Los anticonceptivos orales pueden disminuir la aparición de enfermedad arteriosclerótica

Study Group. Past oral contraceptive use and angiographic coronary artery disease in postmenopausal women: data from the National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation. Fertil Steril 2006; 85: 1425-1431.

BAIREY MERZ CN, JOHNSON BD, BERGA S, BRAUNSTEIN G, REIS SE, BITTNER V, FOR THE WISE

Nivel de Evidencia: II-3

Los estrógenos dados a mujeres jóvenes en la forma de anticonceptivos orales (AO) pueden ofrecer protección contra la arteriosclerosis y resultar en menos enfermedad arterial coronaria (EAC) más tarde en la vida, de acuerdo a este estudio de la Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE). ER WISE es un esfuerzo multicéntrico apoyado por la NHLBI que tiene la finalidad de mejorar el diagnóstico real de los test cardiacos en la evaluación de la enfermedad cardiaca isquémica en las mujeres.

El presente análisis incluyó 672 mujeres posmenopáusicas (edad promedio, 62 años) incluidas en el WISE que tienen que ir a arteriografía coronaria por sospecha de isquemia del miocardio. Los investigadores examinaron la relación entre el uso anterior de AO y la presencia y severidad de la EAC. Las usuarias anteriores de AO fueron evaluadas con un cuestionario reproductivo, y la EAC fue medida con angiografía coronaria. La EAC se definió como =70% de estenosis del lumen en al menos una arteria coronaria. El objetivo principal medido fue la EAC medida en un laboratorio de angiografía cardiaca.

Las usuarias anteriores de AO tenían una severidad del puntaje coronario significativamente menor, comparadas con aquellas sin uso previo de AO (11.8±10.3 vs 18.7±17.3, p=0.002). Después de ajustar por edad y otros factores de riesgos coronarios, incluyendo la diabetes, triglicéridos, LDL y fumar, el uso anterior de AO permanece como un predictor negativo independiente de severidad de EAC. El uso previo de AO fue asociado con un 2.44 menos puntaje de severidad del EAC (p=0.004). Los investigadores no pudieron encontrar relación entre la duración de uso de los AO y el puntaje de severidad coronaria (estatificado por más de 3 años, más de 6 años, más de 9 años de uso). Los autores sugieren un estudio prospectivo para examinar la hipótesis de que el uso previo de AO durante la perimenopausia ofrece protección de la enfermedad arteriosclerótica.

Comentario. Este artículo es de interés por la fuerte creencia de muchos acerca de que los compuestos estrogénicos tienen diferente efectos en los vasos coronarios a través del espectro de edad; el estudio es cruzado. Los autores encuentran que la historia de uso de AO (obtenida por una pregunta al paciente, no verificada en las historias clínicas) se asoció con enfermedad coronaria confirmada. Su hipótesis es que el uso anterior de AO protege contra la EAC. Lo que podemos tomar de esto es limitado. La angiografía coronaria mide lesiones gruesas que tienen la tendencia a ser más estables y a causar menos ataques cardiacos que las más pequeñas. Las lesiones no vistas por esta técnica pueden ser aún más riesgosas.

Ese tipo de estudio tiende a tener sesgos de prevalencia/incidencia. Es difícil determinar si un factor de riesgo (uso de AO) causa ataque cardiaco y los dos no son capturados, o si el uso anterior de AO permite a la gente sobrevivir a pesar de tener vasos arterioscleróticos. Los autores apuntan hacia el hecho de que los casos pueden haber muerto y no haber sido contados en su estudio. Si es así, una clasificación puede llevar a conclusiones erróneas. Los sesgos de prescripción o efectos en usuarias sanas no se pueden descartar. En otras palabras, las usuarias de AO pueden haber sido más sanas por otras razones, haciendo asociaciones de confusión; o se les prescribió la píldora porque eran sanas.

Los datos acerca de que compuestos estrogénicos son protectores contra los ataques cardiacos o ACVs cuando se dan lo suficientemente temprano en la vida de la mujer son limitados a evaluaciones *post hoc* de estudios prospectivos o de estudios analíticos observacionales como este.

No hay estudios prospectivos randomizados midiendo esta hipótesis que nos ayuden en este tema. Debemos ser cuidadosos en agrupar los AO y los estrógenos posmenopáusicos como "compuestos estrogénicos", pues en este caso es problemático. Los AOs y los compuestos de estrógenos para la menopausia son muy diferentes y no llevan los mismos riesgos. Los autores están en lo cierto al proponer que se necesitan estudios prospectivos. La búsqueda de la evidencia definitiva de que el riesgo de las hormonas en la EAC es dependiente de la edad, continúa.

Robert A. Wild, MD, PhD, MPH
Professor of Reproductive Endocrinology
Adjunct Professor of Epidemiology and Biostatistics
Adjunct Professor of Medicine (Cardiology)
Oklahoma University Health Sciences Center
Oklahoma City, OK

MENOPAUSIA AL DÍA

¿Puede el riesgo de Enfermedad Cardiaca determinar la edad de la menopausia?

Heart disease risk determines menopausal age rather than the reverse. J Am Coll Cardiol 2006; 47: 1976-1983.

KOK HS, VAN ASSELT KM, VAN DER SCHOUW YT, ET AL.

Nivel de Evidencia: II-2

El riesgo de una mujer de enfermedad cardiaca puede determinar la edad de la menopausia mejor que lo contrario, de acuerdo a este estudio que examinó datos de mujeres que participaron en el estudio Framingham. El progreso de la arteriosclerosis se cree comúnmente como consecuencia de la menopausia; una hipótesis alterna es que los ovarios son órganos altamente vasculares: los factores de riesgo cardiovasculares pueden promover una falla ovárica temprana que termina en una menopausia temprana y en una subsecuente enfermedad cardiovascular.

Este estudio examinó datos del estudio de Framingham Heart e incluyó mujeres que eran premenopáusicas al entrar al estudio y que alcanzaron la menopausia después de al menos dos ciclos del estudio (n 695). La edad a la entrada al estudio osciló entre 34 y 55 años (promedio, 49.9). Los datos incluyeron colesterol total en suero, peso, presión sanguínea, el escore de riesgo de Framingham, como también cambios en las tres primeras medidas.

Los niveles séricos más los de colesterol fueron estadísticamente significativos asociados con inicio temprano de la menopausia, junto con aumento del colesterol, peso, y presión sanguínea durante la premenopausia. Dentro de un subgrupo de mujeres con aumento en los niveles de colesterol, cada 20 mg/dL de aumento en el colesterol total fueron asociados con 2.60 años de ocurrencia más temprano de la menopausia (IC 95%, 0.06-1.14). Lo contrario también fue cierto: una disminución en el colesterol total sérico se asoció significativamente con una menopausia más tardía. Para el subgrupo de mujeres con disminución de los niveles de colesterol, cada 20 mg/dL de disminución se asociaron con 4.16 años más tarde de edad de menopausia (IC 95%, 0.08 a 8.24). En general, un 1% de escores de Framingham se asoció con una disminución de 1.8 años (IC 95%, -2.72- -0.92) en la edad de la menopausia.

La observación de que las mujeres con una edad más temprana de la menopausia están en mayor riesgo cardiovascular puede reflejar un perfil de riesgo desfavorable antes de la menopausia. Los autores establecen que estos resultados no entran en conflicto con la posibilidad de que la depleción de estrógenos después de la menopausia puede influir el riesgo. Varias hipótesis se ofrecen para explicar estos resultados.

Comentario. Por décadas los epidemiólogos se han interesado en la relación entre menopausia y enfermedad cardíaca. La enfermedad cardíaca es la causa líder de mortalidad en las mujeres (y en los hombres). Debido a que el aumento en la incidencia de enfermedad cardíaca se da aparente cuando la mujer llega a los 50 años de edad, la hipótesis de que