meses). De manera similar al WHI, las mujeres con TEP tenían significativamente más angina, infarto del miocardio, muerte coronaria súbita y TEV, comparadas con las del placebo. No se encontraron diferencias significantes entre los dos grupos para ACV, cáncer, fracturas y mortalidad total.

En el reanálisis secundario del WHI de los datos de riesgo de ECV por edad y años desde la menopausia, Rossouw y col2. encontraron un riesgo mayor en mujeres con 20 años o más desde la menopausia y aquellas de 70 años de edad o mayores. En contraste, encontraron que la ECV se redujo (aunque no de manera significante) en la TE/TEP en mujeres más jóvenes o con menos de diez años de menopausia. Se encontró también una disminución no significativa del 30% en la mortalidad total en mujeres entre 50 y 59 años. Para aquellas con TE, 10 eventos CV menos, 2 ACV menos, y 10 muertes menos, todo por 10.000 mujeres.

Los nuevos resultados del WISDOM confirman los hallazgos del WHI: que la TE/TEP no es efectiva para la protección de la enfermedad cardiaca y la TEV en mujeres mayores, cuando se inicia en mujeres muchos años después de la menopausia.

Las mujeres jóvenes pueden tener un efecto preventivo de la TE/TEP, pero se esperan resultados concluyentes de estudios en marcha tales como el Kronos Early Estrogen Prevention Study (KEEPS). Ni el WISDOM ni el WHI estudiaron a las mujeres perimenopáusicas sanas o en la menopausia temprana con síntomas vasomotores moderados o severos para quienes las bajas dosis de TE/TEP permanecen como el tratamiento ideal.

Sin embargo, el reanálisis del WHI2 sugiere que para mujeres más jóvenes de 60 años o cerca de la menopausia, la TE y la TEP, en particular la TE parecen ser seguras.

JoAnn V. Pinkerton, MD
Director, Midlife Health
Professor of Obstetrics and Gynecology
University of Virginia Health System
Charlottesville, VA
Member, NAMS Board of Trustees
Credentialed NAMS Menopause Practitioner

Referencias

1. Vickers MR, Martin J, Meade TW, for the WISDOM study team. The women's international study of longduration oestrogen after menopause (WISDOM): a randomized controlled trial. BMC Women's Health. 2007; 7: 2.
2. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk ofcardiovascular disease by age and years since menopause. JAMA 2007; 297: 1465-1477.

MENOPAUSIA AL DIA

WHI: el suplemento de calcio y vitamina D puede inhibir ligeramente la ganancia de peso

Calcium plus vitamin D supplementation and risk of postmenopausal weight gain. Arch Intern Med 2007; 167: 893-902.

CAAN B, NEUHOUSER M, ARAGAKI A, ET AL.

Nivel de Evidencia: I

La suplementación con calcio y colecalciferol en mujeres posmenopáusicas con ingesta inadecuada de estos nutrientes tiene un pequeño efecto positivo en la prevención de la ganancia de peso, de acuerdo a este estudio grande, randomizado, controlado, con placebo, del Women's Health Initiative (WHI). Las mujeres se sacaron de las reclutadas entre 1993 y 1998 del brazo de la modificación dietaria o brazo de terapia hormonal del WHI, y fueron reclutadas para el estudio de calcio más vitamina D un año después de la inducción en el estudio principal.

Un total de 36.282 mujeres posmenopáusicas entre 50 y 79 años de edad (promedio 62.4 años ± 6.9 años) se randomizaron a recibir placebo o 500 mg de carbonato de calcio más 200 IU de colecalciferol dos veces al día en dosis divididas. La ingesta total fue determinante de la dieta y los suplementos. El objetivo primario medido fueron los cambios de peso, los cuales se midieron anualmente por siete años. Un análisis secundario examinado fue la ganancia de peso por tres años después de la randomización.

Las mujeres que toman calcio más colecalciferol tienen en promedio una menor ganancia de peso que las que recibieron placebo. La diferenta promedio entre los dos grupos, a favor del grupo de suplemento, fue de -0.13 ($p=0.001$).

Las mujeres que se adhirieron al tratamiento (que consumieron más del 80% de las pastas) tuvieron una diferencia promedio de 0.14 de cambio de peso ($p<0.001$). La diferencia fue más prominente para mujeres que entraron al estudio con una menor ingesta de calcio que para las asignadas diariamente de 1.200 mg/día.

Los RRs e intervalos de confidencia (ICs) se estimaron para pequeñas ganancias de peso (>3 Kg.) comparadas con el peso estable (+1 Kg) o pérdida de peso (>1 Kg) durante el período de tres años de la randomización. Las mujeres con intervención activa tenían un riesgo menor de ganancia de peso durante este período en pequeñas cantidades (1-3 kg) (RR, 0.95; IC 95%, 0.90-1.01) y moderadas cantidades (>3 kg) (RR, 0.94; IC 95% 0.90-0.99). Ellas también tenían una mayor posibilidad de permanecer con el peso estable o perdiendo peso. Las mujeres que entraron al estudio con una inadecuada ingesta de calcio y vitamina D tenían un 11% de menor riesgo de ganancia de peso, mientras que aquellas que tenían una ingesta adecuada, no se afectaron por el tratamiento.

Comentario. De los más obvios, y aún menos apreciados, aspectos de la nutrición son que los nutrientes típicamente muestra características basales y sus efectos dentro de cualquier sistema simple tienden a ser pequeños los resultados de la intervención de calcio y vitamina D en el brazo del WHI muestra más efectos. El componente de vitamina D de la intervención puede ser ignorado para esos propósitos, puesto que a las tasas de adherencia reportadas, la magnitud absoluta de la suplementación de vitamina D raya en lo homeopático. Sin embargo, aun con una tasa del 50% de adherencia, la suplementación de calcio aún agrego 500 mg/día de calcio a la ingesta típica.

Lo que el artículo muestra es que este aumento redujo la tendencia universal de ganancia de peso en las mujeres mayores. El efecto, como predicen los estándares nutricionales, fue mayor en aquellas que tenían las más bajas ingestas al inicio y se fue perdiendo en aquellas con ingesta adecuada. El más pequeño de los efectos en general, cuando se enfocaba la terapia solamente en este objetivo, fue también el típico efecto de los nutrientes generalmente y que había sido notado previamentepor estos revisores y sus colegas1.

Por lo tanto, no hay sorpresa aquí. Es importante destacar, sin embargo, que lo pequeño del efecto (enfatizado por los autores con el término de ligero en el título del artículo) no significa que no sea importante. Para individuos, un pequeño efecto en la ganancia de peso debe ser agregado a un pequeño efecto en la presión sanguínea, un pequeño efecto en la masa ósea, un pequeño efecto en el cáncer de colon, etc., etc. Pequeñas cosas se agregan. Adicionalmente, se debe hacer una distinción entre los efectos individuales en el paciente y los efectos a nivel de la población. Los prestadores de salud, apropiadamente, tienden a enfocar en lo primero y podrían estar tentados a pensar que una pequeña diferencia de peso es de poca o ninguna importancia mientras puede ser verdad en cierto grado para pacientes individuales; ciertamente no es apropiado a nivel poblacional- cambiando la distribución de los pesos de las mujeres adultas de US en solo 15 o 16 libras bajan del número quienes están clasificadas como obesas, en aproximadamente el 80%, y bajan la presión sanguínea en 4 a 6 mm Hg, y reducen el número de diagnósticos de hipertensión en cerca del 50%.

Aunque este artículo se enfoca solamente en un solo objetivo sistemático, ciertamente confirma que aumentando la ingesta de calcio a los niveles recomendados se produce un efecto real en el peso. Desafortunadamente, ha habido recientemente una disminución en el interés de los clínicos por asegurar una ingesta adecuada de calcio2, y Caan y col. Nos ayudan a ver que esta tendencia debe ser revertida.

El efecto de los nutrientes debe ser evaluado a nivel de la población, en contraste con los efectos de la droga, los cuales son apropiadamente evaluados en el paciente individualmente. A veces hay tendencia de los médicos a pensar en los nutrientes como si fueran drogas; p. ej., por otra parte, buscamos grandes efectos y otras veces ignoramos (o no lo medimos adecuadamente) el estado basal nutricional del paciente.

Robert P. Heaney, MD
John A. Creighton University Professor
Creighton University
Osteoporosis Research Center
Omaha, NE

Referencias

1. Davies KM, Heaney RP, Recker RR, et al. Calcium intake and body weight. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85: 4635-4638.
2. Stafford RS, Drieling RL, Hersh AL. Nutritional trends in osteoporosis visits and osteoporosis treatment, 1988-2003. Arch Intern Med 2004; 164: 1525-1530.