

## Tratamiento de la menopausia: alternativas a la terapia farmacológica

Mireya González Blanco<sup>1</sup>, Rita Pizzi<sup>2</sup>.

Editora

La Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, como órgano de difusión de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, ha mantenido a lo largo del tiempo, una posición institucional ante los conflictos del país. Sin embargo, sin entrar a considerar las causas de la situación que se vive en Venezuela, hay una realidad que es innegable. Las dificultades de los pacientes para obtener los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades crónicas son cada vez mayores. Esto afecta el ejercicio profesional de la medicina, puesto que el médico, una vez hecho el diagnóstico, se encuentra con la disyuntiva entre indicar el tratamiento más adecuado en cada caso particular a sabiendas de que el paciente no lo conseguirá, o preferir otro, no sobre la base de la conveniencia sino de la disponibilidad. Por supuesto, la calidad de vida de los pacientes se compromete.

Este comentario es aplicable a las mujeres en transición menopáusica y en la posmenopausia. Un grupo de mujeres menopáusicas se presenta sin ningún síntoma, mientras que otras tienen síntomas moderados a severos y discapacitantes. Es por ello, que se ha propuesto el uso de tratamientos, hormonales o no, para las molestias climatéricas o para la probable prevención de algunas enfermedades crónicas (1).

La manera de evaluar la condición clínica de las consultantes, así como la validez de ciertas modalidades

terapéuticas, ha ido cambiando; sobre todo por el impacto que, sobre los médicos, como sobre sus pacientes, han tenido los resultados de algunos estudios clínico-epidemiológicos. Es así que el tratamiento en este grupo de mujeres ha evolucionado en el tiempo (1). Aproximadamente, hasta la década de los 90, toda mujer en esta etapa recibía terapia de reemplazo hormonal. Se decía que aportaba grandes beneficios, no solo en calidad de vida sino en prevención de osteoporosis y de enfermedad cardiovascular. Poco se hablaba de los riesgos. Con frecuencia se escuchaba decir que el tratamiento debía cumplirse “de por vida” y era frecuente encontrar pacientes de más de 70 años de edad, cumpliendo su tratamiento regularmente.

El estudio WHI (Women’s health initiative), se centró en la definición de los riesgos y beneficios de las estrategias que podrían reducir potencialmente la incidencia de enfermedad cardíaca, cáncer colorrectal y de mama, y fracturas en mujeres postmenopáusicas (2). Entre 1993 y 1998, la WHI reclutó a 161 809 mujeres posmenopáusicas, entre 50 a 79 años, en un conjunto de ensayos clínicos y un estudio observacional en 40 centros clínicos de los Estados Unidos. El ensayo fue detenido antes de lo planificado en vista de que los riesgos para la salud excedían a los beneficios durante un seguimiento promedio de un poco más de cinco años. En la revisión de los datos del año 2002, se encontró que con la terapia estrógenos-progestinas, persistían los efectos adversos de las enfermedades cardiovasculares y, además, se observó un aumento del riesgo de sufrir cáncer de mama; estos hallazgos, junto a la evidencia de algún aumento de enfermedad coronaria, accidentes

<sup>1</sup> Editora, Directora del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, con sede en Maternidad Concepción Palacios. <sup>2</sup> Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Caracas.

cerebrovasculares y embolismo pulmonar, superaban los beneficios en la reducción de fracturas y el posible beneficio por la reducción del riesgo de padecer cáncer de colon. Las conclusiones fueron que, en general los riesgos de salud excedieron los beneficios del uso de estrógeno combinado con progestina para un periodo de seguimiento de 5,2 años, entre mujeres posmenopáusicas saludables de Estados Unidos (2,3).

A partir de allí, surgió un pánico generalizado en la comunidad médica y en la población general en relación al uso de la terapia hormonal y, de usarla en todos los casos, se pasó a un periodo en el que no se indicaba prácticamente a ninguna mujer, perdiendo así los innegables beneficios que sobre la calidad de vida de algunas mujeres tiene el control de los síntomas climatéricos.

Afortunadamente, el temor dio paso a la razón, y surge entonces una forma más racional de decidir el uso de la terapia hormonal en la menopausia. La terapia hormonal está entonces indicada en pacientes con síntomas climatéricos moderados a severos, que estén en ventana terapéutica y que no tengan contraindicaciones para su uso.

La terapia hormonal es el estándar de oro en el tratamiento de los síntomas vasomotores y los debidos a atrofia urogenital. Otros, posiblemente relacionados con el proceso menopáusico, como mialgias, artralgias, cambios en el humor, alteraciones del sueño, y disfunción sexual, pudieran mejorar con la terapia hormonal (TH). Puede ser indicación de primera línea para prevenir el deterioro en la masa y calidad del hueso en mujeres menores de sesenta años con síntomas vasomotores. Existe consenso internacional en la indicación formal en las pacientes con menopausia precoz o falla ovárica primaria. Aunque las reevaluaciones recientes del estudio WHI, vuelven a plantear el posible efecto cardioprotector cuando la terapia se indica durante la ventana de oportunidad, en la actualidad no es una indicación formal en tal sentido (1).

A este respecto, la Sociedad Internacional de Menopausia en su posición de consenso del 2016 (4) concluye que en las mujeres menores de 60 años de

edad, sin evidencia de enfermedad cardiovascular, el inicio de la terapia de estrógenos solos, reduce la incidencia de la cardiopatía coronaria y la mortalidad por todas las causas; la terapia combinada de estrógenos orales y progestágeno tiene datos menos robustos, pero otros regímenes terapéuticos (terapia con estrógenos transdérmicos y progesterona micronizada) parecen ser cardioprotectores, como se demostró en los estudios danés y finlandés (5). El análisis Cochrane más reciente (6) muestra una reducción consistente en la mortalidad por todas las causas en las usuarias de TH. El inicio de TH en mujeres de edad avanzada o en aquellas que tienen más de 10 años de posmenopausia, puede asociarse con un riesgo aumentado de eventos coronarios, principalmente en los primeros 2 años de uso. Por lo tanto, no es recomendable iniciar TH después de los 60 años de edad con el único fin de prevención primaria de enfermedad coronaria (4).

Los síntomas vasomotores (calorones y sudoración) son los que más perturban a la mujer menopáusica. Para la mayoría de las mujeres estos aparecen en el período de transición, se intensifican en la menopausia temprana y se resuelven en forma espontánea en pocos años, aunque, en algunas de ellas, pueden persistir toda la vida. Los síntomas vasomotores también se han relacionado con ansiedad, fatiga, trastornos del humor y del sueño. Estos síntomas se deben a un desajuste temporal del centro termorregulador hipotalámico. La FDA (Food and Drug Administration), de Estados Unidos, cataloga estos síntomas de moderados a severos cuando aparecen 7-8 veces por día o por lo menos 60 veces por semana. Los síntomas vasomotores son la principal indicación del uso de terapia hormonal la cual se considera actualmente el tratamiento de elección (7).

Lo señalado hasta aquí es del dominio de ginecólogos y endocrinólogos, sin embargo, a la hora de hacer la indicación, luego de la evaluación de la historia clínica, un examen físico integral y los exámenes complementarios requeridos, esos mismos especialistas se encuentran de manos atadas para prescribir la terapia adecuada para cada paciente debido a la escasa disponibilidad de los fármacos.

El manejo no hormonal de los síntomas vasomotores

es una buena consideración cuando la terapia hormonal no es una opción, bien sea por contraindicaciones médicas o por una decisión personal de la mujer (8). Cabría incluir entre las razones para no usar la terapia hormonal adecuadamente indicada, la no disponibilidad de los fármacos. De allí que surja la necesidad de insistir en dos aspectos de vital importancia en el manejo de la menopausia, independientemente de la necesidad o no de terapia hormonal: la educación y los cambios en el estilo de vida.

Algunos estudios han señalado que las intervenciones educativas basadas en la promoción de estilos de vida saludables pueden ser usadas como una estrategia apropiada para reducir los síntomas en mujeres posmenopáusicas y mejorar su salud (9). Doce semanas de intervención en educación en salud, combinadas con dieta y ejercicios supervisados pueden mejorar los síntomas perimenopáusicos y ayudar a establecer mejores hábitos de vida. Esta mejoría se observa no solo en síntomas vasomotores, sino también en aspectos tales como la fatiga, las artralgias y mialgias, la irritabilidad, la depresión y las palpitaciones (10).

La promoción del estilo de vida saludable requiere un equipo multidisciplinario, debe iniciarse en las escuelas, los lugares de trabajo, la industria de la publicidad, así como los aseguradores médicos y las autoridades sanitarias (4). Se refiere a aspectos generales como el cese del tabaquismo, mantener el peso corporal ideal, recomendaciones nutricionales como la ingestión de 4-5 raciones al día que incluyan frutas, vegetales, fibra, granos, pescado 2 veces por semana, consumo limitado de sal y disminución de la grasa total. También se recomienda limitar el alcohol a un máximo de dos copas diarias, el uso de suplementos de calcio y la práctica de ejercicios moderados a intensos, al menos tres veces por semana. La nutrición adecuada y el ejercicio regular mejoran el perfil metabólico, la fuerza muscular, la capacidad cognitiva y la calidad de vida, reducen de manera significativa la enfermedad cardiovascular, accidentes cerebrovasculares, fracturas, cáncer de mama y cáncer de colon (11, 12).

También es importante el control médico apropiado, sobre todo para el descarte de enfermedades

psicosomáticas, estrés, enfermedades tiroideas, feocromocitoma, síndrome carcinoide, leucemia y cáncer, como diagnóstico diferencial de los síntomas vasomotores, pero también para el despistaje o cribado de patologías propias de estos grupos de edad. Las modificaciones en el estilo de vida también incluyen socializar y ser física y mentalmente activa (1).

Entre las terapias alternativas no farmacológicas, también se ha recomendado el desarrollo de técnicas de relajación con control de la respiración. La respiración pausada, abdominal lenta y profunda, con sesiones durante el día o al inicio del “calorón” ha demostrado ser efectiva. También se recomienda el control de la temperatura corporal, evitando la elevación de la misma y manteniendo un ambiente fresco en el hogar y sitio de trabajo, con utilización de ropa ligera e ingestión de alimentos y bebidas frías (7).

Es indudable que la terapia hormonal es muy útil para muchas mujeres, sin embargo, en momentos de dificultades se deben buscar alternativas. El contacto con las pacientes debe ser una oportunidad de oro para educar. Hay que tomarse el tiempo para enseñar, para explicar a las mujeres qué está pasando en su organismo. En la medida que se comprende lo que ocurre se toleran mejor los cambios. Esta orientación educativa debe estar presente siempre, independientemente de la disponibilidad de la terapia hormonal, pero resulta particularmente importante en los casos en los que, estando indicada, no se dispone de la misma. Brindando esa orientación se puede lograr una mejor calidad de vida para la mujer en esta particular etapa.

## REFERENCIAS

1. Fernández M, Molina-Vilchez R, Muñoz L, Bajares M. Atención de la mujer. En: Angelino de Blanco MC, Bajares de Lilue M, Pizzi R, editoras. Consenso Venezolano de Menopausia. Actualización 2008. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. p.11-22.
2. The Women’s Health Initiative Study Group. Design of the Women’s Health Initiative clinical trial and observational study. *Control Clin Trials*. 1998;19: 61-109.
3. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, La Croix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risk 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): 321-333.
4. Baber RJ, Panay N, Fenton A, IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19 (2): 109-150
  5. Hodis HN, Mack WJ, Shoupe D, Azen SP, Stanczyk FZ, Hwang-Levine J, et al. Testing the menopausal hormone therapy timing hypothesis: The Early vs Late Intervention Trial with Estradiol. *Circulation*. 2014; 130: A13283
  6. Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 3: CD002229.
  7. Stambury G, Segnini I, Pérez L. Sistema nervioso central, sexualidad y calidad de vida. En: En: Angelino de Blanco MC, Bajares de Lilue M, Pizzi R, editoras. *Consenso Venezolano de Menopausia. Actualización 2008*. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. p.53-60.
  8. Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2015; 22 (11): 1155-1172.
  9. Nazari M, Farmani S, Kaveh MH, Ghaem H. The effectiveness of lifestyle educational program in health promoting behaviors and menopausal symptoms in 45-60 years old women in Marvdasht, Iran. *Glob J Health Sci*. 2016;8 (10): 55414.
  10. Xi S, Mao L, Chen X, Bai W. Effect of health education combining diet and exercise supervision in Chinese women with perimenopausal symptoms: a randomized controlled trial. *Climacteric*. 2017; 1: 1-6.
  11. Sternfeld B, Wang H, Quesenberry CP Jr, Abrams B, Everson-Rose SA, Greendale GA, et al. Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol* 2004; 160 (9): 912 - 922
  12. Maruthur NM, Wang NY, Appel LJ. Lifestyle interventions reduce coronary artery disease risk: results from the PREMIER trial. *Circulation*. 2009; 119 (15): 2026-2031

---

## 10 datos sobre la salud de la mujer

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres en la mayoría de los países, sin embargo, hay una serie de factores sanitarios y sociales que se combinan para hacer que la calidad de vida de las mujeres sea inferior. Las desigualdades en el acceso a la información, la atención y las prácticas sanitarias básicas, aumentan aún más los riesgos para la salud de las mujeres.

En su página web, la OMS destaca 10 áreas fundamentales que tienen graves consecuencias para la salud de la mujer. Siendo ellas el centro del ejercicio profesional del especialista en Obstetricia y Ginecología, el Comité Editorial las presenta aquí.

1. A pesar de que las tasas de tabaquismo son unas 10 veces mayores en los hombres que en las mujeres, el consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes de los países en desarrollo está aumentando rápidamente por el desarrollo de campañas comerciales dirigidas a ese grupo de población. La OMS señala que las tasas de éxito del abandono del hábito son menores en las mujeres y las recaídas son más frecuentes.
2. El 61 % de los adultos infectados con el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) son mujeres. En el Caribe, región de interés particular para el país, la proporción de mujeres infectadas es de 43 %.
3. La proporción de mujeres que han sufrido violencia física o sexual por sus parejas en algún momento de sus vidas está entre 15 % y 71 %. Estos abusos ocurren en todas las clases sociales y niveles económicos y se asocian con embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS), depresión y enfermedades crónicas.
4. Algunos estudios señalan, según la OMS, que la quinta parte de las mujeres, esto es un 20 %, refieren haber sufrido abuso sexual antes de los 15 años.
5. Se calcula que 100 millones de niñas se casarán antes de los 18 años en los próximos 10 años. La OMS destaca el hecho de que estas adolescentes, a menudo, desconocen sobre los riesgos de contraer VIH/SIDA y otras ITS.

*Continúa en pag. 265.*