

Ética y encarnizamiento médico con las mujeres. La terapia hormonal en la menopausia y el climaterio

M. Pérez Fernández

Médico general. Equipo CESCA (Madrid).

En general, ¿qué hemos hecho las mujeres para merecer un encarnizamiento médico cruel y persistente? Como médicos generales, ¿por qué no levantamos nuestras voces ante tal atropello? Son dos cuestiones que nos deberían mover al examen de conciencia y de ciencia para dar una respuesta ética acorde con el principio básico de nuestra profesión, el *primum non nocere*. Es hora de que los médicos generales tengamos voz propia y criterio fundamentado ante las continuas “ocurrencias” de los especialistas, que no nos deberían arrastrar nunca más a una práctica en la que hay que pedir perdón continuamente por lo que acabamos de hacer, ... para inmediatamente volver a adaptar pautas sospechosas, aparentemente nuevas y mejores, pero tan carentes de ciencia como las previas. De hecho, sólo pedimos perdón nosotros con textos como éste, que demuestran arrepentimiento, dolor por el mal trabajo, empatía con el dolor generado y firme decisión de no repetir errores similares. ¿Qué hacen los especialistas? No he oído, ni creo que ningún lector haya oído, pedir perdón a los ginecólogos, por ejemplo, por el abuso con el tratamiento hormonal en la menopausia y el climaterio. Aunque creo que no se creen impunes, y supongo que intentarán mejorar su práctica, las mujeres podemos verlos como insensibles, indiferentes al daño provocado. Seguro que nos equivocamos.

El conocimiento científico es hijo de su tiempo, de una concreta concepción cultural y política, de forma que no puede esperarse que el conocimiento médico sea neutral. Así, el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres es algo posible hoy. No fue posible ayer. Y hay que hacerlo imposible mañana. Pero coincide con un deseo social de “lo perfecto”, que siempre fue enemigo de “lo mejor”. En la búsqueda de un embarazo y un parto perfecto la mujer acepta lo inaceptable, tanto desde el punto técnico como humano. El anhelo de una eterna juventud nos hace débiles frente a los cantos de sirenas que la prometen

envuelta en un parche, que ponemos en nuestra piel como escudo frente a los estragos del tiempo. Sin embargo, no es difícil encontrar una verdad diferente, más científica y más sencilla. En esta misma revista ya revisé el encarnizamiento médico global con las mujeres, en 1999¹. Las cosas han ido a peor desde entonces, y los protocolos y consensos son cada vez más rígidos y más amplios, lo que aumenta el número de mujeres maltratadas (una epidemia silenciosa de maltrato, obviamente). Así, cada vez son más comunes, y más aceptadas, múltiples pautas rutinarias de dudosa eficacia, inútiles y peligrosas, desde la sobrecarga oral de glucosa en el embarazo (prueba de O'Sullivan), a la ecografía en el mismo, la episiotomía en el parto, la citología en la prevención del cáncer de cuello de útero, y el uso de la terapia hormonal sustitutiva (THS), como gustan decir los que la aplican con denuedo y sin piedad.

Nótese que se ignora la palabra climaterio y se sustituye por posmenopausia. Nada es inocente en este juego cruel que persigue la transformación de las mujeres en combustible del sistema sanitario. Todo vale. También la manipulación del lenguaje, que en este caso trata de obviar la simple verdad del climaterio como una fase de la vida de la mujer, en aras de realzar el evento inicial, la menopausia. Una fase, el climaterio, que puede ser brillante y feliz, en lo personal y en lo profesional, muy libre en la sexualidad, y serena al ver cumplirse grandes metas, como trabajo estable, reconocimiento social, la crianza de los hijos, y la convivencia amorosa y tranquila con un varón (o mujer, que de todo hay).

He oído a médicos generales decir convencidos que “la menopausia es una enfermedad”, y razonarlo con desparpajo, para justificar el uso de un tratamiento lógico, las hormonas. ¿Hemos sido inocentes al transformar una etapa de la vida en un problema médico? ¿Hemos sido inocentes al ceder a las presiones de los ginecólogos, de la industria farmacéutica y de las propias pacientes? La respuesta puede ser negativa (y dolorosa) si volvemos la vista atrás y revisamos, por ejemplo, el excelente trabajo de Rueda, financiado por el Instituto de la Mujer, que ya en 1995 pedía moderación en el uso de la THS por falta de fundamento científico².

Correspondencia: Equipo CESCA.
Travesía de la Playa 3.
28730 Buitrago del Lozoya (Madrid).

“Se necesita más información acerca de los efectos adversos de las hormonas en la menopausia antes de poder valorar sus beneficios en la prevención de la isquemia de miocardio y de la osteoporosis”. Era la frase con la que concluía el apartado correspondiente en “Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres”¹. Sin esperar a más información, la pauta hormonal se implantó con la esperanza vana de evitar infartos y osteoporosis, y de mejorar la calidad de vida de las mujeres. Además, como se hace casi siempre, se empezaron a publicar estudios múltiples, con demostraciones tan peregrinas como mejoras del rendimiento mental y disminución de la incidencia y gravedad de las demencias. El resultado ha sido apocalíptico. Por ejemplo, se calcula que en el Reino Unido ha habido en la última década 20.000 cánceres de mama de más por el uso de la THS entre mujeres de 50 a 64 años³. Tenían, pues, razón las mujeres españolas que rechazaban el tratamiento hormonal en 1998, “porque puede producir cáncer” (motivo más frecuente por el que lo rechazaron)⁴. Por cierto, la introducción inicial de las hormonas, en los años sesenta y setenta del siglo XX, con estrógenos en solitario, también produjo una epidemia de cáncer, pero en aquella ocasión de útero¹. No cabe duda, el tratamiento hormonal en la menopausia y climaterio ha conllevado el aumento de la incidencia de cánceres, y aunque la utilización en España fue siempre menor que en el resto de los países desarrollados⁵, también nos ha tocado nuestra ración a las mujeres españolas (¿nadie hará el cálculo, al estilo inglés?).

El tratamiento hormonal en el climaterio incrementa la incidencia de cánceres y, además, la de infartos de miocardio, de ictus cerebrales y el tromboembolismo en general (incluye el incremento de las temibles embolias pulmonares). Es cierto que se asocia a disminución de la incidencia de cánceres de colon y quizá de nuevas fracturas, pero no parece compensar. Si se realiza un balance entre beneficios y riesgos, el *primum non nocere* lleva al rechazo del tratamiento hormonal⁶.

¿Adónde estábamos mirando los médicos generales cuando aceptamos prescribir cerivastatina, que también dejó un rastro de muertos, y abandonamos avergonzados sin dar demasiadas explicaciones a nadie?⁷. ¿Adónde mirábamos para dejarnos seducir por la THS, cuando incluso en español se cuestionaba su utilidad y se nos pedía prudencia, templanza y paciencia antes de empezar a prescribirla?². ¿Seguirá siendo la historia de los médicos generales/de familia una historia de ignominia en la que nuestro papel sea el del “malo” del guiñol al que los especialistas

golpean sin piedad, una y otra vez, para transformarlos en “el escribano necesario”, el que firma y firma y firma sin parar recetas que envenenan?

Es hora de que la exigencia ética nos vuelva científicos. La exigencia ética en Medicina General/de Familia es bien simple: tratar de ser expertos en lo más frecuente en nuestras consultas. ¿Hay algo más frecuente que la menopausia y el climaterio, que tarde o temprano concierne a más de la mitad de la población?

La vergüenza que nos ha provocado el “descubrimiento” de los peligrosos efectos de la TSH no se cura con el olvido, ni siquiera pidiendo perdón. El olvido ayuda a reiniciar un nuevo ciclo, con nuevos medicamentos de los que sabemos tan poco como de los anteriores, y el perdón sin acción reparadora es un ejercicio hipócrita (ya decía Confucio que no sirve aceptar que te has equivocado si no lo recuerdas constantemente). La vergüenza se cura con sencillez y humildad, compartiendo el error con las mujeres a las que prescribimos la TSH, tomando en serio sus causas y consecuencias, y transformando dicho error en punto de inicio de una nueva conducta. Sobre todo, la vergüenza se cura siendo capaces de tomar decisiones autónomas, de acuerdo o en desacuerdo con los especialistas. Seremos capaces de tomar decisiones autónomas cuando nos convirtamos en expertos de lo frecuente. Eso nos dará libertad e independencia, y, sobre todo, nos permitirá ser responsables de nuestros errores, y no cargar con el pesado fardo de la responsabilidad de especialistas que provocan encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, ofuscados por su exceso de técnicas y por su falta de ciencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN* 1999;25:239-48.
2. Rueda JR. Aproximación a la introducción y difusión de la TSH en mujeres postmenopáusicas. Madrid: Instituto de la Mujer, 1995.
3. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419-27.
4. Leal M, Alemán AJ, Sánchez FA, Selva JM. ¿Desean nuestras pacientes recibir tratamiento hormonal sustitutivo durante la menopausia? Mitos superados. *Aten Primaria* 1998;22:452.
5. Benet M, Carvajal A, García del Pozo J, Álvarez A, Vega T. Tratamiento hormonal sustitutivo en España. Un estudio de utilización. *Med Clin (Barc)* 2002;119:4-8.
6. Bailón E. ¿Se debe tratar la menopausia? *Aten Primaria* 2004;33:203-8.
7. Gervas J, Pérez Fernández M. El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cerivastatina. *Med Clin (Barc)* 2002;119:254-9.