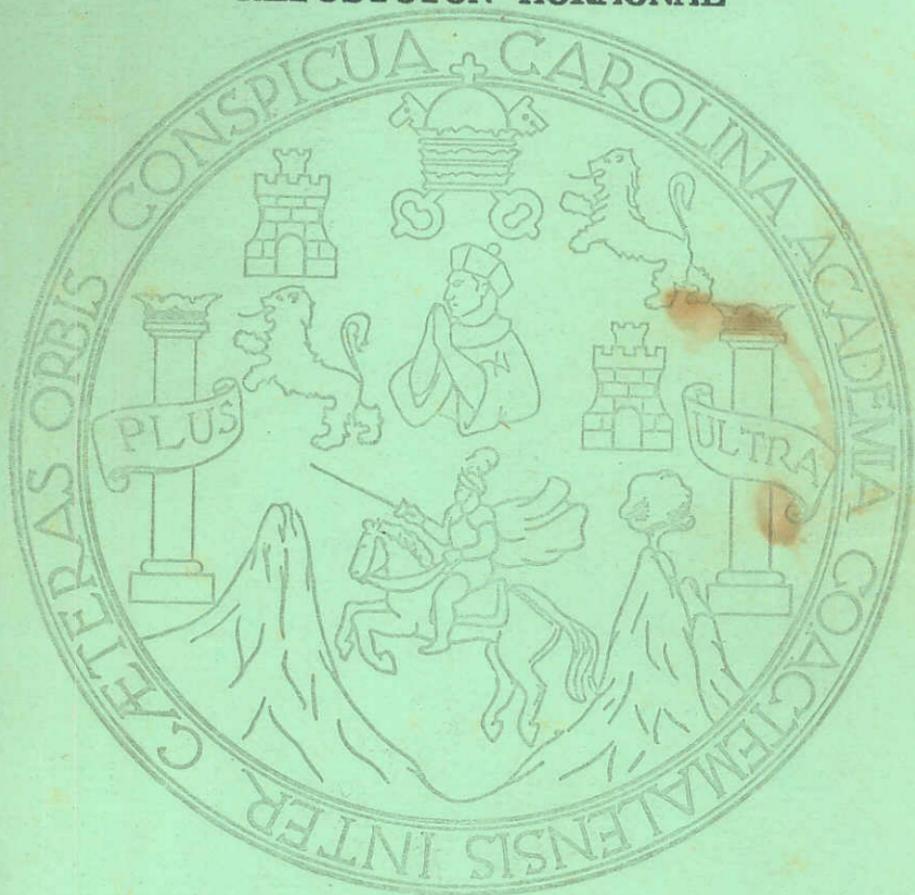


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACTORES QUE AFECTAN LA ACEPTACION O
RECHAZO DE LA TERAPIA DE
REPOSICION HORMONAL



INGRID VIOLETA ARRILLAGA MONCRIEFF

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO	6
METODOLOGÍA	23
PRESENTACION DE RESULTADOS	26
ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
RESUMEN	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

La menopausia es un fenómeno natural que necesita de atención médica especializada; las mujeres que atraviesan esta etapa pueden recibir tratamiento con hormonas para suplir las pérdidas, esto hace que se sientan mejor y disminuye los riesgos de osteoporosis y enfermedades cardiovasculares¹. Por la importancia de este tratamiento se decidió investigar si la mujer utiliza este tratamiento, las razones para aceptarlo o rechazarlo.

Este estudio se realizó en 500 mujeres con síndrome climatérico que consultaron el servicio de Consulta Externa del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en el cual se determinó las causas y hechos que las obligan a usar o no el tratamiento.

En este estudio la mujer rechazó la terapia por desconocimiento de los beneficios y riesgos que le puede ofrecer, las mujeres utilizan algún tratamiento para aliviar síntomas específicos que le impiden realizar sus labores cotidianas por lo que es importante el plan educacional que se le da a la paciente, para que comprenda que su problema no es uno aislado sino parte de una etapa de su vida que necesita de tratamiento especializado.

¹(1,3,19)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las bases para el tratamiento hormonal en ginecología parten desde 1930. La molécula de progesterona se aísla en 1934 por Cornery y Beard, Albright descubre el tratamiento con estrogénos para inhibir la ovulación en 1940, a principios de los 50 se sintetiza el primer progestágeno sintético.¹

El desarrollo de la terapia de reposición hormonal es producto de la investigación del Siglo XX, ya que es en este momento cuando se ha prestado atención a los problemas específicos del período menopausico de la mujer.²

Hoy en el mundo occidental, la esperanza promedio de vida de la mujer es de 77 años y para el año 2,000, cuando aumente la población, el 12% tendrá más de 65 años y la esperanza de vida sobrepasará los 90 años. Por lo tanto, la mujer que actualmente tiene menos de 50 años tiene una esperanza de vivir 30 años mas, con lo que la tercera parte de su vida transcurrirá en el período menopausico.³ En Guatemala la población femenina para el año 91 era de 4,753,837 y la esperanza de vida de 66.9 años, por lo que en este año encontramos 486,000 (10.4 %) mujeres mayores de 45 años.

En años recientes se dio a conocer que después de la menopausia la deficiencia endócrina, específicamente estrogénica, produce una serie de cambios patológicos específicos como:

1. Cambios Vasomotores
2. Depresión
3. Resequedad de la piel
4. Perdida del cabello
5. Riesgo Cardiovascular
6. Osteoporosis

¹(3,6,11)

²(11)

³(20,23)

Por lo que se ha demostrado la eficiencia de la Terapia de Reposición Hormonal para prevenir o aminorar algunos de estos cambios. El Tratamiento de Reposición Hormonal solamente posee suplemento o restitución de las hormonas deficientes; el tratamiento tiene dos objetivos:

1. El alivio de los síntomas menopausicos causados por la deficiencia de estrogénos.
2. Disminuir riesgos de patologías por deficit estrogénico.

No sabemos si las mujeres climatéricas aceptan o no el tratamiento sustitutivo de estrogénos y las razones por las cuales puede aceptar o rechazar este tratamiento. ¿Será grande el rechazo a esta Terapia?

JUSTIFICACIÓN

Guatemala cuenta con una población femenina mayor de 45 años de 486,000 y no existe una unidad de tratamiento especializada para este grupo.

por lo que deseamos determinar el comportamiento de la mujer guatemalteca ante esta terapia, para conocer las causas de aceptación y/o rechazo y difundirlas ampliamente, así las mujeres que no reciben el beneficio del tratamiento por razones de desconocimiento lo acepten y puedan tener una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

General:

Determinar la aceptación o rechazo de la terapia de reposición hormonal en mujeres en etapa de climaterio que consultan a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt en el mes de abril de 1988.

Específicos:

Definir los conocimientos sobre la terapia de Reposición Hormonal que poseen la pacientes climatericas sobre los beneficios y riesgos de esta.

Describir la causa de rechazo a la Terapia de Reposición Hormonal.

Relacionar el uso de la Terapia de Reposición Hormonal con el conocimiento de las mujeres climatéricas sobre esto.

Relacionar el uso de la Terapia de Reposición Hormonal con el estado civil de la mujer climatérica.

MARCO TEÓRICO

FISIOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA

Todos los tejidos pélvicos sufren cambios atroficos durante el climaterio, con la desaparición gradual de los óvulos la fibrosis de los folículos viejos y el cuerpo lúteo, el ovario disminuye de tamaño y peso, tiene menos ovocitos y mas folículos atrésicos en degeneración; los ovarios se esclerosan hasta adquirir un aspecto blanquecino y arrugado de contenido fibrotico; la inhibina disminuida provoca elevación de la hormona folículo estimulante, que induce a un desarrollo folicular rápido con lo que acorta los ciclos y se producen los primeros datos clínicos de menopausia. La ovulación cesa y la producción estrogenica disminuye, esto altera los mecanismos de retroaccion Hipófisis-Hipotálamo y provoca un aumento de las gonadotropinas hipofisiarias.⁵

Las trompas de Falopio se atrofian, se acortan y adelgazan; también tiene lugar la atrofia del cuerpo y cervix uterino, el endometrio se adelgaza, la vagina se vuelve menos rugosa, mas estrecha y seca y desaparecen las bacterias productoras de ácido láctico.⁶

Hay que recordar que las mujeres menopausicas no carecen por completo de estrogenos. Las células del estroma ovarico y las suprarrenales tienen capacidad de producir hormonas estrogénicas.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas climatericos se derivan de tres componentes:

⁵(7,12,17)

⁶(7)

1. Disminución de la actividad ovarica con deficiencia hormona que la provoca los síntomas tempranos y tardíos

2. Factores socio-culturales.

3. Factores psicológicos.

Los síntomas pueden pertenecer a dos grupos:

a. Agudos: acompañan el cese inminente y/o inmediato de la menopausia.

b. Tardíos: Algunos años después del cese de la menstruación.

Los signos y los síntomas aparecen dependiendo de la edad de la paciente y de la concentración hormonal de esta.

SÍNTOMAS AGUDOS

1. SÍNTOMAS VASOMOTORES

Mejor conocidos por bochornos, se le llaman bochornos a una secuencia de calores intensos que se perciben en la parte superior del cuerpo, seguidas de rubor en la zona y después sudoración profusa.

Esta vasodilatación es seguida de vasoconstricción, así que sobreviene una sensación de frío.

Esta forma característica despierta a la mujer durante la noche provocando fatiga, olvidos e irritabilidad durante el día.

La duración global es en promedio de 4 minutos, pueden ocurrir en forma infrecuente hasta 20 veces al día, en algunas mujeres se acompañan de palpitaciones, vértigo o ansiedad. Los bochornos se relacionan positivamente con signos de depresión.⁷

⁷(9)

FISIOLOGÍA

La irritabilidad vasomotora refleja una vasodilatación de la piel; el aumento del flujo sanguíneo se presenta solamente en la piel y no en los tejidos más profundos, lo que lleva a un rubor visible en el pecho, brazos y cara. El rubor va seguido de un descenso de la temperatura central del cuerpo que puede explicarse por el apareamiento de escalofríos. El incremento de la hormona luteínica seguido de aumento de la hormona corticotropa y la hormona del crecimiento, 30 y 15 minutos después de los bochornos, respectivamente creen que son la causa del descenso de temperatura.

Las cifras promedio de cortisol aumentan 15 minutos después del bochorno y tal vez son secundarias al incremento de ACTH.

Una mayor actividad de noradrenalina hipotalámica pudiera ser la causa del aumento de la hormona luteinizante y la hormona gonadotrópica, se cree que la noradrenalina es la responsable de la desaparición hipotalámica del calor.

El aumento de la conductancia cutánea y de la temperatura de los dedos, que precede a la sensación subjetiva del rubor, coincide con el aumento de noradrenalina.

La liberación de ACTH puede deberse al enfriamiento periférico que ocurre después del bochorno.⁸

2. TRASTORNOS DEL SUEÑO

Dificultad para dormir, los trastornos del sueño se deben a menudo por los bochornos; el sueño es menos eficaz, suele ser enervante y produce fatiga e irritabilidad, esto altera la memoria y la conducta.

La etiología se explica por la alteración hipotalámica que puede ser causada por irritabilidad vasomotora. El efecto de los estrógenos sobre el hipotálamo y neurotransmisores pueden ser participes de la génesis del trastorno.⁹

⁸(9)

⁹(9, 24, 42)

3. FUNCIÓN SEXUAL

La disminución de la concentración de estrógenos en mujeres menopáusicas conlleva muchos problemas urogenitales, resequedad vaginal, atrofia, estenosis y disfunción sexual.¹⁰

Se concuerda que esto se debe a la sequedad y atrofia de los tejidos de los órganos sexuales.¹¹

4. FUNCIÓN COGNOSITIVA

Los trastornos cognositivos se aprecian en la pérdida de la memoria a corto plazo, esto se ha asociado a los trastornos del sueño.¹²

Los síntomas tardíos que se le atribuyen son:

1. OSTEOPOROSIS:

La osteoporosis es producida por la osteopenia que produce la pérdida de los minerales óseos. Se caracteriza por datos radiológicos de descalcificación, disminución de estatura, xifosis y se acompaña de fracturas múltiples, especialmente en cadera, columna vertebral y muñeca.

Fisiología:

La mujer tiene una masa ósea consecuencia de un estilo de vida previo. La pérdida del hueso se limita al hueso trabecular, la función más importante del hueso es la reserva de calcio, entre el hueso y la sangre se produce un intercambio rápido de calcio a través de canaliculos óseos. La homeostasia del calcio es producida por resorción o neoformación ósea.

Aunque no se conoce bien la función de estrógenos de la patogenia de osteoporosis, la pérdida de calcio acelera con la

¹⁰(15)

¹¹(37, 40, 42)

¹²(42)

menopausia y se ha observado, que al utilizar la terapia existe una disminución de la resorción ósea y aumenta la absorción intestinal de calcio.

Se ha observado que los estrógenos disminuyen claramente la incidencia de fracturas osteoporóticas.¹³

2. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

Una mujer de 50 años tiene una probabilidad de 46% de presentar cardiopatía y un 33% de morir por ellas.

Las mujeres están protegidas de enfermedades cardiovasculares hasta que aparece la menopausia, esto podría explicarse por la acción de los estrógenos sobre:¹⁴

LÍPIDOS

El envejecimiento influye sobre la cifra de lípidos circulantes. Tanto el colesterol como los triglicéridos aumentan con la edad y hay mayor riesgo de coronariopatía. Cuando se eleva la concentración de colesterol, este aumento es producido por un aumento de la lipoproteínas de baja densidad, entre mayores cifras de LBD mayor será el riesgo de coronariopatía.

Las proteínas de alta densidad protegen contra la aparición de trastornos vasculares y disminuyen el riesgo arteriosclerosis. Los efectos estrogénicos sobre las lipoproteínas se resumen en:

1. Aumento de la producción hepática de los grandes vagonos de transporte lipídico.
2. Incrementa el retiro de la proteína que transporta el colesterol.
3. Inhibe la lipasa hepática.
4. Disminuye las lipoproteínas de baja densidad y el fibrinógeno.¹⁵

¹³(16, 20, 25, 33)

¹⁴(8, 9, 20)

¹⁵(29, 37)

EFFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES

Se han demostrado y atribuido muchos síntomas a los trastornos psicológicos vinculados con la menopausia entre estos tenemos depresión, disminución de la confianza, dificultad en la toma de decisiones, ansiedad, olvidos, dificultad de concentración, sensación de desmerecimiento, insomnio, fatiga, mareos, dorsalgia baja, dolor mamario y disminución de la libido.

Las mujeres que acuden a valoración comunican un número significativo de manifestaciones psicológicas, así como síntomas vasomotores, pero el médico a veces no puede distinguir entre esos y los trastornos emocionales o atribuyen sus hallazgos a otros factores como la mala salud, desempleo o estrés social.¹⁶

Hunter realizó un estudio donde se comenta que la baja autoestima de la mujer se debe a la imagen que cultiva desde muy temprana edad por los juicios emitidos de desvalorización hacia la mujer desde la antigüedad, por lo que dentro de la imagen creada por cada mujer existe un sentimiento de inferioridad transmitido culturalmente de generación a generación destruyendo de esta manera la autoestima. En este estudio se observó que el tener un estereotipo negativo antes de la menopausia aumenta el riesgo de depresión. Los factores de riesgo son los mismos de presentar trastornos médicos en cualquier momento de la vida, antecedentes, clase social baja, actitudes culturales negativas, desempleo y falta de apoyo social.¹⁷ En un estudio realizado en mujeres afro-americanas se determinó que estas tienen una actitud más positiva que las mujeres blancas debido a las expectativas sobre la menopausia y al apoyo de la familia.¹⁸

¹⁶(21)

¹⁷(21)

¹⁸(21)

Nuestra sociedad occidental nos enfatiza la vitalidad y utilidad de la mujer por debajo de los 40 años; las imágenes de las revistas nunca presentan a mujeres de esta edad realizando actividades activas e interesantes por lo que la mujer se siente inútil, desvalorizada y que ya no tiene sentido continuar hacia adelante.

Se han propuesto diversas teorías sobre la causa de estos efectos psicológicos entre estos incluyen la " Teoría del Dominio", es decir síntomas psicológicos secundarios a síntomas físicos estresantes, mientras que las teorías biológicas se han dedicado a las consecuencias de la privación de estrógenos que afectan el hipotálamo, hipocampo y cuerpo estriado que a su vez afecta la síntesis de neurotransmisores.

TRATAMIENTO DE LA MENOPAUSIA

Antes de iniciar con la terapia de reposición debe obtenerse una historia clínica en busca de antecedentes familiares de cáncer, hipertensión, cardiopatía y osteoporosis, además conocer si la paciente presenta alguna de las contraindicaciones.

Absolutas:

- Hemorragia vaginal no diagnosticada.
- Hepatopatía aguda.
- Alteración crónica de la función hepática.
- Trombosis vascular aguda.
- Vasculopatía neurooftálmica.
- Cáncer mamario.

Relativas:

- Hipertensión pre-existente.
- Migraña.
- Mastopatía fibrosística.
- Dislipidemia familiar.
- Leiomioma uterino.

- Tromboflebitis crónica.
- Endometriosis.
- Enfermedad vesicular.¹⁹

Es importante conocer los antecedentes nutricionales y recomendar un dieta equilibrada sin gaseosas y de bajo contenido calórico.

Se debe recomendar el ejercicio así como evitar el alcohol y el tabaco²⁰ la exploración física debe hacer énfasis en la presión arterial, examen de la mama y con una muestra de citología exfoliativa que se utilizara para referencias futuras; también se recomienda un perfil de lípidos antes de iniciar el tratamiento.

TERAPIA DE REPOSICIÓN HORMONAL

Los esquemas de tratamiento pueden dividirse según las necesidades de la paciente en:

- Utilizados para la menopausia específica.
- Necesarios cuando predominan los síntomas tardíos.
- Específicos para osteoporosis

Los principios del tratamiento son:

1. Los estrógenos solamente deben utilizarse en los casos que habrá respuesta con las dosis eficaces en el menor período de tiempo.
2. Los estrógenos son eficaces en el tratamiento o prevención de bochornos vasomotores, atrofia vulvovaginal y osteoporosis.
3. Cuando se administran estrógenos con útero intacto se recomienda hacerlo en forma clínica.

¹⁹ (42)

²⁰ (31)

4. Las presentaciones tópicas son útiles en la atrofia vulvovaginal pero constituyen un peligro en la acumulación del fármaco.
5. Cualquier hemorragia vaginal en pacientes menopausicas se estudiará de inmediato.
6. La paciente asintomática tratada con estrógenos acudirá por lo menos una vez al año a consulta, en la cual se realizará un examen físico completo, se obtendrá una citología exfoliativa con exploración pélvica y mamaria, además de una toma de presión arterial.
7. Esta terapia es contraindicada en las pacientes con neoplasia de la mama, estrógeno dependientes.
8. La paciente conocerá todos los riesgos y beneficios antes de iniciar el tratamiento.

ESTRUCTURA Y NOMENCLATURA

Las hormonas esteroideas son derivadas del colesterol y tienen una estructura química común basada en la molécula de 4 anillos del ciclopentanoperhidrofenantreno constituido por un anillo de 5 carbonos y 3 anillos de seis carbonos.

Se divide en tres principales grupos de acuerdo al número de átomos de carbono en:

- Progestágenos: se deriva de núcleo pregnano de 21 carbonos.
- Androgenos: de 19 carbonos basada en el núcleo del androstano.
- Estrógenos: 18 carbonos basado en el núcleo del estrano.

Los progestagenos sintéticos se clasifican también con esta nomenclatura, los estranos y gonanos se utilizan en la anticoncepción, mientras que los pregnanos son el tipo ampliamente utilizado en la Terapia de Reposición Hormonal.

FARMACODINAMICA Y SELECTIVIDAD

Cuando se ingieren los estrógenos se absorben en el intestino delgado de donde son transportados por el sistema portal al hígado, en este órgano pueden modificarse y circular de manera sistemática o eliminarse por excreción biliar, este proceso es llamado primer paso hepático.

De la vesícula biliar las moléculas retornan al intestino delgado, se absorben en la circulación portal o se excretan por las heces.

Cada progestágeno tiene diferente afinidad por la globulina captadora de hormonas sexuales y puede modificar la cifra de esta. La vida media de los progestagenos va de diez horas hasta dos días.²¹

EFFECTOS CLÍNICOS

Se sabe que las hormonas estrogénicas alteran múltiples síntomas. Nos concentraremos a los efectos beneficiosos por los cuales suele prescribirse la Terapia de Reposición Hormonal.

1. Efectos en el endometrio:

Se observa un aumento en la hiperplasia de las células endometriales por lo que se puede presentar un aumento en la incidencia de cáncer endometrial, este efecto se puede evitar agregando un progestágeno, este tratamiento combinado ha demostrado ser eficaz para disminuir la incidencia de hiperplasia endometrial.

2. Efectos cardiovasculares:

Se han postulado varios mecanismos para medir el impacto favorable, que incluyen los efectos directos sobre elementos vasodilatadores de secreción de peptidos vasoactivos medios un equilibrio entre los mecanismos trombotico y aterogénico²² y cambios en el metabolismo de carbohidratos.

²¹(11, 20, 38, 39)

²²(3)

Los cambios en lípidos observados con la terapia se basan en las concentraciones benéficas de colesterol y lipoproteínas.

3. Efectos óseos:

La absorción de calcio en el tubo digestivo parece afectarse en la menopausia y mejora con la reposición de estrógenos. Se ha demostrado que los estrógenos aumentan la absorción de calcio y retrasan la pérdida ósea posmenopáusica. Los estrógenos pueden prevenir hasta el 80% de las fracturas por compresión vertebral y el 50 al 60% de cadera y brazo. El máximo beneficio se obtiene cuando se inicia el tratamiento cuando comienzan los síntomas menopausicos.

4. Efectos en los bochornos:

Los bochornos ocurren en un 85 a 90% de las pacientes y son la razón por la que muchas pacientes buscan atención médica durante el climaterio. Los bochornos disminuyen en frecuencia y en intensidad, el mecanismo puede ser por aumento de la actividad alfadrenérgica central. La reposición de estrógenos disminuye las pulsaciones de LH que producen los bochornos.

5. Efectos en la incontinencia urinaria:

Hay unas pruebas que los estrógenos son beneficiosos en el tratamiento de síntomas de urgencia, incontinencia, poliaquiuria, nicturia y disuria al mejorar la epitelización y el recambio de tejido.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

1. Estrógenos orales:

Cuando la terapia se toma por vía oral, los estrógenos se absorben a través de la pared intestinal donde una fracción se convierte en estrona y otra en glucorinato de estradiol. El estrógeno pasa entonces a la circulación portal y alcanza al hígado en concentraciones elevadas.

La estrogenoterapia oral estimula la síntesis de proteínas hepáticas, incluyendo las globulinas captadoras, los factores de coagulación sustrato de renina y las lipoproteínas. Los efectos hepáticos son mayores que los alcanzados con otras preparaciones.

2. Estrógenos parenterales:

Se absorben bien a través de la piel y grasa subcutánea, esto evita el primer paso hepático, en consecuencia los cambios de las globulinas captadoras y lipoproteínas son menos importantes que con el tratamiento oral y no hay aumento de triglicéridos o factores de coagulación. Por lo que los estrógenos parenterales son más fisiológicos que los orales.

3. Reposición transdérmica:

El sistema transdérmico o parche libera estrógenos en forma continua a través de una membrana limitante de la velocidad.

Las cifras de estrógeno aumentan gradualmente hasta alcanzar su estabilidad en dos horas, los parches producen cifras estrógenicas más inconstantes que la vía oral. Los estrógenos transdérmicos aumentan la lipoproteínas de alta densidad, la cardioprotección y disminuye el colesterol; estos efectos son encontrados con el tratamiento oral. También evita las fracturas por osteoporosis eficazmente. Es tan eficaz como el oral para el tratamiento de los síntomas vasomotores.

4. Geles percutáneos

Se dispone de un gel con estradiol disuelto que se aplica sobre una gran superficie de abdomen y muslos, se deja secar por 3 minutos antes de poner la ropa en contacto con la piel. La absorción depende de la superficie sobre la que se aplica por lo que la dosis es muy inconsistente.

5. Implantes

Son pequeñas píldoras biodegradables que se injertan por vía subcutánea en la pared abdominal y nalgas bajo anestesia local.

Esta vía puede producir esfacelo local, hemorragia y ocasionalmente la expulsión del implante. No son tan fáciles de retirar en caso de complicaciones. Los efectos son menos notables que los alcanzados con los preparados orales.²³

6. Otras vías

Con la administración nasal de estradiol las cifras aumentan con rapidez pero declinan en tres horas, esta forma de administración se encuentra en etapa de estudio.²⁴

RIESGOS DEL TRATAMIENTO

1. Cáncer endometrial

En varios estudios se ha demostrado la relación entre el cáncer endometrial y la administración del estrógeno²⁵, por lo que se prefiere asociar un progestágeno para disminuir el riesgo si la paciente conserva su matriz intacta.

2. Cáncer mamario

Se debe recordar que la mama también es un órgano blanco para los estrógenos por lo que la relación cáncer de mama y terapia estrogénica todavía se encuentra difícil de asociar.²⁶

3. Alteración vesicular

El riesgo de alteraciones vesiculares aumenta los estrógenos

²³ (26,27)

²⁴ (31)

²⁵ (11)

²⁶ (14)

pueden alterar el equilibrio de los lípidos o el contenido de las sales en la vesícula.²⁷

DIETA, EJERCICIO Y ESTILO DE VIDA

Aunque se conoce que la terapia es beneficiosa, esta se debe acompañar de una dieta adecuada, ejercicio moderado y posiblemente cambios en ciertos hábitos como el tabaquismo o ingestión de alcohol para lograr un tratamiento integral que no solamente evite las enfermedades sino mejore la calidad de vida de la paciente.²⁸

QUIENES SE RESISTEN A LA TERAPIA

1. Factores médicos

Una encuesta en EEUU reveló que más del 50% de los médicos han decidido no recetarla ya que les pesa más los riesgos de cáncer que los beneficios, además parecen notar algún descontento en cuanto al método adecuado de administrarla.

2. Factores de la paciente

Las mujeres necesitan entender bien las evidencias sobre los beneficios y riesgos reales, una fuente de información primaria es la del médico.

Muchas pacientes creen que la terapia puede ser beneficiosa pero vacilan en comenzarla por el temor al cáncer. Algunas otras tienen objeciones de tipo ético y creen que las hormonas interfieren con el proceso de envejecimiento, cierto grupo de origen sudamericano manifiesta objeciones de tipo religioso. Por último existen mujeres que creen que la menopausia y sus síntomas se deben tolerar sin queja ni intervención médica. En estudios realizados en Sudamérica se determinó que las causas de

²⁷ (11)

²⁸ (31)

abandono son:

- Hemorragia abundante
- Aumento de peso
- Temor al cáncer
- Olvido de cumplir con el tratamiento
- Síntomas desaparecen

PROBLEMAS DE INCUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA

A pesar que la terapia ha mejorado la calidad de vida solamente 25 millones de los 100 millones de mujeres de todo el mundo eligen la terapia, millones ni siquiera prueban esta terapia. Esto significa que solamente el 1.8% de las mujeres con deficiencia de estrogénos reciben la terapia actualmente, de estas el 80% abandonan la terapia por las razones antes expuestas a los 6 meses de tratamiento.

QUIENES ELIGEN LA TERAPIA

Eligen la terapia mujeres cuyas amigas les cuentan experiencias positivas, así como mujeres que vieron a sus madres lidiar con la menopausia. Las investigaciones revelaron que las mujeres sudamericanas a menudo solicitan la terapia debido a que experimentan cambios en la libido y las emociones; las mujeres chilenas a menudo la solicitan para mantener buen estado físico. Un estudio realizado en 8 países de América y Europa reveló que las razones por las que las mujeres inician la terapia se relacionan con:

- Sofocos y sudores nocturnos
- Períodos irregulares y/o aberrantes
- altibajos emocionales
- Sequedad vaginal
- Incapacidad de lidiar con los síntomas

Este mismo grupo reveló que las mujeres cumplen la terapia por:

- Alivio de síntomas

- Protección contra osteoporosis y cardiovascular
- Renovación de energía
- Aspecto juvenil
- Percepción de aumento de beneficios contra bajos riesgos.

Las pacientes que reciben una adecuada información utilizan mejor la terapia. Ciertos grupos parecen tener más probabilidades de utilizar la terapia: estrato socioeconómico alto, mujeres que no son obesas con actividad física elevada, alto grado de escolaridad y las casadas o con hijos; las pacientes con menopausia quirúrgica la aceptan mejor que las pacientes con menopausia natural. Las usuarias del tratamiento consideran a la menopausia como otro trastorno médico que debe recibir tratamiento.²⁹

TRATAMIENTO DE REPOSICIÓN HORMONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

El efecto de la terapia después del diagnóstico de cáncer de mama se ha aclarado. La decisión de proporcionar hormonas debe tomarse en forma individual y se debe exponer todos los beneficios y riesgos a la paciente. Por esta razón desde 1977 se han tratado a las pacientes que presentan esta cualidad con Tamoxifeno, un antiestrogénico no esteroideo. Estas mujeres utilizan el Tamoxifeno de manera que obtienen los mismos beneficios de los estrogénos para mejorar los síntomas menopáusicos.³⁰

En general es probable que la reposición hormonal para la mujer menopausia con cáncer de mama sea beneficiosa para mejorar su calidad de vida, pero se debe evaluar cada caso por separado y tomar decisiones individuales.³¹

²⁹ (4, 22)

³⁰ (14, 22, 34)

³¹ (2)

DIETA, EJERCICIO Y ESTILO DE VIDA

aunque se conoce que la terapia es beneficiosa, está se debe acompañar de una dieta adecuada, ejercicio moderado y cambios en ciertos hábitos como tabaquismo e ingestión de alcohol para lograr un tratamiento integral que no solamente evite las enfermedades sino mejore la calidad de vida de la paciente.³²

TERAPIA DE APOYO

Muchas veces el apoyo terapéutico mas útil en la mujer menopausia es saber escuchar y explicar de manera pausada la fisiología básica de la menopausia.³³

Actualmente muchas mujeres reciben apoyo de grupos que se reúnen periódicamente para discutir sus experiencias acerca de como lidiar con la menopausia; es importante recalcar que la paciente ya no se sentirá sola y que muchas de sus amigas estarán pasando por lo mismo que ella por lo que cambia su actitud negativa hacia una mejor aceptación de lo que sucede.

Para aquellas mujeres que no tienen tiempo de acudir a un grupo pueden integrarse a la red de Internet y navegar en sitios especiales donde podrá exponer sus dudas, leer sobre los ultimos adelantos en el tratamiento o simplemente integrarse a una conversación electrónica y compartir sus experiencias con mujeres de todo el mundo.³⁴

³² (31)

³³ (23)

³⁴ (4)

METODOLOGIA

Estudio descriptivo transversal que se realizó en el mes de abril de 1998, la población estuvo integrada por las pacientes que asisten a la Consulta Externa del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt en ese mes. La información se recolectó por medio de entrevista dirigida mientras las pacientes se encuentran en la sala de espera antes de ser llamadas a su consulta.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyó en este estudio a todas las mujeres de 45 años o más que consultaron en el mes de abril de 1998 al servicio descrito con anterioridad por síntomas climatéricas, problemas infecciosos o para cirugía ginecológica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó del estudio a todas las mujeres de 45 años o más que consultaron más de una vez al servicio mencionado y que se hayan entrevistado previamente.

Se excluyó del estudio a las mujeres de 45 años o más que no deseen responder a la entrevista.

POBLACIÓN

Durante 1997 en los meses de febrero y marzo consultaron al servicio de ginecología 1417 mujeres, de esta población 425 corresponden a las pacientes de edad menopausica; para el presente estudio se tomo una población de 500 mujeres en edad menopausica.

INSTRUMENTO

Como instrumento se elaboró una boleta de encuesta que se valido en un grupo de mujeres en edad menopausica escogidas al azar.

En la sala de espera se les explicó de manera general a las pacientes el objetivo y los propósitos del estudio y se les solicitó su colaboración a las mujeres que tengan 45 años o más para responder la entrevista; la entrevista se realizó en la sala de espera de manera individual; el entrevistador realizó las preguntas, anotó las respuestas en la boleta. Al terminar se le respondieron dudas a la entrevistada y se le dió una breve información sobre la Terapia de Reposición y se le agradeció su colaboración.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La entrevista se realizó de una forma voluntaria y/o anónima, la entrevistada pudo plantear sus dudas sobre la terapia de y/o la entrevista que le fueron respondidas al finalizar la entrevista. Al terminar el estudio se realizó una charla con las pacientes en edad menopausica para hablarles sobre la terapia de reposición hormonal y cuales son los riesgos y beneficios de esta.

RECURSOS HUMANOS

Pacientes climatéricas que consultan al servicio de Consulta Externa del Departamento de Ginecología de Hospital Roosevelt en el mes de abril del año 1998.

MATERIALES

1. Boletas de encuesta
2. Lapices
3. Computadora DTK data 1000/886 sx y su respectivo Software.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE		ESCALA DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA
	DEFINICIÓN DE CONCEPTO	DEFINICIÓN DE COOPERACIÓN		
Aceptación de la terapia.	Disposición de una persona de ejecutar o realizar un tratamiento médico.	Se le preguntará a la entrevistada si utiliza algún medicamento para la menopausia	Nominal	Si-No
Estado civil	Clase o condición a la que esta sujeta la persona.	Se le preguntará a la entrevistada si es casada, soltera, etc.	Nominal	Soltera Casada Viuda Divorciada.
Escolaridad	Grados aprobados en una institución educativa.	Se le preguntará ¿cuantos grados curso en una institución educativa?	Ordinal.	Analfabeta Lee y escribe. Primaria Secundaria Diversificado. Universidad
Rechazo de la Terapia	Disposición de una persona de no ejecutarlo o realizar un tratamiento médico.	Se le preguntará ¿por que utiliza la terapia	N O M I N A L	Miedo al cáncer. Aumento de peso. Molestias gástricas. Desconoce la terapia Medicamentos costosos.
Conocimientos de la terapia.	Entender las cualidades y revelaciones de un tratamiento médico.	Se le preguntará ¿Que datos conoce acerca de la terapia y los beneficios de esta?	N O M I N A L	Signos y síntomas de menopausia, tratamiento de menopausia, beneficios del tratamiento.

DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGUN EDADES

DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
ROOSEVELT DEP. GINECOLOGIA
MES ABRIL DE 1988

TABLA 1

		Porcentaje
De 45 a 49	225	45
De 50 a 54	105	21
De 55 a 59	80	16
De 60 a 64	35	7
De 65 a 69	30	6
De 70 o mas	25	5
Total	500	100

FUENTE: ENCUESTA

DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGUN ESTADO CIVIL

DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
ROOSEVELT DEP. GINECOLOGIA
MES ABRIL DE 1998

TABLA 2

		Porcentaje
Soltera	165	33
Casada	200	40
Unida	75	15
Divorciada	25	5
Viuda	35	7
TOTAL	500	100

28

FUENTE: ENCUESTAS

DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGUN NIVEL EDUCACIONAL

DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
ROOSEVELT DEP. GINECOLOGIA
MES ABRIL DE 1998

TABLA 3

		Porcentaje	Suma de porcentajes
Analfabeta	90	18	
Lee y Escribe	45	9	27
Primaria	165	33	
Basicos	50	10	
Diversificado	75	15	
Universidad	75	15	73
TOTAL	500	100	100

29

FUENTE: ENCUESTAS

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN
CONOCIMIENTO DE MENOPAUSIA**

TABLA 4

		Porcentaje
SI	380	76
No	120	24
TOTAL	500	100

FUENTE ENCUESTAS

**CONOCIMIENTO DE LA POBLACION
SOBRE DEFINICION DE MENOPAUSIA**

TABLA 4.1

		Porcentaje
Etapas de ir la medico	2	0.53
Falta/ausencia/cese de menstruacion	357	93.95
Dolor fuera de lo normal	2	0.53
Edad critica	5	1.32
Proceso fisiologico	9	2.37
Cambio de vida	2	0.53
Falta de hormonas	1	0.26
Trastorno mensual	2	0.53
Total	380	100.00

FUENTE ENCUESTAS

**COMPORTAMIENTO DE LA POBLACION
DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL ROOSEVELT
DEP. GINECOLOGIA
MES ABRIL 1998**

**DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGUN
CONOCIMIENTO DE SINTOMAS**

TABLA 5

		Porcentaje
Si conoce la sintomatologia	280	73.68
No conoce la sintomatologia	100	26.32
Total	380	100.00

FUENTE ENCUESTAS

SINTOMATOLOGIA MAS CONOCIDA

SINTOMATOLOGIA MAS CONOCIDA

TABLA 5.1

		Porcentaje
Calores	210	21.69
Trastornos Menstruales	176	18.18
Cefalea	130	13.43
Cambios de humor	62	6.47
Dolor	66	6.82
Depresion	61	6.30
Cansancio	50	5.17
Mareos	26	2.69
Nervios	26	2.69
P/A alta	16	1.65
P/A baja	16	1.65
Mareos	16	1.65
Ressequedad Vaginal	16	1.65
Frios	16	1.65
Insomnio	8	0.83
Descalofracion	8	0.83
Bajo apetito	8	0.83
Taquicardia	4	0.41
Somnolencia	4	0.41
Manchas en piel	4	0.41
Olvidos	4	0.41
Bajo peso	4	0.41
Nauseas	3	0.31
Zumbido en la cabeza	2	0.21
Ansiedad	2	0.21
Visita nublada	2	0.21
Bajo apetito	2	0.21
Fiebre	2	0.21
Mal humor	2	0.21
Osteoporosis	2	0.21
Total	968	100.00

FUENTE ENCUESTAS

DISTRIBUCION SEGUN SINTOMATOLOGIA REFERIDA

TABLA 5

		Porcentaje
Si	290	73.63
No	100	26.32
TOTAL	390	100.00

FUENTE ENCUESTAS

SINTOMATOLOGIA REFERIDA

TABLA 5.1

Iregularidad menstrual	108
Calores	69
Cefalea	56
Mareos	43
Cambios de humor	40
Frios	19
P/A baja	10
Inapetencia	10
Mal humor	2
Insomnio	2
Bajo peso	5
Manchas en piel	5
Sudores	5
Taquicardia	4
P/A alta	3
Fiebre	3
Somnolencia	3
Ansiedad	2
Vomitos	2

FUENTE ENCUESTAS

TABLA 7.1

TRATAMIENTOS CONOCIDOS
POR LA POBLACION

		Porcentajes
Hormonas	114	44.53
Vitaminas	45	17.58
Aguas Amargas	25	9.77
Vino tinto con huevo	10	3.91
Agua de Hierbabuena	10	3.91
Anticonceptivos	9	3.52
Jugo de naranja con huevo	9	3.52
Apoyo psicologico	7	2.73
Ajo	7	2.73
Analgesicos	4	1.56
Calcio	4	1.56
Dieta	3	1.17
Hormonas en crema	3	1.17
Ejercicio	3	1.17
Leche	3	1.17
Total	256	100.00

Fuente encuestas

Tabla 7.2

Razones por las
que utiliza el tratamiento

		Porcentaje
Allivia sintomas	98	38.28
Repone lo perdido	47	18.36
Evita Fatiga	31	12.11
Aumento de calcio;	26	10.16
Regula la Menstruacion	13	5.08
Mejora aceptacion	8	3.13
Disminuye calores	8	3.13
Disminuye dolores	8	3.13
Previene enfermedades	4	1.56
Se siente mejor	4	1.56
Detecta cancer	3	1.17
Lubricacion vaginal	3	1.17
Evita depresion	3	1.17
Total	256	100.00

Fuente encuestas

DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGUN
CONOCIMIENTO DE TRH

TABLA 8

		Porcentaje
NO CONOCE TRH	114	30.00
SI CONOCE TRH	266	70.00
TOTAL	380	100.00

FUENTE ENCUESTAS

DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGUN
USO DE TRH

TABLA 8.1

		Porcentaj
NO UTILIZA TRH	86	75.44
SI UTILIZA TRH	28	24.56
TOTAL	114	100.00

FUENTE ENCUESTAS

DISTRIBUCION DE NO USUARIAS DE TRH
SEGUN ESTADO CIVIL

TABLA 9.1

		PORCENTAJES
Casadas que no utilizan TRH	184	39
Divorciadas que no utilizan TRH	19	4
Solteras que no utilizan TRH	161	34
Viudas que no utilizan TRH	33	7
Unidas que no utilizan TRH	75	16
TOTAL	472	100

FUENTE ENCUESTAS

TABLA 9.2

**DISTRIBUCION DE USUARIAS DE TRH
SEGUN CONOCIMIENTO**

		PORCENTAJE
CONOCE Y UTILIZA TRH	28	7
CONOCE Y NO UTILIZA TRH	86	23
NO CONOCE Y NO UTILIZA TRH	266	70
TOTAL	380	100

FUENTE ENCUESTAS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La generalidad de mujeres en etapa de climaterio rechazan la TRH ya que desconocen los beneficios y riesgos de esta, la población se inclina a utilizar tratamientos alternativos que son más económicos y evitar la consulta médica. La sintomatología que preocupa más a nuestra población es la de fase aguda, como trastornos menstruales y bochornos por lo que recurren a recetas que alivien el síntoma específico que las molesta en un momento determinado sin tomar en consideración las manifestaciones climatéricas a largo plazo como la osteoporosis y enfermedades cardiovasculares.

Las casadas utilizan más la terapia que las solteras y unidas, puesto que las mujeres casadas reciben apoyo por parte de su pareja, aceptan mejor esta etapa de su vida y se sienten motivadas a continuar su vida productiva; las mujeres unidas también cuentan con este apoyo pero su nivel de escolaridad y sus ingresos económicos no les permite costear una terapia a largo plazo.

La desinformación según el estudio esta presente en las pacientes, puesto que utilizan el tratamiento sin conocer los riesgos y beneficios del mismo, ni las indicaciones que motivaron al facultativo para prescribirlo, esto se debe a la inexistencia del plan educacional sobre este trastorno fisiológico en sí y su tratamiento.

Los resultados de este estudio son similares a los encontrados por la Dra. Natchigall en un estudio realizado en Sudamérica donde la población femenina casada aceptaba mejor la terapia por recibir el apoyo de su pareja, esta población también buscaba el alivio de su síntomas inmediatos sin percatarse en las consecuencias que los trastornos hormonales les pueden acarrear.

Llama la atención que la razón principal de estas mujeres para solicitar la terapia difieren de nuestra población ya que estas mujeres la buscan debido a experimentar cambios en la libido y las emociones; las mujeres chilenas, específicamente, a menudo la solicitan para mantenerse en buen estado físico.¹

CONCLUSIONES

Las mujeres que participaron en este estudio buscaban alivio los síntomas específicos que les impiden realizar sus actividades diarias no a investigar la causa de estos para erradicarla.

La mayoría de mujeres conoce algún tratamiento para aliviar los síntomas que las aquejan, utilizando medicina alternativa y casi un tratamiento médico.

Las pacientes tienen escasa información sobre la Terapia de emplazo Hormonal, las pacientes toman el medicamento por prescripción, ninguna fue informada sobre los riesgos y beneficios de esta.

RECOMENDACIONES

1. El médico tratante debe actualizarse sobre lo que es el síndrome climatérico, su sintomatología y tratamiento, para que al momento de la evaluación pueda reconocerlo y darle un tratamiento adecuado al síndrome no al síntoma por el que consulta la paciente.

2. Se debe concientizar al personal de salud, para poder hacer un plan educacional en el cual explique los beneficios y riesgos de esta terapia.

3. El personal de salud debe educar al paciente para que tome a la menopausia no como un problema, sino como una etapa más de la vida que necesita atención especializada por las características que se presentan en la misma, ya que los síntomas son parte de un todo y no pueden ser tratados aisladamente.

4. Dar a conocer los resultados del presente estudio a fin que se le preste atención a los problemas propios de la mujer climatérica para poder desarrollar programas en beneficio de estas mujeres.

5. Crear un centro de atención especializado para las mujeres climatéricas.

RESUMEN

La terapia de reemplazo hormonal ha ayudado a muchas mujeres en la prevención de las enfermedades causadas por la menopausia.

La terapia hormonal reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, las fracturas por osteoporosis y mejora la calidad de vida de la paciente climatérica. El objetivo del estudio es determinar las causas por las que la mujer guatemalteca acepta o rechaza la TRH.

El estudio muestra que la mujer climateria rechaza a la terapia por falta de información acerca de los riesgos y beneficios de esta; la poca educación de la mujer se refleja en los escasos conocimientos que maneja acerca de los cambios difíciles en esta etapa de su vida; por lo que no consulta.

El estudio fue realizado en la consulta externa del Hospital Roosevelt por medio de entrevista dirigida a 500 mujeres climatéricas que consultaron en el mes de abril de 1998.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker, V : Sustitutivos de la Reposición oral de estrógenos. Clínicas de Obstetricia y Ginecología, v. 2/94, Mac-Graw-Hill, México. P. 271-93.
2. Bergas, S: Tratamiento hormonal de la menopausica enferma. Clinicas de Obstetricia y Ginecología, V. 2/94, Mac-Graw-Hill, México. P. 231-41.
3. Boynnameaux, H: Oral contraception and menopausal hormone replacement, efect and risk of veonous thromboembolism. Scwierz Med Wonchenschr. 1996, Oct. 12; 126 (41): 1756-63.
4. Broway, L: The brave new group of menopause suport. Seasons, 1995 5(2); 8-12.
5. Curso de educación médica en Contracepción; Pevi-Atros, Editorial Limitada, Colombia, 1994.
6. Cunningham, F: Tratado de Obstetricia de Williams. Editorial Latinoamericana. Cuarta Edición, 1996. México.
7. Dewhurst, C: Obstetricia y Ginecología para Post-Grado. Salvat, Madrid. 1980. Cap 36.
8. Gaspard, V: Evaluation of the cardiovascular impact on hormonal replacement therapy in menopausal women. J Gynecol Obstet Biol Repod, Paris, 1996;25(7):671-76.
9. Gingburg, E: Bochornos: fisiología y tratamiento hormonal. Clínicas de Obstetricia y Ginecología, volumen 2/94, Editorial Mac-Graw-Hill, México. P. 381-89.
10. Glaza, W: Medical Encyclopedia. Signet Moesby, USA. 1990.

11. Goodman, A: Tratado de Terapéutica Médica. Editorial Panamericana, Octava Edición 1991, Cap 58.
12. Guyton, A: Tratado de Fisiología. Editorial Interamericana, Séptima Edición 1991. P 952.
13. Hermens, W: Intranasal estradiol administration to oophorectomized women. Eur J Obstet Gyneco Reprod Biol 40:35, 1991.
14. Holmberg, L: Hormonal replacement therapy for women with personal history of breast cancer. Ann Oncol 1996 Sep, 7(7):655-56.
5. Hubbard, G: Evaluation of vaginal moisturizer in baboons with decerasing ovarian function. Lab Anim Sci 1997. Feb; 47(1):36-9.
6. Insua, A: Effects of estrogen therapy on bone mass in pos-menopausal women with osteopenia. Medicina B Aires. 1995; 55(5 pt 1):408-14.
7. Isselbacher: Principios de Medicina Interna de Harrison. Editorial Interamericana, Séptima Edición. 1991, México. P. 52.
8. Klaiber: Individual differences in changes of mood and MAO activity during hormonal replacement therapy in menopausal women. Pshcyconneuroendocrinology. 1996, Oct. 21(7):575-92.
9. Lopes, P: Evaluation of the risk-benefit ratio of hormonal replacement therapy for menopause and suseptible elements in maximaizing complaince. J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris. 1996; 25(7).

20. Miller, K: Tratamiento de Reposición Hormonal en la anciana. Clínicas de Obstetricia y Ginecología volumen 2/96. Mac-Graw-Hill, México. P.847-61.
21. Nason, F: Estrógenos y progesterona en cáncer mamario y ginecológico de otro tipo. Clínicas de Obstetricia y Ginecología volumen 2/94. Mac-Graw-Hill, México. P.254-63.
22. Nochtigall, L: El desafío del cumplimiento de la Terapia de Reposición Hormonal. Pevi-Atros, Editorial Limitada, Colombia, 1996 junio. P 3-11.
23. Novak, E: Ginecología. Editorial Interamericana, Segunda Edición, Segunda Edición, México, 1991. Cap 15.
24. Oldenhave, A: Impact of climateric on well-being. Am J Obstet Gynecol 168:772-80. 1993.
25. O'Neill, T: Influence of hormonal and reproductive factors on the risk of vertebral deformity in European women. Osteoporos Int. 1997, 7(1):72-8.
26. Pearce, J: Psicological effect of continuation vrs. discontinuation of hormone replacement therapy. J Psychosom Res 1997 Feb;42(2):177-86.
27. Perrone, G: Effects of oral and transdermal hormone therapy on lipid profile. Int J Retil Menopausal stud 1996 Nov-Dec, 41(6):309-15.
28. Phan, K: Ovarian aging and hormone replacement therapy. Minerva-Ginecol. 1997 Jan-Feb;49(1-2):39-42.
29. Pocelli, A: Lipoprotein and the cardiovascular risk. J Gen Intern med. 1997 Apr, 12(4):320-6.

30. Rabé, T: Ginecología. Píera-atros, Editorial Limitada, Colombia. 1997. P.178-82.
31. Ravkinar, V: Dieta, ejercicio y estilo de vida en la preparación para la menopausia. Clínicas de Obstetricia y Ginecología V.2/94, Mac-Graw-Hill, México, P.341-51.
32. Reginster, J: Evaluation of the preventive role of estrogens and non hormonal therapies in postmenopausal osteoporosis. J. Gynecol Obstet Biol Reprod Paris 1996;25(7):677-83.
33. Reginster, J: Miscellaneous and experimental agents. Am J Med Sci. 1997 Jan;313(2)33-40.
34. Robert, N: Clinical efficacy of Tamoxifen. Oncology-Huntingt 1997 Feb;11 (suppl 1):15-20.
35. Sallemtu, B: Hormonal, syndromal and EEG mapping studies in menopausal patients with or without depression. Maturitas 1996 Feb;23(1)91-105.
36. Sarrel: Sexuality and Menopause. Obstet Gynecol 1990 75:265.
37. Shewnon, D: Lípidos, arterioesclerosis y la postmenopausia. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, V. 2/94, Mac-Graw-Hill, México, 299-315.
38. Sitruk, W: Comparative evaluation of oral vrs. non oral hormonal treatments in menopause. J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris. 1996;25(7):688-93.
39. Sobel, N: Progestágenos en el tratamiento hormonal preventivo. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, V. 2/94, Mac-Graw-Hill, México, 299-315.

40. Stewart, P: Sexuality ans Menopause. Obstet Gynecol 75:265
1990.
41. Stevenson, J: Oral vrs. Transdermal hormone replacement
therapy. Int J Feb; 38 (supl):30,1995.
42. Stone, A: Valoración y tratamiento de cambios de talante,
cuño y función sexual vinculados con la menopausia.
Clínicas de y Obstetricia y Ginecología, V.2/94, Mac-
Graw-Hill, México.P.393-403.

ANEXO 1
BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estado civil: Soltera Casada Unida Viuda Divorciada

Escolaridad: Primaria Diversificado Bachillerato Universidad
Lee y escribe Analfabeta

¿Sabe usted lo que es menopausia? SI NO
Defina:

¿Sabe usted que síntomas produce? SI NO
Defina:

¿Tiene usted síntomas? SI NO
Defina:

¿Conoce algún tratamiento? SI NO
¿Cual?

¿Por que toma este tratamiento?

¿Conoce usted la TRH? SI NO
Defina:

¿Utiliza la TRH? SI NO
¿Por que?

ANEXO 2

GLOSARIO

Durante la menopausia aparecen varios cambios somáticos, fisiológicos y psicológicos por lo que antes aclararemos algunos términos:

1. Premenopausia: tiempo de descenso previo al cese de la menstruación, caracterizado por un descenso de la producción estrogénica, insuficiencia luteínica, elevación de la gonadotropina y trastornos neurovegetativos.
2. Climaterio: Fase del envejecimiento de la mujer que señala la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva.
3. Menopausia: Supresión definitiva de la menstruación, oscila entre los 45 a 50 años.
4. Atrofia: Fenómeno de regresión tisular.
5. Atresia: Falta de abertura.
6. Síndrome Climatérico: labilidad del sistema neurovegetativo por déficit estrogénico con trastornos del ciclo, sofocaciones, mareos, palpitaciones, insomnio, etc.
7. Arteriosclerosis: Engrosamiento, pérdida de elasticidad y endurecimiento de las paredes arteriales causada por depósito de lípidos que producen alteraciones vasomotoras.
8. Osteoporosis: Descenso en el contenido mineral óseo.⁴