

Revista Electrónica de Salud y Mujer – Octubre 2003

La Terapia Hormonal Sustitutiva (THS): controversias actuales



Las mujeres postmenopausicas son tratadas frecuentemente con la terapia hormonal sustitutiva (THS) con el objetivo de tratar los síntomas menopáusicos y como prevención de la osteoporosis¹ por diferentes especialistas médicos (médicos de atención primaria, ginecólogos, traumatólogos, internistas, entre otros). En los últimos años, diversos estudios²⁻¹² han introducido interrogantes sobre la posibilidad de que la THS pueda provocar efectos no deseados, en determinados grupos de población femenina. Entre esos efectos, el que ha despertado más inquietud y preocupación no solamente en la comunidad científica si no también en la población general, ha sido la posibilidad de que el riesgo de cáncer de mama^{8,10-12} se incremente en las personas que toman la THS. Este hecho, ha provocado que diversas autoridades sanitarias (Reino Unido, Suecia y Gran Bretaña, entre otras) se hayan replanteado de nuevo, las estrategias de prevención tanto de la osteoporosis como de los síntomas de la menopausia. En el entorno europeo, el estudio más grande, en cuanto a número de mujeres incluidas, ha sido el Million Women Study del Reino Unido, en donde cerca de 1.100.000 mujeres entre 50-64 años fueron incluidas de manera totalmente voluntaria. (www.millionwomenstudy.org). En ese estudio se les preguntaba sobre sus características personales (edad, domicilio, estudios, ingresos económicos) así como por otras enfermedades que padeciesen y su historia menstrual (fecha de primera y última regla, embarazos, problemas con la misma: alteraciones de la cantidad, de la duración, etc). Se estudió, especialmente el uso de THS.

Estudios de tal magnitud ayudan a los profesionales sanitarios, a entender los efectos de determinadas terapias, ya que determinados efectos cuando se estudian en poblaciones más pequeñas no aparecen y por lo tanto es complicado su manejo.

La THS, no se encuentra de una manera única en el mercado farmacéutico, si no que se presenta en forma de distintas combinaciones (estrógeno-progestágeno, estrógeno, etc) y a muy distintas dosis, así como en diferentes formas de administración (oral, transdérmica, etc), lo que ha complicado mucho la posibilidad de hacer estudios para estudiar sus efectos a largo plazo y por extensión analizar sus resultados para extraer conclusiones^{3,7-8}.

Debido a las especiales características de los estrógenos orales y su acción sobre la coagulación de la sangre, se ha comprobado con datos objetivos y por grupos de investigadores de distintas partes del mundo⁴⁻⁶ que existe un mayor riesgo de eventos tromboembólicos, sobre todo en el desarrollo de embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda especialmente en las piernas en las mujeres que toman THS que en las que no. Teniendo en cuenta que a mayor dosis administrada, las cantidades de estrógeno en sangre también son mayores, puede aparecer un efecto dosis-dependiente, lo que podría provocar un riesgo más elevado.

La administración de todo medicamento debe basarse en primer lugar en la adecuación de su prescripción y en segundo lugar en el balance beneficio/riesgo. Circunstancias que nunca deben obviarse y que deben ser tenidas en cuenta tanto por los profesionales sanitarios como por los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Scarabin PY, Oger E, Plu-Bureau. Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *Lancet* 2003; 362: 428-32
- 2.- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomised controlled trial 2002; 288: 321-33.
- 3.- Miller J, Chan BK, Nelson HD. Postmenopausal estrogen replacement and risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 136: 680-90.
- 4.- Jick H, Derby LE, Myers MW, Vasilakis C, Newton KM. Risk of hospital admission for idiopathic venous thromboembolism among users of postmenopausal oestrogens. *Lancet* 1996; 348: 981-83.
- 5.- Pérez-Gutthann S, García Rodríguez LA, Castellsague J, Duque OA. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: population based case-control study. *BMJ* 1997; 314: 796-800.
- 6.- Varas-Lorenzo C, García-Rodríguez LA, Cattaruzzi C, Troncon MG, Agostinis L, Pérez-Gutthann S. Hormone replacement therapy and the risk of hospitalization for venous thromboembolism: a population based study in southern Europe. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 387-390.
- 7.- Beral V, Banks E, Reeves G. Evidence from randomised trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. *Lancet* 2002; 360: 942-44.

- 8.- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women with breast cancer and 108411 women without breast cancer. *Lancet* 1997; 350:1047-59.
- 9.- Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, et al, for the WHI Investigators. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women´s Health Initiative randomised trial. *JAMA* 2003; 289: 3243-53.
- 10.- Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R. Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk. *JAMA* 2000; 283:485-491.
- 11.- Ross RK, Paganini-Hill A, Wan PC, Pike MC. Effect of hormone replacement therapy on breast cancer risk; estrogen versus estrogen plus progestin. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92:328-32.
- 12.- Li CI, Malone KE, Porter PL, Weiss NS, et al. Relationship between long duration and different regimens of hormone therapy and risk of breast cancer. *JAMA* 2003; 289: 3254-63.