Eficacia de los tratamientos no estrogénicos para síntomas climatéricos en mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama

Effectiveness of non-estrogenic treatments for climacteric symptoms in women with a diagnosis or suspicion of breast cancer.

Autores/as: Martínez Peter, María Luz[a]; Badr, Pablo[b]

[a] *Médica, Universidad Nacional del Sur.*
[b] *Médico, Mg. en Salud Colectiva, Centro de Estudios en Salud Colectiva del Sur, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.*

Resumen

El tratamiento farmacológico durante el climaterio es indicado solo ante la presencia de síntomas vasomotores. Estos sofocos representan una pérdida de la calidad de vida, por lo que se recurre a la terapia hormonal con estrógenos, con eficacia y aceptabilidad demostrada. Ante una paciente con contraindicaciones a este tratamiento por sospecha de cáncer de mama, surge la necesidad de recurrir a terapias no hormonales, como son los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (venlafaxina), y la gabapentina.

Se planteó la pregunta: ¿En mujeres con sospecha de cáncer de mama, cual es la eficacia de la gabapentina, en contraposición con venlafaxina, como tratamiento para sofocos en climaterio? La búsqueda sistemática realizada en PubMed, SciELO, y ScienceDirect arrojó 43 estudios relacionados a la pregunta. La mejor evidencia obtenida fue un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y cruzado (Bordeleau et al., 2010) que comparó venlafaxina y gabapentina en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama con sofocos. Los resultados arrojaron que ambos fármacos redujeron los síntomas en un 66% promedio, sin diferencias significativas en eficacia, por lo que se tratan de alternativas terapéuticas eficaces y seguras para mujeres con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama. No obstante, se encontró una marcada preferencia por la venlafaxina (68% de las participantes) debido a la menor presencia de efectos adversos. Ante el caso clínico que motivó la búsqueda bibliográfica, se decidió el uso de venlafaxina para mejorar su calidad de vida. **Palabras clave**: Climaterio, Venlafaxina, Neoplasias de la mama.

Abstract

Pharmacological treatment during climacteric and menopause is indicated only in the presence of vasomotor symptoms. These hot flashes represent a loss of quality of life, so estrogen hormone therapy is used. While this approach has demonstrated efficacy and high acceptance among users, its use is contraindicated in women with a diagnosis or suspicion of breast neoplasms. This gives the

Autora para correspondencia: María Luz Martínez Peter, maria.luz.martinez2001@gmail.com
Recibido: 06/02/2026 Aceptado: 19/06/2026.

Cómo citar: Martínez Peter ML, Badr P. Eficacia de los tratamientos no estrogénicos para síntomas climatéricos en mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama. Arch Med Fam Gen. 2026;23(2):23-29.

the need to resort to non-hormonal therapies, such as serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (venlafaxine) and gabapentin.

The proposed question was: In women with suspected breast cancer, what is the efficacy of gabapentin, compared to venlafaxine, as a treatment for hot flashes during climacteric? An advanced search strategy was performed in PubMed, SciELO, and ScienceDirect. The selected study was a multicenter, randomized, crossover clinical trial (Bordeleau et al., 2010) that compared venlafaxine and gabapentin in breast cancer survivors with hot flashes. The results showed that both drugs reduced symptoms by an average of 66%, with no significant difference in efficacy. Therefore, they are effective and safe therapeutic alternatives for women with suspected or diagnosed breast cancer. However, a marked preference for venlafaxine (68% of participants) was found due to the lower incidence of adverse effects. Consequently, this drug was chosen as the first-line treatment to improve the quality of life of patients for whom hormonal therapy is contraindicated. **Keywords**: Climacteric, Venlafaxine, Breast Neoplasms.

Introducción

Escenario clínico

Una mujer de 41 años consulta en un centro de atención primaria de la salud por síntomas climatéricos, predominantemente sofocos frecuentes e intensos, que afectan su calidad de vida. Como antecedente inmediato, presenta una mamografía clasificada como BIRADS 4 y se encuentra en espera de evaluación ginecológica para biopsia y estadificación. No refiere historia de patología de salud mental. Frente a este contexto, la terapia hormonal está contraindicada. Los fitoestrógenos, si bien representan una alternativa, cuentan con evidencia limitada y heterogénea para este perfil de paciente. El médico a cargo sugiere el uso de antidepresivos y estimula a investigar la eficacia de este tipo de fármacos en síntomas vasomotores en mujeres con cáncer de mama diagnosticado o bajo estudio.

Tratamientos no estrogénicos para síntomas climatéricos

El abordaje farmacológico durante el climaterio está indicado solo ante la presencia de sofocos, informalmente llamados calores. El tratamiento hormonal con estrógenos ha demostrado tener gran nivel de evidencia, y en los últimos años se revalidó su seguridad, aplicación y composición. En cuanto a los fitoestrógenos, la evidencia disponible es limitada y heterogénea, y no demuestra resultados efectivos en todas las usuarias, por lo que su recomendación es de nivel bajo a moderado. Debido a que ambas terapias actúan mayormente en receptores estrogénicos del tejido mamario, no hay evidencia suficiente que indique su uso seguro en mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama. En la actualidad se reconocen a los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (principalmente la venlafaxina) y análogos del neurotransmisor inhibidor GABA (especialmente la gabapentina) como alternativas no estrogénicas en el abordaje de los sofocos. (1) (2) (3) A partir del caso clínico presentado, se formuló una pregunta clínica orientada a comparar la eficacia de venlafaxina y gabapentina para la reducción de sofocos en mujeres con contraindicación de terapia hormonal. Se presenta un proceso de búsqueda de evidencia, y el análisis crítico del ensayo clínico que mejor responde a la pregunta clínica formulada.

Pregunta clínica

En mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama, ¿cuál es la eficacia de la gabapentina, comparada con venlafaxina, en el tratamiento de sofocos durante el climaterio?

P: Mujeres con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama
I: Gabapentina
C: Venlafaxina
O: Tratamiento de sofocos durante el climaterio

Estrategia de búsqueda

En octubre del año 2025 se realizó una búsqueda avanzada en las plataformas de Pubmed, Scielo, Sciencedirect, utilizando operadores booleanos y los siguientes MESH: gabapentin, venlafaxine, pharmacological treatment, breast cancer, suspected breast cancer, hot flashes, menopause, climacteric. A su vez, se aplicaron filtros por años de publicación, que van desde 2010-2025, restringiéndose a artículos publicados en idioma español e inglés. La estrategia identificó 43 registros iniciales. Tras la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron 10 artículos para evaluación en texto completo (Tabla 1). De estos, un ensayo clínico aleatorizado y cruzado fue considerado el más pertinente para responder directamente a la pregunta clínica.

Análisis crítico de la evidencia

Resumen de la evidencia: Se seleccionó el artículo: Multicenter, randomized, cross-over clinical trial of venlafaxine versus gabapentin for the management of hot flashes in breast cancer survivors. Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, cruzado y abierto, cuyo objetivo es comparar la eficacia y la preferencia de las pacientes entre venlafaxina y gabapentina para el tratamiento de sofocos en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

Autores: Bordeleau L, Pritchard KI, Loprinzi CL, et al. Publicado en Journal of Clinical Oncology, 2010.

Características de la población: Se incluyeron 66 mujeres independientemente del estado menopáusico, siendo la mayoría posmeno-páusicas, con al menos 14 sofocos semanales durante el mes previo al estudio. Fueron consideradas elegibles las mujeres con antecedentes de cáncer de mama invasivo, carcinoma ductal in situ o carcinoma lobulillar in situ, sin evidencia de metástasis.

Criterios de exclusión: Se excluyeron las pacientes con quimioterapia en las 8 semanas previas o planificada durante el estudio, así como aquellas con uso de antidepresivos durante el año previo; uso de gabapentina o antagonistas de los canales de calcio en las dos semanas anteriores; uso de cualquier otra sustancia para el tratamiento de los sofocos; aclaramiento de creatinina anormal; o embarazo y lactancia.

Intervención: Venlafaxina (37,5 mg/día por 7 días y luego 75 mg/día por 21 días) versus gabapentina (300 mg/día, aumentando progresivamente hasta 300 mg tres veces al día). (Tabla 2).

Duración de intervención: 4 semanas por fármaco, con un intervalo libre de tratamiento (wash out) entre ambos.

Seguimiento: 14 semanas totales.

Resultados principales

Ambos fármacos redujeron significativamente los sofocos, con una reducción promedio del 66% desde el inicio respecto al puntaje basal ($p<0,001$), sin diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos (razón venlafaxina/gabapentina: 0,96; $p>0,61$). Al final del primer período de tratamiento, la puntuación media de sofocos fue 5,7 ± 4,6 para venlafaxina y 6,5 ± 8,3 para gabapentina. El 68% de las pacientes prefirió venlafaxina (38/56; $p=0,01$), principalmente por menor incidencia de mareos y aumento del apetito, más frecuentes con gabapentina. No se registraron efectos adversos graves.

Análisis de validez interna: La asignación del fármaco inicial fue de forma aleatorizada mediante el uso de sobres sellados y numerados. Se utilizaron bloques con tamaños aleatorios de 2 y 4 para asegurar el equilibrio entre los grupos. Los pacientes completaron un diario prospectivo contabilizando y caracterizando los sofocos como “leves,

Tabla 1: Resultados de la búsqueda bibliográfica sistemática.

Fuente	Cita bibliográfica	Observaciones
Pubmed	Dorjgochoo T, Gu K, Zheng Y, Kallianpur A, Chen Z, Zheng W, Lu W, Shu XO. Soy intake in association with menopausal symptoms during the first 6 and 36 months after breast cancer diagnosis. Breast Cancer Res Treat. 2010 Aug 12;130(3):879-889. doi: 10.1007/s10549-010-1096-4. PMID: 20703939; PMCID: PMC3092014. (4)	Rechazado por abarcar principalmente isoflavonas.
Pubmed	1 Bordeleau L, Pritchard KI, Loprinzi CL, Ennis M, Jugovic O, Warr D, Haq R, Goodwin PJ. Multicenter, randomized, cross-over clinical trial of venlafaxine versus gabapentin for the management of hot flashes in breast cancer survivors. J Clin Oncol. 2010 Dec 10;28(35):5147-52. doi: 10.1200/JCO.2010.29.9230. Epub 2010 Nov 8. PMID: 21060031. (5)	**Artículo seleccionado. Responde la pregunta correctamente y permite tomar decisiones clínicas.**
Scielo	Flores-Ramos M, Aguilera-Pérez JR. Uso de antidepresivos para el tratamiento de los síntomas climatéricos. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011 Apr-Jun;62(2):108-117. (6)	Rechazado por ser una revisión de la bibliografía disponible, y no ser un estudio primario.
Pubmed	Hübner J, Münstedt K, Mücke R, Micke O. How are interactions taken into account in studies on conventional and complementary therapies for breast cancer patients with menopausal complaints? Geburtshilfe Frauenheilkd. 2012 Oct;72(10):933–939. doi:10.1055/s-0032-1327854. (7)	Rechazado por tratarse de una revisión de literatura. No es un estudio primario.
Pubmed	Johnson ED, Carroll DG. Venlafaxine and desvenlafaxine in the management of menopausal hot flashes. Pharm Pract (Granada). 2011 Sep 14;9(3):117-121. doi: 10.4321/s1886-36552011000300003. PMID: 24367464; PMCID: PMC3870169. (8)	Rechazado por no comparar los dos fármacos de interés, responde la pregunta parcialmente.
Pubmed	Mao JJ, Xie SX, DeMichele A, Farrar JT, Bowman MA, Bruner D. Electroacupuncture versus gabapentin for hot flashes among breast cancer survivors: a randomized placebo-controlled trial. J Clin Oncol. 2015 Aug 24;33(31):3615-3620. doi: 10.1200/JCO.2015.60.9412. PMID: 26304905; PMCID: PMC4622101. (9)	Rechazado por no comparar los fármacos de interés.
Sciencedirect	Lammerink EAG, de Bock GH, Schröder CP, Mourits MJE. The management of menopausal symptoms in breast cancer survivors: A case-based approach. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Nov 1;164(2):109-116 (10)	Rechazado por ser un reporte de 2 casos. Un N pequeño.
Sciencedirect	Loprinzi CL, Michalak JC, Quella SK, et al. Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer. Lancet. 2002 Sep 28;360(9338):936-941. (11)	Rechazado al no comparar gabapentina versus alternativas farmacológicas.
Scielo	Pilnik S, Gelin M, De Nardo B, Belardo MA. Tratamiento de los síntomas vasomotores en pacientes con cáncer de mama: Revisión narrativa. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018 Ene-Mar;64(1):22-35. (12)	Rechazado por tratarse de una revisión narrativa, con aportes de criterio del autor.
Pubmed	Servayge J, Verduyn AC, Page A, Lagaert L, Tjalma WAA. Clinical guidelines for managing menopausal symptoms in women with (a history of) breast cancer. Facts Views Vis Obgyn. 2023 Dec 13;15(4):297–308. doi:10.52054/FVVO.15.4.102. (13)	Rechazado por consistir en una revisión de la literatura.

Tabla 2: Fármacos comparados.

Fármaco	Dosis	Periodo	Posibles efectos adversos
Venlafaxina	Dosis inicial: 37,5 mg/día	7 días	Náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, reducción de cambios negativos de humor.
	Dosis posterior: 75 mg/día	21 días	
Gabapentina	300 mg/día, aumentando progresivamente a 300 mg tres veces al día	28 días	Mareos, aumento de apetito

moderados, graves y muy graves" durante dos semanas.

Posterior al período basal, los pacientes iniciaron el tratamiento farmacológico. Al final de cada etapa, las pacientes registraban los síntomas de climaterio y los efectos adversos farmacológicos en una escala del 0 al 10, y la calidad de vida mediante el cuestionario MOS SF-36. Dentro de las mujeres que comenzaron venlafaxina, siete suspendieron el tratamiento por efectos adversos. Mientras que, al comenzar con gabapentina, 12 suspendieron el tratamiento por efectos adversos y cinco por ineficacia percibida. Estas pérdidas de seguimiento, más frecuentes en el grupo de gabapentina, constituyen una limitación que podría afectar la validez interna del estudio.

Cabe señalar que la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en la eficacia entre ambos fármacos no implica equivalencia terapéutica demostrada; dado el tamaño muestral reducido (n=66), el estudio podría no haber tenido la potencia suficiente para detectar diferencias clínicamente relevantes entre ambos tratamientos.

El diseño fue abierto, es decir, ninguna de las partes estaba enmascarada. Esto otorga cierto sesgo de conocimiento del tratamiento que podría afectar reportes subjetivos como la preferencia de las pacientes o la percepción de efectos adversos. No obstante, el diseño cruzado (*cross-over),* permite reducir el sesgo interindividual. El potencial efecto de arrastre (*carry-over*), inherente a los diseños cruzados, fue abordado mediante un período de lavado de 2 a 4 semanas entre ambas intervenciones. A su vez, el seguimiento fue realizado de forma rigurosa diariamente y de forma transparente por 14 semanas. Dicho período resulta suficiente para evaluar la mejoría de los síntomas vasomotores, que se perciben con exactitud a partir de 2 semanas de utilización de los fármacos. En conjunto, el estudio presenta un nivel de validez interna moderada a alta, gracias al diseño aleatorizado, la comparabilidad de los grupos y el control cruzado.

Análisis de validez externa: Dentro de la muestra seleccionada se aceptaron mujeres que corresponden al perfil del caso clínico presentado. Siendo comparables en términos de restricciones terapéuticas y objetivos de manejo, a pesar de incluir mujeres ya tratadas para el cáncer. No obstante, al tratarse de una muestra pequeña de 66 pacientes, limita extrapolaciones a poblaciones más grandes o heterogéneas.

Al contrastar dos intervenciones poco invasivas, con fármacos de fácil acceso en el primer nivel de atención y costo-efectivos, el contexto de atención es comparable con el contexto del caso disparador. Asimismo, se trata de una intervención disponible, sin necesidad de equipamiento o capacitación, accesible y aceptable para la práctica médica, con potencial de sostenibilidad a largo plazo. Los resultados del estudio son clínicamente relevantes y aplicables a la toma de decisiones, ya que ofrecen una respuesta

segura y efectiva a los síntomas vasomotores en personas con terapia hormonal contraindicada, y permiten optar por un fármaco de primera línea (venlafaxina) con una alternativa igualmente eficaz disponible. La preferencia que muestra el grupo por la venlafaxina es considerable a la hora de tomar decisiones, pero no absoluta, ya que los efectos adversos son usuario dependientes.

Por otra parte, el artículo original advierte sobre la interacción entre los ISRS/IRSN y el tamoxifeno, señalando que ciertos fármacos de este grupo pueden inhibir la enzima CYP2D6, responsable de convertir el tamoxifeno en su metabolito activo. En este contexto, la venlafaxina presenta menor impacto sobre dicha vía metabólica, lo que la posiciona como la opción más segura, coincidiendo con la preferencia expresada por las pacientes.

Conclusión final e implicaciones para la práctica médica

Si bien el trabajo analizado data del año 2010, la búsqueda sistemática realizada demuestra que es la evidencia más robusta disponible para recomendar tratamientos no estrogénicos ante síntomas climatéricos en mujeres con cáncer de mama. Esto se refleja en las recomendaciones de guías de práctica clínica más actuales (14), siendo la venlafaxina una recomendación vigente. Mediante este artículo se comprobó la eficacia de ambos fármacos para reducir los sofocos. No obstante, sobrevivientes de cáncer de mama prefieren la venlafaxina a la gabapentina para el tratamiento de los sofocos, debido a los menores efectos adversos, tales como mareos y aumento de apetito. A su vez, este fármaco demuestra seguridad ante la interacción farmacológica con tratamientos hormonales como el tamoxifeno.

Se reconocen las limitaciones del estudio original, en cuanto al tamaño muestral, tipo de diseño abierto y posibles sesgos. Por lo tanto, la recomendación para la práctica médica radica en la elección de venlafaxina como de primera línea, y la gabapentina como su alternativa segura. Aconsejando individualizar la elección farmacológica según el perfil de efectos adversos y los antecedentes de salud mental de cada paciente, factores que pueden condicionar tanto la tolerabilidad como la dosis requerida. Asimismo, se sugiere la reevaluación clínica a las 4 semanas del inicio del tratamiento, con atención a los efectos adversos de forma individualizada.

Este abordaje permite al médico de familia mejorar la calidad de vida sin interferir con el proceso diagnóstico ni terapéutico del posible cáncer mamario. Estos resultados son relevantes y aplicables a la paciente presentada. En referencia al caso clínico inicial, si bien el artículo incluyó mujeres con antecedente de cáncer de mama y no con sospecha, los resultados son extrapolables a la paciente, ya que las restricciones terapéuticas y los mecanismos fisiopatológicos son equivalentes. Dentro del mismo contexto, la venlafaxina facilita el manejo de los síntomas en atención primaria de manera accesible y costo-efectiva.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses para la publicación de esta actualización breve. Asimismo, declaran no recibir financiación.

Referencias

1. Belardo A, Domingo L; Comité de Residentes y Becarios y Comité de Investigación en Educación Médica. Guía para el manejo de los síntomas menopáusicos en mujeres con cáncer de mama. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires; 2009. Disponible en: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7479_88-96-belardo.pdf

2. FASGO. Consenso FASGO: Estado actual del tratamiento en climaterio. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; 2016. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRATAMIENTO_EN_CLIMATERIO.pdf

3. SOGIBA. Consenso de climaterio: rol actual de la terapia hormonal de la menopausia (THM) y estrategias de prevención en la medicina del climaterio. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires; 2018. Disponible en: https://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_THM_2018.pdf

4. Dorjgochoo T, Gu K, Zheng Y, Kallianpur A, Chen Z, Zheng W, Lu W, Shu XO. Soy intake in association with menopausal symptoms during the first 6 and 36 months after breast cancer diagnosis. Breast Cancer Res Treat. 2010 Aug 12;130(3):879-889. doi: 10.1007/s10549-010-1096-4. PMID: 20703939; PMCID: PMC3092014. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3092014/

5. Bordeleau L, Pritchard KI, Loprinzi CL, Ennis M, Jugovic O, Warr D, Haq R, Goodwin PJ. Multicenter, randomized, cross-over clinical trial of venlafaxine versus gabapentin for the management of hot flashes in breast cancer survivors. J Clin Oncol. 2010 Dec 10;28(35):5147-52. doi: 10.1200/JCO.2010.29.9230. Epub 2010 Nov 8. PMID: 21060031. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21060031/

6. Flores-Ramos M, Aguilera-Pérez JR. Uso de antidepresivos para el tratamiento de los síntomas climatéricos. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011 Apr-Jun;62(2):108-117. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200008

7. Hübner J, Münstedt K, Mücke R, Micke O. How are interactions taken into account in studies on conventional and complementary therapies for breast cancer patients with menopausal complaints? Geburtshilfe Frauenheilkd. 2012 Oct;72(10):933–939. doi:10.1055/s-0032-1327854. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5396550/

8. Johnson ED, Carroll DG. Venlafaxine and desvenlafaxine in the management of menopausal hot flashes. Pharm Pract (Granada). 2011 Sep 14;9(3):117-121. doi: 10.4321/s1886-36552011000300003. PMID: 24367464; PMCID: PMC3870169. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3870169/

9. Mao JJ, Xie SX, DeMichele A, Farrar JT, Bowman MA, Bruner D. Electroacupuncture versus gabapentin for hot flashes among breast cancer survivors: a randomized placebo-controlled trial. J Clin Oncol. 2015 Aug 24;33(31):3615-3620. doi: 10.1200/JCO.2015.60.9412. PMID: 26304905; PMCID: PMC4622101. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4622101/

10. Lammerink EAG, de Bock GH, Schröder CP, Mourits MJE. The management of menopausal symptoms in breast cancer survivors: A case-based approach. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Nov 1;164(2):109-116. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512212002435

11. Loprinzi CL, Michalak JC, Quella SK, et al. Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer. Lancet. 2002 Sep 28;360(9338):936-941. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605672157

12. Pilnik S, Gelin M, De Nardo B, Belardo MA. Tratamiento de los síntomas vasomotores en pacientes con cáncer de mama: Revisión narrativa. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018 Ene-Mar;64(1):22-35. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100010

13. Servayge J, Verduyn AC, Page A, Lagaert L, Tjalma WAA. Clinical guidelines for managing menopausal symptoms in women with (a history of) breast cancer. Facts Views Vis Obgyn. 2023 Dec 13;15(4):297–308. doi:10.52054/FVVO.15.4.102 Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10832648/

14. G. Boutet, B. Raccah-Tebeka, V. Bernard, C. Hocké, G. Plu-Bureau. Alternativas al tratamiento hormonal de la menopausia. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2025;38-A-30. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X2449930X?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1