

Percepción de médicos mexicanos sobre la terapia hormonal posterior al estudio *Women's Health Initiative*

RESUMEN

Introducción: la opinión médica ha cambiado después del estudio *Women's Health Initiative*. El objetivo de la presente investigación fue conocer la opinión de los médicos mexicanos sobre la terapia hormonal después de conocer los resultados de dicho estudio.

Métodos: se realizaron 14 preguntas a 463 médicos para conocer su opinión sobre la terapia hormonal, en cuanto a riesgos, beneficios, dosis, indicaciones y contraindicaciones. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de datos.

Resultados: solo 31 % iniciaría la terapia después de los 60 años y 74 % consideró que la terapia hormonal disminuye el riesgo de osteoporosis, 73 % usaría progestinas en las mujeres con útero, 82 % no creía que la terapia hormonal con estrógeno y progestina aumentara la posibilidad de cáncer endometrial y 51 % creyó que la posibilidad de cáncer de mama se incrementa. La principal indicación para prescribir terapia hormonal fue para disminuir la pérdida ósea (51 %); 88 % consideró que las dosis bajas eran tan efectivas como las dosis convencionales.

Conclusiones: el uso de terapia hormonal en médicos mexicanos ha cambiado después del estudio *Women's Health Initiative*.

SUMMARY

Background: The medical opinion after WHI study has changed. The aim was to know the opinion of Mexican physicians about hormone therapy (HT) after the WHI study.

Methods: there were given 14 questions to 463 physicians to know their opinion on HT according to risks, benefits, doses, indications and contraindications. Descriptive statistics were used for data analysis.

Results: Only 31 % begin HT after 60 years of age and 74 % considered that HT decreased osteoporosis risk; 73 % use progestin in women with uterus. 82 % did not believe that estrogen-progestin HT increased the possibility of endometrial cancer and 51 % believed that breast cancer possibility increased. The main indication for HT prescription was for bone loss diminution (51 %); 88 % considered that low dose HT was as effective as conventional dose.

Conclusions: the use of HT has been modified by Mexican physicians after the WHI study.

Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala", Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con:
Sebastián Carranza-Lira.
Tel: (55) 5528 4657.
Correo electrónico:
scarranzal@mexis.com

Introducción

La terapia hormonal es una alternativa terapéutica de uso común en la mujer climaterica, pero posterior al estudio *Women's Health Initiative* la posición de los médicos respecto a su prescripción ha cambiado.

La opinión médica a lo largo del tiempo se ha modificado. En 1993, en un estudio holandés realizado en 159 médicos generales, 95 % de los encuestados indicó que la mujer climaterica requería algún tipo de ayuda médica y 62 % prescribía algún

tipo de tratamiento, principalmente terapia hormonal; sin embargo, 75 % de los encuestados consideró que la terapia hormonal era una forma de medicalización; 12 % nunca la prescribía con fines preventivos y 32 % lo hacía por más de cinco años.¹

En un estudio australiano se encontró que la atención de la mujer climaterica se lleva a cabo principalmente por los médicos generales,² y en Canadá los ginecoobstetras tienden más a prescribir la terapia hormonal para el control de la osteoporosis que los médicos generales.³

Palabras clave

terapia de reemplazo de hormonas estudio WHI climaterico postmenopausia

Key words

hormone replacement therapy WHI study climateric postmenopause

En 2003, posterior al estudio *Women's Health Initiative* se realizó una investigación en 577 médicos belgas en la que se analizó por medio de ocho casos clínicos, la manera de prescribir la terapia hormonal. Se encontró lo siguiente: 19.8 % de los médicos suspendería la terapia hormonal con estrógenos conjugados equinos (ECE) más acetato de medroxiprogesterona (MPA), 19.5 % continuaría el mismo régimen y 60.7 % prescribiría algún otro esquema. 15.9 % suspendería la prescripción de tibolona, 76.1 % la continuaría y 8 % prescribiría otro régimen. Finalmente, 11.7 % suspendería la terapia hormonal después de dos años y 23.5 % después de 11 años.⁴

En un estudio reciente realizado en Chile, 97.2 % de los médicos dijo conocer el estudio *Women's Health Initiative* y 64.7 % modificó su manera de prescribir; 21.5 % aplicó criterios más estrictos según el riesgo-beneficio, 20.1 % disminuyó la dosis, 18.8 % el uso de terapia hormonal continua combinada, 12.1 % el tiempo de uso, 7.7 % dejó de utilizar ECE más MPA y 5 % aumentó el uso de estrógenos transdérmicos, tibolona u otras alternativas.⁵

En otro análisis con 177 pacientes, se observó que 53.6 % había discutido el tema con sus médicos y la mayoría de las mujeres que estaban con terapia hormonal no tenían enfermedad arterial coronaria. De las 36 que estaban con terapia hormonal (35.6 %), 23 continuaron el tratamiento con la misma dosis y 13 modificaron la dosis, mientras que 65 (64.3 %) la suspendieron; 80 % de quienes la suspendieron tuvo información por su médico y estuvo de acuerdo y 20 % no estuvo de acuerdo con esta decisión. Las mujeres mayores de 75 años tuvieron una tasa de discontinuación de 82 %, pero menor tasa de discusión con sus médicos (22 %).⁶

En un análisis realizado en Líbano en el que se invitó a 178 ginecólogos a participar en una encuesta, solo 78.7 % respondió, 93.6 % de éstos conocía el estudio *Women's Health Initiative*. Más de 90 % acostumbraba prescribir terapia hormonal antes del estudio, 85.6 % utilizaba una combinación de estrógeno y progestina, 40 % ECE más MPA; 67 % indicó un cambio en la manera de prescribir después de conocer el estudio *Women's Health Initiative*: 27.3 % no volvió a prescribir ECE más MPA, 37.5 % solo la indicó a un grupo específico de pacientes y 6.8 % suspendió la terapia hormonal. Otros optaron por tibolona (18.2 %) o terapias alternativas (29.5 %).

De 76.2 % que indicaba terapia hormonal a sus pacientes con la idea de disminuir el riesgo cardiovascular, solo 34.1 % persistió y el porcentaje de médicos que informó a sus pacientes sobre un incremento en el riesgo de cáncer de mama fue de

45.2 a 73.2 %.⁷ En Estados Unidos, en 2006 en un estudio se evaluó a 2500 ginecoobstetras y se encontró que 53.3 % no cambiaría su manera de prescribir la terapia hormonal, 29.6 % la prescribiría menos y 9.5 % de manera aún menos frecuente.⁸

En Corea se observó que 95 % de los médicos conocía el estudio *Women's Health Initiative*, y esto se asoció con disminución de 16 %. Aproximadamente 50 % de los médicos que continuó prescribiendo terapia hormonal cambió la forma de hacerlo, disminuyendo principalmente la prescripción de ECE y MPA, con una reducción de los esquemas secuencial y continuo combinado en 20.7 y 22.7 %, respectivamente. La prescripción de tibolona aumentó 3.6 %; 30 % cambió de dosis estándar a dosis bajas y 67.8 % disminuyó el tiempo de prescripción. Las causas más importantes para estas modificaciones fueron: por decisión de la paciente e incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular, más que el riesgo de cáncer de mama.⁹

El objetivo del presente estudio fue conocer la manera de prescribir la terapia hormonal por los médicos mexicanos posterior al estudio *Women's Health Initiative*.

Métodos

Se realizó una encuesta en 463 médicos mexicanos a quienes se les realizaron 14 preguntas en relación al climaterio y la terapia hormonal, posterior al estudio *Women's Health Initiative*. Estos médicos fueron encuestados cuando voluntariamente se aproximaron al exhibidor médico en el área de exposiciones de un congreso, donde se les pidió que contestaran las 14 preguntas impresas en un cuestionario. Las preguntas estuvieron relacionadas con el climaterio y la terapia hormonal. Las respuestas fueron anónimas (cuadro I).

La impresión de los cuestionarios y su recolección estuvo a cargo de los Laboratorios Wyeth.

Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para el análisis estadístico, las cuales fueron calculadas utilizando el programa SPSS versión 8 para Windows. La encuesta fue aprobada por el comité local de investigación.

Resultados

Cuatrocientos sesenta y tres médicos fueron encuestados. La tasa de respuesta de los enunciados fue de 71.6 a 100 %. De los médicos encuestados, 52 % era ginecoobstetra, 2 % internista, 28 % médico familiar

Cuadro I**Cuestionario para conocer la percepción del médico sobre la terapia hormonal posterior al estudio Women's Health Initiative**

1. ¿Qué porcentaje de sus pacientes consulta por síntomas menopáusicos?
a) 0-20 b) 20-40 c) 40-60 d) 60-80 e) 80-100
 2. En una mujer sin riesgo, ¿cuál consideraría usted que es el límite de edad máximo para recibir TH?
a) 50-55 b) 55-60 d) 60-65 d) 65 o más
 3. ¿Que riesgos considera usted que disminuye la TH?
a) Isquemia cardiaca b) Accidente vascular cerebral d) Depresión d) Osteoporosis e) Hipertensión f) Enfermedad de Alzheimer
 4. ¿Las mujeres con útero requieren progestágenos?
a) Sí b) No c) No sé
 5. ¿Cree que la TH (estrógeno-progestágeno) aumente la posibilidad de cáncer de endometrio o de mama?
a) Sí b) No c) No sé
 6. Si usted cree que la TH aumenta la posibilidad del cáncer de mama, ¿esto es debido a...?
a) Tiempo de uso b) Tipo de estrógeno d) Tipo de progestágeno d) Cantidad de estrógenos e) Cantidad de progestágeno
 7. ¿Cuánto tiempo recomendaría usted la TH a sus pacientes?
a) Tiempo necesario de manera individualizada b) < 5 años d) 5-10 años d) 10-20 años e) > 20 años
 8. ¿Cuál es su principal objetivo al indicar la TH?
a) Disminución pérdida masa ósea c) Lubricación vaginal e) Mejor estado de ánimo g) Trastornos menstruales
b) Mejoría de la libido d) Disminución del insomnio f) Bochornos h) Incontinencia urinaria
 9. ¿Considera que la TH puede mejorar la calidad de vida de la paciente?
a) Sí b) No c) No sé
 10. ¿Considera que las nuevas dosis bajas de la TH son igual de efectivas que las dosis estándar?
a) Sí b) No c) No sé
 11. ¿Cree que las bajas dosis de TH son...?
a) Tan efectivas y con menos efectos secundarios que las dosis convencionales b) Menos efectivas y con menos efectos secundarios que las dosis convencionales c) Más efectivas y con más efectos secundarios que las dosis convencionales
 12. ¿Ha usado la TH en dosis bajas?
a) Sí b) No
 13. ¿Cuándo usaría la TH secuencial/cíclica?
a) Premenopausia b) Perimenopausia c) Posmenopausia temprana d) Posmenopausia tardía
 14. ¿En qué casos usaría la TH continua?
a) Premenopausia b) Perimenopausia c) Posmenopausia temprana d) Posmenopausia tardía
-

Cuadro II
¿Qué porcentaje de sus pacientes consulta por
síntomas menopáusicos?

Opción	% pacientes	n = 436	%
1	0-20	150	34
2	20-40	173	40
3	40-60	91	21
4	60-80	14	3
5	80-100	8	2

Cuadro III
¿Qué riesgos considera usted que disminuye la
terapia hormonal?

Opción	Riesgos	n = 398	%
1	Isquemia cardíaca	34	9
2	Accidente vascular cerebral	26	7
3	Depresión	31	8
4	Osteoporosis	295	74
5	Hipertensión	2	1
6	Enfermedad de Alzheimer	10	3

y 18 % pertenecía a otras especialidades. Tenían práctica clínica en el ámbito público (12 %), en el ámbito privado (48 %) y en ambos (40 %).

Al preguntar qué porcentaje de sus pacientes tenía síntomas climatéricos, la mayoría respondió que aproximadamente 40 % (cuadro II). Respecto a la terapia hormonal, 143 médicos (34 %) contestaron que la iniciarían en mujeres entre 50 y 55 años, 149 (35 %) en aquellas de 55 a 60 años y 130 (31 %) después de los 60 años; 74 % consideró que la terapia hormonal disminuía el riesgo de osteoporosis (cuadro III).

En relación al uso de progestina en mujeres con útero, de 463 respuestas recibidas en 351 (73 %) fue afirmativa, en 90 (21 %) negativa y en 22 (6 %) la opción fue "no sé". De 440 respuestas recibidas respecto a si la terapia hormonal (estrógeno-progestágeno) aumenta la posibilidad de cáncer de endometrio, 365 (82 %) fueron negativas, 64 % (15 %) positivas y 11 (3.0 %) "no sé". En cuanto a si consideraban que la terapia hormonal aumentaba la posibilidad de cáncer de mama, de 454 respuestas, 232 médicos (51 %) creyeron que no, 216 (48 %) que sí y seis (1 %) no supieron.

Al preguntar sobre la causa por la cual la terapia hormonal aumenta la posibilidad de tener cáncer de mama, de 346 respuestas 161 (47 %) hicieron alusión al tiempo de uso, 32 (9 %) al tipo de estrógeno,

43 (12 %) al tipo de progestágeno, 82 (24 %) a la cantidad de estrógenos y 28 (8 %) a la cantidad de progestágeno. El 47 % creyó que aumentaba la posibilidad de cáncer de mama debido al tiempo de duración del tratamiento hormonal.

Respecto al tiempo que debería prescribirse la terapia hormonal, 288 (64 %) consideraron que debería ser individualizado, 115 (26) menos de cinco años, 26 (8 %) de cinco a 10 años, cinco (1 %) de 10 a 20 años, cinco (1 %) más de 20 años.

Los principales objetivos considerados al prescribir terapia hormonal fueron para disminuir la pérdida de masa ósea (51 %) y por la presencia de bochornos (32 %) (cuadro IV). Al interrogar sobre si la terapia hormonal mejora la calidad de vida de la paciente, de 467 respuestas recibidas 454 (97 %) fueron afirmativas, seis (1 %) negativas y en siete (2 %) no se supo.

A si las nuevas dosis bajas de terapia hormonal eran tan efectivas como la dosis estándar, de 456 respuestas recibidas 385 (84 %) fueron a favor de que eran igual de efectivas que las dosis convencionales, 49 (11 %) en contra y 22 (5 %) fueron marcadas como no sé.

En 465 respuestas sobre la opinión acerca de las dosis bajas, en 408 (88 %) se señaló que eran tan efectivas y con menos efectos colaterales que las dosis convencionales, en 38 (8 %) se indicó que eran menos efectivas y con menos efectos secundarios que las dosis convencionales y en 19 (4 %) se consideró que eran más efectivas y con más efectos secundarios que las dosis convencionales.

A la pregunta si se había utilizado terapia hormonal de bajas dosis hubo 475 respuestas, 384 (81 %) afirmativas y 91 (19 %) negativas.

Doscientos treinta y seis médicos (52 %) refirieron que utilizarían la terapia hormonal secuencial principalmente en perimenopausia, 170 (37 %) en la premenopausia, 48 (11 %) en la posmenopausia temprana y ninguno en la posmenopausia tardía.

En cuanto al uso de terapia hormonal continua, 332 (75 %) indicaron que la emplearía en la posmenopausia temprana, 53 (12 %) en la posmenopausia tardía, 35 (8 %) en la perimenopausia y 22 (5 %) en la premenopausia.

Discusión

La utilización de la terapia hormonal se ha visto modificada posterior al estudio *Women's Health Initiative*, antes del cual se consideraba que tenía diversas funciones preventivas como la disminución del riesgo cardiovascular,¹⁰ prevención de osteoporosis,¹¹

Cuadro IV
¿Cuál es su principal objetivo al indicar TH?

Opción	Objetivos de la terapia hormonal	n = 414	%
1	Disminución de la pérdida de masa ósea	211	51
2	Mejoría de la libido	5	1
3	Lubricación vaginal	6	1
4	Disminución del insomnio	1	0
5	Mejor estado de animo	32	8
6	Bochornos	133	32
7	Trastornos menstruales	19	5
8	Incontinencia urinaria	7	2

mejoría en la calidad de vida¹² y disminución en el riesgo de enfermedad de Alzheimer, entre otras.¹³ También era conocido que el riesgo de cáncer de mama se incrementaba.¹⁴ Todas estas conclusiones fueron cuestionadas después del estudio *Women's Health Initiative*, en el que se observó que no existía disminución del riesgo cardiovascular, que existía prevención de osteoporosis y disminución del riesgo de fractura, pero no había mejoría en la calidad de vida¹⁵ ni protección para la enfermedad de Alzheimer.¹⁶

Algunas de estas aseveraciones no son del todo definitivas ya que las pacientes del estudio *Women's Health Initiative* eran mayores de 60 años y tal vez ya no eran las mejores candidatas a recibir terapia hormonal.

En este estudio, 31 % de los médicos encuestados la iniciaría después de los 60 años, a pesar de que se ha observado que no es el mejor momento para hacerlo.¹⁷ El concepto de que la terapia hormonal protege contra la osteoporosis estaba bastante extendido ya que 74 % estuvo de acuerdo en esto. Asimismo, 73 % consideró necesario el uso de progestina en mujeres con útero, en contra de otro estudio mexicano en el cual el número de los que tuvieron este criterio fue de 91.3 %.¹⁸ También consideraron que no aumentaba el riesgo de cáncer de endometrio pero sí el de mama.

Las indicaciones principales para prescribir terapia hormonal fueron para disminuir la pérdida de masa ósea y los bochornos, las cuales corresponden a las indicaciones de prescripción actuales. Sin embargo, 97 % consideró que mejoraría la calidad de vida, sin importar que el estudio *Women's Health Initiative* demostrara lo contrario. Esto tiene una explicación: la prescripción de terapia hormonal en la posmenopausia temprana para el control de la sintomatología vasomotora tiene un efecto favora-

ble en la calidad de vida, a diferencia de cuando se prescribe después de los 60 años, cuando el número de mujeres que presenta bochornos es reducido. Las dosis bajas fueron utilizadas por 81 % y se reconoció que eran tan efectivas como las convencionales, lo cual también ha sido informado por otro autor, quien indicó una prescripción de 30 %.⁹

Es conveniente mencionar que los resultados de este estudio pudieran ser cuestionables debido a que las encuestas fueron distribuidas y recolectadas en el pabellón de los Laboratorios Wyeth durante un congreso médico. Sin embargo, los resultados obtenidos concuerdan con lo señalado en otras investigaciones, lo que indica la confiabilidad y falta de sesgo en esta encuesta.

Es por eso que es posible concluir que la opinión de los médicos mexicanos respecto a la terapia hormonal fue similar entre ellos y con la emitida por otros de distintas partes del mundo.

Agradecimientos

A los siguientes médicos por su colaboración para la realización del estudio: Gabriela Tamariz Galindo, gerente médico, Wyeth México; Hans Bierschwalle Green, director médico, Wyeth México; Guadalupe LaVilla Zaragoza, gerente médico, Wyeth México.

Referencias

1. Stouthamer N, Visser AP, Oddens BJ, Beusmans G, Hoogland H, van Ree JW, et al. Dutch general practitioners' attitudes towards the climacteric and its treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;50(2):147-152.
2. O'Connor V, Del Mar C, Sheehan M, Fox-Young S, Cragg C, Siskind V. The menopause and hormone replacement therapy: Australian general practitioners' self reported opinions, attitudes and behaviour. *Fam Pract* 1996;13(5):421-426.
3. Suárez-Almazor M, Homik JE, Messina D, Davis P. Attitudes and beliefs of family physicians and gynecologists in relation to the prevention and treatment of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 1997;12(7):1100-1107.
4. Ena G, Rozenberg S. Issues to debate on the Women's Health Initiative (WHI) study. Prescription attitudes among Belgian gynaecologists after premature discontinuation of the WHI study. *Hum Reprod* 2003;18(11):2245-2248.
5. Blumel JE, Castelo-Branco C, Chedraui PA, Binfa L, Dowlani B, Gómez MS, et al. Patients' and clini-

Carranza-Lira S et al.
Terapia hormonal
después del WHI

- cians' attitudes after the Women's Health Initiative study. *Menopause* 2004;11(1):57-61.
6. Ismail HM, Aleveritis E, Guha B, Olive K, Sloan S. Attitudes toward hormone replacement therapy in the new millennium: university physicians' and patients' perspectives. *J Invest Med* 2005;53(6):305-311.
 7. Nassar AH, Essamad HM, Awwad JT, Khoury NG, Usta IM. Gynecologists' attitudes towards hormone therapy in the post "Women's Health Initiative" study era. *Maturitas* 2005;52(1):18-25.
 8. Power ML, Zinberg S, Schulkin J. A survey of obstetricians-gynecologists concerning practice patterns and attitudes toward hormone therapy. *Menopause* 2006;13(3):434-441.
 9. Kang BM, Kim MR, Park HM, Yoon BK, Lee BS, Cheng HW, et al. Attitudes of Korean clinicians to postmenopausal hormone therapy after the Women's Health initiative study. *Menopause* 2006; 13(1):125-129.
 10. Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, Willet WC, Manson JE, Joffe M, et al Postmenopausal hormone therapy and mortality. *N Engl J Med* 1997; 336(25):1769-1775.
 11. Belchetz PE. Hormonal treatment of postmenopausal women. *N Engl J Med* 1994;330(15):1062-1071.
 12. Limouzin-Lamothe MA, Mairon N, Le Gal M. Quality of life after the menopause: Influence of hormonal replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(2):618-624.
 13. Brenner DE, Kukull WA, Stergachis A, van Belle G, Bowen JD, McCormick WC, et al. Postmenopausal estrogen replacement therapy and the risk of Alzheimer's disease: a population-based case control study. *Am J Epidemiol* 1994;140(3):262-267.
 14. Colditz GA, Hankinson SE, Hunter DJ, Willet WC, Manson J, Stampfer MJ, et al. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995;332(24): 1589-1593.
 15. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003;348(19):1839-1854.
 16. Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, Thal L, Wallace RB, Ockene JK, 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.
 17. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk 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.
 18. Carranza-Lira S, Fragoso DJ. Percepción de los ginecoobstetras en relación con la terapia hormonal de reemplazo. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(2): 86-94.