

Dra. Claudia Rey

FACOG

**Especialista en
Ginecología**

**Fellow American
College ACOG**



**Especialista
Consultor en
Climaterio
(AAPEC)**

**Miembro CD de
AAPEC,
Vice-Presidente
(Dic. 2016 - 2018)
Coordinadora del
EEA**



Miembro IMS



**AAPEC 2017 CÓRDOBA
4º CURSO UNIVERSITARIO
DE POSTGRADO DE
FORMACIÓN EN CLIMATERIO.
PRESENCIAL ANUAL**

***“Terapias Alternativas
en el Tratamiento del
Síndrome Climatérico”***

Dra. Claudia Rey

08 - 09 - 2017

SÍNDROME CLIMATÉRICO & THM

POSICIÓN IMS



INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY
THE SOCIETY FOR THE STUDY OF ALL ASPECTS OF THE CLIMACTERIC IN MEN AND WOMEN

La THR sigue siendo la terapia más efectiva para los síntomas vasomotores y para la atrofia urogenital. Con THR pueden mejorar otras molestias relacionadas a la menopausia tales como dolores articulares y musculares **cambios del ánimo, trastornos del sueño y disfunción sexual** (incluyendo disminución de la libido). La calidad de vida y la disfunción sexual también pueden mejorar. La administración de THR individualizada (incluyendo preparados androgénicos cuando corresponda) puede mejorar tanto la sexualidad como la **calidad de vida global.**

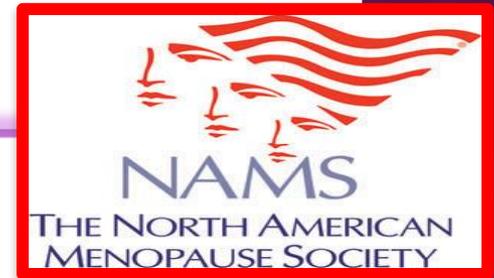
April 2016

***UPDATE 2016 IMS RECOMMENDATIONS ON WOMENS MIDLIFE HEALTH AND MENOPAUSE HORMONE THERAPY. *Climacteric* 2016;19:109-150**



SÍNDROME CLIMATÉRICO & THM

POSICIÓN NAMS



- El Tto de los SVM moderados a severos es la principal indicación para la TH
- Los beneficios superan los riesgos para la mayoría de las ♀ sanas y sintomáticas < de 60 años, o dentro de los 10 años de la última menstruación.

Menopause, Vol. 24, No. 7, 2017.

Menopause, Vol. 24, Nro. 7, P. 728-753, 2017.
The 2017 Hormone Therapy Position Statement of the North American Menopause Society

PERO

- Muchas ♀ sintomáticas **rechazan usar THM**
- **Resultados adversos de EC (WHI - 2002)** → llevaron a muchas ♀ a **buscar Terapias Alternativas**
- Otras presentan **contraindicaciones relativas o absolutas, a la THM**
- **10 a 15 % ♀ PM** que mantiene los **síntomas en edades avanzadas**



Opciones Terapéuticas Alternativas a la THM, para el manejo del Sdre. Climatérico en este grupo de pacientes.

OPCIONES TERAPEÚTICAS

➤ 1 - Intervenciones Farmacológicas No Hormonales

Terapias Alternativas y Complementarias

- ❖ Fitoestrógenos
- ❖ Cimicífuga Racemosa
- ❖ Vitamina E

Diferentes Agentes Activos:

- ❖ Clonidina
- ❖ IRSS
- ❖ IRSN
- ❖ Gabapentin

➤ 2 - Intervenciones No Farmacológicas

TERAPIAS ALTERNATIVAS

FITOESTRÓGENOS



FITOESTRÓGENOS Y SVM

Fitoestrógenos: comp. vegetales con acción biológica,
Estructura química y función = 17 β Estradiol

- **Unen a RH: Pref. RE β** (β : cerebro, CV, hueso, ovario, tracto UG)
- **Tratamiento SVM Leves a Moderados**



Efectividad en SVM leves - mod: \downarrow 40 %
(Placebo 30%. \neq THM 90%)

(Paul R. Gordon et al. Menopause 2006; 13; 4: 565-575.)

➤ Son constituyentes de plantas. **Se encuentran en una amplia variedad de plantas comestibles.** Hay **3 Tipos de Fitoestrógenos:**

➤ **Isoflavonas:** F. + usados. Las princ: **Genisteína, Daidzeína, Gliceteína.** Presentes en los **productos de soja.** Las Isoflavonas tmb se encuentran en el **trébol rojo (red clobster)**



➤ **Lignanos** (Enterodiol y Enterolactone): En **cereales, granos y porotos**

➤ **Cumestanos:** En grandes cantidades en **alfalfa y brotes de trébol;** y en < cantidad en **arvejas y porotos**



FITOESTRÓGENOS - REVISIÓN DE EVIDENCIA



✓ Un estudio, Carmignani et al → mostró una reducción en SVM similar a la dosis

Las Preparaciones de Isoflavonas derivadas de la Soja o Trébol Rojo



han demostrado una **reducida eficacia** en **pequeños ensayos aleatorizados y pequeños meta-análisis**

una
soja +
30 ♀
↓
cos,

ja
ora

ptoms:

a meta-analysis and systematic review". *Climacteric* 2015; 18: 260-269.)

Thomas A et al.
Maturitas 2014;78:263-76



Dra. Claudia Rey, FACOG₈ Vice-Presidente AAPEC
Coordinadora EEA

FITOESTRÓGENOS & SVM : REVISIÓN CHROCRANE

Revisión Sistemática de Cochrane, Lethaby A, Kronenberg F, Roberts H, Eden J, Brown J. Phytoestrogens for menopausal VMS.

Cochrane Database Syst Rev 2013.

Roberts and Lethaby. *Maturitas* 2014;78:79-81.

➤ Soja

algún

➤ Extra

intensi

➤ Extra

frecue

➤ Geni

40 %, e

sobre e

➤ Equo

Los EC aleatorios y comparativos sobre Isoflavonoides de Soja revisados en los análisis



han encontrado que NO son más eficaces que el Placebo

Seguridad: Ningún efecto sobre Endometrio. Efectos mixtos s/ citología vaginal

TERAPIAS ALTERNATIVAS

CIMICÍFUGA RACEMOSA



CIMICÍFUGA RACEMOSA (BLACK COHOSH)

Cimicífuga Racemosa

- Sus raíces → en ≠ Ttos médicos
- NO actúa en RH, en RE



Se une a Receptores ST HipoT.

- Dosis 40 mg/d: ↓ SVM leves a mod
- ECA → 132 ♀ con Ca Mama que recibieron C. Racemosa
→ se observó una leve ↓ en score de sofocos (20%) en relación al Pbo (7%)



Loprinzi CL, Pockaj Ba et al. "Phase III double-blind, randomized, placebo- controlled crossover trial of black cohosh in the management of hot flashes: trial n01cc1". *J Clin Oncol.* 2006; 24(18):2836-41.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

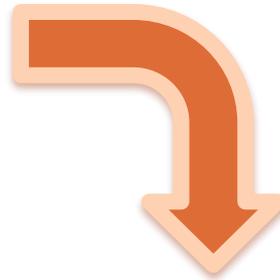
VITAMINA E



VITAMINA E



Vitamina E



Postulada para el Tto de Sofocos, en dosis de 50 a 100 mg/día

Un EC doble ciego q comparó **Vit. E con Pbo y E₂** →
la Vit. E NO es mejor q Pbo (26% vs 33%) en el Tto SVM

Kronenberg F et al. "Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. . . Ann Intern Med. 2002; 137(10):805-13.

Barton dl, Loprinzi cl, Quella sK, et al. Prospective evaluation of vitamin e for hot flashes in breast cancer survivors. J clin oncol. 1998; 16(2):495-500.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

CLONIDINA



CLONIDINA

Antihipertensivos y SVM



Clonidina: agonista $\alpha 2$ adrenérgico central, q \downarrow la descarga simpática del SNC. Utilizado habitualm´ como Tto Anti-HTA.

Algunos beneficios para sofocos vs con Pbo

Dosis: 0.1 mg/día oral, y 0.1 mg transdérmica/día



Efectividad $\rightarrow \downarrow$ 37 – 46 % frec. e intensidad d/sofocos

- **Ef. Adversos:** + Trast. del sueño, que Pbo (41% vs 21%) \rightarrow limitan su uso
- **Otros Ef. 2º signif:** somnolencia, mareos, sequedad de boca, constipación \rightarrow limitan su uso clínico. No se han observado con estas dosis alteraciones de TA.

Es ligeram´ + eficaz q Pbo en reducir sofocos en un Meta-análisis de 10 estudios.

Nelson HD, Vesco KK, Haney E, et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. JAMA 2006;295:2057–71.

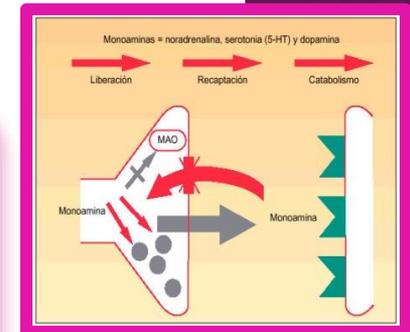
Baber RJ, Fenton A. y el grupo colaborativo IMS. Recomendaciones IMS 2016, obre salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopausia. CLIMACTERIC 2016; 19:109–50.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

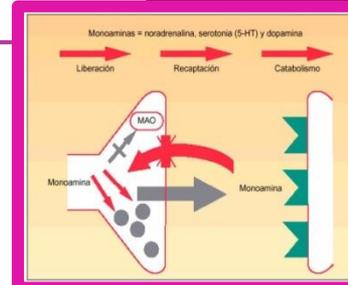
**MODULADORES DE LA
NEUROTRANSMISIÓN:**

NUEVOS ANTIDEPRESIVOS:

IRSS – IRSN



MODULADORES DE LA NEUROTRANSMISIÓN: NUEVOS ANTIDEPRESIVOS: IRSS - IRSN



- Drogas ampliamente estudiadas en pacientes c/Ca Mama
- Mec. de acción: no está claro, el beneficio sobre los mismos es independiente y de forma + precoz q su efecto antidepresivo

Rapkin AJ. "Vasomotor symptoms in menopause: Physiologic condition and central nervous system approaches to treatment". *Am J obstet Gynecol.* 2007;196 (2):97-106, en **Belardo A, Domingo L.** "Guía para el manejo de los síntomas menopáusicos en mujeres con cáncer de mama". Artículo de revisión. *Revista Htal Italiano*, 2009.

TERAPIAS NO HORMONALES

MODULADORES DE LA NEUROTRASMISIÓN: NUEVOS ANTIDEPRESIVOS

Manejo de SVM con Antidepresivos Modernos

Los **Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (IRSS)**
y los **Inhibidores de Recaptación de Serotonina y NA (IRSN)**

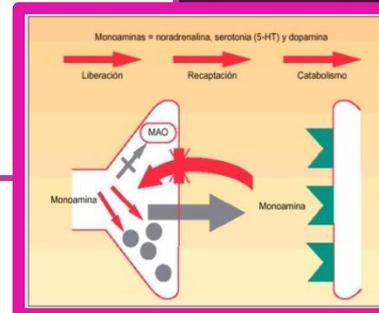


son **efectivos** en la **reducción de SVM** en **estudios de corto plazo**
Su **seguridad a largo plazo** necesita mayor evaluación

***Alivian la inestabilidad vasomotora, a través de mantener una relación Serotonina/NE óptima, en el Ctro Hipot. Termorregulador, x lo que pueden ser una opción No Hormonal para Tto de SVM**

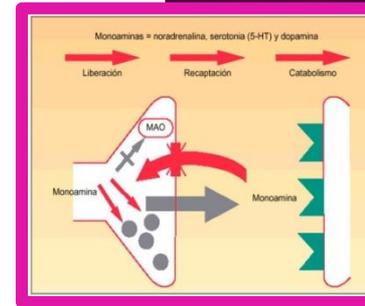
➤ **Varios IRSS e IRSN han sido estudiados** en ECA **para el Tto de SVM** con **resultados variados**

Baber RJ, Fenton A. y el grupo colaborativo IMS. Recomendaciones IMS 2016 sobre salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopausia. CLIMACTERIC 2016; 19:109–50.



TERAPIAS NO HORMONALES

MODULADORES DE LA NEUROTRANSMISIÓN: NUEVOS ANTIDEPRESIVOS



Los **Inhibidores de Selectivos Recaptación de Serotonina, IRSS**:

- ✓ **Paroxetina**
- ✓ **Fluoxetina**
- ✓ **Sertralina**

Los **Inhibidores de Recaptación de Serotonina/NE, IRSN**:

- ✓ **Venlafaxina**
- ✓ **Desvenlafaxina**

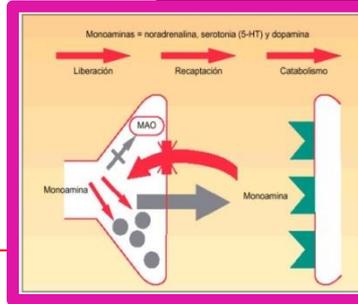
Importantes estudios han demostrado q tanto los **IRSS**: Paroxetina, Fluoxetina y Citalopram, como los **IRSN**: Venlafaxina y Desvenlafaxina, **fueron + eficaces q el Pbo**, en la **reducción de sofocos**, en estudios a corto plazo, en ♀ con Ca Mama

Stearns V. "Clinical update: new treatments for hot flushes". Lancet. 2007; 369(9579):2062-4.

Speroff I, Gass M et al. "Efficacy and tolerability of desvenlafaxine succinate treatment for menopausal vasomotor symptoms: a randomized controlled trial". Obstet Gynecol. 2008; 111(1):77-87.

TERAPIAS NO HORMONALES

MODULADORES DE LA NEUROTRASMISIÓN: NUEVOS ANTIDEPRESIVOS



- **Dosis usadas:** son muy **inferiores a dosis anti-depresivas**
- **Efectividad:** ***SVM ↓ en 40-50% al cabo de 2-3 semanas***
- **Efectos Adversos: 10-20%:** alteraciones del sueño, insomnio, somnolencia, disfunción sexual (**anorgasmia y ↓libido**), náuseas, seq. de boca, constipación. **Para evitar** estos **efectos 2º** es conveniente **Iniciar el Tto a dosis bajas con incrementos graduales de dosis → minimiza Ef. 2º**

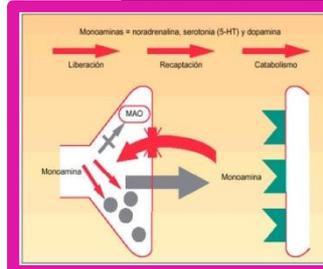
Bezchlibnyk K. et al. "Clinical handbook of Psychotropic Drugs." 15th Ed. Cambridge MA: Hogrefe and Huber, 2003: 2-42.

- **Interrupción → ↓dosis gradualm´c/ 2 semanas, para evitar los síntomas de abstinencia**

Sideras K, Loprinzi CL. Nonhormonal management of hot flashes for women on risk reduction therapy. J Natl Compr Canc Netw 2010;8:1171-9.

Baber RJ, Fenton A. y el grupo colaborativo IMS.Recomendaciones 2016 de la IMS sobre salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopausia. CLIMACTERIC 2016; 19:109-50.

PAROXETINA



➤ **Paroxetina** → 12,5 mg/día, durante 1 sem.

Luego ↑ 25 mg/día, durante 4 semanas

↓ Sofocos (frec e intensidad) → Pobl. Gral ♀ PM 62% vs Pbo 38%

Stearns V et al. (ECAP) "Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial". JAMA 2003; 289(21):2827-34.

Además mejoró: ansiedad, depresión y sueño, por lo tanto: calidad de vida

↓ Sofocos → ♀ PM Ca Mama 67 % vs Pbo 35%

Demostró q teniendo en cuenta la relación Eficacia/Ef. adversos, la dosis óptima de Paroxetina era: 12.5 mg/día. Los Ef. Adv. son dosis dep.

Ef. Adversos: mareos, náuseas, somnolencia, ↑ peso.

Stearns V et al. "Paroxetine is an effective treatment for hot flashes: results from a prospective randomized clinical trial". J clin oncol. 2005; 23(28):6919.

Especial atención merecen los estudios con

* **Paroxetina y Fluoxetina**

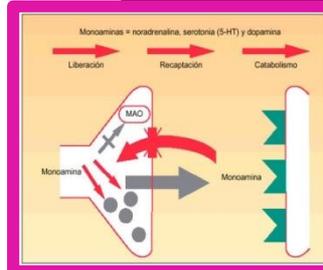
ambos interfieren con el Citocromo P450 y, en consecuencia, pueden reducir y limitar el efecto del Tamoxifeno

Stearns V, Johnson MD et al. "Active Tamoxifen metabolite plasma concentrations after administration of Tamoxifen and the selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine." J Natl Cancer Inst 2003;95(23):1758-64.

Loprinzi CL, Sloan JA et al. "Phase III evaluation of fluoxetine for treatment of hot flashes. J clin oncol. 2002;20(6):1578-83.

FLUOXETINA – SERTRALINA

➤ **Fluoxetina** → 10 -20 mg/día



Fluoxetina y Sertralina



NO se asocian a reducciones signif. de sofocos en EC controlados contra placebo, por lo tanto no se recomiendan para el Tto de SVM

Et. Adv: náuseas, diarrea, ansiedad



ESCITALOPRAM

Escitalopran → **10** - 20 mg/día

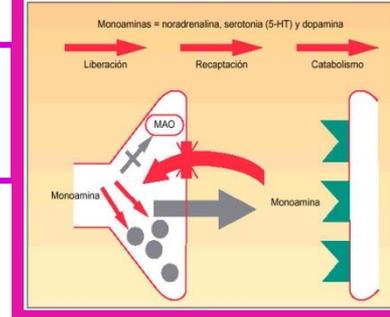
↓sofocos 53 % vs Pbo (↓30%)

XXIV Reunión Anual de Sociedad Norte Americana de Menopausia (NAMMS), Dallas, Texas, USA. Octubre 2013

Ms FLASH 1: ECA doble ciego, controlado con Pbo, de 8 sem de duración

Obj: Evaluar la Efectividad del Escitalopran en la reducción de frecuencia y severidad de SVM

- **observó:** signif. Reducción en Frecuencia y molestias de SVM
 - Más de la mitad de ♀ → mejoría en Frec del 50%
 - Mejoría desde la 1º semana
 - Alta tasa de satisfacción (70%)
 - Baja tasa de abandono por efectos adversos



VENLAFAXINA

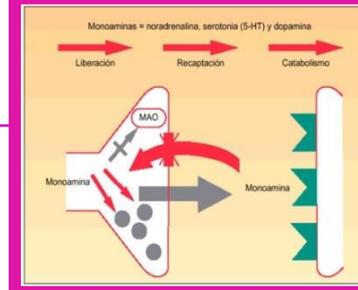
1º antidepresivo probado un IRSN

Venlafaxina → 37,5 -75 mg/día

- ECA doble ciego, controlado c/Pbo, con **Venlafaxina** en dosis de **37.5, 75 y 150 mg/día** → **mostró efecto beneficioso:**
 - ✓ En la 1º semana del Tto
 - ✓ **Al mes d/Tto:**
 - ↓ **37% SVM** con dosis **37.5 mg/d**
 - ↓ **61%** con dosis **75 mg y 150 mg/d**
- ↓signif. de SVM en 3 grupos c/ Venlafaxina vs Pbo 27%

Loprinzi CL Kugler et al. "Venlafaxine in management of hot flashes in survivors of breast cancer: a randomised controlled trial". *Lancet.* 2000; 356(9247):2059.

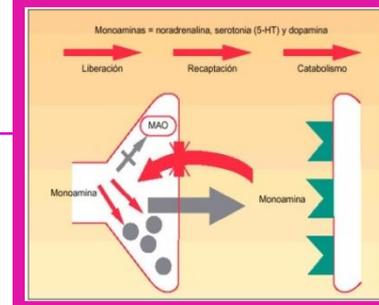
- Se observaron dif. signif. en los Ef.. Adversos y las dosis utilizadas:
 - a > dosis → + Ef. Adversos: sequedad mucosas, ↓ apetito, náuseas, constipación



VENLAFAXINA

Venlafaxina → 37,5 - 75 mg/día

XXIV Reunión Anual de NAMS, Dallas, Texas, USA. Octubre 2013



Ms FLASH 3: ECA doble ciego, controlado con Pbo, de **8 sem de duración** → **Obj:** Evaluar efectividad de un IRNS, la **Venlafaxina de Lib. Prolongada** y una **Baja Dosis de Estradiol**, en la **reducción de frecuencia e intensidad SVM vs Pbo**

339 ♀ 40 a 62 años randomizadas en **3 brazos:**

- **17β-Estradiol:** baja dosis oral, de 0,5 mg/día (n = 97)
- **Venlafaxina Lib. Prolong. XR 37,5 mg/d**, durante 1 semana y 75 mg/d x 7 semanas (n = 96)
- **Placebo** (n=146)

Resultados: Estradiol: ↓ 53 %, Venlafaxina: ↓ 48 %, Pbo: ↓ 29 %

DESVENLAFAXINA

Desvenlafaxina : Metabolito + activo de la Venlafaxina

Desvenlafaxina → 100 mg/día, x 12 semanas

Ideal dosis graduales para Inicio e Interrupción

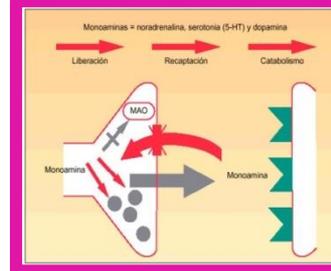
Eficaz control SVM

- ECA → **Desvenlafaxina** en dosis de **100 mg/d** → presentó una signif. ↓ sofocos del **64%**, luego de **12 semanas** de Tto vs Pbo ↓ 29%
Ef. Adv: HTA y ECV, náuseas, insomnio, boca seca
Grupo c/50 mg/día → < Ef. Adv. y < tasa de abandono

Speroff I, Gass M, et al. "Efficacy and tolerability of Desvenlafaxine succinate treatment for menopausal vasomotor symptoms: a randomized controlled trial". *Obstet Gynecol.* 2008 ; 111(1):77-87.

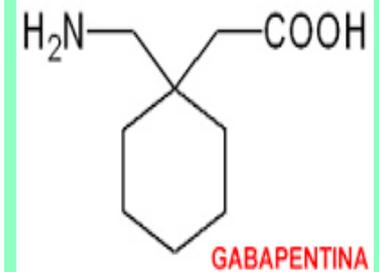
- **Desvenlafaxina** ha demostrado rápida acción, eficacia y buena tolerancia

Stearns V. "Clinical update: New treatments for hot flashes". *Lancet.* 2007; 369 (9579):2062-4.

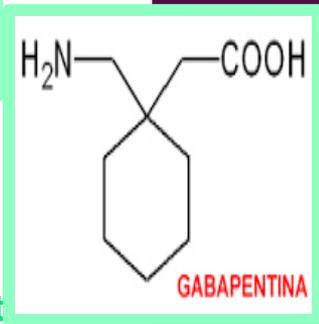


TERAPIAS ALTERNATIVAS

GABAPENTINA



ANTIEPILEPTICOS Y SVM



➤ **Gabapentina (Análogo GABA) →**

Ácido Gamma Amino Butírico. Indicado para Tto d/Epilepsia y Dolores neuropáticos crónicos.

➤ **Única Tpia Farmacológica No Hormonal → c/demostrada Eficacia = a THM p/Tto SVM, en dosis de 900 mg/día**

Dosis altas: 300 mg/3 veces al día: ↓ SVM en forma similar a ECE 0.625 mg

Reddy SY et al. "Gabapentin, estrogen, and placebo for treating hot flashes: a randomized controlled trial". Obstet Gynecol, 2006 ; 108(1):41-8.

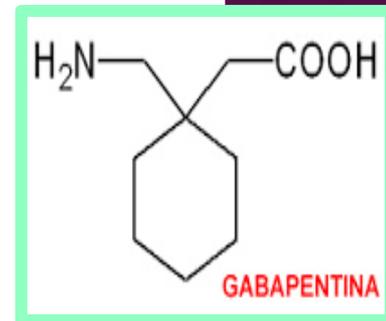
➤ **Eficaz en ↓ SVM en Pac. c/Ca Mama y en Pac c/ Menopausia espontánea, o inducida x Qt.**

Pandya KJ, Thummala AR et al. "Pilot study using Gabapentin for Tamoxifen- induced hot flashes in women with breast cancer treatment". 2004; 83(1):87- 9

Pandya KJ, Morrow Gr, et al. "Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer: a randomised double- blind placebo- controlled trial". Lancet. 2005;366(9488):818-24

GABAPENTINA

- NO presenta CI absolutas
- **Recomendado en Pac. c/Ca Mama**
- **Ef. Adversos: 20%** refiere: mareos, somnolencia, desgano → aparecen luego de la 1º semana y resuelven luego de la 4º semana
- **NO causa disfunción sexual** y parece ser **mejor tolerado**



A ≠ de IRSS/IRSN

- NO presenta interacciones con otras drogas
- Su **discontinuación** → **NO produce Sde. de Abstinencia**
- **Alternativa eficaz para sustituir los IRSS/IRSN** ante: falta de resp, o mala tolerancia; o aparición de disfunción sexual durante el Tto c/ IRSS
- **Debería ser utilizado como 1º Línea de Tto en paciente con Ca Mama**

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- **Meditación**
- **Relajación**
- **Respiración controlada**

Parecen prometedores en el manejo de SVM, pero son necesarios más EC

- **Terapia cognitiva-conductual**
- **Entrenamiento mental**

Carpenter JS, Burns DS, Wu J, et al. Paced respiration for vasomotor and other menopausal symptoms: a randomized, controlled trial. J Gen Intern Med 2013;28:193–200.

Norton S, Chilcot J, Hunter MS. Cognitive-behavior therapy for menopausal symptoms (hot flushes and night sweats): moderators and mediators of treatment effects. Menopause 2014;21:574–8.

- **Hipnosis: reduce SVM y mejora calidad del sueño**

Elkins GR, Fisher WI, Johnson AK, Carpenter JS, Keith TZ. Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial. Menopause 2013;20:291–8.

- **Acupuntura:** no han demostrado un claro beneficio para reducir SVM, aunque un meta-análisis sugiere un pequeño beneficio
- **Ejercicio: efectos beneficiosos sobre de ánimo, salud CV y ósea,** pero la evidencia sugiere que tiene escaso papel para manejar la inestabilidad vasomotora.

Daley AJ, Thomas A, Roalfe AK, et al. The effectiveness of exercise as treatment for vasomotor menopausal symptoms: randomised controlled trial. BJOG 2015;122:565–75.

- **Bloqueo d/ Ganglio Estrellado:** reduce SVM en 50% durante un periodo de varios meses. Esta técnica parece segura y bien tolerada.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

SINDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

ATROFIA VVG : SGM

➤ Si el **estrógeno local** → es **ineficaz o no aceptado**: los **lubricantes y humectantes vaginales** pueden aliviar los síntomas de sequedad

Nuevas Terapias:

✓ **Uso tópico diario de DHEA**: es prometedor en el Tto de VVA y de los síntomas sexuales asociados, debido a un perfil seguro en ♀ con CI para THM.

Archer DF, Labrie F, Bouchard C, et al.; other participating members of the VVA Prasterone Group. Treatment of pain at sexual activity (dyspareunia) with intravaginal dehydroepiandrosterone (prasterone). Menopause 2015;22:950–63

Su eficacia parece desaparecer cuando se administra solo dos veces por semana.

Bouchard C, Labrie F, Archer DF, et al.; VVA Prasterone Group. Decreased efficacy of twice-weekly intravaginal dehydroepiandrosterone on vulvovaginal atrophy. Climacteric 2015;18:590–607

ATROFIA VVG → SGM

Nuevas Terapias:

Ospemifeno: SERM aprobado en **dosis de 60 mg, vía oral**, indicado para el **Tto sistémico de la dispareunia mod. a severa**, en ♀ que no están dispuestas a recibir Tto c/estrógenos locales o sistémicos

Nappi RE, Panay N, Bruyniks N, Castelo-Branco C, de Villiers TJ, Simon JA. The clinical relevance of the effect of ospemifene on symptoms of vulvar and vaginal atrophy. Climacteric 2015;18:233-40

El **Lasofoxifeno:** otro SERM, actualmente en fase de investigación

CONCLUSIONES

- El Tratamiento de los SVM y del SGM sin hormonas es posible, y puede ser la única opción en mujeres con contraindicación a la THM.
- Varios agentes farmacológicos disminuyen la frecuencia e intensidad de los SVM, constituyendo las **Terapias Alternativas a la THM**, como los **Fitoestrógenos; Cimicífuga Racemosa; Nuevos Antidepresivos: IRSS y IRSN; Antiepilépticos e Intervenciones No Farmacológicas.**
- La **efectividad de Terapias Alternativas y Complementarias es inferior a THM.**
- Son de **limitada eficacia** y la **seguridad a largo plazo no ha sido establecida**, dado que los trabajos fueron realizados a corto plazo, x 8 a 12 semanas.
- El tiempo óptimo de **duración del Tto no está establecido**. Con fines prácticos, **si el Tto no resultara eficaz en 4 semanas: debe ser discontinuado**, debido a la baja probabilidad de respuesta luego de transcurrido dicho plazo. Tener presente que es **recomendable ↓ gradualm´ su uso para evitar el Sdre. de Abstinencia**, principal problema de los agentes de vida media corta, como **la Venlafaxina y Paroxetina.**

CONCLUSIONES

- Basándose en la evidencia actual, en este grupo de Pac con SVM de moderados a severos, es razonable considerar algún IRSS/IRSN, o Gabapentin como Tto de 1º Línea, por ser eficaces en reducir la frecuencia e intensidad de los sofocos.
- Entre ellos, **Venlafaxina y Paroxetina** han sido extensam´ estudiadas, son eficaces y bien toleradas, al menos, en el corto plazo.
- El manejo no hormonal del SVM es una consideración importante a tener en cuenta, nuestro asesoramiento podrá ayudar a mejorar la calidad de vida de estas grupo de mujeres.



**MUCHAS
GRACIAS**

**Dra. Claudia Rey, FACOG. Vice-Presidente
AAPEC. Coordinadora EEA.**

