

NAMS responde al Comité Nacional para el Aseguramiento de Calidad, NCOA

NAMS Responds to NCOAs HEDIS Measures

Me gustaría compartir con ustedes el comentario que hemos enviado en nombre de la Sociedad Norteamericana de Menopausia al Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA) con respecto a clasificar consistentemente el estrógeno como un medicamento de alto riesgo para las mujeres mayores a pesar de las recomendaciones en contra. Este comentario insta a HEDIS a reconsiderar esta designación adversa de la terapia hormonal para mujeres menopáusicas porque no es actual, no es precisa y, en última instancia, perjudica a las mujeres al no tratarlas por los síntomas de la menopausia, que son extremadamente comunes y duraderos.

A continuación se muestra el comentario que NAMS ha enviado. También instamos a todos los miembros de NAMS a considerar el envío de un comentario personal directamente a NCQA sobre este importante tema y hemos incluido detalles a continuación sobre cómo hacerlo.

La Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS) desea comentar sobre las medidas HEDIS del NCQA para abordar las recomendaciones contra el uso de estrógenos orales y transdérmicos con o sin progestinas como se describe en la Lista de Beers de 2018 para medicamentos que son «potencialmente inapropiados para adultos mayores, con actualizaciones en 2019». La inclusión de estos medicamentos en una lista que resulta en la denegación de servicios para mujeres mayores de 65 años es discriminatoria y priva a las mujeres menopáusicas sintomáticas del tratamiento más efectivo disponible para estos síntomas. Los siguientes hechos basados en evidencia son importantes para revocar esta decisión:

1. Ningún otro medicamento en la lista de Beers se considera inapropiado porque «carece de protección». La lista de Beers

está diseñada para proporcionar una «clasificación de la evidencia sobre los problemas relacionados con las drogas y los eventos adversos en los adultos mayores». Declarar un medicamento de «alto riesgo» porque no protege contra los resultados adversos que se acumularían para aquellos que no toman estos medicamentos no es ni sensible ni consistente con el objetivo de la Lista de Beers.

2. El potencial carcinogénico de la terapia hormonal se limita a la mama y al uso de estrógenos con progestina en mujeres con útero intacto. Cuando se usa adecuadamente, el riesgo de cáncer de endometrio no difiere de las tasas de fondo o se reduce.¹
3. Aunque los Criterios de Beers no revisan específicamente los riesgos tromboembólicos potenciales asociados con el uso de la terapia hormonal, es importante tener en cuenta que los riesgos parecen diferir según la dosis, la formulación y la vía de administración. Por ejemplo, los riesgos aumentaron para las mujeres que usaron estrógenos equinos conjugados más acetato de medroxiprogesterona en el ensayo Women's Health Initiative (WHI)², y hubo un aumento menor en el riesgo en mujeres con histerectomía que fueron aleatorizadas a estrógenos equinos conjugados solos.³ Además, existe evidencia justa basada en estudios de observación de que tanto el estradiol⁴ oral como el estradiol⁵ no oral NO están asociados con el mismo nivel de riesgo, y estos son los agentes preferidos como se describe en la Declaración de posición de NAMS 2017 sobre la terapia hormonal⁶ y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Boletín de práctica de ginecólogos número 141.⁷

El índice global para el WHI alcanzó significación estadística para el daño solo en las mujeres que toman estrógeno más progestina con un útero intacto,³ no para las mujeres con histerectomía que recibieron solo estrógeno.³ Sin embargo, dos estudios de seguimiento de la investigadora de WHI, la Dra. JoAnn Manson, continúan verificando un efecto general neutral sobre la salud de la intervención hormonal de 6 a 7 años en los ensayos WHI,^{8,9} y una revisión Cochrane internacional confirma la falta de un mayor riesgo de mortalidad asociado con la terapia hormonal según estudios internacionales, incluido el WHI.¹⁰

La lista de Beers ignora los efectos beneficiosos de la terapia hormonal con estrógenos y progestina contra los cuales los riesgos descritos deben ser equilibrados. Debido a que la lista de Beers se usa como criterio para la denegación de cobertura por parte de la mayoría de los proveedores de seguros de salud, es un grave mal servicio para las mujeres negarles el alivio de los síntomas de la menopausia, sobre todo porque las alternativas no hormonales para los síntomas de la menopausia son inferiores al estrógeno en su efectividad. Notablemente, la duración promedio de los síntomas vasomotores de menopausia frecuentes o moderados a severos es de 9 a 10 años, y el 25% de las mujeres los experimentan hasta los 60 años o más.

Por lo tanto, instamos respetuosamente a HEDIS a que reconsidere esta designación adversa de la terapia hormonal para mujeres menopáusicas porque no es actual, no es precisa y, en última instancia, perjudica a las mujeres al no tratar los síntomas molestos de la menopausia, que son extremadamente comunes y a menudo duraderos.¹¹

Referencias

1. Brinton LA, Felix AS. Menopausal hormone therapy and risk of endometrial cancer. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2014;142:83-9.
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(3):321-33.
3. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al; Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291(14):1701-12.
4. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2019;364:k4810.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 556: postmenopausal estrogen therapy: route of administration and risk of venous thromboembolism. *Obstet Gynecol*. 2013;121(4):887-90.
6. The NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2017; 24(7):728-53.
7. ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*. 2014;123(1):202-16. Erratum in: Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms: correction. *Obstet Gynecol*. 2016; 127(1):166; Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms: correction. *Obstet Gynecol*. 2018;131(3):604.
8. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*. 2013;310(13):1353-68.
9. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, et al; WHI Investigators. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: The Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*. 2017; 318(10):927-38.
10. Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 1:CD004143.
11. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, et al; Study of Women's Health Across the Nation. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):531-39.