

Pautas en THS

Javier Haya Palazuelos

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

La terapia hormonal sustitutiva (THS) se basa fundamentalmente en el uso de estrógenos. Sin embargo, en aquellas mujeres en las que no se haya practicado una histerectomía, o bien alguna técnica destructiva del endometrio, como la ablación endometrial, el tratamiento estrogénico debe ser completado en todos los casos con algún gestágeno, al menos durante un período de 10 días. Si no se realiza esta acción, aumenta el riesgo relativo de presentar hiperplasia de endometrio y/o adenocarcinoma de endometrio. Para esta regla sólo existe una excepción, que veremos más adelante.

De las diferentes formas de realizar la combinación del estrógeno y el gestágeno surgen varias pautas posibles, cada una con ventajas e inconvenientes. A continuación describiremos cuáles son las pautas posibles, con sus características más destacadas.

La primera gran división que debemos realizar es entre pautas continuas y pautas cíclicas. En las primeras la paciente recibe tratamiento con un estrógeno todos los días del mes, sin efectuar ninguna pausa. Por el contrario, en las pautas cíclicas existen unos días de descanso, generalmente 7, en los que la mujer no realiza ningún tipo de tratamiento.

Tanto los tratamientos continuos como los cíclicos pueden ser a su vez combinados o secuenciales. Los primeros se caracterizan porque el estrógeno está acompañado todos los días por un gestágeno. Dado que la paciente realiza el mismo tratamiento todos los días, se habla también de pauta monofásica. Por el contrario, los secuenciales están definidos por el hecho de que durante algunos días la mujer sólo recibe estrógeno, mientras que en otros el tratamiento consta de estrógeno y gestágeno.

Los tratamientos secuenciales pueden ser bifásicos, cuando el tratamiento tiene dos fases durante el ciclo y trifásico cuando éstas son tres.

El resumen de las diferentes pautas se puede ver en la tabla 1.

A la hora de valorar las diferentes pautas habremos de tener en cuenta los siguientes hechos:

– La facilidad de tratamiento será mayor si no existen días de descanso. El hecho de que la paciente no tenga que

estar pendiente de interrumpir durante cierto período el tratamiento facilita un mejor cumplimiento terapéutico. En este sentido, las pautas continuas son más cómodas que las cíclicas.

– En algunas combinaciones de estrógeno y gestágeno con pauta cíclica cabe la posibilidad de que en los días de descanso reaparezca la sintomatología climatérica en algún grado. En las pautas continuas no se produce esta circunstancia y los niveles hormonales son más constantes. Por esta circunstancia las pautas continuas pudieran ser más eficaces que las cíclicas.

– En las pautas cíclicas es más probable la presentación de “reglas” que en las pautas continuas, coincidiendo habitualmente con los días de descanso (hemorragia por privación hormonal). Por esta circunstancia, cuando nos interese que la paciente tenga reglas regulares (generalmente en la perimenopausia y menopausia inicial), las pautas cíclicas serán las de elección.

– En las pautas continuas, especialmente en las combinadas, es decir, cuando la mujer recibe todos los días estrógeno y gestágeno, es probable la producción de una atrofia endometrial, y por tanto amenorrea, especialmente después de varios meses de tratamiento. Por este motivo, cuando nos interese que la mujer no tengan hemorragias, la pauta de elección será la combinada continua.

– Desde un punto estrictamente teórico, la pauta más fisiológica sería la trifásica, ya que es la que mejor remeda el ciclo natural de la mujer, que claramente tiene tres fases bien diferentes: una etapa con unos niveles estrogénicos altos (que se inicia poco antes de acabar con la regla), una etapa con estrógeno y gestágeno (que comienza tras la ovulación) y una etapa con bajos niveles estrogénicos (que se inicia poco antes del comienzo de la menstruación). Sin embargo, esta apreciación no se ha demostrado que tenga ninguna repercusión clínica, tanto desde el punto de vista de eficacia como de tolerancia.

Independientemente de cómo se administra el estrógeno y el gestágeno, es evidente que la mujer ha de recibir las dosis mínimas imprescindibles, tanto para conseguir erradicar los efectos de la hipoestrogenemia, como para proteger el endometrio. Utilizar dosis superiores a las necesarias no va a reportar ningún beneficio y probablemente aumente la tasa de efectos secundarios.

Si el estrógeno que utilizamos es estradiol por vía oral (valerianato), serán necesarios 1-2 mg/día. Si es estradiol

Correspondencia: Dr. J. Haya Palazuelos.
Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario de Getafe.
Carretera de Toledo, km 12,500. 28905 Madrid.

SEMERGEN 2000; 26: 140-141.

Pautas continuas (estrógeno todos los días)	
Combinadas	Secuenciales
Gestágeno también todos los días	Gestágeno sólo algunos días
Monofásicas	Bifásicas Trifásicas
Pautas cíclicas (existen días de descanso, sin tratamiento alguno)	
Combinadas	Secuenciales
Gestágeno todos los días que se da estrógeno	Gestágeno sólo algunos días
Monofásicas	Bifásicas Trifásicas

transdérmico, suelen ser suficientes sistemas de liberación de 25-50 µg/día, mientras que si se trata de estrógenos conjugados equinos, la dosis oscilará en 0,625-1,25 mg/día. Si los estrógenos utilizados son fitoestrógenos (moléculas de acción estrogénica de origen vegetal), la dosis útil oscila alrededor de 40 mg/día (refiriéndonos a las isoflavonas, que son con diferencia los más importantes).

La dosis de gestágeno varía también en función de cuál sea éste y de la pauta utilizada. Como norma general, en las pautas continuas la dosis será sensiblemente inferior a la de las pautas cíclicas (del orden de la mitad). Como orientación diremos que si el gestágeno es la medroxiprogesterona, necesitaremos 5-10 mg/día, mientras que si es ciproterona o noretisterona sólo será necesario 1 mg/día. Cuando utilizamos progesterona natural micronizada, las dosis son sensiblemente más altas, necesitando 100-300 mg/día por vía oral, aunque tan sólo 100 mg si elegimos la vía vaginal. La utilización de fitoestrógenos no precisa de asociar ningún gestágeno, ya que, dado que éstos activan únicamente los receptores "beta" estrogénicos, no producen proliferación endometrial.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Boerigter PJ, Van de weijer PHM, Baak JPA, Fox H, Haspels A, Kenemans P. Endometrial response in estrogen replacement quarterly combined with a progestogen. *Maturitas* (1996); 24: 63-71.
- Hollin UK. *Menopausia y terapia hormonal sustitutiva* (2.ª ed.). Madrid: Aula Médica, 1998.
- Whitehead M. *Terapia hormonal sustitutiva. Preguntas y respuestas*. Madrid: Churchill Livingstone, 1992.