

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA "SAN FERNANDO"
UNIDAD DE POSTGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO
HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCION AMBULATORIA EN EL
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T."

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECO-
OBSTETRICIA

Dr. Pedro Pablo Gutiérrez Aliaga.

LIMA - PERU

2002

INDICE

I.	RESUMEN	2
II.	INTRODUCCIÓN	4
	OBJETIVOS	10
	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	11
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	12
	A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
	B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	12
	C. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	13
	D. TRATAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	13
	E. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	14
IV.	RESULTADOS	16
	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	16
	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS	19
	CONOCIMIENTOS SOBRE EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA	21
	ASPECTOS CLÍNICOS	26
	HABITOS Y COSTUMBRES	30
	ACTITUDES HACIA EL CLIMATERIO Y LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL .	31
	SEGUIMIENTO	33
V.	DISCUSIÓN	36
	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	37
	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS	39
	CONOCIMIENTOS SOBRE EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA	42
	ASPECTOS CLÍNICOS	48
	HABITOS Y COSTUMBRES	51
	ACTITUDES HACIA EL CLIMATERIO Y LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL .	53
	SEGUIMIENTO	55

VI. CONCLUSIONES	60
VII. BIBLIOGRAFÍA	62
VIII. APÉNDICE	69
a. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	70
b. GLOSARIO	72

I. RESUMEN

Con la finalidad de evaluar el estado actual del empleo de la terapia de reemplazo hormonal y su impacto en el estado de salud en mujeres climatéricas en control ambulatorio, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo en pacientes que acudieron a consulta externa de ginecología en el Centro Médico Naval "CMST" con síntomas climatéricos, menopausia o que recibían terapia hormonal. Se entrevistaron 198 pacientes, corroborándose algunos datos en la historia clínica. La edad promedio era de 51 años (35 a 71) y un 13 % eran perimenopáusicas. La edad de menopausia promedio fue de 44.5 años (43.4 años para el 26.7 % con menopausia quirúrgica). Entre los antecedentes el 25.8 % tenía várices de miembros inferiores y no se encontró asociación entre el bloqueo tubárico y la edad de menopausia. El inicio de la terapia hormonal fue más temprano en las pacientes ooforectomizadas. El conocimiento de los principales síntomas del climaterio así como de la existencia del tratamiento hormonal estuvo muy difundido entre las pacientes, no así el de las causas de la menopausia (29 %), los riesgos que conlleva (47 %), los beneficios importantes de la TRH (17.5 %), sus complicaciones y contraindicaciones (27 %). La principal fuente de información sobre la menopausia fueron los médicos. Los síntomas climatéricos se habían presentado en el 86 % de las pacientes, con una disminución notable de la prevalencia de casi todos ellos entre quienes habían recibido terapia hormonal ($p < 0.01$). El Índice de Kupperman disminuyó significativamente en todas las pacientes, pero más en las que habían recibido hormonas. El 62 % de pacientes habían recibido TRH desde el inicio de su menopausia, 7 % nunca la habían recibido y 7 % la habían abandonado. La forma más común de administración fue la vía oral (82 %) y un importante grupo (53.5 %) había recibido TRH por vía intramuscular. La mayoría de pacientes consumía leche o derivados y pocas pacientes realizaban alguna actividad física diferente a los quehaceres domésticos. Casi la mitad de pacientes se realizaban autoexamen de mamas con la

Elaboración y diseño en formato Pdf, por la Oficina General de Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central.

frecuencia adecuada. El 56 % consideró a la menopausia como un problema de salud y su tratamiento era importante para el 91 %. Pocas pacientes rehusaban emplear la TRH (1.5 %) y más bien el 86 % estaban satisfechas y la recomendaban. En el seguimiento la gran mayoría tenía mamografía, así como PAP y examen vaginal (con excepción de las histerectomizadas). Las alteraciones del perfil lipídico si bien eran frecuentes no eran muy marcadas. La ecografía transvaginal no había sido muy solicitada (< 50 %). En las pocas pacientes que habían tenido sangrado genital o endometrio engrosado, las biopsias endometriales fueron anormales cuando el grosor endometrial (medido por ecografía transvaginal) fue > 8 mm y consistieron en hiperplasias sin atipia. El control de peso, talla y presión arterial en el seguimiento por ginecología era muy poco practicado. En conclusión, la terapia de reemplazo hormonal ha sido efectiva para aliviar los síntomas del climaterio y tiene gran aceptación en el grupo de pacientes en estudio, cuya atención puede ser mejorada definiendo contenidos educativos y uniformizando el esquema de seguimiento.

II. INTRODUCCIÓN

Toda mujer que ha alcanzado más de 55 años, e incluso una menor edad, ha experimentado un período de transición entre dos etapas de su vida: la reproductiva y la no reproductiva ¹. En esta transición, conocida como climaterio, el evento más resaltante es el cese de la menstruación o menopausia ^{1,2}. Este hecho es relevante debido a que trae consigo numerosos cambios fisiológicos, muchos de ellos imperceptibles y otros que se traducen en síntomas que se agrupan en el llamado síndrome menopáusico o climatérico ^{1,2}, que pueden ser muy molestos (10 a 15 %) y llevar a la mujer a buscar ayuda ^{3,4}. Esto parece ser particularmente cierto en los casos de menopausia quirúrgica (ooforectomía bilateral), en que los cambios hormonales son súbitos ⁵.

El período posmenopáusico (que sigue a la menopausia) no sólo implica una ausencia de la capacidad reproductiva sino una serie de cambios hormonales entre los cuales cabe destacar un aumento en las gonadotropinas circulantes y, lo más importante, la marcada disminución en los niveles de estrógenos ^{3,4,5,20}, ya que a este hecho se le atribuyen síntomas somáticos y psicológicos ^{1,3,4,5,13,19}, cambios metabólicos ^{3,4,6,7}, aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular ^{1,8,9,10,11} y de osteoporosis ^{1,12,14}, así como de enfermedad de Alzheimer ³².

Síntomas vasomotores comúnmente llamados “bochornos” y sequedad de la mucosa vaginal (vaginitis atrófica) son los síntomas que definitivamente están asociados a los cambios hormonales que se producen tras la menopausia ^{1,13,19,21}. Otros síntomas, así como los trastornos psicológicos que pueden producirse no parecen estar directamente relacionados con ellos ya que su respuesta a los estrógenos exógenos es impredecible ^{1,13,21}.

Actualmente no existe duda alguna de que existe una relación entre insuficiencia estrogénica y pérdida de masa ósea y de que ésta puede ser prevenida en mujeres normales por la terapia estrogénica de reemplazo ^{1,12,14,15,21}. En lo referente al riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular arteriosclerótica existe evidencia muy sugerente de asociación con el cese de la función ovárica ^{1,10,11,21}, aunque existe controversia en cuanto al efecto benéfico de los estrógenos exógenos y quienes discrepan demandan la necesidad de estudios prospectivos aleatorizados de seguimiento a largo plazo en un número grande de pacientes. Tales estudios, actualmente en curso, no darán resultados finales hasta dentro de algunos años ²⁵.

La edad a la que se produce la menopausia es muy variable ¹⁶ (rango normal entre 41 y 59 años ⁴) y parece ser influida poco por factores ambientales, con excepción de los que destruyen folículos. El número de folículos ováricos sería el factor más importante ¹⁷. En las sociedades occidentales industrializadas la edad mediana a la que se produce la menopausia está alrededor de los 50 años ^{2,16,17}. En nuestro medio la edad promedio a la que ocurre la menopausia es aproximadamente los 48 años ³³ y en la altura parece ser un poco menor (45 años en Cerro de Pasco y 46 años en Arequipa) ^{22,27,29}. Considerando que en la actualidad la vida promedio de la especie humana ha aumentado significativamente superando los 75 años para la mujer, ésta pasará más de la tercera parte de su vida en la posmenopausia ^{3,4}, con todo lo que ello implica: síntomas de deprivación hormonal, aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular y osteoporosis como se mencionó anteriormente. Las mujeres que presenten menopausia a una edad temprana (1 a 3 % de la población general desarrolla falla ovárica prematura ^{18,22}) pasarán mayor tiempo en la posmenopausia y se verán más afectadas por los cambios, especialmente porque la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular requieren un tiempo para desarrollarse. Estas pacientes se beneficiarían más de la terapia de reemplazo hormonal ^{1,15}.

Sin embargo el uso indiscriminado de la terapia de reemplazo hormonal puede traer consecuencias indeseables. Es necesario efectuar una selección cuidadosa de las pacientes que van a recibir el tratamiento y efectuar un seguimiento adecuado para prevenir y detectar complicaciones y riesgos propios de la paciente (estilo de vida, carga genética, enfermedades crónicas o previas, etc.) o por la administración misma de las hormonas, especialmente si es inadecuada para determinada paciente ^{19,21}.

Complicaciones como la hemorragia genital debe ser prevista y de presentarse inesperadamente o persistir después de los seis meses de tratamiento hormonal combinado continuo debe ser adecuadamente estudiada y tratada ^{19,47}.

Son candidatas a recibir TRH todas las mujeres menopáusicas y perimenopáusicas que presentan sintomatología propia del climaterio, así como las que, siendo asintomáticas, requieran profilaxis para osteoporosis, enfermedad cardiovascular u otras patologías relacionadas con el hipoestrogenismo ^{19,21}.

Se considera que el uso de estrógenos está contraindicado cuando existe el antecedente de cáncer de mama o endometrio (salvo que excepcionalmente estén fuertemente indicados por alguna razón), presencia de melanoma, disfunción hepática grave aguda, enfermedad aguda tromboembólica, porfiria o tumores dependientes de estrógenos. Los progestágenos están contraindicados en casos de meningioma. La hipertensión arterial y la insuficiencia venosa profunda no complicada no contraindican la TRH aún cuando existan factores de riesgo para enfermedad venosa ^{19,47}.

En el marco de un grupo de mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal será adecuada la aplicación de esta terapia si las pacientes están bien informadas y han sido adecuadamente

seleccionadas, es decir, presentan realmente deficiencia hormonal y no tienen contraindicaciones para recibirla (antecedente de cáncer de mama o de endometrio, tromboembolia pulmonar, etc.); si está bien indicada (tratamiento de síntomas climatéricos, prevención de osteoporosis y de enfermedad cardiovascular); si el medicamento y la forma de administración son los adecuados para cada paciente en particular y finalmente si la paciente está satisfecha con la terapia y la cumple ^{19,47}.

En toda mujer menopáusica menor de 45 años se recomienda TRH porque tal situación implica un aumento del riesgo de padecer osteoporosis y/o enfermedad coronaria ¹⁹.

Si la paciente es mayor de 45 años debe valorarse si es sintomática o no y si es de alto riesgo para padecer osteoporosis y/o enfermedad cardiovascular; si no está en ninguno de estos grupos puede no requerir TRH, pero debe ser reevaluada a los 2 años. Si presenta indicación para TRH hay que informarle detenidamente para ver si desea o no ser tratada, siempre que no existan contraindicaciones. Si la mujer tiene útero el tratamiento debe ser combinado (estrógeno + progestágeno) y si no lo tiene sólo con estrógenos. El uso cíclico o continuo del progestágeno depende de si se desea sangrado cíclico por privación o no. De presentarse efectos secundarios (hemorragia uterina anormal o intolerancia a los progestágenos) es conveniente cambiar la forma de tratamiento ^{19,22}.

El inicio de la TRH debe ser cuando se establezca la indicación sin tener en cuenta la fase del climaterio en que se encuentre (puede ser incluso antes de la menopausia o varios años después) y su duración depende del objetivo. Si la finalidad es sólo paliar los síntomas su duración será corta (aproximadamente 3 años), pero si se busca prevenir osteoporosis o enfermedad cardiovascular, debe prolongarse mucho más, por lo menos 7 a 10 años ¹⁹.

Antes de iniciar la TRH es necesario realizar una historia clínica detallada, la cual se actualizará anualmente, indagando por factores de riesgo; un examen clínico que incluya talla y peso, así como un control de la presión arterial, examen pélvico y mamario, todo lo cual se debe efectuar anualmente; estudio citológico anual (en ausencia total y repetida de patología cervical puede hacerse cada 3 años); una mamografía basal con controles cada 1-2 años entre los 40-49 años de edad y anual a partir de los 50; exámenes de laboratorio incluyendo como mínimo colesterol total y triglicéridos (si son normales pueden repetirse cada 5 años, pero si son patológicos debe efectuarse un perfil lipídico completo y aconsejarse la TRH). Si hubiera hipertrigliceridemia debe evitarse la administración oral de estrógenos y aconsejar la de progestágenos. La densitometría ósea no es indispensable antes de iniciar TRH, pero debe usarse en especial en pacientes con riesgo de osteoporosis o en las que dudan iniciar TRH ^{19,22}.

Dentro de la atención ambulatoria en Ginecología un grupo importante de pacientes está constituido por las mujeres que presentan molestias atribuibles al cese progresivo de la función ovárica o a la ooforectomía. Esta situación no sólo condiciona síntomas en un buen grupo de mujeres sino que interviene como factor de riesgo modificable para enfermedades futuras como las cardiovasculares y osteoporosis. Los cambios en el estilo de vida y el uso racional de la terapia de reemplazo hormonal pueden reducir significativamente la mortalidad general en la mujer. La aplicación extensiva de estas medidas de prevención se logra sobre la base de una adecuada educación de las pacientes en la consulta ambulatoria principalmente y a la adecuada selección de las terapias y el seguimiento eficaz. La percepción de las pacientes de la atención que se les brinda unida al conocimiento que tienen de su condición y el tratamiento que reciben es una valiosa fuente de información que permite evaluar el impacto de la atención en su estado de salud particularmente en este grupo de pacientes.

Se presume que la atención es adecuada dada la cantidad de pacientes que acuden por este motivo a la consulta ambulatoria del Centro Médico Naval pero no se ha precisado si realmente esto es así ni en qué grado, por lo cual se plantea este estudio para tener un mejor conocimiento de la atención brindada a las pacientes peri y posmenopáusicas con respecto al uso de la terapia de reemplazo hormonal.

Más aún, el conocimiento del empleo de la terapia de reemplazo hormonal y de la percepción que tienen de la misma las mujeres que la reciben es esencial para mejorar la atención a este grupo de pacientes así como para plantear estrategias que hagan de uso racional y extensivo a esta práctica, tanto preventiva como terapéutica, para beneficio de las pacientes.

Con la finalidad de evaluar el estado actual de la atención del climaterio, los conocimientos y el uso de la terapia de reemplazo hormonal en pacientes de atención ambulatoria en ginecología, se plantea un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo.

OBJETIVOS

Tomando en cuenta este enfoque se plantean como objetivos de la investigación los siguientes:

A. Objetivo general.

El objetivo principal del presente estudio es determinar el estado actual del empleo de la terapia de reemplazo hormonal y su impacto en el estado de salud de las mujeres peri y posmenopáusicas que acuden a consulta ambulatoria, mediante la determinación del grado de seguimiento, mejoría de los síntomas, su nivel de conocimiento sobre la misma y su grado de satisfacción con la terapia recibida.

B. Objetivos específicos

1. Investigar las características de las pacientes peri y posmenopáusicas que acuden a consulta ambulatoria, que constituyen la población en estudio.
2. Evaluar los antecedentes patológicos y quirúrgicos de las pacientes y su influencia en el climaterio.
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre menopausia y terapia de reemplazo hormonal que tienen las pacientes peri y posmenopáusicas que acuden a atención ambulatoria.
4. Determinar el impacto que la terapia de reemplazo hormonal tiene en los síntomas climatéricos de las pacientes.
5. Investigar los hábitos y costumbres relacionados con la salud antes y durante el climaterio.
6. Determinar la actitud y el grado de satisfacción con la terapia de reemplazo hormonal recibida ambulatoriamente en estas pacientes.

7. Evaluar si en el seguimiento se tiene un control adecuado y prevención de las posibles complicaciones que pudieran existir.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Por tratarse de un estudio descriptivo se pretende presentar las características de un grupo de pacientes que tiene fácil acceso a la terapia de reemplazo hormonal, sus percepciones y opiniones sobre el climaterio y la mencionada terapia, con la finalidad de entender sus necesidades y mejorar su atención, mas no llegar a conclusiones sobre el uso los efectos que pudiera tener dicha terapia en las mujeres en general.

Dada la población de estudio que puede considerarse cautiva, se tiene ventaja en cuanto a las facilidades para realizar un estudio de este tipo, pero existen limitaciones si se quiere extrapolar los resultados y conclusiones a otros grupos de mujeres aunque sean demográficamente similares.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo en el servicio de Ginecología del Centro Médico Naval "C.M.S.T.", sobre la base de una entrevista a las pacientes en climaterio y posmenopausia que acudieron a atención ambulatoria durante el período de estudio (febrero a julio del 2001) y la revisión de sus historias clínicas. Se entrevistaron las pacientes citadas a un consultorio de ginecología determinado cada día y que cumplían con los siguientes criterios:

A. Criterios de inclusión:

1. Pacientes con síntomas climatéricos, menopausia natural o quirúrgica o falla ovárica prematura que acuden a consulta ambulatoria en el servicio de Ginecología y/o
2. Pacientes que reciben terapia de reemplazo hormonal en forma ambulatoria en el servicio de ginecología.

B. Criterios de exclusión:

1. Pacientes cuya causa de amenorrea haya sido otra como gestación o se hayan encontrado usando anticonceptivos hormonales.
2. Pacientes cuya amenorrea sea atribuible únicamente a una histerectomía con conservación de al menos un ovario o a un síndrome de Asherman y que no presentan síntomas atribuibles al déficit estrogénico ni reciben terapia de reemplazo hormonal.
3. Pacientes cuya historia clínica no sea encontrada.
4. Si no cumple con el llenado de la ficha de recolección de datos al menos en un 95 %.
5. Imposibilidad en la comunicación por idioma, hipoacusia, etc.

C. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

En el presente estudio se entrevistaron pacientes que acudieron a atención ambulatoria de Ginecología en el Centro Médico Naval "C.M.S.T." y se encontraban en climaterio o posmenopausia con la finalidad de evaluar sus conocimientos y percepción de la menopausia y los efectos y empleo de la terapia de reemplazo hormonal.

Las pacientes que cumplieron con los criterios antes mencionados fueron incluidas en el estudio y entrevistadas. Los datos fueron recogidos en una ficha de recolección de datos previamente confeccionada (ver apéndice). Algunos datos fueron corroborados o buscados en la historia clínica de las pacientes, principalmente lo referente al tratamiento y seguimiento y algunos antecedentes.

D. Tratamiento y Procesamiento de Datos.

Se elaboró una base de datos con las respuestas obtenidas en la ficha de recolección de datos, previamente codificadas para su procesamiento. Se contabilizó la frecuencia de cada respuesta. En el caso de la sintomatología referida por las pacientes, se consignaron datos de síntomas presentes antes del tratamiento o al inicio del climaterio y de los que presentaba en la actualidad con o sin tratamiento hormonal. Para cada caso se calculó el índice de Kupperman (IK)¹⁹ consignando el grado de severidad de los principales síntomas asociados al climaterio y multiplicándolo por un factor arbitrario (que señala el grado de asociación con la deficiencia de estrógeno) asignado a cada síntoma. El IK para cada caso viene a ser la suma de los diferentes productos obtenidos para los síntomas de cada paciente. Con relación al tratamiento se investigó la terapia de reemplazo hormonal sistémica recibida por las pacientes, las diferentes oportunidades en que les fue administrada, los medicamentos y formas de administración recibidas, la apreciación cualitativa de su cumplimiento manifestado por la paciente, así como los períodos de tiempo de cada una de ellas

(fecha aproximada de inicio y fin). Se presentan el empleo de la terapia de reemplazo hormonal por las pacientes en forma global, así como el tiempo de tratamiento y el grado de cumplimiento. También se consignaron las razones por las cuales algunas pacientes no habían recibido el tratamiento hormonal o lo habían abandonado. Se consideró inicio tardío de la terapia hormonal cuando no la comenzaron a recibir en la Perimenopausia, es decir, dentro del año que siguió al retiro de la menstruación o en el caso de las histerectomizadas, desde que presentaron síntomas.

Los datos fueron manejados mediante una computadora personal Pentium III y se utilizaron los programas MS Excel 2000 y MS Word 2000 para el registro y análisis de los datos así como para elaborar textos, cuadros y gráficos.

Los datos fueron supervisados por el investigador a través de control de llenado de la ficha, verificación en la historia clínica y corrección de la inconsistencia de los datos.

E. Análisis e Interpretación de los Datos.

Para el análisis de los síntomas referidos por las pacientes se consideraron 2 grupos: Las que habían estado recibiendo tratamiento hormonal de reemplazo y aquellas que no lo recibían. Asimismo, se consideraron 2 momentos a tener en cuenta para el análisis: la situación inicial del climaterio, antes de recibir tratamiento, y la situación actual, ya sea luego de recibir tratamiento hormonal o sin haberlo recibido.

El análisis de los datos se realizó empleando tablas de frecuencias, tablas 2x2 y tablas de rangos. Se emplearon la prueba z para las diferencias de medias muestrales en las edades de los grupos, la prueba Chi cuadrado para establecer diferencias entre grupos, respecto a los síntomas iniciales o previos al tratamiento; la prueba de Mc Nemar para la significación de los cambios y la prueba

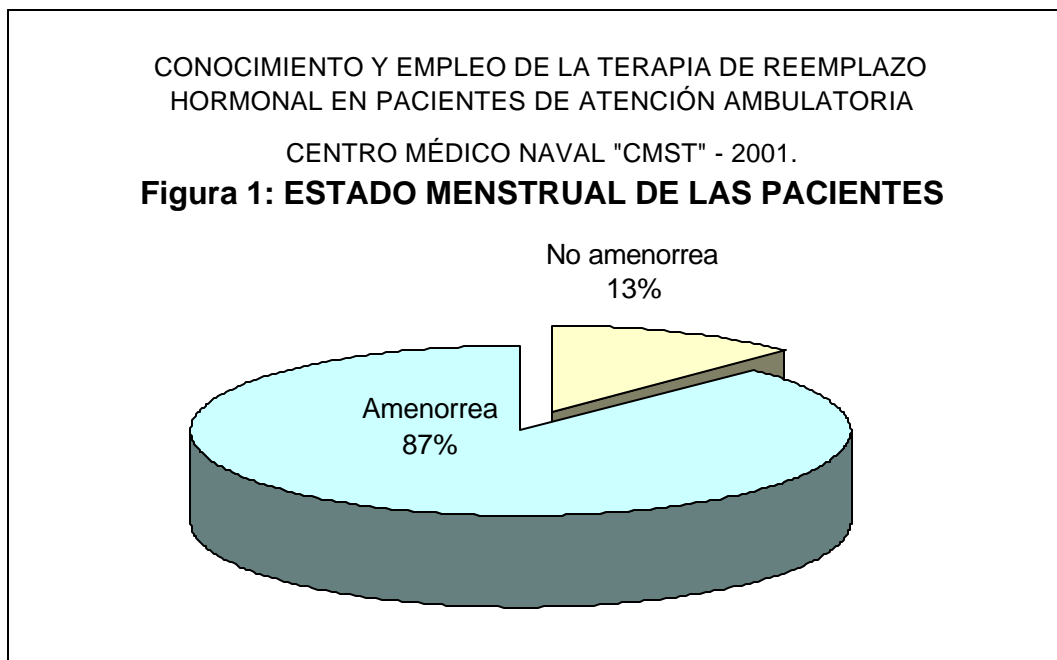
binomial (cuando las frecuencias esperadas fueron pequeñas) para establecer diferencias entre la situación inicial o previa al tratamiento y la actual (tanto con como sin tratamiento hormonal de reemplazo); la prueba de los rangos y pares igualados de Wilcoxon para las diferencias en el Índice de Kupperman inicial y actual, y la Prueba U de Mann-Whitney para establecer diferencias entre ambos grupos (con tratamiento hormonal y sin él). Se calcularon las medias de las variables continuas, las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, el Índice de Kupperman y las diferencias entre el inicial o previo al tratamiento y el actual y los valores de p de las pruebas estadísticas para un nivel de significación $\alpha = 0.01$ (cuando se considera 0.05 se especifica).

IV. RESULTADOS

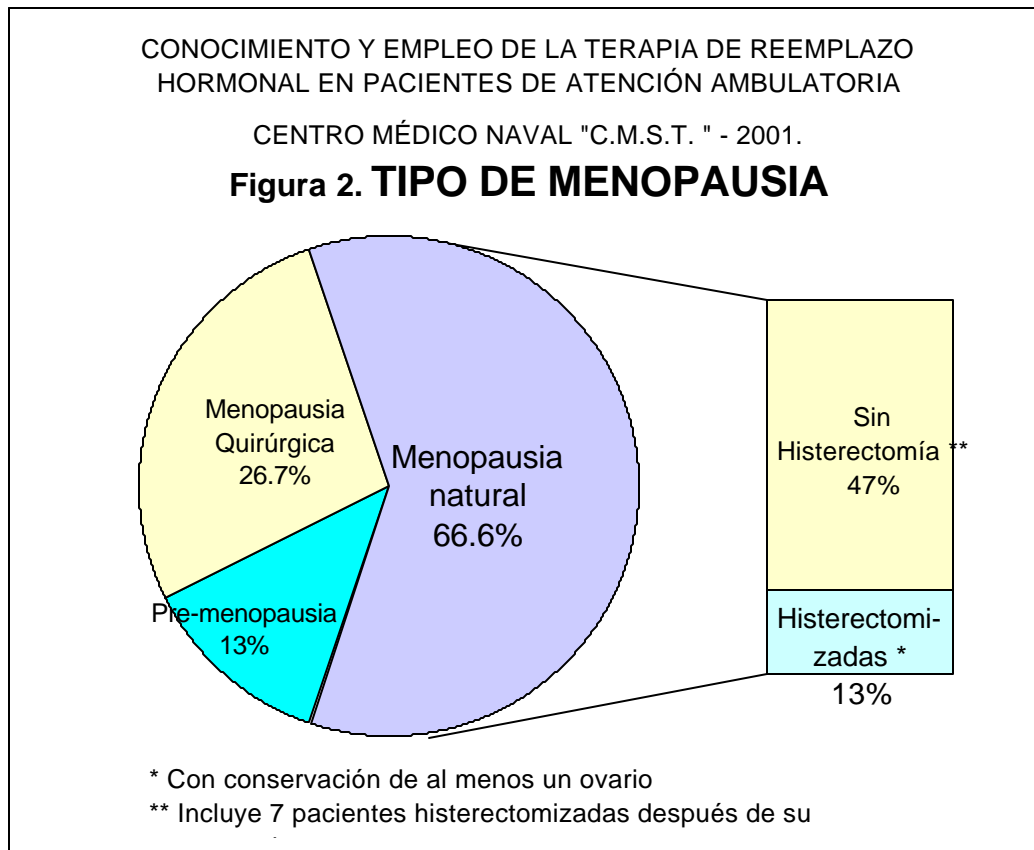
Un total de 198 pacientes concluyeron su entrevista con todos los datos necesarios y fueron incluidas en el estudio. Todas las pacientes se encontraban en climaterio y fueron captadas en su consulta ginecológica o de seguimiento por tratamiento hormonal o por síntomas relacionados a la menopausia. Las pacientes perimenopáusicas que fueron incluidas presentaban síntomas climatéricos o recibían tratamiento hormonal.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

La edad de las pacientes entrevistadas estuvo entre 35 y 71 años con una media de 51 ± 12 años ($0 \pm 2DE$), de las cuales 172 (87%) se encontraban en amenorrea al momento del estudio con una edad promedio de 51.5 ± 12 años ($0 \pm 2DE$) y una edad del último período menstrual promedio de 44.5 ± 10 años ($0 \pm 2DE$), siendo su tiempo de menopausia de 7 ± 12 años ($0 \pm 2DE$) en promedio.



Por otro lado, 26 pacientes (13%) habían presentado su último periodo menstrual dentro de los últimos seis meses (una de ellas fue histerectomizada y ooforectomizada dentro de ese lapso) y fueron consideradas sin amenorrea, siendo su promedio de edad de 47 ± 5.7 años ($0 \pm 2DE$) y una edad de último período menstrual muy similar de 46.9 ± 5.9 años (ver figura 1).



De todas las pacientes entrevistadas el 12.6 % (25) se encontraban en premenopausia. De las pacientes posmenopáusicas (ver figura 2), 120 (60.6 %) habían presentado menopausia natural (33 con antecedente de histerectomía y conservación de al menos un ovario), con un promedio de edad de 52.3 ± 13 años (0 ± 2 DE) y una edad de última menstruación de 45 ± 10.5 años (0 ± 2 DE) (mediana 45.5 años); en las pacientes que no habían tenido histerectomía la menopausia espontánea había ocurrido a los 46.3 ± 8.3 años (0 ± 2 DE) (mediana 46 años), mientras que las que habían sido histerectomizadas dejaron de menstruar a los 41.7 ± 12.7 años (0 ± 2 DE) como consecuencia de la operación (mediana 42 años), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) (ver tabla 1). Hubo 4 pacientes que habían sido histerectomizadas en la posmenopausia y se consideran como

menopausia natural. Las pacientes con menopausia quirúrgica fueron 53 (26.7 %), con una edad promedio de 49.7 ± 9.7 años ($0 \pm 2DE$) y una edad de menopausia de 43.4 ± 9.9 años ($0 \pm 2DE$) (mediana 44 años) que difiere significativamente de la edad de menopausia natural ($p < 0.001$), excluyendo las pacientes que habían sido sometidas a histerectomía con conservación de al menos un ovario, ya que en esos casos resulta casi imposible conocer el momento en que se establece la insuficiencia ovárica y la edad de la última menstruación es sólo referencial.

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCION AMBULATORIA
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." - 2001.

Tabla N° 1. EDAD EN AÑOS DE LA ULTIMA MENSTRUACION DE LAS PACIENTES

	MENOPAUSIA NATURAL		MENOPAUSIA QUIRURGICA n=53	Perimenopausia n=25
	Sin Histerectomía n=87	Con Histerectomía n=33		
Media	46.34	41.67*	43.4*	46.88
Desviación estándar	4.16	6.35	4.88	2.96
Edad mínima	36	24	30	41
Edad máxima	56	52	55	54
Mediana	46	42	44	46
Moda	45	44	48	46

* $P < 0.001$

De las pacientes con menopausia natural que no habían sido histerectomizadas el 5.7 % (5) habían presentado menopausia precoz (antes de los 40 años) siendo la edad más temprana a los 36 años, mientras que 11 (20.8 % de las menopausias quirúrgicas) habían tenido menopausia precoz quirúrgica, la de menor edad a los 30 años, mientras que otras 10 habían sido histerectomizadas con conservación de al menos un ovario antes de los 40 años (la menor edad fue 24 años). En total fueron 16 las pacientes con menopausia precoz (9.2 %). Después de los 55 años sólo 2 pacientes (2.3 %) habían presentado menopausia espontánea con una edad máxima de 56 años.

La paridad fue de 4.32 ± 3.4 gestaciones (rango de 0 a 11) con 3.51 ± 2.9 hijos vivos por mujer ($0 \pm 2DE$) y 0.72 ± 1.8 abortos (rango de 0 a 4) en sus antecedentes obstétricos.

Con relación al estado civil, la mayoría de las pacientes estaban casadas (94%) y 11 eran viudas (5.56 %), mientras que 1 estaba separada. En cuanto al grado de instrucción, la mayoría tenía educación secundaria (39.4 % completa y 13.6 % incompleta), mientras que 48 (24%) habían llegado hasta primaria, 44 (22 %) tenían educación superior (9 % Técnica y 13% Universitaria) y 1 paciente era analfabeta.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y QUIRURGICOS

Los antecedentes patológicos se detallan en la tabla 2. Dentro de las patologías frecuentes destacan las enfermedades cardiovasculares, encontrándose 65 pacientes con antecedente de alguna enfermedad de ese grupo (32.8 %) y entre las cuales 51 pacientes (25.8 %) padecían de várices en los miembros inferiores y 27 (13.6 %) tenían Hipertensión Arterial. Había casi un 10 % de pacientes con antecedente de enfermedad endocrina (enfermedad del tiroides y Diabetes Mellitus tipo II), unas pocas con enfermedad inmunológica (2.5 %, principalmente Artritis Reumatoide y una con Lupus Eritematoso Sistémico) y entre las demás patologías había 4 pacientes (2%) con diagnóstico de Osteoporosis.

Tabla N° 2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Ninguno	101	51.01%
Enfermedad endocrina	19	9.60%
Diabetes Mellitus II	8	4.04%
Enfermedad del Tiroides	11	5.56%
Enfermedad Cardiovascular	65	32.83%
Hipertensión Arterial	27	13.64%
Várices de Miembros Inferiores	51	25.76%
Otra (TVP, Arritmia, valvulopatía)	5	2.53%
Enfermedad Inmunológica	5	2.53%
Artritis Reumatoide	3	1.52%
Lupus Eritematoso Sistémico	1	0.51%
Cardiopatía reumática	1	0.51%
Otros	22	11.11%
Asma Bronquial	6	3.03%
Osteoporosis	4	2.02%
Tuberculosis	3	1.52%
Tumor benigno de mama	2	1.01%
Migraña	2	1.01%
Depresión	1	0.51%
Otra	5	2.53%

Con referencia a los antecedentes quirúrgicos posiblemente relacionados a la menopausia, en la tabla 3 se pueden apreciar las intervenciones quirúrgicas a que habían sido sometidas las pacientes con este antecedente, mostrando el número de pacientes y la edad promedio a la que se les realizó la cirugía. Comprenden básicamente los antecedentes de histerectomía (9.6 %), histerectomía con salpingooforectomía unilateral (6 %) o bilateral (27.8 %), así como bloqueo tubario bilateral (25 %) y salpingooforectomía unilateral aislada (2.5 %). La edad promedio de castración quirúrgica fue de 43.8 ± 10.3 años ($0 \pm 2DE$). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad de menopausia entre las pacientes que habían sido sometidas a bloqueo tubario y las que no; tampoco en la edad de inicio de terapia de reemplazo hormonal entre las sometidas a histerectomía con conservación de al menos un ovario y las que no eran histerectomizadas, pero en cambio las

pacientes con menopausia quirúrgica iniciaron la terapia hormonal de reemplazo a una edad menor que las pacientes no hysterectomizadas ($p < 0.001$).

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCIÓN AMBULATORIA
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." - 2001.

Tabla N° 3.- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Cirugía	N°	%	Edad de Cirugía ($\bar{0} \pm 2DE$)
Ninguna	68	34.34%	-
Histerectomía + Salpingooforectomía bilateral*	55	27.78%	43.8 \pm 10.3
Histerectomía + Salpingooforectomía unilateral	12	6.06%	39.7 \pm 10.2
Histerectomía con conservación de ovarios	19	9.60%	42.4 \pm 16.1
Salpingooforectomía unilateral	5	2.53%	28.4 \pm 11.9
Bloqueo Tubario bilateral	50	25.25%	36.3 \pm 11.3
Otras	10	5.05%	33.6 \pm 15

* Incluye una paciente con ooforectomía unilateral previa sometida a Histerectomía + Salpingooforectomía unilateral

El régimen catamenial inmediatamente anterior a la menopausia de las pacientes fue muy variable. El 31.8 % (63 pacientes) tuvieron un régimen catamenial normal, mientras que 61 pacientes (30.8 %) cursaron con Oligomenorrea y 67 (33.8 %) con Hipermenorrea. Las que cursaron con Hipomenorrea fueron 22 (11 %), la mayoría juntamente con Oligomenorrea, y 19 pacientes (9.6 %) cursaron con Polimenorrea, la mayoría de ellas con Hipermenorrea.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

Al investigar el conocimiento que tenían sobre el climaterio y la menopausia, 112 pacientes (56.6 %) los asociaron al cese de la menstruación y 68 (34.3 %) al cortejo sintomático, mientras que algunas los asociaron a la pérdida de la capacidad reproductiva (4 %) y al inicio del envejecimiento (3.5 %). Un 12.6 % (25 pacientes) no pudo dar ninguna definición. Con referencia a la causa de la menopausia, la mayoría (53.5 %) desconocía la causa por la cual se produce, el 21.7 % (43 pacientes) señaló la falta de hormonas como causa y el 7.6 % (15 pacientes) el envejecimiento

ovárico, mientras que 40 (20 %) los asociaron a otras “causas”, principalmente la edad y el ciclo de vida. La mayoría (53 %) desconocía los riesgos que conlleva la falta de hormonas de la menopausia, 75 pacientes (37.9 %) mencionaron la descalcificación de los huesos o la osteoporosis, mientras que sólo 13 (6.6 %) señalaron a las enfermedades cardiovasculares y 3 (1.5 %) las alteraciones cognitivas (que pueden asociarse con la enfermedad de Alzheimer).

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCIÓN AMBULATORIA
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." – 2001.

Tabla N°4. CONOCIMIENTO DE LOS SINTOMAS DEL CLIMATERIO

Bochornos	154	77.78%
Irritabilidad, cambio de carácter	110	55.56%
Cefalea	104	52.53%
Dolor osteoarticular o muscular	79	39.90%
Depresión, melancolía, ánimo depresivo	62	31.31%
Sudoración	29	14.65%
Fatiga, debilidad, cansancio, decaimiento	29	14.65%
Vértigo o mareo	25	12.63%
Insomnio	24	12.12%
Sequedad vaginal	17	8.59%
Disminución de libido	16	8.08%
Palpitaciones, taquicardia	10	5.05%
Dispareunia	8	4.04%
Alteración de la memoria	8	4.04%
Alteraciones menstruales	7	3.54%
Disuria	7	3.54%
Amenorrea	7	3.54%
Parestesias	6	3.03%
Ginecorragia	4	2.02%
Otros	24	12.12%
Ninguno	5	2.53%

Los síntomas del climaterio que fueron mencionados por las pacientes se muestran en la tabla 4. Cabe destacar que casi un 80 % conocía los bochornos y más del 50 % mencionaron la irritabilidad y el carácter alterado así como cefalea como molestias asociadas al climaterio. También fue señalado el dolor osteoarticular o muscular por casi el 40 % y la melancolía por algo más del 30 %. Las

alteraciones de la esfera sexual (disminución de la libido y dispareunia) no fueron señaladas por muchas (8 y 4 %, respectivamente).

Los tratamientos para el climaterio que conocían las pacientes se pueden apreciar en la tabla 5. La gran mayoría (casi el 90 %) mencionó a las hormonas como medida terapéutica en esta etapa de la vida de la mujer y sólo 12 (6 %) no conocían tratamiento alguno. Cabe destacar que un sexto de las pacientes mencionaron medidas no farmacológicas como un estilo de vida de vida adecuado y el aspecto psicológico y mental.

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCIÓN AMBULATORIA
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." - 2001.

Tabla N°5. CONOCIMIENTO DE TRATAMIENTOS PARA LA MENOPAUSIA

Hormonas	176	88.89%
Vitaminas/minerales	20	10.10%
Naturales-Fitoestrógenos	3	1.52%
Sintomáticos	1	0.51%
Otros	33	16.67%
Estilo de vida *	30	15.15%
Psicológico	4	2.02%
Autocontrol	2	1.01%
No conoce ninguno	12	6.06%

*Ocupación, distracción, tranquilidad, alimentación, etc.

Los beneficios del tratamiento hormonal en la menopausia conocidos por las pacientes se presentan en la tabla 6. El 60 % percibía la mejoría de los síntomas climatéricos como beneficio importante. El 15 % mencionó la prevención de la descalcificación de los huesos y pocas conocían la prevención de la enfermedad cardiovascular (2.5 %). Sin embargo la tercera parte de las pacientes mencionaron beneficios en relación al bienestar físico y emocional, así como retardo en el envejecimiento.

Tabla N°6. CONOCIMIENTO DE BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO HORMONAL

Mejora los síntomas	119	60.10%
Previene descalcificación de los huesos	30	15.15%
Previene enfermedades del corazón y arterias	5	2.53%
Mejora la actividad sexual	7	3.54%
Mejora la sequedad de piel	6	3.03%
Mejora la sequedad vaginal	5	2.53%
Disminuye el colesterol	1	0.51%
Otros	66	33.33%
Sensación de bienestar	33	16.67%
Sensación de tranquilidad	13	6.57%
Mejora la actividad física	8	4.04%
Estabilidad emocional	8	4.04%
Retarda el envejecimiento	6	3.03%
No tiene ningún beneficio	5	2.53%
No sabe	16	8.08%

De las posibles complicaciones de la terapia de reemplazo hormonal el 42 % mencionó al cáncer, el 11 % trastornos mamarios benignos (mastodínea, tumores o quistes mamarios) y un 6 % el empeoramiento de las várices. Sólo 4 pacientes (2 %) consideraban la hemorragia genital como complicación de esta terapia (ver tabla 7).

Tabla N°7. CONOCIMIENTO DE POSIBLES COMPLICACIONES DE LA TRH

Cáncer	84	42.42%
Mastodínea, tumores o quistes mamarios	22	11.11%
Aumento de peso	16	8.08%
Agrava várices	12	6.06%
Hemorragia genital	4	2.02%
Otra	10	5.05%
Hirsutismo	4	2.02%
Crecimiento de tumores	3	1.52%
Embarazo	1	0.51%
Miomomas uterinos	1	0.51%
Aumento de presión arterial	1	0.51%
Ninguna	25	12.63%
No sabe	43	21.72%

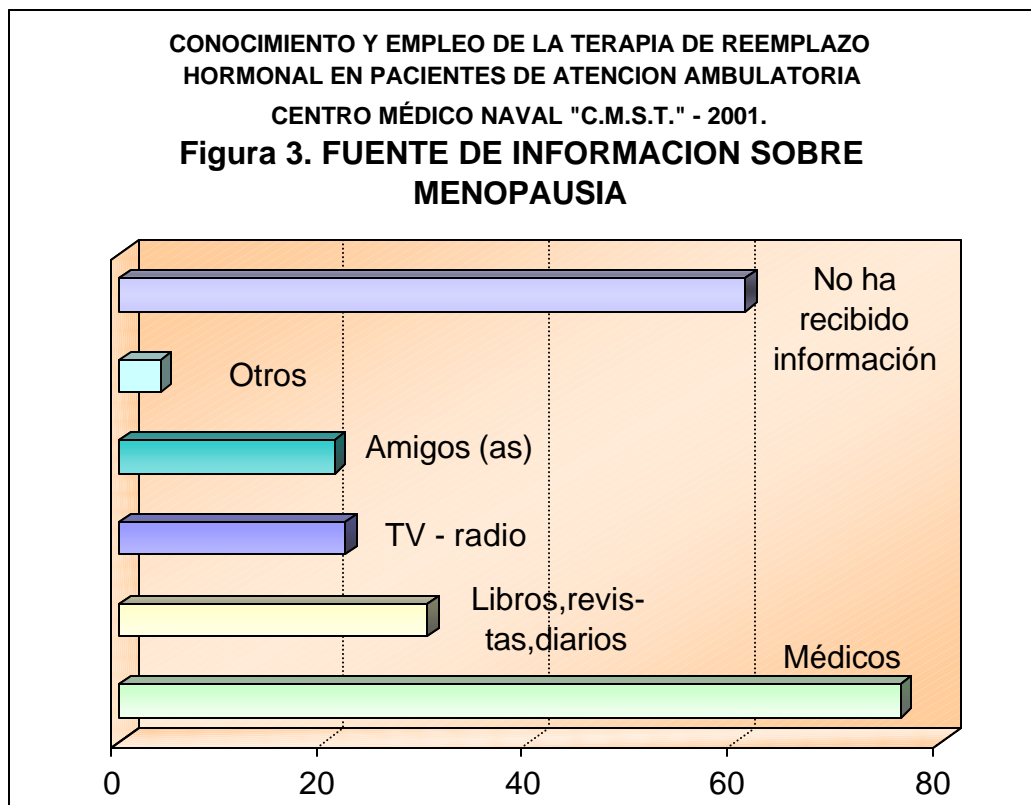
Más de la mitad (51 %) desconocían si la terapia de reemplazo hormonal tiene contraindicaciones (ver tabla 8). El 17.7 % mencionó al cáncer de mama y el 7.6 % al cáncer de útero. Más del 30 % consideró al cáncer en general como contraindicación, y al tumor mamario en general, el 7.6 % .

Tabla N° 8. CONOCIMIENTO DE CONTRAINDICACIONES DE LA TRH

Cáncer de mama	35	17.68%
Cáncer de útero	15	7.58%
Várices	8	4.04%
Enfermedad hepática	3	1.52%
Cáncer de cuello uterino	2	1.01%
Cáncer de ovario	2	1.01%
Enfermedad tromboembólica	1	0.51%
Otra	62	31.31%
Cáncer en general	24	12.12%
Tumor mamario	15	7.58%
Enfermedad del corazón	8	4.04%
Diabetes	7	3.54%
Quiste de ovario	7	3.54%
HTA	6	3.03%
Efectos secundarios	6	3.03%
Miomatosis uterina	3	1.52%
Sangrado genital anormal	2	1.01%
No tiene contraindicaciones	3	1.52%
No sabe	101	51.01%

Se indagó además acerca de la actitud que tomarían las pacientes al presentar sangrado vaginal y, excluyendo las respuestas de las pacientes que aún menstruaban y de las histerectomizadas, el 73 % respondió que acudiría al médico o al hospital si presentaban sangrado vaginal, un 14.6 % no le daba importancia y el 8.5 % suspendería el tratamiento

Los médicos fueron la principal fuente de información de las pacientes sobre menopausia (38.4%), seguida de los medios de información escrita (15 %), TV-radio (11%) y las amigas (10.6 %). El 30.8 % no habían recibido ningún tipo de información (figura 3).



ASPECTOS CLÍNICOS

Los síntomas relacionados con el climaterio manifestados por las pacientes tanto antes del tratamiento o inicio del climaterio como en la actualidad (con y sin tratamiento) se muestran en la tabla 9, así como el nivel de significación (p) para la diferencia entre ambos momentos para cada síntoma, tanto de las que no habían recibido tratamiento hormonal como de las que sí, constituyendo dos grupos. No hubo diferencia significativa entre los síntomas iniciales o previos al tratamiento entre los dos grupos ($p=0.7$). La mayoría había experimentado síntomas vasomotores (bochornos 76.3 % y sudoración excesiva 18.7 %) y habían disminuido en número con el tratamiento ($p<0.001$). En las pacientes sin tratamiento la reducción fue en menor proporción y no hubo diferencia significativa. La cefalea y las artromialgias habían ocurrido en el 53 y 52.5 % de pacientes

respectivamente, seguidas de la irritabilidad y la melancolía (49.5 y 42.4 % respectivamente), con disminución estadísticamente significativa de la proporción en la actualidad con respecto al inicio del climaterio en aquéllas que recibieron tratamiento hormonal. El 7 % de las pacientes no había presentado ningún síntoma climatérico y con el tratamiento la proporción de pacientes asintomáticas subió a un 43.8 % ($p < 0.001$), mientras que sin tratamiento subió sólo a 22.7 % (cambio no significativo).

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCIÓN AMBULATORIA
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." - 2001.

Tabla N°9. SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS REFERIDOS POR LAS PACIENTES

SÍNTOMAS	Previos		Actuales								
			Con Tratamiento (n=176)			Sin Tratamiento (n=22)			Todas		
	N°	%	N°	%	p	N°	%	p	N°	%	P
Bochornos	151	76.26%	27	15.34%	<0.001	12	54.55%	NS*	39	19.70%	<0.001
Sudoración excesiva	37	18.69%	6	3.41%	<0.001	2	9.09%	NS*	8	4.04%	<0.001
Parestesias	8	4.04%	3	1.70%	NS*	0	0.00%	NS*	3	1.52%	<0.05*
Insomnio	39	19.70%	8	4.55%	<0.001	5	22.73%	NS*	13	6.57%	<0.001
Nerviosismo, irritabilidad	98	49.49%	23	13.07%	<0.001	8	36.36%	NS*	31	15.66%	<0.001
Melancolía, tristeza	84	42.42%	17	9.66%	<0.001	8	36.36%	NS*	25	12.63%	<0.001
Vértigo o mareo	33	16.67%	4	2.27%	<0.001	2	9.09%	NS*	6	3.03%	<0.001
Fatiga muscular	55	27.78%	8	4.55%	<0.001	6	27.27%	NS*	14	7.07%	<0.001
Artromialgias	104	52.53%	39	22.16%	<0.001	10	45.45%	NS*	49	24.75%	<0.001
Cefalea	105	53.03%	29	16.48%	<0.001	9	40.91%	NS*	38	19.19%	<0.001
Palpitaciones	14	7.07%	4	2.27%	<0.01	0	0.00%	NS*	4	2.02%	<0.01
Hormigueos	7	3.54%	4	2.27%	NS*	1	4.55%	NS*	5	2.53%	NS*
Sequedad vaginal	28	14.14%	11	6.25%	<0.001	4	18.18%	NS*	15	7.58%	<0.001
Dispareunia	11	5.56%	0	0.00%	<0.01*	3	13.64%	NS*	3	1.52%	<0.01*
Disminución de Libido	27	13.64%	11	6.25%	<0.01	4	18.18%	NS*	15	7.58%	<0.01
Aumento de peso	4	2.02%	7	3.98%	NS*	2	9.09%	NS*	9	4.55%	NS*
Caída de cabello	5	2.53%	1	0.57%	NS*	0	0.00%	NS*	1	0.51%	NS*
Ninguno	14	7.07%	77	43.75%	<0.001	5	22.73%	NS*	82	41.41%	<0.001

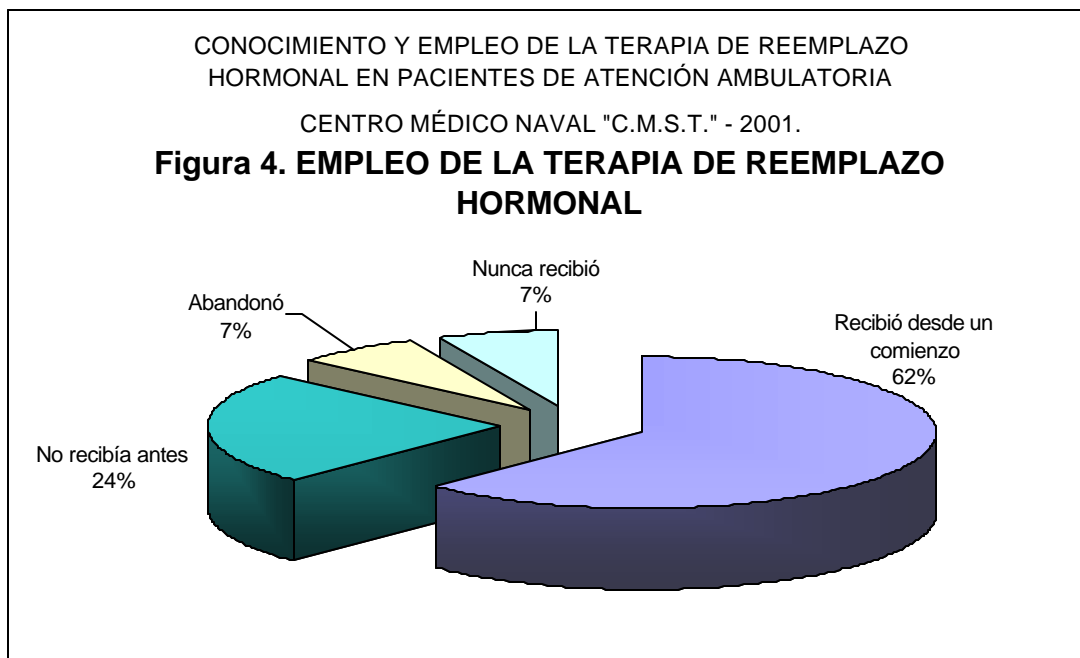
*Se usó la Prueba binomial por las frecuencias esperadas pequeñas

No se hallaron cambios significativos en los síntomas de las pacientes que no recibieron tratamiento, así como tampoco en parestesias, hormigueos, aumento de peso y caída del cabello en aquéllas que lo habían recibido, entre su situación inicial y la actual. Se observó una tendencia no

significativa ($p=0.09$) hacia el aumento de peso en las pacientes que habían recibido tratamiento hormonal.

El índice de Kupperman (IK) calculado con los síntomas previos mencionados por las pacientes fue de 14.2 ± 17 ($0 \pm 2DE$), con un rango de 0 a 33, con diferencia significativa al 95% ($p<0.05$) entre las pacientes que no recibieron tratamiento hormonal con un IK menor que las que sí lo recibieron. El IK al momento de la entrevista era de 2.7 ± 9.6 ($0 \pm 2DE$), con igual rango, con diferencia estadísticamente significativa ($p<0.001$) a favor de las que habían recibido tratamiento que tenían un IK actual menor. Las pacientes que habían recibido tratamiento hormonal cambiaron su IK de 14.5 ± 16.8 a 1.8 ± 5.8 ($0 \pm 2DE$) luego del tratamiento ($p<0.001$), mientras que las que no habían recibido hormonas lo hicieron de 11.6 ± 17.9 a 9.3 ± 19.5 ($0 \pm 2DE$) ($p<0.01$).

El empleo de la terapia de reemplazo hormonal por las pacientes se resume en la figura 4. El 62 % habían recibido terapia desde el inicio de la menopausia (comenzó dentro del primer año de menopausia o antes), mientras que el 7 % nunca había recibido e igual proporción había abandonado el tratamiento. Un 24 % había iniciado tardíamente el tratamiento (pasado por lo menos un año después de la menopausia). El tiempo total promedio de tratamiento era de 3.37 años ± 7 años ($0 \pm 2DE$), desde unos pocos días hasta más de 20 años. El 62 % la había recibido por más de 1 año y el 30 % al menos por 4 años.



Los principales medicamentos que habían recibido las pacientes en terapia de reemplazo hormonal se resumen en la tabla 10. Resalta el hecho de que más de la mitad de pacientes (53.5 %) habían recibido alguna vez la forma inyectable de depósito, aunque si consideramos todas las formas orales juntas, la oral sería la vía de administración preferida, con un 82

% de pacientes que la habrían usado alguna vez.

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCIÓN AMBULATORIA
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." – 2001.

Tabla N°10. MEDICAMENTOS USADOS EN TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

Medicamento genérico (Nombre comercial)	Vía	N°	%
Valerato de estradiol + Enantato de prasterona (Gynodian Depot ®)	i.m.	106	53.54%
Estrógenos conjugados (Premarin ®)	v.o.	65	32.83%
Estrógenos conjugados (Premarin ®)+ Acetato de Medroxiprogesterona (Provera ®)	v.o.	74	37.37%
Cíclico		27	13.64%
Contínuo		64	32.32%
Estradiol en gel* (Estreva gel ®)	t.d.	33	16.67%
Tibolona (Livial ®)	v.o.	23	11.62%
Otro		1	0.51%
Ninguno		12	6.06%

*Incluye 2 pacientes con Acetato de Medroxiprogesterona por v.o. además.

En cuanto al cumplimiento del tratamiento de reemplazo hormonal, la mayoría (60 %) manifestaba cumplirlo en forma más o menos regular. El 13 % lo tomaban en forma irregular e igual proporción lo suspendieron temporalmente. Un 7 % lo había suspendido definitivamente, mientras que el 6.6 % nunca lo había recibido.

Las razones por las cuales las pacientes no habrían recibido terapia de reemplazo hormonal en algún momento se muestran en la tabla 11. El 43 % manifestaron que fue por descuido, mientras que a un 27 % no le habían indicado la terapia nunca.

Tabla N°11. RAZONES PARA NO RECIBIR TERAPIA HORMONAL

No es necesaria	2	2.70%
Descuido	32	43.24%
No le indicaron	20	27.03%
Otra razón	20	27.03%
Várices	6	8.11%
Quistes y nódulos mamarios	3	4.05%
No disponibilidad de medicamentos	3	4.05%
Temor	2	2.70%
Sangrado genital	1	1.35%
LES	1	1.35%
Sentirse mejor	1	1.35%
Problemas económicos	1	1.35%

HABITOS Y COSTUMBRES

La actividad física que realizaban las pacientes se limitaba en la mayor parte a los quehaceres domésticos (60.6 %), mientras que el 3 % no realizaba ninguna actividad. Las demás actividades que realizaban las pacientes se muestran en la tabla 12. Con referencia a los hábitos alimentarios de las pacientes, la mayoría (97 %) afirmaba consumir leche o derivados lacteos, aunque sólo el 49.5 % lo hacía a diario. Un 47 % restringía la ingesta de grasas y el 3.5 % la ingesta de sal.

Tabla N° 12. ACTIVIDAD FÍSICA DE LAS PACIENTES EN CLIMATERIO

Trabajo de la casa	120	60.61%
Camina	56	28.28%
Corre, trota	6	3.03%
Gimnasia, deporte	27	13.64%
Ninguna actividad	6	3.03%

El hábito de fumar fue mencionado como antecedente por 25 pacientes (12.6 %) con una media de 5 ± 11.5 cigarrillos por día ($0 \pm 2DE$) por un tiempo promedio de 23.3 años (rango de 3 a 46 años).

El autoexamen de mamas era realizado por más del 70 % de las pacientes, 47 % con una frecuencia mensual o mayor y un 24 % lo hacían eventualmente.

ACTITUDES HACIA EL CLIMATERIO Y LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

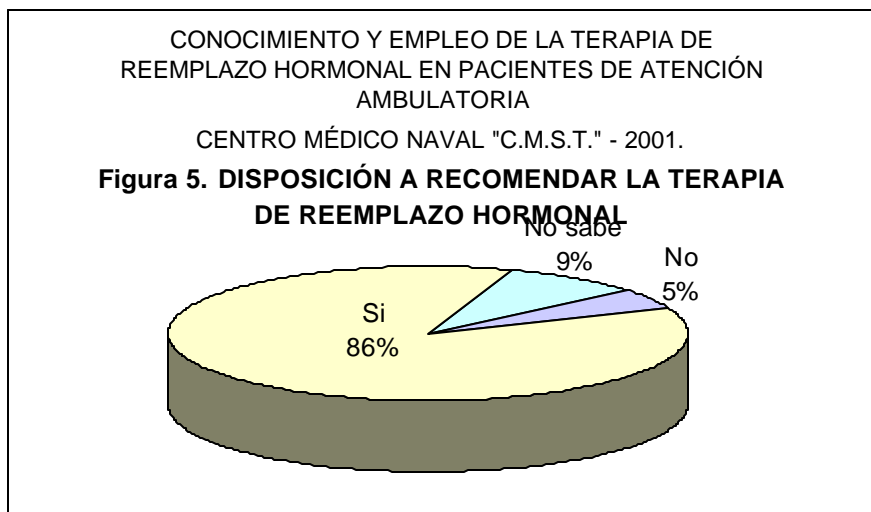
El 56 % consideraba a la menopausia como un problema de salud, mientras que para el 41 % era un evento natural y no un problema. El tratamiento de la menopausia, sin embargo, fue considerado importante por el 91 % y sólo para el 2 % no lo era.

El 45.5 % de pacientes estaba dispuesta a recibir la terapia de reemplazo hormonal por el tiempo que indicara el médico y el 1.5 % no estaba dispuesta a recibirla. Otras mencionaron plazos que consideraban “suficientes” para recibir las hormonas y que se pueden apreciar en la tabla 13.

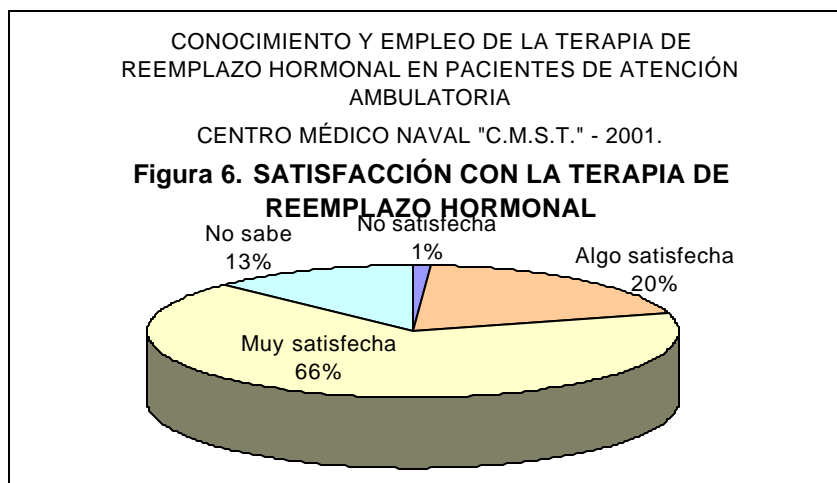
CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCION AMBULATORIA
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." – 2001.

Tabla N°13. TIEMPO QUE LAS PACIENTES ESTABAN DISPUESTAS A RECIBIR TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL.

No recibiría	3	1.52%
Hasta que mejore	18	9.09%
Lo que diga el médico	90	45.45%
< 1 año	1	0.51%
1 a 5 años	14	7.07%
5 a 10 años	4	2.02%
> 10 años	2	1.01%
De por vida	34	17.17%
No sabe	32	16.16%



Un 86 % manifestaron que recomendarían la terapia de reemplazo hormonal a otras pacientes para animarlas a solicitarla a su médico e igual proporción estaba satisfecha con la terapia (el 66 % muy satisfechas) como puede apreciarse en las figuras 5 y 6.



SEGUIMIENTO

El 92 % había tenido una mamografía dentro de los 2 años anteriores a la consulta y el 6 % nunca se había realizado una, siendo el 71 % de mamografías normal y el 23 % con patología benigna (proceso fibroquístico, nódulos y calcificaciones de aspecto benigno). Ninguna tuvo hallazgos de patología mamaria maligna. Al 79 % se les había realizado un examen clínico de las mamas dentro del año previo a la entrevista y al 16 % entre 1 y 3 años antes, siendo normal el examen en el 95 % de los casos, encontrándose patología sólo en el 1 %. El 4 % no precisó si le habían realizado dicha evaluación.

Al 47.5 % de pacientes se les había realizado un frotis de Papanicolaou dentro del año previo a la entrevista, y un 29.8 % entre 1 y 3 años, siendo el 98 % de todos los exámenes normal y el 2 % con NIC (neoplasia intraepitelial cervical) o infección por PVH (Papiloma virus humano). Todas las pacientes que no tenían este examen dentro de los últimos 3 años eran hysterectomizadas a excepción de una. La exploración vaginal había sido realizada en el año anterior en el 55 % de pacientes y en el 26 % entre 1 y 2 años antes. No habían tenido examen vaginal dentro de los últimos 2 años 35 pacientes (17.7 %) de las cuales 33 eran hysterectomizadas, y 3 pacientes no recordaban la fecha en que se realizó.

El 72 % tenía un perfil lipídico dentro de los 2 años previos. Sólo el 20.7 % lo tenían dentro de los límites normales. Las principales alteraciones fueron el aumento del colesterol total en un 55 %, el aumento de LDL en 46 %, HDL disminuido en el 25 % e hipertrigliceridemia en el 14 %, siendo en su mayoría alteraciones poco marcadas.

El 30 % de las pacientes tenía una Ecografía transvaginal de control dentro de los dos años previos, mientras que el 51 % nunca se había realizado este examen. El 55.7 % de los estudios de ultrasonido eran normales y las patologías halladas se muestran en la tabla 14. De las 16 pacientes que habían presentado un endometrio entre 5 y 8 mm a 5 se les había realizado biopsia endometrial, resultando todas normales y de las 6 pacientes que habían presentado un endometrio >8 mm, a la mitad se les había realizado biopsia endometrial con el resultado de una con hiperplasia simple y 2 con hiperplasia compleja.

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCION AMBULATORIA

CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." - 2001.

Tabla N°14. HALLAZGOS EN LA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL

Normal	54	55.7 %
Endometrio entre 5 y 8 mm.	16	16.5 %
Endometrio > 8 mm.	6	6.2 %
Miomas uterinos	19	19.6 %
Tumoración anexial < 5 cm.	6	6.2 %
TOTAL	97	49 %
No se ha realizado el examen	101	51 %

El 50 % de las pacientes posmenopáusicas con útero intacto que recibían tratamiento habían presentado sangrado genital anormal en algún momento mientras recibían la terapia de reemplazo hormonal. A 10 de estas 33 pacientes (30 %) se les realizó biopsia endometrial (a 4 en forma ambulatoria y legrado uterino en quirófano a las 6 restantes). Entre estas pacientes se encontraron 2 casos de hiperplasia endometrial, una hiperplasia simple y una compleja. De las 23 pacientes que no tuvieron biopsia, 14 tenían Ecografía, habiéndose hallado un endometrio con grosor >5 mm. en 3 casos. Además hubo 4 pacientes que no recibían TRH y presentaron sangrado vaginal posmenopáusico, de las cuales 2 tuvieron biopsia endometrial por Legrado Uterino, resultando en un

caso hiperplasia glandular focal y en el otro hiperplasia glandular mixta compleja sin atipia. No se halló ningún caso de carcinoma ni de hiperplasia atípica.

A la mayoría de las pacientes no se les realizaba control de presión arterial ni peso ni mucho menos talla como puede apreciarse en la tabla 15. Los controles de presión arterial y talla que se hacían en las consultas eran realizados en sus evaluaciones por otras especialidades (Cardiología o Endocrinología) en las que seguían tratamiento.

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCIÓN AMBULATORIA
CENTRO MEDICO NAVAL "C.M.S.T." – 2001.

Tabla N°15. CONTROL DE PESO, TALLA Y PRESION ARTERIAL A PACIENTES EN CLIMATERIO

PERIODICIDAD	PRESION ARTERIAL	PESO	TALLA
No tiene control	116 58.6%	131 66.2%	183 92.4%
Cada consulta	40 20.2%	30 15.2%	1 0.5%
Al menos 1 vez al año	1 0.5%	1 0.5%	0 0.0%
Eventual	41 20.7%	36 18.2%	14 7.1%

V. DISCUSIÓN

El tema del Climaterio y la Menopausia constituye una preocupación actual de mucha importancia, así como para el futuro, ya que la tendencia de la población mundial hacia una esperanza de vida mayor hace que cada día haya mayor número de mujeres climatéricas y que éstas vivan más años en la posmenopausia^{3,4}. Este grupo además presenta características especiales que las hacen consultar por una serie de problemas comunes que se presentan como alteraciones y cese de la menstruación, acompañados en la mayoría de los casos por síntomas particulares^{1,13,19,21}. Además la deficiencia hormonal de la menopausia constituye un factor de riesgo modificable para enfermedad cardiovascular^{1,8,9,10,11,21} y osteoporosis^{1,12,14,15,21}, así como también parece serlo para la enfermedad de Alzheimer³². Todo esto hace que el enfoque de la paciente climatérica que consulta por alguna dolencia deba tener en cuenta necesariamente su condición de “deficiencia hormonal” y por lo tanto requiere orientación sobre el tema para que pueda tener acceso a medidas preventivas y terapéuticas tan importantes como la terapia de reemplazo hormonal, siempre que no exista contraindicación.

En el Centro Médico Naval “CMST” la población de mujeres en climaterio constituye una proporción importante de la población que se atiende y demanda cerca del 40 % de las atenciones de Ginecología en consulta ambulatoria. En el presente estudio fueron entrevistadas 198 pacientes que acudieron a consulta ambulatoria con una edad media de 51 años, la cual es una edad temprana que permite una intervención oportuna en la modificación de factores de riesgo, sin embargo el tiempo de menopausia de 7 ± 12 años era bastante largo, lo cual es compensado por la elevada proporción de pacientes que reciben terapia de reemplazo hormonal desde el comienzo de su menopausia.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Históricamente parece ser que la edad de la menopausia en la mujer hace unos 2000 años estaba en los inicios de la quinta década de la vida, sin embargo, a partir de la Edad Media se reporta alrededor de los 50 años, lo cual es más cercano a lo reportado por las mujeres en el siglo XX. Las entrevistas retrospectivas para determinar la edad de menopausia tienden a subestimarla al igual que el cálculo de la media, por lo que es más preciso usar la mediana ¹⁷. En el presente estudio la mediana fue muy similar a la media aunque siempre algo mayor para todos los grupos.

La edad promedio de menopausia en el presente estudio (44.5 años) es menor a la referida en la literatura (48 años para nuestro medio ^{22,27,29}), probablemente debido a que las que tuvieron menopausia quirúrgica tuvieron una edad de menopausia menor y a que algunas de las que tuvieron menopausia natural habían sido hysterectomizadas (aunque conservando al menos un ovario) a una edad más temprana. La proporción de mujeres con antecedente de hysterectomía previa en este grupo de pacientes es alta (43 %) y el promedio de la edad de la cirugía no supera los 44 años. Aún considerando sólo a las pacientes con menopausia natural no sometidas a hysterectomía, su edad promedio de menopausia de 46.3 años resulta menor que la del grupo del estudio de Pacheco ³³ y la diferencia es más marcada con la edad promedio de menopausia referida por la literatura extranjera ^{1,16}, para poblaciones caucásicas, que en la mayoría de estudios está cerca de los 50 años.

El porcentaje de pacientes con menopausia precoz espontánea (falla ovárica prematura) fue similar al del estudio de Pacheco ³³ y coincide con lo mencionado en la literatura (de 2 a 10 %) ¹⁸. Las edades extremas de menopausia natural coinciden con el rango observado por Treolar ¹⁶ en una cohorte de mujeres universitarias de Minnesota (37 a 56 años) que fueron seguidas hasta después de su menopausia, si bien la edad de la menopausia en ese estudio fue calculada con un método mucho más preciso que el retrospectivo usado en el presente estudio. En el estudio de Pacheco ³³ en

pacientes de su práctica privada las edades de ocurrencia de menopausia espontánea obtenidas retrospectivamente fueron más extremas (26 y 60 años).

Es importante considerar el impacto de la menopausia quirúrgica en este grupo de mujeres ya que su edad de menopausia fue significativamente menor que la de las que pasaron por una menopausia espontánea. Esto replantea el problema de dejar o extirpar los ovarios en una histerectomía según la edad de la paciente, lo cual no es objetivo del presente trabajo determinar, pero sí poner de relieve que según los criterios hasta hoy empleados en el Centro Médico Naval, la tendencia ha sido a extirpar los ovarios a una edad más temprana de la edad promedio de menopausia en las pre-menopáusicas, independientemente del motivo por el cual se haya decidido hacerlo.

El número promedio de hijos por mujer (3.51) era mayor que la tasa global actual de fecundidad según ENDES 2000 que se ubica en 2.8⁴⁸. Esto es explicable porque cuando se empezó a aplicar extensivamente el Programa Nacional de Planificación Familiar como política pública en 1987⁴⁸, la mayoría de las pacientes del presente estudio ya estaban al final de su etapa reproductiva.

No es extraño que la mayoría de pacientes sean casadas y el resto viudas, ya que es requisito indispensable para acceder a la atención médica en la institución ser familiar cercano (esposa o madre) del efectivo naval, teniendo las esposas derecho a medicinas subvencionadas y las madres no.

El grado de instrucción fue variado y la mayoría tenía al menos educación secundaria aunque había una paciente analfabeta.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS

En los antecedentes patológicos resalta la enfermedad cardiovascular, principalmente las várices de miembros inferiores y la hipertensión arterial y la mayoría de las pacientes con estas dolencias recibían terapia de reemplazo hormonal sin problemas. Debe recordarse que las contraindicaciones principales de la terapia hormonal de reemplazo son: para los estrógenos: historia de cáncer de mama o endometrio, disfunción hepática grave, porfiria y tumores estrógeno-dependientes; y para los progestágenos: meningioma; y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos considera embarazo, hemorragia uterina de origen desconocido, enfermedad hepática activa, alteración aguda o crónica de la función hepática, trombosis vascular reciente y cáncer de mama y/o endometrio en tratamiento como contraindicaciones^{15,19}. Por lo tanto ni las várices ni la hipertensión arterial constituyen contraindicaciones absolutas, aunque en tales casos debe usarse con precaución y en caso de presión alta debe usarse la vía transdérmica y asegurarse que no haya aumento en la presión arterial aunque esta ocurrencia sea poco usual¹⁹. Una paciente con LES (Lupus eritematoso sistémico) no recibía TRH pues entendía que era una contraindicación. El uso de terapia estrogénica de reemplazo en la posmenopausia no empeora el lupus eritematoso sistémico⁴⁹, aunque en casos esporádicos se ha reportado su agravamiento¹⁹. En las pacientes con migraña, como era el caso de 2 de las pacientes del estudio, cuando es severa y se agrava con el período menstrual, se debe evitar la terapia cíclica ya que en ocasiones se produce en relación con los cambios hormonales¹⁹. El resto de antecedentes patológicos encontrados no tienen mayor relación con la terapia hormonal de reemplazo, con excepción de la osteoporosis en 4 pacientes en quienes los estrógenos deben considerarse parte del tratamiento.^{12,19,47}.

El hábito de fumar encontrado como antecedente en algunas pacientes, si bien en poca cantidad, en ciertos casos era por un período de tiempo prolongado. Esto constituye factor de riesgo adicional para enfermedad coronaria cardiovascular y osteoporosis, por lo que en estas pacientes se debe

recomendar en primer lugar abandonar el mal hábito y seguir terapia hormonal de reemplazo individualizando cada caso ^{14,50}. Además el tabaquismo puede contribuir a una menopausia más temprana ^{50,51}.

En relación a los antecedentes quirúrgicos, la mayoría de pacientes tuvo algún tipo de cirugía pélvica. La ooforectomía bilateral con o sin histerectomía produce menopausia considerada quirúrgica por la relación estrecha con el antecedente (causa-efecto) y cuya importancia radica en la forma brusca como se produce el descenso de los estrógenos, la posibilidad de producir menopausia antes de lo normal y que suele asociarse a una descalcificación más acelerada de los huesos ^{14,23,27}.

No se encontró diferencia significativa en la edad de menopausia con las pacientes sometidas a bloqueo tubario. Tampoco en la edad de inicio de terapia de reemplazo hormonal entre las sometidas a histerectomía con conservación de al menos un ovario y las no histerectomizadas. La diferencia en la edad de inicio terapia hormonal de reemplazo entre las pacientes con menopausia quirúrgica y las no histerectomizadas podría atribuirse a la prescripción casi inmediata de esta terapia a las pacientes que son ooforectomizadas y quizá a la presencia de síntomas más agudos, aunque este hecho no ha sido estudiado en este trabajo.

El régimen catamenial de las pacientes en la etapa de transición previa al cese del periodo menstrual, según lo recordaban las pacientes, mostró muchas variaciones distribuyéndose principalmente entre la Oligomenorrea, la Hipermenorrea y la Eumenorrea, en forma casi uniforme. Se conoce que después de los 35 años son más comunes las fluctuaciones en la producción de estrógenos de las mujeres, lo cual puede traer variaciones en los ciclos, sin embargo en la mayor parte es después de los 45 años que el patrón cambia y los trastornos pueden prolongarse de 2 a 8

años hasta la menopausia ⁴. En esta etapa conocida como Perimenopausia ocurren una serie de cambios endocrinos debido a la depleción de oocitos y por lo tanto de folículos, haciendo que predomine la anovulación, cambios que se traducen en una disminución progresiva de estrógenos y aumento de gonadotrofinas, lo cual lleva inicialmente a acortamiento de los ciclos menstruales que luego se hacen más largos hasta desaparecer, y si bien ocurre ovulación eventualmente, ésta es impredecible clínicamente en base a los patrones de sangrado ^{3,4,29,31}. Las variaciones en los patrones menstruales en la Perimenopausia se explicarían por estos cambios que ocurren en distinto momento en cada mujer y se completan en tiempos diferentes ³¹, además del hecho de que muchas fueron histerectomizadas, interrumpiendo el proceso en un momento dado.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

Existen muy pocos estudios que aborden el tema del conocimiento de la mujer sobre el climaterio y la menopausia. En nuestro medio encontramos uno realizado por Solsol en el Hospital Cayetano Heredia, en pacientes ambulatorias de Ginecología, mayores de 39 años, a quienes se les aplicó una encuesta anónima ⁴⁵. Teniendo en cuenta que su grupo de pacientes tenía un nivel educativo inferior al del que se estudia en el presente trabajo, podemos intentar comparar algunos resultados.

La concepción que se pueda tener de la menopausia y el climaterio, la transición, el “cambio de vida”, es influida por los aspectos culturales de las mujeres y no sólo depende de los aspectos puramente biológicos. Por ejemplo en Japón las mujeres suelen reportar muy pocos síntomas al entrar en la posmenopausia, consideran el hecho como algo natural y le dan poca importancia dentro del proceso de envejecimiento, a diferencia de las mujeres en las sociedades occidentales que suelen reportar bochornos y otros síntomas con mayor frecuencia ^{19,52}, y suelen dar mayor importancia a los aspectos negativos como la pérdida de la capacidad reproductiva, las molestias que pueden presentarse y al envejecimiento somático. Se ha llegado a considerar al climaterio como un desorden endocrino caracterizado por la deficiencia de estrógenos, aún cuando es bien sabido, y actualmente se acepta así, que es un estado fisiológico (y no una enfermedad) que puede tener algunas consecuencias patológicas ^{3,52}, principalmente la enfermedad cardiovascular coronaria y la osteoporosis, y últimamente se mencionan las alteraciones cognitivas en relación a la Enfermedad de Alzheimer como relacionadas a la deficiencia de estrógenos ^{19,32}.

La percepción y el conocimiento que puedan tener las pacientes de la etapa por la que están atravesando o han pasado les ayudará a comprender mejor su situación así como los cambios que

pueden observar en sí mismas y en las mujeres de edad similar, a la vez que favorecerá que sigan el tratamiento adecuado cuando esté indicado. En el mantenimiento de la Terapia de reemplazo hormonal, además del conocimiento de las causas del climaterio y la menopausia, también influyen la educación y en nivel socioeconómico ⁴⁵.

En el presente estudio la mayoría de las pacientes asoció la menopausia con el cese de la menstruación, lo cual les permite identificar el momento en el que se establece esta etapa de la vida de la mujer. Otras, como la mayoría en el estudio de Solsol ⁴⁵, la asociaron a los síntomas, lo cual puede inducirles a buscar ayuda y permitirles iniciar el tratamiento en forma oportuna. Las que asocian la menopausia con el cese de la capacidad reproductiva, con el inicio del envejecimiento o desconocen de qué se trata, podrían considerarse como mujeres que entienden la menopausia como un fenómeno natural y que por lo tanto no necesitaría o no tendría ningún tratamiento o posibilidad de mejora, aún cuando el concepto que puedan tener sea en esencia aunque sólo parcialmente correcto. Su actitud hacia la menopausia estaría influenciada por la percepción que tienen de la misma, y únicamente asociarla al hecho de dejar de menstruar, aún siendo conceptualmente correcto, puede no ser suficiente para tener una idea completa de lo que significa y comprender mejor los cambios que ocurren así como los medios de ayuda existentes para conservar la salud en esta etapa de la vida.

Lo antes mencionado puede evidenciarse mejor al observar que la mayoría de las pacientes no conocían las causas por las que se produce la menopausia (aunque en menor proporción que en el estudio de Solsol ⁴⁵) ni los riesgos a que está asociada. Sin embargo la mayoría mencionó síntomas que ellas asociaban a la menopausia, que conocían por propia experiencia o por referencia de otras mujeres que los habían tenido, y también una gran mayoría mencionó a las hormonas como

tratamiento, siendo relativamente pocas las que mencionaron medidas no farmacológicas como el optar por un estilo de vida saludable, así como también el más mencionado de los beneficios de la terapia hormonal fue de lejos la mejora de los síntomas, como en el estudio de Solsol ⁴⁵, pero con la diferencia de que en el presente estudio la mayoría conocía algún beneficio de la TRH. Parece entonces que la concepción que tiene la mayoría de este grupo de mujeres sobre la menopausia se asemeja más a la de una enfermedad con unos síntomas asociados y que se “cura” con hormonas, idea que parece ser compartida por muchos médicos. Aunque ésta no es la idea que debe transmitirse, parece ser que esta concepción podría ser útil para que las pacientes se adscriban al tratamiento hormonal, pero probablemente sólo sirva para eso, no permitiendo mejorar otros aspectos que no dependen únicamente de las hormonas y que por lo tanto la terapia hormonal no logrará controlar, como los aspectos familiares y sociales, así como los riesgos que no son analizados y pueden contribuir a la morbilidad futura (alimentación inadecuada, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, etc.), que sólo con una comprensión apropiada de lo que significa el climaterio como cambio de vida permitirá un enfoque integral que pueda mejorar todos los aspectos de la vida de la mujer que transita por esa etapa.

Los síntomas relacionados directamente con el déficit estrogénico son los vasomotores (bochornos y sudoración, así como el insomnio cuando se asocia a bochornos y sudores nocturnos) y los de atrofia vaginal (dolor, dispareunia, flujo sanguinolento), siendo los que son aliviados específicamente por la terapia estrogénica ^{1,13}. Se han reportado cambios en el estado de ánimo (melancolía, nerviosismo), síntomas somáticos generales (cefalea, vértigo, mareo, embotamiento, aumento de peso, artromialgias, etc.) y alteraciones de la esfera sexual (disminución de libido e insatisfacción sexual, que pueden agravarse por la dispareunia y atrofia genital, pero que no se resuelven al mejorar éstas últimas), cuya relación con la menopausia no es tan clara y su respuesta al

tratamiento hormonal e incluso al placebo es muy variable ^{13,19}. Se ha encontrado asociación de los estrógenos a efectos beneficiosos sobre el sueño: disminución de los episodios de falta de sueño ⁴¹ y disminución de la latencia del sueño así como aumento en la duración del sueño REM ⁴⁰; también se han asociado a cambios psicológicos como una menor agresividad externa con una mayor hostilidad interna ⁴⁰.

Las pacientes conocían principalmente los bochornos, el nerviosismo (irritabilidad, cambio en el carácter), cefalea, artromialgias y cambios en el estado de ánimo como síntomas asociados a la menopausia. Pocas mencionaron la sequedad vaginal o la dispareunia. En el estudio de Solsol ⁴⁵, los síntomas más conocidos fueron la irritabilidad, seguida de los bochornos. Dentro de los “tratamientos” para la menopausia la mayoría conocía las hormonas y algunas mencionaron los aspectos psicológicos y de estilo de vida, así como suplementos de vitaminas o minerales. Hay que destacar que el único suplemento recomendado en ausencia de problema carencial es el calcio como parte de la prevención de osteoporosis ^{12,19}.

Los beneficios del tratamiento hormonal que conocían las pacientes como ya mencioné se limitaron principalmente a la mejora de los síntomas y sensación de bienestar. Casi un tercio de las pacientes mencionaron la prevención de la descalcificación de los huesos (osteoporosis) ^{12,14,15,38}. En el otro estudio ⁴⁵ se mencionan estos beneficios pero en menor proporción (25 y 5.7 % respectivamente). El efecto benéfico sobre el perfil lipídico y la enfermedad cardiovascular ^{7,9,15,28,38,44,46} era muy poco conocido. Cabe destacar que si bien la mayoría de estudios encuentran un beneficio cardiovascular del uso de estrógenos en la posmenopausia, explicándolo por diversos mecanismos, aún hay cierto grado de escepticismo en algunos grupos por haber algunos estudios con resultados contrarios ¹⁰ y argumentando que se necesitan ensayos clínicos prospectivos aleatorizados

extensos ²⁵, estudios cuyos resultados finales no estarán disponibles hasta dentro de algunos años. Ahora bien, la evidencia epidemiológica disponible sobre el tema, basada en estudios retrospectivos, es similar a la que existe sobre la relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón, ya que no hay ensayos clínicos que demuestren una asociación causal ³⁸.

Entre las posibles complicaciones de la terapia de reemplazo hormonal un buen grupo mencionó al cáncer. Es conocido que el empleo de estrógenos solos por tiempo prolongado en pacientes que conservan el útero produce hiperplasia y aumenta notablemente el riesgo de carcinoma endometrial, riesgo que persiste elevado por varios años luego de suspenderlos, aunque el cáncer endometrial diagnosticado en mujeres que toman estrógenos suele ser bien diferenciado, poco invasor y detectado en etapas más precoces que en mujeres que no toman hormonas, y con una tasa de supervivencia mayor. ^{15,38,53}. La adición de un progestágeno a la terapia estrogénica ha demostrado efecto protector para el desarrollo de hiperplasia ¹⁹. En cuanto al carcinoma endometrial, depende de la dosis y duración del uso de progestágeno, siendo más efectivo el régimen continuo con dosis de 5 ó 10 mg./día de acetato de medroxiprogesterona, en la reducción del riesgo e incluso podría eliminar el riesgo inducido por los estrógenos ^{15,19,43,53}.

En el caso del cáncer de mama el comportamiento de la terapia hormonal es diferente y su efecto sobre el riesgo de desarrollar esta neoplasia es controversial ¹⁵. Al parecer el uso prolongado de estrógenos aumenta ligeramente el riesgo de cáncer de mama (1.3 a 1.5), con un aumento mayor en las mujeres de mayor edad, situación que no mejora al agregar un progestágeno, lo cual incluso podría aumentar el riesgo ^{43,54,55}. Sin embargo, un meta-análisis no encontró aumento en el riesgo de cáncer mamario con dosis de 0.625 mg/día o menores de estrógenos conjugados ni relación con la duración del tratamiento ⁵⁶.

Otras complicaciones mencionadas fueron las relacionadas a trastornos benignos de la mama, que suelen observarse con el uso de estrógenos en forma de alteraciones radiológicas reversibles al suspender la terapia ³⁵; el aumento de peso, que en todo caso es un efecto secundario posible pero raro; y el agravamiento de várices, en el que no parecen jugar un papel importante los estrógenos a las dosis de terapia de reemplazo. Se ha asociado un aumento del riesgo de enfermedad tromboembólica al uso de anticonceptivos orales, sin embargo los cambios en los factores de la coagulación y fibrinólisis documentados en la terapia de reemplazo hormonal parecen tener poca importancia clínica y más bien serían beneficiosos ^{15,35,46}. Llama la atención que muy pocas pacientes hayan mencionado el sangrado genital como complicación, ya que este efecto secundario suele ser la principal causa de abandono de la terapia hormonal y es relativamente frecuente ^{19,35}. La actitud ante el sangrado vaginal fue en su mayoría favorable, mencionando que buscarían atención médica, aunque un pequeño grupo no le daba importancia. Parece ser que este problema es considerado como una molestia menor que hay que solucionar pero no la consideran como algo anormal o patológico, en su mayoría.

En lo referente a las contraindicaciones de la terapia hormonal había gran desconocimiento por parte de las pacientes. Menos de la quinta parte mencionó al cáncer de mama y menos de la décima parte al cáncer de útero.

Los medios que emplearon las pacientes para informarse acerca de la menopausia fueron variados, pero fue principalmente a través de los médicos que obtuvieron información. Con menos frecuencia la buscaron en medios escritos o la hallaron en medios de difusión masiva (radio y televisión). Algunas obtuvieron datos conversando con sus amigas, mientras cerca de la tercera parte declaró no haber recibido información alguna, lo cual revela cierta falta de interés por parte de las

pacientes o quizás de parte del personal médico que las atiende eventualmente. En el estudio de Solsol⁴⁵ la mayoría no habían recibido información y las que sí accedieron a alguna información lo hicieron principalmente a través de amigas y en segundo lugar por médicos. Por lo tanto es importante la actuación del médico en la educación de estas pacientes para que pueda brindarles información adecuada.

ASPECTOS CLÍNICOS

Los síntomas reportados por las pacientes al inicio del climaterio y antes de recibir tratamiento fueron variados. Predominaron los bochornos, cefalea, artromialgias, irritabilidad y melancolía. La sequedad vaginal fue casi 3 veces más frecuente que la dispareunia, lo cual puede reflejar una menor actividad sexual en mujeres con esta molestia, aún cuando la disminución de la libido no fue reportada tan frecuentemente. Muy pocas pacientes no reportaron ningún síntoma en ese momento, pero el número de ellas fue significativamente mayor luego de recibir tratamiento y en el momento actual. Aunque la mayoría de síntomas no pueden considerarse específicos del climaterio, mejoraron en su gran mayoría con la terapia hormonal. Sólo los síntomas poco comunes (hormigueos, parestesias, aumento de peso y caída de cabello) no mostraron diferencia significativa entre el estado inicial y luego del tratamiento. Las frecuencia de síntomas en las pacientes que no recibieron tratamiento hormonal no cambió significativamente. Sin embargo al observar el cambio en el Índice de Kupperman¹⁹ sí hubo mejoría estadísticamente significativa en ambos grupos, aunque mayor en el grupo que recibió hormonas. Esto es atribuible a que el Índice de Kupperman toma en cuenta la intensidad de los síntomas más relacionados con el déficit estrogénico, y es conocido que luego de unos años después de ocurrida la menopausia, esos síntomas tienden a desaparecer progresivamente

El grado de empleo de terapia de reemplazo hormonal es alto entre las pacientes del presente estudio principalmente porque las que reciben esta terapia acuden mensualmente para la prescripción de medicamentos (en su condición de aseguradas), mientras que las que no reciben tratamiento hormonal, con excepción de las pocas que reciben estrógenos tópicos por molestias vaginales y las que reciben calcio como suplemento, acuden bien una vez al año para chequeo y Papanicolaou, o bien cuando presentan alguna molestia relacionada con la especialidad. Sin embargo, es rescatable que un alto porcentaje de las pacientes haya recibido la terapia desde casi el comienzo de su menopausia hasta la actualidad, sin interrupciones significativas, y el porcentaje de abandono de la terapia sea bajo, con un tiempo promedio de tratamiento relativamente elevado de más de 3 años y un 36 % que lo ha recibido por un tiempo mayor al promedio y un 30 % por más de 4 años. En un estudio se encontró que pocas mujeres tomaban hormonas por el tiempo suficiente para que se beneficien de ello y sólo el 20 % continuaban recibéndolas después de 4 años ⁵⁸.

En cuanto a los medicamentos usados llama la atención el hecho de que un medicamento administrado por vía intramuscular sea uno de los más usados (como también se aprecia en el estudio de Solsol ⁴⁵), teniendo en cuenta que en la actualidad ya no se recomienda la vía intramuscular por su inconvenientes (no es muy agradable la inyección, los niveles plasmáticos son poco estables y no se puede retirar con rapidez si aparecen efectos secundarios) ^{19,21}, sin embargo, muchas pacientes eligieron esta forma de administración que está disponible en el medio, y han persistido por períodos relativamente largos.

La forma más usada fue la vía oral y dentro de ella los estrógenos conjugados, solos en las pacientes histerectomizadas o combinados con acetato de medroxiprogesterona en las pacientes con útero, mayormente en forma continua y con régimen cíclico principalmente en las pacientes menores

de 50 años. Ya se ha comentado previamente la necesidad de incluir un progestágeno en las pacientes que conservan el útero para prevenir el riesgo de cáncer de endometrio ^{15,19,43,53}. Se prefiere el régimen cíclico en las pacientes que aún no han dejado de menstruar definitivamente siempre que deseen seguir menstruando, mientras que la forma de administración combinada continua es preferible luego de la menopausia, porque tiene menor posibilidad de producir sangrado genital como efecto secundario, y esto puede hacer la diferencia entre si la paciente abandona o continúa con el tratamiento ^{19,57}. Además el régimen cíclico se asocia con un pequeño aumento del riesgo de cáncer de endometrio luego de 5 años de uso ⁵⁷. El esquema más apropiado sería uno combinado continuo de estrógenos conjugados con 5 mg/día de acetato de medroxiprogesterona para mujeres cerca del inicio de la menopausia o las que inician TRH y no tolerarían un sangrado irregular, pudiendo aumentar la adhesión al tratamiento ⁵⁷.

La forma percutánea en forma de gel fue usada por un grupo de pacientes, mayormente histerectomizadas. Esta vía de administración tiene las ventajas de la administración parenteral (menor repercusión hepática, niveles plasmáticos más estables, dosis requeridas menores, concentraciones de estrógenos más fisiológicas (estradiol > estrona), menos efectos gastrointestinales y no es afectada por los procesos digestivos), con la excepción de que su absorción varía según la superficie y el lugar de la aplicación, la dosis aplicada y la capacidad de almacenamiento y difusión, lo cual explica la gran variabilidad individual ¹⁹.

La mayoría de las pacientes cumplía con la terapia hormonal en forma más o menos regular y algunas la tomaban irregularmente. Unas pocas la habían suspendido o nunca la habían recibido. Las razones por las cuales suspendieron la terapia o no la recibieron fueron principalmente descuido o

falta de interés y el hecho de que no se las habían indicado nunca, a diferencia del estudio de Solsol⁴⁵ en que la mayor proporción manifestó no necesitarla, probablemente por ser un grupo más joven.

HABITOS Y COSTUMBRES

Algunas medidas higiénicas y dietéticas apropiadas pueden contribuir a mejorar la salud de la mujer en general y particularmente en la etapa del climaterio, contrarrestando en cierta medida los efectos perniciosos de la deprivación estrogénica.

El ejercicio físico moderado, en periodos adecuados resulta imprescindible para el mantenimiento de la masa ósea, además de mejorar la función cardiovascular^{19,50}. En el caso del aumento de masa ósea, se logran resultados óptimos si se realizan ejercicios de pesas junto con ejercicios aeróbicos (como una caminata enérgica, constituyendo un elemento importante para prevenir cardiopatías), asociados a suplementos de calcio y terapia de reemplazo hormonal en la posmenopáusica⁵⁰. También es importante la exposición al sol que favorece la síntesis de vitamina D y ayuda a la prevención de osteoporosis, siendo suficiente con 30 minutos de exposición al día¹⁹.

Las pacientes del estudio en su mayoría realizaban como actividad física el trabajo doméstico, sin embargo, si bien este tipo de actividad que puede implicar el soporte del peso del cuerpo y de algunas otras cargas puede ser beneficioso para prevenir la pérdida de hueso, es inadecuado para la función cardiovascular⁵⁰. Un grupo importante realizaba alguna otra actividad como caminata, trote o practicaba gimnasia o algún deporte, lo cual sí sería favorable para el corazón.

La supresión de hábitos nocivos debe ser también considerada. El alcohol inhibe la absorción de calcio¹⁹; el tabaquismo se asocia a una menor masa ósea, aumenta la depuración de las hormonas sexuales exógenas y por lo tanto disminuye sus efectos, aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y de enfermedad cardiovascular^{9,19,50}; y el café interfiere en la absorción de calcio y aumenta sus pérdidas, además de elevar la labilidad neurovegetativa¹⁹. No se encontraron casos de alcoholismo crónico y la mayoría de las que admitieron ser fumadoras, consumían pocos cigarrillos, con excepción de 2 pacientes que habían consumido alrededor de 20 cigarrillos diarios y por largo tiempo.

En cuanto a la alimentación, se considera que debe cubrir las necesidades calóricas, teniendo en cuenta que éstas disminuyen con la edad, y deben excluirse de la dieta los alimentos que tengan influencia negativa sobre los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial o la masa ósea¹⁹. De este modo debe moderarse la ingesta de grasas, sobre todo las de origen animal, y de sal, principalmente si existe hipertensión arterial establecida, así como evitar las dietas ricas en proteínas o hidratos de carbono al igual que las dietas ricas en grasas, en sodio y fosfato, porque aumentan la pérdida de calcio. La principal fuente de calcio está constituida por la leche y sus derivados por lo cual se recomienda incluirlos en la dieta habitual de la mujer climatérica. Como las necesidades de calcio aumentan en la mujer menopáusica hasta 1.5 g al día y la dieta habitual con frecuencia no las cubre, se recomienda un suplemento de calcio, teniendo en cuenta que se absorbe mejor con las comidas y cuanto menor es la dosis, por lo cual conviene administrarlo en forma fraccionada con la dosis mayor por la noche de modo que contrarreste la acción de la paratohormona que es más activa durante la noche^{19,50}. No se recomienda suplementos de flúor ni de vitamina D⁵⁰.

La mayoría de las pacientes consumían leche o productos lácteos, pero sólo cerca de la mitad lo hacían diariamente, aunque difícilmente en la cantidad necesaria para cubrir sus requerimientos (1 litro de leche proporciona 1000 mg de calcio y 150 g de queso fresco unos 600 mg¹⁹), sin embargo a estas pacientes, junto con el tratamiento hormonal se les suele administrar suplemento de calcio. Cerca de la mitad manifestaron restringir la ingesta de grasas y muy pocas la de sal (las que estaban en tratamiento por hipertensión arterial).

El autoexamen de mamas constituye un elemento importante de ayuda en la detección del cáncer mamario y por lo tanto es recomendable que toda mujer, en especial aquella que recibe terapia estrogénica, lo practique periódicamente, sin descuidar la evaluación clínica de las mamas y la mamografía²³. En el presente estudio si bien la mayoría de pacientes practicaban el autoexamen de mamas y cerca de la mitad lo hacía con adecuada periodicidad, un grupo importante (30 %) no lo realizaba, y siendo una medida útil de bajo costo, sería importante incidir en ella para lograr que la practiquen todas las mujeres.

ACTITUDES HACIA EL CLIMATERIO Y LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

El concepto que las pacientes tienen del climaterio, la menopausia y el tratamiento de la misma constituye un elemento importante en la determinación de las actitudes que presentan ante ellos. El hecho de concebir a la menopausia como un problema de salud, aunque sea sólo por presentar síntomas, hará que la mujer busque ayuda, atención médica y esté dispuesta a recibir un tratamiento. El conocimiento de que el tratamiento no sólo es efectivo para calmar sus síntomas sino que además ofrece protección contra dolencias que pueden ocasionar problemas serios en el futuro, puede hacer que la mujer desee continuar en tratamiento por un tiempo prolongado. Por otro lado, el temor a los efectos colaterales o al cáncer, posiblemente debido a un desconocimiento de estos problemas en su

verdadera magnitud, puede hacer que la mujer abandone el tratamiento o ni siquiera tome en consideración utilizarlo. La poca importancia o percepción de los síntomas climatéricos que se ve en sociedades como la japonesa, aunada a la concepción cultural que tienen de la menopausia considerándola como un hecho natural y no como un problema de salud ⁵², hace que no se considere el tratamiento como una opción importante a diferencia de las poblaciones occidentales.

En el presente estudio más de la mitad consideraba a la menopausia como un problema de salud y aún cuando un grupo importante (41 %) la consideraba un evento natural, más del 90 % consideraba importante el tratamiento. De manera similar en el estudio de Solsol ⁴⁵, aunque sólo el 28 % consideraba el climaterio como problema de salud, más del 90 % hubiera aceptado recibir terapia hormonal. Estos hechos mostrarían que aunque no se tenga un concepto claro sobre si considerar o no al climaterio como un problema de salud (algo en lo cual aún no hay consenso ⁵²), es evidente una necesidad de tratamiento que muy probablemente se deba en la mayoría de casos a la presencia de síntomas que se consideran molestos aunque puedan ser tenidos como parte normal del proceso de envejecimiento.

La mayoría de pacientes del presente estudio estaba dispuesta a recibir la terapia hormonal por un tiempo prolongado dependiendo de lo que le indique el médico (similar al estudio de Solsol ⁴⁵), incluso hasta de por vida, lo cual puede ser beneficioso ya que por lo general son pocas las pacientes que reciben la terapia por el tiempo suficiente para que se beneficien ⁵⁸.

Es destacable que la mayoría de las pacientes del presente estudio esté satisfecha con la terapia de reemplazo hormonal que reciben y que en similar proporción estén dispuestas a animar a otras pacientes para que consulten y reciban esta terapia.

SEGUIMIENTO

El adecuado seguimiento de la paciente en terapia de reemplazo hormonal es fundamental para prevenir las complicaciones y detectarlas a tiempo, así como para lograr que la terapia sea recibida en forma adecuada y por el tiempo necesario. Esto incluye una serie de exámenes previos al inicio del tratamiento, así como los que se realizan periódicamente. Además de la Anamnesis en que se deberá indagar por factores de riesgo en general y que deberá ser actualizada cada año y el examen clínico que incluye el examen pélvico y mamario, es necesario realizar un examen citológico cervical que se repetirá anualmente si hay alguna anomalía y podrá diferirse hasta 3 años en ausencia total y repetida de patología, una mamografía basal a ser repetida cada 1 a 2 años entre los 40 y 49 años y anualmente a partir de los 50 años y un estudio bioquímico mínimo de colesterol total y triglicéridos, que en caso de anormalidad deberá ampliarse a un perfil lipídico completo y de otro modo puede repetirse cada 5 años ¹⁹. Además es recomendable realizar un estudio ecográfico transvaginal por la información que aporta acerca de la existencia de patología endometrial, uterina y anexial, tanto como screening inicial como para seguimiento; la medición del grosor endometrial ha sido introducido como un procedimiento de rutina para el despistaje de cáncer endometrial en pacientes posmenopáusicas ⁵⁹. También se recomienda realizar pruebas bioquímicas estándar al inicio para tener una idea de la función renal, hepática y el metabolismo hidrocarbonado ¹⁹.

La densitometría ósea es opcional antes de iniciar la terapia hormonal, pero debe tratar de realizarse principalmente en las pacientes con factores de riesgo para osteoporosis incluyendo el inicio tardío de la terapia respecto a la edad de menopausia, así como en las que dudan en iniciarla ¹⁹.

Estos lineamientos generales pueden servir como guía para el seguimiento, sin embargo no hay que olvidar las medidas no farmacológicas, evitar hábitos nocivos y la educación continua a la paciente, así como el apoyo psicológico, y finalmente debe tenerse en cuenta que el manejo será siempre individualizado ^{19,26}.

En el presente estudio la gran mayoría tenía examen clínico mamario en el año previo y mamografía dentro de los 2 años previos, aunque había un 6 % de pacientes que nunca se la había realizado, a pesar de que la mitad de estas pacientes recibía terapia hormonal. La mayoría de las mamografías eran normales y en algunos casos se encontró patología benigna.

El examen vaginal había sido realizado en la mayoría de pacientes dentro de los 2 años previos sin alteraciones significativas. Quienes no se habían realizado este examen eran en su mayor parte histerectomizadas al igual que las que no tenían examen de Papanicolaou cervical dentro de los últimos 3 años. Se encontraron pocos casos con patología cervical significativa y ninguna con carcinoma.

En cuanto al perfil lipídico, con la menopausia ocurre un incremento en los niveles de LDL y un descenso en los de HDL con el consiguiente aumento del riesgo cardiovascular. La terapia estrogénica revierte este cambio con un especial efecto sobre HDL₂ (la más importante en la prevención de la cardiopatía coronaria). Es así que al efecto sobre los lípidos sanguíneos de la terapia de reemplazo hormonal se le atribuye del 30 al 50 % del efecto cardioprotector de los estrógenos. El empleo concomitante de un progestágeno además del estrógeno no reduce los efectos beneficiosos de la terapia hormonal aunque se haya observado que los progestágenos en sí, tienen efectos opuestos a los estrógenos, sobre todo los que tienen mayor efecto androgénico ^{6,7,46}. Los triglicéridos se ven incrementados por la administración oral de estrógenos, pero lo hacen en forma

modesta en la mayor parte de casos, si bien se han visto algunas mujeres con tendencia a la hipertrigliceridemia que desarrollaron hipertrigliceridemia severa luego de la ingesta de estrógenos exógenos ¹⁵. Es por ello que en esos casos no deben usarse estrógenos por vía oral.

En el presente estudio sólo la quinta parte de pacientes tenía el perfil lipídico normal. La principal alteración era la hipercolesterolemia con aumento de LDL y una cuarta parte de las pacientes tenían el HDL bajo. Este grupo es el que más se podía beneficiar de una terapia de reemplazo hormonal por vía oral, sin descuidar los aspectos dietético y de actividad física. De otro lado el grupo con hipertrigliceridemia no debería recibir terapia hormonal por vía oral, sin embargo las alteraciones en los lípidos eran en su mayor parte leves a moderadas y un buen grupo de las pacientes con hipertrigliceridemia recibía estrógenos conjugados por vía oral, sin mayores problemas. A la mayoría se les había efectuado una valoración del perfil lipídico dentro de los 2 años previos.

La ecografía transvaginal, como ya se comentó antes, si bien es considerada opcional en pacientes asintomáticas, es un excelente método diagnóstico que deberá realizarse obligatoriamente en caso de alguna anomalía pélvica o alteración del patrón de sangrado durante la terapia hormonal ¹⁹. Es un método sencillo, bien tolerado y más económico y cómodo que la dilatación y curetaje y la histeroscopia ⁵⁹.

En el presente estudio más de la mitad de pacientes nunca se había realizado este examen y de las que lo tenían, más de la mitad eran normales y el resto mostraba patología de apariencia benigna. De las pacientes en terapia de reemplazo hormonal con endometrio entre 5 y 8 mm, algo menos de la tercera parte tuvo biopsia endometrial resultando todos los estudios normales. En cambio de las pacientes con endometrio > 8 mm, a la mitad (3 pacientes) se les realizó biopsia endometrial

resultando todas anormales (una con hiperplasia simple de endometrio y dos con hiperplasia compleja), lo cual podría sugerir que el valor de 8 mm de grosor endometrial podría ser un buen punto de corte para realizar una biopsia endometrial en pacientes que reciben terapia de reemplazo hormonal, aunque no es éste el objetivo de este estudio y la cantidad de casos es muy pequeña para poder concluir algo al respecto, requiriéndose otros estudios para aclarar este punto. Se ha sugerido que el valor de corte de 4 a 5 mm. de grosor es apropiado para el despistaje de cáncer de endometrio en pacientes posmenopáusicas que presentan hemorragia uterina al permitir seleccionar adecuadamente a aquéllas que requieren biopsia, y algunos investigadores han propuesto un valor de corte de 8 mm de grosor endometrial en pacientes posmenopáusicas asintomáticas^{59,60}. Sin embargo, en las pacientes posmenopáusicas asintomáticas que no reciben tratamiento hormonal, la ecografía transvaginal, a pesar de tener un alto valor predictivo negativo, podría no ser un método efectivo para la detección de anormalidad endometrial⁶⁰.

De las pacientes posmenopáusicas que habían presentado sangrado vaginal la mayoría había tenido ecografía transvaginal pero sólo a la tercera parte se le había realizado biopsia endometrial. El número de pacientes es escaso pero pareciera ser que es más probable encontrar un endometrio anormal en la biopsia en pacientes que no reciben terapia hormonal y presentan sangrado vaginal que en las que sí reciben hormonas, lo cual concordaría con el hecho de que es más probable que se presente sangrado vaginal en pacientes que reciben hormonas como efecto secundario del tratamiento, sobretodo al inicio del mismo^{19,21}.

Dentro de la exploración física se debe evaluar la talla, el peso y la presión arterial, lo cual debe realizarse al menos anualmente. La disminución de la talla puede indicar osteoporosis y el sobrepeso constituye un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular a la vez que un peso muy bajo lo es

para osteoporosis; y un aumento en la presión arterial debe llevarnos a reconsiderar la terapia hormonal o al menos reevaluar la forma de administración ¹⁹.

En este estudio estos parámetros han estado usualmente descuidados y se puede ver que su evaluación no ha sido rutinaria en la especialidad y que más bien son las pacientes que presentan alteraciones en el peso o la presión arterial las que son controladas principalmente en otras especialidades y no de forma preventiva.

VI. CONCLUSIONES

- La edad de menopausia quirúrgica fue menor que la de menopausia natural.
- Las pacientes con Hipertensión arterial o várices de miembros inferiores pueden recibir TRH con adecuada selección y seguimiento.
- El antecedente de bloqueo tubario bilateral no parece influir en la edad de menopausia.
- El inicio de la terapia hormonal fue más precoz en las pacientes ooforectomizadas.
- Las pacientes tienen mayor conocimiento y dan más importancia a los síntomas del climaterio y los efectos paliativos de la TRH que a los otros aspectos de prevención de riesgo cardiovascular y de osteoporosis, así como sobre las complicaciones y contraindicaciones de la TRH.
- Los aspectos no farmacológicos como parte del tratamiento de la menopausia no están muy difundidos.
- La principal fuente de información sobre la menopausia la constituyeron los médicos.
- La TRH es efectiva para aliviar los síntomas asociados a la menopausia en su gran mayoría, aún aquellos no directamente relacionados a la deficiencia de estrógenos.
- Los síntomas más relacionados a la deficiencia de estrógenos tienden a desaparecer con el transcurso del tiempo a partir de la Perimenopausia.
- En este grupo de pacientes el empleo de la terapia hormonal de reemplazo es bastante elevado, así como la persistencia con la misma.
- La vía intramuscular en la TRH sigue siendo una alternativa importante en este grupo de pacientes, a pesar de sus posibles inconvenientes.

- El autoexamen de mamas es una práctica aún no suficientemente difundida.
- La aceptación de la terapia de reemplazo hormonal en este grupo de pacientes es amplia.
- El seguimiento clínico de las pacientes en climaterio y las que reciben terapia de reemplazo hormonal es aceptable con excepción del control de peso, talla y presión arterial, así como en información y educación a las pacientes.
- Es necesario uniformizar la atención de las pacientes en climaterio mediante la definición de contenidos educativos, esquemas de selección de pacientes y de tratamiento y patrones de seguimiento, sin olvidar que el manejo final debe ser individualizado.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Research on the menopause: report of a WHO scientific group. WHO. Geneva. 1981: 7 – 52.
2. Wentz AC. Tratamiento de la menopausia. En: Jones III HW, Wentz AC, Burnett LS. Tratado de Ginecología de Novak. México: Interamericana-Mc Graw Hill. 1991: 349-388.
3. Haney AF. “Fisiología” del climaterio. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1986; 2: 511-523.
4. Barbo DM. Fisiología de la menopausia. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1987; 1: 15-25.
5. Aksel S, Schomberg DW, Tyrey L, Hammond CB. Vasomotor symptoms, serum estrogens, and gonadotropin levels in surgical menopause. Am. J. Obstet. Gynecol. 1976; 126(2): 165-169.
6. LaRosa JC. Metabolic effects of estrogens and progestins. Fertility and Sterility. 1994; 62(Suppl.2): 140S-6S.
7. Shewmon DA. Lípidos, aterosclerosis y la posmenopáusica Una perspectiva clínica. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. 1994; 2: 337-355.
8. Barrett-Connor E. Heart disease in women. Fertility and Sterility. 1994; 62(Suppl.2): 127S-32S.
9. Lobo RA, Speroff L. International consensus conference on postmenopausal hormone therapy and the cardiovascular system. Fertility and Sterility. 1994; 62(Suppl.2): 176S-9S.
10. Gordon T, Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM. Menopause and Coronary Heart Disease. The Framingham Study. Annals of Internal Medicine. 1978; 89(2): 157-161.
11. Parrish HM, Carr CA, Hall DG, King TM. Time interval from castration in premenopausal women to development of excessive coronary atherosclerosis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1967; 99(2): 155-162.

12. Silverberg SJ, Lindsay R. Osteoporosis posmenopáusica. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 1987; 1: 43-58.
13. Utian WH. The True Clinical Features of Postmenopause and Oophorectomy, and Their Response to Oestrogen Therapy. *S. Afr. Med. J.* 1972; 46: 732-737.
14. Lindsay R. Menopausia: esteroides sexuales y Osteoporosis. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 1987; 4: 807-818.
15. Huppert LC. Tratamiento sustitutivo hormonal: Beneficios, riesgos, dosis. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 1987; 1: 27-41.
16. Treloar AE. Menarche, Menopause, and Intervening Fecundability. *Human Biology*. 1974; 46(1): 89-107.
17. Ginsburg J. What determines the age at the menopause? *BMJ*. 1991; 302: 1288-1289.
18. Cohen I, Speroff L. Premature Ovarian Failure: Update. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1991; 46(3): 156-162.
19. Navarro J., Calaf J. Et al. *El Climaterio*. Barcelona (España): Masson S.A. 1999.
20. Calaf J. Y Guinot M. *Biología y Endocrinología de la Menopausia*. En: Vanrell J., Calaf J., Balash J., y Viscasillas P. *Fertilidad y Esterilidad Humanas II: Endocrinología Ginecológica y Anticoncepción*. Barcelona (España): Masson, S.A. 2000: 113-128.
21. Vanrell J., y Castelo-Branco C. *Tratamiento sustitutivo en la Menopausia*. En: Vanrell J., Calaf J., Balash J., y Viscasillas P. *Fertilidad y Esterilidad Humanas II: Endocrinología Ginecológica y Anticoncepción*. Barcelona (España): Masson, S.A. 2000: 129-142.
22. Pacheco J. *Climaterio y Menopausia*. En: Pacheco J. Et al. *Ginecología y Obstetricia*. Lima (Perú): José Pacheco Romero y Mad Corp S.A. 1999: 417-446.

23. Smith K. and Judd H. Menopause & Postmenopause. In: De Cherney A. & Pernoll M. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Connecticut (U.S.A.): Appleton & Lange. 1994: 1030-1050.
24. Buist D., LaCroix A., Newton K., and Keenan N. Are Long-term Hormone Replacement Therapy Users Different from Short-term and Never Users?. American Journal of Epidemiology. 1999; 149 (3): 275-281.
25. Santoro N., Col N., et al. Therapeutic Controversy: Hormone Replacement Therapy –Where Are We Going?. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 1999; 84 (6): 1798-1812.
26. Walsh B. The Individualized Approach to Menopause Management. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 1999; 84 (6): 1900-1904.
27. Pacheco J. Manejo actual del Climaterio y la Menopausia. MAD. 1993; 2(4): 25-31.
28. Andersen L. Et al. Effects of hormone replacement therapy on hemostatic cardiovascular risk factors. Am J Obstet Gynecol .1999; 180 (2 Pt1): 283-289.
29. Pacheco J. Climaterio y menopausia. Ginecología y Obstetricia. 1994; 40(1): 6-23.
30. Von der Recke P., Hansen M., and Hassager C. The Association between Low Bone Mass at the Menopause and Cardiovascular Mortality. The American Journal of Medicine. 1999; 106: 273-278.
31. Hardy R. and Kuh D. Reproductive Characteristics an the Age at Inception of the Perimenopause in a British National Cohort. American Journal of Epidemiology. 1999; 149 (7): 612-620.
32. Waring S., Rocca W., et al. Postmenopausal estrogen replacement therapy and risk of AD. A population-based study. Neurology. 1999; 52: 965-970.
33. Pacheco J. Contribución al estudio de la menopausia, climaterio y patología ginecológica en la mujer peruana. Acta Médica Peruana. 1984; XI (1): 29-34.

34. Hammond C. Women's concerns with hormone replacement therapy –compliance issues. *Fertility and Sterility*. 1994; 62(Suppl. 2)N° 6: 157S-160S.
35. Hammond C. y Maxson W. Terapéutica sustitutiva con estrógeno. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 1986; 2: 525-551.
36. Luoto R, Kaprio J, Reunanaen A, and Rutanen EM. Cardiovascular Morbidity in Relation to Ovarian Function After Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*. 1995; 85(4): 515-522.
37. Council on Scientific Affairs. Estrogen Replacement in the Menopause. *JAMA*. 1983, 249(3): 359-361.
38. Bush T. Análisis crítico de los riesgos y beneficios de la estrogenoterapia . En: González O. Editor. *Menopausia y Envejecimiento*. Editorial Atena. Chile. 1993.:295-324.
39. Calderón R. Impacto cardiovascular del climaterio. *Ginecología y Obstetricia*. 1994; 40(1): 28-30.
40. Schiff I, Regestein Q, Tulchinsky D, and Ryan K. Effects of Estrogens on Sleep and Psychological State of Hypogonadal Women. *JAMA*. 1979; 242(22): 2405-2407.
41. Thomson J, and Oswald I. Effect of oestrogen on the sleep, mood, and anxiety of menopausal women. *British Medical Journal*. 1977; 2: 1317-1319.
42. González O. La potencia relativa de los estrógenos y progestágenos utilizados en la hormonoterapia de reemplazo. En: González O. Editor. *Menopausia y Envejecimiento*. Editorial Atena. Chile. 1993: 199-217.
43. Hulka B. Links between hormone replacement therapy and neoplasia. *Fertility and Sterility*. 1994; 62(Suppl. 2) N°6: 168S-175S.
44. Wild R, Taylor L, and Knehans A. The gynecologist and the prevention of cardiovascular disease. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995; 172(1Pt1): 1-13.

45. Solsol G. Nivel de conocimiento de climaterio y menopausia en mujeres mayores de 39 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis de Bachiller Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1996.
46. Collins P. Y Véale C.M. El papel cardioprotector de la TRH: actualización clínica. Parthenon Publishing. 1997.
47. Whitehead M. et al. Guía del Prescriptor del Tratamiento Hormonal Sustitutivo. Parthenon Publishing. 1999. Reino Unido.
48. Dirección General de Salud de las Personas. Boletín Informativo: Salud Mujer. Ministerio de Salud. Lima, Julio 2001; 1 (1).
49. Boumpas D, Fessler B, et al. Systemic Lupus Erythematosus: Emerging Concepts. *Annals of Internal Medicine*. 1995; 123 (1): 42-53.
50. Ravnikar V. Dieta, ejercicio y estilo de vida en la preparación para la menopausia. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales*. 1983; 2: 341-353.
51. Windham G, Elkin E, et al. Cigarette Smoking and Effects on Menstrual Function. *Obstetrics & Gynecology*. 1999; 93 (1): 59-65.
52. Lock M. Contested meanings of the menopause. *The Lancet*. 1991; 337: 1270- 72.
53. Grady D., et al. Hormone Replacement Therapy and Endometrial Cancer risk: A Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 1995; 85 (2): 304 – 313.
54. Colditz G, Hankinson S, et al. The use of Estrogens and Progestins and the risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women. *The New England Journal of Medicine*. 1995; 332 (24): 1589 – 93.
55. Armstrong K, Eisen A, Weber B. Assessing the Risk of Breast Cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2000; 342 (8): 564 – 71.

56. Dupont W, Page D. Menopausal Estrogen Replacement Therapy and Breast Cancer. Archives of Internal Medicine. 1991; 151: 67 – 72.
57. Archer D, and Pickar J. Hormone Replace Therapy: Effect of Progestine Dose and Time since Menopause on Endometrial Bleeding. Obstetrics & Gynecology. 2000; 96 (6): 899 - 905.
58. Pilon D., Castilloux A. and Lelolier J. Estrogen Replacement Therapy: Determinants of Persistence with Treatment. Obstetrics & Gynecology. 2001; 97 (1): 97 – 100.
59. Exacoustós C, Lello S, et al. Monitoring of hormone replacement therapy in postmenopausal women by transvaginal sonography and color flow Doppler: study in different phases of sequential therapy. Fertility and Sterility. 1999; 71 (3): 536 – 43.
60. Fleischer A, Wheeler J, et al. An assessment of the value of ultrasonographic screening for endometrial disease in postmenopausal women without symptoms. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184 (2): 70 – 4.

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL "C.M.S.T." Gutiérrez Aliaga, Pedro Pablo.

Tesis UNMSM

21. ¿Tiene contraindicaciones el Tratamiento con hormonas?
¿En qué casos no se puede usar hormonas?
22. ¿Qué actitud tomaría si presenta sangrado vaginal con la TRH?
23. ¿Dónde ha recibido información sobre la menopausia?

IV. Aspectos Clínicos:

24. ¿Cuáles Síntomas ha tenido? ¿Qué tan severos? (0) Nada (1) Leve (2) Moderado (3) severo.

	Síntomas previos	I. Kupperman	Severidad		Síntomas post Tx	Severidad
(0)	Ninguno	0		(0)	Ninguno	
(1)	Vasomotores: Bochornos Sudoración	4		(1)	Vasomotores: Bochornos Sudoración	
(2)	Parestesias	2		(2)	Parestesias	
(3)	Insomnio	2		(3)	Insomnio	
(4)	Nerviosismo-irritabilidad	1		(4)	Nerviosismo-irritabilidad	
(5)	Melancolía-ánimo depresivo	1		(5)	Melancolía-ánimo depresivo	
(6)	Vértigo o mareo	1		(6)	Vértigo o mareo	
(7)	Fatiga muscular	1		(7)	Fatiga muscular	
(8)	Artromialgias	1		(8)	Artromialgias	
(9)	Cefalea	1		(9)	Cefalea	
(10)	Palpitaciones	1		(10)	Palpitaciones	
(11)	Hormigueos	1		(11)	Hormigueos	
(12)	Sequedad vaginal			(12)	Sequedad vaginal	
(13)	Dispareunia			(13)	Dispareunia	
(14)	Disminución de libido			(14)	Disminución de libido	
(15)	Aumento de peso			(15)	Aumento de peso	
(16)	Caída del cabello			(16)	Caída del cabello	

25. ¿Qué tratamiento ha recibido? (0) Ninguno (1) Recibe actualmente (2) No recibía antes (3) Abandonó
¿Por Qué? (0) No necesita (1) Descuido (2) No le indicaron (3) Otra razón: _____

	Medicamento	Dosis	Vía	Inicio	Fin	Tiempo	Regularidad
(1)							
(2)							
(3)							
(4)							

V. Hábitos y Costumbres:

26. ¿Qué actividad física realiza ordinariamente? (0) Ninguna en especial (1) El trabajo de la casa. (2) Camina (3) Trota (4) Gimnasia, deporte. (5) Otro: _____
27. ¿Se cuida en su alimentación? (0) Poca Sal (1) Poca grasa (3) Leche y/o derivados.
28. ¿Realiza autoexamen de mamas? (0) Nunca (1) Mensual (2) Cuando se acuerda (3) 1 vez al año

VI. Actitudes:

29. ¿Por cuánto tiempo estaría dispuesta a recibir tratamiento hormonal? (0) No lo recibiría (1) Hasta que mejore (2) Lo que diga el médico (3) Menos de 1 año (4) 1 a 5 años (5) 5 a 10 años (6) Más de 10 años (7) De por vida (8) No sabe
30. ¿Recomendaría a otras el uso de hormonas? (0) No (1) Si (2) No sabe
31. ¿Está satisfecha con el Tx. hormonal? (0) No (1) Un poco (2) Mucho (3) No sabe

VII. Seguimiento:

- | | | | | |
|---|-----------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| 32. Última mamografía _____ | (0) Nunca | (1) < 2 años | (2) > 2 años | (3) No recuerda |
| 33. Último PAP _____ | (0) Nunca | (1) < o = 1 año | (2) 1 a 3 años | (3) > 3 años |
| 34. Perfil lipídico _____ | (0) Nunca | (1) < 2 años | (2) 2 a 5 años | (3) > 5 años |
| 35. Ecografía transvaginal _____ | (0) Nunca | (1) Al inicio de TRH | (2) < 2 años | (3) > 2 años |
| 36. Último Examen vaginal _____ | (0) No recuerda | (1) < 1 año | (2) 1 a 2 años | (3) > 2 años |
| 37. Último examen de mamas _____ | (0) No recuerda | (1) < o = 1 año | (2) 1 a 3 años | (3) > 3 años |
| 38. Control de Presión Arterial _____ | (0) No tiene | (1) Cada consulta | (2) < 1 vez al año | (3) Eventual |
| 39. Control de Peso _____ | (0) No tiene | (1) Cada consulta | (2) < 1 vez al año | (3) Eventual |
| 40. Control de talla _____ | (0) No tiene | (1) Cada consulta | (2) < 1 vez al año | (3) Eventual |
| 41. ¿Ha tenido sangrado vaginal c/ TRH? | (0) No | (1) Sí | | |
| 42. ¿Le hicieron biopsia endometrial? | (0) No | (1) Biopsia ambulatoria | (2) LU Bx | (3) No sabe. |

B. GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS

Climaterio.- Período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Etapa de transición de carácter involutivo, en la que desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora, se producen signos de desfeminización y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica. Abarca desde alrededor de los 45 años hasta los 65 años (FIGO) ¹⁹.

Menopausia.- Es la última hemorragia uterina menstrual controlada por la función ovárica (FIGO, 1980). Se considera también el cese de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular cíclica (OMS). Ocurre alrededor de los 50 años de edad. Se ha establecido un período de seis (FIGO) o doce meses (OMS) para considerar como definitivo el cese de las menstruaciones ¹⁹.

La menopausia puede ser natural o fisiológica cuando ocurre espontáneamente, o artificial cuando es provocada por factores extrínsecos como cirugía (ooforectomía), radioterapia o quimioterapia. Perimenopausia.-

Comprende desde el final de la premenopausia hasta 1 año después de la menopausia. Su inicio está marcado por la aparición de las alteraciones menstruales y de las modificaciones endocrinas. Su duración es variable, entre 3 y 5 años y constituye la verdadera etapa de transición ¹⁹.

Posmenopausia.- Se inicia luego de 12 meses de la interrupción definitiva de las menstruaciones y termina al inicio de la senectud ¹⁹.

Premenopausia.- Primera etapa del climaterio de comienzo poco manifiesto, situado en forma arbitraria entre los 40 y 43 años de edad ¹⁹.

Terapia hormonal sustitutiva o terapia de reemplazo hormonal (TRH).- es una de las medidas terapéuticas con las que se puede ayudar a la mujer climatérica, solucionando los efectos del hipoestrogenismo a corto y largo plazo, mediante la administración de estrógenos principalmente y gestágenos e incluso andrógenos.