



FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI

CARTA DE LA SALUD

NUMERO 50

www.clinicalili.org.co

JULIO 2000

INTERVENCION TERAPEUTICA EN LA MENOPAUSIA. ¿CUALES SON LAS OPCIONES?

Adolfo Congote R., M.D.
Obstetra y Ginecólogo
Fundación Clínica Valle del Lili

EDITORIAL

En una edición anterior de la Carta de la Salud (Agosto de 1996, número 2), se trató el tema de la menopausia. En esa oportunidad el artículo estuvo orientado hacia las generalidades fisiológicas de sus causas y consecuencias, y también hacia los aspectos globales del tratamiento desde el punto de vista del reemplazo hormonal.

Hoy se revisarán las alternativas de tratamiento (diferentes a las hormonales tradicionales) que tiene actualmente la mujer, para minimizar los efectos de los cambios asociados con la menopausia y así hacer prevención en salud.

En una próxima Carta de la Salud se hablará en detalle de la Terapia Hormonal de Reemplazo, puesto que en estos últimos pocos años muchos conceptos han cambiado. Como lo explica el Dr. Adolfo Congote más adelante, algunas expectativas con la THR no se cumplieron y otras fueron definitivamente confirmadas.

Comité Editorial Carta de la Salud.

Una pregunta que se hacen muchas mujeres, es: ¿Por qué utilizar medicamentos para algo tan normal como la menopausia, si es una etapa más en el proceso de envejecimiento de la mujer? “Bueno, digamos que esta etapa, la de la menopausia, parodiando el ciclismo, es la más larga de la “carrera”, ya que puede abarcar entre la tercera parte y la mitad de la vida de la mujer, y hay

que prepararse especialmente bien para llegar a la “meta” en las mejores condiciones posibles.

La ausencia de estrógenos, la principal hormona femenina, es un factor de riesgo, o causa predisponente, muy importante, para la ocurrencia de: “calores” o fogajes, osteoporosis (fragilidad de los huesos con riesgo de fractura), enfermedad cardiovascular (angina e infarto del corazón), atrofia urogenital (deterioro de los tejidos que recubren la vagina y la uretra), deterioro de la función cognoscitiva (aprendizaje y memoria), enfermedad de Alzheimer, pérdida del colágeno de la piel, trastornos oculares tipo degeneración macular y alteraciones del estado de ánimo y pérdida de la sensación de bienestar.

Ello no quiere decir que quien no tome estrógenos tiene sentenciada una vida desgraciada después de la menopausia. Nada más lejano de la realidad. Que existan esos factores de riesgo no significa que los problemas siempre se presentarán. Sí quiere decir que alrededor de la época de la menopausia toda mujer, sin excepción, debe someterse a un cuidadoso escrutinio de sus antecedentes personales y familiares relacionados con la salud, su condición física actual, la ocurrencia de síntomas específicos y hábitos de vida. De esta manera se identifican las mujeres más predispuestas a las enfermedades de común ocurrencia a partir de la menopausia. Lo cual le permite a su médico sugerirle las estrategias que para usted en particular, puedan postergar, evitar o minimizar muchos efectos indeseables del envejecimiento.

Las alternativas para lograrlo son hoy especialmente variadas, lo cual permite que la mujer pueda sentirse cómoda con su decisión. La pregunta crucial es entonces: ¿Cuál es, para mí, la mejor terapia, aquélla que me asegura una mejor calidad de vida, corriendo mínimos riesgos?

Recordando siempre que las alternativas se escogen de acuerdo con los factores de riesgo en salud y las necesidades individuales de cada mujer, las opciones son: suplementos naturales, cambios en los hábitos de vida, tratamientos no hormonales, moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (los llamaremos MOSERE para abreviar), tratamiento hormonal alternativo y la tradicional Terapia Hormonal de Reemplazo (THR).

SUPLEMENTOS NATURALES

Se requieren cantidades adecuadas de calcio como complemento importante en los programas de tratamiento y de salud preventiva para las mujeres en la postmenopausia. La deficiencia de vitamina D en nuestro país tropical es muy rara, su suplemento es más importante en países nórdicos sometidos a varios meses de invierno con escasa exposición al sol. Existe la evidencia de que el calcio suministrado en la época de la premenopausia (edad promedio de 39 años), permite a la mujer llegar a la menopausia con una mayor masa ósea. En general se estima que 1000 miligramos de calcio es la cantidad mínima que una mujer debería ingerir diariamente por medio de la dieta y del suplemento. La ingestión de este elemento en grandes cantidades y por largo tiempo, predispone a las personas a los cálculos renales, debido al aumento de su eliminación a través de los riñones.

Los antioxidantes, especialmente las vitaminas E y C, han demostrado ser de beneficio en la prevención de la pérdida de hueso y de la enfermedad cardiovascular.

Investigaciones recientes sugieren que unas sustancias contenidas en la soya, leguminosa de la familia de las arvejas y las lentejas, conocidas como *isoflavones*, tanto como la linaza (la semilla del lino), tienen efectos benéficos sobre los "calores" o fogajes de la menopausia y sobre la salud de los huesos. El principal impacto positivo de adicionar soya y sus productos derivados a la dieta, es la disminución del colesterol, tanto por sus propios efectos favorables, como por el reemplazo que se hace de otras proteínas perjudiciales para el corazón como la carne roja.

CAMBIOS EN LOS HABITOS DE VIDA

Factores de estilo de vida tales como el ejercicio físico, la dieta, el hábito de fumar y el control del peso, son muy importantes al determinar la predisposición de una mujer para la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis, la diabetes, el cáncer de seno y la depresión. La menopausia es un tiempo de alto riesgo para la ganancia de peso; adicionalmente, la distribución de la grasa en el cuerpo es diferente, pasa de las extremidades a la cintura por efecto de las hormonas, aún antes de la menopausia, y esto conlleva riesgos adicionales para la salud. La dieta y el ejercicio son componentes cruciales de la medicina preventiva para las mujeres antes, alrededor y después de la menopausia.

1. Ejercicio

El ejercicio físico es esencial en la menopausia. El ejercicio aeróbico puede modificar positivamente los niveles de lipoproteínas (proteínas transportadoras del colesterol) en las mujeres postmenopáusicas. Se ha demostrado que caminar rápido y el ejercicio vigoroso, están fuertemente asociados con una reducción del riesgo de eventos coronarios (infartos del miocardio fatales y no fatales). Aún las mujeres sedentarias quienes inician actividad física exigente alrededor de la mitad de sus vidas o posteriormente, ven reducidos los riesgos de eventos coronarios al ser comparadas con sus contrapartes sedentarias. Los ejercicios de resistencia progresiva y los realizados con pesas, han demostrado ser efectivos en aumentar la densidad mineral ósea, reducir el riesgo de fractura osteoporótica y prevenir las caídas en las mujeres mayores.

2. Dieta.

Una dieta rica en frutas, vegetales, granos enteros, nueces y productos derivados de la leche bajos en grasas, baja en grasas saturadas, colesterol, azúcar y carbohidratos refinados; y que le de énfasis al pollo y al pescado por encima de la carne roja, puede reducir el índice de masa corporal (la relación entre el peso y la estatura), aumentar los niveles del colesterol bueno (HDL), y disminuir los del colesterol malo (LDL), la presión arterial y la glucosa de la sangre. Una dieta como la descrita puede mejorar la percepción que la mujer tiene de su calidad de vida en relación con la salud. Estudios recientes demuestran, hasta ahora, que una dieta baja en grasa y rica en carbohidratos, puede reducir significativamente la cantidad de tejido fibroso y glandular visible en la mamografía, considerado como un factor de riesgo para el cáncer del seno.

3. Cigarrillo

Las mujeres que fuman cigarrillo llegan a la menopausia a edades más tempranas, en promedio, que quienes no fuman. El dejar de fumar cigarrillo es definitivo en la prevención del cáncer del pulmón. En las mujeres, este cáncer ocasiona hoy en día más muertes que el cáncer del seno, gracias al creciente número de mujeres fumadoras.

TRATAMIENTOS NO HORMONALES

Se llaman *bisfosfonatos*, unas sustancias efectivas tanto para la prevención de la osteoporosis en pacientes con muy alto riesgo de desarrollarla como, para el tratamiento de las pacientes que ya la presentan. Esta terapia puede ser especialmente apropiada para aquellas mujeres que no pueden o no desean escoger la terapia hormonal de reemplazo. El *etidronato* es un *bisfosfonato* de la primera generación, es más económico pero presenta mayores inconvenientes por los síntomas indeseables que ocasiona. De la segunda generación es el *alendronato* (nombres comerciales: Bifemelam, Eucalen, Fosamax, Indrol, Osdronat, Osficar), más costoso, pero mejor tolerado si se siguen las exigentes condiciones de su formulación. En la tercera generación y aún bajo estudio, muy prometedor, está el *risedronato*; es muy bien tolerado en dosis bajas y ha demostrado, en estudios metodológicamente puros, disminuir en un 65% el riesgo de fracturas en un año de tratamiento.

Aún en el plano de la investigación futura se encuentra una proteína natural, llamada *osteoprotegina*, la cual disminuye la formación de las células responsables de la destrucción del hueso, y promete ser una alternativa interesante en el tratamiento de la osteoporosis.

LOS MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTROGENOS

Utilizaremos la sigla MOSERES para abreviar el nombre de estas sustancias. Por ser tan importantes, de tanta actualidad y con mucho futuro, bien vale la pena hablar con cierto detalle de ellas.

Los estrógenos, la hormona femenina por excelencia, producida por los ovarios hasta que llega la menopausia, ejercen su acción en los tejidos (hueso, corazón, piel, cerebro, vagina, etc.) debido a que en éstos, en la pared de las células que los componen, existen unas sustancias que reconocen a esos estrógenos y los dejan entrar (los reciben, por eso se llaman receptores) para que realicen su trabajo. Los estrógenos disminuyen la pérdida de mineral en el hueso, dilatan los vasos sanguíneos del corazón, conservan el colágeno en la piel, ejercen un

efecto positivo sobre el estado de ánimo y sensación de bienestar en el cerebro, lubrican la vagina, etc. Cuando los estrógenos desaparecen con la menopausia, quedan desprotegidos estos tejidos y sucede todo aquello que relatamos en el segundo párrafo de este artículo.

Aunque los estrógenos desaparecen con la menopausia, los receptores en las paredes de las células de los tejidos que los reconocían y recibían continúan en su sitio. Existe un grupo de sustancias, llamadas MOSERES, que tienen la propiedad de modificar (modular), a unos receptores sí y a otros no (selectivamente), para actuar, en unos tejidos como si fueran estrógenos, y en otros con un efecto contrario o sin efecto alguno.

Durante la menopausia, en mujeres que tienen ciertas enfermedades que son agravadas por la presencia de los estrógenos (miomas, endometriosis, ciertos tipos de cáncer como el del seno), sería de gran utilidad contar con las sustancias conocidas como MOSERES, de tal manera que actuaran como estrógenos, favorablemente sobre el hueso, el corazón, el cerebro, la piel, la vagina, pero que no actuaran o tuvieran un efecto contrario al del estrógeno, en tejidos como el de la matriz y el de los senos. Esto debido a que el sangrado de la matriz es la principal causa de abandono de la terapia hormonal de reemplazo, y el temor al cáncer del seno, la principal razón para no intentarla.

El MOSERE conocido más antiguo, de muchos años, es el *clomifeno* (conocido comercialmente como Omifin), que se utiliza para provocar la ovulación y lograr el embarazo en algunas mujeres infértiles. Otro MOSERE, conocido desde hace unos pocos años, igualmente famoso, es el *tamoxifeno* (nombres comerciales Novaldex, Tamoxifen, Taxus), utilizado en el tratamiento de algunos tipos de cáncer del seno (los que tienen receptores para estrógenos) y para la prevención de este cáncer en pacientes de muy alto riesgo de desarrollarlo, puesto que tiene una acción anti-estrógeno en el seno. Un inconveniente es que su acción estrogénica exagerada en la matriz puede producir pólipos y cáncer en el endometrio (el revestimiento interno de la cavidad de la matriz). Además, tiene algún efecto protector sobre el hueso, induce un leve efecto protector cardiovascular, pero tiende a precipitar la atrofia vaginal y los fogajes o «calores» de la menopausia.

Otro MOSERE, de gran actualidad, es el *raloxifeno* (conocido con su nombre comercial Evista). Su importancia radica en que actúa como un estrógeno en el hueso, previniendo la pérdida del mismo, sin afectar la matriz ni los senos. Ha demostrado que reduce las fracturas por osteoporosis, aunque tiene sólo el 50%-

60% del efecto protector que brinda el estrógeno. Adicionalmente el *raloxifeno* tiene un efecto benéfico sobre el hígado al disminuir el colesterol total, el colesterol "malo" (conocido como VLDL) y los triglicéridos, pero no aumenta el colesterol bueno (HDL), lo cual no se traduce en un franco efecto protector del corazón.

El *raloxifeno* no es útil para los "calores" o fogajes ni para evitar o solucionar la atrofia vaginal. Puede provocar calambres en las piernas, aunque no es un motivo importante para suspenderlo. No se sabe si tiene efectos benéficos sobre el cerebro. Existe, durante su toma, un pequeño aumento en el riesgo de la trombosis venosa, similar al del *tamoxifeno*. En resumen, conociendo que las mujeres tienen muy diversas necesidades, el *raloxifeno* es una apropiada elección para aquellas mujeres con alto riesgo de osteoporosis, que hayan tenido cáncer del seno en el pasado; que además no tienen problemas con los "calores" o fogajes, y no pueden o no desean recibir una terapia hormonal de reemplazo con estrógenos.

TRATAMIENTO HORMONAL ALTERNATIVO

Recientemente disponible en nuestro mercado nacional se encuentra un fármaco llamado *tibolona*, conocido aquí e internacionalmente con el nombre de Livial; se presenta como una opción frente a la terapia hormonal tradicional con estrógeno y progesterona (esta última hace parte del tratamiento de la menopausia sólo en las pacientes que tienen matriz). Es una sustancia sintética que produce en el organismo femenino algunos efectos similares a los del estrógeno y la progesterona. El efecto similar al de la progesterona, que es predominante, hace que la posibilidad de sangrado vaginal prácticamente se elimine. El efecto similar al del estrógeno favorece la protección vaginal, disminuye la pérdida de hueso, aumenta la densidad mineral ósea, puede mejorar los "calores" o fogajes, y tiene algún efecto protector sobre el corazón. Está especialmente "diseñado" para aquellas mujeres en la menopausia a quienes les parece

intolerable el sangrado vaginal, así sea poco y ocasional, asociado con la terapia tradicional, para quienes han tenido tumores dependientes de hormonas, endometriosis, enfermedades del seno benignas o con mamografías que demuestren una gran densidad del tejido y por ello mayor riesgo de cáncer.

No sobra comentar que hoy en día, ninguna investigación clínica seria ha respaldado producto farmacológico alguno que aumente la libido (deseo y satisfacción sexual) en la mujer en la menopausia. Esa pretensión, adjudicada a sustancias recientemente disponibles, es meramente especulativa y cumple sólo propósitos comerciales. Ni siquiera la Dehidroepiandrosterona, estudiada juiciosamente, traída por particulares del exterior puesto que no se comercializa en nuestro país, ha mostrado tener efectos mejores que sustancias inertes, es decir, su ocasional acción favorable queda en el terreno de lo puramente psicológico.

TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO (THR)

Continuamos denominando así el tratamiento tradicional de reemplazo con estrógeno en la menopausia; incluye además del estrógeno, la progesterona, sólo para aquellas mujeres que tienen matriz. Mucho se ha aprendido en los últimos pocos años acerca de los riesgos y beneficios de la THR. Los resultados de las investigaciones recientes han enseñado, a los interesados en el tema, a ser menos optimistas respecto de algunos de sus beneficios (protección cardiovascular), a ser menos temerosos en relación con sus posibles riesgos (cáncer del seno), a reafirmar su preponderancia en la prevención de la osteoporosis y la mejoría de la calidad de vida, pero sobre todo, a respetar y apoyar las decisiones individuales que cada mujer hace de acuerdo con sus necesidades y riesgos, eso sí, después de brindarles la mejor información disponible.

Un análisis de la THR, actualizado, por resumido que se intente, resulta extenso y amerita toda una nueva Carta de la Salud. Hasta entonces.

Comité Editorial:

- Dr. Martin Wartenberg
- Dr. Adolfo Congote
- Sra. Claudia de Piedrahita
- Dr. Hernán G. Rincón
- Dr. Jaime Orrego
- Dr. Paulo José Llinás
- Dr. Hernán Córdoba
- Dra. Yuri Takeuchi
- Sra. Alda Mera
- Dr. Jairo Sánchez
- Enfermera Gloria C. Jiménez
- Dr. Hermann González

"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".

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili Cra. 98 # 18-49 Tel.: 3317474 Fax: 331 7499 Santiago de Cali
En Internet: www.clinicalili.org.co

Esta publicación es cortesía de



Y

EL PAIS

El Diario de nuestra gente