

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA CONFERENCIA DE CONSENSO

TERAPIA DE SUPLENCIA HORMONAL DURANTE LA MENOPAUSIA

INTRODUCCIÓN

La mujer es fuente de vida. Todos los procesos que ocurren en su ciclo vital, merecen respeto y admiración.

Dado el objetivo de este documento es el de fijar normas que orientes a los profesionales de la salud en la prescripción de la terapia hormonal de suplencia, acordamos utilizar el lenguaje científico internacionalmente aceptado por estas disciplinas.

Somos conscientes de que su lectura puede causar impresión o impacto negativo en las personas que no están familiarizadas con el uso de esta terminología.

Por lo tanto, la imagen de la mujer madura que se proyecta en este documento, se limita sólo a describir los aspectos patológicos previos, concomitantes o posteriores al hecho fisiológico de la menopausia, y a establecer pautas para su prevención y tratamiento.

Los cambios demográficos, sociales, e institucionales ocurridos en el país durante las últimas décadas del siglo XX, han producido situaciones nuevas para la mujer que deben ser abordadas con estrategias integrales.

Los cambios más significativos son:

a. El aumento de la expectativa de vida de la población colombiana, la cual pasó de 45 a 50 años a comienzos del presente siglo, y a 70.4 años para el año 2000, con el consiguiente cambio en la composición y estructura de la pirámide poblacional, hecho que es más evidente en la población femenina.

b. El reconocimiento de los derechos civiles y jurídicos de la mujer, a mediados del presente siglo.

c. La ampliación de las oportunidades educativas y laborales para la población femenina.

d. La masificación del uso de la anticoncepción la cual se ha traducido en un mayor control de la natalidad y del ejercicio de la sexualidad, sin connotaciones reproductivas.

De acuerdo con las cifras proporcionadas por el Departamento Administrativo de Estadística DANE, obtenidas en el censo de población de 1993, en el país hay 18 millones de mujeres, de las cuales cerca de 2 millones 7000 mil tendrán 50 o mas años en el año 2000.

Cuatro hechos fisiológicos en la vida de la mujer: menstruación, embarazo, parto y menopausia, han sido objeto de estudio y atención por parte de diversos profesionales; eventos que presentan en ocasiones, características y condiciones especiales e implicaciones patológicas, que obligan a una intervención de carácter interdisciplinario.

La menopausia constituye un hecho fisiológico que se presenta en nuestro medio entre los 48 y los 51 años y que representa un verdadero síndrome, caracterizado por un hipoposterogenismo, originado por la pérdida progresiva y gradual de la actividad ovárica, debido a la atresia de los folículos y la consecuente terminación de la maduración de éstos. Este

déficit hormonal se manifiesta por síntomas y signos que pueden dividirse cronológicamente, así:

1. A CORTO PLAZO:

- Oleadas de calor y sudoración.
- Insomnio, fatiga, disminución de la memoria.
- Irritabilidad, ansiedad y depresión.
- Irregularidades menstruales.

2. A MEDIANO PLAZO:

- Cambios tróficos en el sistema genitourinario.
- Dispareunia.
- Sequedad de la piel y mucosas, caída y fragilidad del cabello y fragmentación de las uñas.
- aumento de peso por mayor concentración de grasa corporal.

3. A LARGO PLAZO:

- Cambios metabólicos en las lipoproteínas con aumento del colesterol total y del LDL, y disminución de las HDL.
- Aterosclerosis, hipertensión, angina de pecho e infarto.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Pérdida acelerada de la masa ósea y osteoporosis.

CONCLUSIONES DEL CONSENSO

1. La menopausia como proceso fisiológico en el ciclo vital de la mujer.

La menopausia es un proceso fisiológico que debe ser mirado y vivido por la mujer como un hecho natural y sólo debe intervenir en situaciones específicas para mejorar su calidad de vida.

El proceso se debe orientar en forma integral y debe dirigirse a la población femenina, mediante estrategias de promoción y prevención, con el propósito de contribuir a transformar su historia pero sin violentarla.

La menopausia es la consecuencia de la disminución de la función estrogénica que induce al funcionamiento inadecuado de múltiples órganos y sistemas. En su proceso surgen algunas situaciones que podrían asimilarse a una alteración endocrina que asocia o no a factores de riesgo relacionados con enfermedad cardiovascular y osteoporosis, ameriten una intervención integral, representada por un conjunto de acciones encaminadas a la prevención y control de los factores de riesgo asociados, tales como: dietas inadecuadas, sedentarismo, consumo de alcohol y de tabaco, estrés y obesidad.

A pesar de que la menopausia es un proceso fisiológico, las comunidades científicas y académicas tienen la responsabilidad de investigarla con el fin de orientar la práctica de los profesionales y educar a la población sobre las diferentes opciones que permitan a la mujer afrontar, en forma consciente y autónoma las posibles alteraciones durante la misma.

2. La terapia hormonal de suplencia (THS) como factor para el incremento de la esperanza de vida en la población femenina

La incidencia de enfermedades cardiovasculares en las mujeres, es menor durante la vida reproductiva que durante la menopausia y la (THS) protegen en un 50% el riesgo de este tipo de patología, por múltiples causas.

El déficit estrogénico provoca una alteración del perfil lipídico consistente en el incremento del colesterol y de la LDL y disminución de la HDL. La THS modifica favorablemente estas alteraciones.

Además existen investigaciones que suponen que éstos pueden producir una acción directa sobre el endotelio vascular y en los mecanismos de coagulación.

La THS reduce el riesgo de fracturas y evita la pérdida de masa ósea en la postmenopausia, debido a su actividad directa sobre la osteogénesis y la disminución de la reabsorción ósea, con la consiguiente prevención de las complicaciones tromboembólicas que se asocian con las fracturas mayores.

Si la THS contribuye a disminuir la morbilidad generada por las patologías anteriormente descritas, esta Conferencia comparte su utilización, a pesar de los conceptos de las investigaciones publicadas y que aceptan que la expectativa de vida aumenta sólo en estas mujeres a 0.9 años.

3. Una mejor calidad de vida para la mujer: objetivo de la terapia hormonal de suplencia

Es un hecho que entre el 75% y el 80% de las mujeres menopáusicas experimentan síntomas generales, los cuales aparecen entre los 45 y los 52 años de edad aproximadamente.

Los síntomas más frecuentes son: las oleadas de calor (75% a 80%), sudoración (60%), irritabilidad (50%) cefalea (40%) y manifestaciones psicológicas como ansiedad, depresión y fatiga mental (15% a 30%).

Igualmente se presentan los síntomas genitourinarios, sequedad de la piel, caída del cabello, además de irregularidades menstruales.

La THS debe ser ofrecida como una terapia específica para aliviar los síntomas anteriormente descritos, provocados por la carencia hormonal y como alternativa de prevención para los trastornos vasculares, del metabolismo lipídico y de la osteoporosis, asociados significativamente con la calidad de vida de la mujer.

Resaltamos que la sola THS no basta para asegurar la calidad de vida, es así como ésta se debe acompañar de programas de prevención primaria, tendientes a reducir los factores de riesgo que agravan el déficit hormonal, y la promoción de una actitud que permita a la mujer disfrutar plenamente esta época de la vida, tan rica en experiencias y potencialidades.

La respuesta al tratamiento hormonal de suplencia en los distintos trabajos y según los diferentes autores, es promisorio en la mayoría de los casos y que asociada a los cambios en el estilo de vida, contribuyen a una mejor calidad de vida.

4. Indicaciones y contraindicaciones de la terapia hormonal de suplencia

La mayoría de las mujeres durante la menopausia son candidatas para recibir THS; sin embargo, no se debe prescribir este tipo de tratamiento sin una evaluación médica general y ginecológica. Por tanto, el tratamiento debe ser individualizado.

4.1. INDICACIONES

4.1.1. Signos y Síntomas

Trastornos vasomotores
Insomnio
Irritabilidad
Atrofia de piel
Resequedad de la piel y las mucosas
Disminución de la memoria
Sintomatología genitourinaria al hipoestrogenismo
Disminución sexual
Disminución de la libido

4.1.2. Factores de riesgo

Menopausia fisiológica
Menopausia quirúrgica
Menopausia prematura
Menopausia inducida por radioterapia o quimioterapia
Riesgo de enfermedad cardiovascular, miocárdica y cerebral

4.2 CONTRAINDICACIONES

Antes de iniciar la THS es necesario descartar la presencia de alteraciones que se constituyan en contraindicaciones absolutas o relativas tales como:

4.2.1. Contraindicaciones absolutas

La no aceptación de la THS por parte de la mujer
Antecedente personal de cáncer de mama
Cáncer de endometrio no tratado
Tromboembolia pulmonar reciente
Tromboflebitis venosa aguda
Melanoma
Hepatopatía activa
Mastopatía quística de tipo proliferativo con atipias
Ictericia idiopática

4.2.2. Contraindicaciones relativas

Cáncer de endometrio tratado
Mioma submucoso y algunos intramurales
Endometriosis severa
Colecistopatías
Migraña
Historia de tromboflebitis venosa profunda o superficial.

5. Necesidad de políticas y programas gubernamentales para la atención integral de la mujer menopáusica

El Estado debe establecer políticas y programas preventivos con énfasis en el autocuidado y estilos de vida saludables, para desarrollarlos a lo largo del proceso educativo y formativo de la población en general y apoyar los programas de

estudio y atención integral en la menopausia propuestos por el sector privado.

Se recomienda promover programas específicamente dirigidos a las mujeres menopáusicas, que permitan un conocimiento adecuado del proceso.

Estas políticas y programas deben ser amplios, permanentes, sistemáticos y con enfoque interdisciplinario, utilizando diversos medios y estrategias tales como el sistema educativo, los medios masivos de comunicación, las usuarias de los programas de salud reproductiva, planificación familiar y control prenatal, de crecimiento y desarrollo y de control de cáncer de cuello uterino, entre otros.

Así mismo, debe replantearse el tiempo y la calidad de la atención asignada a la consulta médica, con el fin de realizar una adecuada información y comprensión del diagnóstico por parte de la mujer, para que ella pueda tomar una decisión autónoma en relación con la THS.

En los programas curriculares de educación superior, formadores del recurso humano, se deben revisar y actualizar la conceptualización, contenidos y enfoques del proceso vital humano para que asuman la menopausia como un hecho fisiológico que por sus características requieren intervención integral e interdisciplinario.

El plan de Atención Básico (P.A.B.), establecido por la ley 100 de seguridad social, aunque permite el desarrollo de programas preventivos, requiere de la formulación de proyectos con enfoque integral para los diferentes estratos de la población.

RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Los miembros del Jurado, conscientes de la importancia que para el personal de la salud y la comunidad en general representa el tema de la MENOPAUSIA y el CLIMATERIO, y basados en los conceptos de los expertos y en la declaración de CONSENSO de la Asociación Colombiana de Menopausia, se permite presentar una guía para el diagnóstico y el tratamiento basada en cinco puntos:

DIAGNÓSTICO

1. Anamnesis

Mujer con amenorrea secundaria mayor de seis meses, no atribuible a un embarazo, y acompañada de oleadas de calor, resequedad vaginal, de piel y mucosas.

2. Evaluación de los factores de riesgo asociados

2.1. Cardiovascular:

- 2.1.1. Edad avanzada, mujeres mayores de 55 años sin suplencia
- 2.1.2. Historia Familiar de Enfermedad Cardíaca
- 2.1.3. Hábito de fumar
- 2.1.4. Alcoholismo
- 2.1.5. Uso crónico de corticoides
- 2.1.6. Relación Cintura/Cadera mayor de 0.85 e índice de masa corporal mayor de 27
- 2.1.7. Dislipidemias
- 2.1.8. Obesidad
- 2.1.9. Hipertensión arterial
- 2.1.10. Historia previa de eventos cardiovasculares
- 2.1.11. Historia de dolor precordial como evento cardiovascular
- 2.1.12. Hipercoagulabilidad, elevación del fibrinógeno
- 2.1.13. Intolerancia a la glucosa
- 2.1.14. Heperandrogenemia
- 2.1.15. Ooforectomía bilateral antes de la menopausia
- 2.1.16. Falla ovárica precoz sin suplencia hormonal
- 2.2. Osteoporosis
 - 2.2.1. Raza blanca
 - 2.2.2. Talla baja
 - 2.2.3. Complexión delgada
 - 2.2.4. Ingesta baja de calcio
 - 2.2.5. Trastornos endocrinos
 - 2.2.6. Sedentarismo
 - 2.2.7. Ingesta de glucocorticoides
 - 2.2.8. Antecedentes de fractura, deformidades óseas y disminución progresiva de la talla
 - 2.2.9 Antecedentes familiares de osteoporosis

3. Examen físico completo

Debe hacerse énfasis en la evaluación ginecológica

4. Ayudas diagnósticas

4.1. Exámenes básicos:

- 4.1.1. FSH, si existen dudas acerca del diagnóstico
- 4.1.2. Citología oncológica
- 4.1.3. Mamografía de acuerdo con la evaluación clínica, edad y antecedentes familiares

4.2. Exámenes opcionales: Opcionales de acuerdo con la patología clínica de la pacientes

- 4.2.1. Glicemia basal
- 4.2.2. Colesterol Total, Triglicéridos, y HDL
- 4.2.3. Determinación de hormona tiroestimulante
- 4.2.4. Ecografía Pélvica
- 4.2.5. Electrocardiograma

5. Exámenes complementarios

5.1.1. Desintometría Ósea. Se utiliza con el fin de hacer el diagnóstico de osteoporosis cuando la pérdida de la masa ósea es mayor de 35%, como también para el seguimiento.

5.2.2. Marcadores Óseos (osteocalcina y deoxipiridinolina); tienen un valor pronóstico.

6. TRATAMIENTO

6.1. No Farmacológico:

Mejorar hábitos alimenticios y estilo de vida (ejercicio, dieta, exposición al sol, evitar el consumo de cigarrillo, alcohol y cafeína).

6.2. Farmacológico

6.2.1. Terapia hormonal de suplencia (THS). El tratamiento debe ser individualizado.

6.2.2. Mujeres con útero: Deben recibir los estrógenos, siempre asociados con progestágenos.

6.2.3. Esquemas

6.2.3.1. Cíclico: Estrógenos durante 21 días y progestágenos durante 10 a 14 días, descansar 8 días, tiempo en el cual algunas mujeres presentan menstruación.

6.2.3.2. Cíclico continuo: Estrógenos en forma indefinida y progestágenos cíclicos que se pueden administrar los últimos 10 a 14 días del mes de tratamiento.

.....Publicaciones recientes aconsejan su uso al final del segundo o tercer mes de tratamiento con estrógenos.

6.2.3.3. Combinado continuo: Estrógenos conjuntamente con progestágenos en forma indefinida.

6.2.3.4. Combinado: Muchos laboratorios tienen presentaciones que mezclan en una misma presentación estrógenos y progestágenos en diferentes esquemas; Cíclico o continuo.

6.2.4. Mujeres sin útero:

6.2.4.1. Estrógenos cíclicos: Se administran estrógenos durante 21 días y se descansan 7 días.

6.2.4.2. Estrógenos continuos por tiempo indefinido, sin necesidad de progestágenos. En estos casos sólo se administran progestágenos en la osteoporosis, hipertrigliceridemia o mastodinia, aunque en algunos casos se puede agravar.

Los estrógenos y progestágenos se pueden administrar por vía oral, vaginal, transdérmica y en jaleas.

Calcio: Los requerimientos diarios de calcio se obtienen a partir de los alimentos lácteos y de los preparados farmacológicos hasta completar aproximadamente 1.500 miligramos.

Otros medicamentos: Para la osteoporosis se utiliza el fluoruro de sodio a dosis bajas (40 miligramos día por medio) ejerce un efecto osteogénico, en tanto que los bifosfonatos y la calcitonina tiene una acción antirresortiva; además, a ésta última se le atribuye una opción analgésica.

7. Aspectos psicológicos

La mujer debe ser evaluada en un contexto integral e interdisciplinario, teniendo en cuenta los aspectos biológico, psicológico, familiar y social, para su ubicación como miembro de una determinada cultura.

Además, se recomienda evaluar los aspectos comportamentales más relevantes del climaterio: autoimagen, depresión, relación con los hijos y relación de pareja.

8. Aspectos educativos

Finalmente, el jurado considerada de vital importancia el desarrollo de programas y proyectos educativos orientados a

la promoción de la salud y prevención de factores de riesgo durante las diferentes etapas de la vida de la mujer a través de entidades educativas de todo nivel.

Se recomienda el uso de los medios masivos de comunicación y la integración con los organismos estatales y no gubernamentales que desarrollan su labor en el campo de la salud.

Entiende el jurado que existen recursos para adelantar estas actividades educativas-preventivas, a través de rubros específicos del Plan de Atención Básica.

RECOMENDACIONES

La atención de la mujer climatérica debe ser individualizada. Por tanto, se requiere realizar una diagnóstico integral que le permita al equipo de salud presentarle en forma objetiva y científica las diversas opciones que tiene durante el proceso vital para que, en forma autónoma, decida o elija lo más conveniente para ella.

Las Instituciones formadoras del recurso humano tales como los Ministerio de Salud, Educación y del área social deben incluir en sus currículos la formación de personal preparado para la atención integral de la mujer en el período climatérico.

Los diferentes entes territorial deben establecer programas y proyectos para la atención integral de la mujer en el período climatérico, con énfasis en la promoción y prevención.

El Ministerio de Salud debe generar políticas dirigidas a la atención integral de la mujer en el período del climaterio.

El Ministerio de Salud debe promover programas de investigación con el fin de analizar la problemática de la mujer en esta etapa de la vida.

GLOSARIO

1. Menopausia

Del latín MENO y del griego PAUSIS. Corresponde al cese o interrupción natural de la menstruación por un período mínimo de seis meses. Como ocurre con otros términos médicos, existe confusión acerca de la definición exacta del término menopausia. Según la FIGO (Federación Internacional de ginecología y Obstetricia), la menopausia se define como la fecha de la última menstruación fisiológica en la vida de una mujer (sangrado endometrial). Si un determinado período menstrual es realmente el último o no, sólo puede establecerse de manera retrospectiva (una vez que la menstruación desaparece por un tiempo mínimo de seis meses a un año). Se entiende por menopausia prematura la que ocurre antes de los 35 años.

2. Climaterio

Del griego KLIMATER, ESCALON. Conjunto de fenómenos que acompaña el cese de la función ovárica en la mujer, o la actividad testicular en el hombre (Climaterio femenino o masculino).

La misma FIGO considera que el climaterio se extiende desde el comienzo de los trastornos menstruales hasta la ausencia total de secreción estrogénica. La cual suele suceder

entre seis a ocho años después de la menopausia, aunque su duración varía considerablemente de una mujer a otra.

3. Osteoporosis

Del latín OSTEO, hueso del griego POROS, poro paso. Síndrome caracterizado por disminución de la masa ósea, acompañado con deterioro de la microarquitectura, que trae como consecuencia un aumento del riesgo de fracturas. Se acepta el término de osteoporosis cuando la densitometría muestra una pérdida de masa ósea mayor de 25% (21/2 DS) en relación con la masa ósea correspondiente a una mujer de 30 años de edad.

4. Terapia Hormonal de Sustitución o Suplencia (T.H.S.)

La terapia hormonal de suplencia (THS) incluye estrógenos y progestágenos combinados utilizados durante la menopausia. Son sinónimos Terapia de Reemplazo Hormonal (T.R.H.).

5. Terapia Estrogénica de Reemplazo (T.E.R.)

Se refiere a la terapia estrogénica de reemplazo que se administra a mujeres histerectomizadas y sin función ovárica. En estos casos no se emplean progestágenos, sólo en casos especiales.

6. Factor de riesgo

Condición particular que aumenta la probabilidad de padecer un evento patológico.

ARTÍCULOS ORIGINALES

CONCEPTOS Y CREENCIAS SOBRE MENOPAUSIA ESTUDIO EN 240 MUJERES DISTRIBUIDAS EN DOS GRUPOS DE EDADES*

Autoras: * Astrid Helena Vera Acevedo y Sixta Rentería Valoyes*, Asesores: Fabio Sánchez** y Luis Fernando Morales***

Resumen

Se efectuó un estudio descriptivo, explorativo transversal en 240 mujeres de cinco municipios de Antioquía, clasificadas de acuerdo con su edad, adolescentes de quince a veinte años (131) y adultas de treinta a cuarenta años (109), en las cuales se realizó una encuesta persona a persona donde se exploraban los conceptos sobre menopausia de acuerdo con trece variables

Summary

We made an exploratory descriptive study in 240 women from five Antioquian fowns, classified according to the age, taken like: 131 teenagers from 15 to 20 years old and 109 adult from 30 to 40 years old, whom we realized a personal inquiry in order to explore the concepts about menopause according 13 variables.

Introducción

La menopausia es la etapa de la vida de la mujer en la cual ocurre el cese de la vida reproductiva como consecuencia de las alteraciones hormonales propias de este período y las cuales se asocian a un síndrome clínico específico con implicaciones fisiológicas, psíquicas, familiares y sociales que es necesario prevenir y manejar^{1,2}.

Es notoria la carencia de conocimientos, orientación y claridad que tiene la población femenina, con respecto al concepto sobre el proceso de la Menopausia^{3,4}.

Por lo anteriormente expuesto, es indispensable que se desarrollen campañas dirigidas a educar a la población femenina, debido a que cada vez se incrementa más la expectativa de vida y es necesario aumentar su vida útil y disminuir la morbilidad⁵.

Con este propósito, se programó un estudio que tuvo como objetivo principal conocer los conceptos que tienen las mujeres jóvenes de algunas poblaciones antioqueñas sobre el proceso de la menopausia y de acuerdo con los resultados diseñar campañas educativas dirigidas a la población femenina, pues existen pocos estudios en nuestro medio alrededor de este tema^{1,3}.

Materiales y métodos

Se efectuó un estudio descriptivo exploratorio, transversal en mujeres jóvenes que habitaban en el área urbana de cinco poblaciones de Antioquía (Arboletes, Sabaneta, Urrao, Frontino y Venecia) durante el período comprendido entre el 31 de mayo y el 11 de junio de 1993. La población de mujeres se dividió de acuerdo con su edad en dos grupos: a) mujeres adolescentes con edades entre 15-20 años y b) mujeres en edad reproductiva entre 30-40 años.

* Médicas internas. Facultad de Medicina Universidad de Antioquía.

** Profesor Titular. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Antioquía.

*** Profesor Titular. Departamento de Salud Pública. Universidad de Antioquía