THS (ÁREA MUJER)

Llamamos menopausia al momento de la vida de una mujer en el que los ovarios dejan de producir estrógenos en las cantidades habituales y las reglas dejan de producirse. Se produce normalmente entre los 45 y los 55 años, con una edad media de aparición de 51 años. Tras la menopausia, una mujer ya no puede quedarse embarazada de forma natural.

La menopausia no suele ocurrir de repente, sino que se suelen experimentar varios años de cambios en el tipo de regla antes de que se retire por completo. Durante ese tiempo de cambio, llamado "perimenopausia", también se pueden empezar a tener síntomas de la menopausia que en ocasiones se asocian a ansiedad y depresión.



La disminución de estrógenos en el cuerpo de la mujer puede traer los síntomas que relacionamos con la menopausia, como sofocos, sudores nocturnos, cambios de humor, problemas para dormir y sequedad vaginal.

Decimos que una mujer se encuentra en menopausia cuando ya ha pasado un año completo sin tener regla.

Existen algunas maneras de combatir estos síntomas: medidas no hormonales como hábitos de vida saludable, dejar de fumar, ejercicio regular, dieta equilibrada, higiene del sueño, algunos tratamientos no hormonales y tratamientos hormonales con estrógeno, que es lo que llamamos tratamiento hormonal sustitutivo o THS. Este tratamiento ha ayudado y ayuda a muchas mujeres a mejorar su calidad de vida.

¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO?

El tratamiento hormonal sustitutivo trata de reemplazar parte de las hormonas que naturalmente produciría el ovario. Se compone de estrógenos y, en algunas ocasiones, también de progesterona. El estrógeno es la hormona que alivia los síntomas de la menopausia y ayuda a mantener la densidad ósea. En mujeres que tienen útero, si toman estrógeno sistémico sin progesterona, existe el riesgo de que el endometrio —la capa que cubre el útero por dentro— se engrose y desarrolle hiperplasia endometrial o cáncer de útero. Por eso estas mujeres deben tomar junto con los estrógenos un gestágeno, habitualmente progesterona. De esta forma, el endometrio queda protegido.

Las mujeres que se han sometido a una histerectomía y no tienen útero no pueden desarrollar cáncer de útero, y por ello suelen poder ser tratadas solo con estrógenos. En algunas situaciones especiales, como antecedentes de endometriosis, el médico puede recomendar añadir también un gestágeno.

Existe otra hormona llamada testosterona, que es la hormona principal masculina. En mujeres, la utilización de esta hormona podría mejorar la función sexual femenina en algunos casos, pero por el momento no se aconseja de manera rutinaria como parte de la THS.

¿QUÉ TIPOS DE ESTRÓGENOS HAY?

Se pueden administrar de distintas formas: a través de la piel, por vía oral o por vía vaginal. El estrógeno más utilizado es el estradiol, que es una sustancia idéntica a la que produce el ovario durante la vida reproductiva.

Parche o gel transdérmico: suele preferirse a la vía oral en mujeres con mayor riesgo de trombosis, obesidad, tabaquismo, migraña, hipertrigliceridemia o algunos problemas digestivos o hepáticos. Algunos parches combinan estrógenos y gestágenos. Según el preparado, se cambian cada pocos días o una vez por semana.

Píldora: es de toma diaria. También existen preparados que combinan estrógenos y gestágenos cuando es necesario proteger el endometrio.

Píldora anticonceptiva a dosis bajas: no es exactamente una THS. En general contiene más estrógeno del necesario para aliviar los sofocos, por lo que no suele ser la opción preferente cuando solo se busca tratar los síntomas de la menopausia. Puede considerarse en mujeres perimenopáusicas que tienen sofocos molestos, sangrado irregular y todavía necesitan un método anticonceptivo eficaz. En mujeres con factores de riesgo, como obesidad, tabaquismo o antecedentes de trombosis, debe valorarse con especial prudencia.

Vaginal: es la opción preferente cuando existe sequedad vaginal, ardor o dolor con las relaciones. No sirve para tratar los sofocos, ya que la dosis es muy baja y produce un efecto local. Existe en forma de crema, anillo vaginal u óvulos/comprimidos vaginales. En estos casos, al utilizarse dosis bajas, generalmente no hay que añadir progesterona aunque la mujer tenga útero.

¿QUÉ TIPOS DE PROGESTERONA HAY?

Las mujeres que tienen útero y reciben estrógenos sistémicos deben recibir también progesterona o algún otro gestágeno para proteger el endometrio.

Oral: la más frecuente es la progesterona natural micronizada. Es una buena opción incluso en mujeres con niveles altos de colesterol. Suele preferirse frente a algunos gestágenos sintéticos clásicos. Es mejor tomarla antes de acostarse porque puede producir somnolencia.

Intrauterina (DIU): el DIU de levonorgestrel se utiliza como método anticonceptivo y, en algunas mujeres que toman estrógenos y conservan el útero, puede utilizarse para proteger el endometrio cuando no se tolera bien la vía oral o se desea anticoncepción.

¿HAY OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO HORMONAL?

Existe un tratamiento llamado tibolona que se toma por vía oral y tiene acciones parecidas a los estrógenos, los gestágenos y los andrógenos. Puede reducir los sofocos, mejorar la densidad ósea y, en algunas mujeres, mejorar discretamente los síntomas relacionados con la sexualidad. Suele utilizarse en mujeres que llevan más de un año sin regla. No necesita asociar progesterona. No está comercializada en todos los países.

También existe un tratamiento llamado complejo estrogénico tejido-selectivo, que combina estrógenos conjugados con bazedoxifeno. El bazedoxifeno actúa como protector del endometrio, por lo que no es necesario añadir progesterona. Puede ser una opción en mujeres con sofocos importantes que no toleran o no desean tomar gestágenos, siempre que no exista contraindicación.

¿QUÉ SON LOS COMPUESTOS HORMONALES "BIOIDÉNTICOS"?

"Bioidéntico" significa que las hormonas utilizadas son idénticas en estructura molecular a las hormonas producidas por los ovarios. En los tratamientos aprobados y controlados, como el estradiol o la progesterona micronizada, esto puede formar parte de la práctica habitual.

El problema aparece con los preparados "bioidénticos" elaborados de forma personalizada en farmacias de formulación, en forma de píldoras, cremas u óvulos vaginales. En general, no se recomiendan porque no siempre se conoce bien la absorción, la dosis puede variar y no cuentan con los mismos controles de eficacia y seguridad que los medicamentos aprobados.

CÓMO SE REALIZA EL TRATAMIENTO

Tu médico te dirá si eres candidata para poder tomar la THS de manera segura. El alivio de los sofocos suele ocurrir en las primeras 3-4 semanas y se suele iniciar con una dosis baja. Si tras ese tiempo continúan los síntomas, se puede subir la dosis a la dosis estándar. Si los síntomas inicialmente son graves, se puede iniciar con dosis estándar directamente.

Cuando se logra el control de los síntomas, se mantiene durante varios años, revisando periódicamente si sigue siendo necesaria y si la dosis es la adecuada. No existe una duración única válida para todas las mujeres. En muchas pacientes se intenta reducir la dosis de forma gradual a partir de los años siguientes, pero algunas pueden necesitar mantenerla más tiempo si los síntomas persisten y el balance entre beneficios y riesgos continúa siendo favorable.

¿DE DÓNDE VIENE LA MALA FAMA DE LA THS?

La THS antes se utilizaba mucho, pero se empezó a dejar de utilizar a partir de la publicación del estudio WHI —Iniciativa de Salud de la Mujer— en 2002. En este estudio se observó un aumento de algunos riesgos, como tromboembolismo venoso, enfermedad cardiovascular y cáncer de mama en determinados grupos de mujeres.

Con el tiempo se entendió mejor que los resultados dependían mucho de la edad de las mujeres, del tiempo transcurrido desde la menopausia y del tipo de hormonas utilizadas. Gran parte de las participantes eran mayores o llevaban muchos años desde la menopausia, que no es la situación habitual en la que se inicia este tratamiento para síntomas climatéricos. Además, en aquel entonces se utilizaban con frecuencia fármacos diferentes a los que solemos emplear actualmente, como estrógenos conjugados y acetato de medroxiprogesterona.

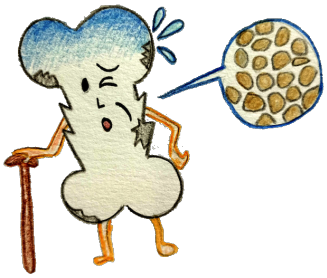
Hoy en día sabemos que, en mujeres sanas, sintomáticas, menores de 60 años o dentro de los primeros 10 años desde la menopausia, el balance entre beneficios y riesgos suele ser favorable si se respetan las indicaciones, las contraindicaciones y los controles de seguimiento.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Ataque al corazón: el riesgo depende de la edad y del tiempo transcurrido desde la menopausia. El balance suele ser más favorable cuando la THS se inicia antes de los 60 años o dentro de los primeros 10 años tras la menopausia. En mujeres con enfermedad cardiovascular previa, como infarto, angina o ictus, la indicación debe valorarse de forma mucho más prudente.

Cáncer de mama: existe un pequeño aumento del riesgo de cáncer de mama en mujeres que toman THS combinada durante varios años. Este riesgo depende del tipo de tratamiento, la duración y los factores de riesgo individuales. En mujeres que toman solo estrógeno tras una histerectomía, el riesgo parece diferente. Se piensa que la progesterona natural micronizada puede asociarse a un perfil más favorable que algunos gestágenos sintéticos clásicos, aunque la decisión debe individualizarse.

Fractura de huesos: el riesgo de rotura por osteoporosis es menor en mujeres que toman THS. Sin embargo, en mujeres con menopausia a edad habitual no suele indicarse solo para prevenir o tratar la osteoporosis, ya que existen otros fármacos muy efectivos sin hormonas. En mujeres con insuficiencia ovárica primaria o menopausia muy precoz, la situación es distinta, porque el tratamiento hormonal ayuda a evitar las consecuencias de muchos años de falta de estrógenos.



Demencia: no se ha observado un aumento claro del riesgo de demencia cuando la THS se inicia en mujeres menopáusicas jóvenes. No se

recomienda iniciar THS en edades avanzadas con el objetivo de prevenir la demencia.

Depresión: los cambios del estado de ánimo pueden aparecer durante la transición a la menopausia. La THS puede ayudar a algunas mujeres, especialmente si los síntomas se relacionan con sofocos, sudores nocturnos o insomnio, aunque en ocasiones se necesita combinar con otros tratamientos.

Problemas para dormir: pueden estar asociados o no a sofocos nocturnos. La THS suele ayudar mucho cuando el insomnio se relaciona con sudores nocturnos o síntomas vasomotores.

¿QUIÉN DEBE TOMAR LA TERAPIA HORMONAL?

La THS puede considerarse en mujeres con síntomas de menopausia que afectan a su calidad de vida, como sofocos, sudores nocturnos, alteraciones del sueño o síntomas generales relacionados con el déficit de estrógenos. La mayoría de expertos están de acuerdo en que la THS tiene un perfil favorable en mujeres sanas, con síntomas de menopausia, dentro de los primeros 10 años tras el inicio de la menopausia y menores de 60 años.

En mujeres con insuficiencia ovárica primaria o menopausia antes de los 40 años, suele recomendarse ofrecer tratamiento hormonal hasta una edad cercana a la menopausia natural, incluso aunque los síntomas no sean muy intensos, salvo que exista alguna contraindicación.

Durante el seguimiento se puede intentar disminuir la dosis de forma gradual. Si al reducirla reaparecen los síntomas, se puede valorar mantener una dosis menor durante más tiempo o probar alternativas no hormonales.

Las mujeres que solo presentan sequedad vaginal, dolor con las relaciones o síntomas urinarios relacionados con la menopausia pueden beneficiarse de tratamiento local con estrógenos vaginales, sin necesidad de utilizar tratamiento hormonal sistémico.

QUÉ MUJERES NO DEBEN TOMAR THS

La THS sistémica no se recomienda, o requiere una valoración especialmente cuidadosa, en mujeres con:

- Antecedente personal de cáncer de mama, especialmente si fue hormonodependiente, salvo situaciones muy seleccionadas y coordinadas con oncología.
- Enfermedad coronaria, infarto, angina, ictus o accidente cerebrovascular previo.
- Antecedente personal de trombo o coágulo en sangre, especialmente si no están anticoaguladas o presentan alto riesgo trombótico.
- Sangrado vaginal no explicado.
- Enfermedad hepática activa, hepatitis aguda o cirrosis.

- Tratamientos incompatibles, como algunos tratamientos hormonales oncológicos, inhibidores de la aromatasa o moduladores selectivos de los receptores de estrógeno.
- Síntomas leves de la menopausia que pueden tratarse adecuadamente sin tratamiento hormonal.

Las mujeres con cáncer de mama a menudo experimentan una menopausia temprana por los efectos de los tratamientos oncológicos. En estas mujeres, la THS sistémica no suele recomendarse porque podría aumentar el riesgo de recaída, especialmente en tumores hormonodependientes.

¿QUÉ OPCIONES HAY SI NO PUEDO TOMAR HORMONAS?

Si no puedes tomar THS, o si prefieres evitarla, existen alternativas no hormonales. Pueden ayudar las medidas de estilo de vida, como evitar desencadenantes de los sofocos, mantener un peso saludable, hacer ejercicio regular, reducir el alcohol, dejar de fumar y cuidar el sueño. También existen algunos tratamientos no hormonales que pueden disminuir la frecuencia e intensidad de los sofocos.

Una de las opciones actuales es el fezolinetant, un tratamiento no hormonal indicado para sofocos moderados o graves. Actúa sobre los mecanismos de termorregulación del cerebro, pero no sustituye a los estrógenos. Por eso puede mejorar los sofocos, pero no trata la sequedad vaginal, no protege el hueso y no tiene como objetivo prevenir enfermedades cardiovasculares. Antes de usarlo es necesario revisar la función del hígado y comprobar que no exista interacción con otros medicamentos.

Otros fármacos, como la venlafaxina, pueden reducir los sofocos en algunas mujeres. Los productos naturales, como isoflavonas de soja, cimicífuga, polen, lúpulo o salvia, pueden utilizarse en pacientes seleccionadas, aunque su eficacia suele ser menor y la evidencia disponible es más limitada.

¿QUÉ HAGO SI SOLO TENGO SEQUEDAD VAGINAL O DOLOR CON LAS RELACIONES?

Cuando el problema principal es la sequedad vaginal, el ardor, la irritación, el dolor con las relaciones, la falta de lubricación o las molestias urinarias, puede tratarse de un síndrome genitourinario de la menopausia. En estos casos no siempre hace falta utilizar una THS general para todo el cuerpo. Con frecuencia es suficiente un tratamiento local en la vagina.

En mujeres sin antecedente de cáncer de mama, los estrógenos vaginales a dosis bajas suelen ser una opción muy eficaz. Actúan principalmente en la zona donde se aplican y la absorción al resto del cuerpo es muy baja. Habitualmente se utilizan primero todos los días durante unas semanas y

después se dejan como mantenimiento dos veces por semana, aunque la pauta concreta puede variar según el preparado.

Si existe antecedente de cáncer de mama, suele empezarse por lubricantes e hidratantes vaginales no hormonales. Si los síntomas persisten y afectan mucho a la calidad de vida, puede valorarse el uso de estrógenos vaginales a dosis baja de forma individualizada y, en muchos casos, coordinándolo con oncología. Otra opción para algunas pacientes con síntomas moderados o graves es el ospemifeno, aunque no es adecuado en todas las mujeres y requiere valorar contraindicaciones como antecedentes de trombosis, sangrado vaginal no explicado o cáncer hormonodependiente en tratamiento activo.

¿ES NECESARIO UN SEGUIMIENTO?

Sí. Se realizarán consultas de seguimiento en las mujeres que toman THS. En ellas se valorará la mejoría de los síntomas, los posibles efectos secundarios, la tensión arterial, los cambios en el sangrado, los factores de riesgo y si conviene ajustar la dosis o la vía de administración.



No siempre es necesario realizar una ecografía transvaginal en cada control. Puede hacerse si aparecen sangrados anómalos, si existen factores de riesgo o si el ginecólogo lo considera necesario. En raras ocasiones puede ser necesaria una biopsia de endometrio.

Tampoco es necesario aumentar los controles de citología o mamografía solo por utilizar THS. La mujer debe seguir el programa de cribado que le corresponda por edad, antecedentes y riesgo individual.

Si entre consultas de seguimiento detectas un sangrado vaginal anormal —fuera de los ciclos esperados, después de estar en amenorrea o de características diferentes a lo habitual—, o alguna anomalía en la mama, debes consultar en ese momento con tu ginecólogo/a.

¿MÁS DUDAS?

Tu médico/a o ginecólogo/a son la mejor fuente de información para las preguntas e inquietudes que puedas tener sobre tu caso en concreto. No dudes en consultar con los profesionales sanitarios que te atienden cualquier duda que tengas sobre tu caso.

Escanea el QR para ver el vídeo