

Menopausal hormone therapy in 2020

◦ Dr Santiago Palacios

Director del Instituto Centro Medico Palacios Salud de la Mujer Madrid

Al iniciar la charla refiere que la terapia de reemplazo hormonal es controversial.

Desde una perspectiva histórica la terapia de reemplazo se dividió en periodos.

En el primer periodo: los estudios observacionales (Stampier) y los metaanálisis (Framminghan) previos al 2002 referían que **la terapia de reemplazo hormonal (TRH) aportaba más beneficios que riesgos.**

En el segundo periodo: 2002 con estudio WHI se demostró que la terapia con estrógenos equinos conjugados y medroxiprogesterona incrementó un 29% el riesgo de enfermedades cardiovasculares, el 26% riesgo de cáncer de mama, el 41% de stroke, el doble de riesgo de tromboembolismo pulmonar. En cuanto al cáncer de endometrio tuvieron el mismo nivel de riesgo que el placebo. Con referencia al cáncer de colon y fracturas en mujeres no osteoporóticas disminuyeron el riesgo en el grupo placebo.

El riesgo global del uso de TRH fue mayor que el beneficio.

A los dos años , se estudio **la rama sola de estrógenos** y los resultados fueron distintos, no hubo incremento del riesgo cardiovascular, hubo aumento de stroke y tromboembolismo pulmonar, no hubo incremento de cáncer de mama, mientras que el riesgo de fracturas se redujo.

El riesgo global del uso de TRH fue igual que el grupo placebo.

En el tercer periodo:

Se compararon el grupo de mujeres entre 50-59 años o dentro de los 10 años de menopausia que recibían tratamiento con estrógenos y progesterona, versus estrógenos solos. Disminuyeron el riesgo de diabetes y fracturas.

El grupo de estrógenos disminuyó el riesgo de cáncer de mama, de tromboembolismo pulmonar y de stroke.

Dr Simon publicó un artículo en revista Climacteric en el 2012 donde estratifico el estudio WHI por ramas de tratamiento y edad y refirió que las mujeres mayores de 60 y 70 años tuvieron mayor riesgo global que las mujeres mas jóvenes ($p < 0.01$).

¿La menopausia es un factor de riesgo cardiovascular?

Los tres factores de riesgo cardiovascular enfermedad cardiovascular, stroke, tromboembolismo venoso fueron analizados.

Con respecto a la enfermedad cardiovascular, los estudios observacionales previos al 2002 analizados refirieron un beneficio potencial en el tratamiento con TRH de reducir el 50 %del riesgo. Pero en los estudios randomizados, por ejemplo el WHI la terapia con estrógenos y progesterona aumento un 29% el riesgo cardiovascular con respecto al placebo. En el grupo de tratamiento con estrógenos sin medroxiprogesterona no hubo aumento del riesgo cardiovascular.

DIFERENCIAS ENTRE CLINICAL TRIALS Y ESTUDIOS OBSERVACIONALES

	Clinical trials	Estudios observacionales
Edad media	Typically >60 años HERS: 66,7 años ERA :65,8 años WHI :63,2 años	30-55 años
Características	Menos saludable Más comorbilidades Más obesos Mayor cantidad de fumadores	Más saludable Menos comorbilidades Mas flacos Menos fumadores
Síntomas menopausia (flushes)	Excluidos	Predominantes
Tiempo desde que apareció la menopausia	>10 años	<5 años
Duración del tratamiento	<7 años	>10 a 40 años

- Dr Karas y Clarkson generaron la hipótesis que el inicio TRH temprano al inicio de la menopausia (<60años) seria beneficioso no así en las mujeres que ya llevan años de menopausia.
- En un metaanálisis de 30 estudios randomizados se demostró lo siguiente:

TRH vs Control	OR (95%IC)Mortalidad total
Todas las edades	0.98 (0.87-1.18)
>60 años	1.03 (0.91-1.16)
<60 años	0.61 (0.39-0.95)

- Menor riesgo de mortalidad en mujeres tratadas con edad menor a 60 años.
- Es importante el concepto de ventana terapéutica e inicio del tratamiento postmenopausia inmediata.
- Beneficios cardiovasculares y menor mortalidad comprobados a 10 años post estudio (<progresión aterosclerosis, descenso de lípidos y mejoría de la glucemia).
- Es importante elegir la menor dosis, el menor tiempo duración, la vía de administración de preferencia transdérmica y optar por progesterona micronizada.