

MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

Guzón Illescas O, Gómez González del Tánago P, Panadero Carlavilla, FJ, Alonso Blas, C.

La **menopausia** (del griego *menós*, mes, y *paûsis*, cese) se define como la cesación definitiva de los ciclos menstruales. La edad media de presentación se establece en $48,5 \pm 3,8$ años (la menopausia que ocurre antes de los 40 años de edad se considera un fallo ovárico precoz). La edad de la menarquia ha variado a lo largo del tiempo en función la salud general de la población y el estado nutricional de la misma, sin embargo la edad de menopausia no se ha visto modificada por estos factores. Dado el aumento progresivo de la esperanza de vida en países desarrollados el número de mujeres climatéricas es cada vez mayor (alrededor del 50% de la población femenina española).

Se trata de una situación fisiológica que ocupa cerca del 40% de la vida de la mujer (con una esperanza de vida actual al nacimiento de 81 años en los países industrializados) y que es de especial relevancia dados los profundos cambios en la salud de la mujer que conlleva.

Este proceso ocurre como consecuencia de una disminución del número de ovocitos y una menor respuesta de los restantes a las gonadotropinas. Encontraremos alteraciones hormonales secundarias que responderán al siguiente patrón:

- Descenso del estradiol ($<20\text{ng/ml}$),
- Aumento de FSH ($>40\text{ mUI/ml}$) y de la LH
- Cociente FSH / LH >1 .

| Cambios hormonales en las distintas fases del climaterio | | |
|--|--|---|
| Premenopausia | Inhibina ? FSH ? Estradiol normal o ? | Ciclos cortos e irregulares |
| Perimenopausia | Estradiol ??? FSH ?? | Ciclos ovulatorios y anovulatorios Hipermenorrea |
| Menopausia establecida | Estradiol ??? FSH ??? FSH/LH >1 Estrona ? | Amenorrea |

Esta situación hormonal refleja la prácticamente completa depleción de los folículos ováricos y por tanto la ausencia de secreción de estrógeno ovárico. Secundariamente observaremos la aparición de una serie de síntomas ligados a esa deficiencia hormonal. Estos síntomas son muy variables de unas mujeres a otras y pueden afectar en distinto grado a su bienestar físico y psíquico.

Pero no son estas alteraciones las que definen el cuadro de menopausia (sólo estaría indicado solicitar un estudio hormonal en caso de mujeres mayores de 45 años con dudas diagnósticas), de hecho el pico máximo de gonadotropinas se alcanza de media a los 2-4 años del cese de ciclos menstruales. **Lo que nos definirá la menopausia será el tiempo transcurrido sin periodos.**

Así, según las diversas sociedades científicas encontramos distintas definiciones de menopausia:

1.-Para la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO), deben transcurrir 6 meses consecutivos de amenorrea para llegar al diagnóstico

2.-Según la OMS la menopausia natural se define como "el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas", al igual que para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

El **climaterio** (del gr. *klimater*, escalón) es el periodo entre la madurez sexual y la senectud en el que desaparece la función reproductiva y se producen las variaciones hormonales antes mencionadas. Se subdivide en tres periodos de duración variable:

- **Premenopausia:** inicio de los cambios en el ciclo menstrual (más cortos e irregulares) y endocrinos (aumento de la FSH sin clara alteración de la LH)
- **Perimenopausia:** se produce la regresión ovárica (amenorrea, ciclos anovulatorios e incluso aún algún ciclo ovulatorio) Se producen ciclos más irregulares y se completan los cambios hormonales hasta el cese de la regla.
- **Postmenopausia:** pueden quedar folículos capaces de secretar hormonas pero no de ovular.

Manifestaciones clínicas: el síndrome climatérico

El cuadro clínico es múltiple y existe una gran variabilidad entre las mujeres menopáusicas con relación a los síntomas, pero se estima que en mayor o menor grado afecta hasta al 75%-85% de las mujeres.

Los síntomas que se relacionan directamente con la menopausia, y son consecuencia del descenso de estrógenos, son los síntomas vasomotores (sofocos y sudoración) y la atrofia genitourinaria.

Otros síntomas que se han asociado con este periodo son incontinencia urinaria, infecciones urinarias de repetición, depresión, insomnio, pérdida de memoria, disminución de la libido o dolores musculares, pero en la mayoría de los casos no existen evidencias para establecer una relación causa-efecto con la menopausia.

Podemos clasificarlos en función del momento de aparición en:

1. Sintomatología aguda o a corto plazo:

- a. *Alteraciones vasomotoras o "sofocos"*: la privación de estrógenos altera el centro termorregulador del hipotálamo dando lugar a crisis vasomotoras que constituyen el síntoma predominante con una prevalencia de hasta el 80% durante el primer año; sin embargo se estima que sólo el 20% de estas mujeres solicita ayuda médica por éste síntoma. Suelen tener un curso autolimitado y tienden a desaparecer aún sin tratamiento en un periodo de uno a cinco años y son mucho más prevalentes en la primera etapa de la menopausia. Comienzan como una sensación súbita de calor localizada en cara y tórax y que rápidamente se generaliza al resto del cuerpo. En ocasiones se asocian a palpitaciones y sudoración seguido de sensación de ansiedad y escalofríos. Son de predominio típicamente nocturno y responsables en gran medida de las alteraciones del sueño en esta etapa. Duran entre 1-5 minutos y pueden aparecer desde uno o dos episodios al día hasta con una frecuencia de un episodio a la hora.
- b. *Clínica neuropsíquica*: fatiga, ansiedad, nerviosismo, insomnio o irritabilidad. No hay estudios por el momento que hayan podido probar que estos síntomas sean consecuencia directa del cuadro menopáusicos. En cuanto a la depresión, parece existir una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de depresión y el periodo de transición a la menopausia pero aún se precisa de más estudios que demuestren esta relación.

2. Sintomatología subaguda (o a medio plazo):

- a. *Atrofia cutáneo-mucosa*: se debe a la disminución en el contenido de colágeno consecuencia de la privación hormonal y que es especialmente llamativa en el aparato genitourinario, dando lugar a diversas manifestaciones, una de las más importantes es la sequedad vaginal. Se produce una vaginitis atrófica que se manifiesta con sequedad, dispareunia y prurito. La prevalencia global de éste trastorno se estima en el 13%. Al examen físico el aspecto de la mucosa vaginal es pálido, carente de los típicos pliegues de la mucosa e incluso con pequeñas Petequias. Por otro lado esta atrofia favorece también la involución de los miomas uterinos, se observa un ascenso

en la zona de transición de la unión escamocolumnar y desaparece la eritroplasia. Esta afectación cutánea se manifiesta también en las mamas (pierden turgencia e involucionan) así como en los genitales externos que pierden elasticidad y aparecen fallos en el soporte del aparato genital.

- b. *Disfunción sexual*: el déficit estrogénico se traduce también en un descenso del flujo sanguíneo hacia la vagina y vulva, suponiendo la causa fundamental de la pérdida de lubricación genital y la consecuente aparición de dispareunia. En animales se ha observado que la deprivación hormonal provoca neuropatía del trayecto del nervio pudendo, este mecanismo podría explicar el descenso de sensibilidad en la región vulvar y el clítoris presente en algunas mujeres menopáusicas. Parece que esta neuropatía es totalmente reversible con terapia estrogénica. La elasticidad de la pared vaginal también se ve afectada y además se observa un estrechamiento y acortamiento del canal vaginal que también afecta a la vida sexual de las mujeres. La actividad sexual continuada, incluso en ausencia de terapia hormonal, ha demostrado prevenir este tipo de alteraciones.
- c. *Incontinencia urinaria*: la atrofia de las capas superficial e intermedia del epitelio uretral provoca una serie de cambios estructurales secundarios que favorecen la urgencia miccional. La incontinencia urinaria es un problema multifactorial y aunque puede agravarse o aparecer tras la menopausia no se dispone de datos que la relacionen directamente con la menopausia.
- d. *Infecciones recurrentes del tracto urinario*: la atrofia altera el sello de la mucosa genitourinaria y de las secreciones vaginales. El pH vaginal desciende por debajo del rango normal (pH 6-7'5) hasta hacerse inferior al 4'5. Como resultado de ello, aparecen infecciones genitourinarias de repetición.
- e. *Migrañas*: en muchas mujeres los cuadros de migraña catamenial parecen empeorar tanto en frecuencia como en intensidad durante el periodo de transición a la menopausia.
- f. *Alteración del equilibrio*: parece estar en relación con el déficit estrogénico a nivel central. De hecho, la incidencia de fracturas de Colles aumenta de forma marcada en mujeres a la edad de 50 años mientras que permanece estable en varones hasta la edad de 80 años.

3. **A largo plazo o sintomatología crónica (aparece al cabo de años de instaurada la menopausia):**

- a. *Osteoporosis tipo I o climatérica*: la osteoporosis se define como la disminución de la masa ósea de más de 2'5 DS por debajo de los valores medios normales para cada edad. La masa ósea aumenta de forma gradual hasta los 35 años, cuando alcanza su pico máximo, a partir de ese momento se produce una pérdida lineal de 0'25%-1% al año. Esta pérdida aumenta de forma exponencial con la deprivación de estrógenos por mecanismos aún desconocidos. La osteoporosis tipo I afecta de manera especial al hueso trabecular y las fracturas vertebrales son las más frecuentes; seguidas de la de fémur y muñeca. Conviene apuntar que la densitometría ósea no es una prueba de cribado poblacional y que sólo debe solicitarse en aquellos pacientes con riesgo de osteoporosis.
- b. *Patología cardiovascular*: los estrógenos protegen a la mujer a lo largo de su vida reproductiva de este tipo de patología. Se calcula que el riesgo se equipara al de los varones al alcanzar los 65 años.

Tratamiento

El tratamiento debe ser individualizado, acorde con las molestias que más preocupan o limitan a la mujer y siempre de común acuerdo con ella. En todos los casos debemos recomendar una serie de medidas generales que se resumen en una actividad física moderada realizada durante el

día, con al menos una hora de luz solar, dieta sana con 4-5 unidades de productos lácteos al día y la abstención de tabaco y alcohol.

Terapia hormonal sustitutiva (THS)

Consiste en un tratamiento a base estrógenos con o sin progestágenos (obligada la asociación de estos últimos en mujeres con útero). Pueden administrarse de forma oral, transdérmica o vaginal.

Se trata de una terapia que ha sido largamente discutida debido a sus efectos secundarios. Actualmente se recomienda un tratamiento de corta duración (dos o tres años y nunca más de 5 años) en aquellas mujeres con intensa sintomatología y que puedan beneficiarse de sus efectos que son principalmente aquellas mujeres que presenten atrofia vaginal (terapia tópica local) y sintomatología vasomotora (tratamiento sistémico).

Aunque a largo plazo la THS reduce el riesgo de osteoporosis, no se recomienda su utilización como primera línea para la prevención de trastornos crónicos, incluida la osteoporosis y la enfermedad vascular coronaria. Por lo tanto, en mujeres asintomáticas o paucisintomáticas no está justificado el uso de THS.

Los efectos secundarios son en su mayoría leves y se reducen de forma significativa a los pocos meses de terapia. Entre los más frecuentes cabe destacar el aumento de peso, la tensión mamaria, la intolerancia a los estrógenos y las hemorragias.

Existen otros efectos secundarios menos frecuentes pero de mayor gravedad y por los que está más limitado su uso. Destacan entre ellos: la enfermedad tromboembólica, el empeoramiento de la epilepsia, la galactorrea, el aumento del riesgo de cáncer de endometrio (si no se asocian gestágenos en mujeres con útero), un discreto aumento en el riesgo de cáncer de mama (en relación directa con el tiempo y dosis de uso) y la ictericia colestásica debida a que los estrógenos producen aumento de la concentración de colesterol en la bilis y aumento del riesgo de litiasis. Este riesgo es mayor si la THS se administra por vía oral.

Diversos estudios (entre los que destacan el Estudio *WHI, Women's Health Initiative Study*, y el estudio *MWS, Million Women Study*) han investigado sobre los efectos secundarios de la THS. De sus resultados se extraen conclusiones interesantes en cuanto a varios temas:

- Cáncer de mama: la mayoría de los estudios encuentran un aumento de su incidencia entre las usuarias durante más de 5 años de THS. En términos absolutos las mujeres usuarias de THS a los 5 años tienen 2 casos más de cáncer por cada 1000 mujeres y 6 casos más por 1000 mujeres si el tiempo de uso de la THS es de 10 años. Este riesgo prácticamente desaparece a los 5 años de suspendida la THS. El WHI es el primer ensayo clínico que ha demostrado que la THS con estrógenos más progestágenos incrementa de la incidencia de cáncer de mama. El incremento del riesgo es de 1,26 (IC del 95%; 1,00-1,59). El MWS confirma el incremento de cáncer de mama en las usuarias de THS, mayor cuanto más tiempo se prolongue el tratamiento.
- Cáncer de endometrio: las pacientes que solo utilizan estrógenos tienen un aumento del riesgo de cáncer de endometrio (RR de 2,3). En el WHI, las usuarias de THS combinada, no presentaron un incremento significativo de cáncer de endometrio (RR 0,83 -IC del 95%, 0,47-1,47).
- Tromboembolismo venoso: en el WHI el RR 2,13 (IC del 95%, 1,39-3,25) y en otro estudio (el HERS) el RR es muy similar (2,78 con un IC del 95% de 0,89-8,74). El riesgo absoluto es de 27-32 casos por 100.000 mujeres por año de uso de THS.
- Cáncer colorrectal: parece que la THS está relacionada con una disminución de este tipo de cáncer. Aunque su uso no está justificado para la prevención del mismo.
- Menopausia precoz: el tratamiento de elección en la menopausia precoz sintomática es la THS hasta los 48-50 años. Además de mejorar los síntomas disminuye el riesgo de osteoporosis. En mujeres asintomáticas no hay evidencia que justifique realizar un tratamiento preventivo con THS.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios recoge una serie de contraindicaciones y precauciones especiales que se deben incluir en ficha técnica. En resumen:

| Contraindicaciones absolutas | Contraindicaciones relativas |
|---|---|
| ? Antecedentes personales de cáncer de mama o sospecha del mismo. | ? HTA |
| ? Tumores malignos dependientes de estrógeno (por ejemplo de cáncer de endometrio) | ? Leiomionas uterinos o endometriosis |
| ? Hiperplasia endometrial no tratada | ? Antecedentes de tromboflebitis superficial |
| ? Hemorragia genital no filiada | ? Hepatopatía crónica |
| ? Enfermedad hepática activa o antecedentes de hepatopatía mientras las pruebas de función hepática sigan alteradas | ? Trastornos convulsivos |
| ? Porfiria cutánea sintomática | ? Tabaquismo |
| ? Síndrome de Dubin-Johnson | ? Colelitiasis |
| ? Melanoma maligno | ? Migraña o cefalea grave |
| ? Antecedentes de tromboflebitis profunda y/o enfermedad tromboembólica | ? Alteraciones renales |
| ? Enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente (angina o infarto agudo de miocardio, por ejemplo) | ? Asma |
| ? Hipertensión arterial (HTA) no tratada | ? Otosclerosis |
| | ? Prurito |
| | ? LES |
| | ? Diabetes mellitus con o sin afectación vascular |

Debe controlarse el tratamiento cada 3 meses de forma inicial para ajustar la dosis y luego a los 6 meses para valorar tensión arterial, analítica y peso. Los controles posteriores pueden ser anuales siempre que no se presenten sangrados anormales.

Puede presentarse un sangrado cíclico durante el tratamiento que podemos considerar normal si se atiene a unas características definidas.

Existen diferentes pautas de tratamiento oral:

- Pauta cíclica: se emplean estrógenos durante 21 días y se asocian gestágenos los 10 últimos; en los 7 días de descanso se presenta sangrado. Esta pauta cíclica estaría más indicada en aquellas mujeres que todavía tienen menstruación.
- Pauta continua: tratamiento continuado con estrógenos, mientras que se asocian progestágenos los 12-14 últimos días.
- Pauta continua combinada: tratamiento con progestágenos durante todo el ciclo estrogénico.

La pauta cíclica es adecuada en las mujeres cuyo endometrio no está atrófico y por lo tanto en la mayoría de ellas se producirá una hemorragia por supresión. Si ocurre antes de 11º día cuando utilizamos estrógenos orales o antes de 9º día si se usan por vía transdérmica, deberemos aumentar la dosis de progesterona del preparado. Una vez ajustada la dosis cualquier sangrado anormal debe ser valorado por el especialista una vez descartada que la causa sea el abandono o el incumplimiento terapéutico o la interferencia con otros tratamientos farmacológicos.

Si el sangrado es adecuado con el momento, pero excesivo, se puede reducir la dosis de estrógenos. La ausencia de sangrado puede ser indicativa de que la dosis de estrógenos es insuficiente, principalmente en mujeres jóvenes.

La pauta continua habitualmente se utiliza en mujeres con endometrio atrófico o cuando se pretende crearlo. Se considera que pueden persistir sangrados irregulares durante el primer año desde el inicio de esta pauta, si continúan a partir de este periodo hay que realizar estudio endometrial, así como en el caso de que se presentase un nuevo sangrado en una mujer que llevara ya cinco años de amenorrea y en la que aparezca un sangrado al introducir el tratamiento.

En cuanto al tratamiento tópico de la atrofia vaginal, debe emplearse durante un tiempo medio de 1-2 años y se administra en forma de óvulos de estriol (0,5 mg) diariamente durante 2-3 semanas y posteriormente un óvulo 2 veces a la semana.

Otros tratamientos

Tibolona

Se trata de un esteroide sintético que se administra en forma de profármaco y tiene actividad antiandrogénica, estrogénica y gestagénica. Además de compartir los efectos beneficiosos de la THS, ha demostrado conservar la masa ósea, aumentar la libido y disminuir los triglicéridos. Puede utilizarse en mujeres con endometriosis y antecedentes de miomas y no produce sangrados más allá de los tres primeros meses de uso. Parece, sin embargo, que también aumenta sensiblemente el riesgo de cáncer de mama. Y hay estudios que asocian su uso con un incremento en el riesgo de ictus.

Fitoterapia

Son productos de origen vegetal con acción estrogénica débil y de vida media corta. Los más potentes son las isoflavonas, y dentro de ese grupo, la genisteína y daidzeína. Son eficaces en los síntomas vasomotores (eliminan los “sofocos” en un 40% mientras que el placebo lo hace en un 30%), retrasan la osteopenia (aunque no han demostrado reducir el riesgo de fractura) y parecen tener beneficios cardiovasculares basados en la vasodilatación y antiagregación plaquetaria y la mejoría del perfil lipídico.

Se ha invocado su poder protector respecto al cáncer de mama dada la menor incidencia de esta patología en países orientales donde se consumen este tipo de sustancias en abundancia. Hasta el momento no se ha podido probar esta actividad protectora al introducirlos durante la menopausia. Parece que el factor protector podría lograrse incorporándolos en la dieta a edades tempranas, pero se precisa de más estudios, mejor diseñados y a más largo plazo que investiguen esta relación.

La dosis mínima diaria para obtener beneficio es de 40 mg, pudiendo incrementarse hasta 80 mg/día. Se recomienda que se administren junto a las comidas porque aumenta su capacidad de acción.

En ocasiones se asocian en preparados con extractos de trébol rojo, si bien no hay estudios que demuestren el beneficio de este último.

Un concepto importante que debemos recordar es que los fitoestrógenos son *moduladores selectivos de los receptores estrogénicos* (SERM) y por lo tanto poseen efectos tanto agonistas como antagonistas estrogénicos. Aunque los datos disponibles no son concluyentes, parece que los fitoestrógenos podrían estimular el desarrollo del cáncer de mama y antagonizar el efecto antitumoral del tamoxifeno.

Conviene señalar que existen dos tipos de productos que se comercializan de manera diferente y son sometidos a diferentes controles antes de llegar al consumidor. Por un lado, aquellos que son medicamentos y están sometidos a los controles de la Agencia de Medicamentos y Productos Sanitarios (se dispensan en farmacias, tienen indicación terapéutica, principios activos y ficha técnica) y otros que se comercializan como complementos dietéticos y no son sometidos a estos controles.

La *Cimifuga racemosa* parece mejorar algunos de los síntomas de la menopausia. Se cree que actúa a nivel de los receptores centrales dopaminérgicos y no posee ningún efecto negativo sobre la mama ni el endometrio. Se ha relacionado con la aparición de hepatitis aguda fulminante en algunos casos por lo que está contraindicado su uso en pacientes con alteraciones hepáticas.

Se estima que entre el 50% y el 75% de las mujeres menopáusicas utiliza algún tipo de terapia alternativa para paliar los síntomas de la menopausia como acupuntura, productos de soja, sustancias de herbolario o vitamina E. La seguridad y eficacia de estos productos tampoco están bien definidas y así deberemos advertírselo a las pacientes.

Progestágenos

Dosis elevadas de progestágenos parecen mejorar también la clínica vasomotora. El acetato de megestrol a dosis de 20 a 80 mg/día mejora los sofocos en un 85% frente al 21% con placebo.

Tendremos que advertir a la paciente que puede existir un aumento transitorio de “sofocos” durante las dos primeras semanas desde el inicio del tratamiento, además de cierta ganancia ponderal. Por otro lado, esta sustancia posee un efecto glucocorticoide-like, por lo que habría que prevenir una posible insuficiencia suprarrenal al suspender el tratamiento.

Los preparados depot de altas dosis de medroxyprogesterona también parecen resultar efectivos frente a los “sofocos”.

Otros

Hay numerosos medicamentos que han sido ensayados en esta indicación aunque no está reconocida oficialmente por las autoridades sanitarias. Entre ellos, cabe destacar a:

- *Clonidina*: A dosis bajas (0'05-0'01 mg/12h vía oral) evita los “sofocos” con escasos efectos secundarios (sequedad de boca, hipotensión, mareo). Suele administrarse de forma transdérmica por su mejor posología con parches que se mantienen durante una semana y liberan 0'1 mg/día.
- *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*: Venlafaxina, paroxetina y fluoxetina han mostrado eficacia en síntomas vasomotores, siendo de interés en mujeres que no puedan o no deseen emplear THS. No es recomendable el uso de paroxetina en mujeres en tratamiento con tamoxifeno porque interfiere con la formación de uno de los metabolitos más activos de este fármaco.
- *Gabapentina*: Parece reducir los “sofocos” por mecanismos que se desconocen. Una dosis única diaria de 300 a 600 mg a la hora de ir a dormir supone una buena alternativa para el control de estos síntomas que además, recordemos, son de predominio nocturno.

Además de la terapia con estrógenos locales, disponemos de otros preparados tópicos para mejorar la sintomatología causada por la atrofia genitourinaria, como lubricantes y geles hidratantes. Por otro lado, se utiliza testosterona – generalmente en asociación a estrógenos – para tratar los síntomas menopáusicos y para la reducción de la libido, todo ello sin olvidar los tratamientos específicos de la osteoporosis (calcitonina, PTH, vitamina D, bifosfonatos, ranelato de estroncio, etc...), aunque estos constituyen un tema largo y complejo que excede el propósito del presente artículo pero que también hay que tener en cuenta a la hora del manejo integral de la paciente menopáusica.

Finalmente, se han utilizado diversos productos como el *lipocodium* (vagina muy seca), *belladonna* (vagina dolorosa), *nettle* y raíz de dong quai y de comfrei (utilizadas en infusiones, baños y masajes) que podrían aumentar la flexibilidad y lubricación del tejido vaginal, aunque no hay datos fiables sobre su utilidad y seguridad en estas indicaciones.

Conclusiones

1 - La menopausia constituye un proceso fisiológico de cesación de ciclos menstruales y el fin de la etapa reproductora de la mujer.

2 - La clínica asociada a este proceso es muy variable en intensidad según cada mujer. Entre las manifestaciones más frecuentes y molestas se encuentran la atrofia genitourinaria que provoca dispareunia, infecciones urinarias de repetición, la incontinencia urinaria y la clínica vasomotora conocida como “sofocos”.

3 - La mayoría de las mujeres postmenopáusicas (a excepción de aquellas con historia personal de cáncer de mama o enfermedad cardiovascular) con síntomas moderados o severos de atrofia vaginal y/o clínica vasomotora, son buenas candidatas al tratamiento con THS.

4 - La THS no debe ser nunca utilizada para la prevención de enfermedades crónicas aunque éstas puedan asociarse con la menopausia, como la osteoporosis tipo I o la enfermedad cardiovascular.

5 – Disponemos de otros tratamientos alternativos para el control de la sintomatología de aquellas pacientes que no sean candidatas al tratamiento con THS o que no deseen utilizarlo una vez informadas sobre él. Entre ellos cabe destacar los fitoestrógenos, la gabapentina, los ISRS o la tibolona.

REFERENCIAS.

- Martin, K.A., Barnieri, R.L., Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy, UpToDate (revista electrónica) Versión 18.2 Fecha consulta Diciembre 2010, disponible en <http://www.uptodate.com>
- Casper, R.F., Santen, R.J., Menopausal hot flashes, UpToDate (revista electrónica) Versión 18.2 Fecha consulta Diciembre 2010, disponible en <http://www.uptodate.com>
- Casper, R.F., Clinical manifestations and diagnosis of menopause, UpToDate (revista electrónica) Versión 18.2 Fecha consulta Diciembre 2010, disponible en <http://www.uptodate.com>
- Martin, K.A., Barnieri, R.L., Postmenopausal hormone therapy: Benefits and risks, UpToDate (revista electrónica) Versión 18.2 Fecha consulta Diciembre 2010, disponible en <http://www.uptodate.com>
- Lombardía, J., Fernández, M., Menopausia, en: Lombardía, J., Fernández, M., Ginecología y Obstetricia – Vol. I, Editorial Médica Panamericana, 2007.
- Coutado Méndez, A., Guía Fisterrae de menopausia y terapia hormonal, actualizada en Agosto de 2008 y disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterrae>