REVISTA COSTARRICENSE DE CARDIOLOGIA

CAPÍTULO IV
Recomendaciones actuales y perspectivas de la terapia hormonal en la menopausia

CHAPTER IV
Current recommendations and perspectives of hormone therapy in menopause

Martha Sánchez-Zambrano
Especialista en Medicina Interna, Cardiología - Venezuela
Cardióloga Clínica.
Sociedad Venezolana de Cardiología. MTSVC.

Rita Pizzi-La Veglia
Especialista en Ginecología y Obstetricia - Venezuela
Endocrinología Ginecológica. MTSVOG.
Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Caracas

Yolimar Meza
Magister en Cardiología - Venezuela
Sociedad Venezolana de Cardiología. MTSVC

Igor Morr
Sociedad Venezolana de Cardiología, MTSVC – Venezuela
Fellow Sociedad Inter Americana de Cardiología
Fellow del Colegio Americano de Cardiología.

CORRESPONDENCIA
Dra. Martha Beatriz Sánchez Zambrano.
E-mail: sanchezmb@gmail.com.
Celular: +57 319 6768221

La Organización Mundial de la Salud (OMS)[1] estima que la población de mujeres ≥ 50 años va en aumento y en 2021 representaban el 26% de la población femenina mundial. Según cifras reportadas en el Censo Bureau de Estados Unidos del 2020[2], 63 millones de mujeres superan los 50 años y diariamente 6.000 inician la menopausia.

Un tercio de la vida de una mujer ocurre en menopausia, momento en el cual se incrementa también el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular (ECV) y cerebral. Adicionalmente la expectativa de vida en la mujer ha aumentado, en relación con los hombres.

En promedio la menopausia ocurre a los 52 años, caracterizada por el déficit estrogénico, asociado a síntomas vasomotores (SVM) presentes en el 75% de las mujeres en transición de la menopausia, más prevalentes en mujeres de raza negra y afroamericanas, fumadoras, con antecedentes de trastornos conductuales, bajos ingresos, bajo nivel educativo, o ambos[2].

El tratamiento de Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) o Terapia de la Menopausia (TM), para mejorar SVM, ha sido controversial y debatido por mucho tiempo. Actualmente se conoce suficientemente bien la relación entre el riesgo de ECV, la menopausia, el momento de inicio de la THR, la edad de la paciente y el tiempo transcurrido desde la menopausia, vía de administración

Las sociedades científicas relacionadas con la menopausia recomiendan THR para mejorar SVM y prevención de patologías específicas relacionadas[3,4,5], así como entes gubernamentales, la FDA[5] (Food and Drug Administration) aprueba 4 indicaciones para la THR: 1. Síntomas vasomotores moderados a severos 2. Prevención de pérdida ósea.3. Hipoestrogenismo prematuro 4. Síntomas genitourinarios. La THR para prevención cardiovascular primaria o secundaria no está aprobada por la FDA.

POSICIÓN DE LAS SOCIEDADES

I. **Sociedad Interamericana de Cardiología**[4] en 2022, propone recomendaciones de acuerdo con la evidencia disponible[3,6,7], tabla 1.
   - Determinación de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y factores específicos de género que pudieran incrementar el riesgo cardiovascular como insuficiencia ovárica prematura (IOP), menopausia precoz.
   - Establecer FRCV previo al inicio de la THR.

CC BY NC SA

- La THR no está indicada en prevención primaria ni secundaria de la ECV.

II. Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS)[5] en 2022:

- El perfil de seguridad de la THR es más favorable mujeres sanas menores de 60 años o dentro de los 10 años del inicio de la menopausia.
- Mujeres que inician THR después de 60 años o más de 10-20 años del inicio de la menopausia tienen para mayor riesgo absoluto de ECV, tromboembolismo venoso y ACV.
- La THR no está aprobada para prevención primaria y secundaria de ECV.

III. Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos y el Colegio Americano de Endocrinología[6], en 2017:

- THR en la postmenopausia sintomática debe evaluarse los FRCV, edad y tiempo desde la menopausia.
- Estrógenos transdérmicos tienen menor riesgo trombótico y menor riesgo de ACV y enfermedad arterial coronaria (EAC).

IV. Sociedad Internacional de Menopausia (IMS)[9]**,** en 2016:

- En mujeres menores de 60 años, recientemente menopáusicas y sin ECV prevalente, la TH no es dañina y puede disminuir la morbilidad y mortalidad por ECV.
- No debe ser utilizada la TH como prevención primaria de ECV, como tampoco sobre la enfermedad ya establecida.

V. Recientemente, el **Comité de enfermedad Cardiovascular en la Mujer del Colegio Americano de Cadiología**[2] presentó su recomendación de TH según riesgo de la paciente:

1. Riesgo bajo: Menopausia reciente: <60 años o en los 10 años de inicio de la menopausia, peso normal,

Tabla 1

Grados de recomendación y nivel de evidencia- Recomendaciones de terapia hormonal de reemplazo

Grados de recomendación y nivel de evidencia

Clase de recomendación (CR)			Nivel de evidencia (NE)	
CR	**Definición**	**Consenso de uso**		
I	Evidencia y/o acuerdo general en un determinado tratamiento es beneficioso, útil o eficaz	Recomendado	A	Datos derivados de múltiples ensayos clínicos, aleatorizados y controlados ó meta-análisis
IIa-IIb	Evidencia conflictiva o divergente sobre utilidad/ eficacia	Debería ser considerado Puede ser considerado	B	Datos derivados de un único ensayo clínico o de ensayos grandes no aleatorizados
III	Evidencia y/o acuerdo general en que un determinado tratamiento no es útil o no es eficaz e incluso podría ser dañino	No recomendado	C	Consenso u opinión de expertos y/ ensayos clínicos pequeños, retrospectivos o registros

Recomendaciones de terapia de reemplazo hormonal

Recomendación de terapia de reemplazo hormonal	CR	NE
• Cribado de FRCV a todas las mujeres en consulta y establecer el RCV	I	A
• Se recomienda indagar historia gineco-obstétrica, incluyendo la edad de menopausia, presencia de IOP, menopausia precoz o prematura durante el cribado de FRCV • Explicar y alertar del incremento de RCV, instruir sobre cambios del estilo de vida y control de FRCV, así como tratamiento con expertos en climaterio	II	B
• Antes de prescribir TRH para alivio de síntomas asociados a la menopausia debe determinarse FRCV y otros antecedentes que puedan poner en riesgo a la paciente	I	A
• La TRH de inicio temprano en pacientes con IOP, menopausia prematura o precoz podría ser efectiva para prevención primaria de ECV, osteoporosis y deterioro cognitivo • El tratamiento de TRH debe continuar hasta la edad de menopausia natural • Los FRCV deben ser evaluados anualmente en pacientes con IOP, menopausia precoz	IIb	B
• **TRH no tiene indicación para prevención de primaria y secundaria de ECV**	III	A

CR: Clase de recomendación. NE: Nivel de evidencia. TRH: Terapia de reemplazo Hormonal. FRCV: Factores de riesgo cardiovascular. RCV: Riesgo cardiovascular. IOP: Insuficiencia ovárica prematura. ECV: Enfermedad cardiovascular.

CC BY NC SA

presión arterial normal, activa físicamente, riesgo de enfermedad aterosclerótica cardiovascular (EASCV) en 10 años <5%, bajo riesgo de cáncer de mama (CM)

2. Riesgo Intermedio: Diabetes, tabaquismo, hipertensión, obesidad, sedentarismo/movilidad limitada, enfermedad autoinmune, hiperlipemia, síndrome metabólico, riesgo de EASCV en 10 años ≥ 5-10%, alto riesgo de CM. Preferiblemente usar TH transdérmica
3. Riesgo alto: evitar la TH, en enfermedad cardiaca congénita, EASCV/ EAC / Enfermedad arterial periférica, trombosis venosa o tromboembolismo, Ictus, cáncer de mama, riesgo de EASCV en 10 años ≥10%.

Existe consenso en que la THR puede darse en el inicio de la menopausia sintomática (< de 10 años), a menores de 60 años y sin FRCV. Utilizar la mínima dosis efectiva e individualizar la vía y tipo de hormona, durante poco tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nota descriptiva- Menopausia [Internet]. OMS. [19 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause
2. Cho, L., Kaunitz, A. M., Faubion, S. S., Hayes, S. N., Lau, E. S., Pristera, N., et al; ACC CVD in Women Committee. Rethinking Menopausal Hormone Therapy: For Whom, What, When, and How Long? *Circulation*. 2023: 147(7): 597-610.
3. Restrepo, G. Texto de Cardiología. Sociedad Interamericana de Cardiología. Segunda edición. Editorial Distribuna. 2022. Capítulo 130: Reposición hormonal y corazón [citado 11 de abril de 2023]; P 186-197. Disponible en: http://www.ebookmedico.com/epubreader/texto-de-cardiologa-sociedad-interamericana-segunda-edicin
4. Del-Sueldo, M., Mendonça-Rivera ,M., Sánchez-Zambrano, M., Zilberman, J., Múnera-Echeverri, A., Paniagua, M., et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *Arch Cardiol Mex*. 2022; 92(Supl): 1-68.
5. NAMS POSITION STATEMENT. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022; 29(7): 767-794.
6. Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11): e596-646.
7. Cho, L., Davis, M., Elgendy, I., Epps, K., Lindley, K. J., Mehta, P. K., et al. Summary of updated recommendations for primary prevention of cardiovascular disease in women: JACC State-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol.* 2020; 75(20): 2602-18.
8. Cobin, R., Goodman, N., & on behalf of the AACE Reproductive Endocrinology Scientific Committee. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology position statement on menopause–2017 update. *Endocrine practice*. 2017; 23 (7): 869-880.
9. Baber, N. J., Panay, N., Fenton, A., & the IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016; 19 (2):109–150.