



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**"Factores asociados al uso de la terapia de reemplazo
hormonal en pacientes postmenopáusicas que se
atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud. Mayo-
julio 2008"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Mauro MAMANI MAMANI

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Mamani M. Factores asociados al uso de la terapia de reemplazo hormonal en pacientes postmenopáusicas que se atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud. Mayo-julio 2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

A mi esposa Ruth Bernarda

A mis Hijas Gabriela del Carmen y Paola Angélica

A mis padres Juan e Ignacia

A mis hermanos: Edwin, Miguel, Amanda, Jesús y Elena.

*A mis mejores amigos, consejeros y colaboradores. Por el apoyo incondicional
durante mi formación profesional.*

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
RESUMEN	5
<u>CAPÍTULO I:</u> PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Identificación del Problema	6
1.2 Formulación del Problema.....	7
1.3 Formulación Objetivos.....	7
1.3.1 Objetivo General.....	7
1.3.2 Objetivos Específicos	7
1.4 Importancia, Alcances y Justificación de la Investigación	8
1.4.1 Importancia	8
1.4.2 Alcances	8
1.4.3 Justificación	8
1.5 Limitaciones de la Investigación	9
<u>CAPÍTULO II:</u> MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Fundamentos Teóricos.....	10
<u>CAPÍTULO III:</u> METODOLOGÍA EMPLEADA	
3.1 Identificación de las Variables	24
3.2 Tipo de Investigación.....	24
3.2.1 Diseño de Investigación.....	24
3.3 Población de Estudio.....	25
3.3.1 Muestra.....	25

3.3.2 Instrumentos.....	25
3.3.3 Técnica.....	25
3.3.4 Tratamiento Estadístico.....	26

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de Resultados	27
--------------------------------------	----

<u>CAPITULO V</u> DISCUSION.....	47
---	-----------

<u>CAPITULO VI</u> CONCLUSIONES.....	50
---	-----------

<u>CAPITULO VII</u> RECOMENDACIONES.....	51
---	-----------

<u>CAPITULO VIII</u> AGRADECIMIENTOS.....	52
--	-----------

<u>CAPITULO IX</u> REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
---	-----------

<u>ANEXOS X</u> ANEXOS.....	56
------------------------------------	-----------

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “**Factores asociados al uso de terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas que se atienden en el Hospital II Mollendo EsSalud. Mayo-Julio 2008**”. La investigación estuvo orientada a identificar los Factores asociados al uso de terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas que se atienden en el Hospital II Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Julio del 2008, para ello se realizó un estudio descriptivo – comparativo, de casos y controles

La muestra seleccionada estuvo comprendida por 178 pacientes, 89 casos y 89 controles. Definiéndose los **Casos:** Pacientes postmenopáusicas usuarias de terapia de reemplazo hormonal y los **Controles:** Pacientes postmenopáusicas no usuarias de terapia de reemplazo hormonal.

Los instrumentos empleados estuvieron conformados por una ficha de recolección de datos convenientemente elaborada para los fines de estudio. Se concluye en el estudio que: Hay una asociación estadísticamente significativa del uso de terapia de reemplazo hormonal con el grado de instrucción, con los antecedentes quirúrgicos, con los antecedentes patológicos y con los síntomas climatéricos ($P < 0.05$).

Las limitaciones que se pudieron encontrar están referidas al escaso financiamiento y a la dificultad para acceder para la recolección de los datos.

PALABRAS CLAVE: factores, terapia de reemplazo hormonal, postmenopáusicas

Mauro Mamani Mamani

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

El climaterio constituye una etapa en la vida de la mujer donde se presentan cambios físicos, sociales y culturales, los cuales ponen a prueba su capacidad psíquica para llevar a cabo los ajustes psicológicos y sociales necesarios, que le permitan mantener su equilibrio emocional y continuar su desarrollo^{1, 2}. La menopausia es debida a la declinación gradual de la función ovárica^{3, 4, 5, 6}, en México la edad de presentación es entre los 46 y 50 años de edad, en nuestro país se registran datos promedios de 48 años de edad, lo cual es variable de acuerdo a las condiciones sociodemográficas de las mujeres en nuestro país⁷. La menopausia implica un cambio en la vida de la mujer, una fase de su desarrollo en que se producen no solo cambios fisiológicos sino también psicológicos y sociales, encaminados a adaptarse a lo que será su última etapa vital. Es difícil predecir hasta que punto el déficit estrogénico afectará su estado emocional, su sistema familiar y a la sociedad⁹. Son muchos los factores sociales y psicológicos que inciden en esta etapa y que influyen en la aparición de sintomatología climaterica.^{10, 11} Estos aspectos tienen que ver con la respuesta individual a esta situación crítica de la vida que amenaza su ajuste, imagen y autoconcepto, y sobre todo la actitud hacia el climaterio, las mujeres con personalidad ansiosa y con baja autoestima o depresivas, presentan con mayor frecuencia sintomatología climaterica que las autoafirmativas o

con mayor autocontrol.¹² El entorno familiar también influye en forma muy importante, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas al climaterio.^{13,14} El objetivo del estudio es determinar cuáles son los factores que determinan el uso de la terapia de reemplazo hormonal en este grupo de mujeres postmenopáusicas, pues, en nuestro medio esta condición determina alteraciones en el entorno familiar, el estado de la autoestima y la actitud de la mujer frente a la influencia de la sintomatología climaterica.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al uso de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas que se atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008?

1.3 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores asociados al uso de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas que se atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características de las mujeres postmenopáusicas que reciben terapia de reemplazo hormonal en el Hospital II de Mollendo

EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008

- Describir las características y frecuencias de las variables independientes (factores) de las mujeres postmenopáusicas que reciben terapia de reemplazo hormonal en el Hospital II de Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008

1.4 IMPORTANCIA Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 IMPORTANCIA

Este estudio nos dará los alcances para identificar los factores asociados al uso de terapia de reemplazo hormonal en pacientes postmenopáusicas, pues como podemos ver en la revisión de la literatura son pocos los estudios realizados en nuestro medio, es por ello que consideramos la importancia de la realización del presente trabajo de investigación.

1.4.2 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Los datos que se obtuvieron nos dieron una idea general sobre las variables que se asocian al uso de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas que se atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008.

1.4.3 JUSTIFICACIÓN.

La ocurrencia de alguna complicación de tipo infeccioso ,metabólica en este grupo de pacientes, está descrita como posible, por lo que es importante el

conocimiento y manejo adecuado de estas por tratarse de pacientes que se encuentran bajo manejo, y por ende bajo responsabilidad, médica legal. No es raro que se atribuya estas complicaciones a un manejo inadecuado, por lo que es necesario uniformizar criterios y conocer la evolución y problemas propios de estas complicaciones. Ya se mencionó la escasa existencia de trabajos específicos dirigidos a determinar mediante datos exactos cuales son los factores los factores asociados al uso de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas que se atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las principales limitaciones encontradas son:

- Escaso financiamiento para la ejecución de la investigación, ya que a nivel hospitalario, se requiere de un fuerte financiamiento.
- La dificultad para acceder a investigaciones sobre el tema en nuestro medio, por la poca presencia de trabajos como el de esta investigación.
- La dificultad para acceder a las pacientes pues muchas de ellas van a la atención y de inmediato se retiran.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

Si consideramos que todas las mujeres mayores de 40 años presentan o presentarán algún grado de déficit de estrógenos en corto plazo, será un numeroso grupo poblacional en que se beneficiará de la terapia de reemplazo hormonal (TRH). Siendo que en los últimos años se observa un incremento de la esperanza de vida, las mujeres postmenopáusicas representan cada vez una proporción mayor en la población. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud calcula que a nivel mundial existen más de 750 millones de mujeres postmenopáusicas, por lo cual es importante que este sector de la población sea el centro de atención de ginecólogos, cardiólogos, reumatólogos, epidemiólogos, psiquiatras, geriatras, entre otros. Las comunicaciones internacionales describen porcentajes muy bajos de usuarias de la TRH, llegando a cifras que oscilan entre 7% y 27%; además el abandono del tratamiento en el primer año es muy alto, variando entre el 15% y 75%.

EL CLIMATERIO

Toda mujer mayor de 50 años, ha experimentado un período de transición entre dos etapas de su vida: la reproductiva y la no reproductiva. En esta transición, conocida como climaterio, el evento más resaltante es el cese de la menstruación o menopausia. Este hecho es relevante debido a que trae consigo numerosos cambios fisiológicos, muchos de ellos imperceptibles y otros que se traducen en síntomas que

se agrupan en el llamado síndrome menopáusico o climatérico, que pueden ser muy molestos (10 a 15 %) y llevar a la mujer a buscar ayuda. Esto parece ser particularmente cierto en los casos de menopausia quirúrgica (ooforectomía bilateral), en que los cambios hormonales son súbitos.

LA POSMENOPAUSIA

No sólo implica una ausencia de la capacidad reproductiva sino una serie de cambios hormonales entre los cuales cabe destacar un aumento en las gonadotrofinas circulantes y, lo más importante, la marcada disminución en los niveles de estrógenos, ya que a este hecho se le atribuyen síntomas somáticos y psicológicos, cambios metabólicos, aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular y de osteoporosis, así como de enfermedad de Alzheimer.

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

LA INSUFICIENCIA ESTROGÉNICA

Actualmente no existe duda alguna de que existe una relación entre insuficiencia estrogénica y pérdida de masa ósea y de que ésta puede ser prevenida en mujeres normales por la terapia estrogénica de reemplazo. En lo referente al riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular arteriosclerótica

existe evidencia muy sugerente de asociación con el cese de la función ovárica, aunque existe controversia en cuanto al efecto benéfico de los estrógenos exógenos y quienes discrepan demandan la necesidad de estudios prospectivos aleatorizados de seguimiento a largo plazo en un número grande de pacientes.

LA EDAD DE LA MENOPAUSIA

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

LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

Hacia el 1900 la esperanza de vida era de alrededor de 54 años, mientras que en la actualidad una mujer vive en los países industrializados un promedio de 83 años. Sin embargo, la edad de la menopausia se ha mantenido alrededor de los 50 años desde que se posee registro escrito¹. El hecho que en la actualidad las mujeres vivan un tercio de su vida en menopausia ha estimulado numerosas investigaciones sobre cómo mejorar la calidad de vida. Muchas mujeres buscan tratamiento para aliviar los síntomas asociados a la menopausia, siendo los sofocos, que llegan a afectar según algunas estimaciones al 93% de las mujeres, la principal causa de consulta. Un tercio de las mujeres califican a los sofocos que sufren como severos². Además de este trastorno, en muchas mujeres se produce sequedad vaginal y síntomas urinarios que disminuyen la calidad de vida³. Con la disminución de estrógenos también aumenta la reabsorción del hueso, provocando como consecuencia osteoporosis. De acuerdo con un estudio clínico reciente de los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos, el 55% de las mujeres entre 50 y 59 años y entre el 69 y 88% de aquellas entre 60 y 69 años presentan densidad ósea reducida^{3, 4}. Durante muchos años se ha tratado a las mujeres menopáusicas con estrógenos para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Se ha descrito que los estrógenos causan una vasodilatación temporaria y rápida independiente de la expresión génica, además de efectos a largo tiempo (dependientes de expresión génica) sobre la vasculatura que reducen la aterosclerosis⁵. También los estrógenos provocan una disminución del colesterol asociado a lipoproteína de baja densidad (LDL) y de lipoproteína (a) y aumento de colesterol asociado a lipoproteína de alta

densidad (HDL). Durante muchos años se ha considerado que la terapia hormonal de reemplazo con o sin progestágenos era muy beneficiosa para reducir la enfermedad coronaria⁶. Se ha descrito que los estrógenos proveen beneficios arteriales mejorando el perfil lipídico, aumentando la producción de óxido nítrico y disminuyendo la producción de endotelina-1 en el endotelio arterial, disminuye el calcio intracelular en el músculo liso arterial y puede favorecer la fibrinólisis. Todos estos efectos protegen contra el desarrollo de enfermedad oclusiva arterial⁷. Otros cambios que se han descrito pero han sido menos estudiados, incluyen cambios en la piel y el cabello, cambios de humor y reducción de las funciones cognitivas. Las concentraciones séricas de estradiol en mujeres premenopáusicas son de 40 a 200 pg/ml durante la fase folicular, 250 a 500 en el pico preovulatorio y 100 a 200 pg/ml durante la fase lútea. Estas concentraciones disminuyen a niveles menores a 20 pg/ml en la posmenopausia, y la mayor parte de esta hormona es formada a partir de testosterona o por conversión de esta, el estrógeno predominante durante este periodo. En el pasado las mujeres y sus médicos tenían la tranquilidad de considerar que si bien la terapia de reemplazo hormonal aumentaba el riesgo de cáncer de mama, se trataba de tipos favorables, dependía de la duración de la terapia y no resultaba en un aumento de la mortalidad. Luego de haberse suspendido la rama combinada de estrógenos y progestágenos del ensayo llamado Women's Health Initiative (WHI), la inquietud sobre sus resultados no sólo se extendió en medios académicos y clínicos, sino que trascendió a los medios de comunicación masiva. En 2002, cuando se realizó el anuncio de la interrupción del ensayo clínico WHI se consideraba que había en Estados Unidos unos ocho millones de mujeres bajo terapia

hormonal de reemplazo con estrógenos solamente y unos 6 millones con terapia combinada de estrógenos y progestágenos^{8,9}.

MECANISMO DE ACCIÓN HORMONAL

Los receptores de esteroides forman una superfamilia de más de 150 miembros. Tienen diferentes dominios funcionales: el dominio de unión al ADN, con dos dedos de zinc, el dominio de unión al ligando (C-terminal) que también interacciona con coreguladores, y el dominio hipervariable que normalmente contiene un dominio de transactivación (8). El receptor de estrógenos no ligado a hormona y débilmente unido en su localización nuclear (aunque también se encuentra receptor citoplasmático), está asociado a proteínas. Estas proteínas estabilizan al receptor en un estado inactivado o enmascaran el dominio de unión al ADN. Se han descrito dos subtipos de receptor de estrógenos (a y b) y numerosas variantes de “splicing” de cada uno de ellos. La homología entre ambos subtipos no es muy alta, y en especial en el dominio de unión al ligando donde hay 55% de homología en la secuencia de aminoácidos. Por lo tanto los ligandos pueden tener diferente afinidad por ellos. El mecanismo de acción clásico (mostrado en la figura adjunta) involucra la difusión del esteroide a la célula, la unión con el dominio de unión al ligando del receptor y la liberación del receptor de las chaperonas. El complejo receptor-hormona se une luego a elementos de respuesta hormonal (secuencias de ADN que regulan la transcripción como “enhancers”) en forma de homodímeros o heterodímeros y a coactivadores y activa la expresión génica. Además de este mecanismo clásico de acción se han descrito una serie de otras acciones de los esteroides, entre ellas aquella que involucra la fosforilación del receptor por factores

de crecimiento provocando una estimulación en ausencia de ligando específico. Se han descrito para todos los esteroides acciones muy rápidas que están mediadas por receptores de membrana, aún no completamente caracterizados. Tal como se detallaba anteriormente, se atribuyó durante décadas a los estrógenos una protección cardiovascular, y se trató a mujeres menopáusicas con estas hormonas fundamentalmente para prevenir problemas de este tipo. Sin embargo, en los últimos años se realizaron diferentes ensayos clínicos para evaluar exactamente los efectos de estas hormonas sobre diferentes aspectos de la salud. Un ensayo se llama randomizado cuando se asigna al azar a las pacientes a un tratamiento o a un grupo placebo. Se lo llama ciego cuando la paciente no conoce si ha sido asignada al grupo tratado o al grupo control o placebo y doble ciego si el médico tratante también lo ignora. El “Heart and estrogen/progestin replacement study” (HERS) fue un ensayo clínico randomizado ciego y controlado para evaluar el efecto de la terapia de reemplazo hormonal sobre el riesgo coronario y accidentes cerebrovasculares en pacientes que ya sufrían de esa enfermedad. Se asignó a las pacientes a 0,625 mg/día estrógenos equinos conjugados más 2,5 mg/día de acetato demedroxiprogesterona (MPA) o placebo, durante 4,1 años. Analizar el efecto de esta terapia en enfermedad cardiovascular es de gran importancia por tratarse de la mayor causa de muerte en muchos países (5). Los resultados de este estudio indican un aumento de 2,89 veces en tromboembolismos, aunque la diferencia no es significativa. En el desarrollo temporal se observó una tendencia a un aumento (no significativo) del 52% durante el primer año, con una tendencia no significativa hacia una disminución en los años sucesivos⁵. Por otro lado, se encontró también que en el tiempo investigado no hubo diferencias significativas en el riesgo de accidente cerebrovascular en mujeres

postmenopáusicas con enfermedad coronaria (que poseen un mayor riesgo de estos eventos). Para analizar si esa tendencia no significativa en enfermedad coronaria que se encontraba en los últimos 3 años del estudio HERS anteriormente citado, se invitó a las pacientes a continuar con el tratamiento aunque durante esta etapa llamada HERS II ya se había revelado qué pacientes pertenecían al grupo placebo y qué pacientes al tratado. Las conclusiones de este estudio indican que luego de 6,8 años de estudio, no existe ninguna diferencia significativa en el riesgo relativo de enfermedad cardiovascular en mujeres que han sobrevivido a un infarto de miocardio^{5,6}. Por lo tanto recomiendan no utilizar el tratamiento hormonal de reemplazo para reducir el riesgo secundario de enfermedad cardiovascular en mujeres que ya han sufrido este tipo de enfermedad, ya que no produce protección¹¹. En mujeres sanas, se ha evaluado también en el ensayo “Women’s Health Initiative” (WHI) el efecto de terapia hormonal de reemplazo con estrógenos y progestágenos comparado con placebo en diversos aspectos de la salud. Este estudio, planeado para durar 8,5 años y se interrumpió a los 5,2 porque los riesgos totales excedían a los beneficios. Se realizó un detallado estudio de numerosos parámetros relacionados con el sistema cardiovascular, publicado en 2003 en el New England Journal of Medicine¹². El riesgo total de enfermedad coronaria en el grupo estrógenos más progestágeno comparado con el grupo placebo fue de 1,24, siendo peor durante el primer año, con un riesgo relativo de 1,81². Ya en la primera comunicación publicada en la revista JAMA en julio del 2002 se anunciaba un aumento en el riesgo coronario de 1,29; de apoplejía de 1,41 y de embolia pulmonar de 2,13. Debe aclararse que un aumento en el riesgo de 1,81 significa un 81 % de incremento en el riesgo de contraer la enfermedad. El ensayo clínico randomizado

“Women’s Health Initiative” WHI tuvo una gran importancia porque involucraba a 16608 mujeres postmenopáusicas entre 50 y 79 años que recibían o bien 0.625mg/día de estrógenos conjugados más 2.5 mg/día de acetato de medroxiprogesterona en una tableta (n=8506) o bien placebo (n=8102). El cáncer de mama mostró un riesgo relativo de 1, 26, es decir un incremento de 26% con 290 casos. Los resultados benéficos sobre la salud se detallan en otro punto, e incluyen fundamentalmente el tratamiento de la osteoporosis y una apreciable disminución de cáncer colorectal. Durante el tiempo del ensayo clínico, no se produjo diferencia significativa en la mortalidad, aunque debe estudiarse durante más tiempo. Posteriormente, en 2003, se analizaron nuevamente los resultados de este ensayo respecto del cáncer de mama. Si bien el riesgo total y de carcinoma invasor se mantenía con los mismos valores de lo informado anteriormente entre los grupos estrógenos más progestágeno respecto del placebo, los tumores encontrados, aunque poseían un grado e histología similares, se hallaban en un estadio más avanzado (regional/ metastásico 25,4% vs 16,0% respectivamente, $p<0,04$). Además luego de solamente un año de tratamiento el porcentaje de mujeres con mamografía anormal era sustancialmente más elevada en el grupo estrógenos más progestágeno que en el grupo placebo (9,4 % vs. 5,4%, $p<0,001$), manteniéndose esta diferencia durante todo el estudio ¹⁴.

EFFECTOS BENÉFICOS DE LA TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

Otro importante estudio, pero esta vez realizado en el Reino Unido, implicó a 1.084.110 de mujeres de entre 50 y 64 años reclutadas para el “Million Women Study”. En el mismo se tomaba información de su utilización de la terapia hormonal de reemplazo⁴. El riesgo relativo en relación al cáncer de mama para las mujeres que utilizaban terapia de reemplazo con estrógenos era de 1,30, mientras que para aquellas que utilizaban la combinación de estrógenos y progestágenos el riesgo relativo aumentaba a 2,00. El riesgo aumentaba también con el tiempo de uso. Estos ensayos analizaban el efecto de la terapia hormonal de reemplazo en mujeres sanas. En los años 90 se inició un estudio escandinavo con el objeto de investigar si la terapia hormonal de reemplazo era segura para mujeres que habían padecido un cáncer de mama. Este ensayo clínico abierto y randomizado “hormonal replacement therapy after breast cancer—is it safe?” o HABITS involucró a 435 mujeres en un grupo que incluía tratamiento hormonal de reemplazo sin discriminar entre presencia o ausencia de progestágenos o la mejor terapia no hormonal disponible en el centro de atención¹⁶, excluyéndose la tibolona entre estas terapias. El ensayo clínico se discontinuó debido al riesgo inaceptable de recurrencia en el grupo con tratamiento hormonal. El riesgo relativo de un nuevo cáncer de mama en las mujeres con tratamiento hormonal respecto de aquellas sin tratamiento hormonal fue de 3,5¹⁶. El aspecto en que mayor efecto se ha encontrado es en el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. Sobre este punto no existe ninguna controversia. Tal como se esperaba, por ejemplo en el estudio clínico WHI, las fracturas de cadera se redujeron apreciablemente. Además en este estudio se encontraron otros aspectos positivos

sobre cáncer endometrial que no aumentó (riesgo relativo 0,83). Por otro lado, se ha analizado en numerosos ensayos clínicos el efecto de los estrógenos sobre la función cognitiva. Aproximadamente el 71% de ellos encontró efectos significativos sobre uno o más análisis cognitivos aunque no queda clara aún la importancia clínica potencial de estos datos. Los beneficios de la TRH son indiscutibles; sin embargo el uso indiscriminado de la terapia de reemplazo hormonal puede traer consecuencias indeseables. Es necesario efectuar una selección cuidadosa de las pacientes que van a recibir el tratamiento y efectuar un seguimiento adecuado para prevenir y detectar complicaciones y riesgos propios de la paciente (estilo de vida, carga genética, enfermedades crónicas o previas, etc.) o por la administración misma de las hormonas, especialmente si es inadecuada para determinada paciente. Complicaciones como la hemorragia genital debe ser prevista y de presentarse inesperadamente o persistir después de los seis meses de tratamiento hormonal combinado continuo debe ser adecuadamente estudiada y tratada.

INDICACIONES DE LA TRH

Son candidatas a recibir TRH todas las mujeres menopáusicas y perimenopáusicas que presentan sintomatología propia del climaterio, así como las que, siendo asintomáticas, requieran profilaxis para osteoporosis, enfermedad cardiovascular u otras patologías relacionadas con el hipoestrogenismo. Se considera que el uso de estrógenos está contraindicado cuando existe el antecedente de cáncer de mama o endometrio (salvo que excepcionalmente estén fuertemente indicados por alguna razón), presencia de melanoma, disfunción hepática grave aguda, enfermedad aguda tromboembólica, porfiria o tumores dependientes de estrógenos. Los

progestágenos están contraindicados en casos de meningioma. La hipertensión arterial y la insuficiencia venosa profunda no complicada no contraindican la TRH aún cuando existan factores de riesgo para enfermedad venosa. En el marco de un grupo de mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal será adecuada la aplicación de esta terapia si las pacientes están bien informadas y han sido adecuadamente seleccionadas, es decir, presentan realmente deficiencia hormonal y no tienen contraindicaciones para recibirla (antecedente de cáncer de mama o de endometrio, tromboembolia pulmonar, etc.); si está bien indicada (tratamiento de síntomas climatéricos, prevención de osteoporosis y de enfermedad cardiovascular); si el medicamento y la forma de administración son los adecuados para cada paciente en particular y finalmente si la paciente está satisfecha con la terapia y la cumple.

RIESGOS DE LA TRH

En toda mujer menopáusica menor de 45 años se recomienda TRH porque tal situación implica un aumento del riesgo de padecer osteoporosis y/o enfermedad coronaria. Si la paciente es mayor de 45 años debe valorarse si es sintomática o no y si es de alto riesgo para padecer osteoporosis y/o enfermedad cardiovascular; si no está en ninguno de estos grupos puede no requerir TRH, pero debe ser reevaluada a los 2 años. Si presenta indicación para TRH hay que informarle detenidamente para ver si desea o no ser tratada, siempre que no existan contraindicaciones. Si la mujer tiene útero el tratamiento debe ser combinado (estrógeno + progestágeno) y si no lo tiene sólo con estrógenos. El uso cíclico o continuo del progestágeno depende de si se desea sangrado cíclico por deprivación o no. De presentarse efectos secundarios

(hemorragia uterina anormal o intolerancia a los progestágenos) es conveniente cambiar la forma de tratamiento.

INICIO DE LA TRH

El inicio de la TRH debe ser cuando se establezca la indicación sin tener en cuenta la fase del climaterio en que se encuentre (puede ser incluso antes de la menopausia o varios años después) y su duración depende del objetivo. Si la finalidad es sólo paliar los síntomas su duración será corta (aproximadamente 3 años), pero si se busca prevenir osteoporosis o enfermedad cardiovascular, debe prolongarse mucho más, por lo menos 7 a 10 años. Antes de iniciar la TRH es necesario realizar una historia clínica detallada, la cual se actualizará anualmente, indagando por factores de riesgo; un examen clínico que incluya talla y peso, así como un control de la presión arterial, examen pélvico y mamario, todo lo cual se debe efectuar anualmente; estudio citológico anual (en ausencia total y repetida de patología cervical puede hacerse cada 3 años); una mamografía basal con controles cada 1-2 años entre los 40-49 años de edad y anual a partir de los 50; exámenes de laboratorio incluyendo como mínimo colesterol total y triglicéridos (si son normales pueden repetirse cada 5 años, pero si son patológicos debe efectuarse un perfil lipídico completo y aconsejarse la TRH). Si hubiera hipertrigliceridemia debe evitarse la administración oral de estrógenos y aconsejar la de progestágenos. La densitometría ósea no es indispensable antes de iniciar TRH, pero debe usarse en especial en pacientes con riesgo de osteoporosis o en las que dudan iniciar TRH.

IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE TRH

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

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA EMPLEADA

3.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES E INDICADORES.

VARIABLES

- **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- EDAD
- ESTADO CIVIL
- GRADO DE INSTRUCCIÓN
- OCUPACION
- PARIDAD
- FUR
- ANTECEDENTES QUIRURGICOS
- HABITOS NOCIVOS
- ENFERMEDADES PREVIAS
- SINTOMATOLOGÍA

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

- USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación realizada se enmarca dentro del tipo de investigación descriptivo – comparativo, de casos y controles mediante el cual se trata de evaluar los factores asociados al uso de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas que se atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008

3.2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación empleado es observacional, analítico, comparativo.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población estuvo constituida por 178 pacientes 89 casos y 89 controles, definidas de la siguiente manera:

Casos: Pacientes postmenopáusicas usuarias de terapia de reemplazo hormonal que se atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008

Controles: Pacientes postmenopáusicas no usuarias de terapia de reemplazo hormonal que se atienden en el Hospital II de Mollendo EsSalud en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 de Junio del 2008

3.4 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Los análisis estadísticos empleados son descriptivos e inferenciales, en la parte descriptiva se hizo uso de tablas de frecuencia, gráficos y medidas estadísticas como la media y desviación estándar. En la parte inferencial, para comparar los diferentes datos que se obtiene a través del instrumento elaborado para los fines de la investigación, también se ha usado la estadística Chi cuadrado. Todos los análisis fueron realizados en el programa estadístico SPSS para Windows versión 16.0.

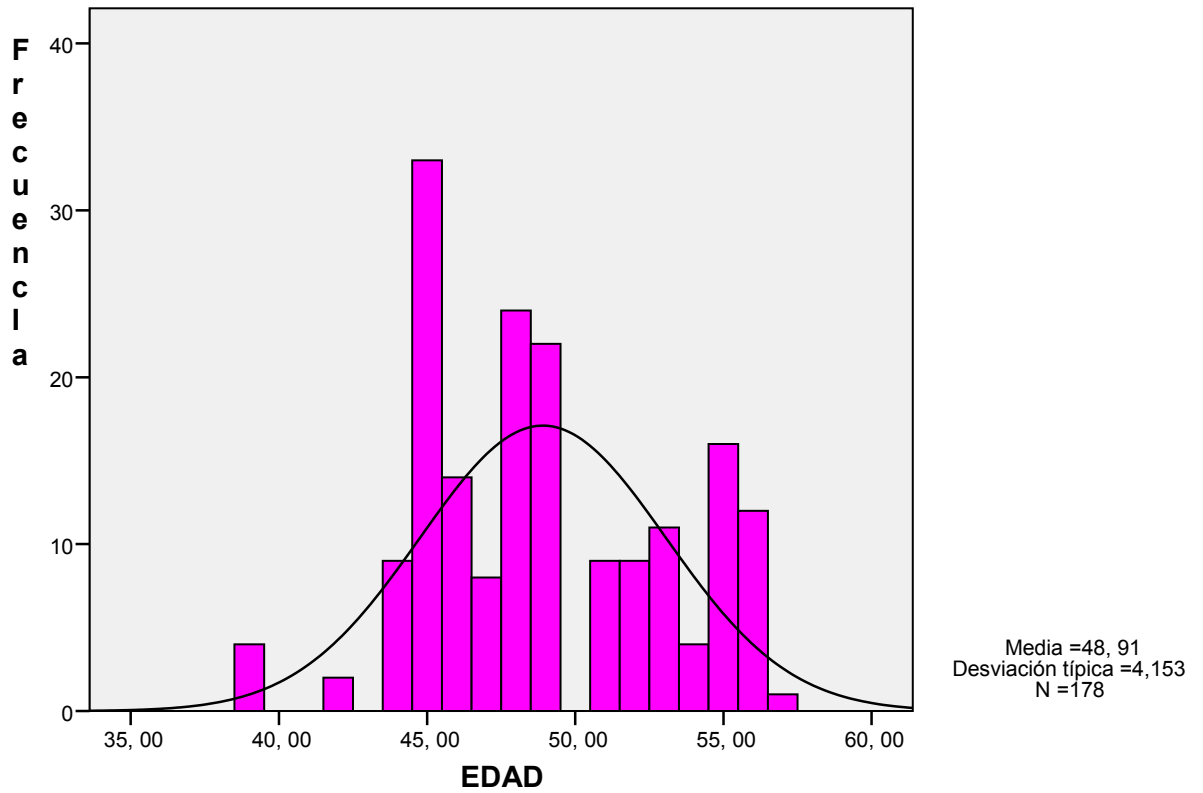
CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICO N° 01: EDAD DEL CLIMATERIO DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

N	Válidos	178
	Perdidos	0
Media		48,9101
Mediana		48,0000
Moda		45,00
Desv. típ.		4,15284
Varianza		17,246
Mínimo		39,00
Máximo		57,00
Suma		8706,00

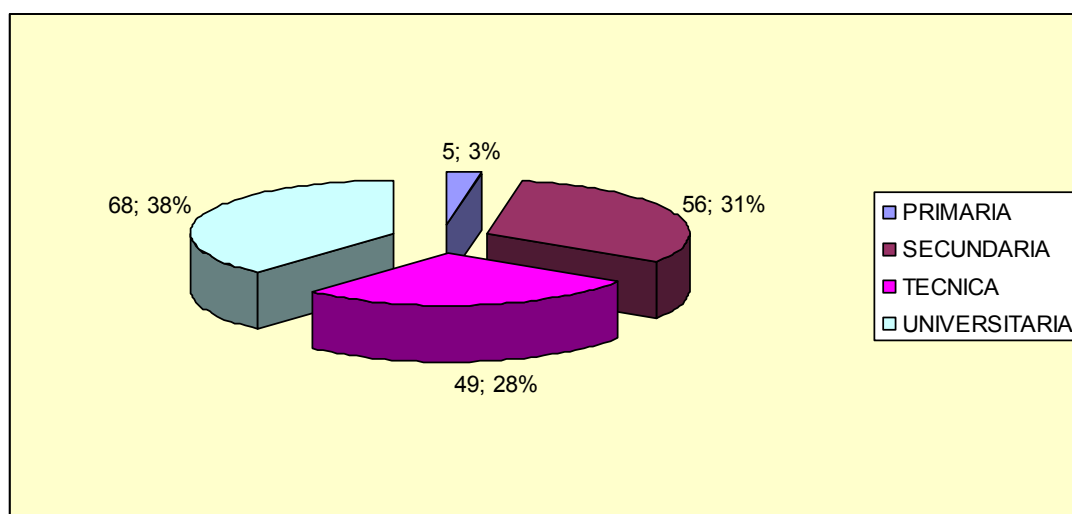


En cuanto a la edad del climaterio de las pacientes estudiadas tanto de los casos y controles tenemos que, se estudiaron un total de 178 casos ,obteniéndose que la media de la edad es de 48,9 años con una desviación estándar de 4,1 años ,y una máxima de 57 años y una mínima de 39 años

CUADRO N° 02: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		Frecuencia	%	% acumulado
Válidos	PRIMARIA	5	2,8	2,8
	SECUNDARIA	56	31,5	34,3
	TECNICA	49	27,5	61,8
	UNIVERSITARIA	68	38,2	100,0
	Total	178	100,0	

GRAFICO N° 02: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD



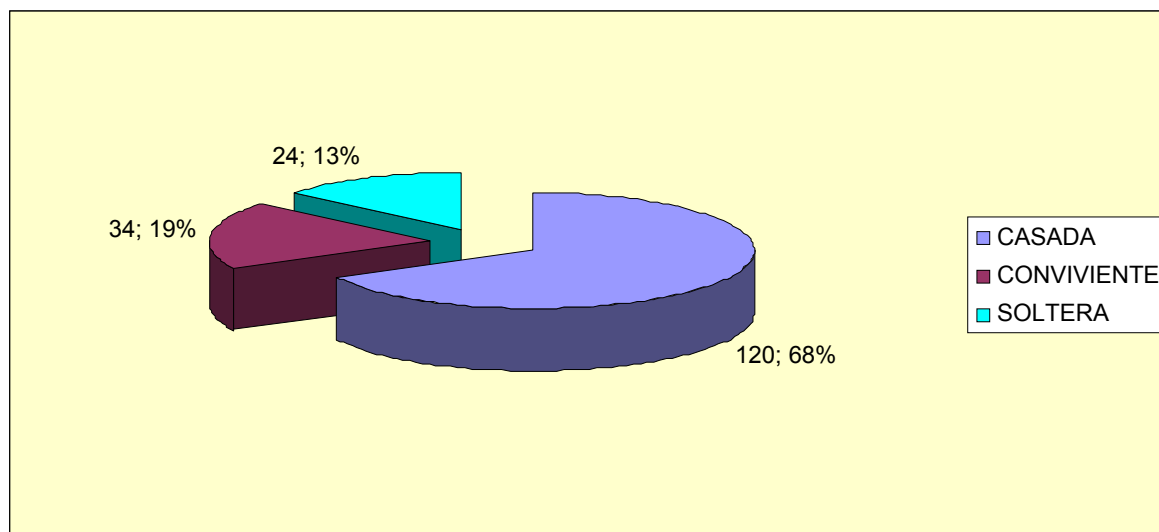
En cuanto al grado de instrucción de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que el 38,2% tiene grado de instrucción universitaria, 31,5% tienen secundaria, 27,5% tienen grado de instrucción técnica y 2,8% tienen grado de instrucción primaria

**CUADRO N° 03: ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES
POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE
MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008**

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	%	% acumulado
Válidos	CASADA	120	67,4	67,4
	CONVIVIENTE	34	19,1	86,5
	SOLTERA	24	13,5	100,0
	Total	178	100,0	

**GRAFICO N° 03: ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES
POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE
MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008**

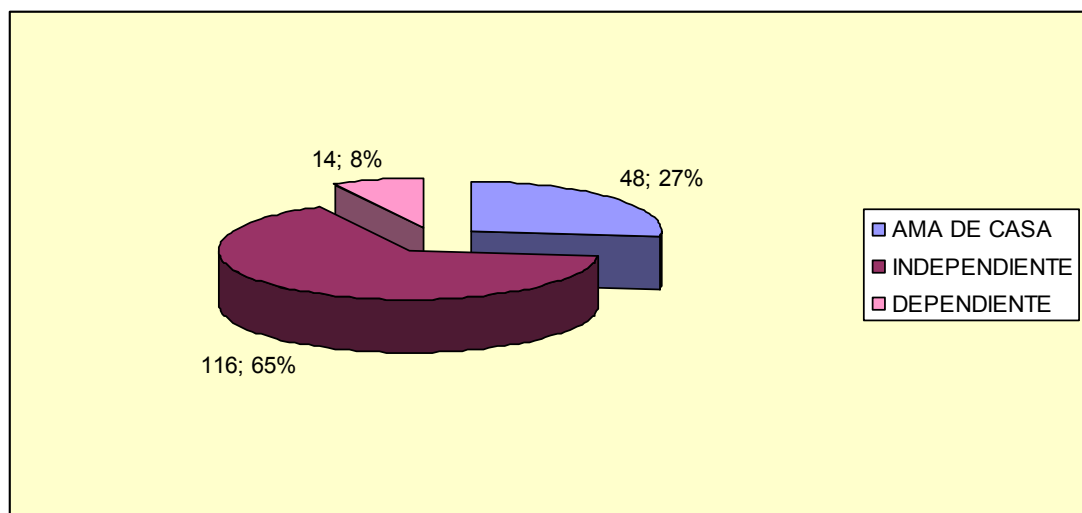


En cuanto al estado civil de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que el 67,4% son casadas, 19,1% son convivientes y el 13,5% son solteras

**CUADRO N° 04: OCUPACION DE LAS PACIENTES
POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE
MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008**

		Frecuencia	%	% acumulado
Válidos	AMA DE CASA	48	27,0	27,0
	INDEPENDIENTE	116	65,2	92,1
	DEPENDIENTE	14	7,9	100,0
	Total	178	100,0	

**GRAFICO N° 04: OCUPACION DE LAS PACIENTES
POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE
MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008**

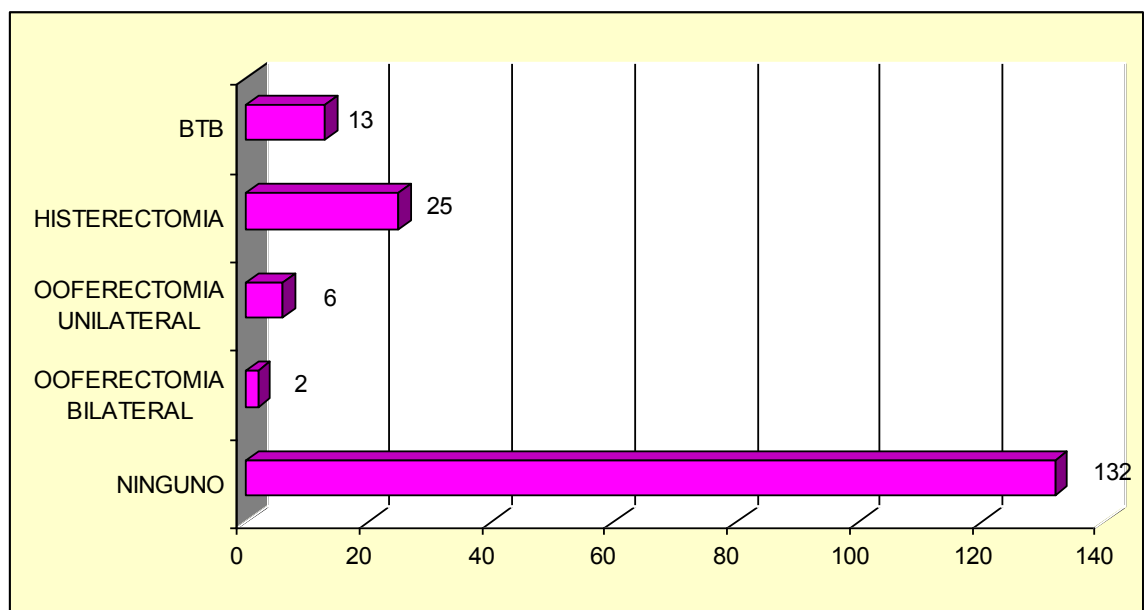


En cuanto a la ocupación de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que el 65,2% tienen ocupación independiente, 27% son amas de casa, 7,9% tiene ocupación dependiente

CUADRO N° 05: ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		Frecuencia	%	% acumulado
Válidos	NINGUNO	132	74,2	74,2
	OOFERECTOMIA BILATERAL	2	1,1	75,3
	OOFERECTOMIA UNILATERAL	6	3,4	78,7
	HISTERECTOMIA	25	14,0	92,7
	BTB	13	7,3	100,0
	Total	178	100,0	

GRAFICO N° 05: ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

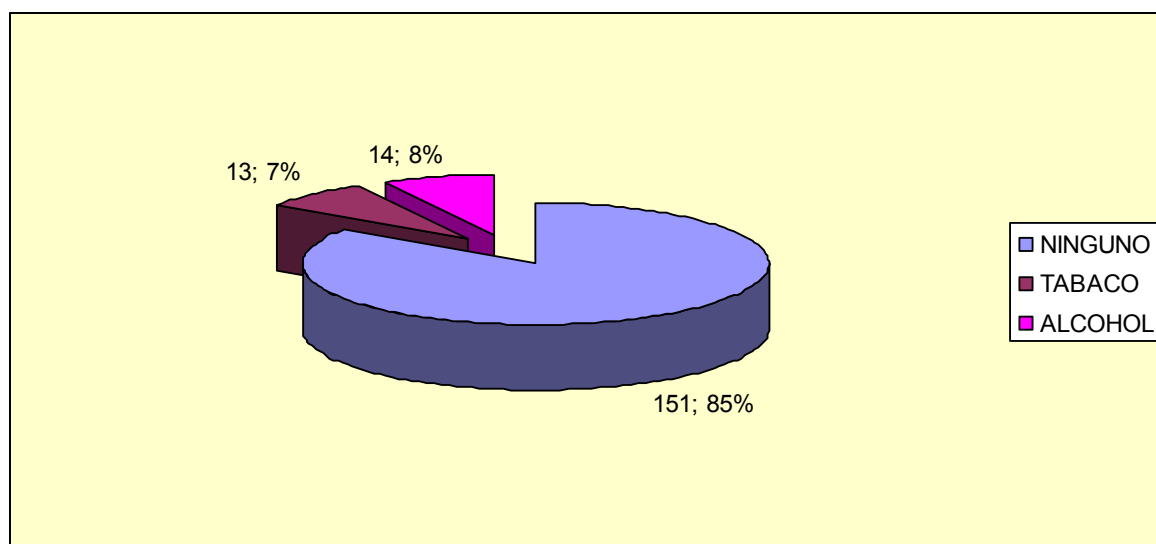


En cuanto a los antecedentes quirúrgicos de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que la mayoría no tenían antecedentes de cirugías previas en un 74,2%, se observó que el 14% tenían antecedentes de histerectomía, y el 4,5% tenían el antecedente de Ooforectomía.

CUADRO N° 06: ANTECEDENTES DE HABITOS NOCIVOS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD MAYO-JULIO 2008.

		Frecuencia	%	% acumulado
Válidos	NINGUNO	151	84,8	84,8
	TABACO	13	7,3	92,1
	ALCOHOL	14	7,9	100,0
	Total	178	100,0	

GRAFICO N° 06: ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

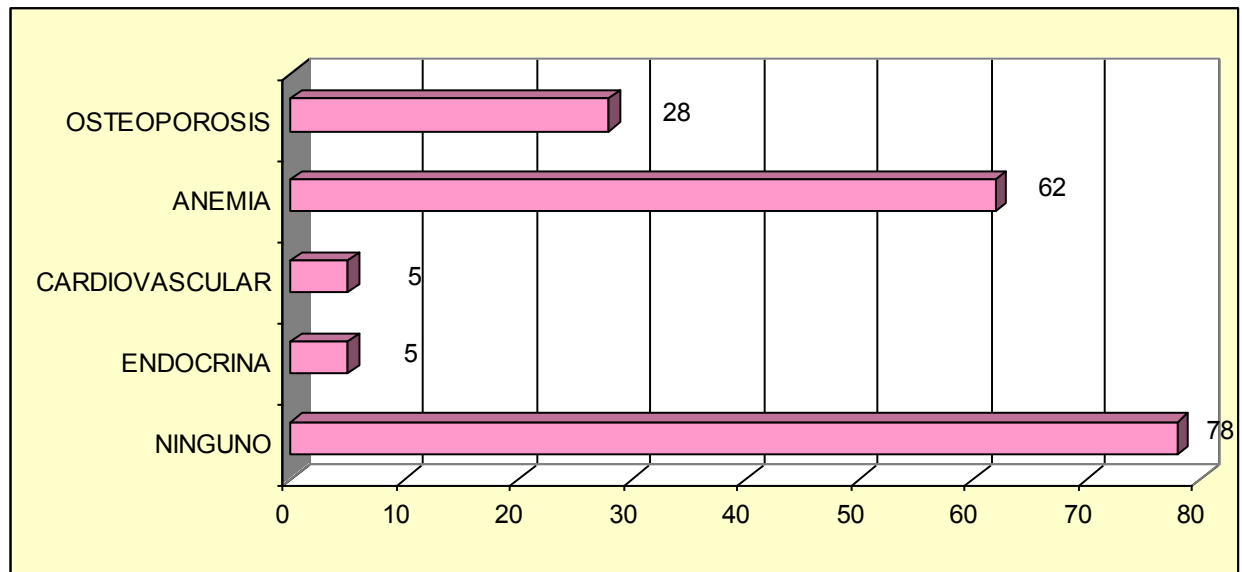


En cuanto a los antecedentes de hábitos nocivos de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que la mayoría no tenían antecedentes de hábitos nocivos en un 84,8%, se observó que el 7,9% tenían antecedentes de alcohol, y el 7,3% tenían el antecedente de tabaco.

CUADRO N° 07: ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		Frecuencia	%	% acumulado
Válidos	NINGUNO	78	43,8	43,8
	ENDOCRINA	5	2,8	46,6
	CARDIOVASCULAR	5	2,8	49,4
	ANEMIA	62	34,8	84,3
	OSTEOPOROSIS	28	15,7	100,0
	Total	178	100,0	

GRAFICO N° 07: ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

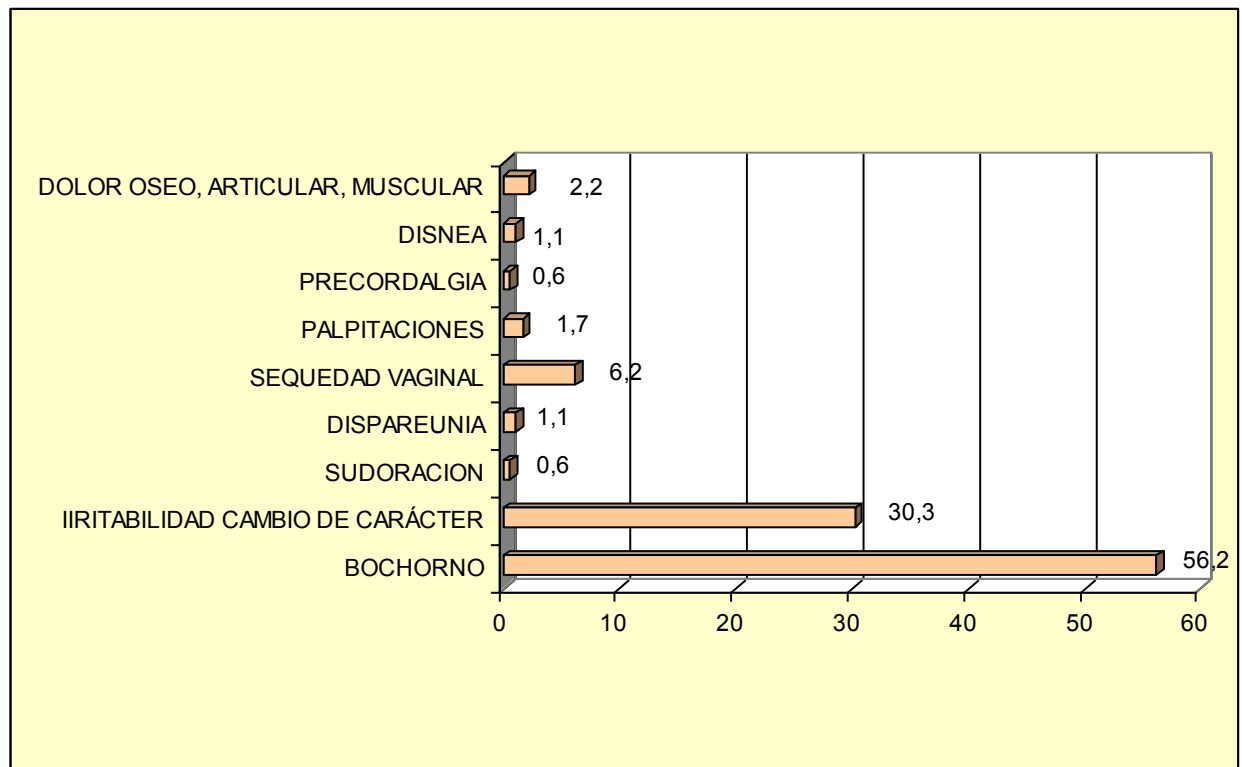


En cuanto a los antecedentes patológicos de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que la mayoría no tenían antecedentes de patológicos en un 43,8%, se observó que el 34,8% tenían anemia, el 15,7% tenían osteoporosis.

CUADRO N° 08: SINTOMAS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

Válidos		Frecuencia	%	% acumulado
	BOCHORNO	100	56,2	56,2
	IIRITABILIDAD CAMBIO DE CARÁCTER	54	30,3	86,5
	SUDORACION	1	,6	87,1
	DISPAREUNIA	2	1,1	88,2
	SEQUEDAD VAGINAL	11	6,2	94,4
	PALPITACIONES	3	1,7	96,1
	PRECORDALGIA	1	,6	96,6
	DISNEA	2	1,1	97,8
	DOLOR OSEO, ARTICULAR, MUSCULAR	4	2,2	100,0
	Total	178	100,0	

GRAFICO N° 08: SINTOMAS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD



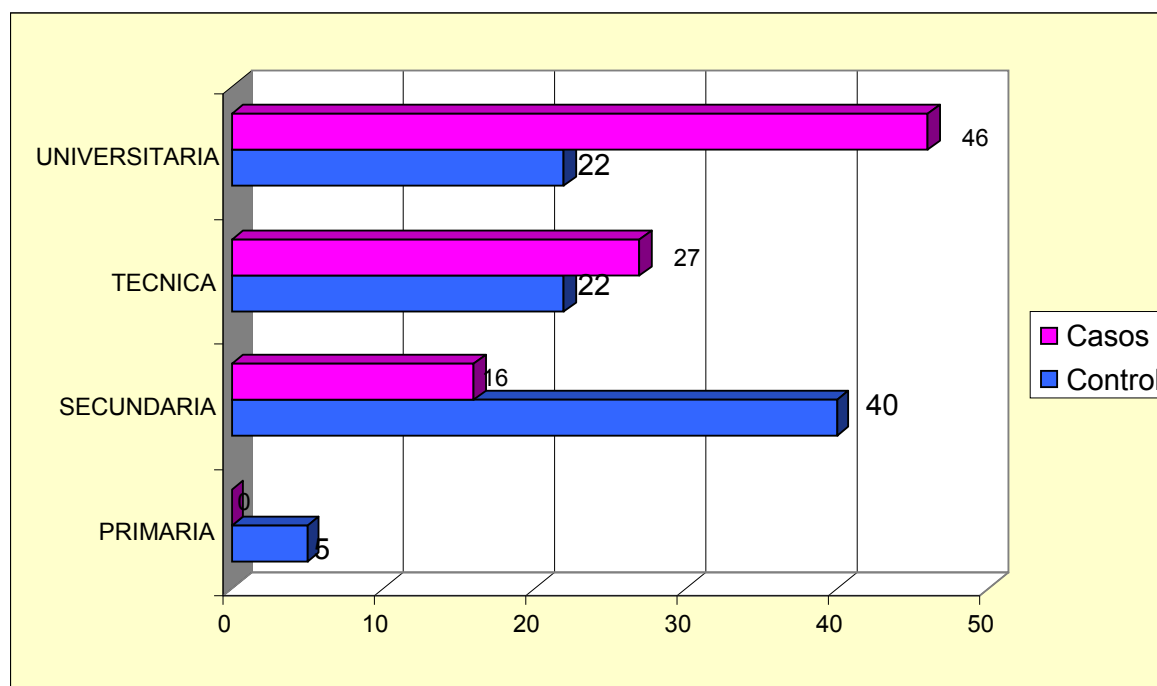
En cuanto a los síntomas de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que la mayoría tuvieron bochornos en un 56,2%, se observó que el 30,3% tenían irritabilidad con cambio de carácter, el 6,2% presentaron sequedad vaginal.

4.2 ANÁLISIS Y COMPROBACIÓN ESTADÍSTICA

CUADRO N° 09: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		CASOS	CONTROLES	Total
		CASOS	CONTROLES	
GI	PRIMARIA	5	0	5
	SECUNDARIA	40	16	56
	TECNICA	22	27	49
	UNIVERSITARIA	22	46	68
Total		89	89	178

GRAFICO N° 09: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008



Pruebas de chi-cuadrado

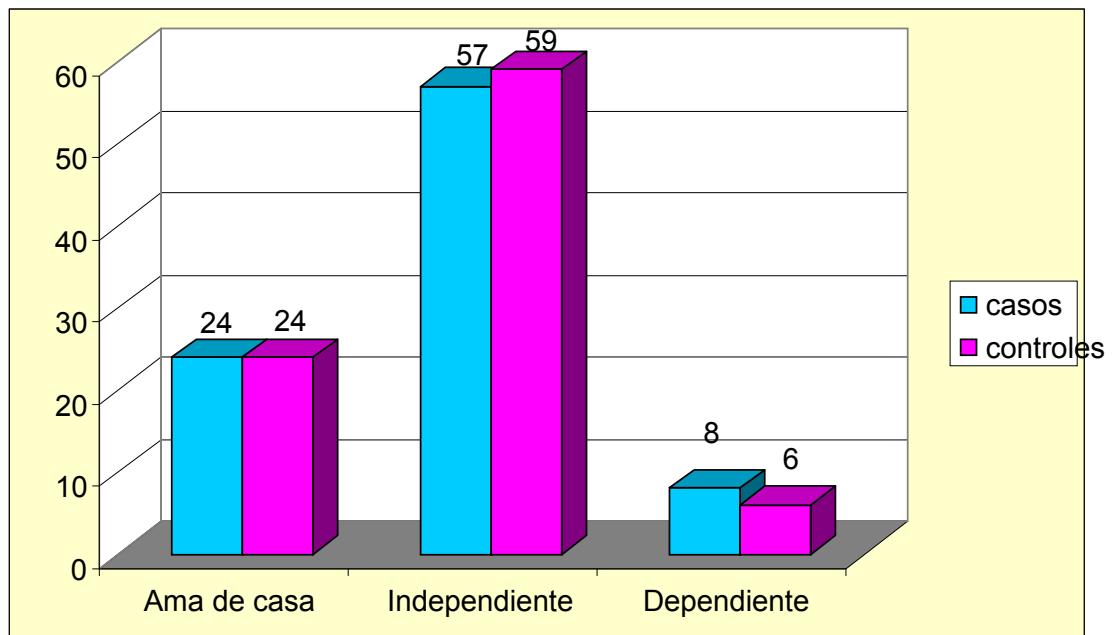
	Valor	gl	P
Chi-cuadrado de Pearson	24,267(a)	3	,000
OR	2,67	3	,000
N de casos válidos	178		

En cuanto a la asociación del grado de instrucción y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que hay una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$), pues observamos que ha mayor grado de instrucción mas uso de terapia de reemplazo hormonal

CUADRO N° 10: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON LA OCUPACION DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		CASOS- CONTROLES		Total
		Casos	Controles	
OCUPACION	Ama de casa	24	24	48
	Independiente	57	59	116
	Dependiente	8	6	14
Total		89	89	178

GRAFICO N° 10: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON LA OCUPACION DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008



Pruebas de chi-cuadrado

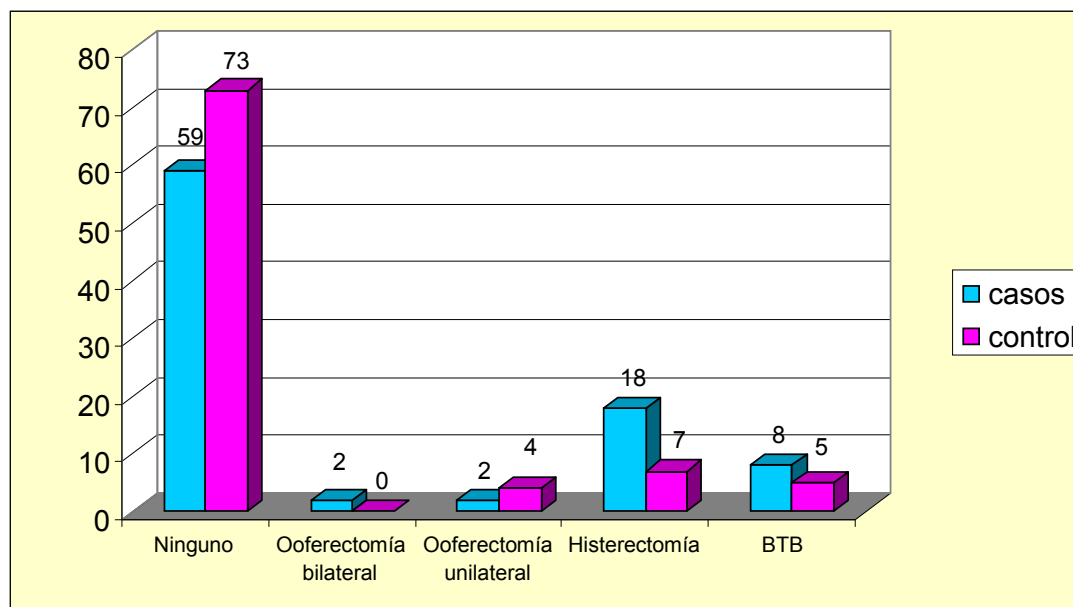
	Valor	gl	P
Chi-cuadrado de Pearson	,320(a)	2	,852
OR	,321	2	,852
N de casos válidos	178		

En cuanto a la asociación de la ocupación y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que no hay una diferencia estadísticamente significativa ($P > 0.05$), pues observamos que ha mayor grado de instrucción mas uso de terapia de reemplazo hormonal. Asimismo observamos que en ambos grupos hay mayor frecuencia de ocupación independiente.

CUADRO N° 11: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON EL ANTECEDENTE QUIRURGICO EN LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD MAYO-JULIO 2008.

		CASOS CONTROLES		Total
		casos	controles	1,00
ANTECED QX	Ninguno	59	73	132
	Ooforectomía bilateral	2	0	2
	Ooforectomía unilateral	2	4	6
	Histerectomía	18	7	25
	BTB	8	5	13
Total		89	89	178

GRAFICO N° 11: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON EL ANTECEDENTE QUIRURGICO EN LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008



Pruebas de Chi-cuadrado

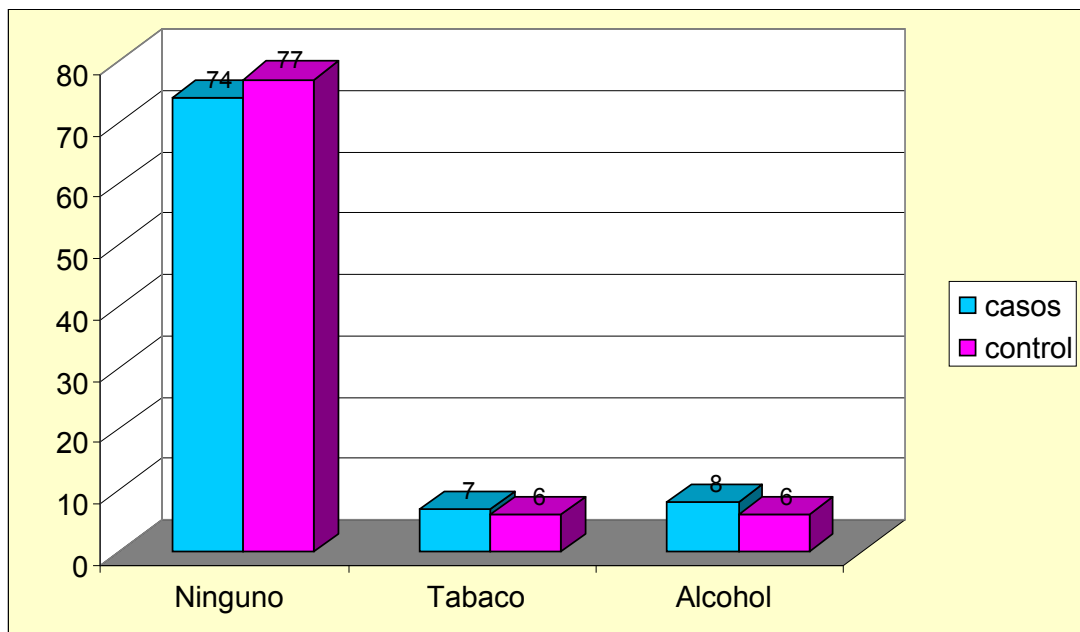
	Valor	gl	P
Chi-cuadrado de Pearson	9,684(a)	4	,046
OR	10,648	4	,031
N de casos válidos	178		

En cuanto a la asociación del antecedente quirúrgico y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que hay una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$), pues observamos que la histerectomía esta asociado al uso de terapia de reemplazo hormonal.

CUADRO N° 12: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON LOS HABITOS NOCIVOS LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		CASOS- CONTROLES		Total
		casos	control	1,00
HABITOS NOCIVOS	Ninguno	74	77	151
	Tabaco	7	6	13
	Alcohol	8	6	14
Total		89	89	178

GRAFICO N° 12: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON LOS HABITOS NOCIVOS LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,422(a)	2	,810
OR	,423	2	,809
N de casos válidos	178		

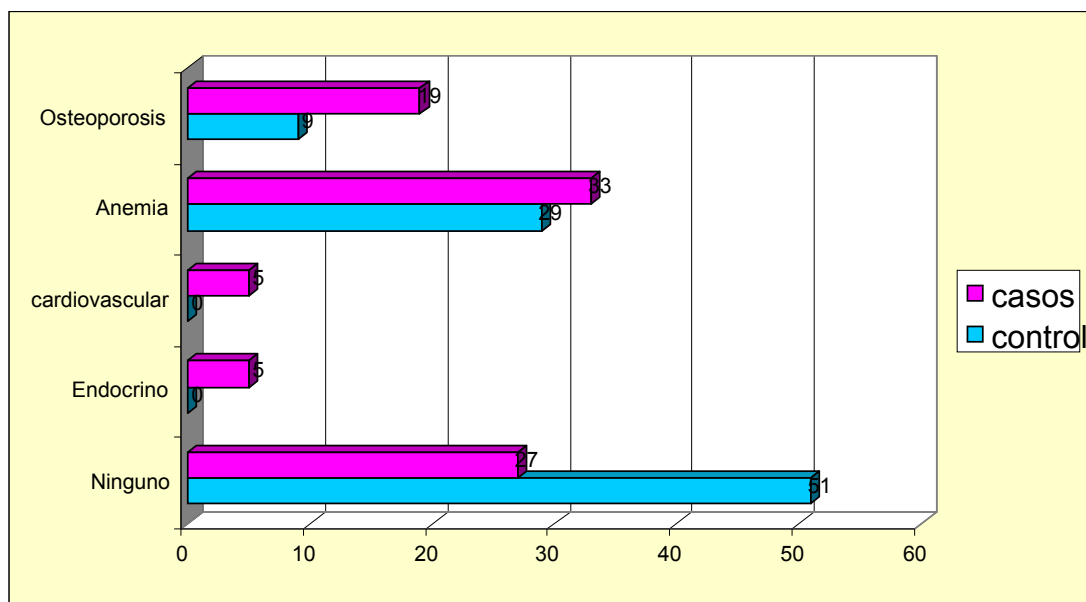
En cuanto a la asociación de los hábitos nocivos y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que no hay una diferencia estadísticamente

significativa ($P > 0.05$). Asimismo podemos observar que en ambos grupos hay una mayor frecuencia de no hábitos nocivos.

CUADRO N° 13: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		CASOS	CONTROLES	Total
		Casos	controles	1,00
ANTECEDENTE PATOLOGICOS	Ninguno	51	27	78
	Endocrino	0	5	5
	cardiovascular	0	5	5
	Anemia	29	33	62
	Osteoporosis	9	19	28
Total		89	89	178

GRAFICO N° 13: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008



Pruebas de chi-cuadrado

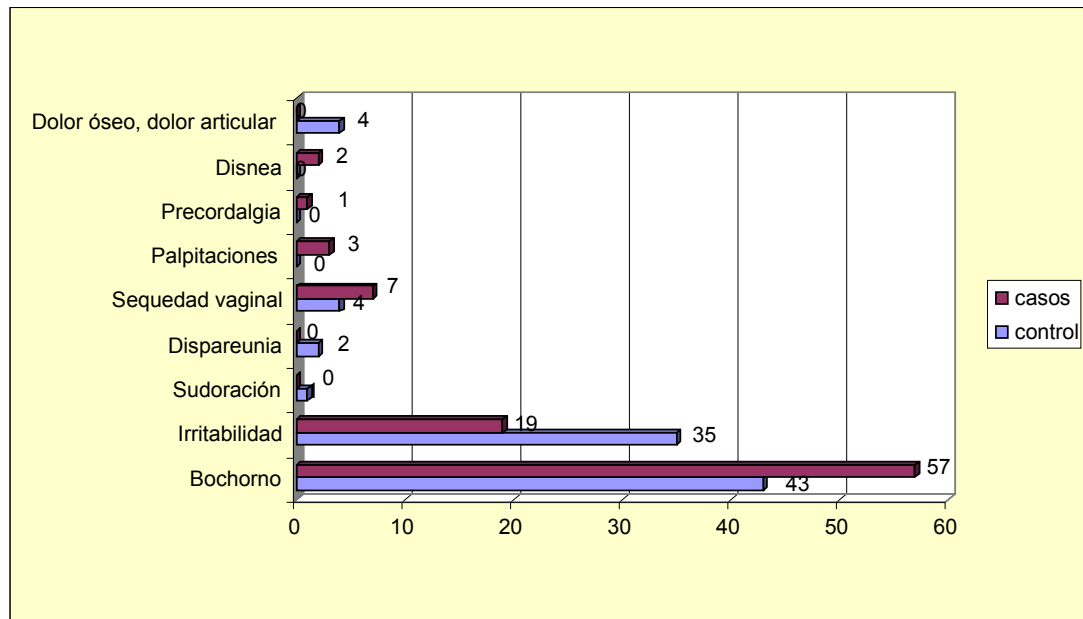
	Valor	gl	P
Chi-cuadrado de Pearson	21,214(a)	4	,000
OR	25,278	4	,000
N de casos válidos	178		

En cuanto a la asociación de los antecedentes patológicos y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que hay una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$). Es decir el hecho de haber tenido alguna enfermedad está asociado al uso de terapia de reemplazo hormonal. Asimismo podemos observar que en ambos grupos hay una mayor frecuencia de anemia y osteoporosis.

CUADRO N° 14: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON LOS SINTOMAS QUE PRESENTAN LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		CASOS - CONTROLES		Total
		casos	Controles	
SINTOMAS	Bochorno	43	57	100
	Irritabilidad	35	19	54
	Sudoración	1	0	1
	Dispareunia	2	0	2
	Sequedad vaginal	4	7	11
	Palpitaciones	0	3	3
	Precordalgia	0	1	1
	Disnea	0	2	2
	Dolor óseo, dolor articular	4	0	4
Total		89	89	178

GRAFICO N° 14: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON LOS SINTOMAS QUE PRESENTAN LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008



Pruebas de chi-cuadrado

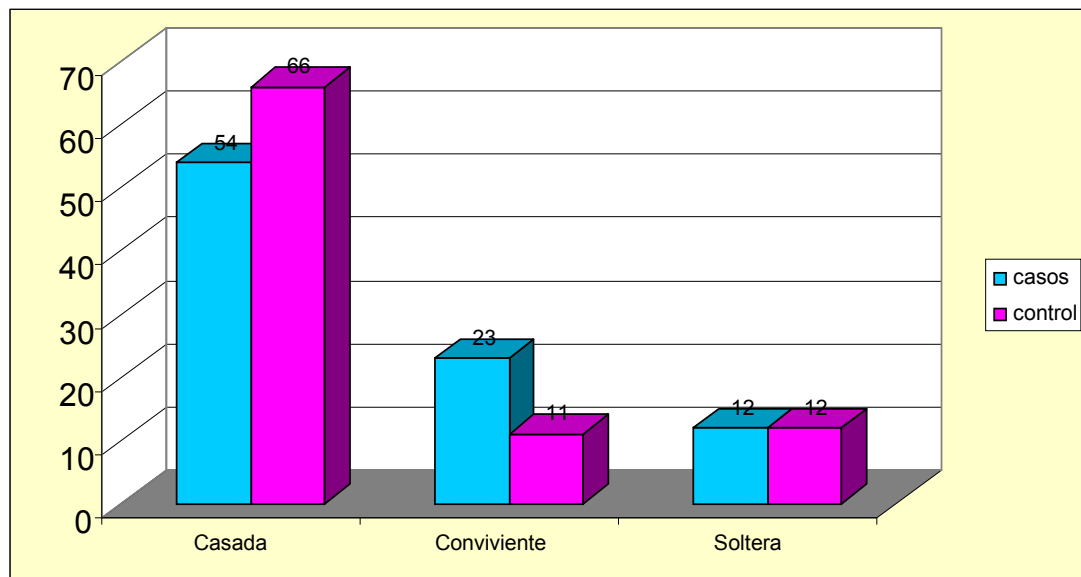
	Valor	gl	P
Chi-cuadrado de Pearson	20,519(a)	8	,009
OR	2,5	8	,001
N de casos válidos	178		

En cuanto a la asociación de los síntomas y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que hay una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$). Es decir los bochornos y la irritabilidad con cambio de carácter estas asociados al uso de terapia de reemplazo hormonal. Además podemos observar que son los síntomas que prevalecen en ambos grupos.

CUADRO N° 15: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON EL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENO ESSALUD. MAYO-JULIO 2008

		CASOSCONTROLES		Total 1,00
		Casos	Controles	
ESTADO CIVIL	Casada	54	66	120
	Conviviente	23	11	34
	Soltera	12	12	24
Total		89	89	178

GRAFICO N° 15: ASOCIACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL CON EL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL II DE MOLLENO ESSALUD MAYO-JULIO 2008.



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	P
Chi-cuadrado de Pearson	5,435(a)	2	,066
OR	5,530	2	,063
N de casos válidos	178		

En cuanto a la asociación del estado civil y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que no hay una diferencia estadísticamente significativa ($P > 0.05$). Además podemos observar que hay mayor frecuencia de casadas en ambos grupos.

V DISCUSION

En cuanto a la edad de las pacientes estudiadas tanto de los casos y controles tenemos que, se estudiaron un total de 178 pacientes ,obteniéndose que la media de la edad del climaterio es de 48,9 años con una desviación estándar de 4,1 años ,y una máxima de 57 años y una mínima de 39 años. En el estudio de Valer et al⁵ estudiaron 40 mujeres posmenopáusicas entre los 43 y 60 años, y la menopausia fisiológica en este grupo de pacientes fue entre los 42 y 52 años, con una edad promedio de 46,4 años, asimismo en otros estudios encontraron datos similares^{6, 7,8,9} datos que coinciden con nuestro estudio.

En cuanto al grado de instrucción de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que el 38,2% tiene grado de instrucción universitaria, 31,5% tienen secundaria, 27,5% tienen grado de instrucción técnica y 2,8% tienen grado de instrucción primaria. En el estudio de Betancourt et al¹⁰ comprobó que el 89 % de las mujeres tenía escolaridad mayor de sexto grado en una muestra de 320 pacientes, dato muy similar al hallado en nuestro estudio.

En cuanto al estado civil de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que el 67,4% son casadas, 19,1% son convivientes y el 13,5% son solteras. En el estudio de Betancourt et al¹⁰ refiere que el 67,2 % son casadas, dato también similar al hallado en nuestro estudio.

En cuanto a la ocupación de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que el 65,2% tienen ocupación independiente, 27% son amas de casa, 7,9% tiene ocupación dependiente.

En cuanto a los antecedentes quirúrgicos de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que la mayoría no tenían antecedentes de cirugías previas en un 74,2%, se observó que el 14% tenían antecedentes de histerectomía, y el 4,5% tenían el antecedente de Ooforectomía. Estos datos son disímiles a los encontrados por Velasco et al⁴ quien refiere como antecedente de mayor frecuencia a la Ooforectomía. Sin embargo en otros estudios refieren que también se asocia a histerectomía^{9, 10}

En cuanto a los antecedentes de hábitos nocivos de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que la mayoría no tenían antecedentes de hábitos nocivos en un 84,8%, se observó que el 7,9% tenían antecedentes de alcohol, y el 7,3% tenían el antecedente de tabaco.

En cuanto a los antecedentes patológicos de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que la mayoría no tenían antecedentes de patológicos en un 43,8%, se observó que el 34,8% tenían anemia, el 15,7% tenían osteoporosis.

En cuanto a los síntomas de las pacientes postmenopáusicas estudiadas encontramos que la mayoría tuvieron bochornos en un 56,2%, se observó que el 30,3% tenían irritabilidad con cambio de carácter, el 6,2% presentaron sequedad vaginal, estos datos son muy similares a los encontrados por Silvia Vial et al² y Valer Tito⁵ quienes encuentran un 58% y 59% en cuanto a bochornos y 34% y 36% de irritabilidad acompañado a cambios de carácter respectivamente.

En cuanto a la asociación del grado de instrucción y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que hay una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$), pues observamos que ha mayor grado de instrucción mas uso de terapia de reemplazo hormonal, también observamos que el riesgo relativo es de

2,5 para el uso de terapia de reemplazo hormonal; este dato coincide con el la investigación cubana de Betancourt et al¹⁰

En cuanto a la asociación del antecedente quirúrgico y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que hay una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$), pues observamos que la histerectomía está asociada al uso de terapia de reemplazo hormonal, con un riesgo relativo de 10,64. Este dato es disímil a los estudios de Rivas et al ¹¹ quien encuentra mayor asociación en cuanto a la Ooforectomía.

En cuanto a la asociación de los antecedentes patológicos y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que hay una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$). Es decir el hecho de haber tenido alguna enfermedad está asociado al uso de terapia de reemplazo hormonal, con un riesgo relativo de 25. Asimismo podemos observar que en ambos grupos hay una mayor frecuencia de anemia y osteoporosis. Estos resultados son similares a los encontrados por Sarria et al⁷ y Valer Et al ⁵

En cuanto a la asociación de los síntomas y el uso de terapia de reemplazo hormonal podemos observar que hay una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$), con un riesgo relativo de 2,5. Es decir los bochornos y la irritabilidad con cambios de carácter están asociados al uso de terapia de reemplazo hormonal. Además podemos observar que son los síntomas que prevalecen en ambos grupos (casos y controles)

VI CONCLUSIONES

- Hay una asociación estadísticamente significativa del uso de terapia de reemplazo hormonal con el grado de instrucción (Superior, universitaria).
- Hay una asociación estadísticamente significativa del uso de terapia de reemplazo hormonal con los antecedentes quirúrgicos (Histerectomía).
- Hay una asociación estadísticamente significativa del uso de terapia de reemplazo hormonal con los antecedentes patológicos (anemia y osteoporosis)
- Hay una asociación estadísticamente significativa del uso de terapia de reemplazo hormonal con los síntomas climatéricos (bochornos e irritabilidad con cambios de carácter)

VII RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados obtenidos en relación a los factores asociados al uso de terapia de reemplazo hormonal en pacientes postmenopáusicas.
- Desarrollar una investigación prospectiva más amplia, aplicando un instrumento donde se consigne más variables.
- Desarrollar una investigación, que pueda relacionar los resultados obtenidos sobre los factores asociados al uso de terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas en los demás hospitales de nuestro medio, sobre todo en los hospitales maternos.

VIII AGRADECIMIENTOS

*A todos los médicos del departamento de Gineco-Obstetricia del
Hospital Nacional Dos de Mayo*

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Smith K. and Judd H. Menopause & Postmenopause. In: De Cherney A. & Pernoll M. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Connecticut (U.S.A.): Appleton & Lange.1994: 1030-1050.
- 2 Silva Vial, Rafael. En su trabajo:”Menopausia y terapia de reemplazo hormonal” Publicado en la Rev. Med. Clin. Condes Chile; 14(4):160-168, oct. 2004
- 3 Secondi, María Verónica; Flores, Lorena; Fay, Paola; Almanza, Silvina; Zottig, Mauricio; Villegas, Silvia. En su trabajo “Terapia de reemplazo hormonal y mamografía: revisión bibliográfica” Publicado en la Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda;20(1):3-6, 2001
- 4 Velasco Murillo, Vitelio; Pozos Cavanzo, José Luis; Cardona Pérez, Jorge Arturo. En su trabajo sobre” Terapia hormonal de reemplazo en el climaterio y la postmenopausia “Publicado en la Revista médica IMSS; México 38(2):131-138, mar.-abr. 2000
- 5 Valer Tito, Victoria Eugenia; Meléndez Guevara, Rosa Angélica; Rivas, Luis; León, Inés .En su trabajo Aspectos histopatológicos y receptores hormonales en mucosa endometrial de mujeres posmenopáusicas con terapia hormonal” Publicado en la Revista Anales de Facultad de Medicina (Perú);66(1):3-10, ene. 2005
- 6 Arena F., Jorge Omar.En su trabajo” Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina” Publicado en la revista Rev. chil. obstet. ginecol;71(2):141-152, 2006
- 7 Sarria, José Antonio. En su publicación:”Indicaciones y contraindicaciones oncológicas del uso de hormonas en la menopausia” publicado en la Rev. Fac. Cienc. Med. (Córdoba);62(2,supl. 1):59-66, 2005
- 8 Síseles, Néstor; Gutiérrez, Pamela .En su trabajo “Enfermedad cardiovascular y terapia hormonal de reemplazo: estado actual de la controversia” publicado en la Rev. Fac. Cienc. Med. (Cordoba); 62(2,supl. 1):67-71, 2005
- 9 Jorge Omar, en su trabajo “Menopausia y terapia de reemplazo hormonal” publicado en la Rev. Med. Clin. Condes; Chile: 14(4):160-168, oct. 2004
- 10 Dra Vivian de la C.Betancourt en su trabajo” Factores relacionados con la decisión de solicitar la terapia hormonal de remplazo” publicado en el Instituto Nacional de Endocrinología, Zapata y D, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.2004

- 11 Dra. Elodia Rivas Alpízar, Dra. Daysi Navarro Despaigne, Dra Ángela Damary Tuero Iglesias en su trabajo “Factores relacionados con la demanda de atención médica durante el climaterio “publicado en el Instituto Nacional de Endocrinología, Zapata y D, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.2006
- 12 Buist D., LaCroix A., Newton K., and Keenan N. Are Long-term Hormone Replacement Therapy Users Different from Short-term and Never Users?. *American Journal of Epidemiology*.1999; 149 (3): 275-281.
- 13 Santoro N., Col N., et al. Therapeutic Controversy: Hormone Replacement Therapy –Where Are We Going?. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1999; 84 (6): 1798-1812.
- 14 Walsh B. The Individualized Approach to Menopause Management. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1999; 84 (6): 1900-1904.
- 15 Pacheco J. Manejo actual del Climaterio y la Menopausia. *MAD*. 1993; 2(4):25-31.
- 16 Andersen L. Et al. Effects of hormone replacement therapy on hemostatic cardiovascular risk factors. *Am J Obstet Gynecol* .1999; 180 (2 Pt1): 283-289.
- 17 Pacheco J. Climaterio y menopausia. *Ginecología y Obstetricia*. 1994; 40(1): 6-23.
- 18 Von der Recke P., Hansen M., and Hassager C. The Association between Low Bone Mass at the Menopause and Cardiovascular Mortality. *The American Journal of Medicine*. 1999; 106: 273-278.
- 19 Hardy R. and Kuh D. Reproductive Characteristics an the Age at Inception of the Perimenopause in a British National Cohort. *American Journal of Epidemiology*. 1999; 149 (7): 612-620.
- 20 Waring S., Rocca W., et al. Postmenopausal estrogen replacement therapy and risk of AD. A population-based study. *Neurology*. 1999; 52: 965-970.
- 21 Pacheco J. Contribución al estudio de la menopausia, climaterio y patología ginecológica en la mujer peruana. *Acta Médica Peruana*. 1984; XI (1): 29
- 22 Hammond C. Women’s concerns with hormone replacement therapy – compliance issues.*Fertility and Sterility*. 1994; 62(Suppl. 2)Nº 6: 157S-160S.
- 23 Hammond C. y Maxson W. Terapéutica sustitutiva con estrógeno. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 1986; 2: 525-551.

- 24 Luoto R, Kaprio J, Reunanaen A, and Rutanen EM. Cardiovascular Morbidity in Relation to Ovarian Function After Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*. 1995; 85(4): 515-522.
- 25 Council on Scientific Affairs. Estrogen Replacement in the Menopause. *JAMA*. 1983, 249(3): 359-361.
- 26 Calderón R. Impacto cardiovascular del climaterio. *Ginecología y Obstetricia*. 1994; 40(1): 28- 30.
- 27 Schiff I, Regestein Q, Tulchinsky D, and Ryan K. Effects of Estrogens on Sleep and Psychological State of Hypogonadal Women. *JAMA*. 1979; 242(22): 2405-2407.
- 28 Thomson J, and Oswald I. Effect of oestrogen on the sleep, mood, and anxiety of menopausal women. *British Medical Journal*. 1977; 2: 1317-1319.
- 29 González O. La potencia relativa de los estrógenos y progestágenos utilizados en la hormonoterapia de reemplazo. En: González O. Editor. *Menopausia y Envejecimiento*. Editorial Atena. Chile. 1993: 199-217.
- 30 Wild R, Taylor L, and Knehans A. The gynecologist and the prevention of cardiovascular disease. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995; 172(1Pt1): 1-13.
- 31 MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Boletín Informativo: Salud Mujer. Ministerio de Salud. Lima, Julio 2001; 1 (1).
- 32 Fischer S. Tratamiento hormonal en la menopausia. *Bol Hospital Viña del Mar* 1989; 45: 49-42.
- 33 Gambacciani M, Spinetti A, De Simone L, et al. Las contribuciones relativas de la menopausia envejecimiento a la osteopenia vertebral postmenopausica. *Menopause digest* 1994; 62:157s-60s.
- 34 González O. La potencia relativa de los estrógenos y progestágenos utilizados en la hormonoterapia de reemplazo. En: González O. Editor. *Menopausia y Envejecimiento*. Editorial Atena. Chile. 2003: 199-217.
- 35 Hammond C. y Maxson W. Terapéutica sustitutiva con estrógeno. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 2006; 2: 525-551.
- 36 Haney AF. "Fisiología" del climaterio. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 1996; 2: 511-523.

X ANEXOS
FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FACTORES ASOCIADOS AL USO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO
HORMONAL EN PACIENTES POSTMENOPAUSICAS QUE SE ATIENDEN
EN EL HOSPITAL II DE MOLLENDO ESSALUD
CASOS () CONTROLES ()

I. DATOS GENERALES

1. Edad: ____ años.

2. Estado Civil:

- Casada (1)
- Soltera (2)
- Conviviente (3)
- Viuda (4)
- Otro _____.

3. Grado de Instrucción:

- Analfabeta. (1)
- Primaria (2)
- Secundaria (3)
- Técnica (4)
- Universitaria (5)

4. Ocupación:

- Ama de casa. (1)
- Independiente (2)
- Dependiente (3)
- Otro: _____.

II. ANTECEDENTES:

5.- G: ____ Paridad: ____ - ____ - ____ - ____.

6.- FUR: ____ - ____ - ____ Años.

7.-RC anterior:

- Normal(1)
- Hipomenorrea. (2)
- Polimenorrea(3)
- Oligomenorrea. (4)
- Hipermenorrea. (5)
- Amenorrea. (6)

8.- Antecedente Qx:

- Ninguno(1)
- Ooforectomía bilateral (2)
- Ooforectomía unilateral Edad: _____ años. (3)
- Histerectomía(4)
- BTB (5)
- Otro: _____

09. Hábitos nocivos:

- Ninguno(1)
- Tabaco (2)

- Alcohol(3)
- 10. Enfermedades previas:
 - Ninguna (1)
 - Endocrina(2)
 - Cardiovascular (3)
 - Inmunológica (4)
 - Otra:

III.-SINTOMATOLOGÍA MOTIVO DE CONSULTA

- Ninguno(1)
- Bochornos(2)
- Sudoración(3)
- Molestias premenstruales(4)
- Parestesias, hormigueos(5)
- Dispareunia(6)
- Sequedad vaginal(7)
- Disuria(8)
- Urgencia urinaria(9)
- Alteraciones menstruales(10)
- Ginecorragia(11)
- Prolapso genital(12)
- Palpitaciones(13)
- Retiro de regla(14)
- Precordalgia(15)
- Disnea(16)
- Dolor óseo, articular, muscular(17)
- Lumbalgia(18)
- Cefalea(19)
- Depresión (ánimo depresivo) (20)
- Otros.....

IV: EXAMENES

- PAP(1)
- Perfil lipídico(2)
- Ecografía transvaginal (3)
- Examen vaginal (4)
- Examen de mamas (5)
- Control de Presión Arterial (6)
- Otros:.....

