

de la ingesta total de calcio (dieta o suplementos). ¿Son 1500 mg de calcio suficientes si se toman diariamente o se deben recomendar 2000 mg/día, así si el paciente solo se toma el 70% del tiempo, estaría recibiendo 1.400 mg/día? ¿Qué es en realidad la no-adherencia? 400 UI de vitamina D no agrega beneficio al calcio, probablemente porque solo aumenta la 25 hidroxivitamina D cerca de 2 a 3 ng/ml. ¿Reducirá una dosis mayor la necesidad de mayor ingesta de calcio? ¿Qué tanto calcio necesita ingerir una mujer si no está recibiendo un potente agente antirresortivo como estrógenos o bisfosfonatos? Aun pensando que hemos visto resultados de

cuatro estudios grandes con intervención de calcio, este último año con más de 46.000 mujeres, todavía tenemos preguntas sin responder. Esta es la tarea de la próxima generación de investigadores.

J. Chris Gallagher, MD
Professor of Medicine
Creighton University
Department of Metabolism
St. Joseph's Hospital
Omaha, NE
Member, NAMS Board of Trustees

MENOPAUSIA AL DÍA

La terapia no hormonal da un poco de alivio a los fogajes

Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. JAMA 2006; 295: 2057-2071.

NELSON HD, VESCO KK, HANEY E, ET AL.

Nivel de Evidencia: III

Para mujeres con problemas de fogajes y que no pueden tomar estrógenos, algunas terapias no hormonales pueden proveer un poco de alivio de acuerdo a este meta-análisis de 43 estudios randomizados, doble ciego, controlados con placebo. El estudio examinó trabajos relevantes que dieran datos acerca del tratamiento de fogajes con terapia no hormonal. Reincluyeron 10 estudios de antidepresivos, 10 de clonidina, 6 de otras prescripciones y 17 estudios de extracto de isoflavona sacada de "red clover" y soya.

Los fogajes diarios disminuyeron comparativamente con el placebo en 7 estudios de inhibidores de la captación de serotonina (SSRI) o inhibidores de captación de epinefrina y serotonina (SNRI), cuatro estudios con clonidina y dos estudios con gabapentin. La frecuencia de los fogajes no disminuyó en ningún estudio de isoflavona de "red clover" y los resultados fueron mixtos para extractos de isoflavona de soya. Los antidepresivos incluyeron paroxetina, venlafaxina, fluoxetina y citalopram.

Para los SSRI y SNRI, los estimados combinados mostraron una reducción de aproximada-

mente un fogaje por día (un estudio de meta-análisis de estrógenos indicó reducción de 2.5 a 3 fogajes por día). El estimado combinado de tres estudios de poca calidad de clonidina indicó una reducción de un fogaje por día; para el gabapentin se encontró una reducción de dos fogajes por día. La evidencia no muestra beneficio de los extractos de isoflavona en el alivio de los fogajes.

Comentarios. En este meta-análisis, los autores revisaron 43 investigaciones prospectivas randomizadas de terapias no hormonales para los fogajes. Al final, los datos acumulativos confirman agentes activos centralmente como los SSRI y SNRI, clonidina, gabapentin, metildopa y bellergal que reducen los fogajes en frecuencia de uno o dos fogajes por día, y son menos efectivos que la terapia a base de estrógenos. Al mismo tiempo, la soya fue marginalmente más benéfica, comparada con el placebo, y el "clavel rojo" no produjo beneficios. Es molesto que solo el 9% y 33% de todos los estudios fueron clasificados por los autores como buenos y regulares, respectivamente, mientras la mayoría de los estudios fueron de pobre calidad. Además, cuando se limitan los estudios a aquellos que evaluaban atractivos a la población

perimenopáusica, tales como los extractos de isoflavonas del “clavel rojo” y de la soya, solamente 1 de 17 estudios fue clasificado como bueno, y 58% de los estudios fueron de pobre calidad.

Como las mujeres continúan buscando seguridad en las alternativas para aliviar sus fogajes, la investigación futura se debe enfocar en las dosis óptimas, esquema y duración de los agentes hormonales. Al mismo tiempo, los estudios para evaluar las intervenciones no hormonales o no farmacológicas que puedan tener una actividad comparable a la terapia a base de estrógenos son requeridos para mujeres en quienes la terapia hormonal no es recomendable.

Los investigadores aprenderían de las limitaciones encontradas en muchos estudios hechos hasta ahora y se adherirían a estándares más altos

cuando se diseñan estudios prospectivos. Un número más pequeño de estudios propiamente emponderados de alta calidad probarían ser de más valor en determinar la eficacia de intervenciones propuestas para aliviar los fogajes, y se harían con menos recursos que los estudios múltiples, heterogéneos y sin poder estadístico. Finalmente se requiere más investigación para evaluar la fisiopatología de los fogajes y otros síntomas menopáusicos, lo que a su vez podría llevar a mejores terapias.

Vered Stearns, MD
Associate Professor of Oncology
Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center
Johns Hopkins School of Medicine
Baltimore, MD

MENOPAUSIA AL DÍA

La terapia hormonal reduce el riesgo de ECV en mujeres posmenopáusicas más jóvenes; el riesgo en mujeres mayores disminuye con el tiempo

Coronary heart disease events associated with hormone therapy in younger and older women: a meta-analysis. J Gen Intern Med 2006; 21: 363-366.

SALPETER SR, WALSH JME, GREYBER E, SALPETER EE.

Nivel de Evidencia: III

La terapia hormonal (TH) reduce significativamente el riesgo de eventos de enfermedad cardiaca coronaria (ECC) en mujeres posmenopáusicas más jóvenes, de acuerdo a este meta-análisis de 23 estudios randomizados controlados que siguieron a 39.040 participantes. El estudio encontró que aún en mujeres posmenopáusicas más viejas, la TH disminuía el riesgo en el tiempo después de aumentarlo inicialmente.

El estudio Women's Health Initiative dio recientemente datos sobre eventos de ECC en las mujeres más jóvenes y más viejas por separado, el cual fue usado en este análisis. Los RR se reportaron separadamente para mujeres más jóvenes y más viejas, quienes fueron definidas como participantes con tiempo medio de menopausia de menos o más de 10 años, o edad media de menor o mayor de 60 años. Una búsqueda comprensiva de datos identificó los estudios randomizados y

controlados de al menos seis meses; la duración promedio fue de 4.9 años.

Los objetivos fueron eventos de ECC, definidos como infartos de miocardio (IM), o muerte cardiaca.

En las mujeres más jóvenes, la TH redujo los eventos de ECC en un 32% (RR 0.68 IC 95%, 0.48-0.96). El RR para ECC de las mujeres más viejas fue de 1.03 (IC 95%, 0.91-1.16). En el primer año de TH los eventos aumentaron significativamente en el grupo de mujeres más viejas, RR 1.47 (IC 95% 1.12-1.92). Después de dos años, sin embargo, la TH redujo significativamente los eventos en la mujeres más viejas, RR 0.79 (IC 95%, 0.67-0.93), resultando en un efecto neutral con el tiempo.

Comentario. Puesto que los estudios observacionales reflejan el patrón del uso de hormonas en la población general, las mujeres que usan TH en estos estudios eran relativamente