

FORMACIÓN CONTINUADA

La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde la atención primaria

J.C. Olazábal Ulacia^a, R. García Paniagua^b, J. Montero Luengo^c, J.F. García Gutiérrez^d
y F. Pastor Mateos^e

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sexólogo. Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico. Psicoterapeuta Familiar. Salamanca. ^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^dMédico. Especialista en Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. ^eMédico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Salamanca.

Palabras clave: Atención mujer; Menopausia; Prevención.

Introducción

En sentido estricto, la menopausia (del griego *mén: menós*: mes; *paûsis*: cesación) se define como el cese permanente de las menstruaciones como consecuencia de la pérdida de la función folicular ovárica¹, correspondiendo a una fecha que normalmente se suele presentar a los 45-55 años. El climaterio (del griego *climaktér*: escalón) es la fase en el proceso de envejecimiento de la mujer que marca la transición desde su fase biológica reproductiva a la no reproductiva, e incluye un período de tiempo variable, de alrededor de 10 años². A pesar de la inexactitud que conlleva, es habitual que tanto la literatura médica como el lenguaje popular utilicen el término menopausia para referirse a toda la transición climática^{3,4}.

La atención a la mujer menopáusica se ha considerado recientemente como una prioridad sanitaria en nuestro país^{5,6}. Sin embargo, su ubicación dentro de la estructura sanitaria es objeto de fuertes controversias⁷, que expresan profundas diferencias subyacentes respecto a la concepción ideológica del climaterio⁴, que lo han convertido en uno de los aspectos de la salud pública que suscita mayor debate³ tanto entre los profesionales de las ciencias de la salud, como en la sociedad en general y en las mujeres en particular⁸.

En un artículo anterior⁹ hemos realizado un análisis exhaustivo de las diferentes concepciones ideológicas respecto al climaterio, los llamados

modelos de la menopausia⁴, definiendo las contribuciones y aspectos criticables de los modelos biomédico, psicosocial y holístico, explicando las ventajas de una aproximación basada en este último.

En el presente trabajo pretendemos analizar la controversia respecto a la ubicación dentro de la estructura sanitaria de la atención a la mujer climática, examinando los elementos de la discusión y el ordenamiento normativo, que parte del Real Decreto 63/1995 de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias¹⁰ y se desarrolla posteriormente en el Plan Integral de Atención a la Mujer (PIAM) incorporado a los Objetivos Generales del INSALUD para los años 1998-1999^{5,6}.

Prevención y promoción de la salud de la mujer durante el climaterio

Existe unanimidad de criterios entre la administración sanitaria, las sociedades científicas y los profesionales sanitarios de nuestro país, que asumen que *las actividades de prevención y promoción de la salud de la mujer durante la transición climática, deben desarrollarse fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria (AP)*.

De forma genérica, los ordenamientos sanitarios que regulan las funciones de los equipos de AP (EAP) (RD 137/1984, artículo 5.1.b)¹¹ y la especialidad de medicina familiar (RD 3.303/1978, artículo primero, 2.2)¹² contemplan las actividades de prevención y promoción de la salud como objetivos específicos de la AP, lo cual resulta coherente si tenemos en cuenta las ventajas específicas que

presenta para el desarrollo de este tipo de actividades¹³. De forma más específica para la transición climática, el RD 63/1995¹⁰ de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias (anexo I, punto 2 d) establece como función de la AP las actividades en materia de educación sanitaria y las realizadas para la promoción de la salud. Al mismo tiempo, en las Normas Técnicas de Atención a la Mujer de la Cartera de Servicios de AP del INSALUD¹⁴, en el servicio 209 «Atención a la Mujer en el Climaterio», apartado 209.2, incluye la detección de los factores de riesgo para la osteoporosis posmenopáusica, y el 209.4 las actividades a desarrollar sobre consejos higiénicos y dietéticos. Por último, el PIAM de 1998⁶ establece que la promoción de hábitos saludables durante el climaterio es «responsabilidad de AP» (p. 64).

De otra parte, la postura de «expertos» del segundo nivel asistencial^{7,15,16} y de AP¹⁷⁻²² resulta uniforme, *incluyendo las actividades de prevención y promoción de la salud como elementos fundamentales del proceso de atención integral a la mujer climática en el ámbito de la AP*. Este marco teórico se completa con la existencia de experiencias prácticas²³⁻²⁵ y trabajos de investigación, algunos de ellos avalados por el Fondo de Investigación Sanitaria²⁶⁻²⁸.

En la **tabla 1** se exponen las actividades que se pueden desarrollar desde el ámbito de la AP en este campo, de acuerdo a los criterios comúnmente admitidos, cuya expresión más conocida en nuestro país es el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)²⁹.

(Aten Primaria 2000; 26: 405-414)

TABLA 1. Actividades preventivas y de promoción de la salud para la población mayor de 50 años, según diversas aportaciones (PAPPS-semFYC²⁹, INSALUD^{6,22}, Junta de Castilla y León¹⁷, Generalitat Valenciana²³ y Gobierno de Navarra¹²⁰)

Actividades de educación/promoción de la salud
1. Visión holística de la transición climatérica
Visión positiva de la transición
Visión biopsicosocial
Nivel individual y/o grupal
2. Aspectos corporales
Cambios fisiológicos y posibles alteraciones físicas
Alimentación, con especial referencia a la ingesta de calcio ($\geq 1.200-1.500$ mg/día)
Abstención de tóxicos (tabaco, alcohol)
Evitar consumo excesivo de café
Ejercicio físico aeróbico. Ejercicios para fortalecer el suelo pélvico
Higiene: bucal, genital, ropa, piel, etc.
Contracepción hasta el diagnóstico de la menopausia
Análisis de las diversas estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de las complicaciones climatéricas
3. Aspectos emocionales
Características psicoevolutivas de la edad adulta
Estrategias para mejorar la autoestima
Técnicas para mejorar la asertividad
Manejo positivo de las emociones
Técnicas de relajación. Yoga
Sexualidad
4. Aspectos sociales
La importancia de una vida activa
Distribución del tiempo. Ocio y tiempo libre
Las relaciones. Estrategias para fomentar las relaciones sociales
Conflictividad familiar y social en la etapa perimenopáusica
La pareja durante la transición climatérica
Estrategias para mejorar la comunicación
Manejo de conflictos
Análisis de roles femeninos: rol laboral, rol de ama de casa
Actividades de prevención de la enfermedad
1. Anamnesis
Detección bianual de consumo de alcohol y tabaco
Detección de factores de riesgo para osteoporosis coincidiendo con el diagnóstico de menopausia
Detección del carcinoma endometrial anual mediante la anamnesis de hemorragia posmenopáusica
2. Exploración
Control de peso (IMC) cada 4 años
Tensión arterial bienal
3. Pruebas complementarias
Determinación de colesterol cada 5 años
Mamografía periódica bienal, salvo casos específicos de mayor riesgo
Citología cada 3-5 años tras dos primeras anuales normales
Densitometría en mujeres de alto riesgo de osteoporosis, si se prevé la posibilidad de establecer TH
4. Revacunación tetánica cada 10 años

Complicaciones patológicas de la menopausia

En 1998, el desarrollo del PIAM del INSALUD⁶ ha definido el papel de la AP y del segundo nivel en la

asunción de responsabilidades de la atención a las llamadas «complicaciones patológicas de la menopausia» (tabla 2).

La aproximación se ha realizado desde el modelo biomédico, consideran-

do a la mujer menopáusica como una «población con riesgo de enfermar» que debe ser captada y sobre la que se debe intervenir. Se han incluido como ligados a la menopausia aspectos —depresión e irritabilidad— des-

TABLA 2. Actuaciones y definición de responsabilidades en el Plan Integral de Atención a la Mujer del INSALUD. IV Atención a la Mujer en el Clímatario⁶

IV.5.1. Captación de la mujer climática (responsabilidad de atención primaria)
«Por parte de los profesionales de atención primaria, se realizará anamnesis que permita identificar amenorrea superior de 6 meses o inferior a 6 meses con alguno de los siguientes síntomas: sofocos, sudación, palpitaciones, insomnio, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia»
IV.5.2. Valoración de la mujer climática (responsabilidad de atención primaria)
«Una vez identificada a la mujer como climática, se realizará una valoración que incluya al menos:
Antecedentes ginecoobstétricos
Factores de riesgo de osteoporosis
Antecedentes de fractura de Colles, costales o aplastamientos vertebrales en los últimos 5 años
Factores de enfermedad coronaria
«En caso de que la valoración indicase posibles beneficios por el riesgo de presentar enfermedad coronaria u osteoporosis, y analizando los riesgos de padecer ciertas neoplasias por la medicalización con THS (terapia hormonal sustitutiva), se informará a la mujer y, si procediera la THS, se derivará a la atención especializada para su estudio y tratamiento»
IV.5.3. Promoción de hábitos saludables (responsabilidad de atención primaria)
«A las mujeres climáticas se les dará consejo información, al menos con periodicidad anual, sobre:
Aporte dietético de calcio superior a 1.200 mg/día
Ejercicio físico
Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea
Automedicación, consumo de cafeína, consumo de tabaco, consumo de alcohol y técnicas de relajación»

cartados ya en estudios epidemiológicos^{30,31}, y se admite el uso de la terapia hormonal (TH^{*}) en la indicación cardiovascular, aspecto no asumible con la evidencia científica actual, tanto para el ámbito de la prevención primaria como de la secundaria^{32,33}. Por último, no contempla en la valoración de la mujer los aspectos psicosociales, fundamentales en la transición climática^{2,9,17,34}.

El RD 63/1995¹⁰ contempla las complicaciones patológicas de la menopausia en el ámbito de la AP. Sin embargo, esta idea inicial es matizada en su desarrollo posterior, el PIAM⁶, que determina que la TH es responsabilidad del segundo nivel (tabla 2). En este desarrollo, asume un interés crucial el Informe «Complicaciones patológicas de la menopausia», elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)³⁵ dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, y realizado a requerimiento del mismo, con el objetivo de «formular de acuerdo con la evidencia científica disponible y del jui-

cio del panel de expertos convocados, los criterios que configuran conceptualmente el término complicaciones patológicas de la menopausia en orden a establecer recomendaciones prácticas que orienten su manejo diagnóstico y terapéutico».

El comité de expertos constituido por un total de 7 participantes (2 especialistas en ginecología y obstetricia, un especialista en psiquiatría, un especialista en endocrinología, un especialista en cardiología y 2 representantes de la AETS, uno de ellos director de la misma) asume que la metodología utilizada para la elaboración del informe ha sido «el juicio de expertos basado en la valoración de la evidencia científica disponible». Se trata de un informe que, de forma clara, concisa y bien documentada, aborda el concepto de menopausia patológica y la actuación más aconsejable para ser llevada a cabo por los sanitarios ante la misma. Las 24 páginas iniciales preceden a 3 páginas finales (p. 24-27) previas a la bibliografía, en las que se elaboran las conclusiones de dicho informe (apartado 7). *Son un total de 11 conclusiones, de las cuales la 8, 9 y 10 tienen la peculiaridad, por una parte, de no haber sido tratadas previamente a lo largo del texto del documento, y por otra, que definen al segundo nivel como el lugar clave donde se deben contemplar «las complicaciones patológicas de la menopausia».* La tabla 3

corresponde a una transcripción literal de las mismas.

Llama la atención que en la citada «comisión de expertos» no se haya dado cabida a ningún profesional del ámbito de la AP, a pesar de ser el lugar natural de encuentro del sistema sanitario ante la mujer menopáusica que refiere algún problema, y que el propio Real Decreto incluye la cobertura asistencial de «las complicaciones patológicas de la menopausia» en el ámbito de la asistencia a la mujer en AP. Esta situación difiere de la de otros países europeos³⁶ o Estados Unidos³⁷, donde han participado sociedades de las diversas especialidades implicadas, entre ellas las de los médicos de AP. Este sesgo justifica, a nuestro modo de ver, el aspecto fundamental a reseñar: *que las conclusiones 8-10 de la AETS no están metodológicamente basadas en evidencias científicas.*

Skravaneck y McCormick (1992)³⁸ advierten del riesgo de aceptar sin crítica el criterio establecido por «las autoridades»: «El sofisma de la autoridad consiste en creer que algo es cierto porque la información procede de una fuente solvente o autorizada.[...] Es obvio que las autoridades respaldan al orden establecido, que les otorga el derecho a ejercer su autoridad.[...] Debemos respetar todas las opiniones, incluso las de quienes poseen autoridad, pero al mismo tiempo nunca hemos de cejar en la

*Usamos el acrónimo TH (terapia hormonal) frente a otras alternativas comunes como THS (terapia hormonal sustitutiva) o TRH (terapia de reposición hormonal), como término más neutro, que no fomenta la concepción biologicista de la menopausia de responder o sustituir algo que falta (Rueda, 1998)⁵⁹.

TABLA 3. Conclusiones 8-10 de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)³⁵

Conclusión 8

«El diagnóstico y caracterización de la situación menopáusica puede y debe realizarse por un especialista en ginecología utilizando pruebas complementarias específicas (citología endometrial, determinaciones hormonales, ecografía vaginal), en los casos en que ello esté indicado y muy particularmente en aquellos en los que se vaya a iniciar THS (terapia hormonal sustitutiva)»

Conclusión 9

«El manejo diagnóstico y terapéutico de situaciones en las que se haya planteado THS a largo plazo implicará necesariamente la presencia y participación de otros especialistas distintos al ginecólogo (cardiólogo, especialista en enfermedades metabólicas óseas, endocrinólogo), por cuanto que, en general, lo que en ese momento se considerará relevante es la osteoporosis y/o la problemática cardiovascular»

Conclusión 10

«Si bien las indicaciones diagnósticas y terapéuticas de la menopausia deben ser realizadas por el especialista correspondiente, su manejo y seguimiento debe implicar estrechamente al dispositivo de atención primaria. Este aserto que es deseable en todos los casos se hace especialmente necesario en tratamientos prolongados cuyos efectos secundarios y grado y cumplimiento deben ser cuidadosamente controlados»

TABLA 4. Diagnóstico y estudio de la mujer menopáusica según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)⁴²

1. Diagnóstico	A partir de los 40 años más de 6 meses de amenorrea y clínica o elevación de gonadotropinas (FSH > 40 U/l)
2. Estudio	1. Anamnesis
	Edad, fecha de última menstruación normal, actividad física, hábitos tóxicos, tabaco, alcohol, café, actividad sexual, antecedentes ginecológicos
	Sintomatología climatérica según el índice de Kupperman
	Valoración de sequedad vaginal, dispareunia, incontinencia urinaria
	Valoración de factores de riesgo de osteoporosis
	Valoración de factores de riesgo de adenocarcinoma de endometrio
	2. Exploración física
	Peso, talla, tensión arterial, exploración ginecológica completa con citología
	3. Exploraciones complementarias
	Mamografía, imprescindible si se inicia THS
	Valoración de endometrio en mujeres con factores con riesgo para el adenocarcinoma endometrial
	Perfil lipídico
	Pruebas hepáticas, glucemia, antitrombina III para iniciar THS

busca y crítica de las evidencias que las fundamentan.» (p. 34-38.)

La primera afirmación sin base científica es aquella que atribuye el deber de realizar el diagnóstico y la caracterización de la situación menopáusica al especialista en ginecología (conclusión 8 y 10)

De hecho, ambas situaciones se definen mediante una sencilla historia clínica^{17,35,39} sin precisar, en la mayor parte de los casos, de otros estudios complementarios^{17,40}, por lo que pueden y deben ser realizadas sin ninguna dificultad por cualquier médico de AP^{17,23,41}. El propio protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)⁴² es fácilmente aplicable en AP, salvo la toma endometrial, que se considera indicada en la subpoblación de alto riesgo (tabla 4). De esta forma se compren-

de que esta conclusión no haya sido incorporada al PIAM (tabla 2). Este protocolo, de carácter reduccionista por su concepción exclusivamente biologicista, contiene elementos ya obsoletos como la valoración de la severidad clínica mediante el índice de Kupperman y Blatt (1953)⁴³, al cual Greene (1998)⁴⁴ y Alder (1998)⁴⁵ consideran desacreditado por su falta de especificidad —al incluir síntomas no ligados a la menopausia— y por sus inadecuadas propiedades psicométricas.

La segunda afirmación de la AETS que tampoco puede sustentarse, a nuestro modo de ver, en la evidencia científica, es que la indicación y terapéutica de la menopausia deba ser realizada por el especialista correspondiente y que las situaciones a largo plazo impliquen necesariamente de la participación de varios especialistas distintos al ginecólogo, dejando

una labor de colaboración en el seguimiento de estas mujeres al dispositivo de AP (conclusiones 9 y 10).

La conclusión 10 de la AETS afirma que la indicación diagnóstica y terapéutica de la menopausia debe ser realizada por «el especialista correspondiente», distinguiéndola en su manejo y seguimiento del realizado por los médicos de AP. Por una parte, el panel de expertos comete un significativo «*lapsus linguae*», que se repite en el punto IV.5.2 del PIAM⁶, pues no tiene en cuenta que de aproximadamente los 21.200 médicos de AP que trabajan en nuestro Sistema Nacional de Salud, un 80% son especialistas en medicina familiar y comunitaria⁴⁶, y que esta especialidad médica es una de las 49 reconocidas en nuestro país⁴⁷. Por otra, en nuestra exhaustiva revisión, no hemos encontrado estudios que apoyen esta conclusión.

TABLA 5. Recomendaciones de los principales grupos de expertos sobre la terapia hormonal (ampliado a partir de Marzo e Iglesias, 1998)⁶⁰

Grupo	Recomendación*
Us Task Force on Preventive Health Services (1996)	Informar a todas las mujeres en el momento de la menopausia sobre las ventajas e inconvenientes de la TH, así como de los tratamientos alternativos para los síntomas de la menopausia
Canadian Task Force on Periodic Health Examination (1998)	Da una calificación C a la prescripción de TH (no encuentra suficientes argumentos para recomendarla ni para recomendar que no se ponga en marcha). Si bien reconoce que existe suficiente evidencia sobre el hecho que este tratamiento reduce la velocidad de pérdida de masa ósea (evidencia grado I) y la frecuencia de fracturas (grado II-2), el hecho de que no esté del todo claro cuál es la mejor pauta de tratamiento en cuanto al momento de inicio, duración del tratamiento y que el balance entre beneficios y riesgos sea incierto hace que no se recomiende la utilización de TH en todas las mujeres
American College of Physicians (1992) and American Heart Association (1993)	Considerar la TH en todas las mujeres posmenopáusicas, individualizando la conveniencia de tratamiento en función de los factores de riesgo de las mujeres. Las mujeres con historia de enfermedad coronaria o con alto riesgo de presentarla deberían ser aconsejadas sobre la conveniencia de recibir TH y las mujeres con alto riesgo de presentar cáncer de mama, no. Para las mujeres que no se encuentran dentro de estas dos categorías, no estaría clara cuál sería la mejor opción
Netherlands Heart Foundation (1996)	Considera insuficiente la evidencia sobre que los suplementos hormonales sean útiles para prevenir la cardiopatía isquémica y cree conveniente esperar a la publicación de estudios de intervención en marcha para pronunciarse sobre la conveniencia o no de recomendar la TH a todas las mujeres posmenopáusicas
Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (1995)	No existen aún resultados de ensayos clínicos prospectivos adecuadamente diseñados que permitan afirmar con un margen de seguridad razonable que el balance beneficio-riesgo de la TH a largo plazo es positivo o negativo
	Acepta la indicación de tratamientos a corto plazo (menos de 5 años) de pacientes con sintomatología específica importante, sin graves factores de cáncer de mama o endometrial
	Acepta la indicación a medio-largo plazo en la menopausia precoz, sobre todo si existen factores de riesgo cardiovascular u óseo asociados
	Estima controvertida la indicación a largo plazo como estrategia preventiva en fracturas y enfermedad coronaria

*Es importante analizar las recomendaciones en el contexto cronológico en que se emitieron, teniendo en cuenta sobre todo la implicación que en ellas pueden tener los estudios publicados posteriormente, sobre todo en relación a la indicación cardiovascular de la TH.

A la hora del análisis, resulta importante tener en cuenta que el tratamiento de las complicaciones patológicas de la menopausia no debe estar centrado en la TH

La osteoporosis y la enfermedad coronaria como fenómenos coincidentes con la posmenopausia son procesos de naturaleza y etiología multifactorial, siendo la deprivación hormonal sólo uno de los factores (de importancia relativa variable en cada caso) implicados en su génesis, por lo que el manejo clínico de estos problemas no debe hacerse girar en torno a la menopausia (AETS; p. 26).

En cuanto a las «complicaciones a corto plazo» la TH es muy efectiva para suprimir la sintomatología vasomotora^{35,40,48}, pero sólo alrededor de un tercio de las mujeres presentan clínica de intensidad suficiente para que esté indicada su instauración⁴⁹, y además existen otras alternativas farmacológicas no hormonales aceptables^{49,50} de uso habitual entre los médicos de AP^{17,51,52}.

Las complicaciones «a medio plazo», representadas sobre todo por la «vulvovaginitis atrófica», pueden ser manejadas farmacológicamente mediante el uso de estrógenos tópicos de baja potencia, sin requerir los controles de la TH, por la práctica ausencia de efecto sistémico del producto⁵³⁻⁵⁶.

Las «complicaciones a largo plazo» determinan el mayor interés de la TH^{17,57,58} por su posible utilidad en la prevención primaria y/o secundaria de los episodios cardiovasculares y óseos de la mujer posmenopáusica y más recientemente de la enfermedad de Alzheimer. Pero este aspecto, absolutamente crucial, no está suficientemente aclarado (tabla 5)^{59,60}.

Ello requiere, por una parte, una más fehaciente demostración de la eficacia. En este sentido, y respecto a la osteoporosis, la evidencia de la TH se sustenta en estudios de carácter observacional, salvo un estudio prospectivo aleatorizado de escaso tamaño muestral y de tan sólo un año de seguimiento⁶¹. Menos evidencia existe aún respecto al beneficio cardiovascular —tanto en la prevención pri-

maria como secundaria—, descrito en estudios observacionales pero aún no confirmado en ensayos clínicos^{35,62}. Por último, la evidencia de la posible utilidad de la TH en la prevención de la enfermedad de Alzheimer es todavía del todo insuficiente⁶³. Por otra parte, además de la eficacia, es fundamental la confirmación en forma de efectividad⁶⁴ en el medio natural de aplicación⁶⁵. De hecho, la efectividad real de la TH, al menos con las estrategias actuales, resulta muy discutible: a) por su uso escaso (5-20% en España)^{58,59}; b) por las altas y precoces tasas de abandono^{57,66} (de hasta un 40-50% en el primer año⁶⁷), y c) por el bajo grado de mantenimiento a largo plazo (sólo un 10% a los 3 años)⁵⁷, en una terapia cuya eficacia se halla ligada a un mantenimiento en el tiempo entre 5 y 10 años^{68,69}. Además, y por último, no hay que olvidar que en AP se dispone de otras alternativas farmacológicas a la TH^{49,50,70,71}.

Por otra parte, la idea de que la AP es lugar de tratamiento de las complicaciones de la menopausia es com-

partida por expertos tanto españoles como extranjeros

«Los médicos generales deben iniciar el tratamiento de los problemas del climaterio... y los miembros del equipo de atención primaria parecen los mejores situados para hacerlo» (Whitehead, 1992; 174-175)⁴⁰.

«Para realizar estos programas, tenemos que aceptar previamente el papel de la AP en la información, diagnóstico y prevención de riesgos de la menopausia, y por qué no decirlo, de su posible tratamiento» (Fernández Villoria, ex presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, p. 22-23.)¹⁵.

Así pues, de nuevo, nos hallamos ante otro «lapsus», y suponemos, ante la evidencia de lo expresado, que el sentido que el panel de expertos le quiere dar a dicha conclusión es más restringido, y que lo que realmente se pretende transmitir en las conclusiones de la AETS, y que ha sido posteriormente recogido en el PIAM⁶, es que *la indicación e inicio de la TH debe ser realizada en el contexto de la atención del segundo nivel*, por el ginecólogo y de forma conjunta con otros especialistas, dejando para la AP la labor de colaboración en el seguimiento de la misma (conclusión 9). Sin embargo, tampoco hemos encontrado en nuestra revisión, estudios que la apoyen, y ésta no coincide con la opinión de otros expertos, tanto españoles como extranjeros, ajenos al ámbito de la AP.

«El criterio general fue que la persona óptima para tratar la menopausia y aconsejar a las mujeres acerca de todos los aspectos vitales incluyendo ejercicio, dieta, tabaco, alcohol, factores psicosociales y estrogenoterapia es el médico generalista» (MacLennan, Sociedad Australiana de Menopausia, 1991)⁷².

«La mayoría de las pacientes que toman TH pueden manejarse con éxito dentro de la asistencia primaria; sólo en raras ocasiones es necesario remitirlas al hospital, a menos que existan contraindicaciones especiales o problemas importantes con la TH» (Whitehead y Godfree, 1992; 215)⁴⁰.

«La función del médico de familia en la atención a las mujeres durante esta fase de su vida es crucial... la habilidad para utilizar el tratamiento hormonal y las demás modalidades terapéuticas para resolver los síntomas del climaterio son importantes» (Taylor, 1996; 807)⁴¹.

La OMS, en sus informes técnicos, en ningún momento hace mención a la conveniencia de restringir el uso de la TH al segundo nivel^{1,73}; tampoco lo hace la Asociación Médica Americana^{37,73}, la Conferencia de Consenso del National Institute of Health en Estados Unidos⁷⁵, ni en el ámbito Europeo, la Sociedad Europea de Menopausia⁷⁶, la Conferencia de Consenso Francesa³⁶, ni la Española⁷⁷.

Sin restar importancia a los «argumentos basados en la autoridad moral» del organismo o persona de prestigio que los realizan, *la realidad es que la indicación y seguimiento de la TH se puede realizar, y de hecho se realiza en grado diverso en el contexto de AP*^{56,57,78-81}, estando incluida como tal en libros de reconocido prestigio en AP^{82,83}, en las publicaciones de la Sociedad Española de Medicina General⁸⁴ y de la semFYC⁸⁵⁻⁸⁷ y en aquellas realizadas por profesionales del ámbito de la AP^{17,52,88,89} y del segundo nivel³⁹. También el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria contempla entre sus objetivos docentes la atención médica a la menopausia (6.3.4 Unidad de Obstetricia y Ginecología, 6.3.4.1. Obstetricia y Ginecología, 1. Objetivos generales, 1.1. Atención médica general de... menopausia)⁹⁰.

La perspectiva de lo que ocurre en otros países de nuestro contexto también puede resultar útil. Los médicos de AP de países europeos como Noruega⁹¹, Reino Unido⁹²⁻⁹⁴ y también los de Estados Unidos⁹⁵ indican y siguen la TH; así, en este último país realizan un 20% de la prescripción total³⁹, mientras que en Australia la TH supone el 83% de las prescripciones de los médicos de AP ante las mujeres menopáusicas con problemas, y el porcentaje de derivaciones al segundo nivel es similar entre menopáusicas y no menopáusicas de la misma edad⁹⁶.

En nuestra comunidad de Castilla y León la iniciativa de la TH se establece por los médicos de AP en un 15% de los casos⁹⁷. Desconocemos datos de este tipo por lo que atañe a otras autonomías o a la totalidad del Estado español, aunque con seguridad corresponden a tasas bajas; de hecho, la SEGO⁵⁸, en su libro blanco sobre la TH, no plantea la posibilidad de su uso en AP. Sin embargo, es muy posible que esta situación se modifique sustancialmente en un futuro próximo, con la irrupción de nuevos fármacos alter-

nativos a la TH clásica, como es el caso de algunos moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM)^{98,99}, que al carecer de acción inductora de cáncer endometrial¹⁰⁰ y poseer un carácter protector sobre el cáncer de mama¹⁰¹ liberan al médico de AP de la necesidad de controles ginecológicos específicos.

Nuestras propuestas

1. A lo largo del presente artículo hemos tratado de demostrar la ausencia de base científica suficiente para las recomendaciones 8-10 del comité de expertos de la AETS³⁵, que han servido de base, al menos parcialmente, a la atención diseñada en el PAIM para la mujer climatérica con «complicaciones».

La aportación que realizó en su momento la AETS³⁵ corresponde a un nivel de evidencia pobre, concretamente a un grado III de la US Preventive Task Force¹⁰², o a un grado VIII de la clasificación de la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña¹⁰³, o incluso menor si tenemos en cuenta el carácter sesgado de dicho comité, por lo que puede y pensamos que en este caso debe ser puesta en entredicho por los profesionales de AP.

2. *Pensamos que la AP es el lugar donde se puede y se debe abordar la problemática sociosanitaria actual que plantea la menopausia*^{87,104}, no sólo porque el volumen de población afectada así lo exige, sino porque además *se encuentra especialmente sensibilizada y preparada para realizar una atención holística*^{17,23,50} *muy demandada por nuestra población de mujeres*¹⁰⁵.

La atención holística supone una superación del modelo biologicista reduccionista, que concibe en mayor o menor grado la menopausia como una endocrinopatía por deficiencia estrogénica^{59,106} cuya terapéutica específica es la TH^{107,108}. El modelo biologicista hegemónico entre los ginecólogos (el Protocolo de Menopausia de la SEGO⁴² no menciona ni un solo parámetro de índole psicosocial) no coincide con la percepción que las mujeres tienen de su proceso¹⁰⁹, ni incorpora los resultados de algunos estudios epidemiológicos^{30,31}, que consideran los aspectos psicosociales como fundamentales para una comprensión adecuada de la transición climatérica.

TABLA 6. Distintos niveles de actuación desde la atención primaria sobre algunos aspectos biológicos en la mujer menopáusica (Landa et al, 1992)¹⁰⁴

Nivel	Actividades
Nivel 1	Valoración inicial de las mujeres posmenopáusicas
	Cribado del cáncer de cérvix y endometrial
	Cribado de cáncer de mama mediante mamografía en pacientes de alto riesgo
Nivel 2	TH en mujeres histerectomizadas en las que esté indicada
	Igual que el 1
	Cribado de cáncer de mama en toda la población
Nivel 3	Participación en la monitorización de las mujeres no histerectomizadas con TH
	Igual que el 2
	Tratamiento y seguimiento de la TH en mujeres no histerectomizadas
	Derivaciones al nivel especializado de mujeres de alto riesgo o si es necesaria una valoración anatomopatológica del endometrio

La atención centrada en el modelo holístico, propuesto desde la AP^{9,17,50} y basada en el concepto de salud de la OMS (1948), se caracteriza por una concepción amplia, biológica y psicosocial, de los procesos que ocurren durante la transición climatérica y al mismo tiempo mucho más positiva¹¹⁰⁻¹¹², al entender que la transición climatérica puede suponer no sólo la posibilidad de perder el nivel de salud, sino de mantenerla, e incluso mejorarla^{110,113}, por ejemplo, por pérdida del miedo al embarazo, desaparición de las jaquecas catameniales o menometrorragias y dismenorreas previas, el mayor grado de libertad personal y disponibilidad de tiempo para el autocuidado, la percepción de un alto grado de madurez personal, etc.¹¹². Al mismo tiempo *sitúa la atención a la mujer menopáusica en un contexto de continuidad del proceso de seguimiento de la mujer a lo largo de su ciclo vital*^{17,50}, expresado previamente en los subprogramas de control de natalidad y seguimiento de embarazo.

En AP, los médicos de familia, a través el conocimiento y de la atención integral a las pacientes, y mediante el análisis individualizado de los beneficios y riesgos de la TH, tienen una posición privilegiada para poder indicar o desestimar en cada caso esta posibilidad terapéutica (Morera y Navarro, 1996)¹¹⁴.

3. La atención basada en el modelo holístico supone, por una parte, la *asunción de las actividades preventivas y promotoras de la salud* ya descritas (tabla 1), orientadas a la

mejora de la calidad de vida y del nivel de salud, mediante un proceso ligado al desarrollo de autocuidados por parte de la mujer, haciendo de ella la principal responsable de este proceso y de su salud (*locus* de control interno). Por otra, también supone la *atención a las complicaciones patológicas de la menopausia cuando se presenten*, planteando la valoración diagnóstica y terapéutica de todos los factores biopsicosociales incriminados en el malestar de la mujer, y situando la TH como una opción terapéutica más, accesible para la AP y que debe ser objeto, al igual que cualquier otro tratamiento, de una adecuada valoración individual de la relación riesgo/beneficio.

4. Atribuimos como posibles beneficios adicionales de la utilización del modelo holístico, los siguientes: a) mejora de la satisfacción de las usuarias; b) reducción de la confusión e incertidumbre de las mujeres en torno a la menopausia en general y concretamente respecto al uso de la TH; c) el situar a los sanitarios como catalizadores de la educación sanitaria en este campo *versus* los medios de comunicación, y finalmente, y d) optimizar las posibilidades de la TH¹¹².

5. *El médico de AP, gracias a su formación amplia y globalizadora, puede integrar valoraciones* no sólo de la esfera genital, sino psicosexual, social, cardiovascular y ósea, cumpliendo ese objetivo de «visión global»⁵⁰ que la conclusión 9 de la AETS propugna realizar mediante el seguimiento multidisciplinario de la TH por especialidades del segundo nivel,

muy difícil de llevar a cabo en la práctica clínica, posiblemente ineficiente, y que puede derivar en conflictos de responsabilidades, definidas por Balint como «complicidad en el anonimato»¹¹⁵.

6. Al igual que en otros aspectos de la práctica profesional, *la asunción de estas funciones será variable entre los distintos equipos y profesionales de AP* (tabla 6), estando condicionada por la capacitación de los mismos, las posibilidades contextuales en que se realiza la labor profesional y las disponibilidades técnicas, reflejo de la variabilidad planificadora de las autoridades sanitarias en los diversos ámbitos geográficos de nuestro país¹¹⁶, y que en muchos casos (mamografías, ecografías ginecológicas, etc.) permanecen injustificadamente restringidas para los profesionales del primer nivel de atención⁸⁷.

7. *Resulta de máxima importancia la coordinación de la AP con los servicios del segundo nivel*^{17,50,114,116,117}. La base normativa genérica^{11,118} pensamos que debe concretarse en acuerdos específicos entre ambos niveles, que respondan a la diversidad de situaciones donde se desarrolla nuestra actividad profesional, en los que el médico de AP «conserva la responsabilidad global del bienestar del paciente» (semFyc, 1995)⁸⁷. Para ello es necesario superar posicionamientos corporativistas⁷ expresados en las muy frecuentes reticencias de los servicios de ginecología y obstetricia⁸⁷ para el establecimiento de actividades conjuntas y coordinadas y para la asunción de actividades de este ámbito desde la AP, y que en nuestra opinión también quedan reflejados en las propuestas realizadas por el comité de expertos de la AETS³⁵. Una forma de aproximación a esta necesaria coordinación puede ser la elaboración de «guías de práctica clínica» consensuadas entre ambos niveles de atención y basadas en la evidencia científica⁶⁵. Nuestra opinión compartida con otros compañeros del segundo nivel de atención¹¹⁹ es que éste debe «cubrir la problemática que en determinadas circunstancias no pueda ser solucionada en los centros de atención primaria» (F. Villoria, p. 23).

8. *Esperamos que nuestra reflexión pueda contribuir a clarificar el debate sobre las actividades y responsabilidades de los distintos niveles en la atención a las mujeres climatéricas, definidas recientemente en el Plan*

Integral de Atención a la Mujer del INSALUD⁶.

Bibliografía

1. OMS. Investigaciones sobre la menopausia. Serie de informes técnicos n.º 670. Ginebra: OMS, 1981.
2. Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas* 1996; 23 (2): 147-157.
3. Martín MJ, Iglesias E. Terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23: 33-44.
4. Barile LA. Theories of menopause. Brief comparative synopsis. *The Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 1997; 35 (2): 36-39.
5. Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: INSALUD, 1997; 2. IV: Atención a la Mujer en la Menopausia.
6. INSALUD. Plan Integral de Atención a la mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-INSALUD; 1998; 61-66. IV. Atención a la Mujer en el Climaterio.
7. Dueñas, JL. Atención a la menopausia desde el primer nivel de salud. *Aten Primaria* 1999; 23 (6): 323-325.
8. Logothetis ML. Women's decisions about estrogen replacement therapy. *West J Nurs Res* 1991; 13 (4): 458-474.
9. Olazábal JC, García R, Montero J, García JF, Sendín PP, Holgado MA. Models of intervention in menopause: proposal of a holistic or integral model. *Menopause* 1999; 6 (3): 264-272.
10. Real Decreto 63/1995 de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud publicado en el BOE del 10 de febrero de 1995, anexo I; 4541.
11. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
12. Real Decreto 3.303/1978, del 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica.
13. Brotons C, Iglesias M. Implantación de actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Jarpyo, 1997; 707-731.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. NTM. Atención a la mujer: Servicios 206-209. Cartera de servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, medidores de cobertura y normas técnicas mínimas (3.ª ed.). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-INSALUD, 1999; 87-92.
15. Fernández Villoria E. Menopausia: problema médico, social y económico. *Cuad Med Reprod* 1998; 4 (2): 13-25.
16. Manubens M. Organización de las unidades de menopausia. Hospital y asistencia primaria. Relación entre ambos. En: Herrera J, editor. *Climaterio y menopausia. Respuestas actuales*. Madrid: ELA, 1995; 325-335.
17. Olazábal JC, García R. La menopausia: una visión integral desde la atención primaria. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, 1994.
18. Jiménez MP. Vivir la menopausia en salud. *Rol de Enfermería* 1994; 17 (194): 59-62.
19. Jiménez MP. Cuidados a la mujer en el climaterio. *Rol de Enfermería* 1994; 17 (194): 63-65.
20. Dupuy MJ, Marín RM, Donat F. Promoción de la salud en mujeres climatéricas. El rol de la matrona. *Rol de Enfermería* 1994; 193: 17-23.
21. Marín RM. Atención integral a la mujer de mediana edad. En: Sánchez-Cánovas J, coordinador. *Menopausia y salud*. Barcelona: Ariel, 1996; 87-128.
22. INSALUD. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Unidad de educación para la salud. Guía de educación para la salud en Atención Primaria. NC año.
23. Generalitat Valenciana. Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica. Monografía Sanitaria, Serie E, n.º 8. Valencia: Generalitat Valenciana-Consejería de Sanitat i Consum, 1992.
24. Dupuy MJ, Marín RM, Donat F. Promoción de la salud en mujeres climatéricas. El rol de la matrona. *Rol de Enfermería* 1994; 193: 17-23.
25. Marín RM, Sánchez J, Dupuy MJ. Assessing the effects of health promotion programs on subjective well-being of menopausal women. En: Rodríguez-Marín J, editor. *Health psychology and quality of life research. Proceedings of the 8th annual conference of the European Health Psychology Society*. Vol. II, 1995; 906-915.
26. García FM, Toronjo AM, López V, Contreras A, Toscano T. Educación para la salud sobre el climaterio: un consenso sobre sus contenidos. *Proyecto FIS n.º 96/1.625. Aten Primaria* 1997; 20 (10): 536-542.
27. Olazábal JC, García R, Montero J, Sendín PP, Holgado MA. Efectividad de un programa de intervención educativa grupal sobre la calidad de vida de mujeres climatéricas. Ministerio de Sanidad y Consumo Fondo de Investigación Sanitaria. Proyecto FIS n.º 97/0395.
28. Sánchez-Cánovas J, Marín RM, Donat F, Salas D, Dupuy MJ, Pérez S et al. Relaciones entre salud física, estrés, estilos de vida saludables y apoyo social: un estudio exploratorio en mujeres menopáusicas. Ministerio de Sanidad y Consumo: Fondo de Investigación Sanitaria. Memoria de investigación n.º 94/0565.
29. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Red de Centros Investigadores de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), 1999. On line en agosto de 1999 : URL: <http://www.papps.org/index.htm>
30. Avis EN, McKinlay SM. The Massachusetts Women's Health Study: an epidemiologic investigation of the menopause. *JAMWA* 1995; 50: 45-49 y 63.
31. Kaufert PA. Women and their health in the middle years: A Manitoba Project. *Soc Sci Med* 1984; 18: 279-281.
32. Barret-Connor E, Kass N, Grady D, Mosca L, Collins P, Kornitzer M et al. Coronary heart disease in women, randomized clinical trials, HERS and RUTH. *Maturitas* 1998; 31: 1-7.
33. Tunstall-Pedoe-H. Myth and paradox of coronary risk and the menopause. *Lancet* 1998; 351 (9113): 1425-1427.
34. Ballinger CB. Menopausia y climaterio. En: Priest RG, editor. *Trastornos psicológicos en obstetricia y ginecología*. Barcelona: Toray, 1987; 247-280.
35. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Complicaciones patológicas de la menopausia*. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, 1995.
36. L'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). *Conférence de Consensus: Médicaliser la ménopause*. Paris: Foundation L'Avenir et ANDEM, 1991.
37. American College of Physicians. Guidelines for counseling postmenopausal women about preventive hormone therapy. *Ann Intern Med* 1992; 117 (12): 1038-1041.
38. Skravaneck P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma, 1992.
39. Sánchez Borrego R. Menopausia y atención primaria. En: Sánchez Borrego R, editor. *Monografía. Laboratorio Esteve*, 10-15.
40. Whitehead M, Godfree V. *Terapéutica hormonal sustitutiva. Preguntas y respuestas*. España: Harofarma, 1992.
41. Realini JP. *Menopausia*. En: Taylor RB, editor. *Medicina de familia: principios y práctica* (4.ª ed.). Barcelona: Springer Verlag Ibérica, 1995; 807-813.
42. Roca B, Guinot M. Protocolo n.º 71: Menopausia. En: *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos de ginecología de la SEGO*. Vol. 2, 1997; 171-175.
43. Kuppermann HS, Blatt MHG, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal index. *J Clin Endocrinol Metab* 1953; 13: 688-703.
44. Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 1998; 29 (1): 25-31.
45. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas* 1998; 29 (1): 19-24.
46. Gómez Cascón T, Ceitlin J. La medicina de familia en España y otros países. En: Martín Zurro A, Cano JF, editores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica* (4.ª ed.). Edición en CD. Harcourt Brace, 1999.

47. Real Decreto 127/1984, del 11 de enero, que regula la obtención de títulos de especialidades médicas.
48. Sturdee D, Brincat M. Los sofocos. En: Studd JWW, Whitehead MI, editores. Menopausia. Barcelona: Ancora, 1990; 28-43.
49. Ribes C. Alternativas a la THS en el climaterio. En: Cano A, Bonilla-Musoles F, Tortajada M, Julià MD, editores. Avances en la atención integral al climaterio. Cursos y ponencias del V Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Valencia: AEEM, 1998; 285-288.
50. SAMFYC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria). Menopausia en medicina familiar. Granada: SAMFYC, 1997.
51. Landa J, Ruiz de Adana R. Problemas ginecológicos: Menopausia. En: Martín Zurro A y Cano JF, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.). Formato en CD. Harcourt Brace, 1999.
52. Palacios S, Busquets E, Olazábal JC, Asín E, editores. Menopausia en atención primaria. Madrid: Fundación Europea Mujer y Salud, 1998.
53. Taurelle R, Tamborini A. La menopausia. Barcelona: Masson, 1991.
54. Palacios S. Nuevos fármacos y nuevas vías en el tratamiento de la menopausia. Solución a los problemas planteados. En: Herrera J, editor. Climaterio y menopausia. Madrid: ELA, 1995; 145-157.
55. Olazábal JC, Montero J, García R. La terapia hormonal sustitutiva desde la perspectiva de la atención primaria (I). Información Periódica del Medicamento del INSALUD de Salamanca 1998; 14: 1-8.
56. Olazábal JC, Montero J, García R. La terapia hormonal sustitutiva desde la perspectiva de la atención primaria (II). Información Periódica del Medicamento del INSALUD de Salamanca 1998; 15: 1-6.
57. Sitruck-Ware R, Utian WF. Riesgos y beneficios de la terapia hormonal sustitutiva. En: Sitruck-Ware R, Utian WF, editores. Menopausia y tratamiento hormonal sustitutivo. Barcelona: Ancora, 1993; 313-319.
58. SEGO y Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Estudio Sociológico-Libro blanco. THS: prevención 2020. Madrid: Organón, 1997.
59. Rueda JR. Menopausia, frente a los nuevos mitos y la medicalización injustificada. Aten Primaria 1998; 22 (Supl 1): 205-207.
60. Marzo M, Iglesias M. Tratamiento hormonal sustitutivo. URL: www.cap.semfy.com (20 noviembre de 1998).
61. Lufkin EG, Wahner HW, O'Fallon WM, Hodgson SF, Kotowicz MA, Lane AW et al. Treatment of postmenopausal osteoporosis with transdermal estrogen. Ann Intern Med 1992; 117: 1-9.
62. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B et al, for the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. JAMA 1998; 280: 605-613.
63. Vila JA, Navas VM, Cruz M, Saa C, Regalado MA. Estrógenos y enfermedad de Alzheimer. Centro de Salud 1999; julio: 445-446.
64. Soto J. Medicina basada en la evidencia: pero ¿en qué evidencia? Med Clin (Barc) 1998; 111 (14): 539-541.
65. Brotons C. Medicina basada en la evidencia: un reto para el siglo XXI. Med Clin (Barc) 1998; 111: 552-557.
66. Hampson SE, Hibbard JH. Cross-talk about the menopause: enhancing provider-patient interactions about the menopause and hormone therapy. Patient Educa Couns 1996; 27 (2): 177-184.
67. Ravnikar VA. Compliance with hormone therapy. Am J Obstet Gynecol 1987; 156 (5): 1332-1334.
68. Whitehead M, Studd JWW. Selección de pacientes para tratamiento. ¿Qué tratamiento y durante cuánto tiempo? En: Studd JWW, Whitehead MI, editores. Menopausia. Barcelona: Ancora, 1990; 129-143.
69. Palacios S. Protocolos terapéuticos en menopausia. Barcelona: MIRPAL, 1994.
70. Palacios, S. Alternativas a los estrógenos en la prevención y el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica. En: Cano A, Bonilla-Musoles F, Tortajada M, Julià MD, editores. Avances en la atención integral al climaterio. Cursos y ponencias del V Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Valencia: AEEM, 1998; 285-288.
71. García Borrás JJ, Julià MD. Tratamiento de la osteoporosis. En: Rapado A, Díaz, M, editores. Manual práctico de osteoporosis en atención primaria. Madrid: Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO), 1996; 75-108.
72. MacLennan AH. Hormone replacement therapy and the menopause. A consensus statement from the Australian Menopause Society. Med J Australia 1991; 155: 43-44.
73. WHO. Research on the menopause. Technical report series 866. Ginebra: OMS, 1996.
74. Council on Scientific Affairs American Medical Association. Estrogen replacement in the menopause. JAMA 1983; 249: 359-361.
75. NIH Consensus Development Conference. Estrogen use and postmenopausal women. Ann Intern Med 91 1979; (6): 921-922.
76. European Menopause Society. European consensus development conference on menopause. Hum Reprod 1996; 11 (5): 975-979.
77. Conferencia de consenso de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Conclusiones de la conferencia de consenso «Criterios de administración de la terapia hormonal sistémica». Sitges: 1994.
78. Arribas L. Papel y competencias del médico de familia en la atención a la mujer y su coordinación con el nivel especializado. Aten Primaria 1995; 16 (Supl 1): 105-106.
79. García FJ, Moliner JR. ¿Qué haría usted ante una mujer climatérica? Medicina Integral 1992; 19 (6): 242-256.
80. Bernabéu R, Llacer J, Bernabéu S, García-Pardo J. Atención a la mujer. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Jarpyo, 1997; 963-998.
81. Goroll AH, May LA, Mulley AG. Primary care medicine. Filadelfia: Lippincott, 1981.
82. Taylor RB. Medicina de familia: principios y práctica (4.ª ed.). Barcelona: Springer Verlag Ibérica, 1995.
83. Martín Zurro A, Cano JF, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.) Formato en CD. Harcourt Brace, 1999.
84. Marín A, Gálvez C. Climaterio y menopausia. En: Lizano C, Ibáñez M, coordinadores. Manual práctico de medicina general. Madrid: Sociedad Española de Medicina General, 1998; 631-643.
85. Fry J, Gambrell EC, Moulds AJ, Strube G. Manual Beecham de medicina familiar (versión española adaptada por la semFYC). Madrid: Laboratorios Beecham, 1991.
86. semFYC. Guía del uso de los medicamentos en atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
87. semFYC. Documento 5. Relación entre niveles asistenciales. Madrid: semFYC, 1995.
88. García de Blas F, Ruiz de Adana R, Oria A, García ML. Menopausia. En: Ruiz de Adana R, editor. Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria. Madrid: Díaz de Santos, 1989; 625-630.
89. Fletcher RH. Menopausia. En: Dornbrand L, Hoole AJ, Fletcher RH, Pickard CG, editores. Manual de medicina ambulatoria. Barcelona: Salvat, 1987; 394-399.
90. INSALUD, Ministerio de Sanidad y Consumo. La medicina familiar y comunitaria. Hacia un nuevo enfoque de la asistencia sanitaria (2.ª ed). Madrid: INSALUD: Ediciones Sanidad y Seguridad Social, 1980.
91. Backe B, Hunskaar S, Skolbekken, A. General practitioners' attitudes to oestrogen prescription in the menopause: a national survey in Norway. Scand J Prim Health Care 1992; Supl 10: 179-184.
92. Griffiths F, Jones K. The use of hormone replacement therapy. Results of a community survey. Fam Pract 1995; 12 (2): 163-165.
93. Shears MR. Brighton practitioner's attitudes to HRT. Practitioner 1989; 233: 146-149.

94. Stott P. HRT: a view from primary care. *Br J Clin Pract* 1985; 49 (2): 60.
95. Saver BG, Taylor TR, Woods NF, Stevens NG. Physician policies on the use of preventive hormone therapy. *Am J Prev Med* 1997; 13 (5): 358-365.
96. Traynor V, Britt H, Sayer GP. Menopause: its management in general practice. *Aust Fam Physician* 1995; 24 (3): 407-411.
97. Red de Médicos Centinelas de Castilla y León. Demanda o prescripción de terapia hormonal sustitutiva. Informe de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León, 1998; 32: 5-6.
98. Ettlinger B, Black D, Mitlak BH, Knickerbocker R, Nickelsen T, Genant H et al, for the MORE Study Group. Reduction of vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis treated with raloxifene. Results from a 3 year randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 282 (7): 637-645.
99. Holt T, Cox MB, Bryant HU, Drapper MW. Selective estrogen receptor modulators and postmenopausal women's health. Review. *J Womens Health* 1997; 6: 523-531.
100. Boss SM, Huster WJ, Neild JA, Glant MD, Eisenhut CC, Drapper NW. Effects of raloxifene hydrochloride on the endometrium of postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1458-1464.
101. Cummings SR, Eckert S, Krueger KA, Grady D, Powles TJ, Cauley JA et al. The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: results from the MORE randomized trial. Multiple outcomes of raloxifene evaluation. *JAMA* 1999; 281 (23): 2243-2244.
102. U.S. Preventive Services Task Force. Guía de medicina clínica preventiva. Barcelona: Medical Trends, 1998.
103. Jovell AJ, Navarro MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 740-743.
104. Landa J, Isasi C, Díez S, Martín MJ. Atención a la mujer perimenopáusica (II). *MEDIFAM* 1992; 2 (4): 193-202.
105. Contreras A, Toscano T, Toronjo AM, García FM, López V. Las mujeres y la menopausia: ¿Qué saben? ¿Qué sienten? ¿Qué demandan? *Enfermería Científica* 1997; 188-189: 13-19.
106. Utian WH. Overview on menopause. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156 (5): 1280-1283.
107. Brincat M, Studd JW. Menopause: a multi-system disease. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1988; 2: 289-316.
108. Lock M. Models and practice in medicine: menopause as syndrome or life transition? *Cult Med Psychiatry* 1982; 6 (3): 261-280.
109. Lemaire GS, Lenz ER. Perceived uncertainty about menopause in women attending an educational program. *Int J Nurs Stud* 1995; 32: 39-48.
110. Jones JB. Embodied meaning: menopause and the change of life. *Soc Work Health Care* 1994; 19 (3-4): 43-65.
111. Dumbrell MJ. A positive approach to menopause. *Can Nurs* 1995; 91 (7): 47-48.
112. Olazábal JC, García R, Montero J, García JF, Sendín PP, Holgado MA. El reto profesional de una aproximación holística a la menopausia. *C Med Psicossom* 1999; 50: 67-70.
113. Frey KA. Middle-aged women's experience and perceptions of menopause. *Women Health* 1981; 6 (1-2): 25-36.
114. Morera J, Navarro H. Menopausia y tratamiento hormonal sustitutivo. Análisis de eficacia y posibilidades de utilización. En Ruiz de Adana R, coordinador. Libro del año de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: SANED, 1996; 261-280.
115. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.
116. Bailón E, Delgado A, Arribas L, Melguizo M. La atención a las mujeres en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17 (8): 483-485.
117. Ruiz, H. Coordinación entre niveles. Mesa Mujeres y Menopausia: abordaje en AP. *Aten Primaria* 1998; 22 (Supl 1): 214-216.
118. Ley 14/1986 de 25 de abril. Ley General de Sanidad. Artículo 65.
119. Fernández Villoria E. Unidades de menopausia. En: Comino R, editor. La menopausia hoy. XV Curso de Verano de la Universidad de Cádiz-Ayuntamiento de San Roque, 1994; 105-110.
120. Jarauta MJ, Echaury M. En la madurez. Guía educativa para promover la salud de las mujeres. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 1996.