

18 Octubre: *DÍA MUNDIAL DE LA MENOPAUSIA.*

Dra. Savina, Mariela. Dra. Ávila, Claudia.

Dra. Bonetto, Lucía. Dra. Pustilnik, Estefania.

Departamento Endocrinología Ginecológica FASEN.

La población del planeta envejece mientras leemos éstas líneas y a su vez la esperanza de vida tiende a superar los 80 años en el mundo desarrollado, y continuarán aumentando en los países en vías de desarrollo. Así es esperable un abultado número de mujeres transitando el Climaterio y que requieran atención.

El tópico de este año del **día mundial de la menopausia** es ***Terapia Hormonal (TH) para la Menopausia***. Ítem caliente, que ha motivado controversias entre la comunidad médica y la sociedad en general. El punto de partida se debe al tan conocido estudio Women's Health Initiative (WHI), difundido en 2002 donde participaron 16.608 mujeres, con una edad promedio de 63 años. Alrededor de 8.100 de ellas, recibió un tratamiento combinado de estrógenos equinos conjugados (EEC) y acetato de medroxiprogesterona (AMP). Fue suspendido después de 5,2 años debido al incremento de los **riesgos relativos** a enfermedades cardiovasculares y cáncer de mama; generando alarma mundial.

En el caso del WHI, la edad media de las mujeres que participaron estaba a 18 años de su menopausia, muchas presentaban alguna patología y no se individualizó el tratamiento: todas recibían la misma medicación en las mismas dosis. Como resultado, hubo un “cambio dramático en la prescripción”, obedeciendo a las **recomendaciones de reservar la TH para mujeres muy sintomáticas, y limitar su uso al “menor tiempo necesario” y a la “mínima dosis efectiva”**.

La última década ha mostrado importantes fluctuaciones en las opiniones sobre los beneficios y riesgos de la TH en el Climaterio.

North American Menopause Society (NAMS) en 2002, adhirió absolutamente a los resultados del WHI. En contraparte, la Sociedad Internacional de Menopausia (IMS) sugirió un análisis criterioso de la información. Por ello en Diciembre de 2003, tras un Taller en Viena, se obtuvo una Postura de la IMS sobre el tema.

Fundamentalmente, la IMS no aceptó algunas interpretaciones atribuidas a los resultados del WHI y pidió un “**enfoque más equilibrado de los datos científicos**”. Se reflejaron en la Declaración de IMS del año 2004.

En el año 2007 se actualizó la Primera Postura Oficial de la IMS.

En el año 2011 la IMS propone y realiza nueva Revisión por expertos mundiales, que culmina con la Declaración de IMS de 2011: “Recomendaciones actualizadas sobre terapia hormonal de la postmenopausia y estrategias preventivas para la salud de la mediana edad”.

El “Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy”, surge en 2013.

La relación entre NAMS e IMS, ha pasado por distintas etapas. La NAMS adhirió a los resultados del WHI, pero, con el tiempo y análisis / re-análisis de datos respecto a la TH, NAMS, modificó su postura.

NAMS revisó su Consenso de Marzo de 2007 donde incluyó una discusión de los “**Conceptos de Riesgo**”. Lo que dio por resultado el Comunicado de Postura oficial de la NAMS de 2008 que se identifica plenamente con la postura adoptada previamente, desde 2004, por la IMS.

En coincidencia con el “X Aniversario del WHI”, el Consenso de la NAMS 2012 pone de manifiesto el intento por **clarificar el Riesgo/Beneficio**, de la Terapia Estrogénica (TE) vs la Terapia Estrógeno-Progestacional (TEP), tanto para el manejo de los síntomas climatéricos, como para la prevención de patologías.

De forma simple y resumida comentamos algunos datos a considerar a la hora de decidir si trataremos o no a una paciente:

- **TH NO** se trata de un **régimen único** ofrecido a una **mujer estándar**.
- Los riesgos pueden ser minimizados y los beneficios maximizados, con la selección de un “**régimen óptimo en el momento oportuno**”; asociado a una “**ventana terapéutica**” donde la **indicación** brindaría **beneficios cardíacos y neurocognitivos**.
- **La dosis y la duración de la TH debe ser individualizado**, coherente con los objetivos y las cuestiones de seguridad. La opción de recibir por **largo tiempo TH** sería posible si hay **beneficios que superan los riesgos**.

- La TH por **vía oral** o **transdérmica**, **tiobolona** o la combinación de **EEC/bazedoxifeno** es lo más efectivo para aliviar los síntomas vasomotores (**SVM**).
- La **seguridad** depende en gran parte de la **edad** de la paciente; los **beneficios** tienen **más probabilidades de superar riesgos** en mujeres sintomáticas **antes de los 60 años o menos de 10 años después de la menopausia**.
- Estrógenos como agente sistémico único son adecuados en mujeres histerectomizadas; en presencia de útero sumar progestágenos.
- Se prefieren **dosis bajas locales** de estrógenos o **tibolona** para mujeres con solo **Síndrome Urogenital o dispareunia**, vejiga hiperactiva o infecciones urinarias recurrentes.
- La **calidad de vida, función sexual y otros síntomas relacionados a la menopausia** (artralgias, alteraciones del sueño, cambios de ánimo); podrían mejorar bajo TH.
- TH dosis estándar es **efectiva y apropiada** para **prevención de fracturas en mujeres postmenopáusicas en riesgo** con **<60 años de edad o hasta 10 años** luego de la menopausia, con **Tsc** entre **normal a osteoporosis**.
- Su uso **>60 años** se considera **2da línea** y requiere evaluar / calcular el riesgo/beneficio individual.
- Dosis bajas de TH, tibolona y EEC/bazedoxifeno **mantienen o previenen la pérdida de la Densidad Mineral Ósea**.
- El riesgo de cáncer de mama en **>50 años** asociado a TH es complejo, con menor riesgo reportado por RCTs para el uso de estrógenos solos.
- Se sugiere que el riesgo se debe primariamente, pero no exclusivamente, al uso de **progesterona con estrógenos**, y podría relacionarse al tiempo de su uso.
- El **riesgo** de cáncer de mama asociada a TH es **<1 por 1000 mujeres por año de uso**; similar o menor al riesgo atribuido al sedentarismo, obesidad o consumo de alcohol. Podría descender luego de la suspensión.
- Los datos actuales no son compatibles con el uso de TH en supervivientes de Cáncer de mama.
- La vía parenteral de administración de estrógeno o el uso de tibolona posee poco o ningún aumento de riesgo de tromboembolismo.
- El riesgo de Enfermedad Trombo Embólica (ETV) o ACV isquémico aumenta con la vía oral; pero el riesgo absoluto es raro en menores de 60 años.
- Estudios randomizado y controlados (RCTs), datos observaciones y meta-análisis proveen evidencia que las **dosis estándar TH iniciada <60 años o**

hasta 10 años de la menopausia podría disminuir el riesgos de infarto de miocardio (IAM) y motilidad por todas las causas.

- Mujeres con Falla Ovárica Precoz: se recomienda TH sistémica por lo menos hasta la edad media de la menopausia natural.
- El uso impuesto por costumbre de terapia con compuestos de Hormonas bioidénticas NO se recomienda.

CONCLUSIONES:

“La THR postmenopáusica no se trata de un régimen único para una mujer estándar”. La investigación en la última década ha enseñado que los riesgos pueden ser minimizados y los beneficios maximizados con la selección de un régimen óptimo en el momento óptimo.

BIBLIOGRAFIA:

- Campostrini, B.M. Actualización sobre terapia hormonal para el climaterio. Últimos consensos NAMS-IMS. Diferencias. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio.
- T.J. de Villiers; et al. Global consensus statement on menopausal hormone therapy. Climacteric (2013).
- T.J. de Villiers; et al. Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. Maturitas, (2016). <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.001>