

EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LA ATENCIÓN DE LA MENOPAUSIA

César J. Suárez C., M.D.*

*Jefe de Programas de servicios de Primer Nivel. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá

Para superar los crónicos problemas y las grandes inequidades de la atención en salud, nuestro país ha emprendido una reforma dirigida a la presentación de los servicios dentro de un régimen de seguridad social integral. El nuevo sistema de Seguridad Social tiene como marco legal la ley 100 de 1993 y busca, ante todo, el aseguramiento universal y con ello la garantía a la población del acceso a los servicios de salud comprendidos en un conjunto de servicios de salud denominado Plan Obligatorio de Salud. El sistema de Seguridad Social se ha diseñado con fundamento en tres pilares interdependientes de los organismos de dirección y administración del sistema encabezados por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS); las entidades aseguradoras o Entidades promotoras de Salud (EPS) que se encargan de la afiliación y recaudo de las cotizaciones; y las clínicas y hospitales (IPS) que son los encargados de ofrecer directamente los servicios de salud.

Las acciones de promoción y prevención, dirigidas a la población general, siguen siendo responsabilidad del Estado y constituyen el Plan de Atención Básica (PAB). Las acciones individuales de atención a los afiliados son responsabilidad de la EPS y constituyen el Plan Obligatorio de Salud (POS). El contenido del Plan Obligatorio de salud es determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social y está dirigido a cubrir los eventos o patologías que son considerados como de mayor prevalencia y cuyas intervenciones generan la mejor

relación costo/ beneficio. Los servicios no incluidos dentro del POS pueden ser recibidos por los afiliados a través de la suscripción voluntaria e independiente, de una póliza adicional, pagada en su totalidad por el afiliado, contratada con la EPS, que recibe el nombre del Plan Complementario.

En la actualidad la menopausia, como evento fisiológico, no ha recibido la atención necesaria en la seguridad social, de manera que no aparece mencionada como componente del PAB ni del POS, a pesar de que las patologías asociadas o derivadas de ella como la hipertensión arterial, la osteoporosis, el infarto de miocardio, la arteriosclerosis, etc. Si son eventos comprendidos en los planes mencionados. Por esta razón los pacientes que atraviesan este periodo deberán acudir a un Plan Complementario para recibir la atención integral que demanda su estado. Es deseable que las acciones destinadas a la mejor atención de este evento fisiológico sean, en el futuro, incorporadas al PAB y al POS, para lo cual los trabajadores de la salud deberemos presentar la propuesta correspondiente a través de nuestros representantes al CNSS.

Aparece claro que la implantación de este nuevo modelo de servicios genera serias dificultades para todos los integrantes, pero ellas constituyen un reto que es necesario enfrentar y superar a través de las modificaciones legales y reglamentarias, administrativas y presupuestales que sean necesarias para el logro de los propósitos de la equidad y la universalidad en la prestación de servicios de salud.

COMO MODIFICAR LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS RELACIONADOS CON LA GRASA ANIMAL EN LA DIETA

Claudia María Carvajal, M.D.*

* Grupo de Soporte Nutricional de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Secretaria Ejecutiva de la Asociación Colombiana de Nutricionistas Clínicas. Santafé de Bogotá.

Con la menopausia hay una serie de cambios significativos en la mujer son sólo a nivel metabólico sino a nivel psicológico y social; los hábitos alimentarios forman parte fundamental del tratamiento en esta época de la vida. Los hábitos alimentarios son importantes y deben ser adquiridos desde las etapas más tempranas de la vida para asegurar una buena alimentación durante toda la vida.

Estudios psicológicos indican que niveles altos de colesterol, vida sedentaria y sobrepeso son un riesgo mayor para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. El colesterol y los triglicéridos son los lípidos de mayor concentración en el

plasma. El colesterol es esencial para la función de la membrana celular, modular los fluidos y mantener la barrera entre la célula y el medio ambiente. También es la sustancia usada para la síntesis de hormonas esteroideas y ácidos biliares.

El interés entonces en la hiperlipidemia se relaciona con su papel en la aterogénesis. La LAL está identificada como la lipoproteína más aterogénica. La LDL constituye el 70% del colesterol circulante, este transporta el colesterol a la capa íntima de las arterias y las HDL están comprometidas en remover el colesterol. Así se demuestra que el riesgo de enfermedad coronaria es proporcional a la concentración de

LDL y que el riesgo disminuye cuando las concentraciones de HDL aumentan.

En la sangre el colesterol y las grasas son transportadas en forma de lipoproteína; todas las lipoproteínas tienen la misma estructura básica: una capa interna llamada capa neutra compuesta por triglicéridos y ésteres de colesterol. Esta capa interna está rodeada por otra capa monopolar de lípidos de colesterol libre.

Existe un trastorno de lípidos en algunos cambios hormonales como es el caso de la menopausia; en estudios relacionados con estos cambios hormonales se ha encontrado que el colesterol total y las LDL tienden a aumentar y las HDL no cambian durante la menopausia temprana.

Los estrógenos en dosis de sustitución conlleva a disminución de LDL acompañadas de un aumento de la disminución de las HDL, en general se encontró que los triglicéridos también aumentaban pero aún con poco efecto sobre la aterogenicidad.

Los gestágenos tienen un efecto contrario a la acción de estrógenos, especialmente aquellos con un componente androgénico. Pacientes con hipertrigliceridemia pueden agravarse con el uso de estrógenos.

Las concentraciones de lípidos cambia durante la terapia hormonal con estrógeno, progesterona, testosterona o cuando se administran anticonceptivos.

Los estrógenos tienen un efecto altamente protector sobre el sistema cardiovascular. En mujeres postmenopáusicas, hay una reducción del 50% en infarto del miocardio. ACV, en la incidencia de hipertensión y mejora el flujo sanguíneo. Sus efectos sobre el metabolismo depende del estado metabólico preexistente de cada individuo, de la estructura, dosis y estado nutricional. Es por esto que aquí comienza a jugar un papel importante la alimentación.

Como primera medida se debe realizar una valoración nutricional minuciosa que incluya parámetros antropométricos, bioquímicos como la proteína vical, el perfil lípido, glicemia, ácido úrico, y así obtendremos un diagnóstico nutricional que nos va a ayudar a seleccionar el tipo de tratamiento que necesita el paciente. Con el análisis cuantitativo y cualitativo de la ingesta alimentaria podemos adecuar la dieta a los hábitos y gustos del paciente dentro de las recomendaciones pertinentes.

Según lo anteriormente expuesto las grasas se tienen que modificar en la dieta de las mujeres menopáusicas a menos de un 30% del valor calórico total, con un consumo de colesterol de menos de 300mg/día.

El tratamiento con sólo dietas para bajar los niveles de lípidos en sangre en pacientes con hiperlipidemias puede ser efectivo y debe ser la primera opción; algunos desordenes genéticos, como hipercolesterolemia familiar no responden muy bien a este tipo único de tratamiento en caso que continúen con elevadas cifras de hiperlipidemia que conlleven a estar en alto riesgo de desarrollar aterosclerosis se debe considerar la posibilidad de alternar con droga el tratamiento.

Se ha comprobado que los aceites de pescado ricos en ácidos grasos omega3 pueden ser usados satisfactoriamente en los regímenes dietarios porque actúan bajando los niveles de VLDL.

En hipertrigliceridemia asociada con el mejoramiento de la actividad LPL en conjunto con hiperglicemia, la insulina es efectiva en corregir este tipo de desorden. Muchos de los diferentes tipos de hiperlipidemias responden a una dieta básica que es baja en colesterol y grasa saturada.

La obesidad agrava las hiperlipidemias favoreciendo la producción de VLDL; es por esto que la dieta debe ser hipocalórica hasta el momento que el paciente llegue a su peso ideal.

Si el control de hipertrigliceridemia tiene como objetivo reducir los niveles del día, como la terapia para diabético, una restricción calórica relativamente baja en grasa, alta en carbohidratos va a ser la dieta deseable para el control de las hipertrigliceridemias. Aunque una desproporcionada restricción de carbohidratos en la dieta de estos pacientes no es usualmente justificada. El alcohol aumenta la producción de triglicéridos alterando el balance calórico y estimulando directamente la síntesis hepática, luego es prohibido en pacientes con cualquier desorden en el transporte de VLDL. El manejo dietario va a ser infectivo a menos que drogas como estrógenos, glucocorticoides, diuréticos, o betabloqueadores adrenérgicos, los cuales elevan el riesgo de hipertrigliceridemia pueden ser suspendidos o usarse a dosis bajas.

En pacientes con hipercolesterolemia, hay que hacer énfasis en bajar la ingesta de alimentos que contengan altas dosis de colesterol como huevo, vísceras, mantequilla, mariscos, piel de pollo, etc. Disminuyendo la ingesta de colesterol a 300 mgr/día en un paso esencial de la terapia nutricional. La ingesta de grasa saturada debe ser disminuida a menos del 10% de las calorías totales porque los ácidos grasos saturados elevan los niveles séricos de colesterol. Los ácidos grasos saturados y el colesterol se encuentran usualmente en los mismos alimentos, luego se hace la restricción de ambos.

Como conclusión es importante recordar que la dieta debe ser individual dependiendo el tipo de dislipidemia que tenga el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edwin, I. Bierman and John A. Glomset. Disorders of Lipid Metabolism.
2. Knopp Rh, Wladen, CE. Wahl, PW et al. Oral contraceptive and Postmenopausal estrogen effects on Lipoprotein triglyceride and cholesterol in an adult Female Population. J Clin endocrinol Metab 1981.
3. Moreno, H. Lípidos y Hormonas esteroideas.
4. American College of physicians - Ann int. Guidelines for counseling Postmenopausal Women about preventive hormone therapy. Med. 1992; 117: 1038-1041.
5. Asociación Colombiana de Menopausia. Declaración de Consenso sobre Menopausia y Climaterio. 1994.
6. Jennifer L. Jenner, BSC et al. Effects of age, sex and Menopausal Status on Plasma lipoprotein Levels. Dec. 1992.