado. En contraste el 5.4% había cursado primaria incompleta y el 6.8% primaria completa.

La mayoría de pacientes eran trabajadoras (60.2%) y sólo el 38% estaban dedicadas al hogar. Un bajo porcentaje dedicaba la mayoría de su tiempo al estudio (1%) aunque un 11% combinaba estudio con trabajo.

El 19.8% de las pacientes manifestaron estar pensionadas y el 37.2% estar retiradas y sin pensión. Con relación a la fecundidad el 83.4% había tenido hijos. Por otra parte, sólo el 3% de las pacientes estaba tomando terapia hormonal de reemplazo.

El 98.5% de las pacientes nunca había asistido a un taller, curso o seminario sobre menopausia.

Tabla 2. Distribución de pacientes por estado climatérico y edad.

Estado climatérico	No. pacientes (%)		Edad promedio (\pm DS)
Premenopausia	68	16.6	51.71 \pm 2.66
Perimenopausia	96	23.5	52.41 \pm 2.13
Menopausia	45	11	52.88 \pm 2.16
Posmenopausia	200	48.9	53.57 \pm 2.09
Total	409	100	52.91 \pm 2.30

* Desviación estándar.

Con relación al estado climatérico se encontró que el 60% de las pacientes del estudio eran menopáusicas y el otro 40% estaban distribuidas entre premenopáusicas y perimenopáusicas.

El promedio de edad de cada uno de los subgrupos de climaterio es bastante similar. Es interesante observar cómo cierto grupo de mujeres aún está menstruando regularmente hacia los 51 años de edad (16.6%) (Tabla 2).

En la tabla 3 están resumidos los resultados de las variables psicosociales del estudio.

Variables psico-sociales

Conocimientos: de acuerdo a la definición operativa de conocimientos sobre menopausia, el porcentaje de pacientes que tuvo 55% o más de las respuestas correctas (5/9: Conocimiento bueno) fue del 33.8%. El conocimiento global sobre la menopausia de la muestra del estudio en el cual se tiene en cuenta todas las respuestas correctas fue del 46.8% sobre el puntaje total posible. Este porcentaje equivale a la cifra promedio de 38.36 mostrada en la tabla 3 y equivale a una mediana de 40 (4/9 respuestas correctas), que significa que el grupo en términos generales tiene conocimientos regulares sobre la menopausia.

En las tablas 4 y 5 se encuentra la distribución de frecuencias de las pacientes de acuerdo

Tabla 3. Resumen de los estadísticos descriptivos de las variables del estudio.

Variable	Rango Escala	Mediana Escala	Mediana Muestra	Rango	P25	P75	Moda	Media (\pm DS)*
				IQ				
Conocimientos	0-90	45	40	20	30	50	40	38.36 \pm 16.8
Actitud total	20-350	185	138	37.5	120.75	158.25	138	
Favorabilidad	7-35	21	21	5	19	24	22	
Total expec x Resultados (§)	13-325	169	115	37	101	138	112	
Total creencias	13-65	39	41	7	38	45	40	
Creencias (+)	6-30	18	18	5	15	20	19	
Creencias (-)	7-35	21	24	6	21	27	23	
Acceso y calidad serv. salud	10-50	30	23	9	19	28	20	
Uso servicios salud	0-50	25	40	20	30	50	40	34.87 \pm 13.3

* Desviación estándar; (§) Expectativas x valoración de resultados.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre menopausia del grupo total del estudio.

Conocimiento (No. Respuestas Correctas / 9)	No. de pacientes	%
Bajo: ≤ 2	87	21.2
Intermedio: 3-4	184	45
Bueno: ≥ 5	138	33.8
Total	409	100

Tabla 5. Porcentaje de respuestas correctas / pregunta.

Tópico de la pregunta	Frecuencia	%
Definición de la menopausia	294	72
Edad de la menopausia	332	82
Sexualidad en la menopausia	313	76.5
Tabaquismo y menopausia	36	8.9
Tratamiento de la menopausia	75	18.3
Definición de climaterio	121	29.6
Hormonas y cáncer de seno	129	31.5
Osteoporosis y menopausia	159	39
Enfermedad cardiovascular	110	26.9

al nivel de conocimientos y al tipo de preguntas respondidas correctamente. Ocho pacientes no contestaron ninguna pregunta acertada. La pregunta que tuvo el mayor número de repuestas correctas (82%) fue la referente a la edad en que se presenta más frecuentemente la menopausia. En contraste la pregunta que tuvo el menor porcentaje de respuestas correctas (8.9%), se refiere a la relación entre el tabaquismo y la menopausia. El 72% saben la definición de menopausia; el 76% saben que la humedad vaginal disminuye en la menopausia. Entre el 30 y 40% conocen los riesgos asociados entre cáncer del seno, la terapia hormonal, la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis, con la menopausia. El 29% saben la definición del climaterio. Solo el 18% sabe que la terapia hormonal de reemplazo es la más efectiva para el tratamiento de los síntomas vasomotores.

La variable “conocimientos” se exploró en función de las variables demográficas para determinar si existían algunas tendencias, al menos en forma descriptiva.

Se observó una tendencia ascendente en el nivel de conocimiento en los grupos de nivel

educativo más alto. Cuando se analizan los mismos datos como medianas, las diferencias no son tan notorias entre cada nivel educativo, sin embargo, se observan diferencias entre el grupo con educación superior con relación al grupo con educación básica.

También se encontró un valor promedio mayor de conocimientos en las pacientes menopáusicas que en las premenopáusicas. En igual forma se encontró una tendencia ascendente en los valores promedio de conocimiento desde los estratos socioeconómicos bajos hacia los estratos socioeconómicos superiores.

No se encontraron mayores diferencias cuando se analizaron los conocimientos con relación a las otras variables demográficas como el estado civil, la ocupación y la fecundidad.

Actitudes

Como se mencionó anteriormente, la actitud total se evaluó a través de la favorabilidad hacia la menopausia y el producto de la expectativas de resultado (las consecuencias que las mujeres consideran que puede tener la menopausia en sus vidas) y la valoración de esos resultados en términos de bueno o malo (es la evaluación de esas consecuencias que tiene para ella la menopausia en términos de bueno o malo).

En la tabla 6 se presenta la frecuencia y proporción de respuestas dadas por las pacientes cuando se les preguntó sobre su percepción hacia la menopausia evaluada a través del componente de favorabilidad hacia la menopausia. Esta se encontró en un punto medio entre favorable y desfavorable. En una escala con un puntaje mínimo de 7 y máximo de 35, la mediana de todo el grupo fue de 21 (mediana de la escala: 21). Aunque en la mayoría de los ítems mencionados en esa tabla las respuestas estuvieron en un punto neutro, el 36% de las pacientes consideran la menopausia como algo saludable, el 43% como algo incómodo y el 59% como algo anormal. Es de anotar que hubo un porcentaje de respuesta por encima de 98%.

En las tablas 7 (expectativas de resultados) y 8 (valoración de los resultados) se presentan la frecuencia y proporción de respuestas dadas por las pacientes de acuerdo a cada ítem y al total de pacientes que respondieron cada uno

Tabla 6. Actitud: componente de favorabilidad hacia la menopausia.

*1	Yo siento que la menopausia es un cambio ...				¶ Total
	*2	*3	*4	*5	
Muy bueno 21 (5.2)	Bueno 62 (15.3)	Ni bueno ni malo 237 (58.7)	Malo 73 (18)	Muy malo 11 (2.7)	No. (%) 404 (98.8)
Muy perjudicial 17 (4.1)	Perjudicial 79 (19.4)	Ni perjudicial, ni beneficioso 235 (57.7)	Beneficioso 68(16.7)	Muy beneficioso 8 (1.9)	407 (99.5)
Muy peligroso 12 (2.9)	Peligroso 6 2 (15.1)	Más o menos peligroso 109 (26.6)	Poco peligroso 86 (21)	Nada peligroso 140 (34.2)	409 (100)
Muy agradable 29 (71)	Agradable 159 (39.3)	Ni agradable ni desagradable 174 (43)	Desagradable 38 (9.4)	Muy desagradable 4 (0.9)	404 (98.8)
Muy incómodo 63 (15.4)	Incómodo 176 (43.1)	Ni incómodo, ni cómodo 125 (30.6)	Cómodo 36 (8.8)	Muy incómodo 8 (2)	408 (99.8)
Muy saludable 54 (13.4)	Saludable 146 (36.3)	Más o menos saludable 123 (30.1)	Poco saludable 76 (18.9)	Nada saludable 3 (0.7)	402 (98.2)
Muy normal 4 (0.9)	Normal 18 (4.4)	Ni normal, ni anormal 50 (12.3)	Anormal 241(59.5)	Muy anormal 92 (22.7)	405 (99)

* Puntajes en la escala de Likert; ¶: Total de respuestas por Ítem.

Tabla 7. Actitud (componente de expectativa de resultados), frecuencia y proporción de respuestas dadas por los pacientes: Total y por ítem No. (%).

Ítem	1	*Escala 2	de 3	Likert 4	5	Total
“Yo espero que en la menopausia...”	1	2	3	4	5	Total
Cambien las relaciones con mi familia	105(26.6)	87(22.0)	79(20.0)	92(23.3)	31(7.9)	394(96.3)
Aumente la frecuencia sexual	92(23.1)	141(35.5)	74(18.6)	71(17.9)	19(4.8)	397(97.0)
Se suspenda la menstruación	73(18.1)	31(7.7)	23(5.7)	63(15.6)	213(52.8)	403(98.5)
Me vuelva menos atractiva físicamente	118(29.6)	92(23.1)	84(21.1)	78(19.6)	25(6.2)	398(97.3)
No tenga posibilidad de embarazarme	92(23.0)	9(2.2)	16(4.0)	58(14.5)	199(49.8)	400(97.8)
Disminuyan las oportunidades de trabajo	108(27.2)	67(16.9)	60(15.1)	81(20.4)	81(20.4)	397(97.0)
Tenga mayor comunicación con mi pareja	55(13.8)	72(18.0)	121(30.4)	85(21.3)	65(16.3)	398(97.3)
Cambie mi estado de ánimo	30(7.6)	37(9.3)	87(22.0)	127(32.1)	114(28.9)	395(96.6)
Tenga más tiempo libre	71(18.5)	69(17.8)	79(20.5)	89(23.1)	76(19.8)	384(93.9)
Me sienta diferente conmigo misma	56(14.3)	56(14.3)	90(23.0)	102(26.0)	87(22.2)	391(95.6)
Ocurran cambios físicos en mi cuerpo	26(6.4)	28(6.9)	59(14.6)	117(28.9)	174(43.0)	404(98.9)
Comience a envejecer rápidamente	48(12.0)	55(13.8)	101(25.3)	111(27.9)	83(20.8)	398(97.3)
Cambie mi estado de salud	31(7.7)	39(9.6)	84(20.8)	106(26.2)	144(35.6)	404(98.8)

*1: Nada posible que suceda; 2: Poco posible que suceda;

3: Más o menos posible que suceda; 4: Posible que suceda; 5: Muy posible que suceda.

Tabla 8. Actitud (componente de valoración de resultados) Frecuencia y proporción de respuestas dadas por los pacientes: Total y por ítem No. (%).

Ítem	*Escala de Likert					Total
	1	2	3	4	5	
“En esta etapa de mi vida alrededor de la menopausia”...						
Cambiar las relaciones con mi familia sería...	206(51.1)	120(29.8)	27(6.7)	30(7.4)	20(4.9)	403(98.5)
Aumentar la frecuencia sexual sería...	16(3.9)	24(5.9)	125(30.7)	146(35.8)	96(23.6)	407(99.5)
No volver a tener la menstruación sería algo...	22(5.4)	45(11.0)	130(31.9)	118(29.0)	92(22.6)	407(99.5)
Ser menos atractiva físicamente sería para mí...	149(37.9)	150(38.1)	74(18.8)	16(4.0)	4(1.0)	393(96.0)
No tener posibilidad de embarazarme sería...	14(3.6)	30(7.7)	100(25.8)	141(36.4)	102(26.3)	387(94.6)
Disminuir las oportunidades de trabajo sería...	192(48.0)	148(37.0)	43(10.7)	10(2.5)	7(1.8)	400(97.8)
Tener mayor comunicación con mi pareja sería...	28(6.9)	13(3.2)	28(6.9)	119(29.3)	217(53.6)	405(99.0)
Cambiar mi estado de ánimo sería algo...	131(33.2)	134(34.0)	21(5.3)	42(10.7)	66(16.7)	394(96.3)
Tener más tiempo libre para otras cosas sería...	9(2.2)	11(2.8)	20(5.0)	130(31.8)	228(57.2)	398(97.3)
Sentirme diferente conmigo misma sería...	89(22.4)	138(34.8)	58(14.6)	66(16.6)	46(11.6)	397(97.0)
Tener cambios físicos en mi cuerpo sería...	66(16.6)	152(38.1)	132(33.1)	42(10.6)	6(1.5)	398(97.3)
Envejecer con mayor rapidez sería...	207(51.1)	145(35.8)	44(10.9)	7(1.7)	2(0.5)	405(99.0)
Cambiar mi estado de salud sería...	196(49.0)	124(31.0)	18(4.5)	24(6.0)	38(9.5)	400(97.8)

*1: Muy negativo; 2: Negativo; 3: Ni positivo ni negativo; 4: Positivo; 5: Muy positivo.

de ellos. El porcentaje de respuesta estuvo por encima del 93%.

El 31% de las pacientes esperan un cambio en sus relaciones familiares durante la menopausia y el 80% opina que sería malo o negativo ese cambio. El 59% tiene pocas esperanzas sobre un aumento en la frecuencia en sus relaciones sexuales en la menopausia.

El 61% espera que en la menopausia cambie su estado de ánimo. El envejecimiento más rápido durante la menopausia fue valorado como algo negativo en el 87% de las mujeres. El 72% espera cambios en su cuerpo durante esta etapa y el 62% espera que ocurran cambios en su salud. El 41% espera tener menos oportunidades de trabajo en la menopausia.

El producto de las expectativas de resultado multiplicado por la valoración de resultados fue de 115 en un escala con un puntaje mínimo de 13 y máximo de 325 (mediana de la escala: 169), lo cual está por debajo y significa una visión un poco más pesimista y menos positiva hacia las consecuencias que pueda tener la menopausia.

La actitud personal, que es el resultado de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores (favorabilidad y expectativas, valoración de resultados), mostró valores bajos (mediana: 138) con relación a la mediana en una escala con valor mínimo de 20 y máximo de 350, con una mediana de 185.

Esto significa que existe una actitud más negativa que positiva en la muestra del estudio. Los ítems que más afectaron este resultado fueron: pérdida del atractivo físico, disminución de las oportunidades de trabajo y cambio en las relaciones con la familia.

No se encontraron mayores diferencias en actitud hacia la menopausia, de acuerdo con el estrato socio-económico, nivel educativo, estado civil, ocupación, composición familiar ni estatus de climatérico.

Creencias

Para la escala total de creencias, la mediana fue de 41, teniendo en cuenta que el valor mínimo para la escala fue 13 y máximo de 65.

Tabla 9. Creencias. Frecuencia y proporción de respuestas dadas por los pacientes: Total y por Ítem. No. (%).

Ítem	*Escala de Likert					Total
“Yo creo que ...”	1	2	3	4	5	
La menopausia marca el comienzo de una nueva y promisorio etapa de la vida.	52(12.8)	57(14.0)	86(21.3)	134(33.1)	76(18.8)	405(99.0)
Todas las mujeres que experimentan la menopausia sufren de malestares físicos (dolor de cabeza, pérdida de apetito, calores, por ejemplo).	67(16.7)	117(29.1)	59(14.7)	104(25.9)	54(13.5)	401(98.0)
Las mujeres que están en la etapa de la menopausia sienten que son menos útiles en la sociedad.	12(2.9)	44(10.8)	46(11.3)	160(39.4)	44(10.8)	406(99.2)
En la menopausia las relaciones familiares (con esposo, hijos u otros parientes) se fortalecen.	20(5.5)	65(17.9)	178(48.9)	68(18.7)	33(9.0)	364(89.0)
La menopausia representa una etapa de tranquilidad en la vida de la mujer.	34(8.7)	102(27.6)	119(30.4)	110(28.1)	26(6.6)	391(95.6)
En la menopausia es más difícil conservar los amigos y conseguir amistades nuevas.	9(2.2)	47(11.7)	105(26.1)	140(34.8)	101(25.1)	402(98.2)
Todas las mujeres que llegan a la menopausia experimentan sentimientos de soledad.	28(7.7)	93(25.4)	83(22.7)	101(27.6)	61(16.6)	366(89.5)
Las mujeres en la menopausia tienen vida sexual más satisfactoria.	30(8.5)	87(24.4)	140(39.4)	73(20.6)	25(7.0)	355(86.8)
Una mujer cuando llega a la menopausia tiene mayor posibilidad de enfermarse.	32(8.7)	146(39.6)	91(24.7)	66(17.9)	34(9.2)	369(90.2)
Cuando las mujeres llegan a la menopausia pierden su atractivo físico.	12(3.3)	44(12.1)	93(25.5)	134(36.8)	81(22.2)	364(89.0)
La menopausia es una señal del deterioro físico del organismo.	20(5.5)	87(24.1)	76(21.0)	104(28.8)	74(20.5)	361(88.2)
Las mujeres que llegan a la menopausia se sienten más realizadas que las que no han llegado aún.	60(14.8)	147(36.3)	135(33.3)	46(11.4)	17(4.2)	405(99.0)
En la menopausia las mujeres tienen mejor comunicación con su pareja	29(7.1)	98(24.1)	163(40.1)	91(22.4)	25(6.1)	406(99.3)

*1: Totalmente en desacuerdo; 2:En desacuerdo; 3:Ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4:De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo.

Este resultado indica que el porcentaje de mujeres que tienen menos creencias negativas y más creencias positivas (en optimistas) es similar al porcentaje de mujeres que tienen más creencias negativas y menos creencias positivas hacia la menopausia (mujeres pesimistas).

Con relación a algunos ítems específicos se encontró lo siguiente: 50% de las mujeres creen que en la menopausia son menos útiles para la sociedad, mientras que el 14% creen lo contrario. El 60% creen que en la menopausia es más difícil conservar los amigos y conseguir nuevas

amistades; el 14% cree lo contrario. El 27% creen que en la menopausia existe mayor probabilidad de enfermarse; el 48% opina lo contrario. El 15% creen que las mujeres que llegan a la menopausia se sienten más realizadas que las que no han llegado aún; sin embargo, el 51% piensa lo contrario (Tabla 9).

Con relación a las creencias sobre la menopausia no se encontraron diferencias de acuerdo con las variables demográficas.

Prácticas saludables

Recordemos que para este estudio se consideraron tres prácticas como saludables en la menopausia, ellas son: uso de los servicios de salud (con dos indicadores: acceso y calidad de servicios de salud y uso de servicios de salud), actividad física e ingesta de calcio.

Respecto a los indicadores de la variable servicios de salud, se encontró un valor de mediana alto en el “uso de los servicios de salud”⁴⁰ en contraste con la mediana obtenida en el indicador “acceso y calidad de los servicios de salud”²³.

En la tabla 10 se presentan los porcentajes en cada una de las opciones de respuesta de los ítems de la escala de acceso y calidad de los servicios de salud.

Respecto a la actividad física, la cual fue evaluada a través del cuestionario específico para este efecto (IPAQ), los resultados se analizaron como variables continuas (con valores absolutos) en MET-minutos/semana y los promedios fueron bajos en las tres modalidades de ejercicio (actividad vigorosa, moderada y caminar). En igual forma los resultados se analizaron como variables categóricas y se establecieron los siguientes puntos de corte de acuerdo a la actividad física: baja: < 600 MET-minutos/semana; moderada: 600 – 1499 MET-minutos/semana y alta: 1500 y más MET-minutos/semana.

De acuerdo con lo anterior, el 75% de los pacientes tuvieron una actividad física baja en las tres modalidades de ejercicio (caminar, ejercicio moderado y ejercicio vigoroso); el 18% una actividad física moderada y el 7% alcanzó una actividad física alta, lograda en una de las tres

Tabla 10. Evaluación escala de acceso a salud y calidad de atención de los pacientes.

Ítem de la pregunta	Respuesta pacientes	No.	%	*IC 95%
Facilidad para encontrar información en EPS sobre menopausia	Muy difícil y difícil	393	47.0	42.0 a 52.0
Conocimiento sobre dónde encontrar información acerca de la menopausia en la EPS	No tiene ni idea	401	60.0	55.3 a 64.7
Calificación sobre información de menopausia por parte de la EPS	Mala y deficiente	391	60.0	55.0 a 64.8
Explicación del MD-EPS sobre síntomas y tratamiento Menopausia	Nunca, casi nunca y algunas veces	399	80.0	76.0 a 83.9
Oportunidad de cita con ginecólogo EPS	Muy difícil y difícil	400	63.5	58.8 a 68.2
Frecuencia en organizar actividades de menopausia en EPS	Nunca y casi nunca	399	98.8	97.7 a 99.8
Frecuencia en información oportuna sobre actividades en salud	Nunca y casi nunca	393	84.0	82.1 a 87.6
Calidad de servicio de la EPS en cuanto a información y orientación de la menopausia	Mala y deficiente	403	75.4	71.2 a 76.9

*IC: Intervalo de confianza.

Tabla 11. Descripción de actividad física por categorías de ejercicio.

Tipo de ejercicio	Baja	Moderada	Alta
	< 600 Met-min/sem	600 – 1499 Met-minutos/sem	>1500 Met-minutos/sem.
	No. Pacientes (%)	No. Pacientes (%)	No. Pacientes (%)
Caminar	295 (74.80%) *(69.8, 79.7)	88 (22.30%) *(13.6, 31.0)	11 (2.79%) *(0.7,12.5)
Moderado	303 (81.60%) *(77.2 ,85.9)	57 (15.30%) *(6.0, 25.0)	11 (2.96%) *(0.7,12.7)
Vigorouso	257 (68.70%) *(75.9, 87.9)	60 (16.00%) *(6.7, 25.0)	57 (15.20%) *(5.8,24.5)
Promedio %	75.00%*(69.0, 80.0)	18.00% *(8.8, 27.0)	7.00% *(2.8, 16.0)

* IC 95%: Intervalo de confianza.

modalidades de ejercicio. En la tabla 11 se aprecian los resultados globales de este análisis.

Finalmente, con relación a la ingesta de calcio, de los registros de las 409 mujeres que participaron en el proceso de recolección de la información se tuvieron en cuenta 359 para el análisis de los datos en esta variable; es decir, se incluyó el 88% de la información, dado que aunque en todos los momentos de diligenciamiento del instrumento hubo acompañamiento por parte de dos profesionales en nutrición y del equipo investigador, algunas personas no contestaron en forma completa la encuesta nutricional y por lo tanto estos datos no fueron considerados para el análisis.

Para establecer los niveles de adecuación de ingesta energía y nutrientes se tomaron como adecuados todos aquellos porcentajes que estén entre 90% y 100%.

Es importante aclarar que para el caso del análisis de ingesta de calorías y proteínas, se pueden realizar apreciaciones en torno al por-

centaje del valor calórico total y de necesidades de proteínas que fueron aportados por los alimentos fuentes de calcio consumidos, ya que no se pueden establecer niveles de adecuación, en tanto que sólo se indagó por el número y tamaño de las porciones de leche y derivados consumidos semanalmente por las participantes del estudio.

Respecto al aporte de calorías por el consumo de alimentos fuente de calcio se observa que de estos proviene la tercera parte de las calorías requeridas en el día por las mujeres incluidas en el estudio; esto se debe a que la leche y sus derivados por lo general aportan cantidades considerables de grasa elevando el nivel de calorías ingeridas. En este sentido es importante señalar que de acuerdo con los factores de Atwater por cada gramo consumido de grasa ingieren 9 calorías.

La leche y sus derivados son una importantísima fuente de proteínas de alto valor biológico pues son de origen animal; en este sentido

Tabla 12. Resultados de la ingesta diaria y semanal de proteínas y calcio y aporte energético de la muestra del estudio comparado con las recomendaciones (359 pacientes).

Nutriente	Recomendaciones		Consumo promedio			Consumo valor mediano	
	Día	Semana	Día	Semana	Día	Semana	% de aporte
Calorías	1.900	13.300	620	4.342± 4.910 (DS)*	412	2.885	33%
Proteínas (Gramos)	52	364	34.5	241.3 ± 307 (DS)*	22.5	156	66%
Calcio (mg)	1.200	8.400	1.319 ± 1.473 (DS)*	9.231 ± 10.308 (DS)*	920.4	6.442	77%

* Desviación estándar.

se identifica un aporte importante de este nutriente.

Aunque el promedio de ingesta de calcio del grupo evaluado fue de 1.319 mgs diarios o 9.231 mgs /semana respectivamente y que son valores que están por encima de los valores recomendados de acuerdo a la tabla 12, los rangos son tan amplios lo mismo que las desviaciones estándar, que la mejor forma de analizar estos resultados es con los valores de las medianas para obtener cifras más acordes con la realidad.

De acuerdo a la tabla en mención se encontraron cifras de consumo de calcio de 920.4 mgs diarios y 6442 mgs/semana respectivamente y que están por debajo de los valores recomendados. Teniendo en cuenta el punto de corte de ingesta diaria de calcio (1.200 mgs/día), se encontró que el 60% de las pacientes (215/359) tenían un consumo diario por debajo de ese valor y el 40% por encima (144/359), confirmando de esta manera la observación hecha anteriormente sobre la utilización del valor de la mediana en lugar de la media.

De igual forma, el porcentaje de adecuación del 77% está por debajo de lo establecido (90-100%); 103 pacientes (28.7%) utilizaban calcio como suplemento pero solamente en dos casos el consumo diario de calcio alcanzó los 1.200 mgs, aunque 68 de las 103 pacientes utilizaban la dosis recomendada como suplemento de 600 mgs/día.

De acuerdo con la información obtenida, el 100% de las mujeres incluidas en el estudio consumían al menos un alimento fuente de calcio.

Finalmente, para las variables incluidas en la categoría de prácticas saludables (servicios de salud, actividad física e ingesta de calcio), no se encontraron diferencias significativas de acuerdo con el estrato socio-económico, el nivel educativo, el estado civil, la ocupación, la composición familiar ni el estatus de climatérico.

Aunque todos los resultados pueden ser interesantes, los autores deben seleccionar los más relevantes y disminuir el número de tablas, pues a esta altura van 22 tablas y creo que en la mayoría de revistas no aceptan más de ocho tablas, algunas deben tratar de agruparse.

Discusión

En este estudio de corte transversal se investigaron las variables psico-sociales de una población menopáusica de la ciudad de Bogotá, seleccionada al azar. Por el tipo de diseño epidemiológico se hizo un análisis descriptivo de los resultados los cuales se comentan y comparan con otros estudios similares.

El estimado o prevalencia de conocimiento global sobre menopausia de esta población fue del 46.8% y este valor quedó dentro del rango de valores esperados cuando se hizo el cálculo del tamaño de la muestra ($50 \pm 5\%$). Esta cifra no es posible compararla con los estudios nacionales, debido a que en aquellos se han utilizado criterios diferentes para definir conocimientos en menopausia.

El estudio de Monterrosa¹⁸ describe porcentajes de conocimiento sobre ciertas preguntas específicas como la definición de la menopausia y la edad en que se presenta la misma. Dicho estudio describe cifras de conocimiento para esas preguntas de 62.8% y 17.8% respectivamente. En la presente investigación esas preguntas tuvieron una respuesta correcta en el 76.3% y el 82.2% respectivamente. El autor en mención no presenta una cifra global de conocimiento que sea comparativa a la encontrada en este estudio.

Vera y col.¹⁹ encontraron que 33% de los adolescentes y 51.9% de los adultos respondieron correctamente la definición de la menopausia. Sobre la edad en la cual se presenta más frecuentemente la menopausia, el 75.2% de los adolescentes y el 89.3% de los adultos respondieron correctamente. Ellos tampoco mencionan una cifra global de conocimiento. Las comparaciones con el presente estudio son imprecisas porque la metodología y tipo de poblaciones son diferentes.

El tercer artículo nacional, publicado por Ossa JE y col.²⁰, está referido a los conocimientos sobre menopausia de un grupo de estudiantes de último grado de medicina. El 43.74% del grupo respondió correctamente la mayoría de las preguntas. Aunque los resultados por población no son comparativos, son preocupantes, porque son el grupo de estudiantes de último año de medicina que están próximos a iniciar su

práctica como médicos generales y por tanto son quienes tienen la responsabilidad de transmitir sus conocimientos a la población menopáusica, entre otras.

Es llamativo el número escaso de publicaciones nacionales al respecto, razón por la cual los resultados de este estudio son un aporte importante al estudio del tema en el contexto nacional.

También llama la atención, el porcentaje de mujeres participantes del presente estudio, que saben la definición y la edad más frecuente en la cual se presenta la menopausia; en contraste solo un 8.9% de las encuestadas que conocen sobre la relación entre el tabaquismo y la menopausia.

La tercera parte de las pacientes respondieron correctamente las preguntas sobre los riesgos de ciertas enfermedades asociadas a la menopausia y su tratamiento (osteoporosis, cáncer de seno y enfermedad cardiovascular). Solo el 19% de las pacientes sabían que la terapia más efectiva para el tratamiento de la sintomatología vasomotora del climaterio eran las hormonas. Esto podría ser explicado por la mala información acerca de la terapia hormonal de reemplazo surgida en el pasado y proveniente de los medios de comunicación; y por el gran auge de las medicinas alternativas y naturistas que anuncian sus productos sin ningún control (“no perjudiciales por ser naturales”) en todos los medios masivos (TV, radio, e internet).

Lo anterior también podría explicar por qué hubo un porcentaje tan bajo de usuarias de terapia hormonal de reemplazo (TH) en este grupo de mujeres participantes en este estudio (3%). Esta cifra contrasta con la encontrada por el autor de 78% de usuarias de TH en un foro de menopausia dictado a 400 pacientes peri y menopáusicas de la ciudad de Bogotá en el año 1998, en la misma aula donde se llevaron a cabo los talleres de menopausia del estudio²¹.

Otro resultado importante fue el mejor nivel de conocimientos sobre menopausia encontrado en el grupo de mujeres con educación superior comparado con el nivel en las mujeres con educación básica.

También se encontró una tendencia de mejores conocimientos sobre la menopausia en el

grupo de menopausia comparado con el grupo de premenopausia. Una posible explicación es que el grupo de menopáusicas que está viviendo el proceso climatérico se interesa más por buscar ayuda e información sobre menopausia que la premenopáusica que percibe un poco más lejano ese proceso.

Además se encontró una tendencia a tener mejor nivel de conocimiento en los estratos altos que en los bajos y esto es debido a que las pacientes de estratos más altos tienen mayor posibilidad de alcanzar un mejor nivel de educación.

El promedio de la actitud hacia la menopausia está por debajo de la mediana, significando esto una tendencia o actitud más negativa que positiva hacia la menopausia. Por otra parte el porcentaje de usuarias de TH fue muy bajo (3%). Estos dos resultados merecen tenerse en cuenta por dos razones: un predictor importante para el uso de la TH son las actitudes negativas hacia la menopausia²²; y por otra parte, la utilización de la TH a pesar de los cuestionamientos en el pasado sigue estando vigente y aceptada por la comunidad médica internacional y puede ser una práctica correcta y saludable, si se utiliza en forma individualizada y controlada, y debe ser tenida nuevamente en cuenta como parte de la información que se le tiene que dar a los pacientes²³.

El promedio en el nivel de creencias sobre la menopausia de todo el grupo se ubicó hacia la mediana de la escala. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas según el nivel educativo. Las mujeres con niveles bajos de escolaridad tuvieron tendencia de sus creencias por debajo de la mediana de la escala, significando esto una tendencia a tener más creencias negativas que positivas hacia la menopausia. La importancia de este resultado a tener en cuenta es para el diseño de futuras intervenciones, que estén relacionadas con la educación y formación sobre el tema de menopausia.

Específicamente, en lo relacionado con TH, consejería y recomendaciones, las mujeres que tienen intención de utilizar TH expresan más creencias negativas hacia la menopausia en forma significativa que las que no tienen intención de utilizar TH¹¹.

Pan HA.²⁴, en su artículo, hace referencia sobre la percepción de las poblaciones asiáticas (incluidos Japón y China) hacia la menopausia la cual es vista como algo natural y positivo y por eso la sintomatología del climaterio es reportada con menor frecuencia que en los países occidentales (85% en Holanda; 10% en Japón y 38% en Taiwán). Esto también está relacionado con el uso de terapia hormonal de suplencia (10% en Taiwán, 6% en Hong Kong, en China < 1% y en los países occidentales 20%).

La evaluación de servicios de salud, medida a través de los indicadores: acceso y calidad del servicio de salud y uso de servicio de salud, lo cual se relaciona con control médico por lo menos una vez al año y la realización de exámenes paraclínicos.

Con relación al primer indicador, un alto porcentaje de la muestra de este estudio evalúa la calidad del servicio de salud, en lo que se refiere a la atención en menopausia, como deficiente y como mala la calidad de la información que reciben en el servicio de salud sobre el tema.

La información sobre menopausia proveniente de los profesionales de la salud muestra algunas cifras de la literatura internacional que varía entre el 18 y el 49%^{10,24,25}. En el presente estudio la información provenía del médico solo en el 8.7%. Asumiendo que esta es la información verdaderamente cierta y exacta, significa que el 90% de la información restante la están recibiendo las mujeres de los medios de comunicación masivos, periódicos, revistas, internet, amigos y familiares.

Un resultado novedoso de este estudio es haber trabajado con un cuestionario de conocimientos construido con ítems de encuestas disponibles en la literatura médica, luego validado por un grupo de expertos y sometido a un estudio piloto y a un análisis de la consistencia interna. Por otra parte, los resultados de conocimientos medidos con este cuestionario tienen la desventaja de no poderse comparar con los estudios nacionales disponibles, los cuales han utilizado otros parámetros para medir el conocimiento.

Parte del objetivo de este estudio era recoger la percepción de la mujeres en climaterio a

través de sus conocimientos, actitudes, creencias y prácticas y analizar las asociaciones con las variables demográficas y que esta información sirviese de sustrato para diseñar estrategias de educación en climaterio o al menos para generar algunas ideas o tópicos para complementar esas estrategias y además que estuviesen diseñadas a la medida de las necesidades de esa población.

En la misma forma que se construyó el cuestionario de conocimientos, el cuestionario de actitudes con sus tres componentes y el de creencias, también se alimentaron de ítems de la literatura médica internacional y de la información de las pacientes reunidas en grupos focales con el objeto de tener la percepción local de mujeres menopáusicas.

Igualmente, estos cuestionarios fueron analizados por un grupo de expertos y además se hizo un análisis para la consistencia interna (alfa de Cronbach). Esta metodología para evaluar estas variables en una población climatérica también es algo novedoso de este estudio para nuestro medio.

Las actitudes y las creencias de las personas son características bastante arraigadas y locativas²⁶⁻²⁸ y que de acuerdo a teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen son aspectos determinantes de la intención de un comportamiento.

Por eso el conocimiento por sí solo no es un indicador de cambio conductual². El incremento del conocimiento solo, no garantiza el aumento del éxito de una determinada acción²⁹. Sin embargo, para iniciar cualquier acción o generar un cambio de comportamiento se necesita cierta cantidad de información como punto de partida o sustrato cognitivo. Por tal razón, los conocimientos, las actitudes y las creencias son variables que se han tenido en cuenta para el estudio y comprensión del comportamiento de personas afectadas o en riesgo de ser afectadas por ITS's, VIH/SIDA, cáncer, entre otras.

Otro aporte importante al conocimiento por parte de este estudio, fue la evaluación del ejercicio mediante un test ya validado (IPAQ, versión corta). en pacientes en climaterio y del cual tampoco existen reportes en la literatura nacional. El grupo mostró promedios bajos de

actividad física en las tres modalidades (actividad física vigorosa, moderada y caminar).

Gómez LF y col. midieron el nivel de actividad física global en una población adulta de la ciudad de Bogotá, utilizando el Test de IPAQ (versión corta). Ellos reunieron 3000 pacientes adultos de ambos sexos (1.212 mujeres y 1788 hombres) entre los 18 y 65 años de edad y encontraron que los niveles de actividad física eran más bajos en las mujeres que en los hombres y que el nivel de actividad física entre irregular e inactiva fue del 68% en las mujeres³³.

Estas cifras que se replican cualitativamente en dos estudios cuya medición de la actividad física se hizo con el mismo test, son preocupantes si se tiene en cuenta que las enfermedades que tienen más morbilidad y mortalidad en las mujeres menopáusicas son las de tipo cardiovascular^{34,35} y el ejercicio es una variable que funciona inversamente proporcional a este tipo de enfermedades.

Los valores encontrados con relación a la ingesta de calcio en la mayoría en el grupo que participó antes en el estudio estuvieron por debajo de los requerimientos sugeridos y esto va de acuerdo con la realidad nacional, si se tiene en cuenta que el 85.8% de los colombianos no cubre los requerimientos del mineral, de acuerdo a lo que reporta la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2005 (ENSIN). En igual forma estos resultados coinciden con el Departamento de Nutrición de la Universidad Nacional, en donde se encontró que el 81.3% de la mujeres con osteoporosis posmenopáusica tenían ingestas de calcio por debajo de los 800 mgs/día¹³.

Aunque en el presente estudio se tomaron como cifras de requerimientos de calcio para población menopausia de 1.200 mgs/día, algunos otros estudios muestran requerimientos de 1000 mgs/día para pacientes en terapia hormonal de suplencia y 1.500 mgs/día para pacientes sin terapia hormonal^{13, 36, 37}. En este contexto y teniendo en cuenta que sólo el 3% de esta población tomaba terapia hormonal, resultaría que solamente el 29% de las mujeres (con ingesta 1.500 mgs/día o más) del estudio estaría recibiendo adecuadas cantidades del calcio.

Como se mencionó anteriormente, es importante resaltar que sólo 103 de las mujeres suplementaban la ingesta del mineral, a partir de productos no alimentarios, y solamente en dos casos se alcanzan los requerimientos totales diarios de calcio.

Ahora, como es bien sabido, la suplementación de calcio se hace por recomendación médica y en la mayoría de las mujeres menopáusicas se recomienda hacer uso de estos productos, para de alguna manera generar tranquilidad en cuanto a la pérdida de densidad de ósea por la eliminación de calcio y rápida resorción ósea y de esta manera prevenir la osteoporosis. Sin embargo, la utilización o no del producto y la cantidad de la dosis depende de varios factores: nivel de ingesta de calcio proveniente de los alimentos, no sólo el actual sino lo que refleje la historia dietética en cuanto al consumo de alimentos fuente del mineral, a lo largo de la vida, en especial en las etapas de crecimiento; también depende de si se consume o ha consumido alimentos enriquecidos con calcio y de otros aspectos como los niveles de absorción de acuerdo al tipo de suplemento que se utilice, de si se hace uso o no de terapia de reemplazo hormonal, entre otros.

Como dato interesante y para resaltar de este estudio se encontró que gran parte de las participantes del mismo mencionaron como suplementos de calcio: la leche y sus derivados, leche Klim alta en calcio, Ensure, la leche de soya, el Isofem, las cápsulas de vitamina E, la linaza, el Omnilife, el Herbalife, fresylpausia y el Omega 3.

De acuerdo con lo anterior, se hace recomendable establecer estrategias verificables para que la educación, información y orientación que se brinde no sólo en lo asistencial sino a través de los medios publicitarios, a las personas para este caso específico, las mujeres menopáusicas, aporte elementos de juicio para la formación del criterio que les permita establecer la diferencia entre un suplemento, un complemento, un producto enriquecido con calcio, las fuentes dietarias de calcio, productos que han sido lanzados al mercado porque mejoran la calidad de vida de las personas en este u otros estados fisiológicos y sobre todo alertarlas frente a los falsos beneficios de otros.

También es importante señalar los sesgos que amenazan este tipo de estudios y las medidas que se tomaron para poderlos controlar. Los estudios de corte transversal se pueden diseñar sobre una población ya cautiva como por ejemplo pacientes de una clínica de menopausia, del consultorio privado o de una consulta externa de un hospital. En estos casos, aunque es más fácil y más rápido obtener la muestra, el muestreo termina siendo muchas veces por conveniencia o sea que no es un muestreo probabilístico y de esta forma no es posible garantizar la generalización de los resultados y si se hace el estudio de esta forma se estaría cometiendo un posible sesgo de selección.

En este estudio con el objeto de controlar ese potencial sesgo de selección se recurrió a un muestreo probabilístico mediante un muestreo aleatorio simple con el objeto de asegurar la validez de inferencia o generalización de los resultados.

También pueden presentarse en estos estudios sesgos en la medición con relación a la información obtenida a través del instrumento de recolección de la información o cuestionario de la siguiente manera: diseño de las preguntas en cuanto comprensión y claridad de las mismas; que no induzcan a una respuesta determinada; facilidad de respuesta; presentación de la pregunta en la forma (tipo de letra, papel, etc.), longitud del cuestionario.

En este estudio tal como se describió anteriormente, no se utilizó un cuestionario ya existente porque no existía, sino que hubo necesidad de diseñar uno específico para este estudio y esto podría ser una potencial fuente de sesgo para recoger adecuadamente la información.

Para tratar de controlar este sesgo y mejorar los ítems o preguntas de cada sección del cuestionario, se recurrió al concepto de expertos que sugirieron modificaciones de algunas preguntas para que fuesen más comprensibles.

La otra estrategia después de construir un cuestionario preliminar, fue la de someterlo a un estudio piloto, de donde surgieron por parte de las pacientes otras sugerencias para el cambio de algunas preguntas y el cambio del orden de algunas secciones. También se hizo un pilotaje específico sobre la sección de conocien-

tos después del estudio piloto en un grupo de pacientes menopáusicas de la consulta externa, para utilizar terminología más comprensible.

Para el diseño de los ítems de creencias y actitudes sobre la menopausia y tener una percepción más realista y locativa sobre la menopausia de nuestra pacientes, se procedió a técnica de grupos focales para enriquecer esas secciones y esto en cierta forma genera un control en el diseño de los ítems de esas secciones que de otra forma estarían sometidos a la percepción del investigador o simplemente lo que dice la literatura médica con posibilidad de sesgo en la información. Dentro de los mismos grupos focales se trató de conformar grupos homogéneos en cuanto a estrato socio-económico, nivel educativo, estado civil y paridad, para que los pacientes pudiesen sentirse más cómodos en dar sus opiniones.

La otra fuente posible de sesgo de información estaba prevista en el momento del diligenciamiento del cuestionario definitivo debido a la longitud del mismo y por esta razón esto podría generar diligenciamiento incompleto. Para este posible evento se concedió un tiempo amplio para el diligenciamiento del cuestionario y además se invitó al taller personal que les diera soporte a los asistentes para el diligenciamiento del cuestionario. En la sección de la encuesta nutricional se les dio además soporte con ayuda audiovisual y con personal del Departamento de Nutrición.

A pesar de esta medida, la encuesta nutricional no se diligenció en el 100% en forma satisfactoria y esto pudo ser debido a falta de comprensión de la encuesta, fatiga de las encuestadas ya que la encuesta se hacía al final del cuestionario o posiblemente esta encuesta está diseñada para aplicarla a grupos más pequeños en número de integrantes.

Limitaciones del estudio

1. La naturaleza transversal de las mediciones no permite establecer relaciones de causalidad en las asociaciones observadas.
2. El cuestionario de recolección de la información es bastante extenso y esto aumenta las probabilidades de diligenciamiento incompleto.

3. El cuestionario sobre nutrición y medición del calcio en los alimentos fue llenado de forma deficiente y por eso solo pudieron ser tenidas en cuenta para el análisis, 359 encuestas de las 409 del total del estudio.
4. En cuanto hábitos (cigarrillo, café, alcohol) y tratamientos de la menopausia (hormonal y terapias alternativas no hormonales) que son importantes como prácticas saludables y no saludables de la menopausia no se tuvieron en cuenta porque de haberlo hecho en forma adecuada extendería muchísimo más el cuestionario de lo que estaba.
5. Otro campo importante en el climaterio es la sexualidad y tampoco se exploró a profundidad porque también implicaría una extensión importante en el cuestionario.
6. La evaluación de conocimientos con la escala en mención mostró valores de consistencia interna un poco bajos (alfa: 0.50). Esto podría generar un sesgo en los resultados relacionados con los conocimientos sobre la menopausia.

Conclusiones

1. El nivel global de conocimientos de esta población de estudio fue de tipo intermedio. Un 21% de la misma tiene prácticamente un desconocimiento completo de la menopausia.
2. Se encontró una tendencia a tener un mejor nivel de conocimientos en las mujeres con niveles de educación superior, pertenecientes a estratos sociales altos y que se encuentran viviendo la menopausia.
3. Se observó una tendencia más pesimista y menos positiva hacia las consecuencias que puede ocasionar la menopausia en la vida de las mujeres.
4. La pérdida del atractivo físico, disminución de oportunidades de trabajo y cambio en las relaciones con la familia fueron los ítems que más incidieron sobre una actitud más negativa sobre la menopausia, debido a que estos eventos se evalua-

ron con una alta probabilidad de suceso y con consecuencias negativas para la vida de las mujeres.

5. La percepción de la menopausia a través de las creencias giró alrededor de un punto medio entre las creencias positivas y las creencias negativas.
6. Las posibilidades de acceso al servicio de salud con el fin de obtener información y orientación sobre la menopausia con bastante deficientes tanto en la calidad como en las oportunidades.
7. La información sobre menopausia que reciben las mujeres directamente de su médico es también muy deficiente y esto expone a esta población a que acuda a otras fuentes de información procedente de los medios de comunicación que también brindan una información incompleta y superficial, en muchas ocasiones sesgadas por las creencias y mitos culturales que se tienen al respecto.
8. La actividad física medida a través el Test de IPAQ, en las modalidades de caminar, ejercicio moderado y ejercicio vigoroso fue baja.
9. La ingesta de calcio tanto diaria como semanal de esta muestra poblacional estuvo por debajo de los requerimientos recomendados para mujeres en esta época de la vida.

Recomendaciones

Se sugiere afinar y mejorar el instrumento de medida en algunas de sus escalas en la siguiente forma:

1. La escala de conocimientos necesita mejoría de su consistencia interna y podría lograrse agregándole otros ítems y otras preguntas diferentes a las planteadas en el cuestionario, como por ejemplo ítems relacionados con toda la sintomatología vasomotora del climaterio, sobre terapia y sexualidad. Luego, someter nuevamente esta escala a un estudio piloto y conseguir de nuevo el aval de los expertos.
2. Los ítems que conforman las escalas de actitud y creencias hacia la menopausia

podrían ser evaluadas a través de un análisis factorial para reducción de datos o información, dejando aquella que tenga un peso importante o sea representativa del dominio que se quiere evaluar (actitud o creencia).

3. La encuesta nutricional no se recomienda ser aplicada a grupos grandes de pacientes, en la forma que se hizo en este estudio, porque el llenado de la encuesta va a ser deficiente. Se recomienda para ser aplicada en forma de entrevista personal y con la ayuda de los modelos alimentarios que se utilizaron en el estudio. Se podría aplicar como máximo a grupos de 10 pacientes asistidos por una persona adiestrada.
4. El diseño de estrategias pedagógicas dirigidas al fortalecimiento de las creencias positivas, y reducción de las creencias negativas podrían resultar en una herramienta útil para la promoción del uso de servicios de salud como práctica saludable en la menopausia.
5. Es posible promover la actividad física a través del fortalecimiento de los conocimientos, favorabilidad hacia la menopausia y creencias positivas. Este punto es muy importante si se tiene en cuenta que el problema de salud más importante que se presenta en la menopausia es el relacionado con el área cardiovascular, y el ejercicio juega un papel de suma importancia como hábito saludable y profiláctico.
6. Diseño de conferencias y talleres dirigidos a desmitificar el mal uso de los suplementos de calcio y orientar el uso de los complementos, productos naturales y alternativos utilizados para el manejo de la menopausia.
7. Se sugiere el trabajo en talleres formativos e informativos que incluya las siguientes temáticas: tabaquismo y los efectos en la menopausia, cambios en la dimensión de la sexualidad, las relaciones familiares y sociales y aspectos cardiovasculares asociados a la menopausia.

En resumen: en el presente estudio se encontró una población climatérica seleccionada al

azar, representativa de una EPS de la ciudad de Bogotá, que tiene unos conocimientos regulares sobre la menopausia; que tienen una percepción más pesimista y menos positiva hacia la menopausia; que hace poco ejercicio, que tiene una ingesta de calcio baja, que recibe una información inadecuada de la misma y no se encuentra en terapia hormonal de reemplazo.

Todas estas características hacen que esta sea una población vulnerable a desarrollar problemas de salud en el futuro, si no se toman medidas preventivas desde ahora.

Finalmente, a pesar de ser un estudio descriptivo de corte transversal, hace aportes importantes para incrementar el conocimiento en el área de la menopausia y el climaterio, esto teniendo en cuenta que no existen estudios elaborados con esta metodología en nuestro ámbito nacional. Por otra parte, los objetivos del estudio se cumplieron porque sus resultados van a ser utilizados para generar nuevos estudios y para diseñar estrategias de educación en menopausia más acordes a las necesidades de nuestra población. Por ser un estudio novedoso en su metodología podrá servir de referencia para otros investigadores que estén trabajando en este campo.

Agradecimientos

Queremos agradecer al Centro de Estudios e Información en Salud de la Fundación Santa Fe por su soporte académico, financiero y logístico, a la Unidad de Epidemiología Clínica de la Universidad Javeriana por el soporte epidemiológico en el diseño de este estudio y a la Organización Sanitas Internacional por haber facilitado la base de datos de sus afiliados a la EPS en la cual se llevó a cabo el presente estudio.

Referencias

1. NAMS Achieving Long-Term Continuance of Menopausal ERT/HRT: Consensus Opinion of the North American Menopause Society. *Menopause* 1998; 5: 69-76.
2. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica* 2003; 34: 186-195.

3. González O, Arteaga E, Contreras P. *Menopausia y Longevidad – Perspectiva Clínica y Epidemiológica en Latinoamérica*. Santiago de Chile, Chile, Ed Bywaters, 1998.
4. Fredman M, Walton-Moss B, Zacur H. *Health, Hormones and Happiness – Creating Wellness for Midlife and Beyond*. The Johns Hopkins University School of Medicine and the Institute for Johns Hopkins Nursing. Baltimore. Ed QMC, 2001.
5. World Health Organization. *Research of the menopause, report of a WHO stientific group*. Ginebra; WHO Technical Report Series No. 670, 1995.
6. Ajzen, I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50: 179-211.
7. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
8. Corner M, Sparks P. The Theory of Planned Behavior and health behaviors. Predicting health behavior. En: Conner, M & Norman, P (Eds). *Research and practice with social cognition models*. Buckingham. UK: Open University Press. 1996; 121-162.
9. Flores E., Tschann, J.M., Van Oss B. Latin adolescent: predicting intention to have sex. *Adolescence* 2002; 37: (48) 659-679.
10. Kaufert P, Boggs P, Ettinger B. Women and Menopause: Beliefs, Attitudes, and Behaviors. The North American Menopause Society 1997 Menopause Survey. *Menopause* 1998; 5: 197-202.
11. Hunter M., Lih Mei Liao K. Intentions to use hormone replacement therapy in a community sample of 45-years old women. *Maturitas* 1994; 20: 13-23.
12. Borda C. *Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2005*. ICBF. Ed Panamericana 1ª. Ed, Noviembre, 2006. Forma e Impresos SA ISBN 9789586230872.
13. Perdomo, MP. Nutrición y menopausia: enfoque actual. *Rev Col de Menop* 1998; 4(1): 7-15.
14. International Physical Study. International Physical Activity Questionnaire. 2002. Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/>
15. Craig CL, Marshal AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003; 35: 1381-1395.
16. Muñoz J. *Análisis Cualitativo de datos con Atlas/ti*. v.2.4 Mayo 2003. <http://www.incluirong.org.ar/docs/manualatlas.pdf>.
17. OPS. *ProPAN: Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño*. Universidad de Emory, EEUU; Instituto de Investigación Nutricional, Perú; Instituto Nacional de Salud Pública, México y Organización Panamericana de la Salud, EEUU. Octubre 2003. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/nu/ProPAN-index.htm>.
18. Monterrosa A, Barrios J, Bello AM. Conocimientos y creencias sobre menopausia en mujeres mayores de 40 años de edad, naturales del Palenque de San Basilio, Bolívar, Colombia. *Rev Col de Menop* 1999; 5: 37-46.
19. Vera AH, Renteria S. Conceptos y Creencias sobre Menopausia. Estudio en 240 mujeres distribuidas en dos grupos de edades. *Rev Col de Menop* 1996; 2: 38-69.
20. Ossa JE, Penagos GS, Gutiérrez F, Uribe F, Botero JE. Menopausia: actitudes y conocimientos en un grupo de médicos internos, de la facultad de Medicina, de la Universidad de Antioquia. *Rev Col Obst Ginecol* 2000; 51: 89-92.
21. Moreno-Escallón B. Educación en Salud a la mujer en climaterio. ¿Vale la pena? ¿Tiene algún impacto? *Rev Col de Menop* 2000; 6: 49-58.
22. Anderson, D. Posner, N. Relationship between psychococial factors and heath behaviors for women experiencing menopause. *Int. J. Nursing Practice* 2002; 8: 265-273.
23. Meeting Abstracts of the 12th World Congress on the Menopause. *Climateric* 11 (Supp 2) ISSN 1369-7137, May. 2008.
24. Pan H.A, Wu M.H, Hsu, C.C, Yao BL, Huang K.E. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 2002; 41: 269-274.
25. Utian WH, Schiff I. NAMS-Gallup Survey on Women's Knowledge, information Sources, and Attitudes to Menopause and Hormone Replacement Therapy. *Menopause* 1994; 1: 39-48.
26. Sierra-Bravo R. *Escalas de las Ciencias sociales en Técnicas de investigación Social y ejercicios*. Madrid, Paraninfo, 1985; 339.

27. López H. *Creencias y Actitudes. El cambio social, en Sociolingüística*. Madrid. Ed. Redos, 1989; 233.
28. Zimbardo PG, Ebbesen EB, Maslach C. *Examen de las teorías de la actitud y el cambio de la conducta en: Influencias sobre las actitudes y modificación de conducta. Introducción al método y el poder personal*. Bogotá Fondo educativo interamericano 41, 1982.
29. Liao KLM, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas* 1998; 29: 215-224.
30. Navarro E. *Conocimientos, Actitudes, y Practicas sobre el Sida*. [www.universia.net.co/vih-sida/pedagogica/conocimientos-actitudes y prácticas sobre el sida.html](http://www.universia.net.co/vih-sida/pedagogica/conocimientos-actitudes-y-practicas-sobre-el-sida.html).
31. Fernández MA. Conocimientos, creencias y prácticas en relación a la Amebiasis Intestinal. *Rev Cub Med* ISSN 0034-7523, 1998.
32. Cabeza E, Catalán G. Conocimientos, Creencias, y Actitudes de la Población femenina de Mallorca respecto al cáncer. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 489-499.
33. Gómez LF, Duperly J, Lucumi Y, Gómez R. Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia) . Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2005; 19: 206-213.
34. Bush TL. The Epidemiology of cardiovascular disease in postmenopausal women. *Ann NY Acad Sci* 1990; 592: 263-271.
35. Gorodeski GI, Utian WH. Epidemiology and risk factors of cardiovascular disease in postmenopausal women. In: Lobo RA, ed. *Treatment of the Postmenopausal woman: Basic and clinical aspects*. 2nd. ed Philadelphia, PA; Lippincott Williams & Wilkins. 1999; 331-360.
36. Gómez G. y Alfaro S. Nutrición y menopausia. *Rev Col de Menop*. 2002; 8(2): 126-144.
37. Uriza G, Alwer R., Guerra O., Onatra W, Sánchez C. Recomendaciones para el manejo del Climaterio en el ISS. *Rev Col de Menop* 1998; 4(1): 18-24.

Calidad de vida alterada entre mujeres de edad media: un estudio multicéntrico latinoamericano*

PETER CHEDRAUI**, JUAN E. BLÜMEL**, GERMÁN BARÓN**, EMMA BELZARES**, ASCANIO BENCOSME**, ANDRÉS CALLE**, LUIS DANCKERS**, MARÍA T. ESPINOZA**, DANIEL FLORES**, GUSTAVO GÓMEZ**, JOSÉ A. HERNÁNDEZ-BUENO**, HUMBERTO IZAGUIRRE**, PATRICIA LEÓN-LEÓN**, SELVA LIMA**, EDWARD MEZONES-HOLGUÍN**, ÁLVARO MONTERROSA**, DESIRE MOSTAJO**, DAYSI NAVARRO**, ELIANA OJEDA**, WILLIAM ONATRA**, MONIQUE ROYER**, EDWIN SOTO**, KONSTANTINOS TSEROTAS**

RESUMEN

Introducción: diversos estudios indican que la calidad de vida (QOL) se encuentra alterada en mujeres de edad media. La valoración de la QOL utilizando una herramienta única validada en mujeres latinoamericanas no se ha reportado a gran escala hasta la fecha.

Objetivo: la Escala de Puntuación en Menopausia (*Menopause Rating Scale*, MRS) fue utilizada para valorar la QOL en mujeres latinoamericanas de edad media y determinar factores asociados con síntomas menopáusicos severos (alteración QOL).

Métodos: en este estudio de corte transversal, a 8373 mujeres sanas de 40 a 59 años de edad, que acompañaban a pacientes a centros de salud en 18 ciudades en 12 países latinoamericanos, se les solicitó que llenaran el MRS y un cuestionario sobre datos socio-demográficos de ella y de su pareja.

Resultados: la edad promedio de toda la muestra fue de 49.1 ± 5.7 años (mediana 49); 62.5% tenía 12 o menos años de estudio, 48.8% eran posmenopáusicas y 14.7% recibían terapia hormonal (HT). La media del puntaje total de la MRS ($n = 8373$) fue 11.3 ± 8.5 (mediana 10); para la subescala somática, 4.1 ± 3.4 ; la subescala psicológica, 4.6 ± 3.8 y la subescala urogenital, 2.5 ± 2.7 . La prevalencia de mujeres que presentaban calificaciones totales de MRS moderadas a severas fue alta (>50%) en todos los países, siendo Chile y Uruguay aquellos con los porcentajes más altos (80.8% y 67.4%, respectivamente). La regresión logística determinó que la alteración en la QOL (calificación severa total de MRS = 17) se asoció con el uso de terapias alternativas para la menopausia (OR: 1.47, IC 95% 1.22 - 1.76, $p = 0.0001$), el uso de drogas psiquiátricas (OR: 1.57, IC 95% 1.29-1.90, $p = 0.0001$), asistir a consulta con un psiquiatra (OR: 1.66, IC 95% 1.41-1.96, $p = 0.0001$), ser posmenopáusica (OR: 1.48, IC 95% 1.29-1.69, $p = 0.0001$), tener 49 años o más (OR: 1.24, IC 95% 1.08-1.42, $p = 0.001$), vivir a grandes alturas (OR: 1.43, IC 95% 1.25-1.62, $p = 0.0001$) y tener un compañero con disfunción eréctil (OR: 1.69, IC 95% 1.47-1.94, $p = 0.0001$) o eyaculación prematura (OR: 1.34, IC 95% 1.16-1.55, $p = 0.0001$). Menor riesgo de alteración de la QOL se relacionó con vivir en un país con menos ingreso (OR: 0.77, IC 95% 0.68-0.88, $p = 0.0002$), el uso de HT (OR: 0.65, IC 95% 0.56-0.76, $p = 0.0001$) y adherirse a hábitos saludables (OR: 0.59, IC 95% 0.50-0.69, $p = 0.0001$).

Conclusión: hasta donde conocemos este es el primero y el más grande estudio que evalúa la QOL en una serie climática latinoamericana, con una alta prevalencia de alteración debida

* Tomado de Maturitas 2008; 61: 323-329.

** Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio (REDLINC).
Traducción del inglés Germán Barón C. MD

a características femeninas y masculinas individuales y a la demografía de la población estudiada.

ABSTRACT

Background: several studies indicate that quality of life (QOL) is impaired in middle aged women. Assessment of QOL using a single validated tool in Latin American climacteric women has not been reported to date at large scale.

Objective: the Menopause Rating Scale (MRS) was used to assess QOL among middle aged Latin American women and determine factors associated with severe menopausal symptoms (QOL impairment).

Methods: in this cross-sectional study, 8373 healthy women aged 40 ± 59 years, accompanying patients to healthcare centres in 18 cities of 12 Latin American countries, were asked to fill out the MRS and a questionnaire containing socio-demographic, female and partner data.

Results: mean age of the entire sample was 49.1 ± 5.7 years (median 49), a 62.5% had 12 or less years of schooling, 48.8% were postmenopausal and 14.7% were on hormonal therapy (HT). Mean total MRS score ($n = 8373$) was 11.3 ± 8.5 (median 10); for the somatic subscale, 4.1 ± 3.4 ; the psychological subscale, 4.6 ± 3.8 and the urogenital subscale, 2.5 ± 2.7 . The prevalence of women presenting moderate to severe total MRS scorings was high ($>50\%$) in all countries, Chile and Uruguay being the ones with the highest percentages (80.8% and 67.4%, respectively). Logistic regression determined that impaired QOL (severe total MRS score =17) was associated with the use of alternatives therapies for menopause (OR: 1.47, 95% CI [1.22-1.76], $p = 0.0001$), the use of psychiatric drugs (OR: 1.57, 95% CI [1.29-1.90], $p = 0.0001$), attending a psychiatrist (OR: 1.66, 95% CI [1.41-1.96], $p = 0.0001$), being postmenopausal (OR: 1.48, 95% CI [1.29-1.69], $p = 0.0001$), having 49 years or more (OR: 1.24, 95% CI [1.08-1.42], $p = 0.001$), living at high altitude (OR: 1.43, 95% CI [1.25-1.62], $p = 0.0001$) and having a partner with erectile dysfunction (OR: 1.69, 95% CI [1.47-1.94], $p = 0.0001$) or premature ejaculation (OR: 1.34, 95% CI [1.16-1.55], $p = 0.0001$). Lower risk for impaired QOL was related to living in a country with a lower income (OR: 0.77, 95% CI [0.68-0.88], $p = 0.0002$), using HT (OR: 0.65, 95% CI [0.56-0.76], $p = 0.0001$) and engaging in healthy habits (OR: 0.59, 95% CI [0.50-0.69], $p = 0.0001$).

Conclusion: to the best of our knowledge this is the first and largest study assessing QOL in a Latin American climacteric series with a high prevalence of impairment related to individual female and male characteristics and the demography of the studied population.

1. Introducción

El climaterio femenino se asocia a cambios biológicos, psicológicos y sociales significativos que pueden conducir a una calidad de vida (QOL) alterada¹⁻³. Esta alteración ha sido evaluada con diversos instrumentos específicamente diseñados para tal fin⁴⁻⁸. En este sentido se puede mencionar la Escala de Puntuación en Menopausia (*Menopause Rating Scale*, MRS), una escala de QOL en menopausia relacionada específicamente con salud, que fue desarrollada inicialmente a comienzos de los noventa para medir la severidad de las quejas relaciona-

das con edad/menopausia por una calificación de un perfil de síntomas⁹⁻¹¹. Análisis factorial y métodos estadísticos fueron aplicados para finalmente identificar tres dimensiones de síntomas/quejas: una psicológica, una somática-vegetativa y un factor urogenital, que explicaban 59% de la varianza total. Esto es indicativo de una alta eficiencia de la escala, requiriendo tan solo 11 ítems –comparada con otras escalas internacionales¹². Esta escala ha sido validada recientemente en poblaciones climatéricas sanas de Latinoamérica, en donde la edad, la menopausia, la inactividad sexual y el nivel educativo se han determinado como factores de

riesgo para predecir síntomas más severos de la menopausia y por ende QOL alterada^{13,14}. A pesar de ello, hasta la fecha la evaluación de la QOL utilizando una herramienta validada no se ha realizado a gran escala dentro de la población climaterica latinoamericana.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la QOL entre mujeres latinoamericanas de edad media con la MRS para determinar los factores asociados con su alteración (síntomas menopáusicos severos).

2. Métodos

2.1 Participantes

Entre noviembre de 2006 y febrero de 2007 se llevó a cabo un estudio de corte transversal en 22 centros en 18 ciudades con poblaciones de más de 500.000 habitantes en 12 países de Latinoamérica (ver “Lista de países participantes e investigadores”). El tamaño de la muestra fue establecido con base en el hecho que la menopausia afecta a todas las mujeres y ocurre aproximadamente entre 40 y 59 años de edad. Utilizando software estadístico se calculó una muestra mínima de 380 por centro, considerando que cada centro cubriría una población estimada de 50.000 mujeres¹⁵ y asumiendo que 50% de la población encuestada presentaría síntomas menopáusicos¹³ con un error estimado de 5% e intervalo de confianza de 95%.

Para registrar todos los datos, previamente se construyó y validó un cuestionario en 50 mujeres antes de implementarlo en los centros afiliados a la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio (REDLINC) que participarían en este estudio, llamado el Estudio REDLINC IV, cuya intención era evaluar la QOL en mujeres latinoamericanas de edad media. Los aspectos metodológicos así como los resultados de los estudios I y II han sido publicados recientemente^{16,17}. Los criterios de inclusión fueron mujeres hispanas (no negras) sanas de 40 a 59 años de edad que acompañaban a pacientes a los centros de salud. Poblaciones indígenas, mujeres embarazadas y aquellas que no consintieron en participar o que eran incapaces de entender los ítems incluidos en el cuestionario fueron excluidas. A las mujeres que

cumplieron con los criterios de inclusión se les solicitó que llenaran la MRS y un cuestionario de datos generales luego de ser informadas sobre la investigación, su propósito, la MRS y su contenido. Luego de consentir la participación y de llenar el cuestionario, recibieron soporte adicional. El protocolo de esta investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la fundación PROSAM, Santiago de Chile, Chile.

2.2 Variables incluidas en el cuestionario general

2.2.1. Datos generales

Edad (años), paridad número de centro de REDLINC (ciudad y país), estado de menopausia (pre, peri o pos), estado civil, nivel educativo (expresado en años de escolaridad), acceso al sistema de salud (gratis o costo mínimo [$<25\%$ de la tarifa de consulta privada] o paga [pagando más del costo mínimo]). La localización geográfica del país (alta o baja altitud) y el producto interno bruto *per capita* (PIB) fueron evaluados y registrados. El PIB se usó para evaluar las diferencias económicas entre los centros¹⁸ (Tabla 1). La mayor altitud y el menor ingreso del país han sido reportados como factores relacionados con una edad más temprana de presentación de la menopausia¹⁶. La edad de la mujer y el estado menopáusicos se han reportado como factores implicados en el compromiso de la QOL^{5,19}. El nivel educativo insuficiente (para la mujer o su compañero) fue considerado como tener 12 o menos años de estudio²⁰.

2.2.2. Estilo de vida y otros factores personales

Incluidos en esta sección estuvieron el hábito de fumar (actual, alguna vez, no fumadora), asistencia a una iglesia, historia de abuso sexual y si en la actualidad cuenta con una pareja o está adherida en hábitos saludables. El estilo de vida saludable se ha relacionado con mejor QOL²¹.

2.2.3. Cuidado médico y medicamentos

Síntomas depresivos y uso de terapia hormonal (TH) son factores que predicen la QOL durante la transición de la menopausia^{22,23}. Por ende la tasa de mujeres que buscan atención psiquiátrica, así como el uso de drogas psicotrópicas y TH o

Tabla 1. Socio-demografía, uso de HT y tasa de consumo de cigarrillo en los diferentes centros ($n = 8373$).

Investigador (país, ciudad)	PIB US\$ (millones)	Educación \leq 12 años (%)	Salud sin costo (%)	Cigarrillo (%)	Uso HT (%)	Posmenopausia (%)
Todos ($n = 8373$)	4281 ^a	62.5	56.2	17.4	14.7	48.8
Argentina	4747					
Buenos Aires		70.4	51.9	40.3	9.8	58.5
Bolivia	990.1					
Santa Cruz		63.7	22	20.7	26.6	40.1
Cochabamba (centro 1)		38.4	21.8	27.4	24.7	51.1
Cochabamba (centro 2)		32.1	54.5	7.1	1.6	34.5
Colombia	2663.2					
Cali		76.9	46.2	13.4	20.7	52
Cartagena		93.6	67.3	17.3	5.6	42.8
Bogotá (centro 1)		84.9	71	10.7	12.3	46.5
Bogotá (centro 2)		92.2	90.1	12.3	3.9	26.1
Chile	7084.8					
Santiago		69.5	79.2	51.4	6.2	45.1
Cuba	2850.2					
La Habana		62.4	100	34.9	4.5	45.9
República Dominicana	3815.1					
Santiago de los Caballeros		68.5	47.4	15.6	8.5	51.1
Ecuador	2761.2					
Quito		57.4	72.1	7.9	17.9	45
Guayaquil (centro 1)		44.8	64.4	13.1	19.3	39.7
Guayaquil (centro 2)		33.6	0	19.8	15.3	40.2
México	7239.4					
Ciudad de México		62.4	67.9	32.9	8.4	50.3
Panamá	4796.6					
Ciudad de Panamá		48.5	69.7	6.8	13.9	49.5
Perú	2840.5					
Piura		77.6	100	6.3	16.9	46.6
Cuzco		45.1	64.2	13	19.4	39.6
Lima (centro 1)		48.1	0	9.8	26.2	82
Lima (centro 2)		81.6	72.4	8.2	8.7	47.4
Uruguay	4860.2					
Montevideo		58.9	0.5	1.6	38.9	77.1
Venezuela	5274.9					
Caracas		65.3	73.2	13.9	13.4	63.2

^a Producto interno bruto (PIB) para el año 2005 de los países participantes es dado: fuente CEPAL [18]. PIB mediano ajustado: US \$ 4281 millones.

terapias alternativas para la menopausia fueron evaluadas.

2.2.4. Datos relacionados con la pareja

La edad de la pareja (años), los años de escolaridad (total de años), su salud, sus creencias, la presencia de alcoholismo o disfunción sexual (eréctil o eyaculación precoz) fueron evaluadas. La disfunción eréctil fue definida como la incapacidad persistente o recurrente de lograr o mantener la erección de manera tal que permita un coito satisfactorio²⁴, mientras que eyaculación precoz se consideró como la eyaculación persistente o recurrente luego de estímulo sexual mínimo antes, durante o corto tiempo después de la penetración o antes del deseo del individuo de lograrlo²⁵.

2.3 Definiciones del estado menopáusico

Con respecto al estado menopáusico las siguientes definiciones fueron utilizadas: premenopáusica (mujer con menstruaciones regulares); perimenopáusica (irregularidades > 7 días de su ciclo normal) y posmenopáusica (sin menstruaciones en los últimos 12 meses)²⁶. Aquellas mujeres con ooforectomía bilateral fueron consideradas como posmenopáusicas.

2.4 La escala de puntuación de menopausia

La MRS está compuesta de 11 ítems que evalúan los síntomas de la menopausia divididos en tres subescalas: (a) *somática*: oleadas de calor, palpitaciones, trastornos del sueño y problemas musculares y articulares (ítems 1-3 y 11, respectivamente); (b) *psicológica*: ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y agotamiento físico y mental (ítems 4-7 respectivamente); y (c) *urogenital*: problemas sexuales, de la vejiga y resequead de la vagina (ítems 8-10, respectivamente). Cada ítem puede ser calificado por la persona de 0 (ausente) a 4 (1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo, 4 = muy severo). Para un individuo particular, el puntaje total de cada subescala es la suma de cada ítem calificado en esa subescala. Un puntaje total de 9 a 16 fue considerado como moderado e igual a 17, severo²⁷. La MRS ha sido traducida a más de 27 idiomas. Para el propósito de esta investigación se utilizó la versión en español²⁸, que ha sido validada en Ecuador y Chile^{13,14}. Más detalles sobre la escala, su puntuación y calificación están especificados en otro lado^{11,27}.

2.5. Análisis estadístico

El análisis fue hecho utilizando el software estadístico EPI-INFO 2000 (Centros para el Control de Enfermedades, Atlanta, GA, Estados Unidos; OMS, Basilea, Suiza). Los datos son expresados como media \pm desviaciones estándar (D.S.), medianas y porcentajes. El cálculo de chi cuadrado fue utilizado para comparar datos categóricos. Factores de riesgo para mayor puntaje en la MRS y por ende QOL alterada, fueron analizados usando regresión logística. Para esto el puntaje total como variable continua fue transformado en una categórica y, ahora considerados como casos aquellos que exhibieron calificaciones iguales a 17 (puntaje severo en MRS). Las variables independientes ingresadas en el modelo de regresión fueron: residencia a gran altura (2000 m sobre el nivel del mar), país con bajo PIB per capita (4281 millones de dólares americanos, mediana) y acceso a sistema de salud gratis (*socio-demográficas*); edad mayor (49 años, mediana), mayor paridad (2, mediana), baja escolaridad (12 años), estado civil (casada o no), estado posmenopáusico, estado de consumo de cigarrillo, uso de medicación (TH, alternativas para menopausia, psiquiátrica), si asiste a consulta con un psiquiatra, comprometida con hábitos saludables y/o teniendo pareja estable (*femeninos*); y edad de la pareja, baja escolaridad (12 años), alcoholismo, salud, creencias, eyaculación precoz, disfunción eréctil (*masculinos*). El ingreso de las variables al modelo se consideró con un nivel de significancia de 20% y el procedimiento realizado por paso. Un valor de $p < 0.05$ se consideró como estadísticamente significativo.

3. Resultados

Durante el lapso del estudio un total de 8394 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión y fueron encuestadas. De ellas, 21 fueron excluidas debido a datos incompletos, quedando un total de 8373 encuestas para el análisis estadístico. La edad promedio de la totalidad de la muestra fue 49.1 ± 5.7 años (mediana 49) y el nivel medio de educación 11.6 ± 4.4 años. El uso de terapias alternativas para la menopausia y de drogas psicotrópicas fue de 7.6% y 8%,

respectivamente. La socio-demografía (PIB, educación alcanzada, tipo de sistema de salud), consumo de cigarrillo y tasa de uso de TH en los centros participantes se muestran en la Tabla 1. Del total de la muestra, 54.5% eran casadas y 62.5% tenían 12 o menos años de educación. Diferencias significativas se observaron entre los centros en las distintas ciudades, por ejemplo 32.1% tenía 12 o menos años de educación en Cochabamba (Bolivia centro 2), mientras que en Cartagena (Colombia) esta figura fue de 93.6%. Más de la mitad (56.2%, rango 0 a 90.1%) de las mujeres encuestadas estaban afiliadas a sistemas de salud sin costo o parcialmente subsidiados. Con respecto al estado de menopausia en la serie total, 31.6% eran premenopáusicas, 19.6% perimenopáusicas, 48.8% posmenopáusicas, 7.7% tenía historia de ooforectomía bilateral y 16.3% solo de histerectomía. Adicionalmente, 27.4% de los centros participantes estaban localizados a gran altura (2000 m sobre el nivel del mar) y 72.7% tenían PIB por debajo de la mediana para Latinoamérica (US \$ 4281 millones, año 2005). Del total de la muestra, 17.4% eran fumadoras actuales y 14.7% usaban TH. Estas figuras variaron entre los centros, desde 1.6% en Montevideo (Uruguay) hasta 51.4% en Santiago de Chile (Chile) para consumo de cigarrillo y de 1.6% en Cochabamba (Bolivia centro 2) a 38.9% en Montevideo (Uruguay) para uso de TH.

Otros aspectos relacionados con las mujeres encuestadas incluyen: adheridas a hábitos saludables (90.5%), asistencia regular a la iglesia (57.9%), consultando a un psiquiatra (11.6%) e historia de abuso sexual (4.4%). Respecto a la pareja ($n=6909$), se encontró que la edad promedio era 51.6 ± 8 años (mediana: 51, rango 19 a 90), nivel educativo medio 12.4 ± 4.6 años (54.2% tenía 12 o menos años), 11.5% tenía alcoholismo, 68.5% eran sanos, 60.8% eran creyentes y 17.6% tenía disfunción eréctil y 16% eyaculación precoz.

Los promedios de las calificaciones totales y de las subescalas de MRS y la prevalencia de calificaciones totales moderadas a severas en relación con el país están desglosadas en la Tabla 2. Como se puede observar, en general más del 50% de las mujeres en todos los países presentaron puntaje moderado a severo, siendo Chile y Uruguay los

países con mayores porcentajes (80.8% y 67.4%, respectivamente). La calificación total promedio de la MRS fue 11.3 ± 8.5 (mediana 10, rango 0-44); subescala somática: 4.1 ± 3.4 (mediana 4, rango 0-16); subescala psicológica: 4.6 ± 3.8 (mediana 4, rango 0-16) y subescala urogenital: 2.5 ± 2.7 (mediana 2, rango 0-12). Las calificaciones total, somática y psicológica de la MRS fueron más altas en Chile, mientras que la calificación promedio urogenital fue más elevada en Ecuador.

La regresión logística determinó que la QOL alterada (calificación total severa de la MRS =17) se asoció al uso de terapias alternativas para la menopausia (OR: 1.47, IC 95% [1.22 ± 1.76], $p = 0.0001$), el uso de drogas psiquiátricas (OR: 1.57, IC 95% [1.29 ± 1.90], $p = 0.0001$), ir a consulta de psiquiatría (OR: 1.66, IC 95% [1.41 ± 1.96], $p = 0.0001$), ser posmenopáusica (OR: 1.48, IC 95% [1.29 ± 1.69], $p = 0.0001$), tener 49 años o más (OR: 1.24, IC 95% [1.08 ± 1.42], $p = 0.001$), vivir a grandes alturas (OR: 1.43, IC 95% [1.25 ± 1.62], $p = 0.0001$) y tener un compañero con disfunción eréctil (OR: 1.69, IC 95% [1.47 ± 1.94], $p = 0.0001$) o eyaculación precoz (OR: 1.34, IC 95% CI [1.16 ± 1.55], $p = 0.0001$). Menor riesgo para QOL alterada se relacionó con vivir en un país con menor ingreso (OR: 0.77, IC 95% [0.68 ± 0.88], $p = 0.0002$), usar HT (OR: 0.65, IC 95% [0.56 ± 0.76], $p = 0.0001$) y adherirse a hábitos saludables (OR: 0.59, IC 95% [0.50 ± 0.69], $p = 0.0001$) (Tabla 3).

4. Discusión

El panorama demográfico de Latinoamérica y el Caribe está actualmente evolucionando a un paso que se espera, incrementemente en los próximos años. A medida que aumenta la expectativa de vida en nuestra población, se espera que las mujeres pasen una proporción significativa de su vida deprivadas de estrógenos³. Para complicar más el panorama, la edad de presentación de la menopausia en Latinoamérica se ha demostrado que ocurre más temprano que en mujeres de Estados Unidos y Europa¹⁶. Por ende entre más temprano sea el comienzo de la menopausia, mayor la exposición a los efectos negativos del hipoestrogenismo y como consecuencia la QOL está sujeta a ser afectada más precozmente.

Tabla 2. Calificaciones totales y subescalas de la MRS y prevalencia de puntaje moderado- severo con relación al país estudiado.

País	MRS total	Somática	Psicológica	Urogenital	Puntaje moderado 9-16(%)	Puntaje severo ≥ 17 (%)	Moderado-Severo (%)
Todos (n=8373)	11.3 ± 8.5 ^a	4.1 ± 3.4	4.6 ± 3.8	2.5 ± 2.7	30.5	24.9	55.4
Argentina (n=378)	10.7 ± 8.7	3.9 ± 3.5	4.6 ± 4.0	2.2 ± 2.5	27.2	26.5	53.7
Bolivia (n=1132)	10.0 ± 7.7	3.5 ± 3.1	4.0 ± 3.0	2.4 ± 2.5	31.8	20.4	52.2
Colombia (n=1523)	11.0 ± 9.7	4.3 ± 3.8	4.4 ± 4.4	2.2 ± 2.7	23.6	24.7	48.3
Chile (n=370)	16.3 ± 8.5	5.8 ± 3.5	7.7 ± 4.4	2.7 ± 2.9	39.7	41.1	80.8
Cuba (n=375)	12.0 ± 9.4	4.5 ± 3.5	5.2 ± 4.4	2.3 ± 2.7	26.9	28.8	55.7
R. Dominicana (n=378)	10.9 ± 7.8	4.4 ± 3.4	4.0 ± 3.2	2.4 ± 2.4	34.1	22.5	56.6
Ecuador (n=1146)	11.8 ± 8.2	4.2 ± 3.2	4.6 ± 3.5	3.0 ± 2.9	34.4	25.7	60.1
México (n=380)	9.4 ± 7.7	3.4 ± 3.0	3.8 ± 3.5	2.2 ± 2.4	31.1	18.4	49.5
Panamá (n=396)	11.5 ± 8.1	4.9 ± 3.7	4.3 ± 3.5	2.3 ± 2.5	30.1	26.5	56.6
Perú (n=1535)	10.7 ± 8.0	3.5 ± 2.9	4.3 ± 3.4	2.9 ± 2.9	29.3	22.3	51.6
Uruguay (n=380)	13.0 ± 7.9	4.5 ± 2.8	5.6 ± 3.9	2.9 ± 2.6	36.3	31.1	67.4
Venezuela (n=380)	12.4 ± 8.1	5.0 ± 3.4	4.9 ± 3.8	2.5 ± 2.7	36.1	26.6	62.7

^a Media ± desviación estándar (D.S.)

Tabla 3. Factores socio-demográficos y femeninos/masculinos asociados con QoL alterada (calificación total de MRS = 17): análisis de regresión logística

Factores	Razón de disparidad (IC 95%)	valor p
Socio-demográficos		
Vivir a grandes alturas	1.43 (1.25 - 1.62)	0.0001
País con PIB bajo	0.77 (0.68 - 0.88)	0.0002
Femeninos		
Terapias alternativas para la menopausia	1.47 (1.22 - 1.76)	0.0001
Uso de drogas psiquiátricas	1.57 (1.29 - 1.90)	0.0001
Consulta con psiquiatría	1.66 (1.41 - 1.96)	0.0001
Estado posmenopáusico	1.48 (1.29 - 1.69)	0.0001
Mayor edad (= 49 años)	1.24 (1.08 - 1.42)	0.001
Uso de HT	0.65 (0.56 - 0.76)	0.0001
Adherida a hábitos saludables	0.59 (0.50 - 0.69)	0.0001
Masculinos		
Eyacuación precoz	1.34 (1.16 - 1.55)	0.0001
Disfunción eréctil	1.69 (1.47 - 1.94)	0.0001

Ante este escenario, junto con el factor de una población que evoluciona rápidamente, el delinear los factores relacionados con la salud que alteran la QOL se convierte en una necesidad urgente para diseñar estrategias preventivas. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la QOL como “las percepciones individuales de su posición en la vida en el contexto de sistemas culturales y de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”²⁹, en la mayoría de los casos la aplicación rígida de esta nomenclatura no es factible a medida que el término incluye diversos constructos, incluyendo variables físicas, funcionales, emocionales, sociales y cognitivas; por lo tanto la QOL, incluyendo la relacionada con salud, varía de un individuo a otro y de una población a otra.

La QOL relacionada con la salud y, específicamente con síntomas de la menopausia, ha sido estudiada extensamente en el mundo desarrollado⁶⁻⁸. Por el contrario, la evaluación de la QOL en relación con la menopausia en Latinoamérica se ha evaluado solo en pequeñas series, en las que diversas herramientas han sido validadas^{3-5,13,14,30}. Hasta donde conocemos, este estudio de corte transversal es la primera y más grande serie latinoamericana que evalúa la QOL, incluyendo muchos países en la región y utilizando una herramienta específica y validada de evaluación de QOL, la llamada MRS. Las calificaciones totales y de las subescalas de la MRS encontradas en esta gran serie se correlacionan con aquellas encontradas previamente en series latinoamericanas más pequeñas que han usado el mismo instrumento en Ecuador¹³ y Colombia³¹. A pesar de esto, es importante resaltar en esta serie la alta prevalencia de mujeres en las que se encontró puntaje total moderado a severo en la MRS (QOL alterada), situación que fue más alta en Uruguay (67.4%) y Chile (80.8%). Los estándares de la MRS encontrados para Chile (Santiago de Chile) en la presente serie se correlacionan bien con aquellos encontrados previamente por Aedo y cols.¹⁴, que son más altos que los estándares internacionales reportados para Latinoamérica²⁷. Las calificaciones totales de la MRS más altas encontradas en Chile y Uruguay fueron debidas a mayor puntaje en la subescala psicológica (7.7 ± 4.4 y $5.6 \pm$

3.9 , respectivamente), también superiores al compararlas con el resto de países participantes. La urbanización, tal como otros han reportado^{32,33}, incrementa la prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad. Esto posiblemente podría explicar por lo menos en parte, el aumento en los estándares de MRS en Chile, más aún si se tiene en cuenta que Santiago de Chile es una ciudad altamente urbanizada y desarrollada comparada con otras ciudades en Latinoamérica y el hecho que la prevalencia de depresión en esta ciudad (posiblemente debido a su desarrollo) es cercana a 30%³⁴. Montevideo (Uruguay) tiene un perfil similar al de Santiago de Chile, aunque podría encontrarse contradictorio que el uso de HT en Uruguay fue el más alto de toda la serie. Se requiere más investigación en este sentido, especialmente si se tienen en cuenta las diversas condiciones demográficas (nivel educativo, tipo de acceso al sistema de salud, uso de HT, hábito de fumar, PIB nacional y localización geográfica de la ciudad) encontradas en muchos de los países participantes en esta serie latinoamericana.

Con respecto a la altitud, nuestro modelo de regresión encontró que las mujeres que viven a mayor altura fueron las de mayor riesgo para tener alterada su QOL (más síntomas de la menopausia). Una explicación puede sacarse de la observación que el porcentaje de mujeres perimenopáusicas fue mayor en las que habitan a grandes alturas (Quito, Cochabamba, Cuzco, Bogotá, $n = 2292$) que aquellas que viven a nivel del mar (23.7% frente a 18%, $p < 0.0001$); por ende se esperaría que estas mujeres (perimenopáusicas) fueran más sintomáticas, tal como ha sido reportado por otros previamente utilizando la misma herramienta³¹. La tendencia mencionada (mayor tasa de mujeres perimenopáusicas a mayor altura) permaneció igual cuando cada ciudad de gran altura se comparó con su contraparte de nivel del mar dentro del mismo país. Datos que unan la residencia a grandes alturas con síntomas más severos de la menopausia (QOL alterada) no se encuentran en la literatura. A pesar de nuestro hallazgo inicial, se requiere más investigación para poder establecer un mecanismo fisiopatológico válido, aparte de una mayor tasa de mujeres perimenopáusicas encontradas entre aquellas que viven en ciudades a

grandes alturas, que no sería más que la consecuencia de un sesgo de selección. En este sentido es importante mencionar que nuestro primer estudio REDLINC¹⁶ estableció que mujeres de 49 años de edad que vivían en ciudades situadas a más de 2000 m sobre el nivel del mar tenían mayor riesgo de ser menopáusicas y que la edad de la menopausia era más temprana en esas mujeres. Estos datos son acordes con los hallazgos de otros para ciudades de gran altura en Perú³⁵ y el Tíbet³⁶. Se podría lanzar la hipótesis de que las mujeres que viven a grandes alturas se convierten en posmenopáusicas más temprano; como consecuencia la tasa de mujeres perimenopáusicas sería mayor y por ende más sintomáticas, lo que explicaría la QOL alterada (calificaciones más altas en la MRS). La razón para la edad de la menopausia más temprana en mujeres que viven a grandes alturas es desconocida. Se debe mencionar que el diámetro de los folículos preovulatorios es menor en mujeres que viven a grandes alturas³⁷, lo que hace pensar que la altura puede influir en el desarrollo folicular. La hipoxia afecta el metabolismo de los folículos, estimulando la endotelina-1, que inhibe la luteinización del oocito³⁸ e incrementa la secreción de interleuquina-6³⁹, una citoquina comprometida en el desarrollo folicular. Adicionalmente, como resultado de la hipoxia, las mujeres que tienen una saturación de oxígeno en sangre por debajo de 85% tienen niveles disminuidos de estradiol⁴⁰ y progesterona³⁷. Claramente, el tiempo de residencia en la altitud (antigüedad) y la genética son componentes importantes en determinar la supervivencia y la QOL en esa gran altura⁴¹.

Contrario a reportes previos realizados en mujeres de edad media hispanas y no hispanas que soportaban el hecho que el bajo estrato socio-económico y la pobre educación incrementan la severidad de los síntomas de la menopausia^{3,13,42-44} y la disfunción sexual⁴⁵, el presente estudio demostró que las mujeres climatéricas provenientes de países con menor PIB disminuían el riesgo de presentar calificaciones más altas y por ende QOL alterada. Debido a la naturaleza multidisciplinaria de los factores de riesgo que predicen los síntomas de la menopausia, una explicación única para este hallazgo contradictorio es difícil de asegurar; sin embar-

go importante de mencionar es el hecho que en un estudio reciente, se encontró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 45 años era más alta en aquellas de estrato socio-económico alto⁴⁶. Por otro lado, la obesidad se ha determinado que es un factor de riesgo para síntomas de la menopausia incrementados en series hispanas⁴⁷ y no hispanas^{48,49}. En un estudio reciente que utilizó la herramienta MRS, Kakkar y cols.⁵⁰ determinaron que mujeres indias trabajadoras parecían sufrir más de síntomas psicológicos, mientras que las mujeres no trabajadoras mostraban una mayor incidencia de síntomas psicológicos y somáticos. Las mujeres educadas mostraron una menor incidencia de síntomas psicológicos y somáticos, situación que se correlaciona con los hallazgos del presente estudio. Contrario a esto, otros han determinado que el bajo nivel educativo, sugiriendo un bajo estrato socio-económico y, bien sea insatisfacción con la vida actual o percibir mala salud, se ha reportado que se correlacionan con presencia de síntomas climatéricos severos, mientras que baja autoestima, ansiedad respecto al futuro y pocos amigos íntimos, sugestivos de falta de un soporte social, se han asociado con síntomas y quejas leves^{51,52}.

El presente estudio determinó que la edad de la mujer y la menopausia fueron factores de riesgo para puntaje severo total en la MRS (QOL alterada), situación que confirma reportes previos utilizando diversas escalas (incluida MRS) en series hispanas^{3,5,13,14} y no hispanas⁵³⁻⁵⁵.

En la presente serie, las mujeres que estaban en consulta psiquiátrica y utilizando drogas psicotrópicas (especialmente antidepresivos), estaban en mayor riesgo de presentar calificaciones severas en la MRS. La prevalencia de depresión y síntomas depresivos y de ansiedad aumenta durante la transición menopáusica^{22,56,57}. Más aún, se ha determinado que el incremento en los síntomas de la menopausia (relacionados con vasomotores) está directamente relacionado con síntomas depresivos^{30,58}. Para resaltar más lo último, un estudio reciente realizado entre mujeres de edad media (40 a 59 años) encontró que los síntomas depresivos y de ansiedad incrementados (mayor calificación en la Escala de Puntuación de Depresión de Hamilton), se correlacionaban directamente con

calificaciones más altas en la MRS⁵⁶. De acuerdo a nuestro modelo de regresión, el uso de HT y el adherirse a hábitos saludables se asociaron con disminución en el riesgo de presentar síntomas menopáusicos severos, situación que confirma los hallazgos de otros^{31,59-61}. Contrario a esto, el uso de alternativas para el manejo de la menopausia se relacionó con síntomas más severos de la menopausia. El significado de este hallazgo no es claro aún. Sin embargo se debe tener en mente que la causalidad no se puede determinar en un diseño cruzado.

La disfunción sexual masculina (eréctil y eyaculatoria) se encontró que es un factor de riesgo significativo para la QOL alterada en esta serie de mujeres de edad media. El mecanismo exacto a través del cual esta disfunción sexual masculina conduce a síntomas menopáusicos aumentados es incierto, pero podría ser posible que la disfunción sexual masculina imponga mayor ansiedad y síntomas depresivos o que la disfunción sexual femenina pueda *per se* aumentar el puntaje menopáusico total. Varias de nuestras observaciones preliminares parecen soportar esta hipótesis en términos que la disfunción sexual masculina^{62,63} o femenina⁶⁴ impone un mayor grado de síntomas menopáusicos. Aunque estos hallazgos son interesantes, el análisis se basó tan solo en la calificación total de la MRS; determinar cuál grupo de síntomas menopáusicos (somáticos, psicológicos o urogenitales) está siendo impactado sería aún más interesante, aunque esto constituiría el enfoque para otro manuscrito.

Finalmente, respecto a las limitaciones del presente estudio, uno puede mencionar su naturaleza cruzada. A pesar de ello, la cantidad de información obtenida respecto a esta serie de mujeres de edad media, de su trasfondo socio-demográfico y de su pareja, constituye una herramienta importante para comparaciones con otras poblaciones hispanas, sin mencionar el consecuente incremento importante en los datos y contribuciones científicas. El no determinar el índice de masa corporal (sobrepeso y obesidad) es otra desventaja importante de mencionar en la presente serie, más aún si la obesidad (entre mujeres con síndrome metabólico), utilizando el cuestionario MENQOL, recientemente se ha determinado como un factor implicado como

relacionado con síntomas menopáusicos más severos⁴⁷. La etnia es otro asunto a tener en cuenta cuando se comparan poblaciones en términos de severidad de los síntomas menopáusicos (QOL alterada). A pesar del hecho que las mujeres encuestadas en esta serie eran hispanas/tipo mestizo (no negras), en un reporte reciente utilizando el instrumento MRS, Monterrosa y cols.³¹ determinaron que las mujeres afro-colombianas, comparadas con las no negras (hispano/mestizo), tenían mayor riesgo de QOL alterada (síntomas menopáusicos más severos); por ende la extrapolación de los resultados de la presente serie debe ser confinada a la población mestiza (no negra) de la región latinoamericana.

En conclusión, en esta serie de mujeres latinoamericanas de edad media hubo una alta prevalencia de alteración de la QOL que dependió de las características individuales femeninas y masculinas y de la demografía de la población estudiada. Debido a la amplia diversidad de la población (variación de PIB, nivel de educación, localización geográfica, hábitos, etc.), los hallazgos no pueden ser generalizados a un país latinoamericano o población. A pesar de las limitaciones enunciadas, hasta donde sabemos, este es el primero y el más grande estudio que evalúa la QOL en una serie de mujeres climatéricas latinoamericanas.

Apéndice A. Lista de países participantes e investigadores

Argentina: Monique Royer; Bolivia: María T. Espinoza, Desire Mostajo, Edwin Soto; Chile: Juan E. Blümel, Daniel Flores; **Colombia: Germán Barón, Gustavo Gómez, Álvaro Monterrosa, William Onatra**; Cuba: Daysi Navarro; República Dominicana: Ascanio Bencosme; Ecuador: Peter Chedraui, Andrés Calle, Patricia León-León; México: José A. Hernández-Bueno; Panamá: Konstantinos Tserotas; Perú: Luis Danckers, Eliana Ojeda, Humberto Izaguirre, Edward Mezones-Holguín; Uruguay: Selva Lima; Venezuela: Emma Belzares.

Referencias

1. Buckler H. The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms. *J Br Menopause Soc* 2005; 11: 61-65.

2. Burger HG, Dudley EC, Robertson DM, Dennerstein L. Hormonal changes in the menopause transition. *Recent Prog Horm Res* 2002; 57: 257-275.
3. Sierra B, Hidalgo LA, Chedraui PA. Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climacteric Scale. *Maturitas* 2005; 51: 236-245.
4. Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Quality of life among postmenopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program. *Maturitas* 2007; 56: 45-53.
5. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
6. Zollner YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res* 2005; 14: 30927.
7. Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, et al. Health-related quality of life in the Spanish women through and beyond menopause. Development and validation of the Cervantes Scale. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 205-211.
8. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas* 1996; 24: 161-175.
9. Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HP. Evaluation of climacteric symptoms (Menopause Rating Scale). *Zentralbl Gynakol* 1994; 116: 16-23.
10. Potthoff P, Heinemann LA, Schneider HP, Rosemeier HP, Hauser GA. The Menopause Rating Scale (MRS II): methodological standardization in the German population. *Zentralbl Gynakol* 2000; 122: 280-286.
11. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 67.
12. Heinemann K, Assmann A, Mohner S, Schneider HP, Heinemann LA. Reliability of the Menopause Rating Scale (MRS): investigation in the German population. *Zentralbl Gynakol* 2002; 124: 161-163.
13. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2007; 57: 271-278.
14. Aedo S, Porcile A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población Chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71: 402-409.
15. CEPAL-ECLAC. Statistical yearbook for Latin America and the Caribbean. Santiago, Chile: United Nations; 2003.
16. Castelo-Branco C, Blumel JE, Chedraui P, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006; 13: 706-712.
17. Royer M, Castelo-Branco C, Blumel JE, et al. The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III): prevalence of the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women. *Climacteric* 2007; 10: 164-170.
18. CEPAL-ECLAC. Statistical yearbook for Latin America and the Caribbean. Santiago, Chile: *United Nations*; 2006.
19. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Koskinen S, Härkänen T, Lönnqvist J. The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 1288-1297.
20. CEPAL. Panorama Social de América Latina. Santiago, Chile: CEPAL; 2003. p. 66.
21. Li C, Ford ES, Mokdad AH, Jiles R, Giles WH. Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30: 1770-1776.
22. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 385-390.
23. Hilditch JR, Lewis J, Ross AH, et al. A comparison of the effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estradiol-17 beta combined with an oral progestin on quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 1996; 24: 177-184.
24. NIH Consensus Development Panel on Impotence. Impotence. NIH Consensus Conference. *JAMA* 1993; 270: 83-90.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: APA; 2000.

26. Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Climacteric* 2001; 4: 267-272.
27. http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountrGr.pdf [accessed 20.06.08].
28. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 28.
29. WHO. *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin: Springer-Verlag; 1994.
30. Blumel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, et al. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas* 2004; 49: 205-210.
31. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2008; 59: 182-190.
32. Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Soc Sci Med* 1994; 39: 233-245.
33. Paykel ES, Abbott R, Jenkins R, Brugha TS, Meltzer H. Urban-rural mental health differences in great Britain: Findings from the national morbidity survey. *Psychol Med* 2000; 30: 269-280.
34. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C. Comparative study of the frequency and features of emotional disturbances in patients in primary care clinics. *Rev Med Chile* 1998; 126: 397-405.
35. Gonzales GF, Villena A. Age at menopause in central Andean Peruvian women. *Menopause* 1997; 4: 32-38.
36. Beall CM. Ages at menopause and menarche in a high-altitude Himalayan population. *Ann Hum Biol* 1983; 10: 365-370.
37. Escudero F, Gonzales GF, Gonez C. Hormone profile during the menstrual cycle at high altitude. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 55: 4-58.
38. Tedeschi C, Hazum E, Kokia E, Ricciarelli E, Adashi EY, Payne DW. Endothelin-1 as a luteinization inhibitor: inhibition of rat granulosa cell progesterone accumulation via selective modulation of key steroidogenic steps affecting both progesterone formation and degradation. *Endocrinology* 1992; 131: 2476-2478.
39. Mazzeo RS, Donovan D, Fleshner M, et al. Interleukin-6 response to exercise and high-altitude exposure: influence of alphaadrenergic blockade. *J Appl Physiol* 2001; 91: 2143-2149.
40. Gonzales GF, Villena A. Low pulse oxygen saturation in post-menopausal women at high altitude is related to a high serum testosterone/estradiol ratio. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 71: 147-154.
41. Gonzales GF. Peruvian contributions to the study on human reproduction at high altitude: from the chronicles of the Spanish conquest to the present. *Respir Physiol Neurobiol* 2007; 158: 172-179.
42. Schwingl PJ, Hulka BS, Harlow SD. Risk factors for menopausal hot flashes. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 29-34.
43. Blumel JE, Castelo-Branco C, Riquelme R, et al. Use of hormone replacement therapy among Chilean women: a comparison between socioeconomic levels. *Menopause* 2002; 9: 377-380.
44. Kirchengast S. Effect of socioeconomic factors on timing of menopause and the course of climacteric. *Z Gerontol* 1992; 25: 128-133.
45. Yanez 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; 26: 682-686.
46. Ersoy C, Imamoglu S. Comparison of the obesity risk and related factors in employed and unemployed (housewife) premenopausal urban women. *Diabetes Res Clin Pract* 2006; 72: 190-196.
47. Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Menopausal symptoms and associated risk factors among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275: 161-168.
48. den Tonkelaar I, Seidell JC, van Noord PA. Obesity and fat distribution in relation to hot flashes in Dutch women from the DOM-project. *Maturitas* 1996; 23: 301-305.

- Nivel I: Ensayo propiamente randomizado y controlado.
- Nivel II-1: Bien diseñado, y controlado pero sin randomización.
- Nivel II-2: Estudio de corte analítico de cohorte o casos-controles, preferiblemente realizado por más de un centro o grupo de investigación.
- Nivel II-3: Series múltiples con o sin intervención (p. ej., estudios cross sectional e investigaciones sin controles); experimentos no controlados con resultados dramáticos también se incluyen en este tipo de evidencia.
- Nivel III: Opiniones de autoridades respetables, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos y reporte de casos. Reporte del comité experto.

La terapia hormonal mejora la calidad de vida en mujeres mayores

Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomized controlled trial. BMJ 2008 [Epub ahead of print].

WELTON AJ, VICKERS MR, KIM J, ET AL., FOR THE WISDOM TEAM

Nivel de Evidencia: I

Aun cuando se inicie muchos años después de la menopausia, la terapia hormonal, TH, combinada estrógenos-progesterona, mejora algunos aspectos relacionados con la salud de la calidad de vida CDVS, en mujeres posmenopáusicas, reportaron los investigadores del Women's International Study of Long Duration Estrogen after the Menopause (WISDOM). Se ha visto mejoría en los síntomas vasomotores, SVM, problemas de sueño, dolores osteo-musculares, funcionamiento sexual, como hallazgos de este estudio randomizado, doble ciego, controlado con placebo, RCT, realizado en 3.721 mujeres con útero intacto (entre 50 y 69 años de edad).

Las mujeres recibieron 0.625 mg de EEC más 2.5/5 mg de AMP o placebo oralmente y diario por un año. Varios cuestionarios y escalas se usaron para medir la CDVS. Se tuvieron datos disponibles de 1.043 mujeres tratadas y 1.087 no tratadas quienes permanecieron en el estudio durante un año.

El cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud midió el bienestar físico y emocional con preguntas de estado de ánimo,

síntomas somáticos, memoria y concentración, VMS, ansiedad, funcionamiento sexual, problemas de sueño y síntomas menstruales. Los síntomas relacionados con la menopausia fueron medidos con un cuestionario de 28 puntos. La depresión fue medida con la escala del Center for Epidemiologic Studies Depression. La salud general fue medida con la escala Europea QOL (EuroQoLo) y *visual analogue*.

Con TH, pequeña pero significativa mejoría fue vista en SVM ($p < 0.001$), funcionamiento sexual ($p < 0.001$) y problemas de sueño ($p < 0.001$), sudoraciones nocturnas ($p < 0.001$), dolor músculo-articular ($p = 0.001$), insomnio ($p < 0.001$) y sequedad vaginal ($p < 0.001$), pero también reportó tasas mayores de dolor mamario ($p < 0.0019$) y flujo vaginal ($p < 0.001$).

La mejoría en SVM fue mayor en mujeres con síntomas más marcados de base. No hubo otras diferencias entre los grupos en depresión, otros síntomas menopáusicos o CDV total.

Comentario. Una de las preguntas sin respuesta acerca de la TH posmenopáusica es si su uso mejora la CDV. Esto podría, por supuesto, implicar que todos estemos en la misma línea de

* Traducción del inglés Gustavo Gómez T., MD

definición de CDV. De hecho hay dos componentes mayores de CDV en relación con el uso de drogas.

La CDVS se refiere al impacto de la terapia en la sensación de comodidad por la eliminación o disminución de síntomas molestos. La calidad de vida global (CDVG) mide el impacto de la farmacoterapia en la sensación de bienestar independientemente de la presencia, ausencia o efecto de la droga en los síntomas.

El estudio Women's Health Initiative (WHI) intentó medir la CDVS pero, como los investigadores no incorporaron ningún instrumento validado de CDV para medir los efectos de la TH en la CDVS, ellos tenían que confiar en extrapolar respuestas de los cuestionarios generales. Ellos reportaron en la sección de resultados de su publicación que "hubo efectos estadísticamente significativos de la TH en la función física, dolor corporal y disturbio del sueño"¹. Sin embargo, en las conclusiones del artículo, Hays y col. establecen que "es este ensayo en mujeres posmenopáusicas, los estrógenos más progestágenos no tienen un efecto clínico significativo en la calidad de vida relacionada con la salud (CDVS)"¹. Esto es, sus hallazgos, en la opinión de los investigadores, fueron estadísticamente significantes pero clínicamente irrelevantes.

El estudio WISDOM fue una "hermana" del WHI. También fue un RCT con EEC y AMP. Este estudio fue mejor diseñado que el WHI para medir la CDVS por la incorporación de instrumentos validados para medir la CDVS.

Desafortunadamente el estudio cayó víctima de la misma terminación prematura como el WHI y se terminó aun en una más corta duración. Mientras él pudo randomizar 22.300 mujeres posmenopáusicas entre 50 y 69 años de edad, al final del estudio solo 3.721 mujeres fueron entradas en el estudio. Las mujeres con terapia por menos de 40 semanas o quienes no asistieron a la entrevista de un año se excluyeron, y 21.000 mujeres permanecieron para un análisis primario.

Como muchos otros estudios de TH frente a placebo, los impactos significantes en los SVM fueron confirmados. Hubo también pequeña

pero significativa mejoría en la actividad sexual, problemas del sueño y dolores osteo-musculares.

En el lado negativo, hubo mayores tasas de dolor mamario y secreción vaginal. No se demostró beneficio de la TH en la depresión y no hubo cambios significativos en la CDVS identificados con la escala análoga genérica EuroQoLo o en CDV.

La conclusión de los investigadores acerca de que "la TH combinada iniciada muchos años después de la menopausia puede mejorar la CDVS", no es completamente respaldada por su evidencia. De nuevo, tenemos la confirmación de que la TH representa el estándar de oro para el tratamiento de los SVM. Su uso también puede tener un efecto benéfico marginal en el dolor muscular, sueño y función sexual, ventajas para tener en cuenta cuando se consideren los riesgos y beneficios de la TH después de la menopausia.

Por lo menos, estamos basados en la ciencia. Los investigadores del WHI presentaron sus datos como el vaso medio vacío; los investigadores del WISDOM han presentado sus datos como el vaso medio lleno.

Desafortunadamente, no parece que veamos el RCT adecuado que nos dé la certeza de que la TH verdaderamente aumenta la CDVS.

Referencia

1. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotcher JM, Manson JE, Patterson RE, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003; 348: 1839-1854.

Wulf H. Utian, MD, PhD, DSc(Med)
Arthur H. Bill Professor Emeritus of
Reproductive Biology
Case Western Reserve University School of
Medicine
Consultant in Obstetrics, Gynecology, and
Women's Health Institute
Cleveland Clinic
Executive Director
The North American Menopause Society
Cleveland, OH
Credentialed NAMS Menopause Practitioner

Menor riesgo de cálculos biliares con la terapia hormonal transdérmica

Gallbladder disease and use of transdermal versus oral hormone replacement therapy in postmenopausal women: prospective cohort study. BMJ 2008 July 10[Epub ahead of print].

LIU B, BERAL V, BALKWILL A, GREEN J, SWEETLAND S, REEVES G, FOR THE MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORS.

Nivel de Evidencia: II-2

La terapia hormonal (TH) aumenta el riesgo de cálculos biliares, pero hay menos riesgo con TH transdérmica que con TH oral, reportan los colaboradores del estudio Million Women (MWS) realizado en Escocia e Inglaterra. El estudio incluyó 1.3 millones de mujeres posmenopáusicas, entre 50 y 69 años (promedio edad 56 años), reclutadas del Servicio Nacional de Salud (NHS) en las clínicas de tamizaje de cáncer de mama de 1996 al 2001 y seguidas usando su número único del NSH para buscar en la admisión del hospital enfermedad de vesícula biliar. El intento del estudio fue determinar si la TH transdérmica reduce el riesgo de enfermedad de vesícula biliar en mujeres posmenopáusicas comparado con mujeres que usan TH oral. El objetivo principal medido fue el RR ajustado y estandarizado de la incidencia de tasas de hospitalización por enfermedad de vesícula biliar o colecistectomías de acuerdo al uso de TH.

Comparadas sólo con las usuarias de TH, las usuarias actuales y pasadas tenían un RR aumentado de enfermedad de vesícula biliar, el cual fue significativamente mayor en las usuarias actuales (1.64; IC 95% 1.58-1.59) que en las usuarias en el pasado (1.27; IC 95% 1.22-1.32; $p < 0.001$). El riesgo de las usuarias actuales defirió significativamente por el medio de liberación, con un riesgo sustancialmente bajo de enfermedad vesicular visto con la terapia transdérmica comparada con la terapia oral (RR, 1.77; IC 95% 1.10-1.24 frente a RR 1.74; IC 95% 1.68-1.80; $p < 0.001$). Además, las mujeres que usaban EEC tenían un mayor riesgo de enfermedad vesicular que las que usaban estradiol (RR, 1.79; IC 1.72-1.87 vs. 1.62; IC, 1.54-1.70; $p < 0.001$).

Entre las usuarias de TH oral, mayores dosis confieren mayores riesgos. El RR no cambia con el ajuste de potenciales variables de confusión. El uso de TH transdérmica más que TH en un período de cinco años puede evitar una colecistectomía en 140 usuarias, reportó el estudio.

Comentario. La TH oral aumenta el riesgo de hospitalización y procedimientos por enfermedad de la vesícula biliar en las mujeres; es poco lo que hay que debatir al respecto. Este reporte de LIU y col. del MWS son noticias bienvenidas por todos nosotros, pendientes de aprender más acerca de los riesgos y beneficios de las formulaciones alternas de TH comparadas con los estrógenos conjugados orales (EC).

Desde la perspectiva epidemiológica, este reporte es de alta calidad. La muestra grande, la conexión con las historias clínicas para certificar los eventos vesiculares, el seguimiento completo, la estabilidad a la exposición de la TH, la habilidad para ajustar las posibles variables de confusión y el diseño prospectivo dan la más fuerte evidencia posible en un estudio observacional.

En el Women's Health Initiative (WHI), los EC aumentaban el riesgo de enfermedad de vesícula con RR de 1.67 para estrógenos solos y 1.59 para estrógenos más progestinas. La similitud estrecha los hallazgos en estos dos estudios en el RR de las usuarias actuales de 1.64 para EC orales en el MWS inspira confianza en otros análisis de otros aspectos de la exposición a TH: método de administración, dosis, usuarias actuales frente a usuarias anteriores, tiempo desde la suspensión, EC frente a estradiol, y combinación con varios progestágenos. Los hallazgos aseguran que el estradiol transdérmico confiere mucho menos riesgo de enfermedad vesicular que las preparaciones orales.

Muchas de las comparaciones en este reporte son altamente significativas estadísticamente debido al tamaño de la muestra y a la disponibilidad de seis millones de mujeres al año de seguimiento. Algunos de los hallazgos significativos son pequeños en magnitud y clínicamente menos importantes. Por ejemplo, el RR para estradiol oral no es imprevistamente menor que para el EC oral. Las mujeres que consideren tomar preparaciones orales deben aconsejarse acerca de un aumento de riesgo de enfermedad vesicular, así su prescripción tenga EC o estradiol oral. Altas dosis de TH confieren mayor riesgo, pero este reporte afortunadamente no nos informa acerca del riesgo de bajas dosis pues no se separaron dosis menores de 0.625 mg. Como en el WHI, la terapia combinada con progestinas no parece afectar a los RR para TH. Los hallazgos fueron consistentes entre muchos subgrupos. La sola excepción fue que el RR parece disminuir en magnitud entre mujeres con índice de masa corporal IMC aumentada. La más posible explicación para esta posible interacción es un fenómeno estadístico. Las mujeres más pesadas tienen más altas tasas de eventos de vesícula en ausencia de exposición a TH. Así, para que los RR sean idénticos entre las diferentes categorías de IMC, la tasa de eventos de vesícula en las mujeres tomando TH tiene que alcanzar más y más altura en los grupos de más alto IMC. En comparación, el doble riesgo de eventos de enfermedad vesícula puede ocurrir con tasas que son un poco más

bajas en las mujeres delgadas. Como los autores anotan, las tasas absolutas de enfermedad de vesícula y la tasa de diferencias no disminuyen en las mujeres con sobrepeso y grupos de obesas. Por lo tanto, los clínicos deben aconsejar a las mujeres que toman TH oral acerca del aumento del riesgo de eventos de vesícula sin importar su IMC.

Los reportes similares a este son cruciales si tenemos que aprender cómo difieren los riesgos-beneficios de TH por los muchos agentes que nunca serán probados en estudios randomizados suficientemente grandes para detectar objetivos estadísticamente significativos. No podemos asumir que los métodos de administración transdérmicos sean más seguros que la TH oral. En ausencia de evidencia de lo contrario, es prudente asumir que la otra formulación de TH tiene riesgos y beneficios similares a los agentes orales probados en estudios grandes. Sin embargo, la evidencia dada en este reporte y otros parecidos puede ser usada para llenar los vacíos dejados por los estudios; entonces las mujeres deben tener decisiones informadas acerca de usar o no, y de qué manera, la TH.

Andrea Z. LaCroix, PhD
Professor of Epidemiology
Fred Hutchinson Cancer Research Center
Seattle, WA

Carbohidratos bajos y dieta mediterránea efectiva para bajar de peso

Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. N Engl J Med 2008; 359: 229-241.

SHAI I, SCHWARZFUCHS D, HENKIN Y, ET AL., FOR THE DIETARY INTERVENTION RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL (DIRECT) GROUP

Nivel de Evidencia: II-1

Las dietas mediterráneas y bajas en carbohidratos son efectivas para bajar de peso y tienen otros efectos favorables tales como mejor control lipídico y de glicemia, que una dieta baja en grasas, reportó este estudio de dos años de 322 hombres y mujeres moderadamente obesos realizado en un centro de investigación en Israel. Los participantes (entre 40 y 65 años de edad, promedio de 52 años; hombres, 86%) fueron randomizados a dieta baja en grasa con restricción de calorías; una dieta mediterránea, con restricción de calorías, o una dieta baja en carbohidratos sin restricción de calorías. Los participantes tenían un IMC sobre 27 (promedio 31), o diabetes tipo 2, o enfermedad cardíaca coronaria (ECC), sin importar la edad o el IMC. El objetivo fue comparar la efectividad y seguridad de los protocolos nutricionales.

Cada grupo fue asignado a una dietista, quien tuvo 18 sesiones de 90 minutos cada una.

El almuerzo, la principal comida en Israel, fue servido en la cafetería del sitio de investigación y su alimento de acuerdo a la dieta asignada. Los participantes en el grupo de baja grasa comieron granos bajos en grasa, vegetales, frutas y legumbres y grasas limitadas a 1.500 calorías para mujeres y 1.800 calorías para hombres, con 30% de calorías de la grasa. La dieta mediterránea –dieta moderada en grasa– era rica en vegetales y baja en carne roja, que fue reemplazada con pollo y pescado. La principal fuente de grasa fue el aceite de oliva y las nueces. La ingesta calórica fue limitada como en el grupo de dieta baja en grasa. La dieta baja en carbohidratos no se limitó en la ingesta total de calorías, proteínas o grasas. Sin embargo, los carbohidratos se limitaron a 30 g por día por los primeros dos meses con un aumento gradual de 120 g/día.

Todos los grupos perdieron peso, con la máxima pérdida de peso en los seis primeros meses.

La pérdida promedio de peso a los 24 meses fue 2.9 kg para el grupo bajo en grasa, 4.4 kg para el grupo de dieta mediterránea y 4.7 kg para el grupo bajo en carbohidratos. Todos los grupos tuvieron disminución significativa de la circunferencia de la cintura y la presión sanguínea. Los efectos benéficos metabólicos se sostuvieron después de 24 meses, con la mayor disminución del LDL-C y la glicemia en ayunas en el grupo de dieta mediterránea.

Comentario. Este curioso estudio contiene nuevas interesantes para los dietistas. Tanto la dieta mediterránea como la dieta baja en carbohidratos parecen producir resultados similares en esta muestra de 300 sujetos moderadamente obesos. La alta tasa de aceptabilidad de las dietas (85% en general) sugiere que la mayoría de la gente puede tolerar este nivel de restricción calórica y dietaria de forma sostenida, aunque la dieta baja en carbohidratos es más dura de mantener con 78% de completada. Estos datos agregan soporte adicional a que las dietas bajas en carbohidratos son amigablemente lipoproteínicas. El grupo bajo en carbohidratos tuvo el aumento mayor en HDL-C y los planes bajos en grasas no necesariamente reducen el colesterol y los de la dieta mediterránea tenían la mayor caída en LDL-C.

Hay unos pocos temas que merecen comentarios adicionales. Primero, la dieta mediterránea israelí en este estudio puede no ser la misma como la del concepto americano de dieta mediterránea, como que se basa más en vegetales y en vegetales más amigables.

Segundo, solo el 16% de los participantes en este estudio fueron mujeres, y ellas parece que fallaron en alcanzar pérdida apreciable de peso (promedio de pérdida de peso 0.1 kg) en la dieta baja en grasas, aunque los números son muy pequeños para sacar conclusiones.

Finalmente, el grupo de estudio tenía el almuerzo como la comida principal del día en contraste con el patrón típico americano.

Estos hallazgos indican que basado en preferencias personales y su estado de salud, es posible escoger un plan de dieta anticipando una modesta reducción de peso y una mejoría en

los parámetros de salud tales como el perfil lipídico y los índices de glicemia.

Nanette Santoro, MD
Professor and Director
Division of Reproductive Endocrinology
Department of Ob/Gyn & Women's Health
Albert Einstein College of Medicine. Bronx, NY

MENOPAUSIA AL DÍA

El sildenafil mejora los efectos adversos de los antidepresivos en la función sexual

Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. JAMA 2008; 300: 395-404.

NURNBERG HG, HENSLEY PL, HEIMAN JR, CROFT HA, DEBATTISTA C, PAINE S.

Nivel de Evidencia: I

La disfunción sexual asociada con el uso de antidepresivos inhibidores selectivos y no selectivos de la recaptación de serotonina (SRIs) –usados para depresión en mujeres premenopáusicas– mejora con intervención con sildenafil, se encontró en este trabajo prospectivo, paralelo, randomizado, doble ciego, controlado con placebo de ocho semanas, realizado en siete centros de investigación de los Estados Unidos. El estudio incluyó 98% de mujeres premenopáusicas (promedio edad 36.7 años) quienes previamente tenían una función sexual normal antes de tomar SRIs para depresión. Todos tenían remisión de sus síntomas depresivos. La mitad de las mujeres se asignaron aleatoriamente a tomar sildenafil antes de la actividad sexual a una dosis flexible de 50 mg ajustable a 100 mg y la otra mitad se asignó a placebo. El objetivo primario medido fue el cambio promedio de los puntajes de la escala Clinical Global Impression Sexual Function. Medidas adicionales fueron cambios en otras escalas de funcionamiento sexual, un LOG de eventos de actividades sexual y la escala de Hamilton para depresión.

El tratamiento con sildenafil se asoció con una reducción de los efectos adversos sexuales, principalmente demora del orgasmo y lubricación inadecuada. No se reportó mejoría en el 73% de

mujeres tomando placebo y 28% de mujeres tomando sildenafil. La diferencia de cambio en promedio de la Escala Global Impresión adaptada para función sexual fue de 1,91% (IC 95% 1.57-2.269 para el grupo sildenafil frente a 1.18 IC 95% 0.75-1.46) para el grupo placebo. Hubo mejorías en otras escalas de funcionamiento sexual para el grupo tratado con sildenafil en la habilidad de alcanzar orgasmo y en satisfacción. Las mujeres en ambos grupos tenían similares escalas de Hamilton para depresión y estas permanecieron esencialmente iguales durante el estudio

Comentario 1. La mejoría de la función sexual de las mujeres premenopáusicas con sildenafil para la disfunción sexual asociada con antidepresivos es esperanzadora. El estudio de Nurnberg y col. está bien hecho: una investigación basada en las evidencias que demuestra diferencias significativas en la medición global de las mujeres, un reporte subjetivo de ellas en tres instrumentos de funciones sexuales diferentes. Mientras la diferencia entre el placebo y el sildenafil no es gigantesca, sugieren que la mujer percibe un cambio positivo en la excitación y el orgasmo con la medicación. Dado que hay una relación 2:1 en la tasa de depresión en mujeres comparadas con hombres, y muchas de las mujeres son tratadas con SRIs con su asociación negativa con los efectos secundarios

sexuales, un medicamento que haga una diferencia que llame la atención sin efectos adversos significantes, es bienvenido.

Los autores hacen un número de advertencias acerca de la generalización de este estudio a otras poblaciones de mujeres. Ellos anotan que en este estudio las mujeres son premenopáusicas, altamente motivadas para mejorar su desempeño sexual y tenían una buena función sexual antes de la depresión y el uso de SRIs, y tenían perfiles hormonales normales.

De interés, ellos también reportaron una frecuencia relativa de comportamiento sexual de base a pesar de los efectos sexuales negativos asociados con el uso de SRIs, alrededor de seis eventos por mes.

Debe tenerse cuidado en asumir que otras poblaciones de mujeres se podrían beneficiar bastante del uso de sildenafil. Las mujeres con deseo sexual hipoactivo, disminuidas de hormonas, o con relaciones no satisfactorias pueden no beneficiarse del uso de sildenafil para sus problemas de función sexual relacionados con el uso de SRIs. Por otra parte, demostrar que hay un grupo de mujeres que tiene beneficios del uso de sildenafil a necesidad de un hallazgo importante y positivo.

Sandra Leiblum, PhD
New Jersey Center for Sexual Wellness
Bedminister, NJ

Comentario 2. El sildenafil fue aprobado por la FDA en 1998 para el tratamiento de la disfunción eréctil. Desde entonces numerosos estudios han sido realizados y otros nuevos medicamentos (p. ej. tadalafil) son efectivos en el hombre.

Hasta el momento ninguna medicación ha sido aprobada por la FDA para la disfunción sexual en la mujer; sin embargo, el tratamiento de la disfunción sexual en la mujer ha ganado interés en la comunidad de investigadores. Los resultados del estudio clínico de Numberg y col. son una importante contribución al bienestar de las mujeres premenopáusicas con efectos secundarios del uso de SRIs para la depresión. La disfunción sexual asociada con el tratamiento con SRIs impacta la adherencia al tratamiento, autoestima,

y relaciones; por lo tanto el manejo con éxito de los problemas sexuales provee muchos beneficios. Los estudios son limitados pero el tratamiento con sildenafil en mujeres posmenopáusicas con problemas sexuales no ha mostrado algo importante en la eficacia.

Sin embargo, podría ser de valor estudiar los efectos del sildenafil y los medicamentos de nueva generación, en cohortes similares de mujeres posmenopáusicas deprimidas en tratamiento con SRIs.

La disfunción sexual a menudo no es detectada durante el examen, y si se encuentra, los clínicos tienen una muy limitada opción de tratamiento no hormonal para ofrecer. Las mujeres posmenopáusicas, especialmente en cohortes mayores, son aun menos aptas para declarar una disfunción sexual debido al estilo de vida conservador temprano en su vida. Se necesitan medidas cándidas y sensibles de temas biológicos y psicológicos y temas anexos por los médicos para determinar si hay factores de base que contribuyan a la disfunción sexual durante los varios estadios de la menopausia. Si hay un tratamiento potencialmente disponible, debe ofrecerse de rutina.

Este estudio también encontró una asociación entre el tratamiento con éxito del sildenafil y factores endocrinos. En las mujeres posmenopáusicas, se necesita más investigación para determinar si alguna terapia de suplemento hormonal podría ser potencial en el tratamiento con sildenafil y su respuesta.

Sin embargo, la disfunción sexual es un tema complejo en mujeres posmenopáusicas con o sin depresión y se necesita más investigación para entender y tratar este importante tópico.

Tonita Wroolie, PhD
Clinical Instructor
Stanford Center for Neuroscience in Women's Health.
Department of Psychiatry & Behavioral Sciences.
Stanford School of Medicine. Stanford, CA
Natalie L. Rasgon, MD, PhD
Professor of Psychiatry and Obstetrics and Gynecology. Stanford School of Medicine
Director Stanford Center for Neuroscience in Women's Health
Stanford, CA

Artículos escogidos por el editor en el periodo de septiembre-octubre en la revista *Menopause*

1. Reame NE, Lukacs JL, Padmanabhan V, Eyvazzadeh AD, Smith YR, Zubieta JK. Black cohosh has central opioid activity in postmenopausal women: evidence from naloxone blockade and positron emission tomography neuroimaging. *Menopause* 2008; 15: 832-840.

Usando dos paradigmas diferentes para el examen de la función opioide central, se demostró una acción neuro-farmacológica del tratamiento con Black Cohosh en las mujeres posmenopáusicas.

2. Thurston RC, Bromberger JT, Joffe H, et al. Beyond frequency: who is most bothered by vasomotor symptoms? *Menopause* 2008; 15: 841-847.

Por encima y más la frecuencia de los síntomas vasomotores, factores asociados con la intensidad de los síntomas vasomotores tan molestos que incluyen afectos negativos, sensibilidad a los síntomas físicos, un gran número de años reportando los síntomas, la presencia de problemas de sueño, edad temprana y raza. Además disminuyendo la frecuencia, las intervenciones para los síntomas deben considerarse como capaces de modificar factores relacionados con los molestos síntomas.

3. Maki PM, Drogos LL, Rubin LH, Banuvar S, Shulman LP, Geller SE. Objective hot flashes are negatively related to verbal memory performance in midlife women. *Menopause* 2008; 15: 848-856.

En este estudio se utilizaron monitores ambulatorios para medir objetivamente los fogajes y, en general, las mujeres reportaron menos fogajes de los que ellas experimentaron en el 43%. Los problemas de memoria agravan a medida que el número de fogajes objetivos aumentaron. Estos hallazgos sugieren que los factores fisiológicos asociados

a los fogajes, más que los factores psicológicos, pueden explicar la relación entre los fogajes objetivos y la disminución de la memoria.

4. Su HI, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, DeBlasis T, Gracia CR. Body size affects measures of ovarian reserve in late reproductive age women. *Menopause* 2008; 15: 857-861.

Se examinó la asociación entre la obesidad (tomando medidas por ultrasonido) y la reserva ovárica en los años reproductivos tardíos. Aunque la cuenta de folículos centrales no difiere por el peso corporal, la hormona antimulleriana fue menor en las obesas comparadas con las de peso normal en la edad reproductiva tardía.

5. Chattha R, Raghuram N, Venkatram P, Hongasandra NR. Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: a randomized control study. *Menopause* 2008; 15: 862-870.

Se midió el efecto del yoga en los síntomas climatéricos, la percepción de estrés y personalidad en mujeres perimenopáusicas. Una terapia integral de yoga por ocho semanas disminuye los síntomas climatéricos, la percepción de estrés y el neuroticismo en las mujeres perimenopáusicas mejor que el ejercicio físico.

6. Schnatz PF, Marakovits K. The next generation of menopause providers: are medical students being properly prepared? *Menopause* 2008; 15: 871-874.

Debido a que en la escuela de medicina se da la única oportunidad que tienen algunos estudiantes de aprender del cuidado de la menopáusica, el futuro de la medicina de la menopausia depende de la exposición apropiada que se les dé a esos estudiantes.

TH oral y no oral a dosis bajas no afecta adversamente el riesgo cardiovascular en mujeres posmenopáusicas jóvenes

Effects of nonoral estradiol-micronized progesterone or low-dose estradiol-drospirenone therapy on metabolic variables and markers of endothelial function in early postmenopause. Fertil Steril 2008 [Epub ahead of print].

CASANOVA G, RADAVELLI S, LHULLIER F, SPRITZER PM.

Nivel de Evidencia: I

TEP oral y no oral a dosis bajas y a corto tiempo no tiene efectos deletéreos en los marcadores endoteliales y otras variables relacionadas a riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en mujeres posmenopáusicas jóvenes y sanas, de acuerdo a este estudio randomizado cruzado hecho en Brasil. TEP oral de baja dosis no aumenta los marcadores proinflamatorios usualmente encontrados con altas dosis y tiene un efecto favorable en la composición corporal, el perfil metabólico y los marcadores de función endotelial.

El estudio encontró que la TEP no oral no está asociada con cambios en el perfil metabólico y los marcadores de función endotelial.

Las participantes del estudio (n 40) habían tenido su último período menstrual tres a seis años antes de entrar a dicho estudio y estuvieron entre los 42 y los 58 años de edad (promedio 51.2 ± 2.7 años). Un total de 20 mujeres recibieron estradiol oral (E2) 1 mg, más drospironona 2 mg por día por dos meses.

Otro grupo de 20 mujeres recibieron 17β estradiol intranasal 3 mg por día y luego 200 mg de progesterona micronizada por día por 14 días durante dos ciclos de 28 días. Los grupos se cruzaron por otros dos meses. El estudio quería evaluar el impacto de la TEP en dosis bajas y por la ruta no oral de administración sobre variables relacionadas con el riesgo de ECV en mujeres posmenopáusicas tempranas. El principal objetivo medido fueron los marcadores de función endometrial, y variables hormonales metabólicas y antropométricas antes y después de la TEP.

La edad promedio de la menopausia fue 41.1 ± 2.8 años, y el promedio de tiempo desde la menopausia fue de 23.1 ± 10 meses. Ambos tratamientos fueron efectivos en aliviar los sín-

tomas menopáusicos. La circunferencia abdominal y la relación cintura-cadera disminuyeron significativamente después del régimen de dosis baja oral. Los niveles de colesterol total, no HDL y LDL disminuyeron significativamente con la TEP oral y no oral. El HDL-C disminuyó solo después de la TEP oral y los triglicéridos disminuyeron solo después de la TEP no oral. Ningún tratamiento afectó las concentraciones de glucosa o insulina. Para marcadores de inflamación y función endotelial, la proteína C reactiva, endotelina-1, fibrinógeno y el factor de Von Willibrand se notaron cambios después de TEP de dosis baja oral. Después de dos meses de TEP no oral sólo disminuyó el factor de Von Willibrand.

Comentario. Es satisfactorio ver estudios cardiovasculares usando terapia hormonal (TH) administrada no oralmente a dosis contemporáneas. En la última década, el uso de estrógenos posmenopáusicos ha cambiado dramáticamente hacia dosis bajas y algo se ha separado de la administración oral.

Con respecto al sistema cardiovascular, una razón plausible para hacer esos cambios fue un intento de disminuir la coagulación pro inflamatoria, o los cambios metabólicos percibidos como indeseables (p. ej. aumento de tiroglobulinas proteínas inductoras de inflamación y coagulación, alterando el metabolismo ácido biliar.

El estudio a mano muestra que el tratamiento con E2 oral más drospironona o 17β estradiol intranasal con progesterona vaginal micronizada es más benéfico que neutral en una variedad de índices antropométricos, marcadores inflamatorios, marcadores de coagulación y concentración de lípidos.

Estos datos nos dan seguridad pero uno no debe perder la idea del hecho que algunos marca-

dores inflamatorios son validados riesgos cardiovasculares, los cambios en los marcadores inflamatorios con preparaciones con alto contenido de estrógenos orales no han mostrado efectivamente causar efectos adversos cardiovasculares.

Nuevos datos del Women's Health Initiative (WHI) revelaron que las mujeres con niveles de lípidos tenían un aumento del riesgo de enfermedad cardíaca coronaria mediada por TH, independiente de la proteína C reactiva de alta sensibilidad. En este estudio realizado por Cassanova y col., al contrario, la concentración de lípidos de LDL-C y no HDL-C fueron seguidos en lugar de concentraciones de lipoproteínas (apolipoproteínas B o partículas LDL (LDL-P). Los últimos están mucho más correlacionados con eventos cardiovasculares que el LDL-C y los no HDL-C y uno debería ver con cautela la reducción de LDL-C y no HDL-C en este estudio como indicativo de beneficio cardiovascular.

Datos recientes del WHI demostraron que la reducción de LDL-C inducida por la TH no estaba acompañada de reducciones deseables en LDL-P, dando evidencia sólida de que los aparentes cambios benéficos en la concentración de lípidos (LDL-C) no siempre son cardioprotectores.

Por otro lado, los estrógenos afectan el HDL-P en muchas maneras complejas, tales como lipidación, delipidación, remodelación, número de partículas, también como tipos de apolipoproteínas de superficie, todas las cuales parecen tener una mayor relación sustancial a la funcionalidad del HDL-P que las partículas de contenido de colesterol (HDL-C).

Datos previos han mostrado que el aumento en amiloide sérica es inducido por dosis convencionales de estrógenos orales pero no por estrógenos transdérmicos. Los amiloides tienen una gran afinidad por la estructura principal de las proteínas HDLs, apolipoproteína A-1 (Apo A-1); los HDLs llevando amiloides son disfuncionales³. Esto hubiera sido interesante medir los amiloides y los amiloides asociados a HDL en este estudio.

Clásicamente se ha asumido que los estrógenos u otras drogas que aumenten el HDL-C podrían ser benéficos pero tales beneficios no se han visto posiblemente debido a que tales drogas inducen HDL-P disfuncional. Así mis-

mo, hay terapias cardiovasculares benéficas asociadas con reducciones en HDL-C.

Drogas androgénicas (como la drosperinona) pueden reducir HDL-C a través de una variedad de mecanismos (producción de lipasa hepática, Apo A-1) sin evidencia de que esto sea realmente dañino. Por lo tanto, yo no saco conclusiones positivas o negativas de los cambios en colesterol total, LDL-C o HDL-C vistos en este estudio.

Por último, uno de los efectos deseables de la TH vista en el WHI fue una mejoría en la sensibilidad de la insulina (usando un puntaje de medida de un modelo homeostático) y reducción de la incidencia de diabetes tipo 2.4. La dosis más baja de TEP oral y no oral usados en este estudio no tuvo efecto en la insulina o la glucosa.

Thomas D. Dayspring, MD, FACP
Clinical Assistant Professor of Medicine
University of Medicine and Dentistry of
New Jersey
New Jersey Medical School
Director, North Jersey Institute of
Menopausal Lipidology
Wayne, NJ
Credentialed NAMS Menopause Practitioner

Referencias

1. Bray PF, Larson JC, LaCroix AZ, et al. Usefulness of baseline lipids and C-reactive protein in women receiving menopausal hormone therapy as predictors of treatment-related coronary events. *Am J Cardiol* 2008; 101: 1599-1605.
2. Hsia J, Otvos JD, Rossouw JE, et al. Lipoprotein particle concentrations may explain the absence of coronary protection in the Women's Health Initiative hormone trials. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008; 28: 1666-1671.
3. Abbas A, Fadel PJ, Wang Z, Arbique D, Jialal I, Vongpatanasin W. Contrasting effects of oral versus transdermal estrogen on serum amyloid A (SAA) and high-density lipoprotein-SAA in postmenopausal women. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004; 24: e164-e167.
4. Margolis L, Bonds DE, Rodabough RJ, et al, for the Women's Health Initiative Investigators. Effect of oestrogen plus progestin on the incidence of diabetes in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative Hormone Trial. *Diabetologia* 2004; 47: 1175-1187.

Las irregularidades del ciclo en la transición menopáusica temprana se correlacionan con la anovulación

The relationship of bleeding patterns to daily reproductive hormones in women approaching menopause. Obstet Gynecol 2008; 112: 101-108.

VAN VOORHIS BJ, SANTORO N, HARLOW S, CRAWFORD SL, RANDOLPH J.

Nivel de Evidencia: II-2

Las irregularidades en los intervalos del ciclo menstrual y la duración del sangrado entre mujeres en la transición menopáusica temprana se correlacionan con los cambios hormonales y a menudo con anovulación, de acuerdo al Daily Hormone Study (DHS), y subestudio de la cohorte longitudinal del Women's Health Across the Nation (SWAN). Inesperadamente, sangrado muy abundante no se asocia con cambios hormonales pero sí con obesidad y miomatosis, de acuerdo a los hallazgos después de tres años del estudio.

Las participantes (n 804; entre 42 y 52 años de edad; promedio 47 años) recogieron la primera orina de la mañana diariamente durante un ciclo menstrual completo o por 50 días (lo primero que suceda) una vez al año por tres años.

Se midieron niveles de hormona folículo-estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), estrona conjugada (E1c) y pregnandiol. Las mujeres llevaron un calendario diario de patrón de sangrado menstrual. La producción hormonal se correlacionó con los patrones de sangrado observados en el período inmediatamente después de la colección diaria de orina. El objetivo fue descubrir predictores hormonales tempranos de menopausia y del estado de transición, y dilucidar las bases hormonales tras los sangrados hormonales que ocurren durante la transición menopáusica.

Un total de 20% de todos los ciclos fueron anovulatorios, incluyendo 44% de ciclos cortos (< 21 días) como también 65% de ciclos largos > 36 días). Los intervalos de los ciclos cortos ocurrieron más frecuentemente en las mujeres mayores y en transición a una perimenopausia temprana. Estas mujeres tenían más baja pro-

ducción de FSH diaria y más alta producción de E1c. Los intervalos de los ciclos largos se asociaron con la transición a la perimenopausia y con mayor producción de FSH y menor producción de progesterona.

Los sangrados de corta y larga duración también se asociaron con anovulación (18% y 23% respectivamente). Las mujeres con sangrado abundante se asociaron con la reportada presencia de miomas uterinos y obesidad (IMC de 30). El sangrado abundante también se asoció con elevada producción de FSH.

Comentario. Este artículo resume el análisis más reciente de la DHS de la cohorte del estudio SWAN, dando datos valiosos para los clínicos. Los prestadores de servicio de salud tienen la mayor cantidad de preguntas y escepticismo en las mujeres que se trata de entender los cambios perimenopáusicos del ciclo menstrual. Hay siempre la pregunta de si ser conservador, contemporizar (manipulación hormonal) o invasivo (intervenciones quirúrgicas como ablaciones o histerectomía).

Este estudio nos dice claramente que alrededor de un quinto de todos los ciclos son anovulatorios. Sin embargo las mujeres con sangrado anovulatorio no tienen ciclos menstruales fuertes. Las mujeres con sangrado ovulatorio tienen los ciclos más fuertes, basados principalmente en su mayor IMC y fibromas uterinos.

Estos hallazgos indican que los ciclos anovulatorios pueden ser manejados conservadoramente con observación, o con terapia hormonal (contraceptivos orales o terapia hormonal de baja dosis) para aliviar los posibles síntomas o predecir el ciclo. Los ciclos ovulatorios fuertes pueden ser manejados con terapia quirúrgica agresiva si el sangrado no se controla efectivamente y se produce anemia.

Los fibroides también pueden ser manejados por manipulación hormonal como primera línea para abatir la pérdida severa de sangre. Los cambios en el estilo de vida (pérdida de peso y ejercicio) son vitales, puesto que la pérdida de peso mejora también los síntomas vasomotores.

Un boceto corto y amplio de un algoritmo para el tratamiento, análisis del grupo DHS también muestra los patrones de sangrado durante la perimenopausia: intervalos cortos de los ciclos se presentan en mujeres mayores en transición a la perimenopausia temprana, mientras intervalos largos de ciclos preceden menopausia en la transición tardía. La dinámica hormonal es diferente. Sin embargo, el mensaje que daría de estas observaciones es no realizar test sanguíneos al azar para descifrar estas diferentes categorías. Mejor, que el paciente tenga un calendario de menstruación y síntomas entre las visitas y proceder de acuerdo.

Me gustaría ver la descripción de la histología endometrial entre el grupo de las anovulatorias con sangrado fuerte en este estudio. Puesto que este subgrupo es todavía ovulatorio (con una FSH baja pero alto E1c) ¿está más predisuesto

a hacer hiperplasia? ¿Cuándo deben ser biopsiadas esas pacientes?

Además, con relación a los ciclos anovulatorios con producción de progesterona, a pesar de falta de sangrado severo, ¿necesitarían ellas también de biopsia?

Otro segmento del estudio debe medir el grosor endometrial en un subgrupo de estas dos categorías y dar a los tratantes una idea de cuándo usar la biopsia oficial o histeroscopia para una esperada hiperplasia.

Estamos esperando más publicaciones de esta base de datos multicultural. La cantidad de trabajo que lleva el seguimiento y análisis de esta base de datos es enorme, y los investigadores deben ser felicitados. Esta invaluable información es la que necesitamos en los consultorios.

Veronica A. Ravnikar, MD
Associate Professor
Harvard Medical School
Boston, MA
Chair of Obstetrics and Gynecology
South Shore Hospital
South Weymouth, MA

Patrones de dieta baja en grasa no disminuyen el riesgo de diabetes

Low-fat dietary pattern and risk of treated diabetes mellitus in postmenopausal women: the Women's Health Initiative randomized controlled Dietary Modification Trial. Arch Intern Med 2008; 168: 1500-1511.

TINKER LF, BONDS DE, MARGOLIS KL, ET AL.

Nivel de Evidencia: I

Un patrón dietario bajo en grasa, por sí mismo, no disminuye el riesgo de diabetes mellitus en mujeres postmenopáusicas sanas. Ninguna reducción en la incidencia a pesar de la baja de peso, encontró este estudio randomizado, llamado Dietary Modification Trial, del Women's Health Initiative (WHI). El estudio incluyó 48.835 mujeres posmenopáusicas sanas (entre 50 y 79 años de edad; promedio, 62 años) en todos los Estados Unidos, quienes fueron randomizadas a una dieta baja en grasa o a una dieta usual de comparación. La dieta baja en grasa alcanzó el 20% de ingesta de energía en grasa, pero no promovió una disminución de la energía total ingerida, una meta de pérdida de peso o una meta de actividad física. La dieta fue monitorizada a través de un cuestionario de frecuencia de alimentos; las mujeres fueron seguidas por 8.1 años. El objetivo del estudio fue medir el efecto de una dieta baja en grasas, sin las metas de ejercicio o pérdida de peso, en la incidencia de diabetes en mujeres posmenopáusicas sanas.

No hubo diferencia de base en la ingesta entre los dos grupos. A un año, el grupo de intervención reportó más baja grasa en la dieta como porcentaje de energía y una mayor ingesta de vegetales, frutas y granos. Además, fueron más bajos el peso, IMC, circunferencia de cintura, las presiones sistólicas y diastólicas y los niveles de glucosa, en el grupo de intervención ($p < 0.001$) a un año.

Después de seis años, el peso y el IMC permanecían más bajos en el grupo de intervención ($p < 0.001$). Al final del estudio, el 7.1% de las mujeres en el grupo de intervención y 7.4% en el grupo de comparación reportó un nuevo diagnóstico de diabetes (RR, 0.96; IC 95%, 0.90-1.03; $p = 0.25$).

Hubo un efecto significativo de porcentaje de energía de la grasa sobre la incidencia de diabetes ($p = 0.04$), pero después del ajuste por cambio de peso, el efecto de la incidencia no fue significativo.

Las mujeres en el grupo de intervención perdieron en promedio 2.2 kg después del primer año, con 0.8 kg de pérdida de peso mantenido hasta el final del estudio. El grupo de comparación perdió un promedio de 0.1 kg.

Comentario. La incidencia de diabetes tipo 2 ha aumentado dramáticamente en los EE.UU., llegando a 1.4 millones de nuevos casos en el 2005 comparados con 493.000 en 1980¹. Este aumento se ha ligado claramente con el aumento de sobrepeso y obesidad; aun pequeños aumentos de peso entre los rangos normales de IMC resultan en incrementos de incidencia de diabetes tipo 2.² La evidencia muestra que una modesta pérdida de peso (tan poco como 5%-10% de pérdida de peso), reduce la incidencia de diabetes tipo 2 en mujeres con trastorno de la glucosa en ayunas^{4, 5}.

Lo que es menos claro es si una composición de ciertos macronutrientes pueden afectar la incidencia de diabetes independiente de la pérdida de peso.

Los estudios son conflictivos, y como en el estudio de Tinker, son a menudo confundidos por la pérdida de peso, lo cual mitiga los efectos de la composición de macronutrientes. Complicando este tema está el efecto diferencial del tipo de grasa (incorporación de grasas mono y poli insaturadas en lugar de grasas saturadas) y que parece tener un efecto protector en el desarrollo de diabetes. En el estudio de prevención con dieta mediterránea⁶, los investigadores mostraron que la glucosa

en ayunas, la insulina en ayunas y la resistencia a la insulina están significativamente reducidas en una dieta mediterránea fortalecida con aceite de oliva o nueces frente a una dieta baja en grasas a pesar de un insignificante cambio en el peso y el IMC en el grupo de intervención, sugiriendo que el contenido de macronutrientes de las dietas puede ser importante en el manejo de la diabetes.

El grupo control del estudio de Tinker no cambia el porcentaje de ingesta de grasa del basal (36.9%-37.7%), mientras el grupo de intervención redujo la ingesta de grasa a 28.6% pero no alcanzó la meta del patrón de baja grasa dietaria del 20%.

El grupo de intervención tuvo reducción de la incidencia de diabetes, lo cual no fue significativo cuando se ajustó con la pérdida de peso.

La conclusión hecha por los autores fue que la pérdida de peso más que la composición de macronutrientes es el predictor dominante de la reducción de riesgo de diabetes tipo 2. La incapacidad del grupo de intervención de alcanzar el objetivo a pesar de la intensa modificación nutricional y comportacional arguye en contra de la factibilidad de intervención de 20% de grasa a largo plazo.

Sin embargo, basados en la evidencia actual, no podemos concluir que si este objetivo fuera alcanzado, este no podría proteger contra la diabetes tipo 2. Es justo decir que la pérdida de peso podría ser la meta principal de la terapia nutricional para la intervención primaria de la diabetes tipo 2. Lo que aún no está apoyado en la literatura es, si cierta composición de macronutrientes, principalmente con una intervención del 20% de dieta baja en grasa, tiene un efecto significativo en la incidencia de diabetes.

Adrienne Youdim, MD - Director
Comprehensive Weight Loss Center
Assistant Clinical Professor
Division of General Internal Medicine
Cedars-Sinai Medical Center
Los Angeles, CA
Glenn D. Braunstein, MD
Professor and Chairman
Department of Medicine
The James R. Klinenberg Chair in Medicine
Cedars-Sinai Medical Center. Los Angeles, CA

Referencias

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics, Division of Health Interview Statistics, data from the National Health Interview Survey. Available at: www.cdc.gov/nchs/6_nhis.htm. Accessed October 21, 2008.
2. Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. Obesity, fat distribution, and weight gain and factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care* 1994; 17: 961-969.
3. Colditz GA, Willett WC, Rotnitzky A, Manson JE. Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Intern Med* 1995; 122: 481-486.
4. Tuomilehto J, Lindstrom MS, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-1350.
5. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403.
6. Estruch R, Martinez-Gonzalez MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI, et al. PREDIMED Study Investigators. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 145: 1-11.

La incidencia de síndrome metabólico aumentó en la transición menopáusica

Menopause and the metabolic syndrome: the Study of Women's Health Across the Nation. Arch Intern Med 2008; 168: 1568-1575.

JANSSEN I, POWELL LH, CRAWFORD S, LASLEY B, SUTTON-TYRRELL K.

Nivel de Evidencia: II-2

La incidencia de síndrome metabólico aumenta progresivamente en los seis años antes y seis años después del periodo menstrual final (PMF), se encontró en el estudio Women's across the Nation (SWAN). La incidencia ocurre independientemente del envejecimiento y otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), y por lo tanto es atribuible a la dominancia de la testosterona durante este periodo, dice el estudio.

SWAN es un estudio de cohorte longitudinal de la historia natural de la transición menopáusica en 3.302 mujeres (entre 42 y 52 años) y en siete sitios de los Estados Unidos. El estudio actual se enfocó en 949 mujeres en SWAN quienes habían tenido menopausia natural y no tenían diabetes o síndrome metabólico de base. Las participantes se siguieron por nueve años y tenían un examen anual que incluía entrevista, medidas antropométricas, cuestionario y muestras de sangre para medir factores socio-demográficos, factores de riesgo de ECV y niveles de hormonas reproductivas. El primer objetivo medido fue la presencia de síndrome metabólico, usando el criterio del National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. El estudio pensó determinar el impacto de la transición menopáusica en la incidencia del síndrome metabólico, independiente de la edad y otros factores de riesgo de ECV, y si la testosterona puede estar asociada con este desarrollo.

El promedio de edad a la del PMF fue de 50.9 años (rango 42-58) y el IMC promedio fue de 26.9. Al momento del PMF, el 13.7% de la cohorte tenía un nuevo diagnóstico de síndrome metabólico.

El RR de desarrollar síndrome metabólico fue de 1.45 (IC 95%, 1.35-1.56) por año duran-

te el período durante la perimenopausia ($p < 0.001$). El cambio en testosterona biodisponible fue significativa relacionado al cambio en síndrome metabólico. Por cada aumento de una desviación estándar en los niveles de testosterona biodisponible, el RR de desarrollar síndrome metabólico aumentó en 10%.

El análisis se ajustó a la edad de menopausia, etnicidad, sitio de estudio, estado marital, educación, IMC, fumar y envejecimiento.

Comentario. El estudio SWAN de la asociación de la perimenopausia y menopausia con síndrome metabólico es provocativo. El estudio longitudinal observacional de nueve años demuestra el aumento del síndrome metabólico en relación con la menopausia y valida los reportes seccionados cruzados.

Los autores establecen que “la testosterona domina el campo hormonal durante la transición menopáusica” e hipotetizan que la testosterona está asociada con el desarrollo del síndrome metabólico y aumenta el riesgo de ECV. Ellos dicen además que la creencia anterior de que los estrógenos ejercen un efecto benéfico positivo en el riesgo de ECV ha sido desaprobada por los estudios clínicos que muestran que los estrógenos de reemplazo no protegen contra la ECV.

Los autores no tuvieron el último reporte del Women's Health Initiative (WHI), el cual mostró una acción cardio-protectora de la terapia hormonal (TH) en mujeres que inician la TH en los nueve años posmenopáusicos¹. Los autores parece que tampoco conocieron el reporte del WHI de disminución de la incidencia de diabetes y la mejoría de los niveles de insulina con mujeres tratadas con TH². Ellos probablemente conocieron del reporte del estudio HERS la disminución de la incidencia de diabetes en mujeres tratadas frente a placebo³. Tal vez si

esos reportes hubieran estado disponibles, las conclusiones de este estudio hubieran sido diferentes.

La teoría permanece viable de que los estrógenos disminuyen la posibilidad de perder beneficios cardioprotectores en mujeres. La privación de estrógenos causa una disminución de la globulina transportadora de esteroides sexuales (SHBG) lo cual resulta en un aumento de la testosterona libre.

La privación de estrógenos produce pérdida muscular y resistencia a la insulina con acumulación central de grasa.

El estado de resistencia a la insulina produce todos los marcadores del síndrome metabólico. El reemplazo estrogénico previene la acumulación centrípeta de grasa y preserva la masa magra corporal. Podría postularse que los efectos hormonales que preservan el músculo y conservan la cintura resultan en el mantenimiento de la sensibilidad a la insulina, previniendo por lo tanto el síndrome metabólico y evitando tal vez la enfermedad microvascular asociada con la resistencia a la insulina.

Las mujeres que tenían una ooforectomía bilateral y tenían bajos niveles de testosterona necesitan una protección similar de la resistencia a la insulina y obesidad central por reemplazo estrogénico. Sus riesgos de ECV, cuando no se tratan aumentan a pesar de su testosterona baja; tenemos indicios de que esos riesgos cardiovasculares disminuyen con la TH.

No hay evidencia de que la reducción de testosterona mejora los riesgos de ECV en mujeres ooforectomizadas. Este estudio es de valor y ofrece bases de hecho para nuestro conocimiento de la fisiología de la menopausia y la perimenopausia.

Cómo sintetizamos esos hechos en una hipótesis de trabajo puede impactar el bienestar y comodidad de nuestras pacientes menopáusicas. Una conclusión alternativa para este artículo podría ser que los estrógenos disminuyen en la transición de la perimenopausia a la posmenopausia resultando en una disminución del músculo esquelético, aumento de la obesidad central, disminución de la SHBG y un aumento en la testosterona libre. El síndrome metabólico y su asociación con la disfunción microvascular pueden ser secundarios a estos cambios. TH durante los primeros años de la transición menopáusica puede prevenir esos efectos deletéreos.

Richard H. Nachtigall, MD
Professor of Medicine
New York University School of Medicine
New York, NY

Referencias

1. Hsia J, Langer RD, Manson KE, et al., for the Women's Health Initiative Investigators. Conjugated equine estrogens and coronary heart disease: the Women's Health Initiative. *Arch Int Med* 2006; 166: 357-366.
2. Margolis KL, Bonds DE, Rodabough RJ, et al., for the Women's Health Initiative Investigators. Effect of oestrogen plus progestin on the incidence of diabetes in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative Hormone Trial. *Diabetologia* 2004; 47: 1175-1187.
3. Kanaya AM, Herrington D, Vittinghoff D, et al. Glycemic effects of postmenopausal hormone therapy: the heart and estrogen/progestin replacement study: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2003; 138: 1-9.

Ideas erróneas sobre la salud sexual

Issue 21: 11 nov 2008

Fuente: Contraception 2008; in press

Investigadores han identificado algunos de los principales falsos conceptos acerca de la salud sexual que tiene el público, sobre la base de preguntas enviadas a un sitio web con consejos sobre salud reproductiva.

Los especialistas de centros de Sydney, Australia, de Cambridge y Princeton, EE.UU., y de Hull, Reino Unido, revisaron el contenido de 1.134 preguntas en idioma inglés enviadas a lo largo de un período de un año (julio de 2003-junio de 2004) al sitio web revisado por profesionales <http://ec.princeton.edu>. El sitio, operado conjuntamente por la Oficina de Investigación Poblacional de la Universidad de Princeton y la Asociación (estadounidense) de Profesionales de Salud Reproductiva, ofrece información sobre la anticoncepción de emergencia y temas relacionados, y los visitantes son invitados a enviar sus propias preguntas vía correo electrónico.

En un trabajo programado para publicación en la revista *Contraception*, los investigadores (Wynn LL y cols.) dicen que un total de 303 de 1.134 preguntas (el 27 por ciento) contenían, o implicaban, ideas erróneas sobre la salud sexual o reproductiva.

Estas preguntas pudieron agruparse en cinco temas o categorías principales de conceptos falsos:

- Actos sexuales que pueden dar lugar al embarazo (7 por ciento de los correos electrónicos recibidos).
- Definiciones de relación sexual “protegida” (5 por ciento).
- Momento del embarazo y pruebas de embarazo (3,7 por ciento).
- Riesgos de la anticoncepción de emergencia (3,5 por ciento).
- Confusión entre anticoncepción de emergencia y aborto (dos por ciento).

Los interrogantes con falsos conceptos acerca del momento del embarazo, por ejemplo, incluían los que preguntaban si el embarazo podía ser detectado inmediatamente después de la relación sexual (lo que sugiere la falta de conocimiento básico acerca de cuánto se necesita para que ocurra un embarazo), y las que preguntaban si existía alguna posibilidad de tener un período menstrual aun estando embarazada. El trabajo completo incluye una serie de ejemplos de los correos electrónicos recibidos que entran en cada categoría.

Otros 63 correos electrónicos (5.6 por ciento del total recibido) contenían ideas erróneas pero no pudieron ser agrupados en ninguna de estas cinco categorías. Éstos incluían, por ejemplo, la idea de que la falta de efectos secundarios sugiere que las píldoras no están actuando, y descripciones de remedios populares.

En la sección para la discusión de su trabajo, los investigadores sugieren y discuten las posibles fuentes de las falacias sobre la salud sexual, incluyendo información errónea en los medios de comunicación o en Internet, y protocolos médicos no basados en evidencias (algunos centros realizan rutinariamente una prueba de embarazo antes de administrar píldoras anticonceptivas de emergencia, por ejemplo).

Los investigadores finalizan con una serie de mensajes como tarea para el hogar para los profesionales del ámbito de la salud de modo de ayudarles a mejorar o hacer frente a la situación. Y escriben: “En primer lugar, los médicos deben escuchar con atención a sus pacientes para descubrir no solamente lo que las pacientes están preguntando, sino también qué suposiciones se ocultan detrás de sus preguntas, para poder estar preparados para desenmascarar mitos y falsos conceptos. En segundo lugar, las asociaciones médicas de profesionales, las organizaciones de salud pública y los hospitales

deberían promover e implementar protocolos médicos fundamentados en la medicina basada en la evidencia”.

Los investigadores sugieren que la información presentada durante la educación sexual en

las escuelas, y en las facultades de medicina y en los programas de capacitación para profesionales del ámbito médico, también debería ser revisada (y de ser necesario mejorada) para asegurar que los falsos conceptos no se divulguen.

PERLAS

HPV de alto riesgo en casi una de cada 16 mujeres mayores estadounidenses

Examinan la prevalencia de infección del virus de papiloma humano (HPV) entre mujeres mayores estadounidenses.

Fuente: *Obstetrics and Gynecology* 2008; 112: 979-988

MedWire News: casi una de cada 16 mujeres mayores estadounidenses porta tipos de alto riesgo del virus de papiloma humano (HPV), sugiere una investigación.

Stacy Lindau (Universidad de Chicago, Illinois, EE.UU.) y colaboradores calcularon la prevalencia del HPV de alto riesgo utilizando una muestra de 1.550 mujeres residentes en la comunidad de 57 a 85 años de edad, que fueron extraídas de una muestra de probabilidad representativa a escala nacional.

Se llevaron a cabo entrevistas en el hogar y se recolectaron biomediciones –incluyendo especímenes vaginales recolectados por las mujeres– entre los años 2005 y 2006. Las 1.010 muestras apropiadas para captación fueron analizadas para 13 tipos de alto riesgo de HPV.

La prevalencia de HPV en la población estimada de acuerdo con las características sociodemográficas fue del seis por ciento, la

que según los investigadores corresponde a 1.8 millón de mujeres estadounidenses utilizando la información del censo de 2006.

Entre las mujeres con HPV de alto riesgo, el 63 por ciento tenía infecciones de tipos múltiples.

Uno o más de los cuatro genotipos incluidos en la vacuna cuadrivalente contra el HPV, HPV-6, 11, 16 y 18, fueron detectados en el 27.2 por ciento de las mujeres con HPV de alto riesgo, aunque no se hallaron casos de HPV-11.

La positividad al HPV de alto riesgo se asoció con ser soltera, fumadora, haber tenido dos o más compañeros sexuales, haber tenido cáncer o una histerectomía.

Los investigadores dicen: “Los factores de riesgo en las mujeres más jóvenes también son correlatos significativos de HPV de alto riesgo en las mujeres mayores”.

Gel transdérmico con baja dosis de estradiol calma síntomas vasomotores posmenopáusicos

Evalúan la seguridad y eficacia de tres dosis de gel de estradiol para reducir los síntomas vasomotores asociados con la menopausia.

Fuente: *Menopause 2009; Advance online publication*

MedWire News: el gel transdérmico con estradiol de baja dosis es efectivo para reducir la frecuencia y severidad de los síntomas vasomotores (SVM), y los signos de atrofia vulvar y vaginal (AVV) en las mujeres posmenopáusicas, sugieren los hallazgos de un ensayo.

Las terapias con bajas dosis hormonales como el tratamiento con estrógeno transdérmico se asocian con mayor tolerabilidad cuando se las compara con el tratamiento oral.

Richard Hedrick, de Hawthorne OB/GYN Associates en Winston-Salem, Carolina del Norte, EE.UU., y colaboradores realizaron un ensayo multicéntrico aleatorizado de fase III, que comparó la eficacia de 0.25, 0.5 y 1 g de gel con 0.1 de estradiol con placebo para el tratamiento de los SVM moderados a severos en 488 mujeres posmenopáusicas. Durante el período de estudio de 12 semanas, las mujeres tomaron

nota diariamente de la severidad y la frecuencia de los SVM en un diario de auto-evaluación.

El tratamiento con todas las dosis de gel de estradiol causó reducciones estadísticamente significativas en la frecuencia y severidad de los SVM en comparación con el placebo, las que se mantuvieron a lo largo de todo el tratamiento y que se observaron a la semana 2 (con la dosis de 1g).

Además, todas las dosis del gel de estradiol disminuyeron significativamente el pH vaginal y aumentaron el porcentaje medio de células superficiales.

“La disponibilidad de tres opciones de dosificación brinda a los médicos la oportunidad de optimizar una terapia hormonal transdérmica efectiva y en baja dosis para satisfacer las necesidades de cada mujer”, concluyen Hedrick y cols.

Cambios hormonales menopáusicos implicados en gota por edad

Evalúan el impacto de la menopausia y la TH en las concentraciones de ácido úrico en suero.

Fuente: *Arthritis Research and Therapy 2008; Advance online publication*

MedWire News: el impacto de los cambios hormonales menopáusicos en las concentraciones de ácido úrico podría explicar la razón por la que el riesgo de padecer gota en las mujeres aumenta con la edad, muestran los hallazgos de un estudio.

“A pesar de la sustancial prevalencia de gota en la población femenina en envejecimiento, la influencia de las hormonas femeninas no ha sido integralmente examinada”, comentan A. Elisabeth Hak (Centro Médico Universitario Erasmus, Róterdam, Holanda) y Hyon Choi (Universidad de British Columbia, Vancouver, Canadá).

Para abordar este tema, los investigadores examinaron la relación entre la menopausia, el uso de TH, y las concentraciones séricas de ácido úrico en 7.662 mujeres de 20 años o más que participaron en la Tercera Encuesta Nacional Estadounidense de Examen de Salud y Nutrición.

Los investigadores informan que después de controlar la edad y otras covariables, las concentraciones de ácido úrico en suero entre las mujeres con menopausia natural o quirúrgica fueron considerablemente más elevadas que en las mujeres premenopáusicas, con una diferencia de 0.34 mg/dl y 0.36 mg/dl, respectivamente. Entre las mujeres posmenopáusicas, el uso actual de TH se asoció con concentraciones de ácido úrico más bajas, con una diferencia promedio de 0.24 mg/dl en comparación con quienes no usaban TH.

Los investigadores comentan: “Sería interesante estudiar prospectivamente si las tendencias crecientes de ácido úrico en suero asociadas con la edad se traducen en un riesgo mayor de gota, y de ser así, si las tendencias pueden ser explicadas por factores hiperuricémicos asociados con la edad”.

La recuperación después de una histerectomía

Fuente: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2008; 140: 108-113

Issue 22: 25 nov 2008

La recuperación día a día del bienestar general tiene lugar al mismo ritmo después de una histerectomía laparoscópica que después de una histerectomía abdominal, de acuerdo con los hallazgos de un ensayo aleatorizado y multicéntrico.

Investigadores de los Hospitales Universitarios de Linköping y Uppsala, en Suecia, estudiaron un total de 117 mujeres programadas para histerectomía por entidades benignas. De estas mujeres, 55 fueron sometidas a histerectomía abdominal y 62 a histerectomía laparoscópica. En todos los casos debía conservarse al menos un ovario.

Las pacientes llevaron un registro diario de su bienestar general (mediante una escala análogo-visual) y del consumo de analgésicos desde una semana antes de la operación, diariamente hasta el día 35 después de la operación, y una semana antes de su visita postoperatoria a los seis meses. Antes de la cirugía también se realizó una evaluación psicométrica, incluyendo la capacidad de llevar adelante el estrés.

Al momento del alta, se otorgó una licencia por enfermedad de catorce días a todas las mujeres (del trabajo o la actividad diaria normal). Ésta se prolongó siete días por vez, si la paciente lo consideraba necesario.

Al informar sus hallazgos en su trabajo publicado en la revista *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, los investigadores comentan que no hubo diferencia significativa entre los dos métodos en la recuperación día a día del bienestar general, en ninguno de los tres períodos estudiados. El nivel de bienestar que las mujeres informaron en la base, siete días antes de la operación, fue recuperado al día 17 postoperatorio en el grupo con histerectomía laparoscópica, y al día 20 en el grupo con histerectomía abdominal.

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en el uso de analgésicos después del

día 4 postoperatorio. Desde el día de la operación hasta el día 3 postoperatorio hubo un consumo mucho mayor de opioides en el grupo con histerectomía abdominal que en el grupo con histerectomía laparoscópica.

En ambos grupos, la capacidad de llevar adelante el estrés (según lo indicado por la puntuación de la evaluación psicométrica con el inventario de cómo sobrellevar el estrés) se asoció significativa y positivamente con la recuperación día a día del bienestar general.

La duración promedio de la licencia por enfermedad fue mucho menor en el grupo con histerectomía laparoscópica que en el grupo con el procedimiento abdominal (27.5 días frente a 34.4). Esta duración no se vio afectada por la capacidad de llevar adelante el estrés, ni por la ocurrencia de complicaciones mayores (las que fueron bajas en número y que de cualquier modo, de acuerdo con los investigadores, habrían ocurrido y sido tratadas en su mayor parte en el período postoperatorio inmediato), pero fue influenciada por la ocurrencia de complicaciones menores (las que más a menudo constituyeron un problema después que la paciente dejó el hospital).

Los investigadores concluyen que la recuperación día a día del bienestar general “no es más rápida en la histerectomía laparoscópica que en la abdominal” pero que factores de la personalidad hacen impacto en la recuperación: “Las mujeres con gran capacidad para sobrellevar el estrés tienen una recuperación más rápida del bienestar general que las mujeres con poca capacidad para sobrellevarlo”.

Los investigadores proponen: “Para acelerar la recuperación postoperatoria del bienestar general, debería alentarse a realizar intervenciones para mejorar la capacidad de sobrellevar el estrés y esfuerzos para prevenir y detectar complicaciones”.

La testosterona puede mejorar la función sexual posmenopáusica

Prueban el impacto de los parches de testosterona entre mujeres posmenopáusicas con baja libido.

Fuente: New England Journal of Medicine 2008; 359: 2005-2017

MedWire News: los parches de testosterona pueden mejorar moderadamente la función sexual en las mujeres posmenopáusicas con baja libido pero podrían tener algunos efectos adversos, indica un ensayo.

Un total de 814 mujeres posmenopáusicas que no estaban recibiendo terapia de estrógeno y que presentaban trastorno del deseo sexual hipoactivo fueron designadas al azar para recibir parches con liberación de 150 mcg o 300 mcg de testosterona por día, o placebo.

Después de 24 semanas, el criterio de valoración primario del incremento en la frecuencia de cuatro semanas de episodios sexuales satisfactorios fue mucho mayor en las mujeres que recibieron 300 mcg de testosterona que con placebo, con un aumento de 2.1 frente a 0.7 episodios.

Ambas dosis de testosterona se asociaron con aumentos del deseo y disminuciones de la angus-

tia. No obstante, los eventos androgénicos adversos fueron mayores con los 300 mcg de testosterona –principalmente crecimiento de vello indeseado que con placebo, en un 30 por ciento frente a un 23.1 por ciento.

Sin embargo, más del 90 por ciento de los eventos fueron clasificados como leves, y sólo el 3.5 a 4.5 por ciento de las mujeres que recibieron testosterona y el 2.9 por ciento de las que recibieron placebo abandonaron debido a los eventos androgénicos adversos.

“El aumento en la frecuencia de episodios sexuales satisfactorios fue moderado pero pareció ser clínicamente significativo”, dicen Susan Davis (Monash University, Prahran, Australia) y colaboradores.

Pero agregan: “Se necesitan más datos para evaluar la seguridad a largo plazo del uso de testosterona en las mujeres con depleción de estrógeno”.

Caída de estradiol menopáusico protegería contra incontinencia

Evalúan la relación entre cambios en las concentraciones de estradiol y síntomas del tracto urinario inferior en mujeres posmenopáusicas.

Fuente: *Obstetrics and Gynecology* 2008; 112: 1045-1052

MedWire News: en contraposición a lo que se pensaba previamente, los hallazgos de un estudio sugieren que la caída de las concentraciones de estradiol que se presenta con la transición menopáusica podría proteger contra la incontinencia urinaria.

Manish Gopal y colaboradores de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia, EE.UU., comentan que se cree que el envejecimiento es un factor de riesgo de padecer síntomas del tracto urinario inferior, pero la evidencia respecto del papel de los cambios hormonales menopáusicos en esta relación ha sido limitada.

Como parte del Estudio Penn de Envejecimiento Ovárico, 300 mujeres con una edad promedio de 50 años completaron un cuestionario para medir los síntomas del tracto urinario inferior y proporcionaron muestras de sangre para medir las concentraciones de estradiol.

También se dispuso de datos sobre las concentraciones de estradiol en 10 evaluaciones previas durante la década precedente para evaluar los cambios a lo largo del tiempo.

Gopal y equipo hallaron que las mujeres que experimentaron una fuerte caída de las concentraciones de estradiol a lo largo del tiempo informaron puntajes mucho más bajos de incontinencia urinaria, los que reflejaron menos síntomas, que las que no experimentaron ese cambio. Además, las mujeres de entre 45 y 49 años de edad tuvieron puntajes mucho más altos que las mujeres mayores de 55.

“A diferencia de los puntos de vista previamente planteados de que tanto la edad como la transición menopáusica empeoran los síntomas de incontinencia, nosotros hallamos que una fuerte caída del estradiol, que refleje la progresión en la transición menopáusica, es protectora”, concluyen los investigadores.

Los cambios hormonales durante la menopausia impactan en el sueño

Estudian si los cambios en las concentraciones hormonales durante la transición menopáusica pueden afectar el sueño.

Fuente: *Sleep 2008; Advance online publication*

MedWire News: las concentraciones de hormonas esteroides sexuales se relacionan con la cantidad y calidad del sueño durante la transición menopáusica, sugiere una investigación.

Investigadores estadounidenses compararon síntomas subjetivos del sueño, diarios de sueño, actigrafía de muñeca y estudios domiciliarios de polisomnografía con los cambios hormonales en 365 mujeres maduras.

Los cambios rápidos en la hormona folículo-estimulante se asociaron considerablemente con un porcentaje más elevado de sueño delta y un tiempo total de sueño más prolongado, pero también más satisfacción en la calidad del sueño informada por las mujeres. Las concentraciones de estradiol en la base se asociaron modesta y negativamente con la calidad del sueño.

Las mujeres en el cuartil inferior de concentraciones de testosterona total en la base tuvieron más tiempo de vigilia después del inicio del sueño que las ubicadas en el cuartil superior.

Una menor proporción estradiol/testosterona, la que según dicen los investigadores refleja un entorno androgénico creciente con la transición menopáusica, se asoció con menos tiempo de vigilia después del inicio del sueño.

“Nuestros resultados sugieren el valor de tener mediciones de la rapidez de la transición menopáusica además de medidas objetivas del sueño en las mujeres que informan insatisfacción con el sueño”, concluyen Mary Fran Sowers (Universidad de Michigan, Ann Arbor) y colaboradores.

“Los médicos cuyas pacientes incluyen mujeres con transiciones rápidas podrían querer considerar intervenciones (terapéuticas y/o de estilo de vida) que traten la sintomatología menopáusica, de existir, más que estar limitadas a intervenciones que se orienten solamente a las características del sueño”.

El perfil de los factores de riesgo de las ancianas da información para el tratamiento del cáncer ovárico

Examinan los riesgos y beneficios del tratamiento estándar para el cáncer ovárico avanzado en mujeres ancianas.

Fuente: International Journal of Gynecological Cancer 2008; 18: 896-907

MedWire News: la evaluación de múltiples factores de riesgo tales como el estadio de la enfermedad y la presencia de comorbilidades podría ayudar a predecir si las mujeres ancianas con cáncer ovárico avanzado tienen probabilidades de beneficiarse del tratamiento, indica una investigación.

En dichas pacientes, “una delgada línea separa las intervenciones médicas beneficiosas y las perjudiciales”, dicen Andreas Obermair (Queensland Centre for Gynaecological Cancer, Brisbane, Australia) y colaboradores.

El equipo investigador analizó datos de los Registros Estadounidenses de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales de Cáncer correspondientes a 3.994 mujeres de 65 años de edad o más con cáncer ovárico estadio III o IV.

El factor de riesgo más fuerte de muerte en el curso de un año del diagnóstico fue someterse a

cirugía o a quimioterapia solas, más que el tratamiento combinado. Otros factores de riesgo incluyeron tener más de 85 años de edad en comparación con 60 a 69 años (coeficiente de riesgo = 7,04), patología en estadio IV (coeficiente de riesgo = 2,10), y tratamiento en un hospital pequeño en lugar de un centro integral contra el cáncer (coeficiente de riesgo = 2.17).

La presencia de comorbilidades tales como enfermedad cardiovascular y enfermedad renal también tuvo un impacto importante en la supervivencia a un año.

“El perfil de factores de riesgo establecido podría ser útil para planificar futuros ensayos clínicos para establecer el tratamiento óptimo para las pacientes ancianas con cáncer ovárico en estadio avanzado”, concluyen los autores del estudio.

Los trastornos del sueño contribuyen a la nocturia perimenopáusica

Investigan las asociaciones entre la nocturia, los trastornos del sueño y los síntomas menopáusicos en mujeres perimenopáusicas.

Fuente: *Journal of Urology* 2008; 180: 2063-2067

MedWire News: la nocturia en las mujeres perimenopáusicas podría disminuir mediante el tratamiento de los trastornos del sueño y la ansiedad asociados, sugieren los hallazgos de un estudio.

Manish Gopal y colaboradores, de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia, EE.UU., comentan que la mayoría de los estudios sobre la relación entre la nocturia y los trastornos del sueño se han centralizado en poblaciones de hombres y mujeres ancianos. Sin embargo, “la menopausia también podría estar asociada con los trastornos del sueño debido a su relación con los sofocos y la ansiedad en este estadio de la vida”, sugieren los investigadores.

Para averiguar sobre esta asociación, los investigadores reclutaron telefónicamente digitando números al azar a 300 mujeres de 35 a 47 años de edad con ciclos menstruales normales. Entre ellas identificaron a 100 mujeres con nocturia y a 200 sin la condición, definida

como tener que levantarse como mínimo dos veces para orinar durante la noche.

En el análisis multivariado, los factores significativamente asociados con la nocturia incluyeron síntomas de apnea del sueño obstructiva (coeficiente de probabilidad [OR] = 1.7), insomnio (OR = 1.1), ansiedad (OR = 2.1), y un índice de masa corporal de 35 kg/m² o más en comparación con 25 kg/m² (OR = 2.3). Los sofocos también se asociaron con la nocturia, pero esto tuvo explicación en la ansiedad relacionada.

“Parece que existen asociaciones importantes de los síntomas de apnea del sueño obstructiva, el insomnio, la ansiedad y la obesidad con la nocturia”, resumen los investigadores. Y comentan: “Los médicos deberían estar al tanto de estas asociaciones porque estos trastornos son condiciones tratables”.

Hormonas sexuales asociadas con aterosclerosis posmenopáusica precoz

Evalúan la asociación entre las concentraciones posmenopáusicas de hormonas sexuales y la aterosclerosis subclínica.

Fuente: *Atherosclerosis 2008; Advance online publication*

MedWire News: las concentraciones de hormonas sexuales podrían asociarse con aterosclerosis subclínica en las mujeres posmenopáusicas, indica un gran estudio transversal.

Un equipo dirigido por Pamela Ouyang (Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, EE.UU.) analizó las concentraciones de hormonas sexuales en 1947 mujeres posmenopáusicas de 45 a 84 años de edad que tomaron parte en el Estudio Multi-Etnico de Aterosclerosis.

La testosterona total y la biodisponible se asociaron positivamente con el grosor de la íntima-media de la arteria carótida (GIMc) común medido por ultrasonido, independientemente de los potenciales factores de confusión.

Los niveles de globulina de unión a hormonas sexuales (SHBG) se asociaron negativamente con el GIMc común, después de controlar la edad y el índice de masa corporal.

No obstante, los investigadores comentan: “Esta asociación no se observó más después de controlar el colesterol de lipoproteínas de alta y de baja densidad lo que sugiere que éstos podrían estar involucrados en la vía de asociación entre la SHBG y el GIM carotídeo”.

El estradiol y la deshidroepiandrosterona no se asociaron con el GIMc común, y las hormonas sexuales no se asociaron con calcio coronario en las tomografías computadas de tórax.

Sin embargo, entre las mujeres con calcio coronario mensurable, la SHBG elevada y la testosterona biodisponible más baja se asociaron con un mayor puntaje de calcio coronario.

El equipo investigador concluye: “Aunque la envergadura de las asociaciones entre las hormonas sexuales y el GIM carotídeo es relativamente pequeña, éstas podrían ser una señal del efecto de las hormonas sexuales exógenas en la aterosclerosis”.

Ácidos grasos marinos omega-3 asociados con reducción de sofocos

Prueban si la suplementación con ácidos grasos marinos omega-3 podrían ayudar a reducir los sofocos en mujeres maduras.

Fuente: Menopause 2008: Advance online publication

MedWire News: un suplemento con ácidos grasos marinos omega-3 podrían ayudar a reducir los sofocos en las mujeres maduras, de acuerdo con los resultados secundarios de un ensayo.

Los hallazgos provienen de un estudio principalmente diseñado para comparar el impacto de la monoterapia enriquecida con ácido etil-ecosapentaenoico (E-EPA) omega-3 frente a placebo en los síntomas de angustia psicológica y depresiva asociados con la transición menopáusica en 120 mujeres de 40 a 55 años de edad.

Entre las 91 mujeres con sofocos, 45 fueron designadas al azar para recibir cápsulas de E-EPA con 350 mg de EPA y 50 mg de ácido docosahexaenoico en la forma de etil ésteres, mientras que las 46 restantes recibieron placebo.

En la base, el número promedio de sofocos fue 2.8 por día y éste disminuyó significativamente en una media de 1.58 por día después de ocho semanas de tratamiento con E-EPA, en comparación con una disminución no significativa de 0.5 por día con placebo.

Además, las mujeres tratadas con E-EPA fueron 2.7 veces más propensas que las que recibieron placebo a ser clasificadas como respondientes a las ocho semanas, cuando la frecuencia de los sofocos había disminuido como mínimo en un 50 por ciento.

Michel Lucas (Universidad Laval, Québec, Canadá) y colaboradores dicen: “Nuestros resultados necesitan ser confirmados por un ensayo clínico específicamente diseñado para evaluar los sofocos en más mujeres sintomáticas”.

La acupuntura es un tratamiento efectivo para los sofocos posmenopáusicos

Comparan la efectividad de la acupuntura más cuidados puestos en práctica por la misma paciente frente a cuidados solos en la frecuencia e intensidad de los sofocos, y la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas.

Fuente: *Menopause 2009; Advance online publication*

MedWire News: la acupuntura más consejos para cuidarse a sí misma pueden contribuir a una reducción clínicamente relevante de los sofocos y una mejor calidad de vida relativa a la salud en las mujeres posmenopáusicas, según sugiere un estudio.

Einar Borud, de la Universidad de Tromsø en Noruega, y colaboradores llevaron a cabo un ensayo aleatorizado, multicéntrico y controlado en 267 mujeres posmenopáusicas que experimentaban siete o más sofocos cada 24 horas. Las mujeres recibieron diez sesiones de acupuntura más un folleto informativo sobre la atención existente para proporcionarse a sí mismas por los síntomas menopáusicos, o solamente el folleto con consejos de cómo cuidarse. Los investigadores evaluaron los cambios en la frecuencia y severidad de los sofocos informados por las mismas pacientes a lo largo de 12 semanas.

Las mujeres experimentaban una frecuencia media de 12.6 sofocos cada 24 horas en la base, la que disminuyó en 5.8 cada 24 horas en las

mujeres que recibieron acupuntura en comparación con 3.7 en las que se auto-proporcionaron atención a las 12 semanas.

En la base se informó una intensidad media de sofocos de 6.9 en todas las mujeres, la que disminuyó en 3.2 unidades en las mujeres que recibieron acupuntura y 1.8 unidades en las que se proporcionaron atención sola. Borud y cols. comentan que las mujeres que recibieron acupuntura experimentaron mejorías estadísticamente significativas en los puntajes de síntomas vasomotores, del sueño y somáticos en el Cuestionario de Salud de la Mujer en comparación con las mujeres que solamente se proporcionaron cuidados.

“Nuestros resultados sugieren que una política de uso de la acupuntura más cuidados proporcionados por la misma mujer pueden reducir la frecuencia de los sofocos en un 50 por ciento o más en la mitad de las mujeres posmenopáusicas que experimentan sofocos frecuentes”, concluye el equipo investigador.

Actualización sobre terapia hormonal

Issue 25: 13 ene 2009

Fuente: Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine 2008; in press

Una nueva revisión proporciona una síntesis del actual cuerpo de evidencias sobre los potenciales riesgos y beneficios, y el uso apropiado de la terapia hormonal.

En el trabajo titulado “Hormone replacement therapy [Terapia de reemplazo hormonal]: a 2008 perspective” [una perspectiva del año 2008], programado para publicación en la revista *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, el profesor Alastair MacLennan de la Universidad de Adelaida, Australia, revisa la evidencia publicada disponible sobre la terapia hormonal. El prof. MacLennan es ex-jefe de redacción de *Climateric*, la revista de la Sociedad Internacional de Menopausia.

En su trabajo señala cuánto ha cambiado, en virtud de las nuevas evidencias, desde 2002 cuando se publicaron los resultados iniciales del estudio “Women’s Health Initiative” (WHI). Este ensayo aleatorizado y controlado a largo plazo involucró una población de edad avanzada relativamente asintomática que comenzó la terapia hormonal trece años en promedio después de la menopausia.

Después de cinco años de terapia combinada de estrógeno y progesterona hubo una reducción significativa de fracturas pero sin beneficio cardiovascular general, y hubo un aumento de cáncer de mama y tromboembolismo en comparación con el grupo con placebo.

Los informes de estos datos de los medios de comunicación tuvieron efectos importantes sobre la aceptación de la terapia hormonal, tal como comenta el prof. MacLennan: “La reacción de los medios ante esta primera revisión de los datos del WHI instó hasta dos terceras partes de las usuarias de TH a suspender la terapia, a menudo sin consulta médica”.

Sin embargo, agrega, los análisis recientes del estudio WHI, otros ensayos aleatorizados y controlados, y estudios de observación y en

animales “ahora han unificado muchos de los datos de la TH y cambiado la proporción riesgo: beneficio para la gran mayoría de las mujeres que comienzan la TH para controlar los síntomas en torno a la menopausia”.

El Prof. MacLennan continúa presentando y revisando los datos actualmente disponibles, y trata a su vez: enfermedad cardiovascular, cáncer de mama, cáncer ovárico, tromboembolismo, fracturas, función cognitiva/demencia, accidente cerebro-vascular y cáncer de intestino y uterino.

El trabajo continúa con secciones sobre el control de los síntomas menopáusicos y la calidad de vida, sobre tibolona, y sobre efectos secundarios iniciales, antes de arribar finalmente a las conclusiones. En esta sección, el prof. MacLennan dice: “El mensaje es que los datos más recientes sobre la TH no justifican el temor y el enfoque ultraconservador adoptado en 2002”.

El profesor plantea que las principales indicaciones para la terapia hormonal continúan siendo el control de los síntomas menopáusicos para mejorar la calidad de vida y la prevención de las fracturas osteoporóticas, particularmente en las mujeres menopáusicas jóvenes en quienes el riesgo es bajo: “Cuando se inicia la TH cerca de la menopausia para el control de los síntomas y la consiguiente mejoría de la calidad de vida, es probable que haya beneficios adicionales óseos, cardíacos y posibles beneficios cognitivos que superen los riesgos [tales como el riesgo potencial de accidente cerebrovascular] que no son considerablemente elevados antes de los 60 años”.

En conclusión, el profesor escribe: “Las terapias menopáusicas se están convirtiendo en regímenes más seguros, los que minimizan o eliminan la progesterona sistémica, en vías más seguras, en dosis más bajas y más seguras, y en mujeres más seguras”.

Vitamina D3 puede lograr concentraciones requeridas de 25-OHD3 en mujeres posmenopáusicas

Evalúan las concentraciones de 25-OHD₃ después de suplementación con vitamina D3 en mujeres posmenopáusicas.

Fuente: Osteoporosis International 2008; Advance online publication

MedWire News: la vitamina D3 vía oral puede aumentar las concentraciones de 25-hidroxi-vitamina D3 (25-OHD3) por arriba de los 60 nmol/l en las mujeres posmenopáusicas sin ningún efecto secundario, dicen investigadores.

Los resultados proporcionan una importante guía para el tratamiento a corto plazo de las mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, informan Hans Hoeck, del Centro para la Investigación Clínica y Básica, en Aalborg, Dinamarca, y colaboradores.

Recientemente, el umbral de la 25-OHD3, un indicador del estado de la vitamina D, para inclusión en los estudios ha cambiado de 30 a 60 nmol/l.

En esta cohorte de 131 mujeres posmenopáusicas seleccionadas para participar en un ensayo de osteoporosis, la concentración promedio de 25-OHD3 fue menor a los

60 nmol/l. Las mujeres fueron tratadas con 25, 50, 75, 100 o 200 mcg de vitamina D3 por día durante 10 días como mínimo.

Se observó un importante aumento en las concentraciones de 25-OHD3 después de 10 días de tratamiento con las cinco dosis diferentes de vitamina D3.

Los investigadores informan que el tratamiento de 10 días con 50 mcg de vitamina D3 diarios seguido de 14 días de tratamiento con 200 mcg de vitamina D3 por día aseguró concentraciones de 25-OHD3 superiores a los 60 nmol/l en todos los sujetos en el período de tiempo más corto posible.

Este régimen es viable de ser administrado durante un período de análisis de 56 días y sin ningún riesgo de efectos secundarios, agregan los investigadores.

Tratamiento de la infertilidad con citrato de clomifeno e IIU infectivos para mujeres mayores de 42 años

Evalúan los resultados de una gran cohorte de mujeres de varias edades sometidas a tratamiento de fertilidad con citrato de clomifeno e inseminación intrauterina.

Fuente: *Fertility and Sterility* 2008; 90: 2281-2286

MedWire News: un estudio sugiere que tratar a las mujeres mayores de 42 años por infertilidad con citrato de clomifeno e inseminación intrauterina (CC/IIU) es inefectivo debido a las muy bajas tasas de éxito.

Alan Penzias, de la Facultad de Medicina de Harvard en Boston, Massachusetts, EE.UU., y colaboradores analizaron las tasas de embarazo (PR, sigla en inglés) acumulativas y por ciclo entre 1.738 mujeres que sufrían infertilidad estratificadas por edad.

Los resultados de su estudio retrospectivo de cohortes mostraron PRs de 10.1, 8.2 y 6.5 por ciento por ciclo iniciado en las mujeres menores de 35, 35 a 37 y 38 a 40 años, respectivamente. Cuando se realizó un análisis por paciente tratada, las PRs acumulativas para estas mujeres fueron 24.2, 18.5 y 15.1 por ciento, respectivamente.

La caída de la tasa de éxito por mujer entre las de 41 y 42 años fue pronunciada, con una PR del 3.6 por ciento por ciclo y una PR acumulativa del 7.4 por ciento, lo que dio una tasa de menos de la mitad de la incidencia de embarazo por paciente en las mujeres de 38 a 40 años.

De modo similar, las mujeres de 43 años y más sólo tuvieron una PR del 0.8 por ciento por ciclo, con solamente una de 55 tratadas que logró el embarazo.

El equipo investigador comenta que a excepción de las edades de 41 a 42, el 90 por ciento o más de los embarazos observados en cada grupo etario se lograron en tres o menos ciclos de CC/IIU.

“La necesidad de más estudios de pacientes de 41 años o más es crítica para determinar la modalidad de tratamiento más efectiva para estas pacientes”, concluyen Penzias y cols.

Seguimiento de la cirugía de fibromas

Issue 24: 23 dic 2008

Fuente: International Journal of Gynecology and Obstetrics 2008; 103: 217-221

La edad es un factor importante que afecta el riesgo de amenorrea permanente después de la embolización de arteria uterina por fibromas, de acuerdo con los resultados de un nuevo estudio.

Investigadores del Hospital Saiseikai Shiga en Ritto, Shiga, Japón, llevaron a cabo el estudio a largo plazo para determinar la tasa de inicio de amenorrea permanente después de embolización arterial uterina por fibromas, y la influencia de la edad en esta tasa.

En su estudio analizaron registros de bases de datos e identificaron a 211 mujeres consecutivas que reunían los criterios, y las dividieron en tres grupos sobre la base de su edad al momento del procedimiento: menores de 40 años; 40 a 44 años, y 45 años o más. El período promedio de seguimiento para el que se dispuso de datos fue 44.5 meses (rango 0.5 a 84 meses).

En su nuevo trabajo en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, los investigadores informan que en el grupo de mujeres menores de 40 años al momento de la cirugía, ninguna desarrolló amenorrea permanente durante el seguimiento.

Contrariamente, en el grupo de mujeres de 40 a 44 años al momento de la cirugía, las tasas acumulativas de inicio de la amenorrea permanente fueron cero por ciento a un año de la embolización de arteria uterina, 1.4 por ciento a los tres años, 1.4 por ciento a los cuatro años, 3.1 por ciento a los cinco años, y 11.2 por ciento a los seis años.

En el grupo de mujeres de 45 años o mayores al momento de la cirugía, las tasas acumulativas fueron 4.1 por ciento al año, 19.7 por ciento a los tres años, 25.5 por ciento a los cuatro años, 40.4 por ciento a los seis años.

Los investigadores calcularon que las tasas de inicio de la amenorrea permanente eran significativamente más altas en el grupo de mujeres mayores, en comparación con los dos grupos etarios más jóvenes. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos etarios más jóvenes.

Los investigadores concluyen que el estudio demuestra claramente que las tasas de inicio de la amenorrea permanente cambian con el tiempo después de la embolización, y que difieren de acuerdo con la edad de la paciente al momento de la cirugía. Las mujeres menores de 40 años en la base parecen tener poca probabilidad de que se inicie una amenorrea permanente, al menos hasta los seis años después del procedimiento, escriben los investigadores.

Y agregan que pocos estudios han investigado previamente las tasas a largo plazo de inicio de amenorrea permanente en esta población de pacientes: “Creemos que estos resultados pueden contribuir a predecir la posibilidad del inicio de la amenorrea permanente en el largo plazo en las mujeres sometidas a embolización –una información útil para las pacientes que deben dar su consentimiento informado para el procedimiento y su seguimiento”.

En la sección de discusión de su trabajo, los investigadores informan que, del subgrupo de mujeres que experimentaron amenorrea permanente en el estudio, la edad promedio de inicio fue 47.5 años en las que tenían 40 a 44 años en la cirugía, y 49.9 años en las que tenían 45 o más al momento del procedimiento. Finalmente, instan a que se realicen estudios más grandes que involucren un lapso de seguimiento mucho más prolongado después de la embolización para determinar la verdadera edad promedio al inicio de la amenorrea permanente en diferentes grupos etarios.

Más de “cinco al día” mejoraría el pronóstico de las supervivientes al cáncer de mama sin sofocos

Determinan si una dieta baja en grasas y con alto contenido de fibras con una ingesta de frutas y vegetales en comparación con la dieta recomendada de cinco al día afecta en forma diferencial el pronóstico en las supervivientes al cáncer de mama con o sin sofocos.

Fuente: *Journal of Clinical Oncology 2008; Advance online publication*

MedWire News: un estudio sugiere que una dieta con ingestas mayores de vegetales, frutas y fibras y más bajas en grasas que la dieta “cinco al día” podría reducir el riesgo de eventos adicionales en las supervivientes al cáncer de mama sin sofocos.

John Pierce, de la Universidad de California en San Diego, EE.UU., y colaboradores llevaron a cabo un análisis secundario en 2.967 supervivientes al cáncer de mama, de 18 a 70 años de edad, que previamente habían sido registradas en el ensayo sobre nutrición y vida sana para las mujeres Women’s Healthy Eating and Living Trial (WHEL), el que comparó los efectos de la dieta recomendada “cinco al día” con un grupo de intervención dietaria que recibió más de cinco [porciones/unidades] al día.

El equipo investigador comenta que el interés de analizar la asociación entre la dieta y los sofocos y su impacto en el pronóstico de cáncer de mama provino de las concentraciones más

bajas de estrógeno circulante observadas en las mujeres con sofocos en comparación con las que no los experimentan. “Reducir el efecto del estrógeno es una importante estrategia terapéutica en el cáncer de mama”, explicó Pierce.

Después de controlar las características tumorales y el tratamiento anti-estrógeno, las mujeres sin sofocos asignadas al grupo de intervención tuvieron una tasa 31 por ciento más baja de eventos de cáncer de mama recurrente o metastásico que las mujeres sin sofocos asignadas al grupo de comparación. Este efecto fue aun más fuerte en las mujeres posmenopáusicas (47 por ciento) a lo largo de 7.3 años de seguimiento. La intervención no afectó el pronóstico de las mujeres con sofocos en la base.

Los investigadores concluyen que un cambio importante en la dieta podría superar la diferencia en el pronóstico entre las mujeres con y sin sofocos a través de la reducción del estradiol biodisponible.

Obesidad asociada con mayor riesgo de cáncer ovárico

Examinan el índice de masa corporal en relación con el riesgo de cáncer ovárico e investigan si esta asociación es afectada por el uso de terapia hormonal.

Fuente: *Cancer 2009; Advance online publication*

MedWire News: un estudio epidemiológico ha revelado que entre las mujeres que nunca utilizaron terapia hormonal menopáusica (THM), las obesas tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer ovárico en comparación con las mujeres de peso normal.

Michael Leitzmann (National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, EE.UU.) y colaboradores sospechan que “la obesidad se asocia con un mayor riesgo de cáncer ovárico a través de un mecanismo hormonal”, posiblemente mediante la aromatización de andrógenos durante la excesiva síntesis de estrógeno en el tejido adiposo.

Los investigadores escriben que entre 94.525 mujeres de 50 a 71 años de edad, al comienzo de los siete años de estudio, el 22 por ciento eran obesas (índice de masa corporal [IMC] > 30 kg/m²). Cuando las mujeres obesas fueron comparadas con mujeres de peso normal (IMC = 18,5-24,9 kg/m²) el riesgo relativo multivariado

(MVRR) de cáncer ovárico no fue significativo en 1.26.

Sin embargo, esta asociación fue importante entre las mujeres que nunca usaron THM, con el MVRR para las mujeres obesas frente a las de peso normal que aumentó a 1.83. Contrariamente, no se evidenció relación entre el IMC y el cáncer ovárico entre las mujeres que habían usado THM (MVRR = 0.96).

Además, Leitzmann y cols. hallaron que la obesidad y el elevado riesgo de cáncer ovárico estaban vinculados entre las mujeres sin antecedentes familiares de cáncer ovárico pero no entre las que tenían antecedentes familiares positivos de cáncer ovárico.

El equipo investigador comenta que su estudio confirma una modesta relación positiva entre el IMC y el riesgo de cáncer ovárico, y que se necesitan más estudios para probar si esta relación varía de acuerdo con el uso de THM.

Reducción del riesgo de cáncer endometrial en bebedoras de café y té

Examinan las asociaciones entre el riesgo de cáncer endometrial y el consumo habitual de café, café descafeinado y té negro.

Fuente: *International Journal of Cancer 2008; Advance online publication*

MedWire News: un estudio sugiere que el riesgo de cáncer endometrial es reducido en las mujeres que consumen más de dos tazas por día de té negro o café común.

Susan McCann, del Roswell Park Cancer Institute en Búfalo, Nueva York, EE.UU., y colaboradores recopilaron datos de un cuestionario de 541 mujeres con cáncer endometrial y 541 mujeres con útero intacto sin diagnóstico de cáncer. Los resultados fueron controlados en cuanto a la edad, los factores de riesgo de cáncer endometrial y el control mutuo de brebajes.

Los investigadores hallaron que en comparación con quienes no bebían los brebajes, las mujeres que consumían más de dos tazas por día de café común eran 28 veces menos propensas a tener cáncer endometrial. Esta relación no se presentó en quienes bebían café descafeinado.

Los investigadores comentan que “las estimaciones del consumo total de café y té son similares a las estimaciones observadas del té

solo [reducción del 53 frente al 44 por ciento], lo que sugiere que el té podría contribuir con efectos independientes más allá de su contenido de cafeína”.

Además, las asociaciones del consumo de café y de té se vieron algo modificadas por el índice de masa corporal (IMC), con la probabilidad de una mayor reducción del cáncer endometrial entre las bebedoras de café de peso normal que las mujeres con más peso. Sin embargo, los efectos beneficiosos del té se limitaron a las mujeres de más peso.

El equipo investigador señala que aunque los análisis estratificados sugieren una modificación a causa del IMC, ninguno de los términos de interacción fue estadísticamente significativo.

Los investigadores concluyen: “Estos hallazgos sugieren que el café y el té podrían ser importantes para reducir el riesgo de cáncer endometrial”.

Desvenlafaxina: efectivo tratamiento no hormonal para los sofocos

Evalúan la eficacia y la seguridad de dos dosis de desvenlafaxina en comparación con placebo para el tratamiento de los síntomas vasomotores menopáusicos.

Fuente: American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008; Advance online publication

MedWire News: un estudio ha revelado que la desvenlafaxina, un nuevo inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina, es efectiva para reducir la frecuencia de los sofocos en comparación con el placebo, con mínimos eventos adversos (EA).

“No existen actualmente tratamientos no hormonales para los sofocos asociados con la menopausia”, explican David Archer, del Jones Institute for Reproductive Medicine en Norfolk, Virginia, EE.UU., y colaboradores.

En su ensayo aleatorizado y multicéntrico, 458 mujeres posmenopáusicas que experimentaban 50 o más sofocos moderados a severos por semana recibieron 100 o 150 mg/día de desvenlafaxina, con ajuste en la terapia de inicio, o placebo. En las semanas 4 y 12 se evaluó el número de sofocos y su severidad.

El tratamiento con 100 y 150 mg/día de desvenlafaxina redujo significativamente el nú-

mero de sofocos en comparación con el placebo en ambos puntos del tiempo, con reducciones del 65.4 y 66.6 por ciento frente a reducciones del 50.8 por ciento, respectivamente, a la semana 12.

También se observó reducción en la severidad de los sofocos en ambos grupos de mujeres que tomaban desvenlafaxina en ambas evaluaciones, la que logró una reducción del 73 por ciento desde la base a la semana 12 en comparación con el 60.4 por ciento con placebo.

Los grupos con desvenlafaxina informaron muchos más eventos adversos que el grupo con placebo durante la semana 1 solamente (52.8 frente a 31.1 por ciento, respectivamente). No se observó diferencia de abandonos debido a EAs.

Archer y cols. concluyen que “100 mg/día de desvenlafaxina es la dosis óptima para tratar los sofocos, sin mayor eficacia observada con la dosis de 150 mg/día en este ensayo”.

Los trastornos del sueño vinculan los síntomas menopáusicos con la depresión

Investigan asociaciones entre los sofocos y otros síntomas menopáusicos, la calidad del sueño y los síntomas depresivos en mujeres de 45 a 54 años de edad.

Fuente: *Maturitas 2008; Advance online publication*

MedWire News: los síntomas depresivos debidos a los síntomas menopáusicos se atribuyen a los trastornos del sueño, según sugiere un estudio.

Las fluctuaciones hormonales han sido implicadas como un mecanismo subyacente de depresión durante la menopausia, pero si las hormonas desempeñan un rol directo o indirecto en este proceso continúa siendo controvertido.

Jessica Brown (Universidad de Maryland, Baltimore, EE.UU.) y colaboradores creen que la experiencia de síntomas depresivos perimenopáusicos podría hallar explicación en los síntomas vasomotores y otros síntomas menopáusicos.

Los investigadores llevaron a cabo un estudio transversal y poblacional de 639 mujeres de 45 a 54 años, que completaron un cuestionario incluyendo la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), datos demográficos, conductas de salud, antecedentes menstruales, síntomas menopáusicos y calidad del sueño.

Después de controlar las covariables (estado menopáusico, nivel de actividad física, hábito de fumar, estado actual de salud informado por la participante) Brown y cols. identificaron varios factores significativamente asociados con la depresión, definida por puntajes CES-D iguales o mayores a 16. Estos eran: experimentar sofocos en los últimos 30 días, rigidez muscular, problemas de visión, secreción vaginal, molestias y dolores, cefaleas, incontinencia, debilidad e insomnio (con coeficientes de probabilidad [OR] que variaron de 1.48 a 3.01 en comparación con la ausencia de síntomas).

Cabe destacar que las náuseas o la irritabilidad una vez a la semana o más, y experimentar sofocos cuatro veces por noche o más, se asociaron fuertemente con la depresión, con ORs de 3.66, 4.23 y 4.51, respectivamente.

Los investigadores sugieren por ende que “la experiencia de síntomas vasomotores da lugar a trastornos del sueño, los que a su vez promueven síntomas depresivos en las mujeres perimenopáusicas”.

Asociación limitada entre ingesta de flavonoides y riesgo de cáncer ovárico

Examinan la asociación entre la ingesta de cinco flavonoides comunes y el riesgo de cáncer ovárico epitelial en un gran estudio poblacional.

Fuente: *International Journal of Cancer 2008; Advance online publication*

MedWire News: un estudio no ha encontrado evidencia de una asociación entre la ingesta total de flavonoides y el riesgo de cáncer ovárico, en disputa con reportes de asociaciones significativas de estudios recientes.

Margaret Gates (de la Facultad de Medicina de Harvard, Boston, Massachusetts, EE.UU.) y colaboradores explican que “aunque los resultados de los estudios previos sobre la ingesta de flavonoides y el riesgo de cáncer ovárico son alentadores, la mayoría de estos estudios fueron pequeños a moderados en cuanto a su volumen”, lo que instó a los investigadores a examinar esta asociación en un gran estudio poblacional de casos y controles.

Los investigadores calcularon la ingesta de cinco flavonoides dietarios comunes (miricetina, kampfrol, quercetina, luteolina y apigenina) de 1.141 casos de cáncer ovárico epitelial y 1.183 controles coincidentes en la frecuencia utilizando información obtenida de cuestionarios sobre frecuencia alimenticia en dos estudios de cinco años.

Los investigadores no hallaron asociación entre la ingesta total de flavonoides y el riesgo de cáncer ovárico, tal lo mostrado por un riesgo relativo (RR) ajustado por variables múltiples de 1.06 para el quintilo superior frente al quintilo inferior de ingesta total de flavonoides (27.5 frente a 6.0 mg/día, respectivamente).

Cuando Gates y cols. analizaron cada flavonoide individual, sólo la ingesta de apigenina se asoció con una disminución significativa dudosa en el riesgo (RR = 0,79) para el quintilo superior frente al inferior [0.70 frente al 0.03 mg/día], y esta asociación fue significativa después de controlar la ingesta de los otros cuatro flavonoides (RR comparable = 0.72).

El equipo concluye que se necesitan más estudios para caracterizar los períodos potencialmente beneficiosos de exposición a los flavonoides, y para determinar qué flavonoides, si acaso alguno, actúan para inhibir la carcinogénesis ovárica.

Riesgo de cáncer de mama posmenopáusico no asociado con ingesta de cereales integrales

Investigan la asociación entre la ingesta de productos integrales y el riesgo de cáncer de mama por el estado del receptor tumoral, la histología y el uso de TH.

Fuente: *International Journal of Cancer* 2009; 124: 745-750

MedWire News: un estudio sugiere que no existe asociación entre la ingesta total o específica de productos integrales y el riesgo de cáncer de mama.

Rikke Egeberg (Sociedad de Cáncer Danesa, Copenhague, Dinamarca) y colaboradores dicen que este hallazgo es significativo a pesar de la existencia de una serie de posibles mecanismos biológicos que avalan un rol protector de los cereales integrales contra el cáncer de mama.

Los investigadores utilizaron datos de 25.278 mujeres posmenopáusicas, de 50 a 64 años de edad, que participaron en el estudio de cohortes danés Dieta, Cáncer y Salud desde 1993 hasta 1997. Durante un tiempo promedio de seguimiento de 9.6 años, se diagnosticaron 978 casos de cáncer de mama.

Egeberg y cols. hallaron que una ingesta mayor de cereales integrales no se asociaba con un riesgo menor de cáncer de mama, como lo

muestra una proporción de tasas [rate ratio] de incidencia de 1.01 por incremento de 50 g de ingesta de cereales integrales total ajustada por factores establecidos de riesgo de cáncer de mama.

De modo similar, no se observó asociación entre la ingesta de productos integrales total o específica y el riesgo de desarrollar cáncer de mama positivo al receptor de estrógeno (ER)+, ER-, positivo al receptor de progesterona (PR)+, PR-, estado combinado de ER/PR, ductal o lobular.

Además, los investigadores advirtieron que los hallazgos no se alteraban al tener en cuenta el uso de TH.

El equipo investigador concluye que aunque no se encontraron presentes asociaciones, se necesitan grandes estudios prospectivos subsiguientes.

Suplemento de S-equol mejora síntomas menopáusicos

Examinan las diferencias de síntomas, estados de ánimo y biomarcadores entre mujeres maduras japonesas productoras y no productoras de equol antes y después de la suplementación de S-equol.

Fuente: *Menopause* 2009; 16: 141-148

MedWire News: un estudio sugiere que la suplementación con S-equol, un metabolito de la isoflavona daidzeína hallada en la soja, confiere una reducción significativa de los síntomas menopáusicos en las mujeres que carecen de la capacidad de producir equol a partir de los productos de soja.

En un ensayo aleatorizado controlado con placebo de 12 semanas en 134 mujeres, de 40 a 59 años de edad, Naoko Ishiwata (Universidad Atomi, Saitama, Japón) y colaboradores hallaron que el 34.3 por ciento de estas mujeres eran capaces de producir equol.

Ishiwata y cols. encontraron que, en la base, los puntajes totales de síntomas menopáusicos y de ansiedad variaban por estado de producción de equol (puntajes medios de 18.7 vs. 21 y 3.4 vs. 5 para las productoras frente a las no productoras en las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, respectivamente).

Los resultados del estudio revelaron que se observaron efectos significativos de la suplementación de equol solamente en las no

productoras de equol perimenopáusicas y posmenopáusicas. No se observaron diferencias significativas entre las mujeres asignadas a 10 mg de equol una vez por día y las que recibieron placebo.

Contrariamente, las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas que recibieron 10 mg de equol tres veces por día mostraron disminuciones significativas desde la base en todos los puntajes de los síntomas menopáusicos excepto en la depresión, aunque se observó una importante disminución cuando se las comparó con las mujeres que recibieron placebo.

Los investigadores hallaron notables disminuciones en los puntajes de Tensión-Ansiedad, Depresión-Abatimiento y Fatiga, y aumentos en el Vigor del cuestionario de Perfil de Estados de Ánimo para los grupos con S-equol versus placebo.

Teniendo en cuenta la ausencia de efectos adversos serios, el equipo investigador concluye: “Este suplemento de equol es una alternativa promisorio a la terapia de estrógeno para las mujeres menopáusicas que no producen equol”.

CONGRESOS GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Agosto 27, 2009 - Agosto 28, 2009

Buenos Aires, Argentina

8TH GERMAN CONGRESS OF ENDOMETRIOSIS

September 16, 2009 - September 19, 2009

Muenster, Germany

CONGRESOS DIABETES

13TH PAN ARAB CONFERENCE ON DIABETES PACD13

March 24, 2009 - March 27, 2009

Cairo, Egypt

5TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON DIABETES AND PREGNANCY - DIP 2009

March 26, 2009 - March 28, 2009

Sorrento, Italy

3RD INTERNATIONAL CONGRESS ON PREDIABETES AND THE METABOLIC SYNDROME

April 01, 2009 - April 04, 2009

Nice, France

DIABETES UPDATE 2009

April 03, 2009

Toronto, ON, Canada

INTERNATIONAL CONGRESS ON DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

May 19, 2009 - May 21, 2009

Yazd, Iran, Islamic Republic of

6TH METABOLIC SYNDROME, TYPE II DIABETES AND ATHEROSCLEROSIS (MSDA)

May 20, 2009 - May 24, 2009

Berlin, Germany

69TH SCIENTIFIC SESSIONS OF THE AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

June 05, 2009 - May 09, 2009

New Orleans, LA, United States

INTERNATIONAL WORKSHOP ON THE MOLECULAR PHARMACOLOGY AND THERAPEUTICS OF BONE DISEASE

July 02, 2009 - July 04, 2009

Oxford, England, United Kingdom

CONGRESOS MENOPAUSIA

CONGRESO COLOMBIANO DE MENOPAUSIA
March 21, 2009 - March 24, 2009
Cali, Colombia

8TH EUROPEAN CONGRESS ON MENOPAUSE (EMAS)
May 16, 2009 - May 20, 2009
London, England, United Kingdom

CONGRESOS ENDOCRINOLOGÍA

AMWC - Anti-Aging Medicine World Congress & Medispa
March 19, 2009 - March 21, 2009
Monte-Carlo, Monaco

3RD SKELETAL ENDOCRINOLOGY MEETING
March 27, 2009
Brescia, Italy

10° CONGRESSO REGIONALE SIMG LOMBARDIA
4° CONGRESSO NAZIONALE SIMG AREA METABOLICA
April 03, 2009 - April 04, 2009
Brescia, Italy

CLINICAL ENDOCRINOLOGY 2009
April 04, 2009 - April 08, 2009
Boston, MA, United States

11TH EUROPEAN CONGRESS OF ENDOCRINOLOGY
April 25, 2009 - April 29, 2009
Istanbul, Turkey

CLINICAL ENDOCRINOLOGY FOR PRIMARY CARE PHYSICIANS
May 01, 2009 - May 03, 2009
Hilton Head, SC, United States

ECO 2009: 17TH EUROPEAN CONGRESS ON OBESITY
May 06, 2009 - May 09, 2009
Amsterdam, Netherlands

THE ESE 7TH POSTGRADUATE COURSE IN CLINICAL ENDOCRINOLOGY
May 28, 2009 - May 30, 2009
Bucharest, Romania

ENDOCRINOLOGY UPDATE CRUISE
June 06, 2009 - June 14, 2009
Rome, Italy

ENDO 2009
June 10, 2009 - June 13, 2009
Washington, DC, United States

CLINICAL ENDOCRINOLOGY FOR PRIMARY CARE PHYSICIANS
June 26, 2009 - June 28, 2009
San Francisco, CA, United States

THYROID SURGERY: THE RECURRENT LARYNGEAL NERVE
INTERNATIONAL COURSE ON ENDOCRINE SURGERY
June 26, 2009
Varese, Italy

MODERN ENDOCRINOLOGY: AN UPDATE & REFRESHER FOR THE PRIMARY CARE PHYSICIAN
July 10, 2009 - July 17, 2009
Seattle, WA, United States

CLINICAL ENDOCRINOLOGY FOR PRIMARY CARE PHYSICIANS
August 28, 2009 - August 30, 2009
Monterey, CA, United States

CLINICAL ENDOCRINOLOGY FOR PRIMARY CARE PHYSICIANS
September 11, 2009 - September 13, 2009
Chicago, IL, United States

THE ESE 6TH POSTGRADUATE COURSE IN CLINICAL ENDOCRINOLOGY
October 08, 2009 - October 10, 2009
Valletta, Malta

4TH ANNUAL FRONTIERS OF CLINICAL INVESTIGATION SYMPOSIUM: METABOLISM 2009
October 08, 2009 - October 10, 2009
La Jolla, CA, United States

8TH INTERNATIONAL CONGRESS ON ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM
October 27, 2009 - October 30, 2009
Tehran, Iran, Islamic Republic of

ENDO 2010
June 19, 2010 - June 22, 2010
San Diego, CA, United States

7TH INTERNATIONAL CONGRESS ON NEUROENDOCRINOLOGY
July 10, 2010 - July 15, 2010
Rouen, France

14TH ASIA-OCEANIA CONGRESS OF ENDOCRINOLOGY
December 02, 2010 - December 05, 2010
Kuala Lumpur, Malaysia