



Menopausia: más allá de los sofocos

El lenguaje connotativo atribuye significados de diversa índole a palabras o frases de manera subjetiva, de forma que la naturaleza de ellos depende de cada persona o colectivo. Desafortunadamente, el término *menopausia* suele ser objeto de connotaciones negativas; sin embargo, en realidad estas interpretaciones solo son aparentes.

José Peiró Rocher

Farmacéutico comunitario

Esta etapa vital, caracterizada por el final de la vida fértil de la mujer, puede alcanzar en nuestro medio más de la mitad de la existencia femenina, por lo que este tramo de la vida es mucho más que una serie de cambios fisiológicos y puede acompañarse de alteraciones, que deben ser objeto de la ayuda necesaria y afrontarse de la mejor manera posible con el fin de evitar que afecten negativamente a la trayectoria personal de cada mujer.

Perimenopausia

Al contrario de lo que sucede con la llegada de la menarquia, la menopausia no es un acontecimiento repentino, sino que se trata de un proceso paulatino que se inicia con la denominada perimenopausia. Se trata esta de un periodo que puede abarcar entre los 2 y los 8 años anteriores a la menopausia. Es en este tramo cuando empieza el *climaterio*, un término que no es sinónimo de menopausia puesto que se refiere estrictamente a los diversos cambios y a sus respectivas manifestaciones que adquieren carta de naturaleza durante la transición a la menopausia.

Esta fase temporal encaminada hacia la menopausia suele debutar con una alteración, en forma de disminución en la longitud del ciclo menstrual, secundaria al menor número de folículos existentes en el ovario. En lo sucesivo este cambio alternará con ciclos ovulatorios normales y tramos amenorreicos, pudiendo aparecer menorragias asociadas al déficit de progesterona. En esta

«El síntoma más característico de la perimenopausia, sobre todo en su última parte, quizá sean los sofocos, pues afectan de forma significativa a un 20 % de las mujeres»

etapa también se van a manifestar con relativa frecuencia —tanto o más que en la posmenopausia— alteraciones a nivel psicológico, como irritabilidad, nerviosismo, depresión e insomnio. Pero quizás el síntoma más característico de la perimenopausia —afecta de forma significativa en torno a un 20 % de las mujeres—, sobre todo en su última parte, sean los **sofocos**.

Menopausia: definición y epidemiología

El conjunto de signos y síntomas que engloba el climaterio van a confluir en la menopausia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «el cese permanente de la menstruación derivado de la pérdida de la actividad folicular del ovario». Existe consenso en establecer la menopausia una vez transcurrido un año desde la última menstruación. A pesar de lo impreciso de este periodo, en nuestro país se acepta la edad media de 51,4 años para la llegada de la menopausia. No es esta situación la primera en la que la mujer ha afrontado un cambio fisiológico importante durante su vida, puesto que en la adolescencia o en caso de embarazo ya ha afrontado cambios significativos en su sistema hormonal, unos cambios que afectan en especial a su vida íntima y, en general, a su salud.

La menopausia inducida por el déficit estrogénico se produce tras la pérdida de la reserva folicular del ovario, y se va a traducir en una serie de efectos que suelen distinguirse por orden cronológico: a corto, medio o largo plazo (Figura 1). Esta privación estrogénica en el área ovárica identifica a los andrógenos adrenales como los principales responsables de la síntesis de estrógenos en el organismo. Esta síntesis viene mediada a través de la enzima aromatasa ubicada en tejidos periféricos (tejido adiposo, muscular e hígado), que a su vez es la diana de una de las opciones terapéuticas de primera línea para el tratamiento del cáncer de mama hormono-dependiente en mujeres posmenopáusicas, como son los inhibidores de la aromatasa: **letrozol**, **anastrozol** y **exemestano**.

El cambio en la proporción de las hormonas sexuales debido a la disminución de las femeninas predispone a la aparición de cierta «androgenización» durante el periodo posmenopáusico, que se manifiesta en forma de un aumento de grasa abdominal subcutánea y visceral. Esta molesta redistribución de la grasa corporal, más allá de la variable preocupación estética que conlleva, se asocia con niveles aumentados de LDL-colesterol,



Figura 1. Alteraciones de la menopausia a corto, medio y largo plazo

reducción del HDL-colesterol y alteraciones glucémicas, de manera que se tiende a igualar el riesgo cardiovascular entre las mujeres posmenopáusicas y los hombres, especialmente en lo que respecta a la incidencia de ictus.

Tratamiento de los síntomas asociados a la menopausia

Terapia hormonal sustitutiva (THS)

Fue la publicación del estudio WHI, en 2002, lo que marcó un punto de inflexión en el empleo de la THS para tratar los trastornos derivados de la menopausia. Los datos allí recogidos mostraban un incremento relativo del 26 % de cáncer de mama, del 29 % de isquemia coronaria, del 41 % de infarto de miocardio y del doble de sufrir tromboembolismo venoso o pulmonar. Como consecuencia de esto, comenzó de manera relativamente rápida el declive en el uso de la THS.

En realidad, el WHI se diseñó para medir el impacto de una combinación concreta de estrógenos/progestágenos en términos de prevención coronaria, de fracturas óseas y de cáncer de colon en mujeres con criterios de

Menopausia: más allá de los sofocos

riesgo para estos eventos, seleccionando por lo tanto un grupo de mujeres de edad avanzada. A pesar de este relevante sesgo, los resultados se extendieron a cualquier fármaco de la THS y a todos los grupos de edad, provocando una virtual desaparición de la THS como terapia de primera línea en el ámbito de la menopausia.

Cabe mencionar, también en línea con la seguridad de la THS, el estudio francés E3N-EPIC cohort (2005), en el que se postulaba el menor riesgo de cáncer de mama asociado al empleo de **progesterona micronizada**, posicionándose así como el progestágeno con menos problemas que puede administrarse por vía oral o vaginal.

Es importante recordar que la THS puede administrarse por vía dérmica, en forma de **cremas (0,01 %) o geles (0,06 %) de estradiol de alta concentración** que pueden presentar riesgo de efectos adversos, como hiperplasia/carcinoma endometrial, cáncer de mama y de ovario y eventos tromboembólicos, debido a la absorción de estradiol en el torrente sanguíneo que presentan estas formas tópicas.

Sea como fuere, la THS, en términos generales, puede considerarse como una opción segura y eficaz de la que pueden beneficiarse mujeres menores de 60 años, siempre y cuando su uso se limite a los primeros 10 años de evolución de la menopausia y realizando un correcto seguimiento para detectar posibles reacciones adversas.

Sintomatología vasomotora (SVM)

Estrechamente relacionados con el insomnio y, por lo tanto, con el estado de ánimo —en ningún caso debe considerarse un síntoma banal o sin importancia—, los sofocos constituyen uno de los primeros y principales síntomas en aparecer con la perimenopausia. Estas crisis vasomotoras se manifiestan como oleadas de calor a nivel del pecho, cuello y cara, que normalmente sobrevienen junto a una sudoración intensa. El hecho de que las crisis suelen aparecer durante la franja nocturna, sumado a sus mencionadas características, contribuye a explicar su relación con el aumento en la incidencia del insomnio.

Si bien ha demostrado ser eficaz en el alivio de la sintomatología vasomotora, a partir de los estudios mencionados anteriormente la THS se emplea con extrema cautela, siendo muy pocas las mujeres y en casos muy seleccionados —por ejemplo, en situaciones de menopausia precoz con una intensa sintomatología y siempre antes de los 60 años— las que pueden beneficiarse de

su empleo. En este contexto, pueden considerarse los tratamientos de origen natural, con compuestos que presentan acciones similares a los estrógenos, más indicados en el tratamiento de los sofocos:

Fitoestrógenos

Pertencen a este amplio grupo sustancias con efectos estrogénicos como las **isoflavonas**, los **lignan**os y los **cu-mestanos**. Son las isoflavonas (presentes en la soja¹ o en el trébol rojo) las de mayor potencia estrogénica, debido fundamentalmente a la presencia de genisteína, la isoflavona con mayor afinidad por los receptores estrogénicos y cuya presencia —se recomienda un aporte un mínimo de 15 mg/día— determina el grado de efectividad de estos compuestos. Sus efectos tardan entre 2 y 4 semanas en ponerse de manifiesto y son, en general, bien tolerados, si bien pueden interactuar con terapia hormonal o con los tratamientos de tumores hormono-dependientes debido a su acción sobre los receptores estrogénicos.

Cimicifuga racemosa

Los principales componentes de esta planta se engloban dentro de la categoría de los **glucósidos triterpénicos**. La acción de *Cimicifuga racemosa* se distingue por no interactuar con los receptores estrogénicos, sino que responde a su capacidad de modular los receptores de diferentes neurotransmisores (serotonina, dopamina, etc.) implicados en la regulación del sueño. Los efectos positivos sobre la SVM suelen tardar de 4 a 6 semanas en hacerse patentes, recomendándose una dosis mínima de 40 mg/día. Con un perfil de seguridad claramente favorable, puede recomendarse en mujeres con tumores sensibles a hormonas con SVM iatrogénica.

Alteraciones del sueño

Síndrome de apnea obstructiva del sueño

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en el mundo occidental y requiere un enfoque que va más allá del mero control de la arritmia, siendo necesaria la gestión adecuada de factores de riesgo clásicos, como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, pe-

¹En general, las mujeres japonesas afrontan la menopausia con menor sintomatología que en el medio occidental, hecho que suele relacionarse con la dieta japonesa, rica en soja en comparación con la occidental.

«El cambio en la proporción de las hormonas sexuales debido a la disminución de las femeninas predispone a la aparición de cierta "androgenización" durante el periodo posmenopáusico, que se manifiesta en forma de un aumento de grasa abdominal subcutánea y visceral»

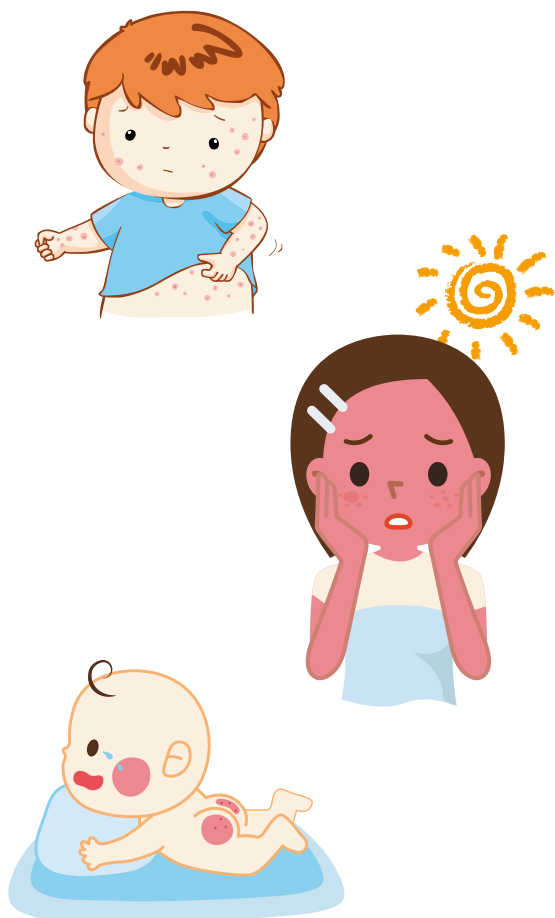
Calamina LAINCO

Loción de Calamina



Loción protectora para pieles sensibles e irritadas

Con Dexpanthenol | Sin perfumes



Loción con propiedades protectoras para la piel, indicada para:

- Alivio de la piel sensible e irritada en caso de rojeces, picores y escozores.
- Calmante y refrescante tras exposiciones al sol.
- Protege de la sudoración excesiva.
- Protege la piel de las escoceduras de los bebés.
- La calamina proporciona una gran acción secante y astringente, adecuado para pieles con tendencia acnéica.
- Su contenido en dexpanthenol le proporciona un gran poder hidratante y humectante.

Textura suave y de fácil aplicación.

 **lainco**

Avda. Bizet, 8-12, 08191 - Rubí (Barcelona)
Tel.: 935 862 015 - Fax: 935 862 016
e-mail: lainco@lainco.es - www.lainco.es

Tabla 1. Medidas para fomentar la higiene del sueño

Pauta	Recomendaciones
Mantener un horario de sueño regular	Seguir un horario más o menos fijo para acostarse y levantarse cada día
Cuidar los factores ambientales	Mantener el dormitorio en condiciones de luz, ruido y temperatura confortables
Mantener la cama en unas condiciones adecuadas	Ajustar las características del colchón y de la almohada a nuestras necesidades
Seguir un horario de comidas regulado	No es conveniente acostarse con hambre o sed. Evitar comer o beber grandes cantidades en las 3 horas previas a acostarse
Restringir sustancias potencialmente estimulantes	Evitar la ingesta de café, bebidas energéticas o tabaco a partir de la tarde-noche. Por el contrario, los lácteos contienen triptófano, que puede inducir el sueño
Evitar las siestas prolongadas	No deben durar más de 30 minutos
Ir a la cama solo cuando se tenga sueño	Limitar la estancia a 7-8 horas para evitar la interrupción del sueño
Hacer ejercicio físico de manera regular	A ser posible entre 30 y 45 minutos al día, evitando su práctica al menos 3 horas antes de acostarse
Establecer y mantener una rutina relajante para ir a dormir	Actividades como leer algo ligero, escuchar música suave o tomar una ducha nos prepararan para el momento de ir a la cama

ro también de otros más recientes, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

La evidencia disponible desde hace tiempo respalda que el riesgo de SAOS aumenta en las mujeres de forma significativa durante y después de la transición a la menopausia, de manera que los datos recogidos muestran que los niveles de estradiol son inferiores en las mujeres con apnea durante el sueño. Dada, pues, la posibilidad de confluencia entre la FA y las mujeres menopáusicas a través de la apnea del sueño, se hace necesaria una detección precoz de las mujeres con SAOS para su evaluación con el fin de evitar posibles complicaciones.

Insomnio

Como se ha visto en el apartado anterior, y asociado a los sofocos sobrevenidos durante el descanso nocturno, la recomendación en primera línea para el tratamiento del insomnio se basa en implantar una serie de medidas no farmacológicas que generen el mayor impacto posible sobre el insomnio. Entre esas medidas a adoptar destacan la educación sobre la higiene del sueño (Tabla 1) y la terapia cognitivo-conductual, con la que se busca evitar situaciones que favorezcan la cronificación del trastorno, así como ideas o pensamientos negativos sobre el insomnio por parte de la paciente.

En el caso de que estas recomendaciones, orientadas a una mejor higiene del sueño, no resulten eficaces, se puede considerar el empleo de tratamiento farmacológico como complemento (puede ser primera opción en casos graves) a los cambios en los hábitos o estilo de vida (Figura 2):

- Plantas medicinales: partiendo de la base de que no se deben utilizar de manera inadecuada —atribuyéndoles una condición de «remedios naturales»—, se puede considerar su empleo como primera opción en caso de fracaso de las medidas no farmacológicas. Se sitúa como referente del grupo a la **valeriana**, disponiendo también de otras opciones como la **melisa**, la **pasiflora**, la **amapola de California**, el **espino blanco** y el **lúpulo**².
- Agonistas de los receptores de la melatonina: basada en interferir con la regulación sueño/vigilia, la **melato-**



Figura 2. Algoritmo de tratamiento del insomnio. TCC: terapia cognitivo-conductual. (Fuente: Molina et al., 2019)

²Se cuenta con diversos estudios con el fin de comprobar el efecto sedante de la cerveza sin alcohol. Un ensayo (Franco, 2012) con enfermeras sometidas a condiciones de estrés debido a turnos rotatorios, ha puesto de manifiesto los beneficios de esta bebida sobre el descanso nocturno.

nina fue autorizada en principio para tratar a corto plazo el insomnio en adultos mayores de 55 años, edad a partir de la cual se produce un descenso en la secreción fisiológica de esta hormona y que se sitúa dentro de la franja menopáusica, por lo que, en principio, puede resultar eficaz para mejorar la calidad del sueño en dicha etapa. Ofrece la ventaja de que no presenta riesgo de dependencia o insomnio de rebote, y el motivo por el que en muchas pacientes no resulte eficaz responde al hecho de que no tienen alterado su ritmo circadiano.

- Benzodiazepinas (BZD) y análogos: deben utilizarse solo cuando las opciones anteriores resultan insuficientes para el control del insomnio. Desplazadas en el tratamiento de la ansiedad por otros fármacos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros agentes inicialmente considerados antidepresivos, algunas de las primeras BZD se emplean en la actualidad por sus propiedades hipnóticas. Se utilizan mayoritariamente las de acción corta-media como **lorazepam** y **lormetazepam**, que carecen de metabolitos activos. Estrechamente relacionada con las BZD, la utilidad de **zolpidem** se centra en el insomnio caracterizado por la dificultad para iniciar el sueño.

Síndrome genitourinario de la menopausia

Actualmente se emplea el término *síndrome genitourinario de la menopausia* (SGM) en contraposición a otros utilizados anteriormente, como *atrofia vulvovaginal* o *vulvovaginitis atrófica*, que ignoran el área urológica, de manera que con el SGM se logra un concepto más transversal para abarcar los síntomas genitales y urológicos que pueden producirse durante la menopausia.

Área genital

El cambio fisiológico que tiene lugar en la mujer durante la adolescencia, en forma de un aumento exponencial de la producción de estrógenos, va a ser responsable de cambios en el ámbito genital, como el engrosamiento de la pared vaginal, con un incremento del flujo sanguíneo y de la lubricación. Asimismo, se va a favorecer la colonización de este entorno por lactobacilos, los cuales van a metabolizar el glucógeno generado por estimulación estrogénica, formando como producto final ácido láctico, que resulta fundamental para mantener un pH adecuado (3,5-4,5) en este entor-

no y que constituye una auténtica barrera fisiológica frente a infecciones por diferentes patógenos en el tracto urogenital.

Este clima favorable se verá modificado por el descenso de estrógenos asociado a la menopausia (Figura 3), pudiendo darse alteraciones en esta área, como sequedad vaginal, ardor, prurito y dispareunia (o dolor al practicar el coito).

Los hidratantes y los lubricantes vaginales constituyen, según su contrastada eficacia, la recomendación de primera línea para tratar los casos leves y sin sintomatología vasomotora asociada. Conviene recordar la preferencia de que estos preparados se presenten en una base acuosa; en cualquier caso, mientras los lubricantes deben reservarse para las molestias presentes durante las relaciones sexuales, los hidratantes pueden utilizarse a diario para corregir la sequedad vaginal. En este contexto destaca el ácido hialurónico, con gran capacidad de atraer y retener agua, y que ha demostrado beneficio sobre placebo. Estos agentes, al contrario que la terapia hormonal (Tabla 2), no requieren receta médica.

Para casos moderados o intensos, con ausencia de sintomatología vasomotora, se recomienda el tratamiento hormonal tópico, que engloba la terapia estrogénica, por vía tópica (cremas, óvulos, parches transdérmicos o anillos vaginales), o la **dehidroepiandrosterona**, también denominada prasterona y comercializada en España en forma de óvulos vaginales. En casos más intensos, acompañados de síntomas vasomotores, se puede recurrir —extremando las precauciones y teniendo en cuenta las posibles contraindicaciones— a la ya comentada anteriormente terapia hormonal sistémica.

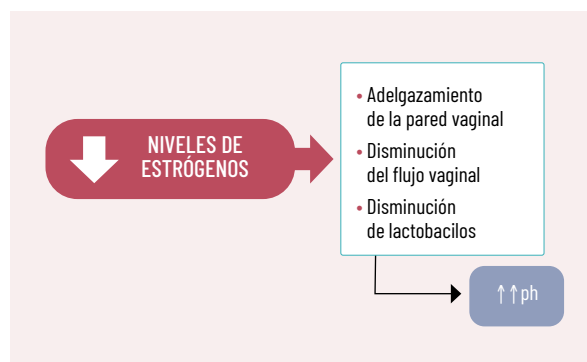


Figura 3. Efectos del descenso de estrógenos en la zona genital

«Con el empleo del término *síndrome genitourinario de la menopausia* se logra un concepto más transversal para abarcar los síntomas genitales y urológicos que pueden producirse durante la menopausia»

Tabla 2. Tratamiento hormonal del síndrome genitourinario

Tratamiento hormonal local	
Composición	Forma galénica
Promestrieno	• Crema vaginal
Estriol	• Crema/óvulos (1 mg/g) • Gel vaginal (50 µg/g) • Óvulos (30 µg/g)
Estradiol	• Óvulos (10 µg/g) • Anillo vaginal (7,5 µg/día)
Prasterona	• Óvulos
Tratamiento hormonal sistémico	
Agente hormonal	Características
Estrógenos sistémicos (solos o en combinación con gestágenos)	• La asociación de estrógenos con progestágenos es obligada en mujeres que conservan el útero para evitar el riesgo de neoplasia endometrial
Tibolona	• Reúne actividades estrogénica, androgénica y progestagénica, predominando esta última • Especialmente indicado en pacientes con miomas o antecedentes de endometriosis
Combinación de estrógenos conjugados y bazedoxifeno	• Opción para mujeres que no sean candidatas o presenten intolerancia a los progestágenos

Con la finalidad de disminuir la incidencia de efectos adversos y el riesgo de neoplasias estrógeno-dependientes, se indica **ospemifeno**, perteneciente a la familia de moduladores selectivos del receptor estrogénico (SERM), y que ha mostrado beneficio en el alivio de la sequedad vaginal y de la dispareunia.

Área urológica

Junto a las disfunciones sexuales, la **incontinencia urinaria (IU)** se considera la afección que mayor preocupación origina durante la menopausia. No en vano, la merma que produce este problema en la autonomía de la paciente genera un impacto negativo en la calidad de vida, pudiendo afectar de forma significativa a su autoestima.

Más allá de consideraciones, la incontinencia afecta en España a 1 de cada 3-4 mujeres en etapa menopáusica, aumentando con la edad su prevalencia hasta el 50 % de las mujeres. Su aparición se manifiesta de manera progresiva, lo que favorece el tratamiento preventivo mediante la modificación del estilo de vida (perder peso, disminuir la ingesta de alcohol y de cafeína, abandonar el hábito tabáquico) y la rehabilitación del suelo pélvico (Tabla 3). Los diferentes tratamientos, que resultan bastante agradecidos, incluyen los fármacos antimuscarínicos (**desfesoterodina**, **fesoterodina**, **oxibutinina**, **propiverina**, **solifenacina**, **tolterodina**, **trosipio**) y un agonista β_3 (**mirabegrón**). En el ca-

so de IU de esfuerzo, se dispone de varias opciones quirúrgicas, destacando, por seguridad y eficacia, los *slings* suburetrales.

Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la pérdida, tanto cualitativa como cuantitativa, de la masa ósea, circunstancia que aumenta la fragilidad del hueso y favorece su riesgo de fracturas, especialmente en aquellas localizaciones donde mayor peso soporta: muñecas, vértebras y caderas (las fracturas de estas últimas se consideran temibles).

A través de diferentes mecanismos, los estrógenos interfieren en el frágil equilibrio que mantiene el remodelado óseo, resultando beneficiosos para el hueso en términos de su cantidad y calidad. Esta acción estrogénica contribuye a explicar el efecto negativo que sobre el hueso va a producir el rápido declive hormonal de la mujer —en comparación con el del hombre— durante la menopausia. Así, en la mujer se observa un descenso mucho más acentuado de la masa ósea (un 20 % en la década posterior a la menopausia) que en el hombre (entre un 3 y un 5 % por década de vida), y justifica el mayor riesgo de padecer osteoporosis que presentan las mujeres.

El tratamiento de la osteoporosis incluye medidas higiénico-dietéticas y la terapia farmacológica y, en ambos casos, se trata de un tratamiento preventivo:

Tabla 3. Rehabilitación del suelo pélvico

Tipo de acción	Descripción
Ejercicios de Kegel	Se contraen y relajan los músculos del suelo pélvico, aproximadamente 8 contracciones durante 8-10 segundos
Gimnasia perineal pasiva con conos vaginales	Se estimula la contracción de los músculos del suelo pélvico introduciendo en la vagina una serie de conos, de idéntico tamaño pero de peso diferente
Biofeedback	Se facilita el aprendizaje traduciendo la contracción muscular en una señal gráfica o acústica
Electroestimulación	Se provoca la contracción muscular aplicando una corriente eléctrica no dolorosa sobre la zona pélvica
Reeducación vesical	Se pretende distanciar el tiempo entre micciones voluntarias. Requiere educación al paciente, la agenda de vaciado y el refuerzo positivo
Entrenamiento vesical – vaciado vesical	Se inicia vaciando la vejiga cada 2 horas a lo largo del día con objeto de mantener la vejiga vacía y seca
Tratamiento con estrógenos tópicos	En pacientes con déficit de estrógenos o con ITU asociada

Recomendaciones higiénico-sanitarias

- Uno de los factores más decisivos en la prevención de la osteoporosis es el pico de masa ósea, que determina el nivel máximo de reserva ósea durante nuestra vida. Este pico se alcanza en torno a los 30 años de edad, por lo que será desde la etapa infantil hasta conseguir este pico cuando la ingesta de alimentos con alto contenido en calcio resulte de vital importancia.
- Además del calcio, también una ingesta óptima de fósforo, magnesio, potasio y vitaminas (A, D y K) es necesaria para la correcta formación del hueso ya que participan directamente en el remodelado óseo (Tabla 4).
- Se deben evitar las dietas hiperproteicas y con un elevado contenido en sal, puesto que aumentan la excreción urinaria de calcio.
- Es conveniente eliminar el tabaquismo –produce un efecto tóxico directo sobre el hueso– y limitar el con-

sumo de alcohol (<30 g/día) o de cafeína (<4 tazas de café/día o equivalente para té o bebidas de cola), porque incrementan la eliminación urinaria.

- Resulta fundamental la actividad física para presentar una buena salud ósea, estando especialmente indicados los ejercicios de soporte de peso.
- Es recomendable, aunque insuficiente pese a vivir en localizaciones cálidas, la exposición al sol en la cara y el cuello durante al menos 15 minutos/día, para favorecer la síntesis cutánea de vitamina D (Figura 4).

Tratamiento farmacológico

Los esquemas terapéuticos utilizados hasta el momento se basan en mitigar el proceso de resorción del hueso; se tratan, en consecuencia, de tratamientos preventivos cuyo objetivo es disminuir el riesgo de fracturas por fragilidad ósea.

Tabla 4. Minerales y vitaminas beneficiosos para la formación de hueso

Elemento	Cantidad recomendada	Alimentos donde se encuentra
Calcio	1000-1200 mg/día	Lácteos, sardinas en aceite, yema de huevo, almendras, avellanas, espinacas, soja, anchoas, langostinos
Fósforo	700 mg/día	Pescados (frescos y en conserva), gambas, pollo, huevo, yogur, almendras, pipas de girasol
Magnesio	375 mg/día	Pipas de girasol, cacahuets, garbanzos, soja, habas, guisantes, avellanas, pistachos
Potasio	2000 mg/día	Vegetales de hoja verde, bacalao, cangrejo, jamón cocido, tomate, zanahoria, pimiento, berenjena
Vitamina A	1000 µg/día	Hígado, zanahoria, espinacas, margarina, mantequilla, huevo, pescado blanco, acelgas, tomate
Vitamina D	5 µg/día (aumentar en personas mayores)	Conservas de pescado azul, atún, bonito, caballa, sardina, boquerón, huevos, gambas, margarina
Vitamina K	75 µg/día	Repollo, espinacas, pipas de girasol, coliflor, lechuga, hígado, cordero, ternera, pollo, chocolate, almendras, avellanas

Fuente: Cuéllar, 2018.

«En la mujer se observa un descenso mucho más acentuado de la masa ósea (un 20 % en la década posterior a la menopausia) que en el hombre (entre un 3 y un 5 % por década de vida), y justifica el mayor riesgo de padecer osteoporosis que presentan las mujeres»

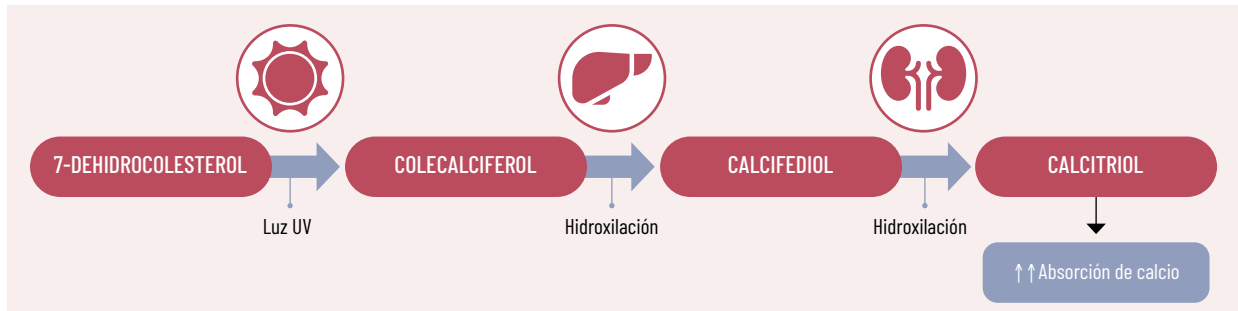


Figura 4. Proceso de síntesis cutánea de la vitamina D

Los medicamentos antirresortivos disponibles actualmente se dividen en los siguientes grupos: **sales de calcio y vitamina D, moduladores selectivos del receptor estrogénico, agentes anti-RANKL, calcitonina** y los **bifosfonatos**, siendo estos últimos los fármacos de primera elección en la osteoporosis posmenopáusica por experiencia y coste.

El único medicamento osteoformador actualmente disponible es **teriparatida**, que constituye una segunda opción —debido al riesgo de hipercalcemia— en casos de osteoporosis grave. Se recomienda que el tratamiento no exceda los 24 meses, transcurridos los cuales teriparatida se sustituirá por un fármaco antirresortivo.

En líneas generales, la tasa de adherencia farmacológica de la osteoporosis constituye una barrera importante para el tratamiento antiosteoporótico, con impactos negativos para tratamientos posteriores y que justifica la vigilancia desde la farmacia comunitaria del cumplimiento terapéutico por parte de la paciente, en una afección con alta prevalencia entre las mujeres posmenopáusicas. ●

Bibliografía

Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, et al. Síndrome genitourinario de la menopausia, MenoGuía AEE. Primera edición 2020.

Calaf Alsina J, Jurado López AR, Llana Coto P, Mendoza Ladrón de Guevara N, Otero García-Ramos B, Quereda Seguí F, et al. TSEC (bazedoxifeno/estrógeno conjugado). MenoGuía AEEM. Primera edición: Mayo 2018.

Cuéllar Rodríguez S. Menopausia. Panorama Actual Med. 2018; 42(418): 1008-1023.

Cuéllar Rodríguez S. Osteoporosis. Panorama Actual Med. 2018; 42(416): 750-772.

Fernández Moriano C. Trastornos del sueño: abordaje farmacoterapéutico. Panorama Actual Med. 2021; 45(441): 151-175.

Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. Int J Cancer. 2005; 114: 448-454.

Franco L, Sánchez C, Bravo R, Rodríguez AB, Barriga C, Romero E, et al. The sedative effects of non-alcoholic beer in healthy female nurses. PLoS One. 2012; 7(7): e37290. doi: 10.1371/journal.pone.0037290.

Gordo Flores ME. Terapéutica de los trastornos genitourinarios: disfunción eréctil, hiperplasia prostática, incontinencia urinaria en la mujer. En: Trastornos respiratorios, genitourinarios, dermatológicos, oftalmológicos y otológicos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2021. p. 259-290.

Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunnskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT Study. J Clin Epidemiol. 2000;53(11): 1150-1157. Disponible en: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(00\)00232-8/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(00)00232-8/fulltext)

Itkonen S, Andersen R, Björk AK, Konde AS, Eneroth H, Erkkola M, et al. Vitamin D status and current policies to achieve adequate vitamin D intake in the Nordic countries. Scandinavian Journal of Public Health. 2020; 49(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1403494819896878>

Llorente C. Ponencia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Cuidado íntimo de la mujer; Febrero 2021. Disponible en: <https://www.farmaceticos.com/farmaceticos/agenda/cuidado-intimo-de-la-mujer-2021-02-07-13333/>

Molina Martín JD, Campos Abraham P, Andrade Rosa C. Terapéutica de los trastornos de ansiedad y sueño. En: Trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019. p. 219-246.

Navarro MC, Losa F, Beltrán E, Ortega MT, Carretero ME, Canigueral S, et al. Productos naturales en la mujer madura. MenoGuía AEEM. Primera edición 2022.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from de Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA. 2002; 288: 321-333.