



Terapia hormonal para la menopausia y el cáncer

¿Qué es la terapia hormonal para la menopausia?

La terapia hormonal para la menopausia (*menopausal hormone therapy*, MHT) es un tratamiento que los médicos pueden recomendar para aliviar los síntomas comunes de la menopausia y, también, para prevenir cambios biológicos a largo plazo, como la disminución de masa ósea (de los huesos). Estos cambios biológicos son consecuencia de la reducción de los niveles de las hormonas naturales llamadas estrógeno y progesterona que sucede en el cuerpo de la mujer durante y después de la menopausia. (Más información disponible en la página de Internet sobre [menopausia](#) de MedlinePlus).

Esta terapia generalmente comprende el tratamiento con estrógeno solo; una combinación de estrógeno y progesterona; o estrógeno y progestina, que es una hormona sintética con efectos similares a los de la progesterona. A las mujeres que se han hecho una histerectomía por lo general se les receta solo estrógeno. A las mujeres que no se han hecho esta operación quirúrgica se les receta estrógeno y progestina, porque el tratamiento con estrógeno solo se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de endometrio, y hay estudios que indican que la combinación de estrógeno y progestina puede no tener ese riesgo.

¿Cuál es la diferencia entre las hormonas que se usan en la terapia para la menopausia y las hormonas que produce el cuerpo de la mujer?

Las hormonas que se usan en la terapia para la menopausia provienen de distintas plantas y animales o pueden ser fabricadas en un laboratorio. La estructura química de estas hormonas es similar, aunque generalmente no es idéntica, a la de las hormonas producidas por el cuerpo de la mujer.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) de EE. UU. ha aprobado varios productos hormonales para su uso en la terapia hormonal. Los productos aprobados por la FDA son sometidos a pruebas exhaustivas y la producción se hace bajo condiciones reguladas para garantizar que cada dosis sea en forma de píldora, de parche epidérmico o de crema contenga la cantidad adecuada de hormonas. Estos productos aprobados por la FDA solo se pueden adquirir con receta médica. En la publicación en inglés de la FDA [Menopause Medicines to Help You](#) se ofrece mayor información sobre la terapia hormonal.

Los productos hormonales no aprobados por la FDA, conocidos como "hormonas bioidénticas", tienen una gran difusión y se venden sin receta médica por Internet. Las afirmaciones que dicen que son productos "más seguros" o más "naturales" en comparación con los productos hormonales aprobados por la FDA no tienen el respaldo de una evidencia científica confiable. La FDA proporciona mayor información sobre estos productos en la publicación en inglés [Menopausal Hormone Therapy and "Bio-](#)

identical Hormones.

¿De dónde proviene la evidencia científica sobre los riesgos y beneficios de la terapia hormonal para la menopausia?

La evidencia científica más completa acerca de los riesgos y beneficios de la terapia hormonal para la menopausia proviene de dos estudios clínicos con distribución al azar que fueron patrocinados por los Institutos Nacionales de la Salud como parte de la [Iniciativa para la Salud de la Mujer \(Women's Health Initiative, WHI\)](#):

- En el **estudio sobre el uso de estrógeno más progestina de la WHI (Estrogen-plus-Progestin Study)**, participaron mujeres con útero que fueron asignadas en forma aleatoria (o al azar) para recibir o bien un medicamento hormonal con la combinación de estrógeno y progestina (Prempro™) o un placebo.
- En el **estudio sobre el uso de estrógeno solo de la WHI (Estrogen-Along Study)**, participaron mujeres sin útero que fueron asignadas en forma aleatoria para recibir o bien un medicamento hormonal solo con estrógeno (Premarin™) o un placebo.

En los dos estudios, participaron más de 27 000 mujeres sanas entre 50 y 79 años de edad en el momento de la inscripción. Si bien ambos estudios fueron interrumpidos antes de su finalización (en 2002 y 2004, respectivamente) cuando se determinó que ambos tipos de tratamiento estaban asociados a riesgos médicos específicos, se continuó el seguimiento a largo plazo de las participantes a fin de proporcionar nuevos datos sobre los efectos de la terapia hormonal en la salud.

¿Cuáles son los beneficios de la terapia hormonal para la menopausia?

La investigación del estudio de estrógeno más progestina de WHI indicó que las mujeres que tomaron estos medicamentos tuvieron los beneficios siguientes:

- Un tercio de fracturas vertebrales y de cadera menos que las mujeres que tomaron el placebo. En términos absolutos, esto significa que hubo 10 fracturas por año por cada 10 000 mujeres que recibieron la terapia hormonal, en comparación con 15 fracturas por año por cada 10 000 mujeres que recibieron el placebo (1).
- Un tercio de riesgo de cáncer colorrectal menos que las mujeres que recibieron el placebo. En términos absolutos, esto significa que hubo 10 casos de cáncer colorrectal por año por cada 10 000 mujeres que recibieron la terapia hormonal, en comparación con 16 casos de cáncer colorrectal por año por cada 10 000 mujeres que recibieron el placebo (1).

No obstante, un estudio de seguimiento posterior indicó que ninguno de estos beneficios persistió después de que las pacientes dejaron de tomar la medicación combinada de terapia hormonal (2).

Las mujeres que tomaron solo estrógeno tuvieron los siguientes beneficios:

- Un tercio de riesgo de fracturas vertebrales y de cadera menos que las mujeres que tomaron el placebo. En términos absolutos, esto significa que hubo 11 fracturas vertebrales y 11 de cadera por año por cada 10 000 mujeres que recibieron estrógeno, en comparación con 17 fracturas vertebrales y 17 de cadera por año por cada 10 000 mujeres que recibieron el placebo (3).
- Un 23 por ciento menor de riesgo de cáncer de seno (mama) que las mujeres que recibieron el placebo. En términos absolutos, esto significa que hubo 26 casos de cáncer de seno invasivo por año por cada 10 000 mujeres que recibieron estrógeno, en comparación con 33 casos de cáncer de seno invasivo por año por cada 10 000 mujeres que recibieron el placebo (3).

Sin embargo, después de 10,7 años de seguimiento, el riesgo de sufrir fracturas de cadera fue ligeramente mayor para las participantes del grupo que recibieron estrógeno solo, aunque el riesgo de cáncer de seno se mantuvo menor que en las mujeres que recibieron el placebo (4).

¿Cuáles son los riesgos para la salud de la terapia hormonal para la menopausia?

Antes de que comenzaran los estudios de la Iniciativa para la Salud de la Mujer (WHI), se sabía que la terapia hormonal para la menopausia con estrógeno solo causaba un aumento del riesgo de cáncer de endometrio en mujeres con el útero intacto. Por esa razón, en los estudios de la WHI, las mujeres asignadas en forma aleatoria al grupo de la terapia hormonal recibieron estrógeno y progestina si tenían útero, y estrógeno solo si no tenían útero.

Los resultados de los estudios de la WHI han indicado que la terapia hormonal está asociada a los siguientes perjuicios:

- **Incontinencia urinaria.** El uso de la combinación de estrógeno y progestina aumentó el riesgo de incontinencia urinaria (1).
- **Demencia.** El uso de la combinación de estrógeno y progestina duplicó el riesgo de padecer demencia en mujeres en etapa posmenopáusica de 65 años de edad y mayores (5).
- **Derrames cerebrales, coágulos de sangre y ataques cardíacos.** Las mujeres que tomaron la terapia hormonal combinada o el estrógeno solo, presentaron un mayor riesgo de derrames cerebrales, coágulos de sangre y ataques cardíacos (1, 3). Sin embargo, el riesgo volvió a sus niveles normales para las mujeres en ambos grupos después de haber interrumpido la medicación (2, 4).
- **Cáncer de seno (mama).** Las mujeres que recibieron la combinación de estrógeno más progestina presentaron una mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de cáncer de seno (6). Los cánceres de seno en estas mujeres eran más grandes y con mayor probabilidad de haberse extendido a los ganglios linfáticos al momento del diagnóstico (6). El número de cánceres de seno en este grupo de mujeres aumentó según el tiempo que duraron tomando las hormonas y disminuyó después de que dejaron de tomarlas (7).

Estos estudios también indicaron que tanto la combinación de medicamentos como el uso de estrógeno solo hicieron que la mamografía fuese menos eficaz para detectar el cáncer de seno en sus

etapas iniciales (6, 8). Las mujeres que recibieron hormonas tuvieron que repetirse las mamografías para evaluar las anomalías encontradas en las mamografías de detección y hacerse más biopsias de seno para determinar si dichas anomalías eran cáncer (6, 8).

El índice de mortalidad por cáncer de seno entre las participantes que recibieron estrógeno más progestina fue 2,6 por año por cada 10 000 mujeres, en comparación con 1,3 por año por cada 10 000 mujeres en el grupo de las que recibieron el placebo (9). El índice de mortalidad por cualquier causa después del diagnóstico de cáncer de seno fue 5,3 por año por cada 10 000 mujeres entre quienes tomaron la terapia hormonal combinada, en comparación con 3,4 por año por cada 10 000 mujeres en el grupo de las que recibieron el placebo (9).

- **Cáncer de pulmón.** Las mujeres que recibieron la terapia hormonal combinada presentaron el mismo riesgo de cáncer de pulmón que las mujeres que recibieron el placebo (10). Sin embargo, entre las participantes que recibieron un diagnóstico de cáncer de pulmón, fue más probable que las mujeres que tomaron estrógeno más progestina murieran por la enfermedad que las que tomaron el placebo.

No hubo diferencias en el número de casos de cáncer de pulmón o en el número de muertes por la enfermedad en las mujeres que tomaron estrógeno solo en comparación con las mujeres que tomaron el placebo (11).

- **Cáncer colorrectal.** En el informe preliminar del estudio, las mujeres que recibieron la terapia hormonal combinada presentaron un riesgo menor de cáncer colorrectal que las mujeres que recibieron el placebo (1). No obstante, los tumores colorrectales en las mujeres del grupo de la terapia hormonal combinada estaban más avanzados al momento de la detección que los de las mujeres del grupo del placebo. No hubo diferencias en el riesgo de cáncer colorrectal o en el estadio (etapa) de la enfermedad al momento del diagnóstico entre las mujeres que recibieron estrógeno solo y las que recibieron el placebo (3).

Sin embargo, en un análisis posterior de los estudios de WHI no se hallaron indicios científicos convincentes de que el estrógeno solo o la combinación de estrógeno y progestina tuvieran un efecto en el riesgo de cáncer colorrectal, en el estadio del tumor al momento del diagnóstico o en la muerte por cáncer colorrectal (12).

¿Afecta la histerectomía los riesgos de cáncer asociados a la terapia hormonal para la menopausia?

Las mujeres que se han sometido a una histerectomía y a quienes se les receta terapia hormonal para la menopausia generalmente reciben estrógeno solo.

En 2004, cuando el estudio de la WHI de tratamiento con estrógeno solo se interrumpió antes de su finalización, las mujeres que habían recibido estrógeno solo presentaron un riesgo de cáncer de seno reducido en 23 por ciento en comparación con las que recibieron el placebo (4). En un análisis que se llevó a cabo después de un seguimiento promedio de 10,7 años hecho a las participantes del estudio, se descubrió que las mujeres que habían recibido estrógeno solo continuaban teniendo un riesgo menor de

cáncer de seno que las mujeres que habían recibido el placebo (4).

¿Cambian con el tiempo los riesgos de cáncer debido a la terapia hormonal para la menopausia?

Las mujeres que se han sometido a una histerectomía y que usan la terapia hormonal para la menopausia con solo estrógeno presentan una reducción del riesgo de cáncer de seno que continúa al menos 5 años después de haber dejado de recibir la terapia (4).

Las mujeres que reciben la terapia hormonal combinada presentan un aumento en el riesgo de cáncer de seno que continúa después de que dejan de tomar la medicación (9). En el estudio de la WHI, en el cual las mujeres recibieron la terapia hormonal combinada durante un promedio de 5,6 años, el aumento del riesgo persistió después de un período de seguimiento promedio de 11 años. Los cánceres de seno en este grupo de mujeres fueron más grandes y con una mayor probabilidad de haberse extendido a los ganglios linfáticos (un signo de que la enfermedad está más avanzada).

Algunos estudios han documentado una disminución en el número de diagnósticos de cáncer de seno en Estados Unidos después de la marcada reducción en el uso de la terapia hormonal, la cual ocurrió después de que se publicaran los resultados preliminares del estudio de la combinación de estrógeno y progestina en julio de 2002 (13, 14). Es posible que otros factores también hayan contribuido a esta disminución, como la reducción en el uso de mamografías (15).

¿Resulta seguro para las mujeres que han tenido un diagnóstico de cáncer recibir la terapia hormonal para la menopausia?

Una de las funciones del estrógeno que se produce naturalmente en el cuerpo es fomentar el crecimiento normal de células en los senos y el útero. Es por esta razón que en general se piensa que la terapia hormonal para la menopausia podría fomentar un mayor crecimiento tumoral en mujeres que ya han recibido un diagnóstico de cáncer de seno. Sin embargo, los resultados de estudios sobre el uso de las hormonas para el tratamiento de los síntomas menopáusicos en supervivientes de cáncer de seno han sido contradictorios; algunos han indicado que hay un mayor riesgo de recidiva (regreso) del cáncer de seno (16, 17) y otros no lo han hecho (18, 19).

¿Qué deben hacer las mujeres si tienen síntomas de menopausia pero les preocupa la terapia hormonal?

Si bien la terapia hormonal para la menopausia brinda beneficios a corto plazo, como el alivio de los sofocos de calor y la sequedad vaginal, existen varias inquietudes de salud asociadas con su uso. Las mujeres deben preguntar al proveedor de atención médica si es necesario que reciban la terapia y qué alternativas pueden ser adecuadas para ellas. La FDA está aconsejando ahora a las mujeres que usen la terapia hormonal por el tiempo más corto posible y en la dosis más baja posible para controlar los síntomas de la menopausia. La publicación de la FDA: [La menopausia y las hormonas](#) ofrece mayor información sobre los riesgos y los beneficios de la terapia hormonal para controlar los síntomas de la menopausia.

¿Qué alternativas tienen las mujeres que deciden no recibir terapia hormonal para la menopausia?

Las mujeres a quienes les preocupan los efectos naturales que se presentan en la salud debido a la disminución en la producción de hormonas durante la menopausia pueden hacer cambios en su estilo de vida y alimentación para reducir ciertos riesgos. Por ejemplo, es posible que consumir alimentos ricos en calcio y vitamina D, o tomar suplementos alimentarios que contengan estos nutrientes, prevenga la osteoporosis. En estudios de distribución al azar se ha demostrado que hay medicamentos aprobados por la FDA, como el alendronato (Fosamax®), el raloxifeno (Evista®) y el risedronato (Actonel®), que previenen la disminución de masa ósea.

Los medicamentos aprobados por la FDA para tratar la depresión y las convulsiones pueden ayudar a aliviar síntomas menopáusicos como los sofocos de calor (20). En estudios clínicos de distribución al azar se ha demostrado que los siguientes medicamentos son eficaces para combatir los sofocos de calor:

- Venlafaxina (Effexor®)
- Desvenlafaxina (Pristiq®)
- Paroxetina (Paxil®)
- Fluoxetina (Prozac®)
- Citalopram (Celexa®)
- Gabapentina (Neurontin®)
- Pregabalina (Lyrica®)

Algunas mujeres recurren a tratamientos de medicina complementaria y alternativa de venta libre para el alivio de los síntomas menopáusicos. Algunos de estos remedios contienen compuestos similares al estrógeno derivados de fuentes como productos de soya, cereales integrales, semillas oleaginosas (principalmente el lino o linaza), legumbres y cimicífuga o hierba sonajero. Sin embargo, hasta la fecha no ha habido ningún estudio clínico de distribución al azar que haya indicado que alguno de estos remedios sea más eficaz que un placebo para combatir los sofocos de calor. En estudios realizados con otros remedios a base de hierbas, como aceite de onagra, ginseng y ñame silvestre, los resultados tampoco han indicado que puedan reducir con eficacia los síntomas menopáusicos (19).

El Instituto Nacional del Envejecimiento (NIA), que forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), tiene más información sobre la [menopausia](#).

¿Qué otras preguntas quedan por resolver en esta área de investigación?

Los estudios de la WHI tuvieron una relevancia tal que transformaron nuestros conocimientos sobre los efectos de la terapia hormonal para la menopausia en la salud. En investigaciones clínicas de seguimiento se han ampliado y refinado los resultados originales de estos dos estudios. Sin embargo, aún restan muchas preguntas por resolver, como por ejemplo:

- ¿Hay formas diferentes de hormonas, dosis más bajas, distintas hormonas o métodos diferentes de administración que sean más seguros o más eficaces que los que se probaron en los estudios de la WHI?
- ¿Presenta riesgos y beneficios diferentes el uso de hormonas en mujeres más jóvenes de las que participaron en los estudios de la WHI?
- ¿Existe una edad ideal para iniciar la terapia hormonal o una duración óptima del tratamiento que provean el máximo beneficio y el mínimo riesgo?

Es importante destacar que las mujeres que participaron en los estudios de la WHI tenían 63 años de edad en promedio, aunque 5000 de ellas tenían menos de 60 años, por lo que es posible que los resultados del estudio también se puedan aplicar a mujeres más jóvenes. Sin embargo, las mujeres en el estudio no estaban usando la terapia hormonal para aliviar síntomas menopáusicos. Además, los estudios de la WHI pusieron a prueba un único nivel de dosis de un solo medicamento de estrógeno (Premarin) y de un solo medicamento de estrógeno más progestina (Prempro).

El NIA está patrocinando el estudio [Intervención temprana frente a intervención tardía con estradiol \(Early Versus Late Intervention Trial With Estradiol, ELITE\)](#) con la finalidad de intentar responder a estas preguntas pendientes. Este estudio clínico compara los efectos del estrógeno en un grupo de mujeres dentro de los 6 años siguientes a la menopausia y otro grupo de mujeres que pasaron por la menopausia al menos hace 10 años. Durante 5 años, las mujeres son asignadas de manera aleatoria a un grupo en el que reciben estradiol (Estrace®) o a un grupo en el que reciben un placebo. Las mujeres con útero también recibirán un gel de progesterona o un gel placebo durante los últimos 10 días de cada mes. En este estudio se han inscrito 643 mujeres y se espera que finalice en el verano de 2013.

El NCI respalda una variedad de investigaciones relacionadas con la terapia hormonal para la menopausia, entre ellas, hay estudios que tienen la finalidad de conocer los factores genéticos que afectan la respuesta de las mujeres a esta terapia y la función del uso crónico de hormonas femeninas para que comience el cáncer de seno, así como la formulación de tratamientos no hormonales más eficaces para combatir los sofocos de calor.

¿Dónde se puede obtener más información sobre la terapia hormonal para la menopausia?

Los siguientes recursos ofrecen más información, en inglés, sobre las hormonas menopáusicas y la terapia hormonal para la menopausia:

- La página principal de los NIH sobre la [terapia hormonal para la menopausia](#)
- Sitio en Internet de [participantes de la WHI](#)
- Sitio en Internet del [Centro Nacional para la Salud Complementaria e Integrativa: Síntomas Menopáusicos y Métodos Complementarios de Salud](#)

Bibliografía selecta

1. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy

- postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(3):321–333. [\[PubMed Abstract\]](#)
2. Heiss G, Wallace R, Anderson GL, et al. Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin. *JAMA* 2008; 299(9):1036–1045. [\[PubMed Abstract\]](#)
 3. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291(14):1701–1712. [\[PubMed Abstract\]](#)
 4. LaCroix AZ, Chlebowski RT, Manson JE, et al. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2011; 305(13):1305–1314. [\[PubMed Abstract\]](#)
 5. Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289(20):2651–2662. [\[PubMed Abstract\]](#)
 6. Chlebowski RT, Anderson G, Pettinger M, et al. Estrogen plus progestin and breast cancer detection by means of mammography and breast biopsy. *Archives of Internal Medicine* 2008; 168(4):370–377. [\[PubMed Abstract\]](#)
 7. Chlebowski RT, Kuller LH, Prentice RL, et al. Breast cancer after use of estrogen plus progestin in postmenopausal women. *New England Journal of Medicine* 2009; 360(6):573–587. [\[PubMed Abstract\]](#)
 8. Chlebowski RT, Anderson G, Manson JE, et al. Estrogen alone in postmenopausal women and breast cancer detection by means of mammography and breast biopsy. *Journal of Clinical Oncology* 2010; 28(16):2690–2697. [\[PubMed Abstract\]](#)
 9. Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA* 2010; 304(15):1684–1692. [\[PubMed Abstract\]](#)
 10. Chlebowski RT, Schwartz AG, Wakelee H, et al. Oestrogen plus progestin and lung cancer in postmenopausal women (Women's Health Initiative trial): a post-hoc analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374(9697):1243–1251. [\[PubMed Abstract\]](#)
 11. Chlebowski RT, Anderson GL, Manson JE, et al. Lung cancer among postmenopausal women treated with estrogen alone in the Women's Health Initiative randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute* 2010; 102(18):1413–1421. [\[PubMed Abstract\]](#)
 12. Prentice RL, Pettinger M, Beresford SA, et al. Colorectal cancer in relation to postmenopausal estrogen and estrogen plus progestin in the Women's Health Initiative clinical trial and observational study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 2009; 18(5):1531–1537. [\[PubMed Abstract\]](#)
 13. Ravdin PM, Cronin KA, Howlander N, et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *New England Journal of Medicine* 2007; 356(16):1670–1674. [\[PubMed Abstract\]](#)
 14. Jemal A, Ward E, Thun MJ. Recent trends in breast cancer incidence rates by age and tumor characteristics among U.S. women. *Breast Cancer Research* 2007; 9(3):R28. [\[PubMed Abstract\]](#)
 15. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Remington PL. The contribution of postmenopausal hormone use cessation to the declining incidence of breast cancer. *Cancer Causes and Control* 2011; 22(1):125–134.

[\[PubMed Abstract\]](#)

16. Holmberg L, Anderson H. HABITS (hormonal replacement therapy after breast cancer—is it safe?), a randomised comparison: trial stopped. *Lancet* 2004; 363(9407):453–455. [\[PubMed Abstract\]](#)
17. Holmberg L, Iversen OE, Rudenstam CM, et al. Increased risk of recurrence after hormone replacement therapy in breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute* 2008; 100(7):475–482. [\[PubMed Abstract\]](#)
18. von Schoultz E, Rutqvist LE. Menopausal hormone therapy after breast cancer: the Stockholm randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute* 2005; 97(7):533–535. [\[PubMed Abstract\]](#)
19. Batur P, Blixen CE, Moore HC, Thacker HL, Xu M. Menopausal hormone therapy (HT) in patients with breast cancer. *Maturitas* 2006; 53(2):123–132. [\[PubMed Abstract\]](#)
20. Pachman DR, Jones JM, Loprinzi CL. Management of menopause-associated vasomotor symptoms: current treatment options, challenges and future directions. *International Journal of Women's Health* 2010; 2:123–135. [\[PubMed Abstract\]](#)

Recursos relacionados

- [Lo que usted necesita saber sobre™ el cáncer de seno](#) (854 KB)
- [What You Need To Know About™ Cancer of the Uterus](#) (579 KB)

Revisión: 5 de diciembre de 2011

La mayor parte del texto que se encuentra en el sitio web del Instituto Nacional del Cáncer puede copiarse o usarse con toda libertad. Se deberá dar crédito al Instituto Nacional del Cáncer como fuente de esta información e incluir un enlace a esta página, p. ej., "Terapia hormonal para la menopausia y el cáncer fue publicado originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer".

Por favor, tenga en cuenta que los artículos del blog que están escritos por individuos fuera del gobierno pueden pertenecer al escritor, y el material gráfico puede pertenecer a su creador. En tales casos, es necesario ponerse en contacto con el escritor, con los artistas o con el editor para obtener su [autorización](#) para poder usarlo.