Uso personal y profesional de la terapia hormonal menopáusica entre ginecólogos: Un estudio multinacional (REDLINC VII)

LUIS DANCKERS[A], JUAN E. BLÜMELA[B], SILVINA WITIS[A], MARÍA S. VALLEJO[A], KONSTANTINO TSEROTAS[A], HUGO SÁNCHEZ[A], CARLOS SALINAS[A], JAVIER SAAVEDRA[A], JOSÉ A. ROJAS[A], **WILLIAM ONATRA**[A], ELIANA OJEDA[A], DESIREÉ MOSTAJO[A], FLORY MORERA[A], **ALVARO MONTERROSA**[A], ARMANDO MONTAÑO[A], NELVA MERUVIA[A], MABEL MARTINO[A], JAIME MARTÍNEZ[A], SELVA LIMA[A], ERIK GONZÁLEZ[A], **GUSTAVO GÓMEZ**[A], MARÍA T. ESPINOZA[A], OLIVIA CASTILLO[A], BLANCA CAMPOSTRINI[A], ANDRÉS CALLE[A], GERARDO BROUTIN[A], ASCANIO BENCOSME[A],EUGENIO ARTEAGA[A], FÉLIX AYALA[A], PETER CHEDRAUIA[C]

Resumen

Antecedentes: Anteriormente, el estudio REDLINC VI expresó que la razón principal de la baja utilización de la terapia hormonal menopáusica (THM) era su baja tasa de prescripción por los médicos.

Objetivo: Determinar el uso de THM y los riesgos percibidos relacionados entre los ginecólogos.

Métodos: Un cuestionario autoadministrado y anónimo fue entregado a los ginecólogos certificados en 11 países de América Latina.

Resultados: En un total de 2154 se estableció contacto con los ginecólogos, de los cuales el 85,3% respondieron a la encuesta (n = 1837). El promedio de edad fue de 48,1 ± 11,4 años; 55,5% eran hombres; el 20,3% eran miembros de la facultad, y el 85% tienen una pareja. En total, el 85,4% de los ginecólogos respondió que utilizarían THM si tuvieran síntomas de la menopausia (81,8% en el caso de los ginecólogos femeninos) o le prescribirían a su pareja (88,2% en el caso de ginecólogos masculinos; p < 0,001). La percepción del riesgo relacionado con el uso de THM (en una escala de 0 a 10) fue mayor entre ginecólogos femeninos que entre los ginecólogos varones (4,06 ± 2,09 vs. 3,83 ± 2,11, p < 0:02). Los dos principales riesgos percibidos fueron tromboembolismo (33,6% de mujeres frente a 41,4% en los hombres p <0,009) y cáncer de mama (mujeres 38,5% vs. 33,9% hombres, p <0,03). En general, los ginecólogos informaron que prescribían THM al 48,9% de sus pacientes sintomáticas (las mujeres con el 47,3% frente a los hombres con el 50,2%, p < 0,03), el 86,8% prescribían compuestos no hormonales y el 83,8%, terapias alternativas para el tratamiento de la menopausia. Los ginecólogos que eran mayores y profesionales académicos prescribían THM más a menudo.

Conclusión: Esta encuesta latinoamericana mostró que los ginecólogos son en su mayoría partidarios de utilizar THM (para ellos o sus parejas); no obstante, esto no se refleja necesariamente en su práctica clínica.

Palabras clave: menopausia TH, ginecólogos.

a Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC), Santiago, Chile.
b Departamento de Medicina Interna Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
c Institute of Biomedicine, Research Area for Women's Health, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

Abstract

Background: Previously, the REDLINC VI study showed that the main reason for the low use of menopausal hormone therapy (MHT) was its low rate of prescription by doctors.

Objective: To determine the use of MHT and perceived related risks among gynecologists.

Methods: A self-administered and anonymous questionnaire was delivered to certified gynecologists in 11 Latin American countries.

Results: A total of 2154 gynecologists were contacted, of whom 85.3% responded to the survey (n = 1837). Mean age was 48.1 ± 11.4 years; 55.5% were male, 20.3% were faculty members and 85% had a partner. Overall, 85.4% of gynecologists responded that they would use MHT if they had menopausal symptoms (81.8% in the case of female gynecologists) or prescribe it to their partner (88.2% in the case of male gynecologists; $p < 0.001$). Perceived risk related to MHT use (on a scale from 0 to 10) was higher among female than among male gynecologists (4.06 ± 2.09 vs. 3.83 ± 2.11, $p < 0.02$). The top two perceived reported risks were thromboembolism (women 33.6% vs. men 41.4%, $p < 0.009$) and breast cancer (women 38.5%vs. men 33.9%, $p < 0.03$). Overall, gynecologists reported prescribing MHT to 48.9% of their symptomatic patients (women 47.3% vs. men 50.2%, $p < 0.03$) and 86.8% currently prescribed non-hormonal remedies and 83.8% alternative therapies for the management of the menopause. Gynecologists who were older and academic professionals prescribed MHT more often.

Conclusion: Although this Latin American survey showed that gynecologists are mostly supporters of MHT use (for themselves or their partners), this is not necessarily reflected in their clinical practice.

Keywords: menopause, HT, gynecologist.

Introducción

La menopausia puede poner en peligro la calidad de vida y está asociada a aumento en la incidencia de enfermedades crónicas como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares[1-3]. La hormonoterapia menopáusica (THM) y la adopción de estilos de vida saludables son importantes estrategias para contrarrestar estos efectos negativos[4]. Sin embargo, el uso de TH, que alcanzó gran popularidad entre los médicos mujeres hace varias décadas, se redujo de forma masiva a partir de 2002, como resultado de la publicación de los resultados del estudio the Women's Health Initiative (WHI), que mostró que los riesgos relacionados con la TH superan a los beneficios[5,6]. A pesar de esto, varios subanálisis posteriores del WHI han demostrado que estos riesgos son principalmente observados en mujeres posmenopáusicas mayores y que incluso el riesgo de cáncer de mama (una de las principales preocupaciones) disminuye entre mujeres histerectomizadas que reciben estrógenos solos[7]. No solo los reportes de implicaciones del WHI han cambiado con el tiempo, sino que una gran diversidad de publicaciones han criticado las conclusiones extraídas.[8] Por otra parte, un informe reciente indica que el estudio tenía serios defectos que metodológicamente podrían invalidar sus resultados (por ejemplo, el modelo de riesgo proporcional, Cox, se aplicó sin cumplir con los criterios necesarios para su uso)[9]. Como un efecto directo o indirecto de los resultados del WHI, muchas mujeres en todo el mundo abandonaron la TH; por consiguiente, perdieron sus beneficios (es decir, menos síntomas de la menopausia) y tal vez, incluso, aumentaron la mortalidad. De hecho, Sarrel et al.[10] estimaron que entre 18.601 y 91.610 mujeres han muerto en los EE. UU., por la suspensión de la TH. Estos datos son consistentes con un estudio realizado en Finlandia, que estimó que la mortalidad entre las usuarias de TH disminuyó entre un 12 y un 38% en relación casi lineal con la duración del tratamiento[11]. A pesar de los

hechos antes mencionados, y aunque los resultados del WHI actualmente están mejor interpretados, el porcentaje de mujeres usando TH sigue siendo extremadamente bajo[5]. El estudio previo realizado por nuestro grupo de investigación (REDLINC, Estudio VI) encontró que la principal razón para el bajo índice de utilización de TH es su baja tasa de prescripción por los médicos[12].

Teniendo esto en cuenta, el presente estudio tuvo como objetivo analizar el uso de TH entre los ginecólogos, proponiendo la hipótesis de que los ginecólogos se comportarían de manera diferente en la prescripción de TH a sus pacientes o para ellos o sus parejas. Además, exploramos los riesgos percibidos relacionados con el uso TH y la prescripción de las terapias no hormonales o alternativas para la menopausia.

Métodos

El diseño del estudio y los participantes en este estudio transversal fueron ginecólogos certificados que trabajan en ciudades latinoamericanas con más de 500.000 habitantes, quienes fueron invitados para completar la encuesta. Los investigadores y sus ciudades correspondientes se detallan en el apéndice A. Debido a la baja respuesta observada en estudios similares realizados electrónicamente, la Invitación para participar fue hecha personalmente por académicos, jefes de servicios de ginecología y obstetricia u otro líder de opinión médica, que eran miembros de REDLINC y coautores de este estudio. Es decir, estos líderes invitaron a los ginecólogos que trabajan en sus hospitales, unidades, departamentos, servicios o sociedades profesionales a participar en esta investigación. Para calcular el tamaño de muestra necesario para este estudio se pidió a la industria farmacéutica estimar el número de obstetras y ginecólogos certificados para la práctica en un lugar o ciudad determinada. Por lo tanto, según los registros del Laboratorio Recalcine (Santiago, Chile), hay cerca de 1.400 de estos profesionales certificados en Lima (Perú) y Buenos Aires (Argentina); más de 1000 en Rosario (Argentina), Guayaquil (Ecuador), Caracas (Venezuela), Bogotá (Colombia) y Santiago (Chile); y menos de 500 en San José (Costa Rica), Ciudad de Panamá (Panamá), Mendoza (Argentina) y Medellín (Colombia). Con base en estas cifras, Bühling et al.[13] estimaron que el 97% de los ginecólogos alemanes apoyaban el uso de TH para ellos o sus parejas; nosotros estimamos que en Latinoamérica el 80% de los profesionales apoyaría el uso TH. Asumiendo un error del 10% con un nivel de confianza del 95%, el número de los encuestados requeridos varió de 55 en lugares con 500 ginecólogos a 59 en lugares con 1500 de estos especialistas. En las ciudades con menos de 500 especialistas certificados, se pidió a 50 médicos llenar la encuesta.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago de Chile, Chile. El consentimiento informado se obtuvo de cada uno de los profesionales antes de llenar la encuesta.

Se utilizó una encuesta anónima y autoadministrada. Esta cubría datos personales como edad, sexo, condición de la pareja y lugar de trabajo. Antes de la implementación, el cuestionario fue validado en cada sitio. Cada encuesta midió: a) el uso de TH entre las ginecólogas o las parejas de los ginecólogos, y si había síntomas menopaúsicos presentes; b) el nivel de riesgo percibido con el uso de TH (evaluado de 0 a 10, siendo 0 la ausencia de riesgos y 10 el riesgo más elevado); c) los riesgos percibidos específicos del uso de TH; d) el porcentaje de mujeres con síntomas menopáusicos, para quienes el médico prescribió TH; y e) la frecuencia de prescripción de terapias no hormonales y/o terapias alternativas para tratar los síntomas menopáusicos.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico EPI-INFO (Versión 7.1.5, 2015, Centros para el control y prevención de enfermedades, Atlanta, GA, EE. UU.). Los resultados se presentan como porcentajes media desviación estándar (95% de intervalos de confianza, IC). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de distribución de datos y la prueba de Bartlett para evaluar la homogeneidad de la varianza de los datos. En consecuencia, se realizaron comparaciones de grupos con la prueba de la t de Student (fecha paramétrica continua) o la prueba

de Mann-Whitney U (datos continuos no paramétricos). Los porcentajes se compararon con el test chi-cuadrado. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significante.

Resultados

Un total de 2154 ginecólogos certificados procedentes de 28 centros de salud en 11 países latinoamericanos fueron invitados a participar. De estos, 1.837 (85,3%) respondieron a la encuesta, de los cuales 1.019 (55,5%) fueron hombres. La edad media de la muestra fue de 48,1 ± 11,4 años; las mujeres eran en promedio más jóvenes que los hombres (45,0 ± 10,7 vs. 50,6±11.5 años, p< 0,001).

En general, el 20,3% (n = 373) eran miembros docentes de facultad (mujeres 17,6% frente a hombres 22,5%, $p < 0,009$) y 85% tenían una pareja (75,3% de mujeres frente a los hombres el 92,7%, $p < 0,0001$). Si los síntomas menopaúsicos estuvieran presentes, el 85,4% de los ginecólogos usaría para ellos o sus parejas TH. En general, el 7,6% expresó tener dudas de usar TH y 7,0% manifestaron que ellos no se deciden a utilizarla o no estarían dispuestos a usarla (figura 1). La proporción de ginecólogas que favoreció el uso de TH fue mayor que la proporción de ginecólogos varones que prescribiría TH a su pareja (81,8% vs. 88,2%, $p < 0,001$).

El nivel de riesgo relacionado con el uso de TH, percibido de los ginecólogos, se presenta en la figura 2. En general, el 5,2% percibe que el uso de TH no tiene ningún riesgo (puntuación 0), el 21,7% considera que pueda tener un riesgo intermedio (puntuación de 5) y menos que de un 1% estima un riesgo extremo (puntuación de 10). El nivel de riesgo percibido relacionado con el uso de TH fue mayor en las mujeres ginecólogas que entre los ginecólogos varones (puntuaciones medias: 04,06 ± 02,09 vs. 3,83 ± 2,11, $p < 0:02$).

Los principales riesgos percibidos relacionados con el uso TH se presentan en la figura 3. En general, los dos riesgos principales percibidos por los profesionales encuestados eran tromboembolismo y cáncer de mama. Mayor proporción de ginecólogas que de ginecólogos perciben el cáncer de mama como un riesgo (38,5% vs. 33,9%, $p < 0,03$), mientras que una mayor

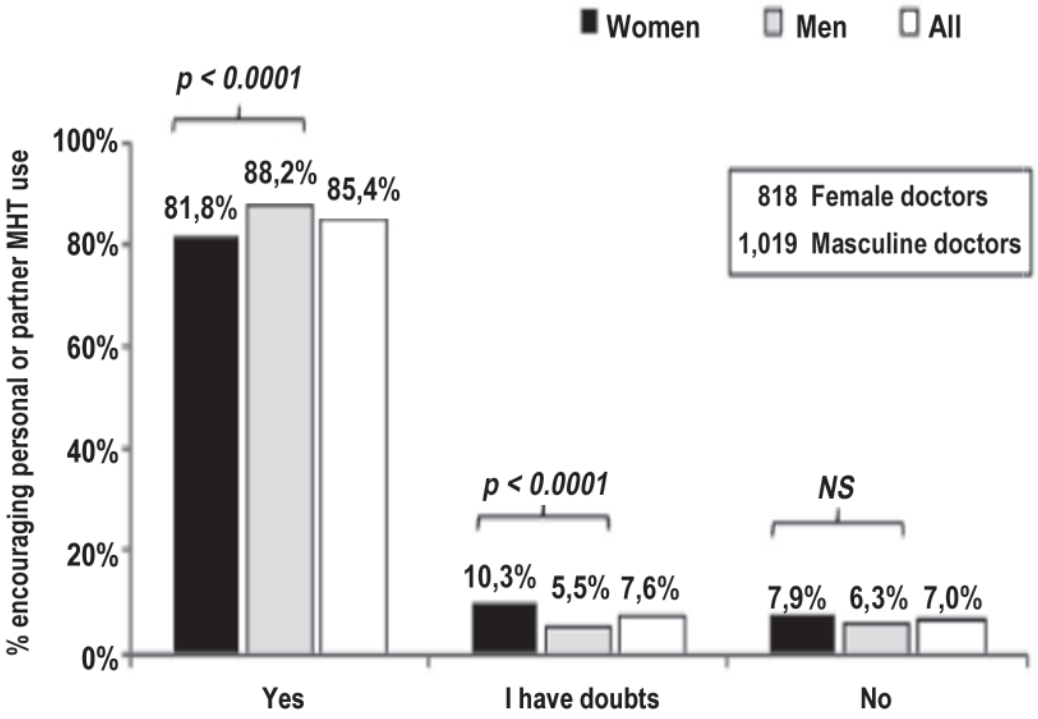


Figure 1. Would you personally use MHT or prescribe it to your partner, if menopausal symptoms are present?. **p* value determined with the student's T test.

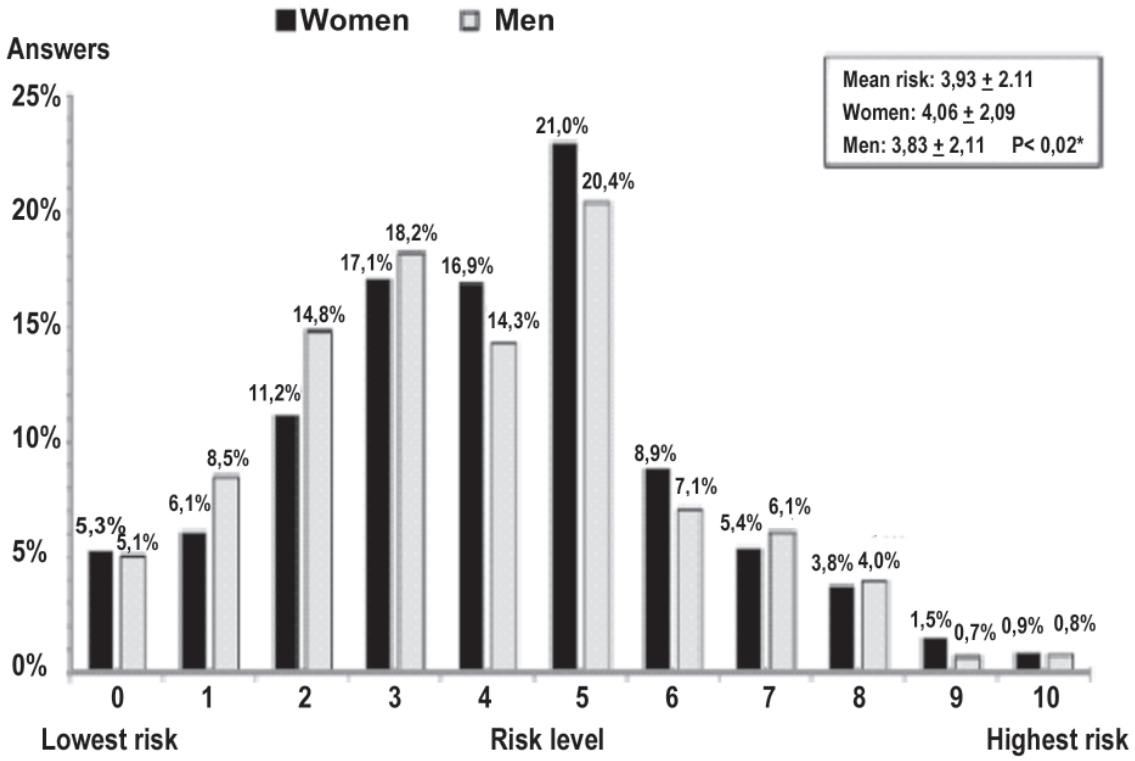


Figure 2. How would you grade perceived level of risk (0 to 10) related to MHT use?

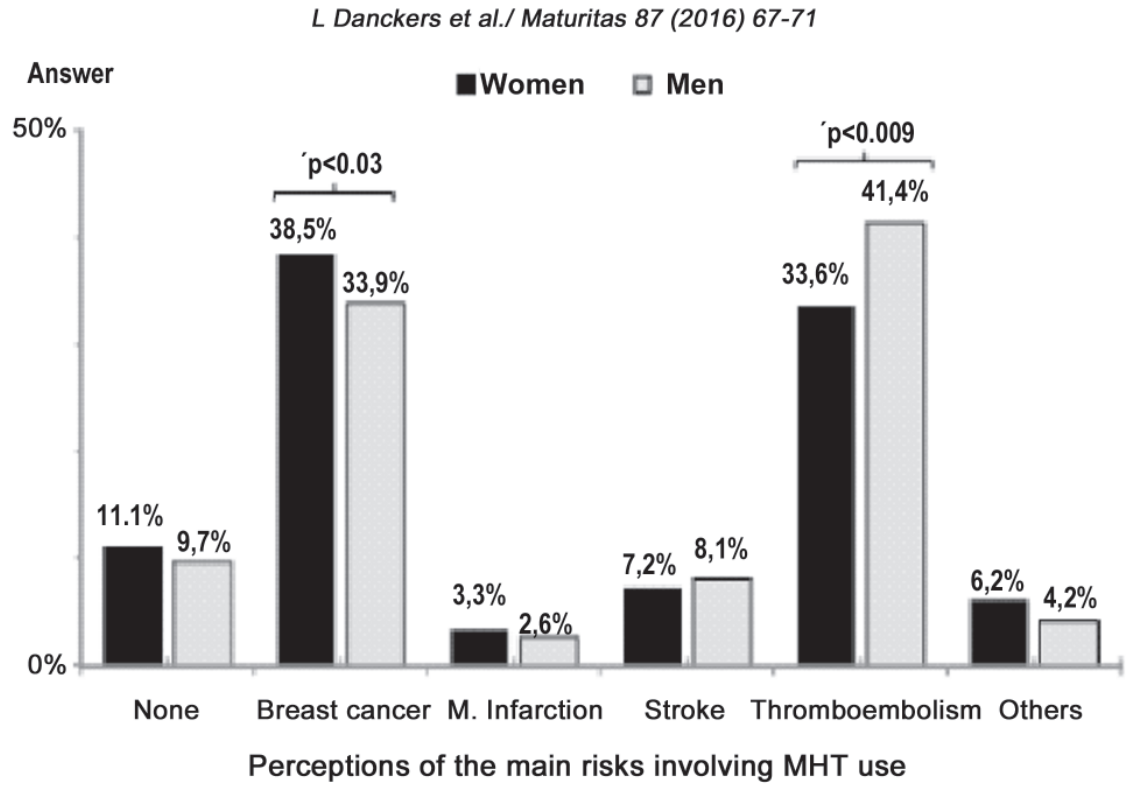


Figure 3. Which arethe main perceived risks related to MHT use? **p* value determined with the chi square test .

Tabla 1. Influencia de la edad y estado de trabajo académico sobre la percepción y los comportamientos relacionados con el consumo MHT.

Miembro de la universidad*		**Edad (años)**			
Percepciones y comportamientos	Si (n - 373)	No (n - 1464)	<40 (n - 490)	40 - 59 (n - 1044)	≥60 (n - 303)
Favores personales o socio MHT si los síntomas están presentes (%)	80,8 (86,2-92,6)	84,2 (82,2-86,0)**	82,4 (78,7-85,7)	86,8 (84,5-88,7)*	85,1 (80,5-88,9)NS
Nivel de riesgo percibido relacionado con el uso MHT (escale 0-10)	4,1 ± 1,9	3,9 ± 2,1*	4,1 ± 2,1	3,9 ± 2,1NS	3,9 ± 2,1NS
Los dos primeros riesgos percibidos (% respuestas): Tromboembolismo	43,2 (38,1-48,4)	36,6 (34,1-39,1)NS	36,9 (32,7-41,4)	38,2 (35,3-41,3)NS	38,6 (33,1-44,4)NS
Cáncer de mama	36,5 (31,6-41,6)	35,8 (33,3-38,3)NS	34,5 (30,3-38,9)	36,4 (33,5-39,4)NS	36,6 (31,2-42,4)NS
Porcentaje de mujeres sintomáticas que los médicos prescriben MHT	55,9±27,7	47,1±29,8***	47,7±29,5	49,0-29,6NS	50,70 ± 29,5NS
Médicos que prescriben fármacos no hormonales (%)	86,9 (82,9-90,0)	86,7 (84,9-88,4)NS	86,1 (82,7-89,0)	87,7 (85,6-89,6)NS	84,5 (79,8-88,3)NS
Terapias alternativas	81,8 (77,4-85,5)	84,4 (82,4-86,2)NS	83,9 (80,3-87,0)	85,4 (83,2-87,5)NS	78,2 (73,1-82,6)*

Los datos se presentan como media ± desviación estándar o % (95% intervalos de confianza): NS; no significativo; *$p < 0.05$, **$p < 0.01$ or ***$p < 0.001$ en comparación con la primera columna de cada categoría analizada; * lo que indica que él / ella trabaja como profesor en la Universidad de él; [1] Se refiere a todos los médicos encuestados: hombres y mujeres.

proporción de los ginecólogos varones perciben el tromboembolismo como un riesgo (41,4% vs. 33,6%, p < 0009). En general, el 7,7% percibe que el principal riesgo relacionado con el uso de TH es el accidente cerebrovascular, sin diferencias observadas entre los sexos; y solo el 2,9% consideran el infarto de miocardio como un riesgo relacionados con uso de TH.

Con relación al comportamiento frente a la formulación, en general, la prescripción de TH por los ginecólogos reporta que el 48,9% lo hacen a sus pacientes sintomáticas; la tasa fue mayor para hombres que para mujeres ginecólogas (50,2% vs. 47,3%, p < 0,03). En general, el 86,8% de los encuestados prescriben remedios no hormonales y el 83,8%, terapias alternativas para el manejo de la menopausia; en ninguno de los casos fue significante la diferencia de género observada.

La tabla 1 muestra la influencia de la edad y el nivel académico de los doctores en la percepción del uso de TH. Los profesionales académicos (miembros del personal universitario o profesores) tienden a favorecer más el uso personal/pareja de TH que los profesionales no académicos. Sin embargo, tenían un nivel de percepción más alto de los riesgos relacionados con el uso de TH (puntuaciones más altas). No hubo diferencias significativas entre los profesionales académicos y no académicos en término de los dos principales riesgos percibidos (tromboembolismo y cáncer de mama). Los ginecólogos académicos han prescrito TH a un mayor porcentaje de sus pacientes sintomáticas que los no académicos (55,9% vs. 47,1%, p < 0,001), pero tenían una tasa de prescripción similar para nohormonales y terapias alternativas. Respecto a la edad, ginecólogos menores de 40 años estuvieron menos a favor del uso de TH para sí mismos o para sus parejas, pero no se observaron diferencias entre grupos de edad en términos de percepción del nivel de riesgo

relacionado con el uso de TH. Hubo una tendencia no significativa en los ginecólogos jóvenes para prescribir TH a un porcentaje pequeño de pacientes sintomáticas y una proporción significativam ente mayor de terapias alternativas para la menopausia.[4]

Discusión

Un porcentaje alto de ginecólogos estuvieron de acuerdo en participar en este estudio. Nuestra tasa de respuesta (85,3%) fue mucho más alta que el 26,6% que estuvo de acuerdo con participar en el estudio de Buhling et al.[13]. En un estudio que analizó actitudes de la automedicación y prescripción de terapia hormonal entre ginecólogos en Nueva York las tasas de respuesta fueron del 12%[14]. Creemos que nuestra alta tasa de respuesta fue alcanzada porque los ginecólogos fueron invitados a completar una encuesta por líderes médicos de opinión y sus instituciones.

En concordancia con otros estudios, los ginecólogos encuestados en nuestro estudio apoyaron de manera general el uso de TH (85,4%) si los síntomas menopaúsicos estaban presentes (es decir, entre las ginecólogas mismas o entre las parejas de los ginecólogos); solo el 7% indicó que no estaban dispuestos a utilizar TH. Nuestras altas tasas están de acuerdo con el mencionado estudio alemán de Buhling et al.[13], que encontró que el 97,0% de los ginecólogos usaría TH[13]. Del mismo modo, un estudio realizado en 2007 informó que entre el 68% y el 74% de los ginecólogos escandinavos prescribiría TH para ellos mismos o sus parejas[15]. En una investigación en los Estados Unidos y Europa que abarca seis países se mostró que el 92% usaría TH para ellos mismos[16]. Estas cifras sugieren que no todos los médicos aceptan la fiabilidad de los resultados del WHI. Esto está de acuerdo con un estudio italiano que encontró que solo el 8% de las ginecólogas y el 4% de las parejas de los médicos dejaron TH después de la publicación de los datos del WHI[17]. A lo mejor de nuestro conocimiento, nuestro estudio es el primero en proporcionar datos de América Latina en relación con la automedicación de TH entre los ginecólogos, evidenciando un comportamiento similar con otros estudios en todo el mundo.

Aunque la prescripción personal de TH es alta entre los ginecólogos latinoamericanos, su uso entre mujeres en sus países es bajo; indudablemente un estudio multicéntrico previo conducido en 11 países latinoamericanos mostró que la prevalencia global de uso de TH entre mujeres de 45-59 años fue del 12.5% en las ciudades grandes[12]. Este número puede ser aún menor si se hubieran tenido en cuenta ciudades pequeñas y áreas rurales, en donde viven mujeres de bajo estatus económico. En este sentido, nosotros hemos reportado previamente una más baja tasa de uso de TH relacionada con bajo estrato socioeconómico[18]. Como previamente lo reportamos[12], la principal razón de la baja tasa de uso de TH en mujeres latinoamericanas es simplemente la falta de prescripción médica. El presente estudio mostró un cierto grado de preocupación acerca de posibles riesgos relacionados con el uso de TH, especialmente en términos de cáncer de mama y tromboembolismo.

Interesantemente, y poniendo en perspectiva nuestro reporte previo de uso de TH en Latinoamérica[12], aunque los ginecólogos parece que están preocupados acerca del uso de TH, la tasa de uso personal o en su pareja es alta, así la prescripción en sus pacientes sea baja. La percepción de enfermedad tromboembólica como el principal riesgo relacionado al uso de TH es llamativa, especialmente dado que es bien conocido que el uso de TH transdérmica no tiene efectos trombóticos. Más aun, hay reportes que indican que esta ruta es ventajosa para mujeres con diabetes, hipertensión y otros riesgos cardiovasculares y aquellas de edad avanzada[19]. Imaginamos que la dicotomía en el comportamiento de los ginecólogos latinoamericanos (y tal vez los de todo el mundo) puede estar influenciada por el conocimiento médico acerca de la menopausia y el uso de TH.

Indudablemente, el presente estudio encontró que los ginecólogos académicos apoyaron más el uso de TH personal o de sus parejas, en comparación con sus colegas no académicos. Otro factor que creemos que puede influir la baja tasa de prescripción a mujeres sintomáticas es la falta de conocimiento entre los doctores acerca de los síntomas relacionados con la menopausia.

Algunos reportes muestran que la principal razón para que los ginecólogos prescriban la TH a mujeres menopaúsicas son los síntomas vasomotores y los síntomas genitourinarios[13,20]. Pocos estudios han citado molestias musculoesqueléticas y trastornos del ánimo como indicadores de TH. Esos síntomas menopaúsicos son los primeros en presentarse y los más prevalentes[21]. Si esos síntomas no son tomados en cuenta en la evaluación, pocas mujeres van a recibir el beneficio de la TH.

Nosotros encontramos correlación entre la edad de los doctores y la conducta de prescripción. Una pequeña proporción de ginecólogos por debajo de los 40 años prescriben TH a ellos mismos o a sus parejas (si los síntomas menopaúsicos están presentes), pero recetan terapias alternativas para una gran proporción de sus pacientes sintomáticas. Es entendible que si la prevalencia de síntomas menopaúsicos es baja antes de los 40 años de edad, aquí su posición es a usar intervenciones o terapias de menos riesgo.

En nuestra opinión, la principal debilidad del presente estudio está en que la invitación para participar fue hecha por los líderes de opinión médica, quienes están involucrados en la atención de las mujeres menopáusicas y son miembros de REDLINC y coautores de este estudio. Aunque esto nos ayudó a lograr una muy alta tasa de respuesta, los encuestados pueden haberse visto influenciados por la posición de estos líderes, y haber registrado comportamientos más favorables hacia la TH en el cuidado de sus pacientes menopaúsicas, más de lo que era realmente el caso. Reconocemos este sesgo como una limitación y que habría sido mejor obtener una lista completa de ginecólogos certificados en cada país con el fin de hacer un muestreo al azar. Sin embargo, se optó por aprovechar nuestra red de un grupo bien conocido y bien establecido de investigadores de muchos países de América Latina, y en este caso, como en muchos otros estudios REDLINC, permitió el reclutamiento de una muestra grande. Esto, de hecho, puede ser visto como una fuerza potencial de la conclusión del estudio.

En conclusión, en el presente estudio se encontró que los ginecólogos latinoamericanos son en su mayoría partidarios del uso de TH (por sí mismos o para sus parejas). Sin embargo, este comportamiento no se traduce en la práctica clínica con sus pacientes.

Contribuyentes

L. D. y J. E. B. en la concepción y diseño del estudio. Todos los autores diferentes a J. E. B. estaban involucrados en la recolección de datos. El análisis de datos estadísticos fue realizado por J. E. B. y P. C. L.

L. D., J. E. B. y P. C. redactaron y revisaron el texto. Todos los autores vieron y aprobaron el manuscrito final.

Conflicto de interés

Ninguno declarado.

Fondos

No se recibieron fondos para este estudio.

Este estudio fue recibido y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur, Ministerio de Salud, Santiago de Chile.

Apéndice

Lista de países e investigadores participantes por ciudad:

Argentina: Mabel Martino (Rosario), Blanca Campostrini (La Plata) y Silvina Witis (Buenos Aires); Bolivia: María T. Espinoza (Cochabamba), Desireé Mostajo (Santa Cruz), Nelva Meruvia (La Paz) y Javier Saavedra (Sucre); Chile: Juan E. Blümel (Santiago de Chile), Jaime Martínez (La Serena), Eugenio Arteaga (Viña del Mar) y María S. Vallejo (Santiago de Chile); Colombia: Gustavo Gómez (Cali), Álvaro Monterrosa (Cartagena) y William Onatra (Bogotá); Costa Rica: Flory Morera (San José) y Gerardo Broutin (San José); Ecuador: Peter Chedraui (Guayaquil), Andrés Calle (Quito) y Hugo Sánchez (Machala); México: Erik González (Juárez), Armando Montaño (México, DF) y Carlos Salinas (Puebla); Panamá: Konstantino Tserotas (Panamá); Perú: Félix Ayala (Lima), Luis Danckers (Lima), Eliana Ojeda (Cuzco), Olivia Castillo (Arequipa) y José A. Rojas (Lima); República Dominicana: Ascanio Bencosme (Santiago de los Caballeros); Uruguay: Selva Lima (Montevideo).

Referencias

1. J.E. Blumel, C. Castelo-Branco, L. Binfa, G. Gramegna, X. Tacla, B. Aracena, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
2. S. Khosla. Pathogenesis of age-related bone loss in humans, *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2013; 68: 1226-1235.
3. C.J. Crandall, E. Barrett-Connor. Endogenous sex steroid levels and cardiovascular disease in relation to the menopause: a systematic review. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* 2013; 42: 227-253.
4. R.A. Lobo, S.R. Davis, T.J. De Villiers, A. Gompel, V.W. Henderson, H.N. Hodis, et al. Prevention of diseases after menopause. *Climacteric* 2014; 17: 540-556.
5. P.I. Jewett, R.E. Gangnon, A. Trentham-Dietz, B.L. Sprague. Trends of postmenopausal estrogen plus progestin prevalence in the United States between 1970 and 2010. *Obstet. Gynecol.* 2014; 124: 727-733.
6. J.E. Rossouw, G.L. Anderson, R.L. Prentice, A.Z. LaCroix, C. Kooperberg, M.L. Stefanick, et al. Writing group for the women's health initiative investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled. *JAMA* 2002; 288: 321-333.
7. A.Z. LaCroix, R.T. Chlebowski, J.E. Manson, A.K. Aragaki, K.C. Johnson, L. Martin, et al. WHI Investigators. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2011; 305: 1305-1314.
8. S. Shapiro, R.D. Farmer, A.O. Mueck, H. Seaman, J.C. Stevenson. Does hormone replacement therapy cause breast cancer? An application of causal principles to three studies: part 2. The Women's Health Initiative: estrogen plus progestogen. *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care* 2011; 37: 165-172.
9. S. Aedo, G. Cavada, J.E. Blümel, P. Chedraui, J. Fica, P. Barriga, Women's Health Initiative estrogen plus progestin clinical trial: a study that does not allow establishing relevant clinical risks. *Menopause* 2015; 22: 1317-1322.
10. P.M. Sarrel, V.Y. Njike, V. Vinante, D.L. Katz. The mortality toll of estrogen avoidance: an analysis of excess deaths among hysterectomized women aged 50 to 59 years. *Am. J Public Health* 2013; 103: 1583-1588.
11. T.S. Mikkola, P. Tuomikoski, H. Lyytinen, P. Korhonen, F. Hoti, P. Vattulainen, et al. Estradiol-based postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular and all-cause mortality. *Menopause* 2015; 22: 976-983.
12. J.E. Blümel, P. Chedraui, G. Barón, Z. Benítez, D. Flores, M.T. Espinoza, G. Gomez, Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). A multicentric study regarding the use of hormone therapy during female mid-age (REDLINC VI). *Climacteric* 2014; 17: 433-441.
13. K.J. Buhling, F.S. von Studnitz, A. Jantke, C. Eulenburg, A.O. Mueck. Use of hormone therapy by female gynecologists and female partners of male gynecologists in Germany 8 years after the Women's Health Initiative study: results of a survey. *Menopause* 2012; 19: 1088-1091.
14. G. Devi, F. Sugiguchi, A.T. Pedersen, D. Abrassart, M. Glodowski, L. Nachtigall. Current attitudes on self-use and prescription of hormone therapy among New York City gynaecologists. *Menopause Int.* 2013; 19: 121-126.
15. A.T. Pedersen, O.E. Iversen, E. Løkkegaard, L.A. Mattsson, I. Milsom, S.T. Nilsen, et al. Impact of recent studies on attitudes and use of hormone therapy among Scandinavian gynaecologists. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 2007; 86: 1490-1495.
16. M.H. Birkhäuser, I. Reinecke. Current trends in hormone replacement therapy: perceptions and usage. *Climacteric* 2008; 11: 192-200.
17. N. Biglia, E. Ujcic, F. Kubatzki, P. Sgandurra, C. Robba, R. Ponzone, et al. Personal use of hormone therapy by postmenopausal women doctors and male doctors' wives in Italy after the publication of WHI trial. *Maturitas* 2006; 54: 181-192.
18. J.E. Blümel, C. Castelo-Branco, R. Riquelme, H. Araya, P. Jaramillo, X. Tacla, et al. Use of hormone replacement therapy among Chilean women: a comparison between socioeconomic levels. *Menopause* 2002; 9: 377-380.

19. M. L'Hermite. HRT optimization, using transdermal estradiol plus micronized progesterone, a safer HRT. *Climacteric* 2013; 16 (Suppl): 44-53.

20. S. Palacios, A. Mejias. An update on drugs for the treatment of menopausal symptoms. *Expert. Opin Pharmacother.* 2015; 16: 2437-2447.

21. J.E. Blümel, P. Chedraui, G. Baron, E. Belzares, A. Bencosme, A. Calle. Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC), et al. Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric* 2012; 15: 542-551.

Climateric 2016;19:109-50. Parte I

Recomendaciones 2016 de la IMS sobre salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopausia

R. J. BABER*, N. PANAY, A. FENTON Y EL GRUPO COLABORATIVO IMS

F.R. PÉREZ-LÓPEZ (ESPAÑA); E. STORCH (URUGUAY); P. VILLASECA (CHILE); D. SALAZAR-POUSADA (ECUADOR); C. RUEDA (COLOMBIA); K. TSEROTAS (PANAMÁ); S. LIMA (URUGUAY); P. LLANEZA (ESPAÑA); C. CASTELO-BRANCO (ESPAÑA); M. F. GARRIDO-OYARZÚN (ESPAÑA); P. PARRA- PINGEL (ECUADOR) & P. CHEDRAUI (ECUADOR)**

Resumen

La Sociedad Internacional de Menopausia (IMS) ha elaborado en el año 2016 estas nuevas Recomendaciones sobre la salud de la mujer de mediana edad y la terapia hormonal de la menopausia (THM) para guiar a los profesionales de la salud en la optimización del manejo de las mujeres durante la transición menopáusica y después de la misma. El término THM ha sido utilizado para incluir tratamientos con estrógenos, progestágenos y regímenes combinados. Por primera vez, estas Recomendaciones incluyen grados de recomendación, niveles de evidencia y '*recomendaciones de buena práctica*' junto con una sección con referencias bibliográficas específicas. Cuando fue posible, las Recomendaciones se basaron y vincularon a la evidencia que las apoya, a no ser que no existiera evidencia de buena calidad. Se ha puesto particular atención en las evidencias científicas publicadas de 2013 en adelante, que fue la última vez que las Recomendaciones de la IMS fueron actualizadas. Se han consultado extensamente las bases de datos en busca de publicaciones de relevancia, utilizando términos clave específicos para cada área de especialidad referente a la fisiología y la medicina de la menopausia. La información también ha sido obtenida de declaraciones de consensos internacionales publicadas por organismos tales como la IMS, la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia y la Sociedad Norteamericana de Menopausia. Las Recomendaciones han sido elaboradas por expertos de la IMS, con la asistencia de colaboradores claves cuando se consideró necesario. Los expertos han tenido en cuenta para la preparación de estas Recomendaciones internacionales las variaciones geográficas en la asistencia sanitaria, prevalencia de enfermedades, y las actitudes específicas de la población, la comunidad médica, y las autoridades de salud con respecto al manejo de la menopausia. También se ha tenido en cuenta la variación de la disponibilidad y licencias de THM y otros productos.

Introducción

La Sociedad Internacional de Menopausia (IMS) se complace en proporcionar estas nuevas Recomendaciones basadas en evidencias científicas, sobre el uso de la terapia hormonal de la menopausia (THM). En los tres años que han transcurrido desde la publicación de nuestras

* **Correspondencia:** Profesor R. J. Baber, Obstetrics and Gynaecology, Sydney Medical School North, The University of Sydney, Sydney, Australia; email: rod@rodbaber.com.au
(c) 2016 Sociedad Internacional de Menopausia
* Colaboradores de esta versión en español.