

EL RESURGIR DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

Buenos días a todos.

Hace unas semanas asistí a una ponencia que defendía el uso de la terapia hormonal sustitutiva (THS) para el manejo de los síntomas que acompañan a la menopausia. Este posicionamiento se justifica desmintiendo muchas de las conclusiones de aquel famoso estudio WHI y ensalzando los potenciales emergentes de esta terapia: prevención de fracturas osteoporóticas y cardioprotección (siempre que se inicie de forma precoz).

Sin duda, esto llamó mi atención. Por ello he realizado una búsqueda bibliográfica al respecto y aquí muestro algunas de las conclusiones a las que he podido llegar.

Sabemos que la menopausia es un fenómeno natural que suele acompañarse de sintomatología muy heterogénea entre mujeres; destacando: la clínica vasomotora (sofocos y sudoración nocturna), cambios de humor, problemas de insomnio, alteraciones en el sangrado, disminución de la libido, clínica genitorurinaria, aumento de peso y sequedad de piel.

En el manejo de este periodo vital de la mujer hay dos escuelas:

- Una que considera la menopausia como un déficit hormonal que debe ser tratado, por lo que está a favor del uso de la THS.
- Otra que entiende la menopausia como un periodo fisiológico autolimitado que no debe medicalizarse.

Como a todos nos sonará, en los años 80's hubo un gran auge del tratamiento del climaterio con THS, llegando a ser tratadas más del 70% de las mujeres menopáusicas en Reino Unido. A raíz de el estudio WHI se pone de manifiesto un aumento del riesgo cardiovascular y de la incidencia de cáncer de mama invasivo, motivo por el cual esta situación cambia. La THS queda en el desuso.

Pero en los últimos años se ha criticado la interpretación que se hizo de los resultados de dicho estudio. De hecho, se defiende que la THS es cardioprotectora siempre que se inicie en los primeros 10 años de menopausia. Y se minimizan los riesgos de cáncer de mama argumentando que el riesgo relativo asociado es inferior que el que se atribuye a la obesidad o al consumo de alcohol.

En la actualidad algunas instituciones como la *International Menopause Society* y la *American Association of Endocrinologist* defienden el uso de la THS como un tratamiento efectivo en el control de los síntomas vasomotores que, además, previene la fractura osteoporótica y mejora la calidad de vida de las mujeres.

Estas vertientes pro-THS afirman que a nivel cardiovascular son terapias seguras durante 7 años en tratamiento sólo con estrógenos y 5 años para las terapias combinadas (siempre que la paciente no haya recibido THS previamente).

Y en cuanto al riesgo de cáncer de mama, llegan a afirmar que la THS puede emplearse en las mujeres con antecedentes de cáncer de mama y posiblemente también en las que aún lo presenten.

Pero no podemos pasar por alto que dentro del mismo artículo se haga esta afirmación y a la vez se incluya una tabla con las contraindicaciones para el empleo de la THS donde aparecen tanto el cáncer de mama conocido o sospechado y precaución con las pacientes cardiópatas.

Pero si además revisamos otros artículos y la ficha técnica de los estrógenos, las contraindicaciones oficiales son las que siguen:

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
- Cáncer de mama conocido o sospecha del mismo.
- Tumores estrógeno dependientes malignos o sospecha de los mismos.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada.
- Hiperplasia de endometrio no tratada.
- Tromboembolismo venoso o antecedentes del mismo.
- Trombofilia.
- Enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente (ACVA o IAM)
- Enfermedad hepática.
- Porfiria.

En línea con lo anterior, no quería dejar de nombrar una revisión Cochrane publicada en 2015 sobre la THS para la prevención de enfermedad cardiovascular en mujeres postmenopáusicas. Esta revisión consiste en un metaanálisis de 19 ensayos clínicos aleatorizados doble ciego, que engloban un total de 40.410 mujeres en dos grupos: una rama tratadas con THS y otra con placebo.

Las conclusiones de esta revisión son:

1. No hay evidencia de que la THS disminuya la mortalidad por cualquier causa ni la mortalidad cardiovascular, tanto en mujeres sanas como en cardiópatas.
2. Además, la THS en mujeres postmenopáusicas aumenta el riesgo de ictus y de enfermedad tromboembólica venosa.

Con todo lo expuesto hasta el momento el debate está servido y posiblemente la única realidad es que no hay evidencia suficiente a favor o en contra de la THS. Por ello, personalmente me decanto por la prudencia y quisiera remarcar la importancia de informar adecuadamente a nuestras pacientes para que finalmente sean ellas las balanceen el riesgo-beneficio y tomen su propia decisión.

Bibliografía revisada:

1. Holloway D. Menopause Symptom Management in the United Kingdom. *Nurs Clin N Am.* 2018-06-21
2. Mallhi TH, Khan YH, Khan AH, Mahmood Q et al. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2018, Vol. 28 (6): 460-465
3. Alucema A, González SC, Valenzuela I, Valdés M. Intervención farmacéutica a pacientes menopáusicas con terapia hormonal de reemplazo en una farmacia comunitaria de Antofagasta. *J Pharm Pharmacogn Res* (2015) 3 (1): 25
4. Boardman HMP, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women (Review). *The Cochrane Library* 2015, Issue 3
5. Harper-Harrison G, Shanahan MM. Hormone Replacement Therapy. NCBI. Actualizado 26 marzo del 2018.
6. Stunkel C. Vasomotor and Related Menopause Symptoms. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2018