



Percepción de los ginecoobstetras en relación con la terapia hormonal de reemplazo

Sebastián Carranza Lira,* Jeniffer Fragoso Dávila**

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción médica de los ginecoobstetras en relación con la terapia hormonal, posterior al estudio WHI.

Participantes y métodos: se encuestaron 104 médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala. Se dividieron en cinco grupos según su categoría médica. Se utilizó estadística descriptiva y las comparaciones entre grupos se realizaron por medio de la prueba de la t de Student.

Resultados: el promedio de edad de los encuestados fue de 50 años (31.7%) y la mayoría pertenecían al sexo masculino (71%). De acuerdo con las respuestas: 93.6% refirió que no se debía administrar la terapia a mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años. La mayoría señaló que dicha terapia disminuye el riesgo de padecer osteoporosis y depresión. Consideraron clara la prescripción de la terapia hormonal en la menopausia prematura (90.4%) El 91.3% indicaba progestágenos a pacientes con útero. El tratamiento hormonal suelen prescribirlo por vía oral en 50% y por vía transdérmica en 30.8% de las pacientes. Con respecto a la terapia hormonal combinada, 80.8% señaló que no aumenta el riesgo de padecer cáncer de endometrio, pero sí el de mama (71.2%). Asimismo, consideraron que dicha terapia es eficaz para mejorar la lubricación vaginal (95.2%) y el estado de ánimo (87.5%), así como para disminuir los bochornos (92.3%) y los trastornos menstruales (80.8%). La mayoría de los médicos (95.2%) coincidieron en que la terapia hormonal mejora la calidad de vida de la paciente; 62.5% refirió que el estudio WHI modificó su forma de prescribir el tratamiento. En relación con la dosificación, 80.8% señalaron que las dosis bajas de terapia hormonal tienen similar efectividad que las dosis convencionales.

Conclusiones: esta encuesta permitió conocer la opinión de los ginecoobstetras en relación con la terapia hormonal. No hubo diferencias de opinión entre los encuestados, según la tendencia en todo el mundo.

Palabras clave: terapia hormonal, encuesta, opinión, estudio WHI, climaterio.

ABSTRACT

Objective: To identify which is the medical perception of the gynecology-obstetric physicians (Ob-Gyn's) according to hormone therapy (HT) after WHI trial.

Material and methods: 104 Ob-Gyn were interrogated, and divided into 5 groups according to their position in the hospital. Descriptive statistics was used and the comparisons were done with Student's t test.

Results: 31.7% of the interviewed were in the fifth decade of life and 71% were male. 93.6% referred that HT might not be used in post-menopausal women older 50 years age. Most of them considered that HT decreases osteoporosis and depression. 90.4% considered that HT must be used premature menopause. 91.3% prescribed progestagens in patients with uterus. Oral route was preferred by 50% and the transdermic in 30.8%. 80.8% referred that combined HT did not increase the possibility of endometrial cancer but it did for breast cancer (71.2%). In the same way they considered that improved vaginal lubrication (95.2%), mood (87.5%), hot-flushes (92.3%) and menstrual disturbances (80.8%). 95.2% considered that HT improves quality of life. 62.5% referred that WHI trial modified the way they prescribe HT. 80.8% considered that low dose HT is as good as conventional dose HT.

Conclusions: This interview permitted to know the opinion in relation to HT, without difference between the interviewed and world tendency.

Key words: hormone therapy, interview, opinion, WHI trial, climacterium.

RÉSUMÉ

Objectif : connaître la perception médicale des gynéco-obstétriciens liée à la thérapie hormonale, postérieure à l'étude WHI.

Participants et méthodes : on a enquêté 104 médecins de l'hôpital de Gynécologie et Obstétrique « Luis Castelazo Ayala ». Ils ont été classés dans cinq groupes selon leur catégorie médicale. On a employé statistique descriptive et les comparaisons entre groupes ont été faites au moyen du test T de Student.

Résultats : la moyenne d'âge des enquêtés a été de 50 ans (31.7%) et la plupart appartenaient au sexe masculin (71%). Selon les réponses : 93.6% a rapporté qu'on ne devait pas administrer la thérapie à des femmes ménopausiques ayant un âge supérieur à 50 ans.

La plupart a signalé que cette thérapie diminue le risque de souffrir ostéoporose et dépression. Ils ont considéré claire la prescription de la thérapie hormonale dans la ménopause prématurée (90.4%) et pour les patientes sans hystérectomie (91.3%). Le traitement hormonal est d'habitude prescrit par voie orale dans 50% et par voie transdermique dans 30.8% des patientes. Sur la base de la thérapie hormonale combinée, 80.8% a signalé qu'elle n'augmente pas le risque de souffrir cancer de l'endomètre, mais elle le fait avec celui du sein (71.2%). Outre, ils ont considéré que cette thérapie est efficace pour améliorer la lubrification vaginale (95.2%), l'état d'âme (87.5%), les bouffées de chaleur (92.3%) et les troubles menstruels (80.8%). La plupart des médecins (95.2%) ont coïncidé que la thérapie hormonale améliore la qualité de vie de la patiente ; 62.5% a rapporté que l'étude WHI a modifié la façon de prescrire le traitement. Concernant le dosage, 80.8 ont signalé que les faibles doses de thérapie hormonale ont une efficacité pareille à celle des doses conventionnelles.

Conclusions : cette enquête a permis de connaître l'opinion des gynéco-obstétriciens liée à la thérapie hormonale. Il n'y a pas eu de différences d'opinion parmi les enquêtés, selon la tendance partout dans le monde.

Mots-clé : thérapie hormonale, enquête, opinion, étude WHI, climatère.

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção médica dos gineco-obstetras com relação à terapia hormonal posterior ao estudo WHI.

Participantes e métodos: 104 médicos do hospital de Ginecologia e Obstetrícia Luis Castelazo Ayala foram entrevistados e divididos em 5 grupos segundo sua categoria médica. Usou-se estatística descritiva e as comparações entre grupos foram feitas mediante a prova do t de student.

Resultados: o promédio de idade dos entrevistados foi de 50 anos (31,7%) e a maioria pertenciam ao sexo masculino (71%). Segundo as respostas: 93,6% disse que não devia-se administrar a terapia em mulheres pós-menopáusicas com mais de 50 anos. A maioria disse que a tal terapia diminui o risco de padecer osteoporose e depressão. Consideraram clara a percepção da terapia hormonal na menopausa prematura (90,4%) e nas pacientes sem histerectomia (91,3%). O tratamento hormonal é prescrito, geralmente, pela via oral no 50% e por via transdérmica no 30,8% das pacientes. Baseado na terapia hormonal combinada, 80,8% assinalou que não aumenta o risco de padecer câncer de endométrio, porém sim de mama (71,2%). Também, consideraram que a tal terapia é eficaz para melhorar a lubrificação vaginal (95,2%), estado de ânimo (87,5%), bochornos (92,3%) e transtornos menstruais (80,8%). A maioria dos médicos (95,2%) concordaram que a terapia hormonal melhora a qualidade de vida da paciente; 62,5% referiu que o estudo WHI modificou sua forma de prescrever o tratamento. No relacionado à dosificação, 80,8 indicaram que as doses baixas da terapia hormonal tem semelhante efetividade que as doses convencionais.

Conclusões: esta enquete permitiu conhecer a opinião dos gineco-obstetras em relação com a terapia hormonal. Não houve diferenças de opinião entre os entrevistados, segundo a tendência no mundo inteiro.

Palavras chave: terapia hormonal, enquete, opinião, estudo WHI, climatério.

La prescripción de tratamiento hormonal es común en la consulta diaria de los ginecólogos, pues cada vez es mayor el número de mujeres que están en la etapa de climaterio debido al incremento de la esperanza de vida. Las diferentes necesidades y expectativas de la mujer actual exigen al ginecoobstetra actualizar sus conocimientos y basarlos en pruebas científicas. Sin embargo, las creencias populares, desconocimiento, falta de información y

variabilidad de productos farmacéuticos provocan múltiples opiniones relacionadas con la prescripción adecuada de la terapia hormonal.

En México no se tienen estadísticas confiables que demuestren el número de mujeres que solicitan terapia hormonal y su forma de prescripción médica. De igual manera, no existen normas para su indicación, aunque las tendencias actuales de administración han variado en los últimos años, sobre todo después del estudio WHI.

En 1995 se realizó en el Reino Unido un estudio con médicos del sexo femenino, usuarias de la terapia hormonal, para conocer la duración y prevalencia de la misma (desde 1952 hasta 1976). Los resultados demostraron que 45.7% de las mujeres de 45 a 65 años de edad recibieron terapia hormonal y su prescripción se prolongó por más de cinco años en 41.2% de los casos; de esta manera promovieron la administración del tratamiento hormonal para sus pacientes.¹

En 1994, Norman y Studd compararon la forma de prescripción entre médicos generales y ginecólogos.

* Director de Educación e Investigación.

** Exresidente.

Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Ginecología y Obstetrícia Luis Castelazo Ayala, IMSS.

Correspondencia: Dr. Sebastián Carranza Lira. Puente de Piedra 150-422, Torre I, colonia Toriello Guerra, CP 14050, México, DF. Tel./fax: 5528-4657. E-mail: scarranzal@mexis.com

Recibido: octubre, 2006. Aceptado: enero, 2007.

Este artículo debe citarse como: Carranza Lira S, Frago Dávila J. Percepción de los ginecoobstetras en relación con la terapia hormonal de reemplazo. Ginecol Obstet Mex 2007;75:86-94.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Los médicos generales administraban terapia hormonal en 56% y los ginecólogos en 64%. Ambos grupos prescribieron el tratamiento hormonal en forma indefinida (médicos generales en 27% y ginecólogos en 11%), aunque la mayoría limitó el tratamiento a 10 años de administración. Los dos grupos juzgaron útil el tratamiento hormonal para reducir el riesgo de isquemia cardiaca y de osteoporosis. No coincidieron en la administración para prevenir los eventos vasculares cerebrales; sin embargo, la mayoría de los médicos generales la consideró contraindicación para la terapia hormonal.²

En 1999, en Canadá, se encuestaron 327 médicos (23.9% ginecólogos y 76.1% médicos generales y familiares) para conocer las razones implicadas en la prescripción del tratamiento hormonal. Los resultados reportaron que 97.4% de los ginecólogos lo prescribían para prevenir la osteoporosis y 89.3% de los médicos generales para prevenir enfermedades de la arteria coronaria. La mayoría de los médicos (97.3%) no la prescribieron en pacientes con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama; 73% de los encuestados recomendaron su administración por más de 12 años.³

Los estrógenos y las progestinas se administran con mayor frecuencia durante y después de la menopausia; sin embargo, Hemminki encuestó a ginecólogos, internistas, médicos generales y no especialistas para conocer su opinión, en relación con: la prescripción, ventajas y daños producidos por la terapia hormonal. Dicha terapia (estrógenos más progestinas) se administró con mayor frecuencia que los estrógenos solos. Uno de cuatro encuestados administró la terapia hormonal para prevenir el riesgo de osteoporosis o padecer osteoporosis. La terapia hormonal fue mejor aceptada que otras opciones. Consideraron que se obtenía mayor profilaxis con el tratamiento combinado para la osteoporosis, pero las opiniones relacionadas con las ventajas y riesgos fueron muy variadas. Los ginecólogos tuvieron opiniones favorables para la administración del tratamiento hormonal. Los médicos generales opinaron que se debía prescribir por tiempo prolongado para obtener mejores ventajas.⁴

En Boston se encuestaron médicos internistas y ginecólogos para conocer la forma de prescripción y seguimiento de la terapia hormonal combinada

mediante biopsias del endometrio. Los médicos internistas la prescribieron en 72% y los ginecólogos en 100%. Los internistas la recetaron a 60% de las mujeres mayores de 50 años de edad, en comparación con los ginecólogos que la indicaron al 8%. La mayoría la consideró útil para disminuir el riesgo de infarto de miocardio. De igual manera, consideraron que se obtenían más ventajas con su administración que riesgos. En relación con la biopsia de endometrio, señalaron que su obtención debería realizarse si existían sangrados anormales persistentes. No obstante, los internistas buscaron mayor información y consensos para basar su prescripción como prevención de osteoporosis.⁵

En la actualidad el tratamiento hormonal se prescribe a la mayoría de las mujeres de todo el mundo. Los estudios de Huston y Sleath reportaron que los médicos del sexo femenino prescriben con mayor frecuencia el tratamiento hormonal ($p=0.001$). Dicho estudio encuestó a 27 médicos familiares e internistas (15 mujeres y 12 hombres) y 127 pacientes mayores de 45 años de edad, con el propósito de conocer la satisfacción del tratamiento hormonal. Las respuestas señalaron mayor satisfacción en las pacientes que recibieron el tratamiento, en comparación con las que no lo recibieron.⁶

En Estados Unidos se encuestaron 328 gineco-obstetras en relación con los efectos, administración y decisiones del tratamiento hormonal y se elaboraron casos clínicos hipotéticos de las pacientes. En esta encuesta se obtuvo alta afinidad, ya que la administración hormonal demostró efectos benéficos para la osteoporosis (disminución de la incidencia) y el sistema cardiovascular. Los médicos no coincidieron cuando se les preguntó si era pertinente o no administrar el tratamiento a las pacientes con cáncer de mama. Los encuestados refirieron indicar este tratamiento a pacientes con síntomas y sin factores de riesgo. En un estudio reciente, 97.2% de los médicos dijeron conocer el estudio WHI; 64.7% modificaron su manera de prescribir el tratamiento; 21.5% aplicó criterios más estrictos relacionados con el riesgo-beneficio, 20.1% disminuyeron la dosis, 18.8% disminuyeron la prescripción de la terapia hormonal combinada continua, 12.1% disminuyó el tiempo de administración de la misma, 7.7% dejaron de prescribir estrógenos

conjugados equinos (ECE) más acetato de medroxi-progesterona y 5.0% incrementaron la prescripción de estrógenos transdérmicos, tibolona u otras alternativas.^{7,8}

OBJETIVO

Conocer la percepción de los ginecoobstetras de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala, en relación con la prescripción de terapia hormonal durante el climaterio.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta de 32 preguntas a 104 ginecólogos de diferentes categorías (residentes de ginecología, médicos en capacitación, jefes de servicio y directivos) de la Unidad de Alta Especialidad (UMAE) del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala, IMSS, de marzo a septiembre del 2005.

aledañas; 29.8% tenían menos de 30 años, 29.8% entre 31 y 40 años y 31.7% más de 50 años de edad. El género masculino predominó (71%).

La mayoría de los encuestados (93.6%) refirió que el tratamiento hormonal no se debe prescribir sin restricción a mujeres menopáusicas de más de 50 años de edad.

En relación con el tiempo de administración del tratamiento, 37.5% de los encuestados mencionaron una extensión menor a cinco años (96.5% residentes y 50% jefes de servicio), 30.8% contestaron de manera individual: "según fuera el caso" (ginecólogos sin subespecialidad) y sólo una persona señaló que podía prescribirse durante más de 30 años (ginecólogo sin subespecialidad) (cuadro 1).

La mayoría de los médicos (93%) señaló que el tratamiento hormonal disminuye el riesgo de padecer osteoporosis; 49% contestó que no disminuía el riesgo de isquemia cardiaca y 58% de evento vascular cerebral; 79.8% contestó que el tratamiento disminuye la depresión (una cuarta parte de los

Cuadro 1. ¿Cuánto tiempo puede administrarse la terapia hormonal?

	Años				Individualmente	No contestó	Total
	< 5	5-10	11-20	> 30			
Residente	16	5	1	0	7	0	29
Jefe de servicio	4	4	0	0	2	0	10
En capacitación	3	2	0	0	1	0	6
Ginecólogo con subespecialidad	6	3	1	0	2	0	12
Ginecólogo sin subespecialidad	10	15	0	1	20	1	47
Total	39	29	2	1	32	1	104

Los resultados expresan números absolutos.

Se realizó el análisis estadístico con medidas de tendencia central y dispersión de tipo paramétrico (promedio y desviación estándar). La comparación entre grupos se hizo con la prueba t de Student para grupos independientes.

RESULTADOS

De acuerdo con las categorías médicas, la encuesta se distribuyó de la siguiente manera: 29 residentes de ginecoobstetricia, 10 jefes de servicio, 6 ginecólogos en capacitación, 12 ginecoobstetras con subespecialidad y 47 sin subespecialidad. De todos los encuestados, 93.3% radicaba en el Distrito Federal y el resto en las zonas

residentes y casi la mitad de ginecólogos sin subespecialidad). El 83.7% consideró que el tratamiento no disminuye el riesgo de hipertensión, al igual que 56% de los ginecólogos con subespecialidad. En otra pregunta, 61.5% señaló que el tratamiento no disminuye el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer y 66% de los ginecólogos con subespecialidad opinó lo contrario (cuadro 2).

La mayoría de los médicos coincidió cuando se le preguntó si estaban claras las indicaciones para prescribir el tratamiento hormonal en la menopausia prematura (90.4%) y en la menopausia quirúrgica (92.3). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Cuadro 2. ¿Considera que la terapia hormonal disminuye el riesgo de?

	Sí (%)	No (%)	No contestó (%)
Osteoporosis	93.3	6.7	0
Isquemia cardiaca	48.1	49.0	2.9
Evento vascular cerebral	38.5	58.7	2.9
Depresión	79.8	19.2	1
Hipertensión	15.4	83.7	1
Enfermedad de Alzheimer	37.5	61.5	1

El 60% no consideró claro el tratamiento para la osteoporosis. Lo mismo sucedió en 52.9% de las respuestas relacionadas con los síntomas climatéricos sin importar la edad. Los ginecólogos con subespecialidad consideraron clara la prescripción para la osteoporosis (52%) y para los síntomas del climaterio (58%).

Además, 91.3% consideró necesario administrar progestágenos a las pacientes sin histerectomía y 83.7% no estuvieron de acuerdo en prescribirlos a pacientes con dicha cirugía.

El 50% de los ginecólogos con y sin especialidad y 82.7% del total de los encuestados refirieron que los síntomas de inicio del climaterio no se vinculan con el tiempo de duración del tratamiento hormonal.

Los médicos prescriben el tratamiento hormonal por vía oral en 50% y por vía transdérmica en 30.8% de los casos. No se observó diferencia estadística entre los grupos (cuadro 3).

Cuadro 3. ¿Cuál es la mejor vía de administración de la terapia hormonal?

	Oral	Intramuscular	Gel	Nasal	Transdérmica	No contestó	Total
Residente	14	2	1	2	10	0	29
Jefe de servicio	4	0	1	0	3	2	10
En capacitación	3	0	0	1	1	1	6
Ginecólogo con subespecialidad	5	0	1	0	4	2	12
Ginecólogo sin subespecialidad	26	2	2	1	14	2	47
Total	52	4	5	4	32	7	104

Los resultados expresan números absolutos.

En otra pregunta, 80.8% refirió que el tratamiento hormonal combinado no aumenta el riesgo de padecer cáncer de endometrio y 17.3% opinó lo contrario. En estas afirmaciones estuvieron implicados 50% de los médicos en capacitación y una tercera parte de ginecólogos con subespecialidad (cuadro 4).

La mayoría de los encuestados (92.3%) señaló que no era factible que la terapia hormonal tuviera relación con el riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino (cuadro 4).

Cuadro 4. ¿Cree que la terapia hormonal (estrógeno+progestágeno) aumente el riesgo de padecer cáncer?

	Sí (%)	No (%)	No contestó (%)
Cáncer de endometrio	17.3	80.8	1.9
Cáncer cérvico-uterino	6.7	92.3	1
Cáncer de mama	72.1	24.0	3.8

El 71.2% contestó que la terapia hormonal aumentaba el riesgo de padecer cáncer de mama (cuadro 4); de los cuales, 52.9% consideró al tiempo de prescripción como factor determinante, 16.3% opinó que era secundario al tipo de estrógeno y 15.4% a su dosificación; 45% no estuvieron de acuerdo con esta relación, principalmente médicos en capacitación (cuadro 5).

El 93.3% recomendaría el tratamiento hormonal en algún familiar, 39.9% lo haría de manera individual, según sea el caso, 35.6% lo prescribiría en un lapso no mayor a cinco años y sólo 1.9% lo haría por más de 20 años (dos residentes y un ginecólogo con subespecialidad). Se obtuvieron porcentajes similares cuando se les preguntó cuál sería el tiempo de extensión recomendado para el tratamiento, excepto

en el periodo de cinco a diez años, el cual aumentó del 20 al 26% en la recomendación para familiares y pacientes.

Sólo 51% de los encuestados contestó que dicho tratamiento no modificaba el peso de la paciente.

Cuando se preguntó qué síntomas considera que tendrán mejor evolución con la terapia hormonal, las

respuestas fueron: disminución de los bochornos en 92.3%, de los trastornos menstruales en 80.0%; aumento de la libido en 89.4%, de la lubricación vaginal en 95.2%, disminución del insomnio en 85.6%, mejoría en el estado de ánimo en 87.5%, disminución de la pérdida de masa ósea en 85.6%, de las palpitaciones en 85.6%, de la cefalea en 55.8% y de la incontinencia urinaria en 70.2%. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (cuadro 6).

Cuadro 5. La terapia hormonal aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama por...

	<i>Residente</i>	<i>Jefe de servicio</i>	<i>En capacitación</i>	<i>Ginecólogo con subespecialidad</i>	<i>Ginecólogo sin subespecialidad</i>	<i>Total</i>
Tiempo de prescripción	18	6	2	5	24	55
Tipo de estrógeno	4	0	0	1	12	17
Tipo de progestágeno	0	1	1	1	3	6
Dosis del estrógeno	6	1	2	4	3	16
Dosis del progestágeno	1	0	1	0	1	3
No contestó	0	2	0	1	4	7
Total	29	10	6	12	47	104

Los resultados expresan números absolutos.

Cuadro 6. ¿Que síntomas tienen mejor evolución con la terapia hormonal?

	<i>Sí (%)</i>	<i>No (%)</i>	<i>No contestó (%)</i>
Bochornos	92.3	6.7	1
Trastornos menstruales	80.8	16.3	2.9
Libido	89.4	9.6	1
Lubricación vaginal	95.2	3.8	1
Disminución del insomnio	85.6	13.5	1
Mejorar el estado de ánimo	87.5	10.6	1.9
Disminución de la pérdida de masa ósea	85.6	11.5	2.9
Palpitaciones	51.9	47.1	1
Cefalea	55.8	41.3	2.9
Incontinencia urinaria	70.2	27.9	1.9

De los encuestados, 95.2% consideró que el tratamiento mejora la calidad de vida de la paciente (2.9% de los ginecólogos sin subespecialidad).

El 19.2% refirió no conocer el estudio WHI (60% ginecólogos sin subespecialidad y 25% residentes); 62.5% comentó que dicho estudio modificó su forma de prescribir el tratamiento hormonal (50% ginecólogos con y sin subespecialidad) y 30.8% refirió no conocer los nuevos consensos y recomendaciones del tratamiento (44.8% residentes y 41.6% ginecólogos con subespecialidad) (cuadro 7).

Se cuestionó si las dosis bajas del tratamiento hormonal se consideraban igual de efectivas que las dosis estándar: 80.8% contestó de manera afirmativa; 79.8% consideró que las dosis bajas son igual de efectivas y con efectos secundarios; 4.8% mencionó que eran igual de efectivas y con menos efectos secundarios y 6.7% señaló que eran menos efectivas y con menos efectos secundarios. No se observaron diferencias estadísticas entre los grupos (cuadro 8).

Cuadro 7. ¿El estudio WHI modificó su modo de prescribir la terapia hormonal?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No contestó</i>	<i>Total</i>
Residente	20	5	4	29
Jefe de servicio	7	1	2	10
En capacitación	4	2	0	6
Ginecólogo con subespecialidad	8	4	0	12
Ginecólogo sin subespecialidad	26	17	4	47
Total	65	29	10	104

Los resultados expresan números absolutos.

El 73.1% de los encuestados mencionó que los fitoestrógenos son menos efectivos que la terapia hormonal, 14.4% sustentó que eran igual de efectivos y 4.8% que eran más efectivos (cuadro 9).

En relación con las dosis estándar, 56.7% refirió prescribirlas (91.6% ginecólogos con subespecialidad y dos terceras partes eran médicos en capacitación), 17.3% prefieren prescribir dosis estándar antes de administrar dosis bajas y 76.9% prefieren administrar dosis bajas del tratamiento hormonal. Además, se les preguntó en qué síntomas indicarían el tratamiento hormonal a dosis estándar, a lo que respondieron: menopausia temprana en 37.5%, menopausia con síntomas intensos en 50% y perimenopausia en 9.6% (cuadro 10). Para la posmeno-

Cuadro 8. Piensa que las bajas dosis de terapia hormonal son:

	<i>Efectivas y con efectos secundarios</i>	<i>Más efectivas y con menos efectos secundarios</i>	<i>Menos efectivas y con menos efectos secundarios</i>	<i>No contestó</i>
Residente	24	2	1	2
Jefe de servicio	4	1	1	4
En capacitación	5	1	0	0
Ginecólogo con subespecialidad	10	0	2	0
Ginecólogo sin subespecialidad	40	1	3	3
Total	83	5	7	9

Los resultados expresan números absolutos.

Cuadro 9. ¿Los fitoestrógenos tienen mejor efectividad que la terapia hormonal?

	<i>Más efectivos</i>	<i>Igual de efectivos</i>	<i>Menos efectivos</i>	<i>No contestó</i>
Residente	3	7	18	1
Jefe de servicio	0	1	7	2
En capacitación	0	0	6	0
Ginecólogo con subespecialidad	1	1	9	1
Ginecólogo sin subespecialidad	1	6	36	4
Total	5	15	76	8

Los resultados expresan números absolutos.

Cuadro 10. ¿Prefiere administrar dosis estándar al inicio de la terapia hormonal en?

	<i>Sí (%)</i>	<i>No (%)</i>	<i>No contestó (%)</i>
Menopausia temprana	37.5	53.8	8.7
Síntomas intensos	50.0	42.3	7.7
Perimenopausia	9.6	82.7	7.7
Posmenopausia temprana	11.5	80.8	7.7

pausia temprana, 11.5% prescribiría dicha dosis (25% ginecólogos con subespecialidad); 48.1% para bochornos, 39.4% en trastornos menstruales, 18.3% para mejorar la libido, 19.2% para mejorar la lubricación vaginal (41.6% de los ginecólogos con subespecialidad) y 17.3% para disminuir el insomnio (40% jefes de servicio). También, 19.2% de los encuestados administraría dosis estándar para mejorar el estado de ánimo (40% de los jefes de servicio y 25% de los ginecólogos con subespecialidad) y 52.9% para disminuir la pérdida de masa ósea (68% de los residentes y ninguno de los ginecólogos en capacitación). Sólo 6.7% prescribiría dosis estándar para las palpitaciones (de siete encuestados, ninguno en capacitación o jefes de servicio), 8.7% para cefalea y 21.2% para la incontinencia urinaria (cuadro 11). No hubo diferencias significativas entre los grupos encuestados.

Cuadro 11. Prefiere administrar dosis estándar al inicio de la terapia hormonal para:

	<i>Sí (%)</i>	<i>No (%)</i>	<i>No contestó (%)</i>
Bochornos	48.1	44.2	7.7
Trastornos menstruales	39.4	52.9	7.7
Mejoría de la libido	18.3	73.1	7.7
Lubricación vaginal	19.2	73.1	7.7
Disminuir el insomnio	17.3	75.0	7.7
Mejorar el estado de ánimo	19.2	73.1	7.7
Disminuir la pérdida de masa ósea	52.9	39.4	7.7
Palpitaciones	6.7	85.6	7.7
Cefalea	8.7	83.7	7.7
Incontinencia urinaria	21.2	71.2	7.7

Se preguntó si administrarían dosis bajas del tratamiento hormonal y 91.3% contestó de manera afirmativa. En dichos casos, 66.3 y 42.3% las prescribirían para disminuir los bochornos y los trastornos menstruales, respectivamente, 47.1% para mejorar la libido; 49.2% para mejorar la lubricación vaginal, 46.2% para disminuir el insomnio, 45.2% para mejorar el estado de ánimo, 33.7, 16.3, 27.9 y 31.7% para disminuir la pérdida de masa ósea, las palpitaciones, la cefalea y la incontinencia urinaria, respectivamente.

Estas respuestas no tuvieron diferencias estadísticamente significativas (cuadro 12).

Cuadro 12. Prescribiría dosis bajas de terapia hormonal para:

	Sí (%)	No (%)	No contestó (%)
Bochornos	66.3	28.8	4.8
Trastornos menstruales	42.3	52.9	4.8
Mejoría de la libido	47.1	47.1	5.8
Lubricación vaginal	49.0	46.2	4.8
Disminuir el insomnio	46.2	49	4.8
Mejorar el estado de ánimo	45.2	50	4.8
Disminuir la pérdida de masa ósea	33.7	61.5	4.8
Palpitaciones	16.3	78.8	4.8
Cefalea	27.9	67.3	4.8
Incontinencia urinaria	31.7	63.5	4.8

Se preguntó si administrarían fitoestrógenos: 48.1% respondió afirmativamente y 49% respondió de manera negativa. Los casos en los que los prescribirían fueron: bochornos en 38.5%, trastornos menstruales en 7.7%, mejoría de la lubricación vaginal en 18.3% y para mejorar la libido en 27.9% (40% de los jefes de servicio y 50% de los ginecólogos en capacitación). Sin embargo, 29.8% indicaría fitoestrógenos para mejorar el estado de ánimo (40% fueron jefes de servicio y 50% ginecólogos en capacitación), 9.6% para evitar la pérdida de masa ósea, 14.4% para disminuir las palpitaciones, 13.5% para cefalea y 3.8% para incontinencia urinaria (cuadro 13).

Cuadro 13. Prescribiría fitoestrógenos para:

	Sí (%)	No (%)	No contestó (%)
Bochornos	38.5	58.7	2.9
Trastornos menstruales	7.7	89.4	2.9
Mejorar la libido	21.2	76.0	2.9
Lubricación vaginal	18.3	78.8	2.9
Disminuir el insomnio	27.9	69.2	2.9
Mejorar el estado de ánimo	29.8	67.3	2.9
Disminuir la pérdida de la masa ósea	9.6	87.5	2.9
Palpitaciones	14.4	82.7	2.9
Cefalea	13.5	83.7	2.9
Incontinencia urinaria	3.8	93.3	2.9

DISCUSIÓN

En 1994, Norman y Studd² reportaron que 64% de los ginecólogos iniciaron la prescripción del tratamiento hormonal y 27% de éstos lo administró de manera indefinida. La mayoría lo limitaba a 10 años de administración; los ginecólogos o médicos generales lo administraban para disminuir el riesgo de isquemia cardíaca y osteoporosis. Al igual que Elinson y Cohen,³ coincidimos que 93.6% de los encuestados no prescriben el tratamiento sin restricción en las mujeres de más de 50 años. Cuando hay indicación, 37.5% la prescriben durante menos de cinco años para disminuir el riesgo de osteoporosis en 93.3% de las pacientes; 49% de los médicos no estuvo de acuerdo que disminuyera el riesgo de isquemia cardíaca.

La mayoría de los médicos conocen y prescriben la terapia hormonal, según lo descrito por el estudio WHI (89%) y refieren que dicho ensayo modificó su forma de prescripción.⁴

En el estudio de Shafi y Samad⁵ se reportaron las indicaciones para iniciar el tratamiento hormonal, ya que 90% de las pacientes manifestaban síntomas climatéricos, 87% en menopausia prematura y 85% en menopausia posterior a la intervención quirúrgica. El estudio realizado en el Hospital Luis Castelazo Ayala demostró 60.6, 90.4 y 92.3%, respectivamente, para cada una de las indicaciones comentadas. La discrepancia entre ambos estudios puede deberse a la diferencia de las poblaciones encuestadas.

La mayoría de los médicos del hospital (91.3%) prescriben progestágenos a pacientes sin histerectomía, en comparación con el estudio de Rozenberg,⁹ donde los prescribieron a mujeres con antecedentes de cáncer de endometrio (27% prescribía la terapia combinada).

CONCLUSIONES

Esta encuesta permitió conocer la opinión de los médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala en relación con la forma de percepción de la terapia hormonal. No se encontraron diferencias entre los encuestados, o con la tendencia de prescripción en todo el mundo.

Este estudio es el punto de partida para continuar con encuestas en toda la República Mexicana y com-

pararlas con médicos no especialistas en ginecología y obstetricia para confrontar opiniones y conocer la homogeneidad o heterogeneidad de la forma de prescribir la terapia en el país.

REFERENCIAS

1. Isaacs AJ, Briton AR, McPherson K. Utilisation of hormone replacement therapy by women doctors. *BMJ* 1995;311:1399-1401.
2. Norman SG, Studd JW. A survey of views on hormone replacement therapy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:879-87.
3. Elinson L, Cohen M, Elmslie T. Hormone replacement therapy: a survey of Ontario physicians prescribing practices. *CMAJ* 1999;161:695-8.
4. Hemminki E, Topo P, Malin M, Kangas I. Physicians' views on hormone therapy around and after menopause. *Maturitas* 1993;16:163-73.
5. Shafi S, Samad Z, Syed S, Sharif A, et al. Hormone replacement therapy menopause with a better future: a survey of views on hormone replacement therapy. *J Pak Med Assoc* 2001;51:450-3.
6. Huston S, Sleath B, Rubin R. Physician gender and hormone replacement therapy discussion. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10:279-87.
7. Baron J, Holzman GB, Schulkin J. Attitudes of obstetricians and gynecologists toward hormone replacement therapy. *Med Decis Making* 1998;18:406-11.
8. Blumel JE, Castelo-Branco C, Chedraui PA, Binfa L, et al. Patients' and clinicians' attitudes after the Women's Health Initiative study. *Menopause* 2004;11:57-61.
9. Rozenberg S, Vasquez JB. Estrogen replacement therapy in patients with endometrial cancer: prescription attitude of Belgian gynecologists. *Maturitas* 2000;35:125-8.

Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia

400 pág. 244 ilustr. 13.75 x 21 cm. Espiral. © 2005, McGraw-Hill.

ISBN 970-10-52099

AUTOR: FÉLIX BÁEZ, C. A. Ginecoobstetra, egresado del Hospital de Ginecología y Obstetricia núm 4 Dr. Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social.

La obstetricia es quizá una de las disciplinas que requiere un programa cuidadoso de realización de maniobras que permitan, al especialista y a los que intervienen en el proceso de parto, lograr con éxito su labor cotidiana. Es así que orientar a todo el personal que de alguna u otra forma está en relación con el embarazo, parto, puerperio y procedimientos necesarios durante éstos se ha vuelto esencial para mantener el cuidado que requieren estos tipos de procedimientos. En la actualidad no existe un libro específico que aborde la realización de maniobras en obstetricia de una forma amplia, pero a la vez entendible y aplicable en nuestro tiempo. Por ello, el Dr. Félix Báez propone esta edición en la cual se describen maniobras y métodos que se han usado desde decenios e inclusive siglos atrás, como el uso del fórceps y maniobras para distocia de hombros, algunas en desuso, otras aún vigentes, además de procedimientos de actualidad, como el uso de la laparoscopia y la fetoscopia. En dicha revisión participaron especialistas y subespecialistas con reconocimiento en su rama; además de una contribución activa de los médicos residentes en ginecología y obstetricia, ya que son una parte muy importante en la atención de la paciente, por lo que su intervención en el desarrollo de esta obra es esencial.

Una obra de gran valor práctico-clínico de la obstetricia que debe estar en su biblioteca.

Danforth. Tratado de obstetricia y ginecología, 9ª ed.

1 104 pág. 21 x 27.5 cm. Pasta dura. © 2005, McGraw-Hill.

ISBN 970-10-4709-5

AUTOR: SCOTT, J. Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, Utah.

Reconocido a nivel internacional como uno de los libros más importantes dentro del estudio de la ginecología y obstetricia, el llamado "Danforth" en esta nueva edición ofrece la conjunción entre la tradición del conocimiento y los últimos avances en esta materia, ya que incluye la revisión cuidadosa de los contenidos de cada capítulo, con el fin de continuar manteniéndose como libro de texto práctico y útil en la clínica.

Además, ofrece una revisión práctica y manejable al cubrir los temas de la obstetricia y ginecología en un solo volumen e incluyendo para una consulta rápida resúmenes puntuales colocados convenientemente al final de cada capítulo.

Los conceptos de ciencias básicas se han incluido en capítulos pertinentes y más orientados a la clínica con miras a cubrir esa parte clínica indispensable para todos los trabajadores del área de la salud que requieren adecuar el entorno disciplinario del estudio al devenir cotidiano de la atención médica.