

Antidepresivos para los fogajes y dificultades sexuales anteriores

DALLAS. Mejoras modestas en la función sexual y el sueño con el estradiol y el antidepresivo venlafaxina (Effexor XR, Pfizer) son algunas de las conclusiones secundarias del estudio recientemente publicado MsFLASH 3.

«Acabamos de ver pequeñas mejoras, pero eso es tranquilizador», dijo el investigador principal, Andrea LaCroix, PhD, del Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Universidad de California, San Diego.

Dr. LaCroix señaló que ve un «cambio de paradigma» en las nuevas opciones que se han abierto para el tratamiento de los síntomas menopáusicos.

Los resultados fueron presentados en la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS).

Se encontró que la eficacia de estradiol, venlafaxina y escitalopram en el tratamiento de los síntomas vasomotores fue similar en el MsFLASH 3 y un análisis agrupado de los estudios anteriores de MsFLASH, según lo informado por Medscape Medical News. Esto significa que es probable que las decisiones de tratamiento se realicen sobre la base de otros detalles, tales como efectos sobre el sueño y la función sexual.

En el estudio recién publicado MsFLASH 3, «no hay medicina que realmente se destaque como el claro ganador en el sueño. Para la función sexual, hay pequeños beneficios en el deseo con el estrógeno, y la venlafaxina se asoció con una disminución del dolor, pero aumentó la interferencia con el orgasmo», dijo el Dr. LaCroix.

El mesilato de paroxetina en dosis bajas (Brisdelle, Noven Terapéutica) —el inhibidor de la recaptación de serotonina, que fue aprobado recientemente por la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU. para el tratamiento de los síntomas vasomotores— es otra opción. En un estudio separado presentado aquí en NAMS, se encontró que no causa ningún aumento de peso o cambios negativos en la función sexual.

«Estos datos deberían tranquilizar a las mujeres y a los médicos que consideren el uso de paroxetina en dosis bajas para tratar los sofocos menopáusicos molestos», dijo el investigador Andrew Kaunitz, MD, de la Universidad de Florida, College of Medicine, en Jacksonville.

«Con base en la experiencia con la administración de dosis más altas de los ISRS, la preocupación con respecto a la posibilidad de aumento de peso y los efectos secundarios sexuales con estos agentes es legítima», dijo a Medscape Medical News.

El ensayo aleatorio doble ciego controlado con placebo MsFLASH 3 comparó por 8 semanas una baja dosis oral de 17 -beta- estradiol 0.5 mg/día (n = 60) con venlafaxina 75 mg/día de liberación prolongada (n = 54) y placebo (n = 95).

Es maravilloso tener algo más para las mujeres que no pueden o no quieren tomar la terapia hormonal.

No hubo diferencias significativas entre los tres grupos en los cambios en la puntuación del Índice de Función Sexual Femenino compuesto (FSFI) o Female Sexual Distress Scale, informó Susan Reed, MD, de la Universidad de Washington, Escuela de Medicina en Seattle.

Sin embargo, en el dominio de deseo de la FSFI, el estradiol era mejor que la venlafaxina (P = 0.04). Y en el dominio de la anorgasmia, venlafaxina fue mejor que el estradiol (P = 0.04).

Venlafaxina también era ligeramente mejor que el estradiol sobre la reducción del dolor (P = 0.04) y sequedad vaginal (P = 0.006).

Ambos medicamentos mostraron mejoras modestas pero significativas en el sueño, con una disminución del insomnio y aumento de la calidad del sueño. Sin embargo, «a pesar del hallazgo estadísticamente significativo, la diferencia absoluta fue pequeña», dijo el Dr. Reed.

El estudio de las dosis bajas del mesilato de paroxetina (7.5 mg/día) analizó la seguridad

común y los datos de eficacia de casi 1.200 pacientes. Los investigadores midieron la función sexual con la Arizona Sexual Experiences Scale y la subescala de sexualidad The Hot Flash Related Daily Interference Scale.

No hubo «ningún cambio clínicamente significativo o estadísticamente significativo desde el inicio» en el peso o la función sexual durante 24 semanas, informó la Dra. Kaunitz.

«Las observaciones basadas en el uso a largo plazo de esta formulación —el primer agente no hormonal aprobado para el tratamiento de los sofocos— pueden estar disponibles en el futuro», dijo a Medscape Medical News.

«Es maravilloso tener algo más para las mujeres que no pueden o no quieren tomar la terapia hormonal», dijo Margery Gass, MD, director ejecutivo de la NAMS.

«Siempre tenemos que adaptar el tratamiento a las prioridades de la mujer y sus necesida-

des personales», dijo a Medscape Medical News. El atractivo de los antidepresivos es que sus efectos son diferentes de terapias hormonales, agregó.

«Algunos ayudan a la depresión, otros ayudan al dolor crónico. Hay un montón de cosas que suceden en el cerebro que pueden beneficiarse de algunos de estos productos, y ningún producto es perfecto para todas las mujeres», señaló el Dr. Gass.

El estudio MsFLASH fue apoyado por los Institutos Nacionales de Salud. Los investigadores del MsFLASH y el Dr. Gass no han revelado conflicto de intereses financieros pertinentes. El Dr. Kaunitz informa que su institución recibió el apoyo de Noven Pharmaceuticals para participar en el ensayo.

Presentado el 10 y 11 de octubre de 2013 en la reunión anual en la North American Menopause Society.