UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TEMA:
PACIENTE DE 52 AÑOS REFIERE QUE DESDE HACE 6 MESES PRESENTA SOFOCOS, BOCHORNOS, IRRITABILIDAD, DEPRESIÓN Y UN AÑO NO MENSTRUA.

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR:
ANZOATEGUI LEON KARLA GISSELLE

MACHALA - EL ORO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, ANZOATEGUI LEON KARLA GISSELLE, con C.I. 0703273979, estudiante de la carrera de CIENCIAS MÉDICAS de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autor del siguiente trabajo de titulación PACIENTE DE 52 AÑOS REFIERE QUE DESDE HACE 6 MESES PRESENTA SOFOCOS, BOCHORNOS, IRRITABILIDAD, DEPRESIÓN Y UN AÑO NO MENSTRUA.

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:

  a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

  b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 24 de noviembre de 2015

ANZOATEGUI LEON KARLA GISSELLE
C.I. 0703273979

Machala, 5 de Octubre del 2015

CERTIFICAMOS

Que la señorita **Karla Gisselle Anzoátegui León** es autora del presente trabajo de titulación: **Paciente de 52 años refiere que desde hace 6 meses presenta sofocos, bochornos, irritabilidad, depresión y un año no menstrua** la cual fue revisada y corregida, por lo que se autorizó la impresión, reproducción y presentación a los tribunales correspondientes**.**

_____ _____

Dra. Brígida Agudo Gonzabay **Dra. Sylvana Cuenca Buele**

C.I. 0908356942 **C.I. 0702834045**

_____

Dr. Sixto Chiliquinga Villacis

C.I. 0910156033

CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Karla Gisselle Anzoátegui León**, autora del siguiente trabajo de titulación: **Paciente de 52 años refiere que desde hace 6 meses presenta sofocos, bochornos, irritabilidad, depresión y un año no menstrua.**

Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.

_____

KARLA GISSELLE ANZOATEGUI LEON

C.I.: 0703273979

DEDICATORIA

En primer lugar agradezco con toda mi alma a mi Dios que me levantaba cuando desfallecía sin abandonarme y haberme permitido culminar mis seis años de estudios,; a mi misma por superar cada reto, a mi familia por todo su apoyo y así poderle dedicar este triunfo de manera especial a mi Sr. padre Carlos Luis Anzoátegui Peláez y su esposa Nancy Mercy Mora Loaiza, a mi Sra. madre Nancy Graciela León Solórzano, mi hermano Luis Felipe Anzoátegui León y su esposa Liliana Carolina Feijoo Chamba, que con su forma maravillosa y única de tranquilizarme me motivaron durante este proceso

Haciendo extensiva mi dedicatoria quiero brindarle este logro a mi pequeño sobrino Luis Isaac Anzoátegui Feijoo que durante cinco años ha sido uno de mis motivos más importantes para este momento especial en mi vida.

A mis maestros y amigas que compartieron sus conocimientos e hicieron de mi aprendizaje lo más valioso que quedará para el resto de mis días y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron con palabras de aliento o un simple escucha para que este trabajo culminara.

Gracias a todos.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Richard Gabriel Chiriboga por su apreciable tiempo y su amable disposición para que este proyecto de titulación previo a la obtención del título de médico saliera adelante.

A los miembros del jurado Dra. Brígida Agudo Dra. Sylvana Cuenca, Dr. Sixto Chiliquinga, que por su buen criterio y consejos permitieron terminar este trabajo.

Gracias a mi familia que estuvo ayudándome en todo momento y motivando mis triunfos.

Gracias a mis amigas que estuvieron en ese momento donde pensaba que todo se iba a bajo y supieron brindarme sus consejos y apoyo**.**

Paciente de 52 años refiere que desde hace 6 meses presenta sofocos, bochornos, irritabilidad, depresión y un año no menstrua

Autor:

Karla Gisselle Anzoátegui León

Docente:

Dr. Segundo Félix Toapanta Romero

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es investigar cuales son los diferentes tipos de menopausia que existe de acuerdo a los síntomas que presenta la paciente y que objetivo y riesgos tiene la terapia hormonal de remplazo.

La menopausia tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. Este término se confunde muchas veces con el climaterio.

La edad normal del comienzo de la menopausia oscila entre los 45 y los 50 años. Este último sangrado es precedido por el climaterio, que es la fase de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la mujer. Este proceso se inicia varios años antes del último período, cuando el ciclo (o período menstrual) empieza a ser menos regular. La disminución en los niveles de las hormonas estrógeno y progesterona causa cambios en su menstruación. Estas hormonas son importantes para mantener en buen estado de salud la vagina y el útero, lo mismo que para los ciclos menstruales normales y para un embarazo exitoso. El estrógeno también ayuda a la buena salud de los huesos y a que las mujeres mantengan un buen nivel de colesterol en la sangre.

Palabra clave: menopausia, sintomatología, objetivos y riesgos de la terapia hormonal de remplazo.

Patient 52 refers to the past 6 months has hot flashes, hot flashes, irritability , depression and a year does not menstruate

Author:

Karla Gisselle Anzoátegui Leon

Teaching:

Dr. Segundo Felix Toapanta Romero

SUMMARY

The aim of this study is to investigate what are the different types of menopause there according to the symptoms presented by the patient and objective and risks have hormone replacement therapy.

Menopause is physiological correlates with the decline of estrogen secretion by follicular function loss. This term is often confused with menopause.

The average age of onset of menopause between 45 and 50 years.2 The latter bleeding is preceded by menopause, which is the transition between reproductive and non-reproductive years of women. This process begins several years before the last period, when the cycle (or menstrual period) begins to be less regular. The decrease in levels of the hormones estrogen and progesterone cause changes in your period. These hormones are important for maintaining good health in the vagina and uterus, as well as for normal menstrual cycles and for successful pregnancy. Estrogen also helps to good bone health and women to maintain a high level of blood cholesterol.

Keyword: menopause, symptoms, objectives and risks of hormone replacement therap

INTRODUCIÓN

El climaterio es una etapa de la vida de la mujer que dura años, en el cual se producen cambios endocrinológicos, somáticos, psicológicos; ocurriendo el paso de la edad fértil a la no fértil.

La menopausia es un solo día, el día de la última regla (aunque para hacer el diagnóstico definitivo de menopausia, es preciso que haya pasado un año de amenorrea desde la última regla). Suele producirse por término medio a los 50 años de edad y está relacionada con la dotación de folículos del ovario.

Se produce un agotamiento de los folículos primordiales y, como consecuencia, el suceso clave de la menopausia, la caída de ***estrógenos***. La mayoría de las manifestaciones clínicas van a venir condicionadas por este descenso estrogénico; las citadas manifestaciones son:

- Sofocos: el síntoma más frecuente. Consisten en sensaciones súbitas de intenso calor que ocurre de forma típica en la parte superior del cuerpo.
  Asocian con frecuencia enrojecimiento de la piel y van seguidos de una fuerte sudoración fría.
- Atrofia de mucosas: las mucosas del área genital se vuelven más secas y delgadas pudiendo provocar dolor en las relaciones sexuales o un aumento de infecciones vaginales o del tracto urinario.
- Cambios en la piel: existe una correlación entre los niveles de estrógenos y el grosor de la piel y su contenido en colágeno. Por ello es frecuente que la piel se vuelva fina y reseca, con prurito.
- Sexualidad: algunas mujeres encuentran que sus sensaciones sobre el sexo cambian con la menopausia. Es habitual la disminución de la libido.
- Trastornos del sueño: a veces, se experimentan dificultades en el sueño, tanto para la conciliación como en forma de despertar precoz.
- Cambios de humor: puede existir una relación entre los cambios en los niveles de estrógenos y el humor. Las variaciones en el humor es posible que estén favorecidas por otros factores coincidentes como el estrés.
- Cambios corporales: el perímetro de la cintura suele aumentar, se pierde masa muscular y el tejido adiposo es posible que se incremente. Otras mujeres pueden experimentar problemas de memoria y de concentración, rigidez de articulaciones y muscular o dolor.

- Osteoporosis: aumenta el riesgo ya que durante el climaterio la mujer pierde aproximadamente el 70 % de la masa ósea que perderá a lo largo de su vida. Los factores de riesgo adicionales de osteoporosis son: edad, raza negra, menarquia precoz, menopausia precoz, ooforectomía temprana, delgadez, baja ingesta de calcio, tabaco, alcohol, escasa actividad física, esteroides orales e hipertiroidismo.

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

1.- ¿QUÉ TIPO DE MENOPAUSIA TIENE?

Acorde a la clínica y la edad que presenta la paciente y tomando en cuenta que no presenta antecedentes que sugieran una probable causa secundaria de la menopausia se establece que presenta una menopausia natural (1).

La función ovárica puede perderse, a lo largo de la vida de la mujer, por varias causas (2):

a. Falla ovárica prematura (amenorrea por patología ovárica antes de los 40 años de edad).
b. Ooforectomía médica o quirúrgica.
c. Menopausia prematura (cuando ocurre antes de los 40 años).
d. Finalmente por, menopausia. Ésta, última causa, ocurre en promedio a los 50 años de edad, con amplio rango entre 48 y 58 años, dependiendo de factores como predisposición genética, paridad.

Dentro de la clasificación de STRAW (tabla 1) la paciente se encuentra en etapa post-menopausia temprana +1a, ya que cursa un año desde su última menstruación. Al catalogar a la paciente dentro de este grupo no se ha tomado en cuenta los parámetros hormonales al no contar con los mismos. (2)

2.- ¿DE ACUERDO A SU SINTOMATOLOGÍA A QUÉ GRUPO DE SÍNTOMAS PERTENECE?

La manifestaciones clínicas que la paciente presenta son sofocos, bochornos, palpitaciones, irritabilidad y depresión por lo que se establece que los síntomas que presenta la paciente son de tipo **vasomotor** (1).

Los síntomas vasomotores se producen ya que la disminución de estrógenos induce inestabilidad de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) con incremento de serotonina y de sus receptores hipertérmicos (5HT-2α), en el centro termorregulador localizado en el área preóptica, que ocasionan oleadas de calor. Por otro lado, las bajas concentraciones de estrógenos también inducen la producción hipotalámica de opiodes, especialmente de β-endorfinas, y noradrenalina que tienen también injerencia en la desestabilización del centro termorregulador y, adicionalmente, en la regulación del tono vascular periférico ocasionando sudoración nocturna profusa, palpitaciones, ansiedad. Estos síntomas vasomotores y sus potenciales consecuencias (irritabilidad, trastornos del sueño y disminución de calidad de vida) los sufren el 60-80% de las menopáusicas: perimenopausia inicial 14-51% y peri-menopausia avanzada y post-menopausia 30-80% (3).

3.- ¿QUE OBJETIVO TIENE LA TERAPIA HORMONAL DE REMPLAZO?

El objetivo principal es tratar los síntomas vasomotores y alteraciones urogenitales.
En las guías del 2012 de práctica clínica de México titulada **"ATENCIÓN DE LOS PADECIMIENTOS GINECOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN LA POSTMENOPAUSIA"** (4) indica cuando iniciar terapia hormonal de remplazo, a continuación se expone lo mencionado:
Se aplica el termino THR para referirse a la medicación utilizada para el tratamiento y/o prevención de síntomas y patologías derivados de la deficiencia estrogenica en la mujer post menopausia y es el tratamiento efectivo para el alivio de los síntomas vasomotores y la atrofia urogenital postmenopausica mejorando la calidad de vida en estos pacientes el momento ideal para iniciar la THR es durante la menopausia temprana; es decir, dentro de los primeros 10 años posteriores a la menopausia a esta etapa se le llama ventana de oportunidad. Las únicas situaciones para iniciar THR son:

- Sintomatología vasomotora moderada a severa
- Atrofia urogenital

Sin embargo la North American Menopause Society (NAMS) propone como una tercera indicación:

- Prevención y tratamiento de osteoporosis. (4)

La decisión de comenzar un tratamiento farmacológico debe basarse en la intensidad de los síntomas, en la valoración de los riesgos asociados al tratamiento y en la opinión de la mujer sobre la menopausia y la medicación. En este sentido, la terapia hormonal

sustitutiva (THS) ha sido ampliamente utilizada para paliar los síntomas vasomotores de la menopausia.

Un estudio epidemiológico, observacional y transversal publicado en el 2010 en la revista Elsevier, titulado **"ABORDAJE, DIAGNÓSTICO Y ENFOQUES TERAPÉUTICOS DE LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES. ESTUDIO LADIES".** El cual tuvo como Objetivo:

- Recoger la práctica clínica habitual de los ginecólogos españoles en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas vasomotores.

Obtuvieron los resultados siguientes:

El número final de ginecólogos que participaron fue de 454, que incluyeron a 2.114 pacientes, de las que 2.113 mujeres cumplían los criterios de inclusión y solo una de ellas no cumplió los criterios de selección, por lo que sus datos se excluyeron del análisis estadístico.. En 205 casos, que representan un 9,7% del total, existió historia familiar de menopausia precoz. El 68% de las pacientes fueron posmenopáusicas y un 32% perimenopáusicas. El tipo de menopausia fue natural en el 87,8% de los casos e inducida en el 12,2%. De los 218 casos de menopausia inducida, el 83% fue a causa de cirugía, el 10,1% debido a quimioterapia y el 5% a causa de radioterapia. El uso de escalas de valoración de la sintomatología climatérica se realiza solo por el 15,9% (IC del 95%, 12,20- 20,18) de los ginecólogos que respondieron a la pregunta, siendo la más utilizada la escala Cervantes, seguida del índice de Kupperman (en un 47,3 y un 36,4% de los casos, respectivamente). En cuanto al uso de guías terapéuticas para el tratamiento, también son poco utilizadas: solo el 24% (IC del 95%, 19,53-28,98) de los ginecólogos que contestaron afirmaron que siguen algún tipo de guía para el manejo de las pacientes con sintomatología vasomotora. Las guías más utilizadas fueron la guía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), en un 35 y un 23,75% de los casos, respectivamente.

Las medidas no farmacológicas que se indicaron a las pacientes con síntomas vasomotores fueron: en un 88%, el seguimiento de una dieta saludable; a un 80,8% se les aconsejo realizar ejercicios físicos; al 53,3% se les solicito controlar el peso y a un 22% que moderaran el consumo de alcohol. A las mujeres fumadoras (28,6%) se les pidió que abandonaran el hábito del tabaquismo. A la mayoría de las pacientes incluidas (95,7%) se le prescribió una medida farmacológica. A un 8,2%, THS y al 83,05% fitoterapia (2,2% cimicifuga racemosa; 0,05% trébol rojo, 81,4% isoflavonas de

soja). Dentro de las isoflavonas de soja, la dosis más recomendada por los ginecólogos en un 80,8% de los casos fue de 80 mg/día, seguida en mucha menor proporción (12,9%) por dosis inferiores que se encontraban entre 20-39 mg/día.

El 38,4% de las pacientes tomaban suplementos de calcio o calcio y vitamina D, un 11,2% otros tratamientos para la osteoporosis, un 6,7% antihipertensivos, un 4,8% antidepresivos y un 4,7% hipolipemiantes.

Dentro de la discusión de este artículo, los autores redactan lo siguiente:

El origen de los síntomas asociados a la menopausia es complejo y, aunque el déficit estrogenica desempeña un papel importante, otros factores hormonales (descenso en la producción de andrógenos) y no hormonales (envejecimiento, dieta, estilo de vida) influyen también en las manifestaciones clínicas de este periodo de la vida de las mujeres. Diversos factores sociales y otros relacionados con el estilo de vida se han correlacionado con la frecuencia de los sofocos, tales como la temperatura ambiente cálida, el consumo de tabaco, la baja actividad física o el estatus socioeconómico bajo. Los síntomas de inestabilidad vasomotora asociada a la menopausia, popularmente conocidos como ‘‘sofocos’’, generalmente incluyen episodios recurrentes y transitorios de rubor facial, sudoración y sensación de calor en el tronco superior y la cara, a veces acompañados de escalofríos. Los síntomas vasomotores son, junto con las alteraciones menstruales, el motivo de consulta más frecuente de las mujeres perimenopáusicas. Afectan a un 60-80% de las mujeres posmenopáusicas y a un 40% de las perimenopáusicas que aún tienen ciclos menstruales. La incidencia de síntomas vasomotores aumenta durante la perimenopáusicas, alcanza su tasa más elevada durante los 2 primeros años de la posmenopausia y después declina en el tiempo; datos que coinciden en el presente estudio, ya que el 68% de las mujeres que tenían sofocos eran posmenopáusicas y el 32% perimenopáusicas.

Junto con los síntomas vasomotores, las mujeres presentan con frecuencia cambios de humor, insomnio, disminución de la libido y atrofia vaginal. Diversas escalas validadas se han empleado para valorar estos parámetros, es decir, los síntomas vasomotores, el estado de ánimo, la sexualidad y la calidad de vida. Los resultados de este estudio muestran que solo el 15,9% de los ginecólogos españoles afirma usar escalas validadas para evaluar los síntomas asociados a la menopausia.

Las conclusiones de este estudio señalan que el 8% de las pacientes con sintomatología vasomotora en España está recibiendo THS, cifra que coincide con otros estudios 17 y que esta relacionada con el temor evidente a la THS suscitado por el estudio WHI18. Por otra parte, el 81,4% de las mujeres son tratadas con isoflavonas

de soja. La dosis de isoflavonas de soja más utilizada (80,8%) fue la de 80 mg/día, que coincide con las recomendaciones de la North American Menopause Society (NAMS) y la AEEM. (5)

4.- ¿CUÁLES SON LOS RIESGO DE LA TERAPIA HORMONAL DE REMPLAZO?

Los riesgos de la terapia hormonal sustitutiva se pueden dividir en varios grupos:

1. **Riesgos oncológicos.**

- Cáncer de mama: el aumento de riesgo se hace significativo a partir del quinto año de uso en la mayoría de los estudios, sobre todo con la rama de estrógenos más gestágenos. La rama de estrógenos solos no lo confirma.
- Carcinoma de endometrio: con la TH combinada no se objetiva ningún incremento del riesgo. Se ha evidenciado un incremento claro en el caso de emplear sólo estrógenos en mujeres con útero intacto.
- Cáncer de ovario. La relación de la THS con el cáncer de ovario es controvertida. Algunas publicaciones recientes informan que sólo hay riesgo a partir de los 10 años de uso en terapias sólo con estrógenos. En tratamientos que combinan estrógenos y gestágenos no existe evidencia de incremento de cáncer de ovario.

2. Riesgos cardiovasculares:

- Cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria. Los últimos estudios han demostrado clara y significativamente la ausencia de beneficios en la enfermedad coronaria. Algunos estudios han demostrado un incremento significativo de infartos en las usuarias de TH combinada, aunque no se ha incrementado la mortalidad por cardiopatía isquémica.
- Tromboembolismo venoso (TVP o TEP). Existe evidencia de que el riesgo está incrementado sobre todo en el primer año de uso.
- Accidente cerebrovascular. Se ha demostrado un incremento significativo de ACV en usuarias de TH.

3. Otros riesgos:

- Colecistopatías o incremento o de la cirugía biliar, también se relacionan con el tiempo de administración y con la administración oral de la THS.

En un metaanálisis publicado en la revista Elsevier titulado "**CÁNCER DE OVARIO Y TRATAMIENTO HORMONAL EN LA MENOPAUSIA"** que planteo como objetivo evaluar los efectos de la THS en el cáncer de ovario (6).

El método de este estudio fue: Buscar en la base de datos 52 estudios epidemiológicos, y se hizo un análisis centralizado. La mayoría de ellos fueron estudios prospectivos (con al menos la utilización de THS durante 4 años estimados), aunque en el análisis se incluyeron también estudios retrospectivos. Se aplicó para el análisis una regresión ajustada de Poisson para el cálculo del riesgo relativo (RR) frente a la no utilización de la THS.

Los resultado obtenidos fueron En el seguimiento prospectivo de 12.100 mujeres posmenopáusicas, el 55% (6.601) que habían utilizado el THS habían contraído cáncer de ovario. Entre las mujeres que se documentó que utilizaban la THS, pero con menos de 5 años de uso, el riesgo relativo fue de 1,43 (IC 95%: 1,31-1,56; $p < 0,0001$). Entre aquellas que se combinaba la utilización reciente y habitual (con cualquier duración, pero que la interrumpieron al menos 5 años antes del diagnóstico) el riesgo relativo fue de 1,37 (IC 95%: 1,29-1,46; $p < 0,0001$). Este riesgo fue similar entre los estudios prospectivos ya fueran europeos o americanos con estrógenos únicamente o con preparaciones combinadas con estrógenos y progestágenos, aunque hubo diferencia según el tipo de tumor (heterogeneidad $p < 0,0001$). Se encontraron fundamentalmente 2 clases de tumores, el seroso RR 1,53 (IC 95%: 1,40-1,66; $p < 0,0001$) y el endometrioide RR 1,42 (IC 95%: 1,20-1,67; $p < 0,0001$). El riesgo disminuyó tras cesar la administración de TSH, aunque a los 10 años de la interrupción de la THS todavía existía un exceso de riesgo de tumor endometrioide RR 1,25 (IC 95%: 1,07-1,46; $p = 0,005$).

De acuerdo a estos resultados los autores de este metaanálisis concluyeron que existe un exceso de riesgo de cáncer de ovario con la utilización de la THS que se mantiene con el tiempo, incluso tras haber cesado su consumo. Señalan que si una mujer de 50 años tomó THS durante 5 años tendría un riesgo extra de presentar un cáncer de ovario por cada 1.000 mujeres que lo utilizaron, y un riesgo de muerte por esta causa de uno por cada 1.700. (6)

En un artículo de revisión publicado en México en el año 2013 titulado **"TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO DURANTE LA MENOPAUSIA. DEL RIESGO AL BENEFICIO"** (7) los autores señalan que la terapia con estrógenos (TE) o terapia con estrógenos y progestágenos (TEP) reducen el riesgo de fracturas osteoporóticas durante la menopausia, pero incrementan el riesgo de tromboembolia, EVC,

colecistopatías e incontinencia urinaria. La TE disminuye el riesgo de cáncer de mama, y la TEP incrementa el riesgo de demencia y cáncer de mama; no se recomienda la terapia hormonal durante la menopausia para prevenir enfermedades crónicas. Las indicaciones actuales incluyen el uso a corto plazo para síntomas vasomotores, atrofia genital y prevención de la osteoporosis, pero es necesario entender el riesgo de cáncer y la tasa de mortalidad implicadas con la administración de la terapia hormonal (7).

En cuanto al riesgo cardiovascular este artículo indica que:

Las mujeres que inician la terapia hormonal 10 o más años o después de la menopausia tienen mayor riesgo de coronariopatías que aquéllas que la inician 10 años antes de la menopausia donde el riesgo es menor, aunque no se reporta que el riesgo de enfermedades cardiovasculares varía por el tiempo al iniciar la terapia hormonal.

Existe mayor riesgo de tromboembolia venosa (TEV) con la terapia hormonal por vía oral, se reportan 18 casos de TEV por cada 10,000 mujeres por año de uso de TEP y siete casos de TEV por cada 10,000 mujeres por año de TE. El riesgo de TEV surge poco tiempo después de iniciar la terapia hormonal (es decir, al año o dos años de uso), pero disminuye al poco tiempo y el riesgo absoluto asociado con TEP o TE es menor cuando se inició antes de los 60 años de edad y en mujeres mayores de 60 años; en mujeres entre 50 a 59 años de edad, bajo TH, se identificaron 11 casos de TEV por cada 10,000 mujeres por año en TEP y cuatro casos de TEV por cada 10,000 mujeres.

Las mujeres con antecedentes de TEV, mujeres obesas o mujeres con mutación del factor V Leiden, tienen mayor riesgo de TEV con la terapia hormonal y es limitada la información sobre el menor riesgo de TEV con TE transdérmica comparada con la oral. Las dosis más bajas de TE oral tienen menor riesgo de TEV que dosis mayores, pero aún está por comprobarse; si la contribución de progestágenos diferentes sobre la coagulación son más trombogénicos.

Con la TEP y TE se reportó mayor riesgo de enfermedad cerebro vascular isquémica sin riesgo de enfermedad cerebrovascular hemorrágica, con ocho casos de enfermedad cerebro vascular adicionales por cada 10,000 mujeres por año de TEP y 11 casos enfermedad cerebro vascular adicionales por cada 10,000 mujeres por año de uso de TE.

Para mujeres con cinco años de menopausia, se presentaron tres casos de enfermedad cerebro vascular adicionales por cada 10,000 mujeres por año de TEP, la TE de larga duración después de la menopausia no incrementa el riesgo de EVC.

No hay aumento de riesgo de cáncer de mama en terapia sólo con estrógenos. Ligero aumento de riesgo cáncer de mama tras 5 años con terapia combinada. Aumento de riesgo de tromboembolismo venoso. Éste aumenta, y es más alto en el primer año de uso. (7)

En un artículo de revisión publicado por la sociedad americana de cáncer titulado **"LA TERAPIA HORMONAL EN LA MENOPAUSIA Y EL RIESGO DE CÁNCER"** (8) señala el riesgo de cáncer en la terapia hormonal sustitutiva con estrógeno-protestina, y con estrógeno como se indica a continuación:

LA TERAPIA DE ESTRÓGENO-PROGESTINA Y EL RIESGO DE CÁNCER

1. **Cáncer de endometrio**

Los estudios muestran que la terapia de estrógeno y progestina no aumenta el riesgo de padecer cáncer endometrial (cáncer en el revestimiento del útero). Esta terapia está vinculada a un mayor riesgo de sangrado vaginal anormal. Debido a que el sangrado vaginal tras la menopausia puede ser un síntoma del cáncer endometrial, se requiere con frecuencia llevar a cabo más pruebas.

2. **Cáncer de seno (mama)**

Según el estudio de la WHI, la terapia de estrógeno y progestina está vinculada a un mayor riesgo de padecer cáncer de seno. Cuanto más tiempo se reciba la terapia de estrógeno y progestina, más aumentará el riesgo. Después de 3 años de haber dejado de recibir las hormonas, el riesgo vuelve a igualarse al riesgo de las mujeres que nunca recibieron la terapia de estrógeno y progestina (el riesgo normal). Los cánceres de seno en las mujeres que reciben la terapia de estrógeno y progestina tienen más probabilidades de ser descubiertos cuando son más grandes y se han extendido fuera del seno.

Para asignarle números al riesgo, si 10,000 mujeres recibieron la terapia de estrógeno y progestina durante un año, esto se traduciría en hasta ocho casos de cáncer de seno más por año que si ninguna hubiera recibido la terapia hormonal.

La terapia de estrógeno y progestina también está vinculada a un aumento en la densidad de los senos (como se observa en un mamograma). Un aumento en la densidad de los senos puede hacer que sea más difícil detectar el cáncer de seno en un mamograma.

3. **Cáncer de ovario**

Los factores de riesgo para el cáncer de ovario son más difíciles de estudiar porque es un cáncer menos común. Incluso cuando algo aumenta el riesgo de desarrollar cáncer ovárico, el riesgo real de adquirir este tipo de cáncer posiblemente será bajo.

La WHI no detectó una diferencia real en el cáncer de ovario debido a la terapia de estrógeno-progestina. Aunque se reportaron más casos de cáncer ovárico entre mujeres bajo la terapia de estrógeno-progestina, puede que esto se deba a la suerte debido a que un número reducido de mujeres fue afectado por este tipo de cáncer.

Sin embargo, un reciente análisis combinó los resultados de más de 50 estudios, incluyendo ensayos controlados aleatorios y estudios observacionales. Este análisis encontró que las mujeres que tomaron estrógeno y progestina (progesterona) después de la menopausia tenían un mayor riesgo de padecer cáncer de ovario. El riesgo fue el mayor para las mujeres que tomaron hormonas, y disminuyó con el tiempo después de que se interrumpió la terapia hormonal.

Para asignarle números al riesgo, si 1,000 mujeres que tenían 50 años de edad tomaron hormonas para la menopausia durante 5 años, se esperaría que un cáncer de ovario adicional se desarrollase.

4. **Cáncer colorrectal**

Para este tipo de cáncer, los resultados fueron mixtos en el estudio de la WHI con la terapia de estrógeno-progestina. Las mujeres que recibieron la terapia de estrógeno y progestina presentaron un menor riesgo de padecer cáncer colorrectal en general, pero los tipos de cáncer que padecieron fueron más avanzados (con mayores probabilidades de haberse propagado a los ganglios linfáticos o a sitios distantes) que los cánceres en las mujeres que no tomaron hormonas.

Algunos estudios observacionales han reportado un menor riesgo de cáncer colorrectal en mujeres que recibieron terapia de estrógeno-progestina, pero otros no obtuvieron este resultado. Por el momento, los estudios observacionales no han hecho la asociación de la terapia de estrógeno progestina con el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

5. **Cáncer de pulmón**

La terapia de estrógeno y progestina no está vinculada a un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón, pero sí se asocia a un mayor riesgo de morir a causa de este cáncer.

6. **Cáncer de piel**

La terapia de estrógeno y progestina no está vinculada a un mayor riesgo de padecer ninguno de los tipos de cáncer de piel (incluyendo tanto el melanoma como los otros tipos de cáncer de piel).

LA TERAPIA DE ESTRÓGENO Y EL RIESGO DE CÁNCER

1. Cáncer de endometrio

En mujeres que aún conservan su útero, el uso de estrógeno en forma sistémica incrementa el riesgo de padecer cáncer endometrial (cáncer del revestimiento del útero). El riesgo continúa siendo más elevado que el riesgo promedio incluso tras haber dejado de recibir la terapia de estrógeno. Aunque la mayoría de los estudios que muestran un mayor riesgo se realizaron en mujeres que toman estrógeno en forma de tableta, las mujeres que usan un parche o un aro vaginal de dosis alta también pueden esperar un mayor riesgo de cáncer endometrial.

Debido al aumento en el riesgo de desarrollar cáncer, las mujeres que han pasado por la menopausia y que aún conservan el útero reciben una progestina junto con el estrógeno. Los estudios han mostrado que la terapia de estrógeno-progestina no incrementa el riesgo de desarrollar cáncer endometrial.

El uso prolongado de cremas vaginales, aros o tabletas que contengan estrógeno de dosis y aplicación tópica también puede aumentar los niveles de estrógeno en el cuerpo. No se tiene certeza si esto ocasiona problemas de salud, pero las cantidades hormonales son mucho menores que las terapias sistémicas.

2. Cáncer de seno (mama)

La terapia de estrógeno no está vinculada a un mayor riesgo de cáncer de seno. De hecho, en ciertos grupos de mujeres bajo terapia de estrógeno, como aquellas que no tenían un historial familiar de cáncer de seno ni de enfermedades benignas del seno, se observó un riesgo ligeramente menor de desarrollar cáncer de seno.

3. Cáncer de ovario

El estudio de la WHI sobre la terapia de estrógeno no informó resultado alguno en relación con el cáncer de ovario.

Sin embargo, un reciente análisis combinó los resultados de más de 50 estudios, incluyendo ensayos controlados aleatorios y estudios observacionales. Este análisis encontró que las mujeres que tomaron estrógeno después de la menopausia tuvieron un mayor riesgo de padecer cáncer de ovario. El riesgo fue el mayor para las mujeres en el momento que estaban tomando estrógeno, y disminuyó con el tiempo después de que se interrumpió la terapia con estrógeno.

Para asignarle números al riesgo, si 1,000 mujeres que tenían 50 años de edad tomaron estrógeno para la menopausia durante 5 años, se esperaría que un cáncer de ovario adicional se desarrollase.

Los estudios observacionales han indicado que las mujeres que reciben terapia de estrógeno tienen un mayor riesgo de llegar a padecer cáncer ovárico en comparación con las mujeres que no toman hormonas tras la menopausia. El riesgo en general permanece bajo, pero tiende al aumento a medida que una mujer continúa recibiendo la terapia de estrógeno. El riesgo de cáncer ovárico se reduce cuando la mujer deja de tomar la hormona.

4. **Cáncer colorrectal**

En el estudio de la WHI, no se observó que la terapia de estrógeno tuviese algún efecto sobre el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

Hay estudios observacionales en los que se reportó un riesgo menor de cáncer colorrectal en mujeres que han recibido terapia de estrógeno por muchos años.

5. **Cáncer de pulmón**

La terapia de estrógeno no parece causar ningún efecto sobre el riesgo de padecer cáncer de pulmón.

6. **Cáncer de piel**

La terapia de estrógeno y progestina no está vinculada a un mayor riesgo de padecer ninguno de los tipos de cáncer de piel (incluyendo tanto el melanoma como los otros tipos de cáncer de piel).

Entre otros factores a considerar se incluye qué tan severos son los síntomas de la menopausia en una mujer, así como el tipo y la dosis de las hormonas recomendadas por el médico.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer no adopta una posición ni ofrece guías en relación con la terapia hormonal en la menopausia. (8)

CONCLUSIONES

Este estudio nos demuestra que sí existe correlación entre el nivel del conocimiento y la actitud frente al climaterio; sabiendo que a mayor nivel de conocimiento frente al climaterio, la actitud será favorable en las mujeres que se encuentran en esta etapa y así podrán reconocer que tipo de menopausia esta presentando de acorde a su edad y a su sintomatología.

RECOMENDACIONES

El programa dirigido a las mujeres climatéricas debe brindar mayor información actualizada sobre el concepto, signos y síntomas, tratamiento del climaterio en las mujeres.

Los Centros de Salud deben estar capacitados para que brinden información a las mujeres y a los familiares de las pacientes para que exista una mejor comunicación y comprensión por parte de la familia durante los cambios que se dan en esta etapa.

Que los Centros de Salud tengan un programa dirigido especialmente a las mujeres y pareja para una mejor atención especializada en la etapa del climaterio.

Que se propongan cursos de capacitación para el personal de salud especializado, con la finalidad de mejorar la calidad de atención a las pacientes.

Hacer que el programa dirigido a las mujeres en la etapa del climaterio tenga una norma de hacer visitas domiciliarias.

ANEXOS

TABLA 1: (2)

	Menarca					Final de periodo menstrual (0)				
Etapa	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminología	Reproductiva				Transición a la menopausia		Posmenopausia			
	Temprana	Pico	Tardía		Temprana	Tardía	Temprana			Tardía
					Perimenopausia					
Duración	Variable				Variable	1-3 años	2 años (1+1)		3-6 años	Vida restante
Criterios principales										
Ciclos menstruales	Regulares e irregulares	Regular	Regular	Cambios	Duración variable del ciclo > 7 días diferente de lo normal	Periodos amenorrea (> 60 días)				
Criterios de soporte										
Endocrino FSH AMH Inhibina B			Baja Baja Baja	Variable Baja Baja	Variable Baja Baja	Variable > 25 UIL Baja Baja	Variable Baja Baja		Estable Muy baja Muy baja	
Cuenta folicular antral			Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja	Muy baja		
Características descriptivas										
Síntomas						Probable-mente síntomas vaso-motores	Muy probablemente síntomas vasomotores			Aumento de síntomas de atrofia urogenital

Figura 1 Cronología del envejecimiento reproductivo de la mujer[8]

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(2):214-25 219

BIBLIOGRAFIA

1. Davis Susan , Lambrinoudaki Irene , Lumsden Maryann, Mishra Gita D., Pal Lubna, Rees Margaret, et al. Menopausia: una puesta al día en profundidad. Intramed 2015; ;xxx(xx):xxx-xxx
   http://www.intramed.net/86861

2. Alvarado García Alberto, Hernández Quijano Tomás, Hernández Valencia Marcelino, Negrín Pérez Miriam Concepción, Ríos Castillo Brendha, Valencia Pérez Gregorio Urbano,et al. Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2015;53(2):214-225.
   http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152q.pdf

3. Pérez Luis Ernesto, Rojas Ingrid C. Menopausia: panorama actual de manejo. Rev Fac Med 2011 ; 19(1): 56-65.
   http://www.redalyc.org/pdf/910/91022534006.pdf

4. García Baltazar Julio, Figueroa Núñez Benigno, Montes Espinoza Sonia Cecilia.Atención de los Padecimientos Ginecológicos más Frecuentes en la postmenopausia. México: Secretaría de Salud, 2012. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/568_GPC_Padecimientosginecologicospostmenopausia/568GER.pdf

5. Palacios Santiago, Forteza Andre´s, Malave Fernando Martın,Sánchez Borrego Rafael , Vázquez Francisco. Abordaje, diagnóstico y enfoques terapéuticos de los síntomas vasomotores. Estudio LADIES. Prog Obstet Ginecol 2010;53(5):169—173.
   http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-abordaje-diagnostico-enfoques-terapeuticos-los-13150486

6. Seguí Díaza M. Cáncer de ovario y tratamiento hormonal en la menopausia. SEMERGEN 2015; ;xxx(xx):xxx---xxx http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S1138-3593(15)00271-3.pdf&eop=1&early=si

7. Vargas Hernández Víctor Manuel, Acosta Altamirano Gustavo, Moreno-Eutimio Mario Adán, Vargas Aguilar Víctor Manuel, Flores Barrios Kathy, Tovar Rodríguez José María. Terapia hormonal de reemplazo durante la menopausia. Del riesgo al beneficio. Rev Hosp Jua Mex 2013; 80(4): 251-261 http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134h.pdf

8. Sociedad Americana Contra El Cáncer.Terapia hormonal en la menopausia y el riesgo de cáncer. 2015 (03/06/2015) disponible en : http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/otrosagentescancerigenos/terapia-de-restitucion-hormonal-en-la-menopausia-y-el-riesgo-de-cancer

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Karla Gisselle Anzoategui Leon.docx (D16367118)
Submitted: 2015-11-24 21:14:00
Submitted By: kgal_16@hotmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

janeth andrea cedillo procel 1.docx (D16310004)
http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/otrosagentescancerigenos/terapia-de-restitucion-hormonal-en-la-menopausia-y-el-riesgo-de-cancer
http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-abordaje-diagnostico-enfoques-terapeuticos-los-13150486
http://disgoo.com/members/NoticiasMuy/content?type=BlogEntry&context=all&page=14
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=250

Instances where selected sources appear:

5