

TIPO Y MANEJO DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN LA TERAPIA HORMONAL DE SUSTITUCIÓN (THS) CON EL TRATAMIENTO CONTINUO

Jaime Urdinola*

Se han utilizado diferentes tipos de tratamiento a través de diferentes vías en la THS, con el fin de aumentar el cumplimiento y la continuidad y adherencia a la terapia, intentando especialmente solucionar la presencia de sangrado genital ya que la mayoría de las mujeres prefiere no presentar ningún tipo de hemorragia¹⁻², no iniciando siquiera la terapia o descontinuándola. El tratamiento continuo combinado en la THS es un ejemplo de las maniobras farmacológicas intentadas para aumentar el cumplimiento frente a la presencia de la hemorragia genital. Además, la asociación continua con el gestágeno permite utilizar dosis más bajas que las utilizadas tradicionalmente en el tratamiento cíclico.

Se pueden utilizar las dosis diarias continuas de las siguientes combinaciones de estrógeno + gestágeno, disponibles en Colombia:

Estrógeno diario: Vía oral
1.0 mg - Estradiol micronizado, o
0.625 mg - Estrógenos equinos conjugados (EEC), o
2.0 mg - Valerianato de estradiol,
17b-estradiol
Vía transdérmica
50 ug / día- Parches de 3.5 ó de 7 días
Gestágeno diario Vía oral
2.5 ó 5.0 mg - Acetato de medroxiprogesterona (MPA)
0.35 mg - Noretindrona (NET)
1.0 ó 2.0 mg - Acetato de Noretindrona (NETA)

La persistencia del sangrado al utilizar los regímenes cíclicos tradicionales continúa siendo una barrera para el adecuado cumplimiento. Pero es muy satisfactorio pasar del 80 a 90 % de hemorragia por supresión, al 80% de mujeres sin hemorragia con el tratamiento continuo, lo cual significa una ventaja especial en este sentido.

El problema aparentemente sencillo de la hemorragia por escape es algo preocupante, y que se agrava con el día a día que pasa en las mujeres con el tratamiento continuo combinado. Cerca del 40 al 60% de las mujeres bajo este tipo de terapia experimentan hemorragia por escape durante los 6 primeros meses, y este porcentaje decae a aproximadamente el 20% después de un año de tratamiento³.

Mientras que el porcentaje obtenido de amenorrea es bastante satisfactorio, el número de mujeres que continúan presentando hemorragia por escape se puede considerar como considerable, y en la realidad se convierte en un problema de difícil manejo.

La hemorragia por escape es muy similar a la que se presenta durante la administración de los anticonceptivos orales, especialmente con los de microdosis, en donde el endometrio se modifica bajo la fuerte influencia del gestágeno convirtiéndose en atrófico y con una altura bastante reducida, lo que implica de manera práctica que es muy difícil obtener material adecuado y en suficiente cantidad para anatomía patológica durante el curetaje con propósitos de biopsia.

Complicaciones Hemorrágicas en la THS Continua

Se necesita de experiencia y de conocer la situación a fondo, para tomar la decisión de realizar una biopsia, la cual desde este punto de vista puede no llegar a ser efectiva en relación a los costos, independientemente del instrumento o del tipo de técnica utilizados⁴.

La paciente necesita de un apoyo constante durante los primeros meses de tratamiento continuo de acuerdo con las razones expuestas. Como recomendación después de los 6 primeros meses, el juicio médico indicará si es necesario realizar una valoración simple mediante ultrasonido transvaginal, la ayuda de la histerosonografía o proceder a una histeroscopia⁵, lo que permitirá encontrar un número grande e insospechado de miomas o pólipos intracavitarios.

No existe tampoco un método ideal y efectivo en la modificación del tipo o dosis de los medicamentos administrados para manejar la hemorragia por escape. Se ha intentado aumentar la dosis del gestágeno, sin que la tasa llegue a disminuirse de manera significativa. Puede ser un intento farmacológico, pero a lo único que conlleva probablemente es a que aumenten los efectos secundarios atribuibles al gestágeno³.

Tal vez la medida de más éxito es la de intentar ganar tiempo en la medida en que la mayoría de las pacientes dejarán de sangrar en forma espontánea, con la ayuda de adecuada información médica, el frecuente contacto telefónico para disminuir la ansiedad y el apoyo que permita la persistencia de la mujer afectada. La biopsia estará indicada si la mujer o el médico se encuentran muy preocupados frente a la posibilidad de alguna patología.

Las pacientes presentan una mayor tasa de hemorragia por escape, mientras más cerca estén al momento de su menopausia o al hecho de haber suspendido poco antes un tratamiento hormonal de tipo cíclico secuencial. Esta es una buena razón para que la THS inicial sea de tipo cíclico secuencial y para esperar siquiera 2 años antes de comenzar un tratamiento continuo. Probablemente para aquellas que continúan presentando

hemorragia por escape durante el tratamiento continuo, sea una buena idea regresar al programa secuencial para que la hemorragia

por privación se presente en la forma esperada y ordenada, y no en la forma irregular e inesperada de la hemorragia por escape.

BIBLIOGRAFIA

1. Hahn RG. Compliance consideration with estrogen replacement: withdrawal bleeding and other factors. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1854-1858.
2. Ravnkar VA. Compliance with hormonal therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 1332.
3. Archer DF, Pickar JH, Bottiglioni F, for the Menopause Study Group: Bleeding patterns in postmenopausal women taking continuous combined or sequential regimens of conjugated estrogens with medroxyprogesterone acetate. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 686-692.
4. Urdinola J. Hemorragia Uterina Anormal durante la THS. En: Dirección de Recursos Humanos-Ministerio de Salud-República de Colombia: Conferencia de Consenso - Documento de Actualización de la Terapia de Suplencia Hormonal durante la Menopausia. Medellín, 1995.
5. Parsons AK. Detection and surveillance of Endometrial Hyperplasia / Carcinoma. En: Lobo RA (Ed.): *Treatment of the Postmenopausal Woman - Basic and Clinical Aspects*. Raven Press, New York, 1994; 385-398.