



Recomendaciones generales para el tratamiento en la transición perimenopáusica

José Luis Neyro,* Camil Castelo Branco,** Francisco Quereda,*** María Jesús Cancelo,**** Miguel Ángel Elorriaga,* Santiago Palacios¹

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Antecedentes: la atención médica en la perimenopausia requiere la utilización de distintos recursos terapéuticos.

Objetivo: definir estrategias para la atención de la mujer perimenopáusica que favorezcan un envejecimiento saludable.

Método: revisión de los factores y las modificaciones del estilo de vida que pueden prevenir enfermedades en la perimenopausia.

Resultados: la composición de la dieta y el control del peso influyen en el riesgo cardiovascular y óseo. Es difícil conseguir cambios permanentes en los hábitos dietéticos y faltan datos concluyentes sobre los resultados de estas recomendaciones, pero comienzan a surgir trabajos de mayor calidad que muestran el beneficio cardiovascular y óseo de la actividad física y los programas específicos de ejercicio. Es necesario suprimir los hábitos tóxicos, dado el mayor riesgo que implican. Múltiples estudios sugieren el beneficio de consumir complementos fitoterapéuticos, pero faltan ensayos clínicos bien diseñados que justifiquen esa recomendación.

Conclusiones: el correcto estado nutricional, una dieta adecuada, el control del peso, la práctica habitual de ejercicio y la supresión de hábitos tóxicos son medidas aplicables en la transición perimenopáusica que pueden mejorar la salud de la mujer durante el resto de su vida. La identificación individualizada del riesgo de enfermedades justifica las recomendaciones.

Palabras clave: menopausia, densidad mineral ósea, enfermedad cardiovascular.

ABSTRACT

Background: Medical attention during perimenopause requires different therapeutic strategies.

Objective: To define strategies for the attention of perimenopause women that can favor a healthy aging.

Methods: Review of influencing factors and lifestyle modifications that can be introduced in perimenopause to prevent pathologies.

Results: Diet composition and weight control influence cardiovascular and bone risks. It is difficult to get permanent changes in diet habits and there is a lack of conclusive evidence over the results of these recommendations, however there begin to arise better works that shows cardiovascular and osseous benefits of physical activity and specific exercise schedules. Due to them higher risk, it is necessary to suppress toxic habits. Several studies suggest phytotherapeutic supplements consumption benefit, however there is a lack of well-designed clinical essays to justify them recommendation.

Conclusions: Correct nutritional state, appropriate diet, weight control, a common exercise practice, and suppression of toxic habits are applicable measures during perimenopause transition that could influence woman's health level for them lifespan. Individualized identification of diseases risk can justify the recommendations.

Key words: Menopause, bone mineral density, cardiovascular disease.

RÉSUMÉ

Antécédents: l'attention médicale dans la péri-ménopause a besoin de l'emploi de différents recours thérapeutiques.

Objectif: définir des stratégies pour l'attention de la femme péri-ménopausique qui favorisent un vieillissement salutaire.

Méthode: révision des facteurs et des modifications du style de vie qui peuvent prévenir des maladies dans la péri-ménopause.

Résultats: la composition du régime et le contrôle du poids influent sur le risque cardiovasculaire et osseux. Il est difficile d'obtenir des changements permanents dans les habitudes diététiques et il manque des données concluantes sur les résultats de ces recommandations, mais il commence à apparaître des travaux de majeure qualité qui montrent le bénéfice cardiovasculaire et osseux de l'activité physique et des programmes spécifiques d'exercice. Il faut supprimer les habitudes toxiques, vu le risque majeur qu'elles comportent. De multiples études suggèrent le bénéfice de consommer des suppléments phyto-thérapeutiques, mais il manque des essais cliniques bien dessinés qui justifient cette recommandation.

Conclusions: le bon état nutritionnel, un régime adéquat, le contrôle du poids, la pratique habituelle d'exercice et la suppression des ha-

bitudes toxiques sont des mesures applicables dans la transition péri-ménopausique qui peuvent améliorer la santé de la femme pendant le reste de sa vie. L'identification individualisée du risque de développer des maladies justifie les recommandations.

Mots-clés: ménopause, densité minérale osseuse, maladie cardiovasculaire.

RESUMO

Antecedentes: o atendimento médico na perimenopausa precisa da utilização de diferentes recursos terapêuticos.

Objetivo: definir estratégias para o atendimento da mulher peri-menopáusica que ajudem a um envelhecimento saudável.

Método: revisão dos fatores e mudanças do estilo de vida que podem prevenir doenças na perimenopausa.

Resultados: a composição da dieta e o controle do peso influem tanto no risco cardiovascular quanto no ósseo. É difícil conseguir mudanças permanentes nos hábitos dietéticos e faltam dados definitivos sobre os resultados dessas recomendações, no entanto começam a surgir trabalhos de maior qualidade que evidenciam o benefício cardiovascular e ósseo da atividade física e os programas específicos de exercício. Precisam se suprimir os hábitos tóxicos a causa do maior risco que estes implicam. Múltiplos estudos sugerem o benefício de consumir suplementos fitoterapêuticos, no entanto faltam ensaios clínicos bem desenhados que justifiquem dita recomendação.

Conclusões: o correto estado nutricional, uma dieta adequada, o controle do peso, a prática habitual de exercício e a supressão de hábitos tóxicos são medidas aplicáveis na transição peri-menopáusica que pode melhorar a saúde da mulher durante o resto da sua vida. A identificação individualizada do risco de desenvolver doenças justifica as recomendações.

Palavras-chave: menopausa, densidade mineral óssea, doença cardiovascular.

La menopausia es un proceso natural y no una enfermedad, por lo que sólo en determinadas circunstancias deben prescribirse medicamentos. De hecho, esa palabra es tan sólo el nombre de la última menstruación. En algunas ocasiones, las mujeres al llegar a la menopausia no muestran síntomas relacionados con el cese hormonal; en otros casos, por el contrario, éstos la obligan a visitar al médico por la afección de la calidad de vida que provocan. Los síntomas más específicos son los vasomotores y los genitourinarios, que pueden

durar meses o años.^{1,2} Así, dos definiciones apropiadas serían menopausia asintomática en el primer caso y menopausia con síntomas, síndrome climatérico, climaterio o menopausia sintomática en el segundo caso.

En cualquier situación (y la menopausia no es una excepción) en la cual se requiera una transferencia de información entre el médico y el paciente, los datos deben ser completos, precisos y fáciles de entender por el paciente, quien será el verdadero protagonista de la elección terapéutica. La toma de decisiones se realiza tras analizar los riesgos y beneficios de las distintas alternativas.¹ Dado que los conocimientos son limitados y las técnicas de valoración son diversas, las decisiones sobre la utilización de pautas diagnósticas o terapéuticas frente a una misma situación pueden ser igualmente divergentes. La menopausia debe plantearse como una etapa más dentro de la vida de la mujer, donde no cabe proponer ningún tipo de tratamiento para *prevenir* procesos que todavía no hayan iniciado o para los que no seamos capaces de identificar suficientes factores de riesgo.^{1,2} El concepto de climaterio debe ser amplio e incluir tanto los aspectos biológicos como psicosociales de una fase importante de la vida de la mujer, quien con madurez personal ejercerá su libertad de decisión para el autocuidado de su salud, basándose en una educación sanitaria amplia e información veraz acerca de esta época de su vida.

* Servicio de obstetricia y ginecología. Hospital de Cruces-Baracaldo. Universidad del País Vasco. UPV-EHU.

** Institut Clínic de Ginecología, Obstetricia i Neonatología. Hospital Clinic. Universitat de Barcelona. IDIBAPS. Barcelona.

*** Servicio de ginecología. Hospital Universitario de San Juan. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

**** Servicio de obstetricia y ginecología. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá de Henares.

¹ Instituto Palacios de Ginecología e Investigación, Madrid. Presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia.

Correspondencia: Dr. José Luis Neyro. Gran Vía 81-4, 48011, Bilbao, España. E-mail: doctor@neyro.com, URL: wwwNEYRO.com
Recibido: julio, 2007. Aceptado: septiembre, 2007.

Este artículo debe citarse como: Neyro JL, Castelo-Branco C, Quereda F, Cancelo MJ, Elorriaga MA, Palacios S. Recomendaciones generales para el tratamiento en la transición perimenopáusica. Ginecol Obstet Mex 2007;75(10):573-81.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La evaluación clínica de una mujer al final de su vida reproductiva requiere la identificación de los síntomas climatéricos, su gravedad y el grado de afectación en la calidad de vida que puedan producir. Pero también es importante la identificación de los factores de riesgo más frecuentes e importantes (osteoporosis, enfermedad cardiovascular, etc.). Esta precaución ofrece una oportunidad para prevenir complicaciones que puedan causar incapacidad y mortalidad. En este aspecto, es importante modificar algunos factores de riesgo para los que disponemos de diversas medidas farmacológicas e higiénico-dietéticas de probada eficiencia.

Un propósito de este trabajo es repasar las más importantes recomendaciones generales de salud para el tratamiento de la transición perimenopáusica.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CUIDADO DEL CLIMATERIO: CAMBIOS EN LA PRESCRIPCIÓN Y EN LA ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

En aproximadamente ochenta por ciento de las mujeres durante el climaterio, los síntomas peri y posmenopáusicos son atribuibles al déficit estrogénico; para lo cual el tratamiento más efectivo es la terapia hormonal.¹⁻³ Además, la perimenopausia es el momento en que comienzan a aumentar la incidencia y prevalencia de padecimientos que de un modo u otro tienen relación con el déficit estrogénico. Conviene identificar a tiempo esos trastornos, pues afectan la calidad de vida de la mujer.³⁻⁵

Así pues, podemos aceptar que una mujer posmenopáusica sintomática es la que muestra el cuadro típico con crisis de sofocaciones y deterioro del descanso nocturno, con grado variable de otras alteraciones psíquicas (irritabilidad, nerviosismo, susceptibilidad, tendencia al llanto o la tristeza), sequedad vaginal con dificultades para tener relaciones sexuales o franca dispareunia, entre otros. Por exclusión, una mujer posmenopáusica asintomática es la que no muestra dicho síndrome.⁶ Según estas definiciones, podemos estimar que entre 20 y 25% de las mujeres posmenopáusicas son asintomáticas. No obstante, este porcentaje varía en función de la edad y el tiempo transcurrido desde la menopausia; además, debe tenerse en cuenta que entre 6 y 15% de mujeres padecen síntomas que pueden persistir más de 20 años.

En el consenso actual sobre el tratamiento del climaterio, es evidente que ni todas las mujeres requieren terapia hormonal de forma obligada,^{4,6} ni los profesionales implicados en su asistencia están dispuestos a prescribir terapias hormonales sin diagnósticos claros. Las conductas médicas se han modificado al respecto, sobre todo después de la publicación de los primeros resultados del estudio de la *Women's Health Initiative*.⁷ Del mismo modo y en paralelo con lo que sucede en los países industrializados, la prescripción de dichos tratamientos ha sufrido un marcado descenso.⁷

Así pues, la modificación de los hábitos de vida no saludables, para devolver a las pacientes hacia aquellas conductas que mayor beneficio ofrezcan a su salud general, cardiovascular y ósea^{5,6} debe ser el primer paso de la prevención primaria de los padecimientos evitables o que incluyan factores de riesgo modificables. De hecho, el efecto que puede tener la modificación del estilo de vida sobre los padecimientos de la menopausia ha sido evaluado en diversos estudios observacionales.^{1,2} Algunos factores no son susceptibles de modificación, como la raza, la predisposición familiar genéticamente inducida, la existencia de enfermedades concomitantes o la menopausia quirúrgica. Otros, sin embargo, pueden modificarse a través de diferentes estrategias preventivas como la dieta, el ejercicio físico y evitar los hábitos tóxicos. Esta prevención puede aminorar los padecimientos de la menopausia.

INFLUENCIA DE LA DIETA

Es bien conocida la necesidad de una correcta nutrición para el mantenimiento de la salud en cualquier época de la vida y, por lo tanto, también en el climaterio. La alimentación desempeña una importante función en la prevención de enfermedades como los trastornos cardiovasculares, la hipertensión arterial, la osteoporosis y, en relación con el sobrepeso, incluso de la diabetes.

En cuanto al control del peso, debe hacerse la recomendación universal de mantener o mejorar el peso, previniendo el sobrepeso incluso si la mujer se encuentra dentro del rango saludable (índice de masa corporal entre 22 y 25.9 kg/m²). La reducción de peso debe ser gradual, no superior a 10% de la

masa corporal en un periodo inferior a seis meses.⁸ En general, las dietas más estrictas, en cuanto a sus metas, suelen fracasar.

Repasaremos a continuación la influencia que la dieta puede tener en diferentes aspectos importantes en esta época de la vida de la mujer.

EL SÍNDROME VASOMOTOR

Estudios observacionales señalan que el aumento de peso y la obesidad son factores predisponentes para que los sofocos sean más frecuentes e incluso de mayor intensidad.^{1,2} El riesgo de padecer sofocaciones es más elevado en mujeres con alto índice de masa corporal,⁹ aunque no está probado que la pérdida de peso se traduzca en una disminución de los sofocos, sea en su número, intensidad o en el momento de su aparición (diurnos o nocturnos, con el insomnio acompañante).

Se ha señalado tradicionalmente a los alimentos calientes, picantes o muy condimentados como causa de los sofocos, y se piensa que es benéfica su eliminación de la dieta de la mujer en esta época de la vida; pero no existen suficientes evidencias científicas para recomendar su supresión como una conducta obligada ante la existencia de síntomas vasomotores.

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Acerca de los beneficios de la llamada *dieta mediterránea* para la salud en general,¹⁰ aún se carece de datos científicos emanados de ensayos clínicos que demuestren que, por sí sola, puede prevenir eficientemente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o el envejecimiento.¹¹ Hasta el momento, tan sólo dos ensayos de distribución aleatoria (*Lyon Diet Heart Study* e *Indo-Mediterranean Diet Heart Study*) han demostrado la eficacia de una dieta rica en ácido α -linolénico en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular.¹²

Se publicaron recientemente los resultados preliminares de los primeros 1,800 pacientes incluidos en el estudio Predimed (12,000 pacientes en total; varones de 55 a 80 años y mujeres de 60 a 80 años), que intenta verificar durante tres años las posibilidades preventivas de una dieta mediterránea dirigida

en personas con factores de riesgo cardiovascular conocido. Todos los participantes padecen diabetes tipo II o incluyen tres o más de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, colesterol elevado, sobrepeso o antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Efectivamente, los datos preliminares evidencian que en el grupo que consume una dieta con aceite de oliva y frutos secos se ha reducido la concentración de grasas en los marcadores de inflamación del aparato circulatorio, lo que disminuye el riesgo de progresión o complicación de la arteriosclerosis y ha aumentado la fracción HDL del colesterol.¹²

Las características de la muestra de ese estudio hacen que los resultados no sean del todo aplicables a las mujeres en periodo climatérico, generalmente más jóvenes; el estudio se orienta a la protección cardiovascular que pretende la dieta mediterránea, al menos entre pacientes de riesgo. Ese efecto se menciona desde hace décadas en la bibliografía, pero en la actualidad y gracias a la llamada *paradoja española de la mortalidad cardiovascular* se ha demostrado que deben existir factores coadyuvantes, además del efecto protector de la dieta, que expliquen tales resultados. Así, se ha comprobado que en las comunidades donde se supone que es masivo el seguimiento de esta dieta (Andalucía, Murcia, Valencia, Baleares y, sobre todas ellas, Canarias) es donde se registran las más altas tasas de mortalidad cardiovascular; mientras, Madrid, Castilla y León, Navarra y La Rioja tienen, por el contrario, las tasas más bajas.¹³

Así pues, parece que el efecto protector de la dieta mediterránea resulta por sí solo insuficiente y se presume que existen otros factores de riesgo ambientales que desempeñan una función importante en la prevención de la enfermedad cardiovascular. La detección oportuna de factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión o las concentraciones elevadas de colesterol, y su corrección resultan decisivas para evitar el desarrollo de la enfermedad cardiovascular^{4,6} y retrasar, en la medida de lo posible, la aparición de otros trastornos, como la diabetes. La clave para el control de esos factores de riesgo se encuentra en la modificación del estilo de vida y la adopción de hábitos saludables. Sin embargo, no resulta fácil seguir estas recomendaciones, que sue-

len incluir cambios en la alimentación y la actividad física, por lo que también puede resultar necesario el apoyo de algunos tratamientos farmacológicos en determinadas circunstancias.¹³

PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

La alimentación durante la etapa de crecimiento debe incluir cantidades adecuadas de calcio, proteínas y vitaminas, para alcanzar un correcto desarrollo de la densidad mineral ósea y mantener la misma en etapas posteriores. Conviene alertar sobre el efecto nocivo para el hueso tanto de un déficit en la ingestión de calcio como de una dieta hiperproteica o excesiva en fosfatos. Se trata de mantener el pico de masa ósea durante el mayor tiempo posible en cada paciente. Buenas fuentes conocidas de calcio en la dieta son la leche y sus derivados en general, además de los cereales, los frutos secos, las verduras de hoja verde y las sardinas (fundamentalmente en conserva, cuando mantienen la espina central).

Un metanálisis¹⁴ informa de un efecto positivo de los complementos de calcio en la prevención de fracturas; sugiere que el consumo de 1,000 mg de calcio por día reduce en 12% el riesgo de fractura de cadera. Otros estudios prospectivos no han podido confirmar este beneficio.^{15,16} Sin embargo, los principales organismos relacionados con la salud de la mujer recomiendan, para la prevención primaria de la osteoporosis, una ingestión de 1,000 mg/día cuando la paciente esté sometida a terapia hormonal con estrógenos, y de 1,500 mg/día si no recibe dicho tratamiento.^{4,5} Si el consumo de calcio es menor que estas cantidades, el organismo toma el calcio del hueso, para mantener un equilibrio adecuado; cuanto menor sea el consumo, mayor será la pérdida de masa ósea.

¿SON EFECTIVAS LAS RECOMENDACIONES ACERCA DE LA DIETA?

Las recomendaciones hechas oralmente en la consulta, acerca de modificar la cantidad y el tipo de alimentos, tienen escaso seguimiento por parte de la mayoría de las pacientes.¹⁷ Una revisión de diecisiete trabajos, cuyo propósito fue evaluar la trascendencia

de los consejos dietéticos sobre una población no seleccionada, mostró que el consejo oral apenas recibe atención; incluso, el seguimiento personal directo con entrevista sólo tiene una eficiencia media.¹⁸ Sin embargo, en poblaciones específicas como grupos de hipertensas, diabéticas o hipercolesterolémicas,¹⁹ la efectividad del consejo oral es alta, con una respuesta entre moderada y alta. Quizás entre la población general no seleccionada tienen mayor aceptación las campañas generales de sensibilización y educación sanitaria a través de los medios de comunicación, sobre todo en cuanto al seguimiento de dietas como la mediterránea en mujeres durante el climaterio.

Cada vez es mayor el número de evidencias de que algunas enfermedades crónicas pueden prevenirse o retrasarse mediante cambios dietéticos; en lo cual, los antioxidantes tendrían una importante función en la prevención del cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, no se ha establecido la cantidad óptima que la dieta debe contener de esos nutrientes para conseguir estos resultados.²⁰ Así, es unánime la recomendación de incrementar el consumo de frutas y vegetales frescos; sin embargo, no parece haber en este momento evidencia suficiente para recomendar la utilización de complementos alimenticios antioxidantes para prevenir procesos crónicos como el envejecimiento, el cáncer o la enfermedad cardiovascular.^{21,22} Así, mientras que algunos estudios de cohorte han demostrado una asociación entre el empleo de complementos vitamínicos y el bajo riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o cáncer, la mayor parte de ensayos clínicos aleatorios y prospectivos de complementos vitamínicos específicos no ha demostrado estos beneficios.²³

INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO

No existen deportes o actividades físicas especiales para mujeres; de hecho, los sistemas de aprendizaje y entrenamiento son los mismos para ambos sexos. Asumiendo que es saludable reducir el sedentarismo como forma de conducta física, la práctica de un determinado grado de actividad física adaptada a cada mujer y sus personales circunstancias puede tener influencia en determinados aspectos del climaterio, como los que se mencionan a continuación.

LOS SOFOCOS Y OTROS SÍNTOMAS DEL CLIMATERIO

No se ha demostrado de manera definitiva una asociación (en estudios caso-control) entre el ejercicio y los síntomas vasomotores. Algun estudio de este tipo menciona, no obstante, el efecto benéfico mostrado en las mujeres que realizan ejercicio, comparado con las que tienen una vida sedentaria, donde éstas padecen doblemente los sofocos.²⁴ Se ha sugerido que el efecto benéfico del ejercicio ocurre inmediatamente después de su realización, en los siguientes 45 minutos, pero no más allá, y sería consecuencia de la liberación de endorfinas y su efecto sobre el estado de ánimo.²⁵ Aún no hay evidencia científica suficiente respecto de que el ejercicio tenga un efecto decisivo en los síntomas vasomotores en general, aunque bien podría argumentarse que la liberación de endorfinas tiene un efecto tonificante y euforizante sobre un sujeto que ejerza una actividad física regular.

LA SALUD ÓSEA Y LA OSTEOPOROSIS

La realización de ejercicio aeróbico o de resistencia es efectiva, tanto en la prevención de la pérdida de densidad mineral ósea como para incrementar la masa ósea en zonas como la columna lumbar o el calcáneo.²⁶ También, el ejercicio físico de impacto es efectivo para incrementar la densidad mineral ósea en la cadera, tanto en mujeres premenopáusicas como en posmenopáusicas.²⁷ Se ha comprobado que aquellas mujeres que realizan ejercicio de manera regular, como caminar, tienen mayor densidad mineral ósea en la columna y la cadera que aquellas que no lo realizan. Además, el ejercicio previene la pérdida de masa magra y por tanto de fuerza, por lo que resulta conveniente hasta para mujeres ancianas,²⁸ a pesar de que este grupo etario muestre mayor dificultad para la modificación de sus conductas.

El efecto del ejercicio físico en la prevención de fracturas ha sido evaluado recientemente, mediante cuestionario, en 61 mil posmenopáusicas de entre 40 y 77 años, y se encontró que aquellas que caminan cuatro horas semanales tienen, comparadas con las sedentarias, 40% menos fracturas de cadera.²⁹ Los autores de ese estudio opinan que el ejercicio

en cualquier grado tiene un efecto positivo. Pero además, la actividad física mejora la coordinación motora, lo que lleva a un menor número de caídas y a desarrollar mejores mecanismos de protección frente a las mismas.

SALUD Y LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES

Las mujeres que realizan ejercicio aumentan sus concentraciones de lipoproteínas de alta densidad, mientras que las sedentarias tienden a disminuirlas; esto está relacionado con la cantidad más que con la intensidad del ejercicio.³⁰ Además, la actividad también disminuye notablemente los triglicéridos,³⁰ cuya concentración elevada es un factor de riesgo mayor en las mujeres.^{4,6} También se ha señalado una relación inversa entre la práctica de ejercicio físico continuado de tipo mayoritariamente aeróbico y la mortalidad por enfermedad coronaria en mujeres posmenopáusicas.³¹

El efecto benéfico se ha comprobado incluso con actividades ligeras, como caminar treinta minutos al día, tres veces por semana y a cualquier edad;³² incluso, tener y disfrutar un ocio activo hace que estas mujeres padecan tres veces menos enfermedad arterial coronaria que las que tienen un tiempo de ocio sedentario.³³ Así, resulta incuestionable el beneficio añadido que supone el ejercicio físico moderado y adaptado a la edad de la paciente, para el mantenimiento y la mejora de su salud cardiovascular.⁶

¿SON EFECTIVAS LAS RECOMENDACIONES DE EJERCICIO?

En una revisión de quince trabajos, cuyo propósito principal era evaluar el efecto de las recomendaciones de ejercicio físico moderado y el grado de actividad física desarrollado, así como su relación con la salud general, se concluye que el consejo oral para realizar ejercicio es entre poco y moderadamente efectivo.³⁴ La asociación de intervenciones adicionales, como la entrega de material escrito diseñado a propósito o las reuniones grupales de educación sanitaria para recordar prácticas saludables y repasar hábitos previamente señalados, incrementa la eficacia del consejo verbal.³⁵

INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS TÓXICOS

El consumo de tabaco se asocia con un incremento del riesgo de padecer sofocos y está directamente relacionado con el número de cigarros consumidos al día.² Sin embargo, no se ha determinado el beneficio de dejar de fumar sobre el alivio de los sofocos.^{4,8} Es conocida la influencia del tabaquismo sobre el riesgo de sufrir neoplasias pulmonares, que se ve multiplicado por más de doce veces en las fumadoras. Además, en éstas el cáncer de cuello de la matriz es posible en más de dos veces.⁶ Conviene señalar, además, que la mortalidad debida al tabaco en la mujer se ha incrementado 600% en los últimos cincuenta años.⁶ La densidad mineral ósea es similar en fumadoras y no fumadoras durante la premenopausia; pero es menor en las fumadoras posmenopáusicas.³⁶ En las fumadoras aumenta el riesgo de fractura en cadera y columna, aunque no de muñeca;³⁷ las dos primeras tienen mayor influencia sobre el riesgo de muerte.

Estudios observacionales concluyen que el abuso crónico del alcohol es un factor asociado a la disminución de la densidad mineral ósea y el incremento de fracturas, aunque parece que la ingestión moderada protege frente a la pérdida de minerales óseos en mujeres posmenopáusicas;³⁸ a pesar de ello, este hábito se relaciona con el incremento de fracturas de cadera, posiblemente debido a las caídas. También se dice, de manera anecdotica, que la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol, como una copa al día, incrementa hasta 7% el riesgo relativo de padecer cáncer de mama.⁶ El consumo de cafeína tiene una asociación inconsistente con la disminución de la densidad mineral ósea y el riesgo de fractura, aunque está fuera de duda su influencia sobre el incremento de la pérdida de masa ósea cuando se ingieren crónicamente altas cantidades. Esto, entre otras razones, porque facilita la excreción urinaria del calcio, con lo que disminuye su concentración en sangre y provoca que el organismo compense ese descenso extrayéndolo del hueso.

¿ES LA FITOTERAPIA UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL CLIMATERIO?

Aunque la terapia hormonal es el remedio más efectivo para el alivio de los síntomas vasomotores^{1-3,5-7} y ha

demostrado otros beneficios,⁵ la preocupación por la aparición de posibles efectos adversos⁷ ha estimulado la investigación de opciones alternativas. En fechas recientes ha adquirido gran popularidad la utilización de remedios naturales para el alivio sintomático o para preservar la salud de la mujer peri y posmenopáusica, fundamentalmente a través de los fitoestrógenos, la *Cimicifuga racemosa* y sustancias antioxidantes como la vitamina E.³⁹ La efectividad y seguridad⁴⁰ de estas sustancias constituye una de las principales áreas de interés de la comunidad científica y de la sociedad en general.

Existen datos que sugieren un posible beneficio del consumo de fitoestrógenos en forma de elementos dietéticos o como extractos concentrados durante la transición perimenopáusica; entre otras ventajas, puede haber alivio sintomático en casos de intensidad leve,^{3,39} además de una modificación benéfica del perfil lipídico⁴¹ (sobre todo hipercolesterolemias) e incrementos en la densidad mineral ósea y retraso moderado de los marcadores de remodelamiento óseo. A pesar de estos efectos positivos, no se ha demostrado su eficacia en el tratamiento del síndrome vasomotor grave ni en la prevención de la enfermedad cardiovascular o las fracturas de origen osteoporótico. El efecto de la *Cimicifuga racemosa* es básicamente el alivio de los síntomas vasomotores⁴² a través de un mecanismo de acción independiente del receptor estrogénico.⁴³ Su acción en otros padecimientos, como la enfermedad cardiovascular o las fracturas osteoporóticas, es motivo de estudio y no se dispone todavía de información precisa. En una revisión de los efectos secundarios o adversos asociados a su utilización, se pone de manifiesto que éstos son escasos, de poca intensidad y reversibles; la queja más frecuente son las molestias intestinales inespecíficas,⁴⁴ probablemente debidas a sus mecanismos de acción, en relación con las bacterias intestinales.

COMENTARIOS FINALES

Instituciones como la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia han expresado su posición respecto del empleo de la fitoterapia durante el clímenopausia,⁴⁵ la menopausia y las terapias hormonales.⁵ Es necesario delimitar el papel a desempeñar por las re-

comendaciones de salud y por el manejo clínico integral de esta época de la vida de la mujer. La recomendación de ejercicio físico y dieta es universal, y es la primera indicación para las mujeres durante la peri y posmenopausia.^{3,5} Todas las mujeres deben conocer los beneficios que produce la práctica de ejercicio físico, incluso en forma leve, junto con una adecuada dieta basada en alimentos bajos en grasas, ricos en fibra y con una abundante ingestión de lácteos, vegetales y fruta, incluyendo el aceite de oliva; esto es, dieta mediterránea.

La decisión de iniciar un tratamiento hormonal para el alivio sintomático debe basarse en la frecuencia, intensidad y tolerancia a los sofocos, además de una valoración de la rentabilidad médica y la actitud personal ante la menopausia. El abanico de posibilidades terapéuticas contempla desde no tomar ninguna actitud hasta la utilización de terapia estrogénica u hormonal clásica, con las particularidades anotadas por las diversas sociedades científicas,^{3,5,7} con la consideración intermedia, en casos seleccionados, de la fitoterapia.⁴⁵

La utilización de la fitoterapia como alternativa de la terapia hormonal clásica podría ser considerada en aquellas mujeres con síntomas vasomotores leves o moderados, especialmente en las que no puedan o no deseen someterse a la terapia estrogénica u hormonal clásica; esto, porque a pesar de la falta de consistencia en cuanto a los resultados, la carencia de efectos secundarios relevantes la vuelve una opción terapéutica a considerar. Incluso, el posible efecto benéfico en la prevención de enfermedades crónicas puede animar a algunas mujeres para su utilización. Todo esto se resume en el cuadro 1.

REFERENCIAS

1. Li C, Samsioe G, Borgfeldt C, Lidfeldt J, et al. Menopause-related symptoms: what are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area Study). *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(6):1646-53.
2. Whiteman MK, Staropoli CA, Langenberg PW, McCarter RJ, et al. Smoking, body mass, and hot flashes in midlife women. *Obstet Gynecol* 2003;101(2):264-72.
3. North American Menopause Society. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2004;11(1):11-33.
4. Programas de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Red de Centros de Investigadores de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), 1999. <http://www.papps.org/index.htm>
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Situación actual de la menopausia en España. Documento de consenso sobre terapia hormonal. SEGO 2003 y recomendaciones AEEM. www.sego.es y www.aeem.es (consultado 10-12-2005).
6. Ferrer J, Neyro JL, Estevez A. Identification of risk factors for prevention and early diagnosis of asymptomatic postmenopausal women. *Maturitas* 2005;52(Suppl. 1):S7-22.
7. Neyro JL, Cancelo MJ, Quereda F, Palacios S, et al (NAMS group of the AEEM). Relevance of the results of the Women's Health Initiative on the prescription of hormone therapy in Spain. *Climacteric* 2005;8:36-48.
8. The implementation of nutritional advice for people with diabetes. Nutrition Subcommittee of the Diabetes Care Advisory Committee of Diabetes UK. *Diabet Med* 2003;20:786-807.
9. Gold EB, Stemfeld B, Kelsey JL, Brown C, et al. Relation of demographic and life style factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000;152(5):463-73.
10. American Heart Association meeting report. Vascular structure and function improve with diet and exercise, 6th Annual Conference on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology, 2005. http://www.eurekalert.org/pub_releases/2005-04/aha-vsaa042105.php
11. Martinez-Gonzalez MA, Estruch R. Mediterranean diet, antioxi-

Cuadro 1. Recomendaciones generales para el tratamiento de la mujer durante el climaterio

- Informar sobre los beneficios del ejercicio físico y de la dieta mediterránea para la salud.
- Hacer revisiones periódicas para la prevención primaria del cáncer de cuello uterino y para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama.
- Estimular la práctica deportiva aeróbica y la reducción de peso.
- Fomentar el abandono de hábitos tóxicos como el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol o café.
- Utilizar la terapia hormonal del climaterio por la vía más cómoda, en bajas dosis y durante el menor tiempo posible, para suprimir los síntomas.
- Considerar el uso de la fitoterapia y de las medicinas alternativas para el alivio de los síntomas vasomotores leves o moderados.
- Personalizar la toma de decisiones terapéuticas en este periodo.

dants and cancer: the need for randomized trials. *European Journal of Cancer Prevention* 2004;13:327-35.

12. Estruch R, Ros E, Covas I, Martínez MA, et al. Eficacia de una dieta tipo mediterráneo en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Estudio PREDIMED. http://www.predimed.org/default_principal.asp?idx=&cidioma=2 (consultado 15-12-2005).
13. Villar F, Banegas JR, De Mata J. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras, 2003. Editores: Astra Zéneca y Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA).
14. Cumming RG, Nevitt MC. Calcium for prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *J Bone Miner Res* 1997;12(9):1321-9.
15. Michaelsson K, Melhus H, Bellocchio R, Wolk A. Dietary calcium and vitamin D intake in relation to osteoporotic fracture risk. *Bone* 2003;32(6):694-703.
16. Feskanich D, Willett WC, Colditz GA. Calcium, vitamin D, milk consumption, and hip fractures: a prospective study among postmenopausal women. *Am J Clin Nutr* 2003;77(2):504-11.
17. Pignone MP, Ammerman A, Fernandez L, Orleans CT, et al. Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2003;24(1):75-92.
18. McTigue K, Harris R, Hemphill MB, Bunting AJ, et al. Screening and interventions for overweight and obesity in adults. <http://www.ahcpr.gov/clinic/serfiles.htm> (consultado 11-01-2006).
19. Hunt MK, Lobb R, Delichatsios HK, Stone C, et al. Process evaluation of a clinical preventive nutrition intervention. *Prev Med* 2001;33(2 Pt. 1):82-90.
20. Diplock AT. Antioxidant nutrients and disease prevention: an overview. *Am J Clin Nutr* 1991;53:189S-193S.
21. Cook NR, Stampfer MJ, Ma J, Manson JE, et al. Beta-carotene supplementation for patients with low baseline levels and decreased risks of total and prostate carcinoma. *Cancer* 1999;86(9):1629-31.
22. Omenn GS, Goodman GE, Thornquist MD, Balmes J, et al. Risk factors for lung cancer and for intervention effects in CARET, the beta-carotene and retinol efficacy trial. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:1550-9.
23. Morris CD, Carson S. Routine vitamin supplementation to prevent cancer and cardiovascular disease: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003;139:56-70.
24. Slaven L, Lee C. Mood and symptom reporting among middle-aged women: the relationship between menopausal status, hormone replacement therapy, and exercise participation. *Health Psychol* 1997;16(3):203-8.
25. Hammar M, Berg G, Lindgren R. Does physical exercise influences the frequency of postmenopausal hot flushes? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990;69(5):409-12.
26. Kelley GA, Kelley KS, Tran ZV. Exercise and lumbar spine bone mineral density in postmenopausal women: a meta-analysis of individual patient data. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57(9):M599-604.
27. Krall EA, Dawson-Hughes B, Papas A, Garcia RI. Tooth loss and skeletal bone density in healthy postmenopausal women. *Osteoporos Int* 1994;4(2):104-9.
28. Fielding RA. The role of progressive resistance training and nutrition in the preservation of lean body mass in the elderly. *J Am Coll Nutr* 1995;14(6):587-94.
29. Feskanich D, Willett W, Colditz G. Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA* 2002;288(18):2300-6.
30. Kraus WE, Houmard JA, Duscha BD, Knetzger KJ, et al. Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Engl J Med* 2002;347(19):1483-92.
31. Kushi LH, Fee RM, Folsom AR, Mink PJ, et al. Physical activity and mortality in postmenopausal women. *JAMA* 1997;277(16):1287-92.
32. Thompson PD, Lim V. Physical activity in the prevention of atherosclerotic coronary heart disease. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2003;5(4):279-85.
33. Lapidus L, Andersson H, Bengtsson C, Bosaeus I. Dietary habits in relation to incidence of cardiovascular disease and death in women: a 12-year follow-up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. *Am J Clin Nutr* 1986;44(4):444-8.
34. Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *J Fam Pract* 2000;49(2):158-68.
35. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health* 1998;88(2):288-91.
36. Law MR, Hackshaw AK. A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. *BMJ* 1997;315(7112):841-6.
37. Vestergaard P, Mosekilde L. Fracture risk associated with smoking: a meta-analysis. *J Intern Med* 2003;254(6):572-83.
38. Macdonald HM, New SA, Golden MH, Campbell MK, Reid DM. Nutritional associations with bone loss during the menopausal transition: evidence of a beneficial effect of calcium, alcohol, and fruit and vegetable nutrients and of a detrimental effect of fatty acids. *Am J Clin Nutr* 2004;79(1):155-65.
39. Cancelo MJ, Palacios S, Castelo-Branco C, Quereda F, et al. Clinical effects on climacteric symptoms of a compound containing isoflavones, pimrose oil and vitamin E administered at two different times. *Abstracts of the 11th World Congress on The Menopause, Climacteric* 2005;19(4):4-14.
40. Munro IC, Harwood M, Hlywka JJ, Stephen AM, et al. Soy isoflavones: a safety review. *Nutr Rev* 2003;61(1):1-33.
41. Anderson JW, Johnstone BM, Cook-Newell ME. Meta-analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. *N Engl J Med* 1995;333(5):276-82.
42. Wuttke W, Seidlova-Wuttke D, Gorkow C. The Cimicifuga preparation BNO 1055 vs. conjugated estrogens in a double-blind placebo-controlled study: effects on menopause symptoms and bone markers. *Maturitas* 2003;44(Suppl. 1):S67-77.
43. Beck V, Unterrieder E, Krenn L, Kubelka W, Jungbauer A. Comparison of hormonal activity (estrogen, androgen and progestin) of standardized plant extracts for large scale use in hormone replacement therapy. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2003;84(2-3):259-68.
44. Huntley AL, Ernst E. A systematic review of herbal medicinal products for the treatment of menopausal symptoms. *Menopause* 2003;10(5):465-76.
45. Durán M, Allué J, Beltrán E, Bris JM, et al, (Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, AEEM). Posicionamiento sobre la fitoterapia en la menopausia. Barcelona, 2004. *Prog Obstet Ginecol* 2005;48(10):487-9.