

MENOPAUSIA AL DÍA

Los estrógenos solos no aumentan el riesgo cardiovascular secundario.

Oestrogen therapy for prevention of reinfarction in postmenopausal women: a randomised placebo controlled trial. Lancet 2002; 260: 2001-2008.

THE ESPRIT TEAM.

El valerato de estradiol no reduce el riesgo total de eventos cardíacos adicionales en mujeres menopáusicas quienes han sufrido de infarto del miocardio, de acuerdo con los datos del estudio Estrogens in Prevention of Reinfarction Trial (ESPRIT). En este ensayo randomizado y controlado con placebo, 1.017 mujeres posmenopáusicas (entre 50-69 años de edad) quienes habían sobrevivido a un primer infarto del miocardio recibieron valerato de estradiol (2 mg) o placebo diariamente por 2 años. Las mujeres con útero no recibieron concomitantemente terapia progestacional. Los objetivos primarios fueron reinfarto o muerte cardíaca, también como todas las causas de mortalidad. A los 24 meses, la frecuencia de reinfarto o muerte cardíaca no difiere entre los dos grupos (riesgo para recipientes de estrógenos 0.99; 95% IC, 0.70-1.41). Todas las causas de mortalidad fueron estadísticamente similares a los dos grupos (riesgo, 0.79; IC 95%, 0.50-1.27). Entre los puntos objetivos secundarios (apoplejía u otros eventos embólicos, cáncer endometrial, cáncer de seno y fracturas), los resultados no alcanzaron significancia estadística.

Evidencia Nivel I

Comentario. Este estudio se agrega al creciente grupo de estudios clínicos randomizados, datos que documentan que la terapia de reemplazo estrogénica ya sea con estradiol o estrógenos equinos conjugados EEC, con o sin tratamiento concomitante con progestinas no ofrece beneficios cardiovasculares a aquellas mujeres que han tenido enfermedad arterial coronaria, EAC. La tendencia no significativa hacia la disminución de la mortalidad total y CV debe ser vista con cautela debido a la participación del azar cuando se consideran tan pocos eventos. Las mujeres con enfermedad cardíaca establecida se deben estimular para el uso de formas de terapia para prevención secundaria, incluyendo aspirina, beta bloqueadores y terapias reductoras de lípidos cuando no estén contraindicadas.

David M. Herrington, MD, MHS
Professor of Internal Medicine/
Cardiology
Wake Forest University School of Medicine
Winston-Salem, NC.