

Declaración de posición de la terapia hormonal NAMS 2017

Resumen

Un panel de 23 expertos (médicos, investigadores y epidemiólogos) de NAMS completaron una revisión de 18 meses de la literatura pertinente sobre TH, incluidos ensayos aleatorios, literatura observacional y ensayos aleatorios más pequeños, y encontraron pruebas claras del beneficio del uso de TH para mujeres sintomáticas y aquellas con riesgo elevado de pérdida ósea, si tienen menos de 60 años o dentro de los 10 años del inicio de la menopausia.

La declaración de posición de la terapia hormonal 2017 apoya:

1. El beneficio del uso de TH para las mujeres sintomáticas o que tienen un riesgo elevado de pérdida ósea para las personas menores de 60 años o dentro de los 10 años del inicio de la menopausia.
2. Inicio temprano de la TH y uso continuo al menos hasta la edad mediana de la menopausia (52 años) en mujeres con insuficiencia ovárica primaria o menopausia natural o inducida temprana o que han tenido menopausia quirúrgica en menores de 45 años, y particularmente menores de 40 años, y que son candidatos apropiados para TH.
3. El uso de TH para prevenir la osteoporosis. La FDA aprueba la terapia hormonal para prevenir la osteoporosis, y numerosos ECAs han documentado la eficacia de la TH para prevenirla y disminuir la incidencia de fracturas osteoporóticas y de cadera, reconociendo que la eficacia se pierde una vez que se suspende la TH.
4. El reconocimiento de que el WHI, el RCT más grande hasta la fecha, usó solo una formulación (estrógeno equino conjugado y acetato de medroxiprogesterona sintético) de TH a una dosis relativamente alta en mujeres con una mediana de 63

años y más de 10 años desde el inicio de la menopausia.

5. Determinar el tipo, la dosis, la formulación, la vía de administración y la duración de la terapia más apropiados para una mujer en particular, reconociendo que el riesgo puede minimizarse disminuyendo las dosis, cambiando el tipo de progestágeno o cambiando a terapias transdérmicas. Se necesita una evaluación periódica de los cambios en la salud de la mujer y los beneficios, riesgos y objetivos de tratamiento anticipados a lo largo del tiempo.
6. Las discusiones entre proveedores de atención médica y mujeres sobre la duración prolongada del uso de TH para SVM persistentes, prevención de la pérdida ósea o para mejorar la enfermedad cardiovascular (ECV) deben incluir una determinación compartida, basada en la mejor evidencia disponible, de que los beneficios de TH superan los riesgos potenciales de la mujer, en particular después de una evaluación de las comorbilidades, las opciones para minimizar el riesgo con dosis transdérmicas o menores, y los riesgos de suspender la TH, como la pérdida ósea y la fractura.
7. Para las mujeres que inician la TH más de 10 o 20 años desde el comienzo de la menopausia o mayores de 60 años, la relación beneficio-riesgo parece menos favorable que para las mujeres más jóvenes debido a mayores riesgos absolutos de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, tromboembolismo venoso y demencia.
8. Estrógeno vaginal en dosis bajas para síntomas de SGM que no se alivia con medicamentos de venta libre u otras terapias.

La NAMS recomienda que el USPSTF incluya áreas en las que se haya demostrado que la TH es segura y efectiva, y podría considerarse de mayor duración, con recomendaciones específicas para incluir:

1. Una declaración de beneficio para el alivio de los sofocos y la prevención de la pérdida ósea y la fractura en mujeres menores de 60 años y dentro de los 10 años del inicio de la menopausia.
2. Una declaración del posible beneficio para las mujeres con menopausia temprana que toman TH a la edad promedio de la menopausia.
3. Una declaración de los posibles beneficios de salud para las mujeres sin contraindicaciones que, después de la evaluación y discusión, eligen continuar TH para SVM persistentes, prevención de la pérdida ósea o para la calidad de vida.
4. Una declaración de que los hallazgos de «daño mayor que beneficio» para TH para enfermedades crónicas se basaron principalmente en un estudio de mujeres que iniciaron TH envejecida a mediados de los 60 años (mediana de edad), usando una dosis más alta que la utilizada actualmente de un tipo de estrógeno combinado con una progestina sintética potente, y que estos hallazgos podrían no ser ciertos para usuarios más jóvenes, diferentes formulaciones, dosis más bajas o distintas vías de administración.
5. Una afirmación de que el estrógeno solo en mujeres con histerectomía y edades menores de 60 años o dentro de los 10 años del inicio de la menopausia tuvo menos cánceres

de seno, menos enfermedades cardiovasculares y menos mortalidad.

6. Una declaración de que el estrógeno vaginal en dosis bajas ha demostrado que alivia el SGM a cualquier edad.

Alentamos encarecidamente un llamado a la acción para comentar este borrador de recomendación y hacer que sus voces sean escuchadas antes de que las mujeres pierdan su derecho a tomar decisiones compartidas sobre el uso de TH para aliviar los síntomas de la menopausia, prevención de la pérdida ósea o ECV a medida que envejecen.

El Comité Ejecutivo de NAMS 2017

JoAnn V Pinkerton, MD, NCMP,
Director ejecutivo

Marla Shapiro, CM, MDCM, CCFP, MHSC,
FRCPC, FCFP, NCMP,
presidente

Sheryl A Kingsberg, PhD,
presidente electo

Peter F Schnatz, DO, FACOG, FACP, NCMP,
presidente inmediato

James H Liu, MD, NCMP,
Tesorero

Andrew M Kaunitz, MD, NCMP,
secretario

Gloria A Richard-Davis, MD, NCMP,
miembro de la Junta NAMS Past-President

Pauline M Maki, PhD