



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (3) : 186-191

Conocimiento y uso de la hormonoterapia de reemplazo entre mujeres climatéricas de clase media en Lima Metropolitana.

LUIS TÁVARA, DENISE sAcSA, NANCY MOLINA, KELVIN ESPINOZA, ROSARIO INGUIL

Resumen

OBJETIVO: Determinar el grado de conocimiento y uso de la HTR en las mujeres climatéricas y las razones que existen para no usarla. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio epidemiológico descriptivo, de corte transversal aplicado a 500 mujeres entre 45 y 65 años, de grado de instrucción media y superior de clase socioeconómica media-media y media-baja, a quienes se les aplicó una encuesta semiestructurada. **RESULTADOS.-** Las 500 entrevistadas fueron amas de casa, oficinistas, empresarias y profesionales. El 68,4% había hablado en algún momento con su médico acerca del climaterio y menopausia; 11,6% manifestó saber mucho de HTR, 75,6% expresó saber poco y 12, No dijo no saber nada. El médico ginecólogo fue el que mas información dio, mientras que los medios de comunicación social fueron mencionados en un 17,8%. Las tabletas y los inyectables fueron las formas de presentación más conocidas. De las mujeres que aceptaron conocer la HTR, 58% dijo que alivia la depresión o los cambios de ánimo, 52,8% los bochornos y 22% la sequedad vaginal; 51% dijo que protege contra la osteoporosis y 25% que previene el infarto miocárdico. Entre todas las encuestadas, sólo 19,6% usa actualmente HTR, 26,8% usó alguna vez y 53,6% nunca la utilizó. El tipo de Presentación más usado fue el inyectable (20,8%) seguido de la tableta (16,4%). Sólo 11,4% de las mujeres aceptó por sí misma decidir el inicio de la HTR y el tipo de presentación del producto. La gran mayoría de las mujeres que usó HTR mostró un buen grado de satisfacción con la terapia, pero más de la mitad no sabía el tiempo que podía usarla. Entre las que no usaron HTR, 55% dijo que podía pasarla bien sin ella. **CONCLUSIÓN.-** Las mujeres deben estar convenientemente informadas y educadas a través de una estrecha comunicación médico-paciente y de los programas de educación pública aún de que puedan tomar decisiones correctas sobre el uso de HTR.

Palabras clave: Climaterio y menopausia, conocimiento y uso de THR, hormonoterapia de reemplazo.

Summary

OBJECTIVE: To determine menopausal women's knowledge, use and reasons for not using HRT **MATERIAL AND METHODS:** Epidemiologic descriptive cross-sectional study through a semistructured questionnaire applied to 500 middle-class women 45 through 65-year-old, with high school or superior education. **RESULTS:** Women were either house wives, office workers, managers or professionals; 68,4% had sometime talked about climacteric and menopause with their doctor, 11,6% said they knew much about HRT 76,5% knew only little and 12,7% did not know about HRT Information was mainly given by gynecologists, and by social media in 17,8%. Tablets and injectables were presentations most frequently known. In women that knew about HRT 58% said it improved depression and mood, 52,8% hot-flushes, 22% vaginal dryness, 51% osteoporosis and 25% myocardial infarction. Only 19,6% currently used HRT 26,8% said they used it in the past and 53,6% had never used it. Parenteral estrogens were used by 20,8% and tablets by 16,4%; 11,4% started HRT without medical indication and most women on HRT said they were satisfied, although over half did not know how long to use it. Among non-users of HRT 55% said they could stay without it.

CONCLUSION: Women must be well informed about HRT through better doctor-patient communication and public education al programs in order to take correct decisions.

Key words: Climacteric and menopause, HRTI knowledge and use, hormonal replacement therapy.

Introducción

Ya nadie discute hoy en día los efectos beneficioso de la hormonoterapia de reemplazo (HTR) en el climaterio, puesto que a corto, mediano y largo plazo mejora calidad de vida¹. Los beneficios aceptados de la HTF tienen que ver con la reducción de síntoma vasomotores, urogenitales, factores de riesgo para la coronaria y prevención de la osteoporosis mientras que los beneficios probables están en relación con tratamiento de la



osteoporosis, reducción de la frecuencia de fracturas de muñeca, vértebras y cadera de dientes, enfermedad de Alzheimer osteoartritis, cáncer de colon, envejecimiento de la piel y cambios favorables en el estado de ánimo.

Los mecanismos que han sido propuestos para la cardioprotección estrogénica son las modificaciones en perfil lipídico, la activación del sistema fibrinolítico y los cambios en la hemodinámica vascular. Estos últimos resultan en primer lugar de la activación a nivel celular de la sintetasa del óxido nítrico (NO), para producir esta sustancia, reducir así el desarrollo de placas de ateroma y promover la vasodilatación y, en segundo lugar, los estrógenos producen relajación de las arterias coronarias por disminución de la vasoconstricción mediada por la acetilcolina, así como reducción de la contracción vascular por bloqueo de los canales de calcio, aumento de la producción de prostaciclina y reducción de la respuesta a la angiotensina II y endotelina 12,7.

Los estrógenos protegen la función cognitiva al promover el crecimiento de las neuronas e influir sobre el sistema de neurotransmisores y al reducir los niveles de apolipoproteína E y beta-amiloide en las placas seniles de la enfermedad de Alzheimer^{2,8,9}.

A pesar de los efectos beneficiosos conocidos, la HTR no es usada por todas las mujeres climatéricas que la necesitan. Hoy en día, la frecuencia de uso de la HTR varía desde 0,1% entre las climatéricas en Japón, hasta 25% en Alemania y Escandinavia y eventualmente 40% en algunos estados de la Unión Americana¹⁰.

Así como existen beneficios aceptados de la HTR, se ha descrito igualmente algunos riesgos establecidos, como la hiperplasia y cáncer de endometrio cuando se usa estrógenos sin oposición, y riesgos potenciales, como el cáncer de mama, la tromboflebitis venosa y la litiasis biliar, sólo cuando se usa terapia oral¹⁰⁻¹².

Antes de administrar HTR será necesario investigar muy claramente las contra indicaciones absolutas, que son cáncer de mama, trombosis activa, embarazo, enfermedad hepática activa y hemorragia vaginal de causa no determinada, y las contraindicaciones relativas, enfermedad hepática crónica, diabetes mellitus, endometriosis, historia de cáncer endometrial e, historia de tromboembolia o embolia pulmonar. A pesar de lo publicado acerca del riesgo del uso de hormonas en mujeres que fuman, se ha observado que las fumadoras que reciben HTR tienen iguales o menores tasas de infarto miocárdico que las no fumadoras que reciben estrógenos¹⁰.

El médico y la mujer climatérica deben saber que existen varios regímenes básicos para administrar HTR: estrógenos continuos solos, usados en las mujeres sin útero; estrógenos cíclicos + progestágenos secuenciales; estrógenos continuos + progestágenos secuenciales y estrógenos y progestágenos combinados continuos. Todos estos regímenes pueden ser administrados sea por vía oral, inyectables, parches, óvulos, cremas, geles^{10,11}.

Igualmente el médico debe conocer que la HTR puede tener algunos efectos adversos, como son molestias mamarias, cefalea, edema, cambios en el peso corporal, disconfort abdominal, cambios en el estado anímico, eritema e irritación local¹³.

A pesar de los buenos resultados obtenidos con HTR, nos preguntamos por qué las mujeres la usan poco?. Cabría adelantar como respuesta que están desinformadas de los beneficios a largo plazo, de las formas de administración disponibles en la actualidad y porque ignoran cuánto tiempo deben usarla. Por ello se planeó este trabajo, con los siguientes objetivos: 1) Determinar el grado de conocimiento sobre la HTR en las mujeres climatéricas, 2) Determinar la proporción de mujeres que usa HTR y 3) Razones existentes para no usarla.

Material y Métodos

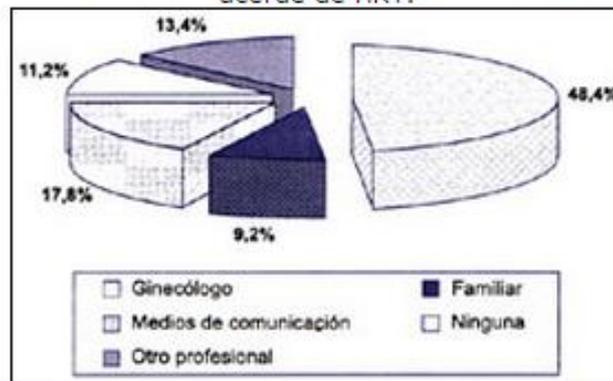
Se diseñó una investigación epidemiológica descriptiva de corte transversal, para lo cual se fijó de antemano una muestra de 500 mujeres cuyas edades están entre 45 y 65 años, de grado de instrucción media y superior y de clase socioeconómica media-media o media-baja.

A todas las mujeres incorporadas al estudio se les aplicó una encuesta semiestructurada, la que fue efectuada por personal profesional previamente entrenado se excluyó del estudio a aquellas mujeres que no quisieron ser entrevistadas. Las entrevistas fueron efectuadas entre julio y setiembre de 1997 y en cada caso se registró edad, grado de instrucción, ocupación, lugar de la entrevista, fecha de la última menstruación, etapa del climaterio, grado de información acerca del climaterio y menopausia, conocimiento de HTR y productos hormonales, conocimiento sobre los beneficios de la HTR, grado de uso y satisfacción lograda, persona que decide el inicio de la HTR y el producto a usar, razones por las que no usa HTR, persona que interviene para el no uso y finalmente el tiempo que se debe utilizar la HTR.

Los datos obtenidos fueron procesados y los presenta en forma de tablas y gráficos.



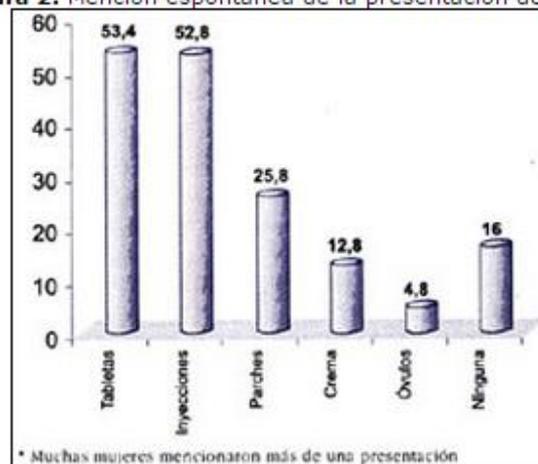
Figura 1. Fuente de información más importante acerca de HTR.



Resultados

El grupo de trabajo logró encuestar a 500 mujeres entre 45 y 65 años de edad, con una media de 52,7 años. Entre las entrevistadas estuvieron amas de casa, oficinistas, empresarias, profesionales, algunas(13) fueron profesionales de la salud, no médicas.

Figura 2. Mención espontánea de la presentación de HTR*



El 33,5% fue entrevistada en el hogar, en el centro de trabajo 20,8% y en otro lugar 45,6%, dentro del cual se sitúa la salida de los servicios religiosos, la salida de la consulta médica y al paso en la vía pública. El 70% correspondió a mujeres posmenopáusicas y el 30% a mujeres perimenopáusicas.

El 68,4% había hablado en algún momento con su médico acerca de la menopausia, mientras que 31,6% no lo había hecho. Cuatrocientos treintiséis mujeres aceptaron tener algún conocimiento sobre HTR, de las cuales 11,6% manifestó saber mucho, 75,6% expresó saber poco y el 12,8% dijo saber nada.

En la Figura 1 aparece la fuente de información más importante acerca de la HTR. Resalta el médico ginecólogo como el que mayormente provee de alguna información. Los medios de comunicación masiva, especialmente la TV tienen un peso de 17,8%, siguiendo en orden de frecuencia otros profesionales de la salud y familiares.

Las tabletas y los inyectables son las formas de presentación de HTR más conocidas por las mujeres; sólo 25,8% expresó conocer los parches y con menor frecuencia las cremas y óvulos (Figura 2). Entre las 436 mujeres que aceptaron conocer por lo menos algo sobre HTR, a la pregunta de qué molestias se alivian con esta medicación, lo más saltante en la respuesta fue la depresión o cambio de ánimo (58%), seguida de bochornos (52,8%) y sequedad vaginal (22%); el alivio de otros síntomas aparece en menor proporción (Tabla 1). En este mismo grupo se preguntó sobre la importancia de la HTR con relación a osteoporosis y al infarto miocárdico, obteniendo como respuesta que 51% sabe que protege a la mujer contra la osteoporosis y tan sólo 25% sabe de los efectos beneficiosos para prevenir el infarto (Figura 3).

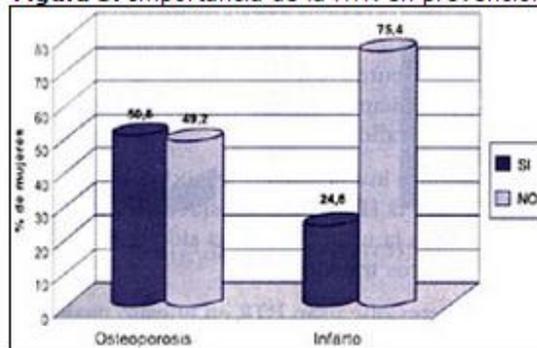


Tabla 1. Liberación de los síntomas con HTR (*)

| Síntoma | % |
|---------------------------------------|------|
| Depresión o cambio de ánimo | 58.0 |
| Bochornos | 52.8 |
| Sequedad vaginal | 22.0 |
| Ardor vulvovaginal | 12.6 |
| Sudoración nocturna | 11.6 |
| Dificultad en las relaciones sexuales | 8.8 |
| Otros síntomas | 19.8 |
| No responde o no sabe | 13.8 |

(*) Muchas mujeres mencionaron dos o más síntomas

Figura 3. Importancia de la HTR en prevención



Entre todas las entrevistadas, sólo 19,6% emplea actualmente HTR, el 26,8% usó alguna vez y la mayoría (53,6%); nunca la utilizó (Figura 4). El tipo de presentación del HTR más empleado fue el inyectable (20,8%), seguido de las tabletas (16,4%) y en menor proporción crema (7%), parches (2,8%) y óvulos (1,4%), en tanto 53,6% no usó alguno.

La Tabla 2 se resume las respuestas a la pregunta sobre quién debe decidir el inicio del HTR y el tipo de presentación del producto a usar. Destaca que sólo 11,4% de las mujeres acepto que son ellas las que deben decidir, mientras que las demás prefieren trasladar esta responsabilidad a otras personas.

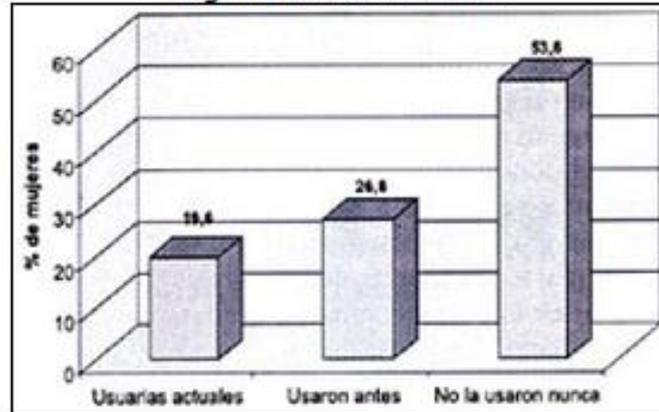
A las 232 mujeres usuarias o que habían usado HTR les preguntó cuál había sido su grado de satisfacción en una escala que va de 0 a 5, obteniéndose como respuesta que más del 85% calificó de 3 a 5, conforme aparece en la Figura 5. A estas mismas mujeres se les preguntó cuánto tiempo creían que debería usarse la HTR y casi la mitad (44,8%) aseguró no saberlo, mientras que 21,8% contestó que toda la vida; 7,6% más de 5 años, 7,6% entre 2 a 5 años, 8,8% hasta 1 año y el 9,8% no contestó.

Tabla 2. Persona que debe decidir el inicio y el tipo de presentación de la HTR

| Persona que debe decidir | Inicio de la HTR | Presentación del producto (%) |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------|
| Sólo mujer | 11.4% | 11.4% |
| La mujer y el médico | 36.0% | 34.4% |
| Sólo el médico | 47.0% | 51.4% |
| La mujer y su pareja o familiar | 5.0% | 2.8% |



Figura 4. Uso de la HTR

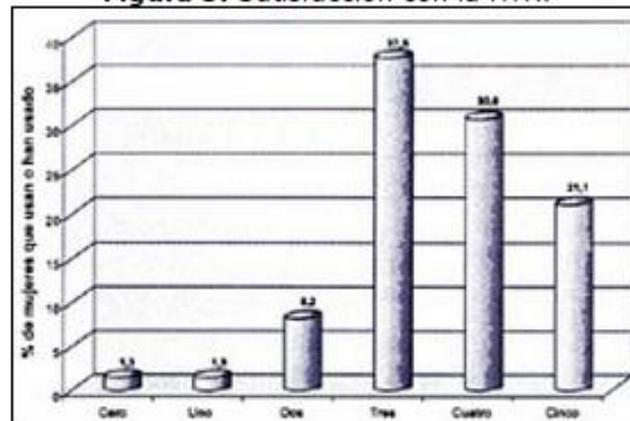


A las 268 que no usaron HTR se les preguntó las razones de su negativa, a lo que respondieron que pueden pasarla bien sin medicación (55,5%), temor al cáncer (18%), porque el tratamiento tiene efectos indeseables (7,8%), el médico no lo aprueba (7,8%), el esposo o familiar no lo aprueba (6,0%) o por que está contraindicada (5,0%). Finalmente, a la pregunta sobre quién debe decidir por el no uso de la HTR, 78,8% respondió que es la propia mujer.

Discusión

El presente estudio es una investigación epidemiológica descriptiva de corte transversal, que a través de una encuesta a 500 mujeres climatéricas de clase media intenta precisar el grado de conocimiento, uso y razones para no usar HTR.

Figura 5. Satisfacción con la HTR.



En la muestra estudiada se encontró que 68,4% de las mujeres había hablado, en algún momento con su médico acerca del climaterio y menopausia; sin embargo creemos que a pesar de esta afirmación, también encontrada en un informe europeo¹⁴, el grado de comunicación no fue lo suficientemente adecuado. Nuestros hallazgos contrastan con otras publicaciones nacionales en donde se encontró que las mujeres habían recibido información sólo entre 27 y 47%^{15,16}, tal vez por que los grupos poblacionales estudiados en estas dos investigaciones fueron de hospitales públicos en mujeres de nivel socioeconómico predominantemente pobre y de instrucción baja. Se sabe que el mejor nivel educacional mejora igualmente el nivel de información.

Sólo 12,8% de la muestra estudiada por nosotros aceptó no tener ningún grado de información sobre HTR, que contrasta con los dos estudios nacionales consultados^{15,16} y se acerca más a un estudio, europeo¹⁴. Sin embargo entre las que aceptaron tener conocimiento sobre HTR predominaron las que conocen poco (75,8%), proporción un poco mayor de lo encontrado en Europa.

Llama la atención que la fuente de información sobre HTR en este estudio haya sido el módico ginecólogo, lo que es diferente en los estudios nacionales, y es concordante con el reporte europeo⁴⁻¹⁶. Sólo 17,8% de las



encuestadas por nosotros recibió información a través de los medios de comunicación social, en donde destaca la televisión. A nuestro entender esta fuente tuvo poca significancia.

Para diferentes investigaciones, el grado de conocimiento acerca del alivio que produce la HTR sobre la sintomatología del climaterio se centra predominantemente en los síntomas vasomotores^{14,17,18}, que difiere de los estudios nacionales, incluyendo el nuestro, por cuanto lo que más valoran las mujeres peruanas son los síntomas relacionados con las alteraciones en la esfera psicológica^{15,16}. La diferencia con los estudios foráneos es más notoria cuando examinamos la importancia que le confieren a la HTR en la profilaxis de la osteoporosis y del infarto i-niocdrdico. En el presente estudio, 50,8% conocen que la HTR previene la osteoporosis Pero sólo 24,6% aceptaron saber que previene el infarto; sin embargo, en ambos casos este grado de conocimiento es mayor en otras comLinicaciones^{14,19,20}.

Menos del 20% de nuestras encuestadas estaba usando actualmente HTR y 27% la había dejado. Esta proporción es mayor que el 6% y el 19% de uso, encontrado a nivel nacional^{15,16}, pero es más baja cuando se compara con publicaciones de otros autores^{2,14,21}.

De acuerdo a la información recogida en nuestro estudio y en las publicaciones nacionales^{15,16}, las mujeres peruanas no aceptaron decidir por sí mismas el inicio de HTR ni la forma de uso del producto, prefirieron trasladar esta responsabilidad al médico e inclusive a los familiares. Tal vez esto se pueda explicar por el alto grado de dependencia y poco desarrollo de su autoestima.

En el estudio europeo consultado¹⁴, 88% de las mujeres quiere participar en esa decisión, aceptando al módico sólo en calidad de asesor.

De la presente investigación se pudo obtener sin lugar a dudas que la HTR causa satisfacción a las mujeres climatéricas que la usan, lo que ha sido igualmente demostrado en otros trabajos^{14,22}.

De las mujeres que usan HTR en nuestro medio, 45% no sabe cuanto tiempo utilizarla, por cuanto carecen de información al respecto, situación que no es muy diferente a la encontrada aún en países desarrollados¹⁴.

Entre las mujeres que no emplearon HTR, la primera explicación que salta a la vista es la percepción de que pueden pasarla bien sin tratamiento (55%), coincidente aunque en diferente proporción con los estudios nacionales. Estos últimos estudios agregan que las mujeres consideran que existen otros problemas de salud que atender^{15,16}.

Conforme hemos podido examinar en nuestra investigación y en otros estudios consultados, no obstante saberse de los beneficios de la HTR sobre la calidad de vida de las mujeres, lamentablemente no es usada en la magnitud que debiera esperarse. En esta paradoja tal vez tengan que ver las siguientes razones: temor al cáncer y los efectos colaterales, falta de entendimiento y de un seguimiento apropiado, falta de información exacta y adecuada por parte de los médicos y puede ser también por desinformación a través de los medios de comunicación social. Podemos, entonces, afirmar con otros autores^{2,14-16} que la mujer debe estar convenientemente informada y educada a través de una estrecha comunicación médico-paciente y de los programas de educación pública, a fin de que pueda tomar decisiones correctas sobre el uso de HTR.

Referencias bibliográficas.

1. Palacios S, Rodríguez A. Rutas de administración estrógenica. En: Palacios S. Climaterio y Menopausia, Fascículo 3. Madrid: MIRPAL 1993; 233-40.
1. 2.Calaf y Alsina J. Benefits of hormone replacement therapy (HRT). and update. Symposium: New directions and recent findings with HRT. XV World Congress of Obstetrics and Gynecology. Copenhagen; Aug 1997.
2. Nevitt MC et al. Estrogen replacement thetapy and risk of symptomatic osteoarthritis. Arch Intern Med 1996; 156: 2073-80.
3. 4.Dunn LB et al. Estrogen replacement therapy and skin aging. Arch Dermatol 997; 133: 339-42.
4. 5.Calle EE et al. Hormone replacement therapy may reduce risk of fatal colon cancer. J Natl Cancer Inst 1995; 87: 517-23.
5. 6.Grodstein F et al. Hormone replacement therapy and relative risk of major coronary heart disease. N Engl J Med 1996; 335: 453-61.
6. Cicinelli E et al. Nitric oxide (NO) metabolites before and 24 hours after transdemial ustiadiol administiation. Fertil Steril 1997; 67: 63-6.
7. Tang M et al. Oestrogen use frequency of Alzheimer's disease. Lancet 1996; 348: 429-32.
8. 9.Kawas C et al. Baltimore longitudinal study of aging. Neurology 1997; 48: 1517-21.
9. Hillard T. Evaluation and management of the HRT candidate. Symposium: New directions and recent findings with HRT. XV World Congress of Obstetrics and Gynecology, Copenhagen Aug 1997.
10. Jefferson L. Climaterio. En: Ludmir, Cervantes R, Castellano C. Ginecología y Obstetricia. Lima-Perú: CONCYTEC 1996, 1012-27.



11. Persson I et al. Relative risk for breast cancer. Data from Swedish cohort of 22,597 postmenopausal women. *Int J Cancer* 1996; 67: 327-32.
12. Rozenberg S. Continuous and sequential transdermal estrogen and progestogen versus sequential oral progestogen and transdermal estrogen: vasomotor symptoms, bleeding patterns and serum lipids. Symposium: New directions and recent findings with HRT. XV World Congress of Obstetrics and Gynecology. Copenhagen, Aug 1997
13. Schneider HPG. Cross-national study: women's use of HRT in Europe.; symposium New directions and recent findings with HRT. XV World Congress of Obstetrics and Gynecology. Copenhagen, Aug 1997.
14. Solsol G, Salvador J, Maradiegue E. Nivel de conocimiento y aceptación de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres mayores de 39 años. *Ginecol y Obstetr Perú* 1997; 43 (3): 196-201.
15. Pacheco J, Salvador J. Conocimiento y actitudes de la mujer peruana sobre climaterio y menopausia. *Ginecol y Obstetr Perú* 1997; 43(1): 33-8.
16. Von Muhlen DA. Community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas* 1995; 22: 71-8.
17. Haines C. The perception of the menopause and the climacteric among women in Hong Kong and Southern China. *Rev Med* 1995; 24: 245-8.
18. Lobo R, Sperof L. international consensus conference on postmenopausal hormone therapy and the cardiovascular system. *Fertil Steril* 1994; 62: 176S-180S.
19. Garten M. The climacteric, osteoporosis and hormone replacement, views of women aged 45-49. *Maturitas* 1995; 21: 7-15.
20. Sinclair H, Bond C, Taylor R. Hormone replacement therapy: a study of women's knowledge and attitudes. *Brit J General Practice* 1993; 43: 365-70.
21. Hammond C. Women's concerns with hormone replacement therapy, compliance issues. *Fertil Steril* 1994; 62: 157S-160S.