



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN ENFERMERAS DEL
CENTRO MEDICO LA RAZA

T E S I S D E P O S G R A D O

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA:

ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A:

DR. JUAN EDDY URIONA VILLARROEL

ASESORES:

DR. ARTURO ROBLES PARAMO

DR. RAUL ARIZA ANDRAGA



MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis Padres:

Por todo el amor, apoyo y confianza que siempre me brindaron.

Para mi esposa Graciela:

Por brindarme su compañía, amor, respeto y apoyo en los momentos más difíciles de mi vida.

Para mi hija Ana Paola:

Por darme la alegría de ser padre.

Para mis hermanas:

Por todo el cariño y apoyo incondicional.

Para mis maestros:

Por su enseñanza y muestras de aprecio a mi persona.

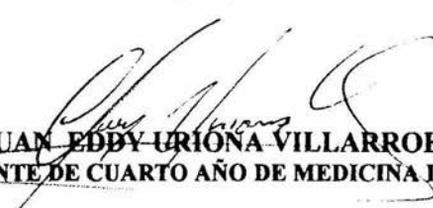
HOJA DE FIRMAS


DR JESÚS ARENAS OSUNA
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

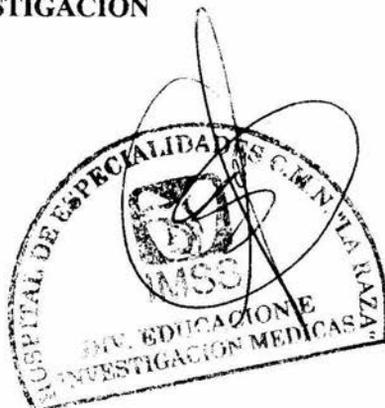
RAUL ARIZA ANDRACA

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE MEDICINA INTERNA
JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HECMNR


DR ARTURO ROBLES PARAMO
ASESOR DE TESIS
JEFE DE LA DIVISIÓN PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS PARA LA
SALUD


JUAN EDDY URIONA VILLARROEL
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE MEDICINA INTERNA

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
0110162



INDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	1
ANTECEDENTES	2-7
MATERIAL Y METODOS.....	8
RESULTADOS.....	9 - 11
CONCLUSIONES.....	12
DISCUSIÓN.....	13-14
BIBLIOGRAFÍA.....	15-16
GRAFICAS.....	17 - 23
TABLAS	24 - 27
ANEXOS.....	28-30

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN ENFERMERAS DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

OBJETIVO:

Identificar las características del uso de terapia de reemplazo hormonal en enfermeras posmenopáusicas del Centro Médico La Raza.

MATERIAL Y METODOS:

Se incluyeron a la enfermeras posmenopáusicas del Centro Médico La Raza por muestreo consecutivo entre febrero del 2002 a febrero del 2003 que utilicen o no terapia de reemplazo hormonal sustitutivo y se excluyeron a las enfermeras, que estuvieran de vacaciones o de incapacidad al momento de realizar la encuesta.

RESULTADOS:

Se entrevisto a 634 enfermeras, 102, (16%), posmenopáusicas y se les aplico un cuestionario sobre uso de terapia de reemplazo hormonal; de estas 28, (27.4%) con terapia previa ó actual de reemplazo hormonal

De 102 enfermeras posmenopáusicas 74, (72.54%) no recibieron terapia de reemplazo hormonal, 47, (63.5%) asintomáticas, 2, (2.7%) por prescripción médica, 18, (24.3%) por miedo al cáncer de mama, 4, (5.4%) por miomatosis uterina, 1, (1.3%) cáncer de ovario, 2, (2.7%) tromboflebitis.

De las 28 enfermeras 21, (75%) permanecen con terapia de reemplazo hormonal 7, (25%) suspendieron 3, (10.7%) por decisión propia, 1, (3.5%) tromboembolia pulmonar, 2, (7.1%) miomatosis uterina, 1, (3.5%) por tromboflebitis.

De las 21 que reciben TRH 13 (61.9%) utilizan estrógenos combinados con progestágenos, 3, (14.2%) utilizan fitoestrógenos, 1 utilizo previamente estrógenos combinados y 5, (23.8%) utilizan solo estrógenos.

De las 28 enfermeras 12, (42.8%) son enfermeras jefas de piso, 6, (21.4%) son enfermeras auxiliares, 2, (7.14%) enfermeras especialistas y 8, (28.5%) son enfermeras generales..

De las 28 enfermeras 18, (64.2%) lo utilizaron por climaterio, 9, (32.14%) posquirúrgico con ooforectomia bilateral y 1, (3.5%) por osteoporosis.

CONCLUSIONES:

El uso de terapia de reemplazo hormonal es bajo en enfermeras , es más frecuente en personal de enfermería especializado ya sean jefas de piso o enfermeras especialistas y practicamente cursaron sin complicaciones. Con resultados similares a lo reportado en la literatura mundial

HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN NURSES OF LA RAZA MEDICAL CENTER

OBJECTIVES:

Identify the characteristics the using of hormone replacement therapy in nurses of La Raza Medical Center.

MATERIAL AND METHODS:

We recruited postmenopausal nurses of La Raza Medical Center for consecutive samples, between February 2002 to February 2003, that were using or not of the hormone replacement therapy, and excluded the nurses on holiday, or incapacity at the moment to realize the interview.

RESULTS:

We included 634 nurses, only 102, (16%) were postmenopausal, and we applied a questionnaire about using of hormone replacement therapy to 28, (27.4%) postmenopausal nurses with used or actually use of hormone replacement therapy.

About 102 postmenopausal nurses; 74 (72.54%) never use hormone replacement therapy because 47 (63.5%) were asymptomatic, 2, (2.7%) for medical prescription, 18 (24.3%) for breast cancer fear, 4, (5.4%) for uterus fibroids; 1, (1.3%) ovarian cancer, 2, (2.7%) thrombophlebitis.

Of 28 nurses only 21 (75%) continue with hormone replacement therapy and 7, (25%) discontinue, because 3 (10.7%) for own decision, 1, (3.5%) pulmonary embolism, 2, (7.1%) uterus fibroids; 1, (1.3%) thrombophlebitis.

21 with hormone replacement therapy, 13 (61.9%) use conjugated estrogen with progestogen; 3, (14.2%) use phytoestrogens, one of these used previously conjugated estrogen; and 5, (23.8%) use only estrogen.

Of the 28 nurses 12; (42.8%) are chief nurses; 6, (21.4%) are auxiliary nurses; 2, (7.14%) are nurses specialist and 8, (28.5%) are general nurses.

Of the postmenopausal nurses 18, (64.2%) use for menopausal symptoms; 9 (32.14%) because the ovaries have been removed by surgery; and 1 (3.5%) for osteoporosis.

CONCLUSIONS:

The use of hormone replacement therapy is down in postmenopausal nurses of La Raza Medical Center, and is more frequent in nurse personal specialist or nurse chief and practically don't have complications, and the result are similar to report in the International literature.

Palabras Clave:**TRH:** Terapia de Reemplazo Hormonal.**DMO:** Densidad Mineral Ósea**OMS:** Organización Mundial de la Salud**WHI:** Women's Health Initiative**MORE:** Múltiple Outcome of Raloxifene Evaluation**HERS:** Heart and Estrogen / Progestin Replacement Study.**SERM's:** Moduladores Selectivos de los Receptores de estrógenos**STARS:** Estudio de Raloxifeno y Tamoxifeno

ANTECEDENTES:

Debido a que existe controversia en el uso de terapia de reemplazo hormonal por las múltiples ventajas que ofrece, cuando esta debidamente indicada, o desventajas que puedan presentar si no esta indicada adecuadamente, su utilización como terapia estándar en mujeres posmenopáusicas o que por diversos motivos no tienen una función ovárica adecuada es motivo de discusión permanente (1)

El uso de la terapia de reemplazo hormonal tiene sus inicios en el siglo XIX, cuando extractos gonadales fueron usados para mejorar la vitalidad y calidad de salud; En 1940 Wyeth introdujo el Premarin, "estrógenos combinados" al mercado para todas aquellas mujeres que tuvieran síntomas propios de la menopausia con sequedad vaginal, bochornos y otros.(2)

En 1966 Robert Wilson publicó su libro "Mujeres por siempre" donde describió tanto la perimenopausia como la menopausia, quien recomendaba los estrógenos para mantener a la mujer asintomático.(2)

En 1976 varios estudios demostraron un incremento de 9 veces el riesgo de padecer cáncer de endometrio en aquellas mujeres posmenopáusicas que tomaban estrógenos, por lo que tuvo que añadirse progestágenos ya que esto le confería protección para evitar hiperplasia de endometrio que era un precursor del cáncer de endometrio, con lo que nació la denominación de terapia de reemplazo hormonal eliminado el termino de terapia de reemplazo estrógeno. (2)

El promedio de edad de inicio de la menopausia es a los 50.8 años en las mujeres mexicanas.

El promedio de vida ha aumentado en los últimos años y se cree que posterior a la menopausia las mujeres viven 30 años más y en esta etapa deben tener una calidad de vida adecuada, que puede ser brindada, en parte, por una terapia de reemplazo hormonal adecuada, y por una selección de la misma en forma individual de acuerdo a las necesidades de cada una de ellas. (1)

Como se sabe, este período de vida va acompañada de un incremento en las enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, osteoporosis, cáncer, enfermedades renales y reumatológicas, pérdida de las funciones mentales, además de que se incrementa el riesgo de desarrollar cáncer en cualquier parte del organismo humano. (3)

Habitualmente se prescribe la terapia de reemplazo hormonal cuando la paciente presenta síntomas vasomotores: Bochornos y cambios propios del climaterio, pero existen otras indicaciones aún más importantes. (1)

En la actualidad es necesario realizar una evaluación de la utilización de esta terapia ya que proporciona beneficios como protector del riesgo cardiovascular y de la osteoporosis pero con aumento potencial de los riesgos de cáncer de mama o de endometrio así como riesgo de trombosis venosa. (5)

En países como Estados Unidos aproximadamente el 38% de las mujeres posmenopáusicas utilizan terapia de reemplazo hormonal. (1)

Para valorar beneficios contra efectos colaterales se han realizado una serie de estudios a largo plazo como HERS, (1998), (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) (2), fue el primer estudio aleatorizado a largo con 2763 mujeres que fueron aleatorizadas en dos

grupos uno que recibía estrógenos equinos 0.625 Mg. y medroxiprogesterona 2.5mgs y el otro placebo; A 4 años encontrándose que en el grupo de tratamiento con estrógenos combinados con progestágenos, se incremento en un 50% el número de nuevos eventos coronarios, por lo que el papel de protección cardiaca primaria fue puesto en duda; Por lo que se realizaron nuevos estudios como el WHI (Women's Health Initiative), (16) que es un estudio que realizó una preselección de pacientes desde el año 1993 -1998 participando 16.608 mujeres de las cuales 8506 se asignaron al grupo de estrógenos combinados con estrógenos y 8102 al grupo placebo, se desarrollo en 14 países para valorar el efecto de terapia de reemplazo hormonal a largo plazo en mujeres posmenopáusicas, los resultados finales estaban previstos para el año 2012, pero tuvieron que ser suspendidos por los resultados preliminares que presentaron, en mujeres con uso de estrógenos combinados y con útero donde los riesgos eran mayores que los beneficios en la utilización de la terapia de reemplazo hormonal a nivel sistémico. (4)

La incidencia de terapia de reemplazo hormonal en mujeres de origen latino en Estados Unidos es del 16%, siendo de los más bajos comparados con otros grupos étnicos; El porcentaje de uso de TRH es el siguiente 22% en mujeres premenopáusicas, del 33% en mujeres posmenopáusicas y del 6% en aquellas mujeres que han pasado los 65 años; siendo el promedio de uso de TRH de un año. (2)

Comentaremos a continuación su efecto a nivel de diversos sistemas:

Según los beneficios o riesgos que ésta produce y la incertidumbre entre sus efectos benéficos contra los riesgos.

BENEFICIO COMPROBADO:

Síntomas de menopausia.- En los Estados Unidos entre el 50 a 80% de las mujeres al iniciar la menopausia presentan síntomas como rubor, sudoración nocturna, sequedad de mucosas, dispareunia, insomnio, irritabilidad, depresión, cefalea, debilidad dolor muscular y articular, palpitaciones, incontinencia urinaria e infecciones urinarias. (1)

Existe fuerte evidencia, incluyendo ensayos clínicos controlados, de que la terapia con estrógenos es altamente efectiva para suprimir los síntomas vasomotores y los síntomas urinarios. (1)

Se han observado efectos similares con los fitoestrógenos, cabe recalcar la utilización de estos sólo para los síntomas vasomotores, sin que tengan efectos a nivel sistémico como sería el tejido óseo. (1)

Se sabe además que en la menopausia existen no sólo cambios orgánicos, sino que además, existen alteraciones en el aspecto psicológico y emocional como: ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, pérdida del deseo sexual, pérdida de la concentración y pérdida progresiva de la memoria, habitualmente estos cambios son considerados como fisiológicos y se reconoce actualmente que el uso de terapia de reemplazo hormonal en forma adecuada puede reducir drásticamente esta sintomatología. (5)

Si se considera a la menopausia como un ciclo más de la vida y su presentación es variable de una mujer a otra, se deberá valorar la utilización del uso de terapia de reemplazo hormonal en forma individual.

El tratamiento es diferente si además la paciente está histerectomizada o no. En caso de que la paciente tenga útero es necesaria la utilización combinada de progestágenos (6)

La eficacia de los estrógenos vaginales es similar a los estrógenos orales o transdérmicos.

Uso en la osteoporosis.- Se sabe que la osteoporosis es una enfermedad caracterizada por pérdida de la masa ósea tanto en cantidad como calidad con un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo lo que aumenta su fragilidad y favorece la incidencia de fracturas. (7)

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció la medición de la densidad mineral ósea (DMO), para el diagnóstico de osteoporosis, se considera como normal a una DMO entre -1 y $+1$ desviaciones estándar (DS), osteopenia cuando existe una DMO entre -1 y -2.5 DS, y osteoporosis cuando esta es de -2.5 DS en adelante, es decir 2.5 DS por debajo de lo normal y se considera osteoporosis severa cuando se acompaña de fractura, atribuible a fragilidad ósea. (6)

La osteoporosis puede clasificarse como primaria o secundaria, la primaria puede afectar uno u otro género en cualquier etapa de la vida, pero a menudo ocurre tras la menopausia, es en este tipo de osteoporosis donde la terapia de reemplazo hormonal juega un papel muy importante, se ha observado que los estrógenos inhiben la pérdida ósea en las mujeres menopáusicas. (8)

Los estudios observacionales en un principio demostraron que los estrógenos reducen el riesgo de fractura vertebral aproximadamente en un 50% y en la cadera en un 25 a 30%, la diferencia entre el uso de estrógenos produce una disminución de fracturas de cadera de 574 a 402 por 100,000 habitantes año. En mujeres de 65 años que tomaron en forma permanente estrógenos, el riesgo de fractura se reduce entre un 57 a 69%, y en mujeres de 65 años que suspendieron la terapia de reemplazo hormonal el riesgo de fractura se reduce a un 23% y en mujeres de 75 a 85 años hasta en un 73%. (1)

Desafortunadamente, los estudios posteriores mostraron que si existen beneficios pero no en la magnitud previamente comentada y el efecto de la terapia de reemplazo hormonal es limitado, los estrógenos no favorecen la formación ósea pero si favorecen la disminución en la resorción ósea, por lo que se cree que el riesgo de fractura disminuye entre un 25 a 50% en forma global. (6)

El estudio (HERS I), (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) (2), en 4 años no encontró reducción en el número de fracturas.

Estudios a largo plazo como el WHI (Women's Health Initiative), (4) reportan una disminución del riesgo de fracturas por osteoporosis del 23 % y una disminución total de fracturas de 24%. (4)

Estudios como MORE (Multiple outcome of Raloxifene Evaluation) (13), que se realizó en 7705 mujeres con osteoporosis tuvieron una reducción entre un 30 a 50% de reducción en la incidencia de fracturas vertebrales, con o sin fracturas previas, pero no hubo cambios en las fracturas no vertebrales.

Aparentemente la tibolona un esteroide sintético que actúa sobre los estrógenos y progestágenos, además de los receptores de andrógenos. Podría prevenir pérdida de masa ósea en las mujeres tanto en fases tempranas o tardías de la menopausia, aún faltan estudios a largo plazo para confirmar estos datos iniciales. (9)

Pero tanto los moduladores selectivos de receptores de estrógeno como el raloxifeno y la tibolona son opciones en aquellas mujeres que no puedan utilizar estrógenos solos o combinados con progestágenos.(9)

RIESGOS COMPROBADOS:

Cáncer de Endometrio.- Más de 30 estudios observacionales sugieren que el uso prolongado de estrógenos sin progestágenos incrementa el riesgo de cáncer de endometrio hasta en un 8 a 10%, lo que resulta en un exceso de 46 casos por 100,000 habitantes por mas de 10 años. (3), (1)

En estudios de mujeres posmenopáusicas bajo terapia estrógenica sólo se mostró que existía: hiperplasia endometrial atípica, lesión pre-maligna en un 24% de las mujeres y cáncer de endometrio.(1)

Lo que se estudia actualmente es si se puede revertir el efecto de los estrógenos con progestágenos para evitar el cáncer de endometrio.(10)

El estudio de WHI, (Women's Health Initiative), (4) no menciona cambios en la incidencia del cáncer de endometrio.

Tromboembolismo venoso.- Los estudios observacionales mostraron que el uso de estrógenos incrementa el riesgo de tromboembolismo venoso de 2 a 3.5 veces más en comparación con mujeres que no utilizan dicho tratamiento, por lo que en las mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal que deban ser sometidas a procedimientos quirúrgicos es necesario suspender el tratamiento 4 a 6 semanas previas a la cirugía, más aún si tienen antecedentes de éstasis venosa previa y son mayores de 50 años, ya que esta última incrementa notoriamente el riesgo de tromboembolismo venoso. (11)

El estudio HERS demostró un incremento de 2.7 veces de eventos tromboembólicos en mujeres que recibían estrógenos combinados con progestágenos. (11), (1)

Debido a que en mujeres de más de 50 años el tromboembolismo venoso idiopático es frecuente, no se puede establecer de manera absoluta el porcentaje exacto del efecto de los estrógenos.

Se cree que incrementan el riesgo en 20 por cada 100,000 habitantes. (11), (1)

El estudio WHI(Women's Health Initiative), (4) menciona un incremento de 2 veces de presentar trombosis venosa profunda. (4)

Cáncer de mama.- Se ha comentado mucho al respecto y los últimos estudios indican que el riesgo de cáncer de mama esta intimamente relacionado con el uso de estrógenos. (12)

El equipo (The Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer) Realizó un metaanálisis de 51 estudios de casos y controles, estudios de cohorte que incluía a mas de 52,000 mujeres con cáncer de mama alrededor del mundo no se encontró un riesgo importante en usuarias durante menos de 5 años, pero en aquellas que lo utilizaron por más de 5 años el riesgo se incremento hasta en un 35%.(2), (1).

Los últimos estudios han mostrado que el riesgo de terapia combinada sería mayor que el de los estrógenos solos. (12)

Por lo que surge el uso de medicamentos SERMs (Moduladores selectivos de receptores de estrógenos) como el raloxifeno y previamente el tamoxifeno, en los cuales se ha mostrado su utilidad. En estudios como el STARS (Estudio de raloxifeno y Tamoxifeno), que en 5

años comparan ambos agentes en más de 22.000 mujeres en 300 sitios diferentes se mostró una reducción importante del cáncer de mama. (12)

El grupo nacional de cirugía contra el cáncer de mama e intestino (NSAABP) (The National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project), comparó profilácticamente tamoxifeno contra placebo y encontró a 5 años que en el grupo con tamoxifeno el riesgo de cáncer invasivo disminuyó en un 49%, por lo que recomiendan que en aquellas mujeres con alto riesgo se inicien medidas como la quimioprevención y se insista en un diagnóstico temprano ya sea con mastografía, ultrasonido o resonancia magnética, marcadores tumorales y en caso de diagnóstico de cáncer de mama la realización de cirugía en forma inmediata, acompañada de cambios en el estilo de vida como evitar el alcoholismo y tabaquismo, medidas como estas disminuirán la morbi-mortalidad de este padecimiento tan frecuente. (13) (20)

El estudio de WHI (Women's Health Initiative), (2), Mencionan en forma alarmante el riesgo de cáncer de mama con un incremento de 26% siendo 8 veces mayor el riesgo, comparada en la población que no utiliza estrógenos combinados con progestágenos (14) (2)

PROBABLE INCREMENTO DE RIESGO.-

Litiasis biliar.- Varios estudios observacionales (HERS I Y HERS II), (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) (2), mostraron que existe un incremento entre 2 a 3 veces más en mujeres posmenopáusicas que toman estrógenos con relación a las mujeres que no toman estrógenos,

El estudio HERS I demostró un incremento del 28% de riesgo litiasis biliar. (1)

INCERTIDUMBRE DEL RIESGO BENEFICIO:

Sistema cardiovascular.- Mucho del entusiasmo del uso de la terapia de reemplazo hormonal se debe a sus supuestos beneficios como cardioprotectores, más de 40 estudios observacionales en las pasadas tres décadas sugerían que la mujer que tomaba estrógenos tenía entre un 35 a 50% menor riesgo de eventos cardiovasculares en comparación con las mujeres que no los tomaban, supuestamente estos efectos se debían a que los estrógenos reducían las proteínas de baja densidad entre un 10 y 14% e incrementaban las proteínas de alta densidad entre un 7 a 8% lo cual contribuiría a disminuir el riesgo cardiovascular. (1)

Además, mostraron disminuir los niveles de lipoproteína a (Lpa), así como la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad, favoreciendo de esta manera la integridad del endotelio vascular, evitaban el incremento del fibrinógeno y del inhibidor de plasminógeno tipo 1 por lo tanto se evitaba el desarrollo de aterosclerosis y se disminuía el riesgo cardiovascular. (2)

Los estudios hechos con estrógenos en mujeres con enfermedad coronaria mostraron que los beneficios ya comentados no se presentan en mujeres con enfermedad coronaria subyacente ya establecida. (15)

El primer estudio de prevención secundaria de riesgo cardiovascular utilizando terapia de reemplazo hormonal (estrógenos combinados con progestágenos), sobre el riesgo cardiovascular con evaluación de las causas de muerte por enfermedad coronaria e infarto de miocardio no fatal en 2763 mujeres comparada con placebo, se conoce como estudio

HERS. En dicho estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. (2)

En el estudio de Herrington que valora el efecto de la terapia de reemplazo con estrógenos en la progresión de aterosclerosis de las arterias coronarias, tanto con estrógenos solos o combinados con progestágenos contra placebo para valorar el desarrollo de aterosclerosis. Los resultados sugieren que los estrógenos solos o combinados con progestágenos no influyeron en la progresión de la aterosclerosis coronaria, valorada mediante estudios angiográficos. (16)

Los informes preliminares del estudio PAPWORTH(1) de terapia de reemplazo hormonal y aterosclerosis que evalúa el estradiol transdérmico o combinado con noretidronato no mostraron beneficios cardiovasculares y posiblemente lo que exista sea un leve incremento de la tasa de eventos cardiovasculares durante los dos primeros años del estudio con mayor morbi-mortalidad. (1)

El estudio de WHI(Women's Health Initiative), (4) demostró el riesgo de enfermedades cardiovasculares demostrando que el uso de estrógenos combinados con estrógenos, incrementa un 29 % el riesgo de cardiopatía isquémica, siendo más frecuente la presencia de infartos de miocardio no fatales, incrementando los infartos cerebrales en 41%, siendo más frecuentes los eventos no fatales, un aumento dos veces mayor de tromboembolismo venoso y de 8 veces el riesgo de tromboembolia pulmonar, con un riesgo total de enfermedad cardiovascular del 22%

Al momento se cree que este incremento está relacionado con el uso de progestágenos, por lo que se viene realizando un grupo de estudio con estrógenos solos en 10739 mujeres hysterectomizadas que estará listo para el 2005. (4)

Cáncer Colorrectal.- Los estudios observacionales sugieren que el uso de terapia de reemplazo hormonal reduce el riesgo de cáncer colorrectal. Un metaanálisis refiere una reducción del 33% en el cáncer de colon y reducción del 6% en el cáncer colorrectal. (1)

Uno de los más importantes resultados que arrojó el estudio de WHI, (Women's Health Initiative), (4) fue la disminución del cáncer colorrectal en un 37% disminuyendo 6 veces el riesgo comparada con la población que no utiliza terapia de reemplazo hormonal con estrógenos combinados con progestágenos.(4) (22)

Disfunción Cognoscitiva.- A pesar de que un número considerable de estudios observacionales han sugerido que el Alzheimer's se desarrolla en forma menos frecuente en mujeres menopáusicas que reciben terapia de reemplazo hormonal, esta hipótesis está siendo actualmente muy estudiada (18)

Existen diversos estudios como el WHI (The Women's Health Initiative), que comenta que el beneficio deberá ser valorado con estudios más específicos y a largo plazo (4)

Por lo tanto, existe mucho por ser dilucidado en los riesgos y beneficios de la terapia de reemplazo hormonal a nivel sistémico, por lo que este tratamiento sigue siendo un reto. (1)

Ante la evidencia de nuevos estudios siempre que se utilice el tratamiento de reemplazo hormonal se deberá valorar la relación riesgo / beneficio. (4)

Nuevos estudios comentan el rol protector de los estrógenos contra la esquizofrenia, más específicamente el efecto neuroprotector del estradiol 17 beta, requieren estudios a largo plazo. (18) (19)

MATERIAL Y METODOS:

Se tomo en cuenta a la población de enfermeras del centro Medico La Raza que abarca a los hospitales de Especialidades, Infectología, General de La Raza y de Ginecología y Obstetricia.

Desde Enero del 2002 a Enero del 2003. Se incluyeron a las enfermeras posmenopáusicas por muestreo consecutivo que utilizen o no terapia de reemplazo hormonal sustitutivo y se excluyeron a las enfermeras, que estuvieran de vacaciones o de incapacidad al momento de realizar la encuesta.

Aplicándoseles una encuesta a las no menopausicas y un cuestionario sobre uso de terapia de reemplazo hormonal a las posmenopáusicas.

Se considero como adherencia a TX a la ingesta continua de la terapia de reemplazo hormonal con un tiempo de suspensión menor a los 2 meses.

RESULTADOS:

Se entrevistaron a 634 enfermeras que pertenecían al complejo hospitalario La Raza de las cuales 559, (88%) mencionaron no recibir ningún adiestramiento sobre la terapia de reemplazo hormonal y solo 75, (12%) si refieren haber recibido algún adiestramiento sobre terapia de reemplazo hormonal en el IMSS o fuera del mismo.

De 634 enfermeras entrevistadas 102 se encontraban en la menopausia (16%) contra 532 (84%) no menopausicas.

De las 102 enfermeras solo 28, (27.4%) recibieron o reciben TRH. ; 74, (72.54%) no reciben o recibieron TRH. El motivo de no utilización de la TRH fue la siguiente: 47, (63.5) asintomáticas, 2, (2.7%) por prescripción médica, 18, (24.3%) por miedo al cáncer de mama, 4, (5.4%) por miomatosis uterina, 1, (1.3%) cáncer de ovario, 2, (2.7%) tromboflebitis.

En cuanto a la categoría laboral de las entrevistadas, de las 28 enfermeras 12 (42.8%) son enfermeras jefas de piso, 6 (21.4%) son enfermeras auxiliares, 2 (7.14%) enfermeras especialistas y 8 (28.5%) son auxiliares de enfermería.

De las 28 enfermeras 18(64.2%) lo utilizaron por climaterio, 9 (32.14%) posquirúrgico con ooforectomía bilateral y 1(3.5%) por osteoporosis.

De las 28 enfermeras 21, (75%) permanecen con terapia de reemplazo hormonal 7, (25%) suspendieron 3, (10.7%) por decisión propia, 1 (3.5%) por tromboembolia pulmonar, 2, (7.1%) por miomatosis uterina 1, (3.5%) por tromboflebitis.

De las 21 enfermeras que permanecen en TRH 13, (61.9%) por climaterio, 7 (33.3%) posquirúrgico, de estas 3 pacientes con ooforectomía bilateral; 1 por osteoporosis (4.7%)

De las 21 enfermeras 13 utilizan estrógenos combinados con progestagenos (61.9%) que corresponden a 11 pacientes con climaterio, 1 por osteoporosis y 1 enfermera a pesar de la histerectomía, 5, (23.8%) refieren estrógenos solos que corresponden al grupo de histerectomizadas y 3 (14.2%) con fitoestrogenos; 2 del grupo de climaterio y 1 del grupo de histerectomizadas.

Los datos a continuación son del grupo de 21 pacientes con terapia de reemplazo hormonal

GRUPO ETAREO:

El grupo de edad fue de 39 a 62 años con una edad media de 47 años.

NIVEL DE EDUCACIÓN:

De las 21 enfermeras en TRH; 9 (42.8%) jefas de piso; 4 (19%) (Dato no concordante y repetido) enfermeras auxiliares; 2 (9.5%) enfermeras especialistas; 6 (28.5%) enfermeras generales.

HABITO ALCOHOLICO

De las 21 enfermeras con TRH; 16 (76.1%) sin hábito alcohólico; 3, (14.2%) refieren ingesta ocasional por un periodo de mas de 10 años, 2, (9.5%) ingesta ocasional por un periodo menor de 10 años.

ACTIVIDAD FÍSICA.

De las 21 enfermeras con TRH; 10 (47.6%) se refieren sedentarias; 8, (38%) refieren caminata cada 24 a 48 hrs entre 30 a 60 minutos 3 (14.2%) refiere practicar yoga.

TABAQUISMO

De las 21 enfermeras con TRH; 14 (66.6%) sin habito tabaquico, 4 (19%) refieren consumo entre 1-10 cigarrillos diarios por mas de 20 años, 3 (14.2%) consumo entre 1- 10 cigarrillos por menos de 10 años.

INDICE MASA CORPORAL:

De las 21 enfermeras con TRH; Entre un IMC de 21-24 se encontraron 6 (28.5%), entre 25-27 IMC; se encontraron 4 (19%); entre un IMC de 28-31, se encontraron 6 (28.5%); y con un IMC mayor de 32 se encontraron 5 (23.8%)

METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

De las 21 enfermeras con TRH; 6 (28.5) No utilizaron métodos de planificación familiar, 8 ((38%) utilizaron dispositivo intrauterino, 4 (19%) utilizaron anticonceptivos orales 5 (23.8%) salpingoclasia, de estos 6 (28.5%), combinaron métodos.

COMPLICACIONES DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL:

De las 21 que utilizan terapia 14 (66.6%), se refieren asintomáticas, 3 (14.2%) refieren persistencia de síntomas de climaterio, (rubor, sudoración nocturna, sequedad de mucosas, dispareunia, insomnio, irritabilidad, depresión, cefalea, debilidad dolor muscular y articular, palpitaciones, incontinencia urinaria e infecciones urinarias), 2 (9.5%) refieren dolor en fosa pélvicas, 1, (4.7%) dolor en miembros inferiores 1(4.7%) refiere ganancia de peso.

DIAGNOSTICOS CONCOMITANTES:

De las 21 que utilizan terapia; 11 (53.3%) no tiene otro diagnostico, 4 (19%) hipertensión arterial sistémica; 2 (9.5%) diabetes mellitus 2; 2 (9.5%) osteoporosis; 1(4.7%) insuficiencia arterial crónica 1 (4.7%) hipotiroidismo.

TIEMPO DE UTILIZACIÓN DE LA TRH.

De las 21 que utilizan terapia; Tiempo menor a 6 meses 2 (9.5%); entre 6 meses y dos años 3 (14.2%); entre 2 y 5 años 6 (28.5%); entre 5-10 años 7 (33.3); y más de 10 años 3 (14.2%)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

De las 21 que utilizan terapia; 10 (47.6%) Refieren buena adherencia al tratamiento, 6, (28.5%) refieren regular adherencia a su tratamiento y 5 (23.8%) mencionan mala adherencia terapéutica.

CONTROL DE LA TRH:

De las 21 que utilizan terapia; 13 (61.9%) refieren un control adecuado; 8 (38.1%) no refieren buen control y de ellas 5 (23.8%) acuden con médico particular.

ULTRASONIDO PÉLVICO DE CONTROL:

De las 21 que utilizan terapia; 7 (33.3%) nunca se realiza ultrasonido de control; 14 (66.6%) Se realiza ultrasonido de control, de estos a 2 (9.5%) se les detecto miomatosis uterina y a 1 (4.7%) se le detecto quiste de ovario.

MASTOGRAFIA DE CONTROL:

De las 21 que utilizan terapia, 13 (61.95%) Se realizo una mastografia, 1 (4.7%) se le diagnostico fibroma mamario, 8 (38.1%)nunca se realizo una mastografia.

CONCLUSIONES:

El uso de la terapia de reemplazo hormonal es bajo en enfermeras siendo más frecuente en personal de enfermería especializado ya sean jefas de piso o enfermeras especialistas, siendo mayor la adherencia terapéutica y mejor control de la terapia de reemplazo con menos complicaciones. Lo cual es similar a lo descrito en la literatura mundial.

Las enfermeras requieren un mayor adiestramiento sobre la utilización de la terapia de reemplazo hormonal para obtener resultados óptimos.

DISCUSIÓN :

Definitivamente pese a los múltiples estudios internacionales la terapia de reemplazo hormonal seguirá siendo motivo de controversia.

Uno de los problemas más importantes es que estudios como el (HERS9, (WHI), que valoran la utilización de estrógenos combinados con progestágenos, en el caso del estudio HERS que solo estudio un tipo específico de estrógenos y progestágenos, por vía oral, existiendo otras presentaciones como la transdérmica, con menos efectos colaterales.

En el estudio WHI, existen dudas sobre el incremento de enfermedades cardiovasculares, ya que la población en estudio estaba compuesta en su mayoría por población entre los 60 y 70 años donde la edad por si sola es factor de riesgo y que en el grupo placebo se utilizaron estatinas y ácido acetil salicílico que disminuyen la mortalidad cardíaca y aun esta pendiente el grupo de estrógenos solos el cual será completado hasta el año 2005.

Siendo además importante mencionar que en los diferentes estudios no se han estudiado a grandes poblaciones latinas y se requieren estudios multinacionales, que nos informen sobre la realidad de la TRH en nuestra población.

Siendo la mejor opción estudiar a nuestra población, se tomo en cuenta a la población del centro médico La raza; Ya que es un grupo de mujeres con conocimientos médicos básicos o avanzados y en contacto permanente con los equipos de salud.

Lamentablemente del grupo de estudio de 634 enfermeras solo 75 el 12% de ellas refería estar capacitadas sobre la utilización de la terapia de reemplazo hormonal, siendo la causa mas comúnmente mencionada la falta de programas de capacitación y una inadecuada atención en el climaterio. Otro de los factores es que la población de enfermeras es bastante joven ya que 532 el 84% son no menopausicas y por lo tanto su interés en programas, cursos de capacitación o iniciativa personal es baja.

Por lo tanto una población de enfermeras que no conoce las ventajas o desventajas de la terapia de reemplazo hormonal no podrá decidir adecuadamente sobre la utilización de la TRH.

De las 102 enfermeras en edad posmenopáusica solo 28 (27.4%) decidieron utilizar terapia de reemplazo hormonal contra 74 (72.4%) que no utilizaron la terapia de reemplazo hormonal, es muy importante mencionar que la causa de no utilizar dicha terapia fue porque cursaron con la menopausia en forma asintomática, 47 (63.5%), esta descrito en poblaciones como la de Estado Unidos que la población femenina menopausica o posmenopáusica que no refieren sintomatología propia al climaterio no acuden a su control médico y mucho menos se interesan por la terapia de reemplazo hormonal, La segunda causa fue por miedo al cáncer de mama 18 (24.3%), estudios como el (Nurses Health Study) que registro un incremento del cáncer de mama en un 43% a los 5 años de uso de TRH, afecta obviamente a la población de enfermeras, siendo habitualmente la complicación mas conocida en las enfermeras y la población en general, Esto vendría a cobrar mas fuerza con el estudio de WHI que reporta un incremento de 8 veces el riesgo y un incremento del 26% de desarrollar el cáncer de mama; Es importante mencionar que probablemente el riesgo aumenta con el uso de estrógenos combinados con progestágenos, por lo que es importante esperar los resultados del brazo de estudio del WHI con estrógenos solos para el 2005, por lo pronto se recomienda valorar cada caso en forma individual y en aquellas de alto riesgo utilizar terapia alterna como los moduladores selectivos de los

receptores de estrógeno como el raloxifeno o el tamoxifeno, además de los fitoestrógenos, en caso de valorar el inicio de terapia con estrógenos combinados es importante la vigilancia clínica y la mastografía, con lo que un gran número de pacientes indecisos podrían recibir el beneficio de la TRH.

Las otras causas de no utilización de la TRH como miomatosis uterina, cáncer de ovario o tromboflebitis esta justificada.

Se ha visto en otros estudios que mayor nivel de educación, se obtenga mejor adherencia terapéutica, utilización mas frecuente y un mejor control de la TRH (4).

Nuestro estudio confirma lo previamente comentado con 14 (50%) 12 enfermeras jefas de piso y dos enfermeras especialistas contra 14 (50%) auxiliares de enfermería o enfermeras generales, lo cual es importante resaltar por el número tan bajo de enfermeras jefas de piso o especialistas comparadas con el número de enfermeras generales o auxiliares de enfermería, (17).

De las 28 enfermeras 7 (25%) suspendieron el tratamiento, de estas 2, una de ellas era jefa de piso que suspendió por miomatosis uterina y 1 suspendió por tromboembolia pulmonar.

De las 21 enfermeras que permanecieron con TRH la adherencia terapéutica fue buena o regular en 10 / 11 en enfermeras jefas de piso o especialistas, contra 6/10 de las enfermeras auxiliares o enfermeras generales.

Con relación al tabaquismo, sedentarismo, no se encontró diferencias entre el grupo de enfermeras jefas de piso o enfermeras generales, si se encontró mayor actividad física en el primer grupo 7/11 contra 4/10, que esta en relación con una mayor importancia hacia la salud por el primer grupo.

Según lo planteado en los antecedentes la mayor utilidad de la TRH es por síndrome climatérico, osteoporosis o posquirúrgica sustitutiva siempre y cuando sea secundaria a ooforectomía bilateral. En el presente estudio muestra que 18 (64.2%) lo utilizaron por síndrome climatérico, 9 (32.14%) posquirúrgica y una (3.5%) por osteoporosis, siendo las indicaciones las mismas que las demostradas en la literatura mundial (5), con un porcentaje de abandono voluntario bajo de 10.7% (3), y la terapia de sustitución más frecuente fueron los estrógenos conjugados con un (61.9%) con un porcentaje bajo de complicaciones 1 caso de tromboembolia pulmonar (3.5%), un caso de miomatosis uterina y uno de tromboflebitis. (17)

Las limitaciones que ofrece este estudio son la poca cantidad de pacientes, una sola medición transversal y no así un seguimiento prolongado, pero nos orienta a conocer el porcentaje aproximado de enfermeras con terapia de reemplazo hormonal y el bajo porcentaje de complicaciones.

Dejando como mensaje una mayor capacitación al personal de enfermería en general del climaterio y que el riesgo beneficio de la terapia de reemplazo hormonal deberá siempre ser individualizado y si se decide iniciar dicha terapia deberá ser valorada y supervisada por personal especializado para disminuir el número de complicaciones y gozar de sus ventajas.

En nuestra población de enfermeras existe un bajo uso de TRH, por lo que es conveniente difundir su uso con programas de capacitación y una adecuada atención al síndrome climatérico en la mujer y su seguimiento en la posmenopausia.

BIBLIOGRAFÍA:

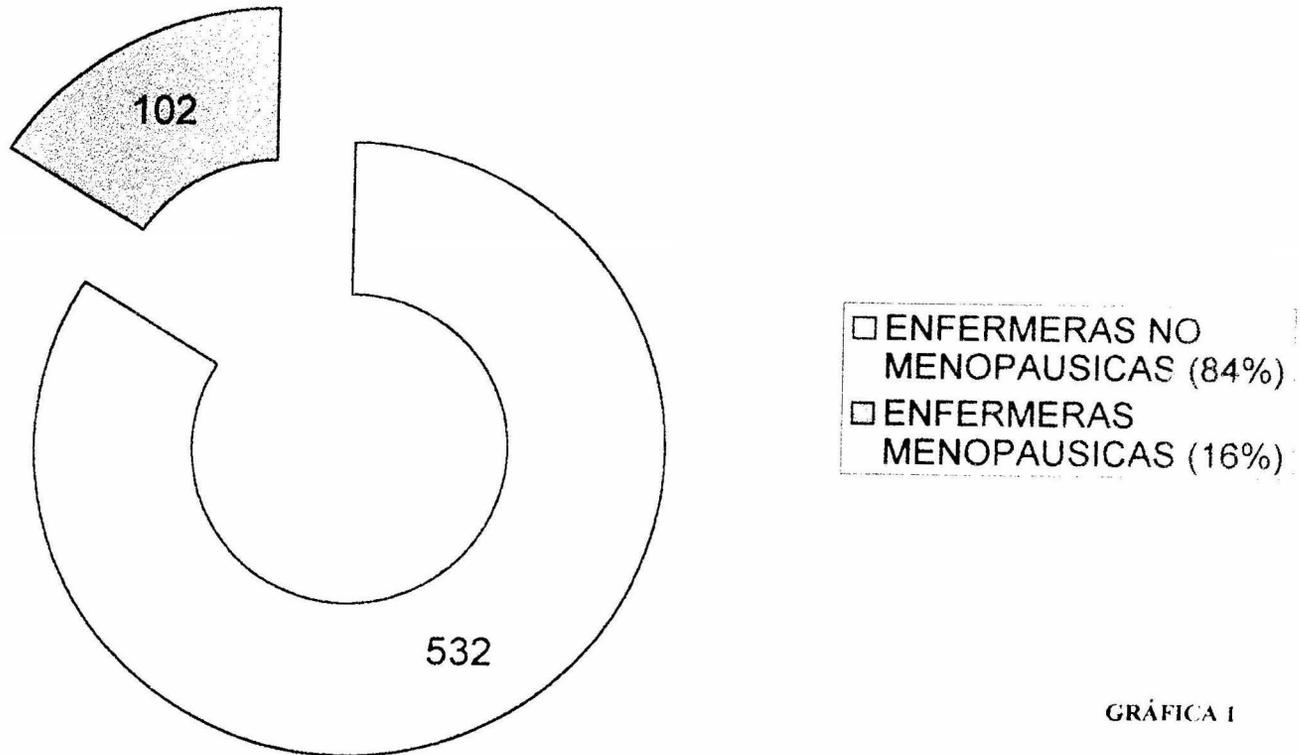
1. - Manson J, Martin K; Postmenopausal hormone – replacement therapy, *N Engl J Med*, 2001; 345; 34-40.
2. - Rousseau M; Hormone Replacement Therapy: Short term versus Long Term Use; *J Midwifery Womens Health*; December, 2002; 47:6.
- 3-Mosca L; Collins P; Herrington D; et. Al. Hormone replacement therapy and cardiovascular disease: A statement for health care professionals from the American Heart Association; *Circulation*; 2001; 104; 4; 499-503.
- 4.- Rossouw, Anderson; risks and Benefits of Estrogen plus Progestin in Healthy Postmenopausal women; *JAMA*; July 17; 2002- 288-3; 321-333.
5. . Odmark I. Backstrom T. Jonsson B; et. Al. Bleeding patterns in postmenopausal women using continuous combination hormone replacement therapy with conjugated estrogen and medroxyprogesterone acetate or with 17 beta estradiol and norethindrone acetate; *Am J Obstet Gynecol*; 2001 184; 6; 1131-1138.
6. -Lindsay R; The role of estrogen in the prevention of osteoporosis; *End Met Clin* 1998; 27; 2; 399-410.
7. -Khashtgir G; Studd J; Holland N; et. Al. Anabolic effect of estrogen replacement on bone in postmenopausal women with osteoporosis histomorphometric evidence in a longitudinal study; 2001; 86; 289.
8. Torgerson D; Bell S; Sally E; Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: A metaanalysis of randomized trials; *JAMA*; 2001; 285; 22; 2891-2897.
- 9.- Delmas P; Treatment of postmenopausal osteoporosis; *Lancet*, 2002: 359: 2018-2026.
10. . Hill D; Weiss N; Beresford S; et. Al. Continous combined hormone replacement therapy and risk of endometrial cancer; *Am J Obstet Gynecol*; 2000; 183; 6.
11. - Roger L; Current concept of thrombosis: Prevalent trend for diagnosis and management; *Med Clin North Am*; 1998; 82; 613-635.
12. -Goldestein S; Drugs for the gynecologist to prescribe in the prevention of breast cancer: Current status and future trends; 2000; 182; 5.

- 13.- Sakorafas G. The management of women at high risk for the development of breast cancer risk estimation and preventative strategies. *Cancer treatment Review*, 2003, 29, 79-89.
- 14.- Ruggiero J; Likis F; Estrogen physiology, Pharmacology and formulations for replacement therapy. *J Midwifery Womens Health*; 2003, 47; 3.
- 15.- Andersen L, Gram J; Skouby S; et. Al. Effect hormone replacement therapy on haemostatic cardiovascular risk factors, *Am J Obstet Gynecol*; 1999; 180; 26.
- 16.- Herrington D, Potvin K; Randomized Clinical trials of hormone replacement therapy for treatment or prevention of cardiovascular disease a review of the findings: *Atherosclerosis*, mayo; 2002; 166; 203-212.
- 17.- Henderson W; Paganini H; Millers L; et. Al. Estrogen for Alzheimer's disease in women, *Neurology*; 2000; 54; 2.
- 18.- De Novaes Soares C; Almeida O; et al; Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double blind randomized, placebo - controlled trial, *arch Gen Psych* 2001; 58, 6; 529-534.
- 19.- Rao M, kolsch h; Effects of estrogen on brain development and neuroprotection-implications for negative symptoms in schizophrenia, *Psychoneuroendocrinology*; 2003; 28; 83-96.
- 20.- Marsden J; the menopause, hormone, replacement therapy and breast cancer; 2003; 1788; 1-10.
- 21.- Grady D, Wenger N; Postmenopausal hormone therapy increases risk for venous thromboembolic disease: The heart and estrogen / progestin replacement study; -*An Int Med*; may; 2000; 132; 9; 689-696
- 22.- Killackey M; hormone Replacement Therapy After A Cancer Diagnosis; 2002;9;3.

**PORCENTAJE DE ENFERMERAS POSMENOPAUSICAS
DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA**

N = 634

17

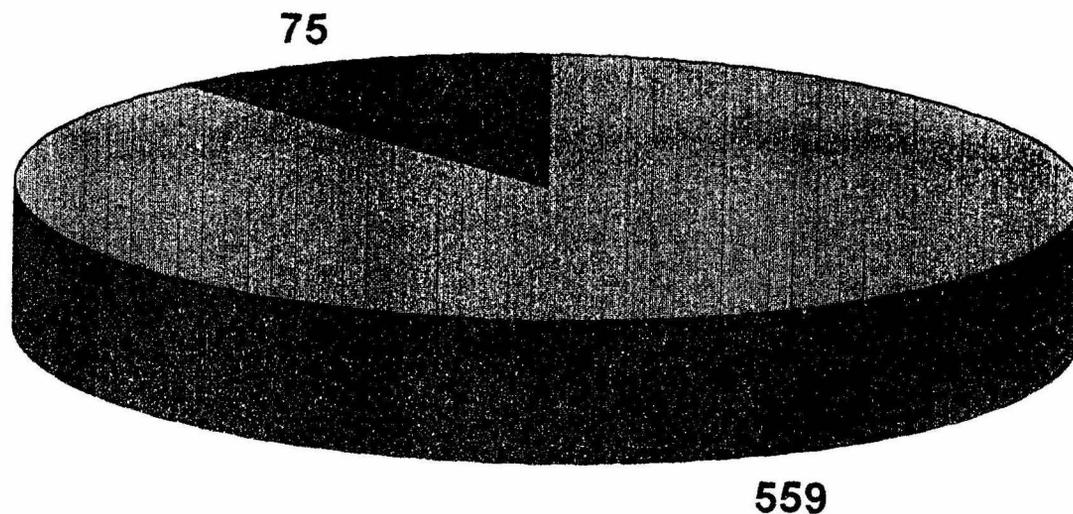


GRÁFICA 1

**ADiestRAMIENTO SOBRE TRH EN ENFERMERAS DEL
CENTRO MÉDICO LA RAZA**

N = 634

18

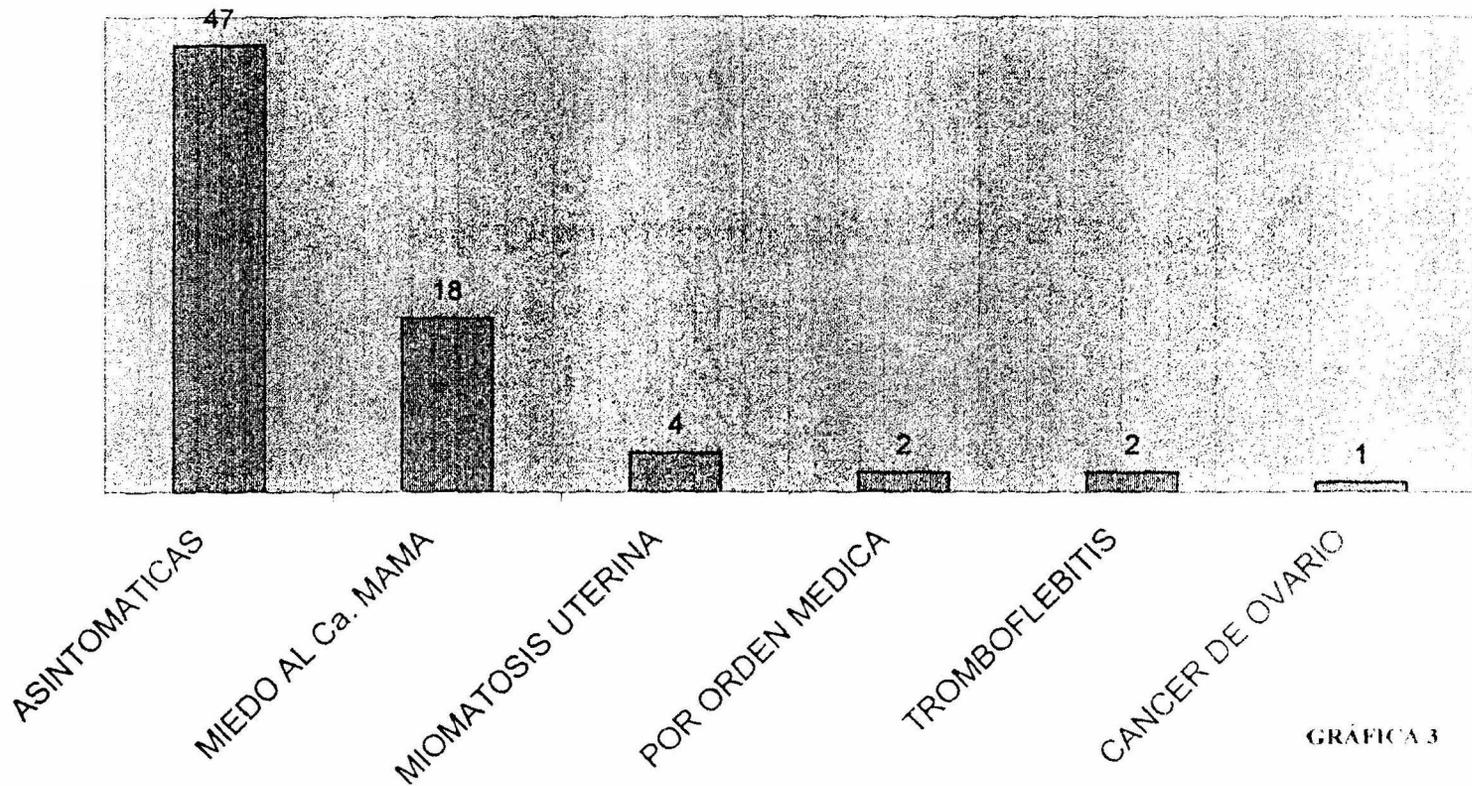


- ENFERMERAS SIN ADIESTRAMIENTO (88%)
- ENFERMERAS CON ADIESTRAMIENTO (12%)

GRÁFICA 2

CAUSAS DE NO UTILIZACION DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN ENFERMERAS POSMENOPAUSICAS DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

N = 74

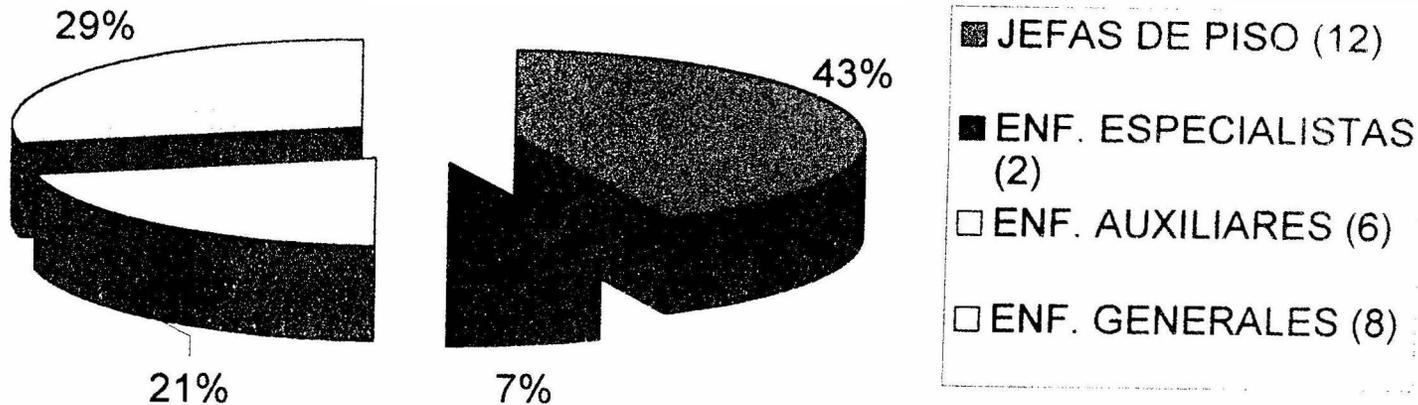


CAUSAS DE NO UTILIZACION DE TRH

GRÁFICA 3

**CATEGORIA DE ENFERMERAS POSMENOPAUSICAS CON
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN ENFERMERAS
DEL CENTRO MEDICO LA RAZA
N=28**

20

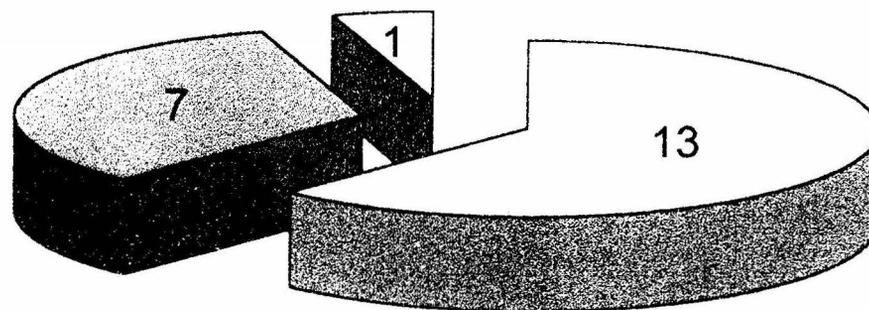


GRÁFICA 4

CAUSAS DE UTILIZACION DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN ENFERMERAS POSMENOPÁUSICAS EN EL CENTRO MEDICO LA RAZA

N = 21

21



- CLIMATERIO (62%)
- POSTQUIRURGICO (33%)
- OSTEOPOROSIS (5%)

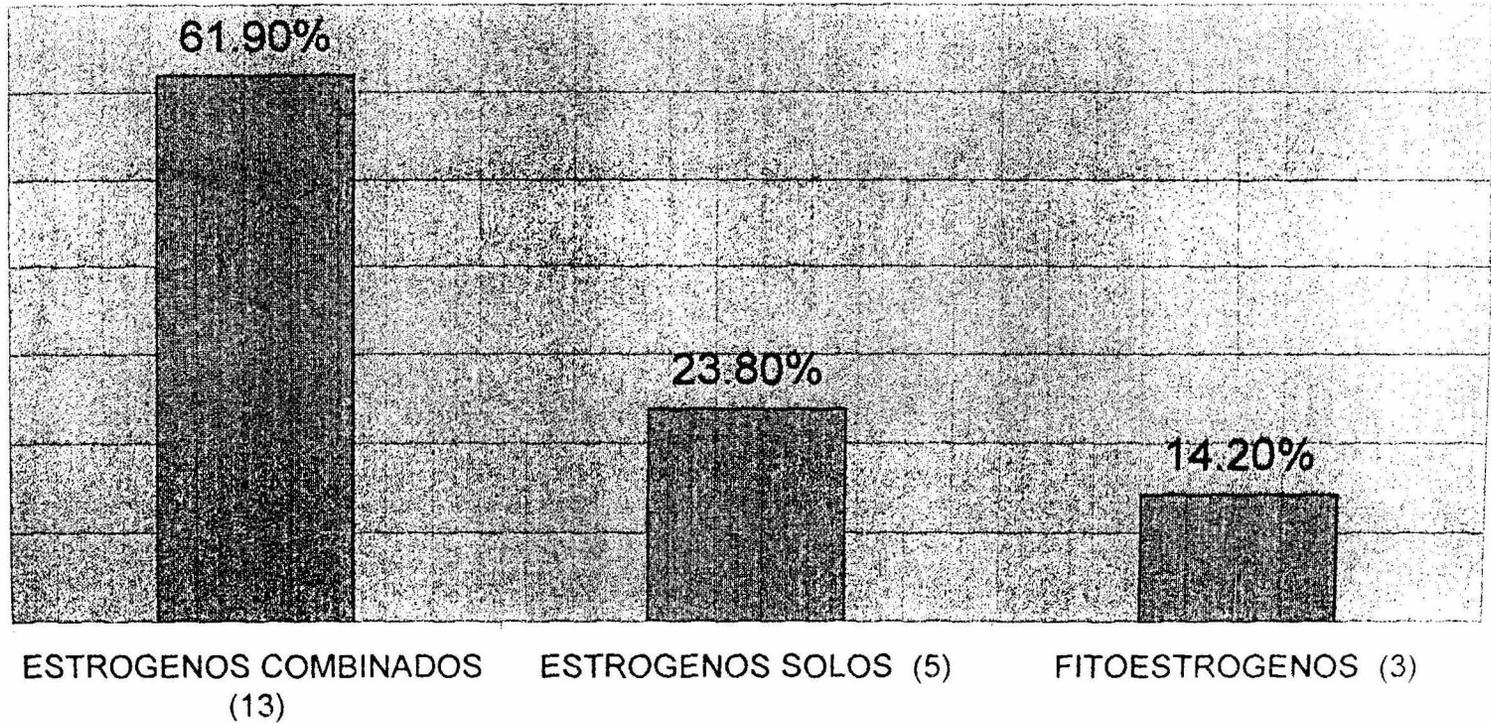
GRÁFICA 5

TIPO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL UTILIZADO EN ENFERMERAS DEL CENTRO MÉDICO

22

LA RAZA

N = 21



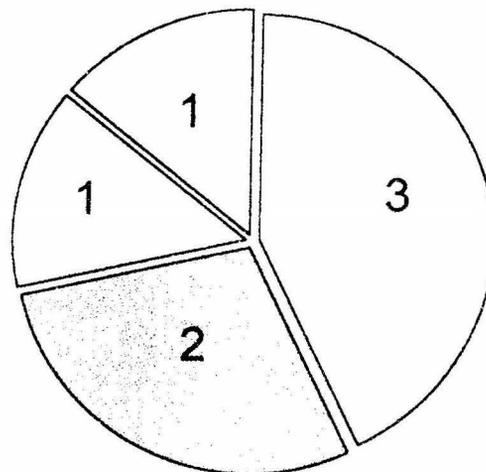
VARIEDAD DE TRH

GRÁFICA 6

EFECTOS COLATERALES DE LA TRH EN ENFERMERAS POSMENOPÁUSICAS DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA

23

N = 7



GRÁFICA 7

- Persistencia de Sx climaterio (14.2%)
- Dolor en fosas pelvicas (9.5%)
- Dolor en miembros inferiores (4.7%)
- Ganancia de Peso (4.7%)

CONTROL DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL N= 28				
ENFERMERAS QUE PERSISTEN CON TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL DE ACUERDO A CATEGORIA N = 21				
	JEFAS DE PISO	ENF AUXILIARES	ENF. ESPECIALISTAS	ENF. GENERALES
Número	9 (42.8%)	4 (19%)	2 (9.5%)	6 (28.5%)
Ultrasonido Pelvico	8 (38.1%)	2 (9.5%)	1 (4.7%)	3 (14.2%)
Mastografía	7 (33.3%)	2 (9.5%)	1 (4.7%)	3 (14.25)
Buena adherencia al Tx	7 (33.3%)	2 (9.5%)	1 (4.7%)	2 (9.5%)
Regular Adherencia al Tx.	2 (9.5%)	1 (4.7%)		0 1 (4.7%)
Mala Adherencia al Tx	0	2 (9.5%)	1 (4.7%)	2 (9.5%)
ENFERMERAS QUE ABANDONARON TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL DE ACUERDO A CATEGORIA N = 7				
	JEFAS DE PISO	ENF AUXILIARES	ENF. ESPECIALISTAS	ENF. GENERALES
Número	3 (42.8%)	2 (28.5%)	0	2 (28.5%)
Ultrasonido Pelvico	3 (42.8%)	1 (14.2%)	0	1 (14.2%)
Mastografía	2 (28.5%)	1 (14.2%)	0	0
Buena adherencia al Tx	2 (28.5%)	1 (14.2%)	0	1 (14.2%)
Regular Adherencia al Tx.	1 (14.2%)	1 (14.2%)	0	0
Mala Adherencia al Tx	0	0	0	1 (14.2%)

TABLA I

TIPOS DE TRH EN ENFERMERAS POSMENOPÁUSICAS	
DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA	
N = 21	PORCENTAJE
Número de enfermeras:	21
Edad promedio:	47
Uso de estrogénos combinados	13 (61.9%)
Uso de estrogénos solos	5 (23.8%)
Fitoestrogénos	2 (9.5%)
TIEMPO DE UTILIZACION DE TRH EN ENFERMERAS POSMENOPÁUSICAS DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA	
N = 21	PORCENTAJE
Número de enfermeras:	21
Edad promedio:	47
Uso de TRH menor a 6 meses	2 (9.5%)
Uso de TRH entre 6 meses y 2 a.	3 (14.2%)
Uso de TRH entre 2 y 5 a.	6 (28.5%)
Uso de TRH entre 5 y 10 a.	7 (33.3%)
Uso de TRH por mas de 10 a.	3 (14.2%)
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ENFERMERAS MENOPÁUSICAS DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA	
	PORCENTAJE
Número de enfermeras:	21
Edad promedio:	47
Buena adherencia al Tx.	10 (47.6%)
Regular adherencia al Tx	6 (28.5%)
Mala Adherencia al Tx.	5(23.8%)

TABLA 2

EFECTOS COLATERALES DE LA TRH EN ENFERMERAS DEL CENTRO	
MEDICO LA RAZA	
N=21	
Número de enfermeras:	21
Asintomaticas	14
Enf con complicaciones	7
Persistencia de Sx climaterio	3 (14.2%)
Dolor en fosas pelvicas	2 (9.5%)
Dolor en miembros inferiores	1 (4.7%)
Ganancia de Peso	1 (4.7%)

CAUSAS DE ABANDONO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL	
N=28	
TOTAL DE ENF QUE INICIO TRH	28
ENF QUE SUSPENDIERON TRH	7 (25%)
DECISION PROPIA	3 (42.8%)
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1 (14.2%)
MIOMATOSIS UTERINA	2 (28.5%)
TROMBOFLEBITIS	1 (14.2%)
EVENTOS FATALES	0

TABLA 3

TABLA DESCRIPTIVA DE ENFERMERAS Y ADIESTRAMIENTO SOBRE TRH		
	ENF. CON ADIESTRAMIENTO	ENF. SIN ADIESTRAMIENTO
NÚMERO DE ENFERMERAS	75	569
EDAD PROMEDIO	36.5	36
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL	24	4
POSTMENOPAUSIA	37	65

TABLA 4

REGISTRO DE PACIENTES:

NOMBRE _____
 AFILIACIÓN _____ SEXO _____ EDAD _____
 OCUPACIÓN _____ ESTADO CIVIL _____ RELIGIÓN _____
 _____ DOMICILIO _____
 _____ TELEFONO _____

ALCOHOLISMO

Una vez por semana () Una vez por día () Una vez al mes ().

Consumo en grs. (Calculado por el encuestador).....

Tiempo de consumo.....

TABAQUISMO

Ninguno () 1-3 () 4-5 () 6-10 () 10-20 () Más de 20 ()

Tiempo de consumo.....

ESTILO DE VIDA

Realiza actividad física:

1 día por semana () 2-3 días por semana () Diario ()

1 día por mes () no realiza ejercicios ()

Ejercicio que realiza.....

Peso actual _____ Peso habitual _____ Talla _____ índice de masa corporal
 (llenado por el encuestador).....

Número de embarazos previos () Partos normales () Abortos () Cesáreas ()

TIPO DE METODO DE ANTICONCEPCIÓN UTILIZADO

DIU () Anticonceptivos orales () Inyecciones () Salpingoclasia () .Otros
 () Tiempo de utilización _____

Causa de terapia de reemplazo hormonal (TRH) _____

Fecha de inicio aproximado de TRH _____

TRH actual y tiempo de la misma _____

TRH previa y tiempo de los mismos _____

Cumple con su TRH o si no cumple especifique porque _____

En caso de abandono de TRH y causa de la misma _____

Complicaciones del TRH _____

Otros diagnósticos _____

Le propusieron TRH y usted la rechazo Si () explique porqué _____

Otros medicamentos (especifique cuáles y por cuánto tiempo) _____

¿Le han realizado mastografía, si es así cuántas veces y qué le informaron? _____

¿Le han realizado ultrasonido para valorar grosor del endometrio y si es así qué le informaron _____

¿Le han explicado los posibles efectos secundarios de la TRH ? SI () Especifique
 cualesNO ()

Tiene varices SI () NO () Ha tenido tromboflebitis. SI () NO () Algún
 otro evento trombótico _____

¿Le explicaron que debía suspender su TRH, si tenia que ser sometida a
 procedimiento quirúrgico? SI () NO ().

SOLICITUD DE INGRESO AL PROTOCOLO

México, DF. A-----de-----de-----

El paciente-----

Con número de afiliación-----con el diagnóstico de

TERAPIA DE REMPLAZO HORMONAL-----

Acepto ingresar al protocolo de **TERAPIA DE REMPLAZO HORMONAL EN ENFERMERAS DEL CENTRO MEDICO LA RAZA**

se me explico en que consiste este

estudio y acepto cooperar en la realización del protocolo, eximiendo al

I.M.S.S. de toda responsabilidad.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del medico tratante