

MENOPAUSIA AL DÍA

La terapia hormonal postmenopáusica aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca en mujeres con diabetes mellitus

Relation between hormone replacement therapy and ischaemic heart disease in women: prospective observational study. BMJ 2003; 326: 426-430.

E LØKKEGAARD, AT PEDERSON, BL HEITMANN, ET AL

En las mujeres con diabetes mellitus (DM), la terapia hormonal postmenopáusica, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular ECV, infarto del miocardio IM, y muerte por todas las causas, de acuerdo a este estudio observacional prospectivo de Dinamarca. En mujeres sin DM, la terapia no ofrece efecto protector de ECV. Para este estudio 19.898 enfermeras de 45 años o más completaron un cuestionario de estilo de vida y uso de TRH (ya sea estrógenos solos TE o estrógenos más progestágenos TEP). Entre todas las participantes del estudio incluidas en el análisis (n 13.084) el uso corriente de TE/TEP no ofreció ningún efecto de protección. Comparado con las nunca usuarias (58% de las participantes), las usuarias corrientes (28%) esencialmente no presentaban cambios en el riesgo para ECV (RR 1.2; IC 95%, 0.9-1.7), o IM (RR 1.0; IC 95%, 0.6-1.7). Sin embargo, en la cohorte de mujeres con DM (n 178), las usuarias corrientes tenían un aumento significativo del riesgo para ECV (RR 4.2; IC 95% 1.4-12.5), IM (RR 9.2; IC 95% 2.0-41.4) y mortalidad global (RR 3.2; IC 95% 1.4-7.5). Los investigadores encontraron también que las usuarias corrientes tenían un bajo índice de masa corporal y baja prevalencia de DM; sin embargo, ellas fumaban más, consumían más alcohol y tenían un más bajo autocuidado de salud.

Evidencia Nivel II-2

Comentario: No siendo capaces de demostrar beneficios sobre la ECV del uso de la TE/TEP en este estudio, los autores hacen una importante puntualización acerca de cómo muchos estudios en el pasado, erróneamente parecían mostrar un efecto protector. Aunque los anteriores estudios en los cuales las usuarias de TE/TEP tendían a ser más sanas de base, en parte debido a la posibilidad de acceso selectivo a las entidades prestadoras de salud, las usuarias danesas tenían de base más riesgos de ECV (no se midieron los lípidos). Así, en anteriores estudios observacionales de usuarias ET/ETP, es probable que la baja línea de base de riesgos de ECV parece llevar a un beneficio CV, en lugar de ser la TE/TEP. Claramente, en mujeres con un riesgo de base alto, como en las del estudio Heart and Estrogen/Progestin Replacement (HERS), la TEP no es protectora, y en las etapas iniciales del tratamiento puede ser dañino. Apoyando este concepto, y en contraste con los sujetos no diabéticos en las cuales no hubo efecto, Lokkegaard y sus colegas en su pequeña cohorte de mujeres

con DM, las tasas de ECV fueron significativamente mayores entre las usuarias de TE/TEP que en las no usuarias.

Desde este punto de vista, las recomendaciones han dado un círculo completo (hace una década, a las mujeres con DM se les recomendaba la TE/TEP por su riesgo aumentado de ECV). Estos resultados usando estradiol y noretisterona como TEP, refuerza los hallazgos del Women's Health Initiative (WHI), en el cual usaron estrógenos equinos conjugados y acetato de medroxiprogesterona como agentes activos; esos hallazgos sugieren que la TEP no protege a las mujeres de la ECV y no debe ser usada para ese propósito. Finalmente, aunque esos resultados no excluyen la posibilidad de que los beneficios de la TE/TEP puedan aumentarse en mujeres sanas sin factores de riesgo CV, definitivamente se necesita evidencia para saber si en realidad esos tratamientos son benéficos para apoyar este enfoque.

Ronald B. Goldberg, MD
Professor of Medicine
Director, Lipid Disorders Unit
Associate Director, Diabetes Research Institute
University of Miami School of Medicine
Miami, FL

Comentario. Este oportuno y bien documentado estudio con un 86% de tasa de confiabilidad nos agrega una luz de datos a una población de usuarias de ET/ETP con DM. Mientras este estudio confirma los hallazgos del WHI de un efecto no protector sobre la enfermedad cardíaca isquémica, tampoco encontró un aumento significativo del riesgo de enfermedad cardíaca coronaria no fatal. Esto puede ser porque el WHI tenía el doble de número de mujeres con DM en su estudio. También puede reflejar el uso de beta-estradiol y acetato de noretisterona o levonorgestrel usados como progestinas en el estudio de Lokkegaard. También, no hubo usuarias sanas entre las enfermeras danesas reportadas ellas mismas como consumidoras fuertes de alcohol o cigarrillo y aunque tenían un bajo autocuidado de salud. En este estudio, las usuarias corrientes de TE/TEP por la mujeres con DM significativamente aumentan su riesgo de muerte, IM, y enfermedad isquémica cardíaca. Esta evidencia indica que todas las mujeres en la que se considere dar TE/TEP deben ser investigadas para DM, la cual puede ser considerada un factor de riesgo mayor contra el uso de TE/TEP.