

Terapia hormonal en la menopausia

Ponente: Ana Sanz, estudiante, Universidad Autónoma de Madrid

Tutora: Rosa Magallón, médico de familia, Zaragoza y presidente de la REAP

1). Identificar el problema: A comienzos de los años 60 en Estados Unidos se impulsa un novedoso tratamiento con estrógenos en mujeres menopáusicas con el fin de aliviar los síntomas vasomotores característicos de este periodo de vida, lo que supone un cambio en la forma de entender el ciclo fisiológico de la mujer. Posteriormente diversos estudios observacionales sugieren un beneficio añadido en el uso de la terapia hormonal sustitutiva (THS): la protección frente a enfermedad coronaria e incidencia de fracturas osteoporóticas, que conlleva a un aumento en el número de indicaciones de este tratamiento.

2). Analizar los hechos básicos: tras el uso masivo de la terapia hormonal y dado el conocimiento incierto del balance de sus beneficios y riesgos, surge la necesidad de elaborar ensayos clínicos aleatorizados que comparen la efectividad de la terapia hormonal con la del placebo. Los ensayos clínicos del Women's Health Initiative (1997-2004), que contaron con más de 27.000 mujeres postmenopáusicas sanas, permitieron demostrar evidencia de calidad por primera vez tras tres décadas de uso de THS. Éstos fueron interrumpidos antes de tiempo por un aumento significativo de eventos negativos: enfermedad coronaria, ictus, embolia pulmonar, cáncer de mama (1,2); que no se vieron compensados por los beneficios observados en el mismo ensayo (disminución de la incidencia de cáncer colorrectal, diabetes y fracturas osteoporóticas). Tanto las terapias con estrógenos como las combinadas incrementan de forma significativa el riesgo de ictus, trombosis venosa, colecistopatía, incontinencia urinaria y demencia (1,3). Ninguna de ellas reduce el riesgo cardiovascular (en el caso de la terapia combinada, los episodios coronarios aumentan). Asimismo existe un aumento significativo de cáncer de endometrio al administrar estrógenos solos a mujeres no histerectomizadas (1).

Por otra parte, si bien la terapia hormonal es eficaz en la prevención de osteoporosis no se recomienda esta indicación, pues sus efectos

se producen a largo plazo (4-5 años de tratamiento) y por ello se asocian a un riesgo aumentado de cáncer de mama (4), tal como se evidenció. La probabilidad de desarrollar eventos negativos es menor en mujeres jóvenes (menores de 60 años) y el balance entre riesgos y beneficios se encuentra más equilibrado en la terapia con estrógenos (1).

3). Deducir lecciones: sin evidencia basada en ensayos clínicos aleatorizados e independientes no es ética ni debe estar indicada una medida preventiva en la población sana. Por tanto se precisa una máxima prudencia en el análisis de evidencia sobre medidas preventivas indicadas a grandes grupos poblacionales. Además de este deber del sistema sanitario, el médico tiene la responsabilidad individual con sus pacientes de tener conocimiento riguroso de la evidencia que fundamenta la indicación de un tratamiento. En el caso particular de la terapia hormonal coexisten varios determinantes que llevan al error en la prescripción: el cambio en el concepto de una etapa de la vida, como es el climaterio, que se convierte en enfermedad e incita a las pacientes a demandar un tratamiento para lo que no es un problema médico (*disease mongering*), la promoción de esta demanda por parte de la industria farmacéutica y la acción deshonestas de médicos especialistas con intereses particulares.

Parece claro que la terapia hormonal sustitutiva es el tratamiento más eficaz para aliviar los síntomas vasomotores asociados al climaterio (5). Sin embargo, dadas las evidencias disponibles y la medicalización a la que la menopausia se ve sometida, urge hacer un balance sobre los conocidos beneficios y riesgos de esta terapia; resulta primordial seleccionar muy cuidadosamente qué grupo de mujeres cuya calidad de vida se encuentra realmente afectada se beneficiaría de este tratamiento, asumiendo los riesgos que ello implica. ¿Es realmente necesario un tratamiento sintomático de la menopausia? ¿Sería conveniente buscar evidencias en tratamientos alternativos menos peligrosos?

Bibliografía

1. Joann E. Manson. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the women's health initiative randomized trials. JAMA. 2013; 310 (13): 1353-1368.
2. Rossouw JE, Aderson GL. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA. 2002; 288 (3): 321-33.
3. Terapia hormonal a largo plazo para mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 Issue 7. Art. nº: CD004143. DOI: 10.1002/14651858. CD004143
4. M^a Cruz Landa Aznárez. Utilidad de la terapia hormonal sustitutiva. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 2003;11(2):9-14.
5. TJ de Villers, MLS Gass. Global consensus statement on menopausal hormone therapy. CLIMATERIC. 2013; 16: 203-204