

LA TERAPIA HORMONAL SIGUE SIENDO VALIDA PARA LA MUJER EN CLIMATERIO



Dr. Alvaro Monterrosa Castro.

Profesor Titular

Facultad de Medicina, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Cartagena.

Presidente.

Asociación Colombiana de Menopausia

fertilizar@enred.com

En la medida que estudios experimentales y observacionales señalaban que la disminución estrogénica de la menopausia causaba un deterioro en diferentes tejidos, se planteó la posibilidad que la suplencia estrogénica llevase a la recuperación e incluso a la prevención de algunas enfermedades, como las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y la enfermedad de Alzheimer. A partir de allí se plantearon los beneficios de los estrógenos y por tanto la necesidad de una administración prolongada en el tiempo, hecha masiva dentro de la población sin importar el momento de inicio y se llegó a generalizar el concepto de una Terapia Hormonal (TH) para todas las mujeres en climaterio y durante toda la vida. Publicaciones que hacían parte del Nurses Health Study sugirieron la posibilidad de protección cardiovascular con los estrógenos, lo cual hoy día está revaluado por los resultados obtenidos en nuevas estrategias investigativas de rigurosas exigencias, estudios prospectivos aleatorizados que son considerados los de mayor peso científico.

Pese a la controversia todavía reinante por los resultados obtenidos y publicados en los dos últimos años, se han generado modificaciones conceptuales que obligan a replanteamientos en la administración de la TH, y el más importante es que pasa de ser generalizada a ser individualizada. La mujer en climaterio debe recibir una atención integral de su condición de salud relacionada con la edad y no solamente ser sometida a la decisión unilateral del profesional de salud de darle o no darle TH. El redimensionamiento de la TH implica un perfil distinto y seguir siendo herramienta válida para la atención en salud de la mujer en climaterio. La TH debe dejar de ser considerada la única estrategia de manejo del climaterio y pasar a ser una más de todo

el arsenal que dispone el profesional de la salud, para el cuidado de la mujer. En ello se involucran las medidas no farmacológicas y toda la gama de distintos preparados farmacéuticos. Se plantea que la perspectiva de atención de la mujer en climaterio debe ser de atención primaria, donde se realice prevención cardiovascular, prevención del cáncer de cuello uterino, endometrio y seno así como prevención de osteoporosis. Una atención que sea brindada con altos estándares de calidad, que busque la conservación de una buena calidad de vida, que ofrezca TH como una opción farmacológica que debe ser suficientemente motivada al instante de la prescripción. Al indicarla se deben tener en cuenta los riesgos propios de la mujer en evaluación, los riesgos modificables y los no modificables, así como los beneficios, los riesgos y los efectos secundarios propios de la sustancia, como se aplica a todo producto farmacéutico al tiempo de ser prescrito. La TH se indica fundamentalmente para el manejo de los síntomas climatéricos, para el manejo de los síntomas urogenitales relacionados con la disminución de los estrógenos y para la prevención de la osteoporosis y sus fracturas subsecuentes. Para la TH se amerita siempre un seguimiento, un manejo de los efectos secundarios y se sugiere una revaloración de la motivación de la administración en forma anual.

La TH se debe administrar en la menor dosis efectiva, durante el menor tiempo necesario y siempre tomando en consideración los hábitos, los antecedentes personales y familiares, así como los gustos o deseos de la mujer en lo relacionado a la vía de administración. Están publicados estudios recientes en los cuales se han administrado dosis cada vez más bajas de estrógenos, como el estudio HOPE y se ha observado per-

sistencia de los efectos benéficos sobre los síntomas climatéricos, sobre el aparato genitourinario y sobre la masa ósea, siendo de esperar una minimización de los efectos secundarios y una menor posibilidad de los riesgos relacionados con la administración.

Los estudios HERS, HERS-II y la rama del WHI que incluía estrógenos más gestágenos modificaron el papel que se le asignaba al estrógeno en la protección cardiovascular. Hoy día no se debe iniciar o continuar la administración de estrógenos para ofrecer protección cardiovascular primaria o secundaria. Se debe tener presente en la mujer la presencia de factores de riesgo para cuadros de tipo tromboembólico y otros fenómenos cardiovasculares al momento de estudiar la necesidad de prescripción. Tampoco se debe administrar el estrógeno buscando mejoría o prevención de la demencia senil y mucho menos como una píldora de la eterna juventud o buscando reestablecer todas las características biológicas propias de la etapa reproductiva. No existen estudios que avalen la indicación para obtener beneficios de tipo cosmético en especial a nivel de la piel. La TH no es una estrategia para prevenir el envejecimiento. Los estudios enunciados al igual que el Million Women Study han señalado un incremento ligero en el riesgo de cáncer de seno, lo cual obliga a la mamografía previo al inicio de la TH y a la vigilancia respectiva. El incremento de riesgo parece ser menor con el empleo exclusivo de estrógenos, que con la utilización de la terapia combinada con gestágenos. La presencia del gestágeno dentro de la TH es únicamente para protección endometrial. La introducción del gestágeno plantea nuevos interrogantes y modifica el entorno en el cual se administra el estrógeno. En la práctica diaria, no está indicada la prescripción de la Terapia sea de sólo estrógenos o combinada con gestágenos, en mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama.

Están en desarrollo y en aplicación nuevos gestágenos, que hormonalmente son más puros o neutros y por lo tanto relacionados con menos probabilidad de efectos indeseables, lo cual incrementa el perfil de opciones terapéuticas para la mujer en climaterio. Aunque se señala la teoría del efecto de clase de las hormonas, también se suele recomendar que los datos y los efectos obtenidos con la administración de gestágenos o estrógenos específicos, no deban ser extrapolados y aplicados a otras moléculas similares,

haciéndose necesaria la realización de los ensayos clínicos respectivos. Igual apreciación se tiene para las diferentes rutas de administración.



Más allá incluso, los resultados obtenidos a una edad específica del climaterio no debiesen aplicarse a otras edades. Al momento de considerar las cifras, también deben tenerse presente factores o influjos genéticos, nutricionales, ambientales y culturales.

Debemos evitar el facilismo de alinearse estando a favor o contra de la TH, recurso al cual se ha recurrido ante la dificultad de interpretación de las investigaciones publicadas recientemente y sobre todo a la desinformación generada. Estar a favor para administrarla obstinadamente a todas las mujeres en climaterio o estar en contra para negarla a las mujeres con cuadros severos de síntomas climatéricos o retirarla de las opciones terapéuticas de las mujeres en riesgo de osteoporosis o fracturas, es desafortunado. Irse a los dos extremos de las posibilidades deja sin opciones válidas a la mujer en climaterio. El punto final de la TH no está señalado.

El profesional de la salud, sea médico general o ginecólogo, en ejercicio de atención primaria en salud a la mujer en climaterio, debe tener el suficiente y amplio criterio médico para seleccionar e individualizar las mujeres que se van a beneficiar de la TH, y reconocer e identificar a aquellas que estarán en riesgo de cáncer de seno, la utilicen o no la utilicen. Deberá con herramientas diferentes a la TH hacer prevención cardiovascular tanto primaria como secundaria. La atención en salud a la mujer en climaterio debe ser fundamentalmente una acción preventiva. La palabra menopausia debiese llevar inscrito en su contexto, ser tiempo de medicina preventiva.

Wyeth

Consulte a su
médico

