

## FOLLETO

### Climaterio y terapia hormonal desde una perspectiva social.

### Climacteric and hormonal therapy from a social approach

Dra. Mabel Rocha Vázquez

*Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dor-ticós Torrado". Cienfuegos.*

#### INTRODUCCIÓN

El climaterio es un periodo fisiológico en la vida de las mujeres que se encuentra condicionado por los cambios hormonales que en él acontecen. La función ovárica cesa de una manera progresiva y paulatina. Se produce una deficiencia de hormonas sexuales, estrógenos y progestágenos, y la aparición de una serie de síntomas ligados a esa deficiencia hormonal. Estos síntomas son muy variables de unas mujeres a otras y afectan en mayor o menor grado su bienestar físico y psíquico.

A partir de paradigmas sociales relacionados con la "imagen de la mujer" y basados en el hipoestrogenismo como elemento fisiológico, durante las últimas décadas del siglo pasado hubo una tendencia creciente a considerar a la mujer posmenopáusica como "una paciente nueva y diferente", y a la terapia de remplazo hormonal (THR) como la forma ideal para tratar simultáneamente el llamado síndrome climatérico y prevenir la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular y tal vez el Alzheimer <sup>(1)</sup>.

La THR fue una práctica extendida a lo largo del último cuarto de siglo. Su prescripción se basaba en los beneficios a nivel cardiovascular, óseo y sobre la función cognitiva. Sin embargo, el desarrollo de estudios clínicos aleatorizados para evaluar los reales beneficios de la hormonoterapia ha echado por tierra las promesas de prevención cardiovascular y de la función cognitiva que se le atribuía a esta terapia, confirmando además el mayor riesgo de cáncer mamario. Esto llevó a la inversión de la relación riesgo-beneficio de su uso prolongado en la mayoría de las pacientes y a una drástica reducción de su prescripción y comercialización en todo el mundo <sup>(2)</sup>.

En lo anterior radica la necesidad de reflexionar sobre la THR en esta importante etapa de la vida de la mujer, a la luz del desarrollo tecnológico actual.

#### DESARROLLO

Durante la década de los años setenta, la aplicación de la THS se realizaba con estrógenos solamente, sin asociar progesterona. Debido a algunos estudios <sup>(3-6)</sup> que, de forma definitiva, establecieron la relación causal entre carcinoma endometrial y el tratamiento con estrógenos aislados, en los últimos años se ha incrementado la prescripción de estrógenos más progesterona, conjuntamente, por vía oral, bien de forma continua a lo largo de todo el ciclo menstrual (con dosis bajas de progesterona, de 2,5 mg), o bien de forma secuencial, administrando progesterona sólo 10 días por ciclo (a dosis generalmente más altas, de 5-10 mg). La vía transdérmica, en forma de parches que liberan una cantidad fija de estrógenos durante 24 h, representa una alternativa a la terapia oral <sup>(2-4)</sup>.

El THS es muy eficaz en el tratamiento de los síntomas de la menopausia y actúa de forma inmediata mejorando los síntomas vasomotores (sofocos), la distribución andrógina de la grasa corporal, la sequedad vaginal, los trastornos de la piel, etc. <sup>(2,3,5)</sup>. Sin embargo, han transcurrido cinco años desde que investigadores federales interrumpieron abruptamente el monumental estudio conocido como Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI por las siglas en inglés) <sup>(1, 4,7,8)</sup> al ser reportado que la terapia de hormonas incrementaba el riesgo de ataques cardíacos - la primera causa de muerte en las mujeres menopáusicas, por lo que en la actualidad existe la duda de si la terapia de hormonas sigue siendo una opción positiva.

**Recibido:** 4 de noviembre de 2007

**Aprobado:** 10 de enero de 2008

#### Correspondencia:

Dra. Mabel Rocha Vázquez.

Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Avenida 5 de septiembre y Calle 51-A, Cienfuegos, Cuba, CP:55100.

E-mail: mrv@jagua.cfg.sld.cu.

Su denominación ha cambiado, ahora se habla de terapia hormonal (HT por las siglas en inglés) <sup>(1,8)</sup>; también ha variado el tipo de tratamiento. Las compañías farmacéuticas están produciendo más hormonas de bajas dosis. Los médicos están recetando el parche más bien a corto plazo. Los remedios naturales están siendo estudiados y su uso se incrementa <sup>(8-10)</sup>.

Estudios recientes han demostrado que las hormonas no previenen la demencia o los problemas de la memoria, pero sí combaten las arrugas y los cambios de estado de ánimo; no evitan la incontinencia, pero pudieran contribuir a ello <sup>(2,4,11)</sup>.

#### ¿Cuándo usar la TH?

Los síntomas que se relacionan directamente con la menopausia, y son consecuencia del descenso de estrógenos, son los síntomas vasomotores (sofocos y sudoración) y la atrofia genitourinaria. Otros síntomas que se han asociado son incontinencia urinaria, infecciones urinarias a repetición, depresión, insomnio, pérdida de memoria, disminución de la libido y dolores musculares, pero en la mayoría de ellos no existen evidencias para relacionarlos directamente con la menopausia.

De forma general, existe una gran variabilidad en las mujeres menopáusicas con relación a los síntomas <sup>(1,4,6,7,12)</sup>.

La terapia hormonal (TH) de estrógenos, con o sin gestágenos, es eficaz para el control de los síntomas vasomotores. Así lo demuestran algunas investigaciones que han comparado distintas dosis de estrógenos orales (con o sin gestágenos), obteniendo diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la frecuencia e intensidad de los sofocos <sup>(1,3,5,6)</sup>.

Con respecto a la atrofia genitourinaria, los síntomas que afectan al área urogenital y que se han relacionado con la menopausia son: síntomas vaginales (sequedad, prurito, dispareunia, sangrado postcoital), incontinencia urinaria e infecciones urinarias a repetición.

Tras la menopausia se produce atrofia vaginal. Aunque está relacionada con la menopausia y el envejecimiento, no todas las mujeres van a presentar síntomas.

Los estrógenos, tanto por vía oral como intravaginal, solos o asociados a gestágenos, han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas vaginales. La mayor eficacia del tratamiento por vía vaginal y las bajas dosis de estrógenos administradas por esta vía, sin que exista aumento significativo de hiperplasia o proliferación endometrial, tanto en tabletas, cremas, óvulos o anillos vaginales, aconsejan su utilización frente a la terapia sistémica <sup>(1,3,7,12)</sup>.

La incontinencia urinaria es un problema multifactorial y aunque puede agravarse o aparecer tras la menopausia, no se dispone de datos que la relacionen directamente.

Todavía no se conoce con seguridad la relación de la menopausia con las infecciones urinarias a repetición.

Hay factores que se presentan en la menopausia y que pueden favorecerlas, como el adelgazamiento del epitelio urogenital y el aumento del pH vaginal. No hay datos concluyentes de la eficacia de los estrógenos en su tratamiento. El estrógeno oral no es efectivo, aunque por vía intravaginal durante 6-8 meses muestra una reducción en la recurrencia de las mismas. La tibolona es eficaz en la mejoría de los síntomas vaginales, y no existen diferencias significativas cuando se compara con estrógenos.

Después de la menopausia hay una pérdida acelerada de la densidad de masa ósea que se traduce en un aumento del riesgo de osteoporosis y consecuentemente del riesgo de fracturas. El tratamiento con estrógenos reduce este riesgo y los beneficios se pierden a los pocos años del cese de la TH <sup>(1,2,12)</sup>.

En cuanto a la menopausia precoz sintomática, el tratamiento de elección es la TH hasta los 48-50 años. En mujeres asintomáticas no hay evidencia para realizar un tratamiento con TH <sup>(2,9,13)</sup>.

#### ¿Cuáles son los riesgos de la TH?

Las recientes comunicaciones acerca de la terapia hormonal, tanto de estrógenos solos como de las asociaciones de estos con progestágenos, y su relación con la cardioprotección, riesgo de cáncer de mama y envejecimiento cerebral, han generado gran confusión y preocupación entre las mujeres, profesionales de la salud y los medios de comunicación masiva <sup>(1,3,4,12)</sup>.

La TH y su posible influencia en el desarrollo de cáncer de mama es uno de los temas más controvertidos de la medicina. La mayoría de los estudios encuentran un aumento de su incidencia entre las usuarias de TH durante más de 5 años; las mujeres usuarias de TH a los 5 años tienen 2 casos más de cáncer por cada 1000 mujeres y 6 casos más por 1000 mujeres si el tiempo de uso de la TH es de 10 años. Este riesgo prácticamente desaparece a los 5 años de suspendida la TH <sup>(2,9,14)</sup>. El WHI fue el primer ensayo clínico que ha demostrado que la TH con estrógenos más progestágenos incrementa de la incidencia de cáncer de mama <sup>(4,6,11)</sup>. Así mismo, bajo determinadas condiciones de uso, la HT representa riesgos para otras afecciones como el cáncer de endometrio, litiasis biliar y tromboembolismo venoso.

#### ¿Cuáles son los efectos secundarios de la terapia hormonal y su manejo?

Puede presentarse un sangrado cíclico durante el tratamiento de la TH, que puede considerarse normal si se atiende a unas características definidas, o puede no presentarse, dependiendo, en la mayoría de las ocasiones, del tipo de pauta utilizada: cíclica o continua.

Otros efectos secundarios son las náusea, cefalea, mastalgia, epigastralgia, el síndrome premenstrual (hinchazón abdominal, mastalgia), depresión, nerviosismo, irritación cutánea en la zona de aplicación de los parches y aumento de peso <sup>(3,5,11,12)</sup>.

### ¿En qué situaciones está contraindicada?

La HT está contraindicada de manera absoluta cuando existen los siguientes problemas:

- Antecedentes personales de cáncer de mama.
- Antecedentes personales de cáncer de endometrio.
- Hemorragia uterina inexplicada.
- Enfermedad hepática activa.
- Síndrome de Dubin-Jhonson.
- Melanoma maligno.
- Antecedentes de tromboflebitis profunda y/o enfermedad tromboembólica.

Y de forma relativa cuando existen las afecciones siguientes:

- HTA severa.
- Leiomionas uterinos.
- Antecedentes de tromboflebitis superficial.
- Hepatopatía crónica.
- Trastornos convulsivos.
- Tabaquismo.

### Evaluación inicial y seguimiento

La indicación, prescripción y seguimiento del tratamiento con TH en la mujer menopáusica se podrá realizar desde atención primaria, sin necesidad de revisiones por atención de segundo nivel, siempre y cuando el profesional esté suficientemente familiarizado con este tipo de tratamiento.

El seguimiento de la mujer en esta etapa de la vida no se puede desligar del desarrollo tecnológico, no solo en la terapéutica a utilizar, que dicho sea de paso, ha evolucionado a lo largo de la historia y lo que en un momento determinado fue considerado ideal, en otro se convierte en riesgo potencial para determinadas pacientes. Evidentemente, la terapéutica tiene que ser muy individualizada, tener en consideración la edad, antecedentes personales, identificación de riesgos, realización de complementarios, etc.

### Alternativas para elevar la calidad de vida durante el climaterio

Es parte de la labor de los profesionales de la salud, informar a las pacientes sobre las opciones que tienen

con relación a contrarrestar los efectos indeseables asociados a la etapa de climaterio, incluida la terapia hormonal. Se trata de explicar los riesgos y beneficios que conlleva, para que realicen una elección fundamentada, se sientan realmente orientadas y decidan qué terapéutica utilizar.

La calidad de vida de las pacientes se traduce también en el nivel de información del que dispongan, sobre los problemas de salud que presentan y cómo enfrentarlos.

La mujer, durante la edad mediana, debería recibir una atención médica particular destinada a evaluar su estado de salud y buscar factores de riesgo para las afecciones más frecuentes (hábitos alimentarios, sedentarismo, antecedentes familiares y enfermedades asociadas). Es necesario precisar la influencia que sobre dicho estado tienen factores de su entorno inmediato (casa, trabajo) y social (condicionamiento de género, ingresos, creencias, reconocimiento social).

Se deberá desarrollar un programa de educación para la salud dirigido a los cuidados en esta época de la vida, lo que posibilitará que la mujer disponga de los conocimientos necesarios para participar en la búsqueda de ayuda médica y en la toma de la decisión terapéutica.

### **CONCLUSIONES**

Con el incremento de la expectativa de vida de la población mundial, y de la cubana en particular, cada vez cobra mayor importancia el tratamiento de la mujer climaterica, tema crucial donde el inadecuado manejo de la información, así como de la interpretación de resultados, han generado confusión tanto para los médicos como para la comunidad en general.

Son múltiples las indicaciones, fármacos y pautas de tratamiento que se pueden utilizar con la terapia hormonal, pero resulta muy importante individualizarla, informar adecuadamente a las pacientes y prestar especial interés a todos los elementos éticos implicados en esta terapéutica.

El manejo integral de la menopausia cada día cobra mayor importancia y la terapia hormonal no es más que otra herramienta que contribuye a mejorar la calidad de vida en esta etapa del ciclo de la mujer.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Navarro D. Terapia hormonal de reemplazo en el siglo XXI. Rev Cubana Endocrinol [Seriada en Internet]. 2005 [Citado: 22 de enero de 2006];16(2):[Aprox.:4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532005000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532005000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
2. Coppola F, Nader J, Aguirre F. La terapia hormonal en la postmenopausia y las promesas incumplidas. Rev Med Uruguay. 2004;20:130-135.
3. Lippert T, Maeck A. Estradiol frente a estrógenos equinos conjugados. Foro Ginecol 2002;5(1):13-6.
4. Naftolin F, Taylos HS, Karas P, Brenton E, Newman I. The women's health initiative could not have detected cardio protective effects of starting hormone replacement therapy during the menopausal transition. Fertil Steril. 2004;81(6):1498-501.

5. Neuman F, Krameer P, Al-Ouf A. Breve historia de las investigaciones sobre estrógenos. Foro Ginecol. 2002;5(1):16-21.
6. Palacios S, Calaf J, Cano A. Relevant results of the WHI study for the management of the menopause in Spain. Maturitas. 2003;44(2):83-6.
7. World Health Organization. Report of a WHO Scientific Group. Research on the Menopause in the 1990´s. Geneva: WHO; 1994.
8. Alvarez A, Ortigosa J, Antorrena I, Toquero J. Tratamiento hormonal sustitutivo en la prevención de la cardiopatía isquémica en la mujer. Rev Esp Cardiol [Seriada en Internet]. 2001 [Citado: 16 de febrero de 2006];54(4): [Aprox.:14 p.]. Disponible en: [http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista\\_cardio.fulltext?pid=11000061](http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=11000061).
9. Writing group for the women's health initiative investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 2002;288:321-33.
10. Hulley S, Furberg C, Barret-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, et al. Non cardiovascular diseases outcomes during 6,8 years of hormone replacement therapy. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Follow-up (HERS II). JAMA. 2002; 288: 58-66.
11. Morales A. La terapia de reemplazo hormonal y el estudio WHI. Rev Iberoam Educ Méd Continuada. 2003;22(2):36-8.
12. Dugal R, Hesla K, Sordal T, Aase KH, Lilleeidet O, Wickstrom E. Comparison of usefulness of Estradiol vaginal tablets and Estriol vaginal tablets for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79:293-297.
13. Monterosa Castro A. Pronunciamento de la Asociación Colombiana de menopausia respecto al uso de la terapia hormonal. [Monografía en Internet]. Colombia: 2004. [Consultado: 16 de febrero de 2006]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/Meno10404-comunicado.htm>.