

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
UNAN-León.**

**Facultad de Ciencias Químicas.
Carrera de Farmacia.**



**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO LICENCIADO QUÍMICO
FARMACEUTICO**

TEMA

Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del uso de Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres en periodo menopausico en edades comprendidas entre 45-65 años que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y Clínica Médica Provisional H.E.O.D.RA de la ciudad de León en el período de Octubre-Febrero del 2006

Autoras:

- *Darling Aura Brizuela Rodríguez*
- *Ismara Lissbeth Gonzalez Lacayo*

Tutor

Msc. Cecilia García Latino

León, 20 de Marzo del 2006

DEDICATORIA

A DIOS :

Nuestro padre celestial, quien ha guiado mis pasos y me ha inspirado en estos duros años de formación permitiéndome llegar hasta la meta.

A MIS PADRES:

Que con amor y ternura me enseñaron el valor de la vida, el respeto y el amor hacia los demás.

A MIS SERES QUERIDOS:

Quienes han sabido comprender el tiempo que los he dejado solos por las horas dedicadas a esta profesión y en los duros momentos de desvelos y cansancio, con paciencia y amor me han alentado a continuar.

ISMARA L GONZALEZ LACAYO.

DEDICATORIA

A DIOS : Todopoderoso por darme la oportunidad de finalizar mis estudios y estar a mi lado en todo momento.

A MIS PADRES: Quien día a día han estado ha mí lado brindándome amor dedicación e incondicional apoyo moral y económico.

A MIS HERMANOS: Que confiaron en mí.

.

A TODAS Aquellas personas que de una y otra manera me ayudaron a formarme como profesional

Darling A Brizuela Rodríguez

AGRADECIMIENTO

En especial agradecemos a Dios por permitirnos terminar y haber estado con nosotras en toda nuestra carrera.

A nuestros maestros del Departamento de Servicios Farmacéuticos que desinteresadamente nos dedicaron su invaluable tiempo para la Tutoría Y Asesoramiento de nuestra Tesis, aportando sus ricos conocimientos y vasta experiencia sirviéndonos de guía para llevar acabo nuestro estudio, sin ellos no hubiese sido posible concluir esta obra .

Con Cariño especial a nuestra querida maestra:

Msc. Cecilia García Latino.

Darling A Brizuela Rodríguez

Ismara I González Iacayo.

TEMA

Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del uso de Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) en mujeres en período menopausico en edades comprendidas entre 45-65 años que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y Clínica Médica Provisional H.E.O.D.R.A. de la ciudad de León en el periodo de Octubre –Febrero del 2006

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	4
MARCO TEORICO	5
DISEÑO METODOLOGICO	29
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXO	41

INTRODUCCION

Según la OMS en 1940 alrededor de 25 millones de mujeres en el mundo, llegaron a la menopausia, en la que se calcula que esta cifra aumentará hacia el final del 2020 mas aún el 24% de estas mujeres se encuentran en países industrializados y el 76% corresponde a mujeres que viven en países en vías de desarrollo.

En los países subdesarrollados la edad media de la menopausia es de 45.5 +/- 10 años y la esperanza de vida es de 68 años; por tanto una gran mayoría de las mujeres vivirán 20 años con una función ovárica disminuida; lo cual provocará síntomas psicológicos y emocionales. Además la sintomatología de la menopausia es propia de los países industrializados, donde se da una serie de circunstancias que lo propician: mayor expectativa de vida, nivel superior de bienestar social y trabajos más adaptados a la mujer.

En los países no desarrollados la menopausia es una fuente de satisfacciones; desaparición del riesgo de embarazo y elevación de un rango jerárquico superior en la estructura trivial.

Hace apenas 20 años que los médicos se han concienciado del auténtico cambio que supone la instauración de la menopausia en la vida de la mujer. En otros tiempos, el médico general apenas se interesaba por las alteraciones de la mujer de 50 años y no acaba de comprender las complicaciones que podía provocar la desaparición de la función ovárica. Sin embargo los progresos en hormonología y las quejas exageradas de las mujeres han provocado que la menopausia y los fenómenos relacionados con la misma hayan desbordado poco a poco el cambio de acción de algunos especialistas. Esto hoy en día se ha convertido en proponer una terapéutica al mismo tiempo curativa y preventiva y a la vez desmitificar los peligros de la hormonoterapia, así como detectar los primeros signos de una

afección orgánica. Este papel fundamental permite que la mujer supere en las mejores condiciones una etapa a menudo crítica al mismo tiempo que conserve su dinamismo y su lugar en la sociedad moderna actual y futura.

Diversos estudios epidemiológicos permitieron establecer una relación entre la hormoterapia de sustitución y el aumento de neoplasias de endometrio. No obstante múltiples publicaciones a lo largo de los últimos años demuestran la utilidad de TRH en la menopausia, y a pesar de ello su utilización es minoritaria debido probablemente al miedo de los efectos secundarios y/o contraindicación formal para el uso de estrógenos o de gestágenos.

En Nicaragua se han realizado estudios descriptivos previos acerca de las nuevas técnicas de reemplazo hormonal en la menopausia que correlacionan las causas de su aparición precoz y tipo de tratamiento para estabilizar los problemas emocionales, físicos y sociales que se presentan en dicha etapa, las investigaciones realizadas por el Centro de Información en Medicina (CIMED) en julio del 2004 revelaron que la TRH aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso y accidente cerebrovascular, así mismo no previene de infarto al miocardio y aumenta el riesgo de cáncer de mama y endometrio, no obstante esto podría reducir o desaparecer si se usan por periodos cortos y en dosis moderadas.

Es por ello que el tratamiento de reemplazo hormonal constituye un aspecto potencial de atención sanitaria en usuarias de hormonas, debido al papel tan importante que juega la mujer en el núcleo familiar y social. Es por eso que se realiza el presente trabajo que tiene como finalidad **identificar lo que la mujer conoce sobre este período de su vida, lo que percibe, como actúa para entenderla y proponer intervenciones que ayuden a mejorar su calidad de vida**, así como proporcionar información Científica-Técnica a Médicos, Farmacéuticos y usuarios de TRH para que en conjunto analicen el uso terapéutico y preventivo de terapia de reemplazo hormonal a corto y largo plazo.

DEFINICION DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la conducta que asume la mujer ante el periodo menopausico?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del uso de Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres en período menopausico en edades comprendidas entre 45 a 65 años, que asisten al área de consulta externa en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y Clínica Médica Previsional H.E.O.D.R.A. en el periodo Octubre – Febrero 2006.

Objetivos Específicos.

- Identificar los conocimientos generales que tienen las mujeres en periodo menopausico sobre la utilización de TRH.
- Conocer la actitud que tienen las mujeres acerca de la menopausia y la utilización de TRH.
- Mencionar las medidas y/o acciones que realizan las mujeres para disminuir los síntomas del periodo menopausico.
- Indagar los tipos de hormonas utilizadas por las mujeres en periodo menopausicos.
- Determinar los factores socio-económicos y religiosos que influyen en el uso de Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres en periodo menopausico.

MARCO TEÓRICO

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Los estudios de utilización de medicamentos son herramientas valiosas para observar el uso de fármacos a través del tiempo, identificar problemas potenciales asociados al uso de medicamentos y evaluar los efectos de las intervenciones reguladoras y educativas. Los estudios de utilización implican la recolección de los datos relevantes sobre uso de fármacos, su organización y análisis, así como la toma de decisiones adecuadas destinadas a un uso más racional de medicamentos.

La utilización de medicamentos ha dejado de ser únicamente una cuestión de dimensión individual, para adquirir una dimensión mas globalizada. Las características socioculturales que la delimitan y las consecuencias amplias que comportan son evidentes.

Cada vez es más frecuente el que se centre la atención en el análisis de cómo se produce la utilización de medicamentos en una comunidad o en determinados grupos de pacientes, tanto en términos de factores de influencias como de eficacia y seguridad.

DEFINICIÓN

El estudio de utilización de medicamentos (según la OMS), define como: la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad con acento especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes.

Tipo de Utilización de Medicamentos

Los métodos en el estudio cualitativo o cuantitativo de la utilización de medicamentos se agrupan en:

- ❖ **Estudios de la oferta:** Proporciona una descripción cualitativa y cuantitativa de la oferta de medicamentos, sea en un país centro hospitalario o en el tiempo y en el espacio.

El interés de estos estudios radica en que ofrecen un marco de referencia para los estudios de consumo y puedan ayudar a entender los resultados de aquellos en el sentido de que el tipo de oferta de medicamentos puede ser uno de los determinantes de uso de los mismos y se puedan plantear hipótesis acerca de las políticas sanitarias y de su influencia.

Estudio de Consumo:

1-Estudios Cuantitativos: son aquellos en los que se describe las tendencias temporales de consumo de fármacos y permite comparaciones entre país, regiones, centro o instituciones. Estos estudios cuantitativos tienen tres funciones:

1.1 Disponer de un indicador socio-sanitario, cuando estos datos cuantitativos se analizan desde una perspectiva cualitativa, tipo de principio activo, calidad,

Farmacológica de los mismos, nivel de uso, etc.

1.2 Pueden ser útiles para determinar la prevalencias de ciertas enfermedades no declarables.

1.3 Pueden proporcionar datos que permitan determinar la exposición a un determinado fármaco y por ello servir de “denominador” en estudios de fármaco vigilancia.

2- Estudios Cualitativos: Toman como base los datos cuantitativos, estos medios suponen otro nivel de análisis centrado en indicadores de tipo cualitativo, cuando sean de la calidad farmacológica intrínseco.

❖ **Estudios Cualitativos:** Son estudios en los que la fuente de datos es distinta de las que proporcionan los datos generales de consumo y en los que el nivel de análisis se centra en aspectos cualitativos:

Según la cadena terapéutica estos estudios pueden ser:

1-Estudios cualitativos de prescripción: En ellos se describe cualitativamente los hábitos de prescripción, generalmente en relación con la indicación de la misma, las fuentes de datos deben ser de tipo individual tal como la revisión retrospectiva de historias clínicas, revisión prospectiva de la prescripción en ciertos pacientes con una determinada patología.

2-Estudio cualitativo de Dispensación: Son aquellos en los que el elemento a observar es la calidad de dispensación de fármacos entendiendo como tal, tanto la interpretación de descripciones médicas, como la calidad de la "la prescripción farmacéutica" en medicamentos de venta sin receta médica, así como la calidad de la información que se da en ambos casos.

3-Estudios cualitativos de uso- administración: Consiste en aquellos estudios que valora la calidad del uso de los medicamentos por los profesionales de enfermería, correcta administración y cumplimiento de la prescripción.

4-Estudios Orientados a Problemas: Este tipo específico de estudio cualitativo cuyo objetivo es habitualmente "analítico" o de "intervenciones" parten generalmente de un problema o de una hipótesis generada en un estudio cualitativo descriptivo y en ellos se analiza más profundamente un problema, se ha centrado en una patología, en un tipo de pacientes o en un grupo de farmacia.

Estudio de Conocimiento, Actitudes y Practicas

En casi todos los tipos de estudios aplicados a la educación para la salud, se hace énfasis en la necesidad de conocer la percepción de la población o de grupos específicos, acerca de problemas o temas de salud.

Para poder comprender las actitudes y comportamientos de la población, es necesario conocer la naturaleza de la percepción de la gente sobre el fenómeno salud-enfermedad. Conocer la percepción de la gente es identificar la subjetividad que tienen sobre un problema. El profesional de la salud tiene entonces la tarea de objetar esta subjetividad, es decir comprender las opiniones

Esto conlleva a entender lo siguiente:

CONOCIMIENTO

Al hacer un estudio de conocimiento, debe pensarse primero en cuales serian los conocimientos relevantes que debería manejar la población acerca de un problema de salud determinado.

ACTITUDES

Uno de los principales campos de la investigación ha sido el desarrollo de modelos que permitan predecir la conducta de las personas a partir de sus actitudes.

Las actitudes se encuentran relacionadas a las conductas y a los aspectos cognoscitivos. Una actitud social es una organización duradera de creencias y cogniciones en general dotada de una carga a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente.

PRACTICAS

El estudio de las prácticas pone énfasis en aquellas prácticas de riesgo para un problema de salud.

Aunque con fines de educación sanitaria, también es importante identificar las prácticas positivas que la población ya está realizando para enfrentar un problema de salud.

El estudio de las prácticas o comportamientos de la población es ideal observación directa, ya que es frecuente que la gente responde lo que el encuestador quiere oír. La persona puede responder lo que sabe que es una práctica correcta aunque en realidad su comportamiento sea distinto.

Más allá de la simple observación de las prácticas, hay que entender el significado que tiene para ellos y su ubicación en el contexto cultural de la comunidad.

MENOPAUSIA

La menopausia es un hecho fisiológico que tiene lugar normalmente entre

la quinta y la sexta década de la vida de la mujer. Sin embargo, el hipoposterogenismo propio de la misma comporta una serie de síntomas clínicos e incluso un aumento en el riesgo de sufrir severas enfermedades, tales como la osteoporosis y la coronariopatía.

Esta bien conocida que la incidencia de la patología cardiovascular por arteriosclerosis es más frecuente en edades similares, en el hombre que en la mujer premenopáusicas. La enfermedad coronaria es poco frecuente en el sexo femenino, siendo su incidencia antes de los 40 años de 5 a 10 veces menores que en el masculino. También es menos frecuente en la premenopáusicas. Con la menopausia espontánea o quirúrgica, y en general en toda aquella situación caracterizada por un hipoposterogenismo aumenta el riesgo cardiovascular.

Estudios epidemiológicos con gran número de pacientes demuestran el aumento de la mortalidad debido a esta patología en la posmenopáusicas. Por lo tanto en la actualidad se considera que en mujeres con climaterio recientes el TRH es una herramienta clave para la protección cardiovascular; Pues reduce el riesgo de arteriosclerosis.

Climaterio o premenopausia: periodo de transición entre la madures sexual o senectud. Al igual que la puberitas y la gestación instituyen uno de los procesos fisiológicos de adaptación que acontecen durante la vida de la mujer.

Aproximadamente hacia la mitad de este período de transición tiene lugar la menopausia. Su tiempo de duración es de unos 4 o 6 años, la mitad de la cual transcurre antes y la otra mitad después de la menopausia. Utilizando como criterio la excreción de estrógenos y gonadotropina hipofisarias, se calcula para el climaterio una duración de 12 años.

PREMENOPAUSIA: este período se inicia con una actividad ovárica mayor que se expresa con hiperfoliculismo y que explica la poli e hipermenorrea tan frecuente en este período, la degeneración poliquística de los ovarios y del aumento de la apetencia sexual.

MENOPAUSIA: esta segunda fase del climaterio tiene un definido principio la cesación de la regla como fase hipofolinica donde el endometrio solidariamente funcional con su hormona proliferadora queda inactiva en ausencia de esta hormona.

La edad en que se presenta está condicionada por números factores: raza, clima, maternidad, constitución, enfermedad padecida, alimentación, herencia etc.

Parece sobrevenir mas tardíamente en los climas tropicales y los embarazos parecen tener igual repercusión. Es obvió que el pauperismo y las enfermedades padecidas aceleran la aparición de la menopausia. Los limites de edad varían conforme todos los factores enumerados y oscilan entre 40 años en la que se considera precoz y 50 años en que se considera tardío. Se ha considerado que la mujer a entrado en menopausia cuando hallándose en el climaterio, sus reglas no se han presentado durante 6 meses. Las masas de los folículos semimadurantes están en franca regresión, responsabilizándose de las alteraciones tróficas y somáticas que ocurren en la mujer, especialmente en lo que respecta a su aparato genital.

Algunas veces ocurre en la menopausia la aparición de una franca y real aparición, debido a la maduración de un folículo, con o sin estallido de

formación del cuerpo amarillo. Pero la aparición de pérdidas sanguíneas durante este período, aun son caracteres menstruales debe verse con desconfianza, ya que generalmente traduce patología uterina. El cuadro hormonal de la menopausia esta representado por una disminución o ausencia de estrógeno y aumento de los andrógenos, de los 17-cetosteroides y de las hormonas gonadotrópicas.

Post menopausia:

Se extiende hasta 2 o 3 años después de la cesación de la regla durante esta fase se acentúan todos los fenómenos aparecidos anteriormente para luego retrogradar hasta alcanzar una estabilidad que se había perdido.

Manifestaciones carenciales en la pre y postmenopausia.

La reducción progresiva de la disminución de estrógeno puede dar lugar ya en la fase premenopáusica a una serie de molestias características del climaterio, cuyos síntomas suelen dividirse en vegetativos, psíquico y somatotróficos.

Entre los trastornos vegetativos se incluyen principalmente los sofocos, la tendencia a la sudoración, las oscilaciones de tensión arterial y el vértigo. En esta fase de transición se observa también con relativa frecuencia cefalea jaquecoides, silbidos de oídos, palpitaciones y molestias precordiales, aunque estos trastornos no siempre dependen casualmente del climaterio. A nivel del tracto digestivo puede observarse tendencia al meteorismo, estreñimiento o diarrea y espasmo de los conductos biliares.

Así mismo puede presentarse molestias con sintomatologías semejantes a la de una cistitis (vejiga irritable climatérica). Al grupo de los trastornos

psíquicos pertenecen sobre todo: el insomnio, la debilidad emocional y la irritabilidad, así como las distimias depresivas.

Entre los trastornos somatotróficos se cuentan manifestaciones de involución genital asociados con inflamaciones, hemorragias, prurito. Se dan también alteraciones atróficas de la epidermis y osteoporosis. Toda mujer en la premenopausia debe contar con un examen médico completo, es decir debe hacer una valoración médica como:

Anamnesis

Investigar a fondo la presencia de los siguientes síntomas:

Ondas de calor	Fatiga
Sudores	Artralgia
Depresión	Mialgias
Irritabilidad	Dispareunia
Insomnio	trastornos miccionales
Cefalea	

Antecedentes personales sobre:

- ❖ Paridad
- ❖ Lactancia
- ❖ Trombo embolismo
- ❖ Uso de anticonceptivos
- ❖ Antecedentes de enfermedades patológicas.
- ❖ Cáncer
- ❖ Mastopatía
- ❖ Afecciones cardiovasculares, hepáticas y alergias.
- ❖ Historia menstrual.
- ❖ Edad del primer embarazo.
- ❖ Alteraciones musculares periféricas.
- ❖ Cirugías ginecológicas y abdominales

Historia familiar debe incluir datos sobre:

- ❖ Osteoporosis
- ❖ Enfermedades cardiovasculares.
- ❖ Hiperlipidemia, diabetes, Cáncer de mama, ovario y útero

Examen físico

Exploración cuidadosa de los senos.

Peso corporal

Presión arterial

Examen del abdomen

Auscultación cardíaca

Examen de laboratorio

Papanicolau

Biopsia de endometrio

Concentración de lipoproteína

Colesterol total de alta y baja densidad (triglicéridos glicemia)

TSH, T₃ y T₄ para descartar un hipotiroidismo subclínico

Mamografías

Densitometría ósea.

Hormonoterapia de la menopausia

Envejecimiento de los ovarios



Disminución del número de folículos



Disminución de la inhibina

Disminución de la sensibilidad
hipotálamo - hipofisaria al
retrocontrol de estrógeno.



Disminución de la inhibina



Disovulación



Cuerpo amarillo inadecuado



Disminución de la progesterona



Hiperestrogenismo relativo

Terapia de reemplazo hormonal

La hormonoterapia de sustitución tiene por objeto tratar al conjunto de consecuencias de la menopausia, no solo los trastornos climatéricos a corto y mediano plazo, sino también las complicaciones de la carencia ovárica a largo plazo.

La TRH están basadas en el uso de estrógenos solos o combinados con progesterona que son usadas de forma continua o cíclica a fin de mejorar los síntomas menopausico. Consideradas como protectoras contra enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y demencia.

¿A qué tipo de paciente hay que tratar?

Las mujeres que deberían beneficiarse de modo preferente de un tratamiento hormonal de reemplazo son:

- ❖ Mujeres con molestias debidas a los trastornos climatéricos, el tipo de molestia puede ser funcional físico, psicológico y la repercusión puede ser personal, familiar, conyugal o socio-profesional.
- ❖ Mujeres que presentan una menopausia precoz ya sea natural o inducida (quirúrgica, radioterapia).
- ❖ Mujeres con alto riesgo de osteoporosis.
- ❖ Mujeres informadas que reclaman un tratamiento hormonal de reemplazo.

Para seguir de manera correcta una hormonoterapia de la menopausia una mujer debe ser disciplinada, confiada debe estar motivada y convencida de llevar a cabo la adhesión voluntaria al tratamiento.

Ventajas de TRH

- ❖ Alivio rápido de los síntomas relacionados con el climaterio tales como: síntomas urinarios, cambios cutáneos, trastornos del humor, falta de concentración, molestias o dolores en las relaciones sexuales.
- ❖ Previenen la enfermedad cardiovascular y aterosclerosis coronaria.
- ❖ Previene la osteoporosis.

Enfermedad cardiovascular: la mujer que tiene hipoestrogenismo presenta la misma frecuencia de enfermedad coronaria que el hombre. La alteración de

colesterol se puede corregir tan pronto se inicia la TRH. Esta no produce hipertensión arterial lo cual tiene importancia ya que esto constituía una preocupación.

La osteoporosis es una enfermedad que se asocia con la falta de estrógenos; además las personas que fuman, que son sedentarias y obesas tienen mayor riesgo de presentarlas. La pérdida de calcio es un proceso largo y se inicia desde temprana edad por ello requiere de un tratamiento preventivo y oportuno. La descalcificación no se puede corregir sólo con la ingestión de calcio o vitamina D ya que cuando el hipoestrogenismo es acentuado se requiere la sustitución hormonal.

Modalidades terapéuticas

El tratamiento debe individualizarse para que cada persona reciba lo más adecuado, tomando en cuenta varios factores como son: la edad, la presencia o no de útero, los síntomas predominantes, los antecedentes y el grado de deficiencia hormonal. Se debe considerar la composición farmacológica del estrógeno y progestágeno la dosis, la vía de administración y la frecuencia de tomas o aplicaciones.

Vía de administración

Dentro de las vías de administración de TRH se tiene inyectables, implantes subcutáneos (pellets), administración transvaginal (cremas, óvulos, tabletas).

¿A partir de cuándo se debe tratar?

Sólo se puede instaurar un tratamiento hormonal de reemplazo en la menopausia confirmada, aunque su diagnóstico es menos sencillo de lo que parece por ese motivo no debe dejarse engañar por un primer retraso de la menstruación o unas primeras oleadas de calor o, incluso determinaciones hormonales sugestivas que pueden poner de manifiesto una premenopausia con secreciones hormonal anárquicas y eminentemente variables en el tiempo, por tanto, el balance hormonal no es ni sistemático ni indispensable para el diagnóstico de menopausia confirmada, porque antes de la supresión definitiva

de las secreciones esteroideas ováricas los valores de estradiol fluctúan considerablemente de un día a otro y pueden coexistir cifras elevadas junto a valores altos de gonadotropinas (FSH). En caso de menopausia confirmada el estradiol se encuentra disminuido ($<40\text{pg/ml}$) y la FSH está muy elevada ($>30\text{ul/ml}$).

En la práctica el diagnóstico de menopausia confirmada se basa con más exactitud en la antigüedad de la amenorrea y en la prueba del progestágeno negativo; es decir, la ausencia de sangrados tras 10 días de un progestágeno administrado sólo, fenómeno que ponen de relieve la ausencia de impregnación estrogénica.

¿Cuánto tiempo puede durar el tratamiento?

El tratamiento debería durar toda la vida, pero se sabe que la duración media de una hormonoterapia de reemplazo es de algunos años, inferior a cinco.

De hecho cuando ya se han alejado del periodo molesto del climaterio las pacientes perciben menos el interés del tratamiento y valoran sobre sus inconvenientes. Su motivación se esfuma con el tiempo y con la desaparición de las oleadas vasomotoras. Un día abandonan su tratamiento por cansancio o negligencia.

Para poder obtener el mismo beneficio óseo, las mujeres con menopausia precoz deberían, como es lógico proseguir una hormonoterapia de mayor duración en relación con la precocidad de la interrupción de su actividad ovárica.

¿Se puede instaurar un tratamiento de reemplazo varios años después de la menopausia?

Siempre es posible instaurar una hormonoterapia de sustitución a mucha distancia de la fecha de las últimas menstruaciones.

Los efectos del tratamiento en los trastornos vasomotores cuando persisten y en el frotismo vaginal todavía puede ser óptimos y rápidos. No obstante aunque los efectos sobre la osteopenia siempre son posibles y no despreciables, el

beneficio es menor que en caso de que el tratamiento se hubiera iniciado en el momento de la confirmación de la menopausia.

Contraindicaciones de terapia hormonal

- ❖ Trastornos graves de la función hepática.
- ❖ Antecedentes de ictericia gravídica esencial o prurito severo del embarazo.
- ❖ Tumores hepáticos actuales o antecedentes de los mismos.
- ❖ Tumores del útero, de los ovarios o de la mama o sospecha de los mismos.
- ❖ Endometriosis.
- ❖ Proceso tromboembólicos o antecedentes de los mismos.

- ❖ Anemia de células falciformes.
- ❖ Diabetes mellitas severa con alteraciones vasculares.
- ❖ Antecedentes de herpes gravídico.
- ❖ Antecedentes de agravación de una otosclerosis durante algún embarazo.

Motivos para suspender la TRH

- ❖ Aparición por primera vez de cefaleas jaquecoides o frecuente presentación de cefalea de intensidad no habitual.
- ❖ Trastornos repentinos de la percepción (visión, audición, etc).
- ❖ Signos iniciales de tromboflebitis o trombo embolias, por ejemplo hinchazón desacostumbrados en las piernas, dolores punzantes al respirar o tos de origen desconocido, sensación de dolor y constricción en el tórax.
- ❖ Intervenciones quirúrgicas planeadas de antemano (6 semanas antes de la fecha prevista); inmovilidad forzosa (por ejemplo, tras un accidente).
- ❖ Aparición de ictericia (colestasis, presentación de hepatitis anictérica, prurito generalizado).
- ❖ Aumento de los ataques epilépticos.
- ❖ Aumento considerable de la presión.
- ❖ Embarazo.

Recomendaciones para las usuarias

Se debe informar a la paciente que el tratamiento es a largo plazo para que tenga realmente el beneficio de evitar la osteoporosis y la enfermedad

cardiovascular. La falta de continuidad de la TRH es un problema importante para evitarlo es fundamental que el médico ofrezca una correcta información.

Los estrógenos y progestágenos

Son hormonas endógenas que producen muchos efectos fisiológicos. En mujeres provocan acciones vinculadas con el desarrollo, efectos neuroendocrinos comprendidos en el control de la ovulación, preparación cíclica de las vías de reproducción para la fecundación e implantación, y los principales efectos sobre el metabolismo de minerales, hidratos de carbono, proteínas y lípidos.

El uso terapéutico de estrógenos y progestágenos se halla difundido, y sus efectos farmacológicos reflejan en gran parte las extensiones de sus acciones fisiológicas. Sus aplicaciones más frecuentes son la hormonoterapia de reposición en posmenopáusica y la anticoncepción, pero los medicamentos y las dosificaciones específicos que se utilizan en ambas situaciones difieren de manera sustancial.

Estrógenos

1. Características químicas

1.1 Con estructura esteroidea

El principal producto es la hormona natural 17 β -estradiol cuyos metabolitos son la estrona y el estriol poseen 18c y es característica específica la existencia de un anillo aromático o fenólico en A y la carencia del grupo metilo en el C₁₉. Otros esteroides naturales son los obtenidos de la orina de caballo y yegua: equilina y equilenina. Existen también ésteres de estradiol (valerato y succinato) para administración oral, y otros ésteres en suspensión acuosa u oleosa para administración intramuscular: cipionato, propionato, valerato y fosfato.

Los estrógenos sintéticos con estructuras esteroideas resisten más que el estradiol la metabolización hepática. Los más importantes poseen un grupo etinilo en C₁₇: etinilestradiol, mestranol, que en el organismo se desmetila y se convierte un etiniltriadiol y quinestrol. Los estrógenos conjugados son una

combinación de los sales sódicos de los ésteres de sulfato de la estrona y aquilina, similares a los eliminados en la orina de yegua embarazada.

1.2 Con estructura no esteroidea

Ciertos derivados estilbénicos poseen intensa actividad estrogénica; en su configuración tras muestra una relación estructural con el estrógeno que explica su capacidad para interactuar con el receptor estrogénico. Los principales son el dietilestilbestrol y el clorotrianiseno; a partir de este último surgieron los fármacos con capacidad para actuar como antagonistas sobre el receptor estrogénico: tamoxifeno, clomifeno y taloxifeno.

Mecanismo de acción de los estrógenos (farmacodinamia)

Los estrógenos actúan en los receptores específicos de las células de los órganos diana que se encuentran en el núcleo. El estrógeno entra en la célula diana a través de la membrana por difusión simple. Se dirige al núcleo donde se encuentra un receptor núcleo específico.

La acción del núcleo modifica la concentración de varios ARN mensajeros con la regulación específica de determinadas proteínas, de este modo, se estimulan los propios receptores de los estrógenos. Por otra parte se produce una duplicación del ADN. Después, el estrógeno se separa del receptor y sale de la célula.

Características farmacocinéticas

Los estrógenos se absorben por cualquier vía, incluidas la piel y la vagina, pero los estrógenos naturales por vía oral sufren rápida inactivación intestinal y hepática por la acción de la 17 β -hidroxiesteroide – deshidrogenasa, produciendo un elevado índice estrona / estradiol; por ello su biodisponibilidad oral es muy baja y no resulta eficaz esta vía. En cambio por vía transcutánea o vaginal alcanzan niveles de estradiol en el intervalo de la fase folicular normal, con menor elevación de la estrona.

Los estrógenos sintéticos, tanto esteroideos como no esteroideos, se metabolizan lentamente y por ello se emplean por vía oral. Determinados

ésteres arilo y alquilo retrasan extraordinariamente la absorción parenteral; su acción se inicia lentamente pero llega a durar varias semanas (valerato y cipionato de estradiol). Los estrógenos naturales se fijan en el plasma a la albúmina y a la globulina fijadora de hormonas sexuales. En el hígado, el estradiol se oxida en estrona y estriol; todos ellos sufren conjugaciones para convertirse en glucorónidos y en sulfatos reduciendo su actividad y facilitando su eliminación biliar y urinaria en el intestino el glucorónido se puede hidrolizar y el estrógeno se reabsorbe.

El etinilestradiol y los estilbenos se metabolizan lentamente en el hígado. Los estilbenos pueden sufrir procesos de oxidación con formación de reactivos intermedios de tipo semiquinona y quinona, que pueden ser responsables de su acción teratogénica y carcinogénica.

Reacciones adversa de estrógenos.

Su aparición y su intensidad dependen de varios factores.

- a) Dosis fisiológicas o sustitutivas y dosis suprafisiológicas.
- b) Duración del tratamiento, que puede ser por periodos cortos o prolongados.
- c) Administración exclusiva de estrógenos o administración conjunta o seguida de gestágenos.

Las reacciones más frecuentes son las:

- ❖ Náuseas, vómitos, que no quitan el apetito y ceden tras 1-2 semanas de tratamiento, se pueden evitar iniciando el tratamiento con dosis pequeñas.
- ❖ La hiperplasia endometrial aparece con sangrado uterino anormal, si el estrógeno se administra en forma continuada y no asociada a un gestágeno por ello es recomendable administrar los estrógenos de modo cíclico. Esta hiperplasia se puede desarrollar en un adenocarcinoma de endometrio.

Su utilización en pacientes con endometriosis o miomas uterinos puede acelerar su evolución.

- ❖ Aparecen tensión e hipersensibilidad en las mamas.

FORMAS DE ADMINISTRACION Y DOSIFICACION DE LOS ESTROGENOS

Los estrógenos son usados bien por vía oral, vía transcutánea (parche) o bien en forma de cremas de absorción cutánea. La vía oral es preferible cuando se busca efecto sobre proteínas y lipoproteínas. La vía transcutánea evita el paso hepático por lo que tiene menor efecto sobre lipoproteínas y sobre proteínas transportadoras. La utilización en forma de crema vaginales o de pesarios de liberación lenta no esta hoy justificado.

Los implantes subcutáneo de estradiol tienen el inconveniente de las grandes variaciones en la liberación de estrógenos muy grandes en los primeros días y muy escasos después de unos meses.

APLICACIONES TERAPEUTICAS DE LOS ESTROGENOS

EFFECTOS METABOLICOS Y CARDIVASCULARES.

Los estrógenos en si regularmente tienen acciones generales favorables sobre los comportamientos de lipoproteínas plasmáticas, aunque pueden aumentar un poco a los triglicéridos plasmáticos. Incrementan las concentraciones del colesterol en bilis y generan un aumento relativo de dos o tres veces de las enfermedades de la vesícula biliar.

Los estrógenos ingeridos agravan el peligro de tromboembolia venosa, unos tres tantos en mujeres sanas y disminuyen el peligro de enfermedad cardiovascular y agravan el riesgo relativo de que surja un accidente cerebro vascular. En mujeres con antecedentes de enfermedad cardiovasculares, se han señalado un aumento triple en el riesgo de tromboembolia venosa, pero ninguna distribución en la incidencia de problemas cardiovasculares secundarios.

Hormonoterapia de reposición posmenopáusica

La declinación de la secreción de estrógenos por los ovarios es un proceso lento y gradual que continúa algunos años luego de concluir las menstruaciones. Los síntomas de la menopausia son más intenso después de la eliminación repentina de estrógenos. La prevención de la pérdida del hueso tiene importancia primaria en el tratamiento de posmenopáusicas con

estrógenos y el aplacamiento de síntomas vasomotores, que son beneficios establecidos de la terapia de reposición.

Osteoporosis:

Es un trastorno del esqueleto, relacionado con la pérdida tanto de hidroxapatía (complejo de fosfatos de calcio) como de matriz o coloide de proteínas. El resultado es el adelgazamiento y debilitamiento de los huesos e incidencia aumentada de fracturas, en particular fracturas por compresión de las vértebras y fracturas de las caderas y las muñecas en traumatismo mínimo.

El mecanismo primario por el cual los estrógenos actúan en disminuir la resorción de hueso; en consecuencia, los estrógenos son más eficaces para prevenir que para restituir la pérdida del hueso los estrógenos son más útiles cuando el tratamiento se inicia antes de que hay pérdida ósea importante y sus acciones beneficiosas requieran administración continúa, la pérdida del hueso se reanuda cuando se suspende el tratamiento.

Síntomas vasomotores

La declinación de la función ovárica en el momento de la menopausia se relaciona con síntomas vasomotores en la mayoría de las mujeres, debido a deficiencias de estrógeno. Los bochornos características pueden alternarse con sensaciones de escalofrío, sudoración inapropiada y parestesias. El tratamiento con estrógeno es específico y muy eficaz. El acetato de medroxiprogesterona puede aliviar un poco los síntomas vasomotores en algunas pacientes y el α_2 -Adrenérgico clonidina disminuye dichos síntomas en algunas mujeres.

Prevención de enfermedad cardiovascular:

Los estrógenos estimulan la vasodilatación, inhiben la respuesta a la lesión vasos y disminuye la arterosclerosis. Aceleran el crecimiento de células endoteliales en vivo e in Vitro, lo que tal vez se deba a la producción del factor de crecimiento del endotelio vascular, dentro de los vasos inducidos por estrógeno. Datos de estudios retrospectivo y prospectivo han permitido concluir que en

mujeres sanas los estrógenos disminuyen 35 a 50% la frecuencia de enfermedades cardiovasculares.

Regímenes de reposición de hormonas:

El uso terapéutico de estrógeno está relacionado con un gran aumento de la incidencia de carcinoma endometrial debido a la estimulación continua de hiperplasia endometrial.

Por lo que en la hemoterapia de reposición se incluye tanto un estrógeno por sus efectos beneficiosos, como un progestágenos para limitar la hiperplasia endometrial para la mayoría de las posmenopáusicas. Para mujeres que tienen útero y que no son capaces de tolerar los progestágenos, o que poseen riesgo alto de enfermedad cardiovascular por comportamiento, quizá sean preferibles los estrógenos solos. En quienes han sido objeto de histerectomía, el carcinoma endometrial no es una preocupación, y se utilizan con mayor frecuencia estrógenos solos debido a las posibles acciones nocivas de los progestágenos.

Clasificación de los estrógenos más utilizados.

ESTRÓGENO ESTEROIDEOS:

- Estradiol,
- valerato de estradiol
- cipionato de estradiol,
- etinilestradiol,
- mestranol,
- quinestrol
- estrona
- Sulfato de estrona.

COMPUESTO NO ESTEROIDEO:

- Dietilestilbestrol.
- Bisfenol A.
- Genisteina.

Dosis de estrógenos

❖ Implantes:

Implantes de estradiol cristalino. 250 mg/implante

❖ Inyectable

Benzoato de estradiol 0.5 mg/ml
Fosfato de poliestradiol 40 mg/2 ml
Estrógenos conjugados equinos 25 mg/ ml
Estrona 1;2;5 mg/ ml
Valerianato de estradiol 10;20;40; mg/ml
Cipionato de estradiol 5 mg/ml

❖ Vaginal

Estropipato 1.5 mg/g
Estrógenos conjugados equinos 0.625 mg/g
Dienestrol 0.01% en 90g
Estriol 0.01%
17-B-estradiol 0.1 mg/g

❖ Transdérmica y percutánea

17-B-estradiol 0.025;0.0375;0.05;0.075;0.1 mg/d
17-B-estradiol 1.5 mg/ dosis
Parches matriciales 25 ug/d;50ug/d;37.5ug/d; 75ug/d; 100 ug/d

Progestágeno

Los progestágenos incluyen la progesterona una hormona natural, los derivados de 17 α acetoxiprogesterona de la serie de los pregnanos (acetato de megestrol, acetato de medroxiprogesterona). Estas 2 clases son esteroides con actividad selectiva muy semejante a la propia progesterona.

Síntesis y secreción:

La progesterona es secretada por los ovarios principalmente a partir del cuerpo amarillo, durante la segunda mitad del ciclo menstrual. La secreción empieza antes de la ovulación a partir del folículo que está destinada a liberar un ovulo. El efecto estimulante de la hormona luteinizante sobre la síntesis y secreción de progesterona por el cuerpo amarillo está mediado por un receptor unido a membrana enlazado a una vía de transducción de señales acoplada a

proteínas G que incrementa la síntesis de AMPc mediante estimulación de la adenilciclase.

Mecanismo de acción:

Se conoce un solo gen del receptor de progesterona (PR) que produce dos isoformas, es decir PR-A y PR-B. Las actividades biológicas de los receptores A y B de progesterona son diferentes y actúan del gen “prefijado en cuestión. PR-A más corto actúa como inhibidor transcritivo de otros receptores de esteroides. En forma específica, la estimulación de los genes prefijados por acción de estrógenos, mineral o corticoide, glucocorticoides y receptores de andrógenos, es reprimida por PRA. En casi toda las células PR-B mediante las actividades estimuladoras de la progesterona.

Absorción, biotransformación y excreción.

La propia progesterona experimenta un metabolismo rápido de primer paso, esta escasa biodisponibilidad después de ser ingerida limitó la administración de la hormona natural, de modo que solo se podían aplicar inyecciones intramusculares de un preparado en aceite, u óvulos vaginales, pero a pesar de ello se alcanzan cifras plasmáticas.

En plasma la progesterona está unida a la albúmina y globulina de unión a corticosteroides; pero no muestra unión apreciable a la globulina de unión a esteroides sexuales. La unión a las proteínas plasmáticas es extensa, de 90% o más. La vida media de la progesterona es de alrededor de 5 min, y se metaboliza principalmente en hígado hasta generar metabolitos hidroxilados y sus conjugados, sulfato y glucorónido, que se eliminan en la orina. Los progestágenos sintéticos tienen vida media mucho más prolongados (24 h para la medroxiprogesterona).

Diseño metodológico

❖ Tipo de estudio.

El estudio realizado es de tipo Descriptivo de corte transversal, ya que describe el grado de conocimiento que tienen las mujeres sobre el uso de terapia de reemplazo hormonal en la menopausia.

❖ Área de estudio

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Área de consulta externa en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y Clínica Médica Previsional H.E.O.D.R.A ubicados en el centro de la ciudad de León.

❖ .Población y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por todas las mujeres que asisten al H.E.O.D.R.A. y Clínica Medica Previsional a realizar diversas gestiones en el área de consulta externa. Tomando como muestra 44 mujeres que asisten al H.E.O.D.R.A. y 20 mujeres que asisten a la Clínica Medica Previsional para un total de 64 mujeres las cuales fueron seleccionadas mediante el muestreo por conveniencia en el periodo de estudio octubre-febrero del 2006.

Criterio de selección

- Mujeres dispuestas a colaborar.
- Que formen parte del grupo etáreo.
- Asistentes en el periodo de tiempo del estudio.

- Variables:**
- Conocimientos.
 - Actitudes.
 - Practica.
 - Síntomas menopausicos.
 - Tratamiento.
 - Tipos de hormonas.

VARIABLES SECUNDARIA:

- Escolaridad
- Religión
- Ocupación

Fuentes y recolección de datos

Para la obtención de los datos se utilizó una fuente de información primaria como es la encuesta dirigida a pacientes en periodo menopausico. Elaborada a base de preguntas cerradas.

❖ Plan de Análisis

La información recolectada fue clasificada según el tipo de variable en estudio, determinando con ella la repetición o frecuencia absoluta de las respuestas representados en datos porcentuales, para ello nos apoyaremos en el programa de computación Microsoft Excel.

❖ Presentación de la información.

Los datos son presentados mediante gráficos estadísticos tales como: gráficos de barra que nos permitirán tener una mejor visión y manera más fácil de ver los resultados.

CRUCE DE VARIABLES:

☞ **Conocimiento vs Escolaridad**

☞ **Actitud vs Religión.**

☞ **Ocupación vs Prácticas de uso.**

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	VALOR
Características Personales	Aspecto que caracteriza al sujeto.	Edad Escolaridad Ocupación Religión	45-65 Primaria Secundaria Universidad Ama de casa Domestica Profesional Otros Evangélica Católica Testigo de Jehová Otros
Conocimiento	Es lo que sabe la mujer acerca de la menopausia; sus síntomas , cambios en su cuerpo y su tratamiento	Sabe que es menopausia. Esta en la etapa. Síntomas que se pueden presentar Sabe si los síntomas se controlan.	Si----- No--- Si---- No----- Sofocos --- Sudoraciones nocturnas --- Resequedad vaginal Intranquilidad Cambios de humor Si---- No-----

		Conoce que es TRH	Si----- No----
Actitud	Es la conducta que tiene la mujer y que determina su predisposición a valorar favorable o desfavorable a la etapa que la rodea y por tanto influye en su comportamiento.	Como se dio cuenta de su estado. Cambios en su vida . El uso de TRH ha mejorado su calidad de vida.	Cese de regla Irregularidades Presencia de molestias Si----- No----- Si----- No-----
Practica de uso	Son las acciones que realizan las mujeres para mejorar o controlar los síntomas o enfermedades que le produce la etapa que están experimentando.	Acciones para mejorar los síntomas. Utiliza terapia de reemplazo hormonal.	Visita médica Automedicación Pide consejos. SI----- N o----

RESULTADOS

Características Personales:

Los resultados obtenidos a través de la encuesta realizada a las 64 mujeres que conforman nuestro estudio se presenta a continuación:

Las edades de las mujeres oscilan entre 45a 62 años con una edad promedio de 51 años, considerándose la aparición de la menopausia de acuerdo a su edad en condiciones normales.

El 34% de las mujeres realizaron sus estudios universitarios en comparación a un 47% que estudio la secundaria y un 19% estudiaron la primaria encontrándose un porcentaje alto de nivel académico, de tal manera que no se presenta desconocimiento de parte de las mujeres sobre la etapa de la menopausia.

La ocupación no representa una limitante de las oportunidades para controlar y tratar la menopausia siendo esto reflejado en un 45% de mujeres que son profesionales, un 25% ama de casa, un 14% doméstica y un 16% que realizan otras actividades.

Respecto a la religión el 81% de las mujeres son católicas, el 16% corresponden a la religión evangélica y un 3% son testigos de Jehová obteniendo como resultado una actitud favorable en la mayoría de las mujeres

II. Conocimiento que tienen las mujeres acerca de la menopausia

El 100% de las mujeres conocen acerca de la menopausia o fase en la que se marca el final de la menstruación .49 mujeres que corresponden al 77% mencionan estar en la etapa de la menopausia y 15 mujeres (23%) dicen no estar en la etapa.

Dentro de los síntomas que puede presentar una mujer en esta etapa 32 mujeres(50%) dicen conocer los cambios bruscos de humor con altibajos que consisten en estar tranquilas y de repente enojadas;30 mujeres(47%) conocen que la menopausia da sofocos, 26 de ellas (41%) expresaron conocer las sudoraciones nocturnas propias de la etapa, 10(16%)conocen el insomnio que viven las mujeres probablemente a las sofocaciones que experimentan, 9

mujeres (14%) conocen las hemorragias producto de los mismos cambios que están viviendo, 5(8%) de ellas mencionaron la falta de lubricación vaginal.

En el ítems conoce si los síntomas se pueden controlar, el 100% de las mujeres saben como controlarlo, de 54(84%) lo hacen tomando tratamiento hormonal y 24 (38%) toman remedios caseros como te de manzanilla, hoja de aguacate, flor de roble entre otros.

El 84% de las mujeres conocen que es terapia de reemplazo hormonal, así mismo expresa que es una forma fácil de tratar los síntomas que presentan durante esta etapa recuperando las hormonas perdidas, en cambio 10 mujeres (16%) dicen no conocer que es terapia de reemplazo hormonal. De acuerdo al tipo de hormona prescrito 26 mujeres (50%) mencionan CLIMENE que es un estrógeno combinado, 18(34%) expresaron PROGYNOVA o estrógeno solo y un 15% representado por 8 mujeres no recuerda el tipo de hormona prescrito.

III. Actitud de la mujer en el periodo que esta viviendo.

En la pregunta acerca de cómo se dio cuenta de su estado menopausico 28 mujeres (44%) respondieron haberse enterado tras el cese definitivo de la menstruación, 28 de ellas (44%) expresaron darse cuenta de su estado debido a las irregularidades de la menstruación, siendo estas esporádicas si fechas especificas ya que pueden aparecer cada 3 o 4 meses, 20 mujeres (31%) manifiestan la presencia de molestias causadas por los mismos cambios experimentados en este periodo.

De acuerdo a la pregunta considera que la etapa de la menopausia le ha traído cambios en su vida, 38 mujeres (59%) consideran que no han tenido cambios y piensan que lo que están sintiendo es parte de nuestra naturaleza y por lo tanto en todas las mujeres se presenta esta etapa y deben de vivirlo, en cambio 26 mujeres (41%) respondieron haber tenido cambios como por ejemplo temor de estar solas, llorar por cualquier cosa, etc. Dentro de las relaciones familiares 44 mujeres (69%) piensan que esta etapa no les ha afectado, no así 20 mujeres (31%) manifiestan haber tenido problemas, ya que se enojan con facilidad.

El 81% de las mujeres haber aceptado esta etapa de manera normal y 12 mujeres (19%) dijeron haber aceptado mal esta etapa, ya que por ser algo nuevo se les dificulta aceptarlo y desean se les termine pronto. Sin embargo 43 mujeres (83%) mencionaron haber mejorado significativamente su calidad de vida con el uso de terapia de reemplazo hormonal y 9(17%) expresaron no tener mejoría de los síntomas .Dentro de las consecuencias que tiene el uso de la terapia de reemplazo hormonal 43 mujeres (83%) mencionaron no haber presentado en cambio un 17% afirmaron haber presentado mas de alguna reacción adversa, de las cuales 9 mujeres mencionaron vómitos y 6 de ellas (12%) cefaleas y 2(6%) manifestaron cambios en la presión arterial

IV. Acciones que realizan las mujeres para disminuir los síntomas.

Dentro de las acciones que realizan las mujeres para mejorar los cambios y síntomas del periodo menopausico se encontró una acción importante y adecuada, la cual es la visita medica representada por 54 mujeres (84%), y 28 mujeres (44%) piden consejos a otra persona; asimismo 52 mujeres (81%) disminuyen los síntomas tomando medicamentos hormonales, un 19% representado por 12 mujeres no utilizan tratamiento hormonal.

DISCUSION

Al revisar la bibliografía se encontró que la edad promedio de las mujeres en edad menopausica coinciden con la edad de las mujeres entrevistadas encontrándose estas entre los 45 y los 65 años en que la menopausia es normal.

Las mujeres con un nivel educativo primario presentan una actitud favorable, lo que permite confirmar que no es necesario tener un nivel educativo profesional para aceptar de manera normal la etapa que están viviendo.

El conocimiento que tienen las mujeres acerca de la menopausia es obtenido a través de la comunicación con el medico y otras personas que ya lo han vivido con anterioridad, no obstante a pesar de haber un alto porcentaje de mujeres profesionales no se puede decir que profundizan sus conocimientos a través de la lectura ya que solo tiene un conocimiento empírico basada en las opiniones de las personas y su propia experiencia.

Según ASSO 1983 indica que los bochornos y las sudoraciones nocturnas son síntomas causados por la propia menopausia debido a los bajos niveles de estrógenos y estos pueden ser lo bastante grandes para producir insomnio, coincidiendo estos con nuestro estudio ya que las mujeres se les ha alterado el estado normal del sueño por lo que la mayoría de ellas consultaron con su medico y se controlaron con tratamientos hormonales, algunas de ellas tomaron remedios caseros, sin embargo, según información obtenida por especialistas mencionan que estos remedios podrían ayudar a un síntoma específico, pero no a controlar los niveles estrogénicos.

Según la bibliografía consultada la deficiencia de estrógenos por el Doctor John Studd del Hospital Kings, todas las mujeres pasan por el periodo menopausico, pero para muchas este se asocia con síntomas incómodos y desagradable lo que contrasta con la información obtenida en nuestro estudio ya que 24 mujeres expresaron darse cuenta de su estado menopausico debido a la presencia de irregularidades menstruales siendo estas esporádicas ,acompañadas de molestias y de presentar sensibilidad en su estado

emocional, pero la mayoría de las mujeres encuestadas piensan que esta etapa no le ha afectado en ningún ámbito.

Goodman 2001 presenta la ventaja que tiene el uso de la terapia de reemplazo hormonal ya que alivia los síntomas vasomotores como: insomnio, intranquilidad y cambios bruscos de humor, así como los motivos para suspender en caso de que aparezcan reacciones adversas como: cefalea, jaquecoide, aumento de ataques epilépticos y aumento considerable de la presión por los que nos lleva a corroborar que los datos obtenidos coinciden con la bibliografía consultada ya que las mayorías de las mujeres que utilizaron terapia de reemplazo hormonal se demostró una mejoría clínica de los síntomas y solamente 9 mujeres de la población encuestadas mencionaron haber tenido mas de alguna reacción adversa con el uso del tratamiento.

CONCLUSIONES

- El conocimiento que tienen las mujeres es de tipo empírico basada en su propia experiencia y en las adquiridas en consulta médica, permitiendo esta manejar e identificar los síntomas físicos psicológicos que presenta una mujer en la etapa de la menopausia. Los síntomas que se dan con mayor frecuencia son: cambios bruscos de humor y sudoraciones nocturnas.
- La actitud de las mujeres hacia la menopausia es bastante positiva, hay un grado de aceptación favorable debido a que consideran que el periodo menopausico es normal en todas las mujeres y por tanto deben de enfrentarlo utilizando tratamiento hormonal.
- Dentro de las acciones que realizan las mujeres para disminuir los síntomas y lograr mantener un nivel de hormona adecuada, esta la visita médica ya que por medio del control médico y con el uso de terapia de reemplazo hormonal las mujeres estabilizan sus problemas físicos, emocionales y sociales que se presentan en dicha etapa.
- El tratamiento utilizado con mayor frecuencia en las mujeres en periodo menopausico de nuestro estudio son los estrógenos conjugados con progestágenos (CLIMENE).
- En nuestro estudio se pudo apreciar que los niveles socio- económico y religioso no influyen en la manera de pensar y actuar de las mujeres en periodo menopausico y uso de TRH.

RECOMENDACIONES

➊ Aconsejamos a todas aquellas mujeres mayores de 45 años que presenten irregularidades o ausencia de ciclos menstruales por lo menos por un año, acompañados de sintomatologías menopausicas acudir a consultas médicas para un diagnóstico temprano.

➋ Sugerimos a las mujeres diagnosticadas como climatéricas a utilizar Terapia de Reemplazo Hormonal según prescripción médica, para disminuir o prevenir las sintomatologías menopausicas.

➌ A todas las mujeres que reciben tratamiento acudir periódicamente a consultas médicas para valorar la eficacia o posibles reacciones adversas del tratamiento prescrito.

➍ Debido a la importancia de la atención a la mujer en esta etapa de la vida seria necesario que las autoridades nacionales de salud pública ofrezcan a las mujeres un programa de atención que ayude a garantizar un bienestar físico como psicológico para asegurar una mejor calidad de vida.

➎ Es necesario realizar más investigaciones acerca del periodo menopausico en las que participen grupos interdisciplinarios y de igual forma los resultados se den a conocer en revistas y otros medios de información que lleguen a los prestadores de atención sanitaria y pacientes.

➏ Es importante aconsejar a los familiares brindar apoyo y comprensión a la mujer durante esta etapa para lograr una mayor aceptación y percepción, mejorando así la imagen de deterioro que considera tener la mujer durante este periodo.

BIBLIOGRAFIA.

1. Atención farmacéutica comunitaria.Volumen 8.
2. Boletín de información terapéutica. Uso adecuado de los medicamentos en el climaterio. Volumen 8, numero dos julio del 2004.
3. Espinoza José Ramón. Salud Comunitaria. Managua-Nicaragua. Acción Medica Cristiana, Centro de investigación y estudios de salud. Julio. 2002. Pagina 85-96.
4. Goodman y Guilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica . Editorial MC GRAW HILL. Décima edición|.Volumen II. 2001.
5. John Studd. La deficiencia de estrógenos. Londres .Hospital King's College.2002.
6. Jonathan S. Berek.Tratado de Ginecología de Novak. Editorial Mc Graw Hill.Decimotercera Edición. 2004.
7. MINSA. Manual de salud reproductiva. 1996.
8. OMS. Informe de un grupo científico. Investigaciones sobre la menopausia en los años 90.Ginebra. 1996.
9. Tamborín. A. MANUAL DE LA MENOPAUSIA. Editorial Masson. Primera edición. Barcelona. 1991.

ANEXOS

Gráfico N° 1. Nivel de escolaridad vs Grado de conocimiento que tienen las mujeres sobre la menopausia

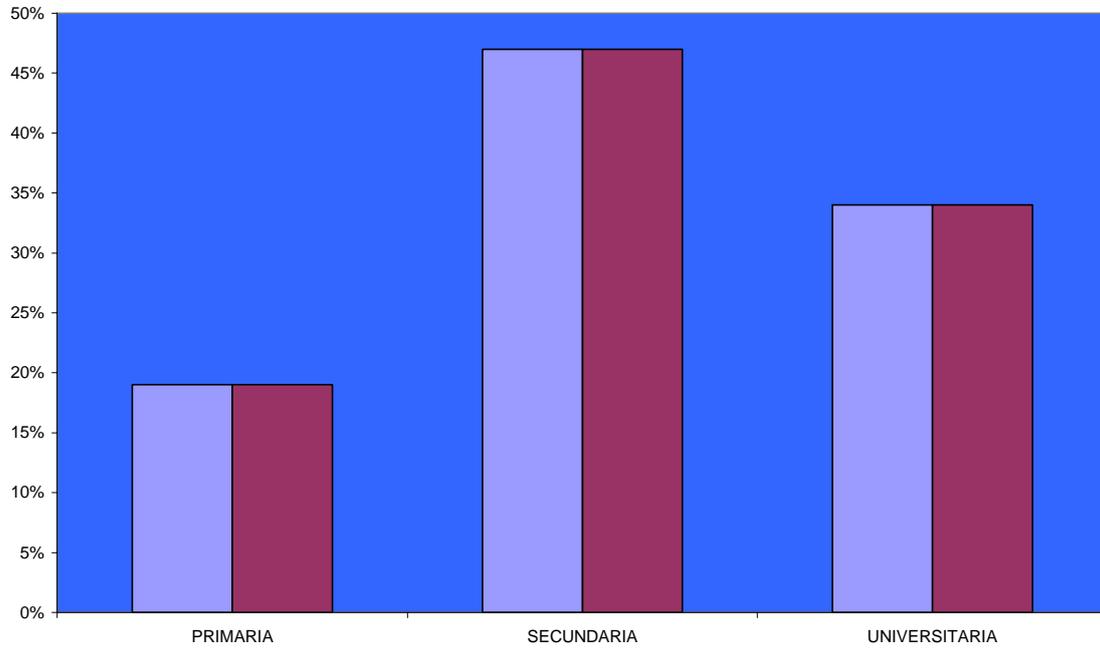


Gráfico N° 2. Ocupacion vs Practica de uso de TRH

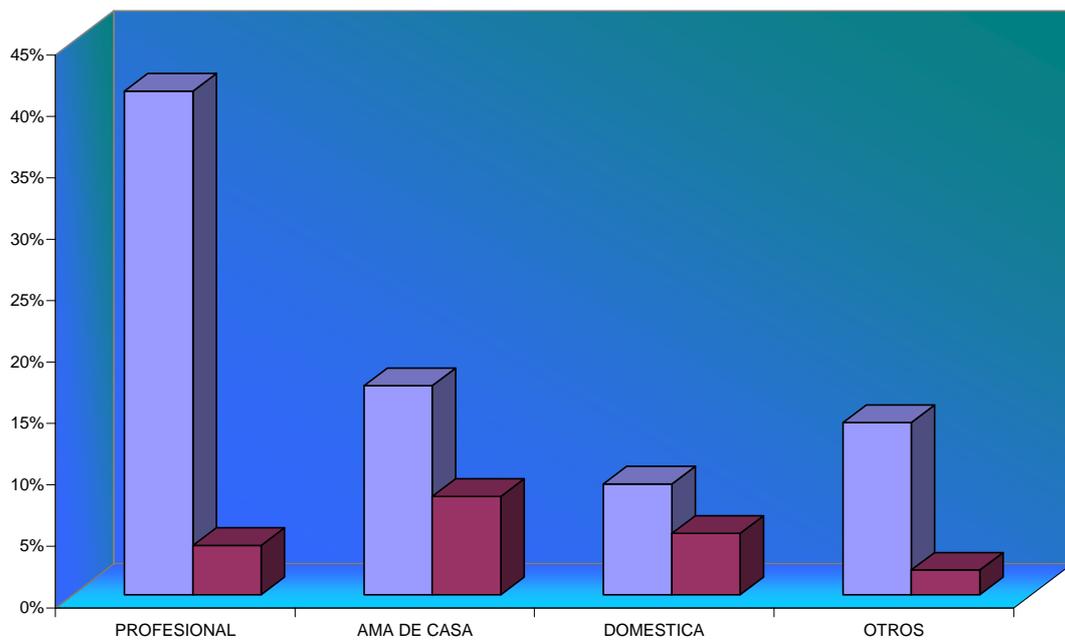


Gráfico N° 3. Religion vs Aceptación de la etapa

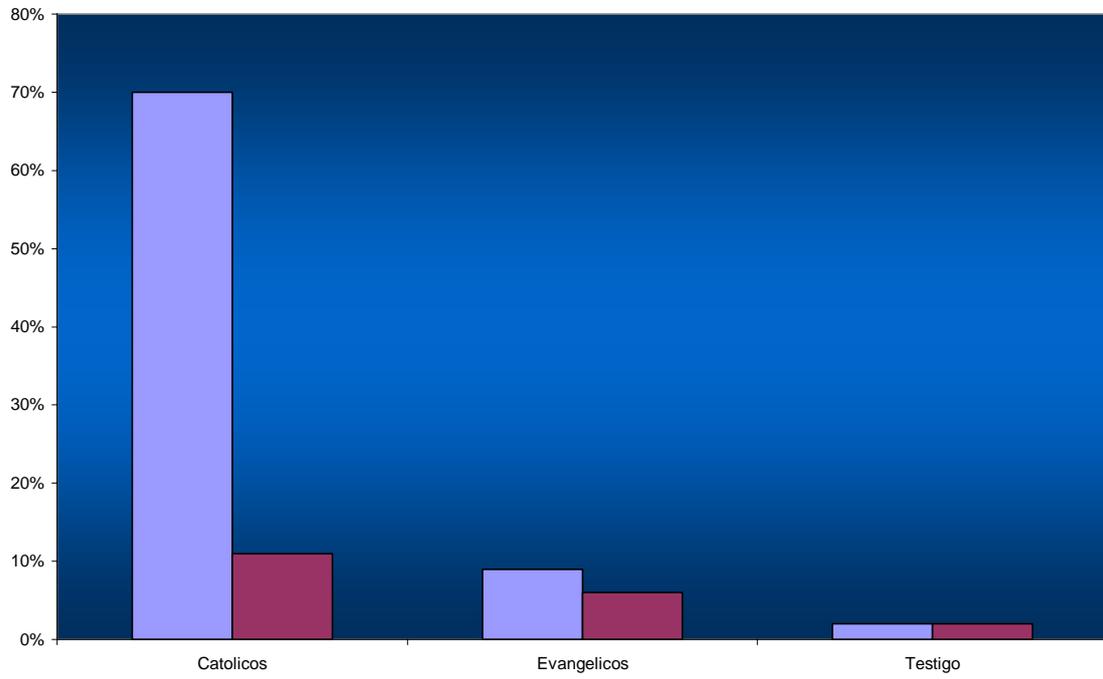


Gráfico N° 4. Conocimiento acerca de que es Menopausia

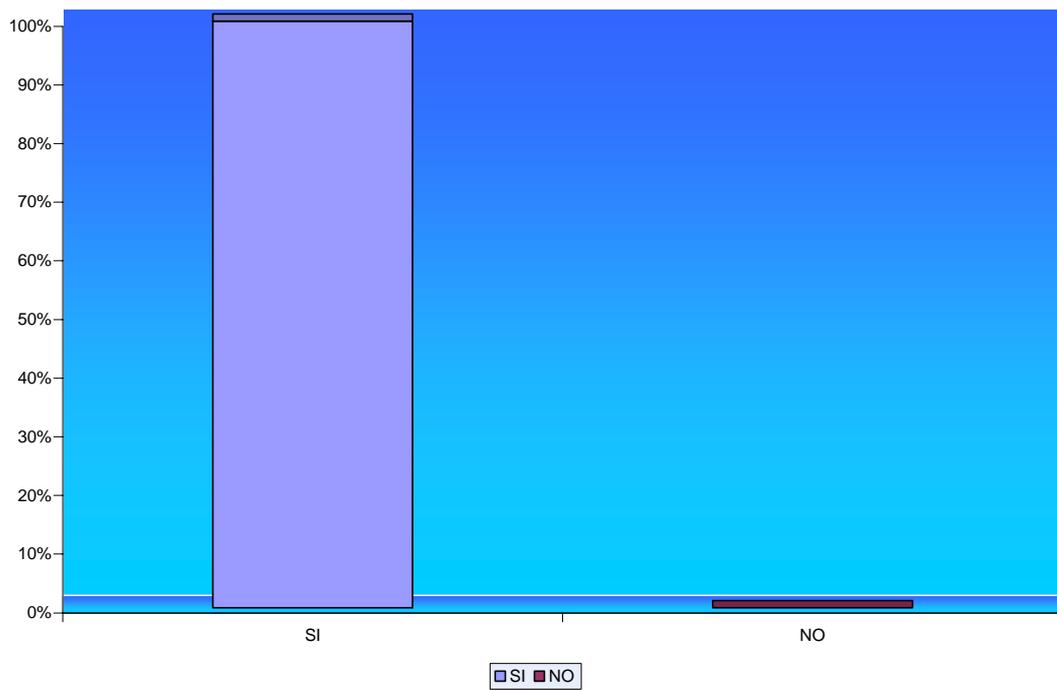


Gráfico Nº 5. Síntomas que puede presentar una mujer en la etapa de la Menopausia

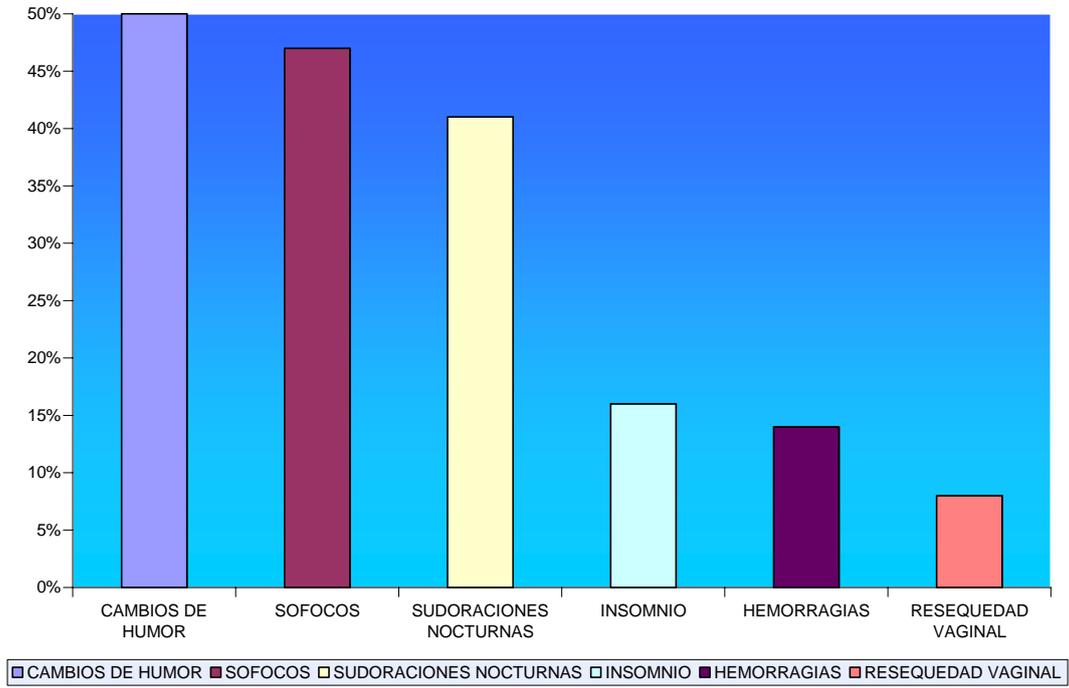


Gráfico Nº 6. Conocimiento que tienen las mujeres para controlar los síntomas

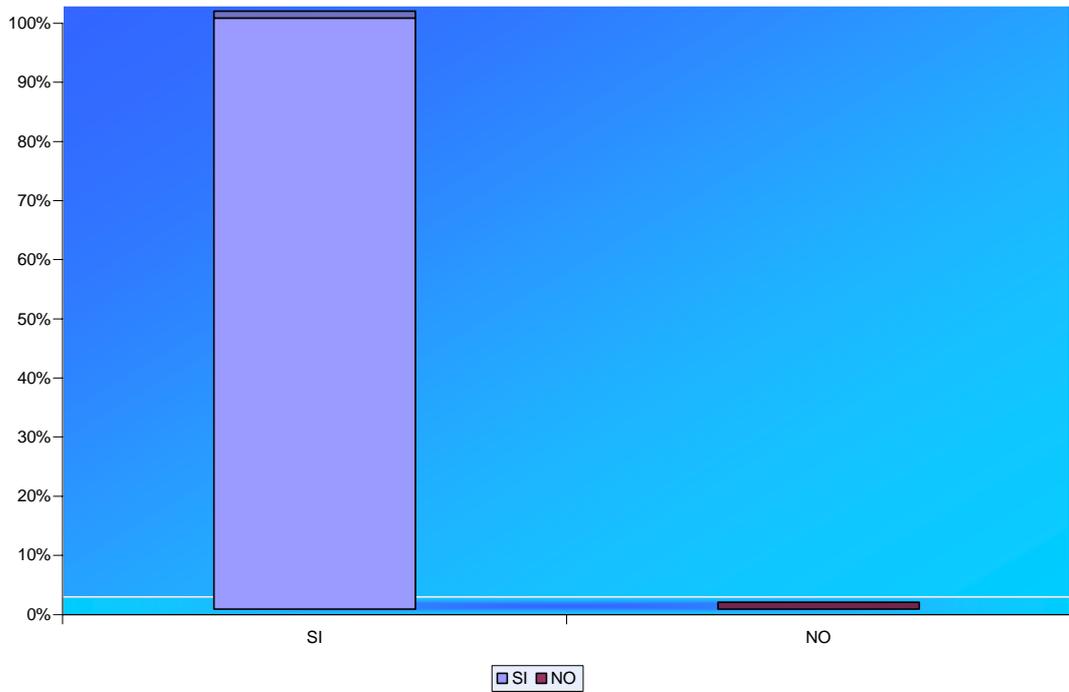


Gráfico Nº 7. Control de los síntomas

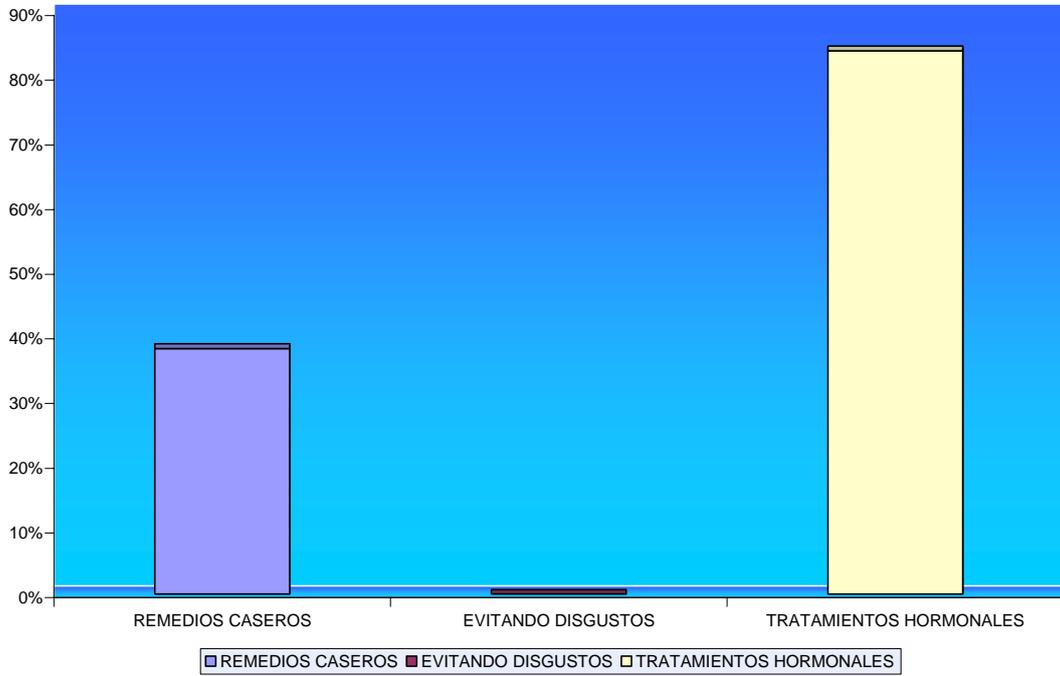


Gráfico Nº 8. Conoce que es Terapia de Reemplazo Hormonal

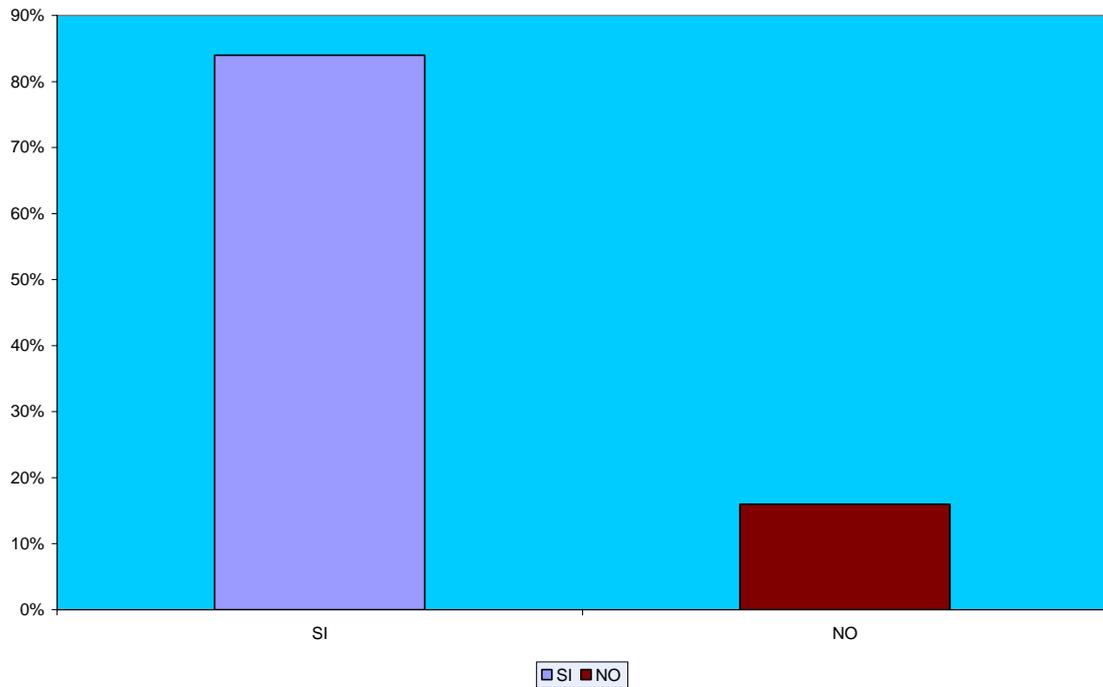


Gráfico Nº 9. Tipo de Hormona que le han prescrito

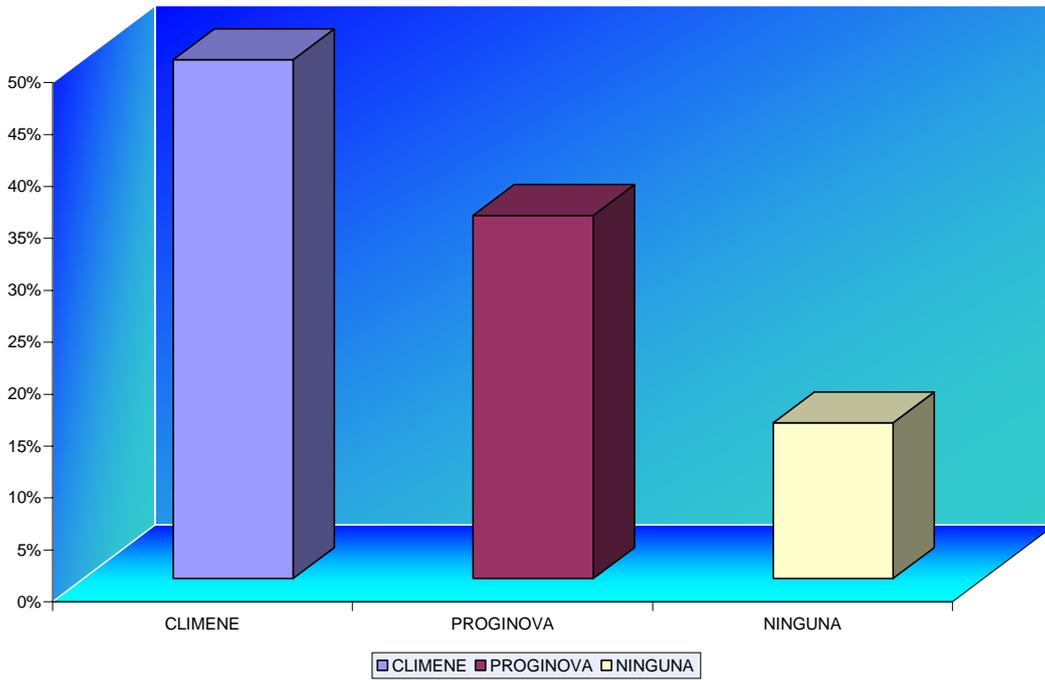


Gráfico Nº 10. Como se dio cuenta de su estado menopausico

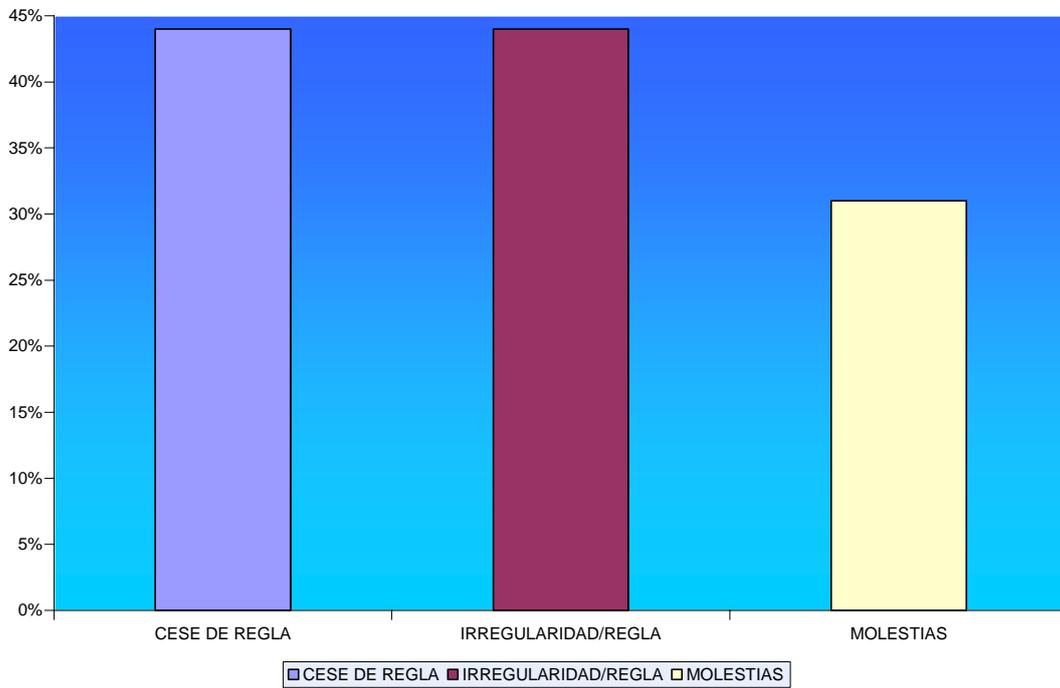


Gráfico N° 11. Cambios que le ha traído la menopausia en su vida

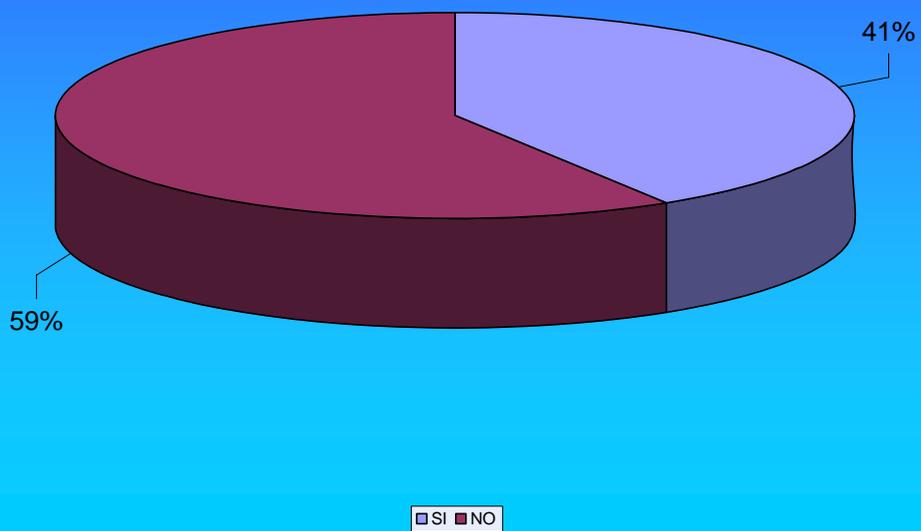


Gráfico N° 12. Consecuencias o reacciones adversas del uso del TRH

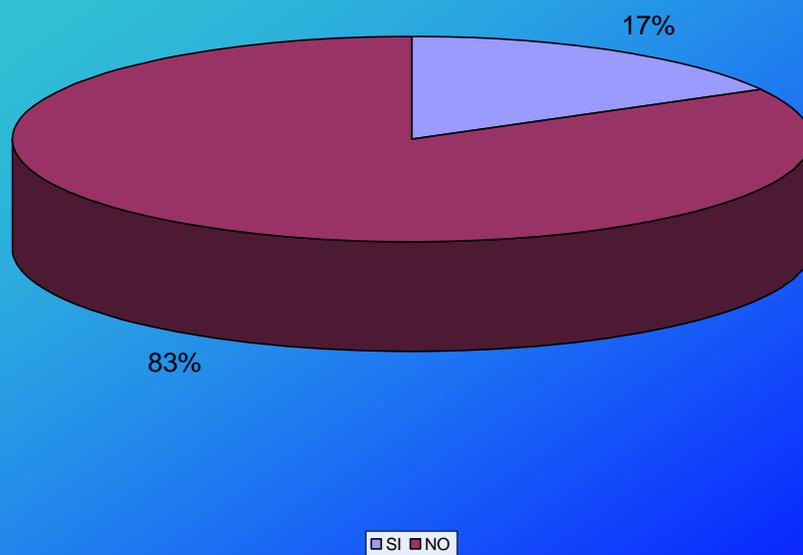
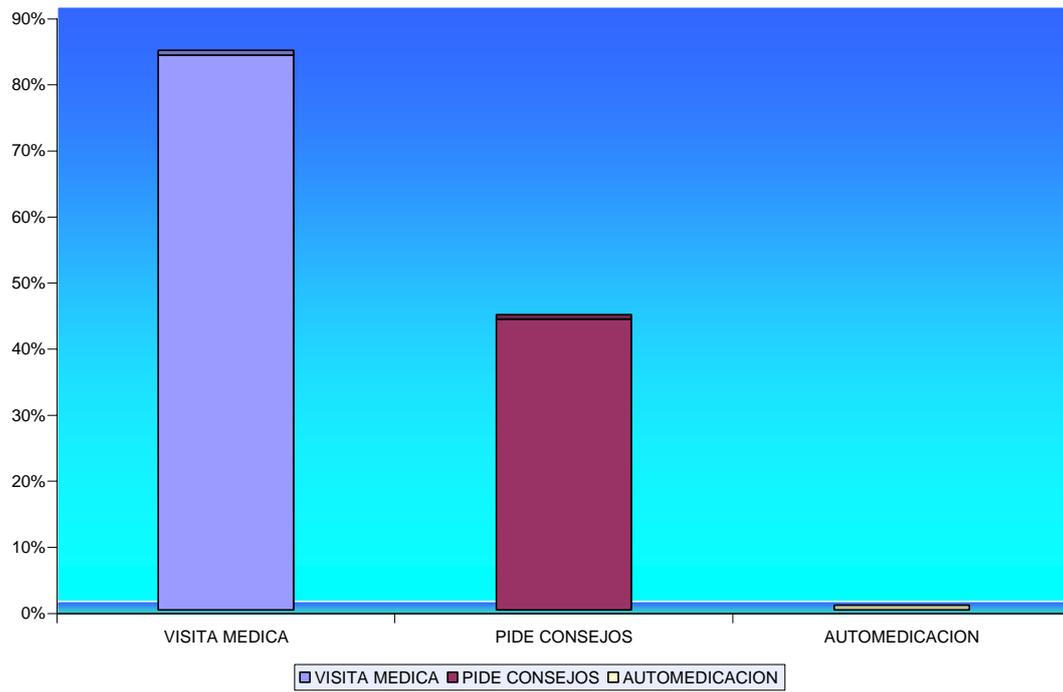




Gráfico N° 13. Acciones que ha realizado la mujer para mejorar estos cambios



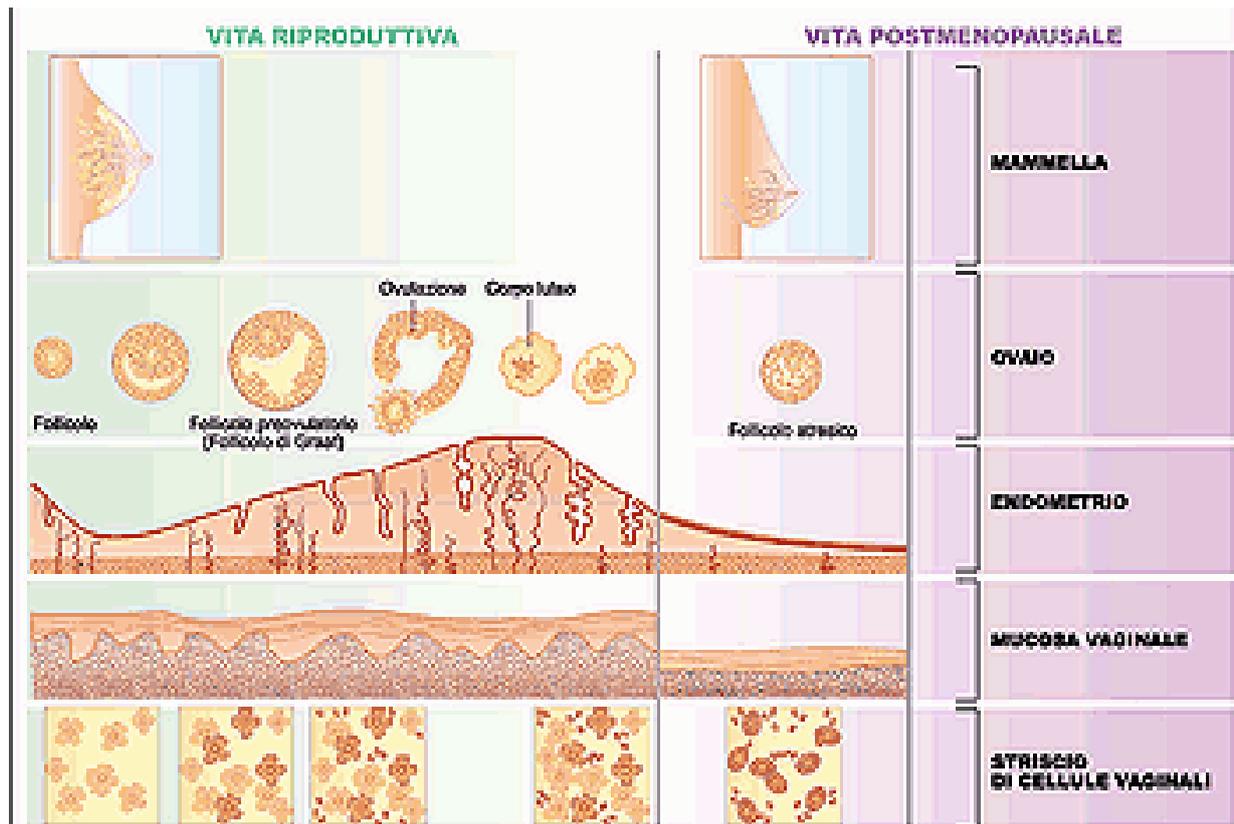


GLOSARIO

- Atrofia: Desgaste de tejido o muerte y reabsorción celular.
- Distimias: cualquier trastorno del ánimo.
- Dispareunia: dolor durante en acto sexual.
- Frotismo vaginal: Material obtenido por raspado de la pared lateral de la vagina, cerca de la unión de sus tercios superior y medio.
- Grávidico: relativo al embarazo o a una mujer embarazada.
- Histerctomía: extirpación del útero
- Hidroxiapatita: estructura mineral natural a la que se asemeja íntimamente el enrejado cristalino de huesos y dientes.
- Osteopenia: menor calcificación o densidad del hueso
- Meteorismo: inflamación de la membrana timpánica
- Mastopatía: Cualquier enfermedad de las mamas
- Tromboflebitis: inflamación venosa con formación de trombos
- Tromboembolia: embolia causada por un trombo.



MENOPAUSIA





ENCUESTA

Estimadas pacientes que asisten a consultas ginecológicas, somos estudiantes de la carrera de Farmacia y solicitamos su colaboración para la realización de nuestro trabajo investigativo, por lo cual le pedimos sinceridad al momento de contestar las preguntas. **GRACIAS**

Edad -----

Estado civil -----

Ocupación -----

Escolaridad -----

Religión -----

1-¿Sabe usted que es menopausia?

SI ----- NO -----

2-¿Esta en la etapa de la menopausia?

SI----- NO-----

3-¿Cómo se dio cuenta de su estado menopausico?

Cese de la regla -----

Irregularidad de la regla -----

Presencia de molestias -----

4-¿Para usted que síntomas puede presentar una mujer en la etapa de la menopausia?

Sofocos -----

Sudoraciones nocturnas -----

Resequedad vaginal -----

Pérdida del cabello -----

Insomnio -----



Intranquilidad -----

Cambios bruscos de humor -----

5-¿Considera que la etapa de la menopausia le ha traído cambios en su vida?

SI----- NO-----

6-¿Le ha afectado esta etapa en sus relaciones familiares?

SI----- NO-----

7-¿Cómo ha aceptado esta etapa?

Bien -----

Mal -----

8-¿Conoce usted si los síntomas se pueden controlar?

SI----- NO-----

9-Si su respuesta fue si,¿ Diga como?

Remedios caseros -----

Evitando disgustos -----

Tratamientos hormonales -----

Otro -----

10-¿Qué acciones ha realizado para mejorar estos cambios?

Visita Médica -----

Automedicación -----

Pide consejos a otras personas -----

11-¿Conoce que es la terapia de reemplazo hormonal?

SI----- NO-----



12-¿Ha utilizado la terapia de reemplazo hormonal para la menopausia?

SI----- NO-----

13-¿qué tipo de hormona le han prescrito?

Acetato de medroxiprogesterona (progynova) -----

Climader (parche) -----

Primodian (inyectable) -----

Climene -----

Otros -----

14-¿Considera que el uso de TRH ha mejorado su calidad de vida?

SI----- NO-----

15-¿Cree usted que el uso de TRH le ha traído consecuencias o reacciones adversas?

SI----- NO-----

16- ¿Si su respuesta fue SI, digas cuales les ocasionaron?

Vómitos: ----- Cefalea: -----

Aumento de presión: ----- Visión borrosa: -----