

11204



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

"IMPACTO DE LA TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO
EN LA SINTOMATOLOGIA PSICOLOGICA, SOMATICA,
VASOMOTORA Y SEXUAL EN MUJERES
POSMENOPAUSICAS"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN: **BIOLOGIA DE LA**
REPRODUCCION HUMANA
P R E S E N T A :
DR. ALFONSO DIAZ QUIROZ



ASESORES: DR. AQUILES R. AYALA RUIZ
DRA. IMELDA HERNANDEZ MARIN

MEXICO, D. F.

JUNIO 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.



Dr. Aquiles R. Ayala Ruiz
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO
DIVISION DE INVESTIGACION
Y ENSEÑANZA
Profesor titular del curso de Biología de la Reproducción Humana.
Hospital Juárez de México.

Dra. Imelda Hernández Marín.
Profesor adjunto del curso de Biología de la Reproducción Humana.
Hospital Juárez de México.



Dr. Jorge Alberto Del Castillo
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA
Jefe de Enseñanza.

Hospital Juárez de México.

DEDICATORIA.

A DIOS POR EL SER.

A MIS PADRES Y HERMANAS POR SU AMOR.

A MIS MAESTROS POR LA SEMILLA QUE SEMBRARON Y HOY COSECHO.

A MI UNIVERSIDAD Y AL HOSPITAL JUÁREZ, ORGULLO DE MI FORMACIÓN.

A MIS PACIENTES, ESTARE SIEMPRE AL CUIDADO DE SU SALUD.

A LA FLOR DE MI VIDA.

A JOHN SIEMPRE...

INDICE.

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCIÓN	5
III.	METODOLOGÍA	10
IV.	RESULTADOS	12
V.	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	14
VI.	BIBLIOGRAFIA	16
VII.	ANEXOS	22

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN. Debido al avance tecnológico y científico la esperanza de vida en la mujer se ha incrementado, en nuestro país es de 77 años, cursando una tercera parte de su vida en la posmenopausia. La menopausia afecta integralmente a la mujer, presentando sintomatología psicológica, somática, vasomotora y sexual o en etapas avanzadas provoca osteoporosis. Originando que requiera de tratamiento, siendo una alternativa la Terapia Hormonal de Reemplazo, durante la vigilancia y seguimiento de la paciente es importante valorar la respuesta del tratamiento en forma integral. Aplicamos en nuestro estudio la Escala de Greene para evaluar el efecto de la terapia en la sintomatología de la mujer.

OBJETIVOS. Determinar el impacto de la Terapia Hormonal de Reemplazo en la sintomatología psicológica, somática, vasomotora y sexual en las mujeres posmenopáusicas.

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio epidemiológico observacional prospectivo en mujeres posmenopáusicas con indicación para Terapia Hormonal de Reemplazo. Que acudieron a la consulta Externa de Biología de la Reproducción Humana del Hospital Juárez de México. Se aplicó la Escala de Greene antes de iniciar el tratamiento (evaluación basal) y posteriormente al mes y al tercer mes de uso de Terapia Hormonal de Reemplazo. Los tipos de Terapia Hormonal de Reemplazo que se utilizaron fueron: Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg, Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg y Acetato de Medroxiprogesterona 2.5 mg y Estradiol hemihidratado 3.2 mg, liberación 50 mcg de Estradiol por día. El análisis estadístico se realizó con la prueba de X^2 . Los valores de $p < 0.05$ son considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS. Se seleccionaron 55 pacientes posmenopáusicas de primera vez, 15 pacientes no cumplieron los requisitos y se excluyeron. Las características de las pacientes estudiadas ($n=40$) fueron: Edad mínima 45 años, Edad máxima 58 años, media 50.9 años. Edad de inicio de la menopausia mínima 42 años y máxima 52 años, media 46.3 años. El Tipo de menopausia en las 40 mujeres fue: Natural ($n=25$) 62.5% y Quirúrgica ($n=15$) 37.5%. La Indicación de la THR fue Sintomatología Vasomotora ($n=29$) 72.5%, Sintomatología Urogenital ($n=4$) 10% y Osteoporosis ($n=7$) 17.5%. El Tipo de THR que se prescribió fue Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg y Acetato de Medroxiprogesterona 2.5 mg ($n=25$) 62.5%, Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg ($n=9$) 22.5%, Estradiol hemihidratado 3.2 mg, liberación 50 mcg de Estradiol por día ($n=6$) 15%.

La evaluación del Impacto de la THR en la calidad de vida valorada por la sintomatología Psicológica, Somática, Vasomotora y Sexual con la Escala de Greene al tercer mes de su prescripción fue significativa respecto a la evaluación basal y a la evaluación del primer mes.

CONCLUSIONES. La vigilancia y el seguimiento de la paciente posmenopausica con Terapia Hormonal de Reemplazo es importante con el objetivo de mejorar su entorno BioPsicoSocial, nuestra investigación concluye que la respuesta al tratamiento con Terapia Hormonal de Reemplazo puede ser valorada objetivamente con la Escala de Greene.

ABSTRACT.

INTRODUCTION. Due to the technological and scientific advance, the hope of life in the woman has been increased. In our country it is of 77 years old. These women live a third part of their life in the posmenopause. The menopause affects the woman integrally, presenting psychological, somatic, vasomotor and sexual symptoms and in advanced stages it causes osteoporosis. All above mentioned create the necessity of complex treatment, being an alternative the Hormone Replacement Therapy (HRT). During the surveillance and the patient's pursuit is important to value the answer of the treatment in a global form. In our study we use the Scale of Greene to evaluate the effect of this therapy in the woman's symptoms.

OBJECTIVES. To determine the impact of the Hormone Replacement Therapy in the psychological, somatic, vasomotor and sexual symptoms in the postmenopausal women.

MATERIAL AND METHODS. It was carried out an observational and prospective study in postmenopausal women with indication for Hormone Replacement Therapy. The participants were patient of the external office Biology of the Human Reproduction Service of the Hospital Juarez de Mexico. The Scale of Greene was applied before beginning the treatment (basal evaluation) and later on to the month and the third month of use of Hormonal Therapy of. The types of Hormone Replacement Therapy used in this study were: 1) equine conjugated estrogen 0.625 mg, 2) equine conjugated estrogen 0.625 mg plus Medroxyprogesterone acetate 2.5 mg, and 3) hemihydrated estradiol 3.2 mg, with liberation of 50 mcg of estradiol per day. The statistical analysis was carried out with the test of X^2 . The values of $p < 0.05$ were considered statistically significant.

RESULTS. Originally 55 postmenopausal patients were selected. 15 patients didn't complete the requirements and they were excluded. The characteristics of the studied patients ($n=40$) were: minimum age 45 years old, maximum age 58 years old, and media: 50.9 years old. Age of menopause's beginning, from 42 years old to 52 years old, and media: 46.3 years old. The menopause type in the 40 women was: Natural ($n=25$) 62.5% and Surgical ($n=15$) 37.5%. The relation between the type of symptoms and the indication of HRT was: vasomotor ($n=29$) 72.5%, Urogenital ($n=4$) 10% and Osteoporosis ($n=7$) 17.5%. The Type of HRT prescribed was: equine conjugated estrogen 0.625 mg plus Medroxyprogesterone acetate 2.5 mg in 62.5% ($n=25$), equine conjugated estrogen 0.625 mg in 22.5% ($n=9$), and hemihydrated estradiol 3.2 mg, with liberation of 50 mcg of estradiol per day in 15% ($n=6$). The evaluation of the Impact of the HRT in the quality of life valued by the Psychological, Somatic, Vasomotor and Sexual symptoms with the Scale of Greene to the third month of the prescription was significant regarding the basal evaluation and to the evaluation of the first month.

CONCLUSIONS. The surveillance and the pursuit of the postmenopausal patients with Hormone Replacement Therapy are important with the objective of improving their biopsicosocial environment. Our investigation concludes that the answer to the treatment with Hormone Replacement Therapy can be valued objectively with the Scale of Greene.

PALABRAS CLAVE.

Terapia Hormonal de Reemplazo, Sintomatología psicológica, somática, vasomotora y sexual, Mujeres posmenopáusicas.

KEY WORDS.

Hormone Replacement Therapy, Psychological, somatic, vasomotor and sexual symptoms, Postmenopausal women.

INTRODUCCIÓN.

La esperanza de vida se ha incrementado mundialmente, en nuestro país es de 77 años, dando por resultado que la mujer curse una tercera parte de su vida en la posmenopausia. Actualmente hay 7.5 millones de mujeres mexicanas en la etapa de climaterio y en promedio la menopausia se presenta a los 48 años de edad.¹

La menopausia es el cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de actividad folicular ovárica, se determina a partir de doce meses de amenorrea espontánea. La sintomatología de la menopausia es variable, se puede manifestar tempranamente por un síndrome psiconeurobiológico, somático, vasomotor y sexual o tardíamente por padecimientos crónico degenerativos, osteoporosis, demencia, alteraciones neuromusculares y metabólicas.^{2,3}

La menopausia no es solo un simple estado de privación de estrógenos, sino un estado metabólico que afecta integralmente a la mujer, requiriendo de un tratamiento que le evite complicaciones tempranas y tardías, como la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR), esta se debe indicar cuando los beneficios superen los riesgos. La THR implica beneficios como mejorar la calidad de vida y menor riesgo de enfermedades crónicas y por otra parte riesgos como probablemente mayor posibilidad de cáncer de mama.^{4,5,6}

Síndrome Psicoloneurobiológico. Los esteroides sexuales ejercen una función importante en el Sistema Nervioso Central (SNC). Controlan la función reproductiva y son responsables de la sensación psicológica de bienestar. Estas acciones las ejercen a través de su fijación a receptores específicos para estrógenos, progestágenos y andrógenos que existen en el SNC, distribuidos en la corteza cerebral, sistema límbico, hipocampo, hipotálamo, área preóptica y

amígdala. En el hipotálamo influyen en la termorregulación, en la sensación de hambre-saciedad y en el control de la tensión arterial. En el sistema límbico regulan el humor, el carácter y las funciones cognitivas.^{7,8} La acción de hormonas sexuales modifica los niveles de neurotransmisores y neuromoduladores, influyendo en su síntesis y metabolismo. Los estrógenos producen incremento en el nivel de serotonina (su depleción induce depresión), aumento de dopamina y disminuyen la tasa de noradrenalina intrahipotalámica. Durante la menopausia se produce alteración de los neurotransmisores hipotalámicos, caracterizada por la disminución de la serotonina que explica la vulnerabilidad a la depresión. El incremento de la noradrenalina se ha relacionado con la tendencia a la ansiedad e irritabilidad que aparece frecuentemente en esta etapa de la vida.^{8,9} Los estrógenos ejercen acciones que no se realizan a través de su receptor sino por medio del factor de crecimiento neural (NGF), produciendo la estimulación del crecimiento dendrítico y la sinaptogénesis neuronal, lo que se ha denominado plasticidad neuronal, relacionando de esta manera los estrógenos con las funciones cognitivas (inteligencia, memoria).¹⁰ Durante la menopausia se produce una disminución de neuromoduladores, especialmente de la beta-endorfina (beta-E), hasta alcanzar cifras mínimas en la senectud. Los niveles bajos de beta-E se han encontrado ligados al síndrome premenstrual y a la menopausia. La disminución de beta-E se ha ligado a la aparición de bochornos, depresión y pérdida de la sensación de bienestar psíquico en esta época de la vida de la mujer. También la beta-E se ha relacionado con la obesidad, pero no se sabe si el exceso ponderal aumenta la endorfina o es esta la que provoca un incremento del apetito.^{11,12} La beta-E regula gran variedad de hormonas hipofisarias incluyendo

gonadotropinas, prolactina, ACTH, hormona del crecimiento, vasopresina y oxitocina.¹³ La THR mejora la sintomatología psicológica produciendo en la mujer una sensación de bienestar psíquico y somático.

Síndrome vasomotor. Los bochornos representan la sintomatología central en la menopausia. El término bochorno expresa el enrojecimiento repentino de la piel a nivel de tórax, cuello y cabeza, acompañándose de una intensa sensación de calor y concluyendo con una profusa sudoración que varía desde pocos segundos hasta varios minutos. Los bochornos son más frecuentes por la noche, despertando a la mujer con frecuencia. En cuanto a la etiología de los bochornos se conoce que los estrógenos estabilizan el centro termorregulador al mantener la actividad opioide hipotalámica. El hipoestrogenismo de la menopausia causa una privación hipotalámica de opiodes instaurando la inestabilidad del centro termorregulador. Otros síntomas de variable intensidad son los escalofríos, palpitaciones, vértigos, trastornos de la circulación periférica, meteorismo, constipación, cefalea, excitabilidad aumentada, trastornos del sueño con la consiguiente irritabilidad por falta de descanso.¹⁴ Dada la etiología de los bochornos la THR los mejora. El efecto de los estrógenos no es inmediato. Su acción puede no ser totalmente evidente hasta varios meses después del inicio de la terapia. Es importante señalar el diagnóstico diferencial entre los bochornos de la menopausia y los de otra etiología como: Enfermedades sistémicas (síndrome carcinoide, mastocitosis, carcinoma tiroideo medular, carcinoma pancreático, feocromocitoma, carcinoma de células renales), origen Neurológico (ansiedad, tumores cerebrales, migraña, enfermedad de Parkinson), Drogas y alcohol (inhibidores de la aromatasas, bromocriptina, bloqueadores de los canales de calcio, cefalosporinas, colinérgicos,

ketoconazol, metronidazol, ácido nicotínico), Opiáceos (Antiestrogénos, SERMs, inhibidores de la aromatasa).¹⁵ La frecuencia de bochornos no se reduce hasta aproximadamente, dos semanas de terapia y no es máxima hasta la finalización del primer mes. Se recomienda la revaloración de la paciente a los tres meses, especialmente para observar los efectos de la THR sobre la sintomatología clínica.¹⁶

Síndrome atrófico urogenital. Se caracteriza por una atrofia del epitelio genital y urinario, secundario a la disminución de estrógenos, manifestándose en la paciente como vulvovaginitis atrófica, prurito, incontinencia urinaria de esfuerzo, uretrotrigonitis crónica, resequedad vaginal y dispareuria. Además existe una tendencia a la adiposidad y se debilita el tejido conjuntivo, teniendo como consecuencia los distintos grados de prolapso genital.¹⁷

Impacto de la THR en la sintomatología. Se han empleado diversos métodos para medir los efectos de los estrógenos en la menopausia, entre ellos la densitometría mineral ósea, el perfil de lípidos y la **Escala de Greene**, que se aplica por medio de un cuestionario (Anexo uno) a través del interrogatorio, reuniendo una serie de reactivos que agrupa la sintomatología psicológica (ansiedad, reactivos 1 al 6, depresión, reactivos 7 al 11), somática (reactivos 12 al 18), vasomotora (reactivos 19 y 20) y sexual (reactivo 21). Se evalúa de acuerdo al puntaje de la sintomatología: 0= ausente, no hay ningún síntoma, 1=leve, no incomoda, 2=moderado, incomodan sin interferir con la vida diaria y 3=severo, incomodan e interfieren con la vida diaria. El puntaje final para esta escala se agrupa en: Sintomatología Ausente 0 a 10 puntos, Sintomatología Leve 10 a 30 puntos, Sintomatología Moderada 30 a 50 puntos y Sintomatología Severa más de

50 puntos. Si después de responder la Escala de Greene, apreciamos un compromiso significativo de la calidad de vida, podemos indicar la Terapia Hormonal de Reemplazo, y con este método podemos evaluar la respuesta de la terapia en la sintomatología de la paciente.¹⁸ La THR debe ser individualizada para mejorar la sintomatología y evitar complicaciones a largo plazo. Requiriendo de herramientas (Escala de Greene) para valorar su efecto en la sintomatología y en la calidad de vida en la esfera psicológica, somática y en la gratificación sexual.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud. Se realizó durante el periodo del 1 de septiembre del 2003 al 31 de mayo del 2004 en pacientes menopausicas, que acudieron al servicio de consulta externa del servicio de Biología de la Reproducción Humana, aplicando un cuestionario (Escala de Greene), durante la primer consulta, antes de indicar la Terapia Hormonal de Reemplazo (evaluación basal), posteriormente se aplicó al mes y al tercer mes de uso, con el objetivo de valorar la respuesta en la sintomatología psicológica, somática, vasomotora y sexual.

Los tipos de Terapia Hormonal de Reemplazo que se utilizaron fueron:

- 1) Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg. Grageas. Vía de administración oral. Cada 24 horas. Se indicó en mujeres sin útero.
- 2) Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg y Acetato de Medroxiprogesterona 2.5 mg. Grageas. Vía de administración oral. Cada 24 horas. Se indicó en mujeres con útero.
- 3) Estradiol hemihidratado 3.2 mg. Parche. Liberación 50 mcg de Estradiol por día. Vía de administración transdérmica. Aplicación bisemanal (lunes y jueves). Se indicó en mujeres sin útero.

Se registraron las variables universales como: edad, Antecedentes Personales Patológicos: Osteoporosis, Antecedentes Gineco-Obstétricos: Edad de aparición de la Menopausia, Tipo de Menopausia (natural o quirúrgica), Indicación de la Terapia Hormonal de Reemplazo y tipo de Terapia Hormonal de Reemplazo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes del sexo femenino en etapa posmenopáusica, entre 45 y 60 años de edad.
- Pacientes con indicación de Terapia Hormonal de Reemplazo.
- Pacientes que aceptaron participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que no desearon participar en la investigación.
- Pacientes con contraindicación absoluta o relativa para recibir Terapia Hormonal de Reemplazo.
- Pacientes que recibieron previamente Terapia Hormonal de Reemplazo.
- Pacientes con Terapia Hormonal de Reemplazo indicada por otros servicios.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes que abandonaron el tratamiento.
- Pacientes que decidieron no continuar en la investigación.
- Pacientes que no acudieron al seguimiento de la Terapia Hormonal de Reemplazo.

ANÁLISIS DE DATOS.

Para el análisis estadístico de datos se utilizó estadística descriptiva y se aplicó la prueba de X^2 , se utilizó el programa de computación SPSS versión 11. Los valores de $p < 0.05$ son considerados estadísticamente significativos.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Juárez de México.

RESULTADOS.

Se realizó un estudio epidemiológico observacional prospectivo en el Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud con el objetivo de determinar la respuesta de la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) en la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas, valorando el impacto en la sintomatología psicológica, somática, vasomotora y sexual.

Se seleccionaron 55 pacientes posmenopáusicas de primera vez, 15 pacientes no cumplieron los requisitos y se excluyeron del estudio de las cuales 12 pacientes no tuvieron indicación para THR y 3 pacientes abandonaron la THR.

Las características de las pacientes estudiadas (n=40) fueron: Edad mínima 45 años, Edad máxima 58 años, media 50.9 años. Edad de inicio de la menopausia mínima 42 años y máxima 52 años, media 46.3 años. El Tipo de menopausia en las 40 mujeres fue: Natural (n=25) 62.5% y Quirúrgica (n=15) 37.5%.(Ver Tabla 1)

La Indicación de la THR fue Sintomatología Vasomotora (n=29) 72.5%, Sintomatología Urogenital (n=4) 10% y Osteoporosis (n=7) 17.5%.(Ver Figura 1)

El Tipo de THR que se prescribió fue Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg y Acetato de Medroxiprogesterona 2.5 mg (n=25) 62.5%, Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg (n=9) 22.5%, Estradiol hemihidratado 3.2 mg, liberación 50 mcg de Estradiol por día (n=6) 15%. (Ver Figura 2)

La evaluación del Impacto de la THR en la sintomatología Psicológica, Somática, Vasomotora y Sexual en mujeres posmenopáusicas con la Escala de Greene al tercer mes de su prescripción fue significativamente mejor respecto a la evaluación basal y a la evaluación del primer mes porque el análisis estadístico reporto en la sintomatología Psicológica, Ansiedad p 0.090 y Depresión 0.178 sin

uso de THR y al tercer mes de uso de THR se registro p 0.003 y 0.02 respectivamente. La sintomatología Somática presentó una evaluación sin uso de THR de p 0.446, al mes de indicada la THR p 0.419 y la respuesta fue significativa hasta el tercer mes de uso de THR p 0.004. La sintomatología Vasomotora registró p 0.32 sin uso de THR, al mes de indicada la THR p 0.07 y al tercer mes de uso de THR 0.008. La sintomatología Sexual reporto sin uso de THR p 0.221, al mes de THR p 0.088 y al tercer mes p 0.001. (Ver tabla 2)

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

La mujer posmenopáusica cursa con sintomatología diversa, alteraciones neurovegetativas (bochornos, palpitaciones, parestesias, cefalea, insomnio, vértigo), alteraciones psicológicas (labilidad emocional, irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo, dificultad para concentrarse, disminución de la libido) y alteraciones urogenitales (sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, incontinencia urinaria). Siendo la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) una alternativa en la mujer posmenopáusica por que tiene efecto benéfico en la mejoría de sintomatología psicológica, somática, vasomotora y sexual.

En nuestro estudio la edad de aparición de la menopausia fue mínima 42 años y máxima 52 años con una media de 46.3 años, la literatura mundial reporta una edad media de aparición de la menopausia de 50 años, encontramos en nuestro estudio una diferencia media de 3.7 años con respecto a la edad media de la menopausia no siendo significativa, considerándose en el promedio aceptado de aparición de la menopausia.

La indicación principal de la Terapia Hormonal de Reemplazo fue principalmente la sintomatología vasomotora con un 72.5 %, la indicación por Osteoporosis fue 17.5% y por sintomatología Urogenital fue 10%, observamos que el principal motivo de consulta y referencia a nuestro servicio de consulta externa de Biología de la Reproducción Humana fue la presencia de Bochornos, cuando se evaluó la respuesta de la THR con la Escala de Greene se encontró una disminución de la intensidad y frecuencia de bochornos desde el primer mes de su administración siendo significativa en nuestro estudio al tercer mes de su prescripción. Este efecto es secundario a la etiología de los bochornos en la posmenopausia.^{14,15}

El tipo de THR que más utilizamos fue la combinada a base de Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg y Acetato de Medroxiprogesterona 2.5 mg con un 62.5%, debido a que la población estudiada presento una menopausia natural (25 pacientes), no encontramos evidencia significativa entre la administración de las diferentes sales disponibles en el mercado, solo hacemos énfasis en las indicaciones de la THR, recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, prescribiendo solo en pacientes que presenten Síndrome Vasomotor, Osteoporosis y Sintomatología Urogenital y la indicación de uso de una THR combinada de Estrógenos y Progestágenos en mujeres con útero con el fin de prevenir el cáncer de endometrio, por el efecto antiproliferativo del progestágeno y una THR solo con Estrógenos en mujeres sin útero, recomendamos además un periodo máximo de 5 años de uso de THR con el objetivo de no incrementar el probable riesgo de Cáncer de mama cuando se usa por más de 5 años.

La vigilancia y el seguimiento de la mujer posmenopáusica con THR es importante con el objetivo de mejorar su entorno BioPsicoSocial, nuestra investigación concluye que la respuesta al tratamiento con THR puede ser valorada objetivamente con la Escala de Greene.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, D.F. 2000.
2. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000;34:17-23.
3. Punyahotra S, Dennerstein L, Lehert P. Menopausal experiences of that women. *Maturitas* 1997;26:1-7.
4. Ulrich LG, Barlow DH, Sturdee DW, Wells M. Quality of life and patient preference for sequential versus continuous combined HRT: the UK Kliofem multicenter study experience. UK Continuous Combined HRT Study Investigators. *Int J Gynaecol Obstet.* 1997 Oct;59 Suppl 1:S11-7.
5. Rodriguez C, Calle EE. Postmenopausal hormone replacement, body mass index, and quality of life. *JAMA.* 2002 May 1;287(17):2210-11.
6. Fletcher W, Colditz G. Failure of Estrogen Plus Progestin Therapy for Prevention. *JAMA* 2002 July 3;288(17):366-67.
7. Zárate A, Fonseca E, Ochoa R, Basurto L, Hernández M. Low-dose conjugated equine estrogens elevate circulating neurotransmitters and improve the psychological well-being of menopausal women. *Fertil Steril* 2002;77:952-55.
8. Serle PM. Psychosexual effect of menopause: role of androgens. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:319-24.
9. Genazzani AR, Petraglia . Increase of proopiomelanocortin-related peptides during subjective menopausal flushes. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:775-81.

10. Sherwin B. Hormones, mood and cognitive functioning in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1996;87:20-6.
11. Ferrer J, Martínez G, Dizz F. Plasma levels of B-endorphin during the menstrual cycle. *Gynecol Endocrinol*. 1997;11:75-82.
12. Genazzani AR, Facchinetti F. Beta-lipotropin and beta-endorphin in physiological and surgical menopause. *J Endocrinol Invest* 1981;4:375-78.
13. Schurtz B, Wimmer G. Beta-endorphin levels during the climateric period. *Maturitas* 1988;10:45-50.
14. Steingold K, Laufer L. Treatment of hot falsees with transdermal estradiol. *J Clinic Endocrinol Metab* 1985;61:671.
15. Stearns V, Ullmer L, López J, Smith Y, Isaacs C, Hayes D. Hot flushes. *Lancet* 2002;360:1851-61.
16. Manson JE, Martín K. Clinical practice. Postmenopausal hormone replacement therapy. *N Engl J Med* 2001;345:34-40.
17. Samsioie G. The menopause revisited. *Int J Gynecol Obstet* 1995;21:103-13.
18. Greene JG. Constructing a standard climateric scale. *Maturitas* 1998;29(1):25-31.

Tabla 1. Características del grupo estudiado.

Edad mínima	45 años.
Edad máxima	58 años.
Edad media	50.9 años.
Edad mínima de aparición de la menopausia.	42 años.
Edad máxima de aparición De la menopausia.	52 años.
Edad media de aparición de la menopausia.	46.3 años.
Menopausia Natural (n=25)	62.5 %
Menopausia Quirúrgica (n=15)	37.5 %

Tabla 2. Evaluación de la Terapia Hormonal de Reemplazo en la Sintomatología Psicológica, Somática, Vasomotora y Sexual.

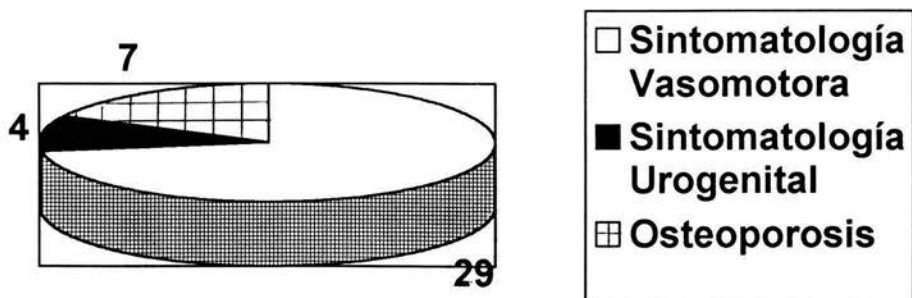
EVALUACIÓN.	Basal. Sin uso THR	Primer mes de uso de THR.	Tercer mes de uso de THR.
Sintomatología Psicológica:			
Ansiedad	0.09	0.016	0.003
Depresión	0.178	0.019	0.02
Sintomatología Somática.	0.446	0.419	0.004
Sintomatología Vasomotora.	0.32	0.07	0.008
Sintomatología Sexual.	0.221	0.088	0.001

Valores $p < 0.05$ fueron estadísticamente significativos.

THR: Terapia Hormonal de Reemplazo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Figura 1. Indicación de la Terapia Hormonal de Reemplazo.

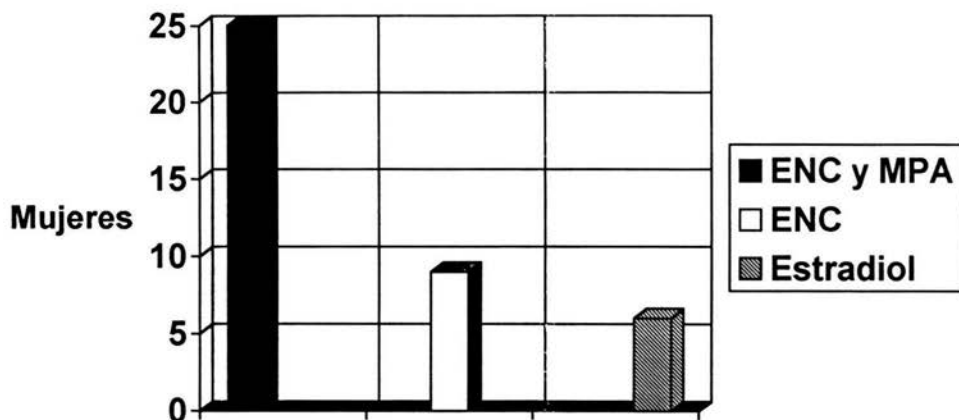


Sintomatología Vasomotora (n=29): 72.5 %

Sintomatología Urogenital (n=4): 10 %

Osteoporosis (n=7): 17.5%

Figura 2. Tipo de Terapia Hormonal de Reemplazo.



ENC y MPA: Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg y Acetato de Medroxiprogesterona 2.5 mg (n=25) 62.5%.

ENC: Estrógenos Conjugados de origen equino 0.625 mg (n=9) 22.5%.

Estradiol: Estradiol hemihidratado 3.2 mg, liberación 50 mcg de Estradiol por día (n=6) 15%.

ANEXO UNO.

ESCALA CLIMATERICA DE GREENE.

Nombre: _____ Edad: _____

Expediente: _____ Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

ANSIEDAD.			
1. Palpitaciones cardíacas rápidas o fuertes.			
2. Sensación de tensión o nerviosismo.			
3. Dificultad para dormir.			
4. Excitable.			
5. Crisis de pánico.			
6. Dificultad para concentrarse.			
DEPRESIÓN.			
7. Sensación de cansancio o falta de energía.			
8. Pérdida de intereses en la mayoría de las cosas.			
9. Sensación de infelicidad o depresión.			
10. Grita, llora.			
11. Irritabilidad.			
SOMÁTICA.			
12. Sensación de vértigo o desvanecimiento.			
13. Presión o tensión en la cabeza o cuerpo.			
14. Adormecimiento u hormigueo en el cuerpo.			
15. Dolores de cabeza.			
16. Dolores de músculos o articulaciones.			
17. Pérdida de sensibilidad en manos o pies.			
18. Dificultad para respirar.			
19. Bochornos.			
20. Sudoraciones nocturnas.			
SEXUALIDAD.			
21. Pérdida de interés en el sexo.			

Se divide en cuatro áreas:

1. Ansiedad, preguntas 1 a 6.
2. Depresión, preguntas 7 a 11
3. Somática, preguntas 12 a 20
4. Sexualidad, preguntas 21

EVALUACION:

- 0: Ausentes, no hay ningún síntoma.
- 1: Leves, no incomodan.
- 2: Moderados, incomodan, sin interferir con vida diaria.
- 3: Severos, incomodan e interfieren con la vida diaria.