



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Dehidroepiandrosterona para pacientes en fase peri o posmenopáusica (Revisión)

Scheffers CS, Armstrong S, Cantineau AEP, Farquhar C, Jordan V

Scheffers CS, Armstrong S, Cantineau AEP, Farquhar C, Jordan V.
Dehydroepiandrosterone for women in the peri- or postmenopausal phase
(Dehidroepiandrosterona para pacientes en fase peri o posmenopáusica).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD011066.
DOI: [10.1002/14651858.CD011066.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011066.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Dehidroepiandrosterona para pacientes en fase peri o posmenopáusica

Carola S Scheffers¹, Sarah Armstrong², Astrid EP Cantineau^{3,4}, Cindy Farquhar², Vanessa Jordan²

¹University of Groningen, Groningen, Netherlands. ²Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, Auckland, New Zealand. ³Department of Obstetrics and Gynaecology, University Medical Centre, Groningen, Netherlands. ⁴Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Groningen, Groningen, Netherlands

Contacto: Carola S Scheffers, University of Groningen, Antonius Deusinglaan 1, Groningen, 9713 AV, Netherlands.
c.s.scheffers@student.rug.nl

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 1, 2015.

Referencia: Scheffers CS, Armstrong S, Cantineau AEP, Farquhar C, Jordan V. Dehydroepiandrosterone for women in the peri- or postmenopausal phase (Dehidroepiandrosterona para pacientes en fase peri o posmenopáusica). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.: CD011066. DOI: [10.1002/14651858.CD011066.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011066.pub2).

Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Durante la menopausia la disminución en la respuesta folicular ovárica generalmente causa la fluctuación y la disminución final en los niveles de estrógeno. Este proceso puede provocar la aparición de diversos síntomas perimenopáusicos y posmenopáusicos (por ejemplo, sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal). La dehidroepiandrosterona (DHEA) es uno de los precursores principales de los andrógenos, que a la vez se convierten en testosterona y estrógenos. Es posible que la administración de DHEA pueda aumentar los niveles de estrógeno y testosterona en las pacientes en fase peri o posmenopáusica para aliviar los síntomas y mejorar el bienestar general y la función sexual (por ejemplo la libido, la dispareunia, la satisfacción). El tratamiento con DHEA es polémico ya que hay incertidumbre acerca de la efectividad y la seguridad. Esta revisión debe esbozar claramente las pruebas de la DHEA en el tratamiento de los síntomas menopáusicos y evaluar la efectividad y la seguridad al combinar los resultados de ensayos controlados aleatorios.

Objetivos

Evaluar la efectividad y la seguridad de administrar DHEA a pacientes con síntomas en la fase peri o posmenopáusica.

Métodos de búsqueda

Las bases de datos en las que se realizaron búsquedas (3 de junio 2014), sin aplicar restricciones de idiomas, fueron el registro especializado del Grupo Cochrane de Trastornos Menstruales y Subfertilidad (Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group), Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL y LILACS. También se buscaron resúmenes de conferencias y listas de referencias en el ISI Web of Knowledge. Se buscaron ensayos en curso en registros de ensayos. Se verificaron las listas de referencias de los artículos recuperados.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorios que compararon cualquier dosis y forma de DHEA por cualquier vía de administración versus otra intervención activa, placebo o ningún tratamiento con una duración mínima del tratamiento de siete días en pacientes en fase peri o posmenopáusica.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores extrajeron los datos de forma independiente después de evaluar la elegibilidad para la inclusión y la calidad de los estudios. Se contactó con los autores para obtener información adicional.

Resultados principales

Se incluyeron en esta revisión 28 ensayos con 1273 mujeres menopáusicas. Fue posible extraer datos de 16 ensayos para realizar el metanálisis. La calidad general de los estudios fue de moderada a baja, y la mayoría de los estudios que se incluyeron en el metanálisis presentaban una metodología razonable. En comparación con placebo, la DHEA no mejora la calidad de vida (diferencia de medias estandarizada [DME] 0,16; intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,03 a 0,34; $p = 0,10$, ocho estudios, 287 pacientes [132 de ensayos paralelos y 155 de ensayos cruzados (crossover)], $I^2 = 0\%$, pruebas de calidad moderada; un ensayo de los nueve que informaron este resultado se eliminó del análisis de sensibilidad pues se consideró con alto riesgo de sesgo). Se encontró que la DHEA se asoció con efectos secundarios androgénicos (principalmente acné) (odds ratio [OR] 3,77; IC del 95%: 1,36 a 10,4; $p = 0,01$, cinco estudios, 376 pacientes, $I^2 = 10\%$, pruebas de calidad moderada) comparada con placebo. No se encontraron asociaciones con otros efectos adversos. No estuvo claro si la DHEA afectó a los síntomas menopáusicos ya que los resultados de los ensayos no fueron consistentes y no fue posible agruparlos con facilidad para proporcionar un efecto general debido a diferentes tipos de medición (por ejemplo, continua, dicotómica, de cambio y puntuaciones finales). Se encontró que la DHEA mejora la función sexual (DME 0,31; IC del 95%: 0,07 a 0,55; $p = 0,01$, cinco estudios, 261 pacientes [239 pacientes de ensayos paralelos y 22 pacientes de ensayos cruzados], $I^2 = 0\%$; un ensayo que se consideró con alto riesgo de sesgo se extrajo durante el análisis de sensibilidad) en comparación con placebo.

No hubo diferencias en el acné asociado con la DHEA al comparar los estudios que administraron la DHEA de forma oral (OR 2,16; IC del 95%: 0,47 a 9,96; $p = 0,90$, tres estudios, 136 pacientes, $I^2 = 5\%$, pruebas de calidad muy baja) con un estudio que utilizó la administración cutánea de la DHEA (OR 2,74; IC del 95%: 0,10 a 74,87; $p = 0,90$, un estudio, 22 pacientes, pruebas de calidad muy baja). Los efectos no difirieron en la función sexual cuando los estudios que administraron la DHEA de forma oral (DME 0,11; IC del 95%: -0,13 a 0,35; $p = 0,36$, cinco estudios, 340 pacientes, $I^2 = 0$) se compararon con un estudio que administró la DHEA de forma intravaginal (DME 0,42; IC del 95%: 0,03 a 0,81; un estudio, 218 pacientes). Prueba para las diferencias de subgrupos: $ji^2 = 1,77$; $gl = 1$ ($p = 0,18$); $I^2 = 43,4\%$. No hay datos suficientes disponibles para evaluar la calidad de vida y los síntomas menopáusicos de esta comparación.

No hubo datos suficientes disponibles para comparar los efectos de la DHEA con la terapia hormonal (TH) sobre la calidad de vida, los síntomas menopáusicos y los efectos adversos. No se encontraron diferencias grandes en los efectos del tratamiento en la función sexual al comparar la DHEA con la TH (diferencia de medias [DM] 1,26; IC del 95%: -0,21 a 2,73; $p = 0,09$, dos estudios, 41 pacientes, $I^2 = 0\%$).

Conclusiones de los autores

No existen pruebas de que la DHEA mejore la calidad de vida, pero hay algunas pruebas de que se asocia con efectos secundarios androgénicos. Hay incertidumbre con respecto a si la DHEA reduce los síntomas menopáusicos, pero la DHEA puede mejorar levemente la función sexual en comparación con placebo.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Dehidroepiandrosterona para pacientes en fase peri o posmenopáusica

Pregunta de la revisión

Los revisores Cochrane investigaron si la administración de suplementos de DHEA (dehidroepiandrosterona) es segura y mejora la calidad de vida, los síntomas menopáusicos y la función sexual en pacientes en fase peri o posmenopáusica.

Antecedentes

Durante la menopausia ocurre una fluctuación y con el tiempo una disminución en los niveles de estrógenos. Estos cambios hormonales pueden causar que las pacientes presenten síntomas peri o posmenopáusicos (por ejemplo, sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal). La DHEA es una hormona denominada precursora que es convertida por el cuerpo en estrógenos y andrógenos. Es posible que la administración de suplementos de DHEA pueda aumentar los niveles de estrógeno y testosterona en las pacientes en fase peri o posmenopáusica para reducir los síntomas menopáusicos y mejorar el bienestar general y la función sexual.

El objetivo de esta revisión fue evaluar la efectividad y la seguridad de la DHEA en las pacientes menopáusicas al comparar cualquier dosis y forma de DHEA por cualquier vía de administración versus otro tratamiento, placebo o ningún tratamiento con una duración mínima del tratamiento de siete días.

Fecha de la búsqueda

Las pruebas estaban actualizadas hasta el 3 de junio de 2014.

Características de los estudios

Se incluyó un total de 28 ensayos controlados aleatorios, con un total de 1273 mujeres menopáusicas. Más del 95% de las poblaciones de los estudios fueron pacientes posmenopáusicas. La edad de las mujeres varió entre los 36 y los 80 años. La duración del tratamiento varió de una semana a un año. En más del 80% de los ensayos la DHEA se administró por vía oral con dosis diarias que variaron entre 10 mg y 1600 mg.

Resultados clave

No se encontraron pruebas de que la DHEA mejore la calidad de vida. Hubo algunas pruebas de que se asoció con efectos secundarios androgénicos (por ejemplo, acné, crecimiento no deseado de pelo [hirsutismo]). No hubo certeza de que la DHEA redujera los síntomas menopáusicos, pero la DHEA puede haber mejorado levemente la función sexual.

Dehidroepiandrosterona para pacientes en fase peri o posmenopáusica (Revisión)

Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

Calidad de la evidencia

La calidad de las pruebas fue moderada, tanto para la calidad de vida como para los efectos secundarios. Se disminuyó la calificación de calidad de las pruebas debido a la falta de datos sobre la asignación al azar, la asignación o el cegamiento; los tamaños pequeños de los estudios en general; y los limitados datos disponibles.