

Inicio, duración y suspensión de la terapia hormonal en la menopausia

Síntesis de la conferencia presentada en el Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia (FLASCYM) México - junio 2010

*Dr. Francisco Cópola**

En el año 2002 se publicó la investigación WHI (2002)⁽¹⁾ destinada a estudiar el balance riesgo-beneficio para el uso prolongado de terapia hormonal (TH) en la menopausia. Casi de inmediato en Estados Unidos (y luego en el resto del mundo) se produjeron cambios radicales en la prescripción de terapias basadas en estrógenos y progesterona para la menopausia. Pocas veces un único estudio impactó tanto y tan rápidamente en la prescripción con una caída abrupta. Posteriormente, las instituciones de referencia en Estados Unidos han recomendado una y otra vez, con uniformidad de criterios, la TH “sólo para síntomas –el menor tiempo– la menor dosis”, cuando estos son moderados a severos (American College of Obstetricians and Gynecologists⁽²⁾, North American Menopause Society y The Endocrine Society⁽³⁾, European Menopause and Andropause Society -EMAS⁽⁴⁾, etcétera).

Sin embargo, y asombrosamente, ocho años después las opiniones y puntos de vista acerca de la TH varían ampliamente entre especialistas y médicos generales. Como los médicos tienen una fuerte influencia sobre el comportamiento de las mujeres hacia la menopausia, finalmente las usuarias suelen recibir información desequilibrada e incompleta, con la no extraña contribución negativa de los medios de comunicación y otras fuentes. Los primeros artículos ponían énfasis en los beneficios de la TH y, como contrapartida, luego de WHI, se puso énfasis en los riesgos. Se ha evaluado que la calidad global de la información sobre la menopausia es pobre y cargada de defectos metodológicos, contradicciones y conflictos de inte-

reses⁽⁵⁾. La confusión reina en los usuarios sobre los pro y los contra de tomar hormonas para los síntomas menopáusicos.

Síntomas menopáusicos

Debemos precisar los síntomas menopáusicos: síntomas vasomotores (sudoración, sofocos) sequedad vaginal y los trastornos del sueño consiguientes. Atribuir todo suceso adverso de la vida de una mujer a la menopausia es información errónea.

Inicio de la TH. La TH se prescribe en la perimenopausia y menopausia temprana para el alivio de síntomas de la menopausia y el tratamiento de la atrofia vulvo-vaginal. El balance riesgo-beneficio es favorable para pacientes jóvenes (sin contraindicaciones), pero es menos aceptable cuanto más avanza la edad. Esta recomendación está basada en la mejor evidencia científica (recomendación grado A), concepto válido para la menopausia fisiológica. La falla ovárica precoz (antes de los 40 años) y la menopausia temprana (antes de los 45) requiere, salvo contraindicaciones, TH a pesar de no presentar síntomas (recomendación grado A). En estos casos hay un mayor riesgo de osteoporosis y enfermedades cardiovasculares, y más a menudo síntomas intensos. Se trata de un grupo de pacientes muy jóvenes donde habitualmente los riesgos son muy reducidos. Sin embargo, las conclusiones en este aspecto derivan de investigaciones pequeñas y se requieren más y mejores estudios. En la menopausia fisiológica, la TH no juega ningún papel en prevención de enfermedades crónicas. En osteoporosis, donde sí se demuestra beneficio, como se dispone de otras terapéuticas efectivas con menor exposición a riesgos, tampoco está indicada.

Duración óptima del tratamiento. No hay datos claros sobre la duración óptima del tratamiento para la menopausia fisiológica. Las directivas clínicas que aconsejan el

* Ginecólogo Endocrinólogo. Prof. Adjunto de Ginecología y Obstetricia, Clínica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Past-president SUEGYM (Sociedad Uruguaya de Endocrinología Ginecológica y Menopausia).

Presidente Sociedad Uruguaya de Ginecología.

Recibido: 21/6/10.

Aceptado: 28/6/10.

uso de la menor dosis el menor tiempo y sólo para síntomas deben continuar aplicándose. Se aconseja reducir la dosis a medida que avanza la edad. En la falla ovárica precoz debe alcanzarse al menos la edad de la menopausia fisiológica (51 años). Los efectos adversos a largo plazo están relacionados a la duración del tratamiento y este tiempo es acumulativo (se deben sumar años de terapia anteriores aun con períodos de suspensión).

Dosis. Luego de la publicación del WHI se ha prestado mayor atención en la reducción de las dosis que permite usar menos progestágenos. Se considera dosis bajas a 0,5 mg estradiol oral; 0,014 a 1,5 mg de medroxiprogesterona; 0,5 mg drospirenona; 50 mg progesterona micronizada. Estas dosis son eficaces para el control de síntomas y protección ósea. La tolerabilidad y la seguridad serían superiores, incluido el menor riesgo comparativo de hiperplasia endometrial.

También se ha informado mayor seguridad en el uso de progesterona en sustitución de las progestinas. No obstante, los datos de ensayos clínicos sobre la seguridad a largo plazo de estos preparados son aún mínimos y la deducción de que los efectos a largo plazo son más aceptables es probable, pero queda por ser demostrada.

Supresión del tratamiento. El 60% de las mujeres tienen una persistencia espontánea de los síntomas menor a siete años, pero en 15% pueden continuar por más de 15 años, por lo que es impredecible la respuesta a la interrupción del tratamiento. Varios esquemas se han ensayado para la supresión de la terapia pero hay discrepancia sobre el enfoque óptimo del esquema de suspensión. No sabemos con certeza si es mejor la suspensión abrupta o a través de un proceso lento durante un período de 6-12 meses, o la variante de una disminución en el número de días por semana en los que se recibe el tratamiento; recientes datos sugieren que la reducción paulatina es más exitosa. No obstante, los datos indican que hay una recurrencia de al menos 25, independiente de la edad y de la

duración del tratamiento.

Por lo tanto:

- La TH es aceptable (si no hay contraindicaciones) para su uso a corto plazo a fin de reducir los síntomas moderados a severos, tanto más aceptable cuanto más joven sea a quien se la indicamos.
- En las mujeres mayores puede tener una relación menos aceptable (tanto menos aceptable cuanto más nos alejemos de la edad normal de la menopausia y cuanto más tiempo de TH se ha acumulado).
- Las dosis bajas son más aceptables y deben reducirse a medida que avanza la edad.
- Las mujeres que experimentan falla ovárica precoz (menopausia prematura), tienen una situación diferente, se les debe sugerir TH al menos hasta la edad de la menopausia fisiológica.
- Al suspender la terapia las recurrencias son frecuentes y no se conoce un mecanismo óptimo para hacerlo.

Bibliografía

1. **Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al.** Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(3): 321-33.
2. **American College of Obstetricians and Gynecologists, Women's Health Care Physicians.** ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2004; 103(1): 203-16.
3. **North American Menopause Society.** Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2010; 17(2): 242-55.
4. **Skouby SO, Al-Azzawi F, Barlow D, et al.** Climacteric medicine: European Menopause and Andropause Society (EMAS) 2004/2005 position statements on peri- and postmenopausal hormone replacement therapy. *Maturitas* 2005; 51: 8-14.
5. **Pérez-López FR.** An evaluation of the contents and quality of menopause information on the World Wide Web. *Maturitas* 2004; 49(4): 276-82.