

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Mayo 2026

Año MMXXVI





Revista de Formación  
Continuada. Fundada en 1936  
por el Sr. F. García Sicilia y el  
Dr. F. Luque Beltrán.  
Es propiedad de los  
profesores Bajo Arenas  
y Cruz y Hermida.

editorial  
**SELENE**

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

**DIRIGIDA A:**  
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

**INDEXADA EN:**  
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,  
Embase Alerts, Sedbase

**CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:**  
Calle Jerez, 21  
28231 Las Rozas  
Madrid

**Correo electrónico:**  
[mpazle@tokoginecologiapractica.com](mailto:mpazle@tokoginecologiapractica.com)

**Periodicidad:**  
6 números al año

**Disponible en Internet:**  
[www.tokoginepractica.com](http://www.tokoginepractica.com)

**EDICIÓN PUBLICIDAD**  
91 639 59 65

**SUSCRIPCIONES**  
91 639 59 65

**SUSCRIPCIÓN GRATUITA**  
Nuevas suscripciones enviar email a:  
[mpazle@tokoginecologiapractica.com](mailto:mpazle@tokoginecologiapractica.com)

**PUBLICACIÓN AUTORIZADA**  
como soporte válido:  
Ref. SVR núm 117-R-CM

**ISSNO:** 0040-8867

**DEPÓSITO LEGAL:** M. 3.873-1958





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

## DIRECTOR

Bajo Arenas, J.M

## DIRECTOR CIENTÍFICO

Huertas Fernández, M.A

## EDITORES

Palacios Gil-Antuñano, S  
Mendoza Ladrón de Guevara, N  
Marcos Fernández, M  
Escribano Tórtola, JJ

## SECRETARIOS DE REDACCIÓN

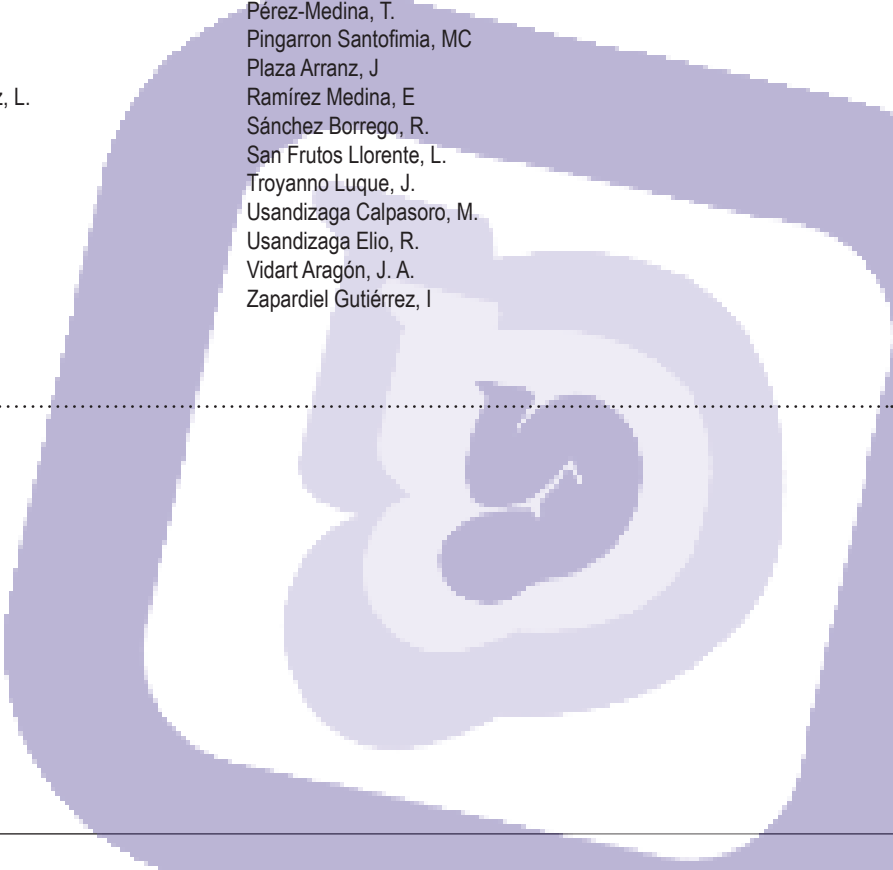
Orozco Fernandez, R  
Gonzalez Rodriguez, S

---

## COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.  
Álvarez de los Heros, J.I.  
Álvaro Navidad, P  
Barri Ragué, P. N.  
Barrio Fernández, P. del  
Bonilla Musoles, F.  
Bruna Catalan, I.  
Calleja Abu-Amshah, J.  
Carrasco Rico, S.  
Cortés Bordoy, J.  
Cristóbal García, I.  
Cruz-Hermida González, L.  
Díaz Recasens, J.  
Espuña Pons, M.  
Ferrer Barriendos, J.  
Fuente Pérez, P. de la  
Fuente Ciruela, P. de la  
Fuente Valero, J. de la  
Galindo Izquierdo, A  
García Benasach, F

González González, A.  
Hernández Aguado, J.J.  
López García, G.  
Losa Domínguez, F.  
Martínez Pérez, O.  
Martínez-Astorquiza, T.  
Miguel Sesmero, J. R. de  
Noguero Meseguer, R.  
Pérez-Medina, T.  
Pingarrón Santofimia, MC  
Plaza Arranz, J  
Ramírez Medina, E  
Sánchez Borrego, R.  
San Frutos Llorente, L.  
Troyanno Luque, J.  
Usandizaga Calpasoro, M.  
Usandizaga Elio, R.  
Vidart Aragón, J. A.  
Zapardiel Gutiérrez, I



La plenitud  
de ser *mujer.*

NUEVO

Antibiótico vaginal

2  
días  
de tratamiento<sup>1</sup>



# Intizol<sup>®</sup> vaginal

1000 mg óvulos METRONIDAZOL

Tratamiento  
de la vaginosis  
bacteriana<sup>1</sup>

**2** Días de  
tratamiento<sup>1</sup>

Medicamento no financiado por el SNS.  
Medicamento sujeto a prescripción médica.  
PVP IVA 15.28€



Ficha técnica de Intizol<sup>®</sup> vaginal  
Escanee el código QR para acceder  
a la ficha técnica completa del medicamento

1. Ficha técnica INTIZOL<sup>®</sup> VAGINAL 1000 mg ÓVULOS.  
Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89284/FT\\_89284.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89284/FT_89284.html)

SEID  LAB





## SUMARIO

---

|                      |    |
|----------------------|----|
| RESUMENES .....      | 7  |
| COMUNICACIONES ..... | 71 |
| POSTERS .....        | 84 |

# Lactoflora®

Equilibra tu mundo

CONTROL DE  
LOS SÍNTOMAS  
de la menopausia  
**DÍA Y NOCHE**



El probiótico que  
ayuda a recuperar  
tu equilibrio *natural*

¿Sofocos?  
¿Sudores nocturnos?  
¿Irritabilidad?  
¿Trastornos del sueño?

## EQUILÍBRALO CON PROBIÓTICOS

Nuestro cuerpo, igual que la naturaleza, es un ecosistema, y su equilibrio es vital. Equilibra tu microbiota intestinal y ayuda a mejorar los síntomas de la menopausia y perimenopausia con Lactoflora® Menopausia Día & Noche.

Lactoflora®, la gama experta en probióticos.



Bajo  
contenido  
en lactosa



Sin  
gluten



Consulte aquí para  
más información



STADA

Caring for People's Health

# RESUMENES



# LO QUE TUS PACIENTES YA ESTÁN USANDO EN EL CONTROL DE LOS SOFOCOS: EFICACIA CLÍNICA DE LA COMBINACIÓN ÚNICA DE CIMICIFUGA RACEMOSA + LUPRENOL® (8-PN)

Nieto Pascual, L

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

## INTRODUCCIÓN

El manejo de los síntomas de la menopausia ha experimentado una creciente comercialización y sobreinformación. Esto ha impulsado la demanda de tratamientos no-hormonales, los cuales representan el 73% de las opciones elegidas por las pacientes, según la encuesta SIGMADOS.(1) Ante este escenario de automedicación con productos “naturales”, el ginecólogo debe guiar la consulta evaluando las expectativas de la mujer (escucha, validación y seguridad) y aplicando un criterio clínico riguroso, ya que “no todo lo que se vende para la menopausia es medicina para la menopausia”.

## ENFOQUE Y HERRAMIENTAS CLÍNICAS

El abordaje médico exige determinar la intensidad de los síntomas, su impacto en la calidad de vida, las contraindicaciones para la Terapia Hormonal para la Menopausia (THM) y las preferencias de la paciente. La Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) establece en su MenoGuía el uso del algoritmo basado en la Escala Cer-

vantes Reducida (C-SF), recomendando la fitoterapia como primera elección durante un periodo de 3 meses en sofocos leves a moderados (C-SF < 25). (2)

## RACIONAL FISIOPATOLÓGICO Y SINERGIA ÚNICA

Dentro de las opciones con mejor perfil de seguridad se encuentran la Cimicifuga racemosa (máximo nivel de evidencia en sofocos)3-5 y el lúpulo (8-PN), el fitoestrógeno más potente conocido. (6,7) Su combinación destaca por ofrecer un mecanismo de acción sumatorio y complementario:

- Cimicifuga racemosa: Modula los receptores serotoninérgicos centrales implicados en la termorregulación:

## Combinación de mecanismos complementarios

6 al 8 de Mayo  
Madrid  
AEEM 2026



**Figura 1.** Mecanismos de acción complementarios y sinérgicos de la combinación de Humulus lupulus (8-PN) y Cimicifuga racemosa en la reducción de los síntomas vasomotores climatéricos

lación. (3-5)

- Luprenol® (8-PN): Actúa sobre los receptores de estrógeno periféricos para contrarrestar la disfunción vasomotora. (6,7)

**Nota de eficiencia frente a otras mezclas:** La combinación alternativa de lúpulo (8- PN) con isoflavonas de soja resulta menos eficiente. Ambos componentes saturan el mismo mecanismo estrogénico y, además, las isoflavonas presentan una alta variabilidad interindividual debido a que dependen estrictamente de la microbiota intestinal para su conversión a equol. (6)

#### Criterios de Calidad, Dosis y Evidencia Clínica

Para garantizar la trazabilidad y reproducibilidad del efecto clínico, los extractos deben estar estandarizados en las dosis validadas por los ensayos clínicos y las monografías oficiales: (5,8,9)

- Cimicifuga racemosa: 40 mg de extracto isopropanólico, estandarizado en glucósidos triterpénicos ( $\geq 0,4\%$  según ESCOP). (5,8)
- Lúpulo (8-PN): Dosis de 100  $\mu\text{g}$  de 8-prenilnaringenina (marcador de actividad clínica). (9)

A nivel de evidencia multicomponente, el estudio observacional LIBIRTY (n=33)10 demostró que la suplementación durante 3 meses con una combinación de trigonella, Cimicifuga racemosa y Luprenol® (8-PN) mejora significativamente los síntomas climatéricos ( $p < 0.001$ ), el estado de ánimo ( $p < 0.001$ ), la calidad de vida ( $p = 0.046$ ) y los niveles séricos de vitamina D ( $p < 0.05$ ).

#### Pauta de Seguimiento Clínico

La estabilización de la respuesta terapéutica requiere tiempo debido a que induce una modulación neuroendocrina e inflamatoria gradual. Aunque los beneficios en la frecuencia e intensidad de los sofocos comienzan a evidenciarse a las 4 semanas, el tratamiento mínimo debe ser de 3 meses. Las evaluaciones prematuras infraestiman la eficacia real del compuesto. En la visita de revisión se deben monitorizar: cambios en los sofocos, calidad del sueño, funcionalidad diaria y perfil de tolerabilidad.

#### CONCLUSIÓN

La fitoterapia basada en evidencia necesita de un adecuado criterio clínico de indicación y recomendación. Herramientas oficiales como la Guía Ultrarrápida de Productos Naturales para los Síntomas de la Menopausia de la AEEM avalan el uso de combinaciones estandarizadas y sinérgicas como Cimicifuga racemosa + Luprenol® (8-PN), consolidándola como una alternativa no-hormonal de máxima confianza médica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; AEEM (2021). Encuesta poblacional para el uso de tratamientos para síntomas de menopausia (1750 mujeres). <https://www.sigmados.com/el-90-de-mujeres-con-menopausia-sufre-algun-sintoma-como-sofocos-sequedad-vaginal-y-dolor-en-las-articulaciones/>.
2. Fasero M, Sánchez M, Baquedano L, Gippini I, Fuentes D, Navarro C, Beltrán E, Lilue M, Porcel I, Pingarrón C, Herrero M, Romero P, Ortega T, Carretero E, Palacios S, Mendoza N, Coronado PJ. Sofocos, MenoGuía AEEM. Primera edición 2023
3. Burdette JE, Liu J, Chen SN, et al. Black cohosh acts as a mixed competitive ligand and partial agonist of the serotonin receptor. J Agric Food Chem. 2003;51(19):5661- 5670.
4. Navarro MC, Losa F, Beltrán E, Ortega MT, Carretero ME, Cañigüeral S, et al. Productos naturales en la mujer madura. MenoGuía AEEM. 1ª ed. Granada: Editorial Universidad de Granada; 2022.
5. Castelo-Branco C, Navarro C, Beltrán E, Losa F, Camacho M, on the behalf of the Natural Products Study Group of the Spanish Menopause Society. Black cohosh efficacy and safety for menopausal symptoms. The Spanish Menopause Society statement. Gynecol Endocrinol. 2022;38(5):379-384.
6. López Larramendi JL. Humulus Lupulus (8-prenilnaringenina, fitoestrógeno innovado en pre-peri y menopausia). Toko-Gin Pract. 2018:3-16.
7. Aghamiri V, Mirghafourvand M, Mohammad-Ali-zadeh-Charandabi S, Nazemiyeh H. The effect of Hop (Humulus lupulus L.) on early menopausal symptoms and hot flashes: A randomized placebo-controlled trial. Complement Ther Clin Pract. 2016;23:130-135.
8. Cimicifugae rhizoma. Black Cohosh. Actaea racemosa L. (Syn: Cimicifuga racemosa L.) Published 2011.
9. Assessment report on Humulus lupulus L., flos. EMA/HMPC/418902/2005
10. Palacios S, Ramírez M, Martín T, de la Viuda E, Lilue M. A multicomponent food supplement alleviates climacteric symptoms improving quality of life of menopausal women: A descriptive clinical study. 16º Congress of the European Society of Gynecology. Riga: ESG; 2025. <https://www.gynecarefmc.com/index.php/2025/06/03/esg-2025-16o-congress-of-the-european-society-of-gynecology/>





Procare  
Health  
Naturally woman

te ofrece en exclusiva la guía ultrarrápida de la AEEM de productos naturales para los síntomas de la menopausia



UNA HERRAMIENTA BASADA EN EVIDENCIA CLÍNICA PARA FACILITAR LA TOMA DE DECISIONES EN CONSULTA

UNA **SOLUCIÓN**  
+  
adaptada para cada mujer



Complemento alimenticio



Complemento alimenticio



Producto sanitario



Complemento alimenticio

Abordaje **COMPLETO**  
de los síntomas de la menopausia

Promueve el  
**DESEO SEXUAL**

Gel hidratante para la  
**SEQUEZAD VAGINAL**

Solución para los **SOFOCOS INTENSOS** y el **INSOMNIO**

## VPH Y MENOPAUSIA. POR QUE LA PREVENCIÓN NO TIENE EDAD

e la Fuente-Valero, J.

*Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid)*

La relación entre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y la menopausia es un área de la salud femenina que requiere una atención especial, ya que desmitifica la idea de que el riesgo de cáncer cervical desaparece con la edad. A medida que las mujeres atraviesan la transición menopáusica, se producen cambios biológicos, inmunológicos y conductuales que alteran la dinámica de la infección por el VPH, favoreciendo tanto la persistencia de infecciones antiguas como la adquisición de nuevas.

### Epidemiología y Contexto en España

Los datos epidemiológicos subrayan la importancia de vigilar la salud cervical en etapas maduras. En España, según estimaciones de 2020, el mayor número de nuevos casos de cáncer de cérvix se concentra en el grupo de edad de 40 a 64 años, registrando 1111 casos anuales, una cifra significativamente superior a los 301 casos detectados en mujeres de 15 a 39 años (1). Esto demuestra que la incidencia del cáncer cervical alcanza su punto máximo durante y después de la transición a la menopausia.

### Factores Biológicos e Inmunológicos

La menopausia se caracteriza por una disminución drástica de los estrógenos, lo que conlleva cambios estructurales en el cuello uterino. La mucosa exocervical se vuelve atrófica y más delgada (2). Esta fragilidad epitelial aumenta el riesgo de irritación mecánica durante las relaciones sexuales, lo que desencadena procesos de reparación celular que, paradójicamente, pueden facilitar la reactivación de infecciones latentes por VPH que habían permanecido dormidas durante décadas (3, 4).

A nivel inmunológico, el cuerpo experimenta la denominada inmunosenescencia. Se produce una pérdida de la vigilancia inmunológica local y general, con una menor potencia antiviral de las células T CD4+ y una reducción en la migración de neutrófilos hacia la zona vaginal (4).

Esta debilidad del sistema inmune explica por qué la tasa de persistencia del VPH se incrementa con la edad, alcanzando un 12,4% en mujeres mayores de 45 años (5).

### Riesgo de Nuevas Infecciones y Persistencia

Es un error común pensar que las mujeres mayores no adquieren nuevas infecciones. Los modelos de simulación indican que el riesgo de adquirir nuevas infecciones por VPH en el grupo de 45 a 70 años es del 52%, una cifra superior a la de grupos de mujeres más jóvenes (6). Factores como la sequedad vaginal y la imposibilidad de gestación pueden llevar al abandono del uso del preservativo, aumentando la exposición al virus en nuevas relaciones de pareja (2).

### Cribado y Prevención

Ante este panorama, las autoridades sanitarias en España han actualizado los protocolos de cribado. Según la Orden SND/454/2025, para el grupo de 30 a 65 años, el protocolo estándar consiste en la realización de un test de VPH de alto riesgo (AR) cada 5 años. En caso de un resultado positivo, se procede a un triaje citológico para determinar el manejo clínico (7). El objetivo de la Organización Mundial de la Salud es la eliminación del cáncer de cérvix, definida como una incidencia inferior a 4 casos por cada 100,000 habitantes (WHO, 2020). Es vital recordar que los tipos de VPH 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 son responsables del 94,7% de los casos de cáncer de cérvix a nivel mundial (9).

### Impacto Psicosocial y Multiorgánico

El impacto del VPH trasciende el cuello uterino, pudiendo afectar la región orofaríngea, el ano, la vulva y la vagina (Baandrup et al., 2024; Herrero et al., 2013). Además del daño físico, el diagnóstico de una infección por VPH en la madurez conlleva una carga emocional pro-

funda. Las pacientes suelen experimentar sentimientos de culpa, enfado, ansiedad y vergüenza (12). Asimismo, se reportan cambios negativos en la imagen corporal y una disminución en la espontaneidad y satisfacción de la actividad sexual (13).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases in Spain. Summary Report 10 March 2023. Barcelona: ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer; 2023.
2. Adimora AA, et al. HIV and women in the USA: what we know and where to go from here. *Lancet*. 2021 Mar 20;397(10279):1107-1115.
3. Maglennon GA, Doorbar J. The biology of papillomavirus latency. *Open Virol J*. 2012;6:190-197.
4. Anipindi VC, et al. Estradiol Enhances CD4+ T-Cell Anti-Viral Immunity by Priming Vaginal DCs to Induce Th17 Responses via an IL-1-Dependent Pathway. *PLoS Pathog*. 2016 May 5;12(5):e1005589.
5. Torné A, Bayas JM, Castellsagué X, Castro M, García E, Martínez-Escoriza JC, et al. Vacunación frente al cáncer de cérvix en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, con o sin infección por el virus del papiloma humano o lesión cervical. Encuesta de opinión y recomendaciones. *Prog Obstet Ginecol*. 2012;55(Supl 1):10-31. DOI: 10.1016/S0304-5013(12)73065-0
6. Burger EA, et al. Estimating the Natural History of Cervical Carcinogenesis Using Simulation Models: A CISNET Comparative Analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2020 Sep 1;112(9):955-963.
7. Ministerio de Sanidad. Orden SND/454/2025, de 9 de mayo, por la que se modifican los anexos I, II, III y VI del Real Decreto 1030/2006. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 115, 13 de mayo de 2025.
8. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107?utm_source=chatgpt.com)
9. Wei F, Georges D, Man I, Baussano I, Clifford GM. Causal attribution of human papillomavirus genotypes to invasive cervical cancer worldwide: a systematic analysis of the global literature. *Lancet*. 2024;404(10451):435-444.
10. Baandrup
11. herrero
12. Vezina C, et al. Psychosexual Impacts of Human Papillomavirus. Volume 13, number 6, p. 139. June 2001.
13. Anhang R, et al. Psychosocial consequences of positive HPV test results: a systematic review. *CA Cancer J Clin*. 2004;54:248-259.



# VULVOVAGINITIS SINTOMÁTICA



*Lactobacillus rhamnosus*  
**TOM 22.8**  
CEPA EXCLUSIVA



**CANDILACTOM®**  
El probiótico  
de RÁPIDA ACCIÓN  
y LARGA DURACIÓN<sup>1</sup>

**Muy cómodo para la paciente**

 ¡1 cápsula al día durante **10 días** al mes!



**RÁPIDA ACCIÓN<sup>1</sup>**

**Disminución de los síntomas**



**10**  
Días



**LARGA DURACIÓN<sup>1</sup>**

**Mantenimiento de la eubiosis**



**30**  
Días



## ALTERACIONES PSICOAFECTIVAS, ¿ALGO SECUNDARIO?

López Freire,D

*Especialista en Ginecología y Obstetricia.  
Hospital Ribera Povisa, Vigo.*

Durante mucho tiempo, los cambios emocionales que acompañan a la menopausia fueron relegados a un segundo plano, considerados reacciones pasajeras ante el fin de la etapa reproductiva. Sin embargo, las alteraciones psicoafectivas no son un detalle menor, sino el reflejo directo de una transición neuroendocrina compleja que afecta a millones de mujeres. La evidencia actual lo confirma con cifras contundentes: un metaanálisis de 50 estudios que abarca a más de 385.000 mujeres revela que en esta etapa, el 33,73% padece ansiedad y el 30,12% depresión. En España, la encuesta DOMMA 2024, con 8.500 participantes, eleva aún más el impacto: más de la mitad reporta ansiedad o tristeza, y un 58,5% cambios de humor, fatiga o una persistente sensación de estar “descentrada”.

El momento de mayor vulnerabilidad coincide precisamente con la perimenopausia, etapa biológica donde el cuerpo y la mente deben reajustarse, y donde convergen sofocos, trastornos del sueño, estrés, falta de apoyo social. Si existen además antecedentes psiquiátricos, historia de síndrome premenstrual severo o menopausia quirúrgica o prematura, el riesgo de trastorno afectivo se multiplica.

Un estudio multicéntrico europeo y una revisión de 19 investigaciones confirman que la transición menopáusica es un periodo crítico para la salud mental, cifrando el riesgo de ideación suicida en 7-16%, siete veces superior a la observada en etapa pre o postmenopáusica.

Textos antiguos atribuían “arranques de locura” a unos ovarios “irritables” que transmitían su desorden al cerebro. Hoy, la neurociencia ha desmontado ese mito para revelarnos un mecanismo preciso: el hipotálamo, principal enlace entre el sistema límbico y el endocrino,

ve alterados sus circuitos con la caída de estrógenos. Esta hormona modula los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico, regulando el ciclo vigilia-sueño, el estado de ánimo, la motivación y la función cognitiva. También el descenso de la progesterona y su metabolito, la alopregnenolona, que ejercía un efecto ansiolítico a través de los receptores GABA. Podemos decir, por tanto, que los sofocos no son única alteración neuroendocrina consecuencia del déficit hormonal.

La terapia hormonal de la menopausia (THM) ha demostrado aliviar síntomas depresivos leves o moderados vinculados al cambio hormonal, pero su relación con la salud mental es paradójica: algunos estudios observacionales muestran mayores problemas mentales en usuarias de THM, un fenómeno explicado por el “sesgo de indicación”, ya que se prescribe precisamente a quienes ya presentan cuadros más graves. En paralelo, la terapia cognitivo-conductual específica para la menopausia se consolida como una intervención útil, mientras que los antidepresivos convencionales (ISRS/IRSN) se reservan para diagnósticos clínicos confirmados y no para tratar síntomas de déficit hormonal como primera línea.

En el plano cognitivo, la “hipótesis de la ventana crítica” subraya que la THM puede ejercer un efecto neuroprotector en menopausia precoz o quirúrgicas <45 años, pero no debe indicarse como escudo preventivo contra el Alzheimer en mujeres mayores de 65 años o asintomáticas.

Abordar esta realidad exige una mirada integral: que el profesional sanitario active protocolos de prevención, detección precoz y derivación oportuna; que la sociedad impulse un cambio cultural que dignifique el

envejecimiento femenino y redefine el significado de la madurez; y que la propia paciente cultive una actitud compasiva hacia sí misma, aprendiendo a percibir la transición no como una pérdida, sino como una etapa de transformación con estrategias de afrontamiento adecuadas.

Las alteraciones psicoafectivas en la menopausia no son, ni mucho menos, algo secundario. Son el eco de una remodelación biológica profunda que merece ser escuchada, validada y tratada con la misma rigurosidad que cualquier otra etapa vital.

**FINANCIADO**  
**S.N.S.**  
Sistema Nacional de Salud

# profer

Ferrimanitol ovoalbúmina



## Profilaxis y tratamiento de la **anemia ferropénica** y estados carenciales de Hierro <sup>(1)</sup>



**40 mg**



SABOR VAINILLA-PLÁTANO

Sin gluten

Sin sorbitol



SABOR CAFÉ

Sin gluten

Sin sorbitol

Sin azúcar

Sin lactosa

**80 mg**

Una DOSIS al DÍA <sup>(1)</sup>



SABOR VAINILLA-PLÁTANO

Sin gluten

Sin sorbitol

**meiji**

Meiji Pharma Spain, S.A.

# ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL EN MUJERES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

Gutiérrez García LE

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Grupo GESS AEEM

email. [lgutgarg@gobiernodecanarias.org](mailto:lgutgarg@gobiernodecanarias.org)

## RESUMEN

Existe una alta prevalencia de dificultades sexuales en las mujeres supervivientes de cáncer de mama, que en la mayoría de los casos permanecen silenciadas y no se abordan en las consultas médicas. Los efectos secundarios de los tratamientos, el estadio de la enfermedad al diagnóstico, el nivel socioeconómico y educativo, la falta de asesoramiento sexual por parte de los profesionales son factores de riesgo para el desarrollo de las dificultades sexuales. El modelo PLISSIT es una herramienta que propone la atención a la salud sexual mediante cuatro niveles y permite que un profesional sanitario, aun sin ser terapeuta sexual, pueda iniciar conversaciones sobre sexualidad. El primer nivel es el permiso, en el que la clave radica en preguntar de forma proactiva y respetuosa sobre la sexualidad. El segundo nivel consiste en ofrecer información limitada en relación con las dudas expresadas por la paciente. En el tercer nivel, el profesional sanitario plantea sugerencias específicas mediante propuestas concretas para recuperar la confianza sexual. Por último, el cuarto nivel corresponde a la terapia intensiva, de tal manera que cuando las necesidades exceden al ámbito de competencia del profesional, se propone la derivación multidisciplinar a otros especialistas.

## CONCLUSIÓN

El abordaje de la sexualidad mejora la calidad de vida de las pacientes supervivientes de cáncer de mama. El consejo sexual resuelve más del 80% de las dificultades sexuales. No es necesario ser terapeuta sexual para seguir el modelo PLISSIT.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, Salud Sexual, Modelo PLISSIT, Consejo Sexual

## BIBLIOGRAFÍA

1. Atención a la Salud Sexual y Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes de Cáncer de mama. Grupos GESS AEEM 2025. ISBN(e):978-84-09-84995-6. [https://aeem.es/wp-content/uploads/2025/06/Sexualidad\\_Cmama\\_def.pdf](https://aeem.es/wp-content/uploads/2025/06/Sexualidad_Cmama_def.pdf)
2. Rodrigues N, Bonfill X, Quintana MJ, Santero M, et al. Sexual dysfunction in women with breast cancer: a systematic review. *Supportive Care in Cancer* 2025; 33:332. <https://doi.org/10.1007/s00520-025.09352-6>.
3. Agrawal L, Teplinsky E, Feygin YB, et al. Women's Insights on Sexual Health After Breast Cancer (WISH-BREAST) Survey. *JCO Oncol Pract*. 2026;22(4):611-620. doi: 10.1200/OP-25-00043. Epub 2025 Jul 7.
4. Yuyan L, Dan S, Yuhang W, et al. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2026;23(2): qdag005. Doi:10.1093/jsxmed/qdag005.
5. Korkutan, F., Taylan, S. Effects of PLISSIT-based sexual counselling on the sexual lives of women with breast cancer:meta-analysis study. *Curr Psychol* 43, 33844–33855 (2024). <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06865-x>

## ABSTRACT

There is a high prevalence of sexual difficulties among breast cancer survivors, which in most cases remain unspoken and are not addressed in medical consultations. Treatment side effects, the stage of the disease at diagnosis, socioeconomic and educational level, and the lack of sexual counseling from professionals are risk factors for



the development of these difficulties. The PLISSIT model is a tool that proposes a four-level approach to sexual health care, enabling healthcare professionals, even those without a sex therapist background, to initiate conversations about sexuality. The first level is permission, where the key lies in proactively and respectfully asking about sexuality. The second level involves offering limited information in response to the patient's expressed concerns. At the third level, the healthcare professional offers specific suggestions through concrete proposals to help regain sexual confidence. Finally, the fourth level corresponds to intensive therapy, whereby, when needs exceed

the professional's scope of practice, multidisciplinary referral to other specialists is recommended.

## CONCLUSION

Addressing sexuality improves the quality of life for breast cancer survivors. Sexual counseling resolves more than 80% of sexual difficulties. It is not necessary to be a sex therapist to follow the PLISSIT model.

**Keywords:** Breast cancer, Sexual health, PLISSIT model, Sexual counseling

La plenitud  
de ser *mujer.*

PRODUCTO  
INCLUIDO EN LA

**Guía  
ultrarápida  
de la AEEM**



# MENOPRO®

Calidad de vida y calidad de sueño  
en perimenopausia y menopausia¹

Menos  
sofocos¹

Te ayuda  
a dormir²

No estrogénico

<sup>(1)</sup> Extracto de polen.  
<sup>(2)</sup> Melatonina. La melatonina contribuye a disminuir el tiempo necesario para conciliar el sueño.  
El efecto beneficioso se obtiene con la ingesta de 1 mg de melatonina poco antes de irse a dormir.  
Es importante mantener una dieta variada y equilibrada y un estilo de vida saludable.

SEID  LAB

# CABELLO Y MENOPAUSIA: DEL CAMBIO HORMONAL AL MANEJO CLÍNICO

Losa F (1), Bernardez C (2)

1 Ginecólogo. Clínica Sagrada Familia. Barcelona

2 Dermatóloga. Clínica ABderma. Madrid

El cabello es una de las señas de identidad más visibles de la mujer. Su pérdida no es un problema banal: afecta a la imagen corporal, la autoestima y la calidad de vida, y puede asociarse a ansiedad, inseguridad o síntomas depresivos [1,2]. En la menopausia, este impacto emocional adquiere mayor relevancia porque coincide con otros cambios corporales asociados a la pérdida estrogénica: redistribución grasa, sequedad cutánea y mucosa, alteraciones del sueño, síntomas vasomotores y deterioro de la percepción de vitalidad.

El folículo piloso debe entenderse como un mini órgano dinámico, altamente vascularizado y metabólicamente activo. Durante la fase anágena presenta intensa actividad mitótica y depende de señales hormonales, inmunológicas, nutricionales y paracrinas. Entre las vías biológicas más relevantes destaca Wnt/ $\beta$ -catenina, esencial para la activación del ciclo folicular y el paso de telógeno a anágeno [1]. Por ello, el cabello no debe valorarse solo como una estructura estética, sino como un marcador periférico de equilibrio hormonal, inflamatorio, metabólico y nutricional.

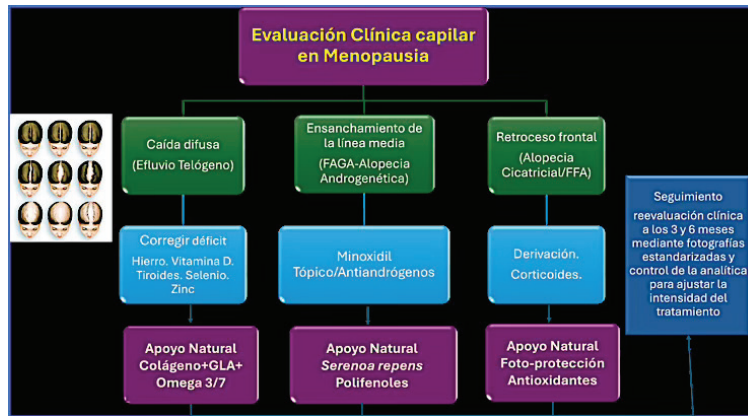
La transición menopáusica implica un descenso progresivo de estrógenos, reducción de SHBG y aumento relativo de la biodisponibilidad androgénica. Este cambio favorece una mayor acción de testosterona libre y dihidrotestosterona sobre el folículo, con posible miniaturización, acortamiento de la fase anágena, reducción del calibre del tallo y pérdida de densidad [1,3]. Además, la disminución estrogénica puede reducir la actividad de aromataza, alterar la señalización Wnt/ $\beta$ -catenina y comprometer el entorno vascular y metabólico del folículo [1]. No obstante, conviene ser precisos: la alopecia femenina no siempre es hiperandrogénica. Muchas mujeres presentan alopecia de patrón femenino con niveles androgénicos normales, lo que obliga a una visión más amplia que incluya genética, inflamación, envejecimiento folicular, estrés oxidativo, tiroides, déficit nutricionales y exposoma [3,4].

Desde el punto de vista clínico, en la menopausia predominan tres grandes cuadros. El primero es la alopecia de patrón femenino, también denominada FPHL o FAGA. Es la causa más frecuente de pérdida capilar en mujeres y se caracteriza por miniaturización progresiva, ensanchamiento de la raya media y pérdida de densidad frontoparietal, habitualmente con conservación de la línea frontal según los patrones de Ludwig o Sinclair [3,5]. En un estudio transversal en mujeres posmenopáusicas sanas de 50 a 65 años, la prevalencia de FPHL fue del 52,2%, asociándose a mayor índice de masa corporal y obesidad [4]. El segundo cuadro es el efлюvio telógeno, definido por una caída difusa, generalmente reactiva a estrés, enfermedad, fármacos, cirugía, pérdida ponderal, déficit nutricionales o alteraciones tiroideas. Si persiste más de seis meses se considera crónico y puede coexistir o desenmascarar una alopecia de patrón femenino [1,6]. El tercero es la alopecia frontal fibrosante, una alopecia cicatricial inflamatoria, frecuente en mujeres posmenopáusicas, caracterizada por retroceso frontotemporal, pérdida de cejas y signos tricoscópicos de inflamación perifolicular. Su reconocimiento precoz es fundamental porque la destrucción folicular es irreversible [1,7].

La evaluación inicial debe ser ordenada. La anamnesis debe recoger tiempo de evolución, patrón de caída, antecedentes familiares, cambios hormonales, estrés, dietas restrictivas, cirugía, enfermedades recientes, fármacos, suplementos, síntomas de hiperandrogenismo y repercusión emocional. La exploración debe diferenciar caída difusa, miniaturización y alopecia cicatricial. La tricoscopia permite valorar variabilidad del diámetro, pelos miniaturizados, densidad, eritema, descamación, ausencia de ostia foliculares o signos de fibrosis. Como cribado básico: hemograma, ferritina, TSH, 25-OH-vitamina D, vitamina B12, folato y zinc, especialmente si hay efлюvio, dietas restrictivas o fatiga. En casos de inicio rápido, hirsutismo, acné, seborrea intensa o virilización

debe solicitarse estudio androgénico y descartar tumores secretores o hiperandrogenismo ovárico/adrenal.

El tratamiento debe adaptarse al fenotipo. En la alopecia de patrón femenino, el minoxidil tópico sigue siendo la opción con mayor respaldo y es el único



tratamiento aprobado por la FDA para la pérdida capilar femenina [1,3]. El minoxidil oral a dosis bajas, la espironolactona, el acetato de ciproterona, finasterida o dutasterida pueden considerarse fuera de ficha técnica, seleccionando bien a la paciente y valorando riesgos, comorbilidades y situación reproductiva [1,3]. En mujeres posmenopáusicas, finasterida a dosis de 2,5–5 mg/día y dutasterida se han utilizado en series clínicas, pero faltan ensayos amplios y el tratamiento debe individualizarse [1]. La alopecia frontal fibrosante exige derivación o manejo dermatológico: corticoides intralesionales, inhibidores de calcineurina, hidroxycicloroquina, retinoides o inhibidores de 5 $\alpha$ -reductasa pueden formar parte del abordaje según actividad inflamatoria [1,7]. En el efluvio telógeno, lo prioritario es retirar el desencadenante, corregir déficits y explicar a la paciente la latencia del ciclo capilar: la mejoría suele requerir meses.

La suplementación tiene un papel clínico, pero debe formularse con rigor. No sustituye al tratamiento médico; optimiza el terreno biológico cuando existe déficit, inflamación, estrés oxidativo o fragilidad estructural. El folículo necesita proteínas, aminoácidos azufrados, hierro, zinc, selenio, vitaminas del grupo B y vitamina D para sostener la síntesis de queratina y la actividad anágena. En mujeres con ferritina baja, déficit de vitamina D, dietas restrictivas o efluvio persistente, corregir el déficit es razonable. Polifenoles, omega-3/7, colágeno hidrolizado, ácido hialurónico, coenzima Q10, curcumina o resveratrol tienen plausibilidad biológica por su papel antioxidante,

antiinflamatorio o de soporte dérmico, pero su evidencia en alopecia femenina no es equiparable a minoxidil o a tratamientos antiandrogénicos. *Serenoa repens*, *Pygeum africanum*, semillas de calabaza o epilobio pueden considerarse coadyuvantes por su posible modulación de la 5 $\alpha$ -reductasa, evitando presentarlos como tratamiento principal si no existe evidencia clínica suficiente. (Fig 1).

El estilo de vida es fundamental. Tabaquismo, sobrepeso, síndrome metabólico, resistencia insulínica, sueño insuficiente y estrés crónico empeoran el entorno folicular. Fortes et al. observaron que la combinación de sobrepeso y tabaquismo se asociaba a mayor gravedad de la alopecia androgénica [8]. Por tanto, la consulta de menopausia debe integrar salud capilar, metabolismo, piel, mucosas y bienestar emocional. El mensaje clínico es claro: la caída del cabello en la menopausia debe escucharse, diagnosticarse y tratarse. No siempre es solo “edad” ni solo “hormonas”; es una manifestación multifactorial que requiere colaboración entre ginecología, dermatología, nutrición y medicina del estilo de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta AK, Economopoulos V, Mann A, Wang T, Mirmirani P. Menopause and hair loss in women: exploring the hormonal transition. *Maturitas*. 2025;198:108378. doi:10.1016/j.maturitas.2025.108378.
2. Salam A, Tziotzios C, Fenton DA. Hair loss is an important symptom of the menopause. *BMJ*. 2018;360:k245. doi:10.1136/bmj.k245.
3. Olsen EA. Hair Loss in Women. *N Engl J Med*. 2025;393(15):1509-1520. doi:10.1056/NEJMcp2412146.
4. Chaikittisilpa S, Rattanasirisin N, Panchaprateep R, Orprayoon N, Phutrakul P, Suwan A, et al. Prevalence of female pattern hair loss in postmenopausal women: a cross-sectional study. *Menopause*. 2022;29(4):415-420. doi:10.1097/GME.0000000000001927.
5. Ramos PM, Miot HA. Female pattern hair loss: a clinical and pathophysiological review. *An Bras Dermatol*. 2015;90(4):529-543. doi:10.1590/abd1806-4841.20153370.
6. Rebora A, Guarrera M. Kenogen. A new phase of the hair cycle? *Dermatology*. 2002;205(2):108-110. doi:10.1159/000063908.
7. Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, Serrano-



Falcón C, Arias-Santiago S, Rodrigues-Barata AR, Garnacho-Saucedo G, et al. Frontal fibrosing alopecia: a multicenter review of 355 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(4):670-678. doi:10.1016/j.jaad.2013.12.003.

8. Fortes C, Mastroeni S, Mannooranparampil TJ, Ribuffo M. The combination of overweight and smoking increases the severity of androgenetic alopecia. *Int J Dermatol.* 2017;56(8):862-867. doi:10.1111/ijd.13652.

La plenitud  
de ser *mujer.*

**NUEVO**

**Probiótico  
vaginal  
Medicamento**



# INTIBIOTICS® vaginal

*Lactobacillus plantarum* P 17630

Normaliza  
la microbiota  
alterada<sup>1</sup>

**6** Días de  
tratamiento<sup>1</sup>



**Ficha técnica de  
Intibiotics® vaginal**  
Escanee el código QR  
para acceder a la ficha técnica  
completa del medicamento

Medicamento no financiado por el SNS  
Medicamento no sujeto a prescripción médica  
PVP IVA 19,78€

1. Ficha técnica INTIBIOTICS vaginal 100.000.000 UFC cápsulas vaginales duras.  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89433/FT\\_89433.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89433/FT_89433.html)

**SEID**  **LAB**

## FISIOPATOLOGÍA DEL CLIMATERIO, ¿QUÉ Y CÓMO SUCEDE?

Pando Ruiz, B

Facultativo Especialista de Área en Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario de Burgos

La menopausia se diagnostica tras un año de amenorrea.

Esta se debe a un declive en el número de folículos primordiales en los ovarios. El agotamiento folicular parece acelerarse en la década anterior a la menopausia.

El descenso del número de folículos se asocia con un descenso de la concentración sérica de inhibina B, que es el marcador más temprano de la depleción folicular. Este descenso en la inhibina B está asociado al aumento de FSH.

El gold standard para caracterizar el envejecimiento reproductivo es fruto de una colaboración internacional de expertos llamado STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop) publicado en 2001 y actualizado en 2011 (STRAW+10).

Sofocos. Hay tres componentes interconectados:

1. Centro termorregulador: en el hipotálamo, innervado por neuronas KNDy. Estas son estimuladas por neurokinina B e inhibidas por los estrógenos. Con el descenso de los estrógenos, aumenta el estímulo de la neurokinina B. Esto provoca una respuesta inadecuada del hipotálamo, con estrechamiento de la zona termoneutral.
2. Mensajeros neuroquímicos: estrógenos, neurokinina B y un desequilibrio a nivel de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina.
3. Sistema vascular periférico: inapropiada vasodilatación periférica.

**Cambios metabólicos.** Tras la menopausia, se produce un desbalance entre estrógenos y andrógenos a favor de estos últimos.

Esto favorece una distribución central de la grasa corporal, que previamente a la menopausia era ginecoide.

Se produce así:

- Alteración del perfil Lipídico: El aumento del LDL y la disminución del HDL tras la menopausia.
- Resistencia a la Insulina: Cómo el cambio en la distribución de la grasa (de ginecoide a androide/visceral) altera el metabolismo de la glucosa.

**Osteoporosis.** El hueso está formado por las llamadas unidades de remodelado óseo (URO) que al activarse van a destruir el hueso por medio de los osteoclastos y, posteriormente, formar nuevo tejido óseo a través de los osteoblastos. Se trata de un proceso equilibrado.

La vía de señalización es RANK/RANKL/OPG.

Sin estrógenos aumenta el RANKL y disminuye la osteoprotegerina, manteniendo a los osteoclastos vivos más tiempo en un estado de hiperactividad destructiva con lo cual se acelera la pérdida de masa ósea en esta etapa.

Además, también existe una influencia del eje calcio-vitamina D-PTH.

**Síndrome genitourinario.** Los estrógenos actúan sobre receptores específicos en la vagina, la vulva, la uretra y el trigono de la vejiga, zonas con un alto contenido en estos receptores. Hay dos tipos de receptores, alfa y beta. Ambos tipos de receptores disminuyen con la menopausia, sobre todo los RE $\beta$ .

La pérdida de estrógenos conlleva una disminución de la renovación celular, la lubricación, disminuye el colágeno y las fibras elásticas, así como las fibras nerviosas y la vascularización, dando lugar a toda la sintomatología que engloba el síndrome genitourinario.

**Influencia del estroboloma:** se trata del papel del microbioma intestinal en la recirculación de estrógenos mediante la enzima  $\beta$ -glucuronidasa y cómo su alteración influye en los niveles de estrógenos circulantes.

Existe también un papel del sistema inmune en la explicación de los procesos asociados a la menopausia.

- Inmunosenescencia: deterioro gradual del sistema inmunitario asociado a la edad. Se caracteriza por una menor capacidad para responder a nuevas infecciones y una pérdida de la "memoria" inmunológica.
- Inflammaging: estado de inflamación crónica

de bajo grado, sistémica y estéril (sin infección aparente) que daña los tejidos con el tiempo.

Los estrógenos son potentes inmunomoduladores. Cuando los niveles de estrógenos caen drásticamente durante la menopausia, este equilibrio se rompe.

## CONCLUSIONES

La base fisiopatológica de la menopausia es el descenso de estrógenos dado el papel tan relevante de estos a nivel hipotalámico, cardiovascular, óseo, genito-urinario, y del sistema inmune.



# GINECOLOGÍA REGENERATIVA, FUNCIONAL Y ESTÉTICA: UNA MIRADA CRÍTICA A LAS CONTROVERSIAS ACTUALES DESDE LA PRÁCTICA CLÍNICA

De Ponte A, Escribano JJ, Sánchez Borrego R.

## RESUMEN

En los últimos años, la ginecología regenerativa, funcional y estética ha experimentado un crecimiento sostenido, impulsado tanto por la demanda de las pacientes como por la aparición de nuevas herramientas terapéuticas. Sin embargo, esta expansión ha sido más rápida que la consolidación de la evidencia científica, generando un escenario clínico complejo donde conviven innovación, incertidumbre y presión asistencial. A través de una revisión crítica y reflexiva, se abordan algunas de las principales controversias actuales (desde el papel de los dispositivos basados en energía y las terapias biológicas hasta la cirugía genital estética y las nuevas estrategias no hormonales) integrando la evidencia reciente con la experiencia clínica. El objetivo es aportar un marco de pensamiento útil que permita al ginecólogo moverse con criterio en un campo en plena evolución.

## INTRODUCCIÓN: UNA SUBESPECIALIDAD EN EXPANSIÓN

Quien lleva años dedicándose a la atención de la mujer en la menopausia reconoce fácilmente que algo ha cambiado. No se trata únicamente de que tengamos más opciones terapéuticas, sino de que la propia consulta es distinta. Las pacientes plantean nuevas inquietudes y, en muchos casos, no acuden solo por síntomas, sino por expectativas.

El enfoque clásico ha dado paso a una visión más amplia que incorpora el bienestar íntimo, la función sexual y la percepción corporal. Este cambio, bien descrito en el contexto del síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), ha transformado la práctica clínica [1,2].

En este escenario, la ginecología regenerativa, funcional y estética ha emergido con fuerza. Pero lo ha hecho en un terreno donde la evidencia no siempre ha crecido al mismo ritmo que la innovación.

## DEMANDA CLÍNICA FRENTE A INDICACIÓN MÉDICA

El SGM es una entidad bien definida, con impacto claro en la calidad de vida y tratamientos eficaces [1,2]. Sin embargo, muchas consultas actuales no encajan en este diagnóstico. Es frecuente atender a mujeres con malestar difuso, preocupación por cambios en su anatomía o insatisfacción con su bienestar íntimo.

El estudio CRETA aporta una reflexión especialmente útil: la satisfacción y la adherencia terapéutica no dependen únicamente de la eficacia objetiva, sino también de la experiencia subjetiva de la paciente [3]. Este hecho ayuda a entender por qué algunas intervenciones, aun con evidencia limitada, tienen una aceptación considerable en la práctica clínica.

Esto obliga a un cambio de actitud: escuchar a la paciente, pero también interpretar su demanda con criterio clínico.

## DISPOSITIVOS BASADOS EN ENERGÍA: ENTRE LA EVIDENCIA Y LA EXPERIENCIA

Los dispositivos de energía han sido uno de los principales motores de esta subespecialidad. Los estudios iniciales mostraron resultados prometedores [4], pero ensayos clínicos más rigurosos han evidenciado beneficios más discretos [5].

La advertencia de la FDA en 2018 [6] supuso un punto de inflexión, posteriormente matizado por expertos que defendieron su uso en contextos clínicos bien seleccionados [7].

La práctica clínica muestra una realidad intermedia: hay pacientes que mejoran, especialmente aquellas con contraindicación o rechazo a terapia hormonal, pero no estamos ante una solución universal ni ante un tratamiento de primera línea.

Terapias regenerativas: el papel del PRP y nuevas estrategias

El PRP se ha incorporado rápidamente a la práctica clínica, aunque la evidencia sigue siendo limitada y heterogénea, como confirma una revisión sistemática reciente [8].

Más allá del PRP, otras estrategias están emergiendo. El ácido hialurónico ha demostrado utilidad en patologías vulvares complejas como las fisuras crónicas [9], y técnicas como la carboxiterapia han comenzado a explorarse en el SGM con resultados preliminares prometedores, aunque aún incipientes [10].

Todo apunta a que el futuro de la medicina regenerativa será más combinatorio que basado en una única técnica.

## LABIOPLASTIA: UNA INDICACIÓN EN DEBATE

La labioplastia de labios menores es probablemente el ámbito donde más claramente confluyen técnica, indicación y ética.

Existe una amplia variabilidad anatómica normal [11], y la influencia sociocultural en la percepción genital es evidente [12]. En la práctica clínica, coexisten indicaciones funcionales reales con motivaciones estéticas.

Las técnicas quirúrgicas han evolucionado notablemente, destacando la importancia de individualizar el abordaje en función de la anatomía y del contexto clínico [13]. Sin embargo, no están exentas de complicaciones. Se han descrito alteraciones micro-linfáticas que pueden simular recurrencias tras la cirugía, lo que obliga a una adecuada valoración [14].

El debate ético sigue abierto, como reflejan posicionamientos internacionales recientes [15], y exige al clínico un papel activo en la toma de decisiones.

## FUNCIÓN SEXUAL: UNA VISIÓN INTEGRADORA

La función sexual femenina es multifactorial [16]. Las intervenciones locales pueden mejorar determinados aspectos, pero la experiencia global depende de factores hormonales, psicológicos y relacionales.

En este sentido, terapias como la estimulación magnética han mostrado impacto no solo en la función pélvica, sino también en la calidad de vida y la sexualidad [17], reforzando la necesidad de un enfoque global.

Terapias hormonales y alternativas no hormonales

Los estrógenos vaginales siguen siendo el tratamiento de referencia en el SGM [1]. No obstante, han surgido alternativas no hormonales con evidencia creciente.

Estudios recientes han demostrado la eficacia de lubricantes y humectantes vaginales, especialmente basados en ácido hialurónico, en la mejoría de la sequedad y la dispareunia [18,19]. En la actualidad, se preconiza que el enfoque debe ser integrador e individualizado [20,21].

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Más allá de la técnica, el verdadero eje del debate es ético.

Nos encontramos en un escenario donde la demanda de las pacientes, la innovación tecnológica y la evidencia científica no avanzan al mismo ritmo. En este contexto, el ginecólogo debe actuar como filtro clínico, evitando tanto el entusiasmo acrítico como el rechazo injustificado.

## POSICIONAMIENTO CLÍNICO PRÁCTICO

**Tabla 1.** Posicionamiento clínico actual de las principales intervenciones

| Intervención         | Nivel de evidencia | Cuándo Sí considerarla  | Cuándo NO es adecuada       | Comentario clínico    |
|----------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Estrógenos vaginales | Alto               | Primera línea en SGM    | Contraindicación específica | Gold standard         |
| DHEA / alternativas  | Moderado           | Alternativa en SGM      | Expectativa estética        | Complementarias       |
| Láser / RF           | Bajo-moderado      | Casos seleccionados     | Primera línea               | Evidencia limitada    |
| PRP                  | Bajo               | Casos muy seleccionados | Uso rutinario               | Falta estandarización |
| Labioplastia         | Moderado           | Síntomas funcionales    | Motivación no evaluada      | Indicación prudente   |

## CAPACITACIÓN Y FUTURO DE LA SUBESPECIALIDAD

La consolidación de la ginecología regenerativa, funcional y estética dependerá en gran medida de la formación.

La complejidad creciente de este campo hace difícil sostener una práctica basada únicamente en la experiencia individual. Se requiere una capacitación estructurada que permita comprender no solo las técnicas, sino también sus indicaciones, limitaciones y contexto clínico.

En este sentido, el desarrollo de programas universitarios específicos y multidisciplinarios refleja una necesidad real y contribuye a profesionalizar la subespecialidad.

Porque, en última instancia, el futuro de este campo no dependerá tanto de las técnicas que utilicemos, sino de cómo nos formemos para utilizarlas.

## CONCLUSIÓN

La ginecología regenerativa, funcional y estética forma parte de la evolución natural de la especialidad.

El reto no es decidir si debemos utilizar estas herramientas, sino en qué pacientes, en qué contexto y con qué expectativas aportan un beneficio real.

## BIBLIOGRAFÍA

- Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014 Oct;21(10):1063-8. doi: 10.1097/GME.0000000000000329. PMID: 25160739.
- Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*. 2014 Feb;17(1):3-9. doi: 10.3109/13697137.2013.871696. PMID: 24423885.
- Sánchez-Borrego R, de Diego Pérez de Zabalza MV, Alfageme Gullón MJ, Alija Castrillo ML, Sánchez Prieto M, Palacios S, González Calvo AJ, Quijano Martín JJ, Cancelo MJ. Satisfaction and medication adherence in women with vulvovaginal atrophy: the CRETA. *Climacteric*. 2023 Oct;26(5):437-444. doi: 10.1080/13697137.2023.2190508. Epub 2023 Apr 5. Erratum in: *Climacteric*. 2024 Jun;27(3):329. doi: 10.1080/13697137.2024.2327254. PMID: 37017707.
- Salvatore S, Leone Roberti Maggiore U, Athanasiou S, Origoni M, Candiani M, Calligaro A, Zerbinati N. Histological study on the effects of microablative fractional CO2 laser on atrophic vaginal tissue: an ex vivo study. *Menopause*. 2015 Aug;22(8):845-9. doi: 10.1097/GME.0000000000000401. PMID: 25608269.
- Li FG, Maheux-Lacroix S, Deans R, Nesbitt-Hawes E, Budden A, Nguyen K, Lim CY, Song S, McCormack L, Lyons SD, Segelov E, Abbott JA. Effect of Fractional Carbon Dioxide Laser vs Sham Treatment on Symptom Severity in Women With Postmenopausal Vaginal Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021 Oct 12;326(14):1381-1389. doi: 10.1001/jama.2021.14892. PMID: 34636862; PMCID: PMC8511979.
- FDA Warns Against Use of Energy-Based Devices to Perform Vaginal "Rejuvenation" or Vaginal Cosmetic Procedures: FDA safety communication. Date Issued: July 30, 2018
- Escribano JJ, González-Isaza P, Tserotas K, Athanasiou S, Zerbinati N, Leibaschoff G, Salvatore S, Sánchez-Borrego R. In response to the FDA warning about the use of photomedicine in gynecology. *Lasers Med Sci*. 2019 Sep;34(7):1509-1511. doi: 10.1007/s10103-019-02744-1. Epub 2019 Mar 4. PMID: 30830556.
- De Ponte A, Cabrera S, Sparice SSB, Baulies S, Rodríguez I. Platelet-rich plasma in the management of vulvovaginal disorders: a systematic review. *J Sex Med*. 2026 Jan 5;23(1):qdaf307. doi: 10.1093/jsxmed/qdaf307. PMID: 41168677.
- González-Isaza P, Sánchez-Prieto M, Sánchez-Borrego R. Chronic vulvar fissure: approach with cross-linked hyaluronic acid. *Int Urogynecol J*. 2023 Jul;34(7):1495-1499. doi: 10.1007/s00192-022-05401-4. Epub 2022 Nov 7. PMID: 36344691.
- De Ponte A, Bermúdez Sparice SS, Bergamaschi L, Baulies S, Garcia S, Rodríguez I, Cabrera S. Carboxytherapy for Genitourinary Syndrome of Menopause: A Pilot Study. *Aesthet Surg J Open Forum*. 2026 Feb 16;8:ojag019. doi: 10.1093/asjof/ojag019. PMID: 42022469; PMCID: PMC13098190.
- Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao LM, Creighton SM. Female genital appearance: "normality" unfolds. *BJOG*. 2005 May;112(5):643-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00517.x. PMID: 15842291.
- Bramwell R, Morland C. Genital appearance satisfaction in women: the development of a questionnaire and exploration of correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2009; 27(1):15-27. <https://doi.org/10.1080/02646830701759793>
- Escribano Tórtola JJ, Sánchez-Prieto M, Rodea Gaspar G, Lugo Salcedo F, Sánchez-Borrego R. Surgical Techniques in Reduction Labiaplasty: Current Advances and Considerations. *Journal of Gynecologic Surgery*. 2025;41(2):54-62. doi:10.1089/gyn.2024.0076
- González-Isaza P, Sánchez-Prieto M, Sánchez-Borrego R. Localized Vulvar Micro-lymphatic Imbalance Mimicking Recurrent Labia Minora

- Hypertrophy After Labiaplasty: Clinicopathologic Correlation and Mechanistic Insights. *Cureus*. 2026 Mar 9;18(3):e104893. doi: 10.7759/cureus.104893. PMID: 41960009; PMCID: PMC13058863.
15. González-Isaza P, Sánchez-Borrego R, Salvatore S, Carbone A. Letter to the editor: FIGO statement: Cosmetic genital surgery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025 Dec;171(3):1436-1438. doi: 10.1002/ijgo.70543. Epub 2025 Sep 24. PMID: 40990201.
  16. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J, Flynn KE, Nappi RE, Reese JB, Rezaee RL, Schover L, Shiffrin JL. Female Sexual Dysfunction-Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *J Sex Med*. 2017 Dec;14(12):1463-1491. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.05.018. Erratum in: *J Sex Med*. 2018 Feb;15(2):270. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.12.002. PMID: 29198504.
  17. González-Isaza P, Sánchez-Borrego R, Lugo Salcedo F, Rodríguez N, Vélez Rizo D, Fusco I, Callarelli S. Pulsed Magnetic Stimulation for Stress Urinary Incontinence and Its Impact on Sexuality and Health. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Nov 24;58(12):1721. doi: 10.3390/medicina58121721. PMID: 36556922; PMCID: PMC9784697.
  18. Sánchez-Prieto M, Pingarrón C, Bergamaschi L, Bermúdez JC, Subiris González J, Sánchez Sánchez R, Poyo Torcal S, Gómez M, Ruiz Pérez ML, Castillo Martínez M, Peña Penedo ME, Sánchez-Borrego R. Prospective, multicenter, uncontrolled study on the effectiveness and safety of a hyaluronic acid water-based vaginal lubricant in alleviating vaginal dryness and dyspareunia. *Gynecol Endocrinol*. 2024 Mar 5;40(1):2317268. doi: 10.1080/09513590.2024.2317268. Epub 2024 Mar 12. PMID: 38468593.
  19. Sánchez-Prieto M, Mendoza N, Chedraui P, Lugo-Salcedo F, Serra-Ribas A, Aladrén-Pérez S, Bustos-Santafé J, Sánchez-Borrego R. An open, single center, clinical investigation to evaluate the efficacy and safety of a non-hormonal vaginal moisturizer for the symptomatic treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal woman. *Gynecol Endocrinol*. 2025 Dec;41(1):2500480. doi: 10.1080/09513590.2025.2500480. Epub 2025 May 5. PMID: 40323284.
  20. Palacios S. Sequential treatment in vulvovaginal atrophy. *Climacteric*. 2023 Aug;26(4):292-295. doi: 10.1080/13697137.2023.2197588. Epub 2023 Apr 27. PMID: 37105219.
  21. Simon JA, Nappi RE, Chedraui P, Clark AL, Gompel A, Nasreen SZA, Palacios S, Wolfman W. Genitourinary syndrome of menopause (GSM): recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sex Med Rev*. 2026 Jan 2;14(1):qeaf055. doi: 10.1093/sxmrev/qeaf055. PMID: 40981832.



Calcifediol

# HIDROFEROL®



Para la **prevención** y tratamiento del déficit de vitamina D<sup>1\*</sup>



**El tratamiento a largo plazo con calcifediol mensual en pacientes con deficiencia de vitamina D es eficaz y seguro<sup>2</sup>**



\*Tratamiento de la deficiencia de vitamina D (niveles de 25(OH)D < 25 nmol/l) en adultos y prevención de la deficiencia de vitamina D en adultos con riesgos identificados<sup>1</sup>.

1. Ficha técnica HIDROFEROL® 0,266 mg cápsulas blandas. 2. Pérez-Castrillón JL, Dueñas-Laita A, Gómez-Alonso C, et al. Long-term treatment and effect of discontinuation of calcifediol in postmenopausal women with vitamin D deficiency: a randomized trial. J Bone Miner Res. 2023; 38(4):471-479.

**Ficha técnica de Hidroferol 0,266 mg cápsulas blandas disponible en el código QR.**

**CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD:** Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Aportación normal. Hidroferol cápsulas blandas: envase de 10 cápsulas: 12,61 € (PVP); 13,11€ (PVP IVA); envase 5 cápsulas: 6,30€ (PVP); 6,56€ (PVP IVA). ES-HIDR-2603-00013



## HACIA UNA TERAPIA HORMONAL A MEDIDA: BODY-MIMICKING, FLEXIBILIDAD E INDIVIDUALIZACIÓN

Pingarrón Santofimia C (1), Presa Lorite JC (2)

1. *Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Quirónsalud San José, Madrid.*
2. *Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Jaén*

El manejo moderno de la menopausia ha evolucionado desde un enfoque uniforme hacia una medicina de precisión personalizada, donde el tratamiento debe ajustarse a los síntomas, riesgos basales y la etapa biológica de cada mujer. La Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) no es una intervención única; requiere una individualización rigurosa en la selección de la molécula, la dosis, la vía de administración y el momento de inicio, preferiblemente dentro de la "ventana de oportunidad" (antes de los 60 años o los 10 años posteriores al inicio de la menopausia). En este contexto, la farmacogenómica emerge como una herramienta prometedora para identificar variantes genéticas (como en el gen CYP19A1) que modifican la respuesta y toxicidad de los esteroides, optimizando el perfil de seguridad.

Un pilar crítico en la personalización es la elección del gestágeno, dado que no todos los componentes progestogénicos presentan el mismo comportamiento metabólico ni el mismo impacto en los tejidos diana.

La evidencia clínica, especialmente la derivada del estudio de cohorte E3N, demuestra que el riesgo de cáncer de mama varía significativamente según el gestágeno utilizado. Mientras que las combinaciones con gestágenos sintéticos derivados de la testosterona o el acetato de medroxiprogesterona se asocian a un aumento del riesgo, el uso de progesterona micronizada o didrogesteronona muestra un perfil mucho más favorable, con riesgos que no difieren significativamente de las usuarias en tratamientos de duración moderada.

Respecto al riesgo trombótico, los gestágenos no androgénicos como la didrogesteronona o la progesterona natural muestran una menor activación de factores de coagulación en comparación con derivados de la

19-nortestosterona. Estudios observacionales a largo plazo (ESTHER y E3N) confirman que estas opciones no se asocian a un riesgo significativamente mayor de tromboembolismo venoso.

La didrogesteronona destaca farmacológicamente por ser una retroprogesterona con alta selectividad por el receptor de progesterona y una excelente biodisponibilidad oral. Actualmente, disponemos de preparados que combinan 17β-estradiol con didrogesteronona en diferentes dosis y regímenes para facilitar un "traje a medida" para nuestras pacientes.

En la perimenopausia, las pautas secuenciales permiten un control cíclico adecuado. Por otro lado, los preparados continuos (como las dosis de 1 mg/5 mg y la dosis ultra baja de 0,5 mg/2,5 mg) han demostrado una alta eficacia en el control del sangrado y la inducción de amenorrea tras las primeras 13 semanas de tratamiento, mejorando la satisfacción y adherencia de la paciente postmenopáusica.

### CONCLUSIONES

La THM actual debe ser individualizada y flexible, adaptándose a la evolución de la mujer desde la transición menopáusica hasta la postmenopausia avanzada.

La elección del gestágeno es determinante en el perfil de seguridad global; el uso de gestágenos con alta selectividad y menor impacto metabólico, como la didrogesteronona, permite minimizar los riesgos de cáncer de mama y eventos trombóticos.

Los nuevos preparados disponibles permiten ajustar la dosis necesaria y eficaz, garantizando un excelente control de los síntomas vasomotores y del patrón de sangrado vaginal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Klikaite A, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat.* 2008;107(1):103-111.
2. Ott J, Haimov-Kochman R, Vrtacnik Bokal E, et al. Dydrogesterone after 60 years: a glance at the safety profile. *Gynecol Endocrinol.* 2022;38(8):649-656.
3. Stevenson JC, Rozenberg S, Damjanovic S, et al. Oral ultra-low dose continuous combined hormone replacement therapy with 0.5 mg 17 $\beta$ -oestradiol and 2.5 mg dydrogesterone for the treatment of vasomotor symptoms. *Maturitas.* 2010;67(3):238-244.
4. Levy B, Simon JA. Individualized hormone therapy for the menopause: a primer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2025;94:102489.

# MANEJO DE LA MENOPAUSIA: VISIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Cancelo Hidalgo MJ, Retuerta Pría M, Cano Sanchez A

Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá

El abordaje de la menopausia ha evolucionado desde un modelo basado en el alivio de síntomas, especialmente vasomotores, a uno de gestión integral de la salud de la mujer, con una perspectiva a largo plazo. Las principales guías internacionales, subrayan que el objetivo no es solo tratar síntomas, sino optimizar la salud a largo plazo mediante un enfoque individualizado.

Esta visión actual prioriza la medicina de precisión y la identificación de perfiles de riesgo específicos, respaldada por cambios regulatorios recientes que validan la seguridad de las intervenciones hormonales en etapas tempranas de la menopausia.

Este cambio se ha fundamentado en algunos aspectos como:

- La simplificación del diagnóstico, poniendo en valor la historia clínica frente a los estudios complementarios que deben reservarse para las indicaciones precisas como casos de sospecha de insuficiencia ovárica prematura. En las mujeres sanas de 45 años o más, se recomienda no realizar pruebas de laboratorio (FSH, estradiol o inhibinas) en este grupo de edad, ya que no aportan valor diagnóstico y aumentan los costes.[1]
- La ventana de oportunidad, que hace referencia al inicio del tratamiento en mujeres menores de 60 años o dentro de los 10 años posteriores al inicio de la menopausia. Los reanálisis del estudio WHI y otras evidencias demuestran que, en este subgrupo, la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) no solo es segura a nivel cardiovascular, sino que reduce la mortalidad por todas las causas[2].
- Abordaje integral e individualizado. Teniendo en cuenta que la menopausia no es un hecho aislado,

sino una transición biológica compleja que afecta a diversos órganos y sistemas, es lógico que el manejo debe ir más allá de los sofocos o de los síntomas genitourinarios, abordando áreas como la salud metabólica, cardiovascular, ósea, sexual además de la cognición y el sueño.

- Cambios regulatorios. La eliminación del etiquetado de advertencia (black box warning) el 10 de noviembre de 2025 reconoce que las advertencias basadas en interpretaciones antiguas del estudio WHI no son aplicables a la población sana sintomática. Este cambio es fundamental para reducir la inseguridad del prescriptor y los temores de las mujeres. Facilita una conversación médico-paciente basada en el riesgo real y no en advertencias legales basadas en informaciones obsoletas.
- Defensa del rigor científico. Esta es la premisa que guía a las sociedades científicas que marcan las pautas a seguir para los clínicos con el objetivo principal de la seguridad. Un ejemplo claro lo tenemos en herramientas desarrolladas en nuestro país como la Escala Cervantes [3] de valoración de la calidad de vida o en los Criterios médicos de Elegibilidad para la THM [4] que constituyen una ayuda básica en la práctica clínica y que han sido realizadas con el máximo rigor científico.
- Apoyo de la formación y educación. El futuro del manejo de la menopausia depende de cerrar la brecha educativa entre los profesionales de la salud que se produjo a raíz de la publicación del estudio WHI [5]. Han sido patentes los efectos en la formación de generaciones de profesionales y por tanto en la atención de la mujer en la menopausia.

El apoyo constante de las sociedades científicas, así como el cambio en los programas formativos de los especialistas que atienden a la mujer, intentan paliar estas deficiencias. En la actualidad, la formación se orienta hacia la integración de la medicina multidisciplinar con una colaboración estrecha entre ginecólogos, cardiólogos, endocrinólogos, hematólogos y médicos de atención primaria, así como hacia la individualización de los tratamientos, entendiendo, por ejemplo, el uso de la THM como una pieza de un plan de salud integral, no como una solución única.

Por todo ello podríamos considerar que el manejo de la menopausia en la actualidad se tiene una visión más amplia que la mera presencia de síntomas y se basa en la estratificación del riesgo individual y con una mirada al tiempo venidero. Y todo ello amparado por la regulación sanitaria que alerta contra el uso de compuestos "bioidénticos" no regulados que carecen de evidencia de seguridad.

El futuro del manejo de la menopausia apunta hacia la gestión integral de la salud de la mujer, el apoyo de la formación continuada que permita entender, conocer y superar la brecha formativa de los profesionales para eliminar miedos infundados en la prescripción y mantener un rigor regulatorio que priorice las preparaciones reguladas frente a aquellas de seguridad desconocida.

En definitiva, estamos pasando en el manejo de la menopausia, de una medicina del miedo a una medicina de la confianza, donde la mujer y el profesional deciden, basándose en el conocimiento, en la evidencia científica y en un marco regulatorio actualizado, lo que, sin duda, proporcionará beneficios en la salud de la mujer en la menopausia con la vista puesta en el horizonte de una longevidad con una buena calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menopause: identification and management [NG23]. London: NICE; 2015 (Updated 2026). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
2. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA*. 2017;318(10):927-938. doi: 10.1001/jama.2017.11217.
3. Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, Martí A; Grupo Cervantes. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes [Health-related quality of life in the Spanish women through and beyond menopause. Development and validation of the Cervantes Scale]. *Med Clin (Barc)*. 2004 Feb 21;122(6):205-11. Spanish. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74198-6. PMID: 15012887.
4. Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Villaseca P, et al. Eligibility criteria for menopausal hormone therapy (MHT): A Spanish Menopause Society statement. *Maturitas*. 2021;144:22-31. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.10.016.
5. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2002;288(3):321-333.



# Himafem<sup>®</sup>

## *Libido*



- **Promueve la libido**
- **Regula el equilibrio hormonal**
- **Mejora el estado de ánimo**
- **Reduce la fatiga**

**4**

**Semanas**  
Resultados  
visibles



**ESCANEAR**

Acceder a **nuestro estudio**  
realizado en 50 mujeres



Equality Pharma Solutions, S.L.  
Calle Castillo de Aulencia 30,  
Villafranca del Castillo, 28692.  
Tel. +34 615 76 58 62  
[consultas@himafem.com](mailto:consultas@himafem.com)



# MÁS ALLÁ DE LOS ESTRÓGENOS: MEDICINA REGENERATIVA CON PRP Y ÁCIDO HIALURÓNICO EN DISFUNCIÓN SEXUAL Y SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

De Ponte A

*Departamento de Ginecología, Obstetricia y Medicina Reproductiva, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Dexeus Mujer, Barcelona 08028, España*  
[antpon@dexeus.com](mailto:antpon@dexeus.com)

## 1. INTRODUCCIÓN

El síndrome genitourinario de la menopausia (GSM) se define como el conjunto de signos y síntomas derivados del déficit estrogénico que afectan al tracto genitourinario inferior, incluyendo vagina, vulva, uretra y vejiga (1–3). Se trata de una entidad altamente prevalente y de curso progresivo en ausencia de tratamiento, con impacto significativo sobre la calidad de vida, la función sexual y el bienestar psicosocial (1–3).

Las guías clínicas internacionales y nacionales coinciden en que el GSM está infradiagnosticado e infratratado, recomendando una actitud proactiva por parte del profesional sanitario (1–3). El abordaje terapéutico es escalonado: las terapias no hormonales constituyen la primera línea en casos leves, mientras que los estrógenos locales siguen siendo la opción más eficaz en casos moderados o graves, siempre de forma individualizada (1–3).

En poblaciones específicas, como las supervivientes de cáncer de mama, la prevalencia de atrofia vulvovaginal puede alcanzar el 50–75%, existiendo limitaciones en el uso de tratamientos hormonales (4). En este contexto surge el interés por alternativas terapéuticas no hormonales, entre ellas el plasma rico en plaquetas (PRP), una estrategia de medicina regenerativa con un racional biológico sólido (5).

En este marco clínico, comprender la complejidad de la respuesta sexual femenina resulta clave para interpretar el impacto funcional del GSM y orientar adecuadamente las estrategias terapéuticas.

## 2. MODELO CONTEMPORÁNEO DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

El modelo lineal clásico de respuesta sexual humana resulta insuficiente para explicar la complejidad de la respuesta sexual femenina, especialmente en situaciones clínicas como la menopausia (6–8). El modelo circular propuesto por Basson introduce un enfoque integrador, en el que el deseo es frecuentemente responsivo y surge tras la estimulación sexual en un contexto de motivación emocional e intimidad (7,8).

Este modelo reconoce la frecuente disociación entre excitación subjetiva y respuesta genital, lo que tiene importantes implicaciones clínicas en la evaluación de la disfunción sexual femenina (7,8). La respuesta sexual femenina está modulada por factores biopsicosociales, incluyendo salud vaginal, estado emocional y calidad de la relación de pareja (6–9). El GSM puede interferir en múltiples niveles de este ciclo, afectando el confort, la excitación y, de forma secundaria, el deseo sexual (1–3).

Esta visión integradora de la respuesta sexual se alinea con la necesidad de comprender la disfunción sexual femenina desde un enfoque fisiopatológico igualmente multidimensional.

## 3. FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: ENFOQUE INTEGRADO

La disfunción sexual femenina es un trastorno multifactorial resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y relacionales, tal como recomiendan las guías internacionales (6,9,10).

Desde el punto de vista biológico, el déficit estrogénico induce adelgazamiento epitelial, alteraciones del pH, deterioro de la microvascularización y cambios en la matriz extracelular, que se traducen clínicamente en sequedad vaginal, pérdida de elasticidad y dispareunia (1–3,8). Los andrógenos desempeñan asimismo un papel relevante en la motivación sexual y en la sensibilidad a los estímulos sexuales (8,9).

La respuesta sexual está mediada por redes neuronales centrales moduladas por neurotransmisores como dopamina, noradrenalina y serotonina, pudiendo verse alterada por depresión, fatiga o determinados tratamientos farmacológicos (8,9).

Los factores psicológicos y relacionales como distracciones cognitivas, experiencias sexuales negativas, autoestima y contexto de pareja influyen de forma decisiva en la percepción de excitación y motivación sexual (7–9).

Este modelo integrado tiene implicaciones terapéuticas directas, ya que los abordajes aislados tienden a ser insuficientes (6,9,10).

En este contexto, adquiere relevancia el desarrollo de estrategias terapéuticas dirigidas específicamente a restaurar el componente biológico periférico alterado.

#### 4. MEDICINA REGENERATIVA EN GINECOLOGÍA: FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS

En el GSM, la privación estrogénica produce alteraciones estructurales y funcionales del tejido vulvovaginal, con disminución de la actividad fibroblástica, pérdida de colágeno y desorganización de la matriz extracelular (1–3). Por ello, el tratamiento no debería limitarse al alivio sintomático, sino orientarse a la restauración tisular.

El PRP es un concentrado autólogo rico en plaquetas que liberan factores de crecimiento implicados en proliferación celular, angiogénesis y remodelado tisular (11,12). No obstante, su uso clínico se ve limitado por la variabilidad en los métodos de preparación y la falta de estandarización de protocolos (11).

El ácido hialurónico es un componente fundamental de la matriz extracelular y desempeña un papel clave en la hidratación y elasticidad tisular, propiedades que se ven reducidas en el GSM (1–3). Su administración local permite mejorar el entorno estructural del tejido vaginal.

La combinación de PRP y ácido hialurónico responde a un racional biológico complementario, al integrar un estímulo regenerativo con un soporte estructural que favorece una respuesta tisular más sostenida (4,14,15).

A partir de este fundamento biológico, resulta necesario analizar de forma crítica la evidencia clínica disponible que respalda su uso en la práctica.

#### 5. EVIDENCIA CLÍNICA E INTERPRETACIÓN

La evidencia clínica disponible sobre el uso de PRP en el GSM procede mayoritariamente de estudios prospectivos y ensayos piloto, mostrando mejoría del índice de salud vaginal y de síntomas como sequedad y dispareunia (14,15). En mujeres con antecedente de cáncer de mama, la combinación de PRP y ácido hialurónico ha demostrado mejoría significativa de la salud vaginal y la función sexual (4).

En disfunción sexual femenina, los estudios disponibles describen mejoras en distintos dominios del índice de función sexual femenina, aunque con limitaciones metodológicas relevantes y predominio de variables subjetivas (20,21). En patologías inflamatorias como el liquen escleroso, los resultados son heterogéneos y el único ensayo clínico controlado no ha demostrado superioridad frente a placebo (19).

Estos hallazgos obligan a una interpretación crítica de la evidencia, considerando tanto su plausibilidad biológica como las limitaciones metodológicas de los estudios disponibles.

#### 6. CONCLUSIONES

El PRP y el ácido hialurónico representan estrategias emergentes en ginecología regenerativa con un racional biológico sólido y un perfil de seguridad favorable (5). Aunque los resultados clínicos son prometedores, la evidencia actual es limitada, heterogénea y con falta de estandarización, por lo que se requieren ensayos clínicos aleatorizados que permitan definir su papel en la práctica clínica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Faubion SS, Kingsberg SA, Shifren JL, et al. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9):976–992. doi:10.1097/GME.0000000000001609.
2. Baquedano L, et al. *MenoGuía AEEM*. Manejo del síndrome genitourinario de la menopausia. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; 2020.
3. Palacios S, et al. Manejo del síndrome genitourinario de la menopausia. *Prog Obstet Ginecol*. 2019.
4. Hersant B, SidAhmed-Mezi M, Belkacemi Y,

- et al. Efficacy of injecting platelet concentrate combined with hyaluronic acid for the treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal women with history of breast cancer: a phase 2 pilot study. *Menopause*. 2018;25(10):1124-1130. doi:10.1097/GME.0000000000001122.
5. De Ponte A, Cabrera S, Bermúdez Sparice SS, et al. Platelet-rich plasma in the management of vulvovaginal disorders: a systematic review. *J Sex Med*. 2025. doi:10.1093/jsxmed/qdaf307.
6. Basson R, Althof S, Davis S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*. 2004;1(1):24-34.
7. Basson R. The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(1):51-65.
8. Kingsberg SA, Clayton AH, Pfaus JG. The female sexual response: current models and clinical implications. *J Sex Med*.
9. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, et al. Hypoactive sexual desire disorder: ISSWSH expert consensus panel review. *Mayo Clin Proc*. 2017.
10. Parish SJ, Goldstein AT, Goldstein SW, et al. Toward a more evidence-based nosology and nomenclature for female sexual dysfunctions—Part II. *J Sex Med*. 2016.
11. DeLong JM, Russell RP, Mazzocca AD. Platelet-rich plasma: the PAW classification system. *Arthroscopy*. 2012;28(7):998-1009.
12. Cavallo C, Roffi A, Grigolo B, et al. Platelet-rich plasma: the choice of activation method affects the release of bioactive molecules. *Biomed Res Int*. 2016;2016:6591717.
13. Moccia F, Pentangelo P, Ceccaroni A, et al. Injection treatments for vulvovaginal atrophy of menopause: a systematic review. *Aesth Plast Surg*. 2023;47:2788–2799.
14. Saleh DM, Abdelghani R. Clinical evaluation of autologous platelet rich plasma injection in postmenopausal vulvovaginal atrophy: a pilot study. *J Cosmet Dermatol*. 2022;21(10):4269–4275. doi:10.1111/jocd.14873
15. Omar SS, Elmulla KF, AboKhadr NA, et al. Comparable efficacy of submucosal platelet-rich plasma and combined platelet-rich plasma noncrosslinked hyaluronic acid injections in vulvovaginal atrophy: a cancer survivorship issue. *J Womens Health (Larchmt)*. 2023;32(9):1006–1020. doi:10.1089/jwh.2023.0144
16. Tedesco M, Garelli V, Bellei B, et al. Platelet rich plasma for genital lichen sclerosis: analysis and results of 94 patients. *J Dermatolog Treat*. 2022;33(3):1558–1562. doi:10.1080/09546634.2020.1854650
17. Medina Garrido C, Cano García A, de la Cruz CL, Oreja Cuesta AB. Mid-term symptomatic relief after platelet-rich plasma infiltration in vulvar lichen sclerosis. *Arch Dermatol Res*. 2023;315(6):1527–1532. doi:10.1007/s00403-023-02529-1
18. Boero V, Cetera GE, Caia C, et al. Is there a role for platelet rich plasma injection in vulvar lichen sclerosis? *Arch Gynecol Obstet*. 2024;309(6):2719–2726. doi:10.1007/s00404-024-07424-2
19. Goldstein AT, Mitchell L, Govind V, Heller D. A randomized double-blind placebo-controlled trial of autologous platelet-rich plasma intradermal injections for the treatment of vulvar lichen sclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(6):1788–1789. doi:10.1016/j.jaad.2018.12.060
20. Runels C, Melnick H, Debourbon E, Roy L. A pilot study of the effect of localized injections of autologous platelet rich plasma (PRP) for the treatment of female sexual dysfunction. *J Womens Health Care*. 2014;3:169. doi:10.4172/2167-0420.1000169
21. Sukgen G, Ellibeş Kaya A, Karagün E, Çalışkan E. Platelet-rich plasma administration to the lower anterior vaginal wall to improve female sexuality satisfaction. *Turk J Obstet Gynecol*. 2019;16(4):228–234. doi:10.4274/tjod.galenos.2019.23356



# Oedien®

COMPRESIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG

Dienogest 2mg + Etinilestradiol 0,03 mg

## El control está en tus manos

ANTICONCEPCIÓN ORAL<sup>1</sup>



TRATAMIENTO DEL ACNÉ MODERADO<sup>1</sup>



ACCIÓN SOBRE EL ENDOMETRIO<sup>2</sup>



REDUCCIÓN DE LA INTENSIDAD Y DURACIÓN DEL SANGRADO MENSUAL<sup>3</sup>



MEJORA DEL CUMPLIMIENTO<sup>4</sup>

21 comprimidos + 7 placebo



Envase 28 comprimidos  
Oedien 1 blister 28 comprimidos  
CN 714419.9 – PVP 4,71€

Envase 3 x 28 comprimidos  
Oedien 3 blister 28 comprimidos  
CN 714420.5 – PVP 14,14€

FINANCIADO POR LA SS

Accede a la ficha técnica de Oedien (Último acceso: Dic 2025)



1. Resumen de las características del producto Oedien 2 mg/0,03 mg comprimidos recubiertos con película EFG.
2. Bartsch V. - Gynaecological uses of dienogest alone and in combination with oestrogens. J Med Drug Rev 2015;5:1-31.
3. Pérez-Campos - Ethinylestradio/Dienogest in Oral Contraception – Drugs 2010; 70 (6): 681-689.
4. Sanchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guía Práctica en anticoncepción Oral basada en la evidencia. SEC 2003.

Bailleur  
LABORATOIRES



## PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO AEEM: PRODUCTOS NATURALES EN ALTERACIONES DE PIEL, MUCOSAS Y FANERAS EN LA MUJER MADURA

Alonso MJ, Alue J, Bachiller I, Beltrán E, Crisol M, Cornellana MJ, González L, Losa F, Mendoza L, Navarro C, Ortega T

*Grupo de Interés en Productos Naturales AEEM*

La menopausia es una etapa biológica de transición donde la pérdida de la función ovárica se expresa de forma visible en tejidos altamente dependientes del entorno hormonal, como la piel, las mucosas y las faneras. El descenso sostenido de los estrógenos modifica la estructura, la función barrera, la vascularización, la microbiota y la capacidad reparadora de estos tejidos, generando síntomas que afectan de manera directa al bienestar físico, sexual, emocional y social de la mujer madura (1).

Se presentó el documento de consenso de la AEEM Productos naturales en alteraciones de piel, mucosa y faneras en la mujer madura, una obra concebida como herramienta de referencia para profesionales sanitarios y mujeres en etapa climaterica. Su objetivo principal es ofrecer información actualizada, práctica y basada en la evidencia sobre el papel de los productos naturales en la prevención y el tratamiento coadyuvante de las alteraciones dermatológicas, mucosas y de faneras propias de la menopausia (1).

La piel, como órgano endocrino, inmunológico y sensorial, sufre durante el climaterio una disminución progresiva de colágeno, elastina, glicosaminoglicanos y sebo. Estos cambios favorecen xerosis, prurito, pérdida de elasticidad, flacidez, hipersensibilidad, alteraciones pigmentarias y retraso de la cicatrización. A su vez, la reducción de la vascularización y el incremento del estrés oxidativo condicionan una menor capacidad reparadora, especialmente relevante en mujeres sometidas a tratamientos dermoestéticos o regenerativos (1).

Las mucosas también experimentan cambios relevantes.

En la mucosa vulvovaginal, el hipoestrogenismo reduce el glucógeno epitelial, disminuye la presencia de lactobacilos, eleva el pH y favorece la disbiosis. El resultado clínico es el síndrome genitourinario de la menopausia, caracterizado por sequedad, fragilidad, dispareunia, prurito, infecciones recurrentes y deterioro de la función sexual. En la mucosa oral pueden aparecer hiposalivación, disbiosis, candidiasis, caries, disgeusia, síndrome de boca ardiente y liquen plano oral, entidades que requieren un abordaje multidisciplinar (1).

Las faneras constituyen otro apartado importante del documento. El cabello y las uñas reflejan de forma muy sensible el estado hormonal, metabólico, inflamatorio y nutricional de la mujer. Durante el climaterio son frecuentes el acortamiento de la fase anágena, el efлюvio telógeno, la alopecia de patrón femenino, el hirsutismo facial y la fragilidad ungüeal. En las uñas se observan con frecuencia onicorrexis, onicosquicia, pérdida de brillo y menor velocidad de crecimiento, fenómenos vinculados a la disminución de lípidos, hidratación y soporte de la matriz ungüeal (1).

Uno de los valores principales del consenso es que no plantea los productos naturales como alternativa excluyente a los tratamientos médicos convencionales, sino como herramientas complementarias dentro de una estrategia clínica integrativa. Esta distinción es esencial. Los productos naturales pueden mejorar el terreno biológico, reforzar la función barrera, modular el estrés oxidativo, favorecer la hidratación, reducir la inflamación y optimizar la respuesta regenerativa, pero no deben sustituir tratamientos necesarios en patologías

inflamatorias, infecciosas, autoinmunes o neoplásicas (1).

En la piel madura, el documento revisa el papel de la nutricosmética y de los cosmeceúticos naturales. Entre los nutrientes esenciales se destacan vitaminas A, C, D, E y del grupo B, junto con zinc, selenio, cobre, silicio y magnesio. En el grupo de nutrientes estructurales adquieren especial relevancia el colágeno hidrolizado, los péptidos de colágeno, el ácido hialurónico, la N-acetilglucosamina y los ácidos grasos omega-3, omega-6 y omega-7. Estos compuestos pueden contribuir a mejorar hidratación, elasticidad, función barrera y calidad dérmica, especialmente cuando se integran con fotoprotección, dieta adecuada y cuidado tópico personalizado (1).

Los antioxidantes ocupan un lugar destacado en la prevención del fotoenvejecimiento y del daño inducido por el exposoma. Carotenoides, licopeno, luteína, astaxantina, coenzima Q10, polifenoles de granada, té verde, uva, cacao y extractos como *Polypodium leucotomos* se consideran de interés por su capacidad para modular especies reactivas de oxígeno, vías inflamatorias y degradación de matriz extracelular. No obstante, el consenso insiste en la necesidad de seleccionar dosis seguras, evitar duplicidades y respetar los límites establecidos para complementos alimenticios (1).

En la sequedad y atrofia vulvovaginal, el ácido hialurónico aparece como uno de los productos naturales con mayor utilidad clínica. Su capacidad higroscópica y su papel en la matriz extracelular justifican su empleo como hidratante, reparador y coadyuvante en mujeres con síntomas de atrofia, especialmente en aquellas que no desean o no pueden utilizar estrógenos locales. También se revisan preparados con isoflavonas en forma de agliconas, *Pueraria mirifica*, regaliz, hinojo, fenogreco, ortiga y vitamina D, aunque con distintos niveles de evidencia y necesidad de mayor investigación clínica (1).

En vulvovaginitis infecciosas, el documento subraya el papel de la microbiota. Los probióticos, especialmente lactobacilos con capacidad de colonización, producción de ácido láctico y restauración del pH, siendo útiles como coadyuvantes del tratamiento antibiótico o antifúngico y en la prevención de recurrencias. Se revisa también el interés de postbióticos, ácido glicirricínico, sincatequinas del té verde y *Coriolus versicolor* en determinados escenarios, especialmente relacionados con infecciones virales y VPH, siempre desde una perspectiva prudente y basada en la evidencia disponible (1).

En patología vulvar no infecciosa, como liquen escleroso y liquen plano, el consenso recuerda que el diagnóstico precoz y el tratamiento médico adecuado son imprescindibles. En estas entidades los productos naturales pueden tener un papel coadyuvante en el alivio sintomático, la hidratación, la reparación de barrera y el control del prurito, pero no sustituyen los tratamientos de primera línea ni el seguimiento especializado, especialmente por el riesgo de cicatrización, estenosis o transformación maligna en determinadas dermatosis vulvares (1).

El documento dedica también un apartado a situaciones especiales, como acné, rosácea, cicatrices, tatuajes, tratamientos regenerativos y afectación de piel, mucosas y faneras en pacientes oncológicas. En medicina regenerativa, los productos naturales pueden incorporarse antes, durante y después de procedimientos como láser, radiofrecuencia, ultrasonidos focalizados, PRP o mesoterapia, con el objetivo de optimizar la cicatrización, reducir inflamación, mejorar hidratación y favorecer la neocolagénesis. Entre los activos destacados se incluyen aloe vera, ácido hialurónico, centella asiática, caléndula, aceites ozonizados, omega-3/7, colágeno hidrolizado y antioxidantes polifenólicos (1).

La presentación del consenso puso de manifiesto una idea central: la menopausia no debe abordarse únicamente desde los síntomas vasomotores, el hueso o el riesgo cardiovascular. La salud cutánea, mucosa y de faneras forma parte de la calidad de vida y debe incorporarse de manera sistemática a la consulta. Preguntar por sequedad cutánea, prurito, caída capilar, fragilidad ungueal, molestias vulvovaginales, boca seca o alteraciones de cicatrización permite detectar problemas frecuentes, corregir déficits, derivar cuando sea necesario y ofrecer intervenciones seguras y personalizadas (1).

El consenso concluye con recomendaciones generales que refuerzan el valor del estilo de vida. Dieta mediterránea, aporte proteico suficiente, hidratación adecuada, ejercicio físico regular, sueño reparador, reducción del estrés, abandono del tabaco, limitación del alcohol y fotoprotección constante son intervenciones básicas, con impacto transversal sobre piel, mucosas, cabello, uñas y bienestar general. Los productos naturales alcanzan su mayor valor cuando se integran en este marco preventivo y no como medidas aisladas (1).

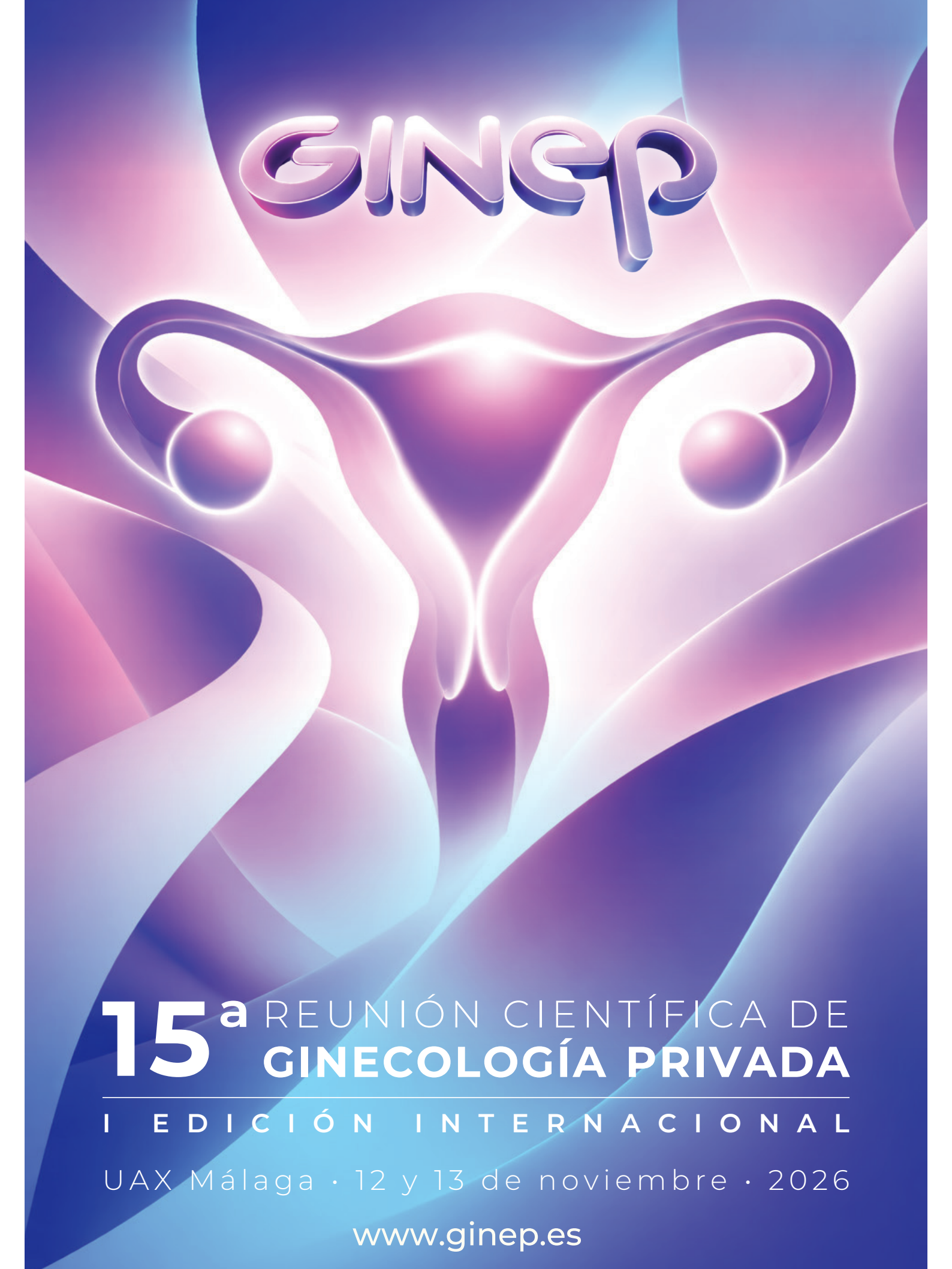
En definitiva, el documento de consenso AEEM representa una aportación necesaria, práctica y clínicamente útil. Ordena la evidencia disponible, diferencia claramente entre indicaciones consolidadas y áreas emergentes, y ofrece al profesional sanitario

una guía para utilizar productos naturales con criterio, seguridad y sentido clínico.

Su mensaje final es claro: cuidar la piel, las mucosas y las faneras en la mujer madura no es un acto cosmético menor, sino una parte esencial del abordaje integral de la menopausia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Losa F, Navarro C, Alonso MJ, Andrés JJ, Beltrán E, Crisol M, González L, Herrera A. Productos naturales en alteraciones de piel, mucosa y faneras en la mujer madura. Documento de consenso AEEM. Primera edición 2026.



# GINEP

## 15<sup>a</sup> REUNIÓN CIENTÍFICA DE **GINECOLOGÍA PRIVADA**

I EDICIÓN INTERNACIONAL

UAX Málaga · 12 y 13 de noviembre · 2026

[www.ginep.es](http://www.ginep.es)



# LA MENOPAUSIA NO EMPIEZA EL MISMO DÍA EN TODAS: GENÉTICA DE LA EDAD DE MENOPAUSIA Y RESERVA OVÁRICA

Lubián López DM

*Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología Vinculado al SSPA. Universidad de Cádiz. Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INiBICA)*

La menopausia constituye un hito biológico fundamental en la vida de la mujer y uno de los principales marcadores del envejecimiento reproductivo. Sin embargo, la edad de aparición presenta variabilidad interindividual, de modo que algunas mujeres alcanzan la menopausia antes de los 45 años mientras otras mantienen actividad ovárica más allá de los 55 años. Esta variabilidad tiene importantes implicaciones clínicas, reproductivas y preventivas.

La reserva ovárica se establece durante la vida fetal y experimenta una pérdida progresiva e irreversible a lo largo de toda la vida por atresia folicular. Aunque tradicionalmente la menopausia se consideraba un fenómeno exclusivamente cronológico, se sabe que la velocidad de envejecimiento ovárico está fuertemente condicionada por factores genéticos, ambientales y metabólicos.

Los estudios de asociación del genoma completo (GWAS) han identificado numerosos genes relacionados con la edad de menopausia natural, especialmente genes implicados en reparación del ADN, estabilidad cromosómica y meiosis, entre ellos MCM8, MCM9, STAG3, BRCA1, BRCA2, CHEK2 o BRSK1. La alteración de estos mecanismos favorece una aceleración de la pérdida folicular y un envejecimiento ovárico más precoz.

Especial relevancia adquieren los mecanismos celulares implicados en el envejecimiento ovárico, entre ellos la reparación del ADN, el estrés oxidativo y las vías metabólicas relacionadas con longevidad celular. La vía mTOR (mammalian Target of Rapamycin) participa

en la regulación del crecimiento folicular, metabolismo energético y supervivencia celular. Su hiperactivación se ha relacionado con un agotamiento acelerado de la reserva ovárica y envejecimiento reproductivo precoz, mientras que su modulación podría representar en el futuro una posible estrategia terapéutica para preservar función ovárica y retrasar el envejecimiento ovárico.

El ovocito permanece detenido en meiosis durante décadas y está sometido a un continuo estrés oxidativo. La menor capacidad de reparación genética condiciona apoptosis celular, deterioro de la calidad ovocitaria y disminución de la reserva ovárica. Este proceso explica además la relación existente entre menopausia precoz y mayor riesgo cardiovascular, osteoporosis, deterioro cognitivo y mortalidad global.

Junto a la genética, diferentes factores epidemiológicos modulan el envejecimiento ovárico. El tabaquismo representa el factor ambiental mejor establecido, asociado a un adelanto de la menopausia de aproximadamente uno a dos años mediante mecanismos de toxicidad ovárica directa y estrés oxidativo. Asimismo, quimioterapia, radioterapia, enfermedades autoinmunes y disruptores endocrinos constituyen modelos de pérdida acelerada de reserva ovárica.

En los últimos años, la integración escalonada de información clínica, biomarcadores hormonales y genómica está abriendo nuevas posibilidades para la predicción individualizada de la edad de la menopausia. La historia familiar y clínica ofrece una capacidad predictiva moderada, mientras que biomarcadores como la hormona antimülleriana (AMH) han mejorado

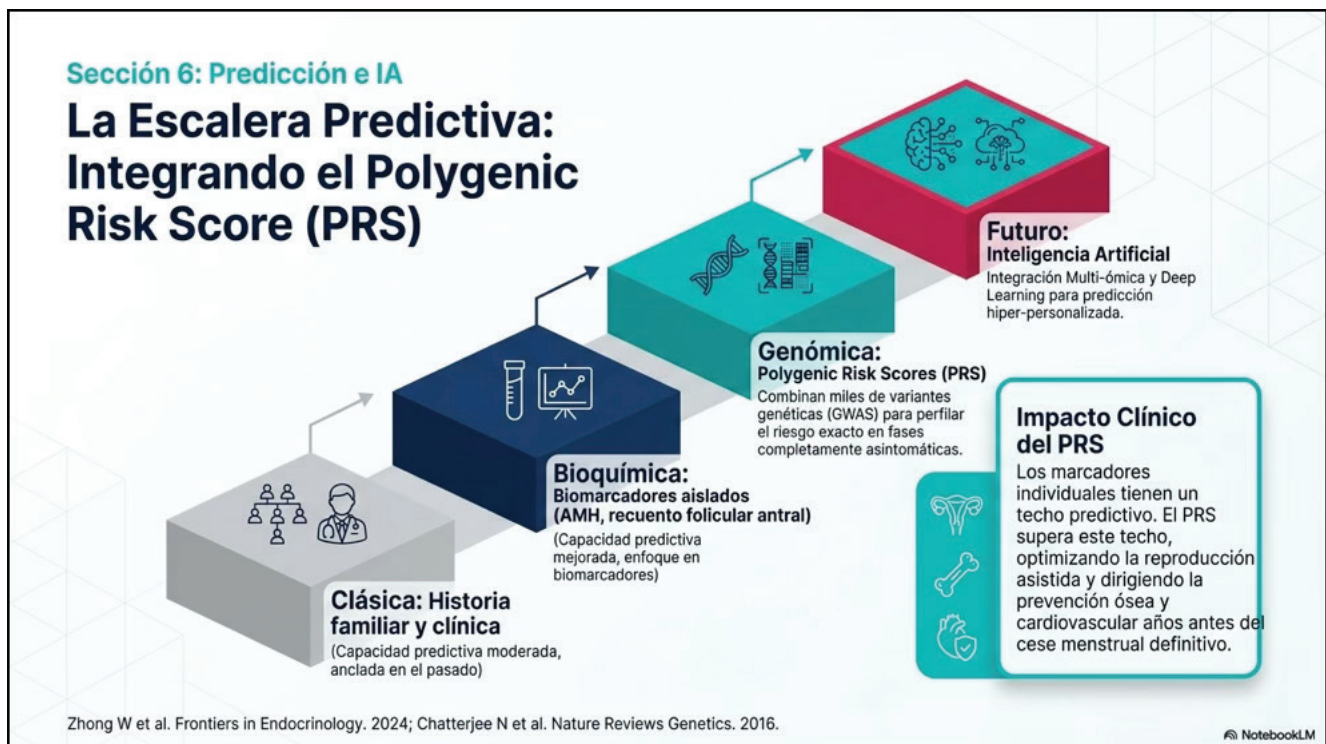
la aproximación biológica al envejecimiento ovárico. Más recientemente, los Polygenic Risk Scores (PRS), obtenidos mediante la integración de múltiples variantes genéticas identificadas en estudios GWAS, permiten perfilar con mayor precisión el riesgo de menopausia precoz o envejecimiento ovárico acelerado incluso en fases asintomáticas (Fig.1)

La combinación futura de PRS, biomarcadores endocrinos e inteligencia artificial mediante modelos de machine learning y deep learning podría permitir una predicción hiperpersonalizada de la edad de menopausia y del riesgo asociado de osteoporosis, enfermedad cardiovascular o deterioro metabólico, optimizando tanto la planificación reproductiva como las estrategias preventivas en salud de la mujer.(Fig.2)

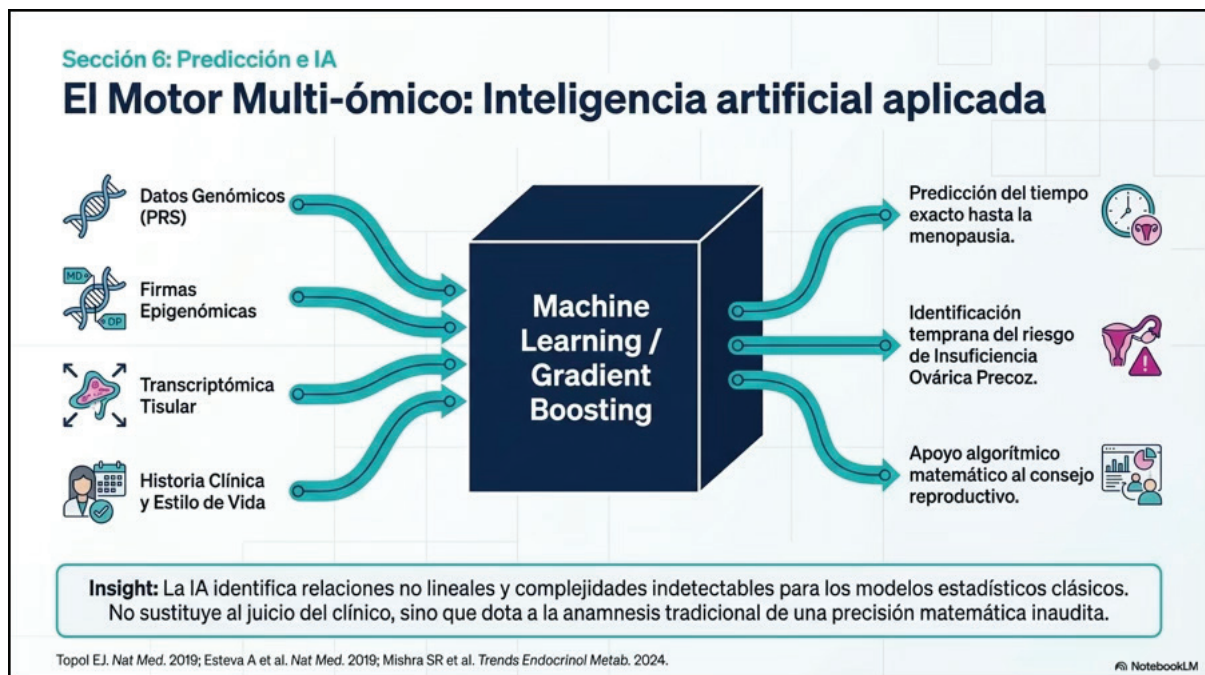
En conclusión, la menopausia no constituye un evento cronológico aislado, sino un reflejo del ritmo de envejecimiento biológico femenino. La genética, especialmente a través de las vías de respuesta al daño del ADN y de regulación metabólica celular, desempeña un papel central en la duración de la vida reproductiva. El ovario emerge así como un biomarcador sistémico del envejecimiento femenino, y la integración de genómica, biomarcadores e inteligencia artificial abre la puerta a una nueva era de medicina predictiva y personalizada en menopausia y salud de la mujer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruth, K.S., Day, F.R., Hussain, J. et al. Genetic insights into biological mechanisms governing human ovarian ageing. *Nature* 596, 393–397 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03779-7>.
2. Wallace WH, Kelsey TW. Human ovarian reserve from conception to the menopause. *PLoS One*. 2010 Jan 27;5(1):e8772.doi: 10.1371/journal.pone.0008772. PMID: 20111701; PMCID: PMC2811725.
3. Pelosi E, Simonsick E, Forabosco A, Garcia-Ortiz JE, Schlessinger D. Dynamics of the ovarian reserve and impact of genetic and epidemiological factors on age of menopause. *Biol Reprod*. 2015 May;92(5):130. doi: 10.1095/biolreprod.114.127381. Epub 2015 Apr 22. PMID: 25904009; PMCID: PMC4645983.
4. Jin, C., Wang, X., Yang, J. et al. Molecular and genetic insights into human ovarian aging from single-nuclei multi-omics analyses. *Nat Aging* 5, 275–290 (2025). <https://doi.org/10.1038/s43587-024-00762-5>



(Fig.1. Escalera predictiva de la edad de la menopausia: De la Historia Clínica a la Inteligencia Artificial (IA)



.(Fig.2. Mecanismo de predicción de la edad de la menopausia mediante el uso de la Inteligencia Artificial (IA

## ¿CÓMO INFLUYE LA THM EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LAS MUJERES EN MENOPAUSIA?

Quereda Seguí F

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

La interpretación en las tres últimas décadas de la relación entre la terapia hormonal de la menopausia (THM) y el riesgo cardiovascular (RCV) ha sido descrita como una "montaña rusa" [1]. Durante la década de 1990, estudios observacionales como el Nurses' Health Study y otros sugirieron un claro efecto cardioprotector de la THM, mostrando reducciones de hasta un 37% en la enfermedad coronaria en usuarias de estrógenos [2,3]. Con el respaldo de los efectos favorables de los estrógenos sobre la pared arterial, el perfil lipídico, la vasodilatación inducida por óxido nítrico, se asumió utilidad preventiva del RCV (evitando progresión de la lesión endotelial y formación de placa ateromatosa [4,5]); aunque los primeros ensayos clínicos de prevención secundaria como el estudio HERS matizaron estos hallazgos preliminares en presencia de cardiopatía coronaria establecida [6].

Este paradigma cambió drásticamente en 2002 con los primeros resultados del ensayo clínico aleatorizado Women's Health Initiative (WHI) [7] (estrógenos equinos conjugados (ECE) combinados con acetato de medroxiprogesterona (AMP) en mujeres con útero intacto, y ECE aislados en mujeres histerectomizadas [7]. Los hallazgos iniciales y las publicaciones secundarias revelaron un incremento del riesgo de eventos coronarios, accidente cerebrovascular (ACV) y tromboembolismo venoso en la rama combinada, concluyendo de forma generalizada que la THM incrementaba el RCV global [7,8]. Revisiones y análisis críticos subsiguientes demostraron que estos eventos adversos se vinculaban fuertemente a fenómenos agudos de trombosis e inflamación sobre placas de ateroma previamente inestables [9,10], y el análisis pormenorizado del WHI evidenció que la población incluida tenía una edad media

avanzada (63 años) y presentaba un tiempo prolongado de privación estrogénica, lo que dio origen a la hipótesis de la "ventana de oportunidad" [1,7,11]. Ensayos clínicos aleatorizados posteriores diseñados específicamente para evaluar esta hipótesis, como KEEPS (centrado en biomarcadores y técnicas de imagen arterial) [12,13], ELITE (comparando el inicio temprano <10 años frente al tardío  $\geq 10$  años desde la menopausia) [14] y DOPS (seguimiento clínico a largo plazo de inicio temprano) [15], confirmaron que la THM es cardiovascularmente segura y potencialmente protectora cuando se inicia de forma temprana. En mujeres jóvenes y próximas al inicio de la menopausia, el tratamiento ralentiza la progresión del grosor íntima-media carotídeo y reduce significativamente los eventos clínicos combinados de muerte, infarto o insuficiencia cardíaca [14,15]. Y los metaanálisis de ensayos clínicos corroboran que en el subgrupo de 50 a 59 años, la THM puede reducir la morbilidad general y cardiovascular [16].

### CONCLUSIONES

- La prevención primaria o secundaria de la enfermedad cardiovascular no constituye una indicación formal para la prescripción de la THM [7,10].
- El inicio de la THM en la menopausia reciente (menos de 5-10 años de evolución o en mujeres menores de 60 años) aporta un beneficio neto protector y disminuye el riesgo de enfermedad coronaria [14,15,16].
- Ante RCV establecido o más de 10 años desde la menopausia, la THM puede incrementar el riesgo de ACV, especialmente al inicio por inestabilidad de placa [7,8].



- La evidencia sugiere diferencias en el impacto vascular según tipo de estrógeno (el estradiol presenta ventajas metabólicas), gestágeno (más favorable progesterona natural micronizada o didrogesterona), según dosis, y la preferencia por la vía transdérmica, que minimiza de forma drástica el riesgo de eventos tromboembólicos [12,16].

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nudy M, Buerger J, Dreibelbis S, Jiang X, Hodis HN, Schnatz PF. Menopausal hormone therapy and coronary heart disease: the roller-coaster history. *Climacteric*. 2024;27(1):81-88.
2. Wuerst IH, Dry TJ, Edwards JE. The degree of coronary atherosclerosis in bilaterally oophorectomized women. *Circulation*. 1953;7(6):801-9.
3. Grodstein F, Stampfer MJ, Manson JE, Colditz GA, Willett WC, Rosner B, et al. Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 1996;335(7):453-61.
4. Koh KK. Effects of estrogen on the vascular wall: vasomotor function and inflammation. *Cardiovasc Res*. 2002;53(3):714-26.
5. Mendelsohn ME, Karas RH. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *N Engl J Med*. 1999;340(23):1801-11.
6. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA*. 1998;280(7):605-13.
7. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(3):321-33.
8. Manson JE, Hsia J, Johnson KC, Rossouw JE, Assaf AR, Lasser NL, et al. Estrogen plus progestin and the risk of coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2003;349(6):523-34.
9. Clarkson TB. Estrogen effects on arteries vary with stage of reproductive life and extent of subclinical atherosclerosis progression. *Menopause*. 2002;9(1):38-46.
10. Beral V, Banks E, Reeves G. Evidence from randomised trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. *Lancet*. 2002;360(9337):942-4.
11. Salpeter ER, Walsh JM, Greyber E, Ormiston TM, Salpeter EE. Mortality associated with hormone replacement therapy in younger and older women: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2004;19(7):791-804.
12. Harman SM, Black DM, Naftolin F, Brinton EA, Budoff MJ, Cedars MI, et al. Arterial imaging outcomes and cardiovascular risk factors in recently menopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2014;161(4):249-60.
13. Miller VM, Naftolin F, Asthana S, et al. The Kronos Early Estrogen Prevention Study (KEEPS): what have we learned? *Menopause*. 2019;26(9):1071-1084.
14. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, Shoupe D, Budoff MJ, Hwang-Levine J, et al. Vascular effects of early versus late postmenopausal treatment with estradiol. *N Engl J Med*. 2016;374(13):1221-31.
15. Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, Stilgren L, Eiken P, Mosekilde L, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular disease in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ*. 2012;345:e6393.
16. Salpeter SR, Walsh JM, Greyber E, Salpeter EE. Brief report: Mortality associated with hormone replacement therapy in younger and older women: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006;21(4):363-366.

VI Congreso de la Sociedad Madrileña de  
**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



21 y 22 de octubre • Universidad Complutense de Madrid

Punto de encuentro de ginecólogos de Madrid:  
Somos Comunidad

# ¿DÓNDE ESTAMOS?: POSICIONAMIENTO CONJUNTO SOBRE LA INSUFICIENCIA OVÁRICA PREMATURA (IOP) DE LA AEEM Y LA SOCIEDAD EUROPEA DE GINECOLOGÍA

Guinot Gasull M

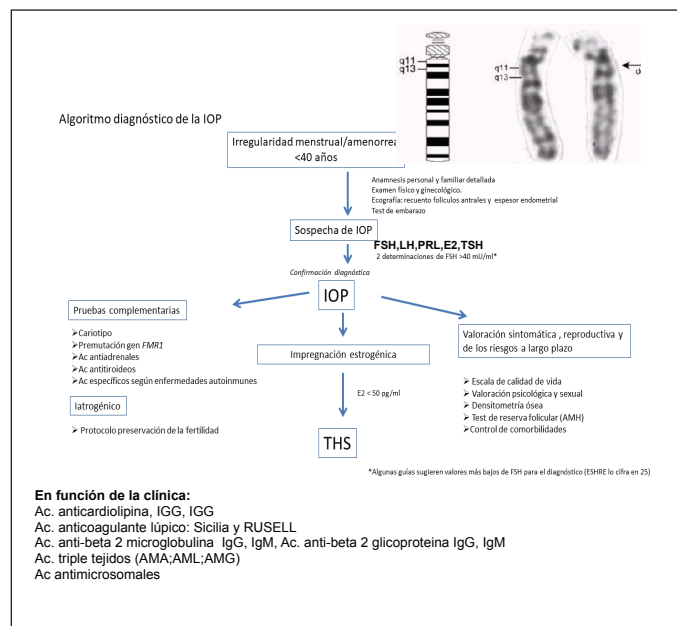
Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Sant pau. Barcelona  
Unidad de menopausia

La Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP) consiste en la pérdida de la función de los ovarios en mujeres menores de 40 años. Afecta habitualmente al 1-2% de la población femenina, pero su incidencia se ha elevado hasta el 3,8% debido al incremento en la supervivencia de pacientes oncológicas. Clínicamente, debuta con alteraciones en la menstruación o amenorrea vinculadas a un estado de hipoestrogenismo. El termino actual es "insuficiencia ovárica prematura" en lugar de "fallo" o "fracaso", ya que resulta menos estigmatizante y reconoce que la actividad del ovario puede llegar a ser intermitente.

A nivel biológico, la IOP se origina por una reducción congénita de folículos, fallos en su reclutamiento o una atresia folicular acelerada. Sus causas abarcan factores genéticos, autoinmunes, ambientales, tóxicos o iatrogénicos; estos últimos derivados de cirugías ováricas, quimioterapia o radioterapia. La carencia temprana de estrógenos deteriora notablemente la salud física y mental, provocando alteraciones anímicas, disfunción sexual y un menor bienestar psicosocial. A largo plazo, incrementa el riesgo de patologías óseas, musculares, endocrinas, neurológicas y actúa como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

El diagnóstico se sospecha ante irregularidades menstruales o amenorrea de al menos cuatro meses en menores de 40 años, tras descartar un embarazo. La evaluación requiere anamnesis, exploración ginecológica y un perfil hormonal (FSH, LH, prolactina, estradiol y TSH). El diagnóstico se confirma mediante una FSH elevada ( $>40$  UI/L, o  $>25$  UI/L según criterios ESHRE) medida en dos ocasiones con un intervalo de

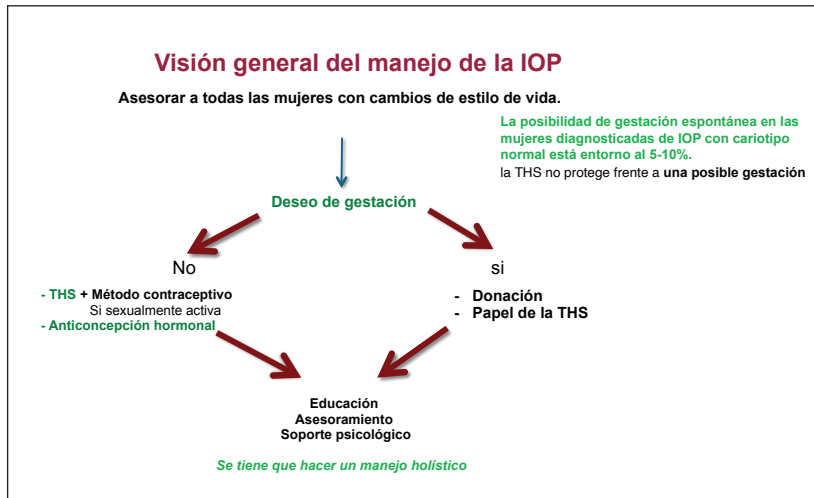
4 a 6 semanas. Posteriormente, para filiar la etiología, se aconseja realizar un cariotipo, estudiar la premutación del gen FMR1 y determinar anticuerpos antitiroideos y antiadrenales. (Figura 1).



El abordaje de la IOP debe ser multidisciplinar. Es clave fomentar hábitos de vida saludables, el ejercicio, suspender tóxicos y asegurar una dieta rica en calcio complementada con 800 UI diarias de vitamina D, además de ofrecer soporte psicológico.

Respecto al tratamiento hormonal, este varía según el deseo reproductivo. Dado que entre el 5% y el 10%

de las pacientes con cariotipo normal pueden concebir de forma espontánea, se debe advertir que la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) no es anticonceptiva. Para mujeres sexualmente activas que no desean un embarazo, se recomiendan anticonceptivos combinados (con intervalos libres cortos) o la combinación de estradiol (oral o transdérmico) junto con un DIU de levonorgestrel de 50 mg.(figura 2)



La THS debe iniciarse de manera precoz y mantenerse hasta la edad promedio de la menopausia natural, empleando dosis estándar de estradiol (2-4 mg por vía oral o 50-100 mcg transdérmicos), requiriendo monitorización médica regular.

Por último, en pacientes con riesgo de IOP (como antecedentes familiares, premutación del X frágil o tratamientos gonadotóxicos próximos) es vital priorizar estrategias de preservación de la fertilidad. Si la IOP ya se ha instaurado, la donación de ovocitos es la alternativa reproductiva más eficaz. En supervivientes de cáncer, el uso de THS debe individualizarse según el tipo de tumor, considerándose generalmente segura salvo en neoplasias

hormonodependientes. Asimismo, en portadoras de la mutación BRCA que se sometan a cirugía profiláctica, se debe aconsejar la THS para mitigar los riesgos derivados de la privación estrogénica. Lo más útil es una consulta prequirúrgica para que la paciente acepte mejor el tratamiento

## BIBLIOGRAFIA

1. Guinot M, Castelo-Branco C, Llaneza P, et al. Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP). MenoGuía AEEM. Primera edición 2024. Universidad de Granada. ISBN (e) 978-84-338-7383-5. Available at: <https://aeem.es/wp-content/uploads/2024/05/Menoguia-IOP-electronico.pdf>
2. Castelo-Branco C, Guinot Gasull M, Baquedano Mainar L, Cancelo-Hidalgo MJ, Cano A, Gil Arribas E, et al. Premature Ovarian Insufficiency: The Spanish Menopause Society (AEEM) and the European Society of Gynecology (ESG) position statement. European Gynecology and Obstetrics. 2024;7(1):32-42. doi:10.53260/EGO.257018
3. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), American Society for Reproductive Medicine (ASRM), International Menopause Society (IMS), Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life (CRE WHiRL). Premature Ovarian Insufficiency (POI): Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology. 2024. Disponible en: <https://www.eshre.eu/guidelines>
4. Ruan X, Xu C, Huang H, Xu B, Yin C, Wu Y, et al. Practice guideline for the treatment and management of iatrogenic premature ovarian insufficiency. Maturitas. 2025;182:108807. doi:10.1016/j.maturitas.2025.108807



## ¿MAS ALLÁ DE LAS HORMONAS... PODEMOS TRATAR LOS SOFOCOS?

López Sanclemente MC

*Especialista en Ginecología, Clínica Diatros-Barcelona.*

Aproximadamente un 80 % de mujeres durante la transición a la menopausia y postmenopausia, van a verse afectadas por los molestos sofocos y hasta un 20 % pueden experimentar síntomas severos. Estos no solo alteran la calidad de vida, sino que también junto con los sudores nocturnos y el insomnio secundario, se han visto relacionados con un mayor riesgo de hipertensión arterial, aterosclerosis subclínica y síndrome metabólico. También se ha visto relación entre el tiempo, duración y gravedad de los sofocos con el aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular, la cual en la menopausia constituye la primera causa de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto como médicos debemos de conocer los diversos tipos de tratamientos que existen para los síntomas vasomotores, y ofrecer e informar a la mujer de manera adecuada las opciones que existen, explicando que la terapia más eficaz sin duda será la terapia hormonal de la menopausia, pero que, si existen contraindicaciones o simplemente no desea tomarla, tenemos a nuestra disposición diversas terapias de tipo alternativo, natural y farmacológico no hormonal que nos pueden ser de utilidad. Es muy importante inicialmente realizar un abordaje integral de la menopausia, incentivando hábitos de vida saludables con los cuales en muchas ocasiones las mujeres presentarán mejoría de sus síntomas y a la vez también están disminuyendo el riesgo cardiovascular. Para aquellas mujeres con síntomas leves o con poca afectación de su calidad de vida, podemos empezar el tratamiento con terapias naturales. Las que tienen más evidencia científica a día de hoy, se pueden dividir en aquellas de tipo fitoestrogénico (mecanismo de acción sobre receptores de estrógeno), tales como la salvia, el lúpulo y las isoflavonas de soja; o de tipo no fitoestrogénico que actúan a nivel de neurotransmisores del sistema nervioso central y se pueden dar con seguridad en pacientes con cáncer de mama que estén

o no en tratamiento con tamoxifeno, como por ejemplo el extracto citoplasmático del polen y la cimicífuga racemosa. Para aquellas mujeres con síntomas severos o grave afectación de su calidad de vida, tenemos los fármacos de prescripción no hormonal, como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y serotonina noradrenalina, además de otros como la gabapentina y oxibutinina, con el problema de los efectos secundarios que estos medicamentos producen, además la mayoría no están aprobados en ficha técnica para este uso. En el año 2024 se aprobó en España, el Fezolinetant, el cual actúa a nivel de la génesis del sofoco en el centro termorregulador, bloqueando los receptores de neuroquinina. A una dosis aprobada de 45 mg/día, ha demostrado ser un medicamento seguro y efectivo para disminuir la severidad y la frecuencia de los sofocos. Representa la mejor opción no hormonal que existe en la actualidad para el tratamiento de los sofocos moderados y severos, para aquellas mujeres que no pueden o no deseen tomar terapia hormonal, con evidencia en mejoría del sueño y calidad de vida.

En conclusión, decir que, no solo podemos si no que debemos tratar los sofocos sobre todo los graves e intensos, por el riesgo cardiovascular que representan; y para aquellas mujeres que lo necesiten, ya existen terapias no hormonales seguras e incluso tan efectivas como la terapia hormonal, como es el caso del Fezolinetant.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Huang AJ, Faubion S, Grady D. Nonhormonal Treatment of Menopausal Vasomotor Symptoms. JAMA Intern Med. 2025 Jul 1;185(7):874-875.
2. Fasero M, et al. Management of menopausal hot flushes. Recommendations from the Spanish Menopause Society. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2025 Jan 23; 25:100366.



VEOZA™ está indicado para el tratamiento de los síntomas vasomotores (SVM) de moderados a graves asociados a la menopausia<sup>1</sup>



## ACTÚA frente a los SOFOCOS

Con VEOZA™, primer antagonista selectivo **NO HORMONAL** del receptor de NK3 que bloquea la unión de la NKB en las neuronas KNDy<sup>1</sup>

### Descubre más sobre el mecanismo de acción de VEOZA™ aquí

Para acceder a la Ficha Técnica escanee el código QR



#### PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO

Veoza 45 mg 28 comprimidos recubiertos con película. PVP: 71,45 €. PVP IVA (4%): 74,31 €.

Medicamento sujeto a prescripción médica. No incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

**SVM:** síntomas vasomotores; **NK3:** neuroquinina 3; **KNDy:** kisspeptina/neuroquinina B/dinorfina; **NKB:** neuroquinina B.

**Referencias:** 1. Ficha Técnica actual de Veoza™.

Este material tiene carácter promocional y está dirigido exclusivamente a profesionales sanitarios que pueden prescribir o dispensar medicamentos y está desarrollado conforme a la normativa aplicable. El acceso o reenvío de esta información a público en general no está permitida. Usted es responsable del uso de esta información.



Astellas y el logo de la estrella son marcas registradas titularidad de Astellas Pharma Inc. MAT-ES-FEZ-2026-00001 | Marzo 2026



# OBESIDAD, SALUD CARDIOVASCULAR Y METABÓLICA: UNA MENOGUÍA PARA EL CAMBIO

Lilue Bajares, M (1); Prados Pérez, M. (2)

(1) Ginecología, Clínica Palacios Madrid

(2) Endocrinología, Hospital de Martorell, Barcelona

La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad en la mujer a nivel mundial, tal como señalan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los datos epidemiológicos disponibles. En Estados Unidos, se estima que aproximadamente el 35 % de las muertes en mujeres son atribuibles a la ECV (1). En España, los datos publicados por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) también ponen de manifiesto la magnitud del problema: el 28,1 % de los fallecimientos se deben a causa cardiovascular, frente al 21 % atribuible de forma conjunta a los tumores de mama, pulmón y colon (2). Estos datos subrayan la necesidad de reforzar las estrategias de prevención cardiovascular con perspectiva de sexo y género.

Los factores de riesgo cardiovascular clásicos — hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo, sedentarismo y obesidad — continúan desempeñando un papel central en la carga de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, en la mujer deben considerarse además factores específicos relacionados con su biología reproductiva y hormonal, así como con determinadas etapas vitales, entre ellas la transición menopáusica y la posmenopausia (3).

En este contexto, la obesidad ha adquirido una relevancia creciente. Diversas sociedades científicas la reconocen actualmente como una enfermedad crónica, progresiva, multifactorial y recidivante, con impacto sistémico sobre la salud y estrechamente relacionada con el riesgo cardiometabólico (4). Su identificación precoz y su abordaje integral resultan esenciales para contener una epidemia global con importantes repercusiones clínicas, sociales y sanitarias.

En España, más del 50 % de las mujeres mayores de 50 años presentan sobrepeso u obesidad, lo que obliga a valorar su impacto en todas las esferas de la salud femenina, especialmente durante la menopausia, una etapa de especial vulnerabilidad metabólica y cardiovascular (5). La disminución estrogénica, los cambios en la composición corporal, el aumento de adiposidad visceral, la pérdida de masa muscular y la tendencia a la resistencia a la insulina contribuyen a configurar un perfil de mayor riesgo cardiometabólico. Por ello, la consulta ginecológica representa una oportunidad privilegiada para la prevención, detección precoz y abordaje de estas alteraciones.

Desde la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) se publicó en 2022 la Menoguía Menopausia y Obesidad (5). A partir de la creciente evidencia científica sobre la fisiopatología de la obesidad, su diagnóstico, sus complicaciones y las nuevas opciones terapéuticas, se ha constituido en el seno de la AEEM el Grupo de Obesidad, Riesgo Metabólico y Cardiovascular.

Este grupo multidisciplinar, integrado por especialistas en Endocrinología, Nutrición, Medicina de Familia y Ginecología, tiene como objetivos principales analizar el impacto del exceso de peso y de la adiposidad sobre la salud global de las mujeres en la perimenopausia y la posmenopausia; promover entre los profesionales sanitarios la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces; prevenir las consecuencias metabólicas y cardiovasculares asociadas; informar a las mujeres de forma rigurosa y comprensible; y actualizar el conocimiento sobre las distintas estrategias terapéuticas disponibles.

Actualmente, el grupo está trabajando en la actualización de la Menoguía publicada en 2022, así como en la elaboración de infografías divulgativas dirigidas tanto a profesionales como a pacientes. Este material pretende servir como herramienta de apoyo en la consulta, facilitando la transmisión de información clara y basada en la evidencia sobre obesidad, riesgo cardiometabólico y menopausia.

Asimismo, estas infografías buscan reforzar el papel de la consulta de Ginecología como un espacio clave para la prevención cardiovascular en la mujer. Finalmente, incluyen recomendaciones prácticas sobre estilo de vida saludable, junto con una revisión de los tratamientos actualmente disponibles para el manejo del exceso de peso y la obesidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1223–1249.
2. Informe. Las cifras del cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM, 2025 [www.seom.org](http://www.seom.org)
3. Yolande Appelman , Martha Gulati , Jeanine E. Roeters van Lennep , Leslee J. Shaw , and C. Noel Bairey Merz . \* Cardiovascular disease in women: traditional and sex-specific risk factors. *European Heart Journal* (2025) 00, 1–16 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf1001>
4. EASO: 2015 Milan Declaration: A Call to Action on Obesity. Available at <https://easo.org/2015-milan-declaration-a-call-to-action-on-obesity/>. Accessed October 20
5. Comino Delgado R, Sánchez Borrego R, et al. Menopausia y obesidad. MenoGuía AEEM. Primera edición: Abril 2022. Barcelona 2022. ISBN: 978-84-09-40503-9



## ABORDAJE NO HORMONAL DEL SGM: EVIDENCIA CLÍNICA EN HIDRATACIÓN Y FUNCIÓN SEXUAL

Sánchez-Prieto, Manuel (a)\*; Lubián Fernández, Simon Pedro (b); Crespo Bañón, Paz (c)

a Departamento de Ginecología, Dexeus Mujer, Hospital Universitario General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, España.

b Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

c Departamento de Ginecología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) es una condición crónica, prevalente e infradiagnosticada, con impacto directo sobre confort vulvovaginal, función sexual y calidad de vida (1,2). Aunque la terapia estrogénica local sigue siendo una opción de referencia, muchas mujeres no desean, no toleran o presentan contraindicaciones para tratamientos hormonales (1-3). En este contexto, los hidratantes y lubricantes vaginales no hormonales han evolucionado desde un papel meramente sintomático hacia una estrategia terapéutica basada en mecanismos de bioadhesión, hidratación y restauración funcional de la mucosa (1,4). El ácido hialurónico (AH), por su capacidad higroscópica, viscoelástica y filmógena, constituye una molécula especialmente relevante en este abordaje (4-6).

La evidencia clínica reciente aporta datos consistentes sobre su utilidad. En un estudio prospectivo multicéntrico con un lubricante vaginal acuoso con AH en mujeres

con sequedad vaginal y dispareunia, el uso durante tres meses se asoció con una mejoría significativa del Female Sexual Function Index (FSFI), especialmente en los dominios de dolor y lubricación, junto con reducciones significativas de sequedad, dispareunia, irritación y prurito (Figura 1) (7). La satisfacción fue elevada y no se registraron eventos adversos graves (7). Estos resultados apoyan que el lubricante no solo facilita el coito, sino que puede contribuir a restaurar la experiencia sexual.

En un estudio prospectivo multicéntrico de vida real con un hidratante vaginal interno con AH, administrado tres veces por semana durante seis semanas, la sequedad vaginal disminuyó de  $7,34 \pm 2,20$  a  $3,47 \pm 2,00$  puntos, con una reducción media de  $-3,87$  puntos y un tamaño del efecto elevado (8). También mejoraron irritación, prurito, dispareunia e hidratación percibida, con reducción modesta del pH vaginal y sin eventos adversos graves (8).

El tercer estudio, pendiente de publicación, evaluó un hidratante vaginal no ácido a base de hialuronato en mujeres con mucosa vaginal sensible, un fenotipo clínico frecuente pero poco representado en la literatura. Tras seis semanas, la sequedad disminuyó de  $7,44 \pm 2,30$  a  $3,44 \pm 2,34$  puntos, con una reducción media de  $-4,00$  puntos. Asimismo, se observaron descensos significativos de irritación, dispareunia y prurito, buena tolerabilidad, estabilidad del pH vaginal y ausencia de eventos adversos graves.

La consistencia de los resultados entre estudios permite proponer una matriz clínica de decisión basada en el síntoma predominante y el perfil de paciente (Tabla 1).



**Figura 1. Impacto clínico del lubricante vaginal con AH sobre función sexual FSFI global y dominios principales antes/después de tres meses, destacando (mejoría en dolor y lubricación (7**

**Tabla 1.** Estrategia personalizada no hormonal en el SGM basada en fenotipo clínico, intervención y evidencia disponible

| Paciente estándar con SGM. Sequedad vaginal severa, atrofia posmenopáusica.                                                                       | Hidratante vaginal interno             | Reducción aproximada de 4 puntos en escala VAS de sequedad, con mantenimiento del efecto y adecuada retención hídrica a medio-largo plazo.                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paciente con mucosa vaginal sensible. Antecedentes de intolerancia, prurito yatrogénico o epitelio hiperreactivo (p. ej., pacientes oncológicas). | Hidratante no ácido con AH (DeliGyn®)  | Elevada tolerabilidad, pH no irritativo, con mejoría significativa de síntomas, especialmente prurito e irritación, sin incremento de eventos adversos relevantes. |
| Paciente con disfunción sexual. Dispareunia predominante, evitación del coito.                                                                    | Lubricante vaginal con AH (Mucus Gel®) | Incremento superior a 4 puntos en el índice FSFI, con mejoría significativa del dolor y la lubricación, y perfil sensorial favorable sin residuos.                 |

Tabla de prescripción clínica basada en evidencia para el abordaje no hormonal del síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), integrando tres estudios prospectivos (uno de vida real, uno en población con mucosa sensible y uno centrado en función sexual). La selección terapéutica se fundamenta en el fenotipo clínico predominante, mostrando reducciones clínicamente relevantes en síntomas vulvovaginales (escala VAS) y mejoría de la función sexual (FSFI), con buen perfil de seguridad y tolerabilidad (7,8).

## CONCLUSIONES

El abordaje no hormonal del SGM debe individualizarse según fenotipo clínico: hidratante para sequedad persistente, lubricante para dispareunia coital y formulaciones específicas para mucosa sensible. Los productos con AH muestran beneficios consistentes sobre sequedad, dispareunia, irritación, prurito, hidratación percibida y función sexual, con perfil de seguridad favorable. Aunque se requieren ensayos aleatorizados, comparativos y con seguimiento prolongado, la evidencia disponible respalda su incorporación como una opción terapéutica relevante, centrada en la paciente y alineada con el manejo moderno del SGM.

## BIBLIOGRAFÍA

- Simon JA, Nappi RE, Chedraui P, Clark AL, Gompel A, Nasreen SZA, Palacios S, Wolfman W. Genitourinary syndrome of menopause (GSM): recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sex Med Rev.* 2026 Jan 2;14(1):qeaf055. doi: 10.1093/sxmrev/qeaf055.
- Panay N, Fenton A, Hamoda H, Hillard T, Islam R, Pedder H, Romero L, Vincent AJ; IMS Recommendations Writing Group. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health and menopause. *Climacteric.* 2025 Dec;28(6):634-656. doi: 10.1080/13697137.2025.2585487. Erratum in: *Climacteric.* 2026 Apr;29(2):318-320. doi: 10.1080/13697137.2026.2638063.
- Sánchez-Borrego R, de Diego Pérez de Zabalza MV, Alfageme Gullón MJ, Alija Castrillo ML, Sánchez Prieto M, Palacios S, González Calvo AJ, Quijano Martín JJ, Cancelo MJ. Satisfaction and medication adherence in women with vulvovaginal atrophy: the CRETA. *Climacteric.* 2023 Oct;26(5):437-444. doi: 10.1080/13697137.2023.2190508. Erratum in: *Climacteric.* 2024 Jun;27(3):329. doi: 10.1080/13697137.2024.2327254.
- Palacios S. Hyaluronic acid in the management of postmenopausal vaginal atrophy: from moisturizer to mucosal regenerator. *Gynecol Endocrinol.* 2025 Dec;41(1):2545368. doi: 10.1080/09513590.2025.2545368.
- González-Isaza P, Sánchez-Prieto M, Sánchez-Borrego R. Chronic vulvar fissure: approach with cross-linked hyaluronic acid. *Int Urogynecol J.* 2023 Jul;34(7):1495-1499. doi: 10.1007/s00192-022-05401-4.
- Sánchez-Prieto M, Mendoza N, Chedraui P, Lugo-Salcedo F, Serra-Ribas A, Aladrén-Pérez S, Bustos-Santafé J, Sánchez-Borrego R. An open, single center, clinical investigation to evaluate the efficacy and safety of a non-hormonal vaginal moisturizer for the symptomatic treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal woman. *Gynecol Endocrinol.* 2025 Dec;41(1):2500480. doi: 10.1080/09513590.2025.2500480.

7. Sánchez-Prieto M, Pingarrón C, Bergamaschi L, Bermúdez JC, Subiris González J, Sánchez Sánchez R, Poyo Torcal S, Gómez M, Ruiz Pérez ML, Castillo Martínez M, Peña Penedo ME, Sánchez-Borrego R. Prospective, multicenter, uncontrolled study on the effectiveness and safety of a hyaluronic acid water-based vaginal lubricant in alleviating vaginal dryness and dyspareunia. *Gynecol Endocrinol*. 2024 Mar 5;40(1):2317268. doi: 10.1080/09513590.2024.2317268.
8. Sánchez-Prieto M, Lubián-López DM, Peña ME, Subiris-González J, Pingarrón C, Sánchez-Borrego R. Real-World Effectiveness, Tolerability, and Patient Satisfaction with a Hyaluronic Acid-Based Vaginal Moisturizer in Women with Vaginal Dryness: A Prospective Multicenter Observational Study. *Cureus*. 2026 Apr 11;18(4):e106828. doi: 10.7759/cureus.106828.

# Save the date

24 de septiembre

2026



## VII Jornadas en Salud Postreproductiva de la Mujer

Dra. Carmen Pingarrón

 **Universidad  
Europea** MADRID



Hospital  **quirónsalud**  
San José



  
Ginegeta

Hotel Rafael Atocha • **Madrid**



## SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA: ¿QUÉ ACEPTAR, QUÉ TRATAR Y DÓNDE ENCAJA LA TESTOSTERONA?

Sánchez-Prieto, M (a)\*; Ortuño-Blanco, A (b); García-Aguilera, A (c); Cerón-Cardona, M (d)

a Departamento de Ginecología, Dexeus Mujer, Hospital Universitario General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, España.

b Departamento de Ginecología, Hospital Universitario de Jaén, España.

c Departamento de Ginecología, Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.

d Departamento de Uroginecología, Hospital Universitario San Jorge, Pereira, Colombia.

La sexualidad durante la menopausia constituye un área clínica de elevada prevalencia, impacto en la calidad de vida y frecuente infradiagnóstico (1). No obstante, no todo cambio sexual asociado a esta etapa debe interpretarse como patológico. La disminución del deseo espontáneo, la menor frecuencia sexual o la transición hacia un deseo más reactivo pueden formar parte de una adaptación normativa al contexto biológico, emocional y relacional de la mujer (1). La clave clínica radica en diferenciar qué cambios deben aceptarse, cuáles requieren intervención y en qué pacientes la testosterona puede tener un papel terapéutico. Este enfoque práctico se resume en la Tabla 1.

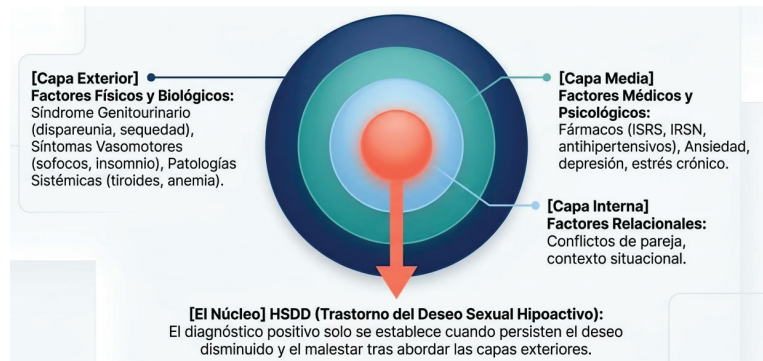


Figura 1. Enfoque clínico estructurado de la disfunción sexual en la menopausia

Evaluación escalonada basada en un modelo biopsicosocial: identificación y tratamiento de factores modificables antes de considerar intervenciones dirigidas al deseo.FSFI global y dominios principales antes/después de tres .(meses, destacando mejoría en dolor y lubricación (7

| Tabla 1. Enfoque clínico de la disfunción sexual en la menopausia: qué aceptar, qué tratar y cuándo considerar testosterona |                                                                                      |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Dimensión clínica                                                                                                           | Situación                                                                            | Actitud recomendada                                   |
| Cambios fisiológicos                                                                                                        | Disminución del deseo espontáneo, menor frecuencia sexual, deseo más reactivo        | Aceptar y acompañar                                   |
| Síntomas genitales                                                                                                          | Sequedad vaginal, dispareunia, fragilidad mucosa (SGM)                               | Tratar de forma específica (terapia local ± hormonal) |
| Factores médicos                                                                                                            | Fármacos, comorbilidades, dolor crónico, trastornos del sueño                        | Identificar y corregir si es posible                  |
| Factores psicológicos                                                                                                       | Ansiedad, depresión, estrés                                                          | Intervención psicosocial / tratamiento dirigido       |
| Factores relacionales                                                                                                       | Problemas de pareja, falta de comunicación                                           | Abordaje individual o de pareja                       |
| Deseo sexual bajo sin malestar                                                                                              | Disminución del deseo sin impacto clínico relevante                                  | No medicalizar                                        |
| Trastorno del deseo sexual hipoactivo                                                                                       | Bajo deseo persistente con malestar significativo, tras descartar causas reversibles | Considerar testosterona en casos seleccionados        |

El abordaje debe ser estructurado y basado en un modelo biopsicosocial. Ante una consulta por bajo deseo o insatisfacción sexual, es prioritario identificar factores modificables, incluyendo síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), dispareunia, sequedad vaginal, tratamientos farmacológicos, comorbilidades, trastornos del estado de ánimo, alteraciones del sueño y factores relacionales (1–3). Este enfoque puede representarse como una evaluación escalonada por capas clínicas, en la que el deseo constituye la última dimensión a considerar tras descartar causas potencialmente reversibles (Figura 1).

El SGM representa una de las causas más relevantes y tratables de disfunción sexual (2,3). La sequedad vaginal, la dispareunia y la fragilidad mucosa pueden condicionar evitación sexual y reducción secundaria del deseo. Por ello, el tratamiento de los síntomas genitales debe preceder a intervenciones dirigidas al deseo (4,5). Las opciones terapéuticas incluyen lubricantes, hidratantes vaginales, ácido hialurónico tópico, estrógenos vaginales, ospemifeno y prasterona, entre otras estrategias individualizadas (2,3).

El trastorno del deseo sexual hipoactivo (HSDD) se define por una disminución persistente o recurrente del interés sexual asociada a malestar clínicamente significativo (4). Su diagnóstico es clínico y no bioquímico (4–8). No existe un punto de corte de testosterona sérica que permita establecer el diagnóstico ni predecir la respuesta al tratamiento (5,6). Herramientas estructuradas pueden facilitar la evaluación, pero no sustituyen el juicio clínico.

La testosterona sistémica presenta una indicación precisa: mujeres en menopausia con HSDD bien diagnosticado, con malestar significativo, tras descartar o tratar causas reversibles (4–10). No debe utilizarse como tratamiento inespecífico para síntomas no sexuales. Cuando se indica, se recomienda el uso de formulaciones transdérmicas a dosis fisiológicas, con monitorización clínica y reevaluación a los 3–6 meses, suspendiendo el tratamiento en ausencia de beneficio (4–7). El posicionamiento de las principales guías internacionales sobre su uso se resume en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Posicionamiento de las principales guías sobre el uso de testosterona en la mujer

| Dimensión Clínica       | Global Consensus (Davis 2019)                                                                                            | Guía ISSWSH (Parish 2021)                                                                                                            | Atención Primaria / BMS (Scott 2020)                                                                                            |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso en Premenopausia    |  Datos insuficientes. No recomendado.   |  Apoya uso cauteloso en edad reproductiva tardía. | No abordado.                                                                                                                    |
| Parámetro Analítico     |  Testosterona Total (LC-MS/MS).         |  Testosterona Total (LC-MS/MS).                   |  FAI (Índice Andrógenos Libres <1%).         |
| Requisito de Estrógenos |  No obligatorio (estudios con/sin THM). |  No obligatorio.                                  |  Exige paciente adecuadamente estrogenizada. |
| Preparados Compuestos   |  Explícitamente desaconsejados.         |  Explícitamente desaconsejados.                   | No abordado.                                                                                                                    |

Las principales guías coinciden en que la única indicación respaldada por la evidencia para el uso de testosterona en la mujer es el HSDD, con diagnóstico clínico y uso prudente. Este consenso es consistente a pesar de diferencias en la implementación práctica.

Abreviaturas: ISSWSH: International Society for the Study of Women's Sexual Health; BMS: British Menopause Society; FAI: índice de andrógenos libres; LC-MS/MS: cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas en tándem; THM: terapia hormonal de la menopausia.

## CONCLUSIONES

La sexualidad en la menopausia requiere un abordaje clínico estructurado, prudente y centrado en la paciente. Aceptar no implica abandonar, y tratar no significa medicalizar. La testosterona no debe ocupar el eje de la conversación, pero tampoco debe excluirse cuando existe un HSDD correctamente diagnosticado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Metcalfe KB, Meston CM. A scoping review of the biopsychosocial factors influencing sexual desire in menopause. *Sex Med Rev.* 2026 Jan 5;14(1):qeag009. doi: 10.1093/sxmrev/qeag009.
2. Simon JA, Nappi RE, Chedraui P, Clark AL, Gompel A, Nasreen SZA, Palacios S, Wolfman W. Genitourinary syndrome of menopause (GSM): recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sex Med Rev.* 2026 Jan 2;14(1):qeaf055. doi: 10.1093/sxmrev/qeaf055.
3. Sánchez-Prieto M, Pingarrón C, Bergamaschi L, Bermúdez JC, Subiris González J, Sánchez Sánchez R, Poyo Torcal S, Gómez M, Ruiz Pérez ML, Castillo Martínez M, Peña Penedo ME,

- Sánchez-Borrego R. Prospective, multicenter, uncontrolled study on the effectiveness and safety of a hyaluronic acid water-based vaginal lubricant in alleviating vaginal dryness and dyspareunia. *Gynecol Endocrinol*. 2024 Mar 5;40(1):2317268. doi: 10.1080/09513590.2024.2317268.
4. Ribera Torres L, Anglès-Acedo S, López Chardi L, Mension Coll E, Castelo-Branco C. Systemic testosterone for the treatment of female sexual interest and arousal disorder (FSIAD) in the postmenopause. *Gynecol Endocrinol*. 2024 Dec;40(1):2364220. doi: 10.1080/09513590.2024.2364220.
5. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, Kaunitz AM, Kingsberg SA, Lambrinoudaki I, Liu J, Parish SJ, Pinkerton J, Rymer J, Simon JA, Vignozzi L, Wierman ME. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019 Oct 1;104(10):4660-4666. doi: 10.1210/je.2019-01603.
6. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, Giraldi A, Goldstein I, Goldstein SW, Kim NN, Kingsberg SA, Morgentaler A, Nappi RE, Park K, Stuenkel CA, Traish AM, Vignozzi L. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *J Sex Med*. 2021 May;18(5):849-867. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.10.009.
7. Pilnik S, Belardo A, Marchesan LB, Camero-Lascano A, Acuña-San Martín M, Elizalde-Cremonte A, Ojeda E, Manzur A, Chedraui P. Androgen therapy in midlife and older women: a position statement of the Latin American Association of Gynecological Endocrinology (ALEG). *Climacteric*. 2025 Oct;28(5):529-536. doi: 10.1080/13697137.2025.2548805.
8. Panay N. British Menopause Society Tool for clinicians: Testosterone replacement in menopause. *Post Reprod Health*. 2022 Sep;28(3):158-160. doi: 10.1177/20533691221104266.
9. Vallejo MS, Palacios S. Testosterone in women: beyond hypoactive sexual desire. *Gynecol Endocrinol*. 2025;41(1):2592402. doi:10.1080/09513590.2025.2592402
10. Islam RM, Bell RJ, Green S, Page MJ, Davis SR. Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Oct;7(10):754-766. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30189-5.

# DOCUMENTO INTEGRAL PARA LA VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL DE LA MUJER EN MENOPAUSIA

Tejedor Magallanes, S.; Martínez Villarejo, L.; Jurado García, E.; González Trujillo, V.; Rus Ruiz, M.; Ruano del Salado, M.; Moreno Maíz, E.S.; Cuerva, M.J.; Liberal Vinagre, M.; Valdés Devesa, V.

## INTRODUCCIÓN

La menopausia constituye una etapa fisiológica de gran impacto biopsicosocial en la salud de la mujer. A pesar de su elevada prevalencia, continúa existiendo una importante infravaloración de los síntomas asociados y una falta de herramientas estructuradas que permitan realizar una valoración integral y un seguimiento longitudinal durante esta etapa.

La transición menopáusica implica cambios hormonales, metabólicos, genitourinarios, sexuales, emocionales y sociales que repercuten directamente en la calidad de vida de las mujeres. En este contexto, resulta necesario disponer de instrumentos clínicos que faciliten un abordaje global, práctico y basado en la evidencia científica.

## OBJETIVO

Diseñar e implementar un documento integral para la valoración biopsicosocial y el seguimiento de la mujer en menopausia, facilitando una atención multidimensional, sistematizada y centrada en la mujer.

## DESARROLLO

Se elaboró un documento clínico estructurado destinado a la valoración y seguimiento integral de la mujer en menopausia. La herramienta incorpora diferentes áreas de evaluación clínica, preventiva y educativa, permitiendo un registro sistemático y longitudinal.

El documento incluye:

- Registro de antecedentes personales, familiares y ginecológicos.
- Valoración antropométrica y cardiometabólica.

- Evaluación de hábitos nutricionales y estilos de vida.
- Registro de actividad física y consumos.
- Valoración del síndrome genitourinario de la menopausia.
- Evaluación del suelo pélvico mediante escalas validadas como Oxford modificada y POP-Q.
- Registro de síntomas vasomotores y calidad de vida.
- Orientación diagnóstica sobre menopausia y solicitud de analítica hormonal según criterios clínicos.
- Información de apoyo sobre terapia hormonal de la menopausia y criterios de elegibilidad.
- Espacios destinados a recomendaciones, derivaciones y seguimiento evolutivo.

La herramienta fue diseñada con un enfoque práctico y visual, facilitando su aplicación en diferentes ámbitos asistenciales relacionados con la salud de la mujer. Asimismo, pretende favorecer la educación sanitaria, la detección precoz de factores de riesgo y el empoderamiento femenino durante la transición menopáusica.

El documento integra una perspectiva biopsicosocial y preventiva, abordando aspectos frecuentemente infradiagnosticados como el síndrome genitourinario de la menopausia, las alteraciones del suelo pélvico, la salud sexual y el riesgo cardiometabólico.

## CONCLUSIONES

La implementación de un documento integral de valoración y seguimiento de la mujer en menopausia puede

contribuir a mejorar la calidad asistencial, favoreciendo una atención más estructurada, individualizada y multidisciplinar.

Esta herramienta facilita la recogida sistemática de información clínica relevante, mejora la continuidad asistencial y ayuda a visibilizar la menopausia como una etapa que requiere atención específica desde los diferentes ámbitos sanitarios.

El uso de recursos estructurados de valoración integral puede favorecer el diagnóstico precoz de complicaciones asociadas, optimizar la educación sanitaria y mejorar la calidad de vida de las mujeres menopáusicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Manual de Práctica Clínica en Menopausia. Madrid: AEEM; 2023.
2. North American Menopause Society (NAMS). The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2023.
3. Palacios S, Cancelo MJ. Manejo de la menopausia en la práctica clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021.
4. Bachmann GA. Urogenital ageing: an old problem newly recognized. Maturitas. 1995;22 Suppl:S1-S5.
5. World Health Organization. Women and healthy ageing. Geneva: WHO; 2022.



## Menopausia y cáncer: abordaje integral y nuevas opciones terapéuticas en calidad de vida

La mejora en los tratamientos oncológicos y el aumento de la supervivencia han convertido en un reto clínico cada vez más frecuente el acompañamiento de pacientes en menopausia que hayan presentado un cáncer. Actualmente, más de un millón de mujeres supervivientes de cáncer de mama conviven con síntomas derivados de la menopausia. Esta realidad obliga a los profesionales sanitarios a ampliar el foco terapéutico más allá de la supervivencia, priorizando también la calidad de vida.

La menopausia oncológica suele presentarse de forma más precoz, intensa y compleja que la menopausia fisiológica, principalmente como consecuencia de la quimioterapia, la hormonoterapia o la supresión ovárica inducida. Además, muchos de los síntomas continúan siendo infradiagnosticados o infratratados debido al miedo al uso de tratamientos hormonales y a que la salud íntima y sexual sigue siendo un tema tabú en muchas consultas.

El abordaje clínico debe ser individualizado y multidisciplinar, integrando anamnesis detallada, valoración de calidad de vida mediante escalas específicas, exploración física y pruebas complementarias cuando sean necesarias. La escucha activa y la coordinación entre ginecología, oncología, y otras especialidades son fundamentales para optimizar resultados.

Entre los síntomas más frecuentes destacan los síntomas vasomotores, el síndrome genitourinario de la menopausia, las alteraciones del sueño, la pérdida de masa ósea, los cambios cardiovasculares y las disfunciones sexuales. Los síntomas vasomotores pueden agravarse por terapias como inhibidores de la aromatasa. En este contexto, los tratamientos no hormonales representan una herramienta terapéutica relevante. Fármacos como venlafaxina, paroxetina o gabapentina han demostrado eficacia en el control de los síntomas vasomotores. No hay que olvidar, medidas no farmacológicas como ejercicio físico, control del peso, técnicas de relajación, acupuntura o hipnosis pueden contribuir al alivio sintomático.

El síndrome genitourinario de la menopausia también presenta una incidencia elevada. La sequedad vaginal,

la dispareunia y las infecciones urinarias recurrentes impactan directamente en la calidad de vida y en la salud sexual. Los hidratantes y lubricantes vaginales constituyen la primera línea terapéutica y las terapias con estrógenos locales a dosis bajas han demostrado su seguridad y eficacia. Es importante actuar de manera precoz, dentro de la ventana de oportunidad terapéutica para conseguir mejores resultados.

Tenemos alternativas terapéuticas, como el ospemifeno o la prasterona. Por otro lado, la ginecología regenerativa, incluyendo láser vaginal, la radiofrecuencia y ácido hialurónico inyectable, ofrece resultados prometedores en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal, aunque todavía se requieren estudios mejor diseñados que consoliden su evidencia científica.

Otro aspecto prioritario es la salud ósea. Los inhibidores de la aromatasa aumentan significativamente el riesgo de osteoporosis y fracturas, alcanzando incidencias cercanas al 20% a los cinco años. La prevención mediante calcio, vitamina D y ejercicio físico resulta esencial, junto con tratamientos como bifosfonatos o denosumab en pacientes de riesgo elevado, por lo que es fundamental estratificar el riesgo en las pacientes que toman esta medicación.

Finalmente, la salud sexual y emocional debe formar parte del éxito terapéutico oncológico. Aproximadamente dos tercios de las pacientes presentan alteraciones sexuales relacionadas con cambios físicos y psicológicos derivados del cáncer y sus tratamientos. Hablar de sexualidad, sueño, autoestima y bienestar emocional ya no debe considerarse secundario.

En conclusión, el manejo de la menopausia en pacientes oncológicas requiere un enfoque integral centrado no solo en la supervivencia, sino también en la calidad de vida. Individualizar tratamientos, abordar los síntomas invisibles y ofrecer nuevas alternativas terapéuticas permite mejorar significativamente el bienestar físico, emocional y sexual de estas pacientes. Como mensaje fundamental: no debemos conformarnos únicamente con sobrevivir, la calidad de vida es fundamental para conseguir el éxito oncológico.

## EL SUEÑO EN LA MENOPAUSIA, ¿REALMENTE ES TAN IMPORTANTE?

Herrera Muñoz, A

*Hospital Universitario de Poniente, El Ejido. Almería.*

Los trastornos del sueño constituyen uno de los síntomas cardinales de la perimenopausia y la menopausia, con una prevalencia que oscila entre el 40 % y el 69 % en la perimenopausia y alcanza cifras similares a escala internacional: 69 % en Europa, 66 % en Estados Unidos y 60 % en Japón, según el estudio de Nappi et al. (2021). La Organización Mundial de la Salud define el sueño como un proceso biológico complejo y fundamental, del cual dependen el desarrollo neuronal, el aprendizaje, la memoria y la salud cardiovascular y metabólica. Su calidad viene determinada por tres aspectos: duración, continuidad y profundidad.

La privación de sueño genera repercusiones tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo se manifiesta mediante somnolencia diurna, menor rendimiento físico y mental, problemas de coordinación e irritabilidad. A largo plazo, las consecuencias se agravan considerablemente: deterioro cognitivo, trastornos de memoria, depresión, ansiedad, dificultades de atención y concentración, así como interferencia en las relaciones personales, sociales y en la productividad laboral. Desde el punto de vista orgánico, se asocia con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedad cardiovascular, obesidad y trastornos inmunológicos.

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en la menopausia, seguido del síndrome de piernas inquietas (20-24 %) y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (15-20 %). Sin embargo, solo entre el 4 % y el 40 % de las mujeres perimenopáusicas y menopáusicas cumple criterios estrictos de insomnio. Lo habitual son interrupciones frecuentes: múltiples despertares nocturnos, aumento del tiempo de vigilia tras el inicio del sueño, dificultad para la conciliación, despertares tempranos y sueño no reparador.

Los trastornos del sueño en esta etapa constituyen una entidad propia de origen multifactorial. Entre los factores predisponentes destacan los antecedentes

de depresión o insomnio previo, mientras que el envejecimiento, el estrés, el dolor y las comorbilidades médicas actúan como factores precipitantes. A nivel hormonal, la disminución progresiva de la melatonina altera el ritmo circadiano, y los cambios en los niveles de FSH, estradiol y progesterona contribuyen a la desregulación del sueño debido a que aumentan los neurotransmisores encargados de la vigilia. Los síntomas vasomotores agravan el cuadro: el 78 % de los sofocos se asocia a despertares nocturnos, y las mujeres con menopausia inducida presentan mayor tiempo de vigilia. Asimismo, las alteraciones del ánimo mantienen una relación bidireccional con los trastornos del sueño.

La terapia hormonal de la menopausia (THM) mejora la calidad del sueño fundamentalmente en pacientes con síntomas vasomotores. La combinación más eficaz es la de estrógenos transdérmicos con progesterona oral micronizada. No obstante, se señala que los factores externos y el propio envejecimiento influyen más en las alteraciones del sueño que los cambios hormonales por sí solos.

Como primera línea de tratamiento se sitúan las medidas no farmacológicas: higiene del sueño, terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación, control de estímulos y ejercicio físico. En segunda línea, se distingue entre productos naturales —plantas medicinales con acción gabaérgica, melatonina y magnesio— para síntomas leves o moderados, y fármacos para el insomnio crónico refractario. Entre las novedades farmacológicas destacan los antagonistas duales de las orexinas (DORAs), que reducen el tiempo de conciliación, aumentan el tiempo total de sueño, preservan la arquitectura del mismo y no generan dependencia ni efecto residual diurno.

Los trastornos del sueño son altamente prevalentes en la peri/menopausia y que resulta imprescindible interrogar activamente a las pacientes sobre la calidad de su sueño y su funcionamiento diurno. El abordaje óptimo

combina el tratamiento de los síntomas menopáusicos que interfieren con el sueño, el manejo específico del insomnio y la atención a las alteraciones del estado de ánimo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nappi et al. Global Cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause* 2021;28:875-882
2. Baquedano L et al. Population-based survey on menopausal symptoms and treatment use. *Climacteric* 2023; Feb;26(1):47-54.
3. Coronado P et al. Quality of life at peri- and postmenopause: analysis of the results from app "Mi Menopausia". *Maturitas*. 2025; 197:108267
4. Khan MA, Al-Jahdali H. The consequences of sleep deprivation on cognitive performance. *Neurosciences* 2023; Vol. 28 (2): 91-99. Doi: 10.17712/nsj.2023.2.20220108
5. Zolfaghari S et al. Effects of menopause on sleep quality and sleep disorders. *Canadian Longitudinal Study on Aging*. *Menopause* 2019;27:295-304
6. Maki P, Panay N, Simon JA. Sleep disturbance associated with the menopause. *Menopause* 2024;31(8): 724-733
7. Coborn J et al. Disruption of sleep continuity during the menopause: associations with female reproductive hormone profiles. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022; 107: e4144-e4153
8. P. Proserpio et al. Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric* 2020. DOI: 10.1080/13697137.2020.1799973
9. Aufe A, Baker F, Leeners B. The role of ovarian hormones in the pathophysiology of perimenopausal sleep disturbances: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 2022; 16:101710
10. Poza JJ, Pujol M, Ortega JJ, Romero O, on behalf of the insomnia Study Group of the Spanish Sleep Society (SES). Melatonin in sleep disorders. *Neurología*. 2022;37:575-585
11. Thurston RC et al. Hot flashes and awakenings among midlife women. *Sleep*. 2019; 42:zsz131
12. Zambotti M et al. Magnitude of the impact of hot flashes on sleep in perimenopausal women. *Fertil Steril*. 2014; 102: 1708-1715
13. Woods NF et al. Symptoms clusters among MsFLASK clinical trial participants. *Menopause*. 2016; 23:158-165
14. Harlow SD et al. It is not just menopause: symptom clustering in the Study of Women's Health across the Nation. *Owmen's Midlife Health*. 2017; 3:2.
15. Bowman MA et al. Longitudinal association between depressive symptoms and multidimensional sleep health: the SWAN sleep Study. *Ann Behav Med* 2021;55:641-652
16. Navarro MC, Losa F, Alonso MJ, Bachiller I, Beltrán E, Estivill C, Herrera A, Ortega T, Prado A, Mendoza N, Productos naturales en la gestión del sueño, *MenoGuía AEEM*. Primera edición 2024.

## ROMPIENDO REGLAS, ¿QUÉ OCURRE CON EL SANGRADO EN LA PERIMENOPAUSIA?

Leal García MA

*Especialista en ginecología y obstetricia. Hospital Universitario La Paz. Madrid*

El sangrado uterino anómalo (SUA) es una condición frecuente a lo largo de la vida reproductiva femenina. Se estima que una de cada tres mujeres presentará alteraciones del patrón de sangrado en algún momento, especialmente en los extremos de la etapa reproductiva. En la transición a la menopausia, la prevalencia es variable y probablemente esté infraestimada, en parte por su normalización social y la heterogeneidad en los métodos de evaluación. Estudios recientes sitúan la prevalencia del SUA en mujeres de 40 a 55 años en torno al 54 %. En este grupo, representa hasta el 70 % de los motivos de consulta ginecológica, con un impacto significativo en la calidad de vida, la productividad y los costes sanitarios.

La etiología del SUA en la perimenopausia es diversa y a menudo multifactorial. La causa más frecuente es la disfunción ovulatoria, considerada un proceso fisiológico en esta etapa. Con el aumento de la edad, también se incrementa la prevalencia de causas estructurales, como pólipos endometriales, miomas y adenomiosis.

En los ciclos anovulatorios, el endometrio va a estar sometido a un estímulo estrogénico prolongado sin la oposición adecuada de la progesterona. Esto conduce a una proliferación endometrial excesiva y desorganizada, generando un tejido frágil, susceptible a desgarros y hemorragias que conducen a una descamación prematura e irregular del endometrio. Como consecuencia, los patrones clínicos son variables, pero los que generan mayor demanda asistencial son los sangrados “por exceso”: sangrado menstrual abundante, prolongado, frecuente o sangrado intermenstrual. El sangrado menstrual abundante es la alteración más común y presenta bajas tasas de resolución espontánea (<10%).

La evaluación del SUA en la perimenopausia debe ser sistemática y se basa en cinco pilares: anamnesis, exploración física, analítica, ecografía y, en casos seleccionados, estudio histológico. La anamnesis debe incluir una caracterización detallada del sangrado, la identificación de síntomas asociados y la revisión de tratamientos que puedan influir en la hemostasia o el eje hormonal. El uso de herramientas validadas, como el cuestionario Samanta, facilita la detección del sangrado menstrual abundante y la valoración de su impacto en la calidad de vida.

La ecografía transvaginal es la técnica de imagen de elección por su accesibilidad y buena capacidad diagnóstica. En mujeres perimenopáusicas, establecer un punto de corte de grosor endometrial resulta difícil y de utilidad limitada como predictor de patología. Por ello, el grosor endometrial debe siempre integrarse con la morfología endometrial, la clínica y los factores de riesgo individuales. La biopsia endometrial está indicada en casos de hallazgos ecográficos sospechosos, persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento o presencia de factores de riesgo para cáncer endometrial.

El tratamiento del SUA en esta etapa debe individualizarse, siendo el abordaje médico la primera línea en la mayoría de los casos con el fin de controlar el sangrado hasta la llegada de la menopausia. Entre las opciones no hormonales se incluyen los antiinflamatorios no esteroideos y el ácido tranexámico, que actúan sobre la hemostasia endometrial. Las terapias hormonales mayoritariamente inducen atrofia endometrial y entre ellas destaca el DIU de levonorgestrel de 52 mg por su elevada eficacia, con reducciones del sangrado superiores al 90 %. Los anticonceptivos hormonales combinados

y los gestágenos cíclicos son alternativas válidas, especialmente estos últimos en mujeres con ciclos anovulatorios, al favorecer un crecimiento endometrial más ordenado. Los antagonistas de la GnRh también constituyen una opción para mujeres con miomas o endometriosis.

En conclusión, el SUA en la perimenopausia es una entidad frecuente, de etiología heterogénea y con notable impacto clínico. Un enfoque estructurado, basado en una evaluación rigurosa y un tratamiento personalizado, permite un control eficaz de los síntomas y una atención de calidad durante esta etapa.



## ROMPIENDO REGLAS, ¿QUÉ OCURRE CON EL SANGRADO EN LA PERIMENOPAUSIA?

Leal García MA

*Especialista en ginecología y obstetricia. Hospital Universitario La Paz. Madrid*

El sangrado uterino anómalo (SUA) es una condición frecuente a lo largo de la vida reproductiva femenina. Se estima que una de cada tres mujeres presentará alteraciones del patrón de sangrado en algún momento, especialmente en los extremos de la etapa reproductiva. En la transición a la menopausia, la prevalencia es variable y probablemente esté infraestimada, en parte por su normalización social y la heterogeneidad en los métodos de evaluación. Estudios recientes sitúan la prevalencia del SUA en mujeres de 40 a 55 años en torno al 54 %. En este grupo, representa hasta el 70 % de los motivos de consulta ginecológica, con un impacto significativo en la calidad de vida, la productividad y los costes sanitarios.

La etiología del SUA en la perimenopausia es diversa y a menudo multifactorial. La causa más frecuente es la disfunción ovulatoria, considerada un proceso fisiológico en esta etapa. Con el aumento de la edad, también se incrementa la prevalencia de causas estructurales, como pólipos endometriales, miomas y adenomiosis.

En los ciclos anovulatorios, el endometrio va a estar sometido a un estímulo estrogénico prolongado sin la oposición adecuada de la progesterona. Esto conduce a una proliferación endometrial excesiva y desorganizada, generando un tejido frágil, susceptible a desgarros y hemorragias que conducen a una descamación prematura e irregular del endometrio. Como consecuencia, los patrones clínicos son variables, pero los que generan mayor demanda asistencial son los sangrados “por exceso”: sangrado menstrual abundante, prolongado, frecuente o sangrado intermenstrual. El sangrado menstrual abundante es la alteración más común y presenta bajas tasas de resolución espontánea (<10%).

La evaluación del SUA en la perimenopausia debe ser sistemática y se basa en cinco pilares: anamnesis, exploración física, analítica, ecografía y, en casos seleccionados, estudio histológico. La anamnesis debe incluir una caracterización detallada del sangrado, la identificación de síntomas asociados y la revisión de tratamientos que puedan influir en la hemostasia o el eje hormonal. El uso de herramientas validadas, como el cuestionario Samanta, facilita la detección del sangrado menstrual abundante y la valoración de su impacto en la calidad de vida.

La ecografía transvaginal es la técnica de imagen de elección por su accesibilidad y buena capacidad diagnóstica. En mujeres perimenopáusicas, establecer un punto de corte de grosor endometrial resulta difícil y de utilidad limitada como predictor de patología. Por ello, el grosor endometrial debe siempre integrarse con la morfología endometrial, la clínica y los factores de riesgo individuales. La biopsia endometrial está indicada en casos de hallazgos ecográficos sospechosos, persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento o presencia de factores de riesgo para cáncer endometrial.

El tratamiento del SUA en esta etapa debe individualizarse, siendo el abordaje médico la primera línea en la mayoría de los casos con el fin de controlar el sangrado hasta la llegada de la menopausia. Entre las opciones no hormonales se incluyen los antiinflamatorios no esteroideos y el ácido tranexámico, que actúan sobre la hemostasia endometrial. Las terapias hormonales mayoritariamente inducen atrofia endometrial y entre ellas destaca el DIU de levonorgestrel de 52 mg por su elevada eficacia, con reducciones del sangrado superiores al 90 %. Los anticonceptivos hormonales combinados

# COMUNICACIONES

# CRIBADO ESTRUCTURADO EN EDAD MEDIA DE LA VIDA Y CIRCUITO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR PARA DETECCIÓN PRECOZ DE LA TRANSICIÓN MENOPÁUSICA: ESTUDIO DE IMPLEMENTACIÓN EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Trama Figueras D, De Ponte Davi A

*Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitario Dexeus, Barcelona*

**Palabras clave:** Perimenopausia, Cribado estructurado, Atención multidisciplinar

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Describir la implementación y el rendimiento clínico de un modelo de cribado estructurado en mujeres en edad media de la vida, integrado en la revisión ginecológica anual, orientado a la detección precoz de sintomatología asociada a la transición menopáusica y a la activación de un circuito asistencial coordinado.

**Material / Método:** Estudio observacional retrospectivo realizado entre marzo de 2025 y enero de 2026 que incluyó mujeres  $\geq 45$  años atendidas en revisión ginecológica anual. Se incorporaron de forma sistemática cuatro preguntas estructuradas dirigidas a detectar síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, cambios en el deseo sexual y síntomas genitourinarios. Las pacientes con sintomatología clínicamente relevante fueron derivadas a través de un circuito asistencial definido que incluía consulta especializada de enfermería en menopausia y consulta de ginecología integrativa en menopausia, así como derivación a otras áreas cuando estaba indicado. Se analizaron la tasa de aplicación del cribado, número de pacientes derivadas, distribución de interconsultas, tasa de conversión a visita efectiva y actividad asistencial generada.

**Resultados:** De 68.472 mujeres atendidas en revisión ginecológica anual, 45.264 (66,1%) tenían  $\geq 45$  años. El cribado estructurado se aplicó a 42.206 mujeres. Un total de 5.436 pacientes únicas generaron derivaciones dentro del circuito estructurado. Se permitieron múltiples derivaciones por paciente, lo que resultó en 6.581 interconsultas totales. Del total de interconsultas, 2.855 (43,4%) correspondieron a consulta de ginecología integrativa en menopausia, 2.830 (43,0%) a consulta especializada de enfermería en menopausia, 537 (8,2%) a suelo pélvico, 123 (1,9%) a endocrinología, 59 (0,9%) a unidad de sueño y 33 (0,5%) a salud cognitiva; 144 (2,2%) se clasificaron como otras. Entre las derivaciones a consulta especializada de enfermería en menopausia, 927 pacientes realizaron visita efectiva (32,8%), siendo el 76,2% en modalidad telemática y el 23,8% presencial. La tasa de conversión a visita efectiva en consulta de ginecología integrativa en menopausia fue del 11,1% (603 pacientes).

**Comentarios y conclusiones:** La integración de un cribado sintomático estructurado dentro de la revisión ginecológica anual es factible y permite la identificación precoz de mujeres en transición menopáusica, facilitando la activación de un circuito asistencial coordinado y multidisciplinar. Este modelo demuestra viabilidad operativa y volumen clínico relevante en práctica real, y constituye una base para la evaluación prospectiva de resultados clínicos y organizativos.

# IMPACTO A 6 MESES SOBRE CALIDAD DE VIDA, SÍNTOMAS VASOMOTORES Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES TRATADAS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Batlle Costa, C (1); Jofré Puertas, L (1); Martín Moya, MM (1); Sánchez-Prieto, M (2); Romero Duarte, P (3)

(1) Hospital Universitario de Poniente. Almería

(2) Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona

(3) Centro Médico VITHAS El Ejido. Hospital Universitario de Poniente. Almería

**Palabras clave:** CALIDAD DE VIDA, THM, CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD, TIBOLONA, FEZONILETANT, 17BESTRADIOL+PGNM

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Evaluar en condiciones de práctica clínica real la evolución longitudinal de la calidad de vida, el control de los síntomas vasomotores (SVM), el descanso nocturno y la actividad sexual durante 6 meses con tres terapias orales.

**Material / Método:** Estudio observacional prospectivo en 30 mujeres en menopausia con SVM moderados-graves tratadas según criterio clínico con estradiol/progesterona micronizada (1 mg/100 mg), tibolona (2,5 mg) o fezolinetant (45 mg) (10 por grupo). La calidad de vida se evaluó mediante la Escala Cervantes (EC) abreviada al inicio, a los 3 y a los 6 meses. Se registraron también la frecuencia total de sofocos, las horas de sueño y los coitos semanales. La evolución temporal se estimó mediante modelo lineal mixto con intercepto aleatorio por paciente y término de interacción tratamiento×tiempo.

**Resultados:** La puntuación media de la EC disminuyó de 62,3 a 46,8 puntos a los 6 meses ( $p > 0,001$ ). El modelo longitudinal mostró un efecto temporal significativo ( $\beta -3,05$  puntos/mes;  $p < 0,001$ ), sin interacción tratamiento×tiempo. La reducción de sofocos totales fue significativa en los tres grupos ( $-47,4\%$ ,  $-45,9\%$  y  $-45,3\%$ ;  $p < 0,001$ ), sin diferencias intergrupo ( $p=0,72$ ). El descanso nocturno aumentó globalmente de 5,1 a 6,5 horas. La frecuencia de coitos semanales mostró un incremento progresivo en todos los grupos, con mayores aumentos relativos en las terapias hormonales.

**Comentarios y conclusiones:** En práctica clínica real, las tres estrategias se asocian a mejoría sostenida de la calidad de vida y a control equiparable de los SVM hasta los 6 meses, con mejora del sueño y aumento de la actividad sexual. Los resultados deben interpretarse como exploratorios dada la naturaleza observacional y el tamaño muestral.

# PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES TRAS LA MENOPAUSIA: ANÁLISIS MEDIANTE BSQ-16 Y SU IMPACTO EN AUTOESTIMA Y SEXUALIDAD

Álvarez Esteve, A (1); Ramírez Cantero, G (1); Gámiz López, EM (1); Salas Arias, N (1); Presa Lorite, JC(1);

(1) Hospital Universitario de Jaén

**Palabras clave:** Menopausia, Imagen corporal, BSQ

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Analizar la percepción de la imagen corporal en mujeres menopáusicas mediante el cuestionario BSQ-16 y explorar su relación con autoestima y la esfera sexual

**Material / Método:** Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal en 29 mujeres de 42–68 años en diferentes estadios del climaterio. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, cambios ponderales, nivel de actividad física, afectación en autoestima y sexualidad, así como uso de terapia hormonal. La imagen corporal se evaluó mediante el BSQ-16 (rango 16–96 puntos), clasificando las puntuaciones en satisfacción corporal, preocupación leve, preocupación moderada e insatisfacción corporal elevada.

**Resultados:** Una proporción elevada refirió aumento de peso tras la menopausia, destacando el aumento

abdominal como principal cambio percibido. La mayoría reconoció impacto de los cambios corporales en su autoestima. El BSQ-16 mostró tres perfiles diferenciados, identificándose un subgrupo con puntuaciones compatibles con insatisfacción corporal clínicamente relevante. Los ítems más destacados se relacionaron con vergüenza corporal, autoconciencia en presencia de otros, evitación conductual y miedo al aumento de peso. Se describieron alteraciones en deseo y lubricación, sugiriendo relación entre percepción corporal y función sexual. No se observaron diferencias claras según uso de terapia hormonal.

**Comentarios y conclusiones:** La insatisfacción corporal es frecuente en mujeres menopáusicas y puede influir en autoestima y sexualidad. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un abordaje integral de la menopausia que incorpore de forma sistemática la evaluación de la imagen corporal, permitiendo identificar a las mujeres con mayor vulnerabilidad emocional y optimizar el acompañamiento clínico, terapéutico y educativo en esta etapa vital.



## MENOPAUSIA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PATRONES DE TRATAMIENTO HORMONAL Y SINTOMÁTICO

Oreja-Guevara, C (1); Mezquita Casablanca, J (1); Paz Tamayo, A (1); Coronado Martín, P (1); Gómez Estévez, I (1)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**Palabras clave:** menopausia, esclerosis múltiple, calidad de vida, tratamiento hormonal

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Evaluar el uso de tratamientos hormonales y sintomáticos durante la menopausia en mujeres con esclerosis múltiple (EM), así como su impacto sobre la calidad de vida.

**Material / Método:** Estudio observacional transversal en 98 mujeres con EM en menopausia. La calidad de vida se valoró mediante la Escala Cervantes Reducida (SF16). Se analizaron variables clínico-demográficas, uso de terapia hormonal de la menopausia (THM) y de tratamiento sintomático, incluyendo psicofármacos y medicación para la incontinencia urinaria. La elegibilidad para THM se evaluó con una herramienta estandarizada según criterios de la SEGO.

**Resultados:** La edad media fue de 52 años y el tiempo medio desde la última menstruación de 4 años. Las peores puntuaciones se observaron en los dominios psíquico y menopausia-salud. La puntuación global media en la Escala Cervantes fue de 37,6 (DE 19,0). El 50% presentó deterioro de la calidad de vida: 29,6% leve y 20,4% moderado. Un 65% refería ansiedad, un 76% fatiga y un 51% alteraciones urinarias. Durante la menopausia comparado con el año previo a la premenopausia aumentó el uso de antidepresivos (33%), ansiolíticos (42%), hipnóticos (33%) y fármacos urinarios (48%), asociado a peor calidad de vida basal. Solo el 7,1% recibía THM, pese a que el 56,5% era elegible para THM oral combinada y el 83% para THM transdérmica combinada.

**Comentarios y conclusiones:** La menopausia empeora la calidad de vida en mujeres con EM y potencia síntomas invisibles compartidos por ambos procesos. La baja utilización de THM contrasta con la alta elegibilidad observada

# SALUD SEXUAL EN MUJERES CON VIH DURANTE EL CLIMATERIO: DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN SEXOPEDAGÓGICA CENTRADA EN EL BIENESTAR. PROGRAMA: CUERPOS QUE SIENTEN

Sánchez Méndez, S (1); Bailón Álvarez, L (2); Sánchez-Migallón Pérez, A (3); Muñoz Gómez, S (2); Echeverría Bermúdez, P (2)

(1) ASSIR Badalona Sant Adrià. Barcelona

(2) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona (3) ASSIR Badalona Sant Adrià - Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

**Palabras clave:** Menopausia, salud sexoafectiva, VIH.

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Visibilizar las necesidades específicas en salud sexual de mujeres que viven con VIH durante las distintas etapas del climaterio y presentar el diseño de un recurso sexopedagógico adaptado a esta población.

**Material / Método:** Se realizó una revisión bibliográfica cualitativa de tipo documental sobre salud sexual, VIH, envejecimiento y climaterio en bases de datos biomédicas y psicosociales. Se analizaron guías clínicas y recursos educativos existentes, identificando carencias en materiales dirigidos a mujeres con VIH en edad media y avanzada. A partir de este análisis se diseñó el recurso didáctico estructurado “Cuerpos que sienten”, compuesto por 10 sesiones vivenciales organizadas según las etapas del climaterio, con enfoque sexológico, interseccional y afirmativo del deseo.

**Resultados:** La revisión evidenció una escasez de intervenciones que integren VIH, menopausia y bienestar sexual desde una perspectiva no patologizante. El recurso propuesto aborda cambios hormonales, autoimagen, deseo, vínculos y erotismo en la madurez, promoviendo el autocuidado corporal, la resignificación del placer y la autonomía sexual. Su estructura modular permite la aplicación en contextos comunitarios y sanitarios mediante equipos interdisciplinarios.

**Comentarios y conclusiones:** Las mujeres con VIH atraviesan el climaterio con mayor vulnerabilidad biopsicosocial y menor acceso a recursos sexológicos. Integrar intervenciones educativas centradas en el placer y el cuerpo vivido puede mejorar su bienestar sexual y emocional. Se propone la validación futura del programa en entornos clínicos y comunitarios.

## PLENIPAUSIA 3.0: MODELO ESTRUCTURADO DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES SINTOMÁTICAS

Albero, S

*Centro ginecológico Plenipausia. Alicante*

**Palabras clave:** “Terapia hormonal menopáusica“, “Estratificación de riesgo“, “Medicina personalizada“

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Evaluar el impacto clínico, la seguridad y la eficiencia asistencial del modelo Plenipausia 3.0, un programa estructurado de estratificación de riesgo y tratamiento personalizado en mujeres con sintomatología climática.

**Material / Método:** Estudio prospectivo observacional en consulta privada entre mayo de 2024 y enero de 2026. Se incluyeron mujeres con síntomas compatibles con transición menopáusica. El modelo Plenipausia 3.0 integra cuestionario clínico estructurado, escala Cervantes modificada, evaluación de estilo de vida, preferencias terapéuticas y algoritmo de elegibilidad para terapia hormonal de la menopausia (THM), con generación automatizada de informes y seguimiento protocolizado. Se analizaron síntomas, calidad de vida, adherencia y seguridad. Se realizó comparación pre-post a 12 semanas mediante test t para muestras relacionadas. Se efectuó análisis longitudinal en pacientes con seguimiento posterior.

**Resultados:** Se incluyeron 82 mujeres (edad media  $53,5 \pm 6,8$  años), de las cuales 67 completaron 12 semanas (87%). La puntuación global de la escala Cervantes disminuyó significativamente de  $58,3 \pm 12,4$  a  $32,1 \pm 10,6$  ( $-26,2$ ; IC95%  $-29,8$  a  $-22,6$ ;  $p < 0,001$ ). Se observaron mejorías en síntomas vasomotores ( $-41\%$ ), sueño ( $-35\%$ ) y energía ( $+32\%$ ). El algoritmo permitió identificar factores de riesgo no detectados previamente en el 18%, modificando la indicación de THM. No se registraron eventos adversos. El modelo redujo la evaluación inicial a una única consulta. En 43 pacientes con seguimiento adicional, se observó mejoría adicional de 15 puntos ( $p=0,004$ ) y mantenimiento de los beneficios, con cambios sostenidos en ejercicio, sueño y gestión del estrés. El 76% mantuvo THM.

**Comentarios y conclusiones:** El modelo Plenipausia 3.0 es factible, seguro y mejora de forma significativa los síntomas y la calidad de vida. Su aplicación clínica permite optimizar la indicación de THM, mejorar la adherencia y reducir la carga asistencial. Este enfoque estructurado puede ser aplicable en distintos niveles asistenciales.

# VARIACIÓN SOMÁTICA, DE COMPOSICIÓN CORPORAL Y ÓSEA EN MUJERES CON MENOPAUSIA TEMPRANA

Prado, C (1); Urquiza Gorrochategui, M (1); Manzano Ovies, B (2); Borroto Castellano, M (2); Camps Calzadilla, E (2)

(1) Universidad Autónoma de Madrid

(2) Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba

**Palabras clave:** Menopausia temprana, Bioimpedancia, DEXA

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Existen consecuencias clínicas y epidemiológicas en menopausias tempranas a nivel degenerativo-metabólico. Son menos conocidos los cambios en composición corporal en fallos ováricos tempranos. El caracterizar la variación somática en mujeres entre 55 y 65 con menopausia temprana o fisiológica es nuestro objetivo.

**Material / Método:** En 329 mujeres posmenopáusicas, aleatoriamente seleccionadas se clasificaron según edad de menopausia: temprana (< 45 años, N=92) y mujeres similares en edad (N=237) y estatus social, pero con menopausia en edad fisiológica normal. Se emplearon Antropometría (IBP), Bioimpedancia Tetrapolar y DEXA (L2-L4; Cabeza de fémur y Total).

**Resultados:** No hay diferencia antropométrica en menopáusicas tempranas y controles, solo apreciable en la estatura actual ( $156,2 \pm 6,69$  controles  $153,7 \pm 5,44$  tempranas,  $p > 0.001$ ). La estatura referida a los 25 años.  $159,25$  y  $158,01$  no difiere estadísticamente. La adiposidad en tempranas y controles es similar ( $36,8\%$  y  $36,52\%$ ) igual % de agua corporal variando significativamente en masa libre de grasa ( $39,5 \pm 5.0$  kg controles/  $38,3 \pm 4,5$  tempranas;  $p > 0.04$ ). y en DMO en columna lumbar ( $0,82 \pm 0,14$  y  $0,78 \pm 0,10$ ;  $p > 0.001$ ). Solo el  $2,17\%$  habían tenido o tenían THS.

**Comentarios y conclusiones:** Se evidencia una similitud de consecuencias somáticas y composición corporal tras la menopausia sea temprana o en edad fisiológica. Los aspectos degenerativos óseos y musculares están más presentes en tempranas con merma de calidad de vida. Existe infra indicación de TSH como estrategia preventiva en la protección de la salud ósea y en la prevención de la disminución de masa muscular. Observándose que porcentaje graso, podría desempeñar un papel modulador secundario en el riesgo de fractura.

# CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE MENOPAUSIA EN PROFESIONALES SANITARIOS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Becerro Cortizas, A (1); Paredes Goenaga, J (1); Telleria Bereciartua, I (1); Lure Berregui, M (1); Barinaga-Rementeria Zabaleta, ML (1)

(1) Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa

**Palabras clave:** “menopausia“, “práctica clínica“, “Formación profesional“

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas clínicas ante la menopausia entre profesionales sanitarios

**Material / Método:** Estudio observacional transversal mediante encuesta anónima online dirigida a profesionales sanitarios. Participaron 128 profesionales, mayoritariamente ginecólogos/as (70,2%), seguidos de matronas (16,7%) y médicos de familia (8,3%).

**Resultados:** El 54,7% de los encuestados valoró su conocimiento global sobre menopausia como aceptable o insuficiente, y solo el 50% mostró un conocimiento adecuado de la fisiología hormonal de la transición menopáusica. El 59,4% refirió conocer las indicaciones actuales de la terapia hormonal de la menopausia (THM) y el 60,9% opciones no hormonales con respaldo científico.

Sin embargo, menos de la mitad conocía escalas clínicas para cuantificar la gravedad de los síntomas (46,5%) y su uso en la práctica habitual fue limitado. Aunque el 57,8% conocía el estudio WHI de 2002, solo la mitad identificó correctamente su reinterpretación actual. La retirada del boxed warning de la FDA era conocida por el 52,3%, y solo el 57,6% de estos comprendía bien sus implicaciones clínicas. El diagnóstico fue mayoritariamente clínico (91%) y la confianza para prescribir THM moderada o alta en el 72%. Las principales barreras percibidas fueron el temor a la THM (97,0%) y la falta de tiempo en consulta (76,1%). El 90,6% consideró la menopausia infradiagnosticada.

**Comentarios y conclusiones:** Existe una brecha significativa entre el conocimiento percibido y la aplicación clínica de la evidencia en menopausia, lo que condiciona el abordaje terapéutico.

La infradiagnos e infratratamiento persisten por déficits formativos y barreras organizativas, reforzando la necesidad de formación práctica y actualizada basada en la evidencia.



# SALUD SEXUAL Y SÍNDROME GENITOURINARIO: RESIGNIFICACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y RESULTADOS CLÍNICOS DESDE UN ENFOQUE MIXTO

Martínez Villarejo, L. (1); Alarcón Diana, M.P. (2); Coghen Viguera, I. (3); Sanz Díaz, C. (4); Rico Blázquez, M. (5)

(1) Centro de salud Barajas. Madrid

(2) Centro de salud Santa Mónica. Madrid

(3) Centro de salud Los Cármes. Madrid

(4) Centro de salud Panaderas. Madrid

(5) Unidad de apoyo a la investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

**Palabras clave:** Sexual Health, Menopause, Quality of Life

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de una intervención en salud sexual en la mejora de la CVRS de mujeres con SGM, y explorar sus experiencias.

**Material / Método:** Ensayo clínico aleatorizado, 250 mujeres (45-65 años) atendidas en AP de Madrid, en menopausia o transición, con SGM. El grupo control recibió la práctica habitual. El experimental recibió además la intervención EXIME (expresión, análisis, información y habilidades en sexualidad) Variable principal: calidad de vida en menopausia; variables secundarias: sociodemográficas, historia sexual, suelo pélvico y clínica. Evaluación ciega 1-6 meses. Análisis por intención de tratar: diferencias de medias, cambios intrasujeto y regresión lineal múltiple. Cinco años después se desarrolló un estudio fenomenológico con entrevistas abiertas en el grupo experimental. Muestreo intencional, identificación de fragmentos relevantes,

mapa conceptual y agrupación de campos temáticos con codificación.

**Resultados:** La diferencia en la calidad de vida fue mayor en grupo experimental 1 mes (T1) -2.62 (-1.04-6.29), y 6 meses (T2) -2.61 (-0.92-6.16). El cambio intrasujeto en grupo experimental T1-T0 fue -2.46 (-4.95-0.02), y T2-T0 -2.60 (-5.28-0.79) a favor de la intervención. Se observaron diferencias significativas en pH vaginal, y suelo pélvico. Un 98,3% presentó dificultad sexual. El análisis cualitativo reveló sensación de desatención y una resignificación de la sexualidad. Emergió la importancia de prácticas diversas como alternativa a la complacencia.

**Comentarios y conclusiones:** La intervención mejoró la CVRS con un impacto comparable con terapias naturales. El enfoque mixto permitió integrar resultados clínicos con experiencias. Esta intervención podría complementar otros tratamientos y ofrecer una educación sexual accesible. Los hallazgos subrayan la necesidad de acompañar con perspectiva integral.

# EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD TRAS LA CIRUGÍA DE CÁNCER DE MAMA: SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DE LOS SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS

Cortell Aznar, S

HLA La Vega. Murcia

**Palabras clave:** Supervivientes de cáncer de mama, Calidad de vida relacionada con la salud, Escala de Cervantes

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Evaluar los cambios longitudinales en la sintomatología climatérica entre los 6 y 12 meses después de la cirugía en sobrevivientes de cáncer de mama, y explorar si las trayectorias de los síntomas difieren según la edad o factores clínicos y relacionados con el tratamiento, utilizando la diferencia mínima clínicamente importante para contextualizar la relevancia clínica.

**Material / Método:** Estudio de cohorte longitudinal prospectivo que incluyó a 181 mujeres intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama en el Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante, España) entre abril de 2023 y abril de 2024. Los síntomas climatéricos se evaluaron a los 6 y 12 meses de la cirugía mediante la Escala Cervantes reducida.

**Resultados:** La puntuación total del SC-16 mostró una mejoría estadísticamente significativa entre los 6 y los 12 meses; sin embargo, la magnitud del cambio se mantuvo por debajo de la diferencia mínima clínicamente significativa, lo que indica falta de relevancia clínica. Se observaron mejoras modestas específicas por edad, que alcanzaron la significación estadística en mujeres de 40-49, 50-59 y 60-69 años, pero se mantuvieron consistentemente por debajo de la diferencia mínima clínicamente significativa. Ninguna variable clínica, de estilo de vida o relacionada con el tratamiento se asoció con trayectorias diferenciales de los síntomas.

**Comentarios y conclusiones:** Entre 6 y 12 meses después de la cirugía, la carga de síntomas climatéricos en las sobrevivientes de cáncer de mama mostró cambios limitados y ninguna mejoría clínicamente significativa. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias de manejo tempranas, proactivas y multidisciplinarias para mejorar la sintomatología climatérica en estas pacientes.

# EVALUAR LA ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y AFECTACIÓN DE LA ESFERA SEXUAL EN MUJERES EN PERI/POSMENOPAUSIA

Alcalá García, RM (1); González Muñoz, C (1); Pestaña Jiménez, L (1); Romero Aparicio, MJ (1); Presa Lorite, JC (1)

(1) Hospital Materno Infantil Jaén

**Palabras clave:** IMC, Escala Cervantes, esfera sexual.

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** El sobrepeso y la obesidad aumentan en la transición menopáusica y se asocian a inflamación crónica, resistencia insulínica y alteraciones hormonales que podrían impactar en la salud sexual. Sin embargo, la relación entre índice de masa corporal (IMC) y esfera sexual en mujeres en peri/posmenopausia sigue poco caracterizada en la práctica clínica habitual.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre el IMC y la afectación de la esfera sexual medida mediante la Escala Cervantes resumida en mujeres atendidas en consulta de menopausia.

**Material / Método:** Estudio observacional transversal analítico. Se incluyeron 113 mujeres en peri/posmenopausia. El IMC se analizó como variable continua y por categorías (normopeso < 25, sobrepeso

25–29,9 y obesidad  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>). La esfera sexual (0–6) se obtuvo sumando dos ítems de la Escala Cervantes (disminución del deseo y dolor en relaciones; mayor puntuación = peor afectación). Se emplearon pruebas no paramétricas para comparación entre grupos y regresión lineal multivariable ajustada por edad y estatus menopáusico.

**Resultados:** La mediana del dominio sexual fue 2 en normopeso, 3 en sobrepeso y 4 en obesidad ( $p=0,027$ ). Se observó correlación positiva entre IMC y afectación sexual ( $p=0,223$ ;  $p=0,017$ ). En el modelo ajustado, cada incremento de 1 kg/m<sup>2</sup> de IMC se asoció con un aumento de 0,075 puntos en la puntuación sexual (IC95% 0,007–0,143;  $p=0,031$ ).

**Comentarios y conclusiones:** Un mayor IMC se asocia de forma independiente con peor esfera sexual en mujeres en menopausia. La intervención sobre el peso podría representar una estrategia complementaria para mejorar la calidad de vida sexual en esta población.

# EVALUAR LA ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA CERVANTES RESUMIDA EN MUJERES ATENDIDAS EN UNA CONSULTA DE MENOPAUSIA

Alcalá García, RM (1); González Muñoz, C (1); Pestaña Jiménez, L (1); Romero Aparicio, MJ (1); Presa Lorite, JC (1)

(1) Hospital Materno Infantil Jaén

**Palabras clave:** IMC, Escala Cervantes

**Tipo:** Comunicación oral

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y la puntuación total de la Escala Cervantes resumida en mujeres atendidas en una consulta de menopausia. Como objetivos secundarios, analizar dicha asociación por dominios y tras ajuste por variables clínicas relevantes.

**Material / Método:** Estudio observacional transversal analítico. Se incluyeron consecutivamente 121 mujeres en peri y posmenopausia. Se recogieron peso, talla, IMC y variables clínicas (edad, estatus menopáusico, terapia hormonal menopáusica [THM], síntomas vasomotores y comorbilidad). La calidad de vida se evaluó mediante la Escala Cervantes resumida (0–39, mayor puntuación = peor calidad de vida). Se realizó análisis descriptivo, correlación (Pearson), comparación por categorías de IMC y regresión lineal multivariable.

**Resultados:** La edad media fue  $51,5 \pm 6,4$  años y el IMC medio  $25,9 \pm 4,9$  kg/m<sup>2</sup>. La puntuación media de la Escala Cervantes fue  $17,5 \pm 8,1$ . Se observó una correlación positiva significativa entre IMC y puntuación total ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,002$ ).

Las mujeres con mayor IMC presentaron puntuaciones significativamente superiores (Kruskal–Wallis  $p = 0,009$ ). En regresión ajustada, el IMC mantuvo asociación independiente con peor calidad de vida ( $\beta = 0,32$ ; IC95% 0,03–0,61;  $p = 0,03$ ). La asociación fue significativa en los dominios físico, sexual y de autopercepción.

**Comentarios y conclusiones:** El exceso ponderal en nuestra población de estudio, se asocia de forma independiente con peor calidad de vida relacionada con la menopausia, especialmente en la esfera física y sexual. El abordaje del peso podría constituir un objetivo terapéutico complementario en la atención integral de estas pacientes.

# POSTERS



## ¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN SOBRE LA INTRODUCCIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EN MENOPAUSIA?

González Cortés, MT (1); Martínez Vilchez, M (1); Mena Rubio, M (1); Ramírez Cantero, G (1)

(1) Hospital de Jaén

**Palabras clave:** Menopausia, cribado mama

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Conocer la percepción de un grupo de mujeres en menopausia de nuestra área de influencia sobre la introducción de nuevas tecnologías basadas en inteligencia artificial (IA) que ayuden al diagnóstico del cáncer de mama.

**Material / Método:** Se ha diseñado un estudio observacional, a través de un cuestionario con 28 preguntas, todas en relación a las características sociodemográficas de las participantes, así como sobre su opinión acerca de la IA desde distintos puntos de vista.

**Resultados:** Tras el análisis estadístico llevado a cabo,

se observó que el uso previo de tecnología en estas pacientes resultó ser el factor más determinante de cara a adoptar una actitud favorable, no solo ante el uso de la IA para el cribado de cáncer de mama sino en general en el ámbito sanitario.

En cuanto a la edad como otro elemento relevante, resultó que el 84% de las mayores de 50 años, frente al 48.3% de las menores de 50 años, afirmaron confiar más en el programa de cribado actual ( $p=0.0008$ ).

**Comentarios y conclusiones:** Aunque las mujeres muestran un razonable grado de aceptación acerca de la incorporación de este tipo de tecnología, sobre todo las más jóvenes, por lo general, el conocimiento que se tiene sobre ello es escaso. Por ello, se hace indispensable hacer a las mujeres partícipes de los avances de la inteligencia artificial en salud para no menoscabar su confianza.

## SEQUEDAD, DOLOR Y SILENCIO: RESOLVIENDO EL SGUM

González Cortés, MT (1); Mena Rubio, M (1); Martínez Vilchez, M (1); González Muñoz, C (1); Presa Lorite, JC (1)

(1) HMI Jaén

**Palabras clave:** SGUM, sexualidad, prasterona

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir la evolución clínica y la respuesta terapéutica secuencial en una mujer posmenopáusica con síndrome genitourinario de la menopausia tratada de forma escalonada desde terapias no hormonales hasta las hormonales.

**Material / Método:** Estudio descriptivo de caso clínico. Mujer de 56 años, menopausia a los 52 que acude a consulta de ginecología por dispareunia leve-moderada y escozor ocasional. En la exploración se evidencia atrofia genital leve, mucosa vaginal pálida, fina, con disminución de pliegues. Inicialmente se indicó tratamiento no hormonal con hidratantes vaginales con ácido hialurónico y lubricante a petición de la paciente. Ante la escasa mejoría al año, se inició terapia con estrógenos locales con respuesta parcial a los 9 meses por lo que se cambia a prasterona intravaginal diaria.

**Resultados:** Tras un año de tratamiento no hormonal, persistieron sequedad vaginal y dispareunia, con impacto negativo en la vida sexual. Con estrógenos locales se objetivó mejoría parcial sintomática y clínica, aunque persistía incomodidad residual. El cambio a prasterona intravaginal produjo desaparición completa de la dispareunia, adecuada hidratación vaginal y recuperación de la actividad sexual. En la exploración final se observó mucosa vaginal más trófica, elástica y bien lubricada, asociándose a una mejora significativa del confort vulvovaginal y de la calidad de vida.

**Comentarios y conclusiones:** El manejo escalonado del síndrome genitourinario de la menopausia permite individualizar el tratamiento según la respuesta clínica. La prasterona constituye una alternativa eficaz cuando hidratantes y estrógenos locales resultan insuficientes, logrando remisión sintomática, mayor satisfacción terapéutica y notable mejora de la calidad de vida.

# DESEQUILIBRIO MICRO-LINFÁTICO VULVAR COMO MECANISMO DE APARENTE RECURRENCIA TRAS LABIOPLASTIA: CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA Y PROPUESTA CONCEPTUAL

González Isaza, P (1); Sánchez-Prieto, M (2); Escribano Tórtola, JJ (3); Sánchez-Borrego, R (4)

(1) Hospital Universitario San Jorge. Pereira, Colombia

(2) Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona

(3) Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid

(4) DIATROS. Barcelona

**Palabras clave:** Labioplastia, linfedema vulvar, desequilibrio micro-linfático

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir un caso clinicopatológico de dilatación localizada de canales linfáticos que se presentó como aparente recurrencia de hipertrofia de labios menores tras labioplastia primaria y proponer un marco conceptual, anatómicamente fundamentado y generador de hipótesis, que explique este hallazgo.

**Material / Método:** Paciente de 16 años que desarrolló aumento apical unilateral 90 días después de una labioplastia con láser CO<sub>2</sub> preservadora del paquete neurovascular. Se realizó cirugía de revisión. El tejido resecado fue sometido a evaluación histopatológica. Los hallazgos se interpretaron en relación con datos contemporáneos de cartografía linfática vulvar mediante verde de indocianina.

**Resultados:** La evaluación intraoperatoria evidenció fibrosis subepitelial focal y engrosamiento estromal limitados al segmento apical labial. El estudio histológico mostró múltiples canales linfáticos dilatados, de pared fina, inmersos en estroma edematoso y fibroso, sin signos de neoplasia mesenquimal. La distribución topográfica se correspondía con la vía linfática superficial superior descrita en estudios de mapeo con verde de indocianina.

**Comentarios y conclusiones:** El desequilibrio micro-linfático localizado puede constituir un mecanismo infrecuente pero anatómicamente plausible en determinados casos de aparente recurrencia tras labioplastia. El reconocimiento de las vías de drenaje linfático superficial vulvar podría optimizar la interpretación de asimetrías postoperatorias y la técnica quirúrgica en territorios anatómicamente concentrados. Se requieren estudios prospectivos con imagen linfática y validación histológica para confirmar esta hipótesis.

## PAPEL DEL GINECÓLOGO/A EN LA OSTEOPOROSIS ASOCIADA A ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA MUJER POSMENOPÁUSICA

Romero Duarte, P (1); Sánchez-Prieto, M (2); Romero Domínguez, M (3); Presa Lorite, JC (4),  
Grupo de Osteoporosis de la AEEM (5)

- (1) Hospital Universitario de Poniente. Almería  
(2) Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona  
(3) Hospital Quirónsalud Málaga  
(4) Hospital Universitario de Jaén  
(5) Grupo de Osteoporosis de la AEEM

**Palabras clave:** Menopausia, osteoporosis, ginecología, enfermedades reumáticas, estratificación del riesgo

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar el impacto de las enfermedades reumáticas sobre el riesgo de fragilidad y fractura en la mujer posmenopáusica, y definir el papel del ginecólogo/a en la evaluación y manejo integral de la osteoporosis secundaria, conforme a las recomendaciones actuales.

**Material / Método:** Revisión narrativa estructurada de la evidencia científica y guías clínicas internacionales sobre osteoporosis asociada a artritis reumatoide, artrosis y uso crónico de glucocorticoides. Se integraron herramientas de estratificación de riesgo (DXA, FRAX y TBS) y opciones terapéuticas, incluyendo terapia hormonal de la menopausia (THM), con enfoque aplicado a la práctica clínica ginecológica.

**Resultados:** La artritis reumatoide se asocia a incremento significativo del riesgo de fractura, parcialmente independiente de la densidad mineral ósea (DMO), mediado por inflamación sistémica, sarcopenia y glucocorticoides. La artrosis puede sobreestimar la DMO lumbar y enmascarar el riesgo real. FRAX puede infraestimar el riesgo en enfermedad inflamatoria activa si no se ajusta por dosis de glucocorticoides o gravedad clínica. La THM reduce la resorción ósea y previene la pérdida de masa ósea en mujeres sintomáticas menores de 60 años o dentro de los 10 años de la menopausia, y es tratamiento de elección en insuficiencia ovárica prematura. En riesgo alto o muy alto están indicadas terapias antirresortivas o anabólicas.

**Comentarios y conclusiones:** La valoración no debe basarse exclusivamente en la DMO, sino integrar factores clínicos, inflamatorios y funcionales.

El ginecólogo/a desempeña un papel estratégico en la identificación precoz y el abordaje coordinado de la osteoporosis secundaria en enfermedades reumáticas, optimizando la prevención de fracturas.

## EJERCICIO FÍSICO Y PREVENCIÓN DE FRACTURAS EN LA MUJER POSMENOPÁUSICA

Medal Antiñolo, J (1); Romero Duarte, P (2); Delgado García, S (3); Martínez Más, J (4);  
Grupo de Osteoporosis de la AEEM (5);

- (1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga  
(2) Hospital Universitario de Poniente. Almería  
(3) Hospital Universitario de Alicante  
(4) Centro Ginecológico CIAGO. Murcia  
(5) Grupo de Osteoporosis de la AEEM

**Palabras clave:** OSTEOPOROSIS, EJERCICIO FÍSICO, FRACTURAS, POSICIONAMIENTO DEL GRUPO

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Revisar la evidencia actual sobre el papel del ejercicio físico en la prevención de la pérdida ósea y de las caídas en mujeres posmenopáusicas, integrándolo en el abordaje estructurado de la osteoporosis según las recomendaciones de la Menoguía AEEM.

**Material / Método:** Revisión narrativa estructurada de ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis y guías de práctica clínica sobre ejercicio, densidad mineral ósea (DMO), calidad ósea y prevención de caídas en mujeres posmenopáusicas con osteopenia u osteoporosis. Se analizaron intervenciones de fuerza progresiva, impacto, entrenamiento multicomponente y programas domiciliarios.

**Resultados:** El entrenamiento de fuerza progresivo es la intervención no farmacológica con mayor impacto

osteogénico, reduciendo la pérdida de DMO e incluso estabilizándola en columna y cadera cuando se realiza 2–3 veces por semana durante al menos 6–12 meses. Los programas multicomponente que combinan fuerza, equilibrio y coordinación reducen el riesgo de caídas hasta un 30–35%. El ejercicio aeróbico de bajo impacto, aislado, no genera estímulo osteogénico suficiente. La evidencia respalda la integración del ejercicio como pilar terapéutico junto al tratamiento farmacológico en mujeres con riesgo alto o muy alto de fractura.

**Comentarios y conclusiones:** La DMO no debe interpretarse de forma aislada; el riesgo de fractura depende también de función muscular y riesgo de caída. El ejercicio estructurado mejora fuerza, equilibrio y autonomía funcional.

El ejercicio de fuerza y equilibrio constituye una estrategia coste-efectiva, segura y esencial en la prevención primaria y secundaria de fracturas en la mujer posmenopáusica. Su prescripción debe ser individualizada e incorporarse de forma sistemática al manejo integral de la osteoporosis.



## THM PERSONALIZADA EN PACIENTE CON ENDOMETRIOSIS Y MENOPAUSIA

Ramírez Cantero, G (1); Álvarez Esteve, A (1); Martínez Vílchez, M (1); Salas Arias, N (1);  
Fernández Rísquez, AC (1)

(1) Hospital Universitario de Jaén

**Palabras clave:** Terapia hormonal de la menopausia; BRCA; Anexectomía bilateral profiláctica; Menopausia quirúrgica

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar el manejo individualizado de la terapia hormonal de la menopausia (THM) en paciente con antecedentes de endometriosis, útero conservado y función ovárica comprometida.

**Material / Método:** Presentación de caso clínico y revisión breve de la evidencia disponible.

**Resultados:** Paciente de 46 años con antecedente de anexectomía unilateral derecha por endometriosis y ovario contralateral estructuralmente conservado pero funcionalmente inactivo tras múltiples quistectomías por endometriomas. Consulta por amenorrea de 10 meses,

sofocos moderados, insomnio y síndrome genitourinario. Analítica compatible con menopausia. Se inicia THM con estradiol transdérmico continuo asociado a progesterona micronizada oral. A los tres meses presenta desaparición de la sintomatología vasomotora y mejoría del sueño y la sequedad vaginal. En seguimiento anual no se objetiva recurrencia clínica ni ecográfica.

**Comentarios y conclusiones:** En mujeres con endometriosis y menopausia, la indicación de THM requiere balance riesgo-beneficio y adecuada protección endometrial. El uso de estrógenos transdérmicos a dosis fisiológicas junto a gestágenos continuos reduce el estímulo sobre posibles focos residuales.

La THM es una herramienta segura y eficaz en pacientes en menopausia con endometriosis cuando se individualiza el esquema terapéutico y se realiza seguimiento clínico adecuado. La personalización permite mejorar calidad de vida sin aumentar recurrencias.

# TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA TRAS ANEXECTOMÍA BILATERAL PROFILÁCTICA EN PORTADORAS JÓVENES DE BRCA

Ramírez Cantero, G

(1) Hospital Universitario de Jaén

**Palabras clave:** Terapia hormonal de la menopausia; BRCA; Anexectomía bilateral profiláctica; Menopausia quirúrgica; Insuficiencia ovárica precoz.

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar el uso de terapia hormonal de la menopausia (THM) en pacientes jóvenes portadoras de mutación BRCA sometidas a anexectomía bilateral profiláctica y describir los principales motivos de indicación o no prescripción.

**Material / Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 20 pacientes portadoras de BRCA (1 y 2) intervenidas mediante salpingo-ooforectomía bilateral. Se recogió uso de THM sistémica, tipo de tratamiento y motivo clínico documentado para su indicación o rechazo.

**Resultados:** De las 20 pacientes, 7 (35%) reciben THM sistémica y 13 (65%) no la reciben. Dos pacientes utilizan únicamente estrógenos locales. Los principales

motivos de indicación fueron: sintomatología climática moderada-severa (sofocos, insomnio, alteración del estado de ánimo), atrofia/sequedad vaginal y prevención de síntomas asociados al hipoestrogenismo precoz. Entre los motivos de no uso destacan: ausencia o buena tolerancia de síntomas, miedo o desconfianza al tratamiento pese a indicación médica, edad avanzada y control de síntomas con alternativas no hormonales. En varios casos se documenta oferta de tratamiento rechazada por la paciente.

**Comentarios y conclusiones:** En esta cohorte, el uso de THM tras anexectomía profiláctica es inferior al esperado pese a sintomatología frecuente. La evidencia demuestra que, en portadoras BRCA sin cáncer de mama previo, la THM hasta la edad fisiológica de la menopausia no aumenta el riesgo de cáncer de mama y mejora calidad de vida, salud ósea, cardiovascular y función cognitiva. Es fundamental reforzar la información y el asesoramiento para reducir el infratratamiento en mujeres jóvenes con menopausia quirúrgica.

# FRACASO TERAPÉUTICO CON BIFOSFONATOS EN OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA DE MUY ALTO RIESGO: IMPORTANCIA DE LA ESTRATEGIA SECUENCIAL EN MUJER OCTOGENARIA

Álvarez Esteve, A (1); Ramírez Cantero, G (1); Ortuño Blanco, A (1); Fernández Rísquez, AC (1); Presa Lorite, JC (1)

(1) Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Jaén

**Palabras clave:** Osteoporosis – Bifosfonatos – Terapia secuencial

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico ante pérdida significativa de masa ósea bajo tratamiento prolongado con bifosfonatos en una paciente octogenaria con fractura previa por fragilidad, destacando la importancia de la reevaluación periódica y de la estrategia terapéutica secuencial en osteoporosis de alto riesgo.

**Material / Método:** Caso clínico de mujer de 82 años derivada por prolapso genital. En la valoración integral se objetivó empeoramiento osteomuscular y descenso densitométrico significativo pese a tratamiento prolongado con risedronato semanal y calcio/vitamina D durante cinco años. Se realizó revisión de antecedentes, exploración ginecológica, ecografía transvaginal, densitometría ósea comparativa (DEXA) y estudio analítico completo con perfil fosfocálcico y metabólico

previo a cambio terapéutico.

**Resultados:** Tras el antecedente de fractura radial por fragilidad (2014–2015), los resultados de la densitometría reciente: columna lumbar T-score -2,5; cuello femoral -3,2; fémur total -2,4, con descenso >5% de DMO respecto 2023, compatible con pérdida significativa de DMO bajo tratamiento junto con una analítica normal; se consideró fracaso terapéutico en contexto de muy alto riesgo fracturario (edad >80 años, fractura por fragilidad previa y T-score < -3,0). Se decidió suspender bifosfonato e inició abaloparatida; por intolerancia clínica se cambió a denosumab semestral.

**Comentarios y conclusiones:** La pérdida >5% de DMO bajo bifosfonatos debe interpretarse como fracaso terapéutico y obliga a reevaluación estructurada. En pacientes de muy alto riesgo, la estrategia secuencial con osteoformadores seguida de antirresortivos es el enfoque óptimo, aunque la tolerabilidad condiciona la práctica real. La individualización terapéutica es esencial en la mujer octogenaria.

## MENOPAUSIA Y FRACTURA VERTEBRAL CON DMO NO OSTEOPORÓTICA: IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GINECOLÓGICA INTEGRAL

Álvarez Esteve, A (1); Ramírez Cantero, G (1); Moreno Champale, M (1); Miranda Bonal, M (2); Presa Lorite, JC (1)

(1) Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Jaén (2) Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

**Palabras clave:** Fractura vertebral, DEXA no osteoporótica, Menopausia

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir un caso de fracturas vertebrales múltiples en mujer posmenopáusica con densitometría en rango no osteoporótico, destacar el antecedente de fractura por fragilidad como criterio independiente de muy alto riesgo y reforzar el papel del ginecólogo en el inicio precoz de tratamiento y coordinación multidisciplinar.

**Material / Método:** Caso clínico de mujer posmenopáusica de 54 años remitida a consulta ginecológica. Se revisaron antecedentes, TAC dorsal, densitometría ósea (DEXA), estudio analítico completo de metabolismo óseo y cálculo de riesgo mediante FRAX®.

**Resultados:** Menopausia a los 51 años, exfumadora, sin antecedentes familiares de fractura ni tratamientos osteopenizantes. Consultó por dorsalgia persistente tras esfuerzo. TAC dorsal evidenció aplastamientos D8–D9,

hundimiento D10–D12 y acúñamiento D7, compatibles con fracturas vertebrales múltiples y osteopenia radiológica.

La DEXA mostró osteopenia (lumbar T-score –1,7; cuello femoral –1,7; cadera total –1,8). FRAX®: fractura mayor 3,3%; cadera 0,3%. Estudio analítico normal.

Pese a T-score no osteoporótico y FRAX® bajo, el antecedente de fracturas vertebrales múltiples por fragilidad la sitúa en categoría de muy alto riesgo. Se inició risedronato semanal, optimización de vitamina D y derivación a Endocrinología y Reumatología para valoración secuencial.

**Comentarios y conclusiones:** La fractura vertebral por fragilidad define osteoporosis clínica, incluso con T-score en rango de osteopenia. El FRAX® puede infraestimar el riesgo en presencia de fracturas prevalentes. El ginecólogo debe identificar discordancias densitométricas, iniciar tratamiento precoz y coordinar el manejo multidisciplinar, basando la decisión terapéutica en el riesgo clínico global y no exclusivamente en la DMO.

## OSTEOPOROSIS GRAVE Y MENOPAUSIA CON ALTA AFECTACIÓN DE CALIDAD DE VIDA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Mena Rubio, M (1); González Cortés, MT (1); Miranda Bonal, M (2); Moreno Champale, M (1); Presa Lorite, JC (1)

(1) Hospital Universitario de Jaén (2) Hospital de Úbeda. Jaén

**Palabras clave:** Menopausia, osteoporosis

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Destacar la importancia del abordaje multidisciplinar en una mujer de 47 años con osteoporosis grave y marcada sintomatología climatérica, enfatizando la precocidad del cuadro, la severidad densitométrica y el elevado impacto funcional y emocional.

**Material / Método:** Caso clínico de mujer de 47 años, fumadora (12–15 cigarrillos/día), en menopausia reciente, con puntuación de 71 en la escala Cervantes. Refiere sofocos, insomnio y dificultad de concentración y memoria. Consulta por dorsalgia aguda con impotencia funcional.

DEXA: columna lumbar T-score -5,7; cadera -3,6.

RM dorsal y lumbar: múltiples fracturas vertebrales, aplastamientos crónicos consolidados y aplastamiento vertebral asociado a hiperCIFOSIS dorsal.

Diagnóstico: osteoporosis grave con fracturas vertebrales múltiples y menopausia con gran afectación de la calidad de vida.

Tratamiento secuencial: denosumab (Prolia®), posteriormente risedronato (Actonel®) y romosozumab. Colocación de corsé dorsolumbar para estabilización. Suplementación con calcio (Lundeos®) y calcifediol (Hidroferol®). Desde Ginecología se añade terapia hormonal con Bijuva®.

**Resultados:** Paciente en seguimiento conjunto por Reumatología, Traumatología y Ginecología, con monitorización clínica, radiológica y densitométrica evolutiva.

**Comentarios y conclusiones:** La osteoporosis severa en mujeres perimenopáusicas puede debutar con fracturas múltiples y alto impacto en la calidad de vida. La coexistencia de intensa sintomatología climatérica obliga a un enfoque integral. Requiere intervención precoz, secuencial y multidisciplinar para optimizar el pronóstico óseo y funcional.



## FARMACOLOGÍA EN MENOPAUSIA Y DOPAJE EN EL DEPORTE

Martínez Más, J (1); Romero Duarte, P (2); Medal Antiñolo, J (3); Alcazar Cardona, R (4); García Alfaro, P (5)

(1) Centro Ginecológico CIAGO. Torre Pacheco, Murcia

(2) Hospital Universitario de Poniente. Almería

(3) Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

(4) Centro de Alto Rendimiento Deportivo Infanta Cristina. Los Alcázares, Murcia

(5) Hospital Universitari Dexeus. Barcelona

**Palabras clave:** MENOPAUSIA, DEPORTE DE COMPETICIÓN, DOPING

**Tipo:** Póster

### Objetivos

1. Revisar los tratamientos que se puede prescribir a la mujer deportista durante la menopausia.
2. Revisar la normativa nacional e internacional que regula los métodos y sustancias permitidos en el deporte de competición.

**Material / Método:** Revisión minuciosa de la legislación española en materia de Deporte y Dopaje, y de las Guías de la Agencia Mundial Antidopaje, enfocadas a sustancias y métodos que pudieran ser prescritos a mujeres en el climaterio y menopausia.

**Resultados:** El médico que prescribe un método o sustancia prohibidos a una deportista tiene responsabilidad legal administrativa y penal.

Hay sustancias y fármacos utilizados de forma habitual en la clínica, prohibidos en el deporte de competición.

**Comentarios y conclusiones:** Debido al auge del deporte entre mujeres mayores de 40 años, junto con la irrupción de la categoría Máster en competiciones oficiales, parece necesario recordar la responsabilidad legal que tiene el médico prescriptor de tratamientos para deportistas, así como los métodos y sustancias permitidas y las prohibidas en la competición.

Es nuestra responsabilidad conocer y evitar los fármacos y métodos prohibidos en el deporte de competición, pues se incurriría en delito contra la salud pública, debiendo conocer la posibilidad de utilizarlos si fuese imprescindible, mediante la solicitud de la Autorización de Uso Terapéutico.

Gran parte de los fármacos hormonales o moduladores de receptores utilizados habitualmente están regulados por la normativa antidopaje y sujetos a la Autorización de Uso Terapéutico.

## CONSULTA DE ENFERMERIA EN MENOPAUSIA: CRIBADO CLÍNICO Y COORDINACIÓN ASISTENCIAL PARA MUJERES DE MEDIANA EDAD

Funes Gracia, B (1); Martínez Oller, M (1); Folguera Mas, L (1); Moga Cau, A (1); Novella Ribes, A (1)

(1) HU Dexeus. Barcelona

**Palabras clave:** Menopausia, enfermera, coach

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir la actividad y el papel asistencial de la consulta estructurada de enfermería en menopausia como puerta de entrada y elemento coordinador dentro de un modelo multidisciplinar dirigido a mujeres  $\geq 45$  años.

**Material / Método:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo (marzo 2025-enero 2026). La consulta consiste en una intervención personalizada de aproximadamente 30 minutos realizada por enfermera experta en menopausia, integrada antes o después de la revisión ginecológica anual. Incluye identificación del estadio menopáusico, evaluación clínica multidominio (síntomas vasomotores, genitourinarios, sueño, estado anímico, sexualidad y calidad de vida percibida), educación sanitaria promoviendo hábitos saludables como ejercicio, alimentación equilibrada, hidratación

adecuada, higiene del sueño, reeducación vesical y asesoramiento en las relaciones sexuales. En función de la sintomatología y afectación de la calidad de vida y su evolución se orienta hacia el especialista más adecuado. Se analizaron número de interconsultas, pacientes que realizaron visita efectiva y modalidad asistencial.

**Resultados:** Se registraron 2.830 interconsultas a coaching enfermero, representando el 42,9% del total de interconsultas a la Unidad Midlife. De ellas, 927 pacientes realizaron visita efectiva. La modalidad asistencial fue videoconferencia en 706 casos (76,2%) y presencial en 221 (23,8%). La Unidad Midlife realizó globalmente 5.792 actos en 1.991 pacientes (media 2,91 actos/paciente).

**Comentarios y conclusiones:** La consulta de coaching actúa como filtro clínico inicial y facilitador de derivaciones dirigidas, mejorando accesibilidad mediante modelo híbrido y optimizando la utilización de recursos especializados.

# FACILITANDO EL TRATAMIENTO DE LOS SOFOCOS: GUÍA ULTRARRÁPIDA DE FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES DE LA MENOPAUSIA

Rodríguez Ribeiro, D (1); Nieto Pascual, L (2); Herrera Muñoz, A (3)

(1) Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

(2) Hospital Reina Sofía. Córdoba

(3) Hospital de Poniente. Almería

**Palabras clave:** THM, SOFOCOS, HORMONAS

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Presentar la Guía ultrarrápida de fármacos para el tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia, realizado por el Grupo de Jóvenes expertos en Menopausia

**Material / Método:** Para desarrollar la guía se revisó la bibliografía actualizada, para actualizar indicaciones, y sobre todo contraindicaciones, así como disponibilidad en el territorio nacional según la Agencia Española del Medicamento (AEMPS).

**Resultados:** Se desarrolló un material eminentemente práctico para el uso diario en las consultas médicas, con los fármacos disponibles para el tratamiento de la sintomatología vasomotora de la menopausia, con sus principales ventajas y desventajas, así como principales consideraciones y precauciones de uso.

Se revisaron los preparados comerciales disponibles en el momento del desarrollo de la guía, así como su financiación por el Sistema de Seguridad Social Nacional.

Se esquematizó el algoritmo terapéutico para intentar facilitar la prescripción de tratamientos efectivos en estas pacientes que sufren síntomas vasomotores.

**Comentarios y conclusiones:** El día a día del médico dificulta en muchas ocasiones la posibilidad de actualización permanente en algunos temas. La menopausia, y sus síntomas asociados, en especial los vasomotores, es una de las subespecialidades más complejas y que más dificultades genera en las consultas ginecológicas. Disponer de un material de bolsillo, actualizado y de consulta rápida facilita la prescripción de fármacos para el alivio de los síntomas vasomotores, permitiendo con ello, que cada vez más mujeres mejoren su calidad de vida.

# PAPEL DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA: IMPLICACIONES FISIOPATOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS

Fernández Rísquez, AC (1); Jofré Puertas, L (2); Batlle Costa, C (2); Romero Duarte, P (2)

(1) Hospital Universitario de Jaén

(2) Hospital Universitario de Poniente. Almería

**Palabras clave:** Microbiota intestinal, osteoporosis, posmenopausia

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Revisar la evidencia científica actual sobre el papel de la microbiota intestinal (MI) en la fisiopatología de la osteoporosis posmenopáusica, analizando los mecanismos implicados en el remodelado óseo, su influencia en mediadores inflamatorios y metabólicos, y su potencial como diana terapéutica.

**Material / Método:** Revisión sistemática de estudios experimentales y clínicos que evalúan la relación entre MI, déficit estrógeno, inflamación sistémica, metabolismo mineral, permeabilidad intestinal y densidad mineral ósea.

**Resultados:** La MI desempeña un papel relevante en la homeostasis ósea mediante mecanismos inmunológicos y metabólicos. El déficit estrogénico posmenopáusico favorece la disbiosis, incrementando la permeabilidad

intestinal y promoviendo un estado proinflamatorio con aumento de citocinas como TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-17 y RANKL, que estimulan la osteoclastogénesis y la resorción ósea. Los ácidos grasos de cadena corta modulan el metabolismo mineral y ejercen efectos antiinflamatorios. Estudios clínicos han identificado diferencias en la composición de la microbiota entre pacientes con osteoporosis y sujetos sanos. Asimismo, la MI influye en la absorción de calcio y vitamina D y podría modular la respuesta a tratamientos antiosteoporóticos.

**Comentarios y conclusiones:** La MI constituye un regulador relevante del eje intestino-hueso y una potencial diana terapéutica complementaria. Su modulación mediante probióticos, prebióticos o intervenciones dietéticas podría contribuir al manejo individualizado de la osteoporosis y optimizar la respuesta terapéutica. No obstante, se requieren estudios clínicos longitudinales y ensayos controlados que confirmen su utilidad y permitan su incorporación en la práctica clínica como herramienta complementaria futura en el abordaje integral de esta enfermedad frecuente crónica.

## ESTETROL/DROSPIRENONA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE EFICACIA Y SEGURIDAD CON EVALUACIÓN GRADE\*

Sánchez Prieto, M (1); Avella Marcos, M (2); Castilla Rodríguez, M (2); Gómez del Valle, M (2); Franco Camps, S (2)

(1) Hospital Universitario General de Cataluña - Instituto Dexeus. Barcelona

(2) Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona

**Palabras clave:** Estetrol, Drospirenona, Anticoncepción oral combinada

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar de forma sistemática la eficacia anticonceptiva, el control del ciclo, la seguridad y los beneficios no contraceptivos del anticonceptivo combinado estetrol 15 mg/drospirenona 3 mg (E4/DRSP) y calificar la certeza de la evidencia mediante GRADE.

**Material/ Método:** Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos publicados hasta febrero de 2026 en Google Scholar, MEDLINE, PubMed y Scopus. Se incluyeron estudios que evaluaran E4/DRSP como anticonceptivo oral combinado en mujeres en edad fértil, abordando propiedades farmacológicas, eficacia y seguridad. El riesgo de sesgo se evaluó según diseño, cegamiento y tipo de desenlace, y la certeza se calificó por desenlace con la metodología GRADE.

**Resultados:** Se incluyeron 14 estudios, con  $\approx 7\,000$

mujeres expuestas a E4/DRSP. Los ensayos fase 3 mostraron bajas tasas de embarazo y mejora progresiva del control del ciclo, con reducción del sangrado no programado a lo largo de los ciclos. Los eventos adversos más frecuentes fueron cefalea y metrorragia, con bajas tasas de discontinuación. Los eventos tromboembólicos venosos fueron raros, pero el número de casos fue insuficiente para estimar con precisión el riesgo o realizar comparaciones robustas con otros anticonceptivos combinados. En un ensayo doble ciego frente a placebo, E4/DRSP redujo significativamente el dolor por dismenorrea. La certeza GRADE fue baja para eficacia anticonceptiva y control del ciclo, moderada para eventos adversos comunes, muy baja para tromboembolismo clínico y alta para dismenorrea frente a placebo.

**Comentarios y conclusiones:** E4/DRSP ofrece eficacia anticonceptiva robusta, buen control del ciclo y tolerabilidad favorable, con menor impacto hemostático. Se requieren estudios comparativos específicos para seguridad vascular.

# LONGEVIDAD FEMENINA POSMENOPÁUSICA: RESILIENCIA FUNCIONAL Y DIMORFISMO SEXUAL EN CENTENARIOS

Camps Calzadilla, E (1); Borroto Castellano, M (1); Prado Martínez, C (2); Manzano Ovies, BR (3); Manzano Ovies, BR(3);

(1) Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba

(2) Universidad Autónoma de Madrid (3) Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro". Cuba

**Palabras clave:** Longevidad posmenopáusica, resiliencia funcional, dimorfismo sexual.

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar la resiliencia funcional en mujeres centenarias desde la perspectiva de la longevidad posmenopáusica, considerando edad de menarquia, menopausia y duración de la vida fértil, e interpretar el dimorfismo sexual como marco biológico contextual del envejecimiento extremo.

**Material / Método:** Estudio observacional transversal en 1.673 centenarios cubanos con edad validada (1.010 mujeres; 62,6%). En las mujeres se recogió historia reproductiva mediante entrevista estructurada: edad de menarquia, menopausia y duración del período reproductivo. Se evaluaron variables antropométricas, funcionales y clínico-hemoquímicas. Se construyeron índices compuestos de resiliencia física y robustez funcional integrando fuerza muscular, composición corporal y parámetros metabólicos.

**Resultados:** La edad media de menarquia fue 13,14

$\pm 1,72$  años y la menopausia  $49,73 \pm 5,60$  años, con una duración media del período reproductivo de  $36,60 \pm 5,90$  años. Con una edad media actual de 102 años, las centenarias habían vivido aproximadamente cinco décadas en etapa posmenopáusica, superando ampliamente su etapa fértil. Pese a esta prolongada exposición al hipoestrogenismo, mostraron notable heterogeneidad funcional y mantuvieron niveles relevantes de resiliencia adaptativa. Aunque algunos indicadores musculares fueron inicialmente superiores en hombres, las diferencias tendieron a atenuarse en edades extremas.

**Comentarios y conclusiones:** La longevidad femenina representa una etapa posreproductiva prolongada y funcionalmente adaptada. La preservación de la capacidad funcional tras más de 50 años en estado posmenopáusico sugiere mecanismos de adaptación biológica sostenida que deben integrarse en la evaluación clínica del envejecimiento saludable femenino. Estos hallazgos destacan la transición menopáusica como periodo clave en la trayectoria vital femenina, con relevantes implicaciones preventivas y pronósticas a largo plazo.



## SEXUALIDAD ACTIVA EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA: ABORDAJE CLÍNICO INTEGRAL

Mena Rubio, M (1); González Cortés, MTa (1); Gámiz López, EM(1); Presa Lorite, JC (1); Salas Arias, N (1)

(1) Hospital Universitario de Jaén

**Palabras clave:** Menopausia, sexualidad

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Visibilizar la relevancia clínica de la sexualidad en personas mayores de 80 años y destacar la necesidad de un abordaje integral que contemple dimensiones físicas, emocionales y relacionales.

*Material / Método:* Presentación de caso clínico en consulta. Mujer de 80 años, viuda desde hace 6 años, con nueva relación afectiva desde hace 8 meses y actividad sexual regular. Consulta por disuria recurrente, sequedad vaginal y dispareunia progresiva. No había referido previamente estos síntomas por considerarlos “normales para su edad”. Antecedentes personales: hipertensión arterial bien controlada y osteoporosis en tratamiento. Exploración ginecológica: mucosa vaginal pálida, adelgazada, con pérdida de pliegues, compatible con síndrome genitourinario de la menopausia. Se instaura tratamiento con estrógenos vaginales de baja dosis y

lubricantes durante las relaciones sexuales, junto con intervención educativa orientada a desmontar mitos asociados al envejecimiento y reforzar la legitimidad del placer en esta etapa vital.

**Resultados:** A las 8 semanas se objetiva mejoría clínica significativa de la dispareunia, mayor lubricación y aumento del confort durante las relaciones sexuales. La paciente refiere también mejoría del bienestar emocional y mayor seguridad para abordar aspectos relacionados con su salud sexual.

**Comentarios y conclusiones:** La sexualidad puede mantenerse activa y satisfactoria en edades avanzadas. La falta de consulta suele deberse a barreras culturales y a la ausencia de una anamnesis dirigida. Un enfoque proactivo, empático y basado en la evidencia mejora síntomas físicos, autoestima y calidad de vida, integrando la salud sexual como parte esencial del cuidado en la vejez.

# HORMONOFobia EN PROFESIONALES SANITARIOS: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA

Pessarrodona Zaragoza, E. (1); Mazano Burgos, B. (1); Buldó Ibáñez, B. (1); Rodríguez Ruiz, M. (1); Girvent Vilarmau, M. (1)

(1) Hospital General de Granollers. Barcelona

**Palabras clave:** “Hormonofobia“, “THM“, “Escala Cervantes“

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es analizar las percepciones y actitudes del personal sanitario respecto a la terapia hormonal de la menopausia (THM) durante la menopausia y perimenopausia.

**Material / Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo mediante un cuestionario dirigido a profesionales sanitarios, incluyendo mujeres y hombres trans, en situación de perimenopausia o menopausia. Se recogieron datos demográficos, la percepción sobre la THM y la escala Cervantes modificada.

**Resultados:** Se obtuvieron 116 respuestas: enfermeras (37,1%), médicas (32,8%), TCAEs (23,1%) y otros (7%), con una edad media de  $51 \pm 5,27$  años. El 37,9% se encontraba en perimenopausia, el 39,8% en menopausia de menos de 10 años y el 7,8% en menopausia de más de 10 años.

La escala Cervantes fue contestada por 104 mujeres: 29 (27,9%) presentaban una calidad de vida muy buena o buena, 52 (50%) mostraban una afectación leve o una calidad mejorable y 23 (22,1%) una afectación alta o una calidad bastante mejorable. Entre estas últimas, solo el 26% utilizaba THM y la principal causa de no usarla fue que no se la habían ofrecido, seguida de querer evitar hormonas o utilizar terapias naturales y de la percepción de no presentar suficiente sintomatología.

De forma global, el 38,1% no expresaba preocupación por la THM; las principales preocupaciones fueron cáncer de mama (53,3%), tromboembolismo venoso (44,8%) e ictus (31,4%). Aun y así, el 67,3% consideró que la THM está infraindicada y el 87,7% la valoraría tras una evaluación.

**Comentarios y conclusiones:** La hormonofobia es frecuente entre profesionales sanitarios. A pesar de ello, la mayoría consideraría la THM tras una valoración individual, lo que subraya la necesidad de favorecer decisiones informadas

## MENOPAUSIA QUIRÚRGICA EN 2025: PANORAMA ASISTENCIAL Y ÁREAS DE MEJORA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Pich Barroso, DM(1); Nae Frangulea, MMA (1); Arias Valdés, EM (1); Bernardo Vega, R (1); Martín Medrano, EM (1)

(1) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

**Palabras clave:** Menopausia quirúrgica, Anexectomía, tratamiento hormonal sustitutivo

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir el perfil de las pacientes con menopausia quirúrgica intervenidas en 2025 en nuestro centro, el tipo de cirugía/indicaciones, la aparición global de síntomas y la recomendación terapéutica en la primera revisión.

**Material / Método:** Estudio descriptivo de todas las pacientes premenopáusicas cuya cirugía resultó en menopausia (01/01/2025–31/12/2025). Se analizaron edad, tipo de cirugía, diagnóstico/motivo, tiempo a la revisión, síntomas reportados (sí/no) y tratamiento recomendado. Estadística descriptiva simple.

**Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes; edad media 46,8 años (DE 5,3). El tiempo medio a la primera revisión fue 38,2 días (n=31). Cirugías: histerectomía (HT) + doble anexectomía (DA) 36,4% (12/33); anexectomía

bilateral 33,3%; HT + DA + Biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) asistida por robot 15,2%; anexectomía unilateral 9,1%; laparotomía exploradora 6,1%.

El motivo principal de la cirugía: miomatosis 33,3%, oncológico 18,2%, profiláctico (p.e. BRCA1/2/BRIP1) 30,3%, masa anexial 12,1%, otros 6,1%. Tan solo en un 45,5%, se recogió la sintomatología referida en la consulta de revisión, por lo que el tratamiento recomendado en la misma fue ninguno 57,6%, Terapia hormonal sustitutiva (THS) 18,2%, tratamiento no hormonal oral 18,2%, tratamiento hormonal local 6,1%.

**Comentarios y conclusiones:** En esta cohorte, la menopausia quirúrgica ocurrió a una edad media de 46,8 años y con una revisión a 5–6 semanas. Casi la mitad refirieron síntomas y, pese a ello, predominó la ausencia de tratamiento en la primera revisión, lo que sugiere margen para protocolizar el inicio precoz del manejo, especialmente tras cirugías de alto impacto ovárico y en indicaciones oncológicas/profilácticas. Estos datos orientan a optimizar circuitos de revisión y a reforzar la toma de decisiones terapéuticas centrada en la paciente.

## FEZOLINETANT Y MENOPAUSIA TRAS CÁNCER DE MAMA: ¿UNA NUEVA OPORTUNIDAD PARA CONTROLAR LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES?

Pich Barroso, DM (1); Nae Frangulea, MM (1); Arnal Burró, AM (1); Martín Medrano, EM (1); Mayo López, A (1)

(1) Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

**Palabras clave:** Síntomas vasomotores, Fezolinetant, Cáncer de mama hormonodependiente

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir el perfil de las pacientes con menopausia quirúrgica intervenidas en 2025 en nuestro centro, el tipo de cirugía/indicaciones, la aparición global de síntomas y la recomendación terapéutica en la primera revisión.

**Material / Método:** Se presenta el caso de una paciente diagnosticada en 2016 de cáncer de mama luminal A (RH positivos), tratada de manera conservadora según protocolos oncológicos y actualmente libre de enfermedad.

**Resultados:** Paciente con antecedentes de cáncer de mama hormonodependiente que consulta por sofocos intensos, frecuentes despertares nocturnos y deterioro significativo de la calidad de vida. Dado su antecedente, se descartó terapia hormonal sustitutiva sistémica por el potencial riesgo de recurrencia. Tras valoración

individualizada y revisión de opciones terapéuticas no hormonales, se inició tratamiento con Fezolinetant, antagonista selectivo del receptor de neuroquinina 3, junto con recomendaciones higiénico-dietéticas. Se realizó seguimiento clínico para evaluar respuesta y tolerabilidad.

Tras varias semanas de tratamiento, la paciente experimentó una reducción clínicamente significativa en la frecuencia e intensidad de los sofocos, con clara mejoría del descanso nocturno y del bienestar general. No se registraron efectos adversos relevantes ni alteraciones analíticas durante el seguimiento.

**Comentarios y conclusiones:** El tratamiento de los síntomas climatéricos en supervivientes de cáncer de mama hormonodependiente supone un reto clínico por la contraindicación habitual de estrógenos sistémicos. Fezolinetant representa una alternativa eficaz y segura al actuar sobre la vía termorreguladora hipotalámica sin estimulación estrogénica directa. El abordaje debe ser individualizado y multidisciplinar, priorizando seguridad oncológica y calidad de vida.

## BARRERAS PARA ABORDAR LA SEXUALIDAD EN LA CONSULTA DE MENOPAUSIA

Mena Rubio, M (1); González Cortés, MT (1); Gámiz López, EM (1); Presa Lorite, JC (1); Salas Arias, N (1)

(1) Hospital Universitario de Jaén

**Palabras clave:** Menopausia, sexualidad, comunicación

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Identificar y analizar las principales barreras que dificultan el abordaje de la sexualidad en la consulta de menopausia, considerando factores individuales, profesionales y estructurales.

**Material / Método:** Análisis descriptivo basado en la experiencia clínica y la sistematización de obstáculos detectados en la práctica habitual. Las barreras se agrupan en tres niveles: paciente, profesional sanitario y sistema de salud.

**Resultados:** En las pacientes destacan la normalización de las disfunciones sexuales como parte inevitable del envejecimiento, el pudor, el miedo a ser juzgadas y la percepción de que la sexualidad no constituye un motivo legítimo de consulta. Factores socioculturales, educativos

y generacionales influyen de forma significativa en esta escasa demanda explícita.

Desde la perspectiva profesional, se identifican limitaciones como la falta de formación específica en salud sexual, la escasez de tiempo asistencial, la incomodidad para iniciar la conversación y la priorización de síntomas considerados más relevantes desde el modelo biomédico tradicional.

A nivel estructural, la ausencia de protocolos claros, herramientas de cribado y espacios adecuados para una atención confidencial contribuye a mantener la invisibilidad de la sexualidad.

**Comentarios y conclusiones:** La dificultad para integrar la sexualidad en la consulta responde a un entramado complejo de barreras interrelacionadas. Superarlas requiere formación específica, actitud proactiva en la anamnesis y un cambio de paradigma hacia un modelo centrado en la mujer y su calidad de vida. Integrar sistemáticamente la salud sexual es esencial para ofrecer una atención integral y humanizada.

# LO QUE NO SE REPORTA, NO SE TRATA: INFRARREGISTRO DE SINTOMATOLOGÍA Y SU IMPACTO TERAPÉUTICO EN LA MENOPAUSIA QUIRÚRGICA

Pich Barroso, DM (1); Nae Frangulea, MM (1); Arias Valdés, EM (1); Bernardo Vega, R (1); Arnal Burró, AM

(1) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

**Palabras clave:** Menopausia quirúrgica, sintomatología, tratamiento hormonal sustitutivo.

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la calidad del registro de sintomatología climatérica en la primera consulta posquirúrgica tras menopausia quirúrgica en nuestro centro, analizar su relación con la indicación de tratamiento hormonal o no hormonal y explorar si la indicación quirúrgica (oncológica/profiláctica vs. otras) influye en dicho registro.

**Material / Método:** Cohorte retrospectiva (n=33) de pacientes intervenidas en 2025. Se definió registro activo cuando los síntomas figuraban consignados en la historia clínica electrónica. Se analizaron cuatro dominios: vasomotores, síndrome genitourinario de la menopausia, alteraciones del sueño y del ánimo. Se realizaron comparaciones para estimar RR y OR entre registro/no registro y tratamiento/no tratamiento, así como diferencias de registro según indicación quirúrgica

mediante test de Fisher.

**Resultados:** El 45,5% presentó algún síntoma documentado y el 54,5% ningún registro. Entre quienes no tenían registro, el 88,9% no recibió tratamiento, frente al 20,0% sin tratamiento entre quienes sí tenían registro (OR 32,0; IC95% 4,60–222,56). La indicación oncológica/profiláctica mostró menor registro activo (35,3% vs. 56,3% en otras indicaciones), sin significación estadística ( $p=0,303$ ). No hubo diferencias de edad entre grupos. Entre los casos con registro, predominó sintomatología vasomotora (86,7%).

**Comentarios y conclusiones:** Existe infrarregistro sistemático de síntomas en la primera revisión tras menopausia quirúrgica, asociado a una menor prescripción terapéutica. Las indicaciones oncológicas parecen recibir menor exploración sintomática, posiblemente por desplazamiento del foco asistencial. Estos hallazgos apoyan protocolizar el cribado y el registro estructurado de los cuatro dominios para mejorar la toma de decisiones terapéuticas y la atención en menopausia quirúrgica.



# EJERCICIO FÍSICO Y CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO COMPARATIVO

Pessarrodona Zaragoza, E (1); Mazano Burgos, B. (1); Buldo Ibáñez, B. (1); Rodríguez Ruiz, M. (1); Girvent Vilarmau, M. (1)

(1) Hospital General de Granollers. Barcelona

**Palabras clave** : “Calidad de Vida“, “Escala Cervantes“, “Ejercicio“

**Tipo**: Póster

**Objetivos**: Analizar la asociación entre la práctica de ejercicio físico y la calidad de vida en mujeres en perimenopausia y menopausia, evaluada mediante la escala Cervantes modificada.

**Material / Método**: Se realizó un estudio observacional descriptivo comparativo mediante un cuestionario dirigido a profesionales sanitarios, incluyendo mujeres y hombres trans, en situación de perimenopausia o menopausia. Se incluyeron 104 mujeres, divididas en dos grupos según la calidad de vida de la escala Cervantes modificada: afectada (alta, bastante mejorable o mejorable; n=49) y buena (ligera afectación, buena o muy buena; n=55). Se registraron IMC, frecuencia semanal de ejercicio (< 150, 150–300, >300 min/semana) y tipo de ejercicio (aeróbico, fuerza, flexibilidad). Se realizaron análisis

comparativos mediante  $\chi^2$  para variables categóricas y Mann–Whitney para IMC.

**Resultados**: El grupo con buena calidad de vida presentó mayor proporción de mujeres activas (89% vs 61%;  $\chi^2 = 9,87$ ;  $p = 0,002$ ) y que cumplían  $\geq 150$  min/semana (69% vs 49%;  $\chi^2 = 4,43$ ;  $p = 0,035$ ). La práctica de ejercicio aeróbico se asoció significativamente con mejor calidad de vida ( $\chi^2 = 5,76$ ;  $p = 0,016$ ), mientras que fuerza y flexibilidad mostraron tendencias positivas sin significación. No se observaron diferencias significativas en IMC entre grupos (mediana 25,0 vs 25,4 kg/m<sup>2</sup>;  $p = 0,42$ ).

**Comentarios y conclusiones**: La actividad física regular, especialmente  $\geq 150$  minutos/semana y con ejercicio aeróbico, se asocia con mejor calidad de vida durante la menopausia, independientemente del IMC. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de promover la actividad física como estrategia no farmacológica para mejorar el bienestar en esta etapa.

# OBESIDAD OSTEOSARCOPÉNICA EN LA MUJER POSTMENONOPÁUSICA

Fernández Rísquez, AC (1); Batlle Costa, C (2); Jofré Puertas, L (2); Romero Duarte, P (2)

(1) Hospital Universitario de Jaén (2) Hospital Universitario de Poniente. Almería

**Palabras clave:** Obesidad, sarcopenia, fractura

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir la obesidad osteosarcopénica como entidad clínica emergente en la mujer posmenopáusica, analizar sus mecanismos fisiopatológicos y evaluar su impacto en la fragilidad y el riesgo de fractura, y destacar la importancia de un abordaje diagnóstico integral.

**Material / Método:** Revisión bibliográfica estructurada sobre obesidad osteosarcopénica en mujeres posmenopáusicas, incluyendo definición, factores de riesgo, fisiopatología, alteraciones musculoesqueléticas, limitaciones diagnósticas y estrategias terapéuticas. Se analizaron los efectos del déficit estrogénico sobre el tejido adiposo, muscular y óseo, así como su repercusión funcional y metabólica.

**Resultados:** La obesidad osteosarcopénica se caracteriza por la coexistencia de exceso de masa grasa, deterioro muscular y alteración de la calidad ósea, siendo especialmente prevalente en mujeres posmenopáusicas.

El déficit estrogénico favorece la redistribución adiposa central, la inflamación crónica de bajo grado y la alteración del eje músculo-hueso-grasa, contribuyendo al deterioro estructural y funcional. La densidad mineral ósea puede permanecer normal o discretamente reducida, infraestimando el riesgo real de fragilidad. Esta entidad se asocia a mayor riesgo de caídas, fracturas, deterioro funcional y pérdida de calidad de vida. Herramientas como FRAX® y la DMO presentan limitaciones cuando no se integran parámetros de calidad ósea y función muscular.

**Comentarios y conclusiones:** La obesidad osteosarcopénica constituye una entidad infradiagnosticada con importantes implicaciones clínicas y funcionales. Su identificación requiere una valoración integral que incluya composición corporal, calidad ósea y función muscular.

**Conclusiones:** La obesidad osteosarcopénica representa un problema relevante en la posmenopausia. Su detección precoz y abordaje multidisciplinar son esenciales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida.

# ¿QUÉ PREGUNTAN LAS MUJERES SOBRE LA MENOPAUSIA? ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS REALIZADAS EN LA PLATAFORMA “EL EXPERTO RESPONDE” DE LA AEEM (2020–2026)

Nieto Pascual, L (1); Herrera Muñoz, A (2); Leal, MA (3); Blanes Martínez, E (4); Rodríguez Ribeiro, D (5)

(1) Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

(2) Hospital Universitario Poniente. Almería

(3) Hospital Universitario La Paz. Madrid

(4) Clínica Blanes. Valencia

(5) Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

## Tipo: Póster

**Objetivos:** La Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) dispone en su página web de un espacio denominado “El Experto responde”, donde las mujeres pueden plantear dudas relacionadas con la perimenopausia y la menopausia a profesionales sanitarios. Las consultas se responden de forma personalizada y confidencial y tienen como objetivo proporcionar información fiable que complementa la atención médica presencial y favorezca el empoderamiento de las mujeres en el cuidado de su salud. El Grupo de Trabajo de Jóvenes de la AEEM responde estas consultas semanalmente.

**Material / Método:** Se analizaron las consultas recibidas en esta sección durante los últimos cinco años. Las preguntas se clasificaron según su temática principal: síntomas vasomotores e insomnio, tratamientos hormonales, tratamientos naturales o fitoterapia, síndrome genitourinario de la menopausia, sangrado en perimenopausia, insuficiencia ovárica primaria,

contraindicaciones de la terapia hormonal, osteopenia u osteoporosis, síntomas cognitivos, suplementos vitamínicos y síntomas atípicos

**Resultados:** El número de consultas ha aumentado progresivamente: 138 en 2020, 102 en 2021, 73 en 2022, 103 en 2023, 209 en 2024 y 242 en 2025. En los dos primeros meses de 2026 ya se han registrado 44 consultas. El análisis temático de las consultas muestra que los temas más frecuentes se relacionan con los tratamientos hormonales (42,4%), síntomas vasomotores e insomnio (15,2%), síndrome genitourinario de la menopausia (9,1%) y síntomas atípicos (9,1%).

**Comentarios y conclusiones:** Las mujeres muestran un creciente interés por obtener información fiable sobre la menopausia, especialmente en relación con las opciones terapéuticas y su seguridad. Las plataformas digitales de información sanitaria pueden contribuir a mejorar el conocimiento y el empoderamiento de las mujeres en esta etapa de la vida

## RECONECTANDO CON LA SEXUALIDAD

Vázquez García, I (1); Medina Pérez, N (1)

(1) Centro de Salud de Abrantes. Madrid

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Optimizar el abordaje integral de la salud sexual en la menopausia desde enfermería, potenciando la detección precoz y la educación para mejorar el bienestar y la autonomía de la mujer.

**Material / Método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud Abrantes (Madrid). Ante la ausencia de preguntas sobre sexualidad en el protocolo vigente, la enfermera incorporó un cuestionario complementario, entrevista dirigida y educación sanitaria personalizada. Se analizaron percepciones sobre deseo sexual, molestias físicas, satisfacción sexual y medidas de afrontamiento.

**Resultados:** La edad media fue de 54,7 años; el 84,8 % se encontraba en menopausia. El 69,7 % refirió cambios en el deseo sexual y el 72,7 % padecía sequedad o molestias. Aun así, el 60,6 % manifestó satisfacción con su vida sexual. El 57,6 % utilizaba lubricantes, el 30,3 % juguetes sexuales y un 12,1 % ninguna medida. Las entrevistas evidenciaron la necesidad de un espacio de diálogo y acompañamiento profesional.

**Comentarios y conclusiones:** El protocolo actual no permite una valoración integral de la salud sexual en mujeres climatéricas. La intervención enfermera desde un enfoque biopsicosocial favorece la detección de dificultades, promueve la educación sexual y mejora la calidad asistencial en esta etapa vital.

# EFFECTOS DE UN EXTRACTO ESTANDARIZADO DE TURNERADIFFUSA (LIBOOST®) SOBRE EL DESEO SEXUAL Y LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES SANAS DE MEDIANA EDAD: ENSAYO EXPLORATORIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO

Gallego Luis, R (1); Sánchez Méndez, S (2); Moreno Champale, M (3)

(1) Unidad de medicina sexual. Fitback Medic. Barcelona

(2) Unidad de menopausia. Fitback Woman. Barcelona

(3) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Metropolitano de Jaén

**Palabras clave:** Deseo sexual, tratamientos no hormonales, ensayo clínico

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Estudiar la eficacia y la seguridad de Turnera diffusa sobre el deseo sexual y la función sexual en mujeres que refieren bajo deseo sexual

**Material / Método:** Diseño: Ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo.

Participantes: Mujeres sexualmente activas de 18 a 65 años con bajo deseo sexual.

Intervención: Suplementación con Liboost® 500 mg o placebo durante 8 semanas.

Variables principales de resultado: Deseo sexual y función sexual femenina evaluados mediante una escala visual analógica (EVA), el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y el Inventario de Deseo Sexual (SDI). También se evaluaron la seguridad, la tolerabilidad y la adherencia al tratamiento.

**Resultados:** 53 mujeres fueron incluidas en los análisis de seguridad y 44 completaron la intervención de 8 semanas. En la semana 8, los cambios en el deseo

sexual medido por EVA favorecieron a Liboost® frente a placebo, con un tamaño moderado del efecto ( $d$  de Cohen = 0,52). Las puntuaciones de los dominios del FSFI aumentaron en el grupo Liboost®, con tamaños del efecto pequeños a moderados, mientras que los cambios en el grupo placebo fueron limitados. El deseo sexual solitario medido por el SDI aumentó en el grupo Liboost®, con una diferencia estadísticamente significativa entre grupos en la semana 8 ( $p = 0,029$ ;  $d = 0,68$ ). El análisis ANCOVA ajustado por las puntuaciones basales del FSFI fue estadísticamente significativo, siendo los valores basales los que explicaron la mayor parte de la varianza; las diferencias ajustadas entre grupos no fueron estadísticamente significativas. No se notificaron acontecimientos adversos y la adherencia fue alta.

**Comentarios y conclusiones:** En este ensayo clínico, la suplementación con Liboost® se asoció a un patrón consistente del tamaño del efecto a favor de la intervención activa en las distintas medidas de deseo sexual y función sexual, con un buen perfil de seguridad y tolerabilidad. Estos hallazgos apoyan su evaluación en estudios de mayor tamaño y con potencia estadística adecuada.

# USO DE CANNABIS EN LA MENOPAUSIA: PATRONES DE USO Y FUNDAMENTOS CLÍNICOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Sánchez Prieto, M (1); Romero Domínguez, M (2); Ribeiro, D (3); Herrera Muñoz, A (4); Nieto Pascual, L (5)

(1) Hospital Universitario General de Cataluña - Instituto Dexeus. Barcelona

(2) Hospital Quirónsalud Málaga

(3) Hospital Universitario La Luz. Madrid

(4) Hospital Universitario de Poniente. Almería

(5) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Palabras clave:** Cannabis; menopausia; revisión sistemática

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar el uso de cannabis y cannabidiol (CBD) en mujeres en transición a la menopausia y en menopausia, describiendo síntomas motivo de consumo, patrones de uso, percepciones, eficacia subjetiva y vacíos de conocimiento.

**Material / Método:** Revisión basada en búsquedas en PubMed, Scopus y Web of Science. Se incluyeron estudios que examinaran cannabis o CBD en relación con síntomas de la transición menopáusica. La evidencia se agrupó por dominios sintomáticos y se valoró de forma cualitativa mediante un enfoque GRADE.

**Resultados:** Se identificaron diez estudios, con marcada heterogeneidad en población, metodología y objetivos. El consumo se asoció principalmente a trastornos del sueño, ansiedad/irritabilidad, dolor osteoarticular,

síntomas vasomotores y malestar general. La mayoría de las mujeres refirió mejoría subjetiva, especialmente en sueño, ansiedad y dolor, con elevada variabilidad individual. Los estudios preliminares con CBD mostraron buena tolerabilidad y posibles efectos sobre el recambio óseo, sin cambios consistentes en ánimo, sueño o calidad de vida. Los trabajos cualitativos señalaron escasez de información profesional, percepción de estigma, amplia diversidad de productos y autogestión del consumo. Para todos los dominios sintomáticos, la calidad de la evidencia fue muy baja según GRADE, debido a diseños no controlados, ausencia de estandarización en dosis y formulaciones y limitaciones metodológicas relevantes.

**Comentarios y conclusiones:** El uso de cannabis y CBD durante la menopausia es un fenómeno creciente, sustentado principalmente en experiencias subjetivas. Aunque algunas mujeres refieren alivio sintomático, la evidencia disponible es de muy baja calidad. Son necesarios estudios controlados y estandarizados, con medidas objetivas de eficacia y seguridad, que orienten adecuadamente la práctica clínica.



# ELECTROPORACIÓN VAGINAL NO ABLATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA LAXITUD VULVOVAGINAL: ESTUDIO ALEATORIZADO CONTROLADO CON PLACEBO

Rodríguez, Nadeska T (1); Sánchez-Prieto, M (2); González Isaza, P (3); Escribano Tórtola, JJ (4); Sánchez-Borrego, R (5)

(1) Hospital Sanitas CIMA. Barcelona

(2) Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona

(3) Soranus center for aesthetic and functional urogynecology. Pereira, Colombia.

(4) Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid

(5) DIATROS. Barcelona

**Palabras clave:** Electroporación, laxitud vaginal, estudio aleatorizado

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la seguridad y eficacia clínica de un nuevo dispositivo vaginal no ablativo basado en electroporación (JETT PLASMA For Her II) en mujeres con laxitud vulvovaginal autopercebida.

**Material / Método:** Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, controlado con placebo (sham), simple ciego, que incluyó a 20 mujeres de 48–72 años. Las participantes se asignaron aleatoriamente (1:1) a recibir tres sesiones de electroporación activa o un procedimiento simulado, con intervalos de 10–14 días. La variable principal fue el cambio en la puntuación del Vaginal Laxity Questionnaire (VLQ) durante un seguimiento de 12 meses. Las variables secundarias incluyeron el Female Sexual Function Index (FSFI), el Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y el Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7). El análisis longitudinal se

realizó mediante modelos lineales mixtos.

**Resultados:** Todas las participantes completaron el seguimiento de 12 meses. El análisis descriptivo mostró una tendencia hacia una mejor percepción del tono vaginal en el grupo activo, con un aumento de la categoría “ni laxa ni tensa” del 15% al 40%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento activo y el placebo en la variable principal ( $F=0,44$ ;  $p=0,51$ ). Tampoco se identificaron mejoras significativas en la función sexual ni en los síntomas urogenitales frente al placebo. El procedimiento mostró un perfil de seguridad favorable.

**Comentarios y conclusiones:** La electroporación vaginal no ablativa es una intervención segura y bien tolerada para la laxitud vulvovaginal. Aunque no se demostró superioridad estadística frente al placebo, las tendencias descriptivas sugieren un posible efecto estabilizador de la laxitud vaginal en el grupo tratado. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral.

# HIDRATANTE VAGINAL NO ÁCIDO EN MUJERES CON MUCOSA VAGINAL SENSIBLE: ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA

Sánchez-Prieto, M (1); Peña Penedo, ME (2); López Sanclemente, M (3); Vázquez, JJ (3); Sánchez-Borrego, R (3)

(1) Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona

(2) Consulta privada. Vigo

(3) DIATROS. Barcelona

**Palabras clave:** Hidratante, sequedad vaginal, mucosa sensible

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la efectividad, tolerabilidad y seguridad de un hidratante vaginal no ácido (Cumlaude Lab: Deligyn®) en el alivio de los síntomas de sequedad vaginal, con especial énfasis en mujeres con mucosa vaginal sensible y en aquellas con intolerancia a otros productos tópicos, en condiciones de práctica clínica habitual.

**Material / Método:** Estudio prospectivo, multicéntrico, abierto y de un solo brazo, en mujeres  $\geq 18$  años con sequedad vaginal y mucosa vaginal autodefinida como sensible. Las participantes aplicaron el hidratante vaginal tres veces por semana durante seis semanas. La severidad de los síntomas (sequedad, irritación, prurito y dispareunia) se evaluó mediante una escala visual analógica (EVA) de 0 a 10. Se registraron

además la hidratación vaginal, el pH vaginal y el grado de satisfacción con el producto.

**Resultados:** Un total de 48 pacientes completaron el estudio. La puntuación media de sequedad disminuyó de  $7,44 \pm 2,30$  a  $3,44 \pm 2,34$ , con un cambio medio de  $-4,00$  (IC 95%:  $-4,87$  a  $-3,13$ ;  $p < 0,001$ ). También se observaron reducciones significativas en irritación, dispareunia y prurito. Los cambios en hidratación vaginal y pH fueron pequeños y no significativos. Cinco participantes (10,4%) notificaron acontecimientos adversos, en su mayoría leves o moderados; no se registraron acontecimientos adversos graves.

**Comentarios y conclusiones:** En mujeres con mucosa vaginal sensible, el uso de un hidratante vaginal no hormonal (Cumlaude Lab: Deligyn®) se asoció con mejoría de los síntomas vulvovaginales y buena tolerabilidad. Son necesarios ensayos controlados para confirmar su eficacia comparativa.

# PATRONES DE CONSUMO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN MUJERES EN PERIMENOPAUSIA, MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL MEDIANTE ENCUESTA ONLINE

Gómez Frieiro, M (1); Laynez Herrero, E (1); González, Silvia P (2)

(1) Gabinete Médico Ginecológico. Santa Cruz de Tenerife

(2) Menoclínica by Palacios. Madrid

**Palabras clave:** Perimenopausia, suplementos, calidad de vida

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** El consumo de suplementos nutricionales entre mujeres en transición menopáusica ha aumentado de forma notable, impulsado por la elevada prevalencia de síntomas y la búsqueda de alternativas no farmacológicas para mejorar la calidad de vida. Existe escasa información sobre los patrones reales de consumo, las motivaciones de uso y la percepción de eficacia en esta población.

**Material / Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante un cuestionario online, que recogió 985 respuestas válidas. Se analizaron variables sociodemográficas, estatus menopáusico, sintomatología, uso de terapia hormonal y consumo de suplementos nutricionales.

**Resultados:** La mayoría de las participantes tenía entre 45 y 55 años, tiene estudios universitarios y se encuentra laboralmente activa. Casi la mitad estaba en menopausia y un tercio en perimenopausia.

Los síntomas más frecuentes fueron la disminución del deseo sexual, la niebla mental, el insomnio, la sequedad vaginal y la falta de energía.

El 69,8% de las mujeres consumía suplementos, destacando el magnesio, la vitamina D, los ácidos grasos omega-3, la creatina y el colágeno.

Las principales motivaciones fueron la prevención de la pérdida de masa muscular, el cansancio, el bienestar general y el insomnio.

La recomendación procedía principalmente del ginecólogo, seguida de las redes sociales y otros profesionales sanitarios.

**Comentarios y conclusiones:** El consumo de suplementos nutricionales es elevado en mujeres en transición menopáusica, especialmente entre aquellas con mayor nivel educativo y alta preocupación por su salud. Predominan suplementos relacionados con salud musculoesquelética, energía y bienestar general. La percepción subjetiva de beneficio es mayoritaria, aunque muchas mujeres no tienen una clara certeza sobre su eficacia.

# IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Cortell Aznar, S

HLA La Vega. Murcia

**Palabras clave:** Cáncer de mama, Calidad de vida relacionada con la salud, Escala Cervantes-16

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar el impacto de la sintomatología climática en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes supervivientes de cáncer de mama tratadas quirúrgicamente, así como identificar las variables clínicas y sociodemográficas asociadas.

**Material / Método:** Estudio transversal en el que participaron 196 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama entre abril de 2023 y abril de 2024 en el Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante, España).

Se analizaron las puntuaciones globales y por dominios de la SC-16, ajustadas mediante curvas de normalidad poblacionales según edad. Se evaluó la

asociación entre la CVRS y variables clínicas, tumorales y terapéuticas. Se realizó un análisis estratificado por grupos etarios.

**Resultados:** El 52,6% de la cohorte presentó un deterioro clínicamente relevante de la CVRS. Esta proporción fue mayor en mujeres más jóvenes (91,6% <40 años; 82,2% 40-49 años). La menopausia iatrogénica, la mastectomía y los tratamientos neoadyuvantes y adyuvantes se asociaron significativamente con un mayor deterioro de la CVRS.

**Comentarios y conclusiones:** La sintomatología climática tiene un impacto sustancial en la CVRS de las pacientes con cáncer de mama, especialmente en mujeres jóvenes, pacientes sometidas a tratamientos más agresivos y pacientes que sufrieron menopausia iatrogénica.

## EL EFECTO INVISIBLE DE LA MENOPAUSIA: TENDONES Y LIGAMENTOS COMO TEJIDOS DIANA

Mendoza Ariza, M (1); Expósito Moreno, C. (2); Martínez Rubiño, S. (2); García González, C. (2); Prieto Sánchez, G. (2)

(1) Assir Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

(2) Assir Santa Coloma de Gramanet. Barcelona.

**Palabras clave:** Menopause, Connective Tissue, Estrogen.

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar la evidencia científica disponible sobre los efectos de la menopausia en los tejidos blandos, particularmente tendones y ligamentos, destacando el rol de los cambios hormonales.

**Material / Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, Scopus y Web of Science) de estudios publicados en los últimos 5 años. Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales y ensayos clínicos que evaluaran la relación entre menopausia, déficit estrogénico y cambios estructurales o funcionales en tendones y ligamentos. Se excluyeron estudios no relacionados directamente con tejidos blandos.

**Resultados:** La evidencia revisada muestra que la menopausia se asocia a modificaciones en la composición

del colágeno, disminución de la elasticidad, alteraciones en la vascularización y cambios en la capacidad de adaptación mecánica de tendones y ligamentos, cambios vinculados a la disminución de estrógenos, aumentando e riesgo de tendinopatías y lesiones ligamentarias. No obstante, los resultados presentan heterogeneidad metodológica y variabilidad según el tejido analizado.

**Comentarios y conclusiones:** El impacto de la menopausia sobre los tejidos blandos es un área poco estudiada. La evidencia disponible sugiere que tendones y ligamentos son tejidos diana de los cambios hormonales asociados al climaterio, lo que adquiere especial relevancia en un contexto de creciente recomendación y participación de las mujeres menopáusicas en programas de ejercicio físico. Reconocer a estos tejidos como parte del impacto musculoesquelético, permite un enfoque más integral de la mujer, optimizando la prescripción de actividad física, la prevención de lesiones y el diseño de estrategias terapéuticas en esta etapa, así como subraya la necesidad de futuras investigaciones en este campo.

# ASHWAGANDHA Y SALUD MENOPÁUSICA: ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE SUS EFECTOS COGNITIVOS, METABÓLICOS Y EN EL SUEÑO

Avella Marcos, M (1); Castilla, M (1); Sánchez-Prieto, M (1); Franco Camps, S (1)

(1) Assir Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

(2) Assir Santa Coloma de Gramanet. Barcelona.

**Palabras clave:** Ashawanda, menopausia

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar de forma sistemática la eficacia y seguridad del extracto de raíz de ashwagandha (*Withania somnifera*) en el manejo de los síntomas durante la transición menopáusica y la menopausia, valorando la calidad de la evidencia disponible mediante el sistema GRADE

**Material / Método:** Se realizó una revisión sistemática de estudios clínicos en PubMed/MEDLINE, Scopus y Cochrane CENTRAL, hasta diciembre de 2025. Se incluyeron ensayos clínicos que evaluaron ashwagandha en mujeres en transición menopáusica o en menopausia, tanto en monoterapia como en combinaciones botánicas. Los outcomes principales fueron los síntomas climatéricos globales; los secundarios incluyeron síntomas vasomotores, dominios psicológicos y urogenitales, calidad de vida, parámetros hormonales y seguridad. Los resultados se sintetizaron de forma narrativa y se evaluó la calidad de la evidencia mediante GRADE.

**Resultados:** Se incluyeron seis estudios clínicos. Tres ensayos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo evaluaron ashwagandha en monoterapia y constituyeron la evidencia principal. Estos estudios mostraron reducciones clínicamente relevantes en escalas de síntomas climatéricos (MRS/MENQOL), con mejoras consistentes en dominios psicológicos, somáticos y urogenitales, así como disminución de la frecuencia de sofocos. Dos estudios informaron incrementos de estradiol y progesterona y descensos de FSH y LH a corto plazo. Los estudios con combinaciones botánicas mostraron resultados favorables globales, aunque con evidencia indirecta para el efecto específico de ashwagandha. El perfil de seguridad fue favorable, sin eventos adversos graves. La calidad de la evidencia fue moderada para síntomas globales y psicológicos, y baja para cambios hormonales.

**Comentarios y conclusiones:** La evidencia sugiere que la ashwagandha en monoterapia mejora los síntomas climatéricos y presenta buena tolerabilidad. La heterogeneidad metodológica y el seguimiento limitado justifican la necesidad de ensayos más amplios y prolongados.



# EVALUACIÓN DE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PRE, PERI Y POSTMENOPAUSIA TRAS LA TOMA DE SUPLEMENTACIÓN ESPECÍFICA: ESTUDIO MENOMADE. RESULTADOS PRELIMINARES

Cusidó Gimferrer, M

*Institut Cusido - Hospital HM Nou Delfos. Barcelona*

**Palabras clave:** “suplementación” “no hormonal” “etapas”

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la mejora en la calidad de vida de mujeres en las diferentes etapas de la menopausia (pre, peri y postmenopausia) tratadas con una suplementación nutricional específica. Como objetivo secundario, se analiza el tiempo de efecto de la intervención con suplementación.

**Material / Método:** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyen mujeres tratadas con suplementación fitoterápica no estrogénica. La recogida de datos utiliza cuestionarios basados en la Escala Cervantes para evaluar la calidad de vida y la evolución de síntomas propios de las tres etapas de la menopausia. El análisis estadístico compara la evolución intra-paciente entre su inicio y los puntos de seguimiento disponibles.

**Resultados:** El estudio se encuentra actualmente en la fase final de recogida y análisis de datos de los centros participantes. El tamaño muestral estimado son 50 pacientes. Los datos preliminares muestran una distribución de la muestra en las etapas de pre, peri y postmenopausia. Durante las presentes semanas se está completando el procesamiento estadístico de los cuestionarios basados en la Escala Cervantes, cuyos resultados definitivos de eficacia clínica serán presentados de forma pormenorizada durante la comunicación.

**Comentarios y conclusiones:** Los hallazgos preliminares sugieren que la suplementación basada en principios activos naturales es una alternativa clave para el manejo de síntomas de la menopausia, especialmente en pacientes con contraindicaciones para la terapia hormonal. Se concluye que el uso de fórmulas diseñadas para cada etapa biológica de la mujer podría optimizar la calidad de vida a corto y medio plazo. La cohorte final aportará evidencia sobre la efectividad de estas intervenciones en la práctica clínica real.

# PARTICULARIDADES DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN INSUFICIENCIA OVÁRICA PREMATURA

Barinaga-Rementeria Zabaleta, ML (1); Paredes Goenaga, J. (1); Becerro Cortizas, A. A. (1); Telleria Bereciartua, I. (1); Lure Berregui, M. (1)

(1) Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa

**Palabras clave:** erapia Hormonal sustitutiva, Insuficiencia ovárica prematura

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** El tratamiento hormonal en la menopausia ha sido insuficientemente indicado en los últimos años. Esto ha generado desconocimiento de las diferentes indicaciones y esquemas de tratamiento en las nuevas generaciones de ginecólogos.

El objetivo de este trabajo resumir las particularidades de la THS para la IOP

**Material / Método:** Revisión de protocolos de AEEM, Sego, Uptodate, Dynamed, y bibliográfica

## Resultados

- No hay evidencia acerca de cuáles son las formulaciones más adecuadas en IOP.
- Se debe valorar la necesidad de anticoncepción
- Se recomiendan preparados con estradiol, similar al de producción endógena; también en esquema AHC

- La tibolona, no se recomienda porque no ha sido estudiada en IOP.
- La dosis de estrógenos debe ser de sustitución (la que obtiene cifras de estrógeno equivalentes biológicamente a 50 -100 pg/ml de 17-β-estradiol circulante), no la dosis mínima eficaz para paliar síntomas.
- En THS se recomienda estrógeno en pauta continua, y gestágeno continuo o secuencial
- Tablas: dosis y vías de administración de estradiol y gestágenos
- En esquema de AHC:
  - o Intervalos libres de hormonas cortos (< 4 días)
  - o Administrar estradiol en los días de descanso
  - o Administrar estradiol transdérmico u oral asociado a DIU-levonorgestrel
- Tabla: formulaciones disponibles en España

**Comentarios y conclusiones:** Se recomiendan preparados con estradiol, también en AHC, en dosis sustitución, no la dosis mínima eficaz para paliar síntomas. El estrógeno debe administrarse preferiblemente en pauta continua, y el gestágeno de forma continua o secuencial.

# EFFECTOS DE DIETAS VEGETARIANAS EN LA PERIMENOPAUSIA: RIESGOS ÓSEOS Y SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS

Lozano Garay, G (1); Blas Robledo, M (1)

(1) Hospital Universitario Basurto. Vizcaya

**Palabras clave:** perimenopausia, vegetariana, matrona

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar los efectos de dietas vegetarianas en mujeres perimenopausicas, considerando riesgos para la salud ósea, síntomas menopáusicos y déficit nutricional, y destacar la relevancia de la intervención sanitaria para mitigarlos.

**Material / Método:** Se realizó una revisión de literatura publicada en los últimos cinco años, incluyendo estudios observacionales, cohortes y revisiones sistemáticas, con datos sobre densidad mineral ósea, incidencia de fracturas y manifestaciones del climaterio (sofocos, insomnio, cambios de ánimo). También se incluyeron estudios que evaluaron déficits de proteínas y micronutrientes esenciales en mujeres adultas y perimenopausicas con dietas vegetarianas/veganos

**Resultados:** La evidencia indica que dietas vegetarianas se asocian con menor densidad mineral ósea y mayor riesgo de fracturas, así como con déficits nutricionales que pueden agravar síntomas menopáusicos como sofocos, fatiga e insomnio. La intervención profesional permite detección temprana de riesgos, educación sobre hábitos de vida saludables y estrategias preventivas, contribuyendo a mitigar tanto los riesgos óseos como los síntomas climatéricos.

## Comentarios y conclusiones

**Comentarios:** Un enfoque basado en evidencia permite abordar salud ósea y síntomas menopáusicos de manera integral, promoviendo calidad de vida en mujeres perimenopausicas que siguen dietas vegetarianas.

**Conclusiones:** Dietas vegetarianas pueden aumentar riesgos de fragilidad ósea, déficits nutricionales y exacerbación de síntomas menopáusicos. La atención profesional temprana y la educación sanitaria son esenciales para una transición perimenopausica segura y saludable.

# ESTUDIO DEL EFECTO DE LA THM SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES CON MIOMAS UTERINOS TRATADAS CON LINZAGOLIX

Ramírez Cantero, G (1); Alcalá García, RM (1); Carballo García, A (1); Fernández Rísquez, AC (1); Presa Lorite, JC (1)

(1) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Jaén

**Palabras clave:** THM, linzagolix, calidad de vida

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio es comparar los cambios en la calidad de vida de mujeres con miomas uterinos tratadas con linzagolix 200mg, según el tipo de terapia de apoyo hormonal (estradiol y acetato de noretisterona vs. tibolona), utilizando las escalas Cervantes y UFS-QoL.

**Objetivos secundarios:** Evaluar los cambios en la densidad mineral ósea (DMO) a los 3 meses de tratamiento.

Analizar los cambios en síntomas clínicos (sangrado, dolor pélvico, volumen uterino).

Evaluar la seguridad de ambos esquemas de tratamiento combinado

**Material / Método:** Se ha diseñado un estudio clínico prospectivo, experimental y comparativo con dos cohortes de tratamiento. Se ha calculado un tamaño de

muestra de 60 pacientes (30 por cohorte), con un poder estadístico del 80 % y una significancia del 5 %.

Cada cohorte será examinada clínicamente (incluida la densitometría) y se le pasarán la escala cervantes y la UFS-QoL. antes del inicio del tratamiento y posteriormente a los tres meses

**Resultados:** No se observaron diferencias significativas en los resultados clínicos, de seguridad, ni densitométricos entre las dos cohortes. No se detectó ningún caso de osteoporosis.

La cohorte que fue tratada con linzagolix y tibolona presentó un perfil de calidad de vida mejor que el grupo que se trató con linzagolix y estradiol y acetato de noretisterona.

**Comentarios y conclusiones:** El uso de linzagolix 200mg con THM es un tratamiento eficaz y seguro para tratar los síntomas en pacientes con miomas. El uso de tibolona parece tener un mejor perfil de calidad de vida con respecto al uso de estradiol y acetato de noretisterona.

# IMPACTO DE LA TÉCNICA DE ESTERILIZACIÓN DEFINITIVA (LIGADURA TUBÁRICA BILATERAL VS SALPINGECTOMÍA BILATERAL) EN LA EDAD DE LA MENOPAUSIA: PROYECTO DE ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Tauste Rubio, CM (1); Molinet Coll, C (1); García Fernández, J (1); Cararach Salas, M (1); Capó Pons, C (1)

(1) Hospital de Viladecans. Barcelona

**Palabras clave:** edad menopausia, salpingectomía, esterilización definitiva

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** La salpingectomía bilateral ha sido adoptada progresivamente como método de esterilización definitiva debido a su potencial efecto protector frente al cáncer epitelial de ovario. Sin embargo, existe preocupación sobre su posible impacto en la función ovárica a largo plazo debido a la alteración potencial de la vascularización ovárica. Aunque diversos estudios han evaluado marcadores indirectos de reserva ovárica, el impacto sobre la edad real de la menopausia sigue siendo incierto.

El objetivo de este estudio es comparar la edad de la menopausia, entre mujeres sometidas a ligadura tubárica bilateral y salpingectomía bilateral como método de esterilización definitiva.

**Material / Método:** Estudio observacional retrospectivo de cohortes multicéntrico. Se incluirán

mujeres sometidas a esterilización definitiva mediante ligadura tubárica o salpingectomía, que tuvieran entre 30 y 50 años en el momento de la cirugía. El tamaño muestral estimado necesario es de 140 participantes.

**Resultados:** Este proyecto se encuentra en fase de diseño y aún no se ha iniciado la recogida de datos. Se espera que las mujeres sometidas a salpingectomía bilateral presenten una edad de menopausia significativamente más temprana que las mujeres sometidas a ligadura tubárica bilateral, además de mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, óseas, síntomas vasomotores y cognitivos.

**Comentarios y conclusiones:** Este estudio busca proporcionar evidencia sobre el impacto de la salpingectomía bilateral en la edad de la menopausia. Los resultados podrían influir en las decisiones clínicas sobre métodos de esterilización definitiva y en la comprensión de los efectos a largo plazo de la salpingectomía en la salud de las mujeres.

# MENOPAUSIA EN MUJERES CON DISCAPACIDAD: REVISIÓN BIOPSIOSOCIAL Y ESTRATEGIAS INCLUSIVAS

Lozano Garay, G (1); Caballero Iglesias, S (1)

(1) Hospital Universitario Basurto. Vizcaya

**Palabras clave:** menopausia, discapacidad, matrona

**Tipo:** Póster

## Objetivos

- Analizar la vivencia de la menopausia en mujeres con discapacidad desde un enfoque biopsicosocial, considerando las barreras físicas, comunicativas y actitudinales que condicionan su acceso a recursos sanitarios y su calidad de vida.
- Evaluar la relevancia de intervenciones inclusivas y sostenibles, destacando el papel de la matrona en la atención integral

**Material / Método:** Se realizó una revisión bibliográfica centrada en estudios que abordan la menopausia en mujeres con discapacidad, explorando factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan su experiencia del climaterio. Se incluyeron trabajos que documentan limitaciones funcionales, dificultades en comunicación y acceso a atención sanitaria, así como estrategias de acompañamiento y empoderamiento.

**Resultados:** La evidencia muestra que las mujeres con discapacidad presentan un inicio de menopausia a veces precoz, con síntomas que pueden superponerse

a condiciones preexistentes y agravar su impacto biopsicosocial. Enfrentan barreras arquitectónicas, actitudinales y comunicativas que limitan el acceso a atención preventiva y terapéutica. La falta de formación específica en profesionales sanitarios y la invisibilización de su salud sexual y reproductiva incrementan desigualdades. Las intervenciones centradas en educación sanitaria, empoderamiento y acompañamiento emocional, adaptadas a necesidades cognitivas y funcionales, mejoran la percepción de bienestar y autonomía.

## Comentarios y conclusiones

**Comentarios:** El concepto de menopausia social y la integración de la sostenibilidad en atención sanitaria permiten visibilizar inequidades y orientar estrategias inclusivas, eficaces y equitativas.

**Conclusiones:** La atención a la menopausia en mujeres con discapacidad requiere un modelo integral, inclusivo y sostenible, donde la matrona actúe como promotora de salud, facilitando acceso, acompañamiento personalizado y reducción de desigualdades, garantizando así una vivencia del climaterio digna y respetuosa de sus derechos.



## SÍNTOMAS VASOMOTORES SEVEROS EN SUPERVIVIENTE DE CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA CLÍNICA CON ANTAGONISTA DEL RECEPTOR NK3

Souto Muras, V (1); Lapresa Alcalde, MV (1); Hernández Vecino, P (1); Rupilius Krautwig, MC (1); Marichal Battikha, JM (1)

1) Complejo Asistencial de Zamora

**Palabras clave:** Menopausia, Sofocos, Calidad de Vida, Receptor NK3

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad del Fezolinetant en el tratamiento de síntomas vasomotores severos en una mujer posmenopáusica con contraindicación para terapia hormonal.

**Material / Método:** Caso clínico de mujer de 57 años, última regla hace 7 años, con sofocos intensos que le ocasionaban insomnio grave, con deterioro significativo de su calidad de vida. Antecedente de carcinoma ductal infiltrante hormonosensible tratado mediante cirugía y hormonoterapia adyuvante, con tratamiento completado. Puntuación de 65 puntos en el dominio menopausia-salud de la Escala Cervantes. Tras fracaso previo con alternativas no hormonales se inició tratamiento con fezolinetant 45 mg/día, con seguimiento clínico y analítico a las 4, 8 y 12 semanas.

**Resultados:** A las 12 semanas, reducción de la puntuación en la Escala Cervantes hasta 15 puntos, con mejoría marcada de la frecuencia e intensidad de los sofocos. No se registraron alteraciones analíticas del perfil hepático ni insomnio como efecto adverso en esta paciente.

**Comentarios y conclusiones:** El manejo de síntomas vasomotores en supervivientes de cáncer de mama constituye un reto terapéutico frecuente. Las opciones no hormonales disponibles presentan eficacia limitada.

Este caso evidencia la aplicabilidad clínica de tratamientos dirigidos al eje neuroendocrino en pacientes con contraindicación para terapia hormonal. El antagonismo selectivo del receptor NK3 puede representar una alternativa eficaz en mujeres con antecedente de cáncer de mama y sintomatología vasomotora severa.

# EFFECTOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON CREATINA EN MUJERES PERI Y POSMENOPÁUSICAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Avella, M (1); Castilla, M (1); Sánchez-Prieto, M (1); Franco Camps, S (1); Martínez Medina, M (1)

(1) Hospital Universitario General de Catalunya. Barcelona

**Palabras clave:** Creatina, suplementación, menopausia

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la suplementación con creatina frente al deterioro de la masa magra, la fuerza y la densidad mineral ósea (DMO) provocado por el hipoestrogenismo en mujeres peri y posmenopáusicas, analizando además su seguridad y efectos en la función física y cognitiva.

**Material / Método:** Se realizó una revisión sistemática bajo directrices PRISMA 2020 en PubMed, Scopus y Web of Science (2000-2025). Se seleccionaron 19 estudios (ensayos clínicos aleatorizados y revisiones) que evaluaran la eficacia de la creatina como ayuda ergogénica ante la incidencia de sarcopenia y osteoporosis en este grupo etario.

**Resultados:** Los hallazgos indican que la creatina, combinada con entrenamiento de resistencia, mejora significativamente la fuerza muscular y la masa magra en comparación con el placebo. No obstante, su administración aislada mostró efectos limitados. En cuanto a la salud ósea, los resultados son heterogéneos; la creatina solo atenuó la pérdida de DMO cuando se combinó con ejercicios de carga. No se reportaron eventos adversos, confirmando su perfil de seguridad.

**Comentarios y conclusiones:** La creatina es un coadyuvante eficaz para optimizar las adaptaciones al entrenamiento de fuerza y mitigar el deterioro musculoesquelético posmenopáusico. Se requiere mayor investigación para clarificar sus beneficios específicos en la salud ósea, la cognición y la calidad de vida.

## REPLANTEANDO EL MANEJO CONSERVADOR DEL PROLAPSO EN EL CLIMATERIO: DEL DISPOSITIVO PASIVO A LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA INTEGRADA

Mendoza Ariza, M (1); Guerrero Martínez, M. (1); Pérez Navarro, S. (1); Expósito Moreno, C. (1); Martínez Rubiño, S. (1)

(1) Assir Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

**Palabras clave:** Pessary, Vaginal Estrogen Therapy, Pelvic Floor Rehabilitation.

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar sistemáticamente la evidencia sobre el impacto de la terapia hormonal vaginal local, los ejercicios del suelo pélvico y la biomecánica en la tolerancia y continuidad del uso del pesario durante el climaterio.

**Material / Método:** Se realizó una revisión sistemática conforme a PRISMA en PubMed, Scopus y Web of Science hasta 2025. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones que evaluaran intervenciones conservadoras asociadas al uso de pesarios en mujeres peri y posmenopáusicas, excluyendo trabajos sin resultados.

**Resultados:** La evidencia indica que la terapia hormonal vaginal local mejora la calidad del tejido y reduce complicaciones asociadas al pesario. Los ejercicios del suelo pélvico optimizan el soporte y los

síntomas urinarios, mientras que el cuidado biomecánico favorece la adaptación y continuidad del tratamiento. Sin embargo, existe heterogeneidad metodológica y escasez de estudios que analicen estas intervenciones de forma combinada.

**Comentarios y conclusiones:** El uso exitoso del pesario durante el climaterio no debe entenderse como resultado exclusivo del dispositivo, sino como parte de un abordaje conservador integral. La evidencia sugiere que la combinación de terapia hormonal vaginal local, entrenamiento específico del suelo pélvico y cuidado de la biomecánica favorece una mejor calidad tisular, mayor soporte funcional y una adaptación más eficaz al pesario. Este enfoque conjunto parece mejorar la tolerancia, reducir complicaciones y aumentar la continuidad del tratamiento, con impacto positivo en los resultados clínicos y la calidad de vida. En consecuencia, el manejo del suelo pélvico en esta etapa requiere una estrategia multidimensional y coordinada. Son necesarios estudios prospectivos que analicen de forma integrada estas intervenciones.

# RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN LA MENOPAUSIA. FACTORES DE RIESGO CLÁSICOS Y NO CLÁSICOS

Prados Pérez, M

Endocrinología. Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. Barcelona

**Palabras clave:** Metabolismo, menopausia, cardiovascular

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** La menopausia representa un periodo de transición con importantes implicaciones para la salud cardiovascular de la mujer. La disminución estrogénica se asocia a cambios metabólicos adversos que incrementan el riesgo cardiometabólico, contribuyendo a que la enfermedad cardiovascular sea la principal causa de morbilidad femenina. Sin embargo, este riesgo continúa infravalorado y frecuentemente se evalúa solo mediante factores clásicos, sin integrar determinantes específicos del sexo. En esta revisión se mencionan los factores de riesgo cardiovascular clásicos y específicos de la mujer, así como la implicación metabólica y cardiovascular de los cambios hormonales relacionados con la edad y la menopausia.

**Material / Método:** Revisión. Resultados

**Resumen:** Durante la transición menopáusica se observa un aumento de peso, especialmente de grasa visceral, mayor resistencia a la insulina, incremento de la presión arterial y un perfil lipídico más aterogénico. A estos factores clásicos se suman factores no clásicos o específicos de la mujer, como la menopausia precoz, antecedentes de trastornos hipertensivos del embarazo o diabetes gestacional. La evidencia reciente destaca que la agregación de estos factores, junto con determinantes sociales y conductuales, amplifica el riesgo cardiovascular más allá de lo estimado por las escalas tradicionales, que tienden a infraestimar el riesgo en mujeres.

## Comentarios y conclusiones

**Conclusiones:** Un valoración integral del riesgo cardiometabólico en la menopausia requiere incorporar factores clásicos y no clásicos, con una evaluación personalizada y un enfoque preventivo a lo largo del curso vital. La identificación precoz y el tratamiento intensivo pueden reducir de forma significativa la carga futura de enfermedad cardiovascular en la mujer.

# EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COMBINADA EN SALUD SEXUAL EN MUJERES CON MENOPAUSIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA. RESULTADOS PROVISIONALES

Rubio Torres, MT (1); López Gimeno, E (1); Vázquez Garreta, G (1); González Fernández, M (2); Rodríguez Coll, P (3); Zamora Delmas, L (4)

(1) Assir Roger de Flor. Barcelona

(2) Fundació Puigvert. Barcelona

(3) Assir Dreta. Barcelona

(4) ASSIR Dreta, Barcelona

**Palabras clave:** sexualidad, dispareunia, menopausia

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de una intervención combinada en relación a la disfunción sexual y la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas.

## Material / Método

**Diseño:** estudio casi-experimental longitudinal prospectivo pre y post-intervención.

Se realizará en el servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de Barcelona durante 2025-2026.

**Sujetos:** mujeres post-menopáusicas entre 45 y 70 años, de más de 2 años de evolución de menopausia, que acuden al ASSIR por DFS y dan su consentimiento para participar en el estudio. La muestra de estudio es de 41 mujeres.

**Intervención:** Consta de una intervención combinada de un taller grupal educativo sobre sexualidad y 3 sesiones

de seguimiento individual por matrona sobre ejercicios de dilatación vaginal que realizarán posteriormente en domicilio.

Estudio con la aprobación del CEIm: 24/338-P.

La recogida de datos se hará a través una plantilla de datos socio-demográficos y clínicos y los cuestionarios Cervantes y Índice de la Función Sexual femenina (FSFI) al inicio y a la finalización de la intervención.

**Resultados:** En la muestra hasta el día de hoy recogida el 100% ha mejorado la calidad de vida, mejorando especialmente el área de la sexualidad y la esfera psíquica.

**Comentarios y conclusiones:** Hasta fecha de hoy la intervención combinada de educación grupal i ejercicios de dilatación vaginal es efectiva para mejorar en el área de la disfunción sexual, y salud sexual y mejorar la salud global.

# RADIOFRECUENCIA VAGINAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA LAXITUD VAGINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Castilla, M (1); Sánchez-Prieto, M (1); Avella Marcos, M (1); Franco Camps, S (2); Martínez Medina, M (3)

(1) Hospital General de Cataluña. Barcelona

(2) Hospital General de Cataluña - Servicio de Ginecología Dexeus Dona. Barcelona

(3) Unidad de Menopausia. Hospital General de Cataluña. Barcelona

**Palabras clave:** Radiofrecuencia, Laxitud vaginal, Salud vaginal

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de la radiofrecuencia vaginal en la laxitud vaginal, mediante síntesis crítica de la evidencia disponible.

**Material / Método:** Revisión sistemática de estudios publicados en PubMed/MEDLINE, Scopus y Cochrane CENTRAL hasta enero de 2026. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados con grupo control o sham, estudios comparativos y estudios prospectivos observacionales en mujeres con laxitud vaginal, con o sin síntomas asociados.

Los outcomes primarios fueron percepción subjetiva de laxitud y función sexual (FSFI, VLQ, VLBS). Como secundarios se analizaron índices de salud vaginal (VHI, pH), parámetros objetivos (ecografía, histología), calidad de vida y seguridad. Síntesis narrativa y evaluación de calidad mediante GRADE.

**Resultados:** Se incluyeron 27 estudios (>1.200 mujeres). Los ensayos aleatorizados mostraron mejoras significativas en laxitud y función sexual frente a control o sham, especialmente a corto plazo (1–6 meses), con incrementos clínicamente relevantes en FSFI y VLQ ( $p<0,05$ ). El efecto tendió a atenuarse entre 6–12 meses.

Los estudios comparativos evidenciaron no inferioridad frente a entrenamiento del suelo pélvico o estrógenos vaginales en determinados outcomes.

Los estudios observacionales apoyaron la coherencia clínica y mostraron hallazgos histológicos compatibles con neocolagénesis.

El perfil de seguridad fue favorable, con eventos leves y transitorios.

Según GRADE, la evidencia fue moderada para laxitud y función sexual, y baja-moderada para outcomes objetivos y a medio plazo.



# PLASMA RICO EN PLAQUETAS Y ÁCIDO HIALURÓNICO EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA CON SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y CASO CLÍNICO

Assaf Balut, M (1); Valdés Devesa, V. (1); Fernández Moya, J. M. (2)

(1) Hospital Quirónsalud Madrid. Pozuelo de Alarcón, Madrid

(2) Hospital Quirónsalud Valle del Henares. Torrejón de Ardoz, Madrid

**Palabras clave:** Plasma rico en plaquetas, cáncer de mama, síndrome genitourinario de la menopausia

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Revisar la evidencia científica disponible sobre el uso del plasma rico en plaquetas (PRP), solo o combinado con ácido hialurónico (AH), como alternativa no hormonal para el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) en supervivientes de cáncer de mama, y presentar un caso clínico representativo.

**Material/Método:** Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed sobre PRP y SGM en poblaciones con limitación para el uso de terapia estrogénica local. Se encontraron 9 publicaciones, incluyendo 2 ensayos clínicos aleatorizados, 3 estudios prospectivos y 4 revisiones sistemáticas. De forma paralela, se presenta el caso clínico de una mujer de 54 años, superviviente de cáncer de mama, tratada con tres sesiones intravaginales de PRP combinado con AH. La evolución clínica se evaluó mediante el Índice de Función Sexual Femenina

(FSFI) y documentación gráfica.

**Resultados:** La evidencia disponible muestra mejoras en el Índice de Salud Vaginal (VHI) y una reducción de la dispareunia, asociadas a cambios favorables en el trofismo del epitelio vaginal. En el caso clínico se observó una mejoría progresiva del trofismo y la elasticidad tisular, con un aumento del FSFI de 15 a 30 puntos, sin registrarse efectos adversos. Se aportan imágenes.

**Comentarios y conclusiones:** El PRP, especialmente en combinación con AH, podría constituir una opción no hormonal segura y eficaz para el tratamiento del SGM en supervivientes de cáncer de mama. No obstante, son necesarios protocolos estandarizados y ensayos clínicos aleatorizados de mayor tamaño para confirmar su eficacia y seguridad a largo plazo.

**Comentarios y conclusiones:** La radiofrecuencia vaginal mejora la laxitud y la función sexual con adecuado perfil de seguridad, aunque la heterogeneidad y el seguimiento limitado exigen estudios multicéntricos a largo plazo.

# EXTRACTO PURIFICADO DE POLEN PARA SÍNTOMAS VASOMOTORES EN LA MENOPAUSIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA EVIDENCIA

Sánchez Prieto, M (1); Romero Domínguez, M (2); Avella Marcos, M (3); Romero Duarte, P (4);  
Gómez del Valle, M (3)

(1) Hospital Universitario General de Cataluña - Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

(2) Hospital Quirónsalud Málaga

(3) Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona

(4) Hospital Universitario de Poniente. Almería

**Palabras clave:** Extracto purificado de polen, sintomatología vasomotora, revisión sistemática

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad del extracto purificado de polen en el tratamiento de la sintomatología vasomotora (SVM) en mujeres en transición a la menopausia o menopausia, y valorar la certeza de la evidencia mediante criterios GRADE.

**Material / Método:** Se realizó una revisión sistemática conforme a PRISMA. Se identificaron estudios clínicos publicados hasta enero de 2026 que evaluaran extractos purificados de polen en mujeres en transición a menopausia y menopausia, incluidas supervivientes de cáncer de mama. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales. No se realizó metaanálisis debido a la heterogeneidad clínica y metodológica. La certeza de la evidencia se evaluó utilizando el enfoque GRADE.

**Resultados:** Se incluyeron 8 estudios con un total de 1.270 mujeres (2 ensayos clínicos aleatorizados

y 6 estudios observacionales). Los ensayos clínicos mostraron una reducción significativa en la frecuencia de sofocos frente a placebo, con buena tolerabilidad. Los estudios observacionales se informaron reducciones clínicamente relevantes en la frecuencia e intensidad de los SVM (aproximadamente 48–65%) y mejoría de síntomas menopáusicos globales. Un estudio prospectivo comparativo indicó una mayor mejoría de los sofocos y de la calidad del sueño con extracto de polen frente a isoflavonas a los 6 meses. La dirección del efecto fue consistente entre los estudios. Según GRADE, la certeza de la evidencia fue moderada para la reducción de la frecuencia e intensidad de los sofocos y para la seguridad, y baja para la mejora de la calidad del sueño, principalmente limitada por riesgo de sesgo, imprecisión e indirecta clínica.

**Comentarios y conclusiones:** El extracto purificado de polen se asocia con una mejoría clínicamente relevante de la SVM y presenta un perfil de seguridad favorable. Sin embargo, la certeza de la evidencia es moderada, y los datos sobre calidad del sueño son de baja certeza, por lo que se requieren ensayos clínicos aleatorizados de mayor tamaño y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

## ANTAGONISTAS NK3 EN MUJER CON ANTECEDENTE DE TVP: MANEJO NO HORMONAL DE LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES

Alcalá García, RM (1); Carballo García, A (1); Fernández Risquez, AC (1); González Muñoz, C (1); Presa Lorite, JC (1)

(1) Hospital Materno Infantil Jaén

**Palabras clave:** TVP, antagonistas NK3

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir el abordaje terapéutico de los síntomas vasomotores en una mujer en transición menopáusica con antecedente de trombosis venosa profunda (TVP), destacando el papel de los antagonistas del receptor NK3 como alternativa no hormonal.

**Material / Método:** Caso clínico de mujer de 46 años, histerectomizada subtotal a los 41 años por hipermenorrea anemizante, con antecedente de TVP puerperal y contraindicación de terapia hormonal combinada. Seguimiento clínico en consulta de ginecología, evaluación sintomática y medición de calidad de vida mediante Escala Cervantes. Valoración analítica hormonal compatible con transición menopáusica (FSH en rango intermedio, estradiol fluctuante).

**Resultados:** La paciente inició síntomas vasomotores progresivos, con más de 10 sofocos diarios, predominio nocturno, despertares frecuentes e impacto significativo

en sueño y calidad de vida. La Escala Cervantes evidenció deterioro en el dominio vasomotor y psíquico, con un valor total de 76 puntos. Dado el antecedente trombótico, se descartó terapia hormonal sistémica. Se consensuó tratamiento con fezolinetant, antagonista selectivo del receptor NK3. Se indicó monitorización de función hepática basal y seriada. En el seguimiento inicial se objetivó a las 12 semanas una reducción significativa de la frecuencia e intensidad de sofocos y mejoría subjetiva del descanso nocturno, con un valor en la Escala Cervantes de 52. Estamos ante una mejoría clínicamente relevante en la calidad de vida de la paciente.

**Comentarios y conclusiones:** En mujeres con riesgo trombótico, el manejo de la menopausia requiere alternativas seguras y eficaces. Los antagonistas NK3 representan una opción innovadora basada en la fisiopatología central del sofoco, evitando la exposición estrogénica sistémica. Su incorporación amplía el arsenal terapéutico en pacientes con contraindicación hormonal, permitiendo un abordaje individualizado y basado en seguridad.

# UN AÑO DE MENOTARDES, EXPERIENCIA EDUCACIÓN GRUPAL CLIMATERIO MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR 1 ZARAGOZA

Manglano Alonso, F (1); Luque Carro, R. (2); Moreno Lamana, V. (2); Tena Domingo, I. (2)

(1) *Matrona de Atención Primaria Sector 1 Zaragoza*

(2) *Matrona Atención Primaria Sector 1 Zaragoza*

**Palabras clave:** matronas, climaterio, educación grupal

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Creación de grupos de educación sanitaria en climaterio disponibles para las mujeres del sector sanitario 1 de Zaragoza. Facilitar información actualizada basada en evidencia estructurada en cuatro tardes:

1. ¿Pero ¿qué me está pasando?! #madredelamorhermoso
2. Pero esto ¿tiene tratamiento? #enbuscaderemedio
3. Salud vulvar, sexual y mental. #nomeaguantonioy #nomereconozco
4. Autocuidados y suelo pélvico. #lovoyadartodo

Valorar la satisfacción de las usuarias con la experiencia.

**Material / Método:** Grupos mensuales presenciales, 20 mujeres máximo, de entre 40 y 60 años, periodicidad semanal (4 sesiones, martes, dos horas cada semana) desde marzo del 2025 a marzo del 2026 (en total 9 grupos) Presentación del tema y tiempo para preguntar dudas. Encuestas inicio y final de la actividad. Registros de asistencia.

**Resultados:** Valoración inicial de los datos obtenidos (a falta de los meses de febrero y marzo del 2026) Porcentaje de inscripciones realizadas respecto a las ofrecidas: cobertura 100% Mujeres que completan las 4 sesiones de asistencia: 71% Grado de satisfacción general con la actividad (puntuación del 1 al 5): 4'94 Mujeres que recomendarían la actividad: 100% Grado de utilidad de la actividad percibido por las usuarias (puntuación del 1 al 5): 4'74

**Comentarios y conclusiones:** Las mujeres que participan perciben como útil la experiencia y se muestran satisfechas. En los grupos de marzo a noviembre ofrecíamos 15 plazas por grupo y en el año 2026 se aumentó a 20 debido a la demanda. En las consultas de atención primaria, las matronas somos testigos de la gran demanda de información que hay por parte de las mujeres y de la incapacidad del sistema de dar respuesta sólo atendiendo en consultas individuales. La creación de grupos dirigidos a la educación sanitaria en esta etapa es igual de importante que la educación maternal y los grupos de crianza (posparto, lactancia) en los que las matronas tenemos amplia experiencia.

# IMPACTO CLÍNICO DE UN NUEVO HIDRATANTE VAGINAL NO HORMONAL EN CONDICIONES REALES

Sánchez Prieto, M (1); Subiris González, J (2); Butrón Hinojo, CA (3); Lubián López, DM (4);  
Sánchez-Borrego, R (5)

(1) Hospital Universitario General de Cataluña - Instituto Dexeus. Barcelona

(2) Consulta privada. Málaga

(3) Hospital Quirónsalud Campo de Gibraltar

(4) Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

(5) DIATROS. Barcelona

**Palabras clave:** Hidratante, síndrome genitourinario de la menopausia, dispareunia

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la efectividad, seguridad y satisfacción de las usuarias con Cumlaude Lab: Hidratante Interno® en el alivio de la sequedad vaginal sintomática en condiciones reales.

**Material/Método:** Estudio prospectivo, multicéntrico, abierto, de un solo brazo y postcomercialización. Se incluyeron 51 mujeres  $\geq 18$  años; 48 constituyeron la población por intención de tratar. El producto se autoadministró 3 veces/semana durante 6 semanas. Variable principal: cambio basal-semana 6 en la gravedad de la sequedad vaginal (EVA 0-10). Variables secundarias: irritación, prurito, dispareunia, hidratación vaginal, pH vaginal, seguridad y satisfacción. Se analizaron cambios intraindividuo con comparaciones apareadas.

**Resultados:** En participantes con datos apareados ( $n = 47$ ), la sequedad disminuyó de  $7,34 \pm 2,20$  a  $3,47 \pm 2,00$ ; cambio medio  $-3,87$  (IC 95%:  $-4,62$  a  $-3,12$ ;  $p < 0,001$ ), con tamaño del efecto grande ( $d_z = 1,54$ ). También se redujeron irritación ( $-2,11$ ), prurito ( $-2,16$ ) y dispareunia ( $-2,88$ ) (todas  $p < 0,001$ ). La hidratación aumentó ( $+2,69$ ;  $p < 0,001$ ) y el pH disminuyó modestamente ( $-0,44$ ;  $p = 0,001$ ). Ocho participantes (16,7%) notificaron acontecimientos adversos relacionados, todos leves-moderados; no hubo graves. Tres abandonaron por acontecimientos adversos.

**Comentarios y conclusiones:** En este estudio prospectivo en condiciones reales, Cumlaude Lab Hidratante Interno® se asoció con una reducción significativa a corto plazo de la sequedad vaginal y síntomas relacionados, con un perfil de seguridad aceptable. Dada la ausencia de grupo comparador, los resultados deben interpretarse con cautela. Se requieren ensayos clínicos aleatorizados para confirmar estos hallazgos.

# RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS Y MENOPÁUSICAS DE BILBAO

Blas Robledo, M (1); Fraile Bermúdez, AB (2); Irazusta Astiazaran, A (2)

(1) Hospital Universitario Basurto (Osakidetza-SVS) - Unidad Docente de Matronas del País Vasco. Vizcaya

(2) Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea EHU

**Palabras clave:** “CALIDAD DE VIDA“, “SINTOMATOLOGÍA“

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar la relación entre los síntomas menopáusicos y la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres premenopáusicas y menopáusicas.

**Material / Método:** Estudio transversal en el que participaron un total de 93 mujeres, de entre 45 y 55 años que residen en Bilbao. Se recogieron datos sobre sus características sociodemográficas, calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D-5L), sintomatología relacionada con la menopausia (MRS), así como su situación actual con respecto a la menopausia (premenopausia o menopausia).

**Resultados:** Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas en la calidad de vida percibida entre ambos grupos ( $p=0,587$ ). Sin embargo, las mujeres menopáusicas presentaron mayor intensidad de sofocos

( $p=0,001$ ), molestias cardíacas ( $p=0,039$ ) y sequedad vaginal ( $p=0,018$ ) en comparación con las mujeres premenopáusicas. Asimismo, en el grupo premenopáutico se observó una relación estadísticamente significativa entre una mayor presencia de sintomatología y un peor estado de salud percibido ( $p=0,018$ ). En cambio, esta asociación no se evidenció en el grupo de mujeres menopáusicas, donde no se encontraron correlaciones significativas entre las variables analizadas ( $p=0,118$ ).

**Comentarios y conclusiones:** Las mujeres menopáusicas manifestaron una mayor presencia de sofocos, molestias cardíacas y sequedad vaginal en comparación con las premenopáusicas. La intensidad de los síntomas menopáusicos estuvo más relacionada con una peor percepción del estado de salud en el grupo de mujeres premenopáusicas, indicando que estos síntomas afectan de manera más notable su calidad de vida. Se recomienda un abordaje integral que incluya el manejo de síntomas, apoyo emocional y promoción de hábitos saludables, así como investigaciones futuras para mejorar la atención en esta población.



## ROMPIENDO EL SILENCIO: LA MENOPAUSIA Y SUS TABÚES CULTURALES

Cengotitabengoa, C (1); Padrón Castro, E (1); Zarranz Nagore, N (1); Telleria Garmendia, M (1)

(1) HUA Txagorritxu. Álava

**Palabras clave:** menopausia, tabú, comunicación

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar cómo los tabúes culturales en torno a la menopausia afectan a la comunicación de las mujeres sobre sus síntomas, la percepción de estos y la búsqueda de información.

**Material / Método:** Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos y mediante técnica de bola de nieve, seleccionando estudios que analizaran experiencias de mujeres posmenopáusicas. Se analizaron experiencias, actitudes, barreras de comunicación y acceso a información y tratamiento, considerando factores culturales y de género.

**Resultados:** Se revisaron 13 estudios cualitativos y etnográficos. Los tabúes culturales dificultan que las mujeres hablen sobre sus síntomas, limitando la búsqueda de ayuda profesional y el acceso a información y apoyo. En contextos donde la menopausia se asocia con pérdida

de feminidad, envejecimiento o menor estatus social, las mujeres tienden a ocultar sus síntomas, aumentando el malestar físico y psicológico. En comunidades con normas culturales menos estigmatizantes, la menopausia se percibe como transición natural o positiva, favoreciendo la comunicación y el acceso a recursos. La falta de información, el juicio social y la escasa empatía profesional son barreras recurrentes. Las mujeres reportan estrategias de afrontamiento individuales como autocuidado, ejercicio, dieta, apoyo social limitado y prácticas culturales tradicionales.

**Comentarios y conclusiones:** La experiencia de la menopausia está mediada por el contexto cultural, el acceso a información y apoyo social disponible. La educación y la apertura en la comunicación pueden transformar la experiencia, promoviendo afrontamientos más positivos, visibilizando la menopausia y empoderando a las mujeres. Los profesionales de la salud deben ofrecer atención sensible a la cultura y adaptada a las necesidades individuales.

# NECESIDAD DE EDUCACIÓN SANITARIA DIGITAL EN EL CLIMATERIO: REVISIÓN NARRATIVA

Telleria Garmendia, M (1); Cengotitabengoa Álvaro, C (1); Padrón Castro, E (1); Zarranz Nagore, N (1)

(1) HUA Txagorritxu. Álava

**Palabras clave:** Climaterio, Menopausia, Salud digital

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar la evidencia científica sobre el impacto del climaterio en la calidad de vida y sobre las intervenciones educativas existentes, con especial atención a la educación sanitaria digital y al papel de las matronas.

**Material / Método:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica en bases de datos electrónicas y la técnica de bola de nieve. Se analizaron el formato, los profesionales implicados y los resultados en conocimientos, afrontamiento y calidad de vida.

**Resultados:** Se revisaron 19 artículos, incluyendo manuales, guías clínicas, revisiones, estudios de intervención y recursos digitales. El climaterio tiene un impacto relevante en las dimensiones física, emocional y social, afectando a la calidad de vida. Las intervenciones

educativas presenciales, grupales y psicoeducativas, junto con la promoción de hábitos saludables, mejoran los conocimientos, el afrontamiento y el bienestar. Sin embargo, la mayoría de estas intervenciones han sido lideradas por perfiles profesionales distintos al de la matrona. Asimismo, pese al auge de la salud digital, se identifica una escasez de intervenciones educativas digitales estructuradas, evaluadas y basadas en la evidencia, predominando recursos divulgativos aislados sin una evaluación formal

**Comentarios y conclusiones:** Persisten mitos y desinformación sobre el climaterio que afectan al bienestar de las mujeres. La salud digital ofrece oportunidades para ampliar el acceso a programas educativos validados que fomenten la autonomía y el autocuidado, pero se detecta una necesidad no cubierta de intervenciones digitales estructuradas. Las matronas, por su formación y competencias, están capacitadas para liderar estos programas, complementando la atención presencial y adaptándose a los hábitos de consumo actuales.

# VIVENCIAS DE LA MENOPAUSIA EN DISTINTAS CULTURAS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Padrón Castro, E (1); Zarranz Nagore, N (1); Telleria Garmendia, M (1); Cengotitabengoa Álvaro, C (1)

(1) HUA Txagorritxu. Álava

**Palabras clave:** Menopausia, cultura, comunicación

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Analizar la influencia de los factores culturales, sociales y antropológicos en la vivencia de la menopausia y su impacto en la percepción de los síntomas, comunicación y acceso a la atención sanitaria.

**Material / Método:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura mediante el análisis de estudios con enfoque sociocultural y antropológico sobre la experiencia de la menopausia en distintos contextos culturales y étnicos.

**Resultados:** Se analizaron 17 artículos, incluyendo estudios cualitativos, meta-etnografías y revisiones narrativas de alcance. La menopausia no constituye una experiencia uniforme, sino que está determinada por el contexto cultural, las creencias sociales y las normas de género. En sociedades donde se asocia con pérdida de feminidad o estatus, los síntomas se perciben más

negativamente. En culturas donde el envejecimiento confiere respeto, la transición puede vivirse de manera positiva. El apoyo familiar, la autonomía personal y el acceso a información modulan la percepción de los síntomas y favorecen la comunicación y búsqueda de ayuda. En contextos patriarcales o con baja valoración social femenina, los síntomas permanecen ocultos por estigma o desinformación. Asimismo, se observan diferencias culturales en la gestión de la menopausia, desde una mayor medicalización en países con altos recursos hasta el uso de conocimientos y prácticas tradicionales en otros contextos.

**Comentarios y conclusiones:** La vivencia de la menopausia está modulada por factores culturales, sociales y antropológicos, que afectan a la percepción, comunicación y acceso a atención profesional. Integrar un enfoque empoderador y culturalmente sensible mejora la atención y promueve la participación activa de las mujeres en decisiones sobre su salud.

# EDUCACIÓN SANITARIA ONLINE EN EL CLIMATERIO: PROTOCOLO DE UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

Zarranz Nagore, N (1); Padrón Castro, E (1); Cengotitabengoa Álvaro, C (1); Telleria Garmendia, M (1)

(1) HUA Txagorritxu. Álava

**Palabras clave:** Climaterio, Menopausia, Educación sanitaria

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de un curso educativo online diseñado por matronas para aumentar los conocimientos sobre la menopausia en mujeres que se encuentran en etapa de climaterio, así como analizar su impacto en la percepción de los síntomas y en la calidad de vida.

**Material / Método:** Se plantea un estudio clínico prospectivo con intervención educativa en mujeres de 45 a 64 años usuarias de los Centros de Atención a la Mujer de la OSI Araba (Vitoria-Gasteiz). La intervención consiste en un curso online estructurado en cuatro módulos y seis vídeos educativos sobre climaterio, hábitos de vida saludables, sexualidad, bienestar emocional y opciones terapéuticas. Se realizará una evaluación pre y post intervención mediante un cuestionario específico de

conocimientos y la Escala Cervantes reducida (SF-16) para valorar la calidad de vida. La recogida de datos se llevará a cabo mediante cuestionarios online, con una reevaluación de la calidad de vida a los dos meses. El análisis estadístico incluirá pruebas para datos pareados y análisis descriptivo.

**Resultados:** En el momento actual no se disponen de resultados, ya que se trata de un protocolo de estudio. El inicio del reclutamiento está previsto para marzo de 2026.

**Comentarios y conclusiones:** La educación sanitaria en el climaterio presenta aún escasa implantación en formatos digitales estructurados. Este protocolo propone una intervención educativa online liderada por matronas con potencial para mejorar el conocimiento y el bienestar de las mujeres en el climaterio, favorecer el autocuidado y ser implementada de manera aplicable en Atención Primaria.

# ABORDAJE INTEGRAL DEL SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA DESDE LA CONSULTA DE LA MATRONA

Zarranz Nagore, N (1); Cengotitabengoa Álvaro, C (1); Telleria Garmendia, M (1); Padrón Castro, E (1)

(1) HUA Txagorritxu. Álava

**Palabras clave:** SGM, Matrona, Educación sanitaria

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Describir un enfoque integral para la detección, tratamiento y seguimiento del Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM) desde la consulta de matrona, promoviendo educación, autocuidado y empoderamiento de mujeres posmenopáusicas.

**Material / Método:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura mediante el análisis de guías clínicas nacionales e internacionales y artículos científicos relacionados con el abordaje del SGM. Se incluyeron intervenciones propias de matronas: evaluación clínica, educación sanitaria, empoderamiento y derivación multidisciplinar.

**Resultados:** Se analizaron 11 fuentes, incluyendo 2 guías de sociedades científicas y 9 artículos científicos. La literatura muestra que la detección del SGM requiere una identificación activa de síntomas que con frecuencia

no se reportan espontáneamente. La educación sanitaria y el autocuidado son pilares fundamentales del abordaje, incluyendo la explicación de la fisiopatología, normalización de los síntomas, recomendaciones higiénico-dietéticas y la promoción de una sexualidad saludable. El tratamiento se adapta a la intensidad de los síntomas, siguiendo un enfoque escalonado desde medidas no farmacológicas hasta opciones hormonales locales cuando es necesario. El seguimiento permite ajustar el tratamiento según la respuesta, preferencias y tolerancia, valorando la derivación a otros servicios cuando procede. La matrona lidera la atención integral del SGM, ofreciendo educación, apoyo emocional y coordinación interdisciplinar.

**Comentarios y conclusiones:** El abordaje integral facilita la detección precoz y mejora la calidad de vida. La educación, la toma de decisiones compartida y el tratamiento escalonado son esenciales, con la matrona desempeñando un papel central en la atención individualizada y el empoderamiento de la mujer.

# DESAFÍOS EN EL MANEJO DE LA MENOPAUSIA TEMPRANA SECUNDARIA A TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN CASO CON TROMBOSIS ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL

Leal García, MA(1); Serrano Velayos, S (1); Ruiz Martínez, T (1); Fernández Ruano, J (1); Muñoz Muñiz, MM (1)

(1) Hospital Universitario la Paz. Madrid

**Palabras clave:** menopausia, trombosis, cateter venoso central,

**Tipo:** Póster

**Objetivos:** Presentar el caso de una mujer de 46 años con menopausia temprana secundaria a quimioterapia por linfoma no-Hodgkin, que consulta por síntomas vasomotores, genitourinarios, insomnio y disfunción sexual, asociado a osteoporosis y al hallazgo incidental de trombosis relacionada con un catéter venoso central (CVC).

**Material / Método:** Menopausia a los 44 años tras tratamiento immunoquimioterápico (esquema R-CHOP) alcanzando remisión completa. Antecedentes de dislipemia y trastorno ansioso-depresivo en tratamiento. Trombosis yugular interna derecha asintomática detectada en TAC de control, resuelta tras retirada del catéter y tres meses de bemiparina a dosis terapéutica. La exploración ginecológica, ecografía, mamografía y citología fueron normales. Densitometría con T-score lumbar -3 y femoral -3,1. Estudio de metabolismo óseo normal y radiografía dorsolumbar con aumento de la

cifosis sin pérdida de altura vertebral.

**Resultados:** Tras valoración multidisciplinar por ginecología, hematología y reumatología, inicia terapia hormonal de la menopausia (THM) con parche de estradiol transdérmico 50 mcg 2 veces/semana y progesterona natural 100 mg/nocturna, asociando estriol local y suplementos de calcio+vitamina D. Al año persiste buena tolerancia, sin sofocos y con mejoría del sueño y salud sexual.

**Comentarios y conclusiones:** La exposición a fármacos gonadotóxicos en edad reproductiva conlleva alto riesgo de menopausia temprana, con consecuencias en la salud global. La trombosis asociada a CVC es también un evento relativamente frecuente en este contexto, muchas veces asintomático y en cuya fisiopatología el efecto del propio dispositivo sobre el endotelio desempeña un papel determinante.

Tras cuidadoso balance riesgo-beneficio, la THM transdérmica se consideró adecuada dado que se eliminó la causa subyacente y no existían otros factores protrombóticos.