



# CARTA DE LA SALUD

## CENTRO MEDICO

### FUNDACION VALLE DEL LILI

NUMERO 2

AGOSTO DE 1996

## EDITORIAL

### LA TERAPIA HORMONAL EN LA MENOPAUSIA

Nunca antes en toda la historia de la humanidad hubo tantas mujeres menopáusicas, como en la actualidad. Ni nunca antes tuvieron una participación en las actividades productivas, culturales y políticas, ni tantas perspectivas futuras. Decía recientemente García Márquez que lo único novedoso -y agreguemos: deseable- que nos podría ofrecer el siglo XXI, es el gobierno de las mujeres. Indudablemente, si ésta bella opción ocurre, estará conducida por mujeres de 50 o más años de edad, para quienes será indispensable conocer el manejo de su salud mental y física.

Lamentablemente según datos confiables recogidos en Norteamérica, los conocimientos del público sobre la menopausia son anecdóticos y no provienen de fuentes médicas o científicas, si no de informaciones generalmente equivocadas provenientes de los familiares, las amigas y los medios de comunicación. Por eso, tenemos la obligación de asumir la divulgación del conocimiento básico sobre éste tema, responsabilidad que descansa sin ninguna duda, en las profesiones dedicadas al cuidado de la salud femenina.

En éste número, se tratarán aspectos que inquietan a las mujeres y también a nosotros los médicos y sobre los cuales hay mucha desinformación basada en anécdotas, tales como: la terapia hormonal, sus efectos secundarios, la prevención de la enfermedad cardiovascular y de la osteoporosis, la relación de la terapia hormonal con el cáncer de mama, etc..

Hoy se administra terapia hormonal de reemplazo a la gran mayoría de las mujeres del mundo entero bajo control profesional y multidisciplinario, ya que ayuda no solo a prevenir enfermedades, sino a mejorar la calidad de la vida y a generar hábitos de vida sana, ejercicio físico regular, alimentación adecuada sin alcohol ni cigarrillo, que facilitarán a las mujeres menopáusicas el difícil compromiso con su género, que les depara el próximo siglo.

EDGARD COBO, MD  
Jefe Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Fundación Valle del Lili.

### MENOPAUSIA Y TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO (THR)

Nos proponemos hacer una revisión de este tema mediante el práctico sistema de preguntas y respuestas, recogiendo aquellas inquietudes más frecuentemente manifestadas en la consulta por las pacientes. Empecemos:

#### Qué es la menopausia?

Se denomina menopausia a la suspensión definitiva de las menstruaciones que ocurre de manera espontánea en la mujer, lo cual sucede alrededor de los 50 años de edad. La menopausia es un proceso natural cuya edad de aparición está predeterminado desde la vida embrionaria, y sucede porque los ovarios agotan la producción de estrógenos, la hormona femenina por excelencia.

Sin embargo no toda suspensión de las menstruaciones puede llamarse menopausia; si ello ocurre antes de los 45 años debe antes investigarse otras causas. No llega una mujer a la menopausia por la suspensión de las menstruaciones debida a la extirpación de su matriz, a menos que en esa cirugía le sean extraídos también los ovarios; ésta sería una menopausia inducida, artificial, como sería también el caso de la menopausia provocada por irradiaciones muy altas como en el caso de tratamientos para cáncer en la pelvis femenina.

#### Porqué hay tanto "ruido" acerca de la menopausia, si es un evento natural en la vida de toda mujer?

Esencialmente hay dos razones: De igual manera como sucedió con el cigarrillo, la sal, el colesterol y el ejercicio físico, cuyo impacto sobre la salud de las personas se hizo irrefutable, una vez culminaron y se hicieron públicos los estudios epidemiológicos que involucraron miles de personas vigiladas durante muchos años, así mismo hace unos 6 años empezaron a inundar la literatura médica, los resultados de las investigaciones que averiguaban de qué manera se afectaba la salud de la mujer, si al llegar a la menopausia se le administraban las hormonas que sus ovarios habían dejado de producir (esencialmente estrógenos).

La segunda razón por la cual la menopausia se ha convertido en un tema de mucha actualidad, se basa en el hecho evidente del aumento en la expectativa de vida de la mujer, con el subsiguiente aumento en la cantidad de años que transcurrirá después de la menopausia, y en el lógico deseo de mejorar su calidad de vida durante la vejez.

La expectativa de vida de una mujer nacida en el año 1900 era de 48.3 años; para aquellas que nacieron en 1990 será de alrededor de 79 años, y para quienes nazcan en el 2050 será aproximadamente de 83.6 años. Aún más, una mujer que haya celebrado su aniversario número 65 en 1990, puede esperar vivir otros 19.5 años ( 84.5 años en promedio ). Esto significa que, al no haber variado la edad promedio cuando ocurre la menopausia, más de la tercera parte de su vida, en algunos casos hasta la mitad de ella, transcurrirá en el período postmenopáusico.

No es de extrañar, pues, que exista un razonado propósito y un gigantesco esfuerzo para buscar, a través de una muy seria investigación, la mejor manera de prevenir, aplazar o por lo menos disminuir los cambios degenerativos que irremediablemente acompañan el proceso de envejecimiento.

La “mejor manera” quiere decir métodos a bajos costos, mínimos efectos secundarios indeseables, máximo beneficio, escaso riesgo, muchas indicaciones y mínima cantidad de contraindicaciones. Esto podría sonar como una utopía, pero el reemplazo hormonal a partir de la menopausia nos ofrece fidedignas señales de estarse acercando a ese ideal; de lo que sí estamos seguros es que se está trabajando duro en ello: Nuevas sustancias hormonales que son efectivas en menores dosis, novedosas vías de administración, nuevas asociaciones de drogas, mayor uso de hormonas naturales versus sintéticas, todo esto buscando mejor tolerancia, mayor constancia y menores riesgos.

## Qué significa “Terapia Hormonal de Reemplazo” ? (THR para abreviar)

Llamamos THR al suplemento hormonal que se administra a la mujer cuando llega a la menopausia; si la mujer tiene matriz recibirá estrógenos y progesterona, y si no tiene matriz únicamente le administramos estrógenos. La progesterona es una hormona que produce el ovario en las últimas dos semanas de cada ciclo menstrual, apenas ocurre la ovulación; o sea que el único fin de administrar progesterona, es proteger a la matriz de algunos efectos indeseables que los estrógenos tienen sobre la matriz, si se administran solos por largo tiempo.

## Cuáles son las ventajas de recibir la THR?

Si se comparan dos grupos muy grandes de mujeres, uno que recibió THR durante por lo menos 10 años, y el otro grupo de mujeres que no recibió ningún tratamiento, se observa que quienes recibieron la THR mejoraron su calidad de vida y evitaron varias enfermedades. Explicemos estos dos aspectos en más detalle:

## Mejoría en la Calidad de Vida

Bajo este título, en apariencia hiperbólico, incluimos todos aquellos cambios directamente relacionados con la disminución de los estrógenos, que en mayor o menor grado aparecen, poco antes o mucho después, una vez declarada la menopausia y que pueden ser evitados, aplazados o minimizados con la THR. No existe en la práctica órgano, tejido o función en la mujer que no dependa de los estrógenos para su adecuado funcionamiento y que no se vea de alguna manera alterado a partir de la menopausia. Veamos:

## a) Cambios Anatómicos :

En la piel y membranas mucosas se observará adelgazamiento, sequedad o prurito, trauma fácil, pérdida de la elasticidad y flexibilidad; cabello seco o pérdida del mismo, y aparición de vello en la cara y boca seca; el esqueleto de la mujer menopáusica tiene un importante riesgo de osteoporosis, la cual se traduce en acortamiento de la estatura por aplastamiento de las vértebras y deformidad de la columna, y en riesgo alto de fracturas de cadera; en la vulva hay pérdida de su colágeno y del tejido adiposo, se hace aplanada y delgada; la vagina se reseca, acorta y estrecha perdiendo elasticidad; todos los cambios anteriores se traducen en trauma, infección y dolor y tienden por supuesto a disminuir la comodidad e interés en el acto sexual; en los senos hay reducción del tamaño, pérdida de la consistencia y flacidez; los cambios en las cuerdas vocales se traducen en cambios en la voz (pérdida del tono alto); hay tendencia al prolapso o descenso de la matriz y de la vejiga, como resultado de la pérdida de tono en el piso pélvico.

## b) Cambios Fisiológicos :

Aparecerán molestias urinarias como consecuencia de los cambios en la uretra y el cuello de la vejiga (aumento de la frecuencia urinaria, ardor o dificultad al orinar y escape involuntario de la orina); en el sistema cardiovascular se hace más probable la aparición de arteriosclerosis que llevan a la angina y el infarto; los fogajes o bochornos son característicos de los primeros años de la menopausia.

## c) Cambios Sicológicos :

Están bien documentados los cambios en el estado de ánimo que se manifiestan como disminución de la energía y el entusiasmo, dificultad para concentrarse y pérdida de la memoria reciente, irritabilidad, agresividad y sensación de frustración; se encuentran grados variables de depresión. El insomnio por el estado de ánimo alterado o el mal dormir por los fogajes y la sudoración nocturna, contribuyen a empeorar la sensación de cansancio y de pérdida de motivación.

## Prevención de Enfermedad

Nos referimos esencialmente a dos enfermedades que hacen estragos en la mujer en la época de la postmenopausia (o sea pasados más de 5 años de suspendidas las menstruaciones):

### 1.- Prevención de la enfermedad cardiovascular

Existe la evidencia contundente, por voluminosa y sólida, que demuestra la inequívoca asociación entre la administración de estrógenos durante la menopausia, y la disminución del riesgo de angina y de infarto del corazón, principal causa ésta de muerte en la mujer durante la postmenopausia. Se estima que una mujer que recibe THR tiene un 50% menos de posibilidades de desarrollar una enfermedad cardíaca coronaria, con respecto a quien nunca la ha recibido. Semejante reducción de riesgo de infarto sólo es adquirido en el caso de la suspensión del hábito de fumar, dentro de los primeros 5 años de dejar el cigarrillo. Esta protección es aún mayor para aquellas mujeres que ya tienen una enfermedad vascular cardíaca establecida, en quienes es posible reducir hasta en un 80% el riesgo de un nuevo episodio de trombosis coronaria. El efecto protector del estrógeno sobre el corazón femenino queda así demostrado, y para quienes lo reciben después de la menopausia les concede la posibilidad de prolongar en dos años su vida.



## 2.- Prevención de la osteoporosis

Se llama osteoporosis una enfermedad generalizada de los huesos, consistente en la marcada disminución del contenido de mineral (esencialmente calcio) en ellos, con la consecuente alteración de su estructura, lo cual los hace frágiles y los expone a la posibilidad de fracturas, con o sin trauma (las fracturas de las vértebras, por ejemplo, se producen sin que exista el antecedente de golpe sobre ellas). Estas fracturas vertebrales, muy comunes, son causa de dolor de espalda, deformidad de la columna y acortamiento de la estatura en la mujer postmenopáusica. La fractura más temida, por sus implicaciones de enfermedad, muerte, incapacidad y altos costos, es la fractura del fémur, o de cadera.

Es la menopausia el evento que predispone a la mujer a la osteoporosis, y como para cualquiera otra enfermedad, existen reconocidos factores de riesgo (cigarrillo, herencia, raza blanca, contextura física delgada) que hacen que algunas mujeres estén más propensas que otras a las fracturas osteoporóticas. Aunque no existen dudas del efecto protector del estrógeno sobre el hueso, y que la administración de éste evita, retrasa o disminuye la osteoporosis, sí existe controversia acerca de cuándo iniciar ese reemplazo hormonal y por cuánto tiempo se justifica administrarlo. Es de todas formas claro que con la THR, los beneficios obtenidos por la mejoría en la calidad de vida y la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, sobrepasan con creces los beneficios derivados de la disminución en la incidencia de las fracturas osteoporóticas, y que hacia esas dos consideraciones deberá estar encaminada la decisión de su administración en la época temprana de la menopausia. La búsqueda de las mujeres con alto riesgo de fracturas y su tratamiento oportuno es hoy uno de los grandes retos de la medicina, por los altísimos costos de toda índole que ésta patología genera, y no existen dudas que los estrógenos jugarán un primordial papel en su prevención.

### Quiere esto decir que absolutamente todas las mujeres deben recibir una THR?

No necesariamente. Existen indicaciones y contraindicaciones para su uso; esto quiere decir que hay algunas mujeres que se benefician más que otras con la THR, y además que algunas mujeres, afortunadamente pocas, definitivamente no deben recibirla. También es importante resaltar que así como existen enormes beneficios, también existen riesgos. Para quienes no pueden recibir una THR y para quienes, una vez conocidos los pros y los contras de su uso no desean recibirla, contamos con alternativas que pueden razonablemente mejorar algunos síntomas y evitar algunas complicaciones.

### Cuáles son las molestias más frecuentes a las que se somete una mujer durante la THR?

Las incomodidades más a menudo referidas por las pacientes son: Sangrado vaginal irregular (solo aquellas que tienen matriz, claro), inflamación o congestión en sus senos, "entamboramiento" o distensión del abdomen, en algunos casos dolor de cabeza y depresión leves. Es muy importante anotar que prácticamente todas estas molestias se pueden evitar o minimizar cambiando las dosis de las hormonas, su vía de administración o la forma de tomarlas. Es sumamente raro tener que suspender una THR por franca intolerancia.

## Hablando de riesgos, se dice que la THR predispone al cáncer, sobretudo al cáncer del seno; es cierto?

No es cierto que la THR predisponga a la mujer a todo tipo de cáncer. Fuera del cáncer del seno, del que enseguida entraremos a aclarar todas las inquietudes, el absolutamente único otro tipo de cáncer que tiene alguna relación con la THR es el de endometrio (se llama endometrio el revestimiento de la cavidad de la matriz, de donde se desprende la menstruación); solo que no es muy útil siquiera considerarlo, puesto que podemos evitarlo con toda seguridad, y es por ello que administramos progesterona además de estrógenos a las mujeres que tienen matriz.

Capítulo aparte y muy especial merece la consideración de la asociación entre cáncer del seno y THR. Indudablemente existe hoy controversia científica sobre la posible asociación entre la administración de estrógenos después de la menopausia y un aumento en la probabilidad de desarrollar cáncer del seno. Esta discusión, de por sí sana y necesaria, muchos la han convertido lastimosamente en una disputa, entre quienes niegan que exista relación alguna y los que categóricamente afirman que los estrógenos "producen" cáncer del seno; esto no podía sino traducirse en temor y confusión para las actuales y posibles usuarias de la THR, dada la polarización de las opiniones, a todas luces contraproducente. A esta incertidumbre hemos colaborado los médicos, con nuestra inveterada costumbre de expresar conceptos generales basados en consideraciones teóricas y en experiencias clínicas personales, lo cual obstaculiza aún más la toma de decisiones libre e inteligente por parte de las mujeres en relación con la THR.

Aunque no es fácil ser breve en un tema que ha dado para tantos estudios y publicaciones, trataré de resumir en los siguientes enunciados una información actualizada, los cuales, como puede verse, no son exactamente una conciliación entre quienes afaman la THR y sus detractores :

- 1) La única razón por la cual ha existido un incremento constante en el número de nuevos casos de cáncer del seno en todo el mundo, desde que comenzó su registro en la década de 1930, es el aumento en la incidencia de mujeres mayores de 40 años y su mayor longevidad.
- 2) La administración exógena (o sea de fuentes externas) de estrógenos y progesterona, en forma de anticonceptivos o "píldora", tomados por millones de mujeres durante más de treinta años, no ha producido ningún impacto en la aparición del cáncer del seno (ni aumenta ni disminuye las posibilidades de adquirirlo, pero sí protegen el endometrio y el ovario).
- 3) El cáncer del seno en mujeres embarazadas, en quienes la producción de estrógenos y progesterona es enorme, no tiene comportamiento distinto que el de las mujeres no embarazadas (la desventaja está en que en las primeras usualmente se descubre más tardíamente, por los cambios en los senos relacionados con el embarazo), otro argumento que desliga éstas hormonas de la aparición y evolución de ese tumor.
- 4) Si el uso de estrógenos estuviera asociado con un aumento en el riesgo del cáncer del seno, uno esperaría ver un impacto en la mortalidad, pero ciertamente no existe evidencia de que las mujeres que están usando estrógenos por largos períodos estén muriendo de cáncer del seno en mayores proporciones.
- 5) Las dosis de estrógenos que se conoce que protegen contra la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis (0.625 mg de estrógenos conjugados y 1.0 mg de estradiol), hoy en día NO están asociadas con un definitivo, inequívoco aumento del riesgo de cáncer del seno.

## Cómo puedo saber si se justifica para mí una THR?

Obteniendo la mayor cantidad de información posible de lo que este tratamiento implica. Si bien es cierto que el médico en su oficina está en capacidad de brindar esa información y realizar los controles necesarios, tal vez la manera ideal de lograrlo es por medio de un programa especializado como el que brindan las "clínicas de la menopausia"; estos son sistemas organizados de atención de pacientes, conformados por personas especialmente interesadas y dedicadas a la educación, prevención y tratamiento de todos los problemas relacionados con la menopausia, ya que cuentan con la participación de especialistas en todas las ramas comprometidas en su manejo, como son ginecólogos, nutricionistas, terapeutas físicos, sicólogos, etc..

Además cuenta esa organización con un ágil sistema de interconsultas para resolver todos los problemas de salud de la mujer, manteniendo siempre toda la información centralizada, única manera para un cuidado integral y oportuno.

## En qué consiste el programa de una "Clínica de la Menopausia"?

Anterior a la propuesta del médico a una mujer para que inicie un programa de THR, se realiza siempre una muy completa evaluación de su historia médica antigua y reciente, y se actualiza al día mediante un escrupuloso examen físico, complementado con ayudas diagnósticas de laboratorio, tanto de imágenes como clínico. Este primer paso tiene por fin conocer el nivel de riesgo, no solo de aquellas enfermedades que a partir de la menopausia se hacen más frecuentes, sino también del mismo tratamiento hormonal a realizar.

El segundo paso a seguir consiste en brindarle a la mujer la suficiente información acerca de los riesgos y beneficios, de los mitos y realidades de la THR, de tal manera que pueda de manera inteligente decidir si busca sus bondades tolerando sus desventajas. Deberá además incluir educación sobre las alternativas de la THR y de las buenas costumbres en los hábitos de vida que le son complementarias.

El tercer paso en este proceso consiste en individualizar el tratamiento, esto es, escoger el tipo de hormona(s), su dosis, la frecuencia y la vía de administración, y lo más importante, definir por cuánto tiempo se justifica su uso, para cada mujer, de acuerdo con las conclusiones extraídas de los pasos anteriores.

Pero lo más importante, definitivamente, es el canal de comunicación que se abre entre el médico y la paciente; una vez ambos resuelven comprometerse, a través del programa de la THR, él en su vigilancia y ella en la manifestación franca y oportuna de sus inquietudes, queda establecida para la mujer una protección sólida que le garantiza el reconocimiento temprano y el manejo adecuado de sus problemas de salud.

## Comentarios Finales

La medicina como ciencia y el médico como proveedor de la salud integral de las personas, se comportaron por años como deudores morosos en sus obligaciones respecto de las necesidades de atención de la mujer, en una época de su vida en la que grandes cambios, en todo el rango posible desde lo personal fisiológico hasta lo familiar y social, exigían educación, prevención y tratamiento. Más grave aún, los médicos nos hicimos cómplices del grave error cultural occidental que utilizó el término "menopáusica", como adjetivo despectivo para hacer referencia a aquellas manifestaciones emocionales y psicológicas que acompañan los cambios ya mencionados.

Más vale tarde que nunca; con inusitado ímpetu queremos ponernos al día, asumiendo hoy el ginecólogo, como médico de atención primaria en los cuidados de salud de la mujer, las mismas dedicación y protección a la mujer antes, durante y después de la menopausia, que las que le había brindado a ella misma durante su pubertad, adolescencia, embarazo, puerperio y control de su vida reproductiva.

Se ha producido entonces un cambio de mentalidad, un nuevo enfoque respecto a la menopausia, y es deber ineludible del médico en general y muy especialmente del ginecólogo en particular, transmitirle a la mujer y a la sociedad las enormes ventajas de participar de estos conocimientos y actitud. Esto se traduce en que la presentación del tema de la menopausia, como bien lo describe Charles B. Hammond (quien mucho ha investigado y escrito sobre menopausia), no es solo una consideración sobre el envejecimiento, ni únicamente sobre la deficiencia hormonal; es más bien la consideración de la comprensión, del entendimiento y de la educación nuestra, de los médicos, y de nuestras pacientes. Claro que incluye el reconocimiento de la enfermedad y su tratamiento, pero más importante aún, la valoración de los factores de riesgo de enfermedad, su prevención y el cambio de los hábitos de vida que aumenten la expectativa de vida de la mujer. En resumen, si hay un tema central en el manejo actual de la menopausia, éste es el de la responsabilidad y la educación de ambos, médico y paciente.

Por último, resumiendo, comparto plenamente el criterio de quienes estiman que es apropiado darle un énfasis muy especial a los beneficios de la terapia hormonal postmenopáusica, destacar la continua preocupación en relación con el uso de estrógenos y el cáncer del seno (especialmente a largo plazo) y enfatizar la ausencia de una evidencia clara y cierta que liga el uso de éste tratamiento con un aumento en el riesgo de cáncer del seno. Una vez se le haya brindado a la mujer los elementos de juicio necesarios para una toma de decisiones libre e inteligente, su escogencia, a favor o en contra de la THR, deberá ser apoyada por su médico.

Adolfo Congote R.  
Ginecólogo-Obstetra  
Fundación Valle del Lili.

Esta publicación es cortesía de  S.A. y Productora de Papeles S.A.



Comité Editorial:

- Dr. Martin Wartenberg
- Dr. Hermann González
- Dr. Hernán Córdoba
- Dr. Jairo Sánchez
- Dr. Adolfo Congote
- Dr. Edgard Nessim
- Dra. Yuri Takeuchi
- Dra. Ma. Carolina Gutiérrez
- Enfermera Patricia Echeverry
- Sra. Claudia de Piedrahita

"Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico".