

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Marzo 2026

Año MMXXVI

**XXIII Jornadas Nacionales  
HM Gabinete Velázquez**

26 y 27 de febrero  
de 2026





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

**EDICIÓN PUBLICIDAD**  
91 639 59 65

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

**SUSCRIPCIONES**  
91 639 59 65

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

**SUSCRIPCIÓN GRATUITA**  
Nuevas suscripciones enviar email a:  
mpazle@tokoginecologiapractica.com

**Correo electrónico:**  
mpazle@tokoginecologiapractica.com

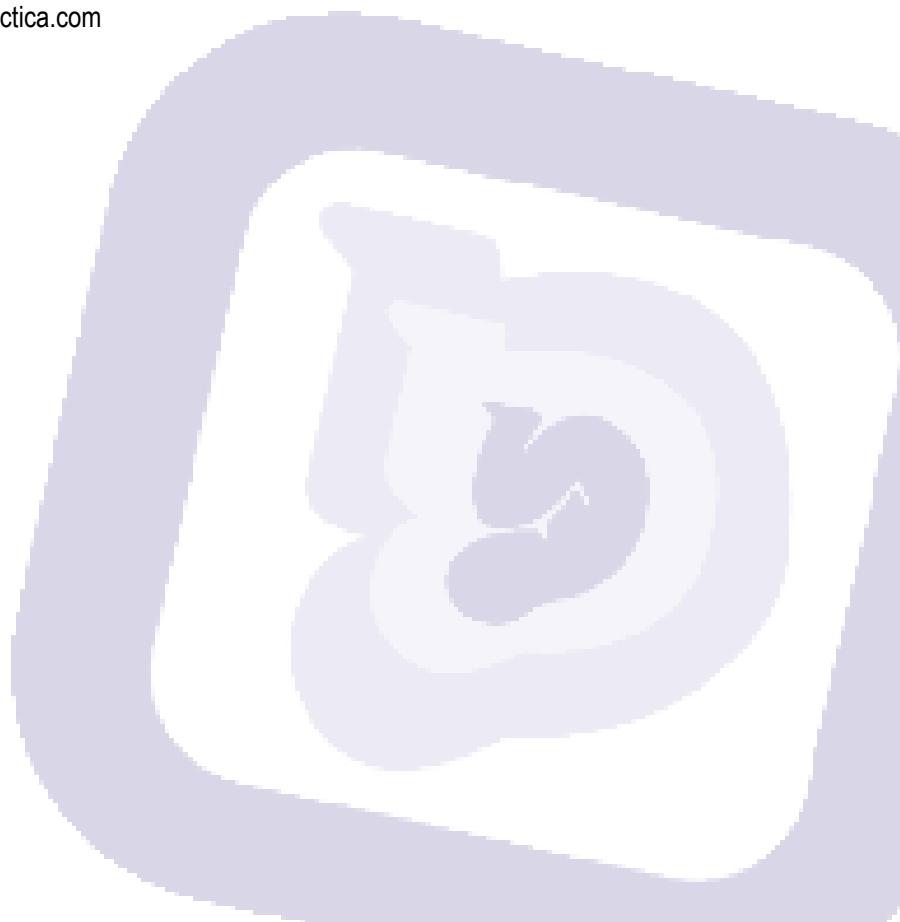
**PUBLICACIÓN AUTORIZADA**  
como soporte válido:  
Ref. SVR núm 117-R-CM

**Periodicidad:**  
6 números al año

**ISSNO:** 0040-8867

**Disponible en Internet:**  
www.tokoginepractica.com

**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.  
Pingarron 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>

PVP IVA  
15,28€



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

Medicamento no financiado por el SNS.  
Medicamento sujeto a prescripción médica.

SEID  LAB



lab-seid.com

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

## Artículo Original

# Manejo Actual de los Síntomas Vasomotores en 2026: ¿Sigue Siendo un Reto? ¿Qué Beneficios Ofrece Fezolinetant?

## Current Management of Vasomotor Symptoms in 2026: Is It Still a Challenge? What Benefits Does Fezolinetant Offer?

Palacios S (1), Sánchez Méndez S (2)

1 – Ginecología y Obstetricia , Clínica Palacios, Madrid

2 – Ginecología y Obstetricia, ASSIR Badalona Sant Adrià; Centro Médico Fitback Woman, Barcelona

Sesión presentada en el Simposio Astellas, 27 de febrero de 2026

### RESUMEN

Los síntomas vasomotores (SVM), principalmente sofocos y sudoraciones nocturnas, constituyen una de las manifestaciones clínicas más características de la transición menopáusica. A pesar de los avances en el conocimiento de su fisiopatología y de la disponibilidad de nuevas opciones terapéuticas, continúan siendo infradiagnosticados e infratratados en la práctica clínica diaria. Diversos estudios poblacionales han mostrado que menos del 20% de las mujeres con síntomas menopáusicos reciben algún tipo de tratamiento específico, lo que evidencia una importante brecha asistencial en el manejo de esta condición clínica frecuente.

En los últimos años se ha producido un progreso significativo en la comprensión de los mecanismos neuroendocrinos implicados en la aparición de los sofocos, lo que ha permitido el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas dirigidas a dianas moleculares específicas. En este contexto, fezolinetant, un antagonista selectivo del receptor de neuroquinina 3 (NK3), representa una alternativa terapéutica no hormonal con evidencia creciente de eficacia y seguridad.

El presente artículo revisa la situación actual del manejo de los síntomas vasomotores, las principales barreras que dificultan su abordaje en la práctica clínica, el impacto sistémico de estos síntomas en la salud de la mujer y la evidencia científica disponible sobre fezolinetant como nue-

va opción terapéutica. Asimismo, se discute la necesidad de implementar modelos asistenciales más estructurados y proactivos que permitan mejorar la identificación y el tratamiento de las mujeres que padecen esta sintomatología.

**Palabras clave:** Síntomas vasomotores , fezolinetant , eficacia , seguridad . practica clinica

### INTRODUCCIÓN

La menopausia representa un proceso fisiológico universal en la vida de la mujer que se caracteriza por el cese definitivo de la función ovárica. Se estima que cada año millones de mujeres entran en esta etapa, lo que convierte a la menopausia en un fenómeno de gran relevancia clínica y social. Entre las múltiples manifestaciones que pueden aparecer durante la transición menopáusica, los síntomas vasomotores constituyen los más frecuentes y, en muchos casos, los más incapacitantes.

Los sofocos afectan aproximadamente a entre el 60% y el 80% de las mujeres durante la transición menopáusica, y en un porcentaje significativo de casos pueden persistir durante más de una década tras la menopausia. La intensidad y frecuencia de estos episodios varían considerablemente entre individuos, pero en su forma moderada o grave pueden tener un impacto notable sobre el bienestar físico, psicológico y social de las pacientes.

A pesar de su elevada prevalencia y del impacto que generan en la calidad de vida, el diagnóstico y tratamiento de los SVM continúa siendo insuficiente. En un estudio epidemiológico reciente realizado en población española, solo el 15,2% de las mujeres que presentaban síntomas menopáusicos recibían algún tipo de tratamiento, mientras que el 84,8% permanecía sin manejo clínico específico(1). Estos datos ponen de manifiesto la existencia de una brecha relevante entre la necesidad asistencial y la atención realmente proporcionada.

Las razones de esta situación son multifactoriales. Por un lado, persisten barreras estructurales en los sistemas sanitarios, como el tiempo limitado en consulta o la ausencia de protocolos claros de actuación. Por otro lado, existen factores culturales y percepciones erróneas tanto en pacientes como en profesionales sanitarios que pueden contribuir a la infravaloración de los síntomas menopáusicos.

En este contexto, resulta fundamental revisar las estrategias actuales de manejo de los síntomas vasomotores y valorar el papel que pueden desempeñar las nuevas opciones terapéuticas en la mejora del abordaje clínico de estas pacientes.

### **BARRERAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

El infra tratamiento de los síntomas vasomotores no se explica únicamente por la falta de opciones terapéuticas, sino también por la presencia de diversas barreras que dificultan su identificación y manejo adecuado en la práctica clínica diaria.

Entre los factores más frecuentemente señalados por los profesionales sanitarios destacan la limitación del tiempo disponible durante las consultas, lo que dificulta realizar una anamnesis detallada que permita identificar adecuadamente los síntomas menopáusicos. En muchos casos, la consulta ginecológica o de atención primaria se centra en otros aspectos de la salud de la mujer, quedando los síntomas vasomotores relegados a un segundo plano.

Otro elemento relevante es la variabilidad en la formación y actualización de los profesionales sanitarios en relación con el manejo de la menopausia. Aunque existen recomendaciones clínicas y guías de práctica basadas en evidencia, su implementación en la práctica diaria no siempre es homogénea (2).

Asimismo, persisten determinadas creencias erróneas relacionadas con los tratamientos disponibles. Durante años, las preocupaciones en torno a la seguridad de la terapia hormonal de la menopausia han condicionado

tanto la actitud de los médicos como la percepción de las pacientes. Aunque actualmente existe una amplia evidencia que respalda el uso seguro de la terapia hormonal en mujeres seleccionadas, estas percepciones continúan influyendo en la toma de decisiones clínicas.

Por otra parte, el acceso desigual a determinadas opciones terapéuticas puede constituir también un obstáculo. En algunos sistemas sanitarios, la disponibilidad de tratamientos específicos o su cobertura por parte de los sistemas de salud puede limitar las opciones de manejo para determinadas pacientes.

Finalmente, la ausencia de algoritmos clínicos claros y consensuados que faciliten la toma de decisiones individualizadas puede generar incertidumbre en los profesionales sanitarios, lo que contribuye a la infrautilización de tratamientos eficaces (2).

Superar estas barreras requiere una combinación de estrategias que incluyan formación continuada, desarrollo de protocolos clínicos y mayor sensibilización sobre la importancia de los síntomas menopáusicos en la salud global de la mujer.

### **IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES EN LA SALUD DE LA MUJER**

Tradicionalmente, los sofocos se han considerado principalmente un problema de calidad de vida. Sin embargo, en los últimos años ha emergido evidencia que sugiere que los síntomas vasomotores podrían estar asociados con diversas alteraciones fisiopatológicas que trascienden el mero malestar subjetivo.

Diversos estudios han demostrado que los sofocos moderados o graves se relacionan con alteraciones en la función endotelial, incremento del estrés oxidativo y activación de mecanismos inflamatorios sistémicos. Estas alteraciones pueden contribuir al aumento del riesgo cardiovascular observado durante la transición menopáusica (3).

Desde el punto de vista fisiopatológico, los síntomas vasomotores se originan en el hipotálamo como consecuencia de cambios en la regulación del centro termorregulador. La disminución de los niveles de estrógenos durante la menopausia provoca una hiperactividad de las neuronas KNDy (neuronas que coexpresan kisspeptina, neuroquinina B y dinorfina), lo que genera una alteración en los mecanismos de regulación térmica.

Esta hiperactividad neuronal desencadena episodios de vasodilatación cutánea y sudoración que se manifiestan clínicamente como sofocos. Además, la activación repe-

tida del sistema nervioso simpático puede tener repercusiones sobre la función cardiovascular y metabólica.

En este sentido, los síntomas vasomotores se han asociado con un mayor riesgo de hipertensión arterial, aterosclerosis carotídea y eventos cardiovasculares tempranos. Asimismo, se ha observado una relación entre la presencia de sofocos y el desarrollo de síndrome metabólico, resistencia a la insulina y alteraciones en el metabolismo lipídico (3).

Más allá de las implicaciones cardiometabólicas, los SVM tienen un impacto significativo en múltiples dimensiones de la salud de la mujer. Entre las consecuencias más relevantes destacan:

- Alteraciones del sueño, particularmente insomnio asociado a sudoraciones nocturnas.

- Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud.

- Impacto negativo en el rendimiento laboral y en la productividad.

- Alteraciones en la salud mental, incluyendo mayor riesgo de ansiedad y depresión.

- Repercusiones en la vida sexual y en la relación de pareja.

## **FEZOLINETANT: EVIDENCIA CLÍNICA ACTUAL**

El desarrollo de nuevas terapias dirigidas a mecanismos fisiopatológicos específicos ha abierto una nueva etapa en el tratamiento de los síntomas vasomotores. En este contexto, fezolinetant ha emergido como una opción terapéutica innovadora basada en el antagonismo selectivo del receptor NK3 (4).

Fezolinetant actúa bloqueando la acción de la neuroquina B sobre las neuronas KNDy del hipotálamo, lo que permite restaurar el equilibrio en el centro termorregulador y reducir la aparición de sofocos. Este mecanismo de acción es especialmente relevante, ya que aborda directamente uno de los procesos fisiopatológicos fundamentales implicados en la génesis de los síntomas vasomotores (4). Los ensayos clínicos SKYLIGHT 1 y SKYLIGHT 2 constituyen los estudios pivotaes que han evaluado la eficacia y seguridad de este fármaco. En estos estudios se observó una reducción significativa en la frecuencia de los sofocos en comparación con placebo, con resultados clínicamente relevantes ya desde las primeras semanas de tratamiento (5,6).

## **REDUCCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA**

Los resultados de los estudios clínicos han mostrado una disminución significativa en el número de episodios diarios de sofocos en mujeres tratadas con fezolinetant

45mg. Además de la reducción en frecuencia, también se ha observado una mejoría significativa en la intensidad de los episodios vasomotores.(5,6)

Se observaron mejoras en la frecuencia e intensidad de los síntomas vasomotores en comparación con el placebo desde el primer día, durante la primera semana de tratamiento (7)

Los resultados a largo plazo indican que estos beneficios se mantienen hasta la semana 52 de seguimiento (5-7).

Estos hallazgos sugieren que fezolinetant puede ofrecer un control rápido y sostenido de los síntomas vasomotores en mujeres que presentan sofocos moderados o graves que afectan de manera significativa su calidad de vida (7).

## **MEJORÍA EN LA CALIDAD DEL SUEÑO**

El impacto de los síntomas vasomotores sobre el sueño es una de las principales preocupaciones de las mujeres durante la menopausia. Las sudoraciones nocturnas pueden provocar despertares frecuentes y fragmentación del sueño, lo que conduce a fatiga diurna y deterioro del bienestar general.

Los resultados del análisis combinado de los estudios Skylight 1 y 2 en relación al PROMIS SD SF 8b mostraron mejoras en los trastornos del sueño con fezolinetant 45 mg frente a placebo en las semanas 4 y 12 (8)

## **PERCEPCIÓN GLOBAL DE MEJORA**

La evaluación de la percepción global de mejora por parte de las pacientes constituye un elemento importante para valorar el impacto real de una intervención terapéutica.

En los ensayos clínicos, el 69% de participantes con Fezolinetant 45mg reportó sentirse “mucho mejor” o “moderadamente mejor” según la escala Patient Global Impression of Change (PGI-C), en relación con los síntomas vasomotores (9).

Estos resultados reflejan que los beneficios del tratamiento no solo se traducen en cambios cuantitativos en la frecuencia de los síntomas, sino también en una percepción subjetiva de mejora que puede influir de manera positiva en la calidad de vida de las pacientes.

## **PERSPECTIVA CLÍNICA Y RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA REAL**

La introducción de terapias no hormonales eficaces representa un avance relevante en el manejo de los síntomas vasomotores. Tanto la terapia hormonal como fezolinetant son eficaces por lo que ambos se consideran de primera línea para mujeres con sintomatología moderada a grave que afecta a su calidad de vida (10).

Existen mujeres con contraindicaciones médicas para la terapia hormonal, así como pacientes que prefieren evitar tratamientos hormonales por razones personales. En estos casos, la disponibilidad de alternativas terapéuticas basadas en mecanismos fisiopatológicos específicos como fezolinetant, amplía las posibilidades de mejorar la calidad de vida (10)

El tratamiento eficaz de los síntomas vasomotores puede tener repercusiones positivas más allá del alivio sintomático. Mejorar el sueño, reducir el estrés fisiológico asociado a los sofocos y mejorar el bienestar general puede contribuir a optimizar múltiples aspectos de la salud de la mujer durante la menopausia.

## CONCLUSIONES

A pesar de los avances en el conocimiento del impacto que pueden tener los síntomas asociados a la menopausia y de la disponibilidad de tratamientos eficaces, el manejo de los síntomas vasomotores continúa siendo un desafío en la práctica clínica diaria.

La persistencia de barreras estructurales, la falta de un enfoque más proactivo en la atención a la menopausia y la infratilización de las opciones terapéuticas disponibles contribuyen a que muchas mujeres permanezcan sin tener resuelta su sintomatología y con una importante afectación en su calidad de vida.

En este contexto, fezolinetant representa una nueva alternativa terapéutica no hormonal basada en el antagonismo del receptor NK3 que ha demostrado eficacia significativa en la reducción de los síntomas vasomotores y en la mejora de la calidad del sueño (5-8).

Según las recomendaciones actuales, este tratamiento puede considerarse en mujeres con sofocos moderados o graves que afecten a su calidad de vida y que busquen una opción terapéutica eficaz y rápida, tal como señalan las Menoguías de Sofocos (10).

Es fundamental promover un abordaje más estructurado, multidimensional y proactivo de la menopausia, reforzar la formación de los profesionales sanitarios y garantizar que todas las mujeres tengan acceso a estrategias terapéuticas basadas en la mejor evidencia disponible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baquedano L, Coronado P, De la Viuda E, Sánchez S, Otero B, Ramírez I, Llana P, Mendoza N. Population-based survey on menopausal symptoms and treatment use. *Climacteric*. 2023 Feb;26(1):47-54. doi: 10.1080/13697137.2022.2139598. Epub 2022 Nov 9. PMID: 36351874.
2. Palacios S, Fasero M, Coronado P, Gonzalez S, Sanchez S, de la Viuda E, Jurado AR, Presa J, Quereda F, Marcos M, Pingarron C. Recomendaciones para el manejo de los síntomas vasomotores de la menopausia en la práctica clínica. *Semergen*. 2025 Dec;51(9):102597
3. Nappi RE, Chedraui P, Lambrinoudaki I, Simoncini T. Menopause: a cardiometabolic transition. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022 Jun;10(6):442-456. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00076-6. Epub 2022 May 4. PMID: 35525259.
4. Depypere H, Lademacher C, Siddiqui E, Fraser GL. Fezolinetant in the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause. *Expert Opin Investig Drugs*. 2021 Jul;30(7):681-694. doi: 10.1080/13543784.2021.1893305. Epub 2021 Jul 12. PMID: 33724119.
5. Lederman S. Fezolinetant for treatment of moderate-to-severe vasomotor symptoms associated with menopause (SKYLIGHT 1): a phase 3 randomized controlled study. *Lancet* 2023 Apr 1;401(10382):1091-1102
6. Johnson KA, Martin N, Nappi RE, et al. Efficacy and Safety of Fezolinetant in Moderate-to-Severe Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Phase 3 RCT. *J Clin Endocrinol Metab* 2023 Jul 14;108(8):1981-1997.
7. Shapiro C M M, Neal-Perry G, Stute P, Thurston RC, Wolfman W, English M, Wu X, Ottery FD. Early onset, maintenance of effect, and day-/night-time findings following fezolinetant treatment for moderate to severe vasomotor symptoms associated with menopause: A pooled phase 3 analysis. *Maturitas*. 2025 Dec;203:108740. doi: 10.1016/j.maturitas.2025.108740. Epub 2025 Oct 6. PMID: 41259888.
8. Shapiro C M M, Cano A, Nappi RE, Santoro N, English ML, Mancuso S, Morga A, Siddiqui E, Valluri U, Ottery FD. Effect of fezolinetant on sleep disturbance and impairment during treatment of vasomotor symptoms due to menopause. *Maturitas*. 2024 Aug;186:107999. doi: 10.1016/j.maturitas.2024.107999. Epub 2024 May 15. PMID: 38749864.
9. Cano A, et al. Fezolinetant impact on health-related quality of life for vasomotor symptoms due to the menopause: Pooled data from SKYLIGHT 1 and SKYLIGHT 2 randomised controlled trials. *BJOG* 2024 Aug;131(9):1296-1305

10. Fasero M, Sanchez 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. Management of menopausal hot flushes. Recom-

mendations from the Spanish Menopause Society. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2025 Jan 23;25:100366. doi: 10.1016/j.eurox.2025.100366. PMID: 39944633; PMCID: PMC11814524.

  
**VEOZA™**  
fezolinetant

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



Ficha Técnica VEOZA

### PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO

Veoz 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 Veoz 45 mg.

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

  
**VEOZA™**  
fezolinetant

## Impacto del D-Chiro-Inositol (1100 mg MYO/300 mg DCI) más antioxidantes en la fertilidad femenina: evidencia clínica

Calvente, V( 1), Iniesta Pérez, S (2,3)

1. *Especialista en Ginecología, Obstetricia y Medicina Reproductiva, Grupo Eugin, Madrid*
2. *Especialista en Ginecología, Obstetricia y Medicina Reproductiva, jefe de sección de Ginecología de Reproducción del Hospital Universitario La Paz, Madrid*
3. *Especialista en Ginecología Reproductiva en Ruber Internacional, Madrid*

La fertilidad femenina está influenciada por múltiples factores metabólicos y celulares, entre los que destacan el estrés oxidativo asociado a la edad y la baja sensibilidad a la insulina, ambos capaces de afectar directamente la calidad ovocitaria y embrionaria, así como la receptividad endometrial (1). Con la edad, aumenta la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS) y se reducen las defensas antioxidantes endógenas, comprometiendo la integridad del ovocito (2,3). Algunas revisiones sistemáticas han señalado que la suplementación combinada con antioxidantes podría tener un efecto beneficioso sobre la probabilidad de embarazo (4).

La baja sensibilidad a la insulina es un factor de riesgo independiente que favorece el desarrollo de enfermedades metabólicas con impacto reproductivo, como SOP, síndrome metabólico, dislipidemia y obesidad (5,6). Además, altera directamente el metabolismo energético del ovocito, del embrión temprano y del endometrio, que dependen de la glucosa materna y de la señalización insulínica para su correcto funcionamiento (7–9). Durante el desarrollo embrionario, la disponibilidad insuficiente de glucosa puede afectar la división celular, el metabolismo embrionario y la viabilidad del embrión, mientras que antes de la implantación el endometrio requiere glucosa para sintetizar glucógeno, esencial para el establecimiento del embarazo. Diversos estudios muestran que la baja sensibilidad a la insulina disminuye la calidad ovocitaria y embrionaria, así como las tasas de implantación y de nacidos vivos, tanto en pacientes con SOP como en mujeres sin este síndrome, evidenciando su papel central en la fisiopatología de la infertilidad femenina (10–13).

En España, aproximadamente el 6,5% de las mujeres presentan un diagnóstico conocido de SOP(14). No obstante, la prevalencia de alteraciones metabólicas asociadas a la infertilidad es mucho mayor, aproximadamente un 30,5% de mujeres sin SOP presentan baja sensibilidad a la insulina (10), y un porcentaje significativo cumple con factores de riesgo según los criterios de la American Diabetes Association (ADA), incluyendo incluyendo estos factores de riesgo la presencia de síndrome metabólico (29%), sobrepeso (27,9%) y obesidad (14,4%) (13,15). Estos datos sugieren que muchas mujeres presentan un compromiso metabólico subclínico que afecta la fertilidad, lo que justifica una evaluación temprana. Incluso valores de HOMA-IR inferiores al umbral diagnóstico se asocian con menor sensibilidad ovárica y reducción de la tasa de embarazo, independientemente de la presencia de SOP (13,15,16).

Los inositoles pueden presentarse como una opción terapéutica clave en este perfil de pacientes. El D-chiro-inositol actúa como insulino-mimético, favoreciendo la captación de glucosa y su almacenamiento como glucógeno (17,18). Su suplementación resulta especialmente relevante en mujeres con baja sensibilidad a la insulina, en quienes la conversión fisiológica de myo-inositol a D-chiro-inositol se encuentra comprometida. Este proceso depende de una enzima epimerasa, cuya actividad es insulino-dependiente, por lo que en situaciones de baja sensibilidad a la insulina se reduce la síntesis endógena de DCI, observándose descensos de hasta un 50% en plasma y hasta un 90% en tejidos periféricos (19,20). Además, la ingesta dietética

de DCI es muy limitada, lo que refuerza la necesidad de suplementación.

La dosis de 300 mg de D-chiro-inositol, combinada con 1100 mg de myo-inositol en una proporción 3,6:1, responde a un planteamiento fisiológico. Esta cantidad reproduce la producción diaria de D-chiro-inositol generada endógenamente a partir de myo-inositol mediante la epimerasa en individuos con sensibilidad normal a la insulina ( $\approx 320\text{--}360$  mg/día). De este modo, la suplementación aporta el D-chiro-inositol que debería sintetizarse fisiológicamente, contribuyendo a restaurar su disponibilidad en plasma y tejidos periféricos antes de ejercer sus efectos sobre la función ovárica (19,20). Ensayos clínicos han comparado diferentes ratios de myo-inositol/D-chiro-inositol, mostrando que la proporción 3,6:1 es significativamente más eficaz que la 40:1 (1100 mg de myo-inositol/27,6 mg D-chiro inositol) en aumentar las tasas de embarazo y de nacidos vivos, así como en mejorar parámetros de calidad ovocitaria (21,22). Un estudio piloto observacional retrospectivo indicó que la suplementación con esta proporción, combinada con antioxidantes, frente a la suplementación convencional en pacientes con SOP sometidas a FIV-ICSI, mejora la tasa de fertilización, reduce los ciclos sin embriones transferibles y aumenta la tasa de embarazo (23).

La combinación de 300 mg de D-chiro-inositol con 1100 mg de myo-inositol (proporción 3,6:1) se ha propuesto sobre la base de consideraciones fisiológicas relacionadas con el metabolismo endógeno de los inositoles. En individuos con sensibilidad normal a la insulina, la conversión de myo-inositol a D-chiro-inositol mediada por la epimerasa se estima en aproximadamente 320–360 mg/día (19,20). En este contexto, esta estrategia de suplementación podría aproximarse a la producción fisiológica de D-chiro-inositol y contribuir a compensar posibles alteraciones descritas en su metabolismo en determinadas condiciones metabólicas, como el síndrome de ovario poliquístico.

Algunos ensayos clínicos han comparado diferentes proporciones de myo-inositol/D-chiro-inositol en mujeres con síndrome de ovario poliquístico sometidas a ICSI, observando que la proporción 3,6:1 podría asociarse con mejoras en determinados parámetros de calidad ovocitaria y resultados reproductivos en comparación con otras proporciones, como 40:1 (1100 mg de myo-inositol/27,6 mg de D-chiro-inositol) (21,22). Asimismo,

un estudio piloto observacional retrospectivo ha sugerido que la suplementación con esta proporción, combinada con antioxidantes, podría asociarse con una mayor tasa de fertilización, una menor proporción de ciclos sin embriones transferibles y una mayor tasa de embarazo en pacientes con síndrome de ovario poliquístico sometidas a FIV-ICSI (23).

Estos hallazgos destacan la importancia de una suplementación personalizada y de la concentración precisa de cada inositol para lograr resultados reproductivos óptimos, reforzando la relevancia de intervenciones metabólicas tempranas en mujeres con baja sensibilidad a la insulina o riesgo subclínico de alteraciones metabólicas

No obstante, el tamaño muestral relativamente reducido y la evaluación en poblaciones clínicas específicas, la ausencia de aleatorización y el carácter preliminar de los datos, obliga a plantear la necesidad de estudios prospectivos y controlados que permitan confirmar estos hallazgos. Se está iniciando un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado para comparar calidad ovocitaria en pacientes que realizan ciclos de fecundación in vitro con y sin suplementación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmed TA, Ahmed SM, El-Gammal Z, Shouman S, Ahmed A, Mansour R, et al. Oocyte aging: the role of cellular and environmental factors and impact on female fertility. In: Turksen K, editor. *Cell Biology and Translational Medicine*. Cham: Springer; 2019. p. 109-123. doi:10.1007/5584\_2019\_456
2. Reiter RJ, Sharma R, Romero A, Manucha W, Tan DX, Zuccari DAPDC, et al. Aging-related ovarian failure and infertility: melatonin to the rescue. *Antioxidants (Basel)*. 2023;12(3):695. doi:10.3390/antiox12030695
3. Kalén A, Appelkvist EL, Dallner G. Age-related changes in the lipid compositions of rat and human tissues. *Lipids*. 1989;24(7):579-584. doi:10.1007/BF02535072
4. Showell MG, Mackenzie-Proctor R, Jordan V, Hart RJ. Antioxidants for female subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8:CD007807. doi:10.1002/14651858.CD007807.pub4
5. Loret de Mola JR. Obesity and its relationship to infertility in men and women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009;36(2):333-346. doi:10.1016/j.ogc.2009.03.002

6. Ding H, Zhang J, Zhang F, Zhang S, Chen X, Liang W, et al. Insulin resistance and elevated androgen levels as major causes of polycystic ovary syndrome. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:741764. doi:10.3389/fendo.2021.741764
7. Vrhovac Madunić I, Karin-Kujundžić V, Madunić J, Šola IM, Šerman L. Endometrial glucose transporters in health and disease. *Front Cell Dev Biol*. 2021;9:703671. doi:10.3389/fcell.2021.703671
8. Sutton-McDowall ML, Gilchrist RB, Thompson JG. The pivotal role of glucose metabolism in determining oocyte developmental competence. *Reproduction*. 2010;139(4):685-695. doi:10.1530/REP-09-0345
9. Leese HJ. Metabolism of the preimplantation embryo: 40 years on. *Reproduction*. 2012;143(4):417-427. doi:10.1530/REP-11-0484
10. Albert AB, Corachán A, Juárez-Barber E, Cozzolino M, Pellicer A, Alecsandru D, et al. Association of insulin resistance with in vitro fertilization outcomes in women without polycystic ovarian syndrome: potential improvement with metformin treatment. *Hum Reprod*. 2025;40(8):1562-1569. doi:10.1093/humrep/deaf100
11. Wang H, Zhang Y, Fang X, Kwak-Kim J, Wu L. Insulin resistance adversely affects IVF outcomes in lean women without PCOS. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:734638. doi:10.3389/fendo.2021.734638
12. Zhang R, Wang X, Mo M, Liu Z, Liu S. Insulin resistance as a determinant of fertilization efficiency in polycystic ovary syndrome patients undergoing IVF/ICSI: a retrospective cohort study. *Reprod Biol Endocrinol*. 2025;23(1):120. doi:10.1186/s12958-025-01453-5
13. Peng L, Yang W, Du M, Deng X, Zhang R, Qin D, et al. Metformin improves pregnancy outcomes in non-PCOS women with insulin resistance and recurrent implantation failure before frozen embryo transfer. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025;16:1671899. doi:10.3389/fendo.2025.1671899
14. Fundación Española del Corazón. Encuesta de salud de la Fundación Española del Corazón. 2021. Disponible en: <https://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/018E65F9.pdf>
15. Song H, Yu Z, Li P, Wang Y, Shi Y. HOMA-IR for predicting clinical pregnancy rate during IVF. *Gynecol Endocrinol*. 2022;38(1):33-38. doi:10.1080/09513590.2021.1952976
16. Li Y, Jiang Y, Zhang S, Liu H, Zhang C. Association of HOMA-IR with ovarian sensitivity index in women undergoing IVF/ICSI: a retrospective cohort study. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2023;16:309-320. doi:10.2147/DMSO.S399105
17. Cheng F, Han L, Xiao Y, Pan C, Li Y, Ge X, et al. D-chiro-inositol ameliorates high-fat diet-induced hepatic steatosis and insulin resistance via PKC $\epsilon$ -PI3K/AKT pathway. *J Agric Food Chem*. 2019;67(21):5957-5967. doi:10.1021/acs.jafc.9b01253
18. Montt-Guevara MM, Finiguerra M, Marzi I, Fideicicchi T, Ferrari A, Genazzani AD, et al. D-chiro-inositol regulates insulin signaling in human adipocytes. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:660815. doi:10.3389/fendo.2021.660815
19. Lerner J. D-chiro-inositol: its functional role in insulin action and its deficit in insulin resistance. *J Diabetes Res*. 2002;3(1):47-60. doi:10.1080/15604280212528
20. Baillargeon JP, Diamanti-Kandarakis E, Ostlund RE, Apridonidze T, Iuorno MJ, Nestler JE. Altered D-chiro-inositol urinary clearance in women with polycystic ovary syndrome. *Diabetes Care*. 2006;29(2):300-305. doi:10.2337/diacare.29.02.06.dc05-1070
21. Mendoza N, Díaz-Ropero MP, Aragón M, Maldonado V, Llanaez P, Lorente J, et al. Comparison of the effect of two combinations of myo-inositol and D-chiro-inositol in women with polycystic ovary syndrome undergoing ICSI: a randomized controlled trial. *Gynecol Endocrinol*. 2019;35(8):695-700. doi:10.1080/09513590.2019.1576620
22. Mendoza N, Galán MI, Molina C, Mendoza-Tesarik R, Conde C, Mazheika M, et al. High dose of D-chiro-inositol improves oocyte quality in women with polycystic ovary syndrome undergoing ICSI: a randomized controlled trial. *Gynecol Endocrinol*. 2020;36(5):398-401. doi:10.1080/09513590.2019.1681959
23. Belchin P, Gomez Roso MJ, Calvente V, Pascual A, Aparicio Fluge M, López Gallego E, et al. Supplementation with a 3.6:1 myo-inositol to D-chiro-inositol ratio for patients with high follicular reserve or PCOS to improve oocyte quality during ovarian stimulation. Presented at: COGI Congress; 2023; Vienna, Austria.



# OVOSICARE®

*Soy  
Lola*  
y soy un bebé  
Ovosicare®



*Si, CONSÍGUELO, ahora* **JUNTO**

**Para la mejora de la fertilidad**

Mejora de la  
fertilidad femenina

Mejora de la  
fertilidad masculina

Myo-inositol 1100 mg  
D-chiro-inositol 300 mg  
**Golden Patented Ratio**  
MYO 3.6:1 DCI

Multiplícala  
**x3**  
La tasa de  
embarazo<sup>1</sup>

EFICACIA  
CLÍNICA  
DEMOSTRADA<sup>1,2</sup>



Complementos  
alimenticios



UN SOBRE AL DÍA



Producto sanitario



Complemento alimenticio

**2**  
x día

Tomar por la noche, media hora  
antes de acostarse.

**3**

Óvulos vaginales  
por ciclo menstrual

**2**  
x día

Tomar 1 cápsula por la mañana  
y 1 cápsula por la noche

1. Mendoza, Nicolas et al. "Comparison of the effect of two combinations of myo-inositol and D-chiro-inositol in women with polycystic ovary syndrome undergoing ICSI: a randomized controlled trial." Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology vol. 35,8 (2019): 695-700.

## Abortos: tradición, miedos, evidencias

Sáez de la Mata D

Ginecólogo, HM Fertility Center

La pérdida gestacional recurrente (PGR) es un problema clínico relevante que afecta aproximadamente al 1-2% de las parejas, alcanzando cifras cercanas al 2-3% si se incluyen los abortos bioquímicos. Más allá de su frecuencia, supone una carga emocional intensa y una importante presión asistencial, ya que las pacientes y sus parejas suelen demandar explicaciones, pruebas y tratamientos tras cada pérdida. Esta situación condiciona que, en muchas ocasiones, el profesional sanitario se enfoque más en aliviar la ansiedad que en analizar de forma rigurosa la fisiopatología subyacente, favoreciendo intervenciones innecesarias.

La definición de PGR tiene implicaciones prácticas y psicológicas. Tradicionalmente, organismos como RCOG y OMS han requerido tres o más pérdidas para establecer el diagnóstico, mientras que sociedades científicas como ESHRE y ASRM proponen iniciar el estudio tras dos pérdidas clínicas. Este cambio responde al objetivo de detectar causas tratables de forma más precoz, aunque también aumenta el riesgo de sobrediagnóstico y medicalización excesiva. Además, las guías actuales ya no exigen que las pérdidas sean consecutivas, reconociendo que el riesgo de aborto se incrementa progresivamente con cada evento previo.

Históricamente, el manejo de la PGR ha estado marcado por el uso de tratamientos empíricos con escasa evidencia, como la progesterona sistemática, la aspirina profiláctica, el reposo, suplementos vitamínicos o corticoides. Estas prácticas suelen estar impulsadas por el miedo a omitir una causa potencialmente tratable, al litigio, a la recurrencia y por una cultura médica intervencionista donde la ausencia de acción se percibe erróneamente como falta de atención. Sin embargo, la evidencia científica actual obliga a adoptar un enfoque más selectivo, racional y basado en pruebas.

En el ámbito genético, la aneuploidía constituye la causa más frecuente de pérdida gestacional. El análisis del tejido abortivo mediante técnicas como el SNP array permite identificar alteraciones cromosómicas y aportar información pronóstica, aunque rara vez modifica el manejo clínico posterior. El cariotipo parental detecta traslocaciones equilibradas en un pequeño porcentaje de parejas, por lo que no se recomienda como cribado sistemático. Por su parte, el PGT-A puede disminuir el número de abortos por embrión transferido, pero no ha demostrado mejorar la tasa acumulada de recién nacido vivo. Otras pruebas, como el FISH en espermatozoides o la fragmentación del ADN espermático, presentan evidencia limitada.

Los factores uterinos también desempeñan un papel relevante, estando presentes en una proporción significativa de pacientes. La ecografía transvaginal tridimensional se considera el método diagnóstico de referencia por su elevada sensibilidad y especificidad para detectar anomalías estructurales. Aunque la resección del septo uterino se ha asociado clásicamente a una mejoría del pronóstico reproductivo, todavía faltan ensayos clínicos aleatorizados que confirmen de forma concluyente su eficacia en la reducción del riesgo de aborto.

Desde la perspectiva endocrinológica, el tratamiento está claramente indicado en casos de hipotiroidismo manifiesto, pero no se recomienda tratar a mujeres eutiroides con anticuerpos TPO positivos. Asimismo, no existe evidencia que justifique el cribado rutinario de AMH o prolactina en ausencia de síntomas clínicos. En relación con las trombofilias, el síndrome antifosfolípido representa la causa tratable más relevante, recomendándose el uso combinado de ácido acetilsalicílico y heparina para mejorar las tasas de éxito gestacional. En cambio, el cribado de trombofilias hereditarias no está indicado de forma rutinaria debido a su débil asociación con la PGR y a la falta de beneficio terapéutico demostrado.

En muchos casos, hasta el 50% de las PGR no tendrán diagnóstico, por lo que resulta clave explicar que el pronóstico espontáneo es favorable y la edad materna el principal determinante. Por ello, el abordaje debe centrarse en medicina de precisión, evitando intervenciones innecesarias y reforzando la información clara, el seguimiento estructurado y el apoyo emocional adecuado.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. ESHRE. ESHRE Guideline: Recurrent Pregnancy Loss. Update 2022.
2. ASRM. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. 2020.
3. de Assis V, et al. Evaluation of Recurrent Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol*. 2024.
4. Cuadrado-Torroglosa I, et al. Maternal–Fetal Compatibility in Recurrent Pregnancy Loss. *J Clin Med*. 2024.
5. Carbonnel M, et al. Uterine factors in recurrent pregnancy losses. *Fertil Steril*. 2021.

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>

PVP IVA  
**19,78€**



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

SEID  LAB



lab-seid.com

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)

## Modulación del microbioma para favorecer la fertilidad

Ramos Vidal J

Ginecóloga especializada en reproducción asistida. Clínica Vida Recoletas Sevilla

La infertilidad femenina constituye aproximadamente un 37% de los casos de infertilidad. Sin embargo, entre el 15%-40% sigue siendo de causa desconocida (1), lo que señala la existencia de factores no abordados en la práctica clínica habitual. El microbioma vaginal (MV) desempeña un papel clave en la fertilidad al influir en la receptividad endometrial y las tasas de fecundación (2,3). Su composición taxonómica y diversidad se han identificado como elementos determinantes del pronóstico reproductivo (3,4). La clasificación del MV en Community State Types (CST) permite identificar perfiles clínicamente relevantes<sup>2,5</sup>: los CST I y II se han asociado a un mejor pronóstico reproductivo<sup>4,6</sup>, mientras que CST IV y V se consideran marcadores desfavorables, siendo el CST IV asociado a entornos proinflamatorios y peores tasas de embarazo (4,7); el CST III es un perfil inestable/transicional<sup>2</sup>. Estos hallazgos resaltan la importancia considerar el MV como un factor adicional en el estudio de la fertilidad y la salud reproductiva.

Una investigación reciente ha explorado la posibilidad de modular el MV hacia estados más favorables mediante intervenciones nutricionales y probióticas. El estudio INOBIOTIC, un estudio clínico prospectivo, unicéntrico, y aleatorizado, ha evaluado la eficacia y seguridad de un nutracéutico para modular el MV hacia entornos más favorables para la fertilidad y futura gestación.

Se incluyeron 150 mujeres de 18-45 años con ciclos menstruales regulares, aleatorizadas a grupo tratamiento o control. El nutracéutico contiene 4g de mioinositol, 2000UI de vitamina D<sub>3</sub>, 1,8mg de melatonina, 0,4mg de ácido fólico, 10mg de zinc y 5×10<sup>9</sup>UFC de cinco cepas probióticas específicamente seleccionadas (*L.acidophilus*, *L.reuteri*, *L.rhamnosus*, *L.plantarum* y *B.animalis* subsp. *lactis*). Las participantes tomaron una dosis oral diaria por la noche durante un ciclo menstrual, mientras que el grupo de control no recibió suplemento. Se recogieron para análisis metagenómico muestras

vaginales pre (fase folicular) y post tratamiento (fase folicular del siguiente ciclo). Las variables evaluadas incluyeron cambios de CST, taxonomía, diversidad, inferencia funcional y seguridad.

Los resultados mostraron cambios positivos en un ciclo menstrual (28 días), ya que más del 25% de las mujeres tratadas con el nutracéutico experimentaron una transición hacia CST más favorables para la fertilidad, frente al 8,9% en el control (p=0,037). El impacto fue especialmente notable en aquellas mujeres que partían de un perfil CST IV. En este subgrupo, el 28,6% de las mujeres que recibieron el nutracéutico consiguieron modular su MV hacia CST más favorables (CST I, II y III), mientras que en el grupo control ninguna experimentó esta modulación favorable (0%) (p=0,032). Además, en aquellas mujeres con CST IV esta combinación incrementó la abundancia de *Lactobacillus* (7% al 30%; p≤0,01), no observándose cambios en grupo control (p>0,05), y redujo significativamente la abundancia de géneros asociados a un pronóstico negativo de fertilidad, como *Atopobium* (p≤0,01). En el grupo tratado se observó una disminución de la diversidad, particularmente en las mujeres que presentaban valores basales elevados (p = 0.017). Se evidenciaron modificaciones en rutas metabólicas como arginina–ornitina–putrescina, cuya activación se asocia con la producción de metabolitos vinculados a MV alterados. Se notificaron tres eventos adversos leves.

Tras la valoración de los resultados obtenidos, podemos concluir que la suplementación diaria con este nutracéutico durante 28 días demostró ser segura y eficaz para modular el MV, casi triplicando la probabilidad de transiciones hacia CST más favorables para la fertilidad. En mujeres con perfiles desfavorables como el CST IV, una de cada tres logró mejorar su CST, acompañado de un aumento de *Lactobacillus* y una reducción de géneros patógenos. Estos hallazgos respaldan el uso de esta

intervención como una herramienta novedosa, segura y no invasiva, accesible para la población general, destinada a favorecer la fertilidad mediante la modulación del MV.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Chen P-C, Chen S-F, Hung W-T, Lin Y-Y, Lin L-C, Wang J-H, Chen P-C. Differences in Vaginal Microbiota Composition Between Infertile and Fertile Patients: A Prospective Study. *Diagnostics*. 2025; 15(19):2544.
2. Ravel J, Gajer P, Abdo Z, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2011;108(Suppl 1):4680–4687.
3. Vitale SG, Ferrari F, Ciebiera M, et al. The role of genital tract microbiome in fertility: a systematic review. *Int J Mol Sci*. 2022;23(1):180.
4. Chen P-C, Chen S-F, Hung W-T, et al. Differences in vaginal microbiota composition between infertile and fertile patients: a prospective study. *Diagnostics*. 2025;15(19):2544.
5. a ZS, Li L. Quantifying the human vaginal community state types (CSTs) with the species specificity index. *PeerJ*. 2017;5:e3366.
6. Balla B, Illés A, Tobiás B, et al. The role of the vaginal and endometrial microbiomes in infertility and their impact on pregnancy outcomes. *Int J Mol Sci*. 2024;25(23):13227.
7. Di Simone N, Ortiz AS, Specchia M, et al. Recent insights on the maternal microbiota: impact on pregnancy outcomes. *Front Immunol*. 2020;11:528202.

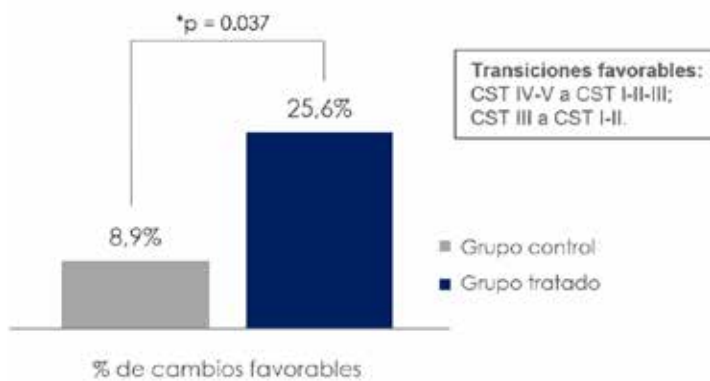


Figura 1. Mujeres (%) con cambios hacia CSTs más favorables entre visita basal y de seguimiento

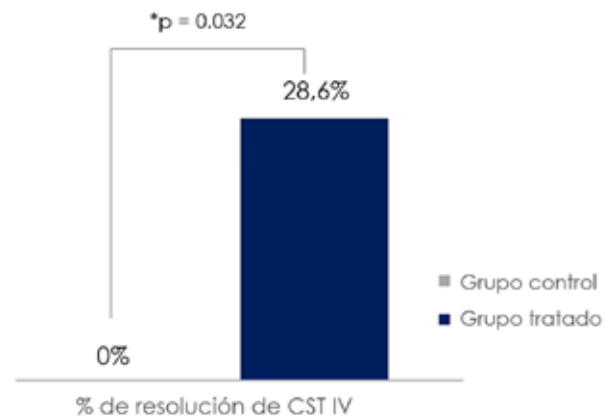


Figura 2. Mujeres (%) con un CSTIV basal con cambios hacia CSTs más favorables entre visita basal y de seguimiento



# HuPaVir®

**AYUDA A  
REFORZAR  
EL SISTEMA  
INMUNITARIO**

con  
**Ditriamino®**



CN. 207750.8

1 sobre  
al día

durante  
6 meses

**Eficacia probada tras  
6 meses de tratamiento**



## Espuma y fertilidad

Bueno Olalla B

*Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Infanta Sofía  
Hospital Ruber Internacional.*

### DESARROLLO

La evaluación de la permeabilidad tubárica constituye una parte esencial del estudio de fertilidad femenina. La obstrucción tubárica representa aproximadamente el 26 % de las causas de infertilidad, y su diagnóstico precoz permite optimizar el abordaje terapéutico y mejorar las tasas de concepción espontánea o asistida.

Durante décadas, la histerosalpingografía (HSG) y la laparoscopia con cromotubación han sido las técnicas de referencia para la valoración de la permeabilidad tubárica. Sin embargo, ambos procedimientos son invasivos dado que implican cirugía o bien exposición a radiación, empleo de contrastes yodados, mayor invasividad y molestias para la paciente. En este contexto, las técnicas ecográficas han evolucionado de forma significativa, ofreciendo métodos menos invasivos y con resultados equivalentes en exactitud diagnóstica.

La histerosalpingo-foam sonography (HyFoSy) se presenta como una alternativa eficiente, segura y bien tolerada frente a las pruebas tradicionales. Se basa en el empleo de espuma ExEm®, compuesta por gel y agua purificada, que se introduce en la cavidad uterina bajo control ecográfico. Este medio de contraste produce burbujas que reflejan el ultrasonido, permitiendo visualizar en tiempo real el trayecto de las trompas y confirmar su permeabilidad u oclusión.

Entre sus ventajas se incluyen la ausencia de radiación, su carácter ambulatorio, menor dolor percibido y una ecogenicidad estable durante al menos cinco minutos, lo que facilita la interpretación. No requiere yodo ni contrastes potencialmente alergénicos, y puede realizarse en consulta por ginecólogos con experiencia ecográfica. Asimismo, la técnica ha sido recomendada como primera línea para la evaluación tubárica por sociedades científicas internacionales como ESHRE, NICE y la SEF.

Los estudios sistemáticos y meta-análisis recientes (RBMO, 2023), que incluyen más de 4 000 pacientes y 20 estudios realizados entre 2012 y 2023, han demostrado que HyFoSy ofrece resultados idénticos o superiores

a los de la HSG y la HyCoSy en la identificación de permeabilidad tubárica. En términos de eficacia, el 84 % de las pacientes mostraron permeabilidad comprobada, y un 94 % presentó concordancia con los hallazgos de laparoscopia. Además, la técnica mostró menor tasa de efectos adversos (<1 %) y una proporción de embarazos posteriores del 34 %, siendo significativamente menos dolorosa que la HSG según la escala EVA.

Pese a estos avances, persiste variabilidad en la práctica clínica respecto a los catéteres empleados, profilaxis, analgesia y antisepsia previas al procedimiento, lo que señala la necesidad de estandarización de protocolos para optimizar su reproducibilidad y seguridad.

### CONCLUSIONES

La técnica HyFoSy constituye actualmente una herramienta eficaz, segura y costo-efectiva para el estudio de la permeabilidad tubárica. Ha demostrado equivalencia diagnóstica con la HSG y la laparoscopia, con menor riesgo y mejor tolerancia para la paciente. La evidencia científica reciente respalda su uso como método de primera elección en el abordaje de la infertilidad femenina. La estandarización de la técnica y la formación de los profesionales en ecografía avanzada representan el siguiente paso hacia una aplicación más homogénea y eficiente de esta metodología diagnóstica.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Exacoustos C, et al. Is hysterosalpingo-foam sonography the new gold standard for assessing tubal patency? A systematic review and meta-analysis. RBMO, 2023.
2. ESHRE Guidelines, Female infertility evaluation and management, 2022.
3. NICE Guidance NG361, Fertility problems: assessment and treatment, 2023.
4. Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Guía clínica sobre estudio y manejo de la infertilidad femenina, 2023.

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

# profer

Ferrimanitol ovoalbúmina



## Profilaxis y tratamiento de la anemia ferropénica y estados carenciales de Hierro (1)



40 mg

80 mg

Una DOSIS al DÍA (1)



SABOR VAINILLA-PLÁTANO

Sin gluten

Sin sorbitol



SABOR CAFÉ

Sin gluten

Sin sorbitol

Sin azúcar

Sin lactosa



SABOR VAINILLA-PLÁTANO

Sin gluten

Sin sorbitol

**meiji**

Meiji Pharma Spain, S.A.

# Linzagolix en el manejo personalizado de miomas uterinos y endometriosis

Garrido Esteban RA, Aguilar Galán EV, Moreno Pérez A, Martín Cruz M

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

## RESUMEN

El presente trabajo resume la evidencia actual y la experiencia clínica en el uso de linzagolix, un antagonista oral selectivo del receptor de GnRH, en el tratamiento individualizado de los miomas uterinos y la endometriosis. La fisiopatología de estas condiciones, ambas hormonodependientes, permite emplear moduladores hormonales como alternativa terapéutica eficaz y segura.

En el caso de los miomas, su elevada prevalencia y variabilidad clínica exige un enfoque flexible basado en los objetivos individuales: control del sangrado menstrual abundante (SMA), reducción del volumen uterino y del mioma y facilitar la fertilidad. Linzagolix, disponible en dosis de 100mg y 200mg con posibilidad de añadir terapia hormonal complementaria (THC), permite modular la supresión del estradiol para mantenerse en una 'ventana terapéutica' que maximice eficacia y minimice efectos adversos (1).

Los ensayos PRIMROSE 1 y 2 han demostrado reducciones significativas del SMA, alcanzando hasta un 94% de respuesta clínica a las 24 semanas, junto con una mejoría notable de los niveles de hemoglobina. (2,3) De igual modo, se han observado reducciones de volumen uterino de hasta el 43% y del volumen de los miomas de hasta el 49% con la dosis de 200 mg. Estos efectos tempranos y consistentes permiten contemplar su uso tanto como tratamiento primario como terapia puente preoperatoria o previa a técnicas de reproducción asistida. (4)

En endometriosis, los estudios EDELWEISS 3 y 6 refuerzan la eficacia de linzagolix en la reducción de la dismenorrea, el dolor pélvico no menstrual, la disquécia y el dolor pélvico global, con mejoras tempranas desde el primer mes de tratamiento. Tanto la dosis de 75mg como la de 200mg +THC han mostrado beneficios clínicamente significativos, junto con una disminución

del uso de analgésicos y una mejoría global en calidad de vida medida mediante el cuestionario EHP-30. (5,6)

En cuanto a seguridad, linzagolix presenta un perfil favorable, con efectos adversos generalmente leves (cefalea, sofocos) y comparables a placebo. Las variaciones de densidad mineral ósea (DMO) fueron mínimas durante los primeros seis meses y permanecieron estables incluso seis meses después de la interrupción del tratamiento, lo que refuerza su seguridad para un uso prolongado y controlado.

La evidencia, junto con la experiencia en el Hospital Universitario de Toledo, confirma que linzagolix permite un manejo personalizado adaptado a las características, necesidades y objetivos de cada paciente. Su capacidad para modular la supresión estrogénica, su eficacia en síntomas clave y su buen perfil de tolerancia lo posicionan como una herramienta terapéutica versátil en el abordaje integral de miomas y endometriosis. (7)

## CONCLUSIONES

Linzagolix constituye una opción eficaz, segura y adaptable para el tratamiento de miomas y endometriosis. Permite individualizar el manejo clínico, mejorar el control sintomático, reducir el volumen tumoral y optimizar la calidad de vida, con un impacto mínimo en la DMO. Su versatilidad terapéutica abriría nuevas posibilidades de manejo secuencial, tratamiento a demanda y estrategias integradas en fertilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barbieri, Robert L. Hormone treatment of endometriosis: The estrogen threshold hypothesis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 166, Issue 2, 740 – 745
2. Donnez J, Petraglia F, Taylor H, Becker CM, Becker S, Herrera FC, Bestel E, Hori S, Dolmans MM. Linzagolix with and without hormonal add-

- back therapy for symptomatic uterine fibroids: PRIMROSE 1 & 2 long-term extension and withdrawal study. *Fertil Steril*. 2025 Oct;124(4):737-748. doi: 10.1016/j.fertnstert.2025.06.016. Epub 2025 Jun 19. PMID: 40543832.
3. Donnez J, Petraglia F, Taylor H, Becker C, Becker S, Carmona Herrera F, Paszkowski M, Bestel E, Hori S, Dolmans MM. Two-year follow-up study (PRIMROSE 3) to assess bone mineral density in subjects with uterine fibroids completing the PRIMROSE 1 and PRIMROSE 2 linzagolix trials. *Hum Reprod Open*. 2025 May 13;2025(3):hoaf025. doi: 10.1093/hropen/hoaf025. PMID: 40575397; PMCID: PMC12202088.
  4. Donnez J, Taylor HS, Marcellin L, Dolmans MM. Uterine fibroid-related infertility: mechanisms and management. *Fertil Steril*. 2024 Jul;122(1):31-39. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.02.049. Epub 2024 Mar 5. PMID: 38453041.
  5. Donnez J, Becker C, Taylor H, Carmona Herrera F, Donnez O, Horne A, Paszkowski M, Petraglia F, Renner SP, Patel A, Boolell M, Bestel E, Dolmans MM. Linzagolix therapy versus a placebo in patients with endometriosis-associated pain: a prospective, randomized, double-blind, Phase 3 study (EDELWEISS 3). *Hum Reprod*. 2024 Jun 3;39(6):1208-1221. doi: 10.1093/humrep/deae076. PMID: 38648863; PMCID: PMC11144970.
  6. ClinicalTrials. Extension to Study on Efficacy and Safety of Linzagolix for the Treatment of Endometriosis-associated Pain (EDELWEISS 6) [Internet]. 2024. Available from: <https://clinicaltrials.gov/search?term=NCT04335591>
  7. Perelló-Capó J, Cristóbal-García I, Calaf-Alsina J. Sequential and Personalized Linzagolix Therapy for Uterine Fibroids: A Rational Clinical Approach. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2025 Sep 16;6(1):853-855

# 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

## Insomnio y menopausia: ¿Donde encaja Daridorexant para nuestras pacientes?

Ameyugo Fernández del Campo E (1), Lilue Bajares M (2)

(1) Neurofisióloga. Instituto de Neurociencias (Unidad de Sueño), Hospital Blua Sanitas Valdebebas.

(2) Ginecóloga. Directora Médica de Clínica Palacios Madrid

### SUEÑO E INSOMNIO EN LA MENOPAUSIA: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y BASE NEUROBIOLÓGICA

El sueño es un proceso activo que coordina metabolismo, inmunidad y función cerebral. Durante la transición menopáusica, este sistema altamente regulado se ve sometido a un nuevo contexto hormonal que modifica su estabilidad. Desde el punto de vista epidemiológico, la prevalencia de quejas de mal dormir aumenta de forma significativa en perimenopausia y postmenopausia, alcanzando cifras cercanas al 40–60 %. El síntoma predominante son los despertares nocturnos repetidos.

Sin embargo, los estudios polisomnográficos poblacionales muestran una arquitectura del sueño globalmente preservada, sin pérdida consistente de sueño profundo ni REM. Esta discordancia subjetivo-objetiva sugiere que el fenómeno central no es tanto un déficit estructural, sino un estado de mayor activación nocturna, respaldado por hallazgos de mayor actividad cortical de alta frecuencia en EEG cuantitativo.

En aproximadamente una de cada cuatro mujeres, esta vulnerabilidad evoluciona hacia un insomnio clínico definido, con menor tiempo total de sueño, peor eficiencia y deterioro funcional diurno. El impacto sobre la calidad de vida es robusto y cuantificable: las alteraciones del sueño se asocian a peor vitalidad, mayor fatiga, peor rendimiento cognitivo y mayor riesgo de sintomatología afectiva.

Fisiopatológicamente, la pérdida de la modulación cíclica de estradiol altera el equilibrio del sistema sueño-vigilia. Las hormonas ováricas regulan múltiples nodos del sistema de alerta, incluyendo el circuito hipocretinérgico, que estabiliza la vigilia mediante

la inhibición recíproca con los sistemas promotores de sueño. En la menopausia, el cambio de contexto hormonal puede favorecer un estado de hiperalerta sostenida, facilitando la cronificación del insomnio.

En la menopausia, el sueño no es un síntoma accesorio, sino un determinante transversal de calidad de vida. Identificar el subgrupo de mujeres que desarrolla insomnio clínico permite comprender su base neurobiológica y orientar un abordaje terapéutico más preciso, centrado en la modulación del sistema de alerta y no únicamente en la sedación sintomática.

Una vez que tenemos identificado un problema de insomnio crónico en nuestra paciente debemos realizar un abordaje terapéutico. Siempre la primera línea serán recomendaciones en cuanto a higiene del sueño. Pero la mayoría de las veces no suele ser suficiente. Las guías europeas nos exponen que debemos realizar una historia clínica completa, identificar situaciones y medicamentos que pueden afectar al sueño, y, una vez hecho el diagnóstico, ofrecer alternativas terapéuticas, comenzando siempre con Terapia Cognitivo Conductual, pero que, al necesitar mucha implicación de la paciente y profesionales formados en enseñar la técnica, y conociendo que una de las causas más relacionadas al insomnio crónico es la alteración de sistemas centrales como gabba, orexinas, desbalance estrógenos/progesterona entre otras, la mayoría de las veces necesitaremos un abordaje farmacológico.

A la hora de elegir un fármaco ideal este debería: abordar el estado fisiopatológico de base, mejorar los síntomas nocturnos, mejorar los síntomas diurnos del insomnio, mantener la arquitectura del sueño, que sea eficaz y seguro a largo plazo, y no todos los

medicamentos que tenemos a nuestra disposición cumplen con estos criterios. En las mujeres en la transición a la menopausia que presenten sofocos o sudoraciones que puedan afectar al sueño, la Terapia Hormonal de la Menopausia es un tratamiento efectivo además de mejorar el insomnio cuando estos síntomas son su causa. Sin embargo, las causas del insomnio son multifactoriales y muchas veces necesitamos de otros fármacos. En la actualidad tenemos al Daridorexant, fármaco antagonista selectivo de los receptores de orexinas 1 y 2 que evita la hipervigilancia nocturna que es una de las causas del insomnio crónico. Ha demostrado que disminuye el tiempo total de vigilia, aumenta el tiempo total de sueño, disminuye la probabilidad de tener despertares largos, sin afectar la funcionalidad diurna ni causa somnolencia excesiva.

Podemos así decir que las alteraciones del sueño son muy frecuentes en las mujeres en todas las edades y están estrechamente relacionadas con la menopausia debido a factores psicológicos, biológicos, hormonales y sociales y que afecta de forma directa a la función cognitiva y su calidad de vida.

El insomnio crónico es un trastorno per se caracterizado por un ciclo perpetuo de hiperactivación y una arquitectura del sueño alterada. Daridorexant reduce eficazmente la hiperactivación y ayuda a restaurar la arquitectura del sueño

El insomnio crónico debe evaluarse y tratarse activamente, independientemente de las comorbilidades, y, según las últimas guías de tratamiento, Daridorexant es el único tratamiento farmacológico con una recomendación de Grado A para el insomnio crónico en pacientes adultos de todas las edades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Young T, Rabago D, Zgierska A, Austin D, Finn L. Objective and subjective sleep quality in premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *Sleep*. 2003;26(6):667-672.
2. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger JT, Powell LH, Sutton-Tyrrell K, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*. 2003;10(1):19-28.
3. Baker FC, de Zambotti M, Colrain IM, Bei B. Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nat Sci Sleep*. 2018;10:73-95.
4. Maki PM, Panay N, Simon JA. Sleep disturbance associated with the menopause. *Menopause*. 2024;31(8):724-733.
5. Trujillo-Muñoz PJ, Sánchez-Ojeda MA, Navarro-Prado S. Perceptions of ageing and quality of life among menopausal women: a mixed-methods study. *Maturitas*. 2026;205:108809
6. Soares CN, Bajbouj M, Schoof N, Kishore A, Caetano C. Impact of sleep disturbances on health-related quality of life in postmenopausal women: a systematic review. *Menopause*. 2026 Jan 1;33(1):118-128
7. Léger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosom Med*. 2001;63(1):49-55.
8. Kim HJJ, Dickie SA, Laprairie RB. Estradiol-dependent hypocretinergic/orexinergic behaviors throughout the estrous cycle. *Psychopharmacology (Berl)*. 2023 Jan;240(1):15-25
9. Diem SJ, LaCroix AZ, Reed SD, et al. Effects of pharmacologic and nonpharmacologic interventions on menopause-related quality of life: a pooled analysis of individual participant data from four MsFLASH trials. *Menopause*. 2020;27(10):1126-1136.
10. Dorsey A, de Lecea L, Jennings KJ. Neurobiological and Hormonal Mechanisms Regulating Women's Sleep. *Front Neurosci*. 2021 Jan 14;14:625397
11. Alianza por el Sueño. Abordaje clínico-práctico personalizado del paciente adulto con insomnio crónico en el contexto sanitario español [978-84-128225-7-1]. Mayo 2024. Disponible en: [https://alianzasueno.com/wp-content/uploads/2024/07/P23-464\\_Alianza-por-el-sueno\\_Recomendaciones-Insomnio\\_digital\\_v5.4.pdf](https://alianzasueno.com/wp-content/uploads/2024/07/P23-464_Alianza-por-el-sueno_Recomendaciones-Insomnio_digital_v5.4.pdf). Último acceso: julio de 2025
12. Riemann, D., et al (2023). The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research*, 32(6), e14035. <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>
13. Mignot, Emmanuel et al. Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. *The Lancet Neurology* (2022) Volume 21, Issue 2, 125 - 139

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

## Prevención primaria y secundaria del prolapso genital tras cirugía ginecológica

Cerezuela Requena JF

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

### RESUMEN

El prolapso genital femenino es una entidad en la que la presión intraabdominal supera la capacidad de soporte de las estructuras musculares y conectivas del Suelo Pélvico y se produce una exteriorización de las vísceras pélvicas por la vagina.

La disposición anatómica y la integridad de dichas estructuras neuromusculares y conectivas son esenciales para evitar el prolapso. El tono muscular permite mantener el hiato urogenital cerrado mientras no se precise su relajación para las funciones fisiológicas de micción, deposición o sexuales. Además, producen una angulación entre tercio distal de la vagina y resto de la misma (fig 1).

Las estructuras conectivas de la fascia endopélvica estabilizan las vísceras pélvicas y están estructuradas en 3 niveles según De Lancey (fig 2)(1):

El nivel 1 lo constituyen los parametrios laterales y posteriores y es fundamental para el anclaje apical de útero y vagina.

El nivel 2 estabiliza vejiga y recto y se ancla lateralmente sobre la musculatura del Elevador del ano en los arcos tendíneos de la aponeurosis endopélvica y del recto.

El nivel 3 estabiliza la uretra y el cuerpo perineal, y es fundamental para la continencia urinaria.

La histerectomía siempre se ha considerado un factor de riesgo de la aparición de prolapso genital posterior, pero la evidencia es difícil de obtener, por ser el prolapso una consecuencia a largo plazo, y está soportada sobre todo en estudios longitudinales y transversales. Cualquier histerectomía produce un incremento de riesgo de prolapso, pero este riesgo es mayor si la misma fue por prolapso o por vía vaginal (2-8).

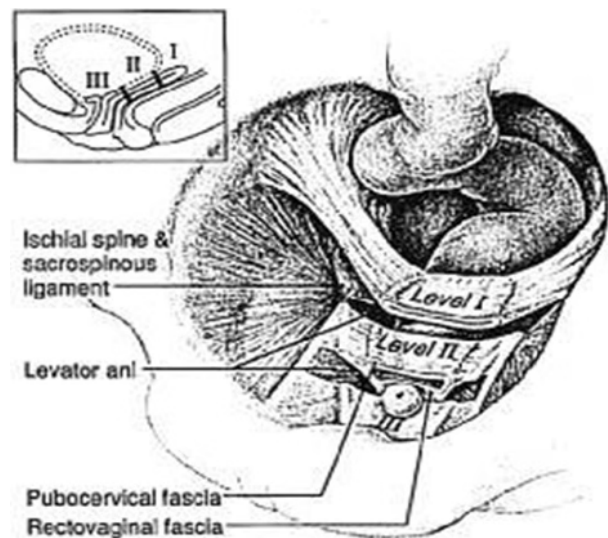


Figura 1. DeLancey et al, Clin Obstet Gynecol,1993

Otras cirugías pélvicas, distintas de la histerectomía, también producen un incremento de riesgo de prolapso (9-10).

Cirugías que inducen cambios en el eje vaginal también se han relacionado con aparición de prolapsos específicos (11).

La cirugía clásica de corrección del prolapso, con tejidos nativos, tiene una tasa elevada de recidiva (12-13).

La prevención del prolapso se debe basar en realizar una cirugía correcta con preservación neuromuscular y, en toda histerectomía, anclar el complejo uterosacrocardinal a la cúpula vaginal (fig 3).

En toda cirugía de corrección de prolapso genital se

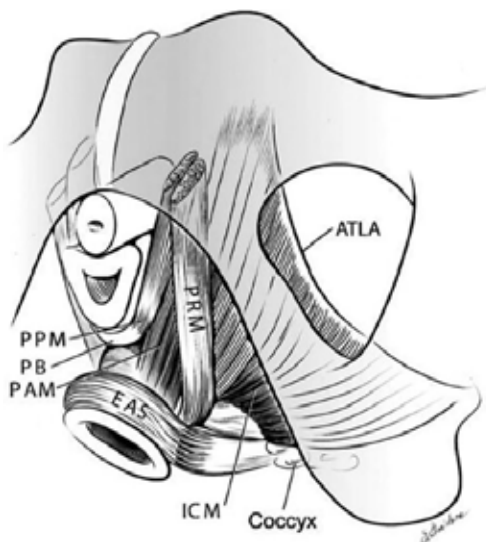


Figura 2. Copyright © De-Lancey

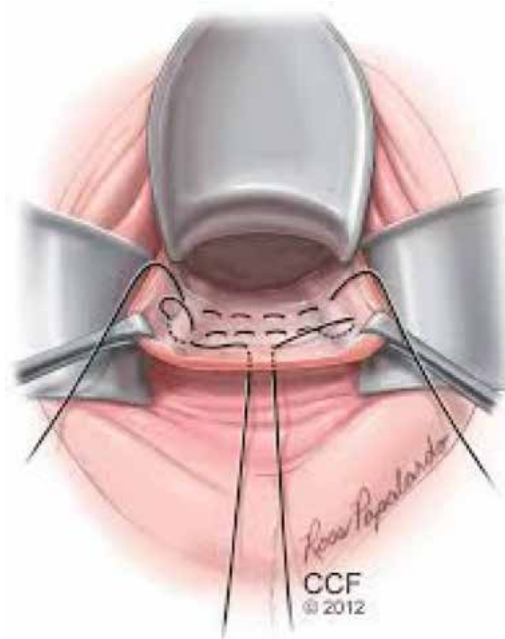


Figura 3. Colposuspensión de Mc Call

deben contemplar:

1. Reestablecer adecuadamente los niveles de sujeción de De Lancey siguiendo unas pautas estandarizadas (14)
2. Reestablecer el eje vaginal
3. Reestablecer el cuerpo perineal
4. Cirugía adecuada del defecto paravaginal

En la prevención secundaria es fundamental el seguimiento postquirúrgico de la cirugía pélvica del prolapso.

La fisioterapia de la musculatura del suelo pélvico pre y postquirúrgica son pilares fundamentales para que el plano muscular disminuya el riesgo de exposición de las estructuras conectivas y aparición del prolapso

### CONCLUSIONES:

El anclaje apical de la vagina a los parametrios debe ser una práctica habitual en toda histerectomía.

En la cirugía del prolapso se deben seguir unas pautas estandarizadas que permitan reestablecer los niveles de De Lancey, mantener el eje vaginal y reparar el cuerpo perineal.

La activación muscular del suelo pélvico es un factor protector del prolapso tras cualquier cirugía pélvica.

### BIBLIOGRAFÍA

1. DeLancey, et al. Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. *Obstet-Gynecol*, 2004. 104(1): p. 168-73.
2. Altman D, Falconer C, Cnattingius S, Granath F. Pelvic organ prolapse surgery following hysterectomy on benign indications. *Am J Obstet Gynecol* 2008.
3. Cooper K, Lee A, Chien P, Raja E, Timmaraju V, Bhattacharya S. Outcomes following hysterectomy or endometrial ablation for heavy menstrual bleeding: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. *BJOG*. 2011Sep;118(10):1171-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03011.x. Epub 2011 May 31. PMID: 21624035.
4. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association. Study. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1997;104:579-85.
5. Forsgren C, Zetterstrom J, Lopez A, Nordenstam J, Anzen B, Altman D. Effects of hysterectomy on bowel function: a three-year, prospective cohort study. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1139-45.

6. Lykke R, Blaakær J, Ottesen B, Gimbel H. The indication for hysterectomy as a risk factor for subsequent pelvic organ prolapse repair. *Int Urogynecol J*. 2015 Oct;26(11):1661-5. doi: 10.1007/s00192-015-2757-y. Epub 2015 Jun 7. PMID: 26049977.
7. Marchionni M, Bracco GL, Checcucci V, Carabaneanu A, Coccia EM, Mecacci F, Scarselli G. True incidence of vaginal vault prolapse. Thirteen years of experience. *J Reprod Med* 1999;44:679-84.
8. Husby KR, Klarskov N. Long-term reoperation risk after apical prolapse repair in female pelvic reconstructive surgery: a letter. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Aug 19;S0002-9378(22)00658-5. doi: 10.1016/j.ajog.2022.08.023. PMID: 35995270.
9. Altman D, Zetterstrom J, Schultz I, Nordenstam J, Hjern F, Lopez A, Mellgren A. Pelvic organ prolapse and urinary incontinence in women with surgically managed rectal prolapse: a population-based case-control study. *Dis Colon Rectum* 2006;49:28-35.
10. Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol* 2003;101:869-74.
11. Wiskind AK, Creighton SM, Stanton SL. The incidence of genital prolapse after the Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:399-404; discussion 404-5.
12. Denman M, Gregory W, Boyles S, Smith V, Edwards S, Clark A. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:555.e1-5.
13. Olsen AL, Smith VJ et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997 Apr;89(4):501-6. doi: 10.1016/S0029-7844(97)00058-6.
14. Espuña M, Fillol M, Pascual MA, Carmona M, Cerezuela JF, Moral E, Muñoz-Garrido F. Programa de cirugía vaginal clásica estandarizada. *Suelo Pélvico* 2016; 12 (Supl-1). 1-36.



# DIRECTO A LA RAÍZ DEL PROBLEMA CAPILAR

# CYSTIPHANE

**CAÍDA  
DEL CABELLO  
CRÓNICA**

Edad, genética



**SITUACIONES  
AGUDAS O  
ESTACIONALES**

Estrés,  
dieta desequilibrada,  
cambio de estación...



Los complementos ideales:  
Cystiphane Champú Anticaída y  
Cystiphane Loción Anticaída



RECOMENDADO POR DERMATÓLOGOS. DISPONIBLE EN FARMACIAS

EXPERTOS EN TRICOLOGÍA

**Baileul**  
DERMATOLOGIE

## Cirugía mamaria asistida por robot Da Vinci SP – técnica, resultados y futuro

Blanco Guillén MT, Cantero Piñeiro J, Rivas Prieto MC, Rodríguez Benito C, Rodríguez Zambrano MA

La cirugía mamaria asistida por robot representa una evolución significativa dentro de la cirugía oncológica y reconstructiva de la mama.

El documento presentado expone los fundamentos, la técnica quirúrgica, los criterios de selección de pacientes y los resultados actuales de la mastectomía robótica con el sistema Da Vinci SP, destacando su potencial futuro y los retos que aún deben resolverse.

### SELECCIÓN DE PACIENTES

Uno de los pilares fundamentales del éxito de la mastectomía robótica es la correcta selección de las pacientes candidatas. Se priorizan tumores de tamaño igual o inferior a 5 cm sin invasión cutánea ni afectación del complejo areola-pezones (CAP).

Asimismo, deben descartarse casos de enfermedad localmente avanzada. Este procedimiento se orienta especialmente a pacientes candidatas a la preservación de piel y/o del CAP, teniendo siempre en cuenta el

perfil estético y las expectativas personales.

La resonancia magnética preoperatoria desempeña un papel esencial en la planificación quirúrgica. Permite evaluar la relación del tumor con la piel y el CAP, estudiar la distribución glandular y la extensión intraductal, identificar multifocalidad o multicentricidad tumoral y valorar la transición entre tejido tumoral y sano.

Estos datos resultan imprescindibles para decidir si es viable preservar el complejo areola-pezones y planificar con precisión la intervención.

### PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA Y TÉCNICA DE MASTECTOMÍA ROBÓTICA SP

La técnica robótica Da Vinci SP permite realizar la mastectomía a través de un único puerto, lo que reduce el impacto estético de la cirugía.

Durante la fase de disección y resección glandular, uno de los objetivos clave es mantener un espesor uniforme



del colgajo cutáneo para evitar necrosis y preservar la vascularización superficial. Este aspecto es fundamental para la seguridad y el resultado estético final.

El ayudante quirúrgico desempeña un papel esencial durante la intervención. Entre sus funciones destacan la movilización del tejido, la tracción suave de la glándula, la supervisión de la pieza quirúrgica y la orientación de los límites de resección. La comunicación constante entre cirujano de consola y ayudante es clave para garantizar la seguridad del procedimiento.

La disección continua en el plano entre la glándula mamaria y el músculo pectoral mayor, utilizando energía bipolar para controlar pequeños vasos perforantes. Finalmente, el tejido extirpado se extrae por el mismo puerto quirúrgico, evitando incisiones adicionales.

Tras la cirugía, la evaluación postoperatoria incluye curas específicas y la valoración del complejo areola-pezón.

El seguimiento clínico involucra a oncología y radioterapia, evaluando tanto los resultados oncológicos como los estéticos.

A los seis meses se recomienda realizar resonancia magnética para valorar la posible presencia de tejido residual. Este control permite confirmar la eficacia de la resección y detectar precozmente cualquier hallazgo relevante.



## RESULTADOS ACTUALES Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

La evidencia disponible indica que las técnicas endoscópicas y robóticas ofrecen resultados oncológicos comparables a la cirugía convencional, con ventajas claras en términos de menor morbilidad y mejores resultados estéticos.

Los resultados iniciales son prometedores, pero todavía se necesita mayor volumen de evidencia científica. En particular, son necesarios ensayos clínicos aleatorizados multicéntricos y estudios con seguimiento a largo plazo para confirmar la seguridad, eficacia y reproducibilidad de la técnica. La estandarización de la técnica quirúrgica y la definición clara de criterios de selección son aspectos clave para integrar la mastectomía robótica en la práctica clínica habitual y en futuras guías internacionales.

## CONCLUSIONES FINALES

La mastectomía robótica con el sistema Da Vinci SP representa una innovación prometedora en la cirugía mamaria, combinando seguridad oncológica con mejoras significativas en resultados estéticos y reducción de morbilidad. La adecuada selección de pacientes y la planificación preoperatoria mediante resonancia magnética son elementos esenciales para garantizar el éxito del procedimiento.

La técnica ofrece ventajas claras desde el punto de vista mínimamente invasivo y cosmético, aunque aún se encuentra en fase de consolidación científica. El futuro de esta cirugía dependerá de la generación de evidencia robusta, la estandarización de los procedimientos y la formación especializada de los equipos quirúrgicos.

En definitiva, la cirugía mamaria robótica se perfila como una herramienta clave en la evolución hacia una cirugía oncológica más precisa, menos invasiva y centrada en la calidad de vida de las pacientes.

XXIII Jornada de Estudios  
HM Gabriel y Galán

XIX Edición Nacional de Formación  
para el Estudio de la Menopausia  
de la Asociación Española

6 al 8 de  
Mayo

Madrid  
+ AEEM 2026

La (RE) evolución  
en Menopausia:  
nuevos avances científicos

Novotel Madrid Center  
[www.congresoaeem.com](http://www.congresoaeem.com)

## Cuestiones pendientes y retos a resolver en el futuro de la salud de la mujer

Neyro JL (1,2), Franklin José Espitia De La Hoz F (3), Mieza Arana J (4), Palacios Gil-Antuñano S (5)

1 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao - España. Máster internacional de Climaterio y Menopausia. Universidad de Madrid (UDIMA). Presidente de la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBOMM).

3 Presidente de la Asociación Colombiana de Menopausia (ASOMENOPAUSIA). Secretario de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia (FLASCYM). Director científico Hathor clínica sexológica. Armenia – Colombia.

4 Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Cruces. Baracaldo. Instituto Ginecológico Deusto. Bilbao. España

5 Clínica Palacios de Salud de la mujer. Madrid - España. Presidente de la Fundación Hispana de Osteoporosi

### RESUMEN

A lo largo del tiempo transcurrido en los últimos cien años y particularmente en las últimas décadas la asistencia a la salud de la mujer ha cambiado de forma notable.

De la atención al embarazo, parto y puerperio apenas, hemos pasado sin solución de continuidad a asistir a su fertilidad e incluso a realizarla extracorpóreamente desde 1976 o a hacer prevención primaria de muchas enfermedades e incluso cánceres de distintas localizaciones.

A pesar de todo quedan muy diferentes cuestiones que abordar en el próximo futuro para llegar a los distintos objetivos, como la supresión del cáncer de cuello en nuestro país o en todo el mundo, la implantación de la consulta preconcepcional como prestación del sistema nacional de salud o el cuidado de la calidad de vida de cada vez más mujeres supervivientes de distintos cánceres. Es objetivo del presente artículo revisar sucintamente seis retos que aún permanecen en el cuidado de la salud de la mujer y que probablemente modifiquen la asistencia ginecológica en los próximos decenios.

**Palabras clave:** Salud de la mujer. Asistencia ginecológica. Retos pendientes.

### ABSTRACT

Over the past hundred years, and particularly in recent decades, women's healthcare has changed remarkably. From a focus on pregnancy, childbirth, and the postpartum period, we have seamlessly transitioned to addressing

fertility, including extracorporeal fertility treatments since 1976, and to providing primary prevention for many diseases, including cancers in various locations.

Despite this progress, several issues remain to be addressed in the near future to achieve various objectives, such as the eradication of cervical cancer in our country and worldwide, the implementation of preconception counseling as a service within the national health system, and improving the quality of life for the growing number of women who are cancer survivors.

The objective of this article is to briefly review six challenges that persist in women's healthcare and that will likely shape gynecological care in the coming decades.

**Keywords:** Women's health. Gynecological care. Outstanding challenges.

### INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo transcurrido en los últimos cien años y particularmente en las últimas décadas la asistencia a la salud de la mujer ha cambiado de forma notable.

De la atención al embarazo, parto y puerperio apenas sin especialización alguna, hemos conseguido reducir extraordinariamente la mortalidad materna e incluso la morbimortalidad perinatal, derivando los partos de los domicilios al medio hospitalario, humanizado la asistencia con la incorporación de la anestesia obstétrica universal pasando, sin solución de continuidad, a asistir a su fertilidad e incluso a realizarla o preservarla

extracorpóreamente desde 1976 o a hacer prevención primaria de muchas enfermedades e incluso cánceres de distintas localizaciones.

A pesar de todo quedan muy diferentes cuestiones que abordar en el próximo futuro para llegar a los distintos objetivos, todos tendentes a mejorar la calidad de vida de la mujer en cualquiera que sea la circunstancia de alteración de su salud que se actualice. Debemos extender la vacunación frente a VPH de forma sistemática a toda la población (en principio) menor de 27 años con el objetivo de conseguir la supresión del cáncer de cuello en nuestro país o en todo el mundo; igualmente, nuestro país debería replantearse la sistemática no inclusión de la consulta preconcepcional como prestación del sistema nacional de salud y abordar seriamente y de manera prospectiva el cuidado de la calidad de vida de cada vez más mujeres supervivientes de distintos cánceres y de toda la yatrogenia consecutiva a sus quimioterapias, inmunoterapias y hormonoterapias.

Es objetivo del presente artículo revisar sucintamente seis retos concretos que aún permanecen en el cuidado de la salud de la mujer y que probablemente modifiquen la asistencia ginecológica en los próximos decenios, como son el déficit crónico de hierro en la mujer en edad reproductiva, en relación con la adenomiosis, las posibilidades reales de orientar mediante la farmacogenética la asistencia mediante una medicina verdaderamente personalizada, la modulación del microbioma para favorecer la fertilidad, sobre todo a nivel endometrial, los nuevos objetivos de la guía nacional sobre nutrición y embarazo, el posible empleo de nutracéuticos a base de hongos medicinales en la salud de la mujer y finalmente, el mejor manejo clínico de la obesidad femenina como verdadera pandemia de todos los países industrializados mediante el nuevo conocimiento científico alrededor de los fármacos agonistas del receptor del péptido similar al Glucagon o GLP1 ( por sus iniciales en inglés, glucagon-like peptide-1).

## 1. ADENO-MIOSIS Y DÉFICIT DE HIERRO

La relación entre el sangrado uterino abundante o anormal (SUA) y los miomas uterinos o incluso la adenomiosis sigue estando poco caracterizada, en particular la comprensión de la función endometrial en mujeres con características miometriales estructurales, como los leiomiomas. Se han propuesto diversas teorías en la literatura, pero ninguna es definitiva.

La adenomiosis uterina como entidad propia y diferenciada, también es causa frecuente de SUA, y su patogénesis aún está lejos de estar completamente

dilucidada. Los mecanismos que contribuyen a su desarrollo son multifactoriales. Muchas teorías se inclinan por la invasión del miometrio por células endometriales. Tanto los estudios clínicos como los básicos favorecen la teoría de la invasión directa, aunque no se ha descartado el desarrollo de novo de adenomiosis a partir de restos müllerianos o células madre (1).

Amplios registros nacionales han descubierto que la enfermedad ginecológica en general, es la principal causa de anemia desmineralizada (ADH) en mujeres premenopáusicas (2). Se deben proponer y por tanto realizar evaluaciones ginecológicas más activas en la clínica diaria para prevenir y controlar la ADH y los trastornos de la función renal consecutiva, más allá de sencillos tratamientos con hierro oral en diversas formas medicamentosas sin profundizar previamente o al tiempo, en el estudio clínico completo.

## 2. FARMACOGENÉTICA Y MEDICINA PERSONALIZADA

La medicina personalizada tiene como objetivo último optimizar la atención médica para cada paciente concreto, mediante el uso de biomarcadores predictivos para mejorar los resultados y prevenir efectos adversos de los distintos tratamientos aplicados. Desde el otro punto de vista, la farmacogenómica impulsa el descubrimiento de biomarcadores y guía el desarrollo de terapias dirigidas, todavía en pañales en el momento actual (3).

Muy a pesar de estar en el comienzo de una nueva era en este tipo de cuestiones, las aprobaciones de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (por sus iniciales en inglés, FDA) para terapias personalizadas que utilizan biomarcadores aumentan rápidamente, lo que demuestra el creciente impacto de la farmacogenómica. Como referente para todos los enfoques terapéuticos, las terapias contra el cáncer dirigidas molecularmente destacan las tendencias en el descubrimiento de fármacos y sus aplicaciones clínicas. Para considerar la complejidad humana, en nuestro caso, acaso más complicada por lo cambiante de la situación de la mujer en edad reproductiva durante sus ciclos menstruales, los paneles de biomarcadores multicomponentes que abarcan factores genéticos, personales y ambientales pueden guiar el diagnóstico y las terapias, recurriendo cada vez más a la inteligencia artificial para gestionar la extrema complejidad de todos los datos (3).

En este sentido, el tema está tan desarrollado como para poder disponer ya de una base de conocimiento de farmacogenómica (PharmGKB o Pharmacogenomics Knowledge Base) (4), que es un recurso efectivo que

recopila, selecciona y difunde información sobre el impacto de la variación genética humana en la respuesta a los distintas terapias y diversos fármacos.

El sistema así concebido, proporciona de esta manera, información clínicamente relevante, incluyendo pautas de dosificación, fichas clínicas comentadas y asociaciones gen-fármaco y relaciones genotipo-fenotipo potencialmente viables. Probablemente encarecerá en el corto plazo algunos tratamientos, pero ahorraremos ingentes cantidades de esfuerzo, de daño y de dinero considerando la mejorada seguridad conseguida.

### 3. MICROBIOMA EN LA MEJORA DE LA FERTILIDAD

Fueron autores españoles los que en el ya lejano 2016 analizaron comunidades bacterianas de muestras pareadas de fluido endometrial y aspirado vaginal de las mismas participantes en estudio por infertilidad, y detectaron diferentes comunidades bacterianas entre la cavidad uterina y la vagina de algunas de ellas (5).

Hasta entonces siempre habíamos pensado en la cavidad endometrial como una localización completamente estéril y así la habíamos tratado en fertilidad y fuera de ella. Los resultados iniciales del grupo de Carlos Simón demostraron la existencia de una microbiota endometrial altamente estable durante la adquisición de la receptividad endometrial (5), básica para la implementación de una adecuada tasa de gestación evolutiva, objetivo final de cualquier TRA (técnica de reproducción asistida). Sin embargo, la modificación patológica de ese perfil caracterizado se asociaba con malos resultados reproductivos en pacientes de fertilización in vitro.

El mismo grupo demostró pocos años más tarde que un perfil de microbiota endometrial disbiótico, compuesto por *Atopobium*, *Bifidobacterium*, *Chryseobacterium*, *Gardnerella*, *Haemophilus*, *Klebsiella*, *Neisseria*, *Staphylococcus* y *Streptococcus*, se asociaba con resultados no exitosos en cuanto a implantación embrionaria<sup>6</sup>. Por el contrario, el enriquecimiento de *Lactobacillus* fue consistente en pacientes con resultados conseguidos de nacimiento vivo. Esto refuerza todo el conocimiento adquirido alrededor de la microbiota vaginal que apunta en la misma (y lógica) dirección (7).

### 4. NUTRICIÓN Y EMBARAZO

Recientemente, el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 de España ha editado y publicado una nueva guía nacional sobre “Alimentación segura durante el embarazo”<sup>8</sup>. En ella se aportan consejos básicos para lo que denominan “40 semanas de tranquilidad”, así como unas normas básicas de manipulación higiénica de

los alimentos e incluso se relatan precauciones necesarias a tomar con algunos de ellos.

Se aportan igualmente en la citada guía algunos consejos nutricionales, enfatizando en la importancia de seguir una alimentación variada y equilibrada durante todo el embarazo. Incluso, en el terreno de la concreción se señalan algunas pautas sencillas para lograrlo como son:

- Realizar de forma general, entre 4 a 5 comidas al día.
- Aumentar el consumo de frutas y hortalizas frescas.
- Se sugiere comer pescado 3 o 4 veces a la semana (principalmente pescado azul y de pequeño tamaño por su menor acúmulo de mercurio por Kg de peso).
- Beber al menos 2,3 litros de agua al día (de 8 a 10 vasos).
- Consumir con moderación comidas fritas, así como alimentos ricos en grasas y azúcares, y finalmente se recomienda,
- Moderar el consumo de sal (idealmente siempre yodada, añadimos).

### 5. HONGOS MEDICINALES EN SALUD DE LA MUJER

Se ha establecido, todavía con evidencia relativa que los hongos medicinales ofrecen apoyo integral a la salud de la mujer al modular el sistema inmune, regular hormonas y reducir el estrés. Probablemente esta es una tendencia que proviene de las costumbres dietéticas del extremo Oriente, muy a pesar de que sus propias revisiones orientan más hacia los beneficios de las dietas occidentalizadas; así, los patrones alimentarios prudentes y occidentalizados se asociaron con un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y por enfermedades cardiovasculares en adultos japoneses, en una amplísima revisión de la segunda encuesta del Estudio Prospectivo del Centro de Salud Pública de Japón (1995-1998) realizada entre adultos que no presentaban antecedentes de enfermedades graves (9).

Sea como fuere, entre los citados hongos con posibles efectos medicinales en el nivel de los nutracéuticos (10), que no de los fármacos todavía, destacan entre otros: Reishi (orientado al equilibrio emocional durante la transición a la menopausia), Melena de León (con efectos sobre la función cognitiva y la neuro-protección), Maitake-Shiitake (sobre la nutrición y en general sobre las defensas inmunológicas) y Cola de Pavo (que afectaría a la salud inmunológica).

No existe entre la comunidad médica occidental con práctica clínica en medicina tradicional todavía mucho hábito y menos aún conocimiento científico sobre el posible papel de todos estos grupos de hongos medicinales.

La propia naturaleza de todos estos preparados de nutracéuticos con escasa evidencia científica como la que se exige a los fármacos convencionales limita todavía su empleo generalizado.

## OBESIDAD EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA

La obesidad femenina en el mundo occidental es una crisis de salud pública de gran magnitud, caracterizada por tasas crecientes, un alto impacto en la calidad de vida y una distribución desigual en la población.

Se proyecta que la prevalencia de obesidad en mujeres supere el 21% a nivel mundial para 2025, con tasas mucho más altas en países occidentales desarrollados.

Con un abordaje transversal y holístico en consulta de ginecología deberemos analizar el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad mediante la modificación del estilo de vida, la farmacoterapia y la cirugía metabólica y bariátrica, desde una perspectiva de salud femenina integral, con énfasis en el manejo durante el embarazo y el posparto (11), la transición a la menopausia, como época fundamental de la mujer en la que el declive estrogénico promueve la redistribución del tejido adiposo (12)

La reciente incorporación de los múltiples fármacos agonistas del receptor GLP1 (péptido similar al glucagón-1) a la farmacopea occidental, ha abierto una nueva puerta al desarrollo de una diferente y muy eficaz forma de atacar una enfermedad crónica cuyo tratamiento debe alargarse tanto tiempo como dure la vida de la paciente implicada. Recuérdese que no conocemos la cura de las enfermedades crónicas y que por tanto el objetivo de los tratamientos (obligadamente secuenciales durante todos los años posteriores al diagnóstico 13), debe ser en todo momento evitar lo más posible la evolución de la enfermedad y la reducción del riesgo de aparición de sus complicaciones.

En ambos objetivos disponemos hoy de múltiples pruebas que demuestran la elevada eficacia de todo el grupo de fármacos GLP1 a todos los niveles (14-16).

## COMENTARIOS FINALES Y CONCLUSIONES

Mucha es la tarea pendiente en salud de la mujer, habitualmente ninguneada y olvidada en una gran parte de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) responsables de la puesta en marcha y comercialización de los principales fármacos durante las últimas décadas. En este sentido se ha afirmado que las mujeres pierden 75 millones de años sanos al año y reciben solo el 6% de financiación sanitaria<sup>17</sup>; todo ello muy a pesar de

que, por ejemplo, las mujeres y las niñas representan el 49% de la población mundial y, aunque viven más que los hombres, pasan un 25% más de sus vidas con mala salud o con alguna discapacidad. Es evidente que la ginecología no es la responsable en última instancia de la salud general de la población femenina global, pero a nivel asistencial, sí focalizamos el cuidado de cada mujer en consulta diaria.

Se han señalado aquí apenas seis capítulos de entre todos los que seguramente necesitan más desarrollo e investigación prospectiva de calidad para mejorar el panorama del cuidado de la salud integral de cada mujer.

Invertir en investigación y de forma concreta en investigación en mujer es una necesidad que nuestra sociedad, nuestras sociedades científicas incluso, debe plantearse como acciones prioritarias para el próximo futuro. La historia nos lo demanda, la salud de la mujer lo necesita.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Donnez J, Carmona F, Maitrot-Mantelet L, Dolmans MM, Chapron C. Uterine disorders and iron deficiency anemia. *Fertil Steril.* 2022 Oct;118(4):615-624. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.08.011. PMID: 36182260.
2. Lee HJ, Pak H, Han JJ, Chang MH. Comprehensive Analysis of Iron Deficiency mAnemia and Its Related Disorders in Premenopausal Women Based on a Propensity Score Matching Case Control Study Using National Health Insurance mService Database in Korea. *J Korean Med Sci.* 2023 Sep 18;38(37):e299. doi: 10.3346/jkms.2023.38.e299. PMID: 37724497; PMCID: PMC10506900.
3. Sadee W, Wang D, Hartmann K, Toland AE. Pharmacogenomics: Driving Personalized Medicine. *Pharmacol Rev.* 2023 Jul;75(4):789-814. doi: 10.1124/pharmrev.122.000810. Epub 2023 Mar 16. PMID: 36927888; PMCID: PMC10289244.
4. Whirl-Carrillo M, McDonagh EM, Hebert JM, Gong L, Sangkuhl K, Thorn CF, Altman RB, Klein TE. Pharmacogenomics knowledge for personalized medicine. *Clin Pharmacol Ther.* 2012 Oct;92(4):414-7. doi: 10.1038/clpt.2012.96. PMID: 22992668; PMCID: PMC3660037.
5. Moreno I, Codoñer FM, Vilella F, Valbuena D, Martínez-Blanch JF, Jiménez- Almazán J, Alonso R, Alamá P, Remohí J, Pellicer A, Ramon D, Simon C. Evidence that the endometrial microbiota has an effect on implantation success or failure. *Am*

- J Obstet Gynecol. 2016 Dec;215(6):684-703. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.075. Epub 2016 Oct 4. PMID: 27717732.
6. Moreno I, Garcia-Grau I, Perez-Villaroya D, Gonzalez-Monfort M, Bahçeci M, Barrionuevo MJ, Taguchi S, Puente E, Dimattina M, Lim MW, Meneghini G, Aubuchon M, Leondires M, Izquierdo A, Perez-Olgiati M, Chavez A, Seethram K, Bau D, Gomez C, Valbuena D, Vilella F, Simon C. Endometrial microbiota composition is associated with reproductive outcome in infertile patients. *Microbiome*. 2022 Jan 4;10(1):1. doi: 10.1186/s40168-021-01184-w. PMID: 34980280; PMCID: PMC8725275.
  7. Neyro JL, Mieza J, González SP. The Changes of Paradigm in the Gynecology of the 21st Century. *Biomed J Scient Tech Res* June, 2022, Volume 44, 3, pp 35497-35499. doi: 10.26717/BJSTR.2022.44.007052.
  8. Guía Nacional sobre recomendaciones dietéticas durante el embarazo. Disponible en <https://www.dsca.gob.es/es/consumo/novedades/recomendaciones/recomendaciones-alimentarias/alimentacion-embarazo>. Último acceso el 16.02.2026.
  9. Nanri A, Mizoue T, Shimazu T, Ishihara J, Takachi R, Noda M, Iso H, Sasazuki S, Sawada N, Tsugane S; Japan Public Health Center-Based Prospective Study Group. Dietary patterns and all-cause, cancer, and cardiovascular disease mortality in Japanese men and women: The Japan public health center-based prospective study. *PLoS One*. 2017 Apr 26;12(4):e0174848. doi: 10.1371/journal.pone.0174848. PMID: 28445513; PMCID: PMC5405917.
  10. Neyro JL, García Ortiz JP, Espitia de la Hoz FJ, Palacios S. Nutraceuticals in the clinical management of women with breast cancer; a narrative review. *Med de Fam SEMERGÉN*. Vol. 52. Núm. 3. (En progreso) (Abril 2026) DOI: 10.1016/j.semarg.2026.102688. 11. Johnson VR, Anekwe CV, Washington TB, Chhabria S, Tu L, Stanford FC. A Women's health perspective on managing obesity. *Prog Cardiovasc Dis*. 2023 May-Jun;78:11-16. doi: 10.1016/j.pcad.2023.04.007. Epub 2023 Apr 27. PMID: 37120120; PMCID: PMC10330433
  11. Palacios S, Chedraui P, Sánchez R, Coronado P, Nappi RE. Obesity and menopause. *Gynecol Endocrinol*. 2024 Dec; 40(1): 2312885. doi: 10.1080/09513590.2024.2312885. Epub 2024 Feb 11. PMID: 38343134.
  12. Calaf J, Cano A, Guañabens N, Palacios S, Canelo MJ, Castelo-Branco C, Larrainzar R, Neyro JL, Nogues X, Diez A. Sequential management of postmenopausal health and osteoporosis: An update. *Maturitas*. 2023 Nov;177:107846. doi: 10.1016/j.maturitas.2023.107846. Epub 2023 Sep 13. PMID: 37738717.
  13. Ghosal S, Sinha B. The cardiovascular benefits of GLP1-RAs are related to their positive effect on glycemic control: A meta-regression analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022 Apr;186:109824. doi: 10.1016/j.diabres.2022.109824. Epub 2022 Mar 7. PMID: 35271879.
  14. Ghayda RA, Matar P, Haddad G, Kanaan A, Eid A, Azar S, Ghadieh HE, Harb F. GLP1 receptor agonists and SGLT2 inhibitors for the prevention or delay of type 2 diabetes mellitus onset: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025 Oct 23;16:1627909. doi: 10.3389/fendo.2025.1627909. PMID: 41210503; PMCID: PMC12588854.
  15. Shi Q, Wang Y, Hao Q, Vandvik PO, Guyatt G, Li J, Chen Z, Xu S, Shen Y, Ge L, Sun F, Li L, Yu J, Nong K, Zou X, Zhu S, Wang C, Zhang S, Qiao Z, Jian Z, Li Y, Zhang X, Chen K, Qu F, Wu Y, He Y, Tian H, Li S. Pharmacotherapy for adults with overweight and obesity: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2024 Apr 6;403(10434):e21-e31. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00351-9. PMID: 38582569.
  16. Disponible en <https://es.euronews.com/salud/2026/01/25/las-mujeres-pierden-75-millones-de-anos-sanos-al-ano-reciben-solo-el-6-de-financiacion-san>. Último acceso el 17.02.2026.

## Fitoterapia Basada en Evidencia en Menopausia: Qué Debe Exigir el Clínico

Baquedaño Mainar L (1), Romero Duarte P (2,3)

1Departamento de Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

2Centro Médico Vithas, El Ejido, Almería, España

3Hospital Universitario de Poniente, Almería, España

Como parte de la transición a la menopausia y la aparición de la sintomatología que acompaña esta etapa, a diario muchas mujeres consultan a su ginecólogo(a) con una inquietud: Doctora/doctor no quiero hormonas... ¿hay algo natural que funcione? Y es que según datos publicados en la encuesta SIGMADOS, el 73% de los tratamientos utilizados para la menopausia son no-hormonales.<sup>1</sup> Es por esto por lo que se deben considerar varios puntos importantes para un buen abordaje clínico utilizando fitoterapia incluyendo: (1) las expectativas de la paciente y (2) las exigencias del clínico.

Dentro de lo que comprende las expectativas de la paciente que va a consulta expresa querer un abordaje 360° de su menopausia, además de querer saber todas las opciones de tratamiento que existen actualmente, así como de poder participar en conjunto con su médico en la decisión sobre el tratamiento a seguir. Por esto, desde el punto de vista clínico, es importante profundizar en el impacto real de la sintomatología en su calidad de vida (sueño, libido y estado de ánimo), evaluar su perfil de riesgo y explorar sus antecedentes y preferencias personales. Solo mediante este análisis multidimensional se pueden ofrecer opciones personalizadas que garanticen seguridad y adherencia. Ahora bien, ¿y qué debe exigir el clínico?

Como parte de las exigencias del clínico es primordial utilizar un criterio basado en evidencia científica sólida para ofrecer tratamientos efectivos y seguros, evitando así el “menowashing” (productos diseñados para la menopausia, pero que en realidad carecen de evidencia científica o son innecesarios) como método de estrategia comercial para la venta de productos de menopausia. Por esto, dentro de este enfoque clínico es importante destacar varios puntos que incluyen: (1) determinar el perfil de paciente en la cual la fitoterapia sea apropiada (perimenopausia, sintomatología leve a moderada, mujeres que no pueden utilizar THM y mujeres que no deseen utilizar THM). En este sentido, la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) utiliza el algoritmo de decisiones basado en la puntuación

de la Escala Cervantes Reducida (C-SF) donde se recomienda el uso de productos naturales/fitoterapia como tratamiento de primera elección durante un periodo de 3 meses para los sofocos leves a moderados (C-SF < 25).<sup>2</sup> Otro punto importante dentro de las exigencias del clínico es (2) elegir ingredientes con eficacia demostrada en ensayos clínicos de alto nivel y con un impacto sobre el efecto deseado. Dentro de estos podemos destacar la Cimicifuga racemosa, que cuenta con el mayor nivel de evidencia clínica sobre los sofocos,<sup>3-5</sup> así como el lúpulo (8-PN), el fitoestrógeno más potente conocido,<sup>6,7</sup> ambos con un buen perfil de seguridad comparable con placebo. Bajo esta misma línea cabe destacar (3) elegir productos fitoterápicos desarrollados racionalmente con mecanismos de acción sinérgicos o sumatorios para un efecto más completo sobre la sintomatología. Existe una base fisiopatológica para considerar la combinación de Cimicifuga racemosa y lúpulo: ambos actúan sobre vías fisiopatológicas distintas, por una parte, la Cimicifuga racemosa presenta actividad moduladora sobre receptores serotoninérgicos implicados en la termorregulación, <sup>3-5</sup> mientras que el lúpulo (8-PN) actúa sobre los receptores de estrógeno para contrarrestar las alteraciones implicadas en el desarrollo del sofoco,<sup>6,7</sup> permitiendo así un abordaje más completo del síntoma. Por su parte, el uso combinado del lúpulo (8-PN) y las isoflavonas de soja, resulta menos eficiente por dos motivos principales: Por un lado, ambos fitoterápicos comparten un mecanismo de acción estrogénico, lo que puede limitar un efecto complementario. Además, las isoflavonas dependen de: conversión a equol, microbiota intestinal y variabilidad interindividual para su metabolización.<sup>6</sup> Por último, el clínico debe (4) tener en cuenta la calidad de los extractos presentes en el producto, enfocándose en que los extractos estén estandarizados y que las dosis hayan sido utilizadas en estudios clínicos. Esto nos dará garantía de calidad y trazabilidad. En el caso de Cimicifuga racemosa, el extracto debe estar estandarizado en glucósidos triterpénicos, con un contenido no inferior al 0,4% según la monografía ESCOP (2011),<sup>8</sup> y utilizar

una dosis equivalente a la empleada en estudios clínicos, concretamente 40 mg de extracto isopropanólico.<sup>5</sup> En el caso de *Humulus lupulus*, el 8-PN, actúa como marcador de calidad vinculado a la actividad clínica, siendo 100 µg la dosis asociada a eficacia.<sup>9</sup> Esto asegura coherencia entre la evidencia científica y la formulación final del producto.

Por todo lo anteriormente explicado, es fundamental que el manejo de los síntomas leves a moderados de menopausia se haga con aquellos fitoterápicos que estén avalados por estudios científicos.

El estudio observacional LIBIRTY (n=33), ha demostrado que tras 3 meses de suplementación con un complemento multicomponente que incluye *trigonella*, *Cimicifuga racemosa* y lúpulo (8-PN) mejora significativamente la calidad de vida ( $p = 0.046$ ), los síntomas de menopausia ( $p < 0.001$ ), el estado de ánimo ( $p < 0.001$ ) y los niveles de vitamina D ( $p < 0.05$ ) en las mujeres menopáusicas. La combinación del lúpulo (8-PN) y *Cimicifuga racemosa* se destaca por ejercer un efecto complementario e integral en el control de los sofocos a través de dos mecanismos de acción distintos.

Para que se pueda obtener un efecto completo de un tratamiento fitoterápico se recomienda un tiempo mínimo de 3 meses. Si bien es frecuente comenzar a objetivar una reducción en la frecuencia e intensidad de los sofocos a partir de las primeras cuatro semanas, la estabilización de la respuesta requiere una exposición más prolongada. Esto se debe a que el efecto no es inmediato, ya que estamos ante una modulación neuroendocrina e inflamatoria, procesos que requieren tiempo para estabilizarse. No se trata de un efecto sintomático agudo, sino de una regulación progresiva de los mecanismos implicados en el sofoco. Por ello, la evaluación clínica de revisión debe realizarse en un plazo comparable al de los estudios que demostraron eficacia, evitando valoraciones demasiado precoces que podrían infraestimar el beneficio real.

Dentro de los factores a evaluar en la revisión se encuentran los cambios en la frecuencia e intensidad de los sofocos, la mejoría en la calidad y duración del sueño, el impacto percibido en la calidad de vida y funcionalidad diaria y el perfil de tolerabilidad y efectos adversos.

En conclusión, la fitoterapia basada en evidencia necesita de un adecuado criterio clínico de indicación y recomendación. Y para ello es importante recalcar que la paciente merece conocer todas las opciones de tratamiento. Por otra parte, el clínico debe filtrar con rigor científico proveyendo la mejor evidencia disponible en fitoterapia ya que esta no es una alternativa, es medicina personalizada y, bien indicada, la fitoterapia puede tener un papel real en la calidad de vida de la mujer. Por tanto, el clínico no debe: generar falsas expectativas, prescribir extractos no estandarizados, omitir la revisión de dosis, evitar la evaluación a los 3 meses o no registrar resultados.

## 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-Alizadeh-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.ginecarefmc.com/index.php/2025/06/03/esg-2025-16o-congress-of-the-european-society-of-gynecology/>

# EN SU PASO POR LA MENOPAUSIA,



Complemento alimenticio

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



Complemento alimenticio

Promueve el **DESEO SEXUAL**



Producto sanitario

Gel hidratante para la **SEQUEDAD VAGINAL**



Complemento alimenticio

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

**UNA SOLUCIÓN** adaptada para cada mujer



## Evidencia clínica en aclaramiento de VPH: coherencia y contundencia entre el estudio aleatorizado PALOMA 2 y el estudio doble ciego PAPILOCAN

Marcos Fernandez M (1), Quesada López-Fe A (2)

1. Ginecología y Obstetricia. HM Hospitales, Madrid

2. Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

El sistema inmune desempeña un papel clave en el aclaramiento del virus del papiloma humano (VPH). (1) Factores no modificables como la edad y el genotipo condicionan esta respuesta. Un estudio realizado en mujeres <25 años, obtuvo tasas de aclaramiento del VPH-16 del 68,5% a los 24 meses (2). En el estudio de Bulkman (edad media 36 años), el aclaramiento del VPH de alto riesgo (VPH-AR) fue del 41% a los 18 meses (3). En conjunto, estos resultados subrayan la relevancia clínica de la edad y el genotipo en el aclaramiento viral y la evolución de la infección, y ponen de manifiesto la necesidad de tratamientos no invasivos coadyuvantes que favorezcan el aclaramiento durante la espera vigilada.

Un gel vaginal con siete ingredientes activos, incluyendo *Coriolus versicolor*, ha demostrado favorecer la reepitelización del cuello del útero<sup>4</sup>, aumentar la proporción de *Lactobacillus* (5) y contrarrestar el microambiente local no inflamatorio inducido por el virus. Su eficacia clínica se ha evaluado en un programa de desarrollo escalonado, que incluye tres ensayos clínicos aleatorizados en aproximadamente 400 pacientes. Esta evidencia ha sido reconocida por sociedades científicas y grupos de investigación a nivel internacional.(6,7)

El primer estudio, PALOMA 18, fue un ensayo multicéntrico, abierto y controlado con práctica clínica habitual (espera vigilada), que incluyó 91 mujeres VPH-positivas con lesiones de bajo grado (edad media 40,5 años). Se compararon dos posologías: estándar (1 mes a diario + 5 meses a días alternos) e intensiva (3 meses a diario + 3 meses a días alternos), frente al control. A los 6 meses, ambas posologías mostraron una regresión de lesiones significativamente superior al control (89,5% y 86,4% vs 56%). Sin embargo, en aclaramiento viral solo la posología intensiva demostró superioridad significativa (81,8% vs 40,0%;  $p=0,0036$ ), identificando una relación dosis-respuesta.

Sobre esta base se diseñó PALOMA 29, con el mismo esquema comparativo, pero con mejoras metodológicas: mayor tamaño muestral ( $n=124$ ), participación de 19 hospitales públicos, seguimiento a 12 meses y criterios de inclusión más estrictos (doble test VPH-AR: hospitalario y laboratorio central), garantizando homogeneidad entre centros y genotipado. Asimismo, se recogieron variables clínicas y conductuales relevantes, como el hábito tabáquico y comportamiento sexual, para minimizar posibles sesgos. La edad media fue 41,1 años. PALOMA 2 confirmó la superioridad de la posología intensiva en aclaramiento viral a 6 meses (88,5% vs 53,6%;  $p<0,01$ ), con resultados homogéneos y consistentes con PALOMA 1, demostrando la reproducibilidad de los estudios. A los 12 meses, la posología intensiva mantuvo un 77,3% de aclaramiento frente al 50% del control ( $p=0,05$ ), evidenciando la durabilidad del efecto.

El tercer ensayo, PAPILOCAN, supuso un paso adicional en nivel de evidencia y control del sesgo, al ser un estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego y controlado con control activo (gel vehículo con ácido láctico, sin ingredientes activos). Incluyó 98 mujeres VPH-AR positivas (COBAS), 31,6% con persistencia  $\geq 1$  año y una edad media de 41,2 años. A los 6 meses, el aclaramiento viral fue del 53,3% en el grupo tratado frente al 26,1% en el control activo ( $p=0,08$ ). A los 12 meses se observó una diferencia estadísticamente significativa a favor del gel a base de *Coriolus versicolor* (80% vs 45%;  $p=0,03$ ), alineándose con los resultados previos y confirmando la eficacia de la posología intensiva.

Los tres ensayos muestran una notable consistencia, con un beneficio absoluto aproximado del 30% en aclaramiento viral a favor del gel frente a control (espera vigilada o control activo), a los 6 y 12 meses, evidenciando asimismo la durabilidad del efecto. En conjunto, estos resultados resaltan la potencial utilidad del gel vaginal a

base de *Coriolus versicolor* como opción no invasiva en mujeres VPH-AR positivas durante la espera vigilada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Deligeoroglou E, et al. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2013;2013:540850. doi:10.1155/2013/540850
2. Sierra, Mónica S et al. *Vaccine* vol. 50 (2025): 126841. doi:10.1016/j.vaccine.2025.126841
3. Bulkman NW, et al. *Br J Cancer.* 2007;96(9):1419-1424. doi:10.1038/sj.bjc.6603653
4. Palacios, S. et al., *BMC Womens Health.* 2017;17(1):21. doi: 10.1186/s12905-017-0374-2.
5. González Setal., *Acad J Health Sci.* 2022;37(2):139–145. doi:10.3306/AJHS.2022.37.02.139.
6. Mitra, A. et al. *Lancet Microbe* 2024; 5(3):e291–e300. doi:10.1016/S2666-5247(23)00257-4
7. Højen, I.B. et al. *BMC Womens Health* 2026; 26(1):71. doi:10.1186/s12905-025-04206-z
8. Serrano, L. et al. *JLGTD* 2021; 25(2):130-136. doi:10.1097/LGT.0000000000000596
9. Centeno C et al., *Int J Gynecol Cancer.* 2024;35(2): 100108 doi: 10.1016/j.ijgc.2024.100108



# PAPIOCARE<sup>®</sup>

## Ahora, plántale cara al VPH



Eficacia comprobada en ensayos clínicos aleatorizados y controlados en mujeres con lesiones<sup>◇</sup> cervicales causadas por VPH de alto riesgo<sup>1,2</sup>

### RESULTADOS DE ACLARAMIENTO DE VPH-AR

A 6 MESES

A 12 MESES

ENSAYO CLÍNICO  
PALOMA<sup>2</sup>  
NCT 04199078

VPH-AR  
**88%**  
Grupo Papiocare<sup>®</sup>

VS

**53%**  
Grupo Control

VPH-AR  
**77%**  
Grupo Papiocare<sup>®</sup>

VS

**50%**  
Grupo Control

Realizado con  
Papiocare<sup>®</sup> Gel Vaginal

Posología Intensiva:

**3 MESES + 3 MESES**

1 cánula / día durante 3 meses  
+ 1 cánula / días alternos durante 3 meses



La duración recomendada del tratamiento es de 6 meses



Producto sanitario

Escanea el código QR para acceder a las publicaciones científicas de Papiocare<sup>®</sup> y revisiones internacionales.



Ya Disponible en  
**60 países**

Más de **1 millón** de mujeres  
tratadas con Papiocare<sup>®</sup>

◇ Lesiones de bajo grado ASCUS/ LSIL

1. Serrano L. et al. Efficacy of a Coriolus versicolor-based vaginal gel in women with human Papillomavirus-dependent cervical lesions: The PALOMA Study. J Low Genit Tract Dis 2021;25:130-136. doi:10.1097/LGT.0000000000000596 2. Centeno C; et al. Sustained efficacy of a Coriolus versicolor-based vaginal gel for high-risk HPV clearance: 12-month final results from the Paloma 2 Clinical Trial [Poster #850] International Papillomavirus Conference (IPVC), Bangkok 2025

Procare  
Health  
Naturally woman

## Conización con márgenes afectos: manejo y nuevas opciones

Álvarez Gil C

*Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.*

Las mujeres tratadas mediante conización por lesión escamosa intraepitelial de alto grado (CIN2/3) mantienen un riesgo de cáncer de cuello uterino superior al de la población general durante, al menos, una década tras el tratamiento (1). Aunque, el estado de los márgenes histológicos se ha considerado clásicamente un factor predictor de recidiva, la evidencia actual señala que el test de VPH postratamiento es un marcador más preciso de recurrencia, y que la combinación de ambos mejora la estratificación del riesgo (2). La edad también es un factor de riesgo relevante. Las pacientes postmenopáusicas presentan mayor tendencia a infecciones persistentes y el seguimiento y tratamiento puede verse dificultado por la atrofia genital (muestras insuficientes, colposcopias inadecuadas, estenosis cervical) (3). En este contexto, se evaluó la efectividad de un gel vaginal a base de Coriolus versicolor como coadyuvante tras conización.

Se diseñó un estudio piloto observacional, prospectivo, unicéntrico y controlado en mujeres  $\geq 18$  años con CIN candidatas a tratamiento escisional. Las pacientes fueron asignadas a tratamiento con gel vaginal o a grupo control (práctica clínica habitual). El gel se aplicó en el periodo perioperatorio y posteriormente una vez al día durante 3 meses. Los objetivos principales fueron evaluar el grado de reepitelización y el sangrado a los 21 días mediante escalas tipo Likert. Como objetivos secundarios se analizaron el aclaramiento viral (test de VPH negativo o pérdida de  $\geq 1$  genotipo basal) y normalización citológica/colposcópica a los 3 o 6 meses según el estado de los márgenes.

Se incluyeron 66 mujeres (35 tratadas; 31 controles), con una edad media de 42,36 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos en factores de riesgo o protectores. A los 21 días, se observó una tendencia a mayor reepitelización en el grupo tratado (88,6% vs 74,2%;  $p=0,20$ ;  $RR=1,565$ ), y a menor sangrado moderado-intenso (80,0% vs 58,1%;  $p=0,065$ ;  $OR=2,89$  IC95%: 0.97 – 8.62), sin alcanzar significación estadística.

En pacientes con márgenes afectos, el aclaramiento de VPH-AR a los 3 meses fue significativamente superior en el grupo tratado (80.0% vs 25.0%;  $p=0.023$ ), con 4,5 veces más probabilidades de aclarar. Las pacientes tratadas también presentaron mayores probabilidades de negativizar el test ( $OR= 2.75$ ). En mujeres  $\geq 50$  años con márgenes afectos, ninguna paciente del grupo control aclaró el virus, frente al 75% del grupo tratado ( $p=0,047$ ). Ninguna paciente del grupo control negativizó el VPH, mientras que la mitad de las tratadas sí. La normalización citológica con colposcopia concordante fue mayor en el grupo tratado (67% vs 50%), especialmente en  $>50$  años (75% vs 40%).

A los 6 meses no se observaron diferencias significativas en aclaramiento ni en regresión de lesiones, probablemente debido al elevado aclaramiento espontáneo y la reparación de lesiones en mujeres con márgenes libres. El cumplimiento fue elevado (93,3% a los 3 meses; 85% a los 6 meses) y no se registraron acontecimientos adversos.

En conjunto, el gel vaginal a base de Coriolus versicolor mostró buena seguridad y adherencia, con tendencias favorables en reepitelización y sangrado postoperatorio, y un beneficio significativo en el aclaramiento viral en subgrupos de alto riesgo (márgenes afectos y mujeres  $\geq 50$  años). Estos hallazgos respaldan la necesidad de estudios con mayor tamaño muestral para confirmar el efecto y explorar beneficios adicionales en el manejo postconización (reducción del riesgo de estenosis postconización y mejora de la adecuación colposcópica tras el tratamiento).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Paraskevaidis E, Athanasiou A, Ellis LB, et al. *BMJ*. 2025;388:r7.
2. Sand FL, Frederiksen K, Kjaer SK. *Gynecol Oncol*. 2022;165(3):472-7
3. Arbyn M, Redman CWE, Verdoodt F, et al. *Lancet Oncol*. 2017;18(12):1665-79.

# Localización prequirúrgica de lesiones en mama y axila, mediante el uso de semillas ferromagnéticas

Fernandez Huertas, R

*Servicio Ginecología Quiron Salud Valle del Henares*

La cirugía de lesiones no palpables de mama y axila en 2026 se enfrenta a desafíos fundamentales: la precisión en la localización y la tendencia hacia la "desescalada" quirúrgica en aras de minimizar la morbilidad. Esta localización precisa es crítica para optimizar los resultados de la cirugía conservadora de mama.

En los últimos años han surgido métodos potencialmente superiores como alternativa al método tradicional y clásico que supone la localización con arpón. Método que cuenta con numerables fracasos de técnica como las piezas en blanco o la aparición de márgenes afectos en el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza.

La tecnología de las semillas ferromagnéticas ha revolucionado la cirugía de precisión de la mama y axila. Se trata de unos dispositivos biocompatibles que presentan ventajas con respecto a los métodos más convencionales e incluso con respecto al ROLL. Las principales ventajas son la menor tasa de márgenes positivos, comodidad para la paciente, mejora en la logística hospitalaria por la ausencia de necesidad de coordinación con otros servicios el mismo día de la cirugía, alta tasa de detección con baja incidencia de fallos de técnica, así como la utilidad en pacientes con tratamiento neoadyuvante.

Analizando la evidencia de estudios institucionales a gran escala y ensayos clínicos aleatorizados se ha demostrado una tasa de identificación de lesiones superior con semillas magnéticas que con métodos tradicionales. Se registraron significativamente menos fallos de localización con semillas que con el arpón, independientemente de la profundidad y el tamaño de la mama. El uso de semillas redujo el tiempo de escisión del espécimen y el tiempo operatorio total. A diferencia del arpón y el ROLL, las semillas permiten desvincular

la localización de la cirugía, pudiendo colocarse días o semanas antes. Esto optimiza la programación hospitalaria y mejora la experiencia de radiólogos, cirujanos y coordinadores.

La combinación de semillas con óxido de hierro superparamagnético (SPIO) permite realizar tanto la localización de la lesión como la detección del ganglio centinela con una sola sonda, eliminando la necesidad de radioisótopos.

## CONCLUSIONES

La localización con semillas magnéticas es una técnica segura, eficaz y superior logísticamente al arpón y al ROLL. No solo garantiza resultados oncológicos equivalentes, sino que mejora la eficiencia del quirófano y la satisfacción del personal médico. Estudios futuros como MELODY buscan estandarizar aún más estas métricas a nivel global.

## BIBLIOGRAFIA

1. Banyas-Paluchowski M, Kühn T, Masannat Y, Rubio I, de Boniface J, Ditsch N, et al. Localization Techniques for Non-Palpable Breast Lesions: Current Status, Knowledge Gaps, and Rationale for the MELODY Study (EUBREAST-4/iBRANET, NCT 05559411). *Cancers (Basel)*. 2023 Feb 12;15(4):1173
2. Miller ME, Patil N, Li P, Freyvogel M, Greenwalt I, Rock L, et al. Hospital System Adoption of Magnetic Seeds for Wireless Breast and Lymph Node Localization. *Ann Surg Oncol*. 2021 Jun;28(6):3223-3229
3. Depretto C, Della Pepa G, De Berardinis C, Suman L, Ferranti C, Marchesini M, et al. Magnetic Localization of Breast Lesions: A Large-Scale European Evaluation in a National

- Cancer Institute. Clin Breast Cancer. 2023 Dec;23(8):e491-e498
4. Pantiora E, Jazrawi A, Hersi A, Abdsaleh S, Ahlstedt H, Molnar E, et al. Magnetic Seed vs Guidewire Breast Cancer Localization With Magnetic Lymph Node Detection: A Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2024 Mar 1;159(3):239-246
  5. Theunissen CIJM, Rust EAZ, Edens MA, Bandel C, Van't Ooster-van den Berg JG, Jager PL, et al. Radioactive seed localization is the preferred technique in nonpalpable breast cancer compared with wire-guided localization and radioguided occult lesion localization. Nucl Med Commun. 2017 May;38(5):396-401
  6. Cuzzocrea M, Iacovitti CM, Peradze N, Gasparri ML, Schiaffino S, Rossi L, et al. Radioguided Localisation Techniques for Non-Palpable Breast Lesions: An Umbrella Review. J Clin Med. 2026 Jan 16;15(2):750.
  7. Dave RV, Barrett E, Morgan J, Chandarana M, Elgammal S, Barnes N, et al. Wire- and magnetic-seed-guided localization of impalpable breast lesions: iBRA-NET localisation study. Br J Surg. 2022 Feb 24;109(3):274-282

# 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



Hotel Rafael Atocha • **Madrid**

## ¿Son suficientes los criterios de rotterdam? Desafíos en el diagnóstico del sop y utilidad clínica de los inositoles en el abordaje metabólico ginecológico

Nieto Pascual L (1), Presa Lorite J (2)

1 *Facultativo Especialista en Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

2 *Facultativo Especialista en Ginecología. Hospital Universitario de Jaén.*

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) constituye el trastorno endocrino más frecuente en la mujer en edad reproductiva y representa un desafío diagnóstico y terapéutico por su naturaleza multisistémica. Aunque los criterios de Rotterdam continúan siendo el consenso internacional para su diagnóstico, su aplicación se centra fundamentalmente en manifestaciones clínicas y morfológicas visibles, como la anovulación, la morfología ovárica y el hiperandrogenismo, pudiendo infraestimar la base metabólica subyacente de la enfermedad. Diversos estudios han demostrado que hasta un 70 % de las pacientes presentan resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, incluso en ausencia de alteraciones glucémicas evidentes. Este fenómeno configura el denominado “gap metabólico”, caracterizado por valores de glucosa aparentemente normales a costa de una hiperproducción compensatoria de insulina. La cuantificación de este riesgo invisible mediante índices como el HOMA-IR permite identificar fases precoces de disfunción metabólica. En este contexto, se propone considerar valores de HOMA superiores a 1,9 como zona de alerta funcional y valores  $\geq 3,5$  como resistencia a la insulina establecida.

Asimismo, el cociente triglicéridos/HDL emerge como un marcador accesible de dislipidemia aterogénica y resistencia a la insulina en mujeres con SOP. Aunque no forma parte de las guías diagnósticas estándar, su utilización permite una estratificación cardiometabólica temprana, identificando pacientes con riesgo vascular incipiente incluso en fenotipos normopeso.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la denominada “paradoja ovárica” explica cómo el ovario permanece sensible a la insulina en un entorno de resistencia periférica. El exceso de señal insulínica estimula la

producción de andrógenos y altera la señalización folicular, contribuyendo a la anovulación y al hiperandrogenismo. Este proceso se relaciona con un desequilibrio en la conversión de mio-inositol a D- quiro-inositol, que compromete la función de la aromatasas y la respuesta a la FSH (figura 1).

En este escenario, los inositoles adquieren un papel terapéutico relevante al actuar como segundos mensajeros de la insulina y de la FSH, permitiendo restaurar la comunicación celular ovárica y mejorar simultáneamente la sensibilidad insulínica. Sin embargo, la evidencia señala que no todas las formulaciones de inositol presentan la misma eficacia clínica. Factores como la proporción fisiológica entre mio-inositol y D- quiro-inositol, el grado de pureza, la estabilidad del compuesto y las estrategias que optimizan su absorción intestinal condicionan la biodisponibilidad y la respuesta terapéutica. La utilización de formulaciones diseñadas para reproducir el equilibrio tisular y mejorar la disponibilidad celular de los inositoles parece asociarse a mejores resultados en ovulación, hiperandrogenismo y parámetros metabólicos. Su uso se integra así en un abordaje escalonado del SOP que combina modificaciones del estilo de vida, tratamiento hormonal y estrategias metabólicas dirigidas (figura 2). La evidencia sugiere que la intervención precoz con inositoles adecuadamente formulados puede reducir el hiperandrogenismo, mejorar la ovulación y modular el riesgo cardiometabólico, con un impacto sistémico que se extiende desde la función hepática hasta el fenotipo clínico de la paciente. (figura 3)

En conclusión, los criterios de Rotterdam siguen siendo esenciales para el diagnóstico, pero resultan insuficientes para valorar el riesgo metabólico real del

SOP. La incorporación de marcadores funcionales como HOMA-IR y el cociente triglicéridos/HDL permite identificar fases tempranas de disfunción y personalizar el tratamiento. El enfoque actual debe evolucionar desde el control sintomático hacia la restauración de la señalización metabólica y reproductiva, situando a los inositolos como una herramienta clave en el manejo integral del síndrome.

**Palabras clave:** Síndrome de ovario poliquístico; resistencia a la insulina; mio-inositol; D-Chiro inositol; riesgo cardiometabólico; GAP metabólico; paradoja ovárica.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, et al. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE); 2023.
2. Roa Barrios M, Arata-Bellabarba G, Valeri L, Velázquez-Maldonado E. Relationship between the triglyceride/high-density lipoprotein-cholesterol ratio, insulin resistance index and cardiometabolic risk factors in women with polycystic ovary syndrome. *Endocrinol Nutr.* 2009 Feb;56(2):59-65.
3. Sortino MA, Salomone S, Carruba MO, Drago F. Polycystic Ovary Syndrome: Insights into the Therapeutic Approach with Inositols. *Front Pharmacol.* 2017 Jun 8;8:341.
4. Teede HJ, Moran LJ, Morman R, Gibson M, Dokras A, Berry L, Laven JSE, Joham A,
5. Piltonen TT, Costello MF, Norman RJ, Bahri Khomami M. Polycystic ovary syndrome perspectives from patients and health professionals on clinical features, current name, and renaming: a longitudinal international online survey. *EClinicalMedicine.* 2025 May 28;84:103287
6. Unfer V, Nestler JE, Kamenov ZA, Prapas N, Facchinetti F. Effects of Inositol(s) in Women with PCOS: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Int J Endocrinol.* 2016;2016:1849162. doi: 10.1155/2016/1849162. Epub 2016 Oct 23.

### Figuras:

Figura 1. Inositolos, los segundos mensajeros de la insulina y la FSH

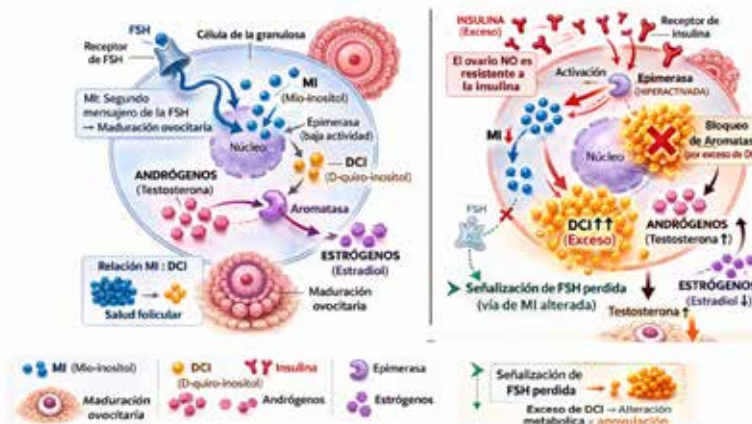


Figura 2: Manejo terapéutico del SOP

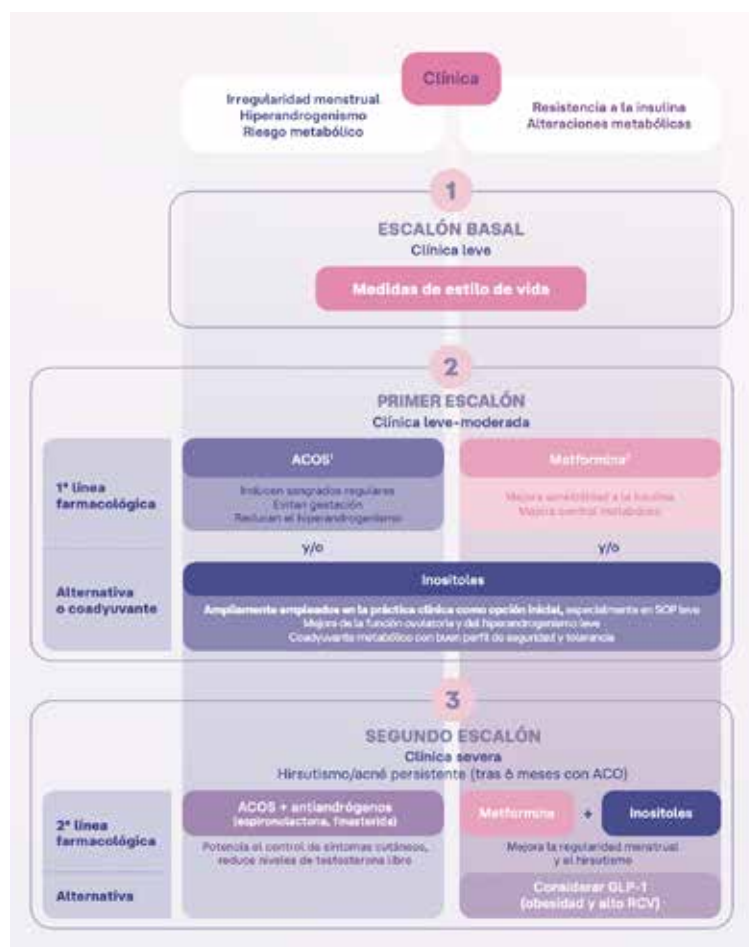


Figura 3: Efecto en cascada del mecanismo de acción del inositol



## Nutrición y embarazo en el contexto de una nueva publicación de unas guías nutricionales

de la Calle Fernández M

*Especialista en Ginecología, Obstetricia y Medicina Reproductiva, jefe de Sección Obstetricia del Hospital Universitario La Paz, Madrid*

En las últimas décadas han aumentado las complicaciones obstétricas debido a la mayor edad materna y a estilos de vida poco saludables (1-3). En España, se estima que las complicaciones obstétricas más prevalentes incluyen anemia (22,6%) (4), diabetes gestacional (12%)<sup>3</sup>, trastornos hipertensivos (10%)<sup>5</sup>, parto pretérmino (5-9%)<sup>6</sup>, depresión (7%)<sup>7</sup> y preeclampsia (1-2%) (5).

El ácido docosahexaenoico (DHA) es un omega3 esencial para el desarrollo cerebral y visual fetal y del lactante, ya que constituye gran parte de las grasas de la materia gris y es clave para el crecimiento cerebral.<sup>8,9</sup> Sus niveles maternos se asocian positivamente con el desarrollo cognitivo y visual infantil. (10–15) Además, puede reducir el riesgo de diabetes gestacional, parto pretérmino y preeclampsia (16–18).

En España, la baja ingesta de DHA se relaciona con el escaso consumo de pescado y las restricciones sobre pescados grandes por su contenido en metilmercurio. (19,20) Un estudio mostró que el 63,9% de los recién nacidos presentaban niveles elevados de metilmercurio en el cordón umbilical por este motivo. (21) El DHA de microalgas, 100% vegetal, es una alternativa sostenible y libre de contaminantes.

Los inositoles, especialmente el myo-inositol (MYO) y el D-Chiro inositol (DCI), son nutrientes relevantes en la gestación por su papel en la señalización de la insulina. (22) El MYO facilita la absorción de glucosa, mientras que el DCI estimula la síntesis de glucógeno. En mujeres con baja sensibilidad a la insulina, los niveles de DCI suelen ser más bajos. (23,24) Una revisión Cochrane indica que el MYO reduce el riesgo de diabetes gestacional, parto pretérmino y trastornos hipertensivos. (25) Un metaanálisis confirma que MYO y la combinación MYO+DCI reducen el riesgo de diabetes gestacional en un 61%.<sup>26</sup> También disminuyen

la necesidad de insulina y la incidencia de macrosomía. (27,28) En conjunto, su suplementación ajustada a las necesidades metabólicas contribuye al equilibrio materno y al adecuado desarrollo fetal.

La microbiota materna cambia de forma significativa durante el embarazo, lo que se asocia a parto pretérmino y abortos de repetición. (29) En ambos casos se observa una reducción de *Lactobacillus*, especialmente de *Lactobacillus crispatus*, un biomarcador clave de salud vaginal, lo que favorece la disbiosis y la activación de procesos inflamatorios que pueden inducir el parto o la rotura prematura de membranas. (39) La suplementación con probióticos reduce en un 81% el riesgo de infecciones genitales, aunque su efecto sobre el parto pretérmino no es concluyente. (31) Además, probióticos como *Lactobacillus fermentum*, *salivarius* y *gasseri* muestran eficacia en el tratamiento de la mastitis, reduciendo la carga de estafilococos y mejorando los síntomas. (32)

La colina se reconoce como un “nutriente emergente” y su ingesta dietética es muy baja entre gestantes españolas. (33) Es el precursor necesario para la síntesis de varias moléculas esenciales: la acetilcolina, que es un neurotransmisor clave implicado en funciones relacionadas con la memoria y el control muscular (34); la fosfatidilcolina y la esfingomielina, que son importantes para mantener la estructura de la membrana celular, así como su función (35); y la betaína, que sirve como donante de grupos metilo y participa en la reducción de los niveles de homocisteína (36). Además, estudios recientes indican que una ingesta insuficiente de colina puede aumentar el riesgo de defectos del tubo neural hasta 2,36 veces en algunas poblaciones (37).

En conclusión, además de los nutrientes comúnmente conocidos, la suplementación con DHA, myo y DChiroinositol, probióticos y colina es esencial para reducir el riesgo de complicaciones obstétricas y

favorecer el desarrollo fetal. Existen productos seguros que combinan estos nutrientes y, aunque el tratamiento debe individualizarse, las tendencias actuales indican que una suplementación completa y personalizada será clave para mitigar complicaciones en los embarazos de los próximos años.+

## BIBLIOGRAFÍA

- Nieto, M. C., et al. Impact of aging on obstetric outcomes: defining advanced maternal age in Barcelona. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 342 (2019).
- Iglesias-Vázquez, L., et al. Nutrient Intake among Pregnant Women in Spain and Poland: A Comparative Analysis. *Nutrients* 15, 3225 (2023).
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Diabetes mellitus y embarazo. Guía de práctica clínica actualizada 2021. *Prog Obstet Ginecol* 35–41 (2022).
- Otamendi Goicoechea, I. et al. Prevalencia de anemia en población gestante. *Medicina Clínica* 158, 270–273 (2022).
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Trastornos hipertensivos en la gestación. *Prog Obstet Ginecol* 244–272 (2020).
- González-González, N. L. et al. Base de datos perinatales nacionales 2004. *Prog Obstet Ginecol* 49, 645–655 (2006).
- Conecta Perinatal, Alianza Hispanohablante por la salud mental perinatal y de la familia. Mejorar El Cuidado de La Salud Mental Perinatal. Fundamentos, Propuestas y Peticiones. [https://conectaperinatal.com/pdf/ASMI\\_Memoradum\\_13sep2022\\_.pdf](https://conectaperinatal.com/pdf/ASMI_Memoradum_13sep2022_.pdf) (2022).
- Innis, S. M. Chapter 10 Essential fatty acid metabolism during early development. *Biol Grow Anim* vol. 3 235–274 (Elsevier, 2005).
- O'Brien, J. S., et al. Quantification and fatty acid and fatty aldehyde composition of ethanolamine, choline, and serine glycerophosphatides in human cerebral grey and white matter. *J Lipid Res* 5, 329–338 (1964).
- Ogundipe, E. et al. Randomized controlled trial of brain specific fatty acid supplementation in pregnant women increases brain volumes on MRI scans of their newborn infants. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 138, 6–13 (2018).
- Dunstan, J. A., et al. Cognitive assessment of children at age 2½ years after maternal fish oil supplementation in pregnancy: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 93, F45–F50 (2008).
- Helland, I. B., et al. Maternal Supplementation With Very-Long-Chain n-3 Fatty Acids During Pregnancy and Lactation Augments Children's IQ at 4 Years of Age. *Pediatrics* 111, e39–e44 (2003).
- Ostadrhimi, A., et al. The effect of perinatal fish oil supplementation on neurodevelopment and growth of infants: a randomized controlled trial. *Eur J Nutr* 57, 2387–2397 (2018).
- Ramakrishnan, U. et al. Effects of Docosahexaenoic Acid Supplementation During Pregnancy on Gestational Age and Size at Birth: Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial in Mexico. *Food Nutr Bull* 31, S108–S116 (2010).
- Meldrum, S. J. et al. Effects of high-dose fish oil supplementation during early infancy on neurodevelopment and language: a randomised controlled trial. *Br J Nutr* 108, 1443–1454 (2012).
- Gao, L. et al. The impact of omega-3 fatty acid supplementation on glycemic control in patients with gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 33, 1767–1773 (2020).
- Middleton, P. et al. Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, (2018).
- Arvizu, M. et al. Fat intake during pregnancy and risk of preeclampsia: a prospective cohort study in Denmark. *Eur J Clin Nutr* 73, 1040–1048 (2019).
- Anta, R. M. O. et al. Fuentes alimentarias y adecuación de la ingesta de ácidos grasos. *Nutr Hosp* 2236–2245 (2013).
- Taylor, C. et al. A review of guidance on fish consumption in pregnancy: is it fit for purpose? *Public Health Nutr* 21, 2149–2159 (2018).
- Ramon, R. et al. Prenatal mercury exposure in a multicenter cohort study in Spain. *Environ Int* 37, 597–604 (2011).
- Bevilacqua, A. & Bizzarri, M. Inositols in Insulin Signaling and Glucose Metabolism. *Int J Endocrinol* 2018, 1–8 (2018).
- Larner, J. D-Chiro-Inositol – Its Functional Role in Insulin Action and its Deficit in Insulin Resistance. *Int J Exp Diabetes Res* 3, 47–60 (2002).

24. Sun, T., et al. Both myo-inositol to chiro-inositol epimerase activities and chiro-inositol to myo-inositol ratios are decreased in tissues of GK type 2 diabetic rats compared to Wistar controls. *Biochem Biophys Res Commun* 293, 1092–1098 (2002).
25. Motuhifonua, S. K., et al. Antenatal dietary supplementation with myo-inositol for preventing gestational diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2023, (2023).
26. Takele, W. W. et al. Effective interventions in preventing gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Commun Med* 4, 75 (2024).
27. Fraticelli, F. et al. Effect of inositol stereoisomers at different dosages in gestational diabetes: an open-label, parallel, randomized controlled trial. *Acta Diabetol* 55, 805–812 (2018).
28. Dell'Edera, D. et al. The influence of D-chiro-inositol and D-myo-inositol in pregnant women with glucose intolerance. *Biomed Rep* 7, 169–172 (2017).
29. Giannella, L. et al. Microbiome Changes in Pregnancy Disorders. *Antioxidants* 12, 463 (2023).
30. Fettweis, J. M. et al. The vaginal microbiome and preterm birth. *Nat Med* 25, 1012–1021 (2019).
31. Othman, M., et al. Probiotics for preventing preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, (2007).
32. Yu, Q. et al. The preventive and therapeutic effects of probiotics on mastitis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 17, e0274467 (2022).
33. Requejo, M. R., et al. Cuantificación, adecuación de la ingesta y fuentes alimentarias de nutrientes relacionados con el ciclo metionina-metilación (colina, betaína, folatos, vitamina B6 y vitamina B12) en mujeres embarazadas en España. *Nutr Hosp* 38, 1026-1033 (2021).
34. López-Sobaler AM, et al. Importancia de la colina en la función cognitiva. *Nutr Hosp* 37, 18-23, (2020).
35. Burns BC, et al. Choline—Essential nutrient and signaling molecule. *Int J Mol Sci* 26, 7159, (2025).
36. Yang ZJ, et al. Betaine alleviates cognitive impairment via NLRP3. *Redox Biol.* 69, 103026, (2024).
37. Obeid R, et al. Maternal choline, fetal brain, child neurocognition: Meta-analysis. *Adv Nutr* 13, 2445, (2022).

# GESTACARE®

Fórmula INNOVADORA, COMPLETA y EQUILIBRADA,  
para las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia

Para ellos,  
elige **lo mejor**



Con la máxima concentración  
de **DHA** de microalgas permitida



Con omega-3 rico en **DHA** procedente de microalgas,  
la ratio de inositoles de Ovosicare®, complejo simbiótico,  
hierro, Quatrefolic®, vitaminas y minerales



Complemento alimenticio



# Terapia Hormonal de la Menopausia: El Péndulo se mueve

Cancelo Hidalgo M<sup>a</sup>. J, Retuerta Pría M

Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

## INTRODUCCIÓN

La historia de la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) ha sido descrita como un péndulo en constante movimiento, oscilando entre el entusiasmo sin crítica alguna y el miedo paralizante a su uso.

En la década de 1960, la THM fue promocionada como un "elixir" capaz de mantener a las mujeres "femeninas para siempre", tratándola no como un fármaco, sino como una panacea para el envejecimiento. Sin embargo, esta percepción colapsó en 2002 con la publicación de los resultados iniciales del estudio Women's Health Initiative (WHI), que sugirieron que los riesgos como enfermedad cardiovascular, cáncer de mama o accidente cerebrovascular superaban a los beneficios. El pánico mediático derivó en una caída masiva de las prescripciones, dejando a una generación de mujeres sin tratamiento efectivo para los síntomas de la menopausia. Hoy, tras 24 años de reanálisis y un cambio regulatorio histórico en 2025, el péndulo se mueve hacia un punto de equilibrio basado en la "ventana de oportunidad" y la personalización de este tratamiento.

La evidencia actual permite desglosar la controversia en cuatro ejes críticos:

### 1. La relectura del WHI y la "ventana de oportunidad":

La principal crítica al WHI fue la edad promedio de sus participantes (63 años), muchas de las cuales estaban a más de una década de su menopausia. Reanálisis posteriores estratificados por edad demuestran que, en mujeres menores de 60 años o dentro de los 10 años del inicio de la menopausia, la THM reduce la mortalidad por todas las causas y no aumenta el riesgo cardiovascular. Y este es un acuerdo unánime de las sociedades científicas y organismos que se ocupan de la mujer en la menopausia

### 2 La menopausia como transición multisistémica:

Se debe abandonar la idea de la menopausia como un simple "estado de deficiencia de estrógenos". Es una transición biológica y psicológica compleja que impacta no solo en la presencia de síntomas vasomotores y la salud urogenital y sexual sino también en el sueño, el ánimo y la cognición así como en la necesidad de establecer medidas preventivas cardiovasculares y óseas. Por ello, el abordaje contempla las necesidades globales de la mujer con un enfoque individualizado en su tratamiento. La THM aborda varios de estos aspectos, pero puede requerirse además otras actuaciones terapéuticas o preventivas para asegurar una adecuada calidad de vida.

### 3. Riesgos emergentes y educación:

Mientras la THM regulada recupera su lugar, las sociedades científicas alertan contra el uso de compuestos bio idénticos no regulados (pellets o chips), cuya seguridad carece de evidencia.

Además, se identifica una brecha educativa alarmante ya que varias generaciones de ginecólogos no han recibido formación reglada sobre el manejo de la menopausia lo que se traduce en sentimientos de inseguridad para manejar la salud menopáusica, con el riesgo que esto puede tener para que las mujeres con síntomas busquen en un mercado de "remedios" o de informaciones sin base científica contrastada.

### 4. El hito regulatorio de 2025:

El 10 de noviembre de 2025 supone un nuevo movimiento del péndulo con la eliminación del etiquetado de advertencia en recuadro negro (black box warning) para la THM.

Este cambio reconoce que las advertencias previas, basadas en interpretaciones iniciales del WHI, no se aplican a mujeres sanas sintomáticas que inician la

terapia en ese rango de tiempo recomendado, facilitando así el acceso a tratamientos sistémicos y vaginales sin barreras injustificadas. No obstante, se enfatiza la necesidad de mantener la individualización clínica: la eliminación de la advertencia regulatoria no exime de una evaluación integral de antecedentes personales, familiares, comorbilidad y factores de riesgo.

## CONCLUSIONES

El péndulo de la THM ha dejado de oscilar entre la panacea y el veneno para detenerse en la evidencia científica clínica individualizada. La eliminación de las restricciones regulatorias en 2025 valida la seguridad de la THM iniciada en la ventana de oportunidad como recurso para los síntomas y como preventivo cardiovascular y de salud ósea.

Sin embargo, la THM no es una "bala de plata" que proporcione una solución infalible a todos los problemas de la menopausia; el futuro reside en un enfoque multidisciplinar que combine hormonas y alternativas no hormonales con la investigación rigurosa con el fin de que la mujer transcurra su tiempo en la menopausia con rigor científico, calidad de vida y sin los vaivenes propios del péndulo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thurston RC, Huang AJ. The Swinging Pendulum of Menopausal Hormone Therapy. *JAMA Intern Med.* 2025 Dec 1;185(12):1411-1412. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.5340. PMID: 41143842
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2002 Jul 17;288(3):321-33. doi: 10.1001/jama.288.3.321. PMID: 12117397.
3. "The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society" Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2022 Jul 1;29(7):767-794. doi: 10.1097/GME.0000000000002028. PMID: 35797481.
4. Posicionamiento AEEM-SEGo sobre terapia hormonal de la menopausia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, Enero de 2019. DOI 10.20960/j.pog.00094
5. Lobo RA, Pickar JH, Stevenson JC, Mack WJ, Hodis HN. Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. *Atherosclerosis.* 2016 Nov;254:282-290. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.10.005



Ficha Técnica de Profer 40 mg granulado para solución oral



Ficha Técnica de Profer 40 mg comprimidos solubles



Ficha Técnica de Profer 80 mg granulado para solución oral

**Posología y forma de administración.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: 1 ó 2 comprimidos diarios después de la comida principal. Disuélvase el comprimido en 100 ml ó 200 ml de agua y agítese hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Adultos: 1 sobre diario de PROFER 80 mg Granulado para solución oral después de la comida principal. Verter el contenido del sobre en 200 ml de agua y agitar hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Adultos: 1 sobre diario después de la comida principal. Niños mayores de 3 años: ½ sobre diario después de la comida principal. Niños menores de 3 años: ¼ sobre diario después de la comida principal. Verter el contenido del sobre en 100 ml de agua y agitar hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. **Fecha de la revisión del texto:** Profer 80 mg granulado para solución oral y Profer 40 mg comprimidos solubles: Octubre 2020. Profer 40 mg granulado para solución oral: noviembre 2020. **PRESENTACIÓN, C.N. y PVP (IVA).** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: envase conteniendo 30 comprimidos solubles de 40 mg de Fe<sup>3+</sup>. C.N.: 672587. PVP (IVA): 14,36 €. PROFER 80 mg Granulado para solución oral, envase con 15 sobres monodosis de 80 mg de Fe<sup>3+</sup>. C.N.: 661499. PVP IVA 14,05 €. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: envase conteniendo 30 sobres monodosis de 40 mg de Fe<sup>3+</sup>. C.N.: 656798. PVP (IVA): 14,36 €. **Aportación al SNS:** Normal. Con prescripción médica.