

## PANORAMA Y MANEJO HORMONAL DEL CLIMATERIO EN COLOMBIA

J. URDINOLA

*Departamento de Ginecología-Obstetricia  
y Reproducción Humana  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá.*

En 1985, 1.673.107 mujeres eran mayores de 49 años en Colombia. Para el año 2000, se espera que otras 1.983.867 colombianas sobrepasarán esta edad, totalizando 3.658.974 mujeres en edad del climaterio. En la capital del país, Bogotá, existían en 1985 334.622, y la cifra esperada para comienzos del próximo siglo es de 731.796 mujeres postmenopáusicas (1).

Aunque a nivel mundial actualmente se reconocen los beneficios del tratamiento de sustitución con hormonas, tan sólo una minoría de mujeres en Colombia tienen acceso a este tipo de terapia, y la mayoría de aquellas que las utilizan, descontinúan el tratamiento pocos meses después de haberlo iniciado, perdiendo de esta manera los evidentes beneficios que se derivan de su uso a largo plazo. No sólo la comunidad sino también los colegas, se muestran resistentes a su uso, principalmente por el temor al cáncer y a la preocupación por los potenciales efectos secundarios. El inadecuado conocimiento sobre los beneficios de los estrógenos contribuye también a su no utilización. La educación médica apropiada así como una adecuada consejería a la paciente,



permitiría posiblemente que más mujeres disfrutaran al máximo de los efectos benéficos del tratamiento hormonal con un mínimo de efectos secundarios.

Para optimizar el tratamiento hormonal después de la menopausia, se han identificado varias estrategias que le permitirán al médico bien informado, ser cuidadoso en la escogencia de mujeres que podrían beneficiarse del tratamiento, de iniciarlo en el momento adecuado, de individualizarlo para conseguir el máximo de aceptabilidad, seguridad y eficacia, y para promover el compromiso de la paciente con el tratamiento a largo plazo, a través de la educación, el control y el apoyo de ella con su consejo.

### **Seleccionando la Paciente.**

La relación costo-beneficio de los exámenes para determinar el contenido mineral de los huesos, posiblemente no es eficiente, ya que aunque es inexacto afirmar que la osteoporosis afectará a todas las mujeres, la prevalencia de esta entidad hace deseable que el mayor número de ellas sean tratadas para evitar sus costosas complicaciones posteriores. La dosificación de los lípidos, o de manera ideal hoy a través de las apoproteínas (Apo A1 y Apo B100), es útil para predecir el riesgo de enfermedad cardiovascular, y de esta forma enfatizar la necesidad de los efectos benéficos de los estrógenos sobre el colesterol ligado a las proteínas de alta y baja densidad. La historia clínica cuidadosa muestra los síntomas que pueden ser corregidos con el tratamiento con los estrógenos, no sólo los bien conocidos síntomas vasomotores, sino también otros asociados con la menopausia, como los trastornos del sueño, algunos problemas psicológicos de desajuste emocional y la disfunción sexual.

### **Iniciación y Duración del Tratamiento**

El tratamiento con estrógenos debe iniciarse tan pronto como ocurra la falla ovárica. Se ha aceptado que la cesación de la menstruación



es uno de sus signos clínicos, aunque hay evidencia que la falla ovárica parcial comienza unos pocos años antes de la menopausia. Esto puede apreciarse en forma bioquímica a través de la elevación en los niveles séricos de FSH, en la reducción de los niveles circulantes de estradiol (E2), lo que se acompaña frecuentemente de síntomas vasomotores intermitentes y de irregularidades en el ciclo menstrual. La pérdida de hueso trabecular se inicia en estos momentos, justificándose iniciar el tratamiento en el período perimenopáusico, especialmente en la mujer sintomática o en la que tiene riesgo elevado para osteoporosis o arterioesclerosis. La prueba con progesterona oral, negativa si la mujer no sangra después de diez días de tratamiento, indica que los niveles endógenos de E2 no son ya adecuados. En aquella que sangra después de la misma y quien tiene ya un lapso de menopausia, se justifica una biopsia endometrial por el riesgo de anormalidades endometriales. En este punto también, la relación costo-beneficio de hacer biopsias endometriales de rutina no es efectiva, ya que se necesitan cerca de 3000 biopsias para una histología positiva para neoplasia (2).

Con base en estudios epidemiológicos, se recomienda una duración mínima de 5 a 10 años de tratamiento, o hasta los 65 años, cuando la pérdida de calcio por parte del hueso no será debida al climaterio sino a la senectud. No ha sido probado aún, pero el efecto cardioprotector puede ser similar al osteoprotector, si el tratamiento se realiza durante este lapso.

Otros colegas afirman que es lógico continuar con el tratamiento, tanto como sea práctico, no existan contraindicaciones y la mujer esté de acuerdo con esto (3,4).

### Individualizando el tratamiento

El gran número de medicamentos conteniendo estrógenos y/o progesterona, las diferentes dosis y rutas de administración, permiten hoy en día un amplio rango de posibilidades terapéuticas. Las dosis eleva-



das proporcionan mayor alivio de los síntomas menopáusicos y tienen mayores efectos saludables sobre los lípidos séricos, pero se asocian más con efectos secundarios como mastalgia, hinchazón, retención de líquidos y sangrados abundantes.

Desde 1975 se comprobó, que el uso no opuesto de estrógenos por parte de la progesterona, estaba asociado con una mayor incidencia de cáncer endometrial. Usar la progesterona es por lo tanto un objetivo razonable para evitar esta complicación y la de la hemorragia uterina por causa no maligna, contribuyendo de esta forma a que el tratamiento no necesite ser descontinuado. Se prefieren los gestágenos más parecidos a la progesterona natural, ya que poseen menos efectos adversos sobre los lípidos que los 19- noresteroides. Existe preocupación sobre sus efectos deletéreos sobre el sistema cardiovascular a largo plazo, y aunque la recomendación existente es ingerirlos de 10 a 14 días cada mes, la tendencia es a disminuir sus dosis y duración.

La paciente debe motivarse para continuar con el tratamiento a largo plazo a través de la educación, enseñándole que hay otros síntomas y problemas que pueden mejorar con el tratamiento hormonal, que hoy en día este es aceptado de forma "natural" para que su calidad de vida pueda ser buena durante el tiempo restante que le queda, calmándola sobre el temor al cáncer del seno y de endometrio, de una manera racional. Al explicar por anticipado ciertos problemas comúnmente vistos, el médico puede generar una sensación de confianza. Si sus preguntas se responden de manera competente y responsable, siendo flexible, se puede promover así la satisfacción a largo plazo y la aceptación terapéutica.

## Control

La mamografía antes del tratamiento y el examen físico, repetidos a intervalos regulares, deben hacer parte de los controles. La mejoría de los síntomas, el control de la presión arterial y la dosificación del coles-



terol son razonables y poco costosos, y brindan documentación sobre los efectos del tratamiento.

En conclusión, durante los últimos 15 años se han dado grandes pasos en el entendimiento de los riesgos y los beneficios del tratamiento del climaterio con hormonas. Su administración apropiada puede ser de gran beneficio para la salud, en este caso no tanto para las enfermedades aunque sí contribuye a prevenirlas, de la mujer postmenopáusica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- República de Colombia: XV Censo Nacional de Población y IV de Vivienda - Resumen General Censo 1985 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Bogotá, Julio de 1986.
- 2.- Gambrell RD Jr.; Babgnell CA, Greenblatt RB; Role of estrogens and progesterone in the etiology and prevention of endometrial cáncer: a review. Am J Obstet. Gynecol 146:696. 1983
- 3.- Studd JWW. Andersen HM, Montgomery JC: Hormonal Treatment: Selection of patients - Kind and duration of treatment. En a modern approach to the perimenopausal years. Editado por RB Greenblatt. Berlín - Nueva York. Walter de Gruyter, 1986, p 129.
- 4.- Ettinger B: Optimal Use of Postmenopausal Hormone Replacement, Obstet Gynecol 72:315, 1988

## MANEJO NO HORMONAL DEL CLIMATERIO EN COLOMBIA

*J. Urdinola*

Las principales complicaciones potenciales de un evento natural como el climaterio son la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular. Estas entidades pueden causar un profundo impacto negativo y devastador sobre el bienestar futuro de la mujer y sobre su calidad de vida, siendo hasta cierto punto prevenibles.

En 1980 murieron en Estados Unidos 350 mil personas por problemas cardiovasculares y 300 mil mujeres sufrieron de fractura de cadera por osteoporosis, presentándose la mortalidad en el 15% de las últimas y rehabilitándose tan sólo la tercera parte de las sobrevivientes (1).

En Bogotá, Colombia, en 1968 la primera causa de mortalidad general era la debida a muerte perinatal. En 1982 la primera, segunda y décima causa eran respectivamente el infarto agudo del miocardio, la enfermedad cerebro-vascular y la denominada enfermedad isquémica del corazón con un total de 3424 casos, 1824 (53.3%) correspondiendo a mujeres (2).



Aún no existen ni siquiera a nivel del mundo desarrollado estudios publicados que sean definitivos sobre osteoporosis, pero el aumento en la prevalencia de la osteoporosis está relacionado no con el aumento del número de mujeres en esta edad, sino con cambios que se han presentado en la dieta, al ingerir menos derivados lácteos y nutrientes inadecuados e inapropiados, al desaparecer el efecto protector de los altos niveles de estrógenos en los embarazos, al disminuir la paridad en las mujeres, y al cambio producido en ciertos hábitos de vida en las mujeres como la inactividad física y el impacto osteopénico del cigarrillo al comenzar a fumar la mujer en edades más tempranas (3).

Es muy triste de todas maneras, después de revisar la literatura contemporánea sobre el tema, que aún hoy en día se pueda ofrecer muy poco a la mujer desde el punto de vista del manejo no hormonal del climaterio, especialmente para aquellas mujeres que sufren de la incomodidad de las oleadas de calor o a aquellas que tienen alguna razón para no poder ser sometidas al tratamiento con hormonas. Además, probablemente el problema no descansa en forma real en las medidas terapéuticas sino en la definición de lo que la gente expresa como "síntomas menopáusicos".

Las medidas que pueden tomarse, se ejercen en los siguientes campos:

1. Ejercicio
2. Dieta o Nutrición
3. Enfoque de los síntomas socio-culturales
4. Medicación no hormonal

1.- Hace unos treinta años se hizo el reconocimiento que la inmovilización producida por polio o paraplejia producía un efecto negativo



sobre el balance del calcio.

No se ha podido comprobar que el ejercicio sea una compensación adecuada para el déficit, de estrógenos, pero no se discute que debe hacerse y que es una alternativa y un elemento natural de ayuda para la mujer climatérica. Aún no se sabe cuál es el óptimo ejercicio ni cuánto es necesario para estimular al máximo la osteogénesis.

Pero las recomendaciones prácticas para un régimen de ejercicio incluyen, el papel preventivo del ejercicio en la joven para aumentar su masa ósea, caminar, gimnasia y ejercicios con pesas en la pre o postmenopáusica sin osteoporosis y para aquella que ya presenta el problema, mantener la flexibilidad ejercitándose en piscina,, mantener la movilidad caminando y no realizando esfuerzos con pesas por la probabilidad de una fractura.

El ejercicio es también probablemente cardioprotector, pero debe establecerse previamente por ergometría, especialmente en aquellas pacientes que tienen un alto riesgo desde este punto de vista, o en aquellas con mala o pobre salud, qué tipo y la cantidad de ejercicios que no estarían indicados.

2.- Los hábitos nutricionales en la dieta son importantes. Para que el balance de calcio sea igual a 0, es necesario que la ingesta total diaria sea de por lo menos 1,5g al día. Son factores importantes los que controlan su aporte, la absorción, la deposición y la reabsorción en el hueso.

En la mujer hipoestrogénica, el requerimiento será mayor, pero su absorción se verá también disminuída. El promedio calculado de in-



gesta diaria a través de la dieta es tan sólo de 400-600 mg/día. Las razones para no ingerir las cantidades recomendadas van desde el deseo de mantener la imagen corporal no aumentando el peso por medio de las "dietas", no gustar de los lácteos, hasta el estreñimiento y la intolerancia por deficiencia de lactosa. La dieta con fibra, el ácido fítico presente en el salvado y el ácido oxálico presente en vegetales como la espinaca también inhiben la absorción de calcio. El exceso de sal (NaCl) en cantidad mayor a 2g al día (una cucharadita), se asocia también con un exceso en la excreción. El alcohol en exceso, más de 20ml al día, y una dieta mayor a 120g/proteína/día actúan también como inhibidores de la absorción.

3.- Probablemente una gran cantidad de síntomas que se han relacionado con el climaterio no son probablemente más que manifestaciones de los trastornos socio-culturales que se presentan en este momento de la vida.

La verificación y clasificación de estos síntomas dentro de la esfera del climaterio ha probado ser muy difícil. No sólo existen diferencias étnicas y sociales, sino también influencias externas como el trabajo, que pueden modificar el tipo de respuesta observada. Y la dificultad mayor probablemente radica en la ausencia de herramientas adecuadas que permitan medir los cambios en el comportamiento. Se acepta en general que el climaterio no precipita ninguno de los problemas psiquiátricos mayores.

**Específicos: realmente relacionados con el déficit hormonal**

**Tempranos: Oleadas de calor, sudoración nocturna.**



**Tardíos:** Relacionados con los cambios metabólicos del órgano blanco afectado, la osteoporosis que causa dolor de espalda, la atrofia vaginal que produce dispareunia, etc.

**No específicos:** Síntomas socio-culturales

Determinados por el medio ambiente de la mujer y la estructura de su carácter, como la depresión, la irritabilidad, el insomnio, la frigidez, la cefalea, la aprehensión, etc. (4). Es en este contexto donde un enfoque psicoterapéutico y educativo adecuado y la medicación no hormonal pueden ser de gran ayuda.

4.- Realmente, la medicación no hormonal tiene un papel secundario en el manejo del climaterio. Es obvio que los síntomas no explicados sean siempre investigados en busca de una causa específica y tratados de acuerdo a los principios aceptados de la práctica, dependiendo de la causa.

Pero existen instancias específicas cuando la medicación no hormonal está indicada:

- La paciente que tiene contraindicaciones para los esteroides.
- La que no responde al tratamiento con esteroides sexuales.



- La que no desea tratamiento hormonal pero desea alivio de sus síntomas.

- La que no tolera los esteroides sexuales por causa de los efectos secundarios, tales como náuseas o retención de líquidos.

Su selección está basada más en la observación empírica que en una documentación satisfactoria de su efecto terapéutico.

Las drogas más frecuentemente usadas en este sentido incluyen las siguientes:

Los sedantes, los tranquilizantes, los antidepresivos, y las utilizadas para combatir las oleadas de calor como la clonidina, el propanolol, la iofexidina, el opipramol, el etamsilato, la naloxona como antagonista de los opiáceos endógenos, los inhibidores de las prostaglandinas como el naproxeno, la vitamina B6 o piridoxina, el veralipride y el fluoruro de sodio.

En conclusión, como en el caso de la medicación no hormonal donde si existe una indicación definitiva y se siguen los principios farmacológicos y terapéuticos, el resultado será gratificante y no debe dudarse acerca de su uso. Puede apreciarse en general que sí se cuenta con una serie de medidas que realmente van a proporcionar ayuda a la paciente afectada, pero existe una urgente necesidad para realizar más investigación en estas áreas, que permita validar la utilización y práctica de estas medidas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Notelovitz M: The influence of nutrition and exercise. En A modern approach to the perimenopausal years, Editado por RB Greenblatt, Berlín - Nueva York, Walter de Gruyter, 1986, p. 109
- 2.- Grupo de Emisión de Información - Servicio de Salud de Bogotá. En Servicio Seccional de Bogotá D.E.: Análisis Seccional del Sector y Plan de Salud 1984-1986 - Objetivos y Estrategias. Bogotá, 1983, p. 37
- 3.- Falch JA, Ilebekk A, Slungaard U: Epidemiology of hip fractures in Norway. Acta Orthoped Scand 56:12, 1985.
- 4.- Utian WH: Non-hormonal medication. En A modern approach to the perimenopausal years. Editado por RB Greenblatt, Berlín-New York, Walter de Gruyter, 1986, p 117