

## Terapia de Reemplazo Hormonal y Prevención Cardiovascular

**Dra Sonia Cerdas Pérez**  
**Endocrinóloga. San José, Costa Rica.**  
**Expresidente Fundadora de ACCMYO**  
**Presidente FLASCYM**

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en la mujer y presenta diferencias de género, tanto en su sintomatología más atípica, como en el hecho de que las intervenciones médicas se realizan más tardíamente y en forma menos exitosa en las mujeres que en el hombre. **(Hyun KK., et al. Heart 2017,7:492-498)**

El papel beneficioso de los estrógenos, sobre el árbol vascular, como modulador del metabolismo en general y de los factores de riesgo CV, ha sido ampliamente documentado en la literatura. **(Rossano G., et al. Ann. N.Y. Acad. Sci. 2006, 1092: 341–348 )**. Sin embargo, el rol de la terapia de reemplazo hormonal (TRH), como estrategia preventiva de eventos cardiovasculares, ha sido sumamente controversial, en especial, después de las publicaciones del Women Health Study ( WHY) en los años 2002 y 2004. **(Hsia J., et al. Arch. Intern. Med. 2006, 166: 357–365)**

Evaluaciones posteriores, brindaron valiosos avances, en cuanto al proceso de individualización terapéutica, conocimiento sobre las diferencias entre los compuestos utilizados y los diferentes desenlaces, según la vía de administración seleccionada. Pero uno de los mayores aportes de los últimos años, ha sido el desarrollo del concepto de “**Ventana de oportunidad**” para el inicio de la TRH, ubicada durante los primeros 10 años de postmenopausia y antes de los 60 años de edad, en donde el uso de la TRH proporciona numerosos beneficios, con muy bajo riesgo de eventos secundarios.

A pesar de esto, la TRH ha sido considerada, por algunas agrupaciones médicas, como una “intervención clase II” o sea “no útil o ineficaz y con potenciales efectos secundarios, como lo son, los antioxidantes, el ácido fólico y el uso sistemático de la aspirina antes de los 65 años. **(Mosca L., et al. Circulation 2011;123:1243)**

Nuevas evidencias han ido cambiando este panorama, como los resultados del llamado “Estudio Danés”, el cual demostró durante 16 años de seguimiento, de los cuales 11 aleatorizados, que el uso de la TRH iniciado durante la ventana de oportunidad, se asoció a un riesgo significativamente menor de muerte y/o hospitalización por insuficiencia cardíaca o infarto del miocardio, sin un riesgo aumentado de cáncer, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar o enfermedad cardiovascular. **(Schierback L.L. et al. BMJ. 2012, 345: 6409).**

El concepto de que el uso de la TRH es segura ha sido confirmado por otros estudios como el estudio KEEPS **(S.Mitchell Harman et al. <http://annals.org/> 07/29/2014)** y la revisión de **Boardman HM., et al. Cochrane Database Syst Rev 2015**, en donde la probabilidad de efectos secundarios con TRH, por cada 1.000 usuarias, es sumamente baja durante la ventana de oportunidad y más bien beneficiosa: 6 muertes menos, RR 0.70 ( ICI 0.52-0.96); 8 casos menos de enfermedad cardíaca, ningún accidente

cerebrovascular y 5 casos más de trombosis venosa profunda, si se utilizan estrógenos conjugados orales, lo cual podría minimizarse con terapia transdérmica.

Los beneficios de la TRH han sido adecuadamente apoyados por el reanálisis y seguimiento del Estudio WHY, en donde los mismos autores del estudio original, concluyen que los beneficios superan los riesgos y aportan datos de sumo interés como la reducción significativa de nuevos casos de diabetes en las usuarias de TRH. **(Manson JE. et al. JAMA 2013;310:1353-1368.**

La publicación de los resultados del Estudio Elite muestra que el uso temprano de la TRH se asocia a menor progresión de la aterosclerosis, medida a nivel del grosor de la íntima de la carótida. **(Hodis H.,et al. N Engl J Med 2016, 374:1221-1231).**

Y en esta línea de evidencias, un estudio reciente de 4.200 mujeres, seguidas durante 14 años, liderado por el Dr. Yoav Arnon en el Cedars Sinai Medical Center en Los Angeles, demostró una reducción significativa del riesgo de muerte CV, 30% menos probabilidad de muerte prematura y una reducción de un 20% en el score cálcico coronario, en las mujeres usuarias de TRH.

El uso de la TRH ha caído vertiginosamente en las últimas dos décadas, a pesar de que ha sido comprobado, por la mayoría de las instituciones y oficinas regulatorias, como la mejor alternativa terapéutica para el control de los síntomas postmenopáusicos y la prevención de la osteoporosis.

Miles de mujeres quedaron desprotegidas por las malas interpretaciones de los estudios publicados a inicios del año 2.000. Estas nuevas evidencias, en favor de la eficacia de la TRH y de su seguridad, cuando se inicia durante la ventana de oportunidad, deberán, lo antes posible, cambiar nuestro abordaje clínico de las pacientes postmenopáusicas, durante la ventana de oportunidad.