

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO EN UNA COHORTE DE MUJERES MENOPÁUSICAS

X. NOGUÉS SOLÁN, I. AYMAR FABREGA, M.^a J. PEÑA MILLÁN, J. PUIG MANRESA, L. MELLIBOVSKY SAIDLER, M.^a T. MARTÍNEZ IZQUIERDO, A. GARRIDO SALDAÑA*, R. CARRERAS COLLADO* y A. Díez Pérez

UNITAT DE RECERCA EN FISIOPATOLOGIA OSSIA I ARTICULAR (URFOA). INSTITUT MUNICIPAL D'INVESTIGACIÓ MÈDICA. *DEPARTAMENT DE MEDICINA INTERNA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR. UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA.

La terapia hormonal sustitutiva (THS) posee un efecto antirresortivo que la convierte en la terapia más fisiológica para la prevención y tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. Conocer la opinión y el grado de satisfacción de las mujeres postmenopáusicas en THS es un dato importante para mejorar el tratamiento.

Pacientes y método. Se realizó una encuesta con 16 preguntas a 100 mujeres en THS que acudieron de forma consecutiva a la Unidad de Densitometría de nuestro centro para realizar una exploración densitométrica. Una enfermera especializada realizó la encuesta y los datos se tabularon para su análisis. La comparación de medias se realizó mediante el análisis de la varianza (ANOVA) y se aplicó la prueba del Chi cuadrado para la comparación de frecuencias utilizando el paquete SPSS 8.0 for windows.

Resultados. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad de instauración de la menopausia en el grupo con menopausia natural 47 ± 4 (media \pm DE) frente a quirúrgica 44 ± 6 (media \pm DE), $p < 0,01$, y en el tiempo transcurrido desde la menopausia y la instauración del tratamiento $2,6 \pm 2,2$ años (media \pm DE) en las mujeres con menopausia natural frente a $4,1 \pm 4,7$ años (media \pm DE), $p = 0,05$, en las mujeres con menopausia quirúrgica. Un 72,2% sabía que el THS les era beneficioso para el hueso y las sofocaciones y solamente un 1% conocía su efecto sobre el aparato cardiovascular. El 59,8% desconocía los posibles efectos secundarios de la THS y solamente a un 8% le preocupaba el tema del cáncer de mama. La duración del tratamiento era 46 ± 26 (media \pm DE) meses, con un intervalo de 4 a 120 meses. De las 128 mujeres que ya no realizaban tratamiento el 50% lo habían abandonado dentro del primer año. Un 73,2% reconocía no saber el tiempo que tenía que tomar el tratamiento.

Conclusiones. Las mujeres en THS poseen escaso conocimiento del beneficio y de los efectos secundarios. Como autorreflexión, podríamos aconsejar una mayor comunicación con las mujeres menopáusicas explicándoles más ampliamente el THS, sus ventajas, inconvenientes y la duración prevista del mismo.

PALABRAS CLAVE: terapia hormonal sustitutiva, osteoporosis postmenopáusica.

(Rev Esp Enf Metab Osas 2000; 9: 99-103)

Estrogen replacement therapy (ERT) has a antiresorptive effect and is probably the best physiological therapy for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. Understanding the opinion and satisfaction level of women undergoing ERT is important for improving treatment.

Patients and method. A survey using 16 questions was performed in 100 women undergoing ERT at our densitometry unit. The survey was carried out by a clinical nurse and data was sorted for analysis. Results were then assessed and statistical mean comparisons and variance analysis were made employing the SPSS 8.0 for Windows.

Results. Age for menopause was higher in women with natural menopause 47 ± 4 (mean \pm SD) vs surgical 44 ± 6 (mean \pm SD) $p < 0,01$; years from menopause and treatment initiation was $2,6 \pm 2,2$ years (mean \pm SD) vs $4,1 \pm 4,7$ years (mean \pm SD) $p = 0,05$. 72% of women were aware of the bone and climacteric benefits, but only 1% knew of the effects on the heart. 59.8% were unaware of possible adverse effects of ERT and only 8% were concerned about breast cancer. Treatment period was 46 ± 26 (mean \pm SD) months, range 4 to 120. Of the 28 women who were not undergoing treatment, half had abandoned ERT in the first year. 73.2% admitted not knowing how long treatment was to last.

Conclusion. Health care professional information for women undergoing ERT is poor. On reflection, we would advise improving communication with menopausal women, attempting to explain the issues involved, inconveniences and duration of treatment.

KEY WORDS: Estrogen replacement therapy, postmenopausal osteoporosis.

INTRODUCCIÓN

La terapia hormonal sustitutiva (THS) es considerada como el tratamiento de primera elección para frenar la pérdida de masa ósea que conlleva el déficit estrogénico en la menopausia. El efecto antirresortivo de los estrógenos hace de éstos una

terapia fisiológicamente ideal para la prevención y tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica¹. Así mismo se han de tener en cuenta sus posibles efectos beneficiosos en la prevención primaria de la cardiopatía isquémica², sobre la prevención de la enfermedad de Alzheimer^{3,4} y cáncer de colon⁵.

La mujer que recibe THS generalmente mejora su sintomatología climática, sofocos, sequedad de piel y mucosas, insomnio, disminución de la libido, etc. Sin embargo, la THS sigue siendo poco utilizada en el tratamiento de la menopausia. Las razones son diversas y dependen en

ocasiones del grado de satisfacción del tratamiento por parte de las mujeres y de los posibles efectos secundarios. En general se cree que la THS es rechazada por las mujeres por el miedo al cáncer de mama o al simple hecho de recibir hormonas, sin embargo se conoce poco el grado de satisfacción del tratamiento y no se ha cuantificado el miedo real al cáncer de la mujer que recibe THS.

El objetivo de este estudio fue conocer la opinión, el grado de satisfacción y de conocimiento del efecto de la THS es una cohorte de mujeres postmenopáusicas en tratamiento hormonal.

Correspondencia: X. Nogués Solán.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital del Mar.
Passeig marítim, 25-28.
08003 Barcelona.
e-mail: 85382@imas.imim.es

Aceptado para su publicación el 15-II-2000.

PACIENTES Y MÉTODOS

Como criterio de inclusión se definió el estar recibiendo o haber recibido THS en forma de parches transdérmicos de estrógenos con o sin progestágenos orales añadidos. Se realizó una encuesta predeterminada a 100 mujeres que acudieron de forma consecutiva a la Unidad de Densitometría de nuestro centro para realizar una exploración densitométrica. La enfermera de la Unidad realizó el interrogatorio de forma individualizada, personal y con el consentimiento de la paciente. La enfermera fue la única persona que la realizó. La encuesta (anexo) se diseñó con preguntas no complicadas y de respuesta corta con el objetivo de evitar interpretaciones erróneas. Se garantizó la confidencialidad de los datos de la encuesta mediante el anonimato de las mismas.

Los resultados se tabularon y se dividieron en dos grupos dependiendo del tipo de menopausia natural o quirúrgica. Se realizó el análisis estadístico mediante el paquete SPSS 8.0 *for windows*. La comparación de medias se realizó mediante el análisis de la varianza (ANOVA) y se aplicó la prueba del Chi cuadrado para la comparación de frecuencias.

RESULTADOS

La edad de las mujeres, edad de instauración de la menopausia y la duración del tratamiento hormonal se muestran de forma conjunta y separada según el tipo de menopausia, natural o quirúrgica, en la tabla 1. Al comparar los dos grupos de mujeres según el tipo de menopausia se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad de instauración de la menopausia en el grupo con menopausia natural, 47 ± 4 (media \pm DE) frente a quirúrgica 44 ± 6 (media \pm DE), $p < 0,01$ y en el tiempo transcurrido desde la menopausia y la instauración del tratamiento $2,6 \pm 2,2$ años (media \pm DE) en las mujeres con menopausia natural frente a $4,1 \pm 4,7$ años (media \pm DE) $p = 0,05$ en las mujeres con menopausia quirúrgica. En cuanto a la duración del tratamiento, la media de tratamiento se situó en 46 ± 26 meses en el total de las 100 mujeres, no

Anexo

Cuestionario que se realizó a las 100 mujeres que acudieron de forma consecutiva a la Unidad de densitometría

N.º historia

Año menopausia

1. ¿Quién le prescribió hormonas?

Ginecólogo

Médico de cabecera

Otro médico

2. ¿Sabe exactamente qué son las hormonas que está tomando?

Sí

No

3. ¿Le han explicado que las hormonas que está tomando no sólo le son beneficiosas para sus huesos sino que además lo son para otras partes de su cuerpo?

Sí

No

No sé para qué sirven

4. Y ¿le han explicado claramente los efectos secundarios del THS?

Sí

No

5. ¿Cuánto tiempo lleva tomando THS (en meses)?

6. ¿Tiene problemas con los parches?

Sí (cuál)

No

7. ¿Le son cómodos o preferiría sólo pastillas?

Me son cómodos

Preferiría pastillas

Me daría igual

8. ¿Ha tenido que cambiar de marca comercial por algún problema con los parches?

Sí

No

9. ¿Ha interrumpido alguna vez el tratamiento por más de dos meses?

Sí

No

10. ¿Sabe cuánto tiempo tendrá que seguir el THS?

Sí (cuánto)

No

11. ¿Le preocupa algo en especial del THS?

Sí (qué)

No

12. Si contesta cáncer preguntar: ¿quién le ha dicho que se lo puede producir?

13. ¿Toma además calcio o sigue una dieta rica en calcio?

Sí

No

14. ¿Sigue controles por su ginecólogo?

Sí (especificar cada cuánto)

No

15. ¿Sigue controles densitométricos?

Sí (especificar cada cuánto)

No

16. Nivel de estudios

Primarios

Secundarios

Universitarios

THS: tratamiento hormonal sustitutivo.

se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre menopausia natural y quirúrgica $39,7 \pm 24,8$ meses (media \pm DE) frente a $54,6 \pm 26$ meses (media \pm DE), $p = 0,06$ respectivamente, siendo el tiem-

po mínimo de tratamiento de 4 meses y el máximo de 10 años. Del total de 28 mujeres que ya no realizaba tratamiento la mitad lo habían abandonado dentro del primer año.

Tabla 1*Edad, edad de instauración de la menopausia y duración del tratamiento en las 100 mujeres incluidas en el estudio*

	Total (n = 100)	Menopausia natural (n = 57)	Menopausia quirúrgica (n = 43)
Edad (media \pm DE)	53,3 \pm 4,9	53,3 \pm 4,2	53,2 \pm 5,7
Edad menopausia (media \pm DE)	46,2 \pm 5,6	47,4 \pm 4,7	44,6 \pm 6,2
Tiempo THS (media \pm DE) en meses	46,2 \pm 25,5	39,7 \pm 24,8	54,6 \pm 24,8

DE: desviación estándar; THS: terapia hormonal sustitutiva.

En la figura 1 se muestran los datos sobre la especialidad del médico prescriptor del THS, grado de conocimiento del tipo de medicación que estaban recibiendo y de sus efectos secundarios, comodidad, porcentaje de mujeres que referían alergia cutánea o enrojecimiento de la piel, problemas con la adhesividad y cambio de

marca comercial. A la pregunta de si conocían cuál era el beneficio que les aportaban los parches (fig. 2), un 72,2% sabía que el THS les era beneficioso para el hueso y las sofocaciones, mientras que tan sólo un 1% conocía su efecto sobre el corazón. En referencia a los efectos secundarios, un 59,8% los desconocía, mientras que sola-

mente a un 8% le preocupaba el tema del cáncer de mama. Las causas que obligaron a interrumpir momentáneamente o de forma definitiva el tratamiento están reflejadas en la tabla 2. Los problemas cutáneos fueron los más referidos y se evaluaron con la pregunta específica acerca de alergia o enrojecimiento de la piel tras la aplicación de los parches, un 29,9% reconocían haber tenido problemas de este tipo y fue de hecho la causa principal de abandono del tratamiento.

A la pregunta sobre el tiempo que deberían seguir el tratamiento, un 73,2% reconocían no saberlo y del resto un 16,5% contestó 5 años y un 6% 10 años.

Un 51,5% seguía una dieta rica en calcio o tomaba suplementos de calcio. En cuanto a la periodicidad de la densitometría y de la mamografía un 83,5% y un 94,8% respectivamente reconocían realizar controles anuales.

DISCUSIÓN

El déficit estrogénico desempeña un papel relevante en la patogénesis de la pérdida de masa ósea de la mujer postmenopáusica. Por ello, la terapia hormonal representa la opción terapéutica de elección para la prevención y tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica⁶. Además la THS es extremadamente efectiva en el tratamiento de los síntomas climatéricos y mejora la calidad de vida de la mujer menopáusica⁷. Sin embargo, su prescripción, incluso su aceptación por parte de las mujeres, es baja en nuestro país en re-

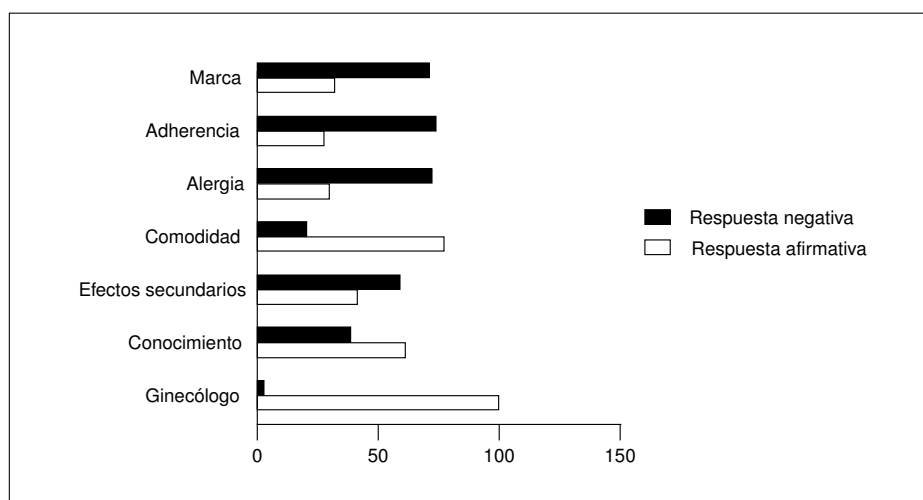


Figura 1. Datos sobre necesidad de cambio de marca comercial, problemas de adherencia, alergia cutánea, comodidad, conocimiento de los efectos secundarios, conocimiento del tipo de hormonas que reciben y médico ginecólogo prescriptor.

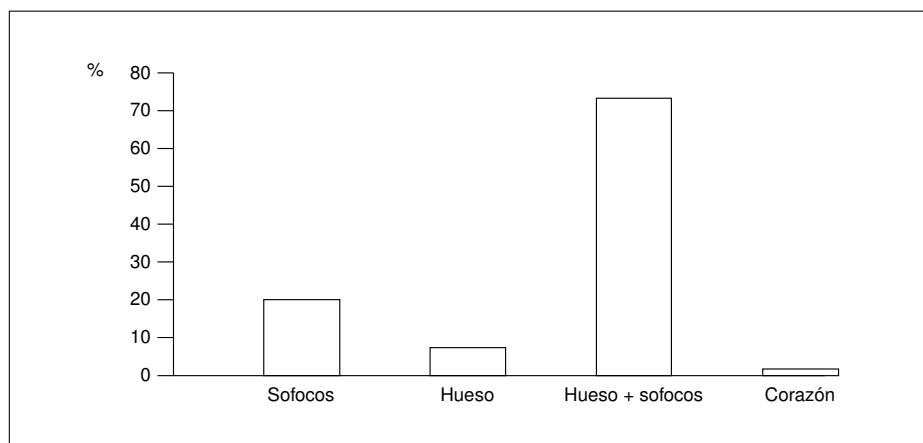


Figura 2. Grado de conocimiento acerca del beneficio del tratamiento hormonal sustitutivo.

Tabla 2*Causas de retirada de THS**

Aumento de peso	(8%)
Alergia cutánea	(32%)
Tumoración benigna mamaria	(4%)
Hipertensión arterial	(4%)
Vómitos	(4%)
Alteraciones uterinas	(16%)
Mal estado general	(4%)
Tiempo estimado suficiente por su ginecólogo	(20%)
Cefalea	(4%)
Mastodimia	(4%)

* Expresado entre paréntesis el porcentaje del total de casos de retirada del tratamiento. THS: tratamiento hormonal sustitutivo.

lación con los países anglosajones⁸. La THS debería ser prescrita al menos durante un período no inferior a 5 años y preferiblemente durante 10 años para conseguir reducir las fracturas osteoporóticas de los 30 años posteriores a la menopausia⁹. Además, el beneficio de la THS en el área cardiovascular es también relevante, al menos como prevención primaria de cardiopatía isquémica pues no es tan claro su efecto beneficioso como prevención secundaria¹⁰. Así el *Nachtigall's Study*¹¹, estudio clínico realizado con THS que tenía como objetivo final la incidencia de enfermedad cardíaca coronaria, demostró una disminución del riesgo relativo del 67% en las mujeres que habían estado en tratamiento hormonal durante los 10 años de duración del estudio.

Realmente la adherencia a este tratamiento, teóricamente tan prolongado, es difícil y los efectos secundarios, como sangrado uterino, mastalgia y alteración de las transaminasas, hacen que en la práctica clínica sean pocos los tratamientos que lleguen a alcanzar los 10 años¹². Además el miedo al cáncer de mama por parte de las mujeres y los estudios epidemiológicos^{13,14} han hecho que se recorte la duración del tratamiento y la fidelidad al mismo.

En el presente estudio se han valorado diversas variables que permitan analizar el perfil de la mujer que recibe THS y sus impresiones sobre el tratamiento. Los resultados han demostrado que el grado de información de las pacientes era relativamente bajo. Si analizamos las preguntas que reflejan la información que tienen las mujeres respecto al THS vemos como un 36% desconocían qué tipo de hormonas estaban tomando y sólo el 40% conocían sus posibles efectos secundarios, mientras que casi el 80% sabían de sus efectos beneficiosos para el hueso y los síntomas climáticos. Este dato indicaría en cierto modo el escaso interés farmacológico por parte de los pacientes de saber en concreto qué producto están recibiendo y cuáles son sus posibles efectos farmacológicos, en cambio, su preocupación se centra más en el beneficio que les va a producir y muestran su plena confianza en el médico. Es de destacar, y a la vez sorprendente, la escasa preocupación que refleja la encuesta sobre el tema del cáncer de mama, tan sólo un 13% del total de mujeres ex-

presa tener preocupación por ello y la mayoría están preocupadas por los comentarios de alguna amiga o vecina. En un estudio reciente en el que se realizó una encuesta sobre este tema en mujeres solicitantes de información y tratamiento hormonal se halló un 46,4% de mujeres preocupadas por el cáncer de mama, dato que sorprendió a los autores del mismo pues reconocían que era muy superior al 25% publicado por otros autores¹⁵. Una hipótesis para explicar estos porcentajes tan variables podría ser debida a la forma de plantear la cuestión. Así en nuestro estudio puede existir una cierta limitación pues en realidad la pregunta se realizó de forma indirecta para evitar una influencia negativa sobre la adherencia actual al tratamiento y se definió al cáncer como «algo en especial». Este dato, aunque no refleja en sí cuántas mujeres sabían la relación entre THS y cáncer de mama, sí creemos que debe hacernos reflexionar. *¿Es la mujer quien no se preocupa por el tema o bien son los facultativos quienes no les transmiten la información sobre la relación entre THS y cáncer de mama?* Sea una u otra la respuesta, está claro que la discusión sobre el tema y la preocupación por los estudios epidemiológicos que demuestran un ligero aumento del riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres con más de 7 y 10 años de tratamiento, no se ven reflejados en nuestra población que recibe THS. Otro resultado a destacar ha sido el hallazgo de diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido desde la menopausia y la instauración del THS entre las mujeres con menopausia natural y quirúrgica. Sorprendentemente era mayor en las mujeres con menopausia quirúrgica, y ello a pesar de que su edad de menopausia era menor y por tanto tenían más riesgo de desarrollar osteoporosis o eventos cardiovasculares. La interpretación de estos resultados es difícil aunque una buena hipótesis sería pensar que la mujer con menopausia quirúrgica rechaza el tratamiento en el período postquirúrgico y posteriormente ante las consecuencias, bien por la sintomatología climática, bien por el descenso de la masa ósea lo acepta.

Respecto a la duración del tratamiento la media se situó en casi cuatro años y de entre las mujeres que ya no estaban en THS, el 50% lo abandonaron durante el primer

año. Este resultado está en concordancia con un reciente estudio realizado en Dinamarca sobre el cumplimiento del THS en una cohorte de mujeres con menopausia quirúrgica y en el que a tres años un 89% de las mujeres continuaba con el tratamiento¹². Así pues podemos considerar que las mujeres mantienen el THS durante un tiempo no tan corto como se cree y si lo abandonan lo hacen dentro del primer año. Es posible que este dato esté influenciado en nuestro estudio por el hecho de realizarse en una Unidad específica de menopausia y la propia visita que se realiza de forma regular cada año sea un punto que influya en la adherencia al tratamiento. Aunque no tenemos datos del rechazo a iniciar el THS, sí podemos decir que cuando se inicia, el tanto por ciento de pérdidas es similar a los publicados por otros autores^{8,15,16}.

Nuestro estudio confirma datos obtenidos en otras encuestas fuera de nuestro país en las que la información por parte de los facultativos a las pacientes es escasa y la fuente de información más relevante es la propia enfermera¹⁷. Nuestra conclusión más importante es pues la necesidad de aumentar la comunicación con las mujeres que van a recibir THS y establecer con ellas un diálogo que permita aclarar las dudas sobre el tratamiento pues somos los facultativos y personal de enfermería los que debemos ayudar a tomar decisiones sobre la THS¹⁸. Como autorreflexión, al igual que otros autores¹⁹ podríamos aconsejar una mayor comunicación con las mujeres menopáusicas explicándoles más ampliamente el THS, sus ventajas, inconvenientes y la duración prevista del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stevenson JC. Pathogenesis, prevention, and treatment of osteoporosis. *Obstetrics & Gynecology* 1990; 75: 36S-41S.
2. Barret Connor E, Bush TL. Estrogen and coronary heart disease in women. *JAMA* 1991; 265: 1.861-1.867.
3. Mc Bee WL, Dailey ME, Dugan E, Shumaker SA. Hormone replacement therapy and other potential treatments for dementias. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26: 329-345.
4. Yaffe K, Sawaya G, Lieberburg I, Grady D. Estrogen therapy in postmenopausal women: effects on cognitive function and dementia. *JAMA* 1998; 279: 688-695.

5. Grodstein F, Newcomb PA, Stampfer MJ. Postmenopausal hormone therapy and the risk of colorectal cancer: a review and meta-analysis. *Am J Med* 1999; 106: 574-582.
6. Calaf J. Benefits of hormone replacement therapy-overview and update. *Int J Fertil Womens Med* 1997; 42 (Suppl 2): 329-346.
7. Genazzani R, Gambacciani M. Hormone replacement therapy: the perspectives for the 21st century. *Maturitas* 1999; 32: 11-17.
8. Sosa M, Navarro MC, Segarra MC, Domínguez C, Limiñana JM, Hernández D, Betancor P. Cumplimiento del tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia en una población canaria, seguimiento durante tres años. *Rev Esp Enf Metab Oseas* 1994; 3: 150-154.
9. Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, Ettinger B, Black D, Cummings SR and Study of Osteoporotic Fractures Research group. Strogen replacement therapy and fractures in older women. *Ann Intern Med* 1994; 122: 9-16.
10. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Hert and Estroen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998; 280: 605-613.
11. Nachtigall LE, Nachtigall RD, Beckman EM. Estrogen replacement therapy II. A prospective study in the relationship to carcinoma and cardiovascular and metabolic problems. *Obstet Gynecol* 1979; 54: 74-79.
12. Hee P. Compliance to estrogen treatment one three years after hysterectomy and bilateral salpingophorectomy. The cohort's lifestyle, knowledge of ERT, benefits etc. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 534-539.
13. Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Manson JE, Joffe M, et al. Postmenopausal hormone therapy and mortality. *N Engl J Med* 1997; 336: 1.769-1.775.
14. Colditz GA, Hankinson SE, Hunter DJ, Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, et al. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995; 332: 1.589-1.593.
15. Palacios S, Menéndez C, Cifuentes L. La mujer española y la THS. Expectativas y cumplimiento. *Pro Obstet Ginecol* 1998; 41: 295-302.
16. Karakoc, Erenus M. Compliance considerations with hormone replacement therapy. *Menopause* 1998; 5: 102-106.
17. Aber CS, Arathuzik D, Righter AR. Women's perceptions and concerns about menopause. *Clin Excell Nurse Pract* 1998; 2: 232-238.
18. Griffiths F. Women's decisions about whether or not to take hormone replacement therapy: influence of social and medical factors. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 477-480.
19. Rozenberg S, Vazquez JB, Vandromme J, Kroll M. Educating patients about the benefits and drawbacks of hormone replacement therapy. *Drugs Aging* 1998; 13: 33-41.

NOTICIAS

**IBMS
ECTS
2001**

1st JOINT MEETING OF THE INTERNATIONAL BONE AND MINERAL SOCIETY AND THE EUROPEAN CALCIFIED TISSUE SOCIETY

Madrid, 5-10 de Junio, 2001

Información:

Intercongres 2001

Gil de Santivañes, 6

28001 Madrid

Tel/fax +34 91 435 00 59

e-mail: ibms.ects2001@intercongres-2001.com

Website: <http://www.intercongres-2001.com>