



BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE CLIMATERIO

Fundada el 11 de Octubre de 1991 para la promoción del conocimiento en Menopausia y Envejecimiento

Vol. 5, N° 2 - junio de 2000

Director

Dr. Oscar González Campos

Editores

Dr. Eugenio Arteaga Urzúa

Dr. Patricio Contreras Castro

Comité Editorial

Dr. Eugenio Arteaga Urzúa

Dr. Marcelo Bianchi Poblete

Dr. Arturo Brandt Alvear

Dr. Patricio Contreras Castro

Dr. Sergio Cheviakoff Zúñiga

Dr. Oscar González Campos

Dr. Jaime Martínez Chavéz

Dr. René Montoño Villegas

Dr. Augusto Tapia Sagredo

Dra. Paulina Villaseca Délano

La Sociedad Chilena de Climaterio agradece el auspicio y colaboración permanente en la publicación de este boletín, a la Industria Farmacéutica representada por los laboratorios:



MERCK



PHARMACIA

SCHERING



Edición de 6.000 ejemplares que se distribuyen a todo Chile.

Diseño y producción
BYWATERS

Editorial

1 Las enfermedades relacionadas con el envejecimiento

Artículos

2 El período climatérico como problema de Salud Pública

3 Progestinoterapia y riesgo de cáncer mamario

4 Diferencias en el desarrollo cognitivo y emocional entre el hombre y la mujer

6 Problemas psicológicos asociados a la histerectomía

10 El mercado de las hormonas en Latinoamérica

El debate de hoy

8 Responsabilidad médica y la proliferación de demandas por responsabilidad civil y penal

Revisión bibliográfica

11 Análisis crítico de trabajos científicos

Cartas

14 Bélgica y Santiago

Actividades Científicas

15 Futuros cursos y congresos

Libros

15 De Inglaterra y USA

Nuestra Sociedad

16 "Menopausia y Longevidad" y Climacteric

Día Internacional de la mujer menopáusica

Visite nuestra página web

II Consenso Nacional sobre Climaterio y Menopausia

Palabras del Director

Las enfermedades relacionadas con el envejecimiento

Dr. Oscar González Campos

La enfermedad cardiovascular en Chile es la principal causa de muerte y corresponde al 26,6% de todas las causas de muerte; la más alta de todas, doblando a todos los cánceres combinados, que es el 11,1%; y en 12 veces al cáncer de mama que representa el 2,2%. Es importante consignar que en Chile, los factores étnicos, genéticos, culturales y de estilos de vida de la mujer, pueden tener repercusiones en la morbimortalidad muy diferentes a las europeas o norteamericanas.

Si no se toman medidas de prevención y fomento de la salud en el envejecimiento, alrededor de 550 mil mujeres chilenas desarrollarán una enfermedad cardiovascular de la cual 330 mil morirán por esta causa. Pero todavía pocas personas saben que esta patología es claramente la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las mujeres. Esto origina muchas veces opiniones contradictorias entre los médicos que desconciertan a sus pacientes. Las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, son cada vez más importantes para la Salud



Pedro Lira (1845-1912)
Aurora
(Oleo sobre tela)

Pública y el desarrollo de nuevos métodos que permiten una mayor precisión en su diagnóstico y pronóstico, y a la vez, un mayor conocimiento de sus efectos en la calidad de vida, obliga a los médicos a replantearse sus concepciones para lograr una medicina más preventiva y humanista.

En esta perspectiva, ser médico no es simplemente sustentarse en la actualización del conocimiento, que es indispensable por supuesto, sino que su quehacer debe estar además respaldado por la intuición, la capacidad de reflexión y un necesario manejo de la afectividad. El tratamiento actual de la menopausia en Chile debe su éxito a la adopción de un modelo racional en sus intervenciones, pero necesita profundizar en los cambios profun-

dos y los sentimientos que ocurren en el fenómeno del envejecimiento. Desde el punto de vista psicosocial se hace indispensable una evaluación acerca de los valores predominantes en nuestra sociedad occidental, que son determinantes en el destino de la supervivencia que ha ido alcanzando paulatinamente la población femenina. ■

El período climatérico como problema de Salud Pública

Durante el siglo que termina, la especie humana ha aumentado su expectativa de vida en un 50%, a expensas fundamentalmente de la edad adulta mayor. La mayor longevidad femenina, dada por su mayor expectativa de vida al nacer, lleva a una sobrerrepresentación de la mujer en la población mayor de 65 años –adulta mayor– lo que describe como una "feminización de la vejez".

En Chile, las acertadas políticas seguidas en el ámbito de la salud materno-infantil, a partir de la década de los 40, han significado un importante descenso de la fecundidad (de una Tasa Global de Fecundidad de 4.5 hijos/mujer a comienzos de los 60, se llega hoy a 2.4) y de la mortalidad infantil (con cifras actuales cercanas a 10/1000 nacidos vivos). Estas modificaciones han incidido en un aumento importante de la expectativa de vida al nacer (Tabla 1).



Dr. René Castro Santoro
Programa Salud de la Mujer
Ministerio de Salud

Tabla 1: Expectativa de vida al nacer, por sexo. 1965 - 1995

Período	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95
Ambos	60.64	63.57	67.19	70.98	71.48	72
Hombres	57.64	60.46	63.94	67.55	68.05	68.54
Mujeres	63.75	66.8	70.57	74.55	75.05	75.59

El índice de vejez femenina

De acuerdo al último censo de 1992, el 50.9 % de la población chilena son mujeres, con una expectativa de vida al nacer de casi 76 años (7 años más que los hombres). La población femenina mayor de 40 años alcanza al 29.3 % del total (sobre 1.973.000 mujeres). La tendencia a futuro es que esta proporción aumente, lo cual obviamente incidirá en las necesidades de salud que presente este grupo etario. En los países en desarrollo, se estima un incremento anual de 2 a 3,5 % de la población femenina mayor de 50 años.

El índice de vejez femenina (mujeres mayores de 65 años/ mujeres menores de 14 años x 100), de acuerdo al último censo fue 26.1 % (en 1952 fue de 11.9 %); el expresivo aumento de este indicador refleja el actual proceso de transición demográfica avanzada que se da en el país, con un proceso de envejecimiento franco. Actualmente, 1 de cada 4 mujeres chilenas se encuentra en el período climatérico, con la expectativa de vida señalada. El enfoque tradicional de centrar las necesidades de la mujer en torno a los eventos reproductivos, había omitido hasta los años recientes la preocupación por la salud integral de la mujer en la etapa post-reproductiva de su vida.

Los cambios en el patrón de mortalidad

Dos tercios de las defunciones femeninas ocurren actualmente en mujeres mayores de 65 años (65.7 %, I.N.E.,1990); en 1960 en cambio, 45.2 % de las mujeres fallecían antes de cumplir los 4 años de edad. Es decir, en un período muy corto, se pasó de la mortalidad infantil (por causas agudas, predominantemente infecciosas) a un patrón de mortalidad concentrado en la población adulta mayor; las principales causas de muerte en este segmento de la población, son las enfermedades circulatorias y los tumores malignos (Tabla 2).

Los cánceres ginecológicos que se pueden prevenir, cervicouterino y mama, representan una causa importante de muerte ya en mujeres jóvenes (en el grupo de 20-44 años, el cáncer cervicouterino es la primera causa específica de mortalidad femenina). En el grupo de mujeres entre 45-64 años, el cáncer vesicular y biliar representa la segunda causa de mortalidad. Probablemente el problema de salud más llamativo en la mujer chilena es el de la litiasis biliar, cuyas tasas a toda edad son absolutamente inusuales en el resto del mundo (segunda causa de egreso hospitalario, después del parto, en el grupo de 15 a 44 años; primera causa de egreso en los grupos de edad superior); existen evidencias que cierto tipo de cálculos

vesiculares tienen asociación causal con el cáncer vesicular (segunda causa de muerte en grupo de 45 a 64 años).

Tabla 2: Causas de muerte en mujeres mayores de 50 años

Diagnóstico	Porcentaje
1. Accidente Vascular Encefálico	8.9
2. Cardiopatía Coronaria	6.1
3. Bronconeumonía	4.3
4. Cáncer vesicular	2.6
5. Cáncer gástrico	2.5
6. Cirrosis hepática	2.3

Las mujeres soportan una mayor carga de problemas de salud prevenibles, comparadas con los hombres. Esta desventaja se atribuye a la desigualdad que exhiben las mujeres frente a los hombres en materia de posición social y económica. Pese a la mayor expectativa de vida, las mujeres presentan mayores problemas de morbilidad: "las mujeres viven más, pero no viven mejor".

Los requisitos

El período climatérico en la vida de la mujer debe ser asumido como un problema de Salud Pública, por cuanto reúne los requisitos habitualmente utilizados en esta concepción:

a. Magnitud: el cambio en el perfil demográfico (franco envejecimiento) y epidemiológico (predominio de las enfermedades crónicas como causas de morbimortalidad), obliga a anticipar la provisión de servicios de salud adecuados a este segmento de la población, que seguirá expandiéndose en los próximos años.

b. Trascendencia: las diferentes patologías crónicas (cardiovasculares, cánceres, osteoporosis) afectan significativamente la calidad de vida y representan un alto costo asistencial y de rehabilitación para el sector Salud.

c. Vulnerabilidad: en la actualidad se dispone de estrategias promocionales y preventivas (p. ej. Terapia de Reemplazo Hormonal), que muestran una alta relación costo-beneficio. Los resultados informados en la literatura provienen de países desarrollados, no necesariamente extrapolables a la realidad de países en vías de desarrollo. La decisión de usar, o no, Terapia de Reemplazo Hormonal con fines preventivos de corto y largo plazo, debe balancear los riesgos y beneficios conocidos. ■

Progestinoterapia y riesgo de cáncer mamario

Lo ya conocido

El agregado de progestinas reduce fuertemente el riesgo de carcinoma endometrial asociado con THR, de modo que en presencia de útero, es mandatorio asociarlas a la estrógenoterapia, sea en forma cíclica (terapia secuencial) o continua (terapia combinada continua). Si bien inicialmente (a fines de los 70 y comienzo de los 80) se esperó que las progestinas asociadas redujeran el riesgo de carcinoma mamario, los estudios epidemiológicos observacionales no avalaron esta hipótesis. Más aún, se logró documentar que el uso cíclico de progestinas aumentaba la actividad mitótica de la mama, exactamente lo opuesto a lo observado en el endometrio. El hecho es que la progesterona no inhibe la expresión de los receptores de estrógenos y progesterona en la mama y más aún, este esteroide induce la isoenzima mamaria (17 β -hidroxiesteroide reductasa) que cataliza la conversión de estrona a estradiol, un estrógeno más potente.

En 1998 los investigadores del Estudio de las Enfermeras (Colditz GA et al, *Am J Epidemiol* 1998; 147 (suppl):645) reportaron que el uso combinado de estrógenos y progestinas se asociaba a un mayor riesgo de cáncer de mama que el uso de estrógenos solos: el riesgo relativo (RR) respecto del no tratamiento fue respectivamente de 1,53 vs. 1,34. Posteriormente una puesta al día preliminar de este mismo estudio prospectivo confirmó que por cada año de uso de THR el RR de cáncer mamario aumentaba un 3,3 % con estrógenos solos y un 9,0 % con ambas hormonas. Una puesta al día reciente de un estudio sueco de cohorte (Persson I et al, *Cancer causes Control* 1999; 10:253) mostró que el RR de cáncer mamario con 6 o más años de uso reciente de THR aumentaba un 70 % con la terapia combinada, mientras que éste no aumentaba con la estrógenoterapia sola. Estos hallazgos en conjunto apoyan la hipótesis que el riesgo de cáncer mamario es mayor cuando la mama se expone no sólo a estrógenos —endógenos o exógenos— sino también a progesterona o progestinas (estrogen-augmented-by-progestogen hypothesis, Henderson, Ross y Pike, 1987). Debemos recordar que mujeres anovuladoras crónicas (con menor exposición a progesterona) presentan un RR reducido de cáncer mamario, lo que es coherente con la hipótesis anterior y asimismo, con la observación que la extensión del período reproductivo —por menarquia temprana y/o menopausia tardía— aumenta dicho RR.

Finalmente, debemos recordar que el meta-análisis que recientemente revisó más del 90 % de los datos epidemiológicos disponibles sobre la relación entre THR con estrógenos solos y cáncer mamario (Beral V et al, *Lancet* 1997; 350:1042) concluyó que su uso prolongado (más de 5 años) reciente aumentaba el RR de cáncer mamario —generalmente poco avanzado—, especialmente en mujeres delgadas (RR=1,023 por año de uso, más allá de 5 años).

Lo novedoso

En enero de este año se publicó un estudio prospectivo observacional de una cohorte de 46.000 mujeres del Breast Cancer Demonstration Project (BCDP) seguidas por 15 años (Schairer C et al, *JAMA* 2000; 283:485) que estimó el RR de cáncer mamario en usuarias de THR. Se confirmó que el RR de cáncer mamario se limitó a usuarias actuales o pasadas recientes y que éste fue proporcional a la duración de uso.



Dr. Patricio Contreras Castro
Endocrinólogo
Clínica Alemana de Santiago

Lo notable del estudio en cuestión es la diferencia observada en el incremento de los RR de cáncer mamario entre la estrógenoterapia sola y la terapia combinada: 8 % (LC, 2-16 %) vs. 1 % (LC, 0,2-3,0 %) por año de uso. Cabe destacar que las progestinas fueron usadas como terapia secuencial (por 15 días o menos de progestinoterapia por mes) y no como combinada continua. Es por lo tanto incierto si estos hallazgos pueden ser extrapolados a esta última modalidad, tan popular en los últimos años.

Consecuencias prácticas

La progestinoterapia asociada a la estrógenoterapia es sospechosa de aumentar (duplicando o triplicando, por lo menos) el leve incremento de RR de cáncer mamario observado con los estrógenos solos, pero no existe una prueba definitiva de ello, por lo que deberemos esperar muchos años antes que tengamos certeza absoluta. Como nuestros pacientes no pueden esperar estos plazos debemos tomar decisiones terapéuticas. Uno puede ignorar las evidencias ya mencionadas y mantener sus esquemas inalterados, o bien asumir que es plausible que las observaciones reflejen la realidad de los hechos. Si asumimos lo anterior debemos modificar nuestros esquemas para reducir la exposición mamaria a progestinas.

La primera decisión debiera ser abstenerse del uso de progestinas en ausencia de útero y, probablemente, en este punto será fácil llegar a un consenso. Otra decisión, claramente más dolorosa, es abandonar las terapias combinadas continuas —que exponen la mama permanentemente a progestinas— lo que implica sacrificar la posibilidad de una THR relativamente libre de sangrados uterinos. Otra alternativa, más fácil de aceptar, es reducir a un mínimo la dosificación de progestinas en los esquemas secuenciales, a 2,5 mg diarios de medroxiprogesterona o nomegestrol, por 10-12 días cada ciclo. Tenemos larga experiencia personal con esta estrategia que resulta muy satisfactoria.

Es también posible seguir la estrategia del grupo de Ettinger (*Obstet Gynecol* 1994; 83:693) de administrar progestinas cada 4 meses, lo que obliga a un seguimiento ecográfico del endometrio.

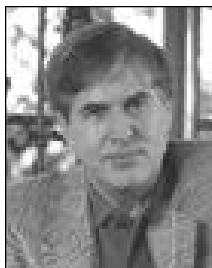
Finalmente

Y esto parece mucho más atractivo, es posible administrar 100 mg diarios de progesterona natural —ya disponible en Chile— por vía vaginal por 12 días cada ciclo, lo cual protege al endometrio, provocando su transformación y descamación periódicas, sin que el esteroide pase en cantidades significativas a la sangre, lo que evita sus efectos sistémicos (tensión mamaria, irritabilidad, depresión, distensión abdominal, jaquecas y otros). Similarmente, en Escandinavia se usa un DIU medicado con levonorgestrel de liberación lenta —Mirena®— que dura 5 años y que induce atrofia endometrial, otra estrategia que evitaría la exposición mamaria a progestinas, dejando de paso a la mujer en amenorrea, objetivo buscado por algunas pacientes.

En un análisis final, los clínicos somos como capitanes de barcos que cruzan aguas con escasa cartografía, por lo cual debemos tomar decisiones, que basadas en observaciones científicas, se apoyan fuertemente en nuestra intuición y buen criterio. Personalmente estimo que es prudente reducir la exposición mamaria a progestinas durante la THR. ■

Diferencias en el desarrollo cognitivo y emocional entre el hombre y la mujer

Estudios neurobiológicos recientes establecen con certeza que el cerebro del hombre produce estrógenos localmente, y que éstos se originan a partir de la testosterona, mediante la acción enzimática de la aromatasa. Como los andrógenos tienen en sí una potente acción específica y son una fuente primordial de estrógenos cerebrales, en el hombre influyen en forma importante los dos tipos de hormonas: andrógenos y estrógenos. En contraste, el cerebro de la mujer está controlado metabólicamente por los estrógenos.



*Dr. Oscar González Campos
Facultad de Medicina
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico Universidad de Chile*

grasos poliinsaturados, que son susceptibles a la peroxidación.

En la demencia tipo Alzheimer, el daño cerebral, más específicamente, la pérdida neuronal preponderante, ocurre en la base del cerebro y en una región del hipocampo. Estudios en ratas han demostrado que la ooforectomía disminuye la concentración de dendritas de las neuronas piramidales en esa misma región del hipocampo, fenómeno que puede ser prevenido mediante estrogénica. Igualmente, con la terapia estrogénica los niveles de colina acetil transferasa se incrementan en la base del cerebro y en el hipocampo. Se ha establecido

Se ha establecido que la acción de los estrógenos en el cerebro de la mujer incluye un efecto directo de membrana, efectos de regulación de la sinaptogénesis y de la conectividad de la arquitectura neuronal, y modulación de las enzimas cerebrales específicas; se ha establecido además, que hay diferencias de género biológicas en el envejecimiento cerebral que son más acentuadas en las áreas del encéfalo afectadas por la enfermedad de Alzheimer, como ocurre, por ejemplo, en el Neocortex.

Por otra parte, la terapia hormonal de reemplazo en mujeres postmenopáusicas disminuye la prevalencia de síntomas depresivos, enfermedad de Alzheimer y disminución de la memoria. Las bases biológicas de estos efectos continúan en su mayor parte siendo un enigma, pero podría intervenir regulando el envejecimiento de los sistemas neurobiológicos del cerebro, relacionados con las más altas funciones cognitivas y anímicas.

Efectos protectores y neurotróficos de los estrógenos en el cerebro

Se ha podido, eso sí, dilucidar algunos de los efectos protectores y neurotróficos de los estrógenos en el cerebro afectado por la enfermedad de Alzheimer y estos implican el crecimiento de neuritas, promoción de la sinaptogénesis, aumento de la cantidad de colina acetil transferasa en neuronas colinérgicas, incremento de la expresión de neurotrofinas, activación del mecanismo de procesamiento no amiloidogénico de la proteína precursora del amiloide, y protección del daño y muerte celular inducidos por estrés oxidativo. Además, después de controlar variables demográficas, psicosociales y médicas se ha visto que la mujer está tres veces más propensa que el hombre a desarrollar demencia. Las células cerebrales son particularmente vulnerables al daño causado por los radicales libres, dado el alto consumo de oxígeno del cerebro y porque las membranas celulares del sistema nervioso central tienen niveles elevados de ácidos

además que el 17- β estradiol desarrolla efectos protectores sobre las neuronas colinérgicas, induciendo a su vez la expresión de neurotrofinas.

La prevención del deterioro cognitivo y de la demencia tipo Alzheimer por acción de los estrógenos, estaría determinada por un efecto de la terapia estrogénica sobre el sistema colinérgico –sistema esencial en la función cognitiva– que se encuentra disminuido en las pacientes con enfermedad de Alzheimer. El aumento del marcador colinérgico, colina acetil transferasa en el cerebro basal anterior, que se produce después de la administración de estrógenos, es uno de los efectos más notables de esta hormona. En este contexto, la terapia de reemplazo con estrógenos podría ayudar a prevenir el aumento de las demencias observadas en la etapa de postmenopausia.

Los ovarios diferencian y mantienen la función cerebral, no sólo desde el punto de vista de la acción gonadal y del comportamiento sexual, sino además en características propias de protección neuronal, crecimiento de axones y desarrollo de sistemas metabólicos anti estrés oxidativo. El estrés oxidativo provoca un daño mediado por radicales libres, y relacionado con patologías neurodegenerativas como la aterosclerosis, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis lateral amiotrófica.

Los esteroides sexuales, a través de receptores, han demostrado su relación y sus importantes efectos sobre el ánimo, la conducta alimentaria, el sueño, la actividad motora y, primordialmente, sobre las funciones cognitivas y sensoriales. Su disminución, como ocurre en la insuficiencia estrogénica por procesos funcionales o por ooforectomía durante la vida fértil, o en la falla ovárica climática, determina una probabilidad mayor de patologías como la enfermedad de Parkinson o la demencia tipo Alzheimer. Los efectos del hipoestrogenismo sobre el sistema

nervioso central, se evidencian clínicamente en la depresión al inicio de la pubertad, la depresión postparto, el síndrome premenstrual y la sintomatología psiconeuroendocrina durante el climaterio.

El sistema nervioso central como efector hormonal

Se produce a través del mecanismo de acción clásico de los esteroides sexuales, mediado por receptores específicos intranucleares, también conocido como mecanismo genómico. Las hormonas ingresan a la célula blanco por medio de la membrana citoplasmática, donde se realiza la unión de éstas a los receptores específicos ubicados en el citoplasma. Este complejo hormona-receptor se dirige hacia el núcleo e induce modificaciones en la transcripción genética. Este mecanismo, que fue originalmente descrito en los tejidos periféricos, es similar en las células del sistema nervioso central. Se ha postulado que el cerebro de la mujer es distinto al del hombre, con receptores de estrógenos en el sistema nervioso central, que tienen una especificidad semejante a la descrita en el útero.

El sistema nervioso central es un efector de las hormonas esteroideas que posee receptores altamente específicos para estrógenos, progesterona y andrógenos. Las áreas en que se ha demostrado una mayor densidad de receptores estrogénicos son: corteza, sistema límbico, hipocampo, cerebelo, locus ceruleus, hipotálamo, amígdala y área preóptica.

La progesterona y los andrógenos tienen receptores con una distribución similar a la de los estrógenos. Su estudio presenta dificultades difíciles de sortear, como son la rápida metabolización de la progesterona y sus derivados en el sistema nervioso central; y en relación a los andrógenos, la presencia de aromatasas cerebrales que metabolizan con gran rapidez andrógenos a estrógenos.

Los péptidos hipotalámicos

Los neurotransmisores son esenciales en múltiples funciones del sistema nervioso central y participan en la regulación de las funciones neuroendocrinas. Estudios en ratas sugieren que durante el climaterio, el hipoestrogenismo resultante de la falla ovárica determina una reducción de la biodisponibilidad de neurotransmisores, principalmente los niveles de adrenalina, acetilcolina, histamina, glutamato, aspartato, glicina, beta alanina, taurina, oxitocina y vasopresina.

Se ha podido establecer el rol directo de ciertos péptidos hipotalámicos sobre las funciones psiconeuroendocrinas que varían durante el ciclo menstrual y su concordancia con la variación de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona. Así, la serotonina tendría relación específica con las siguientes funciones cerebrales: sueño, depresión, ansiedad, memoria, apetito, conducta y comportamiento sexual; la adrenalina con la temperatura corporal, el ánimo y la depresión; la dopamina con el comportamiento sexual, el ánimo, la memoria y la conducta; las beta endorfinas con la sensación de bienestar y dolor; y el neuropéptido Y con la conducta sexual y alimentaria, y el ciclo de sueño-vigilia.

Las hormonas estrogénicas pueden corregir positivamente la concentración de neurotransmisores en un organismo privado de estrógenos, a través de variar su síntesis, liberación y cata-

bolismo en diversas áreas del sistema nervioso central. Este mecanismo se explica porque la producción de las enzimas biosintéticas y catabólicas, que participan en el metabolismo de los neurotransmisores, está regulada por el nivel de estrógenos circulantes. Cuanto mayor es la concentración de neurotransmisores en el sistema nervioso central, mejor se desarrollan las funciones neurobiológicas.

Los nuevos conceptos

Después de todas las descripciones precedentes, debe quedar establecido que el cerebro es un órgano efector de las hormonas esteroideas con receptores altamente específicos que permiten a dichas hormonas modificar las funciones de todo el sistema nervioso central y periférico, a través de la regulación de la concentración de neurotransmisores y de enzimas.

Pero ahora, se deben agregar nuevos conceptos: el cerebro, los nervios periféricos y las células de la glía tienen la capacidad de sintetizar neuroesteroides a partir del colesterol y constituirse en una fuente productora. El término neuroesteroide no designa una clase o tipo particular de esteroide sino que hace referencia al sitio de síntesis. Por ejemplo, la progesterona es una hormona producida por los ovarios y la glándula suprarrenal, pero también es considerada un neuroesteroide porque puede sintetizarse en el cerebro y nervios periféricos. El sistema nervioso está provisto de las enzimas necesarias para sintetizar esteroides a partir del colesterol, como la citocromo P-450 y la 3 beta dehidrogenasa. Lo que sí no está claro aún, es cuál es la interacción entre los esteroides circulantes y los neuroesteroides ni cuáles son los efectos fisiológicos y preventivos de estos neuroesteroides.

La hipótesis de que la terapia hormonal de reemplazo protege a la mujer del riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer, aunque abre grandes expectativas, no está aún probada. Faltan, indudablemente, trabajos prospectivos que logren establecer cómo los estrógenos pueden intervenir en su prevención o progresión. Los estudios epidemiológicos son los más estimulantes, pese a que se prevé un sesgo, por las diferencias en las características demográficas y de estilos de vida entre las usuarias y no usuarias de estrógenos.

En resumen

El mayor conocimiento de los mecanismos descritos permitirá revertir las alteraciones causadas por el hipoestrogenismo en el sistema de neurotransmisión, tanto en sus funciones enzimáticas y no enzimáticas, para proteger contra los trastornos funcionales psiconeuroendocrinos que ocurren en la vida fértil y en el climaterio; y posterior y eventualmente contra el fenómeno de estrés oxidativo, de deterioro cognitivo y de demencia tipo Alzheimer, estableciendo una importante diferencia entre el hombre y la mujer en el proceso fisiológico del envejecimiento cerebral.

Existen antecedentes sobre este dimorfismo sexual del cerebro desde hace varios años. Esto significa que un cerebro impregnado por estrógenos, tiene un modo diferente de interpretar el mundo que un cerebro que se ha desarrollado bajo la influencia de andrógenos y estrógenos; por lo que el desarrollo cognitivo y emocional del hombre y la mujer son diferentes. Este es un hecho biológico y cultural que sólo recientemente ha sido realmente considerado por la comunidad científica internacional. ■

Problemas psicológicos asociados a la histerectomía

Los problemas psicológicos derivados de la histerectomía son materia de preocupación permanente tanto entre los médicos como entre las pacientes. La creencia de que la depresión aumenta después de la histerectomía no se ha comprobado en estudios recientes. Por el contrario, se ha demostrado que la patología psicológica es mayor antes que después de la histerectomía, debido a alteraciones emocionales motivadas por la patología por la cual se indica la cirugía. Así, el ánimo mejora en la mayoría de las pacientes después de la histerectomía, pero siempre se mantiene una morbilidad psicológica mayor que en una población femenina control de la misma edad. La causa de la morbilidad psicológica después de la histerectomía se puede explicar por la preexistencia de una enfermedad psiquiátrica que se



Dr. Sergio Cheviakoff
Facultad de Medicina
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico Universidad de Chile

agrava por el estrés de la cirugía. En forma similar, en pacientes muy ansiosas o con personalidad neurótica la histerectomía puede causar una crisis emocional con preocupación por la pérdida de la femineidad, del potencial reproductivo y de la disminución de la sexualidad. La histerectomía se puede asociar a falla hormonal ovárica, especialmente si se extirpan los ovarios. En estos casos, si no se indica una THR adecuada, la sintomatología psicológica puede ser importante. A continuación se revisarán las conclusiones de diferentes publicaciones de los últimos 30 años que dicen relación con este tema.

Estudios retrospectivos

La incidencia de depresión después de la histerectomía varía entre un 30 a 70% en estudios antiguos hasta el 4 a 7% en publicaciones recientes. La falta de diseño y metodología de las investigaciones puede explicar la mayoría de los hallazgos discrepantes. La mayor limitación de los estudios antiguos es su carácter retrospectivo sin que se conociera el estado mental preoperatorio de las pacientes, su estado hormonal, si existía o no ooforectomía y si se practicaba THR.

Estudios prospectivos

Estos estudios han demostrado que la morbilidad psicológica antes de la histerectomía (16 a 58%) es mayor que en una población femenina de control (6 a 14%). Sin embargo, un estudio reciente comparado con un estudio antiguo de un mismo grupo de investigadores, ha demostrado una baja importante en la morbilidad psicológica pre histerectomía en el primer estudio. Esto se explica porque en el estudio antiguo las pacientes premenopáusicas, que eran una importante proporción del número total, no recibían THR y esto aumentaba el porcentaje de morbilidad psicológica. Por el contrario, en el estudio más reciente, la mayoría de las pacientes recibían THR y esto provocaba una disminución de la patología.

Después de la histerectomía, el ánimo mejora en la mayoría de las pacientes y la patología psicológica se reduce un 50%. Sin embargo, la incidencia de una depresión residual de 8 a 32% es similar a la de estudios retrospectivos y levemente mayor que la de la población de mujeres del grupo control.

Naturaleza de la morbilidad psicológica

En la mayoría de los estudios, la depresión fue el problema más frecuente. Los estudios retrospectivos mostraron un aumento de depresión, agitación e

insomnio, ansiedad no específica y problemas psicosomáticos y de comportamiento sexual. Los estudios prospectivos demostraron, antes de la histerectomía, depresión o ansiedad siendo la proporción de estos síntomas variables en los diferentes estudios. Las anomalías psicológicas antes de la histerectomía, pueden deberse a un estado de ansiedad o estrés transitorio antes de la operación, pero también pueden ser causadas por trastornos psicológicos preexistentes o secundarios a síntomas ginecológicos como menstruaciones dolorosas o dolor pelviano crónico.

Se ha descrito que la incidencia de los 10 más frecuentes síndromes psicológicos detectados por el PSE (Present State Examination) antes de la histerectomía es más alta que en la población general. Estos son: preocupación, ánimo depresivo, aspectos somáticos de depresión, tensión, irritabilidad, ansiedad general, ansiedad ante ciertas situaciones, falta de energía, falta de interés y concentración y malestar social. Dieciocho meses después de la histerectomía todos estos síndromes se mantienen, excepto el ánimo deprimido, la irritabilidad y el malestar social que mejoran con el alivio de los síntomas ginecológicos. Así, en muchos pacientes puede haber persistencia de síntomas preexistentes aunque se hayan sometido a histerectomía.

rectomía es más alta que en la población general. Estos son: preocupación, ánimo depresivo, aspectos somáticos de depresión, tensión, irritabilidad, ansiedad general, ansiedad ante ciertas situaciones, falta de energía, falta de interés y concentración y malestar social. Dieciocho meses después de la histerectomía todos estos síndromes se mantienen, excepto el ánimo deprimido, la irritabilidad y el malestar social que mejoran con el alivio de los síntomas ginecológicos. Así, en muchos pacientes puede haber persistencia de síntomas preexistentes aunque se hayan sometido a histerectomía.

Etiología de los trastornos psicológicos

Hay varias teorías para explicar la alta incidencia de morbilidad psicológica antes y después de la histerectomía. Algunas de ellas han probado ser falsas. También se ha demostrado que algunas patologías que preceden a la histerectomía no se modifican después de ellas. También la morbilidad, después de la histerectomía, puede ser de origen hormonal.

Para algunas mujeres el útero es un símbolo de femineidad. El cese de la menstruación y la pérdida de la capacidad reproductiva se percibe como ser menos mujeres. También las pacientes se pueden sentir mutiladas con aparición de depresión, agresividad y pérdida de la autoestima. Sin embargo, estudios prospectivos han demostrado que el 80% de las mujeres, después de la histerectomía, no tienen sentimientos de pérdida de la femineidad.

Respuesta al estrés

Se ha postulado que la histerectomía es un evento estresante que puede desencadenar una crisis del bienestar emocional. Las pacientes con mayor riesgo de respuesta de estrés serán las que tienen niveles altos de ansiedad, deseos de mantener la posibilidad de descendencia, riesgo de ruptura matrimonial o preocupación sobre la función sexual. Sin embargo, esta hipótesis ha sido parcialmente desvirtuada por los hallazgos de una reducción de la ansiedad y la tensión después de la histerectomía y de la existencia de un grado de estrés similar al de una esterilización o de una colecistectomía. Así, la extirpación del útero no parece estar asociada a un mayor riesgo de estrés que el que se presenta en la cirugía de la esfera no reproductiva.

Problemas psicosexuales

Varios estudios prospectivos han demostrado que después de la histerectomía no existe cambio o hay mejoría de la actividad sexual. Esta mejoría puede ser resultado de la ausencia de temor a un embarazo no deseado, o a

la solución de problemas ginecológicos que podrían haber disminuido la libido antes de la operación. Por otra parte, se ha descrito que el temor a una disfunción sexual está asociado significativamente a una alteración postoperatoria de la función sexual.

Enfermedad psiquiátrica preexistente

La historia de enfermedad psiquiátrica es un factor predictivo importante de un resultado psicológico adverso después de la histerectomía. La depresión pre histerectomía que persiste después de la operación (31 a 64%) es más frecuente que la depresión que aparece después de la operación (8 a 14%).

Síntomas ginecológicos

En consultas ginecológicas se observa una alta prevalencia de morbilidad psicológica especialmente en mujeres con menorragia, dolor pélvico y otras condiciones por las cuales se indica la histerectomía. No debe sorprender que las menstruaciones dolorosas, el síndrome premenstrual y la jaqueca durante la menstruación desencadenan depresión en muchas mujeres. La mejoría del humor y la disminución de la morbilidad psiquiátrica después de la histerectomía son en gran parte debidas al alivio de los síntomas ginecológicos. Sin embargo, los síntomas cíclicos del síndrome de tensión premenstrual están relacionados con la función ovárica y pueden persistir después de la histerectomía con conservación de los ovarios.

Deficiencia de hormonas ováricas

La falla hormonal ovárica puede ser la causa de la morbilidad psicológica post-histerectomía. Esto es muy claro en el caso que se practique ooforectomía junto a la histerectomía. Por otra parte, la mayor incidencia de síntomas psicológicos en pacientes que son controladas por períodos largos, comparados con pacientes controladas por períodos cortos, sugieren que los síntomas se deben a una falla ovárica progresiva. Antes de la histerectomía, en las pacientes con THR es frecuente la depresión cíclica inducida por la progesterona. La histerectomía evita la necesidad de administrar progesterona para la protección endometrial y, por lo tanto, la administración sola de estrógenos mejora el ánimo y la adhesividad a la THR. Por último, es importante señalar que en las pacientes histerectomizadas y ooforectomizadas es necesario reemplazar no solamente los estrógenos sino que también los andrógenos. La ausencia de estos últimos puede provocar la aparición o agravar los síntomas depresivos.

Factores de riesgos de la depresión post-histerectomía

La influencia de la paridad, estado marital y nivel socioeconómico no son factores de riesgos para desarrollar trastornos psicológicos post-histerectomía. Sin embargo, la depresión es más común en pacientes con educación limitada que tienen falsos conceptos sobre la función del útero. La indicación de histerectomía no influye en el estado psicológico después de la intervención.

Como ya fue señalado, la incidencia de depresión es más alta cuando existe ooforectomía bilateral que cuando se conservan los ovarios. Esta diferencia no existe si se administra una THR adecuada.

Las pacientes muy nerviosas y ansiosas son particularmente vulnerables a la depresión antes y después de la histerectomía. También, las pacientes dependientes y poco asertivas son de alto riesgo. El estado mental preoperatorio y el ánimo influyen significativamente en el estado psicológico después de la histerectomía. Así, las pacientes con depresión preoperatoria frecuentemente mantienen su estado después de la operación. Antecedentes de consultas al psiquiatra y una historia familiar de enfermedades psiquiátricas también se asocian a un estado psicológico postoperatorio alterado.

Medidas preventivas

Es obvio señalar que la decisión de efectuar la histerectomía debe estar

claramente fundamentada. La ooforectomía debe practicarse cuando la paciente es mayor de 45 a 50 años o cuando exista patología ovárica. Una información detallada sobre la histerectomía y las alternativas de tratamiento, cuando existen, permitirá a la paciente analizar los riesgos y beneficios de la intervención y tomar su decisión sobre el tratamiento. Sin embargo, efectos psicológicos adversos pueden ser difíciles de evitar, especialmente en paciente con rasgos de personalidad predisponentes, que tengan respuesta depresiva a eventos estresantes previos o una historia de enfermedad psiquiátrica.

Consejos psicosexuales

Las pacientes deben educarse para que entiendan y acepten la necesidad de tratamiento. Debe darse la oportunidad que comuniquen y discutan sus sentimientos y preocupaciones con el médico, enfermera o idealmente con un psicólogo conocedor del tema. La inclusión del esposo en la explicación de la intervención y de su posible efecto en la sexualidad son de gran ayuda por el apoyo y tranquilidad que le puede brindar a su esposa.

Papel de la THR

La función ovárica debe ser estudiada antes de la histerectomía para detectar una deficiencia hormonal como posible causa de depresión. Las mujeres premenopáusicas sometidas a histerectomía con conservación de ovarios deben tener estudios endocrinológicos periódicos (cada 6 meses) para detectar declinaciones de la función ovárica. Si los ovarios se extirpan junto al útero, la THR debe comenzarse en el postoperatorio inmediato y en lo posible administrar estrógenos con andrógenos o esteroides que tengan acción estrogénica y androgénica. Los estrógenos mejoran el ánimo al suprimir los síntomas vasomotores, el insomnio y la dispareunia. También se ha descrito un efecto tónico dosis dependiente sobre el sistema nervioso central aún en la ausencia de síntomas climatéricos.

La testosterona actúa en forma sinérgica con los estrógenos en el tratamiento de la depresión que responde a la terapia hormonal. Su efecto terapéutico es parcialmente debido a sus propiedades anabólicas y energizantes pero también debido a la mejoría del comportamiento sexual, lo cual indirectamente mejora el ánimo. La testosterona asociada a estrógenos es más efectiva que los estrógenos solos, tanto en pacientes con histerectomía sola como en casos en que se ha agregado la ooforectomía.

Conclusiones

A pesar de que los estudios antiguos eran contradictorios, aquellos más recientes han demostrado que la histerectomía por sí sola no es causa de alteraciones psicológicas. La mayor incidencia de depresión y ansiedad antes de la histerectomía es la respuesta a problemas ginecológicos prolongados o a trastornos previos psicosociales o de personalidad. Así, los efectos terapéuticos de la histerectomía incluyen tanto la cura de los síntomas físicos como la mejoría de la morbilidad psicológica.

Es muy rara la aparición de depresión después de la histerectomía en mujeres psicológicamente estables. Sin embargo, es poco probable que un trastorno psicológico preexistente se resuelva después de la histerectomía.

Con una apropiada selección de casos, una evaluación psiquiátrica y adecuados consejos preoperatorios se puede prevenir muchos casos de morbilidad psicológica post-histerectomía.

La falla hormonal ovárica es una causa posible de síntomas psicológicos y debe ser tratada después de la histerectomía. La combinación de estrógenos y testosterona o el uso de fármacos con acción estrogénica y androgénica son de elección para mejorar el estado psicológico después de la histerectomía con o sin ooforectomía. ■

Responsabilidad médica y la proliferación de demandas por responsabilidad civil y penal



Dr. Jaime Garrido Cerón
Facultad de Medicina
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico Universidad de Chile

Durante siglos la actividad médica se ha rodeado de un halo de magia y de prestigio social que la ha puesto, más que muchas otras, a relativo resguardo de culpa. En consideración a un trabajo que está relacionado con la vida y la salud, dos valores tan caros para el ser humano, el médico se ha visto investido de una autoridad ante su paciente, fundada en la más incondicional confianza.

Esta confianza ha sido recíproca, ya que es natural la necesidad de las personas de confiar en quien ha depositado el cuidado de su salud o su vida, y por otra parte, la necesidad del médico de actuar sin recelo a fin de conseguir un buen resultado.

La proliferación de querellas contra los médicos

Lamentablemente, esta clave de la relación médico-paciente se ha visto interferida por hechos que fomentan la proliferación de querellas contra los médicos cuando los resultados no corresponden a las expectativas, hecho prácticamente desconocido hace 20 años.

Algunos factores condicionantes de este fenómeno podrían ser:

- La conciencia creciente del público de que existe el derecho a exigir un resultado favorable y a decidir respecto a su propio cuerpo.
- La naturaleza no infalible de la medicina ni del médico.
- La tendencia de la medicina a ser cada vez más invasiva, audaz y compleja.
- Los elevados costos de los procedimientos y terapias que gravan al paciente y a su familia muchas veces más allá de sus posibilidades.
- Los limitados recursos económicos, tecnológicos y humanos en algunos establecimientos de salud.
- La práctica médica sin la especialización necesaria.
- El intento de algunas personas y de algunos médicos de obtener beneficios económicos a través de demandas injustificadas por un lado, y de actuaciones poco profesionales o abiertamente antiéticas por otro.
- La mala relación médico-médico, que resulta en que con frecuencia detrás de cada demanda contra un médico, exista la opinión imprudente y casi siempre mal informada de un colega.
- El desconocimiento frecuente por parte de los médicos de su responsabilidad ante la ley.
- La tendencia mundial de parte de algunas compañías de seguros y de algunos estudios jurídicos en convertir este tema en un negocio lucrativo.

En el caso particular de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, se puede agregar que:

- El parto para el público es un acontecimiento natural, no una enfermedad, y por lo tanto son mayores las expectativas de buenos resultados, en un suceso que por otra parte involucra a dos personajes, la madre y su hijo.
- La embarazada puede contraer cualquier patología del adulto común más la patología propia del embarazo.
- Con el desarrollo de la medicina y cirugía fetales, cada vez se invade más el "claustrero materno".

- La ginecología a su vez se ha desarrollado sumando a los métodos ginecológicos tradicionales el complejo estudio y tratamiento de los cuadros oncológicos, de infertilidad, climaterio y otros, e incorporando métodos no tradicionales como laparoscopia, microcirugía, quimioterapia, hormonoterapia, etc.

- Además, tanto en obstetricia como en ginecología existen todos los riesgos quirúrgicos y anestésicos inherentes a una especialidad quirúrgica.

El resultado de esto es que se ha convertido a muchas especialidades en actividades de alto riesgo; la obligación de la contratación de seguros; la solicitud de más exámenes para respaldar cada actuación médica; un deterioro progresivo de la relación médico-paciente en la que subyace la desconfianza, y un encarecimiento de la medicina.

La Lex Artis

En Chile el médico puede ser demandado por responsabilidad civil y penal. La primera es de intención reparativa, se basa en la obligación de reparar un daño producido, lo que casi siempre se traduce en una indemnización de tipo económico. La responsabilidad penal es de tipo punitivo, es la comunidad que castiga un hecho indeseable con el fin de que no se repita.

El médico está obligado a actuar según la "Lex Artis" –del latín ley del arte– o uso y costumbre de la actividad. También está obligado a actuar según lo que se desprende de la expresión inglesa "State of the Art" –el estado actualizado del arte médico–. No está obligado a actuar más allá de lo que las circunstancias o los recursos disponibles se lo permitan, tampoco está obligado a obtener resultados favorables siempre, sino que a efectuar lo técnicamente correcto para lograrlo.

El acto médico puede constituir cuasidelito y existir culpa cuando se comprueba alguna infracción al deber de cuidado, como:

- a) Negligencia, o dejar de hacer algo en beneficio del paciente.

- b) Imprudencia, o aumentar el riesgo del paciente innecesariamente.
- c) Impericia, o actuar sin tener conocimientos o habilidades requeridos.
- d) Incumplimiento de reglamentos.

Las demandas

En una revisión efectuada en nuestro país por el autor y colaboradores, la especialidad de Obstetricia y Ginecología resultó con el 20.3% de los casos de demandas llegadas al Servicio Médico Legal. La revisión abarcó de 1991 a 1998 y comprendió 764 casos de todas las especialidades. Nuestra especialidad presentó 155 demandas, de las cuales el 80% correspondían a casos obstétricos y 20% a ginecológicos.

Las complicaciones más frecuentes que llevaron a la querrela fueron: muerte de la paciente (28 casos), cuerpo extraño (10 casos) y lesión de órganos vecinos (8 casos). El mayor número de muertes se relacionó con anemia aguda y sepsis.

En el caso de daño fetal, hubo 26 muertes y otros tantos casos de sufrimiento fetal que terminaron en 20 casos de muerte del recién nacido, 8 casos de daño cerebral y 4 casos de parálisis braquial.

Las culpas más invocadas en las demandas fueron: cuasidelito de homicidio del hijo 44 casos; cuasidelito de homicidio del binomio madre-hijo, 2 casos; cuasidelito de homicidio de la paciente, 26 casos; cuasidelito de lesiones graves del hijo, 20 casos; cuasidelito de lesiones graves a la paciente, 61 casos; delito de homicidio (aborto) 3 casos.

Las intervenciones obstétricas más frecuentes fueron: operación cesárea, 55 casos; parto vaginal espontáneo, 30 casos; y parto con fórceps, 11 casos; y las ginecológicas: histerectomía y anexectomía.

Recomendaciones para evitar o revertir la tendencia a las querellas

Si hubiera que aventurar recomendaciones para evitar o revertir la tendencia de las querellas, habría que mencionar que los médicos deberían:

- Conocer y aceptar la responsabilidad que tienen ante el paciente y ante la ley y actuar conforme a la "Lex Artis" y según "The State of the Art".
- Conocer las leyes que inciden en su trabajo y los códigos éticos nacionales e internacionales que rigen la profesión. Esto supone que aquellos deberían formar parte del curriculum obligado en la formación de los médicos, y ser motivo constante de su cultivo individual y colectivo en el seno de las asociaciones profesionales.
- Actuar con acabado conocimiento y destreza técnica, lo que tiene relación con la necesidad de especialización, con el reconocimiento de los límites de cada especialidad y con el perfeccionamiento constante.
- Satisfacer el derecho de cada paciente y su familia a ser informado, en un lenguaje comprensible, de la naturaleza de su enfermedad, y de optar entre las alternativas terapéuticas, asumiendo los riesgos inherentes. Esto en gran medida supone el establecimiento de una relación positiva y de confianza mutua entre el médico y su paciente.
- Ser cuidadoso en la anotación en la ficha clínica y en la solicitud y conservación de los exámenes y métodos de auxilio diagnóstico. Ellos constituyen documentos públicos que llegado el caso pueden resultar incriminatorios o un elemento de defensa judicial.

Acaecida la querrela, sus efectos podrían aminorarse si se dispone de un

seguro contra mala práctica, el cual es prudente mantener en forma reservada.

En la especialidad de Obstetricia y Ginecología las querellas tienden a concentrarse en los mismos cuadros gineco-obstétricos y perinatológicos que tradicionalmente han causado la mayor morbilidad y mortalidad: hemorragia, infección, eclampsia y sufrimiento fetal.

El entrenamiento de los gineco-obstetras no puede omitir el trabajo en un centro de urgencia con alta demanda asistencial, que permita aprender el manejo de las graves complicaciones de la especialidad como la hemorragia, la rotura uterina, la placenta acreta, el desprendimiento de placenta normoinserta, los trastornos de la coagulación, el shock, así como las técnicas quirúrgicas indicadas, histerectomía, ligaduras arteriales, etc.

El manejo de las infecciones debe incluir su prevención, el correcto uso de los antibióticos en su forma profiláctica y terapéutica, el tratamiento de la sepsis y del shock séptico, así como el manejo quirúrgico de las infecciones, histerectomía, anexectomía, manejo de abscesos, peritonitis, etc.

El tratamiento del síndrome hipertensivo del embarazo requiere del manejo, no sólo de la eclampsia, sino que de su prevención, y de las repercusiones sobre el feto: retardo del crecimiento, desprendimiento de la placenta, sufrimiento y muerte fetal.

Por su parte los establecimientos asistenciales de salud, deberían contar con los especialistas y los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para el buen desempeño médico, lo que incluye la posibilidad de acceso a unidades de atención compleja de adultos y neonatos.

La existencia de normas diagnósticas, terapéuticas y de procedimiento, nacionales o institucionales, pueden ser de ayuda para uniformar criterios y evaluar la experiencia acumulada, a la vez que constituyen una guía en la actividad médica en tanto estén actualizadas, se las conozca y se las respete.

La responsabilidad médica

En el problema de la responsabilidad médica, los médicos nos sentimos tratados en forma injusta. En la inmensa mayoría de los casos actuamos pretendiendo entregar lo mejor, sin embargo sentimos que nuestra actividad discurre por una senda estrecha flanqueada por dos abismos, la negligencia y la imprudencia.

La posibilidad de un cambio se vislumbra como lenta por involucrar un cambio cultural, y el restablecimiento de la confianza mutua como base de la relación médico-paciente es un logro que involucra a toda la sociedad.

No podemos pretender estar libres de pacientes que deseen lucrar con una desgracia, o de médicos que actúen dando la espalda a principios esenciales, si estamos inmersos en una sociedad en la que predomina el afán de lucro.

Si queremos médicos éticos y abnegados, abogados que persigan la justicia, pacientes conscientes de sus derechos, pero que tengan y supongan buena fe, debemos contribuir a la construcción de la "moris", las costumbres o moral de nuestra sociedad, ya que las leyes en último término, no son más que el reflejo de las costumbres de una sociedad en una determinada época. ■

El mercado de las hormonas en Latinoamérica

El mercado del climaterio ha experimentado —junto con el aumento de la población de mujeres mayores de 50 años y el aumento de la expectativa de vida y las campañas de salud pública— un crecimiento sostenido con ventas de 224 millones de unidades en 1994 y con una expectativa de venta de 405 millones de unidades hacia fin de siglo, con un porcentaje de crecimiento esperado del 50 % entre 1996 y el año 2000.

La prevalencia de la THR en Latinoamérica es muy baja pero va en continuo aumento; en 1990 sólo el 2,8 % de las mujeres recibían THR, en 1996 la recibían un 5,9 % y se espera que al término de este año 2000 lo haga un 9,6 % de la población de mujeres postmenopáusicas.

El acceso de la población a la THR

Las mujeres que habitualmente usan THR en Latinoamérica son las de clases más afluentes económicamente, con un 18 % de prevalencia, pero la oferta de variadas presentaciones y la competencia han permitido el acceso de esta terapia a la clase media, la que muestra un aumento de uso de THR desde el año 1994 a la fecha.

Cuando analizamos el comportamiento del mercado mundial según las diferentes formas galénicas, podemos observar que los tratamientos orales son la primera preferencia, con un crecimiento que se duplicará entre 1994 y el 2000, crecimiento que también se observará en las formas transdérmicas, pero éste no alcanzará a duplicarse en dicho plazo; los inyectables y geles mantendrán sus niveles de participación.

El mejoramiento de las condiciones económicas, sociales y culturales permitirá que en el año 2000 la población de clase social baja se reduzca en un 5 %, con el consiguiente aumento de la clase media, lo que permitirá un mayor acceso de la población a la THR.

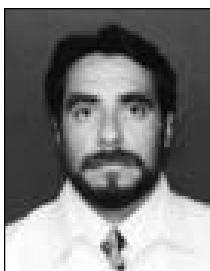
En Latinoamérica el aumento previsto del consumo de productos para la THR será mayor en proporción que a nivel mundial, con un incremento de 16,1 millones de unidades en 1994 a 37,5 millones de unidades en este año 2000, lo que representa un porcentaje de crecimiento del 70 % en este período de tiempo.

Los productos más vendidos

Las terapias de mayor prescripción en Latinoamérica son las orales con el 72 % de las preferencias; las terapias transdérmicas y las inyectables comparten cada una un 13 % de las prescripciones. Hacia el año 2000 se espera que las terapias orales mantengan su liderazgo con un pequeño incremento, mientras que las inyectables y los parches permanecerán estables con alrededor del 12 % de las elecciones terapéuticas.

En Latinoamérica los productos más vendidos de las compañías innovadoras son: Conpremin, Climene, Femiderm, Gynodian Depot, Ovestin y Livial. El porcentaje de participación por productos en el mercado latinoamericano de las distintas compañías farmacéuticas es el siguiente: Wyeth 31,5 %, Schering 15,1 %, Organon 9,2 % y Ciba 7,5 %.

Las principales prescripciones en los países latinoamericanos son a saber estrógenos conjugados solos, una asociación de valerianato de estradiol y acetato de ciproterona, un progestágeno, estrógenos trans-



Dr. Manuel Parra Armendáris
Facultad de Medicina
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico Universidad de Chile

dérmicos y finalmente la asociación estrógenos conjugados con medroxiprogesterona y/o valerato de estradiol con medroxiprogesterona.

El análisis del origen de las prescripciones nos muestra que un 27 % de éstas son hechas por médicos generales y un 70 % por gineco-obstetras, razón por la que se debe capacitar en forma seria a los primeros, para que sus prescripciones sean las adecuadas a cada paciente y se establezcan normas claras de derivación a los especialistas.

El punto de vista médico y de las usuarias

Desde el punto de vista del médico, se ve una clara preferencia por el uso de tratamientos hormonales orales combinados y que en la clase médica se ha creado una conciencia creciente para tratar a las mujeres postmenopáusicas teniendo en consideración factores de prevención de riesgos como el óseo y el cardiovascular.

Desde el punto de vista de las usuarias, éstas —a través de los medios de comunicación— se han familiarizado con el tema de la menopausia, transformándose éste en un tema de consulta frecuente con su médico y han tomado conciencia de los riesgos que se asocian a esta etapa de la vida. La relativa baja adhesividad a la THR —sólo el 30% de las mujeres que inician una THR permanecen en ella por más de 12 meses— indica que a las mujeres menopáusicas les hace falta tomar conciencia de que este tratamiento debe tener continuidad en el tiempo para ser realmente efectivo en términos de prevención de patologías asociadas al hipostrogenismo.

El médico ha tomado una actitud positiva frente a esta población, faltando aún definir cuál es el tratamiento o combinación ideal para el manejo de este grupo de mujeres ya que cada una de las diferentes terapias tiene sus puntos positivos, por lo que la THR se debe adaptar y ajustar a cada mujer en particular. Este será el desafío para los próximos años.

Debemos hacer hincapié en la conveniencia social de permitir el acceso a la THR a toda mujer postmenopáusica y luchar por cambiar en los médicos y en las usuarias el temor a las hormonas, así como cambiar las creencias conservadoras sobre el climaterio en la gran masa de población autóctona, para que la cobertura del 10 % en el año 2000 pueda ser cercana al 50 % en el año 2030.

En conclusión

El aumento de la esperanza de vida, junto con la evolución demográfica mundial y latinoamericana, han permitido que el climaterio y la THR sean temas de interés real en las mujeres. Lamentablemente la THR hoy en día la pueden afrontar sólo las mujeres de clase social media y alta. Los gobiernos deben tomar las medidas necesarias para que se amplíe la cobertura terapéutica a aquellas mujeres de clase socioeconómica baja —la mayoría— que no pueden pagar la THR de su bolsillo, ya que es bien sabido que ésta actúa eficazmente en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis y probablemente, como preventiva de la enfermedad de Alzheimer, patologías de alto costo para los gobiernos. ■

Análisis crítico de trabajos científicos

La Sociedad Chilena de Climaterio no tiene posición oficial frente a determinadas controversias o medicamentos. Los artículos publicados son de responsabilidad de cada autor.

1. Diferencias entre hombres y mujeres en la evolución y pronóstico del infarto agudo del miocardio en hospitales chilenos.

Grupo de Estudio Multicéntrico del Infarto (GEMI). Depto. de Estudios Multicéntrico, Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Resumen presentado al XXXVI Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Relator: Dr. Juan Carlos Prieto.

Abstract

El registro del infarto agudo del miocardio en Chile durante el período 1993-1995 reveló una mayor mortalidad en mujeres respecto a hombres (19,5 vs 11,1%). Mediante análisis de regresión logística, se obtuvo que el género femenino constituía por sí solo un factor de riesgo para morir por infarto agudo del miocardio.

Objetivo: Evaluar en el registro del infarto efectuado en el período 1997-1998, si existe mejoría en el pronóstico del infarto agudo del miocardio en la mujer.

Método: Entre mayo de 1997 y diciembre de 1998, se efectuó un registro prospectivo de los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto agudo del miocardio en 35 hospitales de Santiago y Regiones. Se incluyeron las características demográficas, el tratamiento y la evolución intrahospitalaria del infarto agudo del miocardio.

Resultados: Se obtuvo información de 1981 pacientes con diagnóstico de infarto agudo del miocardio. Las mujeres correspondieron al 24,6% de los pacientes. La edad promedio de presentación del infarto agudo del miocardio fue significativamente superior en mujeres respecto a los hombres (68,8 +12 vs 60,2 +19 años; $p < 0,001$). Los factores de riesgo más prevalentes en mujeres fueron: Hipertensión arterial (63 vs 44%; $p < 0,001$), diabetes (32 vs 22%; $p < 0,01$), obesidad (30 vs 20%; $p < 0,001$). El tabaquismo en cambio fue más prevalente en hombres (31 vs 54%; $p < 0,001$).

Los fármacos empleados con menor frecuencia en mujeres fueron: heparina i.v. (49 vs 57%; $p < 0,004$); beta-bloqueadores (49 vs 57%; $p < 0,008$) inhibidores ECA (48 vs 54; $p < 0,001$), trombolíticos (29 vs 35%; $p < 0,01$). Ninguno de los fármacos fue empleado con mayor frecuencia en mujeres.

La angioplastia primaria se efectuó en el 10,5% de los hombres y en el 7,2% de las mujeres (p ns). Las complicaciones del infarto agudo del miocardio que fueron significativamente más frecuentes en mujeres fueron ruptura ventricular (2,1 vs 0,8%; $p < 0,01$), comunicación interventricular (3,0 vs 0,7%; $p < 0,001$), angor post infarto agudo del miocardio (19,2 vs 13%; $p < 0,001$) e insuficiencia cardíaca (27 vs 17%; $p < 0,001$).

La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en mujeres respecto a los hombres (17,1% vs 8,7%; $P < 0,001$).

Conclusión: A pesar de una reducción de la mortalidad global del infarto agudo del miocardio, se mantiene el mayor riesgo de morir por infarto en las mujeres en relación a los hombres. Al igual que el registro 93-95, las mujeres reciben con menor frecuencia las terapias útiles para el manejo del infarto.

Análisis crítico

Estos datos obtenidos de hospitales chilenos son concordantes con la publicación de Peter Collins (En: Stevenson J. Ed.: Hormone Replacement Therapy and the Cardiovascular System.

Recent Advances. The Medicine Group Journal Ltd. UK. 1994) que a las mujeres se les practican menos angiografías coronarias que a los hombres, incluso en presencia de un test de esfuerzo positivo; que son referidas al especialista en grados más avanzados de la enfermedad que los hombres y que demoran más que los hombres en ser admitidas en servicios de cardiocirugía para su tratamiento; y que durante su hospitalización, hay menos tendencia a practicarles procedimientos diagnósticos invasivos, terapia anticoagulante y cirugía coronaria. Además las hipertensas tienen mayor riesgo de enfermedad coronaria que los hipertensos de la misma edad.

En diversos centros del mundo el porcentaje de angioplastías coronarias o de cirugías de by-pass post infarto, es significativamente mayor en hombres que en mujeres, lo que establece un sesgo en las intervenciones relacionado con el sexo del paciente; con el resultado esperado de que las mujeres presentan una mayor mortalidad después de ambas intervenciones, fundamentalmente porque ellas tienden a ser de mayor edad y con un mayor daño cardíaco que los hombres por la derivación tardía, con un consiguiente daño más severo de las arterias coronarias. Los datos ingleses establecen que la mortalidad al año post infarto del miocardio es de alrededor de 40% para las mujeres y de 30% para los hombres.

Considerando que las mujeres que desarrollan una enfermedad coronaria tienen peor pronóstico que los hombres, porque presentan daño más severo que ellos, con menores síntomas, y son referidas más tardíamente, se hace indispensable difundir los interesantes resultados del trabajo del grupo GEMI en Chile, principalmente entre los médicos chilenos y las autoridades de salud, como una forma de contribuir a revertir esta situación discriminatoria para la mujer chilena.

Dr. Oscar González Campos

2. Terapia de Reemplazo Hormonal y riesgo de fractura de cadera: efecto modificado por fumar tabaco, beber alcohol, actividad física e Índice Masa Corporal.

Hoidrup S; Gronbaek M; Pedersen AT; Lauritze JB; Gottschau A; Schroll M. The Copenhagen Center for Prospective Population Studies, Danish Epidemiology Center at the Institute of Preventive Medicine, Copenhagen University Hospital, Denmark. Am J Epidemiol. 1999;150: 1085-93.

Abstract

Se estudian en forma prospectiva 6.159 mujeres post menopáusicas en el Centro para Estudios Prospectivos de Población en Copenhague. Seguidas desde 1986-88 hasta 1993 (5-7 años), durante el seguimiento ocurrieron 363 fracturas de cadera, todas eran usuarias de THR.

Las actuales usuarias tuvieron un más bajo riesgo que las no usuarias R.R. 0,71 (C.I. 95% 0,50-1,01) Las ex fumadoras un R.R. 0,55, las actuales fumadoras un R.R. 0,61, las nunca fumadoras un R.R. 1,10. Las bebedoras de alcohol R.R. 0,36, las abstemias R.R. 0,99, las sedentarias R.R. 0,42, las activas físicamente R.R. 0,92. No se encontró diferencias de las que tomaban terapia en relación a I.M.C.

Conclusión: El efecto protector de la THR sobre la fractura de cue-

llo de fémur, parece no perderse en mujeres que aún fuman, aún beben alcohol y no hacen ejercicio. Los hábitos y el comportamiento agregan importante información sobre el grado de prevención.

Análisis crítico

Este artículo muestra una conclusión absolutamente distinta a lo que clásicamente hemos visto, podría hasta hacer revisar todos nuestros conceptos sobre el daño que podemos hacer sobre el riesgo de fractura si lo analizáramos sólo así tal como lo presentamos. Este tiene la fortaleza de ser un trabajo prospectivo, de un centro de reconocida autoridad, un equipo investigador de seriedad y experiencia indiscutida y un exigente comité editorial.

Nos indica al menos que los factores que inciden en la masa ósea y el riesgo de fractura obedecen a numerosos factores, quizás los más relevantes sean genéticos ya que vemos y hemos comentado cómo grupos con una ingesta de calcio mucho menos que las recomendaciones internacionales, presentan tasas de fracturas significativamente menores a las esperadas (Ingesta de Calcio en escolares chilenos Muzzo, Leiva y Cols. INTA, Chile) Otro importante es la ingesta de proteínas de origen animal, factor que favorece la pérdida de calcio, las posibilidades de caídas, etc.

Dr. Arturo Brandt Alvear

3. Tabaquismo y efectos sobre la función menstrual

Windham GC, Elkin EP, Swan SH, et al. Obstet Gynecol 1999, 93(1): 59-65.

Abstract

El objetivo de este estudio fue analizar la relación existente entre el tabaquismo y la función menstrual. Durante el período 1990 a 1991, 408 mujeres recogieron orina a diario durante uno a siete ciclos menstruales, realizaron anotaciones diarias y rellenaron cuestionarios detallados. Las participantes fueron principalmente de raza blanca (75%), multíparas y con un nivel cultural elevado, con una media de edad de 31 años. Sus anotaciones diarias indicaron que el 10% fumaba uno o más cigarrillos al día y que, en comparación con las no fumadoras, las fumadoras mostraron tener un nivel cultural más bajo, consumir más bebidas alcohólicas y con cafeína, así como haber tenido un mayor número de embarazos y abortos previos. Se calculó el número de años paquetes a lo largo de la vida en las fumadoras actuales y en las ex fumadoras a partir de la cantidad normal y la duración del hábito de fumar, comunicadas en la entrevista basal.

Analizamos las duraciones medias del segmento y de la fase folicular y las clasificamos en base a los percentiles 5 y 95 de sus distribuciones. Para medir la variabilidad menstrual, se calculó la desviación estándar intraindividual y el rango (máximo-menos-mínimo) de las duraciones de segmento, fase folicular, fase lútea y menstruación para cada mujer con al menos dos segmentos completos. El tabaquismo importante (> 20 cigarrillos al día) se asoció a un riesgo casi cuatro veces superior de un segmento corto (< 25 días) que las no fumadoras (odds ratio ajustada [ORA]=3,8; límites de confianza [LC] del 95%, 1,1, 12,7). La duración media del segmento fue, por término medio, 2,6 días más corta en el tabaquismo importante, en comparación al no tabaquismo (LC del 95%, 0,14, 5,0), debido casi enteramente a un acortamiento de la fase folicular. Las mujeres que fumaban un promedio de > 10 cigarrillos al día presentaban duraciones del segmento y de la menstruación significativamente más variables que las no fumadoras. Basados en cifras reducidas, los datos también indicaron un riesgo posiblemente aumentado de anovulación y una fase lútea corta (< 11 días) con un hábito de fumar más intenso. Las ex fumadoras con > 10 años paquete al día de exposición presentaron más probabilidades de tener segmentos cortos (ORA = 3,0; LC del 95%, 0,86, 10,4) y de tener una fase lútea corta (LC 11 días) que aquellas

mujeres que nunca habían fumado. La duración media de su segmento era aproximadamente 1 día menos que el de las mujeres que nunca habían sido fumadoras.

Estos resultados indican que las fumadoras presentan variaciones en la función del ciclo menstrual, en comparación con las no fumadoras, con algunos patrones dosis-respuesta, que pueden persistir después de dejar de fumar. Los efectos del tabaquismo sobre el ciclo menstrual observados en este estudio pueden explicar, en parte, las asociaciones del tabaquismo con otras variables de valoración de la reproducción, como la subfertilidad y la menopausia precoz.

Análisis crítico

Este artículo demuestra que el tabaquismo ejerce un efecto adverso sobre el ciclo menstrual regular y la ovulación; sin embargo, los datos no son concluyentes en cuanto al efecto sobre la infertilidad y el inicio de la menopausia. Es sabido que el humo del cigarrillo es un tóxico conocido para el desarrollo. Se ha observado también que el tabaquismo se asocia a desenlaces adversos en la función reproductora como infertilidad, subfertilidad y a una edad menor de menopausia. Además, un número reducido de estudios ha sugerido aumentos en los trastornos menstruales, como oligomenorrea y períodos irregulares, asociados al tabaquismo, con un efecto intermedio entre las ex fumadoras.

Una de las limitaciones del estudio fue el tamaño reducido de la muestra para algunas variables de valoración, considerando además, que las mujeres que accedieron a participar pueden no reflejar la población general y es probable que se excluyeran las anomalías menstruales más extremas debido a diversas cuestiones relacionadas con el diseño del estudio. Aun así, este trabajo, a través de mediciones biológicas, demuestra claramente que las fumadoras tienen más probabilidades que las no fumadoras de presentar menstruaciones irregulares y menstruación anormal. Los datos indican también que parte de estos efectos persisten en las ex fumadoras que han tenido una exposición importante al tabaco.

Se hacen indispensables más estudios prospectivos para establecer la influencia del tabaquismo sobre la función reproductora, la infertilidad y el inicio de la menopausia, así como para determinar el mecanismo a través del cual ejerce su acción sobre la función menstrual, especialmente en adolescentes.

Dr. Oscar González Campos

4. Terapia de Reemplazo con Estrógeno o Estrógeno-Progestina y riesgo de cáncer de mama.

Catherine Shaires, PhD, Jay Lubin, PhD, Rebecca Trisi, ScD, Susan Sturgeon, Dr Ph, Louise Brinton, PhD, Robert Hoover, MD. JAMA. 2000;283:485-91.

Abstract

Con el ánimo de estudiar si el agregado de progestina modifica el riesgo de contraer cáncer de mama, los autores siguen durante una media de 12,3 años (16-1) una cohorte de 46.355 mujeres (473.687 años/mujer) con un promedio de inicio de 58 años. 42 % sin uso de hormonas, 38 % sólo estrógeno, 15 % estrógeno más progestina y un 5 % no precisado. Durante el período se identificaron 2.082 casos, entre las no usuarias fueron 761 R.R. 1 (referencia) estrógeno únicamente 805 R.R. 1.1, estrógeno más progestina exclusivamente 101 R.R. 1.3, períodos alternado de estrógeno sólo y estrógeno más progestina 162 R.R. 1.2, progestina solo 11 R.R. 0.9. El riesgo relativo fue de 0.01 anual para las usuarias de estrógenos solo el que se intensificó a 0.08 anual para el grupo de estrógeno más progestina. Todo esto ajustado a edad de la menopausia, I.M.C. educación y edad.

En mujeres de I.M.C de < 24,4 el incremento anual para el grupo de estrógeno sólo fue de 0.03 y de 0.12 para el grupo de estrógeno más progestina. Esta asociación fue más evidente para la mayoría de los tumores invasores con histología ductal. Para mujeres de I.M.C. > 24.4 fue de 0.01 y de 0.04 respectivamente (no significativo).

Conclusión: Estos datos sugieren que el régimen estrógeno progestina incrementa el riesgo de cáncer de mama, más que con el uso de estrógeno solo.

Análisis crítico

Este trabajo se agrega a los muchos y quizás sea comprobatorio de que el agregar una progestina al tratamiento de sustitución estrogénica con el fin de proteger el endometrio aumenta el riesgo de contraer un cáncer de mama, contradiciendo la idea de que los progestágenos protegen la mama, sobre todo teniendo presente las publicaciones de Barry Wren de Australia, que incluso trata esta patología con altas dosis de progestina (50 mrs diarios de MPA). En todo caso es una llamada de atención para cuando tengamos que ofrecer a una paciente un tratamiento sustitutivo y la necesidad de controles adecuados.

Dr Arturo Brandt Alvear

5. Reemplazo con estrógenos y estrógeno-andrógenos en mujeres postmenopáusicas insatisfechas con terapias con estrógenos solos: comportamiento sexual y respuestas neuroendocrinas.

Sarrel P, Dobay B, Wiita B. *J Reprod Med* 1998;43:847-856.

Abstract

El presente estudio fue realizado con el objetivo de determinar el efecto sobre la función sexual de los estrógenos esterificados, solos o combinados con metiltestosterona oral en mujeres postmenopáusicas que ya recibían una estrogenoterapia adecuada.

Se seleccionaron 20 mujeres postmenopáusicas para realizar un ensayo aleatorizado prospectivo a doble ciego, en el que recibieron estrógenos esterificados orales (1,25 mg.) más metiltestosterona (2,5 mg.). Las mujeres habían estado utilizando estrogenoterapia, pero se sentían insatisfechas con su tratamiento actual. El tratamiento con las medicaciones en estudio duró 8 semanas después de un periodo de introducción a simple ciego con placebo. Se midieron los niveles plasmáticos de estradiol, estrona, globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y endorfinas, en condiciones basales y a intervalos de 2 a 4 semanas. Se obtuvo información sobre la vida sexual de las pacientes empleando un cuestionario.

Se observó una disminución significativa en los niveles de SHBG en las mujeres que recibieron estrógenos esterificados más metiltestosterona, sin observarse ningún cambio en las mujeres que recibieron estrógenos solos. Los niveles plasmáticos de estradiol y de estrona disminuyeron en comparación con las concentraciones circulantes existentes con los tratamientos previos con estrógenos solos. Las mujeres que recibieron estrógenos esterificados más metiltestosterona comunicaron un aumento significativo de la sensibilidad y deseo sexuales después de 4 y 8 semanas, en comparación con sus niveles de sensibilidad y deseo sexuales en la entrevista de evaluación inicial, cuando tomaban estrógenos solos. Las mujeres asignadas a recibir estrógenos esterificados sin andrógenos no mostraron ningún cambio en la sensibilidad o deseo sexuales respecto a cuando empleaban previamente estrógenos solos.

Los niveles plasmáticos de estradiol en pacientes aleatorizadas para recibir estrógenos esterificados disminuyeron desde 106,6

± 6,31 pg/ml. durante el tratamiento previo con estrógenos o estrógenos-progestágenos hasta 70 ± 31 pg/ml durante el tratamiento con estrógenos esterificados y de 63,7 ± 51,8 pg/ml a 47 ± 23,3 pg/ml en las pacientes que recibían estrógenos-andrógenos, respectivamente, después de 8 semanas de tratamiento. La SHBG aumentó marcadamente en el grupo tratado con estrógenos, pero disminuyó notablemente en el grupo tratado con estrógenos-andrógenos. Esta disminución en la SHBG y el consiguiente aumento en los esteroides libres (estrógenos y andrógenos) podrían explicar los efectos beneficiosos del tratamiento combinado con estrógenos-andrógenos; los tejidos sensibles a las hormonas en el sistema nervioso y en el tracto genital presentarían una mayor disponibilidad de esteroides endógenos, además de los esteroides administrados exógenamente. Esto lleva a la conclusión de que los andrógenos desempeñan un papel importante en el deseo y en la respuesta sexuales y que deberían ser considerados una parte integrante de la THR.

Análisis Crítico

La disminución de la libido es una de las quejas más frecuentes de las mujeres postmenopáusicas, pero a pesar de una sustitución estrogénica adecuada, un grupo considerable de mujeres continúan refiriendo una libido disminuida junto con otros síntomas menopáusicos. Varios investigadores han comunicado que la adición de andrógenos a la estrogenoterapia ejerce un efecto más beneficioso sobre la libido que la administración de estrógenos solos. Esto es especialmente cierto en las mujeres que han experimentado menopausia quirúrgica con extirpación de los ovarios. Se ha llevado a cabo un número reducido de estudios en mujeres que ya están recibiendo estrogenoterapia y que siguen refiriendo un deseo y una función sexuales inadecuados. Una prueba indirecta a favor de estos conceptos la constituye la disminución entre el 33% y 46% en la respuesta sexual que se produce en las mujeres después de una menopausia quirúrgica.

El diseño de este estudio es interesante y aporta datos a lo ya publicado anteriormente, ya que analiza la función sexual después de añadir andrógenos a mujeres postmenopáusicas que ya están recibiendo estrógenos, pero que expresan una insatisfacción subjetiva respecto a su libido, su satisfacción sexual y frecuencia de relaciones sexuales. Aunque existe una evidencia amplia que corrobora la existencia de una relación entre la función sexual y los estrógenos y andrógenos endógenos en mujeres premenopáusicas y perimenopáusicas no tratadas, no se dispone de datos suficientes que la respalden en las mujeres postmenopáusicas que reciben THR.

En este estudio se observó una mejoría significativa en la satisfacción sexual, la libido y la frecuencia de relaciones sexuales en las pacientes tratadas con una combinación de estrógenos-andrógenos después de 8 semanas, en comparación con las pacientes tratadas con estrógenos solos o combinados con progestágenos. Los cambios de interés son los niveles de estradiol y SHBG. Los autores son de la opinión de que la mejoría en la función sexual se debe a los andrógenos administrados o a la mayor disponibilidad de andrógenos endógenos y exógenos debido a la disminución significativa en la SHBG. Sorprendentemente, los autores no profundizan en los niveles disminuidos de estradiol en ambos grupos de pacientes después de 8 semanas de administración oral.

Este estudio respalda la administración de andrógenos para mejorar la función sexual; y debería ser siempre una consideración pertinente en la paciente con menopausia quirúrgica.

Dr. Oscar González Campos

Dr. Oscar González Campos
 Director Boletín Sociedad Chilena de Climaterio
 Santiago de Chile.

Estimado Dr. González:

Nuestra revista, "Climacteric- The journal of the International Menopause Society" necesita de la ayuda del Boletín de la Sociedad Chilena de Climaterio, para darse a conocer entre los médicos interesados.

La International Menopause Society publica su Revista Climacteric, órgano Oficial de la International Menopause Society en conjunto con The International Health Foundation.

La Revista se publica, en nombre de la International Menopause Society, por The Parthenon Publishing Group (Londres y Nueva York). Climacteric pertenece íntegramente a la International Menopause Society, quien dicta y controla totalmente sus políticas editoriales. La suscripción vale £ 75.00 ó US\$ 135.00 por 4 números anuales, y puede hacerse a The Parthenon Publishing Group. Casterton Hall, Carnforth, Lancashire LA6 2LA, UK. Fax: (015242) 71587; o a: One Blue Hill Plaza, PO Box 1564, Pearl River, New York 10965, USA. Fax: (914) 735 1385.

Le saluda con afecto,

MONIQUE BOULET

Executive Director

International Menopause Society

116, Av. de Broqueville, Bte 2, 1200 Brussels, Belgium
 Telephone: (02) 772 2183 - Fax: (02) 762 4295

Dr. Eugenio Arteaga
 Presidente
 Sociedad Chilena de Climaterio

Estimado Dr. Arteaga:

Schering de Chile S.A. está organizando un Simposium Internacional, el que se efectuará el día 19 de octubre en Casapiedra-Santiago: Endocepción un concepto nuevo en Anticoncepción.

En él participarán como expositores el Profesor Dr. Carl Gustaf Nilsson del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Helsinki, Finlandia y el Profesor Dr. Luis Bahamondes de la Universidad de Campinas, Brasil.

Para que este Simposium tenga el realce apropiado, es que solicitamos el patrocinio de la prestigiosa institución que Ud. dirige. Ello contribuirá a dar el marco apropiado de importancia y trascendencia que este Simposium tendrá para la salud reproductiva de la población chilena.

Cordiales saludos,

SR. U. SEIKOWSKI Y DR. M. PARRA
 SCHERING DE CHILE S.A.

(N de la R):

Por acuerdo del Directorio, se respondió afirmativamente a estas dos últimas solicitudes.

Dr. Eugenio Arteaga
 Presidente Sociedad Chilena de Climaterio
 Presente

Estimado Dr. Arteaga:

Con fecha 24 de abril de 2000 mediante resolución N° 2196 el ISP resolvió lo siguiente: **MODIFIQUENSE** los rótulos de todos los productos farmacéuticos formulados a base de estrógenos conjugados sintéticos, en el sentido de establecer que el principio activo corresponde a estrógenos conjugados sintéticos y de eliminar de los textos, expresiones tales como estrógenos conjugados naturales o de equino o cualquier otra frase que induzca a confusión. Otórgase un plazo máximo de 120 días, contados a partir de la fecha de la presente resolución, para agotar los stocks de rótulos de los productos que no cumplen actualmente con estas exigencias. (Documento adjunto).

A través de la presente queremos solicitar a usted, en calidad de presidente de la sociedad científica que se relaciona con esta materia, la postura oficial de la Sociedad Chilena de Climaterio con respecto a la resolución dictada por este Instituto.

Sin otro particular, le saluda atentamente.

DR. GERARDO CUEVAS
 Departamento Control Nacional
 Instituto de Salud Pública

(N de la R):

Nuestra Sociedad por acuerdo del Directorio, respondió a esta carta dando su posición oficial, apoyando la resolución y las políticas sobre información para los usuarios adoptada por el ISP.

Dr. Eugenio Arteaga
 Presidente
 Sociedad Chilena de Climaterio

Estimado Dr. Arteaga:

Con el objeto de solicitar el auspicio de la Sociedad Chilena de Climaterio, tengo el agrado de enviarle el programa del Curso de Educación Continuada Mujeres 2.000, para los gineco-obstetras y profesionales relacionados con nuestra clínica. Este se realizará bajo la dirección del suscrito en los salones del hotel Radisson Royal de Santiago, los días 4 y 5 de agosto próximo y cuenta con el respaldo de la dirección médica de Clínica Dávila, y el auspicio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

Le saluda y agradece atentamente,

DR. EDUARDO OSORIO FUENZALIDA
 Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología
 Clínica Dávila



**MANAGEMENT OF THE MENOPAUSE
THE HANDBOOK OF THE BRITISH
MENOPAUSE SOCIETY**

BMS Publications Ltd. London, UK.

Editores: Dra. Margaret Rees, Dr. David W. Purdie

Este libro interesa de principio a fin al lector, presentando en forma didáctica los efectos fisiológicos de deterioro de la falla ovárica postmenopáusica, los problemas resueltos y con igual claridad, las dificultades que ofrecen los

muchos problemas hoy pendientes.

Se consideran aquí los métodos de evaluación y diagnóstico, considerando que su campo de referencia es vasto incluyendo a médicos generales, ginecólogos, endocrinólogos, reumatólogos, cardiólogos, geriatras, oncólogos, etc., en un campo de rápido desarrollo, con diversidad de aproximaciones y escuelas, lo que puede explicar las discrepancias que todavía existen entre distintos especialistas.

Se discute en forma muy compendiada la menopausia y su acción esencialmente en la calidad de vida, enfatizando que los efectos a largo plazo de la THR retardan o previenen definitivamente el desarrollo de patologías que, sin tratamiento, comprometen gravemente el futuro de la mujer. Este libro revisa minuciosamente las evidencias y discute sus consecuencias, principalmente con la intención de propender a un consenso y guía para el médico clínico; y junto con ello controvertir con hechos la actitud negativa de muchos medios de comunicación que enfatizan las complicaciones. Todo esto sin omitir las preguntas que aún permanecen sin respuesta; y la eficacia, efectos secundarios y seguridad real de los distintos esquemas.



**THE PRESCRIBER'S GUIDE TO
HORMONE REPLACEMENT THERAPY**

The Parthenon Publishing Group Limited. London, U.K.

Editor: Dr. Malcolm Whitehead

Publicado en Inglaterra, éste es un tratado que, junto con proporcionar una visión panorámica, logra ofrecer una visión de conjunto del estado actual de las intervenciones de tratamiento médico de las patologías específicas relacionadas con la menopausia.

Las contribuciones de destacados especialistas europeos y norteamericanos aportan un material de referencia actualizado y de gran utilidad para el clínico. Junto con ella la unidad temática de cada capítulo, que sobrepasa los límites de las especialidades de sus autores, promueve a nivel de los colegas la importancia de considerar la patología postmenopáusica en forma multidisciplinaria.

Así, se exponen y confrontan, en sus 17 capítulos, las experiencias adquiridas desde distintas perspectivas, renovando en determinadas materias su actualidad, y haciendo hincapié en los aspectos útiles para su manejo en la práctica clínica.



MENOPAUSE GUIDEBOOK

Helping You Make Informed Healthcare Decisions At Midlife

NAMS Editions. Cleveland, Ohio, USA.

NAMS Education Committee

Este texto analiza en forma clara y precisa, los aspectos físicos, psicológicos, sexuales y sociales de la mujer en la pre, peri y post menopausia. Se comentan con gran rigor la influencia de la alimentación y de los estilos de vida, haciendo especial énfasis sobre sus efectos en la enfermedad cardiovascular, osteoporosis y cáncer. Se discute

además los roles de los distintos tipos de terapias, y los beneficios, efectos colaterales y riesgos derivados del uso de las hormonas de reemplazo; incluyendo además un capítulo sobre los efectos de los tratamientos desde el punto de vista de la paciente.

Los médicos de todas la especialidades encontrarán información y orientación en este libro, cuyo carácter mantiene los postulados de racionalizar y humanizar cada vez más la actitud médica frente a la mujer. ■

Santiago

7 de julio-30 de septiembre de 2000

V Curso de Educación Continua en Medicina Interna

Auditorio Exequiel González Cortés

Hospital Clínico Universidad de Chile

Informaciones :

Sra. Elisa Carreño

Teléfono: 678 8238

Fax: 777 7618

Santiago

4-5 de agosto de 2000

VIII Congreso de la Sociedad Chilena de Osteología

y Metabolismo Mineral

Auditorio: Hotel Hyatt

Informaciones:

Teléfono: 251 9004 251 9005

Santiago

29-30 de septiembre de 2000

Departamento de Obstetricia y Ginecología

Hospital Clínico Universidad de Chile

Seminario "Andrógenos y Antiandrógenos en la práctica clínica"

Auditorio: Hotel Director

Informaciones:

Dr. Sergio Cheviakoff y Dra. Patricia Aliaga

Teléfono: 737 5325

Chicago, USA

15-18 de junio de 2000

World Congress on Osteoporosis 2000

Informaciones:

National Osteoporosis Foundation

Fax: 1 (202) 223 22 37

E-mail: wco2000@nof.org

Exeter, UK.

6-7 de julio de 2000

British Menopause Society annual meeting

Exeter University.

Informaciones:

Mr. F.A. Patterson

British Menopause Society

36 West Street

Marlow, Bucks, SL7 2NB, UK

Fax: 44-1628-474042

Orlando, Florida. USA.

7-9 de septiembre de 2000

11th North American Menopause Society Annual Meeting

Walt Disney World Dolphin.

Informaciones:

NAMS. P.O. box: 94527

Cleveland, Ohio 44101, USA.

Fax: (1 440) 442-2660

Toronto, Canada.

22-26 de septiembre de 2000

22th American Society for Bone and Mineral

Research Annual Meeting

Informaciones:

ASBMR.

Fax: (202) 857-1102

"Menopausia y Longevidad" y Climacteric

Presentamos la reseña del libro "Menopausia y Longevidad. Perspectiva Clínica y Epidemiológica en Latinoamérica", publicada en la importante revista Climacteric-The journal of the International Menopause Society (Climacteric 1999;2:243).

Menopausia y Longevidad. Perspectiva Clínica y Epidemiológica en Latinoamérica. Editado por O. González Campos, E. Arteaga Urzúa y P. Contreras Castro.

Publicado por La Sociedad Chilena de Climaterio ISBN: 956-288-038-9

Este libro, escrito en español, representa una fuente actualizada de información sobre la menopausia y ofrece una perspectiva clara sobre la salud de las mujeres climacterias en esa región del mundo.

Las contribuciones de 33 profesionales que trabajan en diferentes países sudamericanos, perfeccionan el valor de este libro, porque a través de su trabajo y experiencia aportan un enfoque multi-cultural en el manejo de las mujeres postmenopáusicas en estos países.

Cuatro puntos principales ofrece este libro que merecen la atención de los profesionales de la salud, especialmente de aquellos que ejercen en América Latina.

Primero, existe la necesidad real y diaria de tratar a las mujeres climacterias con un enfoque holístico y multidisciplinario. Se necesita una comprensión clara de lo que les está sucediendo a las mujeres durante el período del climaterio, no sólo desde el punto de vista de las consecuencias del hipoestrogenismo, sino también de las consecuencias culturales y sociales de la menopausia y del proceso del envejecimiento.

El segundo, y estrechamente relacionado con el punto previo, es el hecho de que el aumento de la expectativa de vida, especialmente de las mujeres, elevará las necesidades de atención en salud de las mujeres mayores en las próximas décadas. Elaborar e implementar estrategias para prevenir y tratar las causas de morbilidad, incapacidad y mortalidad femenina, tal como la enfermedad cardiovascular, el cáncer de mama, osteoporosis y enfermedad de Alzheimer, es una preocupación importante de la salud pública, para la mayoría de los países de todo el mundo.

El tercero, es la necesidad de unir esfuerzos, unificando criterios y logrando consensos internacionales sobre qué es lo óptimo para mejorar y mantener la salud de las mujeres postmenopáusicas.

Finalmente, pero no de menor importancia, es la necesidad de alcanzar el derecho a la salud de las mujeres menopáusicas sudamericanas.

Los médicos generales, ginecólogos y otros profesionales de la salud encontrarán que este libro es una gran ayuda para el manejo de las mujeres climacterias. Ofrece valiosos puntos de vista para la comprensión de lo que la menopausia puede realmente significar y el impacto que este cambio puede tener, ayudando por lo tanto a mejorar la relación médico-paciente en este período especial de la vida de las mujeres.

Las bases fisiopatológicas de la enfermedad cardiovascular, osteoporosis, enfermedad de Alzheimer, el cáncer de mama y endometrial se revisan con la finalidad de comprender como, con las estrategias disponibles, se pueden prevenir y tratar estas patologías.

Adicionalmente, la evidencia clínica disponible de los beneficios y los riesgos posibles asociados con el uso de estas estrategias, principalmente con la terapia de reemplazo hormonal, se presenta de un modo objetivo y claro.

Además se dan esquemas y recomendaciones prácticas sobre cómo personalizar estos tratamientos para que las mujeres puedan encontrar respuesta a sus necesidades individuales en el cuidado de su salud.

Los autores pueden estar muy orgullosos de su contribución a la salud de las mujeres climacterias latinoamericanas. Recomendamos fuertemente este libro a los profesionales de la salud que trabajan con estas mujeres, y que creen que ellas merecen la mejor salud pública disponible; y que estiman que hoy la información es esencial para proveer tal salud pública.

Día Internacional de la Mujer Menopáusica

El 18 de octubre de 2000, se celebrará en todo el mundo el Día Internacional de la Mujer Menopáusica, patrocinado por la International Menopause Society.

La Sociedad Chilena de Climaterio ha designado al Dr. Oscar González Campos para que organice la celebración de este día en Chile. El programa incluye reuniones con mujeres pertenecientes a SERNAM, conferencias a los profesionales de atención primaria de los consultorios del país y folletería para el público general con difusión a través de la prensa en Santiago y provincias.

Esperamos contar con la participación de nuestros socios para dar realce a la primera celebración del "Día Internacional de la Menopausia" en el mundo.

Visite nuestra página Web

¿Sabía usted que nuestra página Web es una de las seis páginas en el mundo dedicadas a climaterio? Aun más, es la primera página Web en Latinoamérica y apareció antes que la propia de la International Menopause Society.

El Dr. Patricio Contreras Castro ha trabajado intensamente, con gran esfuerzo y rigor, en la preparación de esta página Web, que además de actualizar y sistematizar la información, presenta en forma atractiva para los médicos de todas las especialidades la producción científica de nuestra sociedad sobre Climaterio y Envejecimiento.

Por lo tanto invitamos a nuestros lectores a www.climaterio.cl

Segundo Consenso Nacional sobre Climaterio y Menopausia

El Directorio de la Sociedad ha decidido organizar un Segundo Consenso Nacional sobre Climaterio y Menopausia. Basados en el éxito de la primera edición lanzada en 1995, y que aún circula en las oficinas de muchos colegas, y considerando el notorio avance en los últimos 5 años en este campo del conocimiento, tanto en aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos como terapéuticos, nos ha parecido oportuno actualizar estas normas de consenso. Así, volveremos a ofrecer a nuestros socios y demás colegas interesados en estos temas, una visión moderna sobre el Climaterio femenino y que incorpore los nuevos conceptos sobre medicina basada en evidencias. ■

Sociedad Chilena de Climaterio

Directorio

Presidente

Eugenio Arteaga Urzúa

Vice Presidente

Patricio Contreras Castro

Secretario General

Marcelo Bianchi Poblete

Tesorero

René Montaña Villegas

Directores

Sergio Cheviakoff Zúñiga

Oscar González Campos

Jaime Martínez Chávez

Augusto Tapia Sagredo

Presidente

Arturo Brandt Alvear

Visite nuestra página web: www.climaterio.cl