



El Climaterio i

Rocío Abellán
Javier Alba
Alba Andujar
Bruno Cañamás

Nuria Bañuls
María Bermejo
Mireia Briones

INDICE

• Concepto de climaterio	3
• Epidemiología	3
• Fisiología	4
• Problemas de Salud y autocuidados	
- Sofocos, sudores y palpitaciones	6
- Involución de la piel	6
- Osteoporosis	7
- Artromialgias	7
- Insomnio	7
- Cambios psicológicos	7
- Displasia	8
- Sobrepeso y obesidad	8
- Hipertensión arterial	8
- Riesgo reproductivo	9
- Riesgo oncológico	9
• Asistencia Primaria durante el climaterio	9
• Tratamiento hormonal sustitutivo	11
• Indicaciones – Contraindicaciones	14
- Terapia hormonal sustitutiva	15
• Últimos estudios	
• Bibliografía	

CONCEPTO DE CLIMATERIO

El climaterio es considerado como una fase transitoria de la vida de la mujer, situada entre la etapa reproductiva y la no reproductiva. Aproximadamente hacia los 40 años de edad, en las mujeres, disminuye la frecuencia de las ovulaciones señalando esto el inicio de un periodo de deterioro progresivo en la función ovárica, llamado climaterio. Esta etapa puede durar varios años siendo la característica fundamental un agotamiento de las células reproductoras (ovocitos) en el ovario con la consiguiente disminución en la síntesis de estrógenos. Todos estos nuevos eventos se manifiestan con una disminución de la fertilidad y finalmente la aparición de la menopausia, que consiste en la ausencia de menstruación durante un periodo de un año desde la última.

Conforme va disminuyendo la función ovárica, se produce una pérdida secuencial de la función de los tejidos dependientes de los estrógenos. Desaparecen la ovulación y la menstruación; así como también se producen cambios en la vagina, tejido vulvar o en las mamas.

EPIDEMIOLOGÍA

El inicio de la declinación funcional ovárica es variable para cada mujer. A lo largo de la historia, la edad de la menopausia se ha ido alargando; en la Edad Media el promedio era de alrededor de los 40 años, en 1700 se incrementó a los 45 años y en la actualidad ronda los 50 años.

Algunos autores hacen durar el climaterio de los 45 a los 55 años, dividiéndose en fase premenopáusica, hasta los 48, fase perimenopáusica, de los 49 a los 51, y la fase postmenopáusica, de los 52 a los 55.

En algunas mujeres, hasta muy pocas semanas o meses antes de la retirada de las menstruaciones, la mujer no tiene sintomatología alguna, con lo que el período premenopáusico prácticamente no existe. En cambio, hay mujeres en las que la sintomatología empieza mucho antes y ya desde los 40 años empiezan a dar síntomas de preclimaterio.

Otras veces, esta variabilidad, tiene lugar en la postmenopausia, y las mujeres arrastran sus fenómenos ovarioprivos hasta los 60 años y más adelante, mientras que, en otras ocasiones, apenas cesada la menstruación, la mujer se equilibra y no tiene síntomas de climaterio de ninguna clase. Habrá, por tanto, que distinguir entre un climaterio precoz y uno tardío.

Muchos síntomas climatéricos, por ejemplo, la osteoporosis, se solapan con la involución senil, por tanto, muchas mujeres se vuelven osteoporóticas, no como consecuencia inmediata de la falta de sus menstruaciones, sino como un efecto progresivo de la vejez.

El climaterio es un fenómeno de privación hormonal ovárica, y la menopausia (ausencia de sangrado menstrual) es una manifestación uterina de esa falta de

secreción hormonal, como consecuencia, una mujer con tejido ovárico secretante (no-climatérica) o histerectomizada (sin útero), es una mujer menopáusica que no presenta síntomas climatéricos.

Así pues, en cada caso la duración de este periodo (climaterio) será distinta, y esta diferente duración dependerá de muchos factores: fertilidad, constitución endocrina, factores genéticos, factores ambientales.

FISIOLOGÍA

Durante la vida fértil de la mujer el ovario produce dos tipos de hormonas: estrógenos y progesterona. Éstas actúan en diferentes funciones del organismo: aparato genital, vejiga urinaria, corazón, aparato circulatorio, piel, sistema nervioso central, etc.

En el climaterio, podemos diferenciar 3 etapas:

1. **Etapa premenopáusica:** la mujer presenta un déficit de progesterona pero los niveles de estrógenos son normales. Se producen alteraciones menstruales y ciclos irregulares no ovulatorios alternando con ciclos normales.
2. **Menopausia:** es la ausencia de ciclo menstrual durante 12 meses seguidos.
3. **Etapa postmenopáusica:** existe un déficit de progesterona y estrógenos.

Los ovarios tienen un número determinado de folículos. Desde el nacimiento, este número de folículos va disminuyendo hasta agotar la reserva folicular del ovario. Esto se traduce en una pérdida de la capacidad del ovario para producir hormonas.

El ovario también produce una pequeña proporción de hormonas masculinas (androstendiona y testosterona), que son transformadas en estrógenos en el folículo ovárico. Al llegar la menopausia esta transformación tiene lugar en el tejido adiposo, ya que no existen folículos. De esta manera, en una mujer con obesidad, puede haber muchos más estrógenos que en una mujer de peso normal.

Hay que remarcar que esta etapa de cambio en la mujer, se puede expresar de diversas maneras, y como cada persona es distinta, a cada mujer le afectará de forma diferente expresándose distintos grados en la sintomatología típica de la menopausia (osteoporosis, sequedad vaginal, cambios en la conducta...)

PROBLEMAS DE SALUD Y AUTOCUIDADOS

La disminución progresiva de los estrógenos es el fenómeno determinante del síndrome climatérico. A partir de esta disminución se producen una serie de cambios en la estructura y función de los diferentes órganos y sistemas. De estos cambios se derivan tanto unos síntomas clínicos como unas situaciones de riesgo que analizaremos y explicaremos detenidamente.

Para comenzar diremos que en la génesis de los síntomas es universalmente aceptada la influencia del déficit hormonal, pero muchos autores sostienen que

también es muy importante la influencia de factores socioculturales que interaccionan con el efecto hormonal reforzándolo e incluso aumentándolo. Entre estos se encuentran:

1. Simbolismo cultural de la menstruación: consecuencias de su desaparición.
2. Consideración social de la mujer estéril.
3. Consideración social del envejecimiento.
4. Actitudes de la pareja, especialmente en el área sexual.
5. Grado de necesidad económica que tenga en ese momento o que le vaya a provocar su nuevo estado.
6. Cambios en el papel sociofamiliar (síndrome del nido vacío) y disponibilidad de alternativas.
7. Disponibilidad de servicios de salud específicos.

En la década de los cincuenta Blatt y Kupperman propusieron una escala de medición de los síntomas climatéricos que tuvo gran aceptación y que hoy en día todavía se utiliza. Se evalúa cada síntoma con una puntuación predeterminada (ponderación) y se multiplica por 0 (si el síntoma no se presenta), por 1 (si es leve y poco frecuente) y por 2 (si es intenso y muy frecuente). De la suma de las puntuaciones se obtiene un resultado que puede ser alto, medio o bajo y determina la necesidad de intervención terapéutica.

Kupeerman agrupó los síntomas según su causa en varios apartados:

- ❖ **Síndrome vasomotor:** Sofocaciones y parestesias.
- ❖ **Síndrome psiconeurobiológico:** Insomnio, cambios de carácter, depresión y ansiedad.
- ❖ **Síntomas psicósomáticos generales:** Vértigos, dolores musculares o articulares, cefaleas, palpitaciones y molestias viscerales diversas.
- ❖ **Síntomas cutaneomucosos:** Alteraciones en el tejido conjuntivo de la piel y mucosas, con síntomas de atrofia cutánea a medio plazo.

Los síntomas psiconeurobiológicos se observan sobre todo en el período premenopáusico (fase de transición con desarreglos menstruales progresivos) mientras que los vasomotores, preferentemente, durante el primer año después de la menopausia.

Seguidamente analizaremos cada uno de los problemas menopáusicos centrándonos en los síntomas y autocuidados para prevenirlos o mejorarlos.

SOFOCOS, SUDORES Y PALPITACIONES

Es lo más comentado por las mujeres que atraviesan la etapa climatérica, su intensidad varía según la persona, dependiendo de la capacidad que tiene su cuerpo para fabricar estrógenos y del propio estilo de vida. Se manifiestan unos golpes de calor de día o de noche acompañados de enrojecimiento de la cara, cuello y pecho. Tienen una duración de 1 a 4 min. y la desaparición es tan brusca como el inicio. Hay mujeres que no lo perciben y otras lo sufren incluso 5 años después de la menopausia.

Autocuidados

- Utilizar ropa de algodón.
- Practicar la relajación.
- Mejorar la temperatura ambiental.
- Usar el abanico.
- Tomar Vit. E (mantequilla, huevos, soja, cacahuetes, cocos, nata o aceite de trigo).

INVOLUCIÓN DE LA PIEL. LA VULVA Y LA VAGINA

La piel se atrofia y los labios menores en ocasiones llegan a borrarse por completo. Esta sequedad y atrofia vaginal pueden dar lugar a pérdidas hemáticas por rotura del epitelio y el pH vaginal se vuelve más alcalino aumentando así el riesgo de infecciones. Por otra parte todos estos síntomas dificultan las relaciones sexuales (coitales).

Autocuidados

- La sequedad de la vulva y vagina precisan de un lubricante vaginal específico, algunos de ellos llevan estrógenos. Tanto estos como los tratamientos hormonales sustitutivos deben ser recomendados por el ginecólogo.
- La actividad sexual también mejora la calidad vaginal porque el líquido seminal es un buen aliado contra la sequedad.

INVOLUCIÓN DE LA PIEL. LA URETRA Y LA VEJIGA

La uretra y la vejiga sufren sequedad y atrofia con pérdida grave de elasticidad, lo que puede dar lugar a disuria, polaquiuria y en ocasiones cistitis y uretritis. La atrofia del trigono y la alteración en el ángulo vesiculouretral provocan una incontinencia urinaria de esfuerzo o aumentan la intensidad de la incontinencia ocasional que sufre la mujer.

Autocuidados

- Practicar diariamente los ejercicios de Kegel.
- Consultar con el médico de familia si no mejoran las molestias al orinar.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad sistémica que se caracteriza por la disminución de masa ósea, incrementando así la fragilidad de los huesos y la susceptibilidad a las fracturas, sobretudo en cadera, muñecas y vértebras.

• Tratamiento

- Estrógenos: ayudan a conservar el hueso y la integridad esquelética ya que mantienen los niveles de Ca.
- Calcio: su absorción disminuye con la edad a causa de una reducción de Vit D activa, especialmente tras la menopausia. Un balance positivo de Ca es fundamental para la prevención de osteoporosis.

- Calcitonina: hormona cuya función es inhibir la reabsorción de Ca en sangre y en el intestino, para que se reabsorba mejor en los huesos, teniendo una acción estimulante osteoblástica.
- Modificación de los hábitos de vida: La dieta debe incluir Ca y vit D complementada con alguna hora caminando, nadando o haciendo ejercicio moderado al aire libre y en horas de luz solar.

ARTROMIALGIAS

Son los dolores articulares y musculares que manifiestan algunas mujeres, nunca deben relacionarse con la osteoporosis ya que esta no es dolorosa.

Autocuidados

- Ejercicio físico.
- Relajación.
- Masajes.
- Evitar el café y las bebidas excitantes ya que excitan el foco irritativo del dolor.

INSOMNIO

Puede aparecer junto con las depresiones, los sofocos y cambios importantes que se produzcan.

Autocuidados

- Ejercicios de relajación.
- Hábitos regulares para dormir.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Suelen ir acompañados de problemas de adaptación a nuevas situaciones (viudedad, separación, cambio de trabajo...) que con frecuencia se atribuyen a la menopausia, por lo tanto debemos valorar la causa que los produce para mejorar sus consecuencias.

Pueden manifestarse con irritabilidad, respuestas bruscas y exageradas a situaciones normales, apatía, cansancio, dificultad para tomar decisiones o depresión que precisará un tratamiento específico.

Autocuidados

- Reforzar la autoestima para mejorar la capacidad de adaptación.
- Hacer proyectos de futuro.
- Participar en la vida social (asociación de vecinos, actividades culturales y del barrio...).
- Ejercicios de relajación y de memoria.
- Utilización de una agenda para mejorar el control de las actividades diarias.
- Tomar alimentos que contengan Vit. B6 (pan integral, levadura, nueces, pipas de girasol, germen de trigo, carne y salvado).

DISLIPEMIA

En esta etapa menopausica, el organismo produce colesterol sin tener en cuenta la cantidad de grasas saturadas ingeridas, por lo tanto si los alimentos ricos en grasas

y colesterol se ingieren en exceso, pueden aparecer problemas de salud (arteriosclerosis, problemas cardiovasculares y aumento de la tensión arterial).

Autocuidados

- Dieta mediterránea.
- Reducir la ingesta de grasas.
- Disminuir los hidratos de carbono.
- Limitar los productos azucarados, las bebidas estimulantes y las alcohólicas
- Aumentar la ingesta de verduras crudas y cocidas.
- Las raciones proteicas deber se adecuadas.
- Beber agua abundante y de baja mineralización.
- Tomar zumo de limón diariamente e introducir manzanas y avellanas en la ingesta de frutas.
- Es indispensable practicar ejercicio físico.

SOBREPESO Y OBESIDAD

Durante esta etapa tiende a aumentarse de peso, puesto que el volumen abdominal crece, este síntoma es molesto para algunas mujeres pero desconocen que en esas grasas existen estrógenos que actúan suavizando la agresividad de los síntomas climatéricos. No ocurre en mujeres muy delgadas.

Autocuidados:

- Dieta personalizada según el índice de masa corporal y el gasto energético diario.
- La pérdida de peso debe ser lenta ya que los kilos perdidos con rapidez se recuperan fácilmente.
- Las dietas estrictas pueden provocar problemas físicos y psíquicos graves.
- Comer sin prisas, sentadas y relajadas, procurando hacerlo siempre a las mismas horas.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Alteración cardiovascular que puede causar graves daños en el organismo y cuando se asocia con otros trastornos de salud aumentan los riesgos. Por ejemplo: diabetes, colesterol, obesidad, sedentarismo, estrés emocional... Otras causas que predisponen a su aparición pueden ser la edad, raza, sexo, el consumo de alcohol, tabaco, café...

Autocuidados:

- Suprimir la sal de las comidas.
- Aliñar la comida con otros recursos naturales: hierbas y plantas aromáticas, especias...
- Eliminar los alimentos que llevan adición de sal, como embutidos, productos en conserva y bebidas con gas.
- La fitoterapia es una opción que mejora los sofocos y palpitaciones, el insomnio, la apatía, el cansancio y la hipertensión arterial, pero se requiere asesoramiento experto dado que muchas plantas interactúan con los tratamientos farmacológicos.

RIESGO REPRODUCTIVO

Aunque la tasa de fecundidad es menor en las mujeres entre 40-45 años puede ocurrir que hasta transcurridos 12 meses de amenorrea posmenopáusica tenga lugar un embarazo. Durante estas edades el riesgo aumenta tanto para el feto (pueden aparecer malformaciones congénitas, síndrome de Down y se duplica la posibilidad de aborto) como para la madre (mayor mortalidad materna y mayor incidencia de complicaciones obstétricas tales como hipertensión, hemorragia por atonía uterina o rotura del útero), por ello se recomienda la utilización de anticonceptivos hormonales.

RIESGO ONCOLÓGICO

Los datos epidemiológicos demuestran que existe un incremento en la frecuencia de ciertos cánceres en estas edades.

Por esto, sin que se establezca una relación entre el proceso de climaterio y la génesis de cánceres, la tendencia al alza del período obliga a incluir medidas de diagnóstico oncológico precoz.

ASISTENCIA PRIMARIA DURANTE EL CLIMATERIO

La instauración de la menopausia tiene un carácter progresivo, afecta a todas las mujeres sanas, no asociándose con la génesis directa de ninguna patología. No existe pues ninguna base científica que permita considerarla como una endocrinopatía. Sólo en determinadas mujeres en las que se asocien factores de riesgo como patologías preexistentes, estados carenciales o una predisposición genética se desencadenarán determinadas patologías. Como consecuencia del propio envejecimiento a partir de la menopausia aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y alteraciones del metabolismo óseo.

La Atención Primaria constituye el primer, y en ocasiones el único, contacto con la mujer menopáusica. El manejo y seguimiento de la mujer climatérica es necesario plantearlo desde una perspectiva biopsicosocial como cualquier otra actividad de nuestra práctica habitual.

Salud Integral en Atención Primaria significa Envejecimiento Saludable para la Mujer postmenopáusica, con mejoría de su calidad de vida, de su familia y de su comunidad.

Frente a los riesgos expuestos, cabe establecer una estrategia asistencial eminentemente preventiva, ubicada en la asistencia primaria.

La atención integral, centrada en la familia, requiere de un enfoque multidisciplinario, para así constituirse en una estrategia asistencial que responda de la manera más efectiva a las necesidades de la mujer que envejece.

Dicha estrategia tiene dos enfoques: en primer lugar, debe contener las medidas de prevención ya enunciadas, incluyendo actividades clínicas de diagnóstico precoz e intervenciones psicosociales. Desde ella, se seleccionan los climaterios complicados para ser remitidos a los niveles asistenciales especializados. En estos casos se plantean las intervenciones terapéuticas sustitutivas, pero este modelo asistencial no es el único.

En segundo lugar, hay otra opción cada vez más aceptada entre los especialistas, que propugna la aplicación sistemática del tratamiento hormonal sustitutivo (THS)

como medida de prevención primaria, teniendo en cuenta las contraindicaciones existentes para este tratamiento.

La elección entre ambos métodos está muy mediatizada por la disponibilidad de recursos asistenciales porque el tratamiento hormonal sustitutivo conlleva un sistema de vigilancias y controles que, para ser aplicada a grandes grupos de población requiere una importante infraestructura de medios técnicos y humanos. En países en los que la asistencia sea pública, el gasto sanitario se ve notablemente incrementado. Por otra parte, los efectos secundarios del tratamiento no son del todo inocuos y está en estudio, por ejemplo, la valoración exacta de las repercusiones sobre la mama.

Elementos de un plan de asistencia primaria en el climaterio

- Medidas de diagnóstico precoz del cáncer:

1. En el cáncer de cuello, la prueba de Papanicolaou ha demostrado sobradamente su utilidad, practicada según el protocolo establecido.
2. En el cáncer endometrial, es útil la ecografía endovaginal, con el fin de evaluar la morfología endometrial (en particular su grosor), con citología endometrial en caso de sospecha. Ante una metrorragia posmenopáusica, incluso ante hemorragias vaginales no identificadas durante el THS, se debe practicar un estudio del endometrio, sea a través de su observación directa (histeroscopia), sea por la práctica de una citología o un legrado de la cavidad.
3. En el cáncer de mama, se recomienda, sobre todo en las usuarias de tratamiento hormonal sustitutivo, la exploración clínica sistemática y, sobre todo, la realización de mamografías periódicas. En la Comunidad Valenciana rige, con resultados satisfactorios, un plan que establece los controles a partir de los 45 años, y con una periodicidad de 2 años.
4. El cáncer del ovario es difícil de diagnosticar precozmente. La práctica sistematizada de ecografías en las consultas resulta útil también en este caso.

- **Vigilancia periódica de los indicadores bioquímicos**, sobre todo del metabolismo de los lípidos y los hidratos de carbono: determinación del colesterol y sus fracciones y de la glucemia basal o con sobrecarga.

- **Vigilancia de parámetros clínicos** relacionados con el sistema cardiovascular, como la presión arterial y el peso.

- **Actividades de educación sexual:** Durante el climaterio, la respuesta sexual de la mujer puede verse afectada por una serie de factores, desde los cambios fisiológicos propios de esta etapa y el estado de salud física hasta factores culturales y coyunturales, el estado psíquico, la relación con la pareja, la vida sexual previa, la autoestima y la imagen corporal. Según las características de cada mujer, algunos de estos factores llegarán a tener más o menos influencia en alguna de las fases de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo o, más raramente, sobre las tres. Es fundamental el rol del profesional de la salud en cuanto al asesoramiento y la educación sexual

de la mujer y la pareja. El tema del funcionamiento sexual debe estar incluido en la historia clínica ginecológica así como de otras muchas especialidades médicas ya que muchas veces, si no es investigado, no se da la oportunidad de efectuar la consulta.

- **Actividades de educación dietética:** La mujer climatérica es una mujer, en ausencia de patologías añadidas, sana que entra en una etapa de su vida que se caracteriza por un cambio hormonal, que conlleva un incremento de su riesgo cardiovascular y del riesgo de sufrir patología osteomuscular. A través de una correcta alimentación (mantener peso adecuado, consumir alimentos ricos en calcio, ingesta de calcio 1000-1500 mg/día) la mujer climatérica puede prevenir problemas como la osteoporosis, el exceso de peso, la alteración lipídica, etc.
- **Actividades de ejercicio físico:** El tipo de actividad física aconsejada para mujeres en climaterio en general, es de tipo aeróbico, con participación de grandes grupos musculares de intensidad moderada, en sesiones de 30-60 minutos y tres veces por semana como mínimo.
- **Intervenciones de apoyo psicológico** dirigidas a reforzar la autoestima y la asertividad.
Éstas pueden realizarse a nivel individual o a nivel colectivo; en este segundo caso, la dinámica de grupo introduce un factor de influencia positiva.

La organización de estas actividades se hará en función del estudio previo de las necesidades del grupo, y debe adaptarse a sus características.

TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO (THS O TSH)

El THS es un tratamiento que aminora los síntomas que padecen las mujeres climatéricas. Sustituye las hormonas naturales cuya producción ha disminuido, intentando prevenir las enfermedades cuyo riesgo aumenta tras el déficit hormonal como son la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, etc. Las hormonas que se aportan con este tratamiento son estrógenos y progesterona. La duración del tratamiento se valora de forma individual y continuada. Aunque no hay consenso sobre lo que debe durar, se aconseja un mínimo de cinco años y un máximo de diez.

El tratamiento con THS varía según la mujer y sus circunstancias:

- En el caso de una menopausia artificial provocada por una histerectomía, el tratamiento sólo aportará estrógenos (se habla entonces de monoterapia).
- En el tratamiento de una menopausia natural, se recomienda la llamada "terapia combinada", en la que se utilizan estrógenos y progesterona. Este tipo de tratamiento tiene tres variantes:
 1. Terapia combinada cíclica secuencial: el estrógeno se administra a lo largo de 21 días, los últimos doce o catorce días de tratamiento se añade un progestágeno. Entre ciclo y ciclo se deja una semana de descanso.

2. Terapia combinada continua secuencial: La misma que la anterior, pero no se interrumpe el tratamiento durante ninguna semana.
3. Terapia combinada continua: El estrógeno y progestágeno se administran de forma continua y sin descanso alguno durante todo el tratamiento.

- Además este tratamiento también está indicado en mujeres con alto riesgo de padecer osteoporosis.

En las mujeres que puedan tomar el tratamiento de THS antes de que éste se inicie, deberemos informarlas sobre las ventajas e inconvenientes del mismo, así como de sus contraindicaciones absolutas o relativas. También deberemos dar respuesta a sus dudas para que pueda tomar una decisión responsable tanto para aceptar el tratamiento como para rechazarlo. Además, se deberán realizar las siguientes pruebas antes de la prescripción:

- Exploración ginecológica.
- Estudio del endometrio (ecografía e histología).
- Estudio analítico (hemograma, perfil lipídico, función hepática y coagulación).
- Mamografía.
- Estudio del metabolismo óseo en mujeres con factores de riesgo (parámetro selectivo).
- Tensión arterial.

Iniciado el tratamiento, deberá volver al ginecólogo al cabo de tres o seis meses para que valore su continuidad, cese o cambie el tratamiento. Posteriormente se realizarán las revisiones anuales repitiendo periódicamente la mamografía y analítica.

Efectos beneficiosos de la THS:

1. En la **piel**:

- Disminuye la pérdida de colágeno.
- Aumenta el grosor de la epidermis.
- Aumenta la función glandular.
- Disminuye la actividad androgénica.

2. En el **metabolismo de los lípidos**:

- Estrógenos: Disminuyen el LDL, aumenta el HDL, aumentan los triglicéridos.
- Progestágenos: no modifican las acciones de los estrógenos.

3. En los **trastornos cardiovasculares**:

- Estrógenos: efecto protector en el metabolismo de los lípidos, ya que aumenta el HDL.
- Control vasomotor.

4. En la **osteoporosis**:

- Estrógenos: inhiben la acción de los osteoclastos, frenando la pérdida de masa ósea. Al iniciar el tratamiento se produce un pequeño aumento de su masa.
- Progestágenos: acción sinérgica de los estrógenos.

Los efectos secundarios debidos al tratamiento son los siguientes:

- Pesadez de estómago, flatulencias.
- Aumentos del tamaño de las mamas.
- Mastodinia (tensión o dolor mamario).
- Mayor exudado vaginal.
- Náuseas.
- Calambres.
- Edema generalizado.
- Aumento excesivo de peso. Suele ser debido a la retención de líquido en el espacio extracelular.

Normalmente estos efectos suelen cesar entre seis y ocho semanas. Si esto no ocurre el ginecólogo plantea una disminución de la dosis o la conveniencia de continuar con el tratamiento.

Vías de administración del tratamiento:

- Oral (comprimidos).
- Inyectables.
- Transdérmica (parches).
- Subcutánea (implantes).
- Percutánea (crema).
- Intravaginal (óvulos, cremas, anillos).

No todas las mujeres pueden tomar este tratamiento, habiendo mujeres en las que hay contraindicaciones absolutas y relativas:

Absolutas:

- Antecedentes personales de cáncer de mama o endometrio.
- Hepatitis y otras enfermedades agudas del hígado.
- Antecedentes de trombosis o embolia.
- Antecedentes de melanoma maligno.

Relativas:

- Tumores benignos de mama.
- Hipertensión grave.

- Endometriosis.
- Miomas uterinos.
- Insuficiencia renal.
- Diabetes.
- Epilepsia grave.
- Varices.

INDICACIONES – CONTRAINDICACIONES

Indicaciones

Debe de tratarse toda aquella mujer en la que el beneficio del tratamiento supere el riesgo. Aproximadamente un 20% de mujeres no necesitan THS, hecho que debe comprobarse valorando el estado cardiovascular y la masa ósea de toda la población de forma continuada. Desgraciadamente no contamos con estudios de coste-efectividad que puedan afirmar o no la necesidad de screening poblacional para la indicación de THS.

Con los datos que se disponen en la actualidad, se puede informar que los beneficios superan a los riesgos en los siguientes casos:

- Mujeres menopáusicas sintomáticas durante un periodo menor a cinco años.
- Mujeres con menopausia precoz.
- Pacientes con ooforectomía bilateral (extirpación de los dos ovarios).
- Pacientes con enfermedad cardiaca coronaria o alto riesgo o padecerlo.
- Pacientes con riesgo de osteoporosis y perdedora rápida o con osteoporosis establecida.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones a la THS desde un punto de vista histórico han sido extrapoladas de las existentes para los anticonceptivos orales. Numerosos estudios han demostrado que esto es un error. Éste es el caso, por ejemplo, del beneficio que tiene la THS para la enfermedad coronaria en la mujer, que sin embargo está incluida como contraindicación para la toma de anticonceptivos orales.

Estilo de vida

El objetivo es recordar a las mujeres las ventajas de llevar un estilo de vida saludable e informarles que los tratamientos alternativos pueden mejorar su salud.

Los recursos propios son:

- Para el dolor de espalda: higiene postural, ejercicio físico, masajes y natación.
- Las molestias articulares: ejercicios que mejoren sus movimientos.
- Las sofocaciones: agua fría en las muñecas y uso del abanico.
- Tomar diariamente el sol unos 15 minutos para que se sintetice la vitamina D.
- Dieta correctora: tomar un vaso al día de agua fluorada, disminuir el café y el alcohol y suspender el tabaco.

Terapias alternativas:

Existen alternativas en medicina natural pero también tienen sus ventajas y contraindicaciones. Por lo tanto, antes de aplicarlas deberemos tener una información válida y segura y tener certeza de que es una alternativa adecuada al problema de salud al que nos enfrentamos.

Hay gran variedad de alternativas, entre ellas podemos destacar:

- Fitoterapia: tratamiento con plantas medicinales. Requiere hacer descansos periódicos para evitar toxicidad o intolerancia al producto.
- Homeopatía: trata la enfermedad con remedios capaces de producirla, provocando el efecto vacuna.
- Aromaterapia: a través de inhalar u oler aceites esenciales, se intensifica el estado de ánimo y se alivia el dolor y la enfermedad.
- Masajes terapéuticos.
- Hidroterapia (balneoterapia).
- Yoga: meditación, relajación mental y física. Acostumbra a plantear un nuevo estilo de vida.
- Drenajes linfáticos: ayudan a drenar líquidos y a absorber las grasas.
- Reflexoterapia: masaje con propiedades antiálgicos en pies y manos.
- Auriculoterapia: acupuntura en las orejas.
- Shiatsu/digitopuntura: presión digital para estimular los puntos de acupuntura a lo largo de los meridianos del cuerpo.
- Osteopatía/quiropaxia: corrige los desequilibrios estructurales de los órganos y nervios.
- Helioterapia: baño de sol con rayos solares o lámparas artificiales.
- Remedios florales o lámparas artificiales de Bach: sistema de autoayuda con tratamientos florales, que trata a la persona y las causas de su dolencia, pero no sus síntomas.
- Trofología: alimentación natural con frutas y verduras con acciones curativas.
- Cosméticas naturales.

ÚLTIMOS ESTUDIOS ACERCA DE LA TSH

En comparación con otros problemas de salud o nuevas técnicas en medicina, se han realizado pocos estudios o investigaciones de la terapia hormonal sustitutiva aplicada a eliminar los síntomas de la menopausia, aunque son bastante completos. El más destacable y extenso ha sido el realizado desde 1992 por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en Estados Unidos que se denominó Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI) y que, entre otras cosas, pretendía identificar los riesgos y beneficios físicos de la hormonoterapia menopáusica. También se estudiaron los riesgos y beneficios mentales que podría aportar mediante el WHIMS (Women's Health Initiative Memory Study), un estudio paralelo en mujeres de más de 65 años sobre posibles cambios en la memoria y las habilidades mentales. Cabe destacar también que la investigación WHI fue realizada de forma correcta y adecuada en comparación con estudios anteriores totalmente sesgados, en los que se estudiaban mujeres sanas (más delgadas, realizaban ejercicio físico) y la terapia se aplicaba por igual a todas las mujeres sin tener en cuenta, por ejemplo, que cada nanogramo de hormona se multiplica por diez según el sobrepeso de la mujer.

Para realizar el estudio WHI, se aplicaron dos tipos de hormonoterapia (estrógeno solo y estrógeno más progestina) y placebo, administrados a grupos distintos. Pero este estudio debió suspenderse a los 5 años, de los 8 que debía durar, puesto que hubo un notable incremento de patologías sufridas y, por tanto, del riesgo de sufrirlas, por las mujeres que formaban el estudio. Los principales hallazgos generales de las dos hormonoterapias estudiadas fueron los siguientes:

- Incremento del número y riesgo de sufrir enfermedades coronarias, destacando un aumento de casos de ataque cardíaco del 29%.
- Aumento del número y riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV), sobretodo el ictus isquémico e infarto cerebral.
- Aumento del riesgo de tromboembolia venosa (TV), incluyendo la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar.
- Incremento del número y riesgo de sufrir cáncer de mama invasivo o in situ.
- Aumento del riesgo de sufrir cáncer de pulmón, sobretodo en mujeres con antecedentes de tabaquismo.
- Disminución de casos de cáncer colorrectal y fracturas de cadera.
- Acelera la aparición de síntomas de demencia en mujeres mayores de 65 años, incluyendo problemas de memoria, de atención, de seguir instrucciones o usar palabras correctamente, siendo la enfermedad de Alzheimer el tipo de demencia más frecuente.
- Incremento de la frecuencia de mamografías y biopsias de mama con anomalías y difíciles de interpretar.

Si bien la investigación suspendió prácticamente a la vez los dos tipos de hormonoterapia debido a que aportaban más riesgos que beneficios, se realizó un seguimiento de las participantes en el estudio durante tres años más. Éste aportó más evidencias para determinar que el estrógeno equino conjugado, que se utiliza en la terapia hormonal sustitutiva, no es el método más adecuado para eliminar los síntomas menopáusicos. Tres años después de suspender la terapia, las mujeres que tomaron estrógeno más progestina dejaron de tener un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (cardiopatía, accidente cerebrovascular y coágulos de sangre), el menor riesgo de cáncer colorrectal desapareció, así como el beneficio para las fracturas. Por otro lado, el riesgo de todos los cánceres combinados en las mujeres aumentó después de parar la intervención en comparación con aquellas tratadas con placebo y también la mortalidad fue algo mayor en mujeres que tomaron la terapia hormonal.

Como resultado de esta investigación, la hormonoterapia menopáusica se desaconsejó totalmente para la prevención de enfermedades crónicas así como su uso en mujeres mayores de 65 años, por la aceleración de la pérdida de tejido cerebral. Actualmente, con el apoyo de una organización estadounidense que se encarga de estudiar la administración de alimentos y medicamentos denominada FDA, se sugiere que únicamente las mujeres con una sintomatología que persiste en el tiempo puedan considerar la terapia hormonal, pero se recomienda tomar sólo la dosis más pequeña durante el menor tiempo posible.

Finalmente, cabe añadir que la terapia hormonal es un método médico que sigue la tendencia de medicalización del ser humano y, en especial, de la mujer formando

parte de un grave problema social. Esta problemática surge, principalmente, del cambio de concepto que, desde el siglo veinte, es cada vez más frecuente en el área de la salud. Según éste, muchos procesos naturales de la vida y el organismo, como la menstruación o la menopausia, son tratados como patologías y, por lo tanto, se prescriben fármacos tanto para disminuirlos o atenuarlos como para eliminarlos radicalmente. Además, el sexo femenino se ve especialmente afectado porque existen estereotipos sociales de género que no discernen realmente la salud del hombre de la de la mujer, cuando no deben de ser tratados como iguales.

Como conclusión, desde la perspectiva enfermera, la terapia hormonal sustitutiva no es siempre recomendable puesto que los síntomas de la menopausia que la mujer podría sufrir pueden ser disminuidos o mejorados mediante directrices tan sencillas e importantes como seguir una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico regular o incluso potenciando la comunicación afectiva con la pareja.

ANEXO I: ÚLTIMAS NOTICIAS THS

Con la terapia hormonal, los senos sensibles podrían ser señal de riesgo de cáncer

El síntoma podría justificar una reevaluación del tratamiento, según sugirieron los expertos



LUNES, 12 de octubre (HealthDay News/DrTango) -- Un estudio reciente señala que la sensibilidad de los senos de las mujeres que usan terapia de reemplazo hormonal con estrógeno y progestina podría señalar más probabilidades de desarrollar cáncer de mama.

Las mujeres que tomaron estrógeno con progestina y refirieron que se desarrollaba sensibilidad en los senos luego de comenzar la terapia hormonal tenían 48 por ciento más probabilidades de desarrollar cáncer de mama invasivo que las mujeres que usaban terapia hormonal que no experimentaron sensibilidad en los senos.

Los investigadores aseguraron que hacen falta más estudios antes de que pudieran recomendar que las mujeres que experimenten este síntoma deben suspender el uso de hormonas. Pero las mujeres que desarrollaron sensibilidad en los senos quizá deseen reevaluar si las hormonas son realmente necesarias para controlar sus síntomas de menopausia.

"Es demasiado pronto para pedirle a las mujeres que dejen de usar terapia hormonal, pero es algo que las mujeres deben considerar al sopesar los riesgos y los beneficios", aseguró la Dra. Carolyn J. Crandall, autora líder del estudio, profesora clínica de medicina interna general e investigación sobre servicios de salud de la facultad de medicina David Geffen de la Universidad de California en Los Ángeles.

"La sensibilidad de los senos es un síntoma que podría ser un marcador de riesgo para el cáncer de mama", dijo.

El estudio aparece en la edición del 12 de octubre de *Archives of Internal Medicine*.

Los investigadores usaron datos de la Iniciativa de Salud Femenina (Women's Health Initiative) un estudio federal emblemático que se suspendió en 2002 cuando los investigadores determinaron que la terapia de reemplazo hormonal aumentaba el riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y cáncer de mama invasivo.

Desde entonces, se ha recomendado a la mayoría de las mujeres que deben usar terapia de reemplazo hormonal, que ahora los médicos llaman terapia hormonal menopáusica, bien sea de ningún modo o con la menor duración posible para superar los síntomas más incómodos de la menopausia, generalmente los sofocos, señaló Crandall. Se recomienda intensamente a las mujeres que eviten tomar hormonas durante más de cinco años, cuando el riesgo de cáncer de mama se duplica.

En el nuevo estudio, más de 8,500 mujeres tomaron estrógeno más progestina y más de 8,100 un placebo. Se sometió a las participantes a una mamografía y a un examen de mama al comienzo del ensayo y luego cada año.

Al año, las mujeres que usaron la terapia combinada tuvieron tres veces más probabilidades de informar que experimentaban sensibilidad en los senos, en comparación con las que usaron un placebo. Cerca del 36 por ciento de las mujeres de la terapia hormonal informaron sobre sensibilidad en los senos que antes no tenían, en comparación con el 12 por ciento de las que tomaron un placebo.

Durante los 5.6 años de seguimiento, al 0.6 por ciento de las mujeres que informaron sobre una sensibilidad que antes no tenían se le diagnosticó cáncer de mama cada año, en comparación con el 0.36 por ciento de las que tomaban hormonas y no experimentaron sensibilidad.

Los investigadores no están seguros de por qué algunas mujeres que usan terapia hormonal desarrollan cáncer de mama mientras que otras no, aunque la sensibilidad de los senos podría dar una idea, opinó Crandall. La sensibilidad podría ser señal de que las células mamarias se están multiplicando rápidamente. La proliferación celular es un factor de riesgo para el cáncer.

La Dra. Mary B. Daly, directora del Programa de evaluación personalizada del riesgo de cáncer del Centro oncológico Fox Chase de Filadelfia, opinó que los hallazgos del estudio, que describió como bien hecho, deberían estimular a las mujeres y a sus médicos a reevaluar la necesidad de reemplazo hormonal si se desarrolla esa sensibilidad.

Aún así, las diferencias individuales, la razón por la que esto sucede a algunas mujeres y no a otras, aún no se entiende bien, aseguró Daly.

"Algunas mujeres que inician terapia hormonal podrían tener células mucho más receptivas, o más sensibles, a ella, mientras que otras deben ser más resistentes", aseguró Daly. "Algo debe ser distinto en el tejido mamario para que sea más o menos receptivo a las hormonas. Sería fabuloso si pudiéramos establecer qué".

Las mujeres del estudio estaban tomando dosis diarias de estrógeno equino conjugado oral (0.625 mg) más acetato de medroxiprogesterona (2.5 mg).

Los hallazgos solo aplican para las mujeres que toman terapia combinada, no para las que se han sometido a histerectomía y solo toman estrógeno, señaló Crandall.

En una declaración, Wyeth Pharmaceuticals, fabricante de la terapia de estrógeno y progestina Prempro, consideró que el estudio era "interesante", pero agregó que "la sensibilidad mamaria no es un factor de riesgo establecido del cáncer de mama". Según el laboratorio, hasta la cuarta parte de las mujeres que toman terapia hormonal combinada desarrollarán algo de sensibilidad en la mama, por lo general transitoria. El laboratorio también anotó que el aumento "ligero" en el riesgo de cáncer de mama para las mujeres que usaban la terapia combinada y las que usaban el placebo "ya se había informado y se incluyó en la información de prescripción (etiqueta) de Prempro".

Artículo por HealthDay, traducido por Hispanicare

FUENTES: Carolyn Crandall, M.D., clinical professor, general internal medicine and health services research, David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles, and faculty member, Iris Cantor-UCLA Women's Health Center; Mary B. Daly, M.D., Ph.D., director, Personalized Cancer Risk Assessment Program, Fox Chase Cancer Center, Philadelphia; Oct. 12, 2009, news statement, Wyeth Pharmaceuticals; Oct. 12, 2009, *Archives of Internal Medicine*

La terapia hormonal podría hacer más probable el cáncer de pulmón

Un experto asegura que los hallazgos justifican las dudas sobre el valor del tratamiento

Robert Preidt. Traducido del inglés: *lunes*, 21 de septiembre, 2009



SÁBADO, 19 de septiembre (HealthDay News/DrTango) -- Un estudio reciente ha hallado que tomar una combinación de terapia de reemplazo hormonal, que incluye estrógeno y progestina, incrementa el riesgo de muerte por cáncer de pulmón.

El hallazgo proviene de un análisis de datos del ensayo Iniciativa de salud de la mujer sobre 16,608 mujeres posmenopáusicas entre los 50 y los 79 de los EE. UU., que habían sido asignadas de manera aleatoria para tomar una pastilla una vez al día de 0.625 mg de estrógeno equino conjugado más 2.5 mg de acetato de medroxiprogesterona o un placebo.

Después de ocho años, 73 mujeres que tomaban la terapia hormonal y cuarenta del grupo del placebo habían muerto de cáncer de pulmón. Según los investigadores, eso significó que las mujeres que tomaron el medicamento tenían 71 por ciento más probabilidades de morir por causa de la enfermedad.

El estudio también halló que las mujeres que tomaban la terapia hormonal tenían 28 por ciento más probabilidades de que se les diagnosticara cáncer de pulmón, aunque el estudio anotó que el hallazgo no era estadísticamente significativo.

"El tratamiento con estrógeno más progestina en mujeres posmenopáusicas... aumentó la cantidad de muertes por cáncer de pulmón, particularmente las muertes por cáncer de células no microcíticas", concluyeron Rowan Chlebowski y sus colegas del Instituto de Investigación Biomédica de Los Ángeles del Centro Médico Harbour-UCLA.

Los investigadores instaron a que los hallazgos "se incorporen en discusiones sobre el riesgo y el beneficio con las mujeres que estén pensando en terapia hormonal combinada, sobre todo las que están en alto riesgo de cáncer de pulmón, como las fumadoras actuales o las que fumaron de manera prolongada en el pasado".

El Dr. Apar Kishor Ganti, del Centro Médico de la Universidad de Nebraska en Omaha, escribió lo siguiente en un editorial acompañante: "Debido a que la duración segura óptima de la terapia de reemplazo hormonal en cuanto a la supervivencia del cáncer de pulmón no está clara, una terapia así probablemente debería evitarse en mujeres que están en mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, sobre todo las que tienen antecedentes de tabaquismo".

De hecho, Ganti cuestionó si la terapia hormonal debería usarse del todo.

"Estos resultados, junto con los que no muestran protección contra la enfermedad de la arteria coronaria, cuestionan gravemente si la terapia de reemplazo hormonal tiene alguna función en la medicina de hoy", escribió. "Es difícil suponer que los beneficios del uso rutinario de una terapia así para los síntomas de la menopausia superen el mayor riesgo de mortalidad, sobre todo si no se mejora la calidad de vida.

El estudio, que aparece en línea y en una próxima edición impresa de *The Lancet*, fue publicado el 19 de septiembre para coincidir con la reunión de la Organización Europea del Cáncer.

Artículo por HealthDay, traducido por Hispanicare

FUENTE: *The Lancet*, news release, Sept. 19, 2009

No se vislumbra el regreso de la terapia hormonal en los EE. UU.

Los expertos aseguran que los riesgos del uso prolongado continúan superando los beneficios posibles

Traducido del inglés: *lunes*, 10 de agosto, 2009



DOMINGO, 9 de agosto (HealthDay News/Dr. Tango) -- La terapia de reemplazo hormonal alguna vez pareció un medio maravilloso para ayudar a las mujeres a envejecer con elegancia. Los médicos creían que podían ayudar a mantener la enfermedad cardíaca, la osteoporosis y el cáncer a raya administrando dosis de estrógeno y progesterona a las mujeres posmenopáusicas cuando comienzan a producir cantidades reducidas de esas hormonas

Sin embargo, esas creencias se desmoronaron en 2002 cuando los investigadores suspendieron tres años antes la Iniciativa de Salud de la Mujer, un estudio a gran escala realizado con fondos federales sobre la terapia de reemplazo hormonal (TRH). Hallaron que la terapia incrementaba el riesgo de cáncer de mama, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y coágulos. La TRH ha sido bastante tabú desde entonces. ¿O no?

Varios estudios publicados el año pasado han revelado maneras en las que la TRH podría seguir siendo beneficiosa. En ciertas condiciones y con la programación adecuada, hallaron, algunas mujeres podrían beneficiarse de la terapia.

A pesar de estos hallazgos, los expertos de la American Cancer Society y de la American Heart Association, AHA, señalaron que hay pocas probabilidades de que haya alguna revisión sobre la posición de la TRH en el futuro cercano.

"En un esfuerzo para reducir los sofocos, es difícil decirle a alguien que tome el riesgo de cáncer de mama, de enfermedad cardíaca y de accidente cerebrovascular mostrado en otros estudio", señaló el Dr. Vincent Buffalino, vocero de la American Heart Association, y presidente y director de Midwest Heart Specialists de Naperville, Illinois. "Si puede sobrellevar los síntomas de la menopausia, le irá mejor haciendo eso que asumiendo los riesgos relacionados con la terapia de reemplazo hormonal".

Las investigaciones han demostrado que entre los aspectos más positivos de la TRH se encuentran:

- Un informe sobre un estudio de la Clínica Mayo que halló un menor índice de cáncer colorrectal entre las mujeres mayores que tomaron TRH.
- Un informe de epidemiólogos de la American Cancer Society que halló que las mujeres podrían usar una combinación de estrógeno y progesterona durante menos de dos años sin mayor riesgo de cáncer de mama. También halló que el riesgo de cáncer aumentó dramáticamente luego de tres o más años de terapia hormonal y que el aumento en el riesgo desapareció dos años después de suspender la TRH.
- Un estudio danés que halló un mayor riesgo de ataque cardíaco en las mujeres entre 51 y 54 que usaron terapia de reemplazo hormonal, especialmente las que la habían usado por mucho tiempo. Sin embargo, no halló correlación entre la terapia hormonal y un mayor riesgo de ataque cardíaco entre las mujeres mayores.
- Un estudio canadiense que halló que las mujeres que tenían una predisposición genética al cáncer de mama en realidad redujeron su riesgo de cáncer de mama luego de tomar TRH.

Los estudios danés y estadounidense también hallaron que la TRH con solo estrógeno era mucho más segura que en la que se combinaban estrógeno y progesterona.

A partir de investigaciones como esta, los médicos canadienses están revisando sus directrices sobre la terapia de reemplazo hormonal.

Sin embargo, Bufalino y Susan M. Gapstur, vicepresidenta de epidemiología de la American Cancer Society, señaló que los estudios no proporcionaron suficiente evidencia para cambiar el pensamiento médico actual de los EE. UU.

Yo no diría que la filosofía esté cambiando", aseguró Gapstur. "La pregunta crítica, entonces, es si hay un equilibrio entre el riesgo a largo plazo de enfermedades crónicas, en comparación con las preocupaciones inmediatas sobre los sofocos y la calidad de vida cerca del periodo de la posmenopausia".

El uso a corto plazo de la terapia de reemplazo hormonal podría ser útil para aliviar los síntomas de la menopausia, dijo, aunque hacen faltan más estudios para evaluar completamente el impacto de la terapia, particularmente porque las mujeres más jóvenes que podrían beneficiarse más de una terapia así parecen estar en el mayor riesgo.

"Lo que pensábamos que sabíamos acerca de la terapia de reemplazo hormonal y la enfermedad cardíaca podría no ser cierto para las mujeres de mayor edad, aunque sí creo que quedan muchas dudas acerca de los riesgos y beneficios de la terapia de reemplazo hormonal para las mujeres más jóvenes", aseguró Gapstur. "En eso tenemos que enfocarnos".

Bufalino está de acuerdo en que no tiene mucho sentido propiciar una terapia así cuando hay tantas desventajas y tan pocos beneficios.

"Hay algunos subgrupos pequeños dentro de los grupos que muestran algo de beneficio estadístico, pero creo que deberíamos ser cuidadosos en este momento según este informe", aseguró Buffalo acerca de la investigación de la American Cancer Society. "Si solo se mira en la superficie, claramente no es definitivo".

Y quizá, para echarle más leña al fuego de la duda, surgieron informes el 5 de agosto de que un laboratorio farmacéutico que fabrica TRH le había pagado a una empresa de comunicación médica para ayudar a producir 26 estudios que apoyan su uso. Esos estudios fueron publicados en 18 revistas médicas entre 1998 y 2005, según un informe publicado por primera vez en *New York Times*.

Wyeth, el fabricante, arguye que los estudios eran científicamente precisos. Ninguno de los artículos revelaron el papel de Wyeth en la iniciación y la financiación del trabajo.

Artículo por HealthDay, traducido por Hispanicare

FUENTES: Vincent Bufalino, M.D., president and CEO, Midwest Heart Specialists, chairman, Midwest Heart Foundation, and medical director, Edward Heart Hospital, Naperville, Ill.; Susan M. Gapstur, Ph.D., M.P.H., vice president, epidemiology, American Cancer Society; April 22, 2009, presentation, American Association for Cancer Research annual meeting, Denver; American Cancer Society, news release, Feb. 2, 2009; Oct. 1, 2008, *European Heart Journal*, online; Sept. 23, 2008, *Journal of the National Cancer Institute*

ANEXO II: ÚLTIMAS NOTICIAS DEL ESTUDIO WHI

Riesgos para la Salud y Beneficios 3 años después de dejar al azar el tratamiento con estrógeno y progestina (estudio WHI)

El Women's Health Initiative (WHI) estrógeno más progestina de estudios (E + P) fue detenido el 7 de julio de 2002 (después de un promedio de 5,6 años de seguimiento), debido a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y cáncer de mama en mujeres que toman píldoras de estudio activo, en comparación con aquellos tratados con placebo (píldoras inactivas). **El estudio mostró que**

los riesgos globales superaban a los beneficios, con las mujeres que toman E + P en mayor riesgo de enfermedades del corazón, coágulos de sangre, derrame cerebral y el cáncer de mama, pero a un menor riesgo de fracturas y cáncer de colon.

Tras la suspensión del estudio de las píldoras en el ensayo E + P, WHI sigue recogiendo datos de seguimiento del estudio de los participantes para evaluar los efectos de interrumpir la terapia hormonal. Seguimiento de información para el período julio 8vo, 2002-marzo 31, 2005 estaba disponible en el 95% de las mujeres. Este informe de síntesis sobre los resultados de salud de los participantes en el ensayo E + P en tres años después de la intervención de la píldora estudio fue detenido (con un promedio de media de 2,4 años de seguimiento). Los resultados primarios de interés fueron las enfermedades coronarias y el cáncer de mama invasivo. Un índice global que se utiliza para resumir el balance de riesgos y beneficios incluidos estos dos resultados, además de accidente cerebrovascular, embolismo pulmonar, cáncer endometrial, cáncer colorrectal, fractura de cadera, y muerte debido a otras causas.

Tres años después de suspender la terapia hormonal, las mujeres que habían tomado píldoras para el estudio con estrógeno más progestina activa ya no tenían un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (cardiopatía, accidente cerebrovascular y coágulos de sangre), en comparación con las mujeres que recibieron placebo. El menor riesgo de cáncer colorrectal en mujeres que habían tomado E + P activos desapareció después de suspender la intervención. El beneficio para las fracturas (huesos rotos) en las mujeres que habían tomado E + P activos también desapareció después de suspender la terapia hormonal. Por otro lado, el riesgo de todos los cánceres combinados en las mujeres que habían utilizado E + P aumentó después de parar la intervención en comparación con aquellos tratados con placebo. Esto se debió a los incrementos en una variedad de cánceres, incluyendo cáncer de pulmón. Después de parar la intervención, la mortalidad por todas las causas fue algo mayor en mujeres que habían tomado píldoras de E + P activos en comparación con el placebo.

Basándose en los resultados mencionados anteriormente, el índice global del estudio que se resumen los riesgos y los beneficios se mantuvo sin cambios, demostrando que los riesgos de salud superiores a los beneficios de la salud desde el inicio del estudio hasta el final de estos tres años de seguimiento. El seguimiento después de interrumpir el estrógeno más progestina confirma la conclusión principal del estudio que la terapia hormonal combinada (E + P) no debe usarse para prevenir la enfermedad en mujeres sanas posmenopáusicas. El mensaje más importante para las mujeres que han dejado de esta terapia hormonal es continuar viendo a sus médicos para la prevención de selección riguroso y actividades para todos los importantes problemas de salud evitables.

Nuevos resultados del WHIMS (resumen)

La pérdida de tejido cerebral ocurre normalmente con la edad. Parece que la terapia hormonal puede aumentar ligeramente la velocidad en que esto ocurre en algunas mujeres mayores de una forma que es independiente de la ocurrencia de accidentes cerebrovasculares. No sabemos, en la actualidad, ¿por qué ocurre esto. Debido al riesgo aumentado de accidente cerebrovascular, la demencia y la pérdida de tejido cerebral que se asocia con estos fármacos, se recomienda que los médicos no prescriben terapias hormonales posmenopáusicas para aumentar o mejorar la función cognitiva en mujeres de 65 años o más.

BIBLIOGRAFÍA

- Seguranyes Guillot, G. Enfermería Maternal. Barcelona: Salvat; 2004.
- Donat Colomer, F. Cuidados de salud en el climaterio. Enfermería maternal y ginecología. 1ª Edición. Barcelona: Masson, S.A., 2001. Pág 503-515.
- Torrens R.M, Martinez C. Enfermería de la mujer. Madrid: Ed. DAE (Grupo Paradigma); 2001. Pág. 426-449.
- Olds SB, London ML, Ladewing PA. Enfermería Materno- Infantil. Un concepto integral familiar. 5ª Ed. Madrid: Interamericana Mcgraw-Hill; 2006.
- Navarro Clemente, J. et al. El climaterio. Madrid: Masson SA; 2000.
- GeoSalud. Acceso el 22-0-2009. Disponible en:
http://www.geosalud.com/climaterio_publ/menosintomas.htm
- The Women's Health Initiative. Participant Website. Acceso el 14-10-2009.
Disponible en: www.whi.org
- Scientific American. Acceso el 14-10-2009. Disponible en:
www.scientificamerican.com
- The Lancet. Acceso el 20-10-2009. Disponible en: www.thelancet.com
- U.S. Food and Drug Administration. Acceso el 20-10-2009. Disponible en:
http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/03/briefing/3992B1_03_FDA-WHI-Backgrounder.pdf
- MedlinePlus. Actualizado el 19-10-2009. Acceso el 27-10-2009. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a601041-es.html>
- MedlinePlus. Actualizado el 11-08-2009. Acceso el 27-10-2009. Disponible en:
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_87962.html
- MedlinePlus. Actulizado el 22-09-2009. Acceso el 27-10-2009. Disponible en:
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_89630.html
- MedlinePlus. Actualizado el 14-10-2009. Acceso el 27-10-2009. Disponible en:
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_90550.html
- MedlinePlus. Actualizado el 14-10-2009. Acceso el 27-10-2009. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hormonereplacementtherapy.html>
- Donat Colomer, F. Cuidados de salud en el climaterio. Enfermería maternal y ginecología. 1ª Edición. Barcelona: Masson, S.A., 2001. Pág 512-513.

- Dra. Ana Palacios Marqués , especialista en Obstetricia y Ginecología.
NetDoctor.es [actualizada 2008-01-06; acceso 7 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.netdoctor.es/XML/verArticuloMenu.jsp?XML=004182>