

Universidad Estatal a Distancia
Sistema de Estudios de Posgrado
Escuela de Ciencias Naturales

Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles

Trabajo de Graduación

Efecto del Uso de la Terapia de Reemplazo Hormonal en
la Calidad de Vida de las Mujeres Postmenopáusicas:
Estudio descriptivo tipo análisis de tendencia.
Consulta Externa de Ginecología, Hospital San Juan de Dios

Dra. Sing-Hung Chang Lin

Dr. Herman Montvelisky Karolicki

San José, Costa Rica
Octubre 2003

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
I. TÍTULO	3
II. INTRODUCCIÓN	3
III. ANTECEDENTES	5
A. <i>Terapia de reemplazo hormonal y la menopausia</i>	<i>5</i>
B. <i>Menopausia y calidad de vida</i>	<i>11</i>
C. <i>Estudios realizados en Costa Rica</i>	<i>15</i>
D. <i>Situación actual del uso de la TRH</i>	<i>17</i>
IV. JUSTIFICACIÓN	20
V. PROBLEMA	21
VI. OBJETIVOS	22
A. <i>General</i>	<i>22</i>
B. <i>Específicos</i>	<i>22</i>
VII. MARCO TEÓRICO	23
I. DEFINICIONES	23
II. FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA	24
III. SÍNTOMAS Y CAMBIOS CLIMATÉRICOS	25
IV. TRATAMIENTOS	28
V. CALIDAD DE VIDA	32
<i>Evolución del concepto en el tiempo</i>	<i>32</i>
<i>¿Cómo se define Calidad de Vida?</i>	<i>37</i>
<i>Definición de Calidad de Vida según la OMS</i>	<i>39</i>
<i>Utilidad del concepto de calidad de vida</i>	<i>40</i>
<i>Investigación sobre Calidad de Vida en distintos ámbitos de servicios humanos</i>	<i>41</i>
<i>Medición de la Calidad de Vida</i>	<i>43</i>

VI. CONSEJERÍA	46
<i>Riesgos vs. beneficios</i>	46
<i>Opciones terapéuticas</i>	46
<i>Modificaciones en el estilo de vida y terapias alternativas</i>	47
VII. EL COSTO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS : SU IMPORTANCIA Y ANÁLISIS	48
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	52
A. <i>Tipo de estudio</i>	52
B. <i>Area de estudio</i>	52
C. <i>Población de estudio (universo y muestra)</i>	52
D. <i>Técnicas de recolección de la información</i>	53
E. <i>Instrumento de recolección de datos</i>	53
F. <i>Procedimiento de recolección de datos</i>	53
G. <i>Plan de tabulación y análisis</i>	54
Variable independiente	55
Variables dependientes	56
IX. RESULTADOS	56
X. DISCUSIÓN	67
XI. PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL DE LA CONSULTA DE CLIMATERIO PARA UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA	71
XII. ESTIMACIÓN DEL COSTO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL PARA LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL	76
XIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
XIV. BIBLIOGRAFÍA	85
XV. ANEXOS	96
Formulario Calidad de Vida en la Postmenopausia	97
Tabla de operacionalización de variables	99

I. TÍTULO

Efecto del uso de la terapia de reemplazo hormonal en la calidad de vida de las mujeres postmenopáusicas: Estudio descriptivo tipo análisis de tendencia. Consulta Externa de Ginecología, Hospital San Juan de Dios.

II. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha dado un creciente interés en la comunidad científica mundial en investigar los cambios fisiológicos que acompañan al climaterio y los medicamentos que conforman la terapia de reemplazo hormonal (TRH), principalmente los estrógenos. Se han hecho inversiones cuantiosas para llevar a cabo los múltiples estudios sobre los efectos clínicos, beneficios y riesgos de estas hormonas, cuyos resultados muchas veces son contradictorios y no concluyentes (Notelovitz y Kanmaz, 1999),¹⁶ incluyendo el estudio prospectivo randomizado más reciente y extenso realizado hasta el momento actual (WHI, 2002), cuya naturaleza le confiere la mayor validez de todos.⁵⁹ El auge que le han conferido al tema de la TRH la publicidad y las estrategias de mercadeo por parte de las compañías farmacéuticas, han logrado despertar el interés y la atención, tanto del cuerpo médico como del público en general. En momentos en que la

esperanza de vida para las mujeres se acerca a los 80 años en el presente siglo, se hace necesario actuar de una manera influyente sobre el proceso de envejecer y sobre la muerte, para lograr un envejecimiento con la máxima calidad de vida y con un mínimo de enfermedad, sin que ello signifique hacer insostenibles los costos de los servicios de salud (Achío, 2001).²² Es así que hoy día, la terapia de reemplazo hormonal se ha convertido en un tema popular de discusión, en parte por el crecimiento cada vez mayor del grupo poblacional de mujeres postmenopáusicas, y en parte por la misma controversia que conlleva. De hecho, aún no existen criterios uniformes en relación al manejo de la TRH, con respecto a si se debe o no usarla, a quiénes se debe indicar, cuándo y por cuánto tiempo, y cuáles son los esquemas de tratamiento más apropiados. Una de las realidades preocupantes es que, dentro de este marco de incertidumbre médico-científica, se ha ido dejando de lado el análisis del criterio de decisión desde la perspectiva de las mismas mujeres postmenopáusicas, que contemple el consentimiento informado de las mismas, tomando en cuenta sus inquietudes, necesidades y temores. Muchas de estas brechas se han acentuado en los últimos años, sobre todo en nuestro medio, en que se ha despersonalizado la consulta médica, a tal punto de que generalmente no se toma en cuenta los deseos de la paciente. En efecto, uno de los aspectos dejados de lado es precisamente el conocer si el uso de la TRH mejora o no la *calidad de vida* de las mujeres postmenopáusicas, desde su propia perspectiva.^{1,2} Asimismo, las implicaciones económicas que significarían para las instituciones de salud brindar la TRH como parte de la consulta médica especializada de climaterio no ha sido evaluada de manera integral. El comprender la respuesta a ambas inquietudes nos permitiría incorporar a plenitud los

conocimientos necesarios para proponer un protocolo de manejo que sea acorde con las demandas, necesidades y los recursos disponibles en nuestro medio.

III. ANTECEDENTES

A. Terapia de reemplazo hormonal y la menopausia

La TRH en la postmenopausia ha sido un tema de gran interés en el campo de la salud de la mujer, por sus múltiples efectos tanto benéficos como adversos, que han creado controversia en cuanto a su utilización en diferentes situaciones clínicas. Según la experiencia derivada de múltiples estudios, la TRH parece jugar un papel definitivo en el tratamiento de muchos de los síntomas climatéricos (Greendale y cols.1999, NAMS 1998, Notelovitz y col.1999).^{7,15,16} Por ejemplo, 5@
ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 , , , d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä i¥Á 5@
 ø i @:

bjbjĭ2ĭ2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ÿÿ ÿÿ ÿÿ
 ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° æè□ Ä ìÿÁ 5@
 ø ç @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ìŸÁ 5@
ø ï @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ´ ´ ´ d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ìÿÁ 5@
 ø ï @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

yÿ yÿ yÿ
 ^ ð ð ð
 ´ ´ ´ d Ä
 iç iç iç ° œè ð Ä ÿÁ 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¶Á 5@
 ø í @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ
^	ð		ð ð		
	´		´		d Ä
ìç	ìç	ìç	°	œè □ Ä ÿÿÁ 5@	
	ø í			@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ÿÿ ÿÿ ÿÿ
 ð ð ð d Ä
 ´ ´ ´
 ìç ìç ìç ° œè □ Ä ì¶Á 5@
 ø í @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè □ Ä ì¥Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	đ		đ đ			
	`		`		` d	Ä
ìç	ìç		ìç °	œè□	Ä	ìÿÁ 5@
	ø ÿ			@:		

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ÿÿ ÿÿ ÿÿ
 ð ð ð
 ` ` ` d Ä
 ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¶Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ÿÿ ÿÿ ÿÿ
 ð ð ð
 ` ` ` d Ä
 ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¶Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	ð		ð ð			
		`		`	d	Ä
ìç	ìç		ìç °	œè	Ä ìÿÁ 5@	
	ø ÿ			@:		

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ
^	ð		ð ð		
		`		`	d
					Ä
ìç		ìç	ìç °	œè□ Ä	ìÿÁ 5@
	ø ÿ			@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ð ð ð ð d Ä
 ìç ìç ìç ° œè □ Ä dinales han demostrado que las
 mujeres postmenopáusicas tienen concentraciones de lípidos y lipoproteínas menos
 favorables, y que la administración de estrógenos ejerce efectos benéficos en los
 parámetros lipídicos (Matthews y cols.,1989, Notelovitz y col.,1999).^{46,16} Pero cuando
 los estrógenos se asocian con progestágenos, hay una disminución en este beneficio,
 dependiendo de la dosis y el tipo de progestágeno empleado.⁷

d Ä ìç ìç ìç ° œè Ä ì
 ¥Á 5@ ø ì @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	ð		ð ð			
	、		、		、	d
ìç		ìç		ìç °	œè □ Ä	ï¥Á 5@
	ø í				@:	
						Ä

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ
^	đ	đ	đ		
	`	`	`	d	Ä
îç	îç	îç	°	œè□ Ä ì¥Á 5@	
	ø ï			@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ÿÿ ð ð ð ð ÿÿ ÿÿ
 ` ` ` ` ` d Ä
 ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¶Á 5@
 ø ç @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè □ Ä ìÿÁ 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
 ^ ð ð ð
 ´ ´ ´ d Ä
 ìç ìç ìç ° œè □ Ä ì¥Á 5@
 ø ı @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ	ÿÿ	ÿÿ	
^	đ	đ đ		
	`	`	` d	Ä
ìç	ìç	ìç °	œè□ Ä ì¶Á 5@	
	ø ı		@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	ð		ð	ð		
	、		、	、	d	Ä
ïc	ïc	ïc	°	œè□ Ä	ìÏÁ 5@	
	ø ÿ			@:		

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð ð ð ð
, , , d Ä
ìç ìç ìç ° æè Å ÿÁ 5@
ø ì @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ
^	đ		đ đ		
	´		´	´	d Ä
ìç	ìç	ìç	°	œè	Ä ìÿÁ 5@
	ø ï			@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ð ð ð ð d Ä
 ìç ìç ìç ° œè□ Ä dinales han demostrado que las
 mujeres postmenopáusicas tienen concentraciones de lípidos y lipoproteínas menos
 favorables, y que la administración de estrógenos ejerce efectos benéficos en los
 parámetros lipídicos (Matthews y cols.,1989, Notelovitz y col.,1999).^{46,16} Pero cuando
 los estrógenos se asocian con progestágenos, hay una disminución en este beneficio,
 dependiendo de la dosis y el tipo de progestágeno empleado.⁷

Ä ìç ìç ìç ° œè□ Ä ìŸ
 Á 5@ ø ì @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð ÿÿ
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ï¥Á 5@
 ø ï @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 , , , d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ìŸÁ 5@
 ø ı @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ìÿÁ 5@
 ø ç @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 \ \ \ d Ä
ìç ìç ìç ° œè □ Ä ì¥Á 5@
 ø ï @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ï @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ´ ´ ´ d Ä
ìç ìç ìç ° æè □ Ä ìŸÁ 5@
 ø ï @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ

ÿÿ

ÿÿ

^

đ

đ

đ

,

,

,

d

Ä

ìç

ìç

ìç

°

œè □ Ä i¥Á 5@

ø í

@:

bjbjĭ2ĭ2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ÿÿ ÿÿ ÿÿ
 ð ð ð
 ´ ´ ´ d Ä
 ìç ìç ìç ° œè □ Ä ìÿÁ 5@
 ø ï @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð ÿÿ
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä î¥Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ÿÿ ð ð ð ð ÿÿ
 , , , d Ä
 iç iç iç ° æè Ä iÿÁ 5@
 ø i @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 , , , d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ì @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ð ð ð ð d Ä
 ìç ìç ìç ° æè□ Ä dinales han demostrado que las
 mujeres postmenopáusicas tienen concentraciones de lípidos y lipoproteínas menos
 favorables, y que la administración de estrógenos ejerce efectos benéficos en los
 parámetros lipídicos (Matthews y cols.,1989, Notelovitz y col.,1999).^{46,16} Pero cuando
 los estrógenos se asocian con progestágenos, hay una disminución en este beneficio,
 dependiendo de la dosis y el tipo de progestágeno empleado.⁷

^ ð ð ð ð d Ä
 ìç ìç ìç ° æè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ
^	ð		ð ð		
					d
					Ä
îç	îç	îç	°	œè □ Ä ì¥Á 5@	
	ø ï			@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 \ \ \ d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ìÿÁ 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

yy yy yy
 ^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
 iç iç iç ° œè□ Ä ì¶Á 5@
 ø í @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
` ` ` d Ä
ÿ ÿ ÿ ° æè□ Ä ÿÁ 5@
ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 \ \ \ d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ìÿÁ 5@
 ø í @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ´ ´ ´ d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ÿÑÁ 5@
 ø ç @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	ð		ð ð			
	`		`		` d	Ä
ìç	ìç		ìç ° œè		Ä ìÆÁ 5@	
	ø ì				@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

yy yy yy
 ^ ð ð ð
 \ \ \ d Ä
 ìç ìç ìç ° œè □ Ä dinales han demostrado que las
 mujeres postmenopáusicas tienen concentraciones de lípidos y lipoproteínas menos
 favorables, y que la administración de estrógenos ejerce efectos benéficos en los
 parámetros lipídicos (Matthews y cols.,1989, Notelovitz y col.,1999).^{46,16} Pero cuando
 los estrógenos se asocian con progestágenos, hay una disminución en este beneficio,
 dependiendo de la dosis y el tipo de progestágeno empleado.⁷

 ^ ð ð ð
 \ \ \ d Ä
 ìç ìç ìç ° œè □ Ä ìŸÁ 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 \ \ \ d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	ð		ð ð			
	´		´		´	d
ìç	ìç		ìç °	œè□	Ä	ïÿÁ 5@
	ø ÿ			@:		

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ
^	ð		ð ð		
		`	`	`	d Ä
ìç	ìç	ìç	°	œè □ Ä ìŸÁ 5@	
	ø ı			@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	ð		ð	ð		
		`		`		
				`	d	Ä
ìç		ìç		ìç	°	œè□ Ä ì¶Á 5@
	ø	ı			@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	ð	ð	ð			
		\	\	\	d	Ä
ìç	ìç	ìç	°	œè □	Ä	ìŸÁ 5@
	ø ı			@:		

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ
^	đ	đ	đ		
	˘	˘	˘	d	Ä
ıç	ıç	ıç	°	œè□ Ä ï¥Á 5@	
	ø	ı		@:	

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 ` ` ` d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ì @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĭ2ĭ2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

	ÿÿ		ÿÿ		ÿÿ	
^	ð		ð ð			
		`	`	`	d	Ä
ìç	ìç		ìç °	œè□ Ä ìÿÁ 5@		
	ø ï			@:		

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ÿÿ ÿÿ ÿÿ
 ð ð ð
 ` ` ` d Ä
 iç iç iç ° œè Ä ìÿÁ 5@
 ø ï @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

^ ð ð ð ð d Ä
 ìç ìç ìç ° æè□ Ä dinales han demostrado que las
 mujeres postmenopáusicas tienen concentraciones de lípidos y lipoproteínas menos
 favorables, y que la administración de estrógenos ejerce efectos benéficos en los
 parámetros lipídicos (Matthews y cols.,1989, Notelovitz y col.,1999).^{46,16} Pero cuando
 los estrógenos se asocian con progestágenos, hay una disminución en este beneficio,
 dependiendo de la dosis y el tipo de progestágeno empleado.⁷

^ ð ð ð ð d Ä
 ìç ìç ìç ° æè□ Ä ì¥Á 5@
 ø í @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

ÿÿ ÿÿ ÿÿ
^ ð ð ð
 \ \ \ d Ä
ìç ìç ìç ° œè□ Ä ì¥Á 5@
 ø ÿ @:

bjbjĪ2Ī2

•i -X -X Û# 3 p

Ã

los estrógenos se asocian con progestágenos, hay una disminución en este beneficio, dependiendo de la dosis y el tipo de progestágeno empleado.⁷

Se ha corroborado una relación etiológica entre la menopausia y el aumento de riesgo de enfermedades cardíacas. Se encontró que las pacientes ooforectomizadas tienen el mayor riesgo, seguidas de las mujeres con menopausia natural, que tienen un riesgo dos veces mayor de desarrollar esta enfermedad en comparación con las premenopáusicas.⁴⁷

Los estudios observacionales habían demostrado que el uso de la terapia de reemplazo estrogénica brindaba una reducción de eventos primarios de enfermedad coronaria de hasta en un 50% en usuarias actuales (Manson, 1994, Grodstein y col.,1995).^{47,48} No obstante, en un estudio prospectivo randomizado en 2700 mujeres con enfermedad coronaria preexistente (HERS), con un seguimiento de 4 años, en las que se empleó la asociación de estrógenos y progesterona, presentaron un aumento significativo de eventos coronarios en el primer año del estudio, que disminuyó en los años subsiguientes (Hulley y cols., 1998).⁴⁹ Estos resultados modificaron la práctica del empleo de TRH para la prevención secundaria de enfermedad coronaria, pero las mujeres que ya estaban tomando el tratamiento, se les recomendó continuar con el mismo. Sin embargo, a raíz de la publicación de los sorprendentes resultados obtenidos del más grande estudio prospectivo randomizado controlado hecho hasta la actualidad (WHI, julio 2002)⁵⁹, en el que se encontró que las mujeres sanas que recibieron estrógenos más progestina presentaron un 29% más de eventos primarios de enfermedad coronaria, comparado con mujeres que recibieron placebo, en estos momentos se está replanteando radicalmente el uso de la TRH. Tan es así que el concepto vigente hoy día es que el empleo a largo plazo

de la TRH combinada (estrógenos más progestina) es deletéreo para la enfermedad coronaria.

Se ha postulado una relación causal entre menopausia y osteoporosis, basada en una mayor cantidad de fracturas osteoporóticas en mujeres postmenopáusicas comparado con las premenopáusicas, pérdida de la densidad mineral ósea después de la menopausia, preservación de la densidad mineral ósea como resultado del uso de la TRH después de la menopausia, y evidencia por medio de estudios tipo cohorte que las usuarias de hormonas en la postmenopausia tienen menos fracturas que las no usuarias (NAMS, 2000).¹⁴ Se desconoce el momento del inicio de la pérdida ósea en relación con la menopausia. Existe inquietud si existirá un subgrupo de mujeres que tienen tendencia a una pérdida ósea más rápida que otras, y si el mismo subgrupo podrá ser identificado. De ser cierto, estas mujeres serían el grupo blanco para el tamizaje y consejería dirigidos hacia la prevención de la osteoporosis, y para la intervención terapéutica. Todavía no existen elementos suficientes para definir un abordaje clínico distinto para estos subgrupos teóricos. Un meta-análisis observacional mostró que el uso de la TRH disminuye el riesgo de fractura de cadera en un 50% en las usuarias actuales, y en un 25% en las que en algún momento usaron la terapia (Grady y cols.,1992).⁵⁰ Se desconoce el momento en el cual se debe iniciar la TRH para proteger contra las fracturas osteoporóticas. Mientras que algunos estudios previos enfatizaban que se debe iniciar en los primeros 5-10 años luego de la menopausia, estudios más recientes han encontrado beneficio incluso en mujeres que inician la TRH después de los 60 años.^{50,51} En el estudio PEPI (1996)⁵¹, se demostró que el tratamiento con estrógenos o estrógenos más progesterona durante 3

años, produce un aumento en la densidad mineral ósea de un 3.5-5% en la columna y un 1.7% en la cadera. Asimismo, el estudio experimental prospectivo del WHI (2002)⁵⁹ encontró que el uso de estrógenos más progestina reduce las fracturas de cadera y de columna vertebral hasta en un tercio comparado con el grupo placebo, al cabo de 5.2 años.

Por su parte, hay algunos estudios epidemiológicos que han mostrado una posible asociación entre menopausia, TRH y la aparición de varias enfermedades y condiciones crónicas como la artritis, disfunción cognitiva, enfermedad de Alzheimer, pérdida dental, enfermedades periodontales, atrofia cutánea, cataratas, cáncer de ovario y cáncer colorectal.^{6,7} La información existente todavía es insuficiente como para distinguir un efecto claro de la TRH en varios de esos apartados (Greendale y cols., 1999).⁷ Sin embargo, en relación al cáncer colorectal, el estudio del WHI (2002)⁵⁹ mostró una reducción del 37% en las usuarias de estrógenos y progestinas comparado con las mujeres con placebo, diferencia que es estadísticamente significativa.

Con respecto a las posibles complicaciones asociadas al uso de la TRH, una de las más controversiales es el cáncer de mama. Estudios observacionales y de meta-análisis han encontrado que el uso de la TRH probablemente se asocia con aumento de riesgo de cáncer de mama. Un estudio realizado en pacientes que han usado estrógenos conjugados equinos por 15 años (Speroff, 1996),⁵² mostró que hubo un aumento de 30% en el riesgo de cáncer de mama. Ese riesgo era aún mayor en las mujeres con historia familiar positiva por este cáncer. Sin embargo, este aumento en el riesgo relativo sobreestima el caso cuando se compara con el aumento real en números absolutos. En un re-análisis de

51 estudios publicados⁵³ se concluyó que, mientras ocurrían 45 casos de cáncer de mama en 1000 mujeres entre 50 y 70 años sin TRH en un período de 20 años, 47 casos se daban en 1000 mujeres que tomaban terapia hormonal por 5 años, y 51 de 1000 si esa TRH se continuaba por 10 años. Respecto a si la adición del progestágeno a la terapia estrogénica tiene algún efecto sobre el riesgo de cáncer de mama, el estudio WHI (2002)⁵⁹ a un plazo de 5.2 años, mostró que las usuarias de ese tipo de TRH tuvieron un 26% de incremento en la incidencia de cáncer de mama invasor, no encontrándose así diferencia en la incidencia del cáncer in situ comparado con el grupo placebo. Un punto a favor de la TRH es que la mayoría de las investigaciones que evalúan la mortalidad de mujeres que toman terapia estrogénica al momento del diagnóstico de su cáncer de mama, muestra una mejoría en la sobrevida, con una reducción de la mortalidad en un 19% comparado con los casos sin TRH (Henderson y cols.,1991, Grant y cols.,1999).^{54,6}

Otra de las complicaciones posibles derivadas del uso de la TRH combinada es el accidente cerebrovascular, que se ha visto que aumenta en un 41% de las usuarias comparadas con las no usuarias, siendo la mayoría de esos eventos no fatales (WHI, 2002). Igualmente, existe una duplicación en la incidencia de tromboembolismo venoso, incluyendo trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, en las usuarias de TRH combinada, comparado con las no usuarias.⁵⁹

B. Menopausia y calidad de vida

La menopausia y sus condiciones asociadas pueden afectar adversamente la *calidad de vida* de la mujer. (Notelovitz y col., 1999, O'Connor, 1993, Connelly y cols.,1999)^{16,17,2}

La administración de estrógenos y progestágenos, por su parte, puede mejorar la calidad de vida al minimizar los síntomas climatéricos y de la pérdida ósea.^{7,14}

Wiklund y cols. (1993) llevaron a cabo un estudio de calidad de vida para investigar los efectos del estradiol transdérmico vs. placebo en mujeres postmenopáusicas por un período de 2 semanas (112 mujeres con estradiol, 111 mujeres con placebo)⁵⁵. Utilizó cinco cuestionarios estandarizados, y encontró que la calidad de vida mejoró en ambos grupos, pero el grupo con estradiol tuvo una mejoría significativamente mayor en la calidad de vida relacionada a la salud ($p=0.0003$) y bienestar ($p=0.003$), comparado con el placebo.

Dentro de las áreas donde hubo mejora significativa están los puntajes de sueño y de aislamiento social, frecuencia de problemas relacionados a la salud, ansiedad, bienestar, vitalidad, autocontrol, y vida sexual.

La decisión para iniciar o no el tratamiento suele ser difícil para muchas mujeres. Los efectos adversos potenciales de la TRH pueden tener un impacto significativo sobre las actitudes de la mujer y su adherencia al tratamiento. Un estudio con 2500 mujeres postmenopáusicas que recibieron TRH por primera vez (Ravnikar, 1987),⁵⁶ reveló que 20% discontinuaban el tratamiento dentro de 9 meses, y un 10% se adhería al él solamente en forma esporádica. Adicionalmente, un 20-30% de las mujeres que recibieron recetas de su médico, nunca acudieron para retirar los medicamentos. Las mujeres adujeron que la principal razón para discontinuar la terapia era el temor al cáncer. Estos datos enfatizan que los aspectos relacionados con la adherencia a largo

plazo es una área a enfocar, así como la necesidad de proveer educación adecuada a la mujer.

Ferguson y cols. (1989)⁵⁷ condujeron una encuesta para evaluar los conocimientos y actitudes de la mujer en torno a la TRH. Este estudio comparó a las mujeres postmenopáusicas que estaban tomando terapia de reemplazo estrogénica (TRE), con mujeres postmenopáusicas que nunca la habían tomado, y con mujeres premenopáusicas. Un total de 274 encuestas fueron respondidas. Se encontró que los siguientes son los factores que influenciaron la decisión de las mujeres que tomaron TRE:

1. el médico me la recomendó
2. la TRE alivia los bochornos, y
3. la TRE no causa cáncer si se toma apropiadamente

Otros factores positivos que se identificaron incluyen:

1. necesidad de chequeos médicos regulares
2. hacerse un examen para determinar el riesgo de padecer de osteoporosis

El factor más desfavorable asociado al uso de TRE en este grupo fue el sangrado uterino por disrupción.

Se encontró que hubo varias diferencias en la actitud hacia la TRE entre los tres grupos de mujeres. Las mujeres con TRE son más propensas a percibir la menopausia como una condición médica, ven a la TRE como un tratamiento para síntomas molestos asociados a la menopausia, y creen que las alternativas naturales para el manejo de la menopausia son

menos favorables. Además, el conocimiento de que los estrógenos pueden prevenir la osteoporosis era un predictor independiente del estatus de TRE.

De las 114 mujeres que reportaron haber discutido la TRE con alguna persona, 107 señalaron que su médico era la persona más importante. Un 64% (80 de 125) de las mujeres que nunca tomaron TRE, reportaron que ellas nunca lo discutieron con su médico; 75% de esas mujeres advirtieron que una recomendación por parte de un médico hubiera impactado en su decisión de iniciar la terapia. Esta encuesta resalta la importancia de la comunicación entre la paciente y su médico. Un abordaje comprensivo por todos los miembros de un equipo de salud, en la educación de la mujer sobre la TRH, podría aumentar la noción e intención de tomarla. (Zhang y cols.,1999, Ferguson y cols.,1989).^{21,57}

Otro estudio por Rubin y Cummings (1992)⁵⁸ descubrió que las mujeres que se les documentó baja densidad mineral ósea, tenían mayor probabilidad de usar TRH, hallazgo que es consistente con la encuesta realizada por Ferguson y cols. Por último, los programas de detección para la osteoporosis y programas de prevención de enfermedad coronaria se asocian con un aumento del porcentaje de mujeres que continúan con el tratamiento hormonal (80%).¹⁶

C. Estudios realizados en Costa Rica

En nuestro país se han efectuado algunos estudios aislados relacionados con el tema de la menopausia, terapia de reemplazo hormonal y calidad de vida, la mayoría de los cuales son cualitativos y descriptivos.

Alexander Barrantes (1998)²³ realizó un trabajo para explorar desde la perspectiva de las mujeres de diferentes grupos socioculturales, los determinantes de su calidad de vida, utilizando sesiones de discusión grupal, y encontró que dentro de los factores protectores de la calidad de vida según las mujeres incluyen la educación, el autoestima, la atención médica de calidad, el apoyo familiar y el trabajo; mientras que los factores que podrían deteriorar la calidad de vida abarcan la violencia intrafamiliar, los problemas relativos a la sexualidad, y las dificultades económicas.

En una investigación realizada por Lidia Azofeifa (1998)²⁴ en la Consulta de Climaterio del Hospital México, en que aplicó una encuesta a las usuarias, encontró que los principales síntomas que reportaron las pacientes climatéricas fueron bochornos (94%), piel seca (89%), sudoración nocturna (77%), depresión (77%), tristeza (77%), cefalea (65%), irritabilidad (65%), ansiedad (65%), fatiga (48%), apatía (43%), insomnio (43%), sequedad vaginal (37%), problemas en el hogar (37%), y malas relaciones en el trabajo (19%).

Por su parte, Luz Elizondo y Nelsy Esquivel (1993)²⁵ realizaron un diagnóstico de las necesidades, prácticas y actitudes de las mujeres y hombres mayores de 50 años en un

Centro de Salud de Cristo Rey, que culminó con la elaboración de un *manual de cuidados básicos* para ser utilizado en las instituciones de salud, como parte del programa de atención integral en el climaterio y menopausia en esa población etárea.

Rosario Bolaños y Nora Calderón (1998)²⁶ efectuaron un taller con un grupo de mujeres climatéricas en Turrialba, encontrando que no existen programas específicos para este grupo poblacional, la mayoría de estas pacientes carecen de información y conocimientos, y los comentarios negativos utilizados para referirse a esta fase de la vida hacen que estas mujeres enfrenten esta etapa con temores y dudas. Las autoras concluyen que se puede mejorar la calidad de vida de esas mujeres mediante una adecuada educación.

En una investigación cualitativa en que se aplicó la técnica de grupos focales, Alejandra Barrantes y cols. (1998)²⁷ plantearon identificar los factores que operan como protectores en relación con la calidad de vida de las adultas mayores en un grupo de mujeres de Guápiles, que son las amistades, el estímulo y la participación activa en la vida comunitaria, el ambiente cotidiano social y físico, la recreación, la calidad de vida, y las relaciones familiares.

En un estudio para evaluar el perfil de la mujer climatérica costarricense (Sonia Cerdas, 2000)²⁸, en que se entrevistaron a 1071 mujeres mayores de 50 años en diferentes servicios de salud del país, se encontró que un 72.5% de las entrevistadas presentaba sintomatología climatérica, y de éstas, las más frecuentes fueron: fenómenos

vasomotores, depresión, insomnio, resequedad vaginal, y disminución de la libido y de la memoria. Con relación al uso de la TRH, un 35.2% la estaba recibiendo en el momento de la entrevista (que contrasta con un estimado de un 7 a 10% de consumidoras de estrógenos a nivel nacional, al ser la muestra proveniente de consultas especializadas y dirigidas). Los beneficios reportados por las usuarias fueron prevención de osteoporosis (59.3%), prevención de enfermedades cardiovasculares (36.6%), detención del envejecimiento (33.3%), y mejoramiento de la vida sexual (20.9%). Los principales problemas mencionados con el uso de la TRH fueron inductor de cáncer (41.2%), aumento de peso (33.8%), desconocimiento de información (38%), y las principales causas de abandono de la terapia en pacientes que la utilizaron previamente fueron indicación médica (28.1%), temor a cáncer (25.1%), sangrado vaginal (20.3%) y mastodinia (18.8%).

Como se puede apreciar, todos estos estudios son descriptivos y carecen de elementos comparativos, puesto que su diseño no lo permite. No obstante, aportan datos y parámetros significativos, que nos permiten conocer la realidad existente en la población femenina climatérica en nuestro país.

D. Situación actual del uso de la TRH

Las controversias que aún persisten en torno a los beneficios y riesgos sobre la salud con el uso de la TRH, han propiciado la falta de uniformidad en cuanto a criterios de inclusión y el abordaje integral de la mujer climatérica.^{3,12} Esta situación, aunada a la falta de información y educación a la paciente durante este período de transición crítica

de su vida, han contribuido a que un porcentaje elevado de las usuarias discontinúen el tratamiento antes de un año, sin indicación médica (hasta un 60-80% de las usuarias, según algunos estudios en los Estados Unidos)^{7,14}, por lo que se pierden los beneficios que pueden derivarse de la terapia estrogénica a largo plazo. Vemos que hay beneficios y riesgos asociados al uso de la TRH en la mujer postmenopáusica, y la decisión de implementarla o no debe tomar en cuenta todos estos factores. Aunque se han formulado 17 guías prácticas para el uso de la TRH a nivel mundial (Elinson y cols., 1999)⁴ todavía no hay precisión en torno a cuándo prescribirla, qué evaluación clínica debe realizarse previamente, cuál régimen de prescripción se debe utilizar, por cuánto tiempo se debe prescribir, y cuáles esquemas de control y seguimiento debe emplearse. De esta forma, la decisión de usar la TRH no es sencilla y estará influenciada por las características y creencias, tanto de la paciente como del médico tratante (Connelly y cols., 1999, Keating y cols., 1999).^{2,12}

Desde que se inició la Consulta de Climaterio en el Servicio de Ginecología hace aproximadamente 20 años, nunca se ha elaborado un protocolo de manejo para estas pacientes, razón por la cual tampoco se siguieron lineamientos específicos. De hecho, en el Hospital San Juan de Dios, existen en la actualidad tres Servicios diferentes que brindan atención de consulta externa a las pacientes climatéricas (Ginecología, Endocrinología General, y Oncología), situación que no es la idónea ni para la paciente ni para la institución, ya que es un reflejo de la ausencia de normatización, al darse un manejo sujeto a los criterios y gustos individuales de cada médico tratante.

En nuestro país, el volumen de compra de estrógenos por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) ha aumentado en los últimos años, lo cual refleja la creciente prescripción de estos medicamentos a las pacientes climatéricas por los profesionales médicos (*Cuadro 1*). Aunque, como se puede observar, la tasa de crecimiento anual de la compra de las tabletas orales de estrógenos disminuyó desde el año 1999, al igual que la crema vaginal, tal situación podría deberse a efectos de inventario, razón que podría explicar también las oscilaciones en la compra de la crema vaginal a partir del 2000.

Cuadro 1. Compra de estrógenos por el Departamento de Farmacoterapia de la Caja Costarricense del Seguro Social, según año (1997-2001)

<i>Producto</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
<i>Estrógenos conjugados 0.625mg (tabletas)</i>	5.329.988	8.411.410	9.228.784	9.547.136	10.109.036
<i>Estrógenos conjugados 0.625mg/g crema vaginal (tubos de 40g)</i>	61.405	69.378	78.508	74.778	97.615
<i>Tasa de crecimiento anual (%)</i>					
<i>Estrógenos conjugados 0.625mg (tabletas)</i>	-	57,81	9,72	3,45	5,88
<i>Estrógenos conjugados 0.625mg/g crema vaginal (tubos de 40g)</i>	-	12,98	13,16	-4,75	30,53

Fuente: Departamento de Farmacoterapia, CCSS 2002.

No obstante, al momento actual, desconocemos el alcance real de esta práctica sobre la calidad de vida de nuestras mujeres. Si bien es cierto que los datos publicados en la literatura mundial reflejan que existe evidencia de que la TRH mejora la calidad de vida (Panico y cols., 2000),^{12,16,18} tales conclusiones se han obtenido mediante estudios observacionales en otros países, con grupos poblacionales distintos al nuestro en lo referente a etnia, cultura, estándar de vida, educación, contexto socio-político, y sistema de servicios de salud (Harris, 1999).⁸

IV. JUSTIFICACIÓN

Ante este panorama, nos preguntamos, ¿cuáles han sido los beneficios reales del uso de la terapia de reemplazo hormonal en las mujeres postmenopáusicas en nuestro medio, con respecto a la calidad de vida, desde el punto de vista de la paciente? ¿Existen deficiencias, tanto institucionales como estratégicas, en el abordaje integral de la mujer postmenopáusica y su seguimiento apropiado, que impiden que se obtenga el máximo beneficio de la TRH? ¿Están las pacientes debidamente informadas sobre los beneficios y riesgos potenciales de la TRH que utilizan? ¿Están recibiendo TRH las mujeres que más la requieren? ¿Cuál sería el costo económico para implementar de una manera integral y eficiente el manejo de la población creciente de mujeres climatéricas en nuestro medio, y tienen nuestras instituciones los recursos necesarios para dicho programa?

Al contestar estas y otras interrogantes, estaremos en capacidad de conocer el nivel y tipo de efectos que en esa población ha tenido el uso de los estrógenos, y las indicaciones que llevaron a su prescripción. Además, obtendremos información valiosa concerniente a la práctica actual dentro de la consulta ginecológica de climaterio, que nos permitirá analizar los factores institucionales y del ejercicio médico que se correlacionan con el manejo de la paciente y por ende, inciden en su salud y calidad de vida. De encontrarse factores modificables y aplicables a nuestro entorno y sistema de salud, que resultaran en una mejora en la calidad de atención desde el punto de vista del proceso y resultados, los mismos nos servirían de base para formular una *guía* o *protocolo de manejo* sobre el uso de la TRH y de las pautas clínicas de la consulta de la mujer climatérica. Con esto se

buscará uniformar los criterios de selección, inclusión y seguimiento, bajo estándares de calidad, acordes con las necesidades y particularidades de nuestra población. Para ello, se tomará en cuenta los costos incurridos en la implementación y mantenimiento de un escenario del manejo de la mujer climatérica en nuestro Servicio de Ginecología.

Toda la información que se requiere para llevar a cabo este estudio está disponible y a nuestro alcance, puesto que tendremos acceso a las pacientes y sus expedientes directamente en el momento en que asisten a la Consulta Externa del Servicio en donde laboramos. Por la naturaleza misma del estudio, no se requiere de recursos financieros adicionales para su elaboración, ya que tanto la planta física, los recursos humanos, la consulta y la misma TRH son provistos por el Hospital como parte de la atención que se ofrece a las pacientes. Finalmente, se dispone del tiempo suficiente para el desarrollo de la investigación.

V. PROBLEMA

¿Cuál es el efecto del uso de la terapia de reemplazo hormonal en la calidad de vida de las mujeres postmenopáusicas que acuden a la consulta ginecológica del HSJD, durante el período comprendido de enero a abril del 2002, y cuál es el costo económico de implementar una consulta integral de climaterio en el Servicio?

VI. OBJETIVOS

A. General:

- Analizar el efecto del uso de la TRH sobre la calidad de vida de la paciente postmenopáusica en la Consulta de Climaterio de Ginecología del HSJD, durante el período de enero a abril del 2002; conocer los costos de un programa de atención de la mujer climatérica y crear un protocolo de manejo integral.

B. Específicos:

1. Comparar el estado de salud física de la mujer postmenopáusica antes y durante el uso de la TRH
2. Comparar la función psicológica de la mujer postmenopáusica antes y durante el uso de la TRH
3. Comparar el estado de las relaciones sociales de la mujer postmenopáusica antes y durante el uso de la TRH
4. Comparar el estado del entorno de la mujer postmenopáusica antes y durante el uso de la TRH
5. Determinar si las pacientes recibieron consejería en torno al uso de la TRH y sobre los patrones conductuales para un estilo de vida saludable
6. Identificar el nivel de conocimientos que la paciente usuaria de TRH tiene sobre los beneficios y riesgos de la misma
7. Comparar los cambios en los puntajes de calidad de vida entre las pacientes con y sin consejería, tanto de TRH como de estilos de vida saludable

8. Elaborar y proponer un protocolo de manejo integral de la Consulta de Climaterio para el Servicio de Ginecología del HSJD
9. Estimación del costo de proveer la terapia de reemplazo hormonal dentro del contexto de la consulta integral de climaterio

VII. MARCO TEÓRICO

I. Definiciones^{7,14}

Menopausia

La menopausia es el cese permanente de la menstruación debido a la pérdida permanente de la función ovárica. Clínicamente, se diagnostica luego de 12 meses de amenorrea (ausencia de menstruación), por lo que esa última menstruación se determina retrospectivamente. La edad promedio de la menopausia es aproximadamente a los 51 años.

Existe la menopausia prematura, que es cuando sucede antes de los 40 años. La menopausia inducida es cuando el cese de la función ovárica no es espontánea, es decir, es secundario a algún evento o factor externo, como una cirugía (ooforectomía bilateral), irradiación o quimioterapia.

Perimenopausia

Incluye el período inmediatamente previo a la menopausia -cuando comienzan los cambios endocrinológicos, biológicos y clínicos que conducen a la menopausia– y el primer año posterior a la menopausia. La edad promedio de inicio de perimenopausia es a los 47.5 años. Para la mayoría dura aproximadamente 4 años.

Postmenopausia

Es todo el período de la vida de la mujer posterior a la última menstruación, independientemente de si la menopausia fue espontánea o inducida.

Climaterio

Es la fase durante el envejecimiento de la mujer que marca la transición desde la fase reproductiva al estado no reproductivo. Incluye a la perimenopausia, extendiéndose por un período mayor y variable, antes y después de la perimenopausia. Por lo tanto, es un proceso, no un punto específico en el tiempo.

II. Fisiología de la menopausia¹⁴

Hay una disminución importante en la función ovárica, marcada por un descenso en los estrógenos circulantes, y en menor grado, de los andrógenos. El estradiol, que es el estrógeno principal de la mujer premenopáusicas, disminuye hasta 10% de los niveles previos. La estrona se convierte en el estrógeno predominante, y proviene principalmente de la conversión periférica de la androstenediona. Las mujeres obesas pueden tener niveles aumentados de estrógenos circulantes, por la aromatización periférica de

andrógenos en el tejido adiposo. Los ovarios siguen produciendo cantidades significativas de testosterona y androstenediona, pero en un nivel menor. Por su parte, la progesterona se mantiene en niveles mínimos.

III. Síntomas y Cambios climatéricos^{7,14,16}

Bochornos

Son sensaciones súbitas de calor, que pueden ser desde leves hasta intensas, que se inician con un aumento de temperatura cutánea, al aumentar el flujo sanguíneo cutáneo (flushing). Predominan en la cara, cuello, tórax y se diseminan luego a todo el cuerpo. Se acompañan posteriormente de una sudoración profusa, que baja la temperatura corporal. Los episodios pueden durar desde segundos hasta 30 minutos. Es el segundo síntoma más frecuente de la perimenopausia y ocurre en un 75% de las mujeres. Pueden durar desde unos meses, hasta 3-5 años, y disminuyen espontáneamente al paso del tiempo. Las sudoraciones nocturnas son los bochornos que ocurren en la noche durante el sueño y pueden ser factor de insomnio.

Incontinencia urinaria

Los cambios en el tracto urinario en la postmenopausia pueden causar síntomas irritativos en la micción (frecuencia y urgencia), e incontinencia. Dichos cambios son la atrofia del trigono vesical, disminución en la sensibilidad de los receptores alfa-adrenérgicos del cuello vesical y del esfínter uretral, y adelgazamiento de la mucosa uretral.

Infección urinaria

Aunque no hay una asociación definitiva entre infección urinaria y menopausia, los cambios fisiológicos que ocurren después de la menopausia pueden llevar a un aumento en la susceptibilidad a estas infecciones. Estos cambios incluyen aumento en el pH vaginal, y alteraciones en la flora bacteriana vaginal.

Atrofia vaginal

Las mujeres postmenopáusicas pueden presentar síntomas de dispareunia, resequedad vaginal, prurito e irritación frecuente, que son secundarios a la atrofia vaginal. Existen cambios en los tejidos vaginales, que incluyen: palidez del epitelio, petequias, fragilidad, y ausencia de rugosidades. Todo lo anterior se atribuye al déficit de estrógenos.

Disminución de la función sexual

La disminución de estrógenos en la postmenopausia no se asocia con la declinación de la libido como tal, mientras que los andrógenos juegan un papel de mayor de importancia. Más que condicionado por el proceso hormonal, se postula que el deseo sexual disminuye con la edad per se. Otros factores que podrían interferir con la función sexual son: trastornos psicológicos, estrés social, autopercepción, problemas maritales, medicamentos, enfermedades crónicas, incontinencia urinaria, trastornos de sueño, y atrofia vaginal.

Depresión

Las mujeres con antecedentes de padecimientos afectivos tienen mayor riesgo de trastornos del estado anímico durante la transición menopáusica.

Osteoporosis

Es la disminución de la densidad mineral ósea, producto de un desbalance entre la formación y la resorción, lo que conlleva a un aumento del riesgo de fractura. Normalmente, con la edad hay una pérdida de la masa mineral ósea, que en las mujeres se inicia a los 30 años. Ésta se acentúa durante los primeros 3-4 años luego de la menopausia, a un ritmo de 2.5% anual. La caída de estrógenos en la menopausia aumenta la tasa de resorción ósea, mientras que la actividad de formación se hace lenta o se detiene. Los sitios más frecuentes de fractura son la columna vertebral (fracturas por compresión que pueden provocar lumbalgia), cadera, y radio distal.

Enfermedad cardiovascular

Es la causa más importante de morbimortalidad en la actualidad. Está directamente relacionado con los factores de riesgo derivados de los estilos de vida no saludables, como la obesidad, sedentarismo, tabaquismo, dieta alta en grasas y azúcares, y el estrés. Al parecer, el estrógeno ejerce un efecto protector, ya que las mujeres padecen de enfermedades cardiovasculares en promedio 10 años después que los hombres. Asimismo, el riesgo en la mujer aumenta importantemente en la postmenopausia. Las mujeres con menopausia prematura tienen 2-3 veces más de riesgo de infarto agudo del miocardio.

IV. Tratamientos^{7,9,13-16}

La terapia hormonal en la mujer postmenopáusica puede enfocarse hacia el tratamiento sintomático o prevención de las enfermedades crónicas. De esta forma, es importante establecer bien los objetivos de la terapia para cada paciente, debido a que el tratamiento dirigido hacia algunos síntomas, como los bochornos, puede ser de corto plazo, mientras que el tratamiento de una indicación crónica, como la prevención de la osteoporosis, es usualmente de por vida. Como muchas mujeres tienen dudas sobre los riesgos potenciales a largo plazo de la TRH, la distinción entre objetivos de corto o largo plazo es tema primordial en la discusión de los beneficios y riesgos de esta terapia con las pacientes.

Las dosis y rutas de administración de la TRH varían según indicación. Los *estrógenos* sistémicos pueden darse por vía oral, transdérmica, intradérmica (parche, crema o pellets), vaginal, o en inyectable. Hay varios tipos de estrógenos en el mercado. A nivel de la CCSS, están disponibles los estrógenos conjugados equinos, en presentación de 0.625mg por gragea, o en tubos de 40 g de crema vaginal. Los *progestágenos* se agregan para prevenir la hiperplasia endometrial en mujeres que tienen útero, por lo que se puede prescindir del esquema de la TRH si la paciente ya ha tenido histerectomía. Los progestágenos pueden administrarse por vía oral, intrauterino, vaginal, o inyectable. A nivel de nuestra institución, actualmente el único progestágeno disponible que se utiliza como parte de la TRH es el acetato de medroxiprogesterona, que viene en tabletas de 5mg para administración oral. Como progestágeno, aunque tiene un mínimo efecto androgénico en comparación con otros compuestos de la misma clase, siempre

contrarresta el aumento de la lipoproteína de alta densidad (HDL) producido por la estrogenoterapia pura. En términos generales, los ensayos clínicos muestran que los progestágenos mitigan los efectos benéficos inducidos por los estrógenos en cuanto al perfil metabólico, razón por la cual actualmente sólo se prescriben para disminuir el riesgo de la hiperplasia endometrial.⁷

Existen múltiples regímenes para la prescripción de los estrógenos y los progestágenos. La mayoría de los profesionales recomiendan la administración continua de estrógenos (estrogenoterapia diaria), porque se ha visto que este regimen aumenta la adherencia al tratamiento y evita la recaída de síntomas. Los progestágenos pueden recetarse cíclicamente cada mes (*cíclica secuencial*, junto con los estrógenos), o también en forma continua (*continua combinada* con los estrógenos). Cuando es cíclico, se recomienda un mínimo de 10 a 12 días cada mes, para reducir el riesgo de hiperplasia y cáncer endometrial.

De hecho, el comprender los patrones de sangrado uterino esperables a la hora de utilizar la TRH es un factor crítico. Un sangrado que se da fuera del patrón esperado puede estar alertando sobre una hiperplasia endometrial y es indicación de evaluación. Cuando se usa la TRH cíclica secuencial, alrededor de un 70-90% de las mujeres tendrán sangrado por privación (que normalmente debe darse luego del día 9 del progestágeno), que se asemeja a la menstruación periódica. Con los regímenes continuos, el sangrado puede ser leve a moderado en cantidad, pero la aparición es errática e impredecible. Luego de 12 meses de uso de la terapia continua combinada, un 90% de las mujeres cursan sin sangrado. Algunos autores recomiendan evaluación endometrial si el sangrado persiste luego de 6 meses de uso del regimen continuo.⁷

No se considera necesaria una vigilancia de rutina del endometrio en una mujer que usa TRH combinada (estrógenos + progesterona). Si el patrón de sangrado difiere del esperado para el regimen utilizado, entonces requiere de investigación. Hay cierta controversia en cuanto a si todas esas pacientes deben ser evaluadas a través de una biopsia endometrial, o bien si el ultrasonido endovaginal es suficiente. Un grosor de la doble capa endometrial de menos de 5 mm tienen un valor predictivo negativo del 99% para cualquier grado de hiperplasia. Sin embargo, a pesar de este valor predictivo tan alto, el ultrasonido es un método ineficiente para evaluar las mujeres que toman el tratamiento combinado, ya que hasta en un 50% tienen un grosor mayor de 5mm, lo cual las harían requerir de una biopsia de endometrio.

En cuanto a la *testosterona*, su uso para mejorar la función sexual todavía no está bien establecido, aunque una prueba terapéutica con bajas dosis puede resultar aceptable. Una terapia con andrógenos conlleva los riesgos de virilización (alopecia, acné, hirsutismo y masculinización de la voz), sin embargo esta complicación es dosis y duración dependiente y es generalmente reversible. Al cabo de 2 años, alrededor de un tercio de las mujeres que toman 1.25mg de metiltestosterona (una testosterona sintética) reportan al menos un síntoma de virilización. Si se emplean bajas dosis (1.25mg) de metiltestosterona, no ejerce efectos sobre los lípidos al combinarse con los estrógenos, mientras que si se usan dosis estándares (2.5mg), se pierde el beneficio en la HDL inducido por estrógenos. Actualmente, en la CCSS no se dispone de metiltestosterona. Hasta el momento, lo que se conoce bajo el término de TRH, no incluye el uso de andrógenos.

Existen *contraindicaciones* y *precauciones* que se deben tomar en cuenta durante el empleo de la TRH.^{6,13} Entre las contraindicaciones absolutas, se incluyen sangrado vaginal no diagnosticado, cáncer de mama, cáncer de endometrio, y trombosis venosa profunda activa. Otras condiciones exigen una consideración cuidadosa y generalmente revisten controversia, pero no preexcluyen la terapia hormonal. Entre esas se pueden mencionar el antecedente de cáncer endometrial estadio I curado, presencia de melanoma, y ser portadora de miomatosis uterina. En las mujeres con hipertrigliceridemia, hepatopatía y enfermedad biliar también tienen contraindicación relativa para el uso de estrogenoterapia oral. De hecho, es preferible la vía transdérmica en esos casos. Varios estudios indican que tanto los estrógenos orales como los transdérmicos aumentan el riesgo de trombosis venosa profunda en 2-3 veces.

En relación a las *complicaciones* asociadas al uso de la TRH, las más importantes son el cáncer de endometrio, el cáncer de mama,^{6,14} y más recientemente se incluyó en la lista la enfermedad cardiovascular, abarcando la enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y embolismo pulmonar.⁵⁹ La relación entre la terapia estrogénica sin oposición y el cáncer de endometrio está bien establecida. Las usuarias de estrogenoterapia pura tienen 1.7 a 20 veces más de riesgo relativo para desarrollar adenocarcinoma de endometrio. Consecuentemente, para evitar la proliferación y cáncer endometrial, se recomienda no prescribir estrógenos sin acompañarse de un progestágeno por un período mínimo recomendado, y además, se debe efectuar un seguimiento y estudios apropiados para los casos de sangrados anormales.

V. Calidad de vida

Evolución del concepto en el tiempo

Si bien es cierto que el interés por la calidad de vida ha existido desde épocas de la antigüedad, no es sino hasta mediados del siglo XX en que aparecen las primeras definiciones formales del concepto como tal, junto con la preocupación por la evaluación sistemática y científica de la misma.⁶⁷

En un principio, el concepto de Calidad de Vida fue utilizado en los debates públicos acerca del medio ambiente y sobre el deterioro de las condiciones de la vida urbana. Es así que durante la década de los 50 y a comienzos de los años 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos. Desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución, siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).⁶⁰

A mediados de los 70 y comienzos de los 80, el desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales provocan el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida, adquiriéndose así un carácter multidimensional, y hace referencia

tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de los Estados Unidos, “Social Indicators Research”, en 1974 y en “Sociological Abstracts” en 1979, contribuiría con su difusión teórica y metodológica, de manera que la década de los 80 marca el despegue definitivo de la investigación en torno al término Calidad de Vida.⁶⁷

Más de 20 años después, aún existe una falta de consenso sobre la definición del término y su evaluación. Aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas – aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y otra que la considera un constructo compuesto por una serie de dominios-, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida.⁶³ A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992,⁶¹ añadieron una cuarta. De modo que la Calidad de Vida, ha sido definida como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y por último, d) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Históricamente, la Calidad de Vida se asocia tanto con fenómenos globales como el crecimiento económico (Clarke, 1977);⁶⁸ la expansión demográfica (Lassonde, 1997);⁶⁹ productividad (Drucker, 1993 y García, 1983);^{70,71} y participación y búsqueda de

satisfacción de necesidades individuales (Morgan y Murgatroyd, 1994; Holcombe, 1995; Schalock, 1996).^{64,65,66,72,73}

Menciones interesantes de la calidad de vida como expresión del desarrollo integral y no tanto de la cantidad disponible de bienes y servicios se encuentran de manera reiterada en los Informes de Desarrollo Humano (PNUD, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, y 1998)⁷⁴⁻⁸² y en Iglesias (1993)⁸³, quien señala que las insuficiencias en este nivel y en la formación de recursos humanos se plantean como uno de los principales obstáculos para un desarrollo más moderno, más competitivo y más dinámico en el futuro.

Otra manera de acercarse al concepto de calidad de vida es por medio de su vinculación con las necesidades humanas a partir del cuadro de jerarquías establecidas por Maslow⁸⁴ quien parte de las necesidades más *básicas* que aseguran la subsistencia de las personas (necesidades fisiológicas como la alimentación, relaciones sexuales, descanso, vestido, alojamiento), seguidas de necesidades *intermedias* (seguridad física y psicológica), hasta la *realización espiritual, sentido de pertenencia al medio, estima y el desarrollo de las potencialidades humanas*.

La noción básica de necesidades sociales puede especificarse con varios elementos adicionales. En primer lugar, la satisfacción de necesidades está históricamente condicionada y es tendencialmente dinámica. Por otro lado, el tipo e intensidad de las necesidades está relacionado con los procesos productivos y sociales, lo que determina el

surgimiento de nuevas necesidades o la modificación de satisfacer las pre-existentes. Las necesidades humanas varían de un contexto a otro y aún en una misma persona dependiendo de su edad, sexo, historia de vida y otras características personales y sociales.⁸⁷

Como señala Manfred Max-Neef (1987),⁸⁵ en la determinación de necesidades y la búsqueda de formas para satisfacerlas, los valores culturales juegan un papel muy importante. Las necesidades son siempre las mismas, pero los *satisfactores* -la forma en que la gente satisface esas necesidades- cambian. Siempre existe la necesidad de vestido, comida o techo, pero hay diferentes tipos de satisfactores. Hay satisfactores que son violadores o destructores; por ejemplo, el armamentismo que surge ante la necesidad de protección, pero la satisface destruyendo o violando; mientras que la limosna satisface momentáneamente alguna necesidad apremiante, pero constituye una falsa satisfacción, porque no es sostenible en el tiempo. Los satisfactores inhibidores, como el paternalismo o la sobreprotección, obstaculizan la satisfacción de otras necesidades. Los satisfactores singulares son aquellos que sirven para satisfacer una sola necesidad; un ejemplo es el suministro de alimentos. Finalmente, hay satisfactores sinérgicos, que generan satisfacción de varias necesidades al mismo tiempo; un buen ejemplo es la lactancia materna que en principio satisface la necesidad de alimentación pero a partir de ahí se genera todo un proceso de estimulación afectiva madre-hijo.

También se distinguen entre necesidades axiológicas y existenciales, diferenciadas a su vez según los órdenes del ser, el tener, el hacer y el estar. Las necesidades axiológicas

son de subsistencia, protección, ocio, afecto, creación, libertad e identidad. Una necesidad de afecto en el nivel del ser es hacer el amor; en efecto, ésta no es una necesidad fisiológica, sino de afecto. En el caso de la necesidad de creación, el desarrollo de habilidades y destrezas que permite mejorar los niveles de creación se convierte en una necesidad importante.⁸⁵

Nussbaum y Sen (1993)⁸⁶ discuten la racionalidad del enfoque de capacidades, entendiéndola como la habilidad o potencialidad de hacer o ser algo para lograr cierta función. Mientras que Cohen incluye en su examen otros enfoques, tales como el enfoque utilitarista, el enfoque de Rawls está centrado en los bienes primarios, y el enfoque de Dworkin, en los recursos naturales. Según el enfoque de capacidades, la vida se compone de varios estadios de hacer y ser, los cuales son genéricamente llamados funciones. Estas funciones varían y la capacidad de una persona se refiere a varias combinaciones de funciones, algunas de las cuales la persona puede elegir para tener. La capacidad de una persona corresponde a la libertad que ésta puede tener para elegir una clase de vida u otra. Por su lado, Erikson y Allardt discuten algunos métodos y estrategias para medir la calidad de vida. Nussbaum examina la calidad de vida en función de una lista de necesidades básicas humanas, a partir del enfoque Aristotélico. La lista coincide con las propuestas de Sen, Erikson y Allardt, a pesar de provenir de tradiciones intelectuales diferentes.⁸⁷

¿Cómo se define Calidad de Vida?

Varios intentos para definir calidad de vida aparecen en Gildenberger (1998),⁸⁸ Fallas (2000),⁸⁹ Camacho (2000),⁹⁰ CIDH (2001), así como en la reciente propuesta del Proyecto Estado de la Nación.⁹¹

“La calidad de vida puede definirse como la capacidad que posee el grupo social ocupante de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado”. Gildenberger, 1998:4

“En la esfera política la calidad de vida comprende la libertad de pensar y actuar protegido por las garantías constitucionales, entre ellas, la libertad de reunión, y asociación, la libertad ideológica y la libre expresión. Asimismo, la calidad política debe incluir la capacidad del ciudadano de exigir cuentas a los gobernantes y funcionarios del Estado sobre la efectividad de sus políticas y el uso sostenible y eficiente de los recursos. En el campo político, implica fortalecer la democracia y, a la vez, hacer más eficaz el gobierno y la ejecución de políticas públicas en general, la eliminación de prácticas impropias (corrupción), la descentralización administrativa, el mejoramiento del sistema político y la eficientización de los procesos legislativos. En el campo económico la calidad de vida supone fortalecer la economía doméstica para garantizar la sostenibilidad de la estabilidad macroeconómica en largo plazo... En el campo social la calidad de vida sostenible implica un indicador de desarrollo humano cada vez más alto y equitativo, no sólo en relación con la población nacional, sino sobre todo, desde el punto de vista de género, de las minorías y de los sectores más necesitados...”. Fallas, 2000: 427-428

“La calidad de vida se concibe como el nivel óptimo de bienestar social que alcanza una persona o grupo humano, una vez que logra trascender el nivel de satisfacción de las necesidades básicas y gozar de una condición económica y material mínima, respecto a su acceso a un empleo pleno, el capital o bienes económicos suficientes y a una proporción de tierra suficiente para subsistir, en el caso del trabajador en el agro. Por lo tanto, la calidad de vida se refiere a la ampliación de las oportunidades y el desarrollo pleno de las capacidades de las personas, por lo que se encuentra estrechamente relacionada con el uso satisfactorio y la distribución equitativa del tiempo, los recursos, la calidad de bienes y servicios (públicos o privados), la participación política o social, el aprovechamiento de la recreación, la cultura y el ocio en el desarrollo personal. Por lo tanto, la calidad de vida está relacionada con un mayor nivel del bienestar humano en forma integral e interdimensional”. Camacho, 2000

“Calidad de vida digna se debe entender como aquella situación en la que los ciudadanos gozan de buena salud y una buena nutrición, así como el acceso a una educación que les permite desarrollar sus capacidades psicosociales, intelectuales y de interacción social. Implica también que las personas tengan la oportunidad de efectuar actividades productivas en condiciones laborales justas, no discriminatorias, en las que desarrollen competencias y contar con ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas y ahorrar para el retiro, así como acceso al seguro social”. CIDH, 2001: 25

“Calidad de vida: Grado en que las personas viven en forma libre, digna, saludable, segura, creativa, productiva, solidaria y sin discriminación de ningún tipo”. Proyecto Estado de La Nación, 2000: 1

La calidad es un concepto autoreferencial, como ya se ha señalado, cada persona tendrá nociones distintas de acuerdo con su historia de vida, sus necesidades generales y particulares, sus expectativas, sus intereses y su visión del mundo.

La calidad, satisfacción de necesidades, no es sólo una responsabilidad de los estados nacionales, es también una responsabilidad ciudadana. Su satisfacción de acuerdo con parámetros y estándares que reflejen las aspiraciones de los grupos sociales, debe expresarse en todas las dimensiones de la vida humana: salud, nutrición, educación, empleo, vivienda, infraestructura de servicios y comunicaciones, entorno, disfrute y participación de la vida ciudadana.

De igual modo, una serie de elementos intangibles potencian y, a su vez, condicionan la calidad de vida de las personas y pueden ubicarse de acuerdo con la escala de valores de éstos en grados diversos. Dejando de lado los extremos de tales valoraciones y la presencia de elementos que distraen o perturban (tanto de origen social como psicológico), pareciera que la identidad, la autoestima, la motivación, la capacidad de logro y los valores subyacentes (honestidad, tolerancia, solidaridad, cooperación y

altruismo) favorecen la armonía en la dinámica de las relaciones primarias y la adaptación y satisfacción con el entorno laboral. En fin, envuelve la intrincada trama que determina la ilusión y sustenta la creación y el compromiso.

Definición de Calidad de Vida según la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) define la Calidad de Vida desde la perspectiva de cuatro grandes dominios, que son:

1. estado de salud física
2. estado psicológico
3. interacciones sociales
4. estado del entorno

Cada uno de estos 4 dominios incluyen diversas facetas, que se desglosan en el *Cuadro 2*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción del individuo acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los valores en los cuales vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Abarca por ende un concepto muy amplio, que involucra en una forma compleja varias dimensiones, a saber, el estado de salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales, y las relaciones con el medio.

Cuadro 2: Calidad de vida

Dominio	Facetas
Estado de salud física	Actividades de la vida diaria Dependencia a medicamentos Energía y fatiga Movilidad Dolor y malestar Descanso y sueño Capacidad de trabajo
Estado psicológico	Apariencia y autoimagen corporales Sentimientos negativos Sentimientos positivos Autoestima Espiritualidad/religión/creencias personales Capacidad cognoscitiva, aprendizaje, memoria y concentración
Interacciones sociales	Relaciones interpersonales Apoyo social Actividad sexual
Estado del entorno	Recursos económicos Independencia, seguridad física Seguridad social: accesibilidad y calidad Ambiente del hogar Oportunidades para adquirir nueva información y destrezas Oportunidades de recreación Medio ambiente (contaminación, ruido, tráfico, clima) Transporte

Fuente: OMS, 1994.

Utilidad del concepto Calidad de Vida

La investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de cualquier sociedad, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas (Schalock, 1996).^{64,65} En un sentido más específico, la verdadera utilidad del

concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una “revolución de calidad”, que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y técnicas de mejora de la calidad.⁶⁷ De manera que el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de resultados de los programas y servicios humanos (incluyendo los servicios médicos), la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a los diversos sectores poblacionales de cada uno de los países.

Investigación sobre Calidad de Vida en distintos ámbitos de servicios humanos

En las últimas dos décadas, las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ramas del quehacer profesional y científico. En tal sentido, se destacan esfuerzos de laboratorios, universidades y comunidades norteamericanas y europeas en cuestiones de salud, como dolencias respiratorias y enfermedades terminales (cáncer, SIDA), personas mayores, personas con discapacidades, o bien personas con desórdenes traumáticos como producto de efectos de guerra, así como acceso a recursos y redes de información, espiritualidad y condiciones de trabajo. De igual modo, sobresalen experiencias de instituciones y organizaciones internacionales inscritas en los esfuerzos recientes de búsqueda de sostenibilidad.⁶⁷

En el terreno de la Educación, a pesar de que la investigación no ha sido muy numerosa y existen pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los

efectos de la educación en su Calidad de Vida, se han hecho esfuerzos por evaluar el papel de la escuela en la formación integral de la persona, y no solamente en el carácter académico tradicional. Además, se ha puesto especial atención en lo referente a los alumnos con necesidades educativas especiales o con cierto grado de discapacidad, de manera que se fomenta una tecnología de rehabilitación que adopte un enfoque prioritario la mejora de la calidad de vida desde el punto de vista del usuario, en este caso, el alumno. Así, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan.⁶⁷

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de la prevalencia de enfermedades crónicas. Ello ha creado énfasis en una subcategoría especial, conocida como *Calidad de Vida Relacionada con la Salud*. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversas facetas de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas de mortalidad y morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Ejemplos de esas investigaciones realizadas incluyen intervenciones en personas con cáncer, SIDA, asma,

y esclerosis múltiple. En el área de la psiquiatría y la psicología, se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la Calidad de Vida.⁶⁷

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos de ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (por ejemplo, enfermedades crónicas como el asma y la diabetes) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos. En la tercera edad, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

Medición de la Calidad de Vida

El concepto Calidad de Vida está asociado a una relativa ausencia de reflexión metodológica, en parte porque su expresión en necesidades remite a valores de difícil aprehensión. Las escalas de valores corren los riesgos inherentes a la subjetividad.

Además, los instrumentos de medición requeridos son de diversa naturaleza y complejidad, y se recomienda utilizarse una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, de manera que no es posible establecer un indicador único de calidad de vida.

Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993),⁶² los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos:

- 1) *Enfoques cuantitativos*, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han clasificado diferentes indicadores: sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc); psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente)
- 2) *Enfoques cualitativos*, que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

La mayoría de las evaluaciones en medicina se obtienen a través de datos clínicos y pruebas de laboratorio. En cambio, los instrumentos que se utilizan para evaluar la calidad de vida se orientan de una manera completamente diferente, ya que se enfocan hacia los puntos de vista del individuo en relación con su propio bienestar, brindando así

una nueva perspectiva de la salud y enfermedad. Instrumentos como el WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF pueden medir la calidad de vida en una variedad de grupos y situaciones poblacionales diferentes.²⁰

Es de resaltar que pueden haber diferencias en cuanto a la importancia relativa que se le da a cada uno de los dominios de la calidad de vida, según si es desde el punto de vista del médico, del familiar, o del paciente mismo. Y esto debería de tomarse en cuenta a la hora de establecer las metas del tratamiento a instituir. Hoy día, la evaluación de la calidad de vida está convirtiéndose rápidamente en un método estándar de medición de resultados en los estudios clínicos, en los análisis de costo-efectividad, y en la práctica clínica (Ventegodt y cols.,1991).^{2,19}

VI. Consejería^{1,2,4,6,11,20}

Se han establecido múltiples guías y recomendaciones, por parte de diversas academias y colegios de países anglosajones, para la consejería de la mujer postmenopáusica sobre el uso preventivo de la terapia de reemplazo hormonal. Algunos recomiendan a los médicos la entrevista de rutina a las mujeres perimenopáusicas por signos y síntomas relacionados a la menopausia, durante los chequeos médicos periódicos. La entrevista debe incluir una valoración de la presencia y severidad de los síntomas menopáusicos, que incluyan los bochornos y las molestias urogenitales, así como la valoración de los factores de riesgo para enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, osteoporosis y cáncer. Asimismo, una discusión sobre la reducción de factores de riesgo como las modificaciones en el estilo de vida, sería apropiada en ese momento.

Riesgos vs. beneficios

Todo profesional de salud, incluyendo médicos, farmacólogos y enfermeras, pueden ejercer impacto sobre el entendimiento de la paciente y su adherencia a la TRH. Toda mujer que se acerca a la menopausia debe recibir consejería sobre los beneficios y riesgos de la TRH. Tal como se mencionó anteriormente, la TRH no es apropiada para todas las mujeres. Por lo tanto, se requiere un abordaje individualizado para optimizar las decisiones terapéuticas.

Opciones terapéuticas

Se le debe explicar a la paciente sobre todas las opciones terapéuticas, rutas de administración, diferencias en los efectos terapéuticos, y efectos adversos potenciales.

También es conveniente captar la actitud de la paciente, en cuanto a si tiene intención de tomar la terapia por un período indefinido, y con ello prever la necesidad de dar más educación sobre el tema. Es importante incluir el gusto de la paciente en la selección del producto a utilizar, como parte del esfuerzo para mejorar su calidad de vida. Para las pacientes que siguen renuentes a iniciar la TRH, se le debe informar sobre las alternativas terapéuticas.

Modificaciones en el estilo de vida y terapias alternativas

La terapia de reemplazo hormonal no es apropiada, requerida o tolerada por todas las mujeres. Por lo tanto, todas las pacientes deben ser aconsejadas sobre modificaciones de estilos de vida saludables y sobre terapias alternativas que podrían mejorar su calidad de vida. Como recomendación general, deben incluirse todo lo relacionado con un estilo de vida que minimice el riesgo de enfermedad coronaria y osteoporosis: mantener una dieta balanceada, practicar ejercicios regularmente bajo la supervisión médica, monitorear por la hipertensión arterial e hipercolesterolemia, y aconsejaría sobre el fumado y la ingestión de bebidas alcohólicas.

El uso de suplementos de calcio es otro aspecto importante que se debe abordar con todas las pacientes. Se debe consumir al menos 1000 mg de calcio al día. En las mujeres con riesgo para osteoporosis, los requerimientos aumentan a 1500 mg/d (equivalente a 6 vasos de leche), ya sea en la dieta o suplementos. También se debe tomar en cuenta que se requiere de 400 a 800 IU de vitamina D cada día.

Algunas alternativas para la TRH para las mujeres que experimentan síntomas menopáusicos son:

- Para la resequeidad vaginal, lubricantes vaginales
- Para los bochornos, progestinas (acetato de medroxiprogesterona o de megestrol), clonidina, metildopa, fitoestrógenos y sus derivados

Todas estas alternativas tienen también desde inconvenientes hasta efectos secundarios indeseables, que se deben considerar.

VII. El costo de los servicios hospitalarios : su importancia y análisis

De todos los recursos destinados al sector público de la salud, se estima que de un 50 a un 80% de estos son consumidos por los hospitales en los países en vías de desarrollo²⁹, monto que es sumamente elevado. Por ende, es fundamental optimizar el uso de esta cuantía de recursos, para aplicarlos de la manera más eficiente posible, en el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en cada institución. El estudio y análisis de los costos produce información que le permite a la administración mejorar la eficiencia del hospital, tanto de manera global como a nivel de cada departamento²⁹. Esos datos también pueden ser valiosos para el desarrollo de políticas nacionales en la decisión de cuáles programas de prevención y de curación son los que traen mejores resultados a la población, principalmente cuando se llega a realizar los estudios de costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad.

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los hospitales son vistos como un recurso vital y necesario de las comunidades que deben ser gerenciados

para el beneficio de las mismas (OMS, 1987, 1992)^{32,33}. En este contexto, los gerentes de los hospitales tienen una responsabilidad para con la comunidad, de proveerle los servicios de salud que la misma necesita, en un nivel aceptable de calidad y a los menores costos posibles. De esta forma, el conocer los costos y analizarlos también puede ayudar a los administradores a determinar qué tan a cabalidad se satisfacen esas necesidades públicas. Además, el conocer los costos unitarios y totales como indicadores de eficiencia por parte de la gerencia, permite asistir en la planeación de los presupuestos futuros²⁹.

Para estimar los costos de un programa de salud, es necesario clasificar sus componentes. Existen muchas maneras de hacerlo, pero una de las más prácticas es dividir los costos en tres elementos esenciales³⁰:

1. Deben ser relevantes para la situación en particular
2. Las clases o categorías no se deben sobreponer
3. Las clases escogidas deben cubrir todas las posibilidades

Los economistas definen el costo como el valor de los recursos usados para producir algo, incluyendo en esto los servicios de salud o grupos de servicios como podrían ser los programas de salud³⁰.

Para el estudio de los costos, de antemano, se debe tener en cuenta que existen múltiples esquemas y clasificaciones para asignar y/o agrupar los costos, y cada uno de los cuales

tienen sus ventajas y desventajas. Así, las siguientes clasificaciones son de las más empleadas³⁰:

- I. Clasificación por entradas (toma en cuenta los costos capitales y costos recurrentes)
- II. Clasificación por función/actividad
- III. Clasificación por niveles (según jerarquía de operaciones)
- IV. Clasificación según fuente (proveedores)
- V. Clasificación según la tasa de cambio vigente

De todas las anteriores, la clasificación más utilizada es la *clasificación por entradas*. Este esquema agrupa las entradas en categorías que reúnen características similares (personal, materiales, entrenamiento, medicamentos, planta física, etc.), y tienen los siguientes méritos³⁰:

1. Involucra una cantidad manejable de categorías, que son suficientes para aplicarse a cualquier programa de salud
2. Distingue dos categorías importantes de recursos: los costos recurrentes (aquellos que se agotan en el transcurso de un año y deben comprarse en forma regular), y los costos de capital (aquellos recursos que duran más de un año, como los edificios, vehículos, y equipo)
3. Enfoca la atención en los *costos operativos* (recurrentes) de las inversiones realizadas en los costos de capital

Específicamente, a nivel hospitalario, existen dos procesos importantes que deben tomarse en cuenta para alocar los costos, que son los *centros de costo* (un programa o departamento dentro del hospital), y las *unidades de costo* de servicios hospitalarios²⁹. Para desarrollar estos cálculos en una forma precisa, el hospital requiere un sistema contable confiable y comprensible. Sin embargo, en muchos hospitales existen fallas en sus sistemas contables, en que algunos costos son excluidos, o la información no permite asociar los costos a centros específicos de costo. En estas circunstancias, se necesitan realizar estimaciones. Para computar las unidades de costo, se siguen siete pasos sugeridos por la UNICEF (Hanson y Gilson, 1996)³¹, los cuales son:

1. Definir el producto final
2. Definir los centros de costo
3. Identificar el costo total de cada entrada
4. Asignar las entradas a los centros de costo
5. Alocar todos los costos a los centros de costo finales (computar costos totales alocados)
6. Computar unidades de costo para cada centro final de costo
7. Reportar los resultados

Durante la definición de los centros de costo, se requiere determinar los centros de actividad en el hospital, en los cuales se asignarán los costos directos y/o indirectos. Las categorías mayores de *costos directos* de la mayoría de los departamentos incluyen

salarios, suministros, compras de servicios, rentas, etc., mientras que los *costos indirectos* incluyen la depreciación y los costos alocados de otros departamentos.

De todo lo anterior, podemos deducir que existen múltiples métodos y pasos para el estudio apropiado de los costos en los sistemas de salud. La recolección y análisis de los datos sobre los costos de los programas pueden ayudar a aclarar las inquietudes básicas sobre eficiencia, equidad, y sostenibilidad de las actividades de salud, y proveen información de aplicación directa para mejorar las operaciones de servicios y asegurar el mejor uso de los limitados recursos existentes.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

A. **Tipo de estudio:** Estudio descriptivo tipo análisis de tendencia.

B. **Área de estudio:** Consulta Externa de Ginecología, Hospital San Juan de Dios

C. **Población de estudio (universo y muestra):**

Mujeres postmenopáusicas que acudieron a la Consulta de Climaterio de Ginecología del HSJD, durante el mes de enero de 2002, y que estaban por iniciar la TRH.

Criterios de exclusión iniciales:

- Mujeres premenopáusicas
- Mujeres con menopausia inducida
- Mujeres que ya estaban recibiendo TRH
- Mujeres que han recibido TRH previamente por más de 3 meses

Criterios de exclusión para la entrevista control:

- Mujeres que suspendieron la TRH antes de cumplir los 3 meses de uso (durante la investigación)

D. Técnicas de recolección de la información:

- Entrevista estructurada a la población de estudio (fuente primaria)
- Observacional:
 - Revisión de expedientes clínicos (fuente secundaria)
 - Revisión de informes técnicos-administrativos sobre costos (fuente secundaria)

E. Instrumento de recolección de datos:

- Formulario de calidad de vida en la postmenopausia (modificado y readecuado por los investigadores)
- Guías de observación (recolección de datos del expediente, revisión bibliográfica, observación de la consulta de climaterio, informes técnico-administrativos)

F. Procedimiento de recolección de datos:

Se realizó la recolección de datos mediante la aplicación de una entrevista estructurada, utilizando un instrumento (formulario) de preguntas construido por los autores (ver Anexo). Dicho formulario se confeccionó tomando en cuenta las 4 dimensiones de calidad de vida establecidas por la Organización Mundial de la Salud, en su cuestionario estandarizado *WHOQOL-BREF*,²⁰ junto con algunos de los parámetros de evaluación

incluidos en el *Cuestionario de Calidad de Vida en la Menopausia (Menopause Quality of Life Questionnaire)*,¹¹ y en el *EQ-5D versión español para Costa Rica (EuroQOL)*,⁵ y basado en las disposiciones recomendadas por O'Connor (1993)¹⁷ y Ventegodt y cols¹⁹. para la realización de un instrumento de medición de calidad de vida. De esta forma, se elaboró un formulario válido y confiable, y a la vez, adaptado a los objetivos del presente estudio. La primera parte del formulario incluye preguntas cerradas, de opciones a escoger, a cada una de las cuales se le asignó un puntaje específico, que se utilizó posteriormente en la tabulación y conversión respectiva.

Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores, y se llevaron a cabo en dos ocasiones a cada una de las pacientes de la muestra, empleando el mismo formulario de calidad de vida. La primera en la cita inicial, posterior a la salida del consultorio, en donde se le había indicado la TRH. (Nótese que los investigadores no tomamos la decisión de indicar la TRH, sólo determinamos si fue indicada o no). La segunda entrevista se realizó a los 3 meses siguientes, durante la cita control posterior, mientras la paciente aguardaba su turno de consulta, en la sala de espera. Además, parte de la información se recopiló a través de la revisión de los expedientes médicos correspondientes, tal como se demuestra en la segunda parte del formulario.

G. Plan de tabulación y análisis:

Una vez recolectada toda la información en el período establecido, procedimos a tabular los datos mediante el cálculo de los puntajes de calidad de vida, sumando el total de cada uno de los dominios. Estos puntajes se convirtieron luego a una escala de 0 a 100, según

la fórmula recomendada por la OMS²⁰, y se efectuó el análisis estadístico de los mismos usando la prueba del *t-student para muestras apareadas con dos colas*, para comparar los resultados entre antes y después del uso de la TRH sobre la calidad de vida, con el fin de encontrar si hay diferencias estadísticamente significativas. También se emplearon pruebas de *coeficiente de correlación de Pearson*, la *t-student* y el *análisis de varianza (ANOVA)* para el análisis y comparación de otras variables, incluyendo lo relacionado a la obtención de la consejería de TRH y sobre los estilos de vida saludables. Se utilizó el paquete estadístico computarizado incluido dentro del programa *Microsoft Excel (Microsoft Office 2000)* para la tabulación y análisis estadístico respectivo de los datos obtenidos.

Para el cálculo y análisis de los *costos* de la consulta de climaterio, utilizamos los datos recopilados a través de la revisión de informes técnico-administrativos del hospital y de las oficinas centrales de la CCSS, determinando cada uno de los pasos y procedimientos que se le debe realizar a la paciente durante el proceso de la consulta de climaterio, tomando como base el *protocolo de manejo* que se propone al finalizar el estudio, utilizando todos los conceptos derivados de la revisión bibliográfica respectiva y nuestra experiencia clínica.

Variabl e independiente

- Uso de TRH
- Consejería sobre TRH y estilos de vida saludable

Variab^les dependientes

- Estado físico de salud
- Estado psicológico
- Estado de relaciones sociales
- Estado de entorno
- Costos de la consulta de climaterio

(Ver ANEXOS - Tabla de operacionalización de variables)

IX. RESULTADOS

Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión en el período de tiempo definido, se entrevistaron a un total de 28 pacientes, a dos de las cuales se les tuvo que hacer la segunda entrevista por vía telefónica, debido a que no acudieron a la cita programada. Las edades oscilan entre 46 a 57 años, con un promedio de 51.03. La gran mayoría eran casadas (13 pacientes, 46%), mientras que 9 eran en unión libre (32%), 3 eran divorciadas (10%), 2 viudas, y 1 soltera. Solamente 4 pacientes de las 28 eran tabaquistas activas. La distribución por ocupación es la siguiente:

Cuadro 3. Distribución de pacientes según ocupación

Ocupación	Número de pacientes
Ama de casa	11
Operaria	5
Comerciante	4
Profesional	4
Otros	4
Total	28

En cuanto a la presencia de padecimientos, un 28.6% indicó que tenía alguna patología de fondo, cuya distribución es la siguiente:

Cuadro 4. Distribución de pacientes según enfermedad

Enfermedad	Número de pacientes
Hipertensión arterial	2
Hipotiroidismo	2
Diabetes mellitus	1
Gastritis	1
Artritis	1
Colelitiasis	1
Total	8

Con respecto a los parámetros de la calidad de vida, vemos que sí se presentaron variaciones evidentes con el uso de la TRH, según el criterio de las pacientes. El dominio más afectado fue el del *estado de relaciones sociales*, que incrementó en promedio de un puntaje de 47.77, a un 69.94, con una mejoría de un 46.41%. Dentro de esta categoría, los ítemes que tuvieron mayor variación fueron *insatisfacción en su vida sexual y evade la intimidad*, seguidos de *disminución de la libido*. Por su parte, el segundo dominio más afectado es el *estado de salud física*, que subió de un puntaje promedio de 61.48 a 75.13 con la TRH, con un aumento de un 22.20%. Los ítemes más modificados fueron *bochornos y sudoración nocturna, resequedad vaginal en el coito, y dificultades para dormir*. En este apartado, se notó una disminución en la puntuación de *dolor en miembros inferiores* (14 pacientes), *trastornos de sangrado genital* (10 pacientes), e *intolerancia gástrica a las pastillas* (4 pacientes), lo que implica un aumento de estos síntomas posterior al uso de la TRH, a pesar de que no afectó la tendencia general del

resto del dominio. Aunque en una proporción menor, el dominio del *estado psicológico* también mejoró con la TRH, pasando de un puntaje promedio de 61.61 a 70.42 (incremento de un 14.30%), en donde los ítemes de *irritabilidad* y *ansiedad o nerviosismo* fueron los que sufrieron el mayor cambio según las pacientes. Por último, hubo una disminución del 0.24% en el dominio del *estado del entorno* con el uso de la TRH, pero a diferencia de los otros 3 dominios, este cambio no resultó ser estadísticamente significativa. El resultado de las puntuaciones promedio de cada uno de los dominios con y sin TRH se resume en el *Cuadro 5* (ver gráficos 1-4).

Cuadro 5. Puntajes de los dominios de calidad de vida, según uso de TRH

Dominio de calidad de vida	Puntaje (escala de 100)		p
	Sin TRH	Con TRH	
Estado de salud física	61.48 ±2.27	75.13 ±3.18	p < 0.0001
Estado psicológico	61.61 ±4.24	70.42 ±4.03	p < 0.0001
Estado de relaciones sociales	47.77 ±4.88	69.94 ±5.36	p < 0.0001
Estado del entorno	63.10 ±3.98	62.95 ±3.98	NS
Total*	58.49 ±2.47	69.61 ±2.50	p < 0.0001

*Total igual a la suma de la columna, dividido entre 4 (promedio).

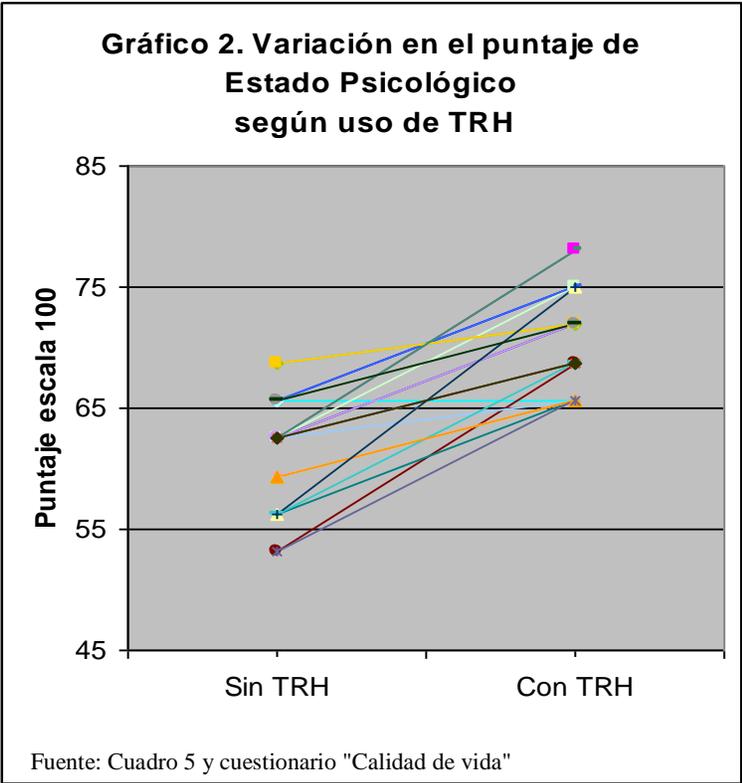
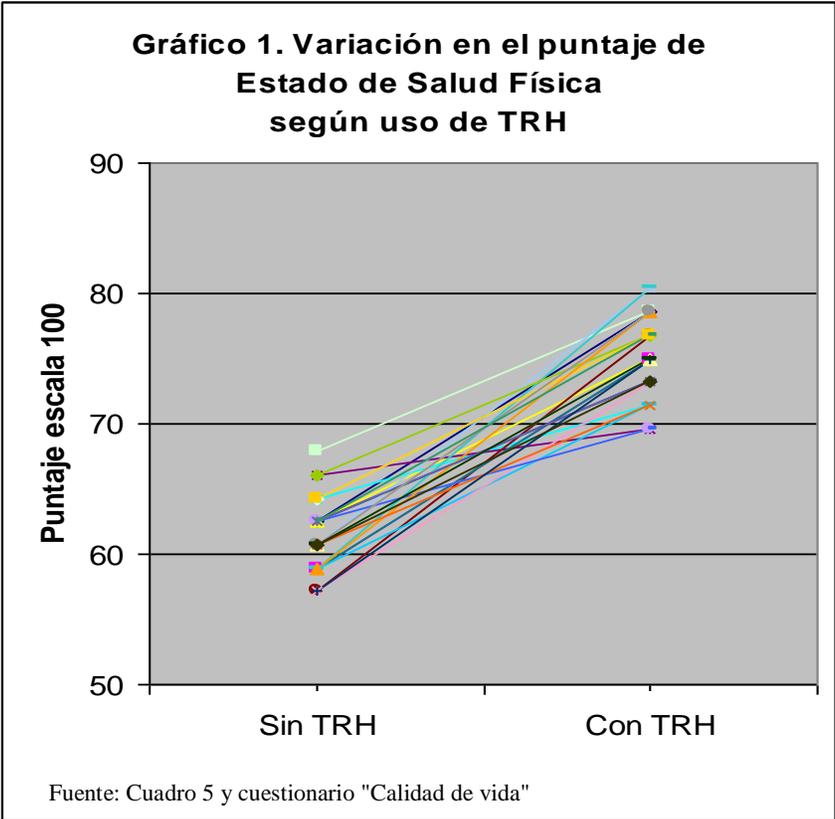
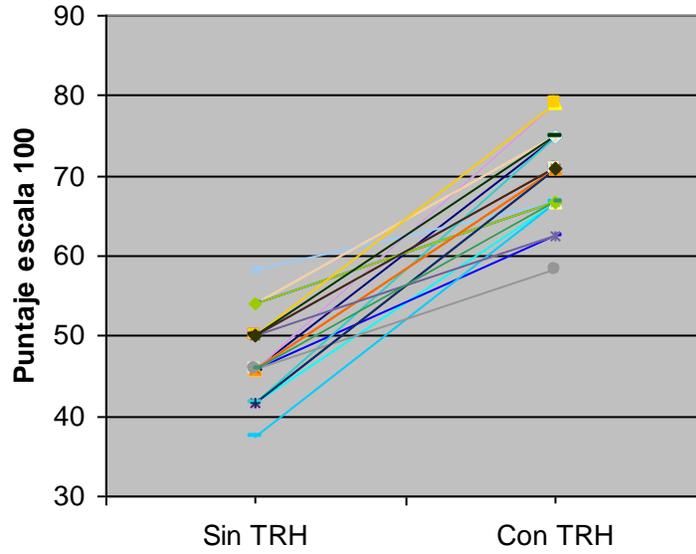
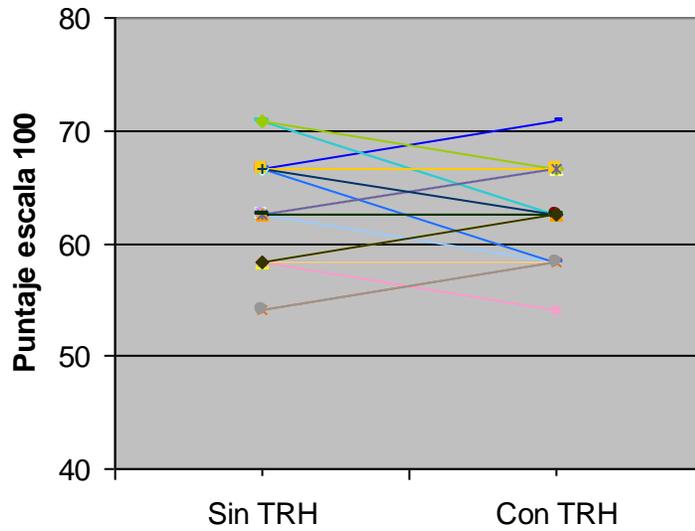


Gráfico 3. Variación en el puntaje de Estado de Relaciones Sociales según uso de TRH



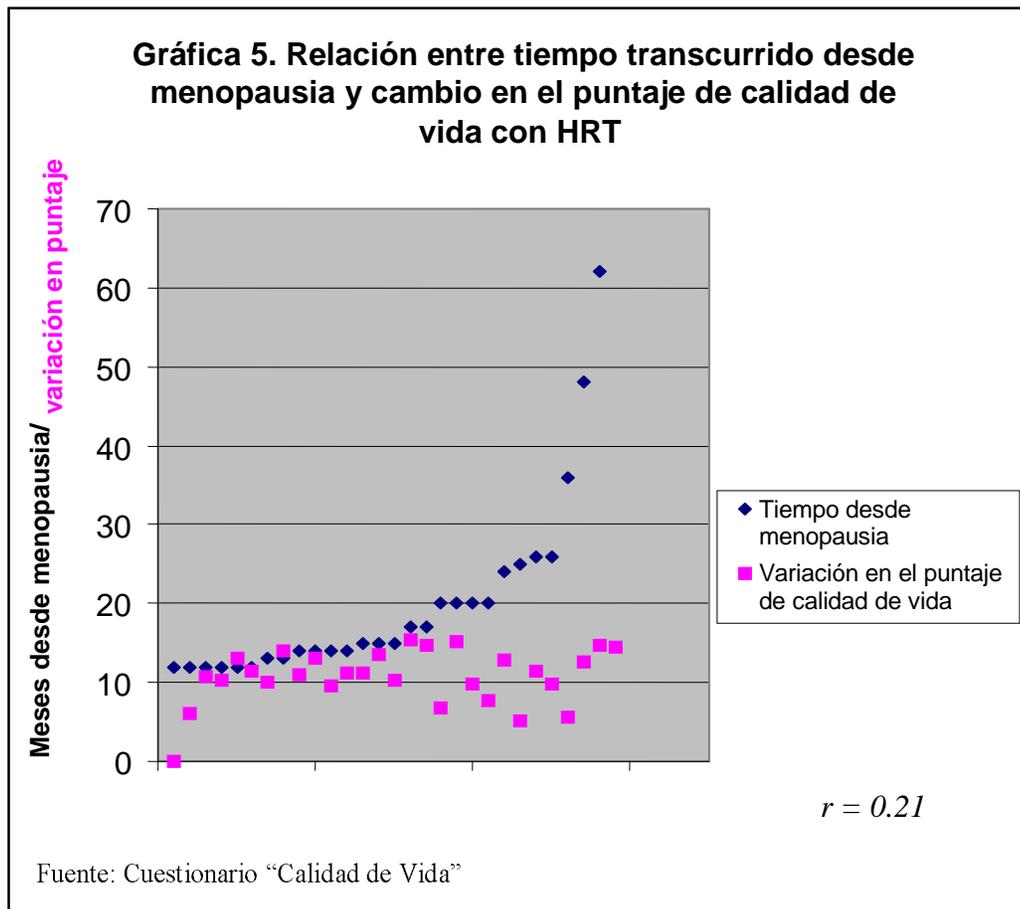
Fuente: Cuadro 5 y cuestionario "Calidad de vida"

Gráfico 4. Variación en el puntaje de Estado del Entorno según uso de TRH



Fuente: Cuadro 5 y cuestionario "Calidad de vida"

Con respecto a si existe asociación entre los meses transcurridos desde la menopausia y la magnitud de variación en la calidad de vida con la utilización de la TRH, se encontró que no hubo una correlación significativa entre estas dos variables (*coeficiente de correlación de Pearson = 0.21*), tal como se muestra en la Gráfica 5.



En cuanto a la relación entre el grado de mejoría de calidad de vida y la presencia o ausencia de enfermedades subyacentes, no se vio ninguna diferencia significativa entre ambos subgrupos (*prueba de t-student con varianzas iguales*), como se detalla a continuación.

Cuadro 6. Promedio de mejoría en puntaje de calidad de vida con TRH, según presencia de enfermedad subyacente

	Con enfermedad asociada	Sin enfermedad asociada	p
Mejoría en puntaje de calidad de vida con TRH	10.16 ±3.71 (n=8)	11.50 ±2.42 (n=20)	NS (p=0.28)

Asimismo, el presente estudio no se encontró variación significativa entre la magnitud de los cambios en los puntajes según el tipo de ocupación (*ANOVA-una vía, p=0.88*), según estado civil (*ANOVA-una vía, p=0.99*), y según presencia o no de tabaquismo (*t-student, p=0.89*).

En relación a la consejería sobre la TRH, se le brindó a 13 pacientes (46.4%), mientras que 15 de ellas no la recibieron (53.6%). En el caso de la consejería para estilos de vida saludable, solamente 7 pacientes refirieron haberla recibido (25%), en tanto que a 21 de ellas no se les brindó (75%). Es de notar que todas las 7 pacientes que recibieron consejería sobre estilos de vida también recibieron la consejería de TRH.

Al preguntárseles si conocían los beneficios de la TRH que se les estaba instituyendo, 22 pacientes contestaron afirmativamente (78.6%), y 6 los desconocían (21.4%). Con respecto a los beneficios mencionados por las usuarias, los más citados son la prevención de la osteoporosis, seguido de enfermedades cardiovasculares y bochornos (*Cuadro 7*).

Cuadro 7. Beneficios de la TRH según referencia de las usuarias.

Beneficios conocidos por las pacientes	Frecuencia de mención
Prevención osteoporosis	16
Beneficio cardiovascular	8
Elimina bochornos	6
Mejora calidad de piel	4
Mejora resequedad vaginal	2
Disminuye colesterol	1

En cuanto al conocimiento sobre los riesgos que acarrea la TRH, 15 mujeres respondieron que sí los conocían (53.6%), contra 13 pacientes que respondieron negativamente (46.4%). Los principales riesgos mencionados son cáncer y sangrado vaginal (*Cuadro 8*).

Cuadro 8. Riesgos de la TRH según referencia de las usuarias.

Riesgos conocidos por las pacientes	Frecuencia de mención
Cáncer de mama	9
Sangrado vaginal	6
Cáncer sin especificar	1

Cuando se compara el conocimiento sobre los riesgos y beneficios entre las pacientes que recibieron la consejería sobre TRH con las que no la recibieron, obtuvimos los resultados que se detallan en el *Cuadro 9*. Como se puede apreciar, existe una diferencia significativa en cuanto al conocimiento sobre beneficios entre el grupo de pacientes con consejería de TRH y el grupo sin la misma ($X^2 = 0.005$), así como en el caso del conocimiento sobre los riesgos entre ambos grupos ($X^2 = 0.0016$).

Cuadro 9. Comparación sobre conocimiento de beneficios y riesgos de la TRH según obtención de consejería de TRH

Consejería de TRH	Conoce beneficios		Conoce riesgos	
	Sí	No	Sí	No
Sí	13	0	10	3
No	9	6	5	10

$X^2 = 0.005$ $X^2 = 0.0016$

Con respecto al tipo de TRH empleado, se documentó la utilización de únicamente 2 tipos, no encontrándose diferencia significativa entre ambos con respecto a la variación del puntaje de calidad de vida (*T-student*, $p = 0.32$).

Cuadro 10. Variación en puntaje de calidad de vida según tipo de TRH empleado.

Tipo de TRH	Número de pacientes (n)	Cambio en puntaje de calidad de vida	P
Estrógenos conjugados/ acetato de medroxiprogesterona, esquema continuo combinado	22	11.4	NS
Progylutón®	6	10.1	

En cuanto al cambio del puntaje promedio de calidad de vida, se observa que sí existe diferencia significativa entre las pacientes que recibieron consejería de TRH y las que no la recibieron (13.37 vs. 9.17), con una $p = 0.0000057$ (*T-student*). Por su parte, también se encontró diferencia estadísticamente significativa al respecto entre las pacientes que recibieron consejería sobre estilos de vida y las que no (13.28 vs. 10.40, $p = 0.01$, *t-student*) (ver Cuadro 11, Gráficos 6 y 7).

Cuadro 11. Variación en puntaje de calidad de vida según obtención de consejería.

Variación en puntaje de calidad de vida	CONSEJERÍA TRH		P	CONSEJERÍA DE ESTILOS DE VIDA		P
	Sí	No		Sí	No	
	13.37	9.17	<0.05	13.28	10.40	<0.05

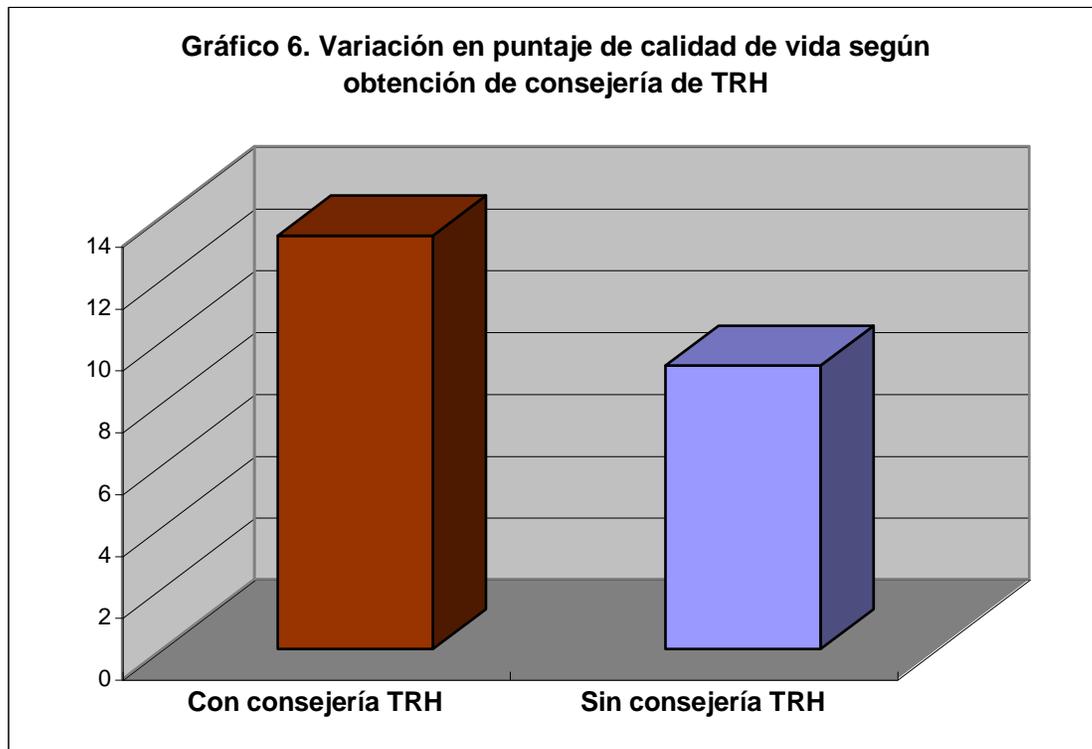
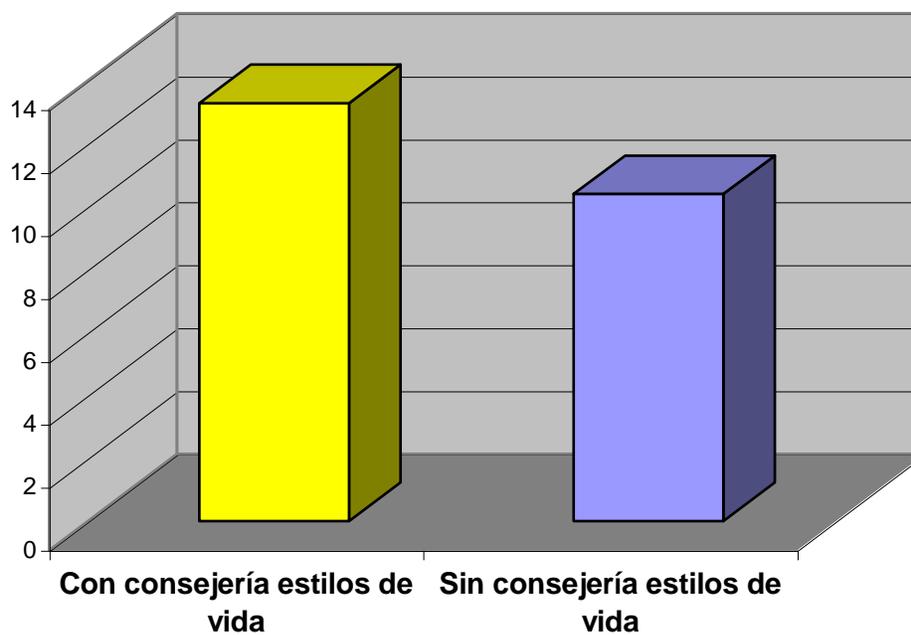


Gráfico 7. Variación en puntaje de calidad de vida según obtención de consejería de estilos de vida



A continuación se desglosa el tipo y la frecuencia de los exámenes de laboratorio y gabinete solicitados en la consulta inicial.

Examen indicado	Número de pacientes	Porcentaje del total de pacientes
<i>Papanicolau</i>	22	78%
<i>Mamografía</i>	21	75%
<i>Perfil lipídico</i>	7	25%
<i>Glicemia</i>	6	21.4%
<i>Ninguno</i>	2	7.1%

Al revisar cada uno de los expedientes clínicos de las pacientes, encontramos que en 20 de ellos (71.4%) se encontraba anotada alguna indicación específica para emplear la TRH, mientras que en 8 (28.6%) de los casos no se documenta. La siguiente tabla muestra dichas indicaciones y su frecuencia de mención.

Indicación	Frecuencia de mención
<i>Bochornos</i>	13
<i>Artralgias</i>	3
<i>Insomnio</i>	3
<i>Resequedad vaginal</i>	2
<i>Trastornos emocionales</i>	1
<i>Dolor óseo</i>	1
<i>Osteopenia</i>	1
<i>Osteoporosis</i>	1

X. DISCUSIÓN

El análisis de los datos muestra que existe ciertamente una mejoría significativa en diversos parámetros en 3 de los 4 dominios de la calidad de vida. Con tres meses de uso de la TRH, las pacientes en el presente estudio han podido notar una diferencia en los efectos del tratamiento, los cuales tomados en conjunto mejora la calidad de vida según la definición de la OMS. Si bien es cierto que la explicación a simple vista sugiere que la misma TRH fue la responsable de la mejoría demostrada, no se puede obviar el factor placebo subyacente, es decir, todo aquello que circunscribe desde la consulta

ginecológica misma (en donde se le informa sobre los beneficios de los estrógenos en los casos en que se les brindó consejería, y en donde se reafirma el estado de salud – mamografía, Papanicolau normales, entre otros), hasta la publicidad existente en la actualidad que promueven el uso de la terapia de reemplazo. Esta percepción individual de aumento de bienestar resultó ser muy similar al estudio realizado por Wilklund y cols.¹⁶, al generar como aspectos afectados más positivamente la vida sexual, la resequedad vaginal, los bochornos, el insomnio, la irritabilidad y la ansiedad. Estos hallazgos también concuerdan con los datos reportados en la literatura mundial^{1,2,7,10,16}, pero más importante que eso, estamos confirmando de la manera más certera y directa posible, que la paciente misma lo percibe.

Interesantemente, el cuarto dominio –estado del entorno- no sufrió variación significativa con el uso de la TRH, como era de esperarse, debido a que incluye parámetros como vivienda, alimentación, ingresos económicos, transporte, servicios de salud y recreación, que a simple vista no parece que tengan relación con el uso de TRH. Sin embargo, el resultado que se obtuvo nos provee mayor validez a las respuestas obtenidas para los otros 3 dominios, es decir, hay mayor probabilidad de que las diferencias observadas ahí sean reales a que sean debidas al azar, tal como lo confirman las pruebas de significancia.

Otro dato que vale la pena analizar es el hecho de que no se observó una correlación entre el tiempo transcurrido luego de la menopausia, con la percepción de mejoría con la TRH. Esto llama la atención puesto que la tendencia es pensar que muchos de los síntomas que se valoran en el estándar de calidad de vida (modificado para el climaterio) son síntomas

que prevalecen en el período perimenopáusico, o en la postmenopausia temprana. En efecto, el presente estudio muestra que aún las mujeres postmenopáusicas tardías reportan una mejoría de magnitud similar que las postmenopáusicas tempranas. Podría ser que el tamaño de la muestra estudiada no sea lo suficientemente grande como para demostrar la diferencia si realmente existiera, pero también podría explicarse porque —a diferencia de la creencia común— algunas características de la menopausia avanzada sí son importantemente afectadas por el uso de la TRH.

De manera similar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos de pacientes según tipo de ocupación, estado civil, presencia de enfermedades y tabaquismo. Al parecer, son variables que no logran incidir significativamente en el conjunto de factores que se miden en el cuestionario de calidad de vida adaptado para mujeres postmenopáusicas. El tamaño de la muestra igualmente podría estar impidiendo un enfoque más exhaustivo de estas características.

Tal como se ha demostrado en estudios previos^{2,11,57}, vemos que la consejería juega un papel importante en la percepción de la mujer sobre su estado de bienestar, y en la motivación para emplear la TRH. Al permitírseles un mayor conocimiento sobre el tema y crear una mejor interrelación médico-usuaria, se obtiene mejores resultados en cuanto a complianza, confianza, y seguridad en el empleo de las hormonas, todo lo cual se refleja en un aumento aún mayor en el puntaje promedio de calidad de vida en las pacientes que recibieron consejería, tanto de TRH como de estilos de vida saludables, comparado con las usuarias que dijeron no haberla recibido. Podemos deducir que la consejería es un

pilar fundamental en el manejo óptimo de las mujeres climatéricas a quienes se les brinda la opción de usar TRH, y por lo tanto, debería ser aplicada para todas las pacientes, y no en forma tan reducida como encontramos en la actualidad en nuestro estudio.

Tratando de encontrar una explicación al por qué se brinda poca consejería, podríamos pensar que se involucran factores como la falta relativa de tiempo, la desmotivación y la poca importancia que le da el mismo profesional en transmitir la información a la paciente. Lo anterior, aunado al hecho de que la consulta externa de las instituciones de salud pública se ha caracterizado por ser masificada e impersonal, impiden el clima idóneo para la práctica de proveer consejería a cada una de las pacientes, puesto que la misma requiere de una individualización en el manejo, una mayor interacción entre el personal y la usuaria del servicio, e interés y dedicación por parte del médico tratante, condiciones que difícilmente se dan en nuestro medio.

El hallazgo de que en más de una cuarta parte de los casos no existe indicación escrita del por qué se prescribió la TRH (28.6%), nos lleva a pensar que se mantiene el criterio de manejo -muy difundido y no necesariamente correcto-, de que menopausia y climaterio son un sinónimo de necesidad de instituir hormonoterapia. Esto resalta a su vez la poca individualización que existe en el manejo de esas pacientes, incluso dentro de una consulta especializada.

Por último, es importante señalar las diversas limitaciones que contiene el presente estudio. En primer lugar, como es de índole cualitativo, no se pretende generar datos ni

números exactos y precisos, aún luego de considerar los factores del error derivado del azar por medio de los cálculos estadísticos. De hecho, existen probablemente algunos sesgos que fueron introducidos a lo largo del trabajo, tales como sesgo de recolección de información (al ser una entrevista estructurada), y sesgo de respuesta, aparte de que no se podía cerciorar si las pacientes realmente se tomaron los medicamentos o no. Sin embargo, como el presente trabajo no interesaba evaluar el tipo de TRH empleado, las indicaciones específicas para recetar las hormonas, ni la complianza de las pacientes, sino el efecto que según las mismas usuarias han tenido a raíz del inicio de la terapia hormonal (además de lo que implica el hecho de asistir a las consultas ginecológicas respectivas de la Consulta Externa). De ahí que los resultados obtenidos tienen suficiente validez para ser interpretados dentro del contexto señalado.

XI. Protocolo de manejo integral de la Consulta de Climaterio para un Servicio de Ginecología

La terapia de reemplazo hormonal se brinda, idealmente, dentro de una consulta especializada. Los componentes de esa consulta especializada incluyen: referencia inicial de la paciente desde un centro de atención primaria (EBAIS, Clínica); obtención de su respectiva cita con el médico especialista; la consulta de climaterio en sí; los exámenes de laboratorio y gabinete ordenados; las recetas emitidas; los medicamentos despachados por la farmacia; las citas controles de seguimiento.

Proponemos a continuación un protocolo de manejo racional y metódico, que puede ser implementado en un Servicio de Ginecología como el nuestro.

Protocolo de manejo integral Consulta de Climaterio

Paciente femenina, con algún criterio
indicativo de climaterio

- Edad (variable, generalmente \geq de 47 años)
- Síntomas y/o signos de hipoestrogenismo, o de fluctuación de niveles estrogénicos
- Trastornos menstruales
- Bochornos
- FSH $>$ 30 mUI/mL
- Antecedente de ooforectomía bilateral

**Evaluación de Historia Clínica y Examen Físico
para descartar riesgos y contraindicaciones
para el uso de TRH**

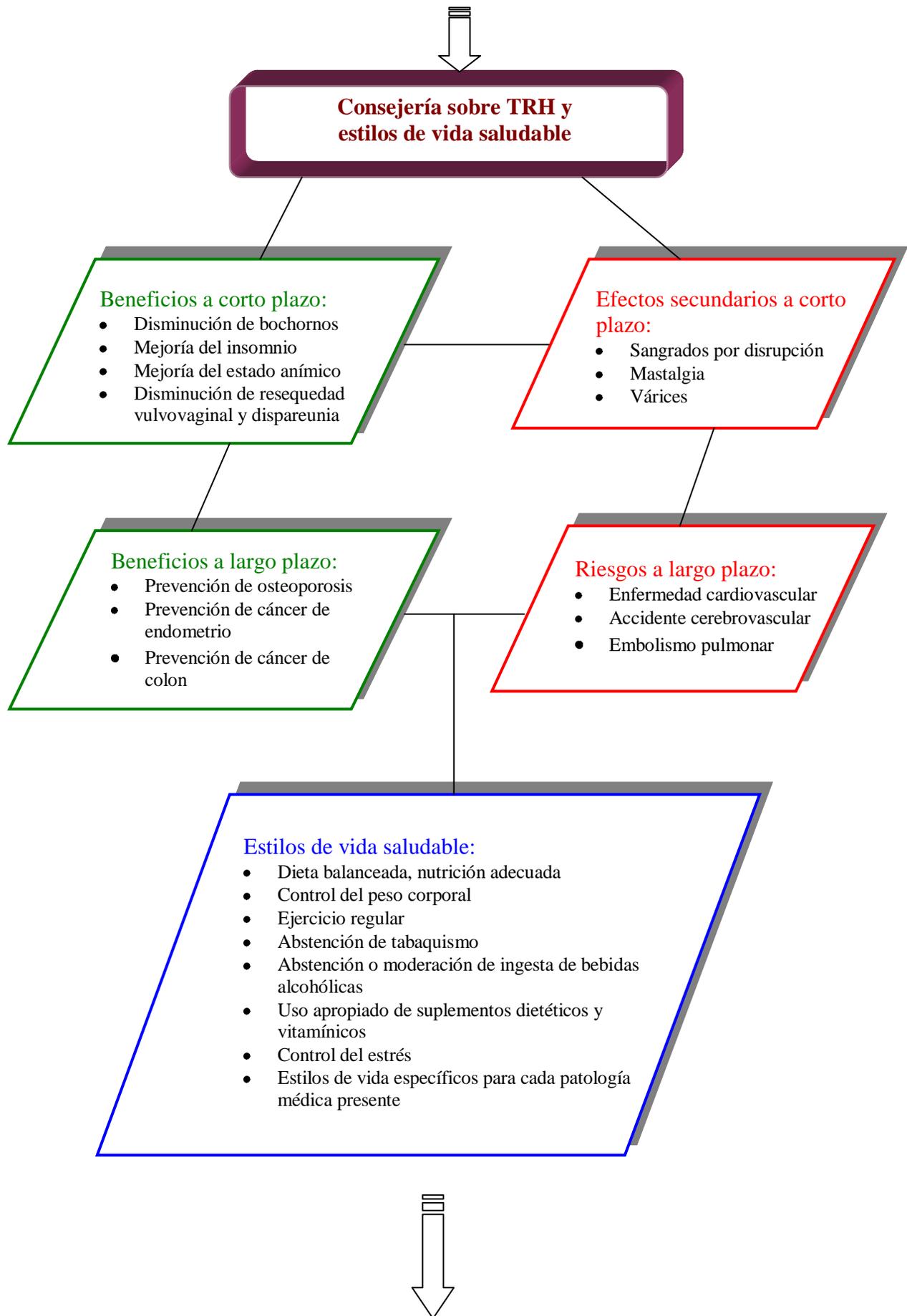
Contraindicaciones absolutas a descartar:

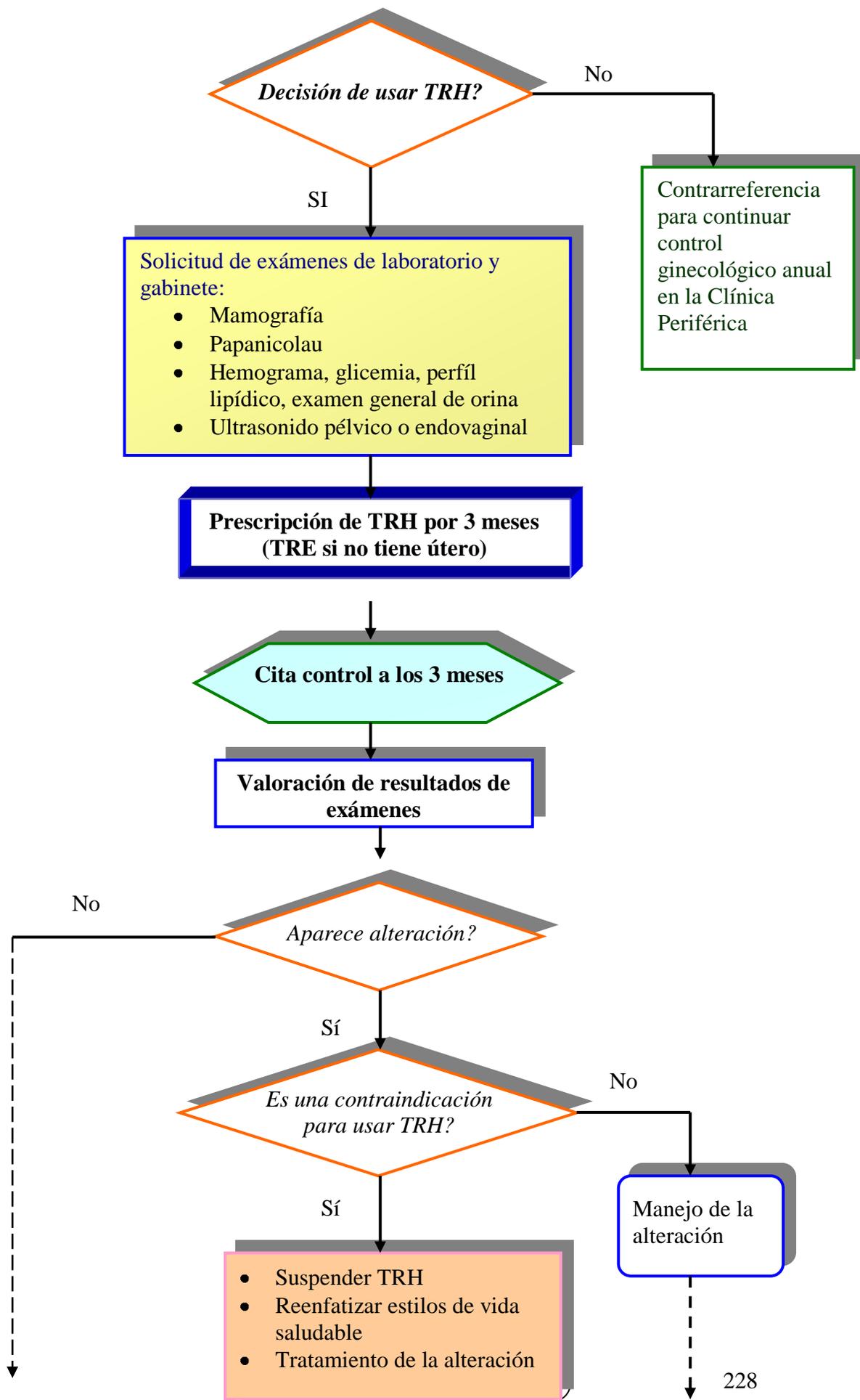
- Antecedentes de trombosis vascular
- Antecedentes de enfermedad coronaria
- Hepatopatía con trastornos de la función hepática
- Cáncer estrógeno-dependiente
- Sangrado genital de etiología no determinada

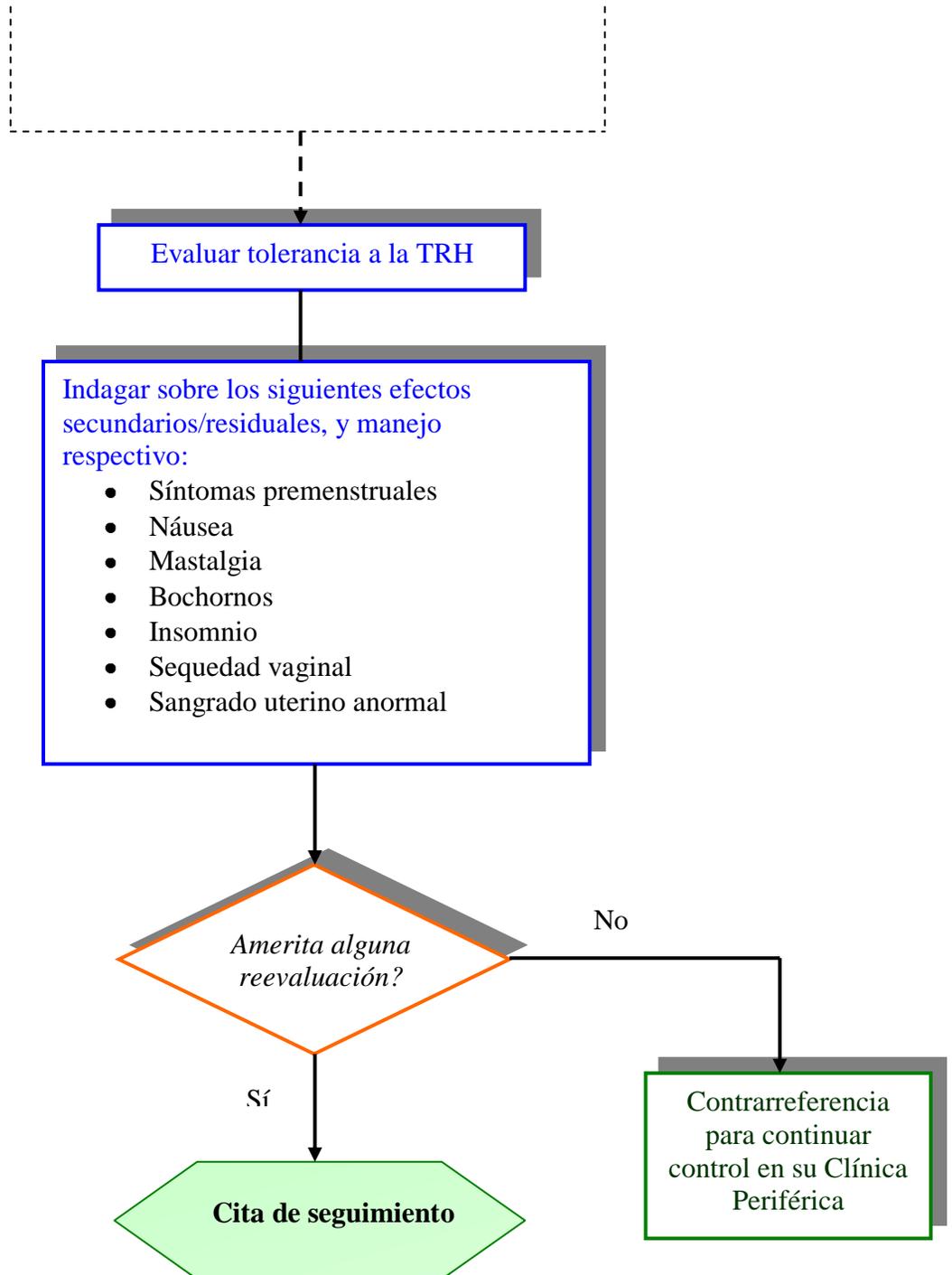
**Consejería sobre las siguientes
contraindicaciones relativas:**

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Colelitiasis
- Historia de endometriosis
- Historia de miomatosis
- Hipertrigliceridemia









XII. Estimación del costo de la terapia de reemplazo hormonal para la Caja Costarricense del Seguro Social

De conformidad con el diseño metodológico establecido, la estimación del costo unitario de la terapia de reemplazo hormonal proporcionada a las pacientes objeto de estudio, involucra fundamentalmente tres elementos:

1. Consultas médicas
2. Exámenes de diagnóstico
3. Tratamiento

1. Consultas médicas: El proceso involucra tres consultas médicas por paciente. La primera de ellas se da cuando se acude a la consulta externa en medicina general del nivel primario (EBAIS o Clínica). La segunda se refiere a la consulta externa especializada en ginecología (la consulta del climaterio en sí) a la cual es remitida la paciente desde el nivel primario. El proceso concluye tres meses después de esta última consulta, cuando se cita a la paciente a la misma consulta especializada para efectos de seguimiento y control.

2. Exámenes de diagnóstico: El proceso involucra dos grupos de exámenes. El primero de ellos contempla pruebas básicas de laboratorio (hemograma, glicemia, colesterol, triglicéridos, y examen general de orina), mientras el segundo incorpora pruebas de

gabinete o de diagnóstico especializado (ultrasonido pélvico, citología cervicovaginal y mamografía).

3. Tratamiento: En términos generales, la terapia de reemplazo hormonal involucra la prescripción, para cada paciente, uno o alguna combinación de los siguientes medicamentos: estrógenos conjugados tabletas, acetato de medroxiprogesterona tabletas, asociación estrógeno-gestágeno tabletas (Progylutón®), estrógenos crema vaginal.

Conviene señalar que para efectos de costeo, debe agregarse al costo de tales medicamentos, el costo de la prescripción de la receta.

Partiendo de los criterios descritos, la estimación del costo unitario de la terapia de reemplazo hormonal para los primeros seis meses de uso, asciende a ¢134.821,90 según el detalle que muestra el *Cuadro 12*.

Como se puede observar, la *Consulta Externa* constituye el elemento de costo más representativo, pues equivale al 58,2% del costo unitario total, mientras que el costo propiamente de los medicamentos es proporcionalmente bajo, con apenas 3,1%.

Cuadro 12

Estimación Costo Unitario de la Terapia de Reemplazo Hormonal para los primeros seis meses, Caja Costarricense del Seguro Social, 2001

Concepto	Costo en Colones	Importancia Relativa
Consulta externa	78.505,3	58,2%
Consulta inicial de referencia/ ^a	7.864,3	5,7%
Consulta especializada/ ^b	23.547,0	17,5%
Consulta especializada de seguimiento #1	23.547,0	17,5%
Consulta especializada de seguimiento #2	23.547,0	17,5%
Exámenes	39.297,8	29,2%
Exámenes básicos de laboratorio/ ^c	23.361,0	17,3%
Exámenes de gabinete:		
Ultrasonido pélvico	4.219,8	3,2%
Citología cervicovaginal	2.226,0	1,7%
Mamografía	9.491,0	7,0%
Medicamentos	17.018,8	12,6%
Costo emisión de recetas	12.808,8	9,5%
Medicamentos/ ^d	4.210,0	3,1%
Total	134.821,9	100,0%

Notas: /a: Considera el costo de la consulta externa en medicina general a nivel de EBAIS

/b: Incluye los costos *directos* (mano de obra, materiales y suministros, equipo e infraestructura) e *indirectos* (servicios generales como lavandería, limpieza, agua, luz, otros gastos).

/c: Incluye el perfil básico de exámenes en la consulta de climaterio (hemograma, glicemia, colesterol, triglicéridos, y examen general de orina).

/d: Se calculó usando el costo promedio ponderado para 6 meses de ambos esquemas de TRH utilizados en nuestra población estudio, basado en la información expuesta en el Cuadro 13.

Fuente: Estimación propia con base en datos del modelo tarifario del Seguro de Salud, Dirección Financiero Contable, Departamento de Costos, CCSS, enero 2002

Se estima que en el año 2001, en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios se proporcionaron en total 11.792 consultas ginecológicas, de las cuales 3.053 se realizaron en la consulta de climaterio, lo que constituye un 25.8% del total. Como el total de consultas por primera vez fue de 1110 en ese año, si empleamos la misma proporción de 25.8%, obtenemos un cálculo aproximado de que se atendieron unas 286 *pacientes por primera vez en la consulta de climaterio* (ya que no es posible disponer de los datos reales con la base de datos existente). Tomando en cuenta que el costo unitario de la terapia de reemplazo hormonal para los primeros 6 meses es de ¢134.821,90, si

hacemos una proyección de un escenario a tres años plazo, partiendo de que únicamente se les prescribe la TRH a un 60% de todas las pacientes referidas (por la presencia de contraindicaciones, decisión informada, etc.), significaría una erogación para la institución de ¢69.406.314^a en ese lapso, para este rubro. Como el costo total de las consultas de Ginecología en el año 2001 fue de ¢264.070.048,^b la proyección a 3 años es de ¢792.210.144, por lo tanto, la consulta de climaterio tendría un costo que corresponde al 8.76% del total. Esta proporción de costo, dentro del contexto general, no es significativa, sobre todo tomando en cuenta que esta consulta especializada atiende a un 25.8% del total de pacientes de Ginecología.

Por otra parte, a nivel nacional, si tomamos en cuenta que hay alrededor de 285.331 mujeres iguales o mayores de 50 años en el país (Censo 2000)³⁴, y si se les da terapia de reemplazo hormonal al 60% de ellas, el costo para la CCSS de su implementación para los primeros 6 meses sería de ¢ 23.081.320.529.

^a $286 \times 3 \times 0.60 \times 134.821,9 = 69.406.314$

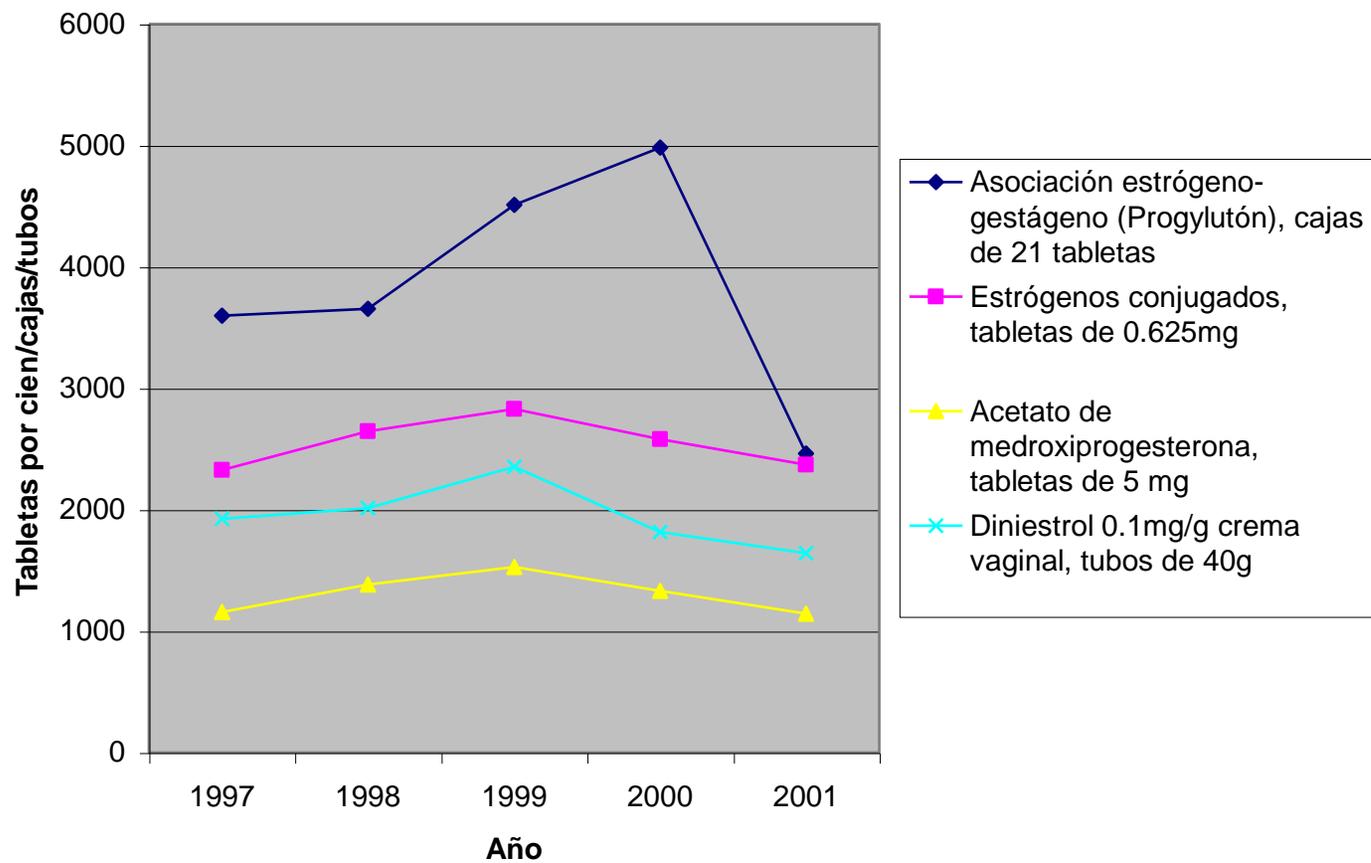
^b Montos calculados usando el *costo promedio* de una consulta del HSJD en el 2001, que es de ¢22.394. Lamentablemente, la administración del hospital no tiene desglosado el monto específico para cada una de las especialidades, sino únicamente el promedio general.

Cuadro 13. Consumo y costo anual según medicamento despachado, Hospital San Juan de Dios, 1997-2001

Medicamento	Año									
	1997		1998		1999		2000		2001	
	Consumo (unidades)	Costo (colones)								
Asociación estrógeno-gestágeno (Progylutón®), cajas de 21 tabletas	3.599	2.166.274	3.657	2.763.594	4.509	3.835.265	4.982	4.464.121	2.465	2.748.179
Estrógenos conjugados, tabletas de 0.625mg	232.886	2.312.464	264.787	3.093.188	282.891	3.673.226	258.142	3.712.829	237.200	3.626.100
Acetato de medroxiprogesterona, tabletas de 5 mg	115.541	456.375	138.444	757.800	152.775	953.514	132.988	1.032.185	114.400	1.126.004
Diniestrol 0.1mg/g crema vaginal, tubos de 40g	1.924	1.294.698	2.013	1.383.615	2.353	1.795.786	1.815	770.521	1.642	1.335.257

Fuente: Servicio de Farmacia, Hospital San Juan de Dios, 2002.

**Gráfico 8. Tendencia del consumo de hormonales desde 1997 a 2001
Hospital San Juan de Dios**



XIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La terapia de reemplazo hormonal para la mujer postmenopáusica, dada en la consulta de Climaterio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios, ejerce un efecto significativamente benéfico sobre la calidad de vida, desde el punto de vista de la paciente usuaria, en los primeros tres meses de su uso. Dentro de los parámetros que tuvieron la mayor mejoría se encuentran la vida sexual, la resequedad vaginal, los bochornos, el insomnio, la irritabilidad y la ansiedad. No se observó ninguna correlación entre el tiempo transcurrido luego de la menopausia, con la percepción de mejoría con la TRH, lo cual implica que el alivio es igualmente apreciado en las postmenopáusicas tempranas como en las tardías. Es de resaltar que se detectó un aumento aún mayor en el puntaje promedio de calidad de vida en las pacientes que recibieron consejería, tanto de TRH como de estilos de vida saludables, comparado con las usuarias que dijeron no haberla recibido, lo cual pone en evidencia una vez más la importancia que juega el papel de la consejería en la promoción del bienestar de estas pacientes. Con estos resultados, se concluye que podría justificarse el empleo de la TRH en las pacientes postmenopáusicas en nuestro medio que presentan ese tipo de sintomatología, ya que el beneficio ha sido confirmado por ellas mismas. Y esto, idealmente debe ser implementado bajo el contexto de una consejería apropiada que explique los beneficios, riesgos, alternativas y las prácticas de un estilo de vida saludable.

A la luz de los hallazgos recientes del estudio de la WHI en el que se demostró un aumento de riesgo global para la salud de las usuarias con la TRH a largo plazo, cabe recalcar que los resultados de nuestro presente estudio no se contraponen al mismo,

puesto que evaluamos efectos a corto plazo, cuyos beneficios siguen siendo vigentes para la mejoría sintomática de las pacientes. No obstante, por la naturaleza de la presente investigación, no podemos establecer si en algún momento durante el uso el efecto de alivio sintomático llega a perderse, dando lugar únicamente a un aumento de riesgo global sobre la salud en términos de enfermedades trombóticas, cardiovasculares y neoplásicas como se demostró en el estudio de WHI, momento en el cual se indicaría la suspensión de la terapia. Al respecto, se requieren de estudios longitudinales controlados de mayor plazo, donde se analicen los efectos sobre la sintomatología y calidad de vida de la población postmenopáusica de nuestro país.

Adoptando un protocolo de manejo de la mujer postmenopáusica como el propuesto en este trabajo, pensamos que se puede obtener un beneficio para nuestras pacientes con un costo razonable para la institución, que se encuentra actualmente al alcance del presupuesto, tal como lo hemos analizado y proyectado. Sin embargo, al momento actual, con las publicaciones tan controversiales sobre el empleo de la terapia de reemplazo hormonal, y al no contar la institución con otros tratamientos o recursos eficaces para manejar la sintomatología climatérica, sería recomendable realizar estudios de costo-efectividad y de costo-beneficio, que justifiquen y den validez a la toma de decisiones administrativas y financieras en torno a la ejecución de programas de salud para ese grupo de usuarias.

Por otra parte, consideramos que es conveniente que todos los responsables de brindar servicios de salud a las mujeres climatéricas utilicen sistemáticamente un protocolo de

manejo como el sugerido, en pro del beneficio de la salud de las usuarias. Para esto, recomendamos que las autoridades de la CCSS formulen programas para capacitar a los médicos y enfermeras a cargo de las respectivas consultas externas en todas las clínicas y hospitales del país, con el fin de que conozcan las pautas de manejo a seguir, buscando optimizar el uso eficiente de los recursos institucionales. Además, creemos que es importante la promoción de campañas a nivel nacional por parte del Ministerio de Salud, dirigidas hacia ese grupo poblacional de mujeres, en relación al climaterio y las conductas para un estilo de vida saludable, en aras de lograr un mayor impacto sobre la calidad de vida y la salud en general. Deben de establecerse políticas institucionales claras a largo plazo, enfocadas hacia la salud de este creciente grupo de la población climatérica, tomando en cuenta los costos a incurrir y los efectos y beneficios esperables.

Por último, se pudo evidenciar que la medición de la calidad de vida relacionada a la salud aporta datos muy reveladores para planear o modificar las intervenciones médico-clínicas de todo programa de salud. Posiblemente conforme pasen los años, este tipo de estudios adquirirán una mayor relevancia en el ámbito de la investigación, de manera que el término Calidad de Vida no sólo contemplará las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión, sino también las metas de los servicios humanos en general como los servicios de salud, que se verán obligados a reorientarse y a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos y tratamientos, tomando en cuenta que sus resultados serán evaluados y analizados con criterios de excelencia como sería el de Calidad de Vida.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Conboy L, O'Connell E, Domar A. Women at mid-life: symptoms, attitudes, and choices. An Internet based survey. *Women's Health Interactive*. 2000.
2. Connelly MT, Ferrari N, Hagen N, Inui TS. Patient-identified needs for hormone replacement therapy counseling: A qualitative study. *Annals of Internal Medicine*. Aug. 1999; 131(4): 265-268.
3. Daley, J. Medical uncertainty and practice variation get personal: What should I do about hormone replacement therapy? [Editorials]. *Annals of Internal Medicine*. Apr. 1999; 130(7): 602-604.
4. Elinson L, Cohen MM, Elmslie, T. Hormone replacement therapy: a survey of Ontario physicians' prescribing practices. *Canadian Medical Association Journal*. Sept. 1999; 161(6): 695-698.
5. EQ-5D Cuestionario de Salud (Spanish version for Costa Rica). *EuroQol Group*.
<http://www.euroqol.org>
6. Grant EC, Prize EH, Steel CM. Risks of hormone replacement therapy. *The Lancet*. Oct. 1999; 354(9186): 1302-1303.
7. Greendale GA, Lee NP, Arriola, ER. The menopause [Seminar]. *The Lancet*. Feb. 1999; 352(9152): 571-580.
8. Harris TJ, Cook DG, Wicks PD, Cappuccio FP. Ethnic differences in use of hormone replacement therapy: community based survey. *British Medical Journal*. Sept. 1999; 319(7210): 610-611.

9. Hiekkinen JE, Vaheiri RT, Ahomaki SM, et al. Optimizing continuous-combined hormone replacement therapy for postmenopausal women: a comparison of six different treatment regimens. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Mar. 2000; 182(3): 560-567.
10. Hilditch J, Lewis J, Peter A, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. 1996; 24(3):161-75.
11. Hill DA, Weiss NS, LaCroix AZ. Adherence to postmenopausal hormone therapy during the year after the initial prescription: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Feb. 2000; 182(2): 270-276.
12. Keating NL, Cleary PD, Rossi AS, et al. Use of hormone replacement therapy by postmenopausal women in the United States. *Annals of Internal Medicine*. Apr. 1999; 130(7): 545-553.
13. Kenyon G. “Wrong” women taking HRT. *British Medical Journal*. June, 1999; 318(7199): 1645.
14. Menopause Core Curriculum Study Guide. The North American Menopause Society. Jun. 2000. www.menopause.org/proedu/studyguide.html
15. NAMS Consensus opinion #1. Achieving long-term continuance of menopausal ERT/HRT: Consensus opinion of the North American Menopause Society. *Menopause*. 1998; 5:69-76.
16. Notelovitz M, Kanmaz TJ. Focus on the quality of life. Advances in hormone replacement therapy. *American Council on Pharmaceutical Education Program No. 424-000-99-004-H01*. Jun. 1999; www.powerpak.com/CE/hrt/default.cfm

17. O'Connor R. *Issues in the measurement of health-related quality of life*. Working Paper 30. NHMRC National Centre for Health Program Evaluation. Melbourne, 1993.
18. Panico S, Galasso R, Celentano E, et al. Large-scale hormone replacement therapy and life-expectancy: Results from an international comparison among European and North American Populations. *American Journal of Public Health*. Sep. 2000; 90(9): 1397-1402.
19. Ventegodt S, Hilden J, Zachau-Christiansen B. Measuring the Quality of Life: A Methodological Framework. The 1991 Pharmacy Foundation (Copenhagen). <http://home2.inet.tele.dk/fclk/mql2.htm>
20. WHOQOL-BREF. *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Programme on Mental Health. World Health Organization. Geneva. 1996.
21. Zhang P, Tao G, Anderson L. Prevalence of and factors associated with hormone replacement therapy counseling: Results from the 1994 National Health Interview Survey. *American Journal of Public Health*. Oct. 1999; 89(10): 1575-1577.
22. Achío M. *Informe de investigación. Proyecto: Atención de la salud de las mujeres de mediana edad: una modalidad alternativa*. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad de Costa Rica, agosto 2001.
23. Barrantes A. *Calidad de vida durante el climaterio: perspectiva de un grupo de mujeres*. Programa de Maestría en Salud Pública, SEP. Universidad de Costa Rica, 1998.

24. Azofeifa LR. *Programa de desarrollo personal dirigido a la mujer que asiste a la Consulta de Climaterio en el Hospital México*. Práctica dirigida. Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 1998.
25. Elizondo LM, Esquivel N. *Desarrollo de un programa de atención para el climaterio y menopausia en la población mayor de 50 años en el área de atracción de Cristo Rey, Subregión Central Sur*. Informe de práctica dirigida. Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 1993.
26. Bolaños R, Calderón N. *Curso taller para el manejo saludable en la etapa de climaterio y menopausia en un grupo de mujeres. Clínica Integrada Pro-salud de la Familia en Turrialba*. Informe práctica dirigida. Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, 1998.
27. Barrantes A, Marín M, Murillo F. *Factores protectores con relación a la calidad de vida de las adultas mayores del Grupo Acción*. Tesis de Licenciatura de Trabajo Social. FCS, Universidad de Costa Rica, 1998.
28. Cerdas S. *Perfil de la mujer climatérica en Costa Rica*. (publicación pendiente).
29. Shepard DS et al. *Analysis of hospital costs: a manual for managers*. World Health Organization, 2000.
30. Creese A, Parker D. *Cost analysis in primary health care*. World Health Organization, 1994.
31. Hanson K, Gilson L. *Cost, resource use and financing methodology for basic health services: a practical manual*. UNICEF, 1996.

32. World Health Organization. *Hospitals and health for all. Report of a WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level*. Geneva, WHO Technical Report Series, No. 744, 1987.
33. World Health Organization. *The hospital in rural and urban districts. Report of a WHO Study Group on the Functions of Hospitals at the First Referral Level*. Geneva, WHO Technical Report Series, No. 819, 1992.
34. *Indicadores económicos, sociales y demográficos de Costa Rica. Boletín 1*. (Censo 2000). Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2001.
35. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993; 149: 1459-62.
36. Rekers H, Drogendijk AC, Valkenburg HA, Riphagen F. The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genitourinary tract. *Maturitas* 1992; 15: 101-11.
37. Fantl JA, Cardozo L, McClish DK. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 12-18.
38. Sherwin BB, Gelfand MM. Sex steroids and affect in the surgical menopause: a double-blind cross-over study. *Psychoneuroendocrinology* 1985; 10: 325-35.
39. Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical postmenopausal. *Psychosom Med* 1985; 47: 339-51.

40. Casson PR, Carson SA. Androgen replacement therapy in women: myths and realities. *Int J Fertil* 1996; 41: 412-22.
41. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26: 279-94.
42. Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. The Manitoba Project: a reexamination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992; 14: 143-55.
43. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4: 214-20.
44. Hunter MS. Psychological and somatic experience of the menopause: a prospective study. *Psychosom Med* 1990; 52: 357-67.
45. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 513-16.
46. Matthews KA, Meilahn E, Kuller LH, Kelsey SF, Caggiula AW, Wing RR. Menopause and risk factors for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1989; 321: 641-46.
47. Manson JE. Postmenopausal hormone therapy and atherosclerotic disease. *Am Heart J* 1994; 128: 1337-43.
48. Grodstein F, Stampfer MJ, Manson JE, et al. Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 1996; 335: 453-61.

49. Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and estrogen/progestin replacement study (HERS) research group. *JAMA* 1998; 280: 605-13.
50. Grady D, Rubin SM, Petitti DB, et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1016-37.
51. The Writing Group for the PEPI Trial. Effects of hormone therapy on bone mineral density: results from the Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) trial. *JAMA* 1996; 276: 1389-96.
52. Speroff L. Postmenopausal hormone therapy and breast cancer. *Obstet Gynecol.* 1996;87:44S-54S.
53. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative re-analysis of 52,705 women with breast cancer and 101,811 women without breast cancer. *Lancet.* 1997;350:1047-1059.
54. Henderson BE, Paganini-Hill A, Ross RK. Decreased mortality in users of estrogen replacement therapy. *Arch Intern Med.* 1991;151:75-78.
55. Wiklund I, Karlberg J, Mattson LA. Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: a double-blind placebo-controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168:824-830.
56. Ravnikar VA. Compliance with hormone therapy. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;156:1332-1334.

57. Ferguson KJ, Hoegh C, Johnson S. Estrogen replacement therapy: a survey of women's knowledge and attitudes. *Arch Intern Med.* 1989;149:133-136.
58. Rubin, Cummings. Results of bone densitometry affect women's decisions about taking measures to prevent fractures. *Ann Intern Med.* 1992;116(12 pt 1):990-995.
59. Women's Health Initiative. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321-333.
60. Arostegui, I. *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco.* Universidad de Deusto. 1998.
61. Borthwick-Duffy, S.A. *Quality of life and quality of care in mental retardation.* In L. Rowitz (Ed.) 1992.
62. Dennis, R.; Williams, W.; Giangreco, M. y Cloninger, Ch. *Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad.* Siglo Cero, 25, 155, 5-18. 1994.
63. Felce, D. y Perry, J. Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16, N° 1, pp. 51-74. 1995.
64. Schalock, R.L. *The quality of children's lives.* In A.H. Fine y N.M. Fine (Eds.). 1996.
65. Schalock, R. Quality of Life. Application to Persons with Disabilities. Vol. II. M. Snell, & L. Vogtle *Facilitating Relationships of Children with Mental Retardation in Schools* (Vol. II pp. 43-61). 1996.
66. Schalock, R.L. *Three decades of Quality of Life.* 1997.

67. Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 2000.
68. Clarke, Ronald. *Crecimiento económico y calidad de vida*, primera edición, Buenos Aires (Argentina). 1977.
69. Lassonde, Louise. *Los desafíos de la demografía: ¿qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* Primera edición, México. 1997.
70. García, María. *El trabajo en equipo: productividad y calidad de vida en el trabajo*, México, Fondo de Cultura Económica. 1983.
71. Drucker, Peter. *Gerencia para el futuro: decenio de los 90's y más allá*, Bogotá, (Colombia). 1993.
72. Morgan, Colin y Mrgatroyd, Stephen. *Total Quality Management in the Public Sector: An International Perspective*, Open University Press. 1994.
73. Holcombe, Randall G. *Public Policy and the Quality of Life: Market incentives Versus Government Planning*, Greenwood Press. 1995.
74. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. Tercer Mundo Editores, Santa Fe de Bogotá, (Colombia). 1990.
75. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. Tercer Mundo Editores, Santa Fe de Bogotá, (Colombia). 1991.
76. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. Tercer Mundo Editores, Santa Fe de Bogotá, (Colombia). 1992.
77. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. CIDEAL, Madrid, (España). 1993.

78. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. Fondo de Cultura Económica, México. 1994.
79. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. Harla S.A. de C.V., México. 1995.
80. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. Ediciones Mundi-Prensa, Madrid, (España). 1996.
81. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. Ediciones Mundi-Prensa, Madrid, (España). 1997.
82. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano*. Ediciones Mundi-Prensa, Madrid, (España). 1998.
83. Iglesias, Enrique. Discurso inaugural del Foro sobre la Reforma Social y la Pobreza. BID y PNUD. Washington, Feb.1993
84. Maslow, A. *Motivation and personality*. New York: Harper. 1954.
85. Max Neef, Manfred: *El desarrollo a escala humana*. 1987.
86. Nussbaum, MC; Sen, A. *Quality of Life*. 1993.
87. Pichardo Muñiz, A. *La calidad de vida como meta última del desarrollo*. CINPE-UNA. 2000.
88. Gildenberger, Carlos. Desarrollo y Calidad de Vida. *Revista Argentina de Relaciones Internacionales*, Vol. IV. N° 12, setiembre/diciembre. Buenos Aires (Argentina). 1978.
89. Fallas, Agustín. *Calidad de vida y desarrollo sostenible en Costa Rica: los retos del Siglo XXI*, CINPE/MINAE/BID, Editorial FUNA, San José (Costa Rica). 2000.

90. Camacho, Carmen. *Política Social, Estructura Social y elites: el caso de Costa Rica*. Tesis doctoral. Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid. España. 2000.
91. *Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. VI Informe Estado de la Nación: Consideraciones para la conceptualización del Capítulo Calidad de vida y Relaciones Sociales, San José, Costa Rica. 2000.

XV. ANEXOS

Formulario Calidad de Vida en la Postmenopausia

No. de Expediente/Caso	/	Edad / Edad menopausia	/
Estado civil	cas/solt/div/ul/viu	Ocupación	
Tabaquismo actual	si no	Enfermedades actuales	

Estado de salud física:

	Molestias	Nunca	A veces	Frecuente	Muy frecuente	Siempre
F1	Cansancio, agotamiento, falta de energía	5	4	3	2	1
F2	Lumbalgia, dolor de espalda, cuello o cabeza	5	4	3	2	1
F3	Dolores musculares o articulares	5	4	3	2	1
F4	Distensión abdominal	5	4	3	2	1
F5	Ganancia de peso	5	4	3	2	1
F6	Dificultades para dormir	5	4	3	2	1
F7	Bochornos/sudoración nocturna	5	4	3	2	1
F8	Disminución de la fuerza	5	4	3	2	1
F9	Incontinencia urinaria de esfuerzo	5	4	3	2	1
F10	Resequedad vaginal en el coito	5	4	3	2	1
F11	Aumento en el vello facial	5	4	3	2	1
F12	Dolor en miembros inferiores por várices	5	4	3	2	1
F13	Trastornos de sangrado genital	5	4	3	2	1
F14	Intolerancia gástrica a las pastillas	5	4	3	2	1

Estado psicológico:

	Molestias	Nunca	A veces	Frecuente	Muy frecuente	Siempre
P1	Sensación de depresión o tristeza	5	4	3	2	1
P2	Ansiedad o nerviosismo	5	4	3	2	1
P3	Irritabilidad	5	4	3	2	1
P4	Pérdida de la memoria	5	4	3	2	1
P5	Incapacidad de concentración	5	4	3	2	1
P6	Disminución de capacidad de realizar tareas	5	4	3	2	1
P7	Insatisfacción con su vida personal	5	4	3	2	1
P8	Inaceptación de su apariencia física	5	4	3	2	1

Estado de relaciones sociales:

	Molestias	Nunca	A veces	Frecuente	Muy frecuente	Siempre
S1	Insatisfacción en las relaciones interpersonales	5	4	3	2	1
S2	Insatisfacción en su vida sexual	5	4	3	2	1
S3	Impaciente con los demás	5	4	3	2	1
S4	Disminución de la libido	5	4	3	2	1
S5	Evade la intimidad	5	4	3	2	1
S6	Sensación de falta de apoyo de los demás	5	4	3	2	1

Estado del entorno:

	Items	Total	Mucha	Moderada	Poca	Ninguna/ insatisfecha
E1	Satisfacción con su vivienda	5	4	3	2	1
E2	Satisfacción con su alimentación	5	4	3	2	1
E3	Satisfacción con ingresos económicos	5	4	3	2	1
E4	Satisfacción con oportunidad de recreación	5	4	3	2	1
E5	Satisfacción con el acceso a los servicios de salud	5	4	3	2	1
E6	Satisfacción con el acceso al transporte	5	4	3	2	1

1. Recibió usted consejería sobre la TRH previo al inicio de la misma?

- a. Sí, bastante
- b. Sí, poca
- c. No

2. Recibió usted consejería sobre estilos de vida saludable por parte del médico tratante?

- a. Sí, bastante
- b. Sí, poca
- c. No

Conoce usted los **beneficios** de la TRH? SI NO

Si la respuesta es "sí", cuáles son?

Conoce usted los **riesgos** de la TRH? SI NO

Si la respuesta es "sí", cuáles son??

Datos del expediente médico:

Inicio de TRH: _____

Tipo de hormonas y dosis: _____

Estudios solicitados o realizados durante el estudio (marcar con X):

Perfil lipídico		Mamografía	
Glicemia		Papanicolau	
Hemograma		Ultrasonido pélvico	
Examen general de orina			

Indicaciones para el uso de TRH: _____

PROBLEMA

¿Cuál es el efecto del uso de la terapia de reemplazo hormonal en la calidad de vida de las mujeres postmenopáusicas que acuden a la consulta ginecológica del HSJD, durante el período comprendido de enero a abril del 2002, y cuál es el costo económico de implementar una consulta integral de climaterio en el Servicio?

OBJETIVO GENERAL

Analizar el efecto del uso de la TRH sobre la calidad de vida de la paciente postmenopáusica en la Consulta de Climaterio de Ginecología del HSJD, durante el período de enero a abril del 2002; conocer los costos de un programa integral de atención de la mujer climatérica y crear un protocolo de manejo integral.

Tabla de operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Indicadores/Dimensiones	Instrumento
Comparar el estado de salud física de la mujer postmenopáusica antes y durante el uso de la TRH	Salud física	Estado de bienestar de salud de la persona con respecto a su condición físico-orgánica.	<ul style="list-style-type: none">• Cansancio, agotamiento, falta de energía• Lumbalgia, dolor de espalda, cuello o cabeza• Dolores musculares o articulares• Distensión abdominal• Ganancia de peso• Dificultades para dormir• Bochornos/sudoración nocturna• Disminución de la fuerza• Incontinencia urinaria de esfuerzo• Resequedad vaginal en el coito• Aumento en el vello facial• Dolor en miembros inferiores por várices• Trastornos de sangrado genital• Intolerancia gástrica a las pastillas <p>Puntaje obtenido convertido a escala 0 a 100</p>	Formulario de calidad de vida

Comparar la función psicológica de la mujer postmenopáusica antes y durante el uso de la TRH	Estado psicológico	Estado de bienestar psico-emocional, anímico y mental de la persona.	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensación de depresión o tristeza ● Ansiedad o nerviosismo ● Irritabilidad ● Pérdida de la memoria ● Incapacidad de concentración ● Disminución de capacidad de realizar tareas ● Insatisfacción con su vida personal ● Inaceptación de su apariencia física <p>Puntaje obtenido convertido a escala 0 a 100</p>	Formulario de calidad de vida
Comparar el estado de las relaciones sociales de la mujer postmenopáusica antes y durante el uso de la TRH	Estado de relaciones sociales	Estado de bienestar y satisfacción en la interacción interpersonal socio-grupal y de pareja.	<ul style="list-style-type: none"> ● Insatisfacción en las relaciones interpersonales ● Insatisfacción en su vida sexual ● Impaciente con los demás ● Disminución de la libido ● Evade la intimidad ● Sensación de falta de apoyo de los demás <p>Puntaje obtenido convertido a escala 0 a 100</p>	Formulario de calidad de vida
Comparar el estado del entorno de la mujer postmenopáusica antes y durante el uso de la TRH	Estado del entorno	Grado de satisfacción de las necesidades básicas de la persona y su interacción con el medio que la rodea.	<ul style="list-style-type: none"> ● Satisfacción con su vivienda ● Satisfacción con su alimentación ● Satisfacción con ingresos económicos ● Satisfacción con oportunidad de recreación ● Satisfacción con el acceso a los servicios de salud ● Satisfacción con el acceso al transporte <p>Puntaje obtenido convertido a escala 0 a 100</p>	Formulario de calidad de vida
Determinar si las pacientes recibieron consejería en torno al uso de la TRH y sobre los patrones conductuales para un estilo de vida saludable	Consejería	<p>Consejería sobre TRH: Asesoría que se le da a la paciente durante su consulta, en donde se le explica sobre su condición diagnóstica, las alternativas de tratamiento, con sus riesgos y beneficios, y el pronóstico.</p> <p>Consejería sobre estilos de vida saludable: Asesoría que se le da a la paciente durante la consulta, en donde se le explica y se recomienda sobre las conductas individuales cotidianas compatibles con una vida sana y saludable, en términos de dieta, higiene, ejercicio, peso, vicios, y enfermedades crónicas.</p>	<p>Opciones de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bastante consejería ● Poca consejería ● Ninguna consejería 	Formulario de calidad de vida

Identificar el nivel de conocimientos que la paciente usuaria de TRH tiene sobre los beneficios y riesgos de la misma	Información sobre la TRH	El conocimiento que tiene la paciente sobre los beneficios y riesgos de la TRH	Opciones de respuesta sobre conocimientos de beneficios y riesgos de la TRH: <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No Respuesta abierta sobre cuáles conocimientos tiene	Formulario de calidad de vida
Comparar los cambios en los puntajes de calidad de vida entre las pacientes con y sin consejería, tanto de TRH como de estilos de vida saludable	Calidad de vida Consejería	Percepción del individuo acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los valores en los cuales vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS). Consejería: ver arriba	Suma y promedio de los puntajes de las cuatro dimensiones: Salud física, estado psicológico, estado de relaciones sociales, estado del entorno. Recibimiento de consejería sobre TRH y sobre estilos de vida saludable (con consejería vs. sin consejería)	Formulario de calidad de vida
Elaborar y proponer un protocolo de manejo integral de la Consulta de Climaterio para el Servicio de Ginecología del HSJD	Protocolo de manejo integral	Protocolo en el que se indique paso a paso las pautas a seguir en la consulta de climaterio, según condición e indicación, que refleja los conocimientos médicos actualizados sobre la TRH y su aplicación en la mujer postmenopáusica, desde un abordaje integral que contemple la salud general de la mujer, y de una manera eficiente acorde con los recursos institucionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de climaterio, menopausia, postmenopausia • Historia clínica y examen físico; exámenes de laboratorio y gabinete • Indicaciones y contraindicaciones para el uso de TRH • Consejería sobre TRH y estilos de vida saludable • Decisión informada • Control y seguimiento 	Revisión bibliográfica
Estimar el costo del proveer la TRH dentro del contexto de la consulta integral de climaterio.	Costos	Valor monetario real y/o asignado de los recursos utilizados para el proceso	Calcular los costos de cada uno de los pasos requeridos en el proceso de la consulta de climaterio, incluyendo los servicios de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta (mano de obra, materiales y suministros, equipo e infraestructura) • Laboratorio (hemograma, glicemia, colesterol, triglicéridos, examen general de orina. • Gabinete (Ultrasonido pélvico, Citología cervicovaginal, Mamografía) • Receta • Medicamentos 	Guía de observación: Revisión de informes técnico-administrativos sobre costos