EMC en Cardiología
SUC 2026
SEMINARIO TALLER

SEMINARIO TALLER

Menopausia y riesgo cardiovascular:

Decisiones que cambian pronósticos

Estratificación, TRH y manejo integral en distintos escenarios

CASOS CLÍNICOS

Apoyan:

Saglox Empagliflozina 10-25 mg

SINLIP EZ ROSUVASTATINA + EZETIMIBE

Gador

Seminario taller

Menopausia y riesgo cardiovascular:
Decisiones que cambian pronósticos

Estratificación, TRH y manejo integral
en distintos escenarios

Sábado 15 de agosto de 2026
Horario: de 08:30 a 13:45 h
Hilton Garden Inn Montevideo
PRESENCIAL & ONLINE

Organiza:
Comisión de Educación Médica Continua de la SUC

Auspician:

Participa:

Coordinadoras:
Dra. Mariana Drever
Dra. Gabriela Guadalupe

Expositores y panelistas:
Dra. Mónica Acevedo
Dra. Noel Firpo
Dr. Fernando Machado
Lic. Natalia Osorio
Dra. Stephanie Viroga

Moderadores:
Bruno Dornel
Alexandra Echevarría
Joaquín González
Sofía Lasserre Blanco
Agustina Muñoz
Agustina Ogaz

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

Paciente de sexo femenino, 51 años, administrativa. Sin antecedentes cardiovasculares conocidos al momento de la consulta. Menopausia a los 45 años (precoz). Presenta sofocos intensos e insomnio de varios meses de evolución. Refiere ser cuidadora principal de un familiar con enfermedad crónica (estrés psicosocial significativo). HTA leve. No fuma.

Examen físico: PA 138/86 mmHg. FC 74 cpm. IMC 27 kg/m². Sin hallazgos relevantes adicionales.

Paraclínica

- LDL-c: 150 mg/dL · HDL: 50 mg/dL · TG: 140 mg/dL
- PCR ultrasensible: 3.8 mg/L
- Score de riesgo tradicional (Framingham/SCORE): riesgo bajo-intermedio (~7% a 10 años)
- CAC (hallazgo incidental en TC de tórax): 120 Unidades Agatston (UA)
- Ecocardiograma transtorácico: normal
- Historia obstétrica: 2 embarazos con hipertensión gestacional sin otras complicaciones.
- Score de riesgo Tradicional: riesgo bajo- moderado

Pregunta 1:

¿Cuál es la reclasificación del riesgo cardiovascular más adecuada para esta paciente, considerando los factores específicos femeninos y los estudios complementarios?

a. Mantiene riesgo bajo-intermedio; el CAC es un hallazgo incidental que no modifica la conducta en mujeres asintomáticas
b. Se reclasifica a riesgo alto por menopausia precoz, hipertensión gestacional previa y CAC ≥ 100 UA
c. Se reclasifica a riesgo intermedio únicamente por la PCR elevada; los demás factores no tienen peso en los scores actuales
d. El score tradicional es suficiente para la toma de decisiones; los factores específicos femeninos son modificadores menores

Pregunta 2:

¿Cuál sería el objetivo terapéutico lipídico más apropiado y qué estrategia farmacológica indicaría?

a. LDL < 100 mg/dL con estatina de moderada intensidad; no requiere tratamiento adicional dado que es prevención primaria
b. LDL < 130 mg/dL con cambios en estilo de vida; la estatina se reserva para riesgo alto confirmado
c. LDL < 70 mg/dL con estatina de alta intensidad; considerar ezetimibe si no se alcanza el objetivo
d. No se requiere tratamiento farmacológico lipídico; la intervención debe centrarse en control de TA y estilo de vida

Pregunta 3:

Con respecto a la terapia de reemplazo hormonal (TRH) en esta paciente, señale la opción más correcta:

a. La TRH está contraindicada por el CAC positivo; el riesgo trombótico supera cualquier beneficio sintomático
b. Es candidata ideal para TRH sin restricciones; la menopausia precoz y los síntomas severos son indicación suficiente
c. La decisión debe individualizarse: síntomas severos y < 10 años desde menopausia favorecen TRH transdérmica, pero el CAC elevado exige discusión multidisciplinaria y decisión compartida
d. La TRH sólo puede indicarse de no existir un evento coronario documentado para evaluar el riesgo real

Pregunta 4:

¿Cuál de los siguientes factores de esta paciente NO está incorporado en los scores de riesgo cardiovascular tradicionales (Framingham / SCORE europeo)?

a. LDL elevado
b. HTA leve
c. Menopausia precoz e hipertensión gestacional previa
d. Sedentarismo y sobrepeso

Caso Clínico 2

Paciente de sexo femenino, 47 años, docente. Antecedentes de síndrome ovárico metabólico poliendocrino (SOMP — anteriormente denominado SOP) desde la adolescencia, perimenopausia, obesidad (IMC 33 kg/m2), depresión en tratamiento con sertralina 100 mg y prediabetes en tratamiento con metformina 500 mg/día. Dificultad para concebir; un embarazo con diabetes gestacional. Trastornos del sueño severos (sospecha de apnea no estudiada).

Paraclínica

- HbA1c: 6.1% · TG: 260 mg/dL · HDL: 38 mg/dL
- PCR ultrasensible: 4.2 mg/L
- Lp(A): 85 mg/dL
- EIM carotídeo: aumentado + placa no obstructiva en carótida izquierda
- Score de riesgo tradicional: riesgo moderado

» ***Escenario adicional:*** *La paciente inició TRH oral (estradiol 2 mg/día) por indicación de su médica de cabecera hace 3 meses. Refiere mejoría franca de sofocos y ánimo. Consulta porque un especialista le recomendó suspenderla.*

Pregunta 1:

¿Cuál es la reclasificación de riesgo cardiovascular más adecuada para esta paciente?

a. Riesgo bajo; la Lp(A) no modifica el riesgo en mujeres perimenopáusicas
b. Riesgo moderado sin cambios; el SOMP y la DM gestacional son antecedentes sin impacto cardiovascular demostrado
c. Riesgo moderado-alto; SOMP, DM gestacional, Lp(A) elevada y placa carotídea elevan el riesgo más allá del score tradicional
d. Riesgo alto solo si presenta un evento coronario previo documentado

Pregunta 2:

Con respecto a la TRH oral que la paciente ya inició, ¿cuál es la conducta más adecuada?

a. Suspender inmediatamente; la TRH oral está contraindicada con TG > 200 mg/dL y placa carotídea
b. Continuar sin cambios; la mejoría sintomática justifica mantener la vía oral
c. Cambiar a vía transdérmica (menor riesgo trombótico y sin efecto sobre TG) y reevaluar en 3 meses
d. Suspender TRH e indicar únicamente ISRS para sofocos

Pregunta 3:

¿Qué estrategia terapéutica cardiometabólica sería más apropiada en esta paciente además del manejo de la TRH?

a. Estatina de moderada intensidad + iSGLT2 o aGLP-1 + descenso de peso estructurado + estudio de apnea del sueño
b. Solo cambios en estilo de vida; la farmacología se reserva para cuando el LDL supere 160 mg/dL
c. Únicamente metformina en dosis crecientes hasta alcanzar HbA1c < 5.7%
d. Estatina de alta intensidad como única intervención farmacológica adicional

Tema emergente: Menopausia, microbiota y riesgo cardiovascular

En pacientes con el perfil de esta paciente —obesidad, SOMP, resistencia a la insulina, inflamación crónica— la microbiota intestinal y el estroboloma (conjunto de microorganismos capaces de metabolizar estrógenos) emergen como un área de investigación relevante. El estroboloma modula la recirculación enterohepática de estrógenos a través de enzimas beta-glucuronidasas bacterianas. Una disbiosis intestinal puede reducir la diversidad de estas bacterias, alterando los niveles circulantes de estrógenos activos y amplificando potencialmente el impacto cardiovascular de la deprivación estrogénica en la perimenopausia.

Pregunta 4:

Con respecto al rol emergente de la microbiota intestinal (estroboloma) en mujeres perimenopáusicas con síndrome metabólico, señale la opción más correcta:

a. La modulación del microbioma mediante probióticos es una estrategia de primera línea recomendada en guías actuales para reducir el riesgo cardiovascular
b. La dieta mediterránea y la actividad física modifican favorablemente la composición del microbioma, aunque no se ha confirmado su impacto positivo sobre el riesgo cardiometabólico
c. La disbiosis intestinal puede alterar la recirculación enterohepática de estrógenos y contribuir a mayor inflamación y riesgo cardiometabólico, aunque aún no existe una recomendación clínica establecida
d. La evidencia actual permite recomendar prebióticos como equivalente terapéutico a la TRH en mujeres con SOMP

Caso Clínico 3

Paciente de sexo femenino, 50 años, médica especialista en clínica médica. Menopausia reciente (49 años). Sofocos severos con deterioro marcado de la calidad de vida. Sin HTA, no diabética, no fumadora. Físicamente activa.

Paraclínica

- LDL: 110 mg/dL · HDL: 65 mg/dL · TG: 95 mg/dL
- IMC: 24 kg/m² · CAC: 0 UA · Ecocardiograma: normal
- Score de riesgo tradicional: bajo riesgo (< 5% a 10 años)

» ***Dato clave para el interrogatorio dirigido:*** *La paciente tuvo preeclampsia severa en su primer embarazo (a los 35 años), con internación y parto prematuro. Nunca fue evaluado su riesgo cardiovascular en ese contexto.*

Pregunta 1:

Considerando el antecedente de preeclampsia severa, ¿cómo reclasificaría el riesgo cardiovascular de esta paciente?

a. Mantiene bajo riesgo; el CAC de 0 es el marcador más confiable y anula el peso de la preeclampsia previa
b. Se reclasifica a riesgo intermedio; la preeclampsia severa aumenta el riesgo de HTA x3.7 y de ECV x2.2 a largo plazo, independientemente del CAC
c. La preeclampsia solo es factor de riesgo durante los 5 años posteriores al embarazo; a los 15 años no tiene impacto cardiovascular
d. El CAC de 0 descarta enfermedad aterosclerótica subclínica con una confiabilidad absoluta; no se requiere modificar la conducta

Pregunta 2:

¿Es esta paciente candidata para TRH? Señale la opción más correcta:

a. No; la preeclampsia previa contraindica cualquier forma de TRH independientemente del perfil de riesgo actual
b. Sí, sin restricciones; el CAC de 0 y el bajo perfil metabólico la hacen candidata ideal sin consideraciones adicionales
c. Sí, con consideraciones: < 60 años, < 10 años de menopausia, síntomas severos y CAC 0 favorecen la indicación; preferir vía transdérmica + progesterona micronizada con seguimiento CV anual
d. Solo podría indicarse TRH si el score de riesgo tradicional fuera menor al 3% a 10 años

Pregunta 3:

¿Cuál de los siguientes antecedentes obstétricos tiene el mayor impacto documentado sobre el riesgo cardiovascular futuro de la madre y qué mecanismo fisiopatológico lo explica mejor?

a. Parto prematuro espontáneo sin causa identificada, por activación del eje hipotálamo-hipofisario durante el trabajo de parto
b. Preeclampsia severa y diabetes gestacional, ya que ambos reflejan disfunción endotelial sistémica y resistencia a la insulina que persisten más allá del embarazo como marcadores de riesgo cardiovascular a largo plazo
c. Náuseas y vómitos del primer trimestre, por asociación con estados de hipoglucemia que generan estrés oxidativo crónico
d. Cesárea de urgencia sin complicaciones, por el impacto inflamatorio agudo de la cirugía sobre el endotelio vascular

Caso Clínico 4

Paciente de sexo femenino, 42 años. Antecedente de cáncer de mama hormonosensible (RH+/HER2–) hace 3 años. Tratamiento: cirugía + quimioterapia + radioterapia. En seguimiento oncológico activo. Tratamiento actual: letrozol (inhibidor de aromatasa — cambio reciente desde tamoxifeno por protocolo).

Clínica actual

- Amenorrea secundaria — menopausia inducida por tratamiento oncológico
- Sofocos intensos (10/10), insomnio severo, artralgias limitantes, deterioro cognitivo leve
- LDL: 135 mg/dL · IMC: 26 kg/m2 · Sedentarismo forzado por artralgias
- Riesgo CV: bajo-intermedio, en ascenso por toxicidad del inhibidor de aromatasa

Pregunta 1:

Con respecto a la TRH en esta paciente, señale la opción correcta:

a. La TRH sistémica está contraindicada por el antecedente de cáncer de mama hormonosensible
b. La TRH transdérmica a dosis bajas puede indicarse libremente ya que han pasado más de 2 años del diagnóstico
c. La TRH vaginal local en dosis ultrabajas puede considerarse bajo criterio oncológico individualizado para síntomas genitourinarios severos
d. Las opciones a y c son correctas

Pregunta 2:

¿Cuál de las siguientes estrategias no hormonales tiene mayor evidencia para el control de sofocos severos en esta paciente con inhibidor de aromatasa?

a. Fitoestrógenos (isoflavonas de soja) como primera línea no hormonal
b. ISRS/ISRN (venlafaxina, paroxetina) con eficacia demostrada en reducción de sofocos en pacientes oncológicas
c. Gabapentina exclusivamente, por ser el único fármaco sin interacciones con letrozol
d. Acupuntura y ejercicio aeróbico como única estrategia recomendada por las guías internacionales

Pregunta 3:

¿Cuál es el impacto cardiovascular del cambio de tamoxifeno a inhibidor de aromatasa que debe monitorizarse en esta paciente?

a. El IA produce menor riesgo CV que el tamoxifeno; no requiere vigilancia lipídica adicional
b. El IA produce deprivación estrogénica profunda con potencial elevación del LDL, mayor riesgo de osteoporosis y posible deterioro de la función endotelial; requiere seguimiento lipídico y óseo
c. El tamoxifeno y el IA tienen el mismo perfil de riesgo cardiovascular; la elección es irrelevante desde el punto de vista cardiológico
d. El IA protege el perfil lipídico gracias a su efecto antiandrogénico indirecto

Caso Clínico 5

Paciente de sexo femenino, 47 años, enfermera (turnos nocturnos). Ex tabaquista (8 años de abstinencia). IAM sin elevación del ST hace 2 años; angioplastia con stent farmacoactivo. HTA, dislipemia, insomnio crónico laboral.

Tratamiento actual
AAS, estatinas de alta intensidad, betabloqueante, IECA.

Consulta en policlínica por
- Dolor torácico atípico, opresivo, no claramente relacionado al esfuerzo, con irradiación ocasional al maxilar
- Ansiedad elevada — TEPT cardíaco diagnosticado post-IAM
- Insomnio severo persistente

Estudios
- ECG: sin cambios dinámicos
- ETT: FEVI 55% conservada, disfunción diastólica grado I (e' septal 5 cm/s. Relación E/e' 10 y E/A 0.7)
- Coronariografía previa: stent permeable, sin lesiones residuales significativas
- Test de esfuerzo: negativo para isquemia miocárdica residual

Pregunta 1:

Con los datos presentados, ¿cuál es el diagnóstico más probable para explicar el cuadro actual de esta paciente?

a. Reestenosis del stent; debe solicitarse otro estudio funcional o nueva coronariografía
b. Trastorno de ansiedad generalizada; los estudios negativos descartan causa isquémica
c. Síndrome de isquemia sin obstrucción coronaria (INOCA) / angina microvascular
d. TEPT post IAM y probable componente muscular que explica la irradiación atípica

Pregunta 2:

¿Qué peso tiene el factor psicológico y el estrés crónico en el pronóstico cardiovascular de mujeres como esta paciente?

a. El estrés crónico y el TEPT cardíaco son diagnósticos psiquiátricos sin impacto documentado en eventos cardiovasculares mayores
b. Sólo impacta en la calidad de vida; no modifica la mortalidad cardiovascular
c. El estrés crónico, el TEPT y los factores psicosociales aumentan la activación simpática, la inflamación sistémica y el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en mujeres; su tratamiento tiene impacto favorable en el pronóstico
d. El impacto del estrés crónico es igual en hombres y mujeres; no existen diferencias de género documentadas

Pregunta 3:

¿Está indicada la TRH en esta paciente?

a. Sí; la menopausia en mujeres jóvenes post-IAM es indicación de TRH para protección cardiovascular
b. No; la TRH no está indicada en prevención secundaria. La evidencia disponible (WHI, HERS) no demuestra cardioprotección y el riesgo trombótico es inaceptable en enfermedad coronaria establecida
c. Sí, con TRH transdérmica a dosis ultrabajas; el IAM hace más de 1 año elimina el riesgo
d. La decisión depende exclusivamente de la intensidad de los sofocos; si son severos, la TRH puede indicarse independientemente del antecedente coronario

EMC en Cardiología
SUC 2025
Seminario Taller

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600
Montevideo, Uruguay
Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65
Whatsapp: +598 92 684 779
suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy