

# Atención Farmacéutica en Menopausia

## EDUCACIÓN SANITARIA

El incremento en la expectativa de vida de la mujer actual hace habitual que al llegar la menopausia le quede más de un tercio de su vida por delante, circunstancia que no debería representar ninguna limitación a la hora de disfrutar de una buena calidad de vida. Para conseguir este objetivo, es preciso que la mujer conozca los cambios propios de esta etapa, los riesgos que se pueden presentar a corto y largo plazo así como contribuir al autocuidado de su salud incorporando hábitos correctos a la vida diaria.

Diversas encuestas realizadas a mujeres en edad menopáusica concluyen que a un elevado porcentaje de éstas les preocupa mucho la osteoporosis aunque desconocen si la padecen o no; otras, abandonan tratamientos relacionados por desinformación relativa a los mismos; otras, no acuden al médico para consultar distintos trastornos derivados de esta etapa, siendo incluso, en ocasiones, considerada tema tabú. En definitiva, existe una necesidad de información sobre la misma así como de las posibles soluciones.

Por este motivo, el farmacéutico comunitario debe adoptar un papel activo y no esperar a que sea la mujer la que acuda a consultar. Debe implicarse explicando qué es la menopausia y cuáles son los principales cambios que se van a producir, ofreciendo soluciones para aminorar los síntomas asociados al climaterio, aclarando dudas sobre los efectos adversos de algunos tratamientos, terapias alternativas, etc.

El objeto del presente artículo es proporcionar al profesional farmacéutico información de utilidad, relacionada

fundamentalmente con las medidas no farmacológicas y con algunas cuestiones sobre farmacoterapia con el fin de facilitar las intervenciones desde la farmacia, contribuyendo así a la preparación de la mujer para esta nueva etapa, a la prevención de problemas futuros y a la mejora de su calidad de vida.

### Concepto

La **menopausia** se define como "desaparición definitiva de la menstruación durante 12 meses consecutivos" y suele producirse en torno a los 50-51 años de edad. Los factores que más influyen en la edad de presentación son los antecedentes familiares y los hereditarios. El tabaco también se ha asociado de forma consistente a un comienzo de la menopausia de 1-2 años más temprano. Cuando aparece antes de los 40 años se considera **menopausia precoz**.

A menudo, los términos menopausia y climaterio aunque tienen un significado diferente son utilizados indistintamente. El **climaterio** se define como el periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación<sup>1,2</sup>.

Cuando hablamos de climaterio debemos pensar que es una etapa más de la vida de las mujeres. No es una enfermedad pero si que conlleva una serie de cambios en el organismo, que en un elevado porcentaje de casos pueden acompañarse de alteraciones que requieren atención hasta que el organismo se adapte a la nueva situación.

La menopausia se produce como resultado de la pérdida de actividad folic-

ular ovárica, con cambios hormonales importantes (asociado a la disminución de los niveles de estrógenos, progesterona y androgeno), y acompañada de ausencia de la función reproductora. La interrupción de la regla no suele ser de forma brusca; lo más habitual es que los ciclos menstruales se presenten diferentes de cómo venían siendo habitual (o más cortos o más largos, y el sangrado suele ser más abundante)<sup>2</sup>.

El periodo que comprende el comienzo de los ciclos menstruales irregulares hasta el primer año sin regla se denomina **perimenopausia** ("alrededor de la menopausia"), y su duración es de aproximadamente 6 años o más. Es importante recordar que aunque haya períodos de faltas es necesario utilizar un método anticonceptivo durante el primer año sin regla.

La **postmenopausia** define a la etapa que se inicia tras la menopausia y abarca un periodo aproximado de diez años de duración<sup>1,2</sup>.

## S U M A R I O

► Concepto	pag. 1
► Síntomas	pag. 2
► Soluciones que podemos ofrecer en la farmacia	pag. 2-3
► Problemas que pueden aparecer a largo plazo	pag. 4
► Aclarando dudas... argumentos	pag. 5
► Consejos para sentirse mejor en esta nueva etapa	pag. 5-6

## Síntomas

Se estima que hasta el 75% de las mujeres menopáusicas experimentan uno o más de los síntomas de carácter agudo asociados a esta etapa<sup>3</sup>.

La mayoría de ellos perduran sólo durante un tiempo, como es el caso de los sofocos o la sudoración nocturna<sup>1,2</sup>. Si bien, no suponen una amenaza grave para la salud, pueden resultar molestos y en ocasiones limitan la actividad<sup>2</sup>.

Los síntomas que se relacionan directamente con el descenso estrogénico son los síntomas vasomotores y la atrofia genitourinaria. Otros síntomas que se han asociado son incontinencia urinaria, infecciones urinarias de repetición, depresión, insomnio, pérdida de memoria, disminución de la libido, dolores musculares, pero para la mayoría de ellos, no existen evidencias para relacionarlos directamente con la menopausia<sup>1,4,5</sup>.

Es preciso que cada mujer comunique su/s preocupación/es, de esta forma se puede identificar los síntomas que padece y plantear las posibles soluciones para cada caso.

### • Vasomotores

#### (sofocos y sudoración nocturna)

Constituyen la manifestación clínica más característica de la menopausia, pudiendo afectar en gran medida a la calidad de vida, por lo que representan el principal motivo de consulta de la mujer climatérica<sup>2,6</sup>.

Aparecen como explosiones bruscas de calor (sobre todo en cara, cuello y tórax) que habitualmente se asocian a una vasodilatación cutánea, seguidas de sudores, con posterior descenso de temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardiaca. Predominan por la noche interrumpiendo el sueño. Pueden durar de 30 segundos a 2-4 minutos<sup>1,2</sup>.

La clínica vasomotora suele comenzar en la perimenopausia y desaparece de forma gradual con los años. La frecuencia varía de unas mujeres a otras y en la mayoría, la duración de los síntomas oscila entre 6 meses y 5 años.

La causa del sofoco es compleja; probablemente se relaciona con una alteración del centro termorregulador del hipotálamo inducida por la disminución de los niveles de estrógenos

o de alguno de sus metabolitos<sup>2,7</sup>.

### • Vaginales

Tras la menopausia se produce una pérdida de elasticidad del introito vulvar y una reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubricación y, en algunas mujeres, aparece sequedad vaginal y dispareunia (dolor en las relaciones sexuales)<sup>1,2</sup>.

### • Alteraciones del estado de ánimo

Normalmente se presenta como una mayor labilidad emocional en la que predomina ansiedad, nerviosismo e irritabilidad. Parece que los factores sociales, familiares y laborales que presente la mujer se han mostrado determinantes en cuanto a la aparición de depresión y ansiedad en esta etapa<sup>2</sup>.

### • Urinarios

La incontinencia urinaria es un problema complejo y multifactorial, cuya prevalencia aumenta con la edad siendo la asociación con la menopausia controvertida. Tampoco se ha encontrado asociación causal entre la menopausia e infecciones del tracto urinario recurrentes<sup>2</sup>.

### • Alteraciones del sueño

Fundamentalmente asociadas a los sofocos nocturnos anteriormente comentados.

### • Sequedad de piel y aumento de vello

La piel pierde elasticidad y humedad por lo que se vuelve más seca. Aumenta el vello sobre todo en el labio superior y barilla y disminuye en axilas, pubis y cuero cabelludo.

### • Sexualidad

A medida que aumenta la edad, generalmente existe una pérdida de interés sexual. Diversas revisiones concluyen que existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad, tales como disminución de la libido, frecuencia del coito, lubricación vaginal, con la menopausia aunque los factores que influyen en esta pérdida de interés son complejos y múltiples, siendo los más importantes los factores psicosociales<sup>1,2</sup>.

## Soluciones que podemos ofrecer en la farmacia a la "mujer menopáusica"

El abordaje de las distintas manifestaciones producidas durante el climaterio es necesario plantearlo desde una perspectiva biopsicosocial<sup>2,8</sup>. Habrá que tratar de identificar los síntomas que presenta y ofrecerle información y apoyo, promoviendo medidas no farmacológicas ante síntomas leves o estrategias preventivas. En ocasiones, éstas serán un complemento a la terapia farmacológica.

**Ante los sofocos**, es conveniente refrescar las mejillas con agua fría, evitar prendas calurosas, procurar entornos frescos (hacer uso de ventiladores, abanicos, etc), consumir bebidas frías y evitar comidas picantes, café, té, tabaco y alcohol.

Realizar ejercicio físico y evitar el sobrepeso podrían ser opciones beneficiosas para prevenir y evitar los sofocos<sup>2</sup>.

Se ha observado que la técnica de respiración rítmica es moderadamente eficaz y podría ser un tratamiento complementario para los síntomas vasomotores<sup>1,2</sup>.

**Ante la sequedad vaginal**, existen en la farmacia cremas hidratantes, geles y lubricantes que pueden aliviar el problema. Si los síntomas no mejoran es probable que se requiera tratamiento estrogénico tópico<sup>2</sup>.

### Ante los cambios de humor

Las técnicas de relajación tales como realizar respiraciones profundas, practicar tai chi, yoga, etc, son opciones complementarias para mejorar estos síntomas. Dichos cambios no se deben exclusivamente a los cambios hormonales; dependen fundamentalmente de la actitud que una misma adopte frente a la menopausia: "hay que aprender a disfrutar del cambio".

### Ante la incontinencia urinaria

Con el fin de rehabilitar la musculatura del suelo pélvico se puede recomendar realizar los denominados ejercicios de Kegel. Consisten en contraer y relajar repetidamente los músculos urogenitales para tonificar los músculos que controlan el flujo de orina. Si se hacen correctamente, dichos ejercicios son muy eficaces, pero se deben continuar indefinidamente.

### Ante la sexualidad

Como se ha comentado la disminución

hormonal no siempre es un factor determinante de disminución de libido<sup>2</sup>. Por lo que, en general, puede que se trate más de un asunto de actitud personal.

#### Tratamiento farmacológico

La decisión de comenzar un tratamiento farmacológico debe basarse en la intensidad de los síntomas, en la valoración de los riesgos asociados al tratamiento y en la opinión de la mujer sobre la menopausia y la medicación<sup>2</sup>.

#### Terapia Hormonal Sustitutiva en la perimenopausia y postmenopausia (THS)

Los estrógenos solos o asociados a progestágenos (THS) son la opción terapéutica más eficaz para paliar los síntomas vasomotores de intensidad moderada/severa. Mejoran los cambios atróficos en el aparato genitourinario y sus consecuencias (como la sequedad vaginal, la dispareunia, polaquiuria y tenesmo vesical)<sup>1, 2, 3</sup> y, a nivel óseo, reduce el riesgo relativo de fracturas vertebrales y no vertebrales<sup>2</sup>.

Sin embargo, la publicación de estudios, como Women's Health Initiative Trial (WHI) y Million Women Study (MWS) acerca de la seguridad de la THS utilizada por vía sistémica y a largo plazo mostraron un aumento de cáncer de mama, de endometrio y eventos cardiovasculares-ictus y enfermedad tromboembólica venosa<sup>1, 3, 6</sup>. Esto hizo que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitiese, en Enero de 2004, una nota informativa por la que se restringían las indicaciones de la THS<sup>6, 7, 9</sup>.

Por todo ello, en la actualidad, la THS está indicada en situaciones muy concretas; la decisión de tratamiento debe ser individualizada sopesando riesgo-beneficio, no tiene efectos preventivos y nunca se debe utilizar si no hay síntomas<sup>1, 2, 3, 9</sup>.

En líneas generales, la THS vía sistémica está indicada en:

- mujeres que presentan menopausia precoz (antes de los 45 años) con síntomas,
- mujeres con menopausia en "edad normal" con síntomas vasomotores intensos,
- o aquellas que presentan síntomas y alto riesgo de osteoporosis.

Por vía vaginal, dosis bajas de estrógenos resultan útiles para el tratamiento de la atrofia genitourinaria. Se absorben lentamente (la absorción sistémica es mínima), y es importante advertir que al inicio de tratamiento puede ser irritante<sup>2, 3</sup>.

La duración de tratamiento con THS depende de la indicación, siendo precisa la realización de **controles anuales** para determinar la continuidad del mismo. Como norma general para tratar los síntomas menopáusicos, se recomienda comenzar con la dosis mínima eficaz e ir ajustando dosis, no se suele exceder los 2 años de tratamiento, con excepción de los preparados tópicos vía vaginal con los que la que la terapia a largo plazo puede ser segura y eficaz<sup>2, 3</sup>.

**Progestágenos sólos:** dosis elevadas de progestágenos reducen de forma efectiva los sofocos. Sin embargo, no se ha demostrado su seguridad a largo plazo, incluida su relación con cáncer hormono-dependiente<sup>1, 2, 3</sup>.

**Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** pueden aliviar los síntomas vasomotores con una eficacia moderada<sup>1, 3</sup>. Pueden probarse durante períodos cortos, se debe prestar atención a los efectos secundarios y la interrupción del tratamiento debe ser gradual<sup>3</sup>.

**Gabapentina:** diversos estudios sugieren que la gabapentina podría disminuir los sofocos<sup>2, 3</sup>. Se necesitan más estudios al respecto.

### CONTRAINDICACIONES DE LA THS

(según especificación de las autoridades normativas)

#### En general, no debe prescribirse en las circunstancias siguientes:

- Cáncer de mama anterior o actual, o sospecha del mismo así como en tumores malignos dependientes de estrógenos conocidos o sospechados (como cáncer de endometrio).
- Hemorragia genital no diagnosticada.
- Hiperplasia endometrial no tratada.
- Tromboembolia venosa idiopática previa o actual (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar).
- Enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente (por ejemplo, angina, infarto de miocardio).
- Hipertensión no tratada.
- Enfermedad hepática activa.
- Hipersensibilidad conocida a las sustancias activas o a alguno de sus excipientes.
- Porfiria cutánea sintomática (contraindicación absoluta).

Tabla 1. Contraindicaciones THS<sup>3</sup>

#### Alternativas a la THS

Cuando el tratamiento con estrógenos no se tolera o está contraindicado (Tabla 1), se pueden considerar varios tratamientos:

**Tibolona:** es un esteroide sintético que se describe como un profármaco con actividad progestagénica, androgénica y estrogénica. Alivia los síntomas menopáusicos y conserva hueso, pero por el momento no se ha observado que reduzca el riesgo de fractura<sup>1, 3</sup>.

Entre los efectos adversos descritos se encuentran dolor abdominal, aumento de peso y cefalea<sup>2, 4, 6</sup>. Aunque en menor magnitud que la THS, la tibolona también incrementa significativamente el riesgo de cáncer de mama, y no se dispone de datos en cuanto al riesgo de cáncer de endometrio y enfermedad cardiovascular<sup>1, 2, 9</sup>.

**Fitoestrógenos**, sobre todo el grupo de las isoflavonas de soja, poseen acción estrogénica aunque no se ha investigado suficientemente<sup>1, 3</sup>. Pueden retrasar la osteopenia pero no se ha demostrado la reducción del riesgo de fractura<sup>3</sup>. A pesar de que no existen resultados concluyentes sobre la eficacia de los derivados de la soja, se están utilizando ampliamente en el tratamiento de los síntomas vasomotores<sup>2, 8</sup>.

En cuanto al perfil de efectos adversos, se han descrito efectos a nivel gastrointestinal (náuseas, diarrea, estreñimiento y flatulencia). A falta de más estudios no se recomiendan en mujeres con tumores hormono-dependiente o con antecedentes del mismo<sup>6</sup>.

## Problemas que pueden aparecer a largo plazo

Conforme aumenta la edad, es posible que puedan aparecer enfermedades como osteoporosis y/o riesgo de enfermedad cardiovascular. No son consecuencia exclusiva de la menopausia aunque ésta se convierte en un factor de riesgo más<sup>2</sup>.

### • Riesgo de osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por el descenso de masa ósea y un deterioro microarquitectónico del tejido óseo, que conduce a un aumento de la fragilidad ósea y del riesgo de fractura, especialmente de vértebras, cadera y muñecas<sup>2, 10</sup>.

La pérdida de hueso comienza de forma fisiológica durante la década de los treinta, viéndose incrementada durante los primeros años posteriores a la menopausia, y posteriormente se estabiliza de forma gradual<sup>2, 10</sup>.

La disminución de los niveles de estrógenos aumenta el riesgo de fracturas óseas, de forma que podemos decir que la menopausia no implica tener necesariamente osteoporosis pero si aumenta el riesgo de padecerla<sup>4</sup>.

Para conocer el riesgo que tiene de padecer fractura osteoprotética una mujer menopáusica asintomática (sin fracturas previas), se recomienda valorar la presencia de más factores de riesgo asociados (Tabla 2)<sup>10</sup>.

Cuando existan varios factores de riesgo, el método más seguro para confirmar el diagnóstico de osteoporosis o predecir el riesgo de fractura es la medición de la densidad de masa ósea (DMO), habitualmente mediante absorciometría de energía dual por rayos X central (DXA central)<sup>4, 10</sup>.

En nuestro entorno, la indicación de DXA está limitada al ámbito de atención especializada y se debe realizar en pacientes mayores de 65 años que tengan más factores de riesgo asociados<sup>10</sup>.

De los fármacos que existen en la actualidad para el tratamiento de la osteoporosis (Tabla 3) son más efectivos los destinados a retrasar la resorción ósea que los que promueven la remineralización ósea. Entre los primeros, los bifosfonatos y el raloxifeno son los principales utilizados en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis establecida<sup>4</sup>.

Los **bifosfonatos** se utilizan especialmente en mujeres posmenopáusicas de más de 65 años edad, con antecedentes de fractura osteoprotética. Actúan inhibiendo la resorción ósea y entre sus efectos adversos destacan los que se producen a nivel gastrointestinal. Utilizados a corto-medio plazo no han mostrado efectos adversos graves<sup>2, 3, 4</sup>.

Son considerados como los agentes mejor estudiados para la prevención de la pérdida ósea y reducción de fracturas osteoprotéticas.

En relación a los Moduladores Selectivos de los Receptores Estrogénicos (SERM), como raloxifeno, está permitido su uso para la prevención y tratamiento de osteoporosis vertebral en mujeres postmenopáusicas. No se ha demostrado que reduzcan el riesgo de fractura de cadera. En mujeres con postmenopausia temprana no alivian los síntomas climáticos e incluso pueden agravarlos<sup>3</sup>.

En resumen, la decisión de terapia farmacológica debe ser individualizada en base a la DMO, presencia de fracturas, otros factores de riesgo, y eficacia de los fármacos<sup>10</sup>.

En la actualidad, la **prevención** es el método más eficaz para tratar la osteoporosis, ya que una vez que la masa ósea ha disminuido resulta difícil de reemplazar<sup>2, 4</sup>.

A partir de la tercera década de vida, las intervenciones deberán tener como objetivo **reducir el índice de pérdida de masa ósea**. Esto incluye<sup>2, 4</sup>:

- Aumentar la ingesta de calcio a 1200mg/día (Tabla 4). Sólo cuando no se alcance dicha cantidad con la dieta se recurrirá al uso de suplementos de calcio.
- Asegurarse el aporte de vitamina D. No está justificado el suplemento de vitamina D a una persona que siga una dieta normal y una exposición moderada a la luz natural.
- Realizar ejercicio físico regular de tipo aeróbico (caminar, correr, ir en bici, etc), mantener un peso adecuado. Así se mantiene la DMO y se previenen fracturas.
- Evitar el hábito tabáquico y moderar el consumo de alcohol y cafeína.

No siempre es necesaria la administración de fármacos para la prevención de osteoporosis. De hecho, no está establecido el tiempo y la duración óptima de tratamiento farmacológico para optimizar los efectos beneficiosos sobre el hueso y minimizar los riesgos. El médico tras la valoración individualizada podrá determinar la necesidad del mismo<sup>2, 4, 10</sup>.

### • Riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV)

Las mujeres en edad menopáusica presentan mayor riesgo cardiovascular. Si bien, no se ha demostrado relación entre ECV y la disminución de estrógenos en la menopausia.

## FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS

FACTORES DE RIESGO MAYORES	FACTORES DE RIESGO MENORES
- Edad > 65 años	- Artritis reumatoide
- Fractura vertebral por compresión	- Estilo de vida sedentario
- Fractura por fragilidad después de los 40 años.	- Antecedentes de hipertiroidismo clínico
- Antecedentes familiares de fracturas osteoprotéticas (especialmente fractura de cadera materna)	- Tratamiento anticonvulsivante crónico
- Tratamiento general con glucocorticoides de > 3 meses de duración	- Fumador
- Síndrome de malabsorción	- Alcoholismo
- Hiperparatiroidismo primario	- IMC bajo. Peso < 57 kg
- Propensión a las caídas	- Adelgazamiento > 10 % del peso a los 25 años
- Osteopenia aparente en una radiografía	- Tratamiento crónico con heparina
- Hipogonadismo	- Ingesta baja de calcio
- Menopausia precoz (antes de los 45 años)	- Ingesta excesiva de cafeína

Tabla 2. Factores de riesgo de osteoporosis<sup>2, 10</sup>.

La ECV se caracteriza por tener una etiología multifactorial. El incremento de riesgo coronario esta ligado sobre todo al aumento de factores de riesgo que aparecen con la edad. Los factores más importantes y, que a su vez, se potencian entre si aumentando el riesgo coronario son el envejecimiento, la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad, el sendetarismo y los antecedentes familiares<sup>2</sup>.

### Aclarando dudas... argumentos

En torno a la menopausia existen mitos y falsas creencias que en ocasiones son los responsables de fracasos terapéuticos. Desde las farmacias es posible acabar con ellos así como aclarar dudas frecuentes que se plantean en esta etapa. A continuación se recogen algunas de estas cuestiones con sus correspondientes aclaraciones.

#### *“La menopausia es una enfermedad que siempre requiere tratamiento farmacológico”*

No es una enfermedad, es una etapa más en la vida de la mujer. Los síntomas asociados a la menopausia se pueden paliar con medidas no farmacológicas aunque en algunos casos se requiere tratamiento con medicamentos<sup>1,2</sup>.

#### *“Creo que mi calidad de vida va ir a peor”*

No necesariamente. Es muy importante que la mujer esté informada sobre los cambios que se pueden producir y las medidas que cada mujer puede adoptar para el autocuidado de la salud: “Puede ser la mejor etapa de la vida”<sup>1</sup>.

#### *“Es seguro que voy a engordar”*

No tiene por qué ser así. En la menopausia se producen cambios metabólicos, que determinan un aumento de la grasa corporal, y un cambio en la distribución de la misma. La grasa corporal que a los 20 años es del 26%, pasa al 33% a los 40 y al 42% a los 50 años<sup>11</sup>. Una dieta pobre en grasa y ejercicio físico diario contribuirán a evitar el sobrepeso. Es importante tener en cuenta que el problema no es sólo estético, sino que con el sobrepeso/obesidad aumentan los riesgos de enfermedades tales como diabetes y ECV<sup>2</sup>.

#### *“Me preocupa la osteoporosis, no puedo prevenirla”*

Se trata de una enfermedad no dolorosa

en la que los huesos se vuelven más frágiles, aumentando la probabilidad de fractura. La mayor pérdida se ve incrementada durante los primeros años posteriores a la menopausia, estabilizándose gradualmente. La menopausia no implica tener necesariamente osteoporosis pero si aumenta el riesgo de padecerla. Para prevenirla se recomienda aumentar la ingesta de alimentos ricos en calcio y vitamina D, practicar ejercicio físico, mantener un peso adecuado y exponerse moderadamente al sol<sup>10,11</sup>.

#### *“Sé que los tratamientos hormonales son muy peligrosos”*

Utilizados bajo control médico y durante un tiempo limitado resultan seguros y eficaces para los sofocos y la sequedad vaginal<sup>11,2,3</sup>.

#### *“Es seguro que me voy a deprimir”*

La asociación entre depresión y menopausia no está probada. Las circunstancias culturales o sociales parecen influir más que la menopausia en sí<sup>2</sup>.

#### *“Los tratamientos naturales resultan seguros y eficaces”*

Los fitoestrogenos, tanto en forma de suplementos como en la dieta no han mostrado resultados concluyentes sobre los síntomas vasomotores, a pesar de esto se están utilizando ampliamente en el tratamiento de los sofocos.

Ni la homeopatía ni la vitamina E se recomiendan en el tratamiento de los síntomas vasomotores<sup>2</sup>.

*Cimicifuga racemosa* no ha demostrado de manera concluyente su eficacia en el tratamiento de los sofocos. Recientemente la AEMPS ha emitido una nota informativa sobre la aparición de casos que la asocian con fallo hepático u hepatitis autoinmune<sup>6,13</sup>.

Por último, ningún extracto orgánico o de hierbas es una alternativa adecuada a THS<sup>3</sup>.

Las mujeres deben ser informadas sobre la escasa efectividad de los “tratamientos naturales” y de la ausencia de datos sobre sus efectos adversos.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **ANTIRREABSORTIVOS:**
  - estrógenos (THS)
  - bifosfonatos
  - raloxifeno
  - calcitonina
  - calcio
  
- **OSTEOFORMADORES:**
  - teriparatide
  - fluoruros
  - fosfatos
  - factores de crecimiento
  
- **Efecto DUAL:**
  - vitamina D
  - ranelato de estroncio
  - progestágenos
  - anabolizantes

Tabla 3. Fármacos para el tratamiento de osteoporosis<sup>10</sup>.

### RACIONES DE CALCIO

Tabla equivalencias en contenido de calcio.

**1 vaso leche 200cc = 250 mg de calcio. Equivale a :**

- 2 yogures.
- 2 cuajadas.
- 2 petit suisse.
- 2 flanes.
- 30g queso curado y/o de bola.
- 75g queso cremoso.
- 150g queso de Burgos.
- 250g requesón.
- 1 lata de sardinas.
- 2 platos de legumbre, acelgas, espinacas, cardos.
- 5 naranjas o 10 mandarinas.
- 2 puñados de frutos secos.
- 12 higos secos.

Tabla 4. Equivalencias en contenido de calcio<sup>10</sup>.

### Consejos para sentirse mejor en esta nueva etapa

Las principales medidas que se pueden llevar a cabo son eficaces y resultan muy sencillas de implantar en la vida diaria. El profesional debe insistir en la importancia de llevarlas a cabo para sentirse mejor durante el climaterio.

**- Fomentar la autoestima.** Es importante que la mujer dedique más tiempo para ella. Hay que animarle a que desarrolle aficiones que hasta ahora ha descuidado.

**- Realizar ejercicio físico moderado y de forma regular** (caminar mínimo media hora/día, andar en bici, nadar, etc.) proporciona bienestar y retarda la aparición de trastornos.

**- Llevar una dieta adecuada.** Como existe mayor tendencia a aumentar de peso y a la aparición de hipertensión arterial, colesterol alto, etc, es preciso reducir el consumo de grasas y azúcares así como aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales. Además, se incrementará el consumo de calcio o derivados.

- **Evitar tabaco, exceso de café y otros estimulantes** que perjudican tu salud.
- **Realizar controles de tensión arterial, colesterol y glucosa.**
- **Acudir a las revisiones ginecológicas,** resulta imprescindible para prevenir problemas típicos de esta etapa. El médico será el que valore la severidad de los síntomas y la necesidad de tratamiento.

**- Evitar la automedicación con hormonas u otros medicamentos.** Si el médico ha pautado un tratamiento hay que fomentar el cumplimiento terapéutico así como realizar seguimiento farmacológico del mismo.

**Mónica Godino**

## BIBLIOGRAFÍA:

1. NIH State of the Science Panel. National Institutes of Health State of the Science Conference Statement: Management of Menopause Related Symptoms. Ann Intern Med. 2005; 142 (12 Pt1): 1003-13.
2. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.  
Disponible en: <http://www.semfyce.es/uploads/entrades/entrada/208806/menopausia.pdf>
3. Recomendaciones de un taller de expertos. Recomendaciones prácticas para la terapia de sustitución hormonal en la perimenopausia y postmenopausia. Climacteric 2004; 7: 210-216.
4. Sweetman SC editor. Martindale. Guía completa de consulta farmacéutica 2ª ed. Barcelona: Pharma Editores, S.L.; 2005.
5. Coutado A. Menopausia y terapia hormonal. Guías clínicas [serie en linea] 2004 marzo [citado 29 de agosto de 2006]; 4(9): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/menopausia.asp>
6. Síntomas vasomotores de la menopausia. Infac 2005; 8 (13): 29-32.
7. Fernández JM, Calleja J. Situación actual del tratamiento del síndrome vasomotor. Ginecología y Obstetricia Clínica 2005; 6(1): 53-61.
8. Landa J, López A. Actuación ante la paciente durante el climaterio. En: Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, editor. Recomendaciones prácticas para el médico de familia. Madrid: SCM; 2005. p.273-76.
9. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota Informativa de la AEMPS sobre la restricciones de las indicaciones terapéuticas de la Terapia Hormonal de Sustitución en la Menopausia. Enero 2004 (Ref 2004/01).  
Disponible en: [http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/THS\\_restriccion-enero04.htm](http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/THS_restriccion-enero04.htm)
10. Hervás A, Hermoso de Mendoza M, Bartolomé R, Forcén T. Documento para el manejo de la osteoporosis en Atención Primaria. Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (SNAMFAP), editor. Pamplona: SNAMFAP; 2005.
11. Grupo MBE Galicia. Osteoporosis. Guías clínicas [serie en linea] 2003 octubre [citado 29 de agosto de 2006]; 3 (24): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/osteoporosis.asp#mismo>
12. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) [página principal]. Madrid; [citado 29 de agosto de 2006].  
Disponible en: <http://www.aeem.es/index.php?seccion=menopausia&subseccion=cambios&flash=1&user=#>
13. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota Informativa de la AEMPS sobre el extracto de la raíz de "cimicifuga racemosa" y lesiones hepáticas. Julio 2006 (Ref 2006/06).  
Disponible en: <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/cimicifuga.htm>

**Centro de  
Información de  
Medicamentos**

**Directora  
Farmacéuticas**  
**Teléfonos**  
**Edita**  
**Depósito legal**

**María Puy Pérez**  
María Pilar Ardanaz, Eva Armendáriz, Mónica Godino, Arantza Viamonte, Mº José Viñas  
948 22 48 05 - 948 22 16 16 **Fax** 948 22 16 16 **e-mail** [cimna@redfarma.org](mailto:cimna@redfarma.org)  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. c/ Navas de Tolosa, 19-3º. 31002 PAMPLONA  
NA-569/2003

**Horario del CIM**

**Lunes a Viernes:** de 7,30 h. a 14,30 h. y de 16,30 h. a 19,30 h.  
**Sábados:** de 8 h. a 14 h.