

La ruta y el régimen de TH modifican los efectos sobre el riesgo de IM

HT regimen and route modify effect on MI risk EurHeart J 2008; 29: 2660-2668.

LOKKEGAARD E, ANDREASEN AH, JACOBSEN RK, NIELSEN LH, AGGER C, LIDEGAARD O. HORMONE THERAPY AND RISK OF MYOCARDIAL INFARCTION: A NATIONAL REGISTER STUDY.

Nivel de Evidencia: II-2

El tipo de régimen y ruta de administración de la terapia hormonal (TH) puede modificar la influencia de la TH en el riesgo de infarto del miocardio (IM), pero en general no hay asociación entre la TH y el riesgo de IM, establece un estudio danés: el estudio Danish Sex Hormone Register Study: el riesgo de IM asociado con la TH usando el registro de información en todas las mujeres danesas sanas entre 51 y 69 años desde 1995 al 2001, lo cual incluyó 6.998.098 mujeres.

La información extraída de los registros incluyó edades, diagnóstico a la hospitalización, causas de muerte, prescripciones reembolsadas y el nivel de educación. Información detallada de los productos hormonales prescritos, la dosis diaria y la forma de administración fueron recolectadas. El estudio midió la incidencia de la duración del uso de TH, tipo de régimen, ruta de administración, tipo de progestágeno y dosis de estrógenos sobre el riesgo de IM.

Comparado con las no usuarias, el RR global (RR) para IM con el uso actual de TH fue de 1.03 (IC 95%, 0.95-1.11). El riesgo para IM en usuarias actuales se incrementó entre las mujeres de 51 a 54 años de edad (RR, 1.24; IC 95%, 1.02-1.51), pero el riesgo con el uso actual de TH disminuyó con el aumento de la edad. En mujeres entre 60 a 69 años, el RR para IM con el uso actual de TH fue de 0.92 (IC 95%, 0.80-1.06). En general, el RR para IM con el uso anterior de TH fue de 0.81 (IC 95%, 0.71-0.93). Comparado con las nunca usuarias, el riesgo de acuerdo a la duración del uso fue de 1.06 para uso por corto tiempo (menor de un año), 1.03 para término medio (uno a cuatro años) y 0.99 para uso a largo plazo (más de cuatro años) de uso.

El riesgo más alto para IM se encontró con la terapia combinada estrógenos-progestágenos

(TEP) (RR, 1.35; IC 95%, 1.18-1.53), y no se encontró un exceso de riesgo con la TEP o tibolona. Hubo disminución del riesgo para IM con estrógenos dérmicos sin oposición (RR, 0.62; IC 95%, 0.42-0.93) significativamente menor que para estrógenos orales sin oposición ($p = 0.04$).

Para TEP, no hubo diferencia en riesgo entre el tratamiento oral o transdérmico. Los estrógenos vaginales se asociaron con una disminución significativa del riesgo de IM (RR, 0.56; IC 95%, 0.44-0.71). No hubo aumento del riesgo de IM con aumento de la dosis de estrógenos, y no hubo indicación de un efecto sobre el riesgo para los diferentes tipos de progestágenos.

Comentario. Este estudio nos recuerda qué hacemos y qué no hacemos acerca del efecto de los estrógenos en el riesgo cardiovascular. Primero, es importante saber que este estudio fue una revisión de una base de datos y no un estudio prospectivo. Los investigadores trabajaron con una base de datos muy extensa e hicieron un excelente trabajo identificando los puntos potenciales con el grupo de datos. Cuando se compararon con los datos del Women's Health Initiative (WHI) hay acuerdo, sugiriendo que podemos confiar en esta información.

Para el grupo de estrógenos sin oposición, el RR fue de 0.94 comparado con 0.95 para el WHI.

Para el régimen de TEP, el RR total fue de 1.35 comparado con 1.24 del WHI. El WHI y el Heart and Estrogen/progestin replacement Study (HERS) nos da información acerca de un tipo particular de TH y un método particular de administración (oral). Es importante entender que esto no se puede trasladar a otros regímenes o rutas de administración. Fue muy interesante

que los investigadores encontraran un más bajo riesgo de IM asociado con la aplicación dérmica, especialmente de estrógenos sin oposición. Además ellos no encontraron aumento del riesgo para mujeres con factor de riesgo cardiovascular pre-existente tales como diabetes, hiperlipidemia o hipertensión. Esto estuvo en contraste con un trabajo anterior del mismo grupo.

Finalmente y lo más interesante de este análisis, es que los investigadores fueron capaces de ajustar para mujeres que tenían ooforectomía bilateral a una edad temprana y por lo tanto tal vez a un riesgo mayor para IM quienes se habrían beneficiado más de la TH. Excluyendo esas mujeres, los investigadores puntualizan que no necesariamente disminuiría el riesgo estimado por el efecto protector. Basados en esta evaluación, los datos no soportan una hipótesis para reducción del riesgo cardiovascular con TH en la perimenopausia.

Entre más aprendemos acerca de la TH y el riesgo cardiovascular, más complejo se vuelve el tema. Los estudios como el de Lokkegaard y col. sólo apoyan la necesidad de más estudios randomizados y controlados con diferentes preparaciones, regímenes y sistemas de liberación de TH. Además, la TH debe continuar usándose en cortos períodos cuando esté indicada para el alivio de los síntomas.

James A. Underberg, MD, MS, FACPM, FACP
Clinical Assistant Professor
Department of Medicine
New York University Medical School
New York, NY
Member, NAMS Professional Education
Committee
Credentialed NAMS Menopause Practitioner