

EDITORIAL

Dr. José Pacheco, Editor

Nos complace presentar en este número de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia temas de actualidad para la atención de la mujer en nuestro país. El simposio del segundo número de 2008, escrito por renombrados profesionales expertos en el campo, se refiere al climaterio y menopausia, que es seguido por artículos originales sobre la criopreservación de embriones al tercer día del desarrollo *in vitro*-trabajo que nos señala los avances en reproducción humana en el Perú-, el síndrome Hellp—entidad en aparente incremento en nuestro país-, la malaria en la gestación—de importancia para las medidas preventivas a tomar para el verano de 2009, pues 2,5 millones de habitantes viven en áreas de riesgo de transmisión alto y muy alto y la incidencia de malaria tiende a un aumento reciente (1)- y notas sobre el consenso sobre el manejo del síndrome del ovario poliquístico en la mujer con infertilidad. Con relación al simposio sobre Climaterio y Menopausia, es bueno tener presente que el porcentaje de gente mayor de 60 años para el año 2006 fue 7,82% en el Perú⁽¹⁾, para el año 2025 se calcula será 12,6% y para el año 2050, 22,4%. Nos lleva a pensar que, en el futuro, además del cambio climático, la falta de agua, los problemas socioeconómicos (pobreza Perú 2004: 54,3%), entre otros, tendremos una población envejecida, lo que

requerirá conocer la fisiología de la involución de la vida y cómo prevenir o disminuir las alteraciones más frecuentes en estas décadas. Por ello, el Comité Editorial de nuestra Revista decidió incluir un simposio sobre climaterio y menopausia, en el que participan destacados profesionales, bajo la acertada coordinación del Dr. Pedro Saona.

Conocemos los comentarios y controversias que siguieron a los resultados del *Women's Health Initiative (WHI)*⁽²⁾, el ensayo primario aleatorio controlado que estudió 16 608 mujeres posmenopáusicas norteamericanas. Los riesgos a la salud en la mujer posmenopáusica excedieron a los beneficios cuando se usó la combinación estrógenos más progestina, aunque también se encontró más riesgo de enfermedad tromboembólica con el empleo de estrógenos solos. En el simposio realizado por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) recientemente, se señaló que la terapia hormonal hoy está indicada solamente para los síntomas vasomotores moderados a severos, atrofia urogenital (tratamiento local) y para casos de osteoporosis que no pudieran emplear agentes antirresortivos. Se hizo énfasis en emplear dosis bajas de estrógenos y tibolona, así como nuevos progestágenos. Y que los resultados del WHI —que

fueron gradualmente confirmados o emplazados⁽³⁻⁸⁾ — posiblemente eran por el tipo de hormonas sustitutorias que los laboratorios nos han proveído hasta el presente. Pero que, conforme la investigación prosiga, se podría tener otros estrógenos más 'naturales'⁽⁹⁾, en la misma forma que se había conseguido la molécula de la progesterona micronizada.

En el simposio de climaterio y menopausia publicado en el presente número, luego del muy completo y ordenado primer artículo sobre la fisiología y epidemiología del climaterio, se revisa la sintomatología más relevante en el climaterio, cuales son los bochornos y la atrofia vaginal, en donde los estrógenos sintéticos tienen indicación para su empleo. Si relacionamos este artículo con el referido a los aspectos sociales y emocionales del climaterio, podemos advertir que, entre las actitudes culturales, los niveles bajos de autoestima se relacionan con mayor número de síntomas, incluyendo los bochornos y la pérdida del deseo sexual, señalándose que aquellas mujeres que comunican actitudes negativas hacia el envejecimiento y la menopausia, antes de llegar a ésta, fueron quienes presentaron mayor cantidad de síntomas. Ello me recuerda que, en el 10° Congreso Mundial de Reproducción Humana, en Salvador, Bahía, Brasil, en 1999, llamó



la atención la presentación del renombrado investigador norteamericano Speroff, de que solo 15% de las mujeres climatéricas sufría de bochornos que requerían tratamiento. En un estudio en mujeres en el climaterio y menopausia, habíamos encontrado que 18,6% de las mujeres por encima de los 40 años, en una consulta privada de Lima, manifestó bochornos molestosos ⁽¹⁰⁾.

Se conoce que en la etapa posmenopáusica los eventos cardiovasculares se incrementan de manera significativa y, en el artículo respectivo del simposio, se señala que, en Europa, 55% de las mujeres morirá de enfermedad cardiovascular. En el Perú, en los últimos años se aprecia cambios en los perfiles de mortalidad, disminuyendo las muertes por enfermedades transmisibles e incrementándose las defunciones por neoplasias y enfermedad cardiovascular. Esta última se encuentra entre las primeras causas de muerte, con 18,2% de las muertes registradas. Las enfermedades del aparato respiratorio (neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, especialmente) representan la primera causa de mortalidad general ⁽¹¹⁾. La información reciente respalda que el inicio de la terapia hormonal (TH) alrededor de la menopausia puede reducir el riesgo cardiovascular (edad 50 a 59 años), pero puede incrementar el riesgo cardiovascular cuando se inicia 10 años o más de la menopausia ⁽¹²⁾. La TH no reduce el riesgo de derrame cerebral recurrente en mujeres con enfermedad cardiovascular y no es recomendable para la prevención primaria o secundaria de la apoplejía. En general, el consenso sugiere no usar la TH en la prevención de la enfermedad cardiovascular, sino identificar y tratar los factores de riesgo que pueden devenir en problemas cardiovasculares. Así, en el simposio presentado reciente-

mente por SPOG, se recomendó que el ginecoobstetra determine la posibilidad de existencia del síndrome metabólico (prevalencia nacional 16,8%, 26,4% en mujeres) -circunferencia abdominal, glicemia, colesterol HDL, presión arterial, triglicéridos- y recomiende dietas bajas en hidratos de carbono o en grasas y la ingesta de vitamina D.

En el tema de osteoporosis en la mujer posmenopáusica, se hace especial énfasis en el tratamiento no farmacológico de la osteoporosis, evitando el sedentarismo e ingiriendo una dieta rica en calcio y vitamina D. En el tratamiento farmacológico, el autor incluye los antirresortivos, los bifosfonatos y los anabólicos. En la muy detallada exposición sobre los riesgos y beneficios de la terapia hormonal con que concluye el simposio, se menciona el efecto antireabsortivo indirecto de los estrógenos, indirectamente al disminuir las citoquinas plasmáticas que modulan el reclutamiento de células en la médula ósea y directamente vía receptores estrogénicos alfa, que reducen la maduración de los osteoclastos. El consenso parece estar en que la elección del tratamiento se basará en la evidencia más reciente y dirigida a las necesidades individuales de la mujer ⁽¹³⁾.

Sobre la terapia hormonal, según la Sociedad de Menopausia de América del Norte (NAMS), julio-agosto 2008 ⁽¹²⁾, las dosis bajas aún no han sido probadas en ensayos prolongados, por lo que la decisión de continuar la TH deberá ser individualizada, considerando el riesgo-beneficio. La posición del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Asociación Americana de Medicina Reproductiva, la Sociedad Europea de Menopausia y el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos es de limitar el tiempo de administración de TH. La NAMS señala que, a pesar de

los muchos estudios observacionales, el WHI tiene los únicos resultados de ensayos aleatorios controlados grandes y de largo plazo en mujeres posmenopáusicas, por lo que le ha dado la consideración de mayor peso entre todos los estudios revisados.

Pero, tenemos novedades alentadoras. Una publicación reciente ⁽¹⁴⁾ se refiere al posible empleo futuro de agonistas/antagonistas de estrógenos, solos o en combinación con estrógenos, en la prevención y tratamiento de los signos y síntomas de la menopausia. Dicen que un agonista/antagonista de estrógeno ideal mejoraría los síntomas menopáusicos, prevendría la pérdida de hueso y la fractura, mejoraría los perfiles lipídicos y el riesgo cardiovascular, tendría beneficio en la cognición, mejoraría la función sexual y tendría un efecto inhibitorio o neutral sobre el endometrio y el tejido mamario. El perfil de seguridad ideal de tal compuesto sería comparable al placebo, incluyendo un riesgo bajo a la tromboembolia vascular. Dicho agente farmacéutico aún no ha sido identificado definitivamente, pero se conoce las acciones y beneficios del tamoxifeno en la terapia adyuvante y la prevención del cáncer de mama, y del raloxifeno en la prevención del cáncer de mama invasor y en el tratamiento y prevención de la osteoporosis posmenopáusica —además sin estimular el endometrio. Parece que el raloxifeno tiene un efecto de calidad de vida favorable y que puede ser equiparado con los estrógenos vaginales, pero no con los usados vía sistémica. Se ha iniciado ensayos clínicos con bazedoxifeno, que aumenta levemente los síntomas vasomotores, pero previene la pérdida de hueso y no estimula al endometrio y podría ser usado conjuntamente con los estrógenos conjugados. Por ello, la investigación en el campo continúa y



se espera que en 5 a 10 años se pueda emplear los agonistas/antagonistas de estrógeno, a lo mejor asociados a estrógenos, con excepción los últimos en mujeres con riesgo de tromboembolia vascular.

Seguiremos atentos al desarrollo de este importante tema, de interés cada vez mayor para la mujer peruana y para sus médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundación Telefónica. Las TIC y el sector salud en Latinoamérica. Disponible en: http://www.fundación.telefonica.com/publicaciones/pdf/Las_TIC_sector_salud-eps.pdf
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Jul 17;288(3):321-33.
3. Ko MG. New thoughts about estrogen therapy from the Women's Health Initiative. *Curr Osteoporos Rep*. 2008;6(3):108-13.
4. Lukes A. Evolving issues in the clinical and managed care settings on the management of menopause following the women's health initiative. *J Manag Care Pharm*. 2008;14(3 Suppl):7-13.
5. Kroeger N. Hormone therapy and the rise and perhaps fall of US breast cancer incidence rates: critical reflections. *Int J Epidemiol*. 2008;37(3):638-40.
6. Seeger H, Mueck AO. Are the progestins responsible for breast cancer risk during hormone therapy in the postmenopause? Experimental vs. clinical data. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2008;109(1-2):11-5.
7. Lobo RA. Menopause and stroke and the effects of hormonal therapy. *Climacteric*. 2007;10 Suppl 2:27-31.
8. Collins P, Rosano G, Casey C, et al. Management of cardiovascular risk in the peri-menopausal woman: a consensus statement of European cardiologists and gynaecologists. *Eur Heart J*. 2007;28(16):2028-40.
9. Cirigliano M. Bioidentical hormone therapy: a review of the evidence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(5):600-31.
10. Pacheco J. Contribución al estudio de la menopausia, climaterio y patología ginecológica en la mujer peruana. *Acta Médica Peruana*. 1984;11:29-34.
11. OEI - MINSa (Ministerio de Salud del Perú), 2005.
12. Utian WH, Archer DF, Bachmann GA, Gallagher C, Grodstein F, Heiman JR, Henderson VW, Hodis HN, Karas RH, Lobo RA, Manson JE, Reid RL, Schmidt PJ, Stuenkel CA; North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2008;15:584-602.
13. Writing Group on Osteoporosis for the British Menopause Society Council. Prevention and treatment of osteoporosis in women. *British Menopause Society Council Consensus Statement*. *Menopause International*. 2007;13:178-81.
14. Stovall DW, Pinkerton JAV. Estrogen agonists/antagonists in combination with estrogen for prevention and treatment of menopause-associated signs and symptoms. *Women's Health*. 2008;4(3):257-68. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/573954?src=mp&spon=16&uac=61711SJ> Obtenido el 16 de junio de 2008.