

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACEPTACIÓN DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN
PACIENTES CLIMATÉRICAS.

ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL HECHO CON MUJERES
ATENDIDAS EN LA CLÍNICA DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA DE
APROFAM, DURANTE JUNIO DE 2001.

ANA MARÌA LÒPEZ FUENTES

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, julio de 2001

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Definición y análisis del problema	2
III.	Justificación	4
IV.	Objetivos	5
V.	Revisión bibliográfica	6
	A. Menopausia y climaterio	6
	B. Síntomas	6
	C. Tratamiento	7
	D. Indicación	7
	E. Desventajas y riesgos	12
	F. Contraindicaciones	18
	G. Terapia de reemplazo hormonal	19
	H. Estrógenos	19
	I. Progestágenos	21
VI.	Metodología	23
VII. y VIII.	Presentación y análisis de resultados	28
IX.	Conclusiones	39
X.	Recomendaciones	40
XI.	Resumen	41
XII.	Referencias bibliográficas	42
XIII.	Anexos	46

I. INTRODUCCIÓN

El climaterio es un periodo fisiológico en la vida de las mujeres que se encuentra condicionado por los cambios hormonales que en él acontecen. Se acompaña de múltiples sintomatologías que alteran la calidad de vida de las mujeres. La Terapia de Reemplazo Hormonal se ha usado eficazmente para tratar estos síntomas y más recientemente para la prevención de Osteoporosis.

El presente trabajo tiene como objeto evaluar la aceptación a la Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres climatéricas que asistieron a la Clínica de Climaterio y Menopausia de APROFAM zona 1 durante Junio de 2001. Se entrevistó a un total de 195 pacientes, de las cuales el 72% aceptaron la TRH, siendo el seguimiento de instrucciones médicas la causa más frecuente por lo que se continuó con el tratamiento, seguida de la mejoría de los síntomas, indicación por ooforectomía y osteoporosis, y el costo más favorable en Aprofam y algunas farmacias con descuento. El porcentaje de rechazo fue del 28% influenciado principalmente por el factor económico en un 59%, seguido por los efectos secundarios con un 26%, por el temor al cáncer de mama, la influencia de familiares y el desconocimiento de la terapia con un 12%. A pesar del bajo grado de escolaridad de las entrevistadas, ya que la mayoría no había terminado la secundaria, el 51% de las pacientes sí aceptó la TRH, contra un 17% que la rechazaron.

Se espera que el presente estudio contribuya a desarrollar programas de información y educación así como campañas masivas de difusión dirigidos a las pacientes así como al personal que trabaja en salud y a la comunidad en general.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El climaterio y la menopausia son procesos fisiológicos. La menopausia se define como la interrupción permanente de la menstruación, que se produce después de la interrupción de la función ovárica. Las palabras menopausia y climaterio se usan de manera indistinta pero no significan lo mismo, la primera representa un evento en la vida de la mujer, mientras que la segunda constituye una etapa de la vida femenina, es decir, que significa el período de tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. (5,19,25,23)

La edad de aparición es variable, se acepta que tiene lugar entre los 35 y 55 años, como promedio a los 50 años. A pesar de que la población guatemalteca es eminentemente joven, la expectativa de vida actual es de 70 años, esto trae como consecuencia que casi un tercio de la vida femenina transcurra después de la menopausia. En un 70% de las mujeres durante el climaterio se produce una serie de síntomas que disminuyen la calidad de vida de este grupo poblacional. (10,23)

Los síntomas se relacionan con el déficit hormonal, y son principalmente síntomas neurovegetativos: sofocación, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio, vértigos. Alteraciones psicológicas como labilidad emocional, nerviosismo, irritabilidad, estado de ánimo depresivo, disminución de la libido, entre otras. En relación a alteraciones genitourinarias se mencionan sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria. (14,22,24)

La Terapia de Reemplazo Hormonal proporciona innegables beneficios a la mujer perimenopáusica, tanto en la prevención y tratamiento de trastornos vasomotores, urogenitales, osteoporosis, y en cuanto a su rol en la prevención de la enfermedad de Alzheimer; mejorando la calidad de vida de la mujer.

Existen diferentes factores que influyen en la aceptación a la TRH, tales como las creencias, factores económicos, culturales, educativos, entre otros. El número de mujeres climatéricas que no reciben hormonoterapia es alto, aún en países industrializados como Estados Unidos en donde sólo el 20% reciben este tratamiento continuamente. (5)

El desconocimiento de los beneficios de la TRH a nivel preventivo aún en los grupos de mayor nivel educacional es alto y la continuidad en el tratamiento es escasa. (10,11,16,20,25)

La Asociación Probienestar de la Familia (Aprofam) cuenta con una clínica especializada en la atención de la mujer climatérica, es por tanto que surge el interés por establecer la aceptación de la TRH en las mujeres que acuden a este centro, no existiendo estudios previos relacionados con este tema, lo que podría ayudar a mejorar o preservar las medidas de promoción tomadas en esta institución y tomarse como modelo para otras.

III. JUSTIFICACIÓN

La Terapia de Reemplazo Hormonal contribuye favorablemente en el control de los síntomas vasomotores y urogenitales, además, en la prevención de osteoporosis y enfermedad de Alzheimer que disminuyen la calidad de vida de la mujer, por lo tanto, es necesario que cada mujer que se encuentra en este período esté informada, cuente con atención especializada y esté en la disposición y capacidad de iniciar y continuar con este tratamiento.

En 1998 se realizó un estudio descriptivo en mujeres climatéricas que consultaron al Hospital Roosevelt durante el mes de abril para determinar la aceptación o rechazo de la Terapia de Reemplazo Hormonal en un total de 500 pacientes, mostrando que el 48.4% rechazó la terapia por falta de información acerca de los riesgos y beneficios de ésta, principalmente. De las pacientes que utilizan la TRH la razón principal para su uso fue el alivio de los síntomas. (3)

En 1999 se realizó un estudio para determinar la opinión y grado de cumplimiento al tratamiento de la TRH en mujeres climatéricas que asistieron a la Clínica Periférica El Amparo zona 7 durante junio y julio. Se encontró buena aceptación y alta frecuencia de cumplimiento al tratamiento, con un 76% de efectividad. Entre los factores más importantes de incumplimiento a la THR fue el económico en un 73.3% del total. (28)

Los resultados de estos estudios coinciden en que existe un desconocimiento sobre menopausia a todos los niveles, educativos, sociales y culturales. (20)

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

1. Evaluar la aceptación a la Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres climatéricas que asisten a la Clínica de Climaterio y Menopausia de APROFAM zona 1 durante Junio de 2001.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los factores personales que contribuyen a la aceptación o rechazo de la Terapia de Reemplazo Hormonal.
2. Determinar los factores físicos que contribuyen a la aceptación o rechazo a la Terapia de Reemplazo Hormonal.
3. Describir los factores socioeconómicos que contribuyen a la aceptación o rechazo a la Terapia de Reemplazo Hormonal.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

Menopausia se define según la Sociedad Internacional de Menopausia como la última hemorragia menstrual, pero como esta fecha se establece de manera retrospectiva, después de un año de amenorrea se puede considerar como menopausia todo ese año a partir de la última menstruación. Los tipos de menopausia son:

- Espontánea: desde los 42 hasta los 59 años.
- Artificial-quirúrgica: por pérdida iatrogénica.
- Tardía después de los 55 años.

El climaterio es el período de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva en el que se van a presentar un conjunto de fenómenos que acompañan a la cesación de la función ovárica de la mujer. (5,11,23,29)

1. SÍNTOMAS:

El climaterio es sintomático en el 75-85% de las mujeres aunque sólo el 15-20% consultan. La intensidad de los síntomas es variable y subjetiva, según la perturbación que ocasiona:

a) A corto plazo:

- i. Síntomas vasomotores: sofocos, sudores, palpitaciones.
- ii. Síntomas psíquicos: alteraciones del sueño, nerviosismo, depresión, ansiedad.

b) A mediano plazo:

- i. Atrofia genitourinaria, coitalgia, sequedad vaginal, disminución de la libido, micción imperiosa, incontinencia.
- ii. Cambio en la piel y faneras, alteración en la distribución de la grasa.

c) A largo plazo:

- i. Osteoporosis
- ii. Incremento del riesgo cardiovascular
- iii. Enfermedad de Alzheimer (14,19,22,23,24,25)

2. TRATAMIENTO

La terapia de reemplazo hormonal consiste en el aporte hormonal externo, ya sea de estrógenos solos o de estrógenos más progestágenos, con la intención de mejorar los síntomas que se presentan con el cese de la actividad folicular ovárica. (4,8,14,25)

3. INDICACIONES

a) Menopausia precoz: la mayoría de las sociedades científicas están de acuerdo en la indicación de la TRH a las mujeres con menopausia precoz ya sea natural, quirúrgico o yatrogénica. Consideran indicación absoluta cuando se presenta antes de los 40 años y muy recomendable si es entre los 40 y los 45 años. (14)

b) Menopausia sintomática: cuando los síntomas son lo suficientemente intensos y alteran la calidad de vida de la mujer menopáusica se debe aconsejar THR durante 2 a 5 años. (14)

c) Prevención de la osteoporosis: la osteoporosis afecta más de 25 millones de mujeres postmenopáusicas y mayores de 45 años en Estados Unidos. La osteoporosis se caracteriza por disminución de masa ósea, alteraciones de la microestructura del hueso lo que le da más fragilidad y riesgo de fracturas. La pérdida de masa ósea es un proceso inherente al envejecimiento en el período postmenopáusico. El hipoestrogenismo de esta época constituye una condición en que la pérdida se acentúa y es mayor que la observada en el varón de la misma edad. Se presenta un balance negativo del calcio. (3,10,13)

La pérdida de masa ósea en el período postmenopáusico es acelerada, en un período de 8 a 10 años, perdiéndose entre 10 y 15% de la cortical y 15 a 20% de la trabecular del hueso, luego de estos años, la velocidad de la pérdida es menor. En los primeros años de la menopausia se afecta el hueso esponjoso a una velocidad promedio de disminución de masa ósea de 2 a 5% por año, el hueso compacto muestra una velocidad de pérdida menor. Las fracturas y sus complicaciones son manifestaciones clínicas de la osteoporosis. Las áreas más típicas son cadera, columna y muñeca, constituyen un impacto negativo en la calidad de vida y en el caso de fracturas de cadera un aumento de la mortalidad. (8,25)

La osteoporosis tipo I o postmenopáusica ocurre en los primeros 10 a 20 años de postmenopausia, se caracteriza por fractura de huesos esponjosos en cuerpos vertebrales y fractura de muñecas. La

Osteoporosis tipo II se caracteriza por fractura de cadera (generalmente después de los 70 años), además pérdida de estatura y xifosis. (15,27)

El tratamiento con estrógenos puede prevenir la pérdida de masa ósea en todas las áreas del esqueleto, siempre que se inicie dentro de un corto espacio de tiempo del comienzo de la menopausia, antes de que la fase acelerada de pérdida de masa ósea haya sustraído una cantidad apreciable de masa del hueso. Para que el estrógeno realice una función preventiva se requiere un tratamiento prolongado ya que si éste se interrumpe, la pérdida de masa ósea comienza de nuevo, lo cual quiere decir que el efecto persiste mientras dura el tratamiento. Se afirma que la terapia con estrógenos debe ser por lo menos por 10 años para que sea beneficiosa. La terapia estrogénica disminuye la pérdida de masa ósea y el riesgo de fracturas en un 50%. Existen receptores específicos en osteoclastos y osteoblastos. Los estrógenos no logran recuperar la pérdida de masa acumulada, por lo tanto se recomienda iniciar el tratamiento lo más pronto posible con relación con la menopausia.

El tratamiento se debe iniciar cuando se ha diagnosticado clínica o bioquímicamente el déficit estrogénico. Los beneficios de la terapia sobrepasan significativamente los riesgos en mujeres susceptibles de desarrollar osteoporosis. El estrógeno es el único tratamiento con el que se ha demostrado disminución del riesgo de fracturas, el riesgo de fracturas de cadera con esta terapia es menor del 1%. Varios estudios, más o menos 46, demostraron prevención de pérdida ósea con la terapia estrogénica. El beneficio óptimo se obtiene cuando se inicia de inmediato en el período menopáusico. (1,4,13,14,15,25,27)

d) Prevención de la enfermedad cardiovascular: muchos cambios cardiovasculares en la menopausia se pueden atribuir al proceso del envejecimiento normal y otros se pueden atribuir a la pérdida de la función ovárica y falta de hormonas sexuales. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte de la mujer, en EEUU representa el 46% de muertes. (16)

Después de 1970 se asoció la menopausia con el aumento de enfermedad cardiovascular, así el infarto del miocardio es la primera causa de mortalidad entre las personas mayores de 50 años en EEUU, seguida de enfermedad cerebrovascular. En los últimos 20 años se ha observado que las mujeres con terapia de reemplazo hormonal presentan un promedio de reducción del 50% en su riesgo de enfermedad coronaria. La disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular por TRH se calcula en 50 %, siendo más notorio el impacto en mujeres con factores de riesgo cardiovascular conocidos, en comparación con los que no lo tienen. Esta protección es el principal factor que explica la disminución en un 40% de la mortalidad global en las mujeres que siguen el tratamiento por 15 años. (8,10,18)

Varios estudios sobre angiografía coronaria muestran efecto cardioprotector del estrógeno, en ellos se determinó que el riesgo relativo global de la enfermedad coronaria para usuarias frente a no usuarias de estrógenos era de 0,41. También se ha demostrado efecto protector en el accidente vascular cerebral. En resumen, el efecto protector de la terapia estrogénica controla la enfermedad ateromatosa coronaria, provoca cambios favorables en el metabolismo de los lípidos y lipoproteínas, tiene acciones directas sobre la pared arterial: reducción de vasoconstricción, disminuye el depósito de lípidos en la íntima,

protege el endotelio y libera sustancias vasoactivas como el óxido nítrico. Estos efectos se pueden agrupar así:

- i. Efectos metabólicos: incremento del HDL y disminución del LDL y colesterol total.
- ii. Mecanismo celular antiaterogénico.
- iii. Inhibición directa del tono vascular.
- iv. Modificación del tono simpático. (5,7,8,26)

d) Prevención de enfermedad de Alzheimer: la enfermedad de Alzheimer es una patología degenerativa del cerebro que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta, e interfiere con las actividades diarias habituales. El antecedente familiar es un factor de riesgo importante. Las pacientes recuerdan sucesos del pasado distante pero no recuerdan lo acontecido minutos antes. Los síntomas ocurren después de los 65 años. Se presentan enredos neurofibrilares en los cuerpos neuronales de la corteza cerebral y el hipocampo. Existe deficiencia de acetil colina en el cerebro. Los estrógenos inducen la producción de colina acetiltransferasa que es la enzima necesaria para sintetizar acetilcolina. El estrógeno regula las proteínas del crecimiento relacionados con alargamiento del cilindroeje, promueve la formación de sinapsis, tiene acciones antioxidantes y antiinflamatorias. Aumenta los niveles antioxidantes de apolipoproteína E y aumenta el metabolismo y la captación de glucosa cerebral. Las hormonas sexuales juegan un papel importante en el sistema nervioso central del adulto, especialmente en el proceso de formación y remodelación de circuitos neuronales y actividad de neurotransmisores. (9,14,25)

Por lo tanto los estrógenos previenen la enfermedad de Alzheimer y mejoran las funciones cognitivas en las pacientes que ya la han desarrollado. En 1124 pacientes ancianas dementes se identificaron 167 con enfermedad de Alzheimer y entre las usuarias de estrógenos se redujo el riesgo de la enfermedad en un 60%. La mayoría de pacientes con enfermedad de Alzheimer son mujeres, los datos epidemiológicos sugieren que existe una disminución del riesgo de enfermedad de Alzheimer cerca del 50% en usuarias de estrógenos. (14,25)

4. DESVENTAJAS Y RIESGOS

Los efectos desfavorables de los estrógenos son relativamente pocos, se pueden agrupar así:

- a) Efectos sobre la coagulación: aumento de factores VII y X, aumento del fibrinógeno, disminución de la antitrombina III, y aumento de agregación plaquetaria, dichos fenómenos traerían un mayor aumento de la enfermedad tromboembólica. Las pacientes con antecedentes de enfermedad tromboembólica tendrían una contraindicación para uso de estrógenos, aunque existen estudios contradictorios al respecto.

- b) Efecto sobre el sistema renina angiotensina, los cuales causarían un discreto aumento de la hipertensión.

- c) Efecto mineralocorticoide asociado con retención hídrica y aumento de peso: al normalizarse el equilibrio hidrosalino se normaliza a la vez el peso ganado. Los estrógenos vuelven a la mujer más activa.
- d) Hemorragias uterinas: son menos frecuentes y aparecen habitualmente en el período de descamación del tratamiento cíclico y más raramente durante el curso del mismo. La intensidad de la hemorragia disminuye al avanzar la edad y disminuye con el uso de la terapia continua. Puede originar inquietud a la paciente y constituirse en causa de abandono del tratamiento. La hemorragia que se presenta en el período de descamación no es preocupante, en cambio, si ocurre en el curso del tratamiento obliga a estudio del endometrio con ecografía y biopsia endometrial.
- e) Aumento en la frecuencia de la histerectomía: se ha calculado una frecuencia mayor de histerectomía en mujeres con terapia frente a mujeres postmenopáusicas sin terapia.
- f) Colelitiasis: estudios recientes no han demostrado aumento en incidencia de colelitiasis. Se ha dicho que los estrógenos se eliminan por la bilis, lo que unido a cierto grado de colestasis puede predisponer a litiasis.
- g) Efecto oncogénico: los riesgos oncológicos principales de la TRH son riesgo de cáncer endometrial y cáncer de mama. (8,14,25)
- i. Cáncer endometrial: un estímulo estrogénico sostenido y no opuesto por progestágenos desempeña un papel importante en el origen de un

adenocarcinoma de endometrio o de sus precursores como la hiperplasia simple y la hiperplasia atípica adenomatosa.

El carcinoma de endometrio es considerado como una hiperplasia hormonodependiente. Existen dos tipos de carcinoma de endometrio: uno hormonodependiente altamente asociado a concentraciones altas de estrógenos o en pacientes con rasgos predisponentes como obesidad, diabetes, hipertensión y utilización de estrógenos sin oposición de progesterona. En el carcinoma endometrial secundario a uso de estrógenos la paciente tiene caracteres fenotípicos diferentes a los clásicos, puede ser delgada, no hipertensa y no presentar diabetes.

Histológicamente se caracteriza por ser bien diferenciado, limitado al endometrio, superficialmente invasor y tiene buen pronóstico. (7)

El otro tipo de carcinoma no es hormonodependiente, se origina en un endometrio atrófico sin la influencia hormonal directa. Se relaciona con edad avanzada, deficiencias en la inmunidad y es muy indiferenciado.

El riesgo de producción de carcinoma endometrial por uso de estrógenos depende de la dosis empleada y la duración del tratamiento; el riesgo varía entre 1.7 y 15.

El riesgo relativo de cáncer disminuye con el agregado de progesterona, alcanzando cifras similares o inferiores que las de las mujeres que nunca han recibido hormonoterapia. Las progesteronas disminuyen la mitosis e inducen transformación secretora y descamación endometrial. Para evitar la hiperplasia la adición de progesterona debe ser entre 12 y 14 días. (6,7)

Una modalidad terapéutica que busca disminuir la hiperplasia y lograr inducir la amenorrea es dar medicación con estrógenos y progesterona continuos sin descanso, aunque a veces se presenta sangrados en pintas intermenstruales.

El riesgo de cáncer endometrial aumenta con la obesidad, un sobrepeso de 10 a 12 kilogramos, el riesgo es 3 veces mayor y se puede incrementar hasta 10 veces más cuando el sobrepeso es mayor que el antes citado.

El estrógeno estimula la división celular endometrial, la proliferación celular, porque el estrógeno sérico está incrementado, debido a la conversión periférica de andrógenos suprarrenales a estrógenos, asociado a disminución de globulina transportadora de estrógenos, lo que condiciona una mayor cantidad de estrógenos biodisponible. Existe aumento de factor de crecimiento epidérmico el cual estimula la proliferación del estroma endometrial. El riesgo de cáncer endometrial se reduce si:

- El estrógeno se asocia a progestágeno.
- Si la progesterona se usa por 12 a 14 días cada mes. (6,7)

- ii. Cáncer de mama: no es fácil descifrar la relación entre el reemplazo de estrógeno y el riesgo de cáncer de mama. Aunque algunos estudios señalan la posibilidad de un riesgo levemente mayor, los mismos representan la minoría. La mayor parte de la evidencia señala una ausencia de relación causal. La mayor parte de los datos disponibles presentan la desventaja de que se derivaron de estudios no aleatorios y no controlados que, en muchos casos, no pueden explicar el impacto de variables críticas, por ejemplo la posología, el que los

resultados reflejen o no la terapia con estrógenos sin oposición o la terapia combinada de estrógeno y progestina, la duración del uso y la situación de riesgo de la población estudiada. (6,25)

La mayor parte de la evidencia indica que el riesgo de cáncer de mama no aumenta con la terapia de reemplazo hormonal a corto plazo, administrada por 5 años o menos.

Entre los diversos metaanálisis que interpretaron estos datos, los estudios realizados por Armstrong y colab. en 1988, estudiando a 23000 mujeres usuarias de TRH, Sillero-Arenas y colab. en 1992 y Dupont y colab. en 1991 con enfermedad benigna y uso de TRH, llegaron a la conclusión de que no había un aumento en el riesgo a largo plazo con dosis de estrógeno equivalentes a 0,625 mg de estrógenos equinos conjugados o menos. (6,17)

Un estudio realizado por Grady y colab. en 1992, llegó a la conclusión de que podría haber un aumento en el riesgo relativo de 1,25 con el uso a largo plazo, mientras que Steinberg y colab. en 1991 asignaron un riesgo relativo de 1,3 al uso de estrógeno durante más de 15 años. Estos últimos investigadores, afiliados con los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, calcularon el riesgo relativo para cada año de reemplazo hormonal, dándole un valor del 1,02. El estudio sobre el Cáncer y las Hormonas Sexuales en 1994, también llevado a cabo en los CDC, no ha detectado un riesgo mayor, hasta con el uso posmenopáusico de estrógeno por 20 años o más. (6)

Un sexto metaanálisis realizado por investigadores participantes en el Estudio de la Salud de Enfermeras en 1995, halló un leve aumento en el riesgo con el uso actual y a largo plazo. Entre los seis

metaanálisis, solamente el de Steinberg y colab. en 1991, halló un riesgo mayor en las mujeres con una historia familiar positiva de cáncer de mama, mientras que Sillero-Arenas y colab. en 1992 y Colditz y colab. en 1996 no hicieron tal observación. Los otros tres estudios no analizaron el efecto de la historia familiar. (6)

En 1989 la evidencia primaria de un aumento del riesgo de cáncer de mama surgió de Bergkvist y colab., quienes comunicaron un riesgo relativo de 1,8 al cabo de 9 años de utilización de estrógeno. Dejando de lado los problemas metodológicos, el riesgo mayor solamente se observó en mujeres que tomaban estradiol a posologías equivalentes a o una dosis de 1,25 mg de estrógenos conjugados. (6)

Se puede tener más confianza en el informe más reciente del Estudio de la Salud de Enfermeras en 1995, basado en datos de seguimiento de 122.000 mujeres por un período de 14 años. La terapia de reemplazo hormonal actual tanto con el uso de estrógeno sin oposición, como con el de estrógeno y progestina se asoció con un riesgo mayor de cáncer de mama, relacionándose el grado de riesgo sólidamente con la duración del uso y la edad de la usuaria.

Entre las usuarias actuales de todas las edades y estado de riesgo, el riesgo relativo varió de 1,14 para el uso durante 1 a 23 meses, a 1,20 para el uso durante 24 a 59 meses, a 1,46 para el uso por 60 meses y más. Entre las mujeres de 55 a 59 años de edad, con 5 años o más de uso de hormonas, el riesgo relativo fue de 1,54, pero el uso de menor duración no reflejó un aumento en el riesgo. (6)

5. CONTRAINDICACIONES

a) Contraindicaciones absolutas de estrógenos:

- Neoplasia estrógeno dependiente.
- Sangrado uterino de causa desconocida.
- Trombosis vascular reciente con o sin embolia.
- Insuficiencia hepática aguda.
- Enfermedad vascular cerebral hemorrágica o trombótica posterior al uso de estrógenos.

b) Contraindicaciones relativas:

- Antecedente de neoplasia estrógeno dependiente
- Hepatopatía crónica
- Leiomiomas de grandes elementos
- Endometriosis
- Antecedente de tromboflebitis o tromboembolia
- Evento vascular cerebral
- Infarto agudo del miocardio reciente
- Enfermedad pancreática
- Enfermedad vascular
- Mastopatía quística
- Hiperlipidemia familiar. (4,6,16,25)

B. TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

1. ESTRÓGENOS:

Son la base del tratamiento en la TRH. Pueden ser naturales o sintéticos, siendo de elección los naturales: estrógenos humanos (17β -estradiol y estriol) y los estrógenos equinos conjugados. Existen diferentes vías de administración, entre ellas:

- a) Vía Transdérmica (Fem7, Estraderm TTS, Climaderm)
 - i. Ventajas:
 - Proporciona niveles constantes y sostenidos, efecto más fisiológico y equilibrado.
 - Reduce el efecto del primer paso hepático. Es preferible en enfermedad concomitante.
 - No aumenta el número de colelitiasis.
 - Evita las molestias gastrointestinales.
 - Permite reducir tanto la dosis como la frecuencia de administración.
 - ii. Inconvenientes:
 - Mayor costo.
 - Aparición de efectos adversos cutáneos (15- 30%). En menor frecuencia con los parches de membrana única.
- b) Vía Oral (Premarin, Estrofem, Estrarona): se utilizan los estrógenos equinos conjugados y el valerianato de estradiol que se metabolizan en un primer paso hepático, de aquí derivan sus principales problemas y ventajas.

- i. VENTAJAS:
 - La mayoría de los estudios sobre los beneficios de la TRH en la osteoporosis y riesgo cardiovascular han sido realizados en la vía oral.
 - ii. INCONVENIENTES:
 - Aumentan el sustrato de la renina, dentro de los rangos de la normalidad, produciendo mayor riesgo de hipertensión arterial en personas susceptibles.
 - Elevan el número de colelitiasis.
 - Aumentan los triglicéridos.
 - Incrementan la resistencia a la insulina.
 - Se deben de administrar diariamente.
 - Se prescriben dosis más altas que llegan en bolo al hígado. Cuando exista: hipertensión arterial, diabetes, historia de tromboembolismo, migraña, tabaquismo, hepatopatía o hipertrigliceridemia, se utilizará la vía transdérmica.
- c) Vía Percutánea: consiste en la aplicación de gel.
- i. Ventajas:
 - Son las mismas que la vía transdérmica.
 - La aplicación es más cómoda.
 - ii. Inconvenientes:
 - Puede existir una absorción irregular que depende tanto de la dosis como del área de aplicación.

- d) Vía Intramuscular (GynodianDepot):
- i. Ventajas.
 - Evita el primer paso hepático, en consecuencia los cambios de las globulinas captadoras y lipoproteínas son menos importantes que con el tratamiento oral.
 - No hay aumento de triglicéridos.
 - ii. Desventajas:
 - Difícil aplicación.
 - Mayor costo. (8,17)
- e) Vía Vaginal (Vagimem, Premarin Crema): provoca cifras circulantes mayores de hormona en menos tiempo que una dosis oral comparable. (8)

2. PROGESTÁGENOS:

Los progestágenos naturales son de primera elección. El uso clínico de las progestinas durante el climaterio es el contrarrestar los efectos estrogénicos en el endometrio, sin embargo, también han sido utilizadas para disminuir los bochornos y proteger la densidad ósea.(8)

La vía más utilizada es la oral. Dependiendo si la mujer quiere o no reglas se administrará de forma cíclica o continua: se administra 12 días, los primeros de cada mes, aunque también pueden ser los últimos, cuando la mujer quiere reglar (10 mg/ día). Si la mujer no quiere reglas se lo tomará de forma continua: 2.5mg/día o 5 mg días alternos. Sus vías de administración más comunes son:

a) Vía Oral:

i. Progesterona natural micronizada:

- Gestágeno natural con menos efectos secundarios, respeta el perfil lipídico y el metabolismo hidrocarbonado.
- Carece de efecto androgénico y por su efecto natriurético evita la aparición de edemas y aumento de peso.
- Produce somnolencia.

ii. Acetato de Medroxiprogesterona:

- No tiene actividad andrógena ni anabólica.
- Produce alteraciones lipídicas según la dosis.
- Efectos secundarios psicológicos como ansiedad y corticoideos como retención de líquidos.

iii. Didrogesterona:

- Carece de efectos androgénicos, estrogénicos, termogénicos, anabólicos y corticoideos.

b) Vía transdérmica:

i. Acetato de Noretisterona (NETA).

- Produce efectos androgénicos y alteración del perfil lipídico, principalmente. (8)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo – transversal.

2. SUJETO DE ESTUDIO

Pacientes climatéricas, que asistieron a la Clínica de Climaterio y Menopausia de Aprofam Z. 1, con prescripción de TRH con tres meses de anterioridad como mínimo, durante Junio de 2001.

3. MUESTRA DE ESTUDIO

Para determinar que la muestra estudiada fuera estadísticamente significativa, el cálculo de la misma se realizó mediante la siguiente fórmula diseñada para estudios descriptivos:

$$n = \frac{N (p) (q)}{N-1 \frac{(LE)^2}{4} + (p) (q)}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra
- N = Es el universo a estudiar (380)
- p = Es la probabilidad de ocurrencia del fenómeno (0.5)
- q = Es el complementario de p (0.5)
- LE= Límite de error, o límite de seguridad o tolerancia (5%=0.05)

Sustituyendo la fórmula:

$$n = \frac{360 (0.5) (0.5)}{360-1 \frac{(0.05)^2}{4} + (0.5) (0.5)}$$
$$n = 195$$

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a) Criterios de Inclusión

- i. Pacientes con síndrome climatérico
- ii. Pacientes mayores de 35 años
- iii. Pacientes con prescripción de TRH con tres meses de anterioridad como mínimo

b) Criterios de Exclusión

- i. Pacientes con contraindicación para uso de TRH
- ii. Pacientes que no deseen participar en el estudio

5. VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
Factores Personales	Son los factores relacionados con la edad, personalidad, temperamento de un individuo.	Entrevista	Ordinal	Edad Desagrado a las pastillas Influencia de familiares o amigas Seguir instrucciones médicas Por temor
Factores Físicos	Son los factores psicobiológicos que son percibidos por un individuo.	Entrevista	Ordinal	Síntomas previos. Efectos secundarios Mejoría de los síntomas Vía de administración Tiempo de uso de las TRH
Factores socio-económicos	Son los factores relacionados con las creencias, escolaridad y economía de un individuo.	Entrevista	Nominal Ordinal	Grado de escolaridad Factor económico

6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Se elaboró una boleta de recolección de datos. Se llevó a cabo una entrevista cara a cara para el llenado de la boleta, antes de que las pacientes fueran evaluadas por el especialista. (Ver anexo 1)

7. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La entrevista cara a cara se realizó por el estudiante responsable del estudio, la cual se realizó en la sala de espera de la Clínica de Climaterio y Menopausia de Aprofam Z.1 a las mujeres que estuvieron dispuestas a participar en el estudio y llenaran los criterios de inclusión; previo a su evaluación por parte del especialista. Se realizó durante el mes de Junio de Lunes a Viernes, en horario de 13:00 a 15:30 horas y los Sábados de 8:00 a 12:00 horas, siendo este el horario de atención ordinario.

8. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESPECIFICO

Se tabuló la información recolectada, siendo almacenada y procesada en Microsoft Word, EpiInfo 2000, para su análisis e interpretación posterior.

B. RECURSOS

1. MATERIALES FÍSICOS

- i. Clínica de Climaterio y Menopausia de APROFAM zona 1
- ii. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala
- iii. Biblioteca de Aprofam

- iv. Red de Información Científica INTERNET
- v. Computadora e impresora
- vi. Boleta de Recolección de datos

2. HUMANOS

- i. Médicos asesor y revisor
- ii. Médico de Clínica de Climaterio y Menopausia
- iii. Personal de archivo y recepción de APROFAM
- iv. Personal de Bibliotecas consultadas
- v. Estudiante responsable de la investigación

3. ECONOMICOS

- i. Transporte Q600°°
 - ii. Reproducción de material bibliográfico y boletas de recolección de datos Q50°°
 - iii. Levantado de texto Q250°°
 - iv. Impresión y empastado de tesis Q600°°
- TOTAL Q1500°°

VII. y VIII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

ACEPTACIÓN DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES CLIMATÉRICAS

Estudio descriptivo-transversal hecho con mujeres atendidas en la clínica de Climaterio y Menopausia de APROFAM, durante Junio de 2001.

CUADRO No. 1
Distribución por grupo etáreo

EDAD EN AÑOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
35-39	23	12%
40-49	83	43%
50-59	78	40%
60 ó más	11	5%
TOTAL	195	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2
Etapa Climatérica según edad

ETAPA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRECLIMATÉRICA 35-40 AÑOS	23	12%
CLIMATÉRICA 40-50 AÑOS	83	43%
POSCLIMATÉRICA 50 ó MÁS AÑOS	89	45%

Fuente: boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La mayoría de pacientes entrevistadas se encontraban entre los 40 y 50 años de edad, lo que coincide con lo descrito en la literatura que la edad de aparición de los síntomas climatéricos tiene lugar entre los 35 y 55 años. (23)

CUADRO No. 3
Aceptación de la TRH

ACEPTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	141	72%
NO	54	28%
TOTAL	195	100%

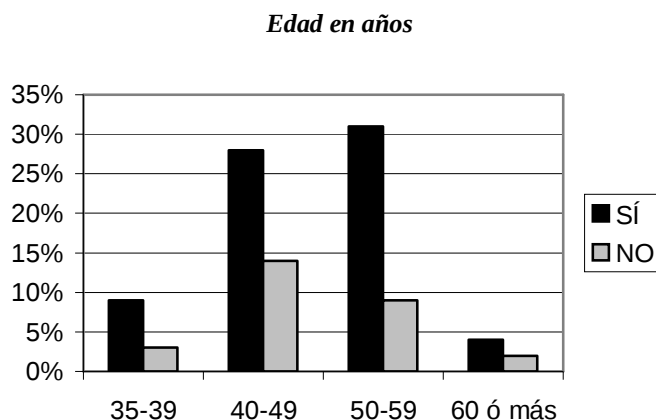
Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO No.4
Aceptación de la TRH según la edad

EDAD EN AÑOS	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35-39	18	9%	5	3%
40-49	55	28%	28	14%
50-59	61	31%	17	9%
60 ó más	7	4%	4	2%
TOTAL	141	72%	54	28%

Fuente: boleta de recolección de datos.

GRÁFICA No. 1
Aceptación o rechazo a la TRH según edad

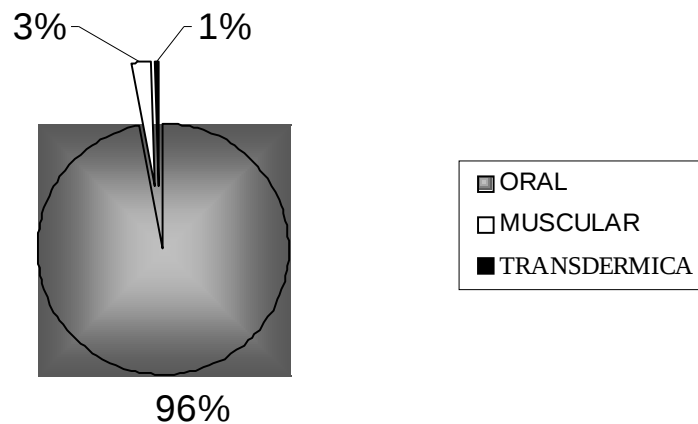


Fuente: Cuadro No. 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De las pacientes a quienes se les prescribió la terapia con tres meses de anterioridad, como mínimo, se determinó una aceptación por arriba del 50%. La etapa climatérica fue la más frecuente, con una aceptación a la terapia del 59%. El porcentaje de rechazo fue más alto en el grupo de mujeres entre los 40 a 49 años. En las edades de 60 años o más el porcentaje fue bajo, considerando que en esta edad los síntomas han disminuido o desaparecido en gran parte, lo que contribuye a que ya no continúen con la terapia y la frecuencia de visita a la clínica sea menor. (23)

GRÁFICA No. 2 VÍA DE ADMINISTRACIÓN



Fuente: boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La vía de administración más utilizada en las pacientes que aceptaron la TRH fue la oral. En la mayoría de las mujeres los estrógenos se administran por vía oral como la primera línea de tratamiento. (25)

La vía transdérmica es de uso más cómodo, por disminuir la frecuencia de administración, sin embargo, este tiene un mayor costo por lo que sólo el 1% la utilizan.

CUADRO No. 5
SÍNTOMAS PREVIOS AL TRATAMIENTO

SÍNTOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BOCHORNOS	114	49%
DEPRESIÓN	20	9%
HEMORRAGIA	20	9%
INSOMNIO	19	8%
DOLOR OSTEOMUSCULAR	16	7%
CAMBIOS EN LA CONDUCTA	16	7%
CEFALEA	12	5%
IRREGULARIDAD MENSTRUAL	8	3%
MAREOS	5	2%
NINGUNO	4	1%
TOTAL	234	100%

Fuente: boleta de recolección de datos

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los síntomas presentados previo al inicio de la TRH, los bochornos ocuparon el 49%, lo que coincide con la literatura que describe los síntomas a corto plazo son los más frecuentes. En un 70% de las mujeres durante el climaterio se produce una serie de síntomas que disminuyen su calidad de vida, por lo que debe aconsejarse la TRH. (19)

De los síntomas psíquicos, la alteración del sueño, la depresión y los cambios de conducta ocuparon el 24%. Se ha visto que la terapéutica hormonal sustitutiva es una gran ayuda para mejorar estos síntomas.(7)

Siendo la irregularidad menstrual uno de los primeros síntomas en presentarse, con la TRH se logra obtener ciclos menstruales más regulares.

CUADRO No. 6
Motivos por los cuales continúa la TRH

FACTORES	MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERSONALES	Seguir instrucciones del médico	91	51%
FÍSICOS	Mejoría de los síntomas	50	28%
	Indicación por Ooforectomía	13	7%
	Osteoporosis	3	2%
SOCIOECONÓMICOS	Menor costo en Aprofam	19	11%
	Menor costo en farmacias con descuento	2	1%
	TOTAL	178	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El seguimiento de instrucciones médicas es el motivo más frecuente que influyó en la aceptación de la TRH, lo que resalta la importancia del plan educacional en las pacientes para la continuidad en los tratamientos. De los factores físicos, la mejoría de los síntomas fue la razón más importante que contribuyó en la aceptación de la TRH, ya que sin duda alguna, es lo que la mayoría de pacientes espera al iniciar un tratamiento.

Entre los factores socioeconómicos que contribuyeron a la aceptación de la TRH se encuentra el hecho que en APROFAM los medicamentos son vendidos a precios más favorables para las pacientes. El 1% mencionó que existen farmacias con descuentos, lo que contribuye a que puedan seguir comprando sus medicamentos.

CUADRO No. 7
Motivos por los cuales no continuó la TRH

FACTORES	MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERSONALES	Influencia de familiares o amigas	3	5%
	Temor por los efectos secundarios	2	4%
	No le gusta tomar pastillas	2	4%
	No sabe para qué sirve la TRH	1	2%
FÍSICOS	Cefalea	6	11%
	Hemorragia	3	5%
	Náuseas	2	4%
	Tensión Mamaria	1	2%
	Hipertensión arterial	1	2%
	Hepatomegalia	1	2%
SOCIO ECONÓMICOS	Son muy caros	32	59%
TOTAL		57	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El factor más importante por el cual no aceptaron la TRH fue el alto costo que representa para el 59% de las pacientes, ya que debido al uso continuo y prolongado de esta terapia, muchas de ellas no logran cumplir con el tratamiento. Entre los factores físicos que influyeron en el rechazo se encuentra el apareamiento de efectos secundarios 26%, como lo son la náusea, cefalea, hemorragia, tensión mamaria, hipertensión arterial y un caso de hepatomegalia la cual tenía 17 años de utilizar la terapia. La influencia de los factores personales fue baja, con un total del 12%.

CUADRO No. 8
Tiempo de utilización de la TRH

TIEMPO	ACEPTARON		RECHAZARON	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 3 meses	2	1%	5	3%
3-6 meses	74	38%	30	15%
7-11 m	20	10%	4	2%
1-3 años	33	17%	11	6%
4-6 años	7	3%	0	0
7 ó más años	5	3%	4	2%
TOTAL	141	72%	54	28%

Fuente: boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El tiempo de utilización de la TRH es indefinido en la mayoría de los casos, dependiendo de la sintomatología, ooforectomía previa o la presencia de osteoporosis entre otras causas.

En el grupo de pacientes que aceptaron la TRH el tiempo de utilización más frecuente se encontró en el período de 3 a 6 meses. Sin embargo, en este mismo período se observó que un alto porcentaje de pacientes abandonaron el tratamiento. Esto coincide con un estudio previo realizado en mujeres centroamericanas en el que el tiempo de uso de la TRH fue un 32% para menos de 6 meses y 68% de 6 meses a un año.(7) Aún así el porcentaje de usuarias de más de 1 año a 6 años es alto.

El tiempo de utilización de la TRH está directamente relacionado con los beneficios que proporciona, tal es el caso en la prevención de osteoporosis en donde se menciona que debe ser por lo menos por 10 años para que sea beneficiosa.(8,25)

CUADRO No. 9
Escolaridad

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	10	5%
Lee y escribe	4	2%
Primaria incompleta	34	17%
Primaria completa	56	29%
Secundaria incompleta	13	7%
Secundaria completa	15	8%
Diversificado incompleto	4	2%
Diversificado completo	47	24%
Universidad	12	6%
TOTAL	195	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 10
Aceptación o rechazo según el grado de escolaridad

ESCOLARIDAD	ACEPTACIÓN		RECHAZO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	2	1%	2	1%
Lee y escribe	9	5%	1	0.5%
Primaria incompleta	21	11%	13	7%
Primaria completa	41	21%	15	7%
Secundaria incompleta	12	6%	1	0.5%
Secundaria completa	13	7%	2	1%
Diversificado incompleto	1	1%	3	2%
Diversificado completo	32	16%	15	7%
Universidad	10	5%	2	1%
TOTAL	141	73%	54	27%

Fuente: boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo al grado de escolaridad, se determinó que el mayor porcentaje corresponde a pacientes que completaron la primaria, aún cuando la escolaridad es baja la aceptación de la TRH fue del 21%.

Las pacientes analfabetas o que no terminaron la primaria representaron el 25.5%, de las cuales la mayoría aceptó la TRH.

En el grupo de pacientes que cursaron la secundaria, diversificado y estudios universitarios se detectó un alto porcentaje de aceptación a la terapia, así mismo un 32% de rechazo, lo que es congruente con lo describe la literatura, que el desconocimiento de los beneficios de la hormonoterapia aún en los grupos de mayor nivel educacional es alto. (7,20)

Debido a que Aprofam es una entidad en la que la mayoría de pacientes son de clase media a baja, esto se refleja con el alto porcentaje de mujeres con bajo grado de escolaridad.

IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de pacientes que asisten a la Clínica de Climaterio sí aceptan la Terapia de Reemplazo Hormonal prescrita.
2. Los factores personales que más influyeron en la aceptación de la TRH fueron la edad en etapa climatérica y el seguimiento de instrucciones médicas.
3. Los factores personales que influyeron en el rechazo a la TRH fueron en orden descendente, la influencia de familiares, temor a los efectos secundarios, desagrado en tomar pastillas y al desconocimiento de la terapia.
4. Los factores físicos que influyeron en la aceptación fueron la mejoría de los síntomas en un 28%, seguido de indicación por ooforectomía u osteoporosis.
5. Los factores físicos que contribuyeron al rechazo a la TRH fueron la presencia de efectos secundarios como cefalea, hemorragia, náuseas, tensión mamaria, hipertensión arterial y hepatomegalia.
6. Los factores socioeconómicos que favorecieron la aceptación a la TRH fueron el costo más favorable en Aprofam y la presencia de farmacias con descuento. A pesar del bajo grado de escolaridad fue mayor el porcentaje de aceptación en este grupo poblacional.
7. El factor socioeconómico que más influyó en el rechazo a la terapia fue el alto costo de los medicamentos.

X. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar programas de información y educación así como campañas masivas de difusión, dirigidos a las pacientes perimenopáusicas, así como al personal que trabaja en salud y a la comunidad en general.
2. Crear unidades especializadas en la atención de la mujer climatérica, en los servicios de consulta externa de los centros asistenciales nacionales.

XI. RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo, transversal se realizó para evaluar la aceptación a la Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres climatéricas que asistieron a la Clínica de Climaterio y Menopausia de APROFAM zona 1 durante Junio de 2001. Se entrevistó a un total de 195 pacientes, de las cuales el 72% aceptaron la TRH, siendo el seguimiento de instrucciones médicas la causa más frecuente por lo que se continuó con el tratamiento, seguida de la mejoría de los síntomas, indicación por ooforectomía y osteoporosis, y el costo más favorable en Aprofam y algunas farmacias con descuento. El porcentaje de rechazo fue del 28% influenciado principalmente por el factor económico en un 59%, seguido por los efectos secundarios con un 26%, por el temor al cáncer de mama, la influencia de familiares y el desconocimiento de la terapia con un 12%. A pesar del bajo grado de escolaridad de las entrevistadas, ya que la mayoría no había terminado la secundaria, el 51% de las pacientes sí aceptó la TRH, contra un 17% que la rechazaron.

Se recomienda desarrollar programas de información y educación así como campañas masivas de difusión dirigidos a las pacientes así como al personal que trabaja en salud y a la comunidad en general.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre, Wellintogn. Osteoporosis Postmenopáusica. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia 1998; 5(1):157-170
2. Alonzo Pérez, Erick José. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Síndrome Climatérico y Menopausia. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2000. 54p.
3. Arrillaga Moncrieff, Ingrid Violeta. Factores que afectan la aceptación rechazo de la Terapia de Reposición Hormonal. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1998. 51p.
4. Barret-Connor, E. et al. Hormone Replacement Therapy. Br Med J 1998 Sept 17; 317(2): 457-461
5. Bereck, Jonathan. Menopausia. En su: Ginecología de Novak. 12ed. McGraw Hill-Interamericana, 1996. (pp. 981-989)
6. Casos Clínicos de Terapia de Restitución Hormonal.
<http://www.encolombia.com/Menovo16200.riesgos.html>
7. Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 16o.: 1999: El Salvador. Obstetricia y Ginecología del Próximo Milenio. Noviembre 1999. (s.d.e.) 483p.
8. Coutado, Abel. Menopausia y Terapia Hormonal Sustitutiva.
<http://www.fisterra.com/guías2/menopausia.html>

9. Enfermedad de Alzheimer y Menopausia.
<http://www.encolombia.com/menopausia/alzheimer.html>
10. Glint, M. et al. In multidisciplinary perspectives on menopause. Annals of NY Academy of Science 1993;592:339-241.
11. Gómez, Alberto. Es conveniente la Terapia de Restitución Hormonal.
<http://www.encolombia.com/meno2-1.html>
12. Gómez, Gustavo. Menopausia, definición y descripción inicial del problema. <http://www.meno.contenido.html>
13. Klibanski, A. et al. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. JAMA 2001 Jan 22; 285(2):785-795
14. Laparra, Magdalena. Climaterio-Menopausia en Atención Primaria.
<http://www.encolombia.com/aten.html>
15. Liberman, U. et al. The effect of postmenopausal estrogen therapy on bone density in elderly women. N Eng J Med 1995 march 14;333(3)1437-1443
16. Mikle, J. et al. Hormone Replacement Therapy. May Clin Proc 1995;70:800 Medline
17. Mendoza Berger, Wendy Viviana. Eficacia en la combinación de Etinilestradiol y Norgestrel en la Terapia de Reemplazo Hormonal. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1997. 55p

18. Morris, Notelovitz. Terapia Hormonal y Hemostasia.
<http://www.encolombia.com/esconveniente1meno.html>
19. Navarro, Daysi. ABC en Climaterio y Menopausia. NovoNordisk: 1991
25p.
20. Ocampo, Sonia. La percepción del Climaterio, la Menopausia y la
Terapia Hormonal en mujeres en un grupo social medio alto de la
Paz-Bolivia. <http://www.mdlatina.com.co/index.html>
21. Onatra, William. El climaterio una nueva disciplina.
<http://www.psicop.html>
22. Pérez, Carlos. Menopausia
<http://www.emision.com/uson.mx.html>
23. Qué es la Menopausia?.
<http://www.gine3.com/meno.html>
24. Qué sucede al perderse la protección hormonal en la Menopausia.
<http://www.medlatina.com/submenu/html>
25. Samsioe, Goran. A profile of the menopause. GSB-Tryk A/S 1995.
445p
26. The Writing Group for the PEPI trial. Effects of estrogen or
Estrogen-progestin regimens on heart disease risk factors in
postmenopausal women. JAMA 1995;273:199-208

27. The Writing Group for the PEPI trial. Effects of hormone replacement therapy on bone mineral density. JAMA 1996;276:1389-1396
28. Villagrán Mijangos, Luis Antonio. Opinión y grado de cumplimiento al tratamiento de la Terapia de Reemplazo Hormonal en pacientes con Síndrome Climatérico. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1999. 39p
29. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990's. WHO Tech Rep Ser 1996;866:145-156

XIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CLÍNICA DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA APROFAM ZONA 1
RESPONSABLE: ANA MARÍA LÓPEZ FUENTES

ACEPTACION DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ASISTEN A LA CLINICA DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA DE APROFAM Z.1 DURANTE JUNIO 2001

FACTORES PERSONALES

1. Edad: _____
2. Motivos por los cuales continúa la TRH:
 - a. Son para su bien _____
 - b. Seguir instrucciones del médico _____
 - c. Otro _____
3. Motivos por los cuales no continuó con la TRH:
 - a. Le aconsejaron que no _____
 - b. Por temor _____
 - c. No sabe para qué son _____
 - d. Su esposo no está de acuerdo _____
 - e. Otro _____

FACTORES FÍSICOS

4. ¿Toma usted TRH? Sí _____ No _____
Si la respuesta es sí, qué clase de TRH toma, si es no qué clase tomó:
Oral _____ Transdérmico _____ Muscular _____
Vaginal _____ Otro _____
5. ¿Cuánto tiempo lleva utilizando TRH, o qué tiempo utilizó TRH? _____
6. ¿Qué síntomas había presentado antes de la TRH?
 - a. Bochornos _____
 - b. Depresión _____
 - c. Resequedad de la piel _____
 - d. Hemorragia _____
 - e. Cambios en la conducta _____
 - f. Otro _____
7. Motivos por los cuales continúa la TRH:
 - a. Mejoría de síntomas _____
 - b. Ooforectomizada _____
 - c. Otro _____

8. Motivos por los cuales no continuó con la TRH:

- a. Náusea y vómitos_____ b. Tensión mamaria_____
c. Hipertensión arterial_____ d. Otro_____

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

8. Escolaridad:

Lee y escribe_____ Analfabeta_____ Primaria_____
Secundaria_____ Diversificado_____ Universidad_____

9. Motivos por los cuales continuó con la TRH:_____

10. Motivos por los cuales no continuó con la TRH:

- a. Su religión no se lo permite_____ b. Son muy caros_____
c. Otro_____

