



Vol. 5, Nº 4 - diciembre de 2000

BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE CLIMATERIO

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

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 Chávez

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	Vocación de Servicio.
Artículos	2	Epidemiología de la Menopausia en Chile, datos útiles para entender el problema.
	4	Efectos demostrados de los Estrógenos Exógenos sobre la Mama.
	5	Biopsias Mamarías Percutáneas: Técnicas e Indicaciones.
	6	Resonancia Nuclear Magnética (RNM) en el diagnóstico del Cáncer Mamario.
	12	Utilidad de Dosis Bajas de Estrógenos y Progestinas en Postmenopausia.
El debate de hoy	7	¿Son confiables los Estudios Observacionales?
	8	Novedades Terapéuticas: Nitroglicerina en Prevención de Osteoporosis.
	9	Tumores Anexiales en la Postmenopausia, ¿Cirugía u Observación?
La Menopausia en Chile	10	Importancia del Hallazgo Ultrasonográfico de Colección Endometrial Líquida en la Postmenopausia.
Revisión bibliográfica	13	Análisis crítico de trabajos científicos.
Cartas	14	De España y Chile.
Actividades Científicas	15	Futuros cursos y congresos.
Libros	15	De Bolivia y Chile.
Nuestra Sociedad	16	Realización del II Consenso en Climaterio. Celebración del Día Mundial de la Menopausia. Apoyo a los Socios. ¿Han visitado la página web de la Sociedad?

Palabras del Presidente

Vocación de Servicio

Dr. Eugenio Arteaga Urzúa

Los que hemos participado activamente en Sociedades Científicas, nos hemos preguntado más de alguna vez cuál es la motivación para hacerlo. Si hiciéramos una encuesta, es probable que obtuviéramos muchas respuestas, pero con toda probabilidad una sería la más recurrente: la vocación de servicio.

La Sociedad Chilena de Climaterio, a nueve años de su fundación, puede sentirse orgullosa pues ha demostrado tener una clara vocación de servicio, expresada en las múltiples instancias docentes que ha patrocinado a lo largo de todo el país. Los que alguna vez hayan organizado un Curso o un Congreso, conocen las horas de dedicación y el costo personal que ello significa.

Pero el accionar de nuestra Sociedad no se ha limitado exclusivamente a lo antes expuesto. Creemos haber sido pioneros en la labor editorial, fruto de la cual hemos publicado 3 libros bajo el alero de Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio, llevamos 5 años de edición trimestral ininterrumpida del Boletín de la Sociedad y hemos sido la primera Sociedad de Climaterio de habla hispana en desarrollar una página web. Este último esfuerzo se



Onofre Jarpa (1849-1940)
Lucía Correa Guzmán
(Pastel)

ha visto recientemente recompensado por un premio internacional.

En el mes de diciembre hemos incorporado otro hito a nuestro desarrollo editorial. A todos nuestros Socios se les ha hecho llegar por correo un disco compacto que contiene información extremadamente útil, como la versión en PDF de los últimos 10 Boletines, una serie de artículos originales in extenso publicados en revistas internacionales, algunos programas de computación, 2 libros completos editados por nuestros Socios, y dos series de diapositivas aparecidas en internet u obsequiadas en Congresos.

Esta última iniciativa, originada en el seno del Directorio y materializada gracias al trabajo incansable de nuestro vicepresidente, que actuó como editor, es una nueva forma de servicio hacia nuestros asociados y un hito en el apoyo a la difusión del conocimiento médico.

Esperamos que nuestros Socios sepan valorar todos estos esfuerzos y colaboren

con la Sociedad manteniendo sus cuotas societarias al día, y permaneciendo en contacto con el Directorio para plantear ideas e inquietudes. Así, nuestros esfuerzos se verán recompensados y podremos seguir augurando un futuro promisorio a la Sociedad Chilena de Climaterio. ■

Epidemiología de la Menopausia en Chile, datos útiles para entender el problema



Dr. Manuel Parra y Dr. René Castro

Para los que se dedican al Climaterio es importante contar con datos fidedignos de la realidad del problema en nuestro país. Es por ello que a partir del presente número del Boletín iniciaremos una serie de publicaciones con datos epidemiológicos nacionales que creemos serán de utilidad.

Como problema para la salud femenina el Climaterio comienza a aparecer en la medida que se prolonga la expectativa de vida, con lo cual el impacto de la deprivación hormonal sobre la fisiología y patología femeninas tiene el tiempo suficiente para expresarse.

El envejecimiento se refiere a los cambios irreversibles, dependientes del tiempo, que ocurren en todos los sistemas biológicos una vez que han alcanzado su vitalidad máxima. El *envejecimiento normal* se refiere a aquellos cambios que le ocurren a todas las personas (p.ej. la menopausia, la involución del timo); el *envejecimiento habitual*, en cambio, se refiere a aquellas enfermedades relacionadas con la edad (p.ej. enfermedades cardiovasculares, que no afectan a todas las personas mayores).

TRANSICIONES EPIDEMIOLÓGICAS EN LA HISTORIA HUMANA

TIPO DE SOCIEDAD	PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
S. Cazadora y Recolectora	Lesiones por agentes externos
S. Agrícola	Enfermedades infecciosas
S. Industrial	Enfermedades cardiovasculares
S. Alta Tecnología	Cánceres
Futuro	Senescencia

Fuente : Health and Mortality. Issues of global concern. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, 1999

La teoría de la *Transición Epidemiológica* describe los cambios evolutivos en diferentes sociedades que pasan de una situación de alta fecundidad y mortalidad, con expectativa de vida corta, con predominio de población joven y de enfermedades transmisibles a otra, de baja fecundidad y mortalidad, con aumento en la expectativa de vida y envejecimiento, y predominancia de enfermedades degenerativas -enfermedades cardíacas y cerebrovascular, cáncer, diabetes, enfermedades metabólicas- o generadas por las personas, "man-made diseases" -accidentes de tránsito, violencia, riesgos ocupacionales, radiaciones, y la introducción de agentes carcinógenos en el medio ambiente a través de procesos industriales, uso de pesticidas e insecticidas, aditivos alimentarios- que afectan especialmente a los grupos de edad media y mayor.

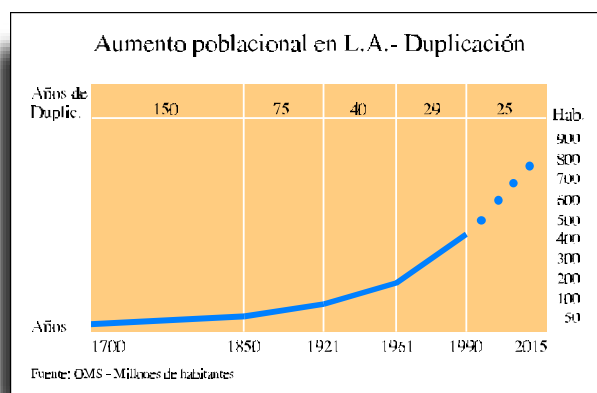
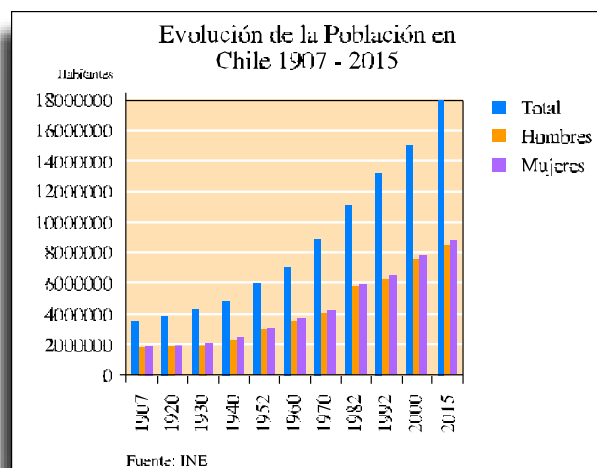
La Transición Epidemiológica se asocia, en forma bidireccional, con el desarrollo económico y social, la industrialización, la

modernización, una mejor educación y, el mejoramiento en la condición de la mujer ("empoderamiento").

Determinantes e Interacciones en la Transición Epidemiológica

1. Transición de Salud: reducción en los determinantes de la mortalidad lleva a un cambio en los patrones de enfermedad, a una mejoría en la sobrevivencia infantil, y a una elevación en la edad media al morir.

2. Transición Demográfica: reducción en la fecundidad y aumento de la longevidad llevan a un cambio en la estructura etaria de la población y con ello, a un cambio en los patrones de morbilidad; en la infancia, predominan las enfermedades infecciosas, en la población más vieja predominan las degenerativas. Así, ambas formas de Transición -Demográfica y de Salud- se influyen mutuamente.



3. Transición en la Atención de Salud y Modificación en los Estilos de Vida: esta influye sobre las 2 modalidades anteriores de Transición. Los cambios de comportamiento han ejercido un significativo efecto en la reducción de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto -E.C.N.T.A.- lo cual lleva a darle mayor importancia a los factores sociales y culturales en la evaluación de los problemas de salud.

El aumento en la longevidad personal constituye una paradoja: las personas viven más, lo cual permite el desarrollo de más patologías crónicas, limitaciones físicas y psicológicas, aislamiento o soledad, depresión y una reducción del status social. En suma, el envejecimiento de la población, una consecuencia inevitable de la T.E., lleva al predominio de estas patologías crónicas, con un significativo incremento en los costos de la seguridad social y de la atención de salud, tanto a nivel personal y familiar como de la sociedad en su conjunto.

Otra paradoja está dada por el hecho que, por una parte, las modificaciones en los estilos de vida y los avances en distintos componentes de la atención de salud (medidas preventivas y curativas - médicas, quirúrgicas), pueden contribuir a reducir los riesgos de morbilidad en la población adulta y adulta mayor, y por otra aparecen nuevos problemas como el abuso de drogas, las muertes asociadas a violencia, enfermedades relacionadas con el stress ("enfermedades emergentes").

Alrededor del 10 % de la población mundial está en el período postmenopáusico y cerca de 25 millones de mujeres en el mundo entero entran en este período cada año.

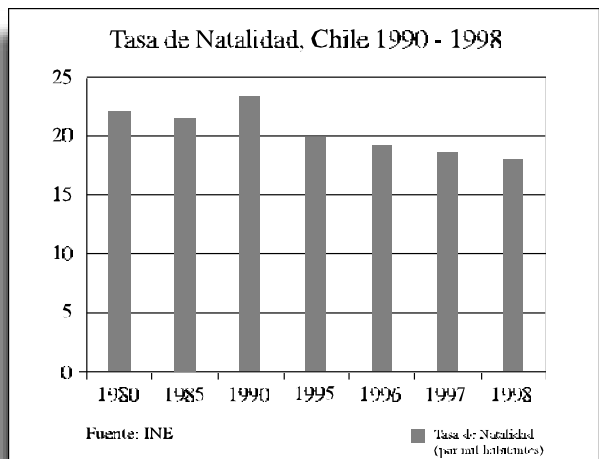
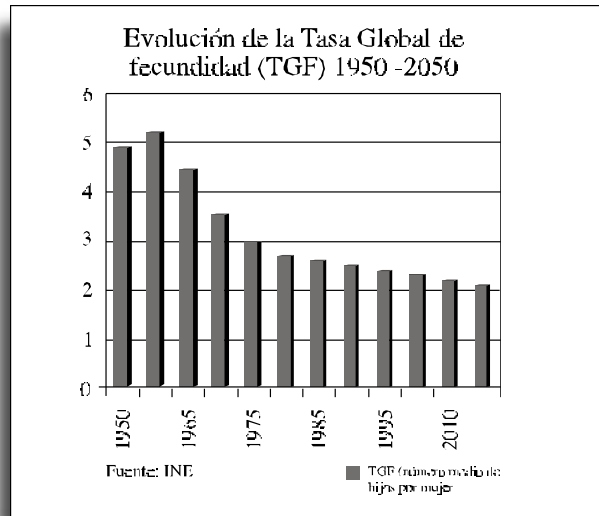
En 1990 la población mundial mayor de 50 años era de aproximadamente 470 millones de mujeres, la que se piensa aumentará a 1200 millones en el año 2030. El porcentaje de mujeres mayores de 50 años se incrementará en todas las regiones del mundo pero es claramente en Latinoamérica en donde se observa el mayor crecimiento: de un 7 % en el año 1990 a un 14.99 % en el año 2030.

La población latinoamericana ha experimentado un constante y acelerado crecimiento de su población desde el año 1700, ésta se ha duplicado en cuatro oportunidades desde esa fecha hasta 1990, año en que la población latinoamericana era de 406 millones de habitantes, de los cuales 31 millones correspondían a mujeres mayores de 50 años. Se espera que una nueva duplicación ocurra hacia el año 2015 en donde cerca de 65 millones corresponderán a mujeres mayores de 50 años.

La evolución de la población en Chile difiere de lo observado en Latinoamérica siendo su tasa de duplicación mucho más lenta, dado que la tasa global de fecundidad en Chile es mucho más baja que la de los otros países de la región, así como la tasa de natalidad.

Entre 1955 y 1962 la fecundidad alcanzó, en Chile, los niveles históricos más altos, algo más de 5 hijos por mujer. Entre 1963 y 1980 aproximadamente, se produjo el descenso más importante, observándose una tendencia a la estabilización en la década 1980 - 1990; desde ese momento y hasta el año 2020 se proyecta un descenso moderado, momento a partir del cual se alcanzará el nivel de reemplazo, lo que quiere decir que cada mujer que haya completado su período fértil será reemplazada por otra. La evolución señalada de la fecundidad y su gran efecto sobre la composición de la población permite pronosticar entre otros efectos una disminución de la población en edades jóvenes; un aumento de la población de edad avanzada y una tendencia a la homogenización

de los volúmenes en los grupos menores de 45 años. Estos cambios generarán importantes efectos sobre las demandas sociales y económicas por parte de contingentes crecientes de población en edades avanzadas, las que deberán considerarse sin menoscabo de los restantes sectores.



ÍNDICE DE VEJEZ Y EDAD MEDIA, CHILE 1950 - 2025

AÑO	MILES	VEJEZ ⁽¹⁾ POR 100	EDAD MEDIA EN AÑOS
1950	6.082	18.7	25.2
1960	7.608	19.1	25.7
2000	15.211	35.8	30.6
2010	17.010	50.1	33
2020	18.774	70	35.1
2025	19.548	82.2	35.2

Fuente: INE ⁽¹⁾ N° de Adultos de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años

En este capítulo hemos visto los cambios que han ocurrido en la población chilena permitiendo que ésta sea, con el pasar de los años, una población más "vieja" y por lo tanto con un claro aumento de las poblaciones de mayor edad, entre ellas la población de mujeres climatéricas. ■

Efectos Demostrados de los Estrógenos Exógenos sobre la Mama

En el comienzo del siglo XXI, y en perspectiva, se debe considerar que el riesgo vital de cáncer de mama, entre muchos otros factores, está fuertemente influido por la mayor supervivencia de la mujer y por los crecientes índices de obesidad determinados por el influjo de una dieta occidental hipercalórica con alto contenido de grasas saturadas. Esto tiene dos preocupantes efectos: el adelanto en más de 3 años de la menarquia y una mayor aromatización in situ de andrógenos suprarrenales a estrógenos, que pueden actuar como carcinógenos al inducir mutaciones en el DNA, al metabolizarse a 3,4-estradiol-quinona.

Hasta la fecha no ha sido posible demostrar que los estrógenos exógenos utilizados en la Terapia Hormonal de Reemplazo, se asocien a un incremento del riesgo de cáncer mamario. Sin embargo, sucesivas publicaciones han ido demostrando que la THR incrementa el riesgo relativo de cáncer de mama en forma similar a la reportada para los anticonceptivos orales, entre un 2,2 a un 3,5 % por año de uso. De modo que una mujer que recibe tratamiento por 10 años tendría un incremento máximo del riesgo de un 35% por sobre su tasa natural. Debe hacerse notar, sin embargo que el aumento de riesgo de cáncer mamario con THR podría no asociarse con un aumento de riesgo de morir por esta causa.

Sin embargo, este RR de 1,35, es infinitamente menor que los otros factores de riesgo como la historia familiar, el adelanto de la menarquia, la localización geográfica, la obesidad, la dieta con exceso de grasas saturadas o la edad del primer embarazo. Estos conceptos no han sido suficientemente analizados y explicitados en la educación de los estudiantes de medicina o de las pacientes; por lo que el temor a la posible asociación de la THR con el cáncer de mama, es una de las consideraciones que más hace titubear a los médicos y a su paciente, en el momento de instaurar una terapia con estrógenos.

Anticonceptivos orales y cáncer de mama

Mientras la mujer los toma y hasta 10 años después de la suspensión de los anticonceptivos orales, hay un pequeño aumento de 1.24 del riesgo relativo de desarrollar un cáncer de mama. La edad de inicio, la duración, la dosis y el tipo de estrógeno y progestágeno utilizado en el anticonceptivo, no parecen tener algún efecto significativo en el riesgo de cáncer de mama.

Los efectos de la Terapia Hormonal de Reemplazo

La correlación entre cáncer mamario y Terapia Hormonal de Reemplazo se publicó en 1997 en la Revista Lancet, con un exhaustivo reanálisis de 51 estudios epidemiológicos provenientes de 21 países, que estudiaron a un total de 52.705 mujeres con cáncer mamario y a 108.411 mujeres no afectadas –disponibles el 90 % de los datos de los últimos 25 años a nivel mundial–. Las estimaciones de riesgo relativo (RR) de cáncer mamario fueron hechas después de estratificar los análisis por tipo de estudio, edad al diagnóstico, tiempo de menopausia, índice de masa corporal, paridad y edad en el momento del primer parto.

En primer lugar, se encontró que la prolongación del período repro-



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

ductivo, medido como atraso de la menopausia, se asociaba a un aumento del RR de cáncer mamario de 1,028 por año (2,8 % anual). En segundo lugar, se comprobó que la prolongación de la THR por más de 5 años aumentaba el RR de cáncer mamario y que éste desaparece a los 5 años de suspenderla. El RR de cáncer mamario con THR fue de 1,023 por año (2,3 % anual), muy similar al observado con el atraso de la llegada de la menopausia. Sólo 12 % de las pacientes había recibido progestinas, de modo que los resultados se aplicaron básicamente a la THR con estrógenos solos. En tercer lugar, de los muchos factores estudiados que podrían afectar la relación entre THR y RR de

cáncer mamario sólo el índice de masa corporal tuvo importancia: las mujeres con un bajo índice de masa corporal (peso en kg/estatura en metros², normal : 20-25 kg/m²) tuvieron un mayor RR de cáncer mamario con THR prolongada (actual o reciente) que las mujeres con un alto índice de masa corporal, en iguales condiciones.

Finalmente, otro hallazgo relevante fue que los cánceres de mama encontrados en usuarias de THR tendieron a ser menos avanzados que los encontrados en las no usuarias. Sin embargo, los datos no permitieron estimar si la THR afectaba la mortalidad por cáncer de mama. Entre las usuarias actuales de THR y aquellas que la han suspendido entre 1 y 4 años antes, el riesgo relativo de tener un cáncer de mama aumenta por un factor de 1.023 (1.011-1.036) por cada año de uso (2,3 % anual). Es muy importante dejar establecido que este aumento es consistente con el efecto que provoca el retraso de la menopausia, porque en las mujeres que nunca han usado THR, el riesgo relativo de cáncer de mama aumenta por un factor de 1.028 (1.021-1.034) por cada año de postmenopausia (2,8 % anual).

El riesgo de cáncer de mama parece mayor en las usuarias de la THR que utiliza combinaciones de estrógenos y progestágenos. Los cánceres diagnosticados en mujeres tomando THR tienden a ser menos avanzados clínicamente que aquellos diagnosticados en no usuarias. Por otra parte, la evidencia actual sugiere que la THR no aumenta la mortalidad por cáncer de mama.

En resumen

Se hace indispensable una mayor perspectiva en el análisis del efecto real de los estrógenos y progestinas exógenos sobre la mama, identificando a las mujeres de alto riesgo para utilizar estrategias preventivas de cáncer mamario. Se debe hacer educación y consejería sobre cambios en los estilos de vida, bajar de peso y disminuir la ingesta alcohólica y grasas saturadas; y a la vez recomendar el embarazo a edades más tempranas.

También se debe considerar en las mujeres de alto riesgo, a los actuales inhibidores de la aromataasa, dado que la mayor aromatización de los andrógenos en la mama, explicaría el alto nivel de estradiol tisular, semejante al de la época fértil, que tendrían las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama.

Así, se hace aconsejable que en la THR a utilizar en la mujeres de alto riesgo, se prefiera los estrógenos orales en la menor dosis, incluso considerando discontinuaciones periódicas, los progestágenos menos androgénicos, y los esquemas secuenciales. ■

Biopsias Mamarias Percutáneas: Técnicas e Indicaciones

El uso de la Mamografía anual como método de pesquisa precoz de cáncer mamario, ha significado una reducción de un 32% en la mortalidad por esta enfermedad. Pero el desarrollo de este método y, actualmente, la introducción del ultrasonido de alta resolución como método complementario, llevan a la detección de un gran número de anomalías sospechosas, clínicamente ocultas, cuyo diagnóstico definitivo requiere análisis histológico. Tradicionalmente el método para obtener tejido ha sido la biopsia quirúrgica, pero desde la década de los noventa están en uso métodos percutáneos mínimamente invasivos cuyos resultados actuales son comparables con la cirugía pero con menor costo económico y menos secuelas anatómicas.



Dra. Paulina González M. y Dra. Marcela Uchida S.
Médicos Radiólogos
Servicio de Imagenología Mamaria
Clínica Alemana de Santiago

Biopsia Core

Este método fue presentado por primera vez por el Dr. Steve Parker en 1989. La técnica consiste en la obtención de biopsia mediante un sistema de 2 cuchillos ensamblados, uno interior que posee una hendidura donde se sitúa el tejido y uno externo que produce el corte al avanzar y que rodea completamente al primero. Este sistema permite el uso de agujas relativamente delgadas (12 a 14 G) y puede aplicarse bajo guía ultrasonográfica o con mamografía digital y estereotaxia.

Actualmente su uso se aconseja preferentemente para biopsiar tumores o alteraciones visibles en ecografía, especialmente:

- Masas sólidas altamente sugerentes de ser malignas para confirmar el diagnóstico y permitir elegir las opciones de tratamiento a priori, en particular aquellos tumores candidatos a recibir quimioterapia neo adyuvante para certificar diagnóstico y realizar estudio de marcadores tumorales y receptores hormonales.
- Múltiples masas sospechosas o indeterminadas, particularmente en distribución multicéntrica (2 o más cuadrantes diferentes) para certificar su etiología y planear adecuadamente el tratamiento (tumorectomía versus mastectomía).
- Lesiones indeterminadas que resultan cánceres en un 20-40%.
- Masas probablemente benignas (o de baja sospecha de malignidad, 0.5-2% de cánceres) para confirmar su etiología.

Tradicionalmente se ha sugerido que estas lesiones deben ser sometidas a seguimiento cada 6 meses, lo cual es menos invasivo y costoso que la biopsia percutánea. En estos casos la confirmación histológica estaría indicada si el seguimiento no puede realizarse (por ejemplo aislamiento geográfico, cirugía reductora o colocación de implantes), si existe un cáncer sincrónico, si hay alto riesgo de cáncer o si la ansiedad de la paciente amerita el estudio.

Prácticamente no hay contraindicaciones absolutas para este método (alteración severa de la coagulación, enfermedad psiquiátrica) y su única desventaja es la necesidad de retirar y reintroducir la aguja para obtener cada muestra. En la actualidad su uso no se aconseja para el estudio de microcalcificaciones donde el sistema

de biopsia asistido por aspiración (Mammotome R) guiado por estereotaxia, es el método de elección.

Biopsia asistida por aspiración (Mammotome)

El Mammotome es un instrumento de biopsia direccional asistido por vacío creado por el mismo Dr. Parker en EEUU y aprobado por la FDA en el año 1995.

Este instrumento consiste en una cánula con una hendidura con múltiples agujeros que permiten aplicar vacío y una cuchilla giratoria de alta velocidad que realiza el corte al avanzar sobre la primera mientras la muestra es succionada suavemente hacia

el exterior. La aguja puede girar en 360° dentro de la mama, sin necesidad de retirarla, pudiéndose además inyectar drogas al sitio de la punción durante el procedimiento. La obtención de las muestras se puede realizar guiándose con US o Estereotaxia. La aguja del Mammotome es de 11G lo que permite obtener aproximadamente 100 mgrs. de tejido por muestra, lo que equivale a un total de 1 a 2 grs. de tejido por procedimiento. Sus ventajas respecto a la biopsia Core son:

- Disminuye significativamente la subestimación histológica, sobre todo en el estudio de microcalcificaciones, siendo la sensibilidad del método de hasta un 98%.
- Las muestras son de zonas continuas ya que la aguja se puede girar una vez posicionada en la zona a estudiar.
- Dada la gran cantidad de tejido que se puede recolectar, es posible extraer lesiones en forma completa siempre y cuando éstas sean menores de 2 cms. ya sean nódulos o microcalcificaciones.
- Permite dejar una marca radio-opaca o clip para identificar el sitio exacto de la lesión en caso de necesitarse cirugía terapéutica posterior.

Su única desventaja radica en el alto costo comparativo de la cánula y el clip. Su indicación principal es la biopsia de microcalcificaciones sospechosas bajo guía estereotáxica digital, especialmente aquellas clasificadas como BI-RADS 4, esto es, con una posibilidad de 20 a 40 % de resultar malignas. Se utiliza también para lesiones visibles en ultrasonido, especialmente nódulos menores de 2 cm. si se desea extirparlos completamente.

Seguimiento

Cualquiera sea el método de biopsia percutáneo que se utilice, es necesario siempre analizar el resultado de la histología en relación con la apariencia en las imágenes de la lesión biopsiada para establecer su concordancia, indicándose una segunda biopsia percutánea o cirugía si existe discrepancia. Hecho de este modo, está demostrado que cuando el resultado es benigno la sensibilidad de estos métodos es cercana al 100% y la especificidad de aproximadamente 98%. Todas las pacientes deben ser mantenidas en seguimiento cada seis meses, al menos por 2 años, para detectar a tiempo cualquier cambio que pudiera indicar un falso negativo. ■

Resonancia Nuclear Magnética (RNM) en el diagnóstico del Cáncer Mamario

La mamografía ocupa un lugar preponderante en la exploración de la patología mamaria debido a su excelente sensibilidad (90%) y a su reproducibilidad. Es muy útil en la detección de pequeños focos de microcalcificaciones y de pequeños cánceres en una mama adiposa. Sin embargo, su valor diagnóstico disminuye en pacientes con mamas densas, en mamas operadas e irradiadas y en mujeres con prótesis mamaria. Actualmente, la ecotomografía de alta resolución es el examen de segunda instancia, complementario a la mamografía, que permite determinar la naturaleza sólida o quística de los nódulos pesquisados, y permite clasificar con más precisión las lesiones mamarias sólidas. La guía ecográfica facilita también la realización de biopsias percutáneas y la colocación de agujas de marcación en un pre-operatorio.

En los últimos años, la RNM ha ganado un lugar como una nueva técnica en la exploración de la patología mamaria, ya que ofrece información adicional al resto de los métodos diagnósticos. Es reconocida su alta sensibilidad en la detección del cáncer de mama (superior al 95 % para los cánceres invasores y 80 a 90 % para cánceres "in situ"). Esto es posible gracias a la demostración de neovascularización en los tumores malignos con el estudio dinámico y con el uso de Gadolinio (los cánceres mamarios de más de 3-5 mm de diámetro secretan una sustancia que provoca angiogénesis).

Por otro lado, su especificidad es baja (alrededor de 50 %), debido a un gran número de lesiones que dan falsos positivos: mastopatía fibroquística proliferativa, fibroadenomas mixoides, necrosis grasa, cicatriz radiada, papiloma benigno, lesión de galactoforitis, mama post-quirúrgica (primeros 6 meses), etc. Existe además una impregnación fisiológica del tejido mamario normal en el periodo premenstrual. Es por esto que la RNM de mama no es la técnica de primera elección en el manejo de la patología mamaria, sino que su utilidad se plantea cuando los métodos diagnósticos habituales no resultan concluyentes; es en estas circunstancias en que la Resonancia sí es de utilidad reconocida.

Hoy en día su aporte está aceptado en las siguientes situaciones:

1. Detección de recidiva en mama operada y/o irradiada

La RNM es el único método por imagen que es capaz de diferenciar una recidiva de una cicatriz fibrosa. Permite el diagnóstico de recidiva tumoral con buena confiabilidad 6 meses después de la cirugía y 18 meses después de finalizada la radioterapia (esta última deja fenómenos inflamatorios que persisten largo tiempo en la mama). La alta sensibilidad y la excelente especificidad de la RNM en la mama tratada con radioterapia se explica por la desaparición de toda impregnación fisiológica en la mama y por la disminución de las lesiones que dan falsos positivos, debido a la irradiación y a la suspensión de la actividad hormonal.

2. Estudio de extensión local del cáncer en pre-operatorio

La RNM es capaz de detectar focos neoplásicos adicionales y tiene



Dra. Eleonora Horvath
Radióloga Jefe
Servicio de Imagenología Mamaria
Clínica Alemana de Santiago

la mejor concordancia con el tamaño histológico real del tumor. Ayuda a optimizar el tratamiento: descartar multifocalidad, multicentricidad, extensión intra-ductal asociada, compromiso retroareolar, invasión de músculo pectoral y de pared torácica en tumores del plano profundo de la mama. Puede llegar a modificar el manejo terapéutico entre el 20-24% de los casos, minimizando así el riesgo de tumor residual post-quirúrgico. En mujeres con mamas densas, en las cuales inicialmente se plantea un tratamiento conservador debería realizarse una RNM mamaria pre-operatoria, debido a que la mamografía y la ecotomografía en estas condiciones subestiman la extensión tumoral.

3. Pacientes con implantes mamarios

La RNM es el método que presenta mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de las complicaciones inherentes a la propia prótesis (ruptura intra o extracapsular) y permite la pesquisa de neoplasia oculta en mamas con prótesis. La RNM también está indicada para descartar recidiva tumoral en pacientes operadas por cáncer con reconstrucción mamaria (mastectomía subcutánea con prótesis de silicona, mamoplastía de reconstrucción).

4. Detección de neoplasia oculta, búsqueda del tumor primario

En presencia de metástasis ganglionares axilares o metástasis viscerales de un carcinoma de origen indeterminado, la RNM puede complementar el estudio radiológico si éste hubiere resultado negativo, permitiendo encontrar el cáncer primario en la mama en aproximadamente el 40 a 75% de los casos.

5. Monitoreo de quimioterapia neo-adyuvante

Los métodos diagnósticos clásicos no son capaces de discriminar entre fibrosis, necrosis intratumoral y tumor residual activo debido a que éstos se basan en la evaluación de cambios morfológicos. La RNM, en cambio, tiene buena correlación con los hallazgos histológicos en cuanto al volumen tumoral activo, permitiendo así una fiel monitorización de la respuesta a quimioterapia pre-operatoria en los casos en que se recurre a esta forma de tratamiento.

Exclusiones en la indicación de RNM mamaria:

Hay situaciones y patologías en las cuales no se indica RNM por no tener buen rendimiento o por circunstancias en las cuales no es aplicable desde el punto de vista costo/beneficio, como por ejemplo el uso de RNM como método de pesquisa en población general; diferenciar un nódulo benigno de un nódulo maligno; diferenciar una adenopatía axilar metastásica de una inflamatoria; diferenciar un cáncer inflamatorio de mastitis; diagnóstico de papiloma / papilomatosis intraductal.

Aún permanece en evaluación el uso de RNM en mujeres jóvenes con historia familiar de cáncer, o con estudio genético positivo. ■

¿Son confiables los Estudios Observacionales?



Dr. Eugenio Arteaga Urzúa
Profesor Titular
Departamento de Endocrinología
Pontificia U. Católica

El prototipo de los estudios observacionales es el que realizan las Enfermeras Americanas. A un cohorte grande de ellas se les ha seguido por más de 20 años, comparando las que usan THR (por decisión personal o médica) de las que no lo toman. Se supone que ajustando la población estudiada por factores que puedan hacer poco comparables ambos grupos -tabaquismo, edad, morbilidades asociadas, etc.- se obtienen resultados valiosos y fidedignos, como los publicados sobre cáncer de mama o riesgo cardiovascular y THR. La crítica, sin embargo, radica en que hay serias sospechas de posibles sesgos de selección en las pacientes, que no pueden ser bien ajustados por los autores. A modo de ejemplo, las mujeres que toman THR son en general de mayor nivel educacional y de hábitos de vida más sanos, lo que podría estar influyendo en los resultados finales. Los estudios controlados y aleatorios, en cambio, seleccionan a un grupo de sujetos y los distribuyen al azar (aleatorio) en dos grupos, uno que recibirá la droga a estudiar y el otro que recibirá placebo (controlado por placebo). Hay poca posibilidad que intervenga un sesgo de selección en estas condiciones.

El estudio HERS nos impactó hondamente en 1998 dado que no demostró eficacia de la THR en prevención cardiovascular secundaria y desacreditó a todos los estudios observacionales que sí habían demostrado esta asociación.

Esta sombra de duda acerca de los estudios observacionales es extremadamente riesgosa dado que la inmensa mayoría de los efectos clínicos beneficiosos de los estrógenos o de la THR se basan en este tipo de evidencias. Es así que el efecto beneficioso en la prevención de fracturas, los posibles beneficios en prevención de demencia, de cáncer de colon, etc., podrían ser cuestionados a la luz de los hallazgos del HERS.

Existe el concepto que los estudios observacionales pueden "supra valorar" los efectos positivos de algún tipo de tratamiento en comparación con los resultados de estudios controlados y aleatorios, que serían considerados como el patrón oro. Por ejemplo, Chalmers et al (N Engl J Med 1977; 297: 1091-6) mostraron que el 56% de los estudios no aleatorios producían efectos favorables en comparación con sólo 30% de los estudios controlados, ciegos y aleatorios. De acuerdo a ésta y otras experiencias se ha argumentado que los estudios observacionales deben ser considerados sólo como orientación general, y no como prueba definitiva, permitiendo obtener información que puede ser la base de estudios posteriores controlados y aleatorios. A este respecto cabe destacar que existen varios autores que han criticado los estudios observacionales por considerarlos inadecuados y de conclusiones poco seguras. (Chalmers TC. N Engl J Med 2000; 342: 1878-86; Sacks H, Am J Med 1982; 72: 233-40; Coldits GA. Medical Stat Med 1989; 8: 441-54; Miller JN. Surgical Stat Med 1989; 8: 455-66). Dado lo anterior, fue muy importante la publicación reciente de

un artículo especial en el New England Journal of Medicine que salió en defensa de los estudios observacionales. Esta publicación compara los resultados de estudios observacionales y estudios controlados/aleatorios. (Benson K, N Engl J Med 2000; 342: 1878-86). Los autores hicieron una búsqueda en el Abridged Index Medicus y en la base de datos del Cochrane acerca de los estudios observacionales publicados entre 1985 y 1998 que compararan dos o más tratamientos o intervenciones para la misma condición. Luego identificaron todas las pruebas aleatorias y controladas y los estudios observacionales, que comparaban el mismo tratamiento para estas condiciones.

En total se analizaron 136 publicaciones acerca de 19 tratamientos diversos, como terapia con bloqueadores de canales de calcio para enfermedad coronaria, apendicectomía, intervenciones para el manejo de la subfertilidad, efecto de THR sobre DMO lumbar, etc. En la mayoría de los casos hubo concordancia entre los hallazgos de los estudios observacionales y las pruebas controladas. Sólo en 2 de los 19 tipos de tratamientos hubo clara disparidad estadística entre ambos tipos de estudios.

Los autores comentan que, dado que los tratamientos evaluados fueron suficientemente diversos, es muy probable que los estudios controlados/aleatorios y observacionales -al menos aquellos publicados desde 1985 en los journals incluidos en el Abridged Index Medicus- producen, a menudo, resultados similares. A modo de ejemplo, cabe destacar que en la figura 3 del artículo de Benson y Hartz, se comparan los cambios en densidad mineral ósea a nivel lumbar inducido por THR y evaluados por 5 trabajos observacionales y 10 estudios controlados/aleatorios, observándose que en promedio, ambos tipos de estudios muestran un aumento equivalente de DMO al cabo de 1-2 años de tratamiento (alrededor de 5% de ganancia).

A su vez, un estudio inglés realizado por el United Kingdom Health Technology Assessment Group (Briton A, et al. Health Technol Assess 1998; 2: i-iv, 1-24) encontró concordancia entre ambas modalidades de estudios en siete de ocho regímenes de tratamientos no evaluados por el trabajo comentado en el presente artículo.

Tanto los críticos como los defensores de los estudios observacionales tienen argumentos válidos para defender sus posturas pero, a raíz del estudio HERS y de otros trabajos discordantes entre la modalidad observacional y la controlada/aleatoria, estoy convencido que en el futuro cualquier droga nueva que ingrese al mercado, o aquellas terapias en uso -como la THR- que pretenden lograr aprobación de la FDA para una nueva indicación terapéutica (prevención de Alzheimer, por ejemplo), deberá dar pruebas concretas de sus beneficios, basadas en estudios controlados y aleatorios. ■

Novedades Terapéuticas: Nitroglicerina en Prevención de Osteoporosis

El óxido nítrico (NO) es un radical libre de vida media corta, al que se le ha demostrado un papel como regulador o segundo mensajero en la biología del sistema cardiovascular, nervioso e inmunológico. Por ejemplo, la vasodilatación arterial inducida por estrógenos se explica en parte por aumento de la síntesis de NO a nivel endotelial. Algo más novedoso para los clínicos es el efecto antirresortivo óseo de NO. Además, actuando en concentraciones bajas, el NO favorecería el crecimiento de los osteoblastos, la mineralización ósea y el efecto protector de los estrógenos sobre el hueso. De esta forma, esta pequeña molécula induciría un balance óseo positivo. En tanto los esteroides sexuales, citoquinas o la carga mecánica se cuentan entre los estímulos que favorecen la síntesis del NO a nivel óseo, predominantemente a nivel de los osteoblastos (Evans DM, Ralston SH. Nitric oxide and bone. *J Bone Min Res* 1996; 11: 300-5).

Estudios experimentales de Wimalawansa et al. de la Universidad de Texas en Galvestone han demostrado en ratas que la nitroglicerina (donante de NO) disminuye tanto la pérdida ósea asociada a la ooforectomía como aquella inducida por glucocorticoides. Es interesante que la aplicación cutánea de una sola dosis diaria de unguento de nitroglicerina resultó más efectiva que dosis múltiples de la misma.

Prosiguiendo la misma línea de estudio, estos autores comunicaron recientemente resultados de un estudio piloto, que es el primer estudio clínico dirigido a evaluar el posible papel farmacológico del NO en la osteoporosis (Wimalawansa SJ. Nitroglycerin therapy is as efficacious as standard estrogen replacement therapy (Premarin) in prevention of oophorectomy-induced bone loss: a human pilot clinical study. *J Bone Min Res* 2000; 15: 2240-2244.). Para ello, el autor estudió a 16 mujeres de edades entre 36 a 45 años sometidas a histerectomía total y ooforectomía bilateral. Las mujeres fueron reclutadas antes de 4 semanas desde la cirugía. El estudio fue abierto y hubo 2 grupos de 8 voluntarias cada uno, pareadas por edad y seleccionadas al azar para recibir terapia de reemplazo estrogénica (Estrógenos conjugados equinos, 0,625 mg/d, Premarin®) o unguento de nitroglicerina aplicado a la piel una vez al día (una tira de 1 pulgada, conteniendo aproximadamente 15 mg de nitroglicerina activa, Fougera, Melville, NY). Al inicio del estudio y luego a los 6 y 12 meses se realizó densitometría ósea en columna lumbar y caderas. Paralelo a ello se midió marcadores del remodelamiento óseo, isoenzima ósea de fosfatasa alcalina y osteocalcina sérica como marcadores de formación ósea, y excreción urinaria del N-telopéptido del colágeno tipo I, como marcador de la resorción ósea. Todas las mujeres recibieron durante el estudio un suplemento diario de 1,0 gramo de calcio elemental y 400 UI de vitamina D. No se incluyó en el estudio a un grupo con terapia combinada (estrógenos + nitroglicerina) ya que datos en animales de experimentación no mostraron un efecto aditivo de ambos agentes. A la vez se consideró no aceptable desde el punto de vista ético el incluir un grupo placebo (calcio y vitamina D solo).



*Dr. Gilberto González Vicente
Endocrinólogo
Facultad de Medicina, Pontificia
Universidad Católica*

Ambos grupos fueron similares en cuanto a densidad mineral y marcadores del remodelamiento óseo. La densidad mineral ósea se mantuvo estable en ambos grupos a los 6 y 12 meses, en oposición a la esperada pérdida rápida de masa ósea que se observa en pacientes ooforectomizadas no tratadas. En relación al N-telopéptido, éste disminuyó significativamente respecto del basal, entre 25 a 40% a los 6 y 12 meses en ambos grupos. Donde sí hubo diferencias significativas fue en el comportamiento de los marcadores de formación ósea; mientras en el grupo con estrógenos hubo una disminución cercana al 30% de la fosfatasa alcalina ósea a los 6 meses, en el grupo con nitroglicerina hubo aumento tanto fosfatasa alcalina (27%) como de osteocalcina (53%). Como era de esperar, el grupo con nitroglicerina tuvo el doble de bochornos que el que recibió estrógeno. Ambos tratamientos fueron bien tolerados y no hubo efectos adversos significativos.

Sin duda, éste es un interesante estudio que proyecta una posible nueva terapia para la prevención de la osteoporosis postmenopáusicas. A pesar de ser un estudio abierto, sin grupo placebo y con un número reducido de pacientes, es notable observar que la nitroglicerina, al igual que los estrógenos, previenen la pérdida ósea acelerada que sigue a la ooforectomía bilateral. Los resultados observados en este estudio son consistentes con los cambios observados en modelos experimentales similares (J Bone Min Res 1996; 11: 300-5.), como también con lo comunicado por Cummings et al. en el estudio de las fracturas osteoporóticas, que encontró una asociación entre el uso de nitritos y mayor densidad mineral ósea (Jamal SA, Browner WS, Bauer DC, Cummings SR. Intermittent use of nitrates increases bone mineral density: the study of osteoporotic fractures. *J Bone Min Res* 1998; 13: 1755-1759).

La dosis de nitroglicerina utilizada en este estudio corresponde de 1/3 a 1/4 de la que se usa en cardiopatía coronaria. Para esta dosis y en uso diario no hubo desarrollo de taquifilaxis, como puede ocurrir con este fármaco en otros usos, y la tolerancia comunicada fue en general buena.

El trabajo reciente del Dr. Wimalawansa necesita de estudios confirmatorios, especialmente si la prevención de la pérdida ósea que induce se traduce en menor riesgo de fracturas. Ya disponemos de fármacos que han demostrado su utilidad en tal sentido (estrógenos, bisfosfonatos, raloxifeno, calcitonina) y por tanto hoy en día ella es la prueba mínima de eficacia terapéutica para cualquier nuevo fármaco que se incorpore en el arsenal terapéutico de la osteoporosis. El efecto único de la nitroglicerina u otros donantes de NO sobre el remodelamiento óseo, (pro-osteoblástico y antirresortivo) le confieren un gran potencial a esta forma de terapia no sólo en el manejo de la pérdida ósea por hipostrogenismo, sino también en aquellas formas de osteoporosis en que existe una falla osteoblástica acentuada, como son los casos de osteoporosis senil, inducida por glucocorticoides, post-transplante, idiopática, etc. ■

Tumores Anexiales en la Postmenopausia ¿Cirugía u Observación?

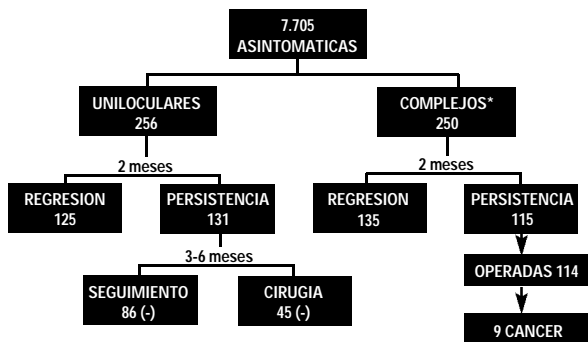


*Dra. Ximena López del Campo
Depto. Ginecología y Obstetricia
Pontificia Universidad Católica de Chile*

En la actualidad, está siendo cada vez más frecuente el hallazgo de tumores anexiales pequeños en mujeres postmenopáusicas en quienes se realiza una ecotomografía ginecológica como parte de su chequeo de rutina. Estas pacientes son asintomáticas y cabe preguntarse si la indicación terapéutica más adecuada es médica o quirúrgica. Se revisará la información existente que permita contestar esta pregunta y se presentarán los estudios de mayor casuística. El diagnóstico de tumor anexial en la mujer postmenopáusica solía ser realizado con la historia clínica y el examen físico, y la indicación terapéutica era la histerectomía total más anexectomía bilateral. Esta indicación estaba basada en el alto riesgo de neoplasia maligna de estos tumores palpables (10-40%) y en el difícil diagnóstico diferencial con lesiones benignas.

Con el advenimiento de las nuevas tecnologías en uso (ecotomografía ginecológica, CA-125), el aumento de la experiencia en este tipo de casos y los frecuentes requerimientos de las pacientes de evitar la cirugía, se han establecido algunos criterios que permiten al clínico adoptar una conducta de mera observación. Esta línea de manejo conservador se inicia con la publicación de Bailey (Gyn. Onc. 69, 3-7, 1998), cuyo objetivo fue determinar el riesgo de malignidad en tumores quísticos menores de 10 cm. de diámetro, en mujeres asintomáticas postmenopáusicas o < 50 años; el estudio se realizó en 7.705 mujeres a las cuales se les hizo ecotomografía transvaginal, evaluando el tamaño y la morfología de los ovarios y de acuerdo a esto se continuó con el seguimiento o se indicó la cirugía. En el grupo estudiado se detectó en 256 mujeres (3.3%) tumores quísticos uniloculares y en 250 mujeres (3.2%), tumores complejos.

El esquema de estudio y el seguimiento realizado fue el siguiente:



* quiste complejo = con presencia de tabiques

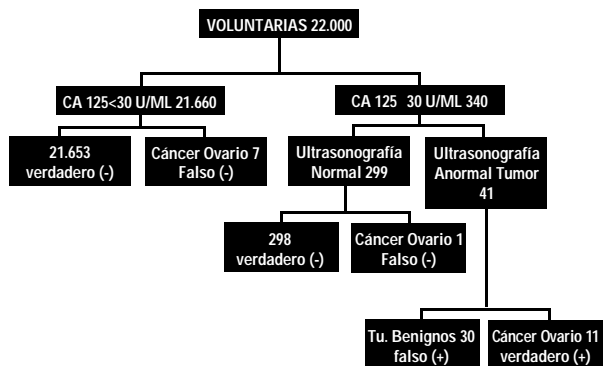
Con estos resultados, se puede sugerir que las mujeres postmenopáusicas portadoras de lesiones quísticas uniloculares (especial-

mente las menores de 5 cm. de diámetro) pueden tener seguimiento ultrasonográfico cada 3-6 meses antes de decidir la cirugía.

En la literatura ultrasonográfica se ha logrado consenso respecto a los hallazgos de la ultrasonografía ginecológica transvaginal que hacen posible un manejo conservador de observación, y son las siguientes: un tumor quístico <20 mL. (2,6-3,5 cm. diámetro), unilocular, sin excrecencias internas, con bordes bien definidos y sin ascitis.

Otro de los parámetros que ayuda en el manejo conservador es la medición del antígeno CA-125. En relación a esto, Jacobs (Br. Med. J. 306, 1030-34, 1993), realizó un estudio en 22.000 mujeres voluntarias, cuyo objetivo fue determinar la utilidad de la medición del CA-125 en la pesquisa del cáncer de ovario. Se realizó ecotomografía ginecológica sólo en las pacientes que tuvieron CA-125 de 30 U/ml.

Los resultados obtenidos fueron:



En este protocolo se encontró 41 mujeres con ambos exámenes positivos, las que fueron intervenidas quirúrgicamente; once de ellas tenían cáncer de ovario. En 8 mujeres de las restantes, se diagnosticó cáncer de ovario al cabo de 1 a 4 años de seguimiento. De este modo, el autor le da al protocolo una especificidad de 99.9%, un valor predictivo positivo de 26.8%, y una aparente sensibilidad de 78.6% y 57.9% a uno y dos años de seguimiento, respectivamente.

Con los datos analizados podríamos sugerir que en las mujeres postmenopáusicas asintomáticas, en las cuales se diagnostica por hallazgo ecotomográfico una lesión anexial menor de 5 cm de diámetro y en quienes la medición de CA-125 es < 30 U/ml., estas podrían ser manejadas en forma conservadora siempre y cuando se garantice la posibilidad de seguimiento adecuado. ■

Importancia del Hallazgo Ultrasonográfico de Colección Endometrial Líquida en la Postmenopausia



Dr. Juan Bruce
Ginecólogo
Antofagasta

Estimulados por el trabajo publicado por el grupo de ginecólogos de la Universidad Católica de Chile (Mondión M, Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 1993; 58(4): 461-464) con respecto a la importancia de la presencia de líquido endouterino a la ultrasonografía en mujeres postmenopáusicas, decidimos obtener nuestra propia experiencia en Antofagasta.

Elegimos para el estudio a toda paciente con una menopausia establecida y sin THR que nos consultara en el período noviembre de 1988, hasta noviembre de 1999, con el propósito de completar un año de observación. Todas las ecografías fueron realizadas por el autor, utilizando un ecógrafo Phillips SDR 1550 XP con transductor endovaginal de 5 Mhz. Se midió el grosor del endometrio en la parte de mayor altura y el tamaño de la cavidad, a lo largo y ancho.

Toda consultante que presentó una imagen con contenido líquido endouterino fue sometida a raspado endometrial, para estudio histopatológico, el que fue realizado por el mismo patólogo. No se analizan en esta comunicación otras patologías ginecológicas encontradas en las ecografías.

En el período mencionado se realizaron 102 ecosonográficas endovaginales, correspondientes a las consultantes que cumplían con los requisitos, encontrando ocho imágenes de contenido líquido endometrial de distintas magnitudes cuyos resultados se presentan en la tabla.

Llama la atención que en 2 de las 8 pacientes con endometrios engrosados y quísticos se encontró un adenocarcinoma, lo que

corresponde al 25% del total de las menopáusicas con endometrio cavitario, cifra que nos parece muy significativa. Estas cifras son en todo concordantes con otros estudios (Breckenridge JW, Am. J. Radiol. 1982; 139: 529-534; McCarty KA, J. Ultrasound Med. 1986; 5: 647-649.) y con el estudio ya mencionado de la Universidad Católica que, revisando un total de 198 ultrasonografías endovaginales en mujeres peri o postmenopáusicas, encontró patología endometrial maligna en 2

de 9 mujeres con colección líquida en la cavidad endometrial; uno resultó ser un adenocarcinoma endometriode y en el otro un tumor de células claras. Ambas pacientes habían consultado por metrorragia y tenían grosor endometrial de 13 y 15 mm, respectivamente.

Las dos pacientes de nuestro estudio tuvieron también endometrios claramente engrosados, con grandes lesiones cavitarias y se presentaron como metrorragia de la postmenopausia. Este último elemento, sin embargo, no es exclusivo de patología maligna dado que también se observó en casos de atrofia o hiperplasia endometrial. No encontramos relación entre la sintomatología relatada o la edad de la paciente y los hallazgos anatomopatológicos

En conclusión, si bien nuestra casuística es aún pequeña, creemos que enfatiza la utilidad -si se cuenta con el equipamiento- de realizar de rutina una ecotomografía endovaginal previo al inicio de THR. Si se encuentra un endometrio con líquido, se hace perentorio el estudio histológico. ■

Estas dos imágenes de ultrasonografías transvaginales son representativas de los hallazgos de endometrio con contenido líquido detectado en 8 de nuestras pacientes.



TABLA.
Hallazgo histológicos en 8 mujeres post menopáusicas con endometrio con contenido líquido en la ultrasonografía

Paciente	Edad	Informe histopatológico	Sintomatología	Grosor endometrial (mm)	Tamaño cavidad (mm)
1. I.Z.P.	61	Fragmentos sueltos de epitelio endometrial atrófico	Metrorragia	1	22 x 8
2. N.C.O.	56	Endometrio atrófico, con atrofia quística endometrial	Metrorragia	2	13 x 9
3. R.D.R.	66	Mucus. Muestra escasa de endometrio atrófico	Ninguna	1	15 x 10
4. O.C.Z.	52	Hiperplasia endometrial focal	Metrorragia	3	9 x 04
5. P.G.U.	47	Endometrio secretor inicial	Ninguna	1.5	23 x 7
6. H.A.B.	62	Adenocarcinoma	Metrorragia	23	65 x 36
7. O.V.A.	69	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo G1	Metrorragia	19	57 x 18
8. P.E.Q.	73	Fragmentos sueltos de células endocervicales y endometriales	Ninguna	0.8	22 x 4

Apoiando desde siempre la
labor de la **SOCIEDAD**...



Utilidad de Dosis Bajas de Estrógenos y Progestinas en Postmenopausia

En el Boletín de la Sociedad Chilena de Climaterio, Vol 5 N° 2, de junio de 1999: pág. 2, el Dr. Arteaga publicó un artículo editorial acerca de la "Necesidad de reevaluar las dosis de estrógenos en la Postmenopausia". En ese artículo se mencionaba que los Estrógenos Conjugados Equinos (ECE) 0.3 mg, el Estradiol oral 1 mg y el Estradiol transdérmico 25 mcg, eran suficientes en la postmenopausia para prevenir la pérdida ósea.

Diversos estudios recientes, presentados en el último Congreso de la Sociedad Norteamericana de Medicina Reproductiva (ASRM) (Octubre 2000, San Diego, California), han aportado más evidencias acerca de la efectividad de dosis bajas de ECE, solos o asociados a AMP, para disminuir los bochornos, mantener la densidad ósea, tener un efecto protector sobre el endometrio y mantener un efecto beneficioso sobre los lípidos sanguíneos en forma similar a las dosis más altas hasta ahora empleadas.

El Dr. Robert Recker de la Universidad de Creighton, USA, en un estudio clínico controlado y aleatorio de 3.5 años, demostró los efectos del tratamiento con ECE 0.3mg/día más AMP 2.5mg/día combinados más calcio y vitamina D, en mujeres mayores de 65 años. Este tratamiento aumentó significativamente la DMO de cadera y columna (5.1%) el CMT (3.1%) y previno la pérdida ósea del antebrazo. El aumento de la DMO es similar al de otros estudios con dosis convencionales de ECE y AMP.

La Dra. Valerie Montgomery-Rice de la Universidad de Kansas Medical Center presentó los resultados del primer año de un estudio de dos años de duración denominado "Women's Health, Osteoporosis Progestin, Estrogen" (HOPE). Este protocolo multicéntrico, controlado y aleatorio, estudia los efectos de dosis bajas de ECE, solos o combinados con diferentes dosis de AMP, en 2500 mujeres postmenopáusicas. Se presentaron los resultados obtenidos en el alivio de los síntomas vasomotores y en la reversión de la atrofia vaginal. Las mujeres fueron asignadas al azar a uno de los siguientes tratamientos:

- 1) ECE 0.625 mg/día;
- 2) ECE 0.625 mg/día + AMP 2.5 mg/día;
- 3) ECE 0.45 mg/día;
- 4) ECE 0.45 mg/día + AMP 2.5 mg/día;
- 5) ECE 0.45 mg/día + AMP 1.5 mg/día;
- 6) ECE 0.3 mg/día;
- 7) ECE 0.3 mg/día + AMP 1.5 mg/día;
- 8) Placebo

Las mujeres que presentaron bochornos moderados a severos experimentaron una reducción de ellos, con todos los tratamientos activos, en un período de tres semanas. En los grupos de ECE solos, la dosis de 0.625 mg/día fue más efectiva que las dosis menores (ECE 0.45 mg/día y ECE 0.3 mg/día) en reducir la frecuencia y severidad de los bochornos. En los grupos de ECE/AMP la reducción de los síntomas vasomotores fue similar entre las dosis tradicionales y las bajas dosis.

El índice de maduración vaginal (IMV) mejoró con todas las dosis de ECE y ECE/AMP.



Dr Sergio Cheviakoff Z
Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Chile

El Dr. David Archer presentó los patrones endometriales y los perfiles de hemorragias del primer año del estudio HOPE. La tasa de hiperplasia endometrial fue 0.5% para todas las dosis combinadas continuas de ECE/AMP y para la dosis de ECE 0.3 mg/día. Las tasas de hiperplasia fueron de 8% y 3.2% para las dosis de ECE 0.625 mg y ECE 0.45 mg, respectivamente.

La información sobre hemorragias, proporcionada por la paciente, fue empleada para valorar las tasas de amenorrea (definida como la ausencia de cualquier tipo de hemorragia vaginal incluyendo el "spotting") y las tasas de "ausencia de hemorragias" (definidas como la ausencia de hemorragia vaginal con o sin "spotting") tanto en forma acumulativa como en ciclos individuales. Los resultados indican que las tasas de amenorrea fueron más altas en las mujeres tratadas con bajas dosis de ECE/AMP que las tratadas con las dosis habituales. En todos los grupos de ECE/AMP las tasas de amenorrea por ciclos aumentaron con la duración del tratamiento. Estos hallazgos indican que dosis bajas de THR proveen suficiente protección endometrial y un perfil de hemorragias más favorables que las dosis actualmente prescritas, lo que podrían mejorar la aceptabilidad y continuidad de la THR.

El Dr. Rogerio Lobo de la Columbia University College of Physicians and Surgeons, presentó los resultados del primer año de estudio HOPE en relación a los efectos metabólicos de dosis bajas de ECE y ECE/AMP. Los efectos beneficiosos sobre el colesterol HDL y el colesterol LDL en los grupos de ECE 0.45 mg y en los de ECE 0.45 mg/AMP 1.5 mg fueron similares a los observados en aquellos con ECE 0.625 mg y ECE 0.625 mg/AMP 2.5 mg respectivamente. El aumento de los triglicéridos que se observa con ECE 0.625 y ECE 0.625/AMP 2.5 se abolió con las dosis bajas excepto en el grupo con ECE 0.45. Después de un año la lipoproteína (a) fue significativamente más baja que el valor basal y que el del grupo placebo en los 2 grupos ECE 0.45 mg/AMP y en el grupo ECE 0.625 mg/AMP 2.5. En todos los grupos, los cambios en el metabolismo de los carbohidratos fueron mínimos y no significativos. Después de un año, PAI-1 y antitrombina III se redujeron significativamente en todos los grupos excepto en ECE 0.3mg/AMP 1.5mg. La disminución de la actividad de la proteína S se relacionó con la dosis, siendo el grupo ECE 3 mg/AMP 1.5 mg el que demostró la menor reducción. El régimen de ECE 0.45 mg/AMP 1.5 mg indujo mejorías en las mediciones de coagulación y actividad fibrinolítica que fueron similares a las observadas con ECE 0.625 mg/AMP 2.5 mg.

Estos resultados sugieren que las dosis bajas de ECE/AMP mejoran el colesterol HDL y el LDL, afectan positivamente el fibrinógeno y el PAI-1 y tienen impacto mínimo en el metabolismo de los carbohidratos. En resumen, las bajas dosis de ECE/AMP alivian los síntomas vasomotores, proveen protección endometrial y mejoran perfiles metabólicos y de coagulación. ■

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.

Un Estudio Observacional, Prospectivo, de Terapia Hormonal de la Postmenopausia y Prevención Primaria de Enfermedad Cardiovascular

Francine Grodstein, JoAnn E Manson, Graham A Colditz, et al. *Ann Intern Med* 2000; 133: 933-941

Abstract

El objetivo fue investigar la duración, dosis y tipo de THR y prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. El protocolo corresponde al Estudio de las Enfermeras Norteamericanas con un seguimiento de 20 años (1976-1996); el diseño es el de un estudio de cohorte observacional, prospectivo. Se analizan los datos de 70.533 mujeres postmenopáusicas, encuestadas por correo cada dos años durante 20 años, en quienes hubo 1258 eventos coronarios mayores (infarto al miocardio no fatal o enfermedad coronaria fatal) y 767 accidentes vasculares encefálicos (AVE). Se demuestra que el riesgo de eventos coronarios mayores fue inferior entre las usuarias actuales de THR, incluidas las usuarias de corto plazo, comparadas con las que nunca recibieron dicha terapia (RR 0.61 [0.52-0.71]). Entre las usuarias de estrógenos conjugados equinos (ECE), el riesgo de eventos coronarios se redujo en forma equivalente con dosis diarias de 0.625 mg (RR 0.54 [0.44-0.67]) o con dosis de 0.3 mg (RR 0.58 [0.37-0.92]) comparado con las que nunca usaron THR. Sin embargo el riesgo de AVE aumentó leve pero significativamente en las usuarias de 0.625 mg (RR 1.35 [1.08-1.68]) o 1.25 mg de ECE (RR 1.63 [1.18-2.26]). En cambio, las mujeres que utilizaron 0.3 mg de ECE mostraron un menor riesgo de AVE (0.54 [0.28-1.06]), aunque esta reducción no fue significativa.

En conclusión, la THR parece disminuir el riesgo de eventos coronarios mayores en mujeres sin enfermedad cardíaca previa (prevención primaria), lo que no sólo sucede con dosis de ECE de 0.625 sino también de 0.3 mg. Sin embargo, el uso de ECE en dosis de 0.625 mg o superior, solo o en combinación con progestinas pudiera incrementar el riesgo de AVE.

Análisis Crítico

Baste decir que éste es otro resultado del Nurses' Health Study, para que todos pongan especial atención a sus resultados. Ello se debe al prestigio mundial que ha alcanzado este estudio observacional dado su diseño, seguimiento acucioso y al hecho que las involucradas -enfermeras universitarias- tienen un alto grado de confiabilidad. El mayor reparo es que se trata de un estudio observacional, los que en general han sufrido cierto descrédito desde que el estudio HERS (aleatorio, doble ciego y prospectivo) no confirmara los resultados de estudios observacionales previos.

En lo sustantivo, el presente trabajo concluye dos cosas importantes:

1. La THR con dosis estándar (0.625 mg de ECE) es efectiva en prevención primaria cardiovascular, pero se asociaría a un moderado incremento del riesgo de AVE;
2. Dosis de 0.3 mg de ECE, mantiene el beneficio cardiovascular y no incrementa -incluso disminuye pero no significativamente- el riesgo de AVE.

Obviamente, ésta es sólo otra pieza de información, aunque de gran importancia por la magnitud y longitud del trabajo de las enfermeras y que da nuevos argumentos en favor de la reducción de las dosis de estrógenos y progestinas en nuestras pacientes, especialmente cuando han desaparecido los síntomas vasomotores.

Dr. Eugenio Arteaga Urzúa

Evaluación crítica de métodos simples para la estimación de la Testosterona libre (T) en el suero.

Vermeulen, L. Verdonck, J.M. Kaufman. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:3666-3672

Abstract

La testosterona libre (TL) y la no unida específicamente a SHBG (T biodisponible, TBD), se correlacionan mejor con los hallazgos clínicos que la testosterona total (Tt). Los estándares de oro de estas dos mediciones son, respectivamente, la Concentración Aparentemente Libre de Testosterona (AFTC), medida con diálisis de equilibrio, y la cuantificación de la fracción de T que no precipita con sulfato de amonio al 50 % (T no-SHBG = TBD). Ninguna de estas técnicas es aplicable a la clínica. Los autores compararon los valores calculados de TL por ley de acción de masas con los valores medidos por diálisis de equilibrio, AFTC, en un gran número de sueros con niveles muy variables de SHBG. Para calcular la TL midieron la Tt con un RIA comercial y la SHBG por inmunoradiometría. También evaluaron los resultados de la TL, medida con un RIA, que usa un análogo radioactivo de T como trazador (que no se une a las proteínas ligantes), en comparación con los de AFTC y TL calculada en los mismos sueros. Los valores de TL calculada fueron casi idénticos a los de AFTC en muchas situaciones diversas, salvo en el tercer trimestre de embarazo, en que los valores de TL calculada fueron alrededor de un 70 % de los valores de AFTC, situación que los autores explican como fruto de los altísimos niveles de estradiol circulante hacia el final del embarazo, lo que hace que la SHBG inmunorreactiva sea mayor que la capacidad ligante de la SHBG, lo que subestima los valores de TL calculada. Los valores de TL por RIA con análogo fueron en promedio, inferiores al 20 % de los valores de AFTC y más, aún, variaron en función de los niveles de SHBG. Los valores de la T no-SHBG (por precipitación con sulfato de amonio) fueron casi idénticos a los valores calculados multiplicando la TL calculada por 23.

Análisis Crítico

Vermeulen et al demuestran que si bien los resultados de TL se correlacionan bien ($r=0,937$) con los de AFTC, los resultados con RIA son muy inferiores a estos últimos. Peor aún, la proporción TL por RIA/AFTC varía entre un 20 y un 60 % y es mayor a mayor nivel de SHBG, lo que muestra en toda su magnitud la debilidad de esta técnica, que no debiera ser usada por los clínicos. La TL calculada por ley de acción de masas, conociendo los valores de Tt y de SHBG, quedó completamente validada ya que los valores obtenidos son virtualmente idénticos a los de la AFTC, con la excepción del tercer trimestre del embarazo. Los valores del Índice de Andrógenos Libres (FAI) en hombres normales variaron entre 36 y 103 y se correlacionaron bien con la AFTC ($r=0,848$), pero la TL calculada fue superior y se correlacionó en forma casi perfecta con la AFTC. Más aún, los valores de T no-SHBG (sulfato de amonio) se correlacionaron muy altamente con los de TL calculada ($r=0,974$), siendo los primeros unas veinte veces mayores. La validación experimental de la TL calculada con los valores de Tt y SHBG es de gran importancia práctica, ya que permitirá descartar la TL por RIA directo y reemplazarla por una metódica muy confiable, previsto que las mediciones de Tt y de SHBG sean también confiables.

Dr. Patricio Contreras Castro

Dres Eugenio Arteaga y Arturo Brandt
Presidente y Past Presidente
Sociedad Chilena de Climaterio
Presente

Estimados colegas y amigos:

Junto con hacerles llegar un afectuoso saludo, deseo además felicitarlos por tan loable e importante labor científica que realizan a través de la Sociedad Chilena de Climaterio que dirigen, como igualmente al Dr. Oscar González, Director del Boletín de dicha Sociedad y que significa, sin duda, un sustantivo y real aporte para los médicos de regiones en estos temas de candente y gran actualidad que incluyen en sus publicaciones.

Gran alegría me causó el reconocimiento de la FIGO a la Dra y Profesor Titular Eneida Aguilera, quien fuera el año 74 la informante de mi trabajo de ingreso a la Sociedad de Cirujanos de Chile, Sociedad que después me ha reconocido como Socio Honorario y Socio Emérito. Vayan para la destacada y ejemplar Dra Aguilera mis más sinceras felicitaciones y mis mejores sentimientos de gratitud, respeto y consideración.

Desde Antofagasta les envío mi apoyo y mis parabienes a toda la directiva de esa Sociedad y los mejores augurios para el año 2001.

DR. SYLVIO DEL LAGO ROMO
 Cirugía-Ginecología
 Clínica Antofagasta, Antofagasta

Señores
Directorio Sociedad Chilena de Climaterio
Presente

Estimados Colegas:

Me es grato informarles acerca de las actividades de nuestra filial.

- 1. El día 18 de octubre pasado se celebró en Antofagasta el Día Mundial de la Menopausia, con una cena coloquial entre miembros de la Filial. En dicha ocasión se planificó un curso de climaterio en la ciudad de Calama. Además, se hizo un análisis crítico del funcionamiento de nuestra filial, concluyendo que necesitamos fortalecer los programas para la mujer climatérica actualmente en marcha, e intentar desarrollar algún protocolo de investigación y promover publicaciones sobre el tema generadas en la II Región.*
- 2. Con el fin de difundir los conocimientos actuales del climaterio en la II región, nuestra filial organizó un curso sobre Climaterio en la ciudad de Calama los días 10 y 11 de noviembre recién pasado. Estuvo dirigido a médicos, matronas y enfermeras. Se abordaron temas de epidemiología, repercusión ósea y cardiovascular, alteraciones psíquicas, sexuales, terapia hormonal, contraindicaciones, y patología de mama, entre otros. Participaron como expositores los Drs. Juan Carlos Carvajal, Hernesto Hurel, Jorge Marin, Erik Fritz, Vicente Cortés y Virginia Manns (Presidente de la Filial II Región de la Sociedad Chilena de Climaterio. En estos dos días de cursos asistieron aproximadamente 40 matronas y 6 médicos. Se destacó un diálogo muy enriquecedor respecto a los mecanismos más eficaces para mejorar los programas de atención primaria y secundaria que están en marcha y la práctica clínica hacia la mujer climatérica en general.*

Sin otro particular los saluda atte.

DRA. VIRGINIA MANNS DAVIS,
 Presidente Filial II Región Sociedad Chilena de Climaterio

Señor Presidente
Sociedad Chilena de Climaterio
Presente

Estimado colega:

De acuerdo a lo conversado comunico a Ud que me será imposible asistir a la reunión de Consenso convocada para el 18 de noviembre de 2000, ya que me encontraré en Arica en las Jornadas Chileno Peruanas de Obstetricia y Ginecología.

Saluda muy atentamente a Ud,

DR. CRISTIÁN MIRANDA
 Presidente
 Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología

Señores
Sociedad Chilena de Climaterio
Presente

Estimado Dr. Arteaga:

Recibí su fax en que me invita a participar como invitado en la Reunión de Consenso de Climaterio el 18 de noviembre de 2000.

Debo informarle que lamento no poder asistir por encontrarme ese día en Perú, por compromisos contraídos con anterioridad con la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

Deseandoles éxito en aquella reunión, tenga por cierto que en cualquier oportunidad que pueda aportar algo al desarrollo de vuestras actividades estaré dispuesto gustoso a participar en el futuro

Reciba Ud., y su directiva mi más cordial y afectuoso saludo y estoy seguro que el día 18 de noviembre vuestro evento será de alto nivel y beneficio.

Saluda atentamente a Ud,

DR. JORGE TISNÉ
 Chairman Congreso FIGO 2003

Dr. Eugenio Arteaga U
Presidente Sociedad Chilena de Climaterio
Presente

Estimado amigo:

Te mando un recuerdo de la hermosa experiencia compartida en Gainsville, con ocasión de la Reunión de Consenso organizada por la Council of Affiliated Menopause Societies (CAMS).

Aquí en Madrid seguimos trabajando en las conclusiones de la reunión y en el Handbook, cuyo borrador te enviaremos en cuanto esté terminado.

Recibe un fuerte abrazo

DR. SANTIAGO PALACIOS
 Instituto Palacios
 Madrid, España

Libros



DISLIPIDEMIAS EN LA PRACTICA CLINICA

Publicación de la *International Lipid Information Bureau (ILIB)*, 2000

Dr. Eugenio Arteaga Urzúa

Dr. Felipe Polak Cornejo

ILIB es una fundación internacional sin fines de lucro, cuyo objetivo fundamental es promover, a nivel del equipo de salud y de la población general,

el papel de los lípidos en las enfermedades cardiovasculares. Fue fundado en 1987 por un grupo de líderes de opinión en el campo de las dislipidemias provenientes de los grandes centros académicos. En 1993 se creó la filial chilena, integrada por 10 miembros, entre los que se cuentan nutriólogos, endocrinólogos, cardiólogos y bioquímicos.

El presente es el primer libro originado en el seno de ILIB Chile y en el que se revisa de una forma didáctica la extensa, y a veces compleja, temática de las dislipidemias. En 12 capítulos y 108 páginas se revisan aspectos bioquímicos, fisiopatológicos y clínicos, con especial énfasis en las opciones terapéuticas disponibles.

Para el médico no especialista, este libro es una contribución real que puede ayudarle a obtener una visión global y actualizada de los trastornos lipídicos en clínica y sus patologías relacionadas. ■



CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Publicación de la *Sociedad Boliviana del Climaterio*, 2000

Dr. Rubén Darío Urey Jordán

Dr. Marco Alfredo Aguirre Flores

Es probable que los médicos chilenos no tengamos acceso a este libro, lanzado recientemente en Santa Cruz, Bolivia, dado que su circulación está restringida al territorio de esa nación hermana.

Sin embargo, dado que hemos recibido un volumen de esta publicación, deseamos compartir con nuestros lectores nuestras felicitaciones a los colegas bolivianos por este esfuerzo editorial. Podríamos reseñarlo como un manual de climaterio y menopausia dividido en 14 capítulos y con una extensión de 170 páginas. Estamos seguros que servirá para fomentar el estudio de esta temática entre médicos no especialistas y confiamos en que sea la primera de muchas otras publicaciones futuras. ■



OBESIDAD: UN DESAFIO PENDIENTE

Publicación de la *Vicerrectoría Académica de la Universidad de Chile*, 2000

Dres. Cecilia Albala, Juliana Kain, Raquel Burrows y Erik Diaz.

Este no es un texto de estudio clásico sino más bien una compilación de trabajos realizados por el grupo del INTA de la Universidad de Chile, de larga experiencia en el tema de la obesidad, acompañado de algunos académicos de otras Facultades chilenas y

cerca de 20 autores extranjeros. El libro se divide en dos partes. En la primera hay 7 grandes capítulos, con subcapítulos, que abarcan la temática esperada en un libro sobre obesidad (epidemiología, fisiopatología, etiopatogenia, comorbilidades, tratamiento, etc). En la segunda parte, el libro se organiza en 4 talleres que dan una visión pragmática respecto al enfrentamiento de algunos problemas relacionados con la obesidad.

Dado el formato agradable de la publicación y la gran cantidad de expertos que escriben sobre diferentes temas, creemos que es un libro recomendable para los médicos que deseen iniciarse en la problemática de obesidad y deseen hacerlo con un texto serio y adecuadamente documentado en bibliografía actual. ■

Actividades científicas



Santiago, Chile

Abril 6, 2001

Curso Internacional de Climaterio

Hotel Crown Plaza, Santiago

Informaciones:

Sociedad Chilena de Climaterio

Fax 639 3977

Sitio web: www.climaterio.cl

Santiago, Chile

Abril 26-29, 2001

II Congreso Latinoamericano IOF

IX Congreso Chileno de Osteología y Metabolismo Mineral

Hotel Crowne Plaza, Santiago

Informaciones fono 2321127, Fax 2313596

Washington DC, USA

Mayo 19-23, 2001

4th International Symposium Women's Health and Menopause

New Strategies Improved quality of life

Informaciones Meno 2001, Fondazione Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation

Fono +39(02) 29006267; Fax +39 (02) 29007018;

email: meno2001@icil64.cilea.it

Guatemala

Septiembre 24-27, 2001

III Congreso Latino Americano de Climaterio y Menopausia (Flascym)

Informaciones: Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia

Fono (502) 361 6072; Fax (502) 332-6904

Email: flascym@guate.net



Realización del II Consenso en Climaterio

El día 18 de noviembre se realizó en el Hotel Raddison de Santiago, el II Consenso Nacional de Climaterio. De acuerdo a la modalidad prefijada, los participantes del Consenso –35 en total- recibieron un documento con la copia de las ponencias que iban a ser expuesta en esta reunión. El tiempo fue muy escaso pero logramos pasar revista a todos los temas programados y contrastar nuestras experiencias y opiniones. La Directiva de la Sociedad y los Presidentes de filiales de la I, II, IV, V, y VIII Regiones que nos acompañaron, quedamos muy satisfechos con la realización de este evento. Ahora queda pendiente la tarea editorial, labor que emprenderán los Drs. Patricio Contreras, Oscar González y Eugenio Arteaga. Esperamos que durante el próximo Curso Internacional a realizarse en el Hotel Crown Plaza en Santiago, el 6 de abril del 2001, podamos hacerles entrega del texto definitivo.

Celebración del Día Mundial de la Menopausia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha instituido el día 18 de octubre como el Día Internacional de la Menopausia, el que se celebró por primera vez este año. Este hecho representa un verdadero hito y refleja la importancia que otorga la OMS a toda la temática relacionada con la menopausia femenina.

La Sociedad Internacional de Menopausia (IMS), con sede en Bélgica, solicitó a sus Sociedades afines –entre ellas, la Sociedad Chilena de Climaterio- que organizaran actividades académicas y de difusión para el público general como una forma de celebrar esta fecha.

Nuestra Sociedad envió una invitación a todas las Filiales para que se sumaran a la celebración de este acto. Recibimos respuesta de la Presidenta de la Filial de la II Región, Dra. Virginia Manns, quien nos dio cuenta de una cena que se organizó en Antofagasta para conmemorar dicho día. El Dr. René Montaña, Presidente de la filial V Región, organizó una reunión muy exitosa y particular. Reunió a algunos médicos y matronas de la zona y a un número cercano a 100 señoras de la comunidad. En esa reunión se hizo una presentación formal de algunas temáticas médicas relacionadas a la menopausia femenina y, lo más innovador fue que un grupo de auxiliares de enfermería que laboran en los Servicios de Salud de la zona, presentaron un sketch alusivo a la menopausia femenina. Al decir de todos, fue un evento memorable.

En Santiago, el Directorio de la Sociedad encargó al Dr. Oscar González la organización de dicha celebración. Se planificó una reunión con la comunidad en el Club Providencia, contando con la presencia de representantes del Sernam, damas de la comunidad y periodistas de distintos medios. La cobertura de prensa que se logró fue muy destacada. Además, la casa farmacéutica Wyeth organizó un evento científico que contó con la participación estelar del Profesor Frederick Naftolin quien compartió el podium con los Dres. Oscar González y Eugenio Arteaga. La nutrida asistencia a este evento, la excelente organización, y las interesantes conferencias que se dictaron, nos hacen evaluar esta jornada como muy exitosa.

El Directorio desea felicitar a todos los que participaron a lo largo de Chile en esta celebración, especialmente a los médicos que estuvieron encargados en cada Región. Hemos enviado una comunicación acerca de estas actividades al Dr. Manuel Neves e Castro, encargado de la IMS para la celebración del día mundial de la Menopausia.

Apoyo a los Socios

Incluido en el tercer número del año 2000 del Boletín de la Sociedad Chilena de Climaterio -que se repartió en Diciembre- enviamos a nuestros Socios un disco compacto de regalo. La Sociedad, consciente de la necesidad de información que tenemos los médicos, y procurando mantener un permanente espíritu innovador, compró un reproductor de CD de última generación, más sofisticado que los equipos que solemos manejar en casa. Por acuerdo del Directorio se decidió generar este CD con una gran cantidad de información que esperamos les sea útil. Incluimos en esta entrega –que esperamos sea la primera de una serie que vaya en apoyo de nuestros Socios- los últimos 10 boletines de la Sociedad, dos libros en formato PDF, uno publicado por la Sociedad y otro por el Dr. Patricio Contreras, el programa risk de la NIH para evaluar el riesgo de cáncer de mama, el programa para bajar documentos en PDF, y una serie muy destacada de papers publicados en revistas internacionales y que fueron elegidos por varios colaboradores. Un agradecimiento muy especial al Dr. Patricio Contreras que estuvo encargado de esta primera edición en versión CD.

¿Han visitado la página web de la Sociedad?

Queda claro que internet no es solo el futuro sino que es una realidad presente que nos enfrenta cada día. Nuestra Sociedad tiene el orgullo de ser la primera en Chile –según nuestros antecedentes- que debutara con una página web. Después de dos años de actividades, estamos convencidos que es una herramienta eficaz de comunicación e interacción. Nuestro Directorio la concibió como una forma de apoyo a los Socios pero abierta también a todos los médicos y profesionales de la Salud que deseen informarse con nosotros y, próximamente, también dedicada a otro público objetivo, las mujeres y hombres interesados en la temática de climaterio.

Después de estos años de operación de la página web, hemos adquirido mucha experiencia y perfeccionado nuestra metodología. Periódicamente estamos incorporando nueva información y nuevos "links" científicos de gran ayuda. Dado que toda labor editorial requiere de mucho trabajo y precisa de continuidad en el tiempo, el Directorio le ha pedido al Dr. Augusto Tapia, Director de la Sociedad, que empiece a involucrarse en esta tarea y colabore con el editor de la página web, Dr. Patricio Contreras. La renovación de las personas en las distintas labores de la Sociedad permite augurar la permanencia de estas últimas en el tiempo. Esperamos que nos visiten y empiecen a interactuar con nosotros en forma más frecuente.

Sociedad Chilena
de Climaterio

Directorio

Presidente

Eugenio Arteaga Urzúa

Presidente

Patricio Contreras Castro

Secretario General

Marcelo Bianchi Poblete

Tesorero

René Montaña Villegas

Consejeros

Bergio Cheviakoff Zúñiga

Oscar González Campos

Almeida Martínez Chávez

Augusto Tapia Sagredo

Presidente

Arturo Brandt Alvear