

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-León.

Facultad de Ciencias Químicas

Carrera de Farmacia



“A la libertad por la Universidad”

Tesis para optar al título de

Licenciado Químico- Farmacéutico

**CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES MENOPÁUSICAS DE LOS CENTROS DE
SALUD MÁNTICA BERIO Y FÉLIX PEDRO PICADO ACERCA DE TERAPIA DE
SUSTITUCIÓN HORMONAL (AGOSTO – OCTUBRE, 2011).**

Autores:

Br. Edipcia Magaly López Zeledón

Br. Ligia Gioconda López Zeledón

Br. Yahaira Isidora Meléndez Caballero

Tutora:

Lic. Tania M. Díaz Pérez.

León, 30 de Noviembre de 2011.



ÍNDICE

Introducción.....	1-2
Antecedentes.....	3
Justificación.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7-24
Material y método.....	25-27
Resultados.....	28-40
Análisis de los Resultados.....	41-43
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Referencias bibliográficas.....	46-47
Anexos.....	48-51



AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por habernos dotado de conocimientos lo que nos permitió desarrollar nuestro trabajo con éxito, y habernos guiado por el camino correcto para cumplir con nuestras metas profesionales.

A NUESTROS PADRES

Por su esmero y dedicación, por habernos dado todo su amor y comprensión en todos los momentos.

A NUESTROS MAESTROS

Por habernos dado el pan del saber, quienes contribuyeron con su orientación a nuestra formación como profesionales.

A NUESTRA TUTORA

Lic. Tania Mercedes Díaz Pérez, por habernos dedicado parte de su tiempo y ser un apoyo en la realización de nuestra monografía.

Y a todas las personas que colaboraron de una u otra manera en la finalización de dicha tesis.



DEDICATORIA

A DIOS

Por darme sabiduría y no abandonarme nunca, por darme fuerzas cuando éstas me faltaron, por permitirme ser una persona perseverante y poder coronar con éxito mi carrera.

A MIS QUERIDOS PADRES

María Haydee Zeledón Rodríguez y Octavio López Escoto quien en todo momento me enseñaron principios morales, quienes, a pesar de las dificultades siempre me dieron palabras de aliento y me brindaron su apoyo incondicional en los momentos más difíciles.

A MIS HERMANOS

Quienes fueron mi fuente de inspiración y me apoyaron cuando más lo necesite, dándome consejos y pautas para poder desarrollarme como profesional.

Edipcia Magaly López Zeledón



DEDICATORIA

A DIOS

Dedico este trabajo monográfico a Dios nuestro señor por darme fortaleza, protección y ánimos para seguir adelante, permitiéndome coronar mi carrera con éxito.

A MIS PADRES

María Haydee Zeledón Rodríguez y Justo Octavio López Escoto, quienes me brindaron su apoyo tanto económico como moral, dándome su comprensión y palabras de aliento en los momentos difíciles, siendo las bases principales y fundamentales para la finalización de mi carrera profesional.

A MIS HERMANOS

Por ser una figura fraternal, apoyándome de manera incondicional cuando más lo necesité, por ser los mejores amigos, quienes me dieron la pauta para afrontar el futuro con mejores herramientas.

Ligia Gioconda López Zeledón



DEDICATORIA

A DIOS

Por darme la sabiduría, fuerzas, valor y confianza para continuar y poder terminar éste trabajo con éxito.

A MIS PADRES

A mi padre **Gregorio Meléndez**, quien fue mi fuente de inspiración y aunque ya no esté conmigo, se sentiría muy orgulloso por mis estudios universitarios culminados.

A mi madre **Isidora Caballero**, quien me apoyó incondicionalmente en todo momento dándome consejos sabios y enseñándome los valores de la perseverancia y la paciencia que fueron esenciales para la realización de mis estudios.

A MIS HERMANOS

Quienes me apoyaron juntos a sus esposas y esposos tanto económicamente como con sus consejos y ejemplo, demostrándome que todo se puede lograr con la ayuda de Dios.

Yahaira Isidora Meléndez Caballero



Introducción.

La palabra climaterio proviene del griego climacter (peldaños o escalones), implica un período de transición entre la madurez y senectud en la vida de toda mujer, durante el cual pierde la función reproductora, se inicia a los 35 años y termina a los 65. ⁽¹⁾

En los primeros años del siglo XXI se calcula que habrá más de dos millones de personas mayores de 60 años. Dentro de ese universo las mujeres serán mayoría, todas climatéricas quienes requerirán una atención especial por parte del sector salud, con el fin de asegurarles un bienestar psíquico y físico a lo largo de esas tres décadas, o más, en que vivirán sin hormonas y con necesidades que seguramente no han cambiado mucho, comparadas con las actividades de la premenopausia. ⁽¹⁾

A lo largo de la vida toda mujer va experimentando diversos cambios tanto biológicos, físicos y psicológicos dentro y fuera de su organismo, como la menstruación, embarazo, parto y finalmente el período del climaterio, proceso por el cual la mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo, comprendiendo así tres etapas: premenopausia, menopausia, postmenopausia, el cual va a generar durante esos períodos diferentes signos y síntomas a desarrollar. ⁽¹⁾

Los efectos inmediatos de la deficiencia de las hormonas sexuales femeninas tales como los síntomas vasomotores se conocen bien, pero la importancia de los efectos de la falla ovárica a largo plazo solo ha sido reconocida recientemente. La prevención y el tratamiento de las consecuencias a largo plazo de la menopausia pueden requerir el uso de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) por considerables períodos de tiempo, si no indefinidamente. ⁽¹⁾

Así los beneficios de la TRH necesitan ser balanceados contra los riesgos para cada mujer y el régimen de TRH empleado necesita individualizarse, de acuerdo a sus necesidades. ⁽¹⁾



Conocimiento de las mujeres menopáusicas acerca de la TSH

En Nicaragua la edad media de la menopausia es de 45-65 años y la esperanza de vida es de 60 años. La mujer sufrirá cambios hormonales o buscará asistencia por los síntomas que le aquejan y muchas veces no encontrará las respuestas más adecuadas. ⁽¹⁾



Antecedentes.

En Nicaragua se han realizado estudios que abordan distintos aspectos sobre la terapia de sustitución hormonal en donde se valora la importancia del uso de la terapia en la mujer posmenopáusica.

En el año 2003 se realizó un estudio sobre el efecto de la menopausia en mujeres con o sin tratamiento de reemplazo hormonal entre las edades de 35-65 años, reflejando que los síntomas más comunes que afectan a éstas mujeres son depresión, dolores de cabeza e irritabilidad, viéndose mejorado con el uso del tratamiento de reemplazo hormonal. ⁽²⁾

Luego, en el 2005 se registró un estudio que abordó Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del uso de la terapia hormonal, el cual reflejó que las mujeres en estudio a medida que iban experimentando cambios obtuvieron conocimientos que ayudaron a adoptar mejores actitudes de adhesión al tratamiento para mejorar la calidad de vida. ⁽³⁾

En el siguiente año un estudio sobre Beneficio-Riesgo de la TRH realizado en el Centro de Salud Mantica Berio demostró que la mayoría de las mujeres en las edades entre 41-50 años atendidas en el Centro de Salud presentaron síntomas menopáusicos tales como: sofocos, depresión, cistitis y ardor en los pies los cuales tuvieron mejoría con el uso de la terapia de reemplazo hormonal. ⁽⁴⁾

En el año 2007 en el Centro de Salud Perla María Norori y Centro de Salud Félix Pedro Picado Sutiaba-León se llevó a cabo un estudio el cual contemplaba el beneficio que brinda el tratamiento de reemplazo Hormonal utilizado por las mujeres menopáusicas en el cual los resultados obtenidos durante el tratamiento fueron evidentes disminuyendo de manera gradual los síntomas vasomotores que hacían sufrir a las pacientes quienes pronto se encontraron en condiciones de salud más estables con este tratamiento. ⁽⁵⁾



Justificación

La menopausia comprende una fase en la vida de la mujer en la que se producen una serie de cambios hormonales, así como ciertos trastornos que disminuyen la calidad de vida de la mujer. Este fenómeno médico y social muchas veces carece de importancia para el personal de salud y es muy desconocido en el núcleo familiar, pero sus repercusiones son importantes debido al papel fundamental que juega la mujer en su entorno familiar y social. En el ámbito clínico, el médico al momento de realizar un diagnóstico a la paciente que se encuentra dentro de la edad promedio de la menopausia muchas veces no valora si la sintomatología que ésta presenta corresponde al período menopáusico para realizar la prescripción del Tratamiento Hormonal requerido, otra de las razones que afectan a la mujer, es la falta de conocimientos referente al tema tanto por parte de ellas como de su entorno familiar y social ya que no logran comprender que los cambios que experimentan en este período son propios de esta etapa.

Se ha planteado el manejo con terapia hormonal sustitutiva para reducir las manifestaciones clínicas que aquejan a nuestras mujeres en este período, pero la información diseminada podría no ser suficiente.

Es por eso que nos vemos motivadas a realizar este estudio para hacer énfasis e instar a las mujeres a la búsqueda de información para así demandar una mejor atención médica, familiar y social contribuyendo a mejorar su calidad de vida en esta etapa de transición que la mujer experimenta. Los resultados podrán ser usados por el personal de salud y autoridades para ayudar a las mujeres a enfrentar con mejores herramientas esta situación.



Planteamiento del Problema

¿Cuál es el conocimiento que tienen las mujeres de los centros de salud Mántica Berio y Félix Pedro Picado, acerca de los cambios que sufren en la menopausia y sobre la terapia hormonal sustitutiva?



OBJETIVOS

Objetivo General:

Valorar el conocimiento que tienen las mujeres menopáusicas de los Centros de Salud Félix Pedro Picado, y Mántica Berio del Municipio de León, acerca de la TSH en el período menopáusico.

Objetivos Específicos:

- ❖ Analizar la información que tienen las mujeres sobre Menopausia y Terapia de Sustitución Hormonal.
- ❖ Determinar las fuentes que utilizan las mujeres para informarse acerca de la Menopausia.
- ❖ Indagar sobre el conocimiento que tienen las mujeres sobre los beneficios y riesgos que proporciona el uso de la Terapia de Sustitución Hormonal.



Marco Teórico.

Climaterio (del gr.klimater, escalón). Es el período de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva en la que se van a presentar un conjunto de fenómenos que acompañan al cese de la función ovárica de la mujer. Es el período que algunos autores denominan perimenopausia y abarca, aproximadamente desde un año antes (cuando comienzan a presentarse cambios hormonales y físicos) hasta otro después de la menopausia.⁽¹⁾

Menopausia (del gr. menós, mes y el gr. pausis, cesación). Según la OMS se define la menopausia natural como "cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas. Actualmente la edad media de presentación se establece en 48.5 ± 3.8 .⁽¹⁾

Premenopausia: Es el período que durante algunos meses o varios años precede a la menopausia y que se manifiesta por un desarreglo de los ciclos y la aparición de una sintomatología de predominio funcional.⁽⁶⁾

Posmenopausia o Menopausia Confirmada: Período que sigue a la perimenopausia, es decir después de al menos 12 meses de amenorrea y que se prolonga hasta el fin de la existencia.⁽⁶⁾

Fisiología de la Menopausia:

Se estima que al iniciarse la menarquía hay unos 500,000 oocitos disponibles en el ovario. En cada ciclo menstrual se pierde un cierto número de estos con su cohorte de folículos. Estos oocitos y folículos perdidos causan una disminución gradual de estrógenos e inhibina. La reducción de la inhibina aumenta la FSH. Este hecho determina un desarrollo folicular rápido y el acortamiento consecutivo de los ciclos es la primera manifestación clínica de la perimenopausia.



A medida que disminuye el número de folículos continúa cayendo la producción de estrógenos, cuando se alcanzan concentraciones no compatibles con la inducción del aumento brusco de la LH, puede cesar la ovulación o con mayor frecuencia hacerse irregular. Clínicamente este hecho se acompaña de ciclos irregulares y acortamiento de la fase luteínica o ciclos anovulatorios con estimulación estrogénica sin oposición e hiperplasia endometrial. Cuando la ovulación cesa por completo comienza a aumentar la LH y se presenta la menopausia. Es importante saber que los mecanismos de retroalimentación pueden causar reajuste entre la hipófisis y el ovario, a condición de que queden algunos folículos que respondan, y durante un período de uno a dos años pueden normalizarse los hallazgos del laboratorio y los signos y síntomas clínicos.⁽⁷⁾

Aunque el ovario menopáusico puede carecer de folículos cuyas células secretan normalmente la mayor parte del estrógeno y la progesterona, hay que recordar que muchas mujeres menopáusicas no carecen por completo de estrógenos. Las células del estroma ovárico y las de las suprarrenales tienen la capacidad esteroidógena de producir androstendiona, convertida en estrona por la piel y sus apéndices. Los ovarios de un tercio de las mujeres en edad avanzada muestran hipertecosis de las células del estroma ovárico, lo que indica una continua función esteroidogénica.⁽⁷⁾

El climaterio es un período fisiológico en la vida de las mujeres que se encuentra condicionado por los cambios hormonales que en él acontecen. La función ovárica cesa de una manera progresiva y paulatina. Se produce una deficiencia de hormonas sexuales, estrógenos y progestágenos, y la aparición de una serie de síntomas ligados a esa deficiencia hormonal. Estos síntomas son muy variables de unas mujeres a otras y afectan en mayor o menor grado su bienestar físico y psíquico.⁽¹⁾

La producción de óvulos de una mujer empieza a disminuir a los 30 años y luego a los 50 años la menstruación se torna irregular y con menos flujo que antes. Esto se debe al agotamiento de la reserva folicular del ovario durante el climaterio.⁽¹⁾



Síntomas de la Menopausia:

El cuadro clínico del climaterio está originado, directa o indirectamente, por la disminución de estrógenos. Existen fundamentalmente dos tipos de síntomas: unos, locales o genitales, inducidos por la atrofia, y otros de tipo general. ⁽⁸⁾

Síntomas locales

El ovario: experimenta cambios muy importantes en esta etapa de la vida. Disminuye el tamaño y llega a alcanzar dimensiones inferiores a una almendra. Su superficie es rugosa. Al corte no se observan formaciones quísticas y muestra un aspecto fibroso. El estroma contiene numerosas masas hialinas y fibrosas que constituyen restos de corpus albicans y folículos atrésicos. Estos cambios son lentos y constituyen la base morfológica primordial del climaterio. El epitelio que reviste la vulva y la vagina se adelgaza y queda reducido a escasas hileras de células. ⁽⁸⁾

La vagina: se acorta, desaparecen los fondos de saco vaginal y disminuye la secreción, que puede aumentar el pH y tornarse alcalina. ⁽⁸⁾

El útero: experimenta cambios regresivos. Disminuye el tamaño, pero las modificaciones más importantes tienen lugar en el endometrio que se adelgaza y atrofia, lo que constituye la base morfológica de los trastornos menstruales de la menopausia. ⁽⁸⁾

El cuello uterino: el límite entre el epitelio escamoso y el cilíndrico, se desplaza hacia dentro del conducto cervical y la secreción disminuye. ⁽⁸⁾

Síntomas Generales

Inestabilidad Vasomotriz: aparece una sensación de calor que asciende desde el tórax al cuello y a la cara, y va seguida de sudoración y en ocasiones se acompaña de enrojecimiento.



Estas crisis vasomotoras tienen una duración variable, entre unos segundos y una hora. Algunas mujeres se quejan de que estos trastornos durante las noches las desvelan. Las sofocaciones son el síntoma más frecuente y precoz de la posmenopausia, aparecen en el 75-85% de las mujeres climatéricas. Desde hace mucho tiempo se acepta que los síntomas vasomotores se originan directamente por el descenso de los estrógenos, aunque la mayoría de los investigadores no han conseguido encontrar correlación entre los niveles de estrógenos circulantes y la aparición de la sofocación en la menopausia.⁽⁸⁾

Síntomas psíquicos: irritabilidad, depresión, ansiedad, melancolía, pérdida de la concentración, disminución de la libido.⁽⁸⁾

Acentuación o aparición de la osteoporosis: el descenso de los estrógenos parece desempeñar un papel importante en el agravamiento y aparición de la osteoporosis. La caída de los estrógenos, producida en la posmenopausia, conduce a un balance negativo del calcio y una pérdida de hueso. La densidad mineral del hueso alcanza, en la mayoría de las mujeres, un pico máximo entre 30 y 35 años de edad. Después, disminuye lentamente a razón de 0,5 - 1% anual hasta la menopausia, este descenso se acelera hasta aproximadamente 3% al año, durante los primeros 5 años, reduciéndose después al 1% anual. Se supone que en este período de la posmenopausia se pierde entre 10- 15% de la cortical y de 15-20% de la trabecular del hueso. Sin embargo, no se conoce porque sólo algunas mujeres posmenopáusicas presentan osteoporosis y solo entre 5-10% tienen fracturas vertebrales.⁽⁸⁾

Enfermedad cardiovascular: es una causa importante de muerte en la mujer posmenopáusica que supera las tasas de mortalidad por cáncer y otras enfermedades. Los estudios han demostrado un aumento de las enfermedades cardiovasculares con el avance de la edad, así como un incremento del riesgo de la enfermedad cardiovascular después de la menopausia coincidiendo con el déficit estrogénico. Se ha supuesto que los estrógenos constituyen en la premenopausia un factor protector de la enfermedad cardiovascular.⁽⁸⁾



Acción sobre la piel: durante la posmenopausia disminuye el grosor de la piel y el contenido en colágeno de ésta, así como su elasticidad. Estos cambios son consecuencias fundamentalmente de la edad, y el descenso de los niveles de estrógenos es solo un factor, cuya contribución es más bien escasa. ⁽⁸⁾

Hormonoterapia de sustitución.

La hormonoterapia de sustitución tiene por objeto tratar el conjunto de consecuencias de la menopausia no solo los trastornos climatéricos a corto y medio plazo, sino también las complicaciones de la carencia ovárica a largo plazo, entre las que destacan la osteoporosis, en donde parece ejercer una auténtica prevención. ⁽⁹⁾

La instauración de una hormonoterapia de sustitución representa una decisión importante y se debe respetar una serie de reglas y precauciones. Entre la paciente y su médico debe constituirse una relación privilegiada basada en la confianza y la cooperación en busca de una solución a menudo personalizada. ⁽⁹⁾

Se trata de un tratamiento a largo plazo cuyo cumplimiento adecuado es fundamental para un resultado duradero. ⁽⁹⁾

Tipos de pacientes que hay que tratar.

Las mujeres que deberían beneficiarse de modo preferente de un tratamiento hormonal de sustitución, excepto en el caso de que hubieran contraindicaciones son:

Mujeres con molestias debidas a los trastornos climatéricos: el tipo de molestia puede ser funcional, física, psicológica y la repercusión puede ser personal, familiar, conyugal o socioprofesional. ⁽⁹⁾



Mujeres que presentan una menopausia precoz: ya sea natural o inducida. ⁽⁹⁾

Mujeres con riesgo alto de osteoporosis: las técnicas modernas permiten identificarlas mejor. ⁽⁹⁾

Mujeres informadas que reclaman un tratamiento hormonal: de sustitución, sistemático, a título preventivo. Su número es cada vez más numeroso gracias a la influencia de los medios de comunicación. ⁽⁹⁾

Para seguir de manera correcta una hormonoterapia de la menopausia una mujer debe ser disciplinada, confiada, debe estar motivada y convencida de llevarlo a cabo:

La motivación tal como lo demuestra la experiencia, está a menudo relacionada con la importancia de las molestias funcionales, hecho que explica los abandonos espontáneos a distancia del período menopáusico cuando los trastornos vasomotores han desaparecido. ⁽⁹⁾

Para someterse a la relativa obligación de una vigilancia clínica y biológica regular y al cumplimiento terapéutico es necesario un mínimo de disciplina. ⁽⁹⁾

La confianza y la adhesión voluntaria al tratamiento solo pueden ser fruto de una buena relación médico - paciente, basada en el diálogo. Es indispensable una mínima información para tranquilizar al paciente. ⁽⁹⁾

Momento del tratamiento:

Sólo se puede instaurar un tratamiento hormonal de sustitución en la menopausia confirmada, aunque su diagnóstico es menos sencillo de lo que parece. Por ese motivo el médico no debe dejarse engañar por un primer retraso de la menstruación o unas primeras oleadas de calor o determinaciones hormonales sugestivas que pueden poner de manifiesto una perimenopausia con secreciones hormonales anárquicas y eminentemente variables en el tiempo. ⁽⁹⁾



Por tanto el balance hormonal no es ni sistemático ni indispensable para el diagnóstico de menopausia confirmada. Incluso en ocasiones puede desorientar al médico, porque antes de la supresión definitiva de las secreciones esteroidales ováricas los valores de estradiol fluctúan considerablemente de un día a otro y pueden coexistir cifras elevadas junto a valores altos de gonodotrofinas. ⁽⁹⁾

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 negativa: es decir, la ausencia de sangrado tras 10 días de un progestágeno administrado solo, fenómenos que ponen de relieve la ausencia de impregnación estrogénica. ⁽⁹⁾

En caso de amenorrea igual o superior a un año en una mujer de más de 45 años, se sabe que ello es suficiente para llevar a cabo el diagnóstico de menopausia confirmada con una probabilidad de error menor o inferior al 10%. Por tanto el médico puede tener suficiente con una sola prueba de progestágeno, llevada a cabo tanto como detección como para confirmar el diagnóstico de la menopausia. ⁽⁹⁾

Duración del tratamiento

En teoría, el tratamiento debería durar toda la vida, pero en la práctica se sabe que la duración media de una hormonoterapia de sustitución es de algunos años, inferior a cinco. Las pacientes pierden la motivación con el tiempo a medida que desaparecen las oleadas vasomotoras. Un día abandonan su tratamiento, por cansancio o negligencia. ⁽⁹⁾

Desde el punto de vista óseo, la duración óptima del tratamiento debería ser lo más larga que fuera posible. Se estima que es conveniente seguir el tratamiento al menos durante 10 años tras la edad media de la menopausia, es decir hasta al rededor de los 60 años, para que el umbral de fractura retroceda más allá de la esperanza media de vida. ⁽⁹⁾



Vigilancia del tratamiento hormonal.

Vigilancia al final del tercer mes del tratamiento: es el primer examen de vigilancia. El interrogatorio tiene como finalidad comprobar si el tratamiento se ha seguido y se ha comprendido de manera adecuada y si existe una hemorragia de privación con su fecha de aparición, su abundancia y su carácter doloroso o no. La búsqueda de signos de sobredosificación puede conducir a un cambio de posología. ⁽⁹⁾

Cuando hay dosificación insuficiente de estrógenos, los signos que se encuentran son: oleadas de calor persistentes, astenia, tendencia depresiva, sequedad vaginal. ⁽⁹⁾

Cuando hay sobredosificación de estrógenos los signos son los siguientes: mastidinia, edemas, aumento de peso, irritabilidad. ⁽⁹⁾

Vigilancia ulterior a largo plazo: debe llevarse a cabo al menos dos veces al año si el tratamiento es eficaz y bien tolerado. En caso de modificación de la posología, de producto, o de vía de administración, se efectuará siempre un control tras los tres meses de la nueva fórmula terapéutica. ⁽⁹⁾

Aunque no es indispensable practicar una biopsia de endometrio, en ausencia de un signo de alarma (metrorragia intercurrente), puede ser útil y prudente llevarla a cabo tras uno o dos años de tratamiento, para asegurar la ausencia de desarrollo de una hiperplasia. ⁽⁹⁾

Evaluación inicial y seguimiento

La indicación, prescripción y seguimiento del tratamiento con TH en la mujer menopáusica se podrá realizar desde atención primaria sin necesidad de revisiones por atención de segundo nivel, siempre y cuando el profesional esté suficientemente familiarizado con este tipo de tratamiento. ⁽¹⁾

En la consulta inicial deberemos informar a la mujer de forma completa y objetiva sobre los beneficios, riesgos y complicaciones de la TH. ⁽¹⁾



1. Valoración Inicial.

- ❖ Anamnesis completa (personal y familiar).
- ❖ Exploración general registrando peso, talla y tensión arterial.
- ❖ Exploración de mamas.
- ❖ Analítica general: hemograma, glucemia, creatinina, pruebas de función hepática y perfil lipídico.
- ❖ Mamografía.

Para monitorizar el tratamiento no es útil la FSH ya que sus niveles no varían con la administración exógena de estrógenos, tampoco son útiles los niveles plasmáticos de estrógenos ya que no son fiables cuando el tratamiento es por vía oral (si cuando es por vía transdérmica) y sólo serían válidos para detectar una dosis excesiva.⁽¹⁾

2. Debe valorarse la derivación a ginecología en caso de:

- ❖ Duda sobre la idoneidad del tratamiento con TH.
- ❖ Si existe patología ginecológica (sangrados anormales, endometriosis, miomas, etc.).
- ❖ Si tiene factores de riesgo de cáncer endometrial (obesidad, diabetes, menopausia tardía, nuliparidad, antecedentes de hiperplasia endometrial o historia de ciclos anovulatorios).
- ❖ Si hay duda en el diagnóstico de una menopausia precoz.
- ❖ Si la mamografía es sospechosa de malignidad.⁽¹⁾

3. Seguimiento:

Control a los 2- 3 meses.

- ❖ Adherencia al tratamiento y valoración de su tolerancia.
- ❖ Patrón de sangrado. Valorar y actuar según criterios expuestos anteriormente.
- ❖ Tensión arterial y peso.
- ❖ Analítica: triglicéridos si estamos utilizando TH por vía oral.



Control a los 6 meses.

- ❖ Respuestas y tolerancia al tratamiento.
- ❖ Patrón de sangrado.
- ❖ Tensión arterial y peso.
- ❖ Analítica: hemorragia, glucemia, pruebas de función hepática y perfil lipídico.

Controles Anuales.

- ❖ Patrón de sangrado. Si es normal o no existe no realizar ningún estudio. Si es anormal derivar al ginecólogo.
- ❖ Exploración general con registro de tensión arterial y peso.
- ❖ Exploración de mamas.
- ❖ Analítica: hemorragia, glucemia, pruebas de función hepática y perfil lipídico.
- ❖ Mamografía. Dependerá de la valoración que realicemos sobre el posible riesgo de desarrollar cáncer de mama. A partir de los 50 años será bienal, dentro de los Programas Institucionales de Prevención de Cáncer de Mama, y ocasionalmente si existe un riesgo aumentado se realizará con más frecuencia. En mujeres menores de 50 años se debe realizar al iniciar la TH.⁽¹⁾

Tratamiento del Climaterio

Estrógenos:

La potencia de ellos se determina por los cambios en el índice de maduración de las células vaginales, de la proliferación del endometrio y de la formación de helechero por el moco cervical; no se emplea la dosificación de la FSH para graduar la dosis que se administra, se absorben bien por la vía oral, transdérmica y vaginal.⁽¹⁰⁾



Vías de Administración

Los estrógenos orales se conjugan, metabolizan y excretan parcialmente por el hígado antes de llegar a los órganos blancos. Por tanto, la acción de los estrógenos en la función hepática, la estimulación de proteínas que transportan esteroides, es más eficaz por ésta vía. La administración intramuscular o subcutánea de estrógenos conjugados aunque muy eficaz tiene la desventaja de no poder contrarrestarse o anularse en caso de complicaciones por tanto no es recomendable. ⁽⁸⁾

La vía vaginal ofrece varias ventajas. Los esteroides se absorben rápidamente y en forma reproducible, la medicación llega a los órganos blancos antes de circular por el hígado, y su efecto local en el grosor de la vagina tiende a regular la absorción en relación a las necesidades. Con la administración vaginal disminuye la conversión de estradiol en estrona que ocurre por vía bucal. En consecuencia los valores séricos del estradiol, indicarán con mayor precisión el estrógeno absorbido y la exposición de los órganos blancos. Aunque estas consideraciones determinen que la administración del estrógeno por vía vaginal sea en teoría superior a otras modalidades, es aún relativamente escasa la experiencia con la administración de estradiol por vía vaginal. ⁽⁸⁾

Las dosis equivalentes de los principales compuestos son las siguientes:

- ❖ Estrógenos Conjugados:0.624mg
- ❖ Estradiol micronizado:0.625mg
- ❖ Estradiol Hemidrato Transdérmico: 0.5 mg
- ❖ Estropipato: 0.625 mg
- ❖ Estrógeno Esterificado: 0.625 mg
- ❖ Estradiol Transdérmico:0.05mg
- ❖ 17 Beta-Estradiol:0.05mg⁽¹⁰⁾



Progestágenos: Es obligado administrar progestágenos para reducir el riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio, que condicionan los estrógenos. No se administrarán en mujeres que no tengan endometrio. ⁽¹⁾

Actualmente los principios activos más utilizados en la TH son: Progesterona oral micronizada, Medroxiprogesterona y Noretisterona. ⁽¹⁾

Los progestágenos se utilizan principalmente por vía oral, aunque existen preparados para ser administrados por vía transdérmica en combinación con los estrógenos. ⁽¹⁾

Tibolona. Es un esteroide oral sintético que al metabolizarse se transforma en metabolitos activos con acción estrogénica, androgénica débil y progestágena. No produce sangrados menstruales porque tiene muy poca capacidad de inducir proliferación endometrial. ⁽¹⁾

Mejora los síntomas climatéricos, aumenta moderadamente la densidad de masa ósea e inhibe la resorción ósea. A nivel cardiovascular no existen evidencias de su eficacia para prevención primaria ni secundaria. ⁽¹⁾

Pautas y dosis. El empleo de los distintos tipos de pautas de la TH dependerá de la presencia o no de útero, de la edad de la paciente, del tiempo que lleva de menopausia y del deseo de la mujer de tener o no sangrado. ⁽¹⁾

En las mujeres histerectomizadas se usan sólo estrógenos de forma continua.

En mujeres con útero se emplean estrógenos más progestágenos de forma continua o cíclica.

Pauta cíclica: Tratamiento con progestágenos durante algunos días del ciclo estrogénico. Se emplean estrógenos durante 21 días y se asocian gestágenos los 10 últimos; en los 7 días de descanso se presenta sangrado. Esta pauta cíclica estaría más indicada en aquellas mujeres que todavía tienen menstruación. ⁽¹⁾



Pauta continua: Tratamiento continuado con estrógenos, mientras que se asocian progestágenos los 12- 14 últimos días.⁽¹⁾

Pauta continua combinada: Tratamiento con progestágenos durante todo el ciclo estrogénico.⁽¹⁾

La dosis se debe individualizar en cada paciente. Para el tratamiento de los síntomas vasomotores, la dosis adecuada será la que suprima dicha sintomatología. Si la menopausia es de larga evolución se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas (Ej. medio comprimido de estrógenos equinos o su equivalente) e ir aumentando progresivamente.

En mujeres más jóvenes comenzar con un comprimido y aumentar hasta controlar adecuadamente los síntomas. En las fumadoras se suelen requerir dosis mayores.⁽¹⁾

Si se utilizan estrógenos vaginales para la vaginitis atrófica sintomática la dosis recomendada son: óvulos de estriol 0.5 mg diariamente durante 2-3 semanas y posteriormente un óvulo 2 veces a la semana. El tiempo durante el cual se pueden aplicar éstos tratamientos no está bien definido, se aconseja emplearlos durante 1-2 años con relación a los estudios existentes. Otra forma estrogénica es el Promestrieno (dieter-Estradiol) disponible en cremas para aplicación intravaginal con una pauta similar a las otras formas de estrógenos.⁽¹⁾

Efecto de la Terapia oral Cíclica.

Las diferentes vías de administración y dosis de la THS tiene variados efectos metabólicos, es así como la terapia oral es muy útil en pacientes con hipercolesterolemia, en tanto se benefician de la terapia transdérmica las pacientes fumadoras, con migraña, enfermedad fibroquística y los trastornos hepatobiliares.⁽¹⁾



La Terapia oral cíclica durante 21 y 10 días de descanso, semejando la ingesta de los anticonceptivos orales, tienen el riesgo que durante el tiempo de descanso se pueden reactivar los síntomas neurovegetativos por la deprivación hormonal. ⁽¹⁾

La terapia cíclica continua, en donde se administra el estrógeno en forma indefinida y el progestágeno en forma cíclica por 14 días; esquema que asegura una concentración estrogénica mínima durante el tiempo de la ingesta y permite a la vez proteger a la paciente de los síntomas neurovegetativos una vez que ocurre la privación hormonal del progestágeno. ⁽¹⁾

Ventajas de la administración cíclica

- ❖ Las pacientes continúan con el mismo esquema utilizado para los anticonceptivos orales.
- ❖ Tiene un tiempo de descanso en la ingesta de medicamentos.
- ❖ Continúan menstruando en forma regular, situación que desean algunas pacientes.
- ❖ Es segura, bien tolerada y se puede administrar durante períodos largos.
- ❖ Se puede suspender o modificar la dosis cuando se desee.
- ❖ Es de fácil administración.
- ❖ La vía actualmente más utilizada para la THS a nivel mundial es la oral por su fácil dosificación, transporte, almacenamiento y bajo costo del medicamento; sin embargo hay pacientes que toleran mal el medicamento y se hace necesario utilizar otras vías.

⁽¹¹⁾

Desventajas

- ❖ Continuar menstruando.
- ❖ Continúan con los síntomas neurovegetativos, principalmente en el período de descanso con el esquema cíclico de 21 días.
- ❖ Se puede olvidar su administración.
- ❖ Puede ser mal tolerada al provocar dispepsias, flatulencia, náuseas y vómitos.



- ❖ Utilizarla en pacientes con dificultad para deglutir o rechazo al consumo de tabletas orales. ⁽¹⁾

Riesgos de la Terapia Hormonal.

1-Cáncer de mama.

La Terapia Hormonal y su posible influencia en el desarrollo de cáncer de mama es uno de los temas más controvertidos de la medicina. La mayoría de los estudios encuentran un aumento de su incidencia entre las usuarias de terapia hormonal durante más de cinco años. En términos absolutos las mujeres usuarias de terapia hormonal a los cinco años, tienen dos casos más de cáncer por cada mil mujeres y seis casos más por mil mujeres si el tiempo de uso de la terapia hormonal es de diez años. Este riesgo prácticamente desaparece a los cinco años de suspendida la terapia hormonal. ⁽¹⁾

El tratamiento sólo con estrógenos presenta un Riesgo Relativo de 1.21 (menos de cinco años de terapia hormonal) y de 1.34 (más de cinco años de terapia hormonal) y con estrógenos más progestágenos el Riesgo Relativo es de 1.70 (menos de cinco años) y de 2.21 (más de cinco años). ⁽¹⁾

2- Cáncer de Endometrio: Las pacientes que sólo utilizan estrógenos tienen un aumento del riesgo de cáncer de endometrio (Riesgo Relativo de 2.3). Los tratamientos combinados de estrógenos más progestágenos no lo aumentan significativamente (Riesgo Relativo es del 95%,0.6-1.2-). Con relación a la hiperplasia endometrial que generalmente es considerada como precursora de cáncer endometrial, aunque no todas las hiperplasias tienen el mismo riesgo, una revisión Cochrane no encontró que la hiperplasia endometrial se reduzca en los tratamientos combinados ni en diferencia estadísticamente significativa con el grupo placebo. ⁽¹⁾



3- Litiasis Biliar: Los estrógenos producen aumento de la concentración de colesterol en la bilis, y aumento del riesgo de litiasis. Este riesgo es mayor si la TH se administra por vía oral.⁽¹⁾

4- Tromboembolismo Venoso: Existen varios estudios observacionales y ensayos clínicos que evidencian un aumento del riesgo de Tromboembolismo Venoso en las mujeres que utilizan TH.⁽¹⁾

Efectos secundarios

Sangrado: Puede presentarse un sangrado cíclico durante el tratamiento de la TH que podemos considerar normal si se atiene a unas características definidas, o puede no presentarse, dependiendo en la mayoría de las ocasiones del tipo de pauta que utilicemos, cíclica o continua.⁽¹⁾

La pauta cíclica es adecuada en las mujeres cuyo endometrio no está atrófico y por lo tanto en la mayoría de ellas se producirá una hemorragia por supresión. Si se presenta antes del 11^{vo} día cuando utilizamos estrógenos orales o antes del 9^{no} día si se usan por vía transdérmica, se considera que es a causa de que las dosis de Progesterona es insuficiente.

Una vez ajustada la dosis cualquier sangrado anormal debe ser valorado investigando en primer lugar un posible incumplimiento o el uso de fármacos, especialmente antibióticos, y si no encontramos un motivo deberemos derivarlo al ginecólogo para estudio de su endometrio. Si el sangrado es adecuado con el momento, pero excesivo se puede reducir la dosis de estrógenos. La ausencia de sangrado puede ser indicativa de que la dosis de estrógenos es insuficiente, principalmente en mujeres jóvenes.⁽¹⁾



La pauta continua habitualmente se utiliza en mujeres con endometrio atrófico, o cuando se pretende crearlo. No producirá sangrado o desaparecerá en unos meses. Se considera que pueden persistir sangrados irregulares durante 1 año, si continúan a partir de éste período hay que realizar un estudio endometrial. Si utilizamos ésta pauta en mujeres que ya tienen ausencia de sangrado en los últimos 5 años y se presenta cualquier otro tipo de sangrado se debe derivar al ginecólogo para estudio endometrial. ⁽¹⁾

Otros efectos Secundarios:

Náuseas, Cefalea, mastalgia, epigastralgia. Son síntomas relacionados con los estrógenos y que habitualmente mejoran al bajar su dosis. ⁽¹⁾

Síndrome Premenstrual (hinchazón abdominal, mastalgia). Precede al sangrado y se presenta en la terapia cíclica. Se puede evitar cambiando a una pauta continua, o disminuyendo la dosis de Progesterona o utilizando Progesterona micronizada oral. ⁽¹⁾

Depresión, nerviosismo. Están relacionados con la Progesterona. Se evitan con la disminución de las dosis o cambiando a Progesterona micronizada oral. Si la depresión persiste más de 12 meses se pautará tratamiento antidepresivo o se considerará la supresión de la TH. ⁽¹⁾

Irritación cutánea en la zona de aplicación de los parches. Se puede evitar agitando el parche antes de colocarlo para que se evapore el alcohol, o utilizar una crema de hidrocortisona en la zona de aplicación del parche o cambiando a tratamiento oral. ⁽¹⁾

Aumento de Peso. No existen evidencias que demuestren diferencias de peso entre las mujeres que utilizan la TH con respecto a placebo. ⁽¹⁾

Contraindicaciones. Se considera que no se deben administrar en casos en que haya ocurrido carcinoma de útero o de mama, hemorragia vaginal cuya causa no se haya



Conocimiento de las mujeres menopáusicas acerca de la TSH

delucidado, enfermedad vesicular, enfermedad hepática aguda activa, tromboflebitis crónica, trauma, cirugía, inmovilización, sepsis, infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular, carcinoma dependiente de estrógenos, várices severas, enfermedad fibroquística de mamas, miomas, hipertensión y en mujeres que sean grandes fumadoras. ⁽¹²⁾



Material y Método

Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal que se llevó a cabo en el período comprendido entre Agosto a Octubre 2011.

Área de Estudio: El área de estudio fueron los territorios Sutiaba (tomando como referencia las mujeres dispensarizadas en el centro de salud Félix Pedro Picado), y el territorio Mántica Berio ubicado en la periferia de la ciudad de León.

Universo de Estudio: La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres que se encuentran entre las edades de 45-60 años de edad pertenecientes a ambos centros.

Selección y tamaño de la muestra: El muestreo que se utilizó fue aleatorio simple, éste con el fin de que todas las mujeres en edades de 45-60 años de ambos Centro de Salud tuvieran la misma probabilidad de ser elegidas. El tamaño de la muestra la obtuvimos a través de una fórmula estadística adecuada al tipo de estudio a realizar, con un error relativo de 0.06, confiabilidad del 95% para una muestra aleatoria de 247 mujeres para ambos centros de salud.

La muestra estuvo constituida por 95 mujeres del Centro de Salud Mántica Berio correspondiente al 93.14% de la muestra original y 138 mujeres del Centro de Salud Félix Pedro Picado correspondiente al 95.17% de la muestra original.

Se hicieron visitas domiciliarias a los repartos que pertenecen a los Centros de Salud antes mencionados de la ciudad de León, hasta alcanzar el número de la muestra.



Variables de Estudio

Variabes: Sociodemográficas (Edad, ocupación, escolaridad), Conocimiento de Menopausia (Fuentes de Información, signos de aparición, síntomas), Conocimiento de TSH (Tipo de Tratamiento, Beneficios, Efectos Secundarios y Riesgos).

Método e Instrumento de Recolección de la Información

Instrumento de recolección de la información: Para recolectar la información se hizo uso de un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas contemplando las variables de interés de nuestro estudio.

Procedimiento para la recolección de información:

Se visitó casa a casa y se preguntó si había mujeres con edades entre 45 y 60 años, en donde había mujeres en éstas edades les solicitamos participar en nuestra encuesta, las que aceptaron participar procedimos a aplicarles la encuesta.

Procesamiento y Análisis de la Información

Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 13 y los resultados se presentaron en tablas y gráficos.



Operacionalización de las variables:

VARIABLES	CONCEPTOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
VARIABLES socio demográficas	Características que se toman en cuenta en el estudio de una población y que pueden ser medidas o cuantificadas.	Edad (45-60 años) Escolaridad: primaria, secundaria, universidad. Profesión: profesionales de la salud, otros profesionales, no profesionales.	Porcentaje
Conocimiento de Menopausia	Datos de información adquirida por las mujeres a través de la experiencia o la educación teórica o práctica sobre la menopausia.	Signos de Aparición Síntomas Fuentes de Información	Porcentaje
Conocimiento de TSH	Datos de información adquirida por las mujeres a través de la experiencia o la educación teórica o práctica sobre la TSH.	Tipo de tratamiento Beneficios Efectos adversos Riesgos	Porcentaje



RESULTADOS



Tabla 1. Características Sociodemográficas de las mujeres en estudio

		Mantica Berio		Félix Pedro Picado	
		n	%	n	%
Edad	De 45-50	45	47.4%	67	48.6%
	De 51-60	50	52.6%	71	51.4%
Profesión	Área Salud	8	8.4%	15	10.9%
	Otros Profesionales	16	16.8%	23	16.7%
	No Profesionales	71	74.7%	100	72.4%

Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

Según los resultados que muestra la tabla, la edad promedio de las mujeres de ambos centros de salud es de 51 años; y en relación al tipo de profesión de éstas un porcentaje promedio (73.5%) no eran profesionales, desempeñándose la mayoría como amas de casa y comerciantes.



Tabla 2. Conocimiento de la Menopausia según Escolaridad.

Centro de Salud	Escolaridad	Conoce acerca de Menopausia		Total
		Sí	%	
Mántica B.	Primaria	43	100%	43
	Secundaria	12	100%	12
	Universidad	16	100%	16
	Otros	8	100%	8
	Ninguno	15	98%	16
	Total M. Berio	94	100%	95
Félix P. C.	Primaria	43	98%	44
	Secundaria	20	100%	20
	Universidad	23	100%	23
	Otros	18	100%	18
	Ninguno	32	98%	33
	Total F. Pedro Picado	136	100%	138

Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

En esta tabla se refleja el conocimiento que tienen las mujeres acerca de la menopausia según el nivel de escolaridad, en el cual, todas las mujeres de ambos centros de salud que expresaron tener estudios refirieron conocer acerca de la menopausia, excepto una mujer del Félix Pedro Picado que dijo no tener conocimiento alguno. Cabe señalar que aproximadamente el 95% de las mujeres de los dos centros, que no tenían algún tipo de escolaridad, también indicaron tener conocimientos.



Tabla 3. Conocimiento sobre signos y síntomas de la menopausia en las mujeres estudiadas.

Variable	Conoce	Mantica Berio		Félix Pedro Picado	
		n	%	n	%
Conocimiento Menopausia	Si	94	35.8%	136	42%
Signos menopáusicos	Cese de la regla	45	47.9%	60	43.5%
	Sudoración nocturna	30	31.9%	66	47.8%
	Irregul. de la regla	54	57.4%	82	59.4%
Síntomas	Insomnio	47	59.5%	60	58.5%
	Fatiga	43	54.4%	58	49.2%
	Depresión	35	44.3%	56	47.5%
	Bochornos o sofocos	66	83.5%	101	85.6%
Fuente información	Consulta medica	67	72.8%	111	80.4%
	Radio y televisión	26	28.3%	45	32.6%
	Textos bibliográficos	14	15.2%	22	15.9%
	Charla	13	14.1%	26	18.8%
	Información familiar	14	15.2%	14	10.1%



Resultado de la Tabla 3:

En esta tabla se aprecia el conocimiento que tienen las mujeres sobre los signos y síntomas de la menopausia, en el que se destaca la irregularidad de la regla como el signo de aparición más reportado por las mujeres del Mántica, con un porcentaje aproximado del 57%, y 59% por las mujeres del Félix Pedro Picado; entre los síntomas más mencionados, estuvieron los bochornos o sofocos con un promedio de 85 % para ambos centros de salud.



Tabla 4. Efectos Adversos de la Terapia de Sustitución Hormonal.

		Mantica Berio		Félix P. Carrillo	
		n	%	n	%
Conocimiento TSH	Si	34	35.8%	58	42%
Efectos Adversos	Si	20	58.8%	26	44.8%
Tipo de Efectos Secundarios	Sangrado	0	0%	1	4.5%
	Náuseas	3	33.3%	9	40.9%
	Dolor de Cabeza	1	11.1%	1	4.5%
	Dolor Abdominal	4	44.4%	2	9.1%
	Depresión	0	0%	14	4.5%
	Nerviosismo	2	22.2%	2	9.1%
	Aumento de Peso	6	66.7%	2	63.6%
	Dolor de mamas	4	44.4%	0	27.3%

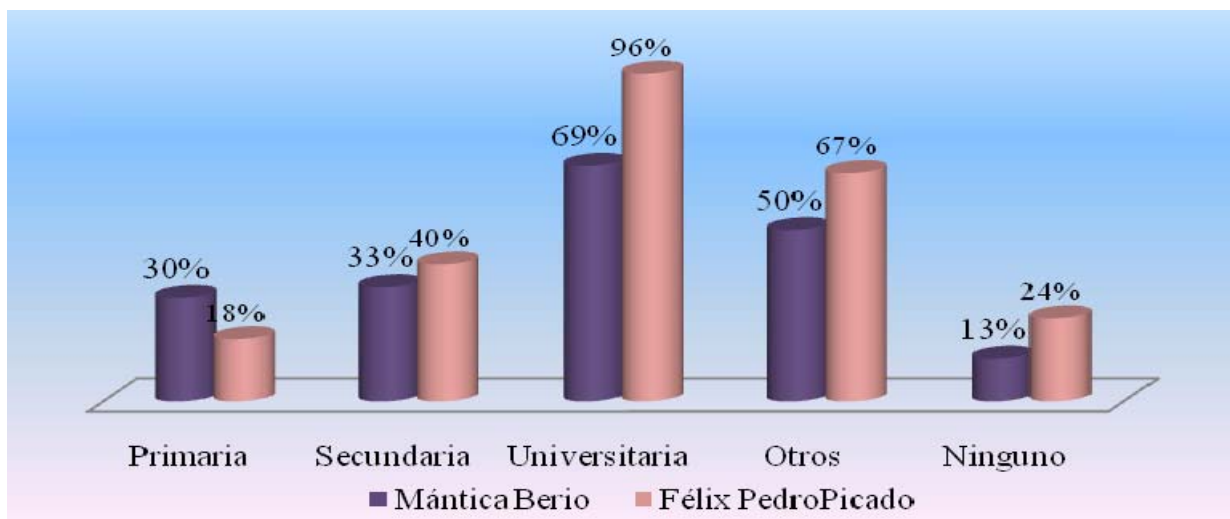
Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

Esta tabla muestra el conocimiento de las mujeres con respecto a los efectos adversos de la TSH, destacándose con mayor frecuencia de mención el aumento de peso, seguido del dolor de mamas para ambos centros de salud.



Gráfico N° 1

Conocimiento de la TSH según escolaridad



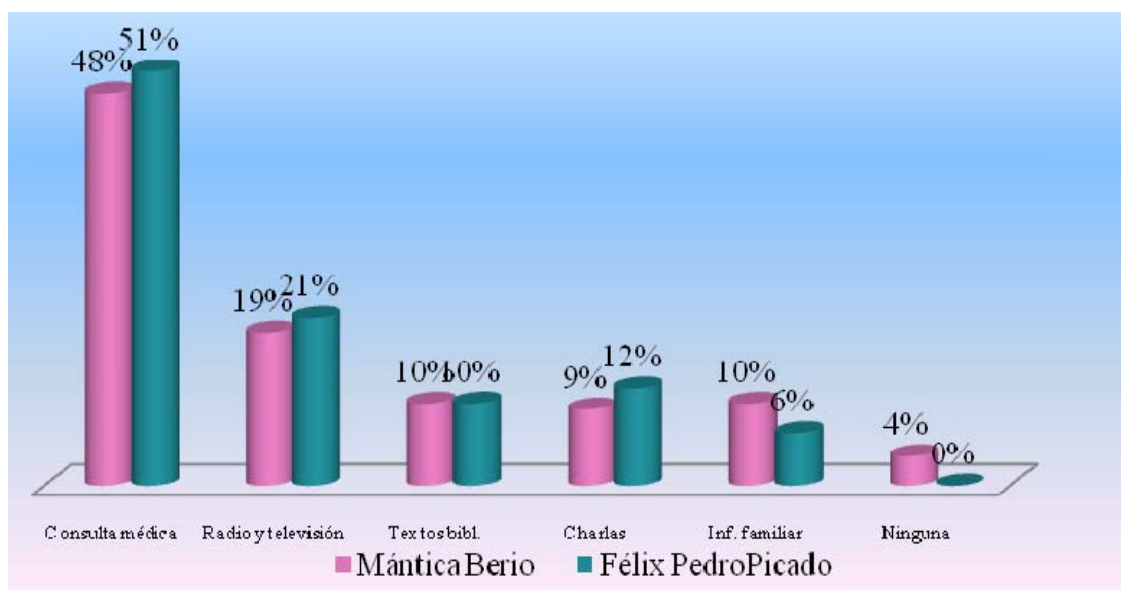
Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

En este gráfico se presenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre la TSH según su nivel de escolaridad, en el cual el 69% de las mujeres que conocen acerca de la TSH su nivel de escolaridad es universitario para el Mántica Berio y el 96% para el Félix Pedro Picado, mientras un 13% de las mujeres que conocen acerca de la TSH, no tiene ningún nivel escolar para el Mántica Berio, y el 24% para Félix Pedro Picado.



Gráfico N° 2.

Fuente utilizada por las mujeres para obtener información sobre la menopausia



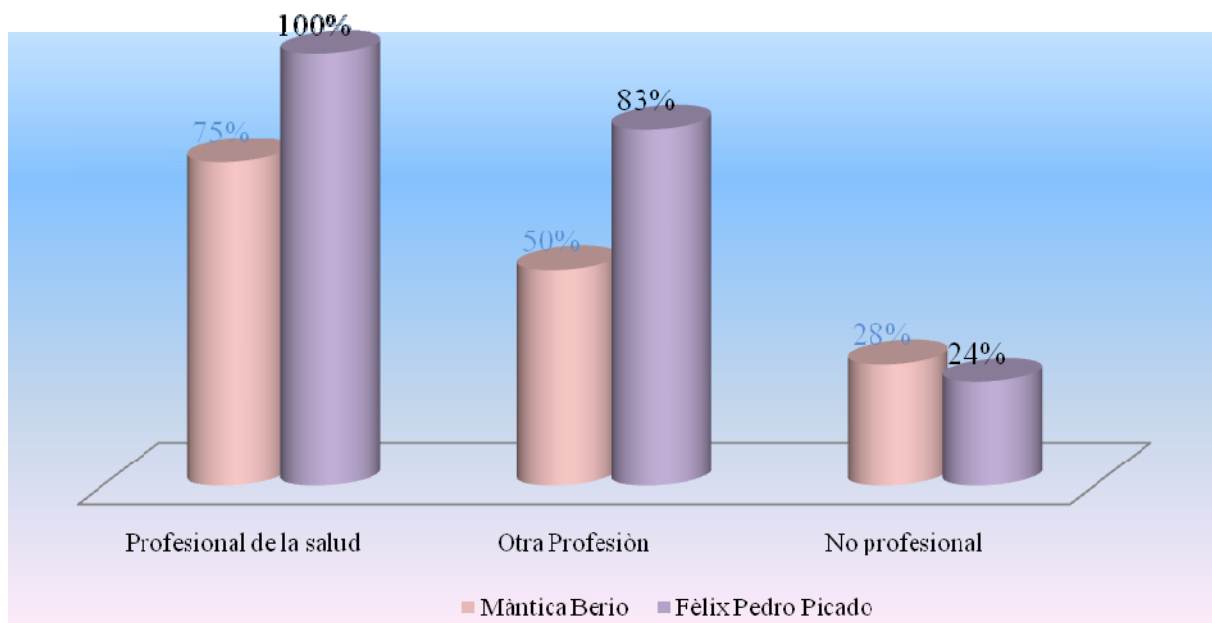
Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

Las fuentes de información más utilizadas por las mujeres para conocer sobre menopausia fue la consulta médica, con un 48% de mención por las mujeres del Mántica Berio y 51% del Félix Pedro Picado, seguido de la radio y la televisión con un 19% por las mujeres del Mántica Berio y el 21% del Félix Pedro Picado.



Gráfico N° 3

Conocimiento de la TSH según profesión



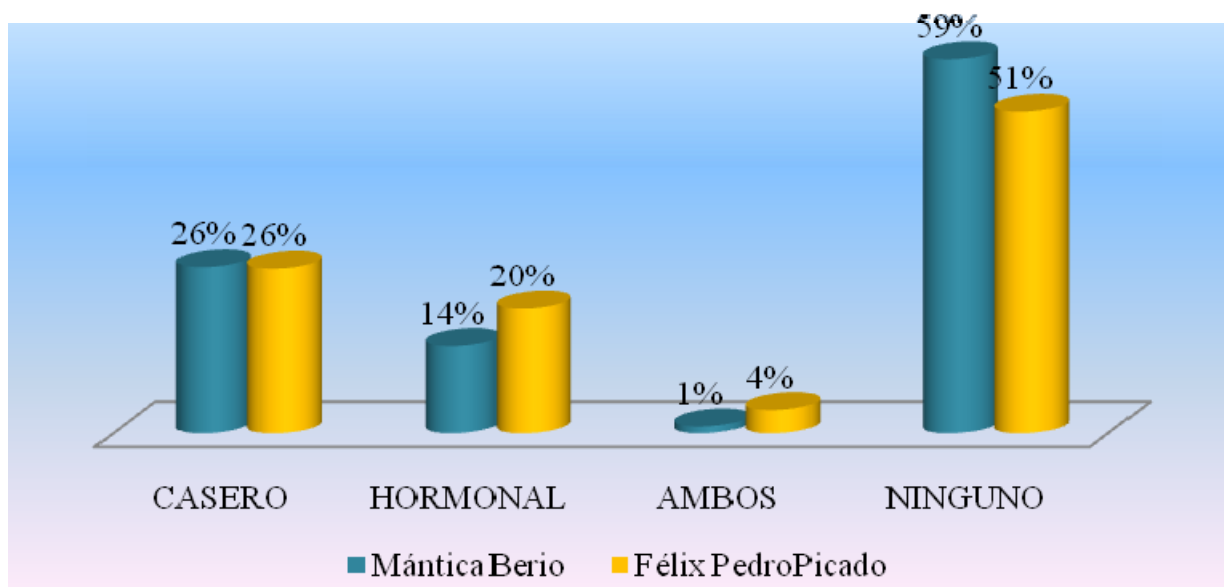
Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

En este gráfico se puede observar la influencia de la profesión en el conocimiento que tienen las mujeres acerca de la TSH, en donde el 75% del Mántica Berio y el 100% del Félix Pedro Picado que son profesionales de la salud dijeron conocer acerca de la TSH, en cambio el 28% del Mántica Berio y el 24% del Félix Pedro Picado que no tienen ningún tipo de profesión dijeron conocer acerca de la TSH.



Gráfico N° 4.

Tipo de tratamiento conocido por las mujeres para mejorar los síntomas menopáusicos



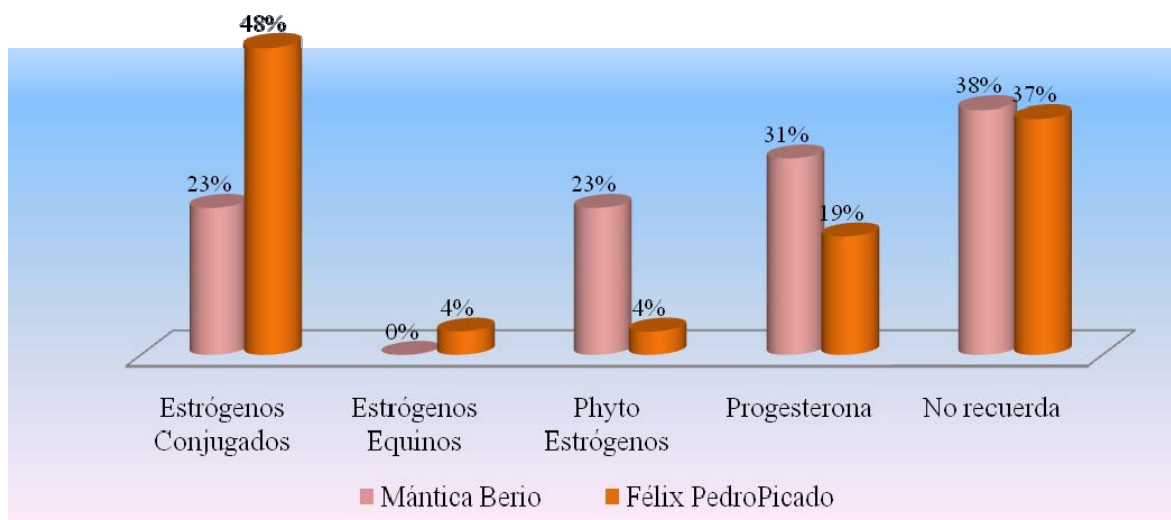
Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

En este gráfico se presenta el porcentaje de mujeres que tienen conocimiento acerca del tipo de tratamiento que se utiliza para mejorar los síntomas menopáusicos, en donde el 59% del Mántica y el 51% del Félix Pedro Picado dijeron no conocer ningún tipo de tratamiento, mientras que el 14% para el Mántica Berio y un 20% para el Félix Pedro Picado dijeron conocer el tratamiento hormonal.



Gráfico N° 5.

Tipos de hormonas mencionados por mujeres que conocen TSH



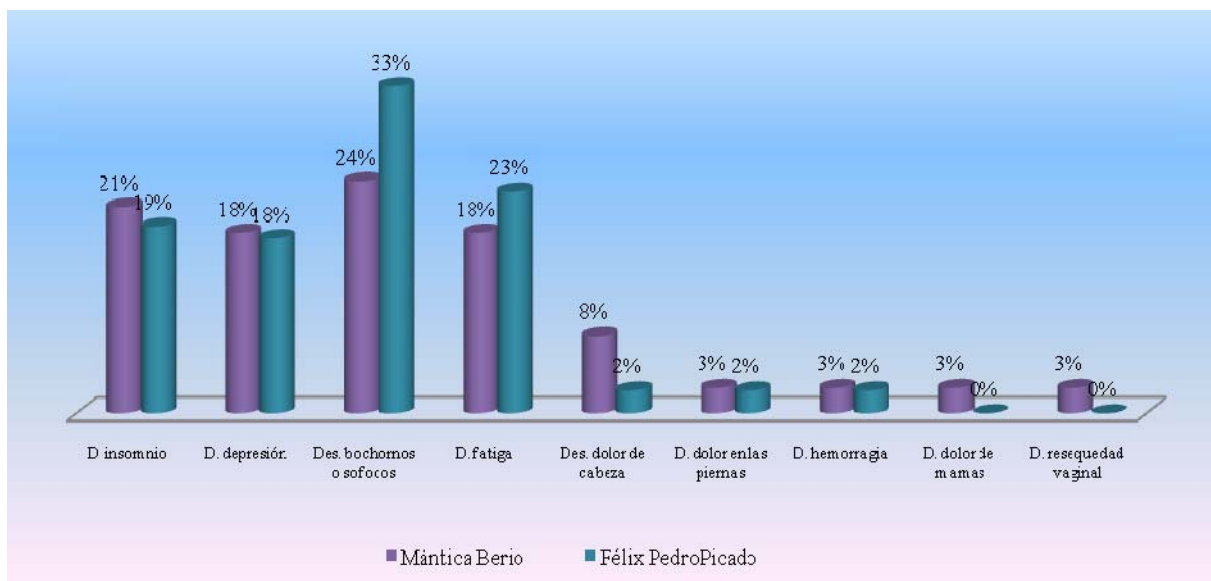
Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

En el gráfico se observa que el tipo de hormona más mencionada (31%) por las mujeres que conocen de la TSH del centro de salud Mántica Berio, fue la progesterona, en cambio, los estrógenos fue el tipo de hormona más nombrada (48%) por las mujeres del Félix Pedro Picado. El promedio de mujeres de ambos centros que no recordaron ningún tipo de hormona.



Gráfico N° 6.

Beneficios conocidos por las mujeres acerca de la TSH



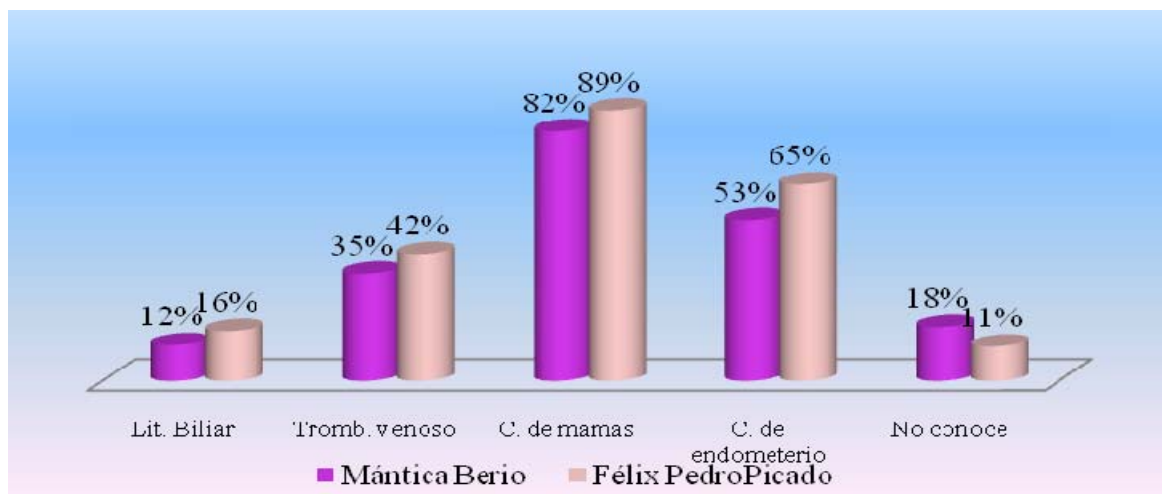
Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

En este gráfico se presentan los beneficios conocidos por las mujeres de los centros de salud Mántico Berio y Felix Pedro Picado, de los cuales los más nombrados fueron la desaparición de los bochornos o sofocos (24% y 23%) y la fatiga (23 % y 21%).



Gráfico N° 7.

Riesgos conocidos sobre TSH



Fuente: Encuesta realizadas a las mujeres menopáusicas.

Este gráfico muestra los riesgos de la terapia de sustitución hormonal más conocidos, destacándose el cáncer de mamas con un 82% de mención por las mujeres del Mántica Berio y 89% para el Félix Pedro Picado, seguido de cáncer de endometrio con el 53% de mención para el Mántica Berio y el 65% para el Félix Pedro Picado.



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se ha planteado el manejo con TSH para reducir las manifestaciones clínicas que aquejan a las mujeres en este período, de tal manera que son miles de mujeres en el mundo las que lo practican. Sin embargo, debe considerarse también la posibilidad de que este tratamiento pueda producir efectos adversos, por lo cual es necesario que las mujeres estén debidamente informadas.

La edad de aparición de la menopausia es muy variable. Habitualmente la menopausia tiene lugar a los 50 años, pero se ha establecido un rango de edad de 45 a 55 años⁽⁸⁾. En nuestro estudio no hubo diferencia alguna con estos datos, ya que la edad promedio de las mujeres estudiadas fue de 51 años.

Algunos trabajos efectuados en Nicaragua y otros países han abordado el conocimiento que tienen las mujeres en relación a este tratamiento. Un estudio realizado en Granada, España demostró que la mayoría de las mujeres tenían conocimientos acerca de la TSH, independientemente si estas estaban prescritas o no lo estaban.⁽¹³⁾ Los síntomas más conocidos por las mujeres fue los bochornos o sofocos, estos coincide con lo encontrado por otros autores, que señalan que los síntomas vasomotores son los más frecuentes en la menopausia.^(8,15)

Las consultas médicas constituyeron la principal fuente de información que utilizan las mujeres para conocer acerca de la menopausia. Estos datos coinciden con otros estudios realizados en donde la mayoría de las mujeres obtenían información acerca de la menopausia a través de profesionales sanitarios así como de los medios de comunicación y los amigos.⁽¹³⁾



En este estudio, aunque la mayoría de las mujeres declaró conocer acerca de la menopausia, existe un menor porcentaje de mujeres que dijeron conocer acerca de la Terapia de Sustitución Hormonal, lo que indica que el hecho de que la mayoría de las mujeres conozcan sobre menopausia, no significa precisamente que tengan conocimientos sobre el tratamiento hormonal. Al asociar la variable escolaridad con el conocimiento acerca de la TSH, los datos

reflejan que dichos conocimientos están relacionados con el nivel de escolaridad que éstas alcanzaron, demostrando que los estudios, principalmente los universitarios, son un factor que pueden favorecer el conocimiento acerca de la TSH. Investigaciones anteriores, refieren que las mujeres universitarias al poseer una mayor preparación sociocultural y poder acceder a información científica por diversas vías, se percatan más rápidamente de sus manifestaciones clínicas y consultan al médico para aliviarlas. ⁽¹⁴⁾

En relación al tipo de profesión de las mujeres en estudio, los resultados señalan que aquellas que se desempeñan en el área de la salud, al igual que las que tienen otro tipo de profesión, poseen un mayor conocimiento sobre este tema, no así, las mujeres que no tiene ninguna profesión y que se dedican, por ejemplo, a los labores de la casa. Lo que indica que el tener una profesión y el tipo de ésta, podría facilitar el acceso y disponibilidad de la información acerca de la terapia hormonal.

A pesar de que las mujeres obtienen conocimientos acerca de la menopausia, principalmente a través de consultas médicas, es importante señalar que en relación al tipo de tratamiento conocidas por éstas, el hormonal es el menos conocido, probablemente porque el médico no brinda la información necesaria al momento de la consulta. Los estrógenos conjugados y la progesterona son las hormonas más conocidas por las mujeres que afirmaron conocer acerca de la THS. Esto se fundamenta en el hecho de que este tipo de hormonas son las más empleadas en la clínica. ⁽⁸⁾



Conocimiento de las mujeres menopáusicas acerca de la TSH

Los tipos de beneficios y riesgos que refieren las mujeres reflejan algunos de los tópicos que se han mantenido en torno a la menopausia y a la TSH. Según los datos obtenidos la mayor parte de estas mujeres refieren conocer que este tratamiento mejora los síntomas de bochornos y sofocos.

Hay un escaso número de mujeres que identifican la litiasis biliar como un riesgo del tratamiento hormonal; por el contrario, es muy frecuente la asociación de este tratamiento con el cáncer de endometrio pero más aún con el cáncer de mamas, estudios que coinciden con estos datos han referido que los riesgos de cáncer, se encuentran asociados con mayor frecuencia a este tratamiento. ^(8,13)



CONCLUSIONES

Después de haber analizado y discutido los resultados obtenidos del estudio sobre el conocimiento que tienen las mujeres menopáusicas de los centros de salud Mántica Berio y Félix Pedro Picado acerca de terapia de sustitución hormonal, concluimos que:

- ❖ Nuestra población en estudio se caracterizó por tener una edad promedio de 51 años, con un nivel de escolaridad primaria y la mayoría sin profesión.
- ❖ La mayoría de las mujeres encuestadas conocen acerca de la menopausia independientemente de su nivel de escolaridad.
- ❖ El mayor número de mujeres que conocen de la TSH, presentan un nivel de escolaridad universitario y se desempeñan en el área de la salud.
- ❖ La fuente de información más utilizadas por las mujeres para conocer acerca de la menopausia es la consulta médica.
- ❖ Los beneficios de la TSH, más conocidos por las mujeres, son la desaparición de los bochornos o sofocos y la disminución de la fatiga.
- ❖ Los riesgos de la TSH más conocidos por las mujeres son el cáncer de mamas y el cáncer de endometrio.



RECOMENDACIONES

- ❖ A las autoridades del ministerio de la salud, sugerirles que desarrollen actividades educativas acerca de la Terapia de Sustitución Hormonal, donde se involucren a las mujeres que tienen poca accesibilidad a la información y un nivel escolar bajo.
- ❖ A los médicos, que proporcionen una información adecuada a la mujer, sobre los beneficios y riesgos que conlleva el uso de la Terapia de Sustitución Hormonal.
- ❖ A las mujeres, que busquen información acerca de la menopausia y la TSH, para que tengan mejores herramientas con las que puedan enfrentar mejor esta etapa de su vida.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coutado Méndez, A. (2008). Menopausia y Terapia Hormonal. Recuperado de <file:///G:/menopausia.OMS.htm>.
2. Díaz López, L.J, Escobar Amoya, C.M, y Gómez Delgadillo, M.C. (2003). Efecto de la Menopausia en mujeres con o sin Tratamiento de Reemplazo Hormonal en edades de 35-65 años. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León.
3. Brizuela Rodríguez, D.A, y González Lacayo, I.L. (2005). Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del uso de Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres menopáusicas en edades de 45-65 años que asisten al HEODRA en el período comprendido de Octubre 2005-Febrero 2006. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León.
4. Ponce Mercado, C.B, Porgón Vallejos, B.Y, y Oviedo Munguía, L.M. (2006). Beneficio-Riesgo del Tratamiento de la Terapia de Reemplazo Hormonal utilizada en las mujeres menopáusicas atendidas en el Centro de Salud Mantica Berio. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León.
5. Baquedano López, N.D, Silva León, M. D, y Tapia Gallo, N. M. (2008). Beneficio del tratamiento de reemplazo hormonal utilizado en mujeres menopáusicas. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León.



6. Stevenson C. J. Riesgos y beneficios de la TH. Recuperado de <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno9203-riesgosybe.htm>.
7. Berek Jonathan S. (2005). Menopausia. Tratado de Ginecología de Novak. (pp. 806) (México). M.H.I.
8. González Merlo, J. González Bosquet, J. González Bosquet, E. (2003). Menopausia y Climaterio. Ginecología. 8^a ed. Barcelona Masson, S.A.
9. Tamborini A. (1991). Manual de Menopausia 1^a ed. Barcelona Masson, S.A.
10. Botero Uribe, J. (1999). El climaterio. En A. Jubiz, G. Henao (Eds.), Obstetricia y Ginecología (pp. 595) (s.l). N.B., C.V.
11. Sánchez E. F. Terapia de sustitución cíclica y oral. Recuperado de <http://www.encolombia.com/terapiadesustmenopvol2.htm>.
12. Botero Uribe, J. (1990). Menopausia y Postmenopausia. En A. Júbiz, G. Henao (Eds.), Obstetricia y Ginecología (pp. 771) (s.l). N.B., C.V.
13. Ruiz, I. Bermejo, M. J. Conocimiento de mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/gsv/v18n1/original4.pdf>.
14. Gómez C., Carmi K.C. Conocimiento que tienen las mujeres sobre el climaterio entre 40-64 años usuarias de atención primaria. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n5/art08.pdf>
15. Pacheco, J. Salvador, J. Conocimientos y Actitudes de la mujer peruana acerca de la Terapia de Sustitución Hormonal. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol._44n3/conocimiento_actitud.htm.



ANEXOS



Encuesta.

Conocimientos que tienen las mujeres menopáusicas acerca de la terapia de sustitución hormonal.

Apreciada Señora, estamos solicitando a usted participar en la presente encuesta de forma voluntaria, ésta es con el objetivo de obtener información acerca de sus conocimientos sobre la Terapia Hormonal Sustitutiva, su colaboración será de mucha importancia para la realización de nuestro estudio investigativo.

GRACIAS.

I-Datos Generales:

1- Edad-----

2- Profesión: ¿Cuál?-----

Ninguna-----

3- Grado o año escolar más alto que aprobó.

a) Primaria-----

b) Secundaria-----

c) Universidad-----

d) Otros-----

e) Ninguno-----

II- Información sobre el conocimiento.

1- ¿Ha escuchado mencionar palabras como:

a) Climaterio: -----

b) Menopausia: -----

c) Posmenopausia:-----



2-¿Conoce usted que es la menopausia?

- a) Si----- ¿Qué sabe?: _____
b) No-----

3-¿Cómo se puede reconocer la etapa menopáusicas?

- a) Cese de la regla-----
b) Sudoración nocturna-----
c) Irregularidad de la regla-----

4-¿Qué síntomas de la menopausia conoce usted?

- a) Insomnio-----
b) Fatiga-----
c) Depresión-----
d) Bochornos o sofocos-----

5- ¿A través de qué fuentes obtuvo usted información acerca de la menopausia?

- a) Consulta Médica -----
b) Programas Radiales y Televisivos -----
c) Textos Bibliográficos -----
d) Charlas -----
e) Información Familiar-----
f) Ninguno-----



III - Información sobre el tratamiento.

1-¿Sabe acerca de la terapia de sustitución hormonal?

- a) Si-----
- b) No-----

2-¿Qué tipo de tratamiento conoce para mejorar los síntomas menopáusicos?

- a) Tratamientos caseros o naturales-----
- b) Tratamientos con hormonas-----
- c) Ninguno-----

3-¿Podría mencionar el tipo de hormonas que usted conoce?

- a) -----
- b) -----
- c) -----

4-¿Qué beneficios considera usted que puede proporcionar la terapia de sustitución hormonal?

- a) Desaparición del insomnio-----
- b) Disminución de la depresión-----
- c) Desaparición de los bochornos o sofocos-----
- d) Disminución de la fatiga-----

5- ¿Qué efectos secundarios conoce que puede provocar el tratamiento de sustitución hormonal?

- a) Sangrado-----
- b) Náuseas-----



- c) Dolor de Cabeza-----
- d) Dolor Abdominal-----
- e) Depresión-----
- f) Nerviosismo-----
- g) Aumento de Peso-----
- h) Dolor de mamas-----

6-¿Conoce usted los riesgos que puede producir el uso del tratamiento de sustitución hormonal?

- a) Si-----
- b) No-----

7-¿Cuáles de estos riesgos cree usted que puede causar el tratamiento de sustitución hormonal?

- a) Cáncer de mamas-----
- b) Cáncer de endometrio-----
- c) Tromboembolismo Venoso-----
- d) Litiasis biliar-----