

# Menopausia (Preguntas Mas Frecuentes)

[www.menopauseinfo.org](http://www.menopauseinfo.org)

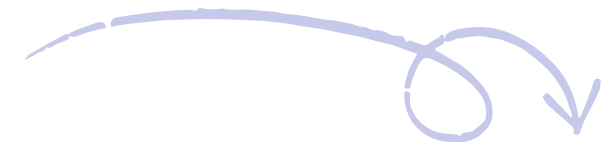
menopause  
Info

International **IMS**  
Menopause Society  
Promoting education and research on midlife women's health



## ¿Generalmente cuándo ocurre la menopausia?

La menopausia puede ocurrir a varias edades, pero el rango de edad en el que la mayoría de las mujeres experimentan la menopausia es entre los 45 y los 55 años, con una edad promedio alrededor de los 51 años. La menopausia temprana ocurre entre los 40 y los 45 años y la menopausia tardía entre los 55 y los 60 años. De 1 a 2% de las mujeres desarrollan menopausia prematura antes de los 40 años. El momento en que una mujer llega a la menopausia depende de varios factores. Las fumadoras alcanzan la menopausia en promedio 2 años antes que las no fumadoras. El mejor predictor de la edad de la menopausia es la edad en que las madres y las hermanas alcanzan la menopausia.



**La menopausia natural** es la terminación espontánea de la menstruación no causada por una enfermedad o intervención. Con el incremento de la esperanza de vida, la mayoría de las mujeres ahora viven al menos un tercio de sus vidas después de la menopausia.

**Menopausia quirúrgica.** La menopausia ocurre inmediatamente si ambos ovarios se extirpan quirúrgicamente (ooforectomía bilateral). La cirugía para extirpar el útero (histerectomía) no provoca la menopausia si se dejan los ovarios en su lugar, aunque la menstruación se detendrá. Las mujeres que se han sometido a una histerectomía en promedio comenzarán la menopausia 2 o 3 años antes que las mujeres que no se la han realizado. Esto en la mayoría de las mujeres será anunciado por la presentación de sofocos y sudores nocturnos. La quimioterapia y la radioterapia pélvica pueden predisponer a una mujer a tener una menopausia más temprana. Con quimioterapia o radioterapia, estos síntomas pueden ser temporales y puede ocurrir el retorno de la función normal de los ovarios (y la menstruación).

**La menopausia prematura,** ya sea natural o inducida, ocurre antes de los 40 años. Se desconoce la causa principal (40%). El 30% de los casos son autoinmunes con anticuerpos que destruyen los óvulos ováricos. Se deben realizar estudios para identificar enfermedades autoinmunes coexistentes (tiroiditis, artritis reumatoide, lupus, etc.). Las causas menos comunes incluyen la destrucción de los tejidos ováricos como consecuencia de la cirugía, la radiación y la quimioterapia. Las causas raras incluyen la genética y las anomalías cromosómicas. La terminología para esta condición incluye menopausia prematura, fallo ovárico prematuro e insuficiencia ovárica prematura (IOP). Las mujeres con menopausia prematura deben hablar sobre la terapia hormonal con su proveedor de atención médica para ayudar a prevenir ciertas enfermedades relacionadas con la edad.



## ¿Qué pasa con los cambios de ánimo, la pérdida de memoria y la depresión?

Muchas mujeres a menudo experimentan irritabilidad, llanto, ansiedad, dificultad para concentrarse, falta de energía, falta de concentración y cambios de humor a medida que pasan por la menopausia. Pero, ¿todos estos síntomas son causados por la menopausia?

**Cambios de humor versus depresión:** Los cambios de humor relacionados con la menopausia y la depresión son dos cosas separadas. La menopausia no causa depresión ni existen tasas más altas de depresión entre las mujeres menopáusicas. Sin embargo, los trastornos del sueño y los sofocos (calorones) son comunes y pueden contribuir a sentirse irritable y malhumorada.

**Memoria y menopausia:** ¿Qué pasa con los problemas de memoria? Muchas mujeres reportan dificultades con su memoria y con la concentración durante la transición a la menopausia. Los estudios que intentaron medir los cambios en la memoria en este grupo tienden a ser pequeños y las pruebas para evaluar la memoria que se utilizan en estos estudios pueden no reflejar los tipos de tareas relacionadas con la memoria que las mujeres realizan en la vida real. Muchos autores también señalan que la forma en que nos vemos a nosotros mismos (“¡Tengo mala memoria!”) no siempre coincide con las pruebas objetivas que demuestran nuestras habilidades (por ejemplo, obtuviste una buena puntuación en una prueba de recuerdo de memoria; o podrías recordar toda la letra de una canción que acabas de escuchar). Dadas estas deficiencias, es difícil evaluar si la menopausia y la pérdida de memoria están correlacionadas.

La menopausia es solo uno de los muchos desafíos que enfrentan las mujeres. La mediana edad está llena de factores estresantes que afectan nuestra salud mental. Lidar con hijos adolescentes, enfrentar un nido vacío, mayores exigencias profesionales, desafíos financieros y el cuidado de padres que envejecen pueden influir en la percepción de estrés y angustia de una mujer en su entorno personal. Con la llegada de la menopausia, con alteraciones del sueño y sofocos, la situación puede parecer inmanejable.

EL MENSAJE  
PARA LLEVAR:

Trate de aliviar los factores importantes de la vida diaria que probablemente contribuyan a los cambios de humor y al estrés. Si está preocupada por su salud mental, hable con su proveedor de atención médica.

## ¿Cambiará mi vida sexual después de la menopausia?

Es probable que una vida sexual sana y activa antes de la menopausia siga siendo sana y activa después de la menopausia. Desafortunadamente, la disfunción sexual puede ocurrir a cualquier edad, desde la adolescencia hasta la postmenopausia. Para algunas mujeres, la menopausia afecta su vida sexual.

### Aquí hay algunas condiciones comunes:

**Deseo sexual bajo**, también conocido como trastorno de deseo hiposexual (TDHS), incluye la ausencia de fantasías sexuales o deseo de cualquier forma de actividad sexual. Esta ausencia de deseo es a menudo angustiada para la mujer y puede causar dificultades en su relación sexual. Las mujeres a las que se les extirparon los ovarios quirúrgicamente (es decir, que se sometieron a menopausia quirúrgica) tienen más probabilidades de experimentar TDHS que las mujeres que experimentan la menopausia natural.

**Los trastornos de dolor sexual** son el resultado, con el tiempo, del adelgazamiento de la vulva, la vagina y el tracto urinario debido al envejecimiento. Conocido como atrofia vulvovaginal o AVV para abreviar, este adelgazamiento ocurre con la pérdida de producción de estrógeno durante la menopausia. Además, la pérdida de elasticidad vaginal puede hacer que las relaciones sexuales sean incómodas y provocar desgarros de tejidos delicados. También existe un mayor riesgo de infecciones vaginales y espasmos reactivos de los músculos vaginales secundarios a las relaciones sexuales dolorosas. Las soluciones simples, como el uso de lubricantes y humectantes vaginales, pueden ayudar; su médico puede recetarle cremas, tabletas o anillos de estrógeno en casos más severos. Todos los pacientes con dolor sexual deben ser evaluados por condiciones ginecológicas. También existen situaciones relacionadas con la menopausia que a su vez afectan el deseo sexual: Aunque no es causada directamente por la menopausia, la depresión es común en las mujeres. La prevalencia promedio de por vida de la depresión mayor en las mujeres es de aproximadamente el 20% y puede disminuir el deseo sexual y afectar el ciclo de respuesta sexual global. Algunos antidepresivos, en particular los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), también pueden disminuir el deseo sexual.

**Problemas de la relación** La menopausia puede ser un momento desafiante; cuando una mujer se siente infeliz, enojada o decepcionada con su pareja, su vida sexual también puede verse afectada. La investigación ha demostrado que los problemas de la relación pueden ser un factor en la falta de deseo sexual, más que los niveles hormonales.

EL MENSAJE  
PARA LLEVAR:

¡La menopausia no marca el final de una vida sexual sana y activa! No tenga miedo de hablar con su proveedor de atención médica. Con una evaluación adecuada, el posible tratamiento, el asesoramiento y la participación de su pareja, puede resolver muchos problemas y continuar teniendo una vida sexual placentera mucho más allá de la menopausia.

## ¿Qué puedo hacer con los sofocos?

Si bien los sofocos (calorones) son bastante comunes, no son universales. Los sofocos comienzan en la transición a la menopausia y son más prominentes en los dos primeros años de establecida la menopausia. Si bien la causa de los sofocos no se comprende completamente, se sabe que una disminución en los niveles de estrógeno juega un papel importante. A diferencia de la sequedad vaginal que solo empeora con el tiempo, los sofocos generalmente desaparecen después de 7 años en el 60% de las mujeres menopáusicas, aunque hasta el 15 % de las mujeres todavía reportan sofocos durante 10 años o más.

La mayoría de los sofocos son leves a moderados. Los sofocos severos que alteran la calidad de vida ocurren en alrededor del 10% de las mujeres. Los sofocos leves generalmente se pueden controlar con modificaciones en el estilo de vida, como mantenerse fresco, hacer ejercicio regularmente, controlar el peso, dejar de fumar y evitar los desencadenantes (por ejemplo, alimentos calientes y picantes, bebidas con cafeína y alcohol).

La terapia hormonal sigue siendo el tratamiento más eficaz para aliviar los sofocos en las mujeres menopáusicas. Si usted no puede utilizar la terapia hormonal, su médico puede prescribirle un tratamiento no hormonal. Si está pensando en tomar una medicina complementaria y alternativa (preparación a base de hierbas, soya u otra botánica), vale la pena saber que muchos de estos tratamientos han demostrado tener pocos beneficios. Además, la mayoría no tiene datos de seguridad.

EL MENSAJE  
PARA LLEVAR:

Los sofocos son comunes, pero son manejables, tanto con modificaciones en el estilo de vida como con terapia hormonal.

## ¿La terapia hormonal causa cáncer de mama?

La investigación ha demostrado un vínculo entre la terapia hormonal y el cáncer de mama: no está claro si el estrógeno causa cáncer de mama o promueve el crecimiento de tumores preexistentes. La investigación actual apunta a que el estrógeno NO causa cáncer de mama.

En 2002, la Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI), el estudio más grande sobre mujeres y terapia hormonal, informó que el aumento del uso de estrógeno y progestágeno en mujeres con útero se asoció con un pequeño aumento del riesgo de cáncer de mama a los 5 años. En 2004, el brazo de estrógeno solo de la Iniciativa de Salud de la mujer (mujeres sin útero) no mostró un mayor riesgo de cáncer de mama después de 6.8 años de usar terapia con estrógeno solo.

Otros estudios han demostrado que cuanto más prolongado es el uso y mayor la dosis de estrógeno, mayor es el riesgo de cáncer de mama. Esta es la razón por la que muchos profesionales de la salud prescriben terapia de reemplazo hormonal (TRH) en “la dosis efectiva más baja durante el menor tiempo posible”.

### Conozca sus riesgos personales de desarrollar cáncer de mama:

#### Los principales factores de riesgo incluyen:

edad (el riesgo aumenta significativamente después de los 55 años); historia familiar; biopsia de mama anterior que mostró células anormales; aumento de la densidad mamaria en la mamografía; nunca haber tenido hijos (o tener el primer hijo después de los 30 años).

#### Las opciones de estilo de vida que impactan su riesgo incluyen:

consumo excesivo de alcohol (más de 2 tragos por día); obesidad y aumento de peso después de la menopausia; fumar; no amamantar.

Puede que le sorprenda, pero los factores del estilo de vida como la falta de ejercicio, el consumo de alcohol y el aumento de peso después de la menopausia también tienen un impacto en su riesgo de desarrollar cáncer de mama similar o mayor que el uso de la terapia hormonal.

EL MENSAJE  
PARA LLEVAR:

Las mujeres menopáusicas (de 50 a 60 años) que sufren sofocos deben saber que el uso a corto plazo de la terapia hormonal tendrá un impacto muy pequeño en su riesgo personal de cáncer de mama. Si las mujeres tienen un alto riesgo, deben analizar su situación personal de riesgo/beneficio con su médico para tomar una decisión. Cuando las mujeres postmenopáusicas (de 50 a 60 años) experimentan síntomas vasomotores angustiantes (sofocos), deben saber que el USO A CORTO PLAZO de la terapia hormonal tendrá poco efecto sobre su riesgo personal de cáncer de mama, pero les brindará un excelente control de síntomas y calidad de vida. El uso más prolongado de la terapia hormonal SÍ aumenta el riesgo de cáncer de mama, de forma similar a los riesgos del estilo de vida.

## ¿La terapia hormonal provoca ataques al corazón?

La enfermedad cardíaca es el asesino número uno de las mujeres. La terapia hormonal por sí sola NO aumenta el riesgo de ataques al corazón. El factor individual más importante para la enfermedad cardíaca es la EDAD; ser premenopáusica es protector y el riesgo es bajo, pero después de la menopausia, a medida que la mujer envejece, aumentan los riesgos de enfermedad cardíaca.

Los siete principales factores que explican el 94% de los riesgos de ataques al corazón han sido identificados como: tabaquismo, perfil lipídico anormal, hipertensión, obesidad abdominal, mala alimentación, exceso de consumo de alcohol y estrés. La buena noticia es que son modificables, lo que significa que puedes hacer algo al respecto.

El histórico estudio WHI (Iniciativa de la Salud de la Mujer; Women's Health Initiative) del 2002, de mujeres que comenzaron a recibir hormonas menopáusicas entre los 50 y los 80 años de edad planteó preocupaciones sobre la relación entre la terapia hormonal y los ataques cardíacos.

PERO hay más en la historia que quizás no sepa: los resultados iniciales fueron reportados por los medios populares como causantes de un 26% más de ataques cardíacos en mujeres postmenopáusicas (50-80 años) que tomaron estrógeno + progestina (vs. aquellas que no tomaron terapia hormonal) pero no aclaró lo que esto significaba. Aquellos que comenzaron la terapia hormonal entre los 50 y 59 años de edad tuvieron menos probabilidad de morir por enfermedad de las arterias coronarias (una muerte menos por cada 1,000 usuarias de terapia hormonal). En un nuevo análisis de los datos de WHI y otros estudios, surgió un resultado claro: los riesgos asociados con la terapia hormonal postmenopáusica (estrógeno/estrógeno progestágeno) están relacionados con la edad. Es decir, antes de recibir tratamiento con cualquier terapia hormonal, las mujeres de 50 años tienen la mitad del riesgo cardiovascular que las mujeres de 60 años, y una cuarta parte del riesgo de las mujeres de 70 años.

Es importante que un médico considere la edad de una paciente antes de prescribir la terapia hormonal. Existe buena evidencia de que las mujeres que comienzan la terapia hormonal entre los 50 y los 59 años de edad no tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y, de hecho, pueden experimentar beneficios cardiovasculares como resultado de la terapia hormonal.

#### LOS HECHOS:

Usada a la edad adecuada, la terapia hormonal puede ser buena para su corazón. Los estudios han demostrado que comenzar la terapia hormonal en la menopausia temprana es seguro y, de hecho, puede tener cualidades beneficiosas para proteger la salud del corazón.

Actualmente, la Sociedad Internacional de Menopausia (IMS, por sus siglas en inglés) recomienda que la terapia hormonal se use para el control de los síntomas menopáusicos de moderados a severos y no se prescriba únicamente para prevenir enfermedades del corazón.

#### EL MENSAJE PARA LLEVAR:

Las mujeres en el grupo de edad de 50 a 59 años deben sentirse seguras de que la terapia hormonal no es dañina para la salud de su corazón. Las mujeres que experimentan sofocos y otros síntomas no deben dudar en tomar terapia hormonal para aliviar sus síntomas. Sin embargo, se recomienda precaución si se considera la terapia hormonal para mujeres postmenopáusicas mayores, ya que comenzar con las hormonas menopáusicas después de los 60 años, y particularmente después de los 70 años, podría tener efectos adversos.



## ¿La terapia hormonal causa accidentes cerebrovasculares?

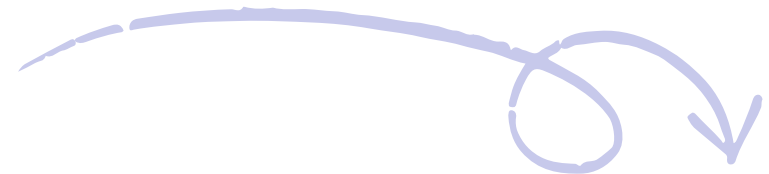
Los accidentes cerebrovasculares no son infrecuentes tanto en hombres como en mujeres. A diferencia de las enfermedades cardíacas, ser premenopáusica no ofrece ninguna protección contra un accidente cerebrovascular. Sin embargo, la incidencia de accidente cerebrovascular es muy pequeña para las mujeres más jóvenes, entre los 50 y los 59 años.

Aunque el accidente cerebrovascular aumenta con la edad, la clave para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular, independientemente de si recibe o no terapia hormonal, es un estilo de vida saludable. Esto debe incluir un programa de ejercicio activo, controlar la presión arterial, así como el peso y la diabetes (si corresponde), dejar de fumar y limitar el consumo de alcohol.

### ¿Qué pasa con el uso de la terapia hormonal para la menopausia?

La relación entre la terapia hormonal y los accidentes cerebrovasculares isquémicos (un vaso sanguíneo obstruido que obstruye el flujo de sangre al cerebro) está plagada de desinformación y miedo. Los resultados de los estudios que analizan si el uso de terapia hormonal para la menopausia aumenta los accidentes cerebrovasculares son contradictorios: muchos no han mostrado ningún efecto, algunos encontraron una disminución, mientras que otros mostraron un aumento de los accidentes cerebrovasculares con su uso.

*Los estudios más recientes han demostrado que las dosis más bajas de estrógeno, la adición de progesterona micronizada y, más recientemente, el uso de preparaciones transdérmicas (es decir, parches o geles de estrógeno) no parecen aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular.*



## ¿Soy demasiada joven para preocuparme por algo como la osteoporosis?

Las mujeres pierden huesos más rápidamente que los hombres durante la transición a la menopausia cuando disminuye el nivel de estrógeno. Una mujer de 50 años tiene un 40% de posibilidades de sufrir fracturas de cadera, vertebrales y de muñeca a lo largo de su vida. Nunca se es demasiada joven para prevenir la osteoporosis.

### Factores de riesgo de la osteoporosis

Conocer sus factores de riesgo puede ayudarla a determinar qué medidas preventivas puede tomar para reducir el riesgo de osteoporosis y fracturas. Puede realizar una prueba en línea para el riesgo de fractura FRAX.

### Podría tener un mayor riesgo de desarrollar osteoporosis si alguno de los siguientes aplica a usted:

- Haber sufrido una fractura previa por fragilidad
- Haber perdido 1.5 pulgadas o 3 cm de talla
- Tener índice de masa corporal bajo
- Tabaquismo, consumo de más de dos bebidas alcohólicas por día
- Historial de uso de corticosteroides
- Antecedentes familiares de osteoporosis

Uno de los estudios clínicos más grandes de mujeres postmenopáusicas, el WHI, demostró que incluso en una población de mujeres postmenopáusicas mayores, que no tenían un mayor riesgo de fractura, el riesgo de fracturas de cadera se redujo al tomar hormonas. Las mujeres con síntomas menopáusicos que requieren estrógeno pueden estar seguras de que esta terapia es segura cuando se inicia temprano después de la menopausia y también retrasará la pérdida ósea.

La menopausia puede ponerla en mayor riesgo de desarrollar osteoporosis, así que hable con su médico sobre los pasos que debe seguir para controlar y/o prevenir la pérdida ósea. Existen algunos tratamientos de terapia hormonal que están indicados para la prevención de la osteoporosis; usted y su médico pueden decidir si este tratamiento es adecuado para usted.

EL MENSAJE  
PARA LLEVAR:

## ¿Desarrollaré coágulos de sangre si estoy tomando terapia hormonal?

La mayoría de las mujeres que toman terapia hormonal no desarrollan coágulos de sangre en las piernas (TVP: trombosis venosa profunda) y/o en los pulmones (EP: embolia pulmonar). Sin embargo, algunas mujeres corren un mayor riesgo de desarrollar coágulos de sangre.

Basado en el estudio WHI, el uso de estrógeno oral (Premarin® 0.625 mg) y la progestina (Provera® 2.5 mg) aumentó dos veces el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). Con estrógeno solo (Premarin® 0.625 mg), el riesgo de TEV aumentó solo levemente.

Datos recientes han sugerido que con respecto a la terapia hormonal y los coágulos de sangre, el riesgo es mayor en los primeros 3 meses de terapia, pero luego el riesgo disminuye. Algunos datos indican que la terapia hormonal transdérmica y en dosis más bajas reducen el riesgo de coágulos de sangre.

### Conozca su riesgo.

Todas las mujeres deben conocer su riesgo personal de TEV antes de considerar la terapia hormonal:

- Weight (obesity and being overweight contribute to higher risk)
- Having a prior case of VTE
- Family history
- Smoking
- Pregnancy
- Being immobile (due to major surgery, especially bone and joint, abdominal, or pelvic surgery; or from suffering a fracture)
- Illness
- Injury or trauma
- Using oral contraceptives or HT
- Edad (el riesgo aumenta con la edad)
- Peso (la obesidad y el sobrepeso contribuyen a un mayor riesgo)
- Haber tenido TEV previo
- Historia familiar
- Fumar
- El embarazo
- Estar inmóvil (por una cirugía mayor, especialmente cirugía ósea y articular, abdominal o pélvica; o por sufrir una fractura)
- Enfermedad
- Lesión o trauma
- Uso de anticonceptivos orales o terapia hormonal



**También puede considerar reducir su riesgo de TEV mediante las siguientes estrategias:**

- Use una dosis baja de terapia hormona
- Use una forma transdérmica (“parche o gel en la piel”) de terapia hormonal
- Suspender hábitos de riesgo, como fumar
- Mantenga un estilo de vida activo y practique el control de peso
- Si tiene antecedentes familiares importantes de TEV o accidentes cerebrovasculares, pregúntele a su médico si es candidata para pruebas especiales de riesgo hereditario de trombofilia (es decir, predisposición a la formación de coágulos sanguíneos)

EL MENSAJE  
PARA LLEVAR:

Si está considerando la terapia hormonal, evalúe su riesgo de desarrollar TEV y hable con su profesional de la salud.

## **A esta edad, ¿tengo un mayor riesgo de cáncer colorrectal (ccr)?**

La menopausia no aumenta el riesgo de CCR, pero el envejecimiento sí lo hace. De hecho, el 93% de los casos de CCR se dan en personas mayores de 50 años. Aunque no es tan conocido como el cáncer de mama o de ovario, el CCR es el tercer cáncer más común y afecta por igual a hombres y mujeres. La detección de este cáncer debe ofrecerse a todos los adultos de 50 a 74 años.

Es una buena idea hablar con su médico acerca de su propio riesgo personal de desarrollar CCR.

*El estudio WHI mostró que puede haber beneficios al tomar terapia hormonal: en el grupo de tratamiento que tomó estrógeno/progestágeno, se observaron 45 casos de cáncer de colon, mientras que en el grupo de placebo (pacientes que tomaron placebo), se observaron 67 casos de cáncer de colon. observado después de un período de 7 años.*



## ¿Son las hormonas bioidénticas “naturales” y más seguras que las terapias hormonales estándar?

El término “hormona bioidéntica” generalmente se refiere al estrógeno y la progesterona que son químicamente idénticos a los que produce nuestro cuerpo. Se refiere a las hormonas vegetales (soja y ñame) que se alteran químicamente para que sean similares a las hormonas de nuestro cuerpo.

La terapia hormonal compuesta personalizada se refiere a una “receta” de hormonas elaborada por un farmacéutico de compuestos a partir de la receta de un médico. La preocupación de la terapia hormonal personalizada está en su producción. La producción no está regulada y no existen normas uniformes para la elaboración de estos productos compuestos.

**Si las terapias hormonales compuestas a la medida son idénticas a las hormonas de mi cuerpo, ¿no son seguras y más efectivas?**

No hay evidencia científica que respalde las afirmaciones del fabricante de que las terapias hormonales compuestas a medida son efectivas o seguras porque no han pasado por el riguroso proceso de prueba.

EL MENSAJE  
PARA LLEVAR:

Al igual que las terapias complementarias o los remedios naturales, es un “cuidado para el comprador”: tenga cuidado cuando decida usar un tratamiento que no tiene información importante sobre seguridad y dosificación. Hable con su médico acerca de sus opciones para ver si son apropiadas personalmente para usted.



## ¿Son efectivas las terapias complementarias (o “alternativas”) para controlar la menopausia?

La idea de tratar la menopausia “naturalmente” usando remedios a base de hierbas es atractiva para muchas mujeres. Quizás esto se deba a que muchos de nosotros asociamos lo natural con lo inofensivo. Desafortunadamente, los productos naturales no siempre son seguros y, además, no son necesariamente tan efectivos como se publicitan, cuando se trata de aliviar los síntomas de la menopausia.

### Remedios herbolarios para los sofocos

Se ha demostrado que muchos de los productos remedios a base de hierbas actualmente en el mercado tienen una eficacia limitada para aliviar los sofocos. En una revisión reciente, se señaló que, aunque los ensayos individuales podrían sugerir beneficios de ciertas terapias, no hay suficiente evidencia concluyente para demostrar que las terapias complementarias y alternativas son realmente efectivas para controlar los síntomas de la menopausia. Además, sin datos de seguridad y eficacia a largo plazo, no podemos estar seguros de que no haya daño. Los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas no son bien conocidos, pero ocurren.

### La terapia hormonal sigue siendo el mejor tratamiento para los sofocos

Nuevamente, es “cuidado para el comprador” cuando se trata de comprar remedios naturales. Lo mejor es desconfiar de cualquier producto de remedio a base de hierbas que prometa alivio de los síntomas de la menopausia.

EL MENSAJE  
PARA LLEVAR:

*Esta información fue desarrollada por SIGMA, La Sociedad Canadiense de Menopausia. La IMS está compartiendo esta información con su permiso. [www.sigmamenopause.com](http://www.sigmamenopause.com)*