

Ciclo anticonceptivo mensual todavía más común que ciclo extendido

Evalúan actitudes y patrones de profesionales del ámbito médico que prescriben anticonceptivos orales de régimen extendido.

Fuente: Contraception 2011; Advance online publication

Week 06 - 21 Feb 2011

MedWire news: las prescripciones de regímenes de anticonceptivos orales (AO) de ciclo extendido indicadas por los profesionales del ámbito médico podrían estar aumentando, pero los ciclos tradicionales de 21/7 días o los más recientes ciclos de 24/4 todavía son los regímenes más comunes prescritos, según muestran los resultados de una encuesta estadounidense.

Los regímenes de AO extendidos eliminan el intervalo libre de hormonas (ILH), durante el cual, las mujeres han referido previamente síntomas que incluyen cefaleas, dolor pélvico, hinchazón, inflamación y tensión mamaria.

Patricia Sulak (Texas A&M Health Science Center College of Medicine, Temple, EE.UU.) y colaboradores entrevistaron a 799 profesionales que concurrieron a seis conferencias educativas en Estados Unidos sobre sus actitudes y patrones de prescripción respecto de los AO de ciclo extendido. La mayoría (el 65 por ciento) se especializaba en obstetricia y ginecología.

La mayoría de los profesionales (el 92 por ciento) estuvo de acuerdo en que los regímenes

de AO de ciclo extendido deberían ofrecerse rutinariamente a las mujeres que desean optar por no experimentar un sangrado mensual, y ciertamente la misma cantidad de profesionales informó ya estar prescribiendo ciclos extendidos.

Esto demuestra un aumento en el número de profesionales que prescribían ciclos extendidos en 2004, cuando la cifra era del 81 por ciento de acuerdo con una encuesta similar llevada a cabo por Sulak y cols. aquel año.

No obstante, a pesar de estas altas cifras, el 38,5 y el 35,0 por ciento de los profesionales informaron que los ciclos de 24 días de píldora con 4 días de ILH y los de 21 días de píldora con 7 días de ILH eran el régimen de AO que más comúnmente prescribían en su consultorio.

Los investigadores concluyen: “Las investigaciones respaldan el beneficio de la reducción de los síntomas de supresión hormonal y mayor supresión pituitaria [asociados con los AO de ciclo extendido]”.

Una revisión aborda el ejercicio del piso pélvico

El entrenamiento muscular del piso pélvico es muy utilizado como tratamiento para la incontinencia urinaria, pero ¿cuál es la evidencia que lo respalda y cuáles son los beneficios? Una revisión sistemática recientemente publicada ha abordado estas preguntas.

Fuente: Maturitas 2010; in press

Issue 12 - 10 Nov 2010

Especialistas del departamento de obstetricia y ginecología del Hospital John Radcliffe de Oxford, Reino Unido, llevaron a cabo una revisión bibliográfica e identificaron un total de 107 ensayos aleatorios y controlados relevantes publicados entre 1990 y 2010. Éstos describían los efectos del entrenamiento muscular del piso pélvico en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta (esfuerzo/urgencia).

En su nuevo trabajo programado para publicación en la revista Maturitas, los especialistas primero proporcionan una breve historia del ejercicio del piso pélvico. Comentan que la función de los músculos del piso pélvico “es sostener las estructuras pélvicas, la uretra, la vagina y el recto”. El entrenamiento muscular implica la contracción voluntaria hacia adentro y hacia arriba del piso pélvico, cuyo número preciso de contracciones recomendado en los estudios revisados variaron de 8 a 12, tres veces por día, hasta tanto como 200 por día.

Se entiende que los ejercicios del piso pélvico actúan de tres formas, mediante mejoras de la fuerza y sirviendo de contrapeso e indirectamente mediante la contracción de los músculos abdominales (los que se activan junto con los músculos del piso pélvico).

Los investigadores trazan una serie de conclusiones más importantes a partir de su revisión, incluyendo los siguientes puntos clave:

- Existe un buen conjunto de evidencias que avalan el entrenamiento muscular del piso pélvico como tratamiento conservador de primera línea en mujeres con

incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta.

- Se han llevado a cabo más estudios del ejercicio del piso pélvico en mujeres con incontinencia de esfuerzo que en mujeres con incontinencia de urgencia. Estos estudios mostraron una mejoría de hasta el 70% en los síntomas de la incontinencia de esfuerzo en las mujeres que participaron en programas de entrenamiento de los músculos del piso pélvico.
- El entrenamiento muscular del piso pélvico es económico, y no tiene efectos adversos debilitantes persistentes.
- El efecto de un programa de tratamiento típicamente aumenta cuando es impartido y supervisado por un fisioterapeuta especializado o una enfermera especializada en continencia.

Los investigadores agregan que también hay pruebas que respaldan el uso del entrenamiento muscular del piso pélvico como tratamiento para las mujeres con incontinencia urinaria posparto persistente.

No obstante, los efectos a largo plazo del ejercicio del piso pélvico se entienden relativamente poco, dado que la mayoría de los estudios publicados tienen un seguimiento limitado o carecen de él. En un estudio de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, los investigadores hallaron que cuando el entrenamiento de los músculos del piso pélvico era inicialmente satisfactorio, había una posibilidad del 66% de que los beneficios persistieran a lo largo de un período de seguimiento de 10 años.

Los autores del trabajo de revisión dicen que todavía existe necesidad de al menos un gran ensayo aleatorio y controlado de grandes dimensiones, para proporcionar más información sobre la efectividad clínica a largo plazo. En general,

concluyen que los ejercicios del piso pélvico son “beneficiosos y no tienen efectos adversos significativos” y “se pueden lograr mejorías sustanciales y duraderas en la continencia”.

PERLAS

Nueva guía clínica sobre menorragia

Especialistas han producido nuevas pautas de práctica clínica sobre el tratamiento del sangrado uterino anormal en las mujeres de edad reproductiva fuera del embarazo.

Fuente: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2010; in press

Issue 10 - 28 Sep 2010

Las recomendaciones basadas en evidencias producidas por un equipo de trabajo del Colegio Francés de Obstetras y Ginecólogos, son presentadas en un nuevo trabajo programado para publicación en la revista *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (un trabajo de Marret H, y cols.).

Las pautas fueron elaboradas para cubrir solamente la menorragia –definida como períodos menstruales que duran más de 7 días y/o que involucran un volumen de pérdida de sangre superior a los 80 ml– y no el sangrado genital antes de la pubertad o después de la menopausia, o el sangrado de origen cervical o vaginal.

En la sección sobre el diagnóstico, los investigadores discuten y dan recomendaciones sobre los siguientes temas:

- Historia clínica/entrevista.
- Examen clínico.
- Análisis de laboratorio adicionales.
- Exámenes por imágenes.
- Biopsia endometrial.

Por ejemplo, se recomienda que los médicos controlen la existencia de signos de anemia, y que realicen palpación abdominal y un examen del cuello del útero, tanto digital como con un espéculo, en todas las pacientes, excepto en quienes sean vírgenes o adolescentes.

La ecografía pélvica, tanto abdominal/suprapúbica como transvaginal, se recomienda como procedimiento de primera línea para diagnosticar la causa del sangrado uterino anormal. Los autores de las directrices agregan que la eco-Doppler puede proporcionar importante información adicional útil para ayudar en la caracterización de las anomalías endometriales y miometriales.

La segunda sección importante del trabajo se centraliza en el tratamiento, con sub-secciones separadas sobre las siguientes poblaciones:

- Mujeres que desean fertilidad continua.
- Mujeres que no desean fertilidad continua.
- Adolescentes.
- Mujeres que reciben tratamiento anticoagulante o que sufren un trastorno de la coagulación.
- Mujeres con sangrado uterino anormal mientras toman anticonceptivos (anticonceptivos combinados de estrógeno-progestina y de progestina sola).

Por ejemplo, los autores de estas pautas señalan que en las mujeres que no tienen deseo de quedar embarazadas en el futuro, y que tienen sangrado uterino anormal idiopático, “la eficacia a largo plazo del tratamiento quirúrgico conservador es mayor que la del tratamiento médico por vía oral”.

En todos los grupos, los autores enfatizan la necesidad de identificar los trastornos específicos subyacentes (tales como hiperplasia endometrial atípica, pólipos endometriales, miomas uterinos, o adenomiosis) para poder determinar el tipo de tratamiento más efectivo.

Con la prevalencia de menorragia que aumenta con la edad, y que llega al 24% de las mujeres de 36 a 40 años, se espera que estas nuevas recomendaciones mejoren y ayuden a estandarizar el diagnóstico y tratamiento de esta importante condición.

PERLAS

Los fibromas uterinos en el centro de la atención

Las mujeres con fibromas uterinos tienden a experimentar deterioro en su calidad de vida y una menor productividad laboral, de acuerdo con los nuevos hallazgos de un estudio comunitario de la carga de la enfermedad.

Fuente: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2010; in press

Issue 09 - 31 Aug 2010

Investigadores de centros del Reino Unido, EE.UU. y España observaron una falta de información publicada relacionada con la asociación entre los fibromas uterinos y temas tales como la calidad de vida en una población general residente en una comunidad (los estudios previos se centralizaron en mujeres que buscaban tratamiento).

Para rectificar esto, los investigadores llevaron a cabo una encuesta internacional representativa, mediante Internet, a mujeres de cinco países europeos: Francia, Alemania, Italia, España y el Reino Unido.

La encuesta se realizó en el año 2007 como parte del componente europeo de la Encuesta Nacional Anual de Salud y Bienestar de mayor dimensión, que involucró a las primeras 400 mujeres consecutivas de cada país que reunía cualquiera de dos criterios de inclusión tras completar una serie de cuestionarios validados: tener un diagnóstico de fibromas uterinos o tener síntomas de sangrado no diagnosticados. La información de quienes respondieron pero que no cumplían con ninguno de estos dos criterios fue utilizada con propósitos comparativos.

Al informar sus hallazgos en un nuevo trabajo programado para ser publicado en la revista

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, los investigadores (Downes E y cols.) comentan que la prevalencia de un diagnóstico de fibromas uterinos varió del 11,7% en Francia a un 23,6% en Italia. La prevalencia de síntomas de sangrado no diagnosticado varió del 14,7% en Francia al 24,6 % en el Reino Unido.

Entre las mujeres con un diagnóstico de fibromas uterinos, cerca de una de cada cinco esperaron más de 5 años antes de recibir finalmente tratamiento (con variaciones desde el 9% en Alemania al 32,5% en Italia). Los investigadores comentan que esta demora en buscar tratamiento es similar a la previamente informada para condiciones tales como incontinencia urinaria, “lo que sugiere que razones sociales y culturales similares podrían desempeñar un papel”.

Los puntajes promedio del cuestionario UFS-QOL de calidad de vida relacionada con la salud variaron de 59,2 en el Reino Unido a 69,7 en Italia, entre las mujeres diagnosticadas con fibromas uterinos, lo que indicó un nivel moderado de deterioro.

De modo similar, las respuestas al cuestionario revelaron que, en general, casi la tercera

parte de las mujeres empleadas con diagnóstico de fibromas uterinos informó que las ausencias al trabajo eran causadas por la condición.

De acuerdo con los investigadores, la productividad laboral se redujo un 36,1%, y la actividad general un 37,9%.

En su trabajo, los investigadores concluyen que los fibromas uterinos son relativamente comunes en Europa oriental y que se asocian con un deterioro de la calidad de vida y de la

productividad laboral, generalmente entre las mujeres que residen en una comunidad. Además dicen que los datos sugieren que los fibromas uterinos y sus síntomas asociados “tiene un impacto negativo definitivo” en las mujeres mismas y en la población general (pérdidas económicas debido a una menor productividad). También sugieren que se necesitan mayores esfuerzos para que las mujeres con síntomas de fibromas uterinos busquen tratamiento en forma temprana.

Nuevas pautas para manejar la menopausia

La Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia (EMAS, su sigla en inglés) ha publicado un informe de recomendaciones para el manejo de la menopausia en las mujeres con antecedente de endometriosis.

Fuente: Maturitas 2010;in press

Issue 08 - 30 Jul 2010

El informe, el que ha sido aceptado para publicación como trabajo en la revista *Maturitas* (su principal autor, Moen MH), se basa en una revisión de bibliografía y el consenso de opinión de expertos. Los autores del informe de recomendaciones incluyen representantes de Noruega, Reino Unido, Malta, Turquía, Italia, Grecia, Suecia, Francia, Serbia y Bélgica.

Éstos señalan en el trabajo que en las pautas oficiales para el manejo de la endometriosis, no existen actualmente recomendaciones sobre el tratamiento de las mujeres menopáusicas con antecedentes de la enfermedad.

Para rectificar esto, el trabajo aborda temas clínicos tales como el uso de terapia hormonal en mujeres con antecedentes de endometriosis. Las preguntas tratadas incluyen cuándo es éste apropiado, cuáles son los riesgos y beneficios, y cómo deberían ser controladas las mujeres.

Los investigadores revisan y discuten los siguientes temas específicos y donde corresponde, citan evidencias provenientes de publicaciones revisadas por colegas:

- Menopausia quirúrgica y natural.
- Reactivación de la endometriosis.
- Transformación maligna de la endometriosis.
- Selección de regímenes de terapia hormonal.
- El momento de la terapia hormonal tras la ooforectomía.
- Tratamientos no-estrogénicos.
- Seguimiento.

La sección sobre el seguimiento, por ejemplo, subraya que en este grupo de pacientes es necesario un seguimiento regular para monitorear la recurrencia de los síntomas y para ajustar los regímenes de terapia hormonal, de ser necesario.

Los autores del informe concluyen con cuatro recomendaciones prácticas principales. La primera menciona que, en las mujeres con antecedentes de endometriosis, se requiere terapia hormonal con estrógeno, en las mujeres con menopausia prematura o temprana hasta la edad promedio de la menopausia natural y que debería considerarse en las mujeres de más edad con síntomas climatéricos severos.

En la segunda recomendación, los autores comentan que los datos sobre los regímenes de terapia hormonal son limitados en esta población de pacientes, y aconsejan: “No obstante, sería más seguro administrar terapias combinadas de estrógeno-progestágeno continuas o tibolona tanto en las mujeres histerectomizadas como en las no histerectomizadas, dado que podría reducirse el riesgo de recurrencia y de transformación maligna de la endometriosis residual.

La tercera recomendación es que el tratamiento farmacológico alternativo para los síntomas menopáusicos o la protección esquelética, de estar indicado, debería considerarse en las mujeres que no reciben terapia hormonal.

Finalmente, los autores del informe comentan que las preparaciones herbáceas no son recomendables en esta población de pacientes, “puesto que su eficacia es incierta y algunas podrían contener compuestos estrogénicos”.

Síntomas vasomotores asociados con peor perfil de riesgo CV

Las mujeres con síntomas vasomotores menopáusicos tienen un perfil de riesgo cardiovascular menos favorable que las mujeres de la misma edad sin estos síntomas, según informan investigadores. Éstos hallaron que el mayor riesgo cardiovascular (CV) persistió incluso después de controlar las concentraciones de estradiol circulantes.

Fuente: Maturitas 2010; in press

Issue 06 - 08 Jun 2010

Los investigadores de centros de Utrecht, Holanda y de Malmo, Suecia, analizaron datos de una muestra poblacional de 5857 mujeres de 50 a 64 años de edad (parte del estudio Salud de las Mujeres en el Área de Lund –WHILA, su sigla en inglés–). Las mujeres del estudio completaron un cuestionario que incluía preguntas sobre síntomas vasomotores menopáusicos, y se sometieron a un examen físico y a análisis de laboratorio.

La evaluación incluyó la medición del índice de masa corporal (IMC), la relación cintura:cadera, las concentraciones de glucosa, presión arterial, perfil lipídico y las concentraciones de estradiol.

En total, el 77,1% de las mujeres eran posmenopáusicas, el 7,6% eran premenopáusicas, y el 15,3% eran perimenopáusicas o de estado desconocido. Un total del 55% de las mujeres refirió síntomas de sofocos y sudoración (en respuesta a la pregunta “¿Tiene problemas de sudoraciones/sofocos?”), y el 31% informó síntomas de sudoraciones solamente (en respuesta a la pregunta “¿Experimentó síntomas de sudoración durante los 3 meses precedentes?”).

En su nuevo trabajo a ser publicado en la revista Maturitas, los investigadores (Gast G-C y cols.) dijeron que las mujeres sintomáticas fueron significativamente menos propensas a informar actividad física regular durante su tiempo libre y fueron significativamente más propensas a tener mayor nivel educativo que las mujeres asintomáticas.

Tras controlar la edad y el uso de hormonas, las mujeres con sofocos/sudoraciones resultaron tener concentraciones de estradiol significativamente más bajas, en comparación con las mujeres sin sofocos/sudoraciones (30,5 pmol/L versus 36,7 pmol/L, respectivamente). De modo similar, las mujeres con sudoraciones solamente también tuvieron concentraciones significativamente más bajas de estradiol que las mujeres asintomáticas (28,1 pmol/L versus 35,8 pmol/L, respectivamente).

Más análisis con control de variables de confusión, mostraron que las mujeres con sudoraciones solamente tenían un IMC, una relación cintura:cadera, concentraciones de colesterol total, colesterol LDL, triglicéridos, glucosa, presión arterial sistólica y diastólica significativamente mayores que las mujeres asintomáticas. Todas estas asociaciones persistieron después de tener en cuenta las concentraciones de estradiol.

Las mujeres que refirieron sofocos/sudoraciones también tuvieron peor perfil de riesgo cardiovascular que las mujeres asintomáticas, pero las asociaciones fueron menos pronunciadas que para las sudoraciones solamente y no siempre llegaron a tener significación estadística.

En su trabajo, los investigadores discuten detalladamente posibles explicaciones de sus hallazgos. Y sugieren que un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático “podría ser la principal causa de la asociación de los síntomas vasomotores menopáusicos con un perfil adverso de riesgo de enfermedad

cardiovascular, aunque actualmente no se pueden trazar conclusiones definitivas”.

Finalmente concluyen que los resultados del estudio avalan la hipótesis de que las mujeres con síntomas vasomotores menopáusicos difieren de las mujeres sin estos síntomas en su perfil de riesgo

cardiovascular, y agregan: “Aunque las concentraciones de estradiol fueron significativamente más bajas entre las mujeres con síntomas vasomotores menopáusicos, el perfil de elevado riesgo cardiovascular no puede explicarse por las concentraciones circulantes de estrógenos”.

PERLAS

Mayor IMT en mujeres con sofocos podría indicar riesgo cardiovascular

Examinan la relación entre los sofocos referidos y el grosor de la íntima-media carotídeo.

Fuente: Menopause 2011; Advance online publication

Week 06 - 21 Feb 2011

MedWire News: los resultados de un estudio indican que las mujeres en edad menopáusica que experimentan 6 días o más de sofocos en un período de 2 semanas tienen un grosor de la íntima media –IMT, su sigla en inglés– mayor que las mujeres que no experimentan dicha condición.

Teniendo en cuenta que el IMT es “una de las mediciones más ampliamente utilizada y bien validada de enfermedad cardiovascular (CVD) subclínica –dicen los investigadores– este trabajo sugeriría un efecto sinérgico entre los sofocos y factores de riesgo de CVD existentes”.

Rebecca Thurston (Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburg, Filadelfia, EE.UU.) y colaboradores evaluaron el IMT, utilizando ultrasonografía en modo B, una vez en la base en 432 mujeres de 45 a 58 años de edad, y nuevamente 2 años después.

El equipo investigador halló que las mujeres que reportaron 6 días o más de sofocos en las 2 semanas previas a la base y el seguimiento tenían un IMT significativamente mayor que las mujeres sin sofocos, después de controlar factores demográficos y de riesgo cardiovascular. La diferencia promedio de IMT entre estas mujeres fue 0,02 mm en ambos puntos temporales.

Estas asociaciones continuaron después de controlar las concentraciones de estradiol, comentan Thurston y cols., quienes agregan que la relación entre el IMT y los sofocos fue más pronunciada entre las mujeres con sobrepeso y obesas.

“Este trabajo avala la importancia del trabajo continuo para comprender el papel de los sofocos en el riesgo cardiovascular”, concluyen los investigadores.

Menopausia en mujeres con diabetes tipo 1

Fuente: Menopause 14-02-2011; 18(2): 158-63

Sjöberg, Lena; Pitkäniemi, Janne; Harjutsalo, Valma; Haapala, Laura; Tiitinen, Aila; Tuomilehto, Jaakko; Kaaja, Risto

From the ¹Hjelt-institute, Department of Public Health and ²Department of General Practice and Primary Health Care, University of Helsinki, Helsinki, Finland; ³Folkhälsan Institute of Genetics, Folkhälsan Research Centre, Biomedicum, Helsinki, Finland; Division of Nephrology, Department of Medicine, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland; Department of Health Promotion and Chronic Disease Prevention, Diabetes Prevention Unit, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland; ⁴Department of Obstetrics and Gynaecology, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland; ⁵South Ostrobothnia Central Hospital, Seinäjoki, Finland; Red RECAVA Grupo RD06/0014/0015, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain; and ⁶University of Turku/Central Hospital of Satakunta, Pori, Finland.

Received April 30, 2010; revised and accepted June 28, 2010. Funding/support: This study was financially supported by the Kyllikki and Uolevi Lehtikoinen Foundation and the Else and Wilhelm Stockmann Foundation. Financial disclosure/conflicts of interests: None reported. Address correspondence to: Lena Sjöberg, MD, University of Helsinki, Department of General Practice and Primary Health Care, PO Box 20, 00014 Helsinki, Finland. E-mail: lena.sjoberg@helsinki.fi

Resumen

Objetivo. Nuestro objetivo fue estudiar edad a la menopausia y los factores asociados con ella, en un grupo grande poblacional de mujeres con inicio de diabetes tipo 1 en las niñas.

Se contactó una muestra de 978 mujeres con diabetes tipo 1 y se les envió por correo un cuestionario acerca de su historia reproductiva, diabetes y su manejo, otras enfermedades y factores de estilo de vida. La encuesta fue repetida 3 años después entre esas 641, quienes respondieron en la primera ronda y fueron elegibles para tomar parte en el estudio. Ambos diseños de esas cohortes epidemiológicas, la seccionada cruzada y la retrospectiva se aplicaron a factores de estudio asociados con la ocurrencia de la menopausia.

Resultados. La mediana de edad de la cesación de la menstruación observada en mujeres con diabetes tipo 1 fue de 52.5 años, no menor que la población general (media 51 años). Mujeres con enfermedad renal terminal (radio de prevalencia, 2.22; 95% CI, 1.22-4.02; $p = 0.009$) o retinopatía progresiva (radio de prevalencia, 1.89; 95% CI, 1.11-3.21; $P = 0.02$) fueron más propensas que las otras a haber entrado a la menopausia al momento del estudio. Ambas asociaciones permanecen estadísticamente significantes después del ajuste por edad.

Conclusiones. La edad de la menopausia en mujeres con diabetes tipo 1 no es menor que la población general en Finlandia. Los únicos factores independientes estadísticamente significantes asociados con menopausia temprana en nuestro estudio, fueron complicaciones microvasculares, esto es, enfermedad renal en estado terminal y retinopatía proliferativa.

Palabras clave: diabetes, complicaciones, menopausia.