

GUIAS DE MANEJO DE LA MUJER ADULTA

INTRODUCCIÓN

El concepto actual de Salud Integral de la Mujer y, en particular, de la mujer adulta, requiere que los grupos científicos relacionados con este tema elaboren programas con este enfoque integral y que los mismos sean puestos en práctica a nivel público y privado.

En atención a lo anterior, la Asociación Costarricense de Climaterio y Menopausia ha elaborado estas Guías de Manejo de la Mujer Adulta, para ponerlas a disposición de todos los interesados en el bienestar de nuestras mujeres.

CRITERIOS DE LA ASOCIACIÓN RESPECTO AL TEMA

1. El uso de terapia de restitución hormonal es sólo una parte del cuidado integral de la población femenina en esta etapa de la vida. Existen principios básicos para una mayor longevidad y calidad de vida:

- La meta básica en medicina es prevención, no tratamiento.
- El uso de terapia de restitución hormonal debe ser una parte de una estrategia médica global que incluya modificaciones en los estilos de vida y otras medidas preventivas desde edades tempranas, tales como ejercicio, dieta, no fumado, no drogas, no ingesta abusiva de alcohol, etc.

2. En vista de los más recientes estudios científicos a nivel mundial, y los favorables beneficios obtenidos, esta Sociedad recomienda el uso de estrógenos (pacientes sin útero) o estrógenos más progestinas (pacientes con útero) para la prevención y el tratamiento de:

- Los síntomas vasomotores.
- La atrofia urogenital.
- La pérdida de masa ósea y la consecuente aparición de fracturas.
- La atrofia de los tejidos conectivo y epitelial en las diferentes partes del organismo, entre otras.

EFFECTO DE LA TRH EN ENFERMEDAD CORONARIA:

Un re-análisis reciente del estudio WHI demostró que no existen efectos adversos en enfermedad cardiovascular en pacientes menores de 70 años de edad con TRH y que la mortalidad se reducía en un 30%(1-2)

3. Existen evidencias en referencia a la protección cardiovascular cuando los estrógenos se inician tempranamente en la perimenopausia en pacientes sanas (prevención primaria), no así cuando existe lesión vascular previa (prevención secundaria), ni cuando se inician más allá de diez años de establecida la menopausia.

4. El riesgo de cáncer de colon está significativamente reducido en usuarias de TRH. Esta incidencia se reduce hasta un 50% más, si se agrega una dieta y ejercicios adecuados.

EFFECTO DE LA TRH EN OSTEOPOROSIS POSMENOPAUSICA:

La TRH reduce la incidencia de fracturas vertebrales y de cadera. Aun dosis bajas y ultra bajas han demostrado prevenir la pérdida ósea posmenopáusica (3)

La TRH es una buena opción inicial a considerar cuando se necesita intervención medicamentosa para prevención de osteoporosis y reducción de riesgo de fractura en posmenopáusicas sintomáticas o asintomáticas menores de 60 años. Los bifosfonatos pueden usarse para tratar osteoporosis especialmente en mayores de 60años.(1)

- Disminuye la incidencia de fracturas osteoporóticas incluyendo vertebrales y de cadera, aún en pacientes de bajo riesgo.
- Las dosis menores o la vía transdérmica mantienen estos beneficios.

Con el fin de maximizar la prevención de fracturas se administra Calcio y Vitamina D. Se necesitan 1500 mg de calcio

elemental en la postmenopausia que por alguna razón no está con TRH, o 1000 mg para quienes si reciben TRH. Además es conveniente agregar 800 U.I. de Vitamina D al tratamiento anterior.

6. No existen motivos, al momento actual, para limitar el tiempo de utilización de la terapia de restitución hormonal, en tanto no se detecten efectos adversos y se mantengan los beneficios por lo cual se han estado utilizando.

RIESGO ONCOLÓGICO:

El aumento de riesgo de cáncer de mama con TRH es similar al asociado a factores como menarca temprana, primer embarazo tardío, nuliparidad, ingestión de alcohol, y menor que obesidad en la posmenopausia (RR 1.48) o a la ingesta aumentada de grasas saturadas (RR 2) (4)

Las pacientes deben ser tranquilizadas si se les hace saber que el riesgo de cáncer de mama en usuarias a largo plazo (>7 años) es pequeña y comparable al riesgo de 1 año de retraso en la aparición de la menopausia. (1)

7. Deben establecerse dosis efectivas y medicamentos apropiados en cada paciente de acuerdo al tipo de protección que debemos priorizar. El tipo de estrógeno, de progestina, la vía de administración y sus dosis, deben individualizarse de acuerdo al tipo de protección que se requiere.

Respecto a la vía de administración esta continúa siendo motivo de discusión. Parece ser ventajoso el evitar el primer paso (hepático) utilizando la terapia transdérmica, especialmente en aquellas pacientes con factores de riesgo de trombosis venosa y dislipidemias.

8. No necesariamente todos los tipos de estrógenos ni de progestinas, tienen los mismos efectos tisulares, ni los mismos riesgos. Debemos estar al tanto de la información científica actualizada para tomar las decisiones adecuadas al respecto (5)

9. El uso de progestinas locales, por ejemplo mediante dispositivos uterinos, microdosis oral, o en forma de progesterona micronizada, es una solución a los efectos adversos generales.

10. Toda paciente debe recibir consejería apropiada acerca de los beneficios y riesgos de la terapia de sustitución hormonal, de modo que ella, junto con su médico, puedan tomar sus propias decisiones al respecto. Para tal efecto, debe realizarse un análisis periódico sobre el riesgo/beneficio para cada paciente, acompañándolo de los protocolos de exámenes y tamizaje correspondientes.

11. En forma permanente, debe valorarse el riesgo de complicaciones de la terapia de restitución hormonal. Todo médico tratante y su paciente deben ser conscientes de los siguientes eventos adversos:

- Existe un pequeño aumento de la incidencia de trombosis venosa profunda con el consecuente riesgo de embolización pulmonar y accidente vascular cerebral.

- En mujeres mayores de sesenta y cinco años y con más de diez años de TRH, existe un pequeño aumento de la incidencia de cáncer de mama (4 a 6 cánceres invasivos por cada 10000 mujeres por año, según el estudio WHI). Lo anterior es sólo para usuarias de más de 5 años de uso de una terapia combinada específica (estrógenos conjugados equinos más acetato de medroxiprogesterona en dosis fijas), mientras que en usuarias de sólo estrógenos, existe una disminución del riesgo. Es probable que el uso de nuevos estrógenos, nuevas progestinas y dosis mínimas con efectos deseados nos brinden soluciones al respecto. Incluso existen nuevos estudios en curso sobre el uso de la TRH en pacientes con cáncer de mama.

12. En casos seleccionados, puede ser beneficioso la terapia de restitución hormonal asociado a otros tratamientos no hormonales.

13. No existe contraindicación absoluta para el uso de TRH en enfermedades crónicas tales como hipertensión, diabetes, hiperlipidemias, y síndrome metabólico, entre otros. En todo caso, siempre debe individualizarse, valorando el riesgo/beneficio.

14. Terapias alternativas y complementarias: en la mayoría de las investigaciones clínicas, los fitoestrógenos no han

demostrado ser significativamente mejores que el placebo para el manejo de los efectos adversos agudos (síntomas vasomotores, sequedad de piel y mucosas, trastornos psicológicos), ni tampoco para las complicaciones a largo plazo (osteoporosis, enfermedad cardiovascular, atrofia urogenital, etc.). Tampoco existen estudios serios y a largo plazo sobre su seguridad. Por lo tanto, esta Asociación no los recomienda.

TIPOS DE ESTROGENOS DISPONIBLES

1. Vía oral: 17 β estradiol micronizado, valerianato de estradiol, estrógenos conjugados equinos
Tibolona: progestina sintética relacionada con el noretinodrel que al metabolizarse adquiere acciones estrogénicas, progestacionales y androgénicas
2. Vía transdérmica: estradiol (parches, gel)
3. Vía vaginal: estriol, estrona, estrógenos conjugados equinos, 17 β estradiol (anillo)

Dosis recomendadas:

17 β estradiol oral: 0.5 – 1 mg
Estrógenos conjugados equinos: 0.3- 0.45 mg
Estradiol transdérmico: 25- 37.5 ug
Estradiol gel 0.5 mg
Estradiol nasal 150 ug
Tibolona: 2.5 mg

TIPOS DE PROGESTINAS

Vía oral:

Progesterona micronizada
Drospirenona
Acetato de medroxiprogesterona
Norgestrel
Acetato de Ciproterona
Acetato de noretisterona

Otras vías:

DIU con levonorgestrel
Progesterona micronizada (uso vaginal)
Acetato de noretisterona (uso transdérmico asociado a estrógenos)
Progesterona natural al 4% (gel bioadhesivo vaginal)

BIBLIOGRAFIA

1. IMS updated recommendations for hormone replacement therapy in the peri and postmenopause. Climacteric 2008;11:108-123
2. Rossouw J Hormone replacement therapy and coronary heart disease: absolute risk by age. JAMA 2007;297:1465-77
3. Ettinger B Effects of ultralow dose transdermal estradiol on bone mineral density. Obstet Gynecol 2004;104:443-51
4. Lancet Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. 1997;350:350:1047
5. Stefanick Effects of conjugated equine estrogens on breast cancer and mammography screening in postmenopausal women with hysterectomy. ML JAMA 2006;295:1647-57

