

te durante el primer año. Los avances en este nuevo análisis son modestos e incluyen un tiempo adicional de seguimiento de 0.4 años, adjudicación centralizada de eventos cardiovasculares, un análisis de diferentes objetivos cardiovasculares y exámenes más detallados de biomarcadores clínicos y demográficos moduladores de riesgo. El aparentemente ligero aumento en el riesgo de ECV observado en mujeres tomando TEP, es mejor caracterizado en este reporte.

Curiosamente, el aumento del riesgo en mujeres recibiendo TEP se encuentra para IM pero no para revascularización coronaria, angina, o falla cardíaca congestiva, lo que sugiere que el inicio de la TEP, de alguna manera, aumenta el riesgo de trombosis arterial aguda. Este artículo refuerza que la TEP no debe ser iniciada para prevención de enfermedad cardiovascular en mujeres postmenopáusicas. ¿Qué es lo nuevo aquí? El reporte describe, aunque cautelosamente, una tendencia a la disminución del riesgo de ECV en el tiempo, en mujeres recibiendo TEP. Más directamente, sin embargo, es que el único subgrupo en este estudio identificado de tener un aumento del riesgo de ECV con TEP, son mujeres con niveles basales altos de LDL colesterol. No se identificó otra variable que pudiera ser útil para la estratificación del riesgo

coronario en mujeres tratadas con TEP.

Notablemente no hay diferencias del riesgo para ECV con TEP basado en la presencia o no de síntomas vasomotores, uso de aspirina, o estatinas, o niveles basales de proteína C reactiva. ¿Qué pruebas se podrían pensar en futuros estudios que fueran útiles para tal estratificación? Variantes genéticas en los mismos receptores estrogénicos y/o esos genes relacionados con la regulación de las vías trombóticas y fibrinolíticas, son candidatos lógicos. A pesar de las conclusiones establecidas, el estudio actualmente no trata si la TEP debe ser “continuada” en mujeres quienes han estado en tratamiento por algún tiempo, o el papel de la TEP para los tratamientos a corto tiempo de los síntomas menopáusicos. Este informe tampoco trata si la TEP perimenopáusica altera la progresión de arterioesclerosis clínica temprana antes de que se desarrolle totalmente como en mujeres postmenopáusicas más viejas (ver el estudio de Hodis, más adelante).

Michael E. Mendelsohn, MD
Department of Cardiology
Tufts-New England Medical Center
Boston, MA

MENOPAUSIA AL DÍA

Efecto de la TE/TEP sobre la relación riesgo beneficio de IM en mujeres con diabetes mellitus, dependiente de la historia de IM, dosis de TE/TEP y tiempo de terapia

Current use of unopposed estrogen and estrogen plus progestin and the risk of acute myocardial infarction among women with diabetes: the Northern California Kaiser Permanent Diabetes Registry, 1995-1998. Circulation 2003; 107: 43-48.

FERRARA A, QUESENBERRY CP, KARTER AJ, NJORGE CW, JACOBSON AS, SELBY JV.

En mujeres con diabetes mellitus DM, la terapia estrogénica sola o con un progestágeno, disminuye el riesgo de infarto del miocardio IM, en mujeres sin IM reciente, pero aumenta el riesgo de IM en mujeres que han sufrido un IM reciente, de acuerdo a este estudio observacional. Los investigadores analizaron las historias de 24.420 mujeres con DM pero sin un IM reciente (edad promedio 64.9 años) para determinar su riesgo de IM en tres años.

Durante el seguimiento, (promedio 3.04 años), 1.110 mujeres tenían un evento de IM. Después de ajustes para riesgos cardiovasculares, el análisis encontró que los usuarios corrientes de TE/TEP estaban asociados con una significativa disminución del riesgo de IM (RR, 0.84; 95% IC, 0.72-0.98). Cuando se analizó para TEP o TE sola, las usuarias de TEP tenían una significativa reducción de el riesgo de peligro (RP) de 0.77 (95% IC, 0.61-0.97); sin embargo, el riesgo reducido con TE sola no alcanzó significancia estadística (RP, 0.88; 95% IC,

0.73-1.05). Por dosis, las mujeres estaban a un riesgo reducido de riesgo, si ellas tomaban dosis iguales o menores de 0.625 mg/día de estrógenos equinos conjugados, EEC; dosis mayores de 0.625 mg/día de EEC (o su equivalente), no tenían efecto sobre el riesgo de IM. El tiempo de uso de TE/TEP también tenía efecto sobre el riesgo de IM, aunque no alcanza significancia estadística. Las mujeres que usaron TE/TEP por al menos un año tenían una reducción del riesgo de 19% (95% IC, 0.66-1.00), mientras las usuarias corrientes de menos de 1 año tenían un 3% de aumento del riesgo (95% IC, 0.74-1.44). Entre 580 mujeres adicionales con IM reciente (promedio de edad, 69.2 años) el uso corriente de TE/TEP aumentó el RP de otro IM en 78% (95% IC, 1.06-2.98); el riesgo fue mayor entre las usuarias corrientes de TE/TEP de menos de un año (RP, 3.84; 95% IC, 1.60-9.20).

Evidencia nivel II-2

Comentario. Este es un estudio observacional de 3 años en 24.420 mujeres quienes son miembros del Northern California Kaiser Permanent Medical Care Program. Todas estas mujeres tenían diabetes mellitus. Una característica del grupo fue excluir mujeres muy pobres o muy ricas. Como lo han encontrado otros estudios, este mostró que las mujeres que habían tenido un ataque cardíaco estaban a un mayor riesgo de tener una recurrencia. El mayor riesgo fue en el primer año de la medicación. El riesgo de tener un evento cardíaco coronario fue más bajo en mujeres que estaban tomando corrientemente TEP, pero igual o menos que 0.625 mg/día de estrógenos junto con una progestina. Es de anotar, que hubo muchas diferencias significantes en edad, peso, control de glucosa (reflejado por la hemoglobina glicosilada A1C), duración de la diabetes y consumo de cigarrillo, entre las mujeres con medicación y aquellas que no tomaban medicación.

Este estudio está en contraposición con los hallazgos del Women's Health Initiative, WHI (JAMA 2002). Muy diferente, puesto que este estudio fue randomizado, controlado con placebo, en el cual los dos grupos fueron muy bien apareados. En el presente estudio, más del 50% de los sujetos estuvieron por debajo de 60 años; en el WHI, el promedio de edad fue 64 años. También, todos los sujetos en el presente estudio, tenían diabetes. El presente estudio no se puede interpretar como representante de la población general.

Ruth Freeman, MD
Professor of Medicine and Obstetrics and
Gynecology
Albert Einstein College of Medicine
Bronx, NY