

La lactancia protege contra la fractura de cadera en las mujeres posmenopáusicas

Breastfeeding protects against hip fracture in postmenopausal women: the Tromsø Study. J Bone Miner Res 2011;26:2843-2850.

BJORNEREM A, AHMED LA, JORGENSEN L, STØRMER J, JOAKIMSEN RM.

Nivel de evidencia: II-3

Resumen. ¿Cuál es el efecto de la paridad y la lactancia en el riesgo de fractura por fragilidad de cadera, muñeca y no vertebrales (cadera, muñeca o húmero proximal)?

Usando los modelos de riesgo de Cox, los investigadores examinaron esta pregunta en 4.681 mujeres posmenopáusicas entre 50 y 94 años de edad, quienes fueron parte del estudio Tromsø.

Un total de 442.621 y 1.105 mujeres sufrieron de fracturas incidentes de cadera y muñeca y fracturas de fragilidad, y la tasa de fracturas fue 7.8, 11.4 y 21.3 por 1000 personas año, respectivamente, para 51.906 personas año y una mediana de 14.5 años de seguimiento. No hubo diferencia en el riesgo de fractura por fragilidad entre cadera y muñeca entre mujeres multíparas (n 230, 90.4%) y nulíparas (n 451, 9.6%). Las mujeres que lactaron (3.564, 95.1%) tenían 50% menos riesgo de fractura de cadera (RR, 0.50; IC 95%, 0.32-0.78) y 27% menos riesgo de fracturas de fragilidad (RR, 0.73; IC 95 %, 0.54-0.99), comparado con mujeres que no lactaron (n 184, 4.9%). Los dos grupos tenían similares riesgos de fractura de muñeca. Después de ajuste por edad, índice de masa corporal (IMC), estatura, actividad física, fumar, historia de diabetes, fractura de cadera o muñeca, uso de terapia hormonal, y tiempo de educación. El riesgo de fractura de cadera ajustado por edad se redujo en 12% (RR, 0.88; IC 95%, 0.78-0.99, $p = 0.03$) por cada diez meses adicionales de duración total de lactancia antes, y marginalmente después, ajustado por IMC y otras covariables (RR, 0.91; IC 95%, 0.80-1.04). Los investigadores concluyeron que el embarazo y la lactancia no son peligrosos a largo plazo en la fragilidad ósea y fracturas, y

que la lactancia puede reducir el riesgo de fracturas después de la menopausia.

Comentario. Conocer si el embarazo y la lactancia influyen en la salud ósea es importante desde la perspectiva de salud pública. Pérdida significativa de masa ósea ocurre durante el embarazo y la lactancia e, históricamente, se ha pensado que la lactancia puede ser un posible factor de riesgo para fracturas óseas por fragilidad. Sin embargo, la mayoría de los estudios han mostrado que la historia de lactancia no está asociada con deficiencia ósea a largo plazo o riesgo de fractura. Esos estudios han sido relativamente pequeños, de diseño de corte transversal e indeterminado de los efectos de paridad y lactancia sobre la salud ósea.

La densidad mineral ósea (DMO) es un predictor significativo de riesgo de fractura. Estos autores muestran que la medición de DMO del antebrazo y la cadera tarde en la vida no se asoció con paridad, lactancia o duración de la lactancia. Ellos también encontraron que la disminución de fracturas se asoció con historia de lactancia. Esta relación entre la reducción del riesgo de fractura y lactancia no fue dependiente de la duración de la lactancia cuando las diferencias en la talla corporal fueron consideradas estadísticamente. Estos hallazgos indican que hay algo en la lactancia, independiente del tiempo, que lleva a los cambios que son protectores contra fracturas.

Hay muchas diferencias entre mujeres que deciden si lactar, o no que podrían explicar los cambios en el riesgo de fractura. Se piensa que algunos factores del estilo de vida reducen el riesgo de fractura y fueron considerados por Bjornerem y col. Pero debe haber otros factores importantes desconocidos. Otra posibilidad es que la lactancia induce cambios en la estructura

o geometría ósea, más que cambios en la DMO, llevando a un hueso más fuerte. Está bien claro que muchos factores, tales como el tamaño de los huesos, influyen en la dureza del hueso, y necesita investigarse en futuros estudios.

Aunque el mecanismo detrás de la disminución del riesgo de fractura con la lactancia no se conoce, es tranquilizador saber que la lactancia

confiere protección contra las fracturas sin importar la duración de la misma.

Bonny Specker, PhD
Ethel Austin Martin Program
in Human Nutrition
South Dakota State University
Brookings, SD

MENOPAUSIA AL DÍA

Mortalidad por ECV e historia reproductiva

The association of reproductive history with all-cause and cardiovascular mortality in older women: the Rancho Bernardo Study. Fertil Steril 2011 Nov. 18 [Epub ahead of print]

JACOBS MB, KRITZ-SILVERSTEIN D, WINGARD DL, BARRETT-CONNOR E.

Nivel de evidencia: II-3

Resumen. Este estudio de cohorte prospectivo de 1.294 mujeres posmenopáusicas entre 50 y 69 años de edad (promedio edad basal, 70.6 ± 9.2) de Rancho Bernardo se examinó para asociación de gravidez y paridad con mortalidad por todas las causas y enfermedad cardíaca coronaria (ECC), determinada por certificados codificados de muerte.

Un total de 707 mujeres (54.6%) murieron durante una media de 19.3 años de seguimiento. De esas muertes, 46.5% se atribuyeron a ECV, 20.5% a ECC, y 26.0% a no enfermedad cardiovascular.

Hubo una asociación inversa de gravidez con mortalidad cardiovascular y mortalidad no cardiovascular ECV fatal, la ECV no fatal fue menos en mujeres con cuatro o más embarazos que en nulíparas (RR, 0.63; IC 95%, [0.40-0.99]; RR, 0.48; IC 95%, 0.26-0.91 respectivamente) independiente de la edad, años de menopausia, obesidad, y HDL-c. La paridad y la gravidez no estuvieron asociadas con la mortalidad total o ECC. En general, esas asociaciones pueden ser relacionadas con mecanismos

biológicos del embarazo o un soporte social más grande de una familia numerosa.

Comentario. El antecedente de este estudio es importante, por los datos conflictivos relacionados con la asociación de la paridad y gravidez con el riesgo de enfermedad cardíaca.

Jacobs y col. notaron que pocos estudios se han enfocado en la asociación de historia de embarazo con mortalidad de todas las causas o ECV, y aquellos que lo han hecho no se han ajustado por factores de confusión de riesgo de ECV y examinaron nacidos vivos mejor que número total de embarazos. Los autores puntualizan que el único estudio que mostró efectos cardioprotectores de la paridad sugirió que el más grande impacto fue en mujeres mayores de 50 años¹. Jacobs y col. contrastan con esos estudios anteriores.

Los autores anotan que esto puede ser debido a las variaciones en el diseño del estudio y las características de los pacientes. Los factores tales como estatus socio-económico y educación pueden explicar algunas de las diferencias entre esos estudios, y Jacobs y col. anotan que los resultados son independientes de esos fac-