

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2026,
Volumen 10, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2

USO DE ESTRÓGENOS VERSUS TIBOLONA COMO TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN EL TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS VASOMOTORES DE PACIENTES MENOPAÚSICAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

**USE OF ESTROGENS VERSUS TIBOLONE AS HORMONE
REPLACEMENT THERAPY IN THE TREATMENT OF
VASOMOTOR SYMPTOMS IN MENOPAUSAL PATIENTS:
A SYSTEMATIC REVIEW**

María Caridad Cabrera Erazo
Universidad Estatal de Cuenca, Ecuador

Gabriela Cecilia Medina Pucha
Universidad Estatal de Cuenca, Ecuador

Erick Nicolás Díaz Landy
Universidad del Azuay, Ecuador

Uso de Estrógenos Versus Tibolona como Terapia de Reemplazo Hormonal en el Tratamiento de Síntomas Vasomotores de Pacientes Menopáusicas. Una Revisión Sistemática

María Caridad Cabrera Erazo¹

makari_9494@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-4762-207X>

Universidad Estatal de Cuenca
Cuenca - Ecuador

Gabriela Cecilia Medina Pucha

Gabiceci5@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-0986-8940>

Universidad Estatal de Cuenca
Cuenca - Ecuador

Erick Nicolás Díaz Landy

nicodiazlandy@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6349-1941>

Unidad de Ginecología y Obstetricia
Hospital Santa Ines
Docente GyO - Universidad del Azuay
Cuenca - Ecuador

RESUMEN

Objetivo: Determinar y comparar la eficacia clínica y el perfil de seguridad del uso estrógenos versus tibolona frente a la terapia de reemplazo hormonal en el tratamiento de los síntomas vasomotores en pacientes menopáusicas. Metodología: Siguiendo la normativa PRISMA (registro PROSPERO: CRD420251017760), exploramos repositorios médicos de alto impacto como PubMed y Scopus, abarcando literatura publicada desde 2007. El cribado priorizó investigaciones centradas en termorregulación, arquitectura del descanso, funcionalidad sexual y hemostasia, consolidando finalmente una muestra de ocho estudios para nuestra síntesis cualitativa. Resultados: La evidencia revela un franco empate terapéutico: ambas rutas farmacológicas apagan los sofocos y estabilizan el descanso nocturno sin distancias estadísticas reales ($p > 0.05$). Las verdaderas divergencias afloran en los impactos sistémicos. La tibolona domina por completo la esfera íntima, logrando elevar las tasas de deseo en un 86,56% y normalizando las métricas del IFSF. Por su parte, la ruta estrogénica —en especial bajo administración transdérmica— garantiza un blindaje metabólico superior, frenando el aumento de peso y propiciando un clima fibrinolítico que minimiza el riesgo tromboembólico venoso. Conclusiones: Erradicar la inestabilidad térmica es un éxito factible con cualquiera de los abordajes, restando importancia a la potencia antivasomotora al momento de prescribir. El desafío clínico actual obliga a individualizar la indicación: reservar la tibolona para reactivar la vitalidad sexual y urogenital, prefiriendo los estrógenos cuando impera la protección vascular y metabólica.

Palabras clave: menopausia; síntomas vasomotores; terapia de reemplazo hormonal; tibolona; estrógenos

¹ Autor principal

Correspondencia: makari_9494@hotmail.com

Use of Estrogens Versus Tibolone as Hormone Replacement Therapy in the Treatment of Vasomotor Symptoms in Menopausal Patients: A Systematic Review

ABSTRACT

Objective: To determine and compare the clinical efficacy and safety profile of estrogens versus tibolone as hormone replacement therapy in the treatment of vasomotor symptoms in menopausal patients. **Methodology:** Following the PRISMA guidelines (PROSPERO registration: CRD420251017760), we explored high-impact medical databases such as PubMed and Scopus, covering literature published since 2007. The screening prioritized research focused on thermoregulation, sleep architecture, sexual functionality, and hemostasis, ultimately consolidating a sample of eight studies for our qualitative synthesis. **Results:** The evidence reveals a clear therapeutic tie: both pharmacological routes suppress hot flashes and stabilize nocturnal rest with no real statistical differences ($p > 0.05$). The true divergences emerge in the systemic impacts. Tibolone completely dominates the intimate sphere, managing to raise desire rates by 86.56% and normalizing Female Sexual Function Index (FSFI) metrics. On the other hand, the estrogenic route—especially under transdermal administration—guarantees a superior metabolic shield, curbing weight gain and fostering a fibrinolytic climate that minimizes the risk of venous thromboembolism. **Conclusions:** Eradicating thermal instability is an achievable success with either approach, rendering the antivasomotor potency less relevant at the time of prescription. The current clinical challenge requires individualizing the indication: reserving tibolone to reactivate sexual and urogenital vitality, while preferring estrogens when vascular and metabolic protection prevails.

Keywords: menopause; vasomotor symptoms; hormone replacement therapy; tibolone; estrogens

*Artículo recibido 20 marzo 2026
Aceptado para publicación: 15 abril 2026*



INTRODUCCIÓN

La menopausia es una etapa natural de la mujer, que es definida por el cese permanente de la menstruación, (1, 2) es decir, el cese de la actividad folicular ovárica de etiología no patológica, que se presentan entre los 45 a 56 años. (3) Dado el aumento en la esperanza de vida actual (78 – 86 años), la mujer contemporánea transcurre casi la mitad de su existencia en la etapa peri y posmenopáusica, expuesta a las consecuencias clínicas de la deficiencia estrogénica. (4)

Sin embargo, al disminuir los niveles de estrógenos existe una variedad de síntomas climatéricos que pueden afectar significativamente la calidad de vida. Entre estos síntomas vasomotores (SVM) están los sofocos, sudoración nocturna, que son los mas prevalentes y los mas molestos, por lo que afecta el nivel de de vida de las mujeres posmenopáusicas dificultando sus actividades cotidianas y el descanso nocturno. (1, 2) Además, es muy importante también la alta incidencia en síntomas genitourinarios de la menopausia caracterizado por atrofia vulvovaginal y sintomatología urinaria asociada. (3)

La terapia hormonal de la menopausia (THM), se basa normalmente en la administración de estrógenos ya sean solos o combinados, siendo históricamente el tratamiento estándar de oro para los SVM, de moderados a severos, ya que han demostrado eficacia en la reducción de la frecuencia y la intensidad de los sofocos, (1, 6, 7). A pesar de sus beneficios a corto plazo, estudios a largo plazo han evidenciado preocupaciones sobre su balance riesgo - beneficio de la terapia estrogénica tradicional, centrado en riesgos cardiovasculares y neoplásicos, impulsando a tratamientos alternativos. (1, 6) Por lo que el balance riesgo – beneficio es altamente favorable para mujeres sintomáticas menores de 60 años o en los primeros 10 años de su posmenopausia a lo que se conoce como “ventana de oportunidad”. (8)

La tibolona como opción terapéutica, esta es un esteroide sintético con actividad tisular selectiva (STEAR), que ejerce efecto estrogénico, progestagénico o androgénico en varios tejidos proporcionando alivio sintomático y mejorando la función sexual (5), por lo que es efectiva en el manejo de SVM y su perfil de seguridad debe ser evaluado cuidadosamente en comparación con los regímenes de estrógenos convencionales. (5, 9)

Por lo que su elección terapéutica ideal sigue siendo debatible, evaluando la necesidad de individualizar el manejo clínico y elegir la mejor opción que ofrezca la mayor eficacia con el menor riesgo, (6) además se subraya la importancia de la protección endometrial adecuada y la individualización de la terapia,



señalando así que no es conveniente imponer límites arbitrarios sobre el tiempo de duración del tratamiento siempre y cuando los beneficios clínicos para la calidad de vida superen los riesgos calculados. (8)

El objetivo central de este estudio es determinar mediante una revisión sistemática de la literatura, la eficacia comparativa de la tibolona frente a la terapia hormonal con estrógenos en el alivio de los trastornos vasomotores asociados al climaterio, analizando simultáneamente el perfil de seguridad de ambas opciones terapéuticas en mujeres posmenopáusicas.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de la literatura, siguiendo la declaración PRISMA 2020. El protocolo de la revisión se registró en la base de datos PROSPERO, el Registro Internacional Prospectivo de Revisiones Sistemáticas, bajo el código CRD420251017760, accesible en línea mediante el enlace <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251017760>

Criterios de elegibilidad. Se incluyeron ensayos clínicos publicados en inglés y español, en mujeres perimenopáusicas tratadas con estrógenos y tibolona. Se excluyeron estudios realizados en mujeres en edad fértil y estudios realizados con otras terapias hormonales.

Fuentes de información. La búsqueda sistemática de estudios se realizó en Medline, Pubmed, ScienceDirect y Scopus, por su alta cobertura de literatura científica en el área de la salud. Adicionalmente se incluyeron fuentes especializadas como Embasem Cochrane Library, Web of Science, Lilacs y Google Scholar, con el fin de ampliar la identificación de artículos relevantes por escasa bibliografía.

Estrategias de búsqueda. Las estrategias de búsquedas se elaboraron utilizando descriptores en ciencias de la salud (MeSH), y palabras claves libres, combinados mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT), para optimizar la recuperación de la información. Inicialmente, la búsqueda bibliográfica se limitó a estudios publicados en idioma inglés y en los últimos cinco años con el fin de obtener evidencia científica reciente. Sin embargo, debido a la limitada disponibilidad de publicaciones relevantes en ese periodo, fue necesario ampliar el rango temporal de búsqueda, incluyendo estudios publicados desde el año 2007, incluyendo estudios publicados desde el año 2007.

Esta ampliación permitió identificar un mayor número de investigaciones pertinentes y garantizar una revisión más completa de la evidencia disponible.

Menopause OR postmenopause OR postmenopausal women OR climacteric AND estrogen therapy OR estrogens OR hormone replacement therapy OR HRT

AND tibolone AND vasomotor symptoms OR hot flashes OR night sweats OR menopausal symptoms OR quality of life.

La pregunta de investigación se formuló siguiendo el enfoque PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultado), con el objetivo de estructurar adecuadamente la búsqueda bibliográfica y orientar la selección de los estudios incluidos en la revisión.

P (Población): mujeres posmenopáusicas o en etapa climática

I (Intervención): tratamiento con tibolona

C (comparación): terapia hormonal con estrógenos o terapia de reemplazo hormonal

O (Resultados): alivio de los síntomas vasomotores y evaluación del perfil de seguridad.

Por lo tanto, la pregunta de investigación puede formularse de la siguiente manera: ¿Es la tibolona tan eficaz como la terapia hormonal con estrógenos para el alivio de los síntomas vasomotores en mujeres posmenopáusicas?

Proceso de selección de estudios

Los estudios fueron evaluados de forma independiente por dos revisores (Dr. Nicolas Diaz, Md. Gabriela Medina) utilizando el software Rayyan que permitió identificar los estudios válidos. Se registró el número total de documentos obtenidos, posteriormente se seleccionaron aquellos considerados relevantes y se realizó la lectura de los resúmenes, con el fin de decidir si la información se ajusta al objetivo de estudio, de los elegidos se realizó la lectura completa del texto. También se realizó la búsqueda manual en las listas de referencias de todos los artículos elegibles y revisiones anteriores para obtener estudios adicionales.

Proceso de extracción de los datos

La información recolectada fue organizada en una matriz, utilizando el software Excel 2025, que comprende datos relacionados con la revista, título, autores, año de publicación, objetivo del estudio, metodología y resultados.

Análisis

La literatura nos demuestra que, en el ámbito de los trastornos vasomotores, la tibolona constituye una alternativa terapéutica con una eficacia comparable a los estrógenos para el manejo de la menopausia, tanto ensayos clínicos aleatorizados como estudios de cohorte recientes coinciden en que ambas terapias logran reducir los sofocos con una paridad en la eficacia termorreguladora, sin que existan diferencias estadísticas relevantes entre los grupos ($p > 0.05$). De igual manera al analizar la función sexual, el estado de ánimo y el dominio urogenital, la tibolona demuestra una ventana clínica mayor ($p < 0.05$ en dominios de deseo frente a E2/NETA) logrando una mejoría global del 86,56% reflejada en un aumento del índice de función sexual (IFSF) de 23.19 ± 6.41 a 28.02 ± 6.63 puntos. y consistente frente a la terapia estrogénica tradicional. Los efectos adversos fueron leves, siendo los más comunes: amenorrea (85.82%), mastalgia (18.89%) y edema (17.32%).

No obstante, al hablar de la hemostasia, un estudio que contó con 83 mujeres que completaron el estudio (28 recibieron estrógenos, 28 tibolona y 27 placebo) confirmó que ambas terapias son seguras en el contexto de hemostasia inmediata posoperatorio, aunque ambas terapias promuevan un estadio fibrinolítico, se observa que el estrógeno (sobre todo la transdérmica) ejerce un efecto más marcado sobre ciertos marcadores de la coagulación y es superior para prevenir la ganancia de peso y mejorar las escalas de calidad de vida. Por otro lado, al referirnos al sueño, la mejoría es un parámetro directamente dependiente del control de los síntomas nocturnos, donde ambos regímenes terapéuticos inducen beneficios de magnitud similar, manteniendo con una diferencia ajustada de apenas -0.359 ($p = 0.534$), reduciendo el índice Calidad de Sueño de Pittsburgh en -3.76 con tibolona comparado con -3.66 en TH combinada.

Finalmente, se aprecia que ambos tratamientos mejoraron significativamente la calidad del sueño a los 12 meses de iniciado su tratamiento (mejoría del 94,48%).

En conclusión, la elección terapéutica no debe fundamentarse en la potencia anti vasomotora, que se evidencia que resulta similar en ambos fármacos, sino en personalizar según la prioridad de cada paciente sobre todo en el control metabólico o la resolución de cormbilidades sexuales y urinarias.

DISCUSIÓN

El propósito central de esta revisión sistemática fue comparar, sustentándonos en datos confiables, la eficacia y el perfil de seguridad del uso de estrógenos frente a la tibolona como terapia hormonal menopáusica para el tratamiento de los síntomas vasomotores. Partiendo de esta premisa y al analizar el manejo de los síntomas vasomotores como eje central del tratamiento, la evidencia nos confirma que la tibolona y estrógenos se mantienen como el pilar indiscutible para el control profundo de la inestabilidad vasomotora, logrando ambos una supresión eficaz de los sofocos y la sudoración nocturna sin diferencias estadísticas significativas, tal como lo demostraron Somunkin et al. en el 2007 en un ensayo clínico realizado en Turquía (10), esto concuerda con Morga et al., en el 2024, quien en su estudio internacional de revisión en Estados Unidos (18), nos indica que la tibolona mantiene una eficacia superior en las tasas de respuesta más alta, de igual manera Malik et al. en el 2023 en un estudio realizado en India (22), nos habla que este medicamento es altamente efectivo, seguro y bien tolerado para reducir síntomas menopáusicos de moderados a severos a corto plazo, por lo que al elegir el fármaco no depende de la potencia anti vasomotora, sino de perfiles secundarios.

La tibolona nos muestra una mejoría en síntomas generales del tracto urinario inferior, como, por ejemplo, mejorar la nicturia de acuerdo con los hallazgos de Wang et al. en el 2025 (11) y Hsiao y Chang en el 2024 (12), ambos en investigaciones llevadas a cabo en Taiwán. Esto refuerza los resultados de Malik et al. (2023) en India (22), donde sus pacientes también mostraron una reducción significativa en los síntomas genitourinarios al usar tibolona. Pero vemos que una distinción crucial emerge de la esfera sexual, donde la tibolona demuestra una superioridad consistente en los dominios de deseo y excitación según comprobaron nuevamente los estudios taiwaneses de Wang et al. (11) y Hsiao y Chang (2024) (12), logrando recuperar esta en más del 86% de las pacientes elevando el IFSF desde rangos disfuncionales hacia la normalidad, por lo que llega a ser la primera opción para el fenotipo con deseo sexual hipoactivo.

Al recuperar esta función se evidencia una elevación robusta de la calidad de vida global, con tasas superiores al 94% en la escala de MRS tal como lo evidenció Espitia De La Hoz en el 2021 en un estudio cuasiexperimental realizado en Colombia (13)



Por otra parte, se evidencia que los estrógenos transdérmicos han demostrado un control ligeramente mayor sobre síntomas somáticos específicos y el control de ganancia de peso, como lo reportaron Kim et al. en el 2019 en Corea del Sur (15) y Bhattacharya y Jha en el 2015 en India (17). Además, los estrógenos ejercen un impacto bioquímico significativamente mayor sobre los factores específicos de la coagulación, según el estudio de Demiroglu et al. llevado a cabo en el 2007 en Turquía (14); esto apoya la teoría del estudio de Baik et al. en el 2024, realizado en una cohorte masiva en Estados Unidos (19), quien nos indica que esta monoterapia se asocia a una disminución significativa en tromboembolismo venoso.

Finalmente, hemos analizado que ambos regímenes terapéuticos inducen beneficios paralelos secundarios al alivio vasomotor, reduciendo puntuaciones de insomnio en una magnitud casi idéntica entre ambos, tal y como constató Song et al. en el 2025 en un estudio realizado en China (16). Así mismo, Proserpio et al. en el 2020 en una investigación desarrollada en Italia (20), analiza desde la farmacodinamia, la terapia de reemplazo hormonal actúa como un verdadero modulador dual de la arquitectura del sueño, mientras que los estrógenos son clave para acelerar el inicio del descanso y limitar la fragmentación del patrón del sueño. Por su parte, Virtanen et al. en el 2023 en un estudio realizado en Finlandia (21), hacen énfasis que, en el grupo de terapia hormonal, el tiempo total de sueño no se acortó y la cantidad de sueño profundo no disminuyó frente a alteraciones. Lo que nos lleva a la conclusión que la prescripción y elección del tratamiento debe personalizarse; podemos decir que la tibolona cuando se busca restaurar la integridad sexual y urogenital y estrógenos cuando la prioridad es la neutralidad metabólica pura.

Si bien los hallazgos expuestos ostentan un gran valor clínico, es indispensable transparentar las barreras metodológicas de esta revisión. El obstáculo más crítico fue la escasez de ensayos clínicos recientes que comparen directamente la tibolona contra las terapias estrogénicas convencionales. Esta sequía de publicaciones nos obligó a retroceder la búsqueda hasta el año 2007, corriendo el riesgo de incluir esquemas posológicos que hoy podrían considerarse desfasados frente a las pautas de dosis ultrabajas. A este vacío se suma una profunda heterogeneidad en el bloque de artículos seleccionados: agrupamos diseños mixtos, poblaciones diversas y cuestionarios de medición clínica muy dispares (como MRS, IFSF o PSQI).

Esta dispersión vuelve inviable la ejecución de un metaanálisis cuantitativo estricto y subraya la urgencia de impulsar nuevos estudios prospectivos, masivos y a largo plazo, para poder actualizar con absoluta certeza las guías de manejo climatérico.

ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS

Necesariamente numeradas en forma correlativa que permitan su referencia inmediata en el texto. Con cabeceras apropiadas con sus títulos correspondientes. Leyendas explicativas que aclaren símbolos, abreviaturas, etc. así, también guías de datos, imágenes, estadísticas, etc. Al tratarse de las tablas, éstas determinarán claramente en cada columna un encabezamiento, precisando el tipo de datos que se registran en ella y las unidades de medida que se hubieren utilizado.

Lista de datos

Las variables analizadas fueron tipo de tratamiento, duración del tratamiento, frecuencia y severidad de síntomas vasomotores, eventos adversos.

Figura 1

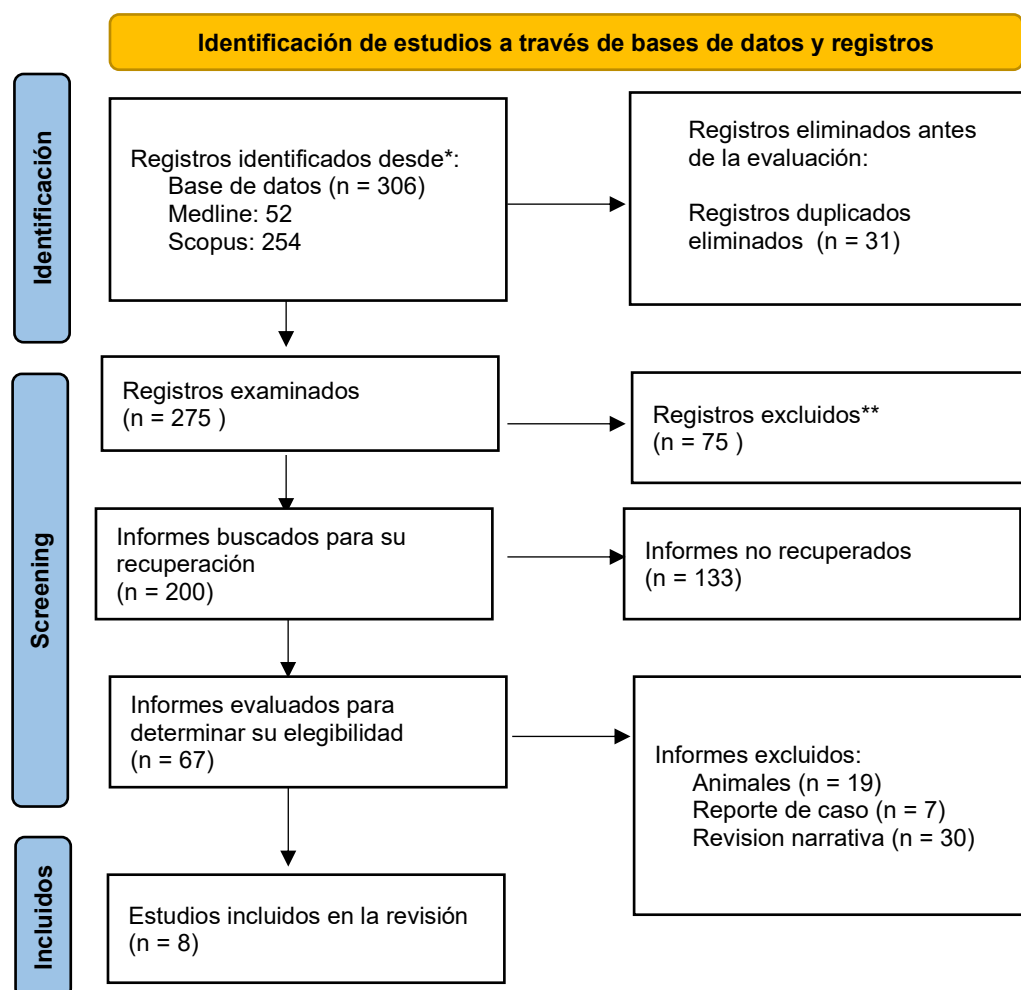


Tabla 1

Autor, año	Tipo de estudio	Poblacion y grupo de edad	Metogologia	Resultado
Somunkiran A, Erel CT, Demirci F, Senturk ML. 2007	Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA) de diseño Cruzado (Cross-over)	Mujeres con menopausia quirúrgica (pacientes que habían sido sometidas a ovariectomía). Grupo de Edad: mujeres en etapa posmenopáusica.	Grupos de Tratamiento: 1. Tibolona (dosis: 2.5 mg/día). 2. Estradiol (dosis: 2 mg/día). Medición: Evaluación de los síntomas climatéricos (ej. vasomotores, somáticos, psicológicos y sexuales) mediante la escala Kupperman Index y la Escala de Gravedad de los Síntomas.	Síntomas Vasomotores: Ambos tratamientos mostraron mejoras comparables en el alivio de los síntomas vasomotores (sofocos). Otros Síntomas: Los hallazgos sugirieron que la Tibolona puede mejorar los síntomas somáticos, el estado de ánimo y la libido en mayor medida que la terapia con estrógeno solo. (10)
Rui-Jun Wang, Zhang Yi, Shuang-Yao Wang, Xi-Ren Ji, 2025	Estudio observacional prospectivo y no aleatorizado	Mujeres con síntomas climatéricos (menopáusicos). Muestra Inicial (Tibolona): 65 participantes. Muestra Final (Tibolona): 26 participantes (Gran deserción).	Asignación de participantes a grupos no aleatorizados (Tibolona vs. TRH convencional). Seguimiento: 3 puntos temporales (Basal, 4 semanas, 12 semanas)	Ambos tratamientos fueron efectivos para mejorar la función sexual. Ventaja de Tibolona: La Tibolona demostró una eficacia más favorable y ofreció un mayor alivio en los síntomas generales de almacenamiento del tracto urinario inferior (STUI) en comparación con la TRH estándar. (11)
Sheng-Mou Hsiao, Shiow-Ru Chang, 2024	Estudio de comparación prospectiva o consecutivo	196 mujeres recibieron THS	Grupo 1 (Tibolona): Tibolona 2,5 mg/día. Grupo 2 (THC): Valerato de estradiol 1 mg + Acetato de medroxiprogesterona 2,5 mg.	1.Beneficio Urinario: La Tibolona parece ser más beneficiosa que la THS/TRH específicamente para tratar la nicturia (micción nocturna) y los síntomas generales de almacenamiento del tracto urinario bajo. 2.Función Sexual: Ambos tratamientos (Tibolona y THS/TRH) demostraron tener efectos beneficiosos sobre la función sexual femenina. A pesar de que cada uno mejoró diferentes aspectos, la eficacia global entre ambos tratamientos no fue significativamente distinta (12)
Franklin José Espitia De La Hoz 2021	Cuasiexperimento, de tipo antes-después	127 mujeres posmenopáusicas mayores de 40 años, con una edad promedio de 56.91\pm7.34 años.	Se seleccionaron participantes con síntomas climatéricos y última regla hace al menos 2 años. Se administró tibolona (2.5 mg/día vía oral) con seguimiento a 1, 2, 3, 4 y 5 años. Se evaluó la efectividad mediante escalas validadas (MRS e IFSF) y exámenes de laboratorio anuales	Mejoría de la sintomatología menopáusica en un 94.48% (reducción de escala MRS de 15.91 a 6.18 puntos). La función sexual mejoró en un 86.56% (aumento del IFSF de 23.19 a 28.02 puntos). Los efectos adversos fueron leves, siendo los más comunes: amenorrea (85.82%), mastalgia (18.89%) y edema (17.32%). (13)



Aygul Demiroglu, MD. Suleyman Guven, MD Serafettin Kirazli, PhD. Timur Gurgan, MD Ali Ayhan, MD 2007	estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo.	90 mujeres posmenopáusicas entre 45 a 50 años	El grupo 1 (n = 30) recibió únicamente vitamina E conjugada (Premarin, comprimidos orales de 0,625 mg/día; Wyeth, Estambul, Turquía); el grupo 2 (n = 30) recibió tibolona (Livial, comprimidos orales de 2,5 mg/día; Organon, Estambul, Turquía); y el grupo 3 (n = 30) recibió placebo,	Finalización: 83 mujeres completaron el estudio (28 en estrogénos, 28 en Tibolona, 27 en Placebo). Ambas terapias son seguras en el contexto de la hemostasia inmediata posoperatoria, ya que ambas promueven un estado fibrinolítico, aunque el Estrógeno tiene un efecto más marcado sobre algunos marcadores de la coagulación. (14)
Hyun Kim, Sung Jeon, Ki-Jin Ryu, Tak Kim y Hyuntae, 2019	Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado (ECA)	Población: Mujeres posmenopáusicas con útero intacto. Muestra Total: 57 mujeres. Edad Promedio: aproximadamente 51 años.	Grupos: 1. Tibolona (26 mujeres, vía oral) 2. 31 mujeres Estrógeno Transdérmico + Progestágeno (31 mujeres). Duración: 6 meses de tratamiento. Medición: Se utilizó la Menopause Rating Scale (MRS) para evaluar los síntomas al inicio y a los 6 meses.	Eficacia General: Ambas opciones terapéuticas mejoraron los síntomas menopáusicos en 6 meses. Diferencias Clave: 1. El grupo de Estrógeno Transdérmico mostró mejoras significativas en más ítems de la escala MRS. 2. El Estrógeno Transdérmico pareció ser más eficaz para prevenir el aumento de peso que la Tibolona. 3. Las diferencias entre grupos en la mayoría de los síntomas individuales fueron insignificantes después de ajustar variables como el IMC y la hipertensión. (15)
Zicheng Song, Changbin Li, Feng Jin, et al 2025	Estudio de cohorte ambidireccional (Retrospectivo y Prospectivo)	285 participantes totales: 184 en la cohorte de tibolona y 101 en la cohorte de HT combinada. Mujeres de entre 40 y 65 años en transición menopáusica y posmenopausia.	Los participantes recibieron tibolona o HT combinada según la estratificación STRAW + 10 y su preferencia personal. Se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) al inicio y a los 12 meses después del tratamiento para evaluar la mejoría en la calidad del sueño.	Ambos tratamientos mejoraron significativamente la calidad del sueño a los 12 meses: los puntajes de PSQI disminuyeron en -3.76 ± 4.12 con tibolona y -3.66 ± 4.23 con HT combinada. La conclusión principal es que la tibolona y la HT combinada mejoran el sueño en una medida similar tras los ajustes estadísticos. (16)
S. M. Bhattacharya & A. Jha, 2015	Estudio Controlado Aleatorizado (ECA) de etiqueta abierta	144 mujeres con menopausia quirúrgica (realizada por causas ginecológicas benignas). de: 40 a 52 años de edad. Duración de la menopausia: 3 a 18 meses	Grupos de Tratamiento (ratio 1:1): 1. Grupo A: Tibolona (2,5 mg, diario) por vía oral. 2. Grupo B: Gel de Estradiol Transdérmico (0,06%; 2,5 g, diario). Duración: 6 meses de tratamiento.	No hubo diferencias en los efectos terapéuticos de la Tibolona oral y el Estradiol transdérmico en el IMC, la presión arterial, el Calcio sérico y la Vitamina D3 después de 6 meses. (17)



CONCLUSIONES

Por lo que, a partir de la evidencia analizada, logramos concluir que la tibolona y la terapia estrogénica resultan ser clínicamente equivalentes frente a la inestabilidad vasomotora que es el síntoma cardinal del climaterio, por lo que cumple con su objetivo primario: la supresión de los síntomas vasomotores. Ninguno de los dos fármacos mostró diferencias estadísticas significativas en la mitigación de sofocos, por lo que la toma de decisiones en cuanto a que fármaco usar, no debe fundamentarse en la eficacia anti vasomotora, sino en el perfil de seguridad y las demandas fenotípicas particulares de cada paciente. Por lo que vemos que la tibolona en situaciones en las que los estrógenos no se encuentran disponibles, son una alternativa para aquellas mujeres que asocian su inestabilidad vasomotora con un marcado deterioro urogenital y disfunción sexual, gracias a su comprobada capacidad para restaurar el deseo sexual. Por otro lado, los esquemas estrogénicos sobre todo la transdérmica, representa la elección más segura cuando el cuadro exige un control metabólico estricto, la prevención de la ganancia ponderal y la minimización del riesgo tromboembólico venoso.

A modo de cierre, erradicar el síndrome climatérico es un éxito factible con cualquiera de las dos terapias. El verdadero reto para el especialista radicará en orquestar un tratamiento hecho a la medida, sopesando de forma estratégica la urgencia por rescatar la vitalidad sexual frente a la imperativa protección vascular y metabólica de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alonso P, Marzo M, Ribes M, Delgado A, Coutado A, Gutiérrez B. Guía de práctica clínica sobre menopausia y posmenopausia: tratamiento de los síntomas vasomotores y vaginales (parte 1). *Aten Primaria*. 2005;36(5):1-8.
2. Espitia De La Hoz FJ. Terapia hormonal en la menopausia vía transdérmica: un asunto de eficacia y seguridad. *Gac Med Bol*. 2024;47(1):72-85.
3. Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms: *A Review*. *JAMA*. 2023 Feb 7;329(5):405-420. doi: 10.1001/jama.2022.24140. PMID: 36749328.
4. Goldštajn MŠ, Mikuš M, Ferrari FA, Bosco M, Uccella S, Noventa M, Török P, Terzic S, Laganà AS, Garzon S. Effects of transdermal versus oral hormone replacement therapy in postmenopause:



- a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2023 Jun;307(6):1727-1745. doi: 10.1007/s00404-022-06647-5. Epub 2022 Jun 17. PMID: 35713694; PMCID: PMC10147786.
5. Formoso G, Perrone E, Maltoni S, Balduzzi S, Wilkinson J, Basevi V, Marata AM, Magrini N, D'Amico R, Bassi C, Maestri E. Efectos a corto y largo plazo de la tibolona en mujeres posmenopáusicas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(10):CD008536.pub3.
 6. Espitia De La Hoz FJ. Situación actual de la terapia hormonal de la menopausia en el manejo clínico del climaterio. *Gac Med Bol*. 2025;48(1).
 7. Cameron CR, Cohen S, Sewell K, Lee M. The Art of Hormone Replacement Therapy (HRT) in Menopause Management. *J Pharm Pract*. 2024 Jun;37(3):736-740. doi: 10.1177/08971900231167925. Epub 2023 Apr 1. PMID: 37002679.
 8. Vigneswaran K, Hamoda H. Hormone replacement therapy - Current recommendations. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022 May;81:8-21. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.12.001. Epub 2021 Dec 14. PMID: 35000809.
 9. Del Río JP, Molina S, Hidalgo-Lanussa O, García-Segura LM, Barreto GE. Tibolone as Hormonal Therapy and Neuroprotective Agent. *Trends Endocrinol Metab*. 2020;31(10):742-759. doi: 10.1016/j.tem.2020.04.007.
 10. Somunkiran A, Erel CT, Demirci F, Senturk ML. The effect of tibolone versus 17beta-estradiol on climacteric symptoms in women with surgical menopause: a randomized, cross-over study. *Maturitas*. 2007;56(1):61-68. doi: 10.1016/j.maturitas.2006.06.004.
 11. Wang RJ, Yi Z, Wang SY, Ji XR. Comment on "Effect of tibolone versus hormone replacement therapy on lower urinary tract symptoms and sexual function". *J Formos Med Assoc*. 2025;124(4):395-396. doi: 10.1016/j.jfma.2024.08.022.
 12. Hsiao SM, Chang SR. Effect of tibolone versus hormone replacement therapy on lower urinary tract symptoms and sexual function. *J Formos Med Assoc*. 2024;123(6):710-715. doi: 10.1016/j.jfma.2023.12.007.
 13. Espitia De La Hoz F. Efectividad de la tibolona e incidencia de efectos adversos en mujeres posmenopáusicas: estudio cuasiexperimental en Armenia (Colombia), 2012-2015. *Univ. Med*. 2021;62(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed.62-4.tibo>



14. Demirel A, Guven S, Guvendag Guven ES, Kirazli S, Gurgan T, Ayhan A. Comparison of the effects of tibolone and estrogen therapy on hemostasis in surgical menopause: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Fertil Steril*. 2007;87(4):842-848. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.08.090.
15. Kim HK, Jeon SH, Ryu KJ, Kim T, Park H. Comparison of the Efficacy of Tibolone and Transdermal Estrogen in Treating Menopausal Symptoms in Postmenopausal Women. *J Menopausal Med*. 2019;25(3):123-129. doi: 10.6118/jmm.19205.
16. Song Z, Li C, Jin F, Sun D, Tao M. Comparative Effectiveness of Tibolone and Combined Hormone Therapy in Relieving Menopausal Insomnia. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2025;6(1):1163-1171. doi: 10.1177/26884844251387909.
17. Bhattacharya SM, Jha A. Oral Tibolone (2.5 mg) versus Transdermal Estradiol gel (0.06%, 2.5 gm) - effects on serum calcium and 25-hydroxy Vitamin D3 levels after surgical menopause. *Fertil Steril*. 2015;104(3 Suppl):e5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.07.016.
18. Morga A, Ajmera M, Gao E, Patterson-Lomba O, Zhao A, Mancuso S, et al. Systematic review and network meta-analysis comparing the efficacy of fezolinetant with hormone and nonhormone therapies for treatment of vasomotor symptoms due to menopause. *Menopause*. 2024;31(1):68-76. doi: 10.1097/GME.0000000000002281.
19. Baik SH, Baye F, McDonald CJ. Use of menopausal hormone therapy beyond age 65 years and its effects on women's health outcomes by types, routes, and doses. *Menopause*. 2024;31(5):363-371. doi: 10.1097/GME.0000000000002335.
20. Proserpio P, Marra S, Campana C, Agostoni EC, Palagini L, Nobili L, et al. Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric*. 2020;23(6):539-549. doi: 10.1080/13697137.2020.1799973.
21. Virtanen I, Polo-Kantola P, Turpeinen U, Hämäläinen E, Kalleinen N. Effect of external sleep disturbances on sleep architecture in perimenopausal and postmenopausal women. *Climacteric*. 2023;26(2):103-109. doi: 10.1080/13697137.2022.2158727.



22. Malik R, Meghana Reddy P. Effectiveness of Tibolone in Relieving Postmenopausal Symptoms for a Short-Term Period in Indian Women. *J Obstet Gynaecol India*. 2023;73(3):242-247. doi: 10.1007/s13224-022-01727-7.

