

**Dra. Claudia Rey**

**FACOG**

**Especialista en  
Ginecología**

**Fellow American  
College ACOG**

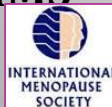


**Especialista  
Consultor en  
Climaterio  
(AAPEC)**

**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.**

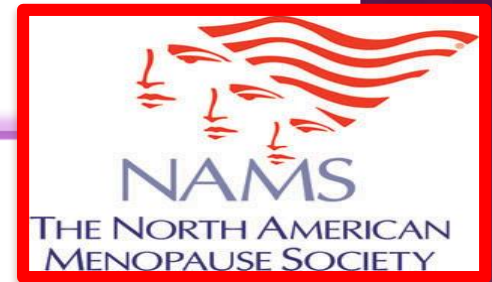
**April 2016**

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



# SÍNDROME CLIMATÉRICO & THM

## POSICIÓN NAMS



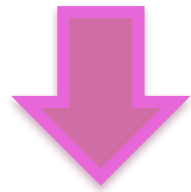
- El Tto de los SVM moderados a severos es la principal indicación para la TH
- Los beneficios superan los riesgos para la mayoría de las ♀ sanas y sintomáticas < de 60 años, o dentro de los 10 años de la última menstruación.

***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  $\beta$  Estradiol

- **Unen a RH: Pref. RE  $\beta$**  ( $\beta$ : 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)**

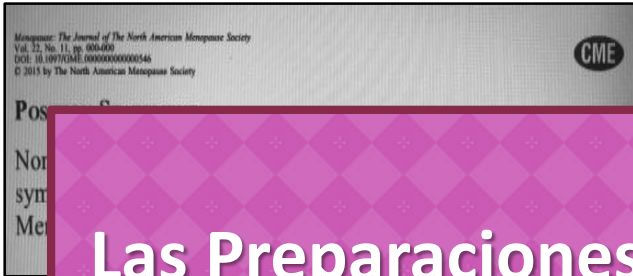


- **Lignanos** (Enterodiol y Enterolactone): En **cereales, granos y porotos**

- **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, FACOG<sup>8</sup> 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 P

algún c

➤ 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

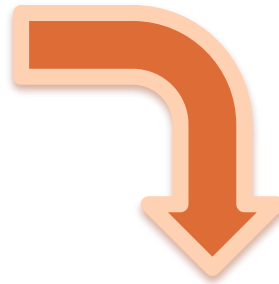
## VITAMINA E



# 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 E<sub>2</sub>** →  
**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 ↓ 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** → ↓ 37 – 46 % frec. e intensidad d/sofocos

- **Ef. Adversos:** + Trast. del sueño, que Pbo (41% vs 21%) → limitan su uso
- **Otros Ef. 2º signif:** somnolencia, mareos, sequedad de boca, constipación → 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.

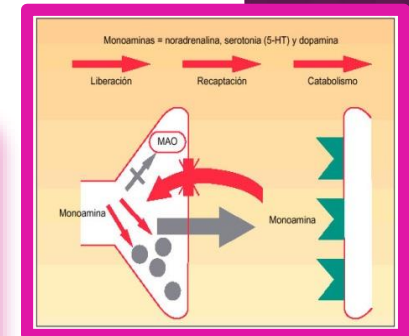


# TERAPIAS ALTERNATIVAS

**MODULADORES DE LA  
NEUROTRANSMISIÓN:**

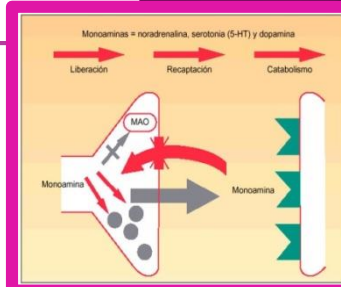
**NUEVOS ANTIDEPRESIVOS:**

**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)**

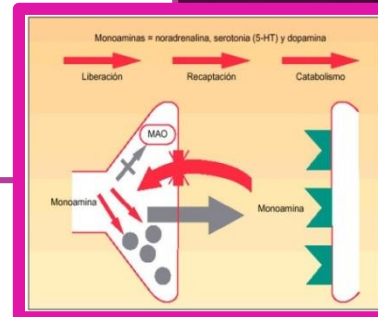


son **efectivos** en la reducción de SVM en **estudios de corto plazo**  
Su **seguridad a largo plazo** necesita mayor evaluación

**\*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**

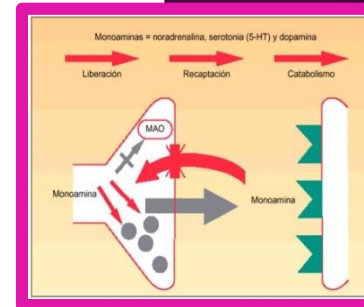
➤ **Varios IRSS e IRSN han sido estudiados** en ECA **para el Tto de SVM** con **resultados variados**

**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**

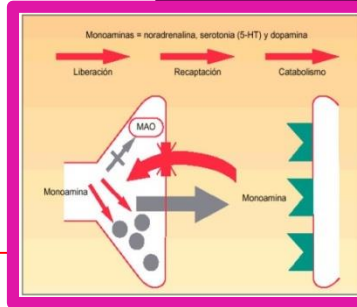
**Importantes estudios han** demostrado q tanto los **IRSS**: Paroxetina, Fluoxetina y Citalopram, como los **IRSN**: Venlafaxina y Desvenlafaxina, **fueron + eficaces q el Pbo**, en la **reducción de sofocos**, en estudios a corto plazo, en ♀ con Ca Mama

*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 NEUROTRANSMISIÓN: 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**

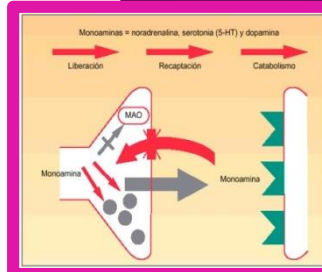
*Bezchlibnyk K. et al. "Clinical handbook of Psychotropic Drugs." 15th Ed. Cambridge MA: Hogrefe and Huber, 2003: 2-42.*

- **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**

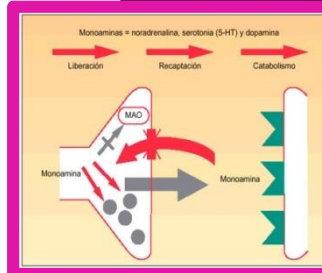
ambos interfieren con el Citocromo P450 y, en consecuencia, pueden reducir y limitar el efecto del Tamoxifeno

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

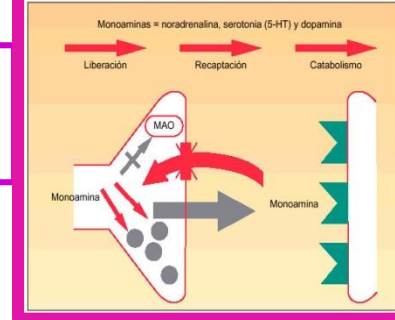
↓sofocos 53 % vs Pbo (↓30% )

*XXIV Reunión Anual de Sociedad Norte Americana de Menopausia (NAMS), 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

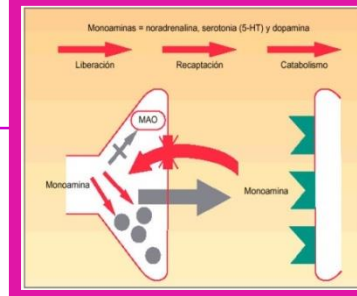
1º antidepresivo probado un IRSN

**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

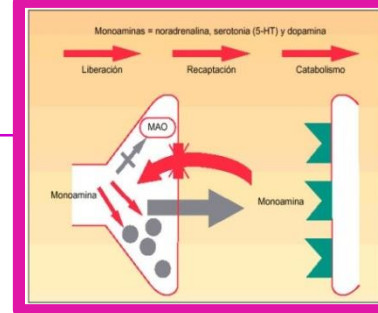




# VENLAFAXINA

**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

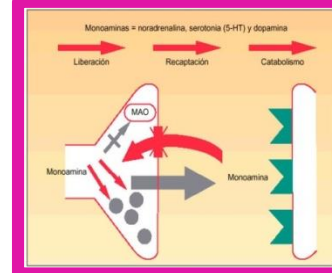
Eficaz control SVM

- 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 J, 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.

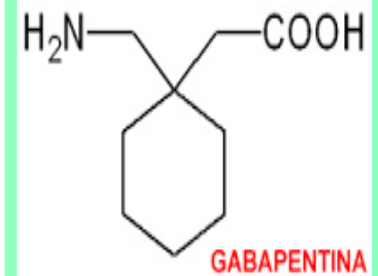
- **Desvenlafaxina** ha demostrado rápida acción, eficacia y buena tolerancia

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

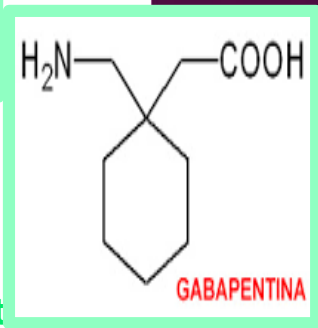


# TERAPIAS ALTERNATIVAS

## GABAPENTINA



# ANTIEPILÉPTICOS 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.*

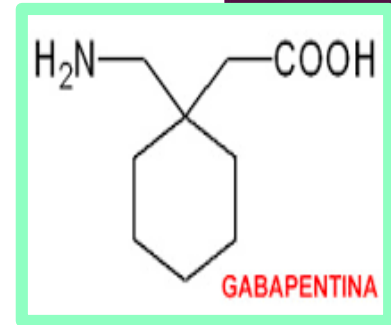
➤ **Eficaz en ↓ SVM en Pac. c/Ca Mama y en Pac c/ Menopausia espontánea, o inducida x Qt.**

*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.**

