5. Ser delgado es un factor mayor de riesgo y, recíprocamente, el riesgo disminuye 30% por cada 25 libras más de peso en una mujer.
6. La exposición a corticoides y uso de droga para diabetes son importantes factores de riesgo.
7. Mujeres que hacen ejercicio regularmente y quienes se consideran ellas mismas en bueno o excelente estado de salud son mucho menos propensas a fracturas.

Lo que es especialmente bueno acerca del modelo basado en la Web es que es fácil de usar y muestra rápidamente las probabilidades de riesgo a cinco años en porcentajes. No requiere (y aun permite) incluir la DMO.

Sin embargo, hay limitaciones en este modelo. Él da solo el estimado del riesgo de fractura de cadera y trabaja solo para mujeres entre 50 y 79 años. Para casi todas las mujeres cercanas a los 60 años, el riesgo de fractura de cadera es minúsculo; aun los riesgos combinados de fracturarse muñeca, columna, húmero o cadera son mucho mayores. Incorporar los datos al sistema requiere de cierto grado de destreza con el ratón. Resolver la variable de ejercicio es complicado y demorado.

El producto es un simple número sin comparaciones con la tasa de edad esperada y sin puntos de corte o sugerencias acerca de la necesidad de tratamiento.

Hay varios calculadores más de riesgos de fractura disponibles en línea; haga una búsqueda en Google para "calculador de fractura" y verá las más populares. Aquí están tres que me gusta usar: app.sbgh.mb.ca/fracture, risk calculador, for.org y courses.washington.

Todos esperamos el reporte de la Organización Mundial de la Salud que ultimadamente va a proveer un cálculo del riesgo de fractura con cada reporte de DMO (se espera en uno o dos años). Estos reportes futuros nos podrían dar una guía a la necesidad (o falta de necesidad) para intervenciones agresivas (p. ej. tratamiento con drogas).

Esperamos que esos reportes puedan suplir información clave en un formato fácil y entendible, para que los proveedores y los pacientes puedan ser mejor informados acerca del riesgo y tomen una decisión inteligente y compartida.

Bruce Ettinger, MD
Clinical Professor of Medicine and Radiology
University of California, San Francisco
San Francisco, CA
Credentialed NAMS Menopause Practitioner

Menopausia al día

La dieta baja en grasa reduce el riesgo de cáncer de ovario

Low-fat dietary pattern and cancer incidence in the Women's Health Initiative Dietary Modification Randomized Controlled Trial. J Natl Canc Inst 2007; 99: 1534-1543.

PRENTICE RL, THOMSON CA, CAAN B, ET AL.

Nivel de Evidencia: I

La dieta baja en grasas puede reducir la incidencia de cáncer de ovario entre mujeres posmenopáusicas de acuerdo al estudio randomizado y controlado Women's Health Initiative (WHI), modificación dietaria (DM). El DM mide si un patrón de dieta baja en grasa puede reducir el riesgo de cáncer de mama entre mujeres posmenopáusicas con objetivo primario de cáncer de mama y cáncer de colon. Los cánceres de ovario y endometrio fueron objeti-

vos secundarios y fueron los objetos de este artículo. La intervención en el DM tenía el fin de reducir la ingesta de grasas dando no más del 20% de la energía y aumentando la de frutas y vegetales al menos hasta cinco porciones al día. Un total de 48.835 mujeres entre 50 y 79 años se reclutaron en el estudio DM, con un grupo de 19.541 asignado aleatoriamente a un patrón de dieta baja en grasa (intervención) y un grupo de 29.294 asignado al grupo de comparación quienes continuaron su dieta usual.

Las mujeres fueron seguidas por un promedio de 8.1 años, y se determinó el riesgo de cáncer invasivo de ovario y cánceres endometriales como también el total de cánceres invasivos en el curso del estudio. En general, el riesgo de cáncer de ovario fue más bajo en el grupo de intervención que en el grupo de comparación ($p=0.03$). En los primeros cuatro años, el riesgo de cáncer de ovario en los dos grupos fue similar, pero en los siguientes cuatro años se redujo en el grupo de intervención. El riesgo de peligro (HR) para el grupo de intervención en los primeros cuatro años fue de 1.16 (IC 95%, 0.73-1.84) y para los segundos cuatro años se redujo a 0.60 (IC 95% 0.38-0.96). Las tasas de incidencia en los primeros cuatro años fueron de 0.52 casos de cáncer de ovario por 1000 personas año en el grupo de intervención y 0.45 casos por 1000 personas año en un grupo de comparación. La tasa de incidencia en los subsecuentes cuatro años fue de 0.38 para el grupo de intervención y 0.64 apara el grupo de comparación.

No hubo diferencia en el riesgo entre los grupos para cáncer endometrial, y el riesgo de cánceres invasivos fue ligeramente menor en el grupo de intervención (RR, 0.95).

Comentario. El reporte de Prentice y colaboradores contribuye a la literatura creciente que muestra que las dietas bajas en grasa reducen el riesgo de cáncer. Esta es una información valiosa para las mujeres y sus médicos. Desafortunadamente este estudio, como la mayoría de otros, mide la grasa total. Desde que el WHI fue diseñado, los avances en ciencia nutricional han dejado claro que no todas las grasas son creadas igual. El aumento de los riesgos está generalmente asociado con grasas saturadas y ácidos grasos poliinsaturados omega-6. Los beneficios en la salud están a menudo asociados con grasas monoinsaturadas, como el aceite de oliva y poliinsaturadas como la variedad de omega 3.

Actualmente, nosotros solo podremos hacer hipótesis sobre los mecanismos de cómo las dietas bajas en grasa reducen el riesgo de cáncer. Es de anotar, que en otro reporte del WHI DM[1] se muestra que las mujeres en el grupo de intervención pierden peso en el primer año (promedio 2.2 kg, $p<0.001$) y mantienen su más bajo peso durante un promedio de 7.5 años de seguimiento comparadas con el grupo control (diferencia: 1.9 kg, $p<0.001$ a un año y 0.4 kg, $p=0.01$ a 7.5 años). Mantener el peso normal en la posmenopausia puede ser la clave para la prevención del cáncer. Sabemos que la obesidad aumenta los niveles de estrógenos y la inflamación, ambos involucrados con los cánceres hormonales.

Despacio, nos estamos moviendo en la era de la medicina individualizada. Según lo hagamos, seremos capaces de dar a nuestros pacientes consejos específicos dietarios para la prevención primaria o secundaria de cánceres específicos.

Victoria Maizes, MD
Executive Director, Program in Integrative Medicine
Associate Professor of Clinical Medicine, Family
Medicine, and Public Health
University of Arizona
Tucson, AZ

Referencia

1. Howard BV, Manson JE, Stefanick ML, et al. Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years: the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. *JAMA* 2006; 295: 39-49.