

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Octubre 2025

Año MMXXV

VI Jornadas
en Salud Postreproductiva de la
Mujer

Madrid. 3 de Octubre de 2025
Hotel Rafael Atocha

 **Universidad
Europea** MADRID

Hospital  **quirónsalud**
San José

 **Ginegetafe.**





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 Jerez, 21
28231 Las Rozas
Madrid

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios validos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

Correl 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

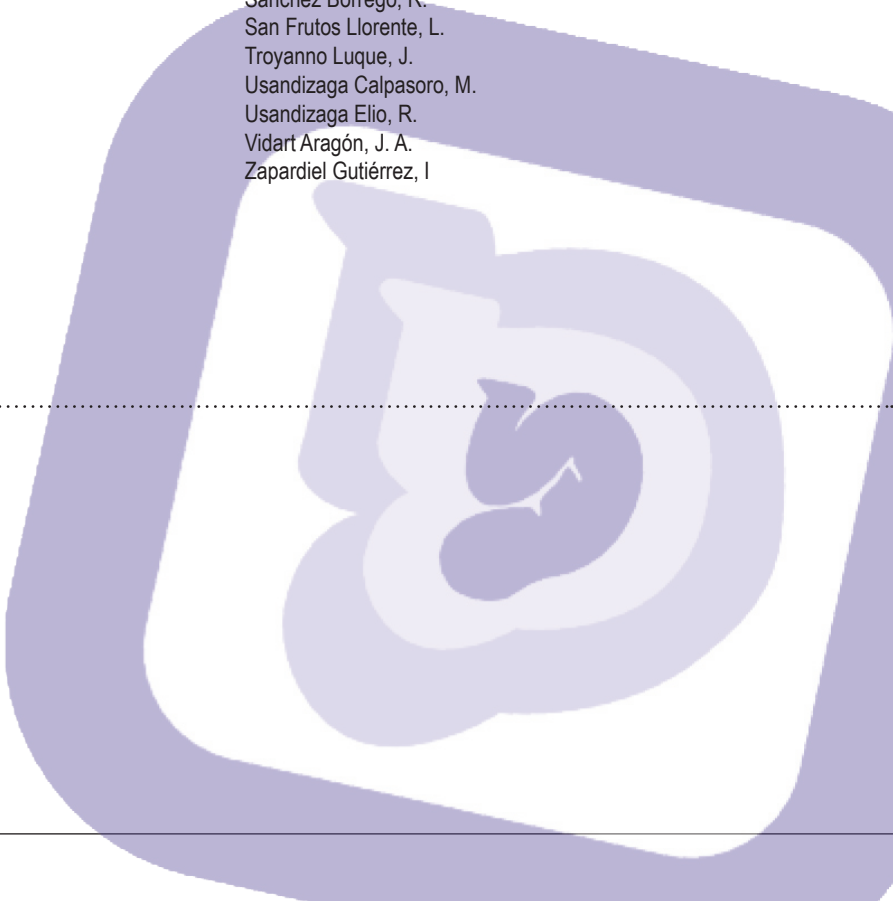
SECRETARIOS DE REDACCIÓN

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



HIDROFEROL® 0,266 mg cápsulas blandas Calcifediol

40
años
DE EXPERIENCIA.
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
DE LA HIPOVITAMINOSIS D.

PREVENCIÓN y tratamiento del déficit de vitamina D^{1*}



**El tratamiento a largo plazo con calcifediol mensual
en pacientes con deficiencia de vitamina D es eficaz y seguro²**



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

*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 identificados¹.

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 Deficiency: a randomized trial. J Bone Miner Res. 2023; 38(4):471-479.

CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SISTEMA 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).

Creatina y salud femenina: más allá del rendimiento deportivo

Pingarrón C

Hospital Quirónsalud San José – Ginegetafe S.L. – Universidad Europea Madrid

INTRODUCCIÓN

La creatina es una molécula natural que ha sido tradicionalmente asociada al ámbito deportivo, especialmente en el contexto masculino. Sin embargo, la evidencia científica reciente ha puesto de manifiesto su relevancia en la salud femenina, particularmente en etapas como el climaterio y la menopausia. Este artículo revisa el papel fisiológico de la creatina, su evolución como suplemento, los tipos disponibles, riesgos y beneficios, así como su potencial en la prevención y tratamiento de patologías prevalentes en la mujer postreproductiva.

¿QUÉ ES LA CREATINA?

La creatina es un compuesto nitrogenado sintetizado endógenamente a partir de los aminoácidos arginina, glicina y metionina. Además, se obtiene de la dieta, principalmente de fuentes animales como carne y pescado. El 95% de la creatina corporal se almacena en el músculo esquelético, mientras que el 5% restante se encuentra en el cerebro y el sistema nervioso central [Kreider et al., 2017].

Una vez en el organismo, la creatina se convierte en fosfocreatina gracias a la acción de la creatina quinasa. La fosfocreatina dona su grupo fosfato para regenerar ATP a partir de ADP, lo que permite mantener la energía necesaria para procesos musculares y neuronales de alta demanda. Así, la creatina actúa como un reservorio rápido de energía, especialmente útil en situaciones de esfuerzo físico intenso o actividad cognitiva elevada.

PAPEL FISIOLÓGICO DE LA CREATINA EN LA MUJER

Los cambios hormonales que ocurren durante el climaterio y la menopausia incrementan la dependencia de sistemas de energía rápida como el de la creatina-fosfocreatina. Las hormonas sexuales, principalmente el estrógeno y la progesterona, influyen en la actividad de la

creatina quinasa y en la expresión de enzimas clave para la síntesis endógena de creatina [Snow et al., 2020].

Durante el ciclo menstrual, la actividad de la creatina quinasa varía, siendo mayor en la fase folicular y disminuyendo en la fase lútea, lo que puede afectar la capacidad de recuperación muscular y cognitiva. En la menopausia, la reducción de estrógenos puede contribuir a una menor síntesis de creatina y a una mayor susceptibilidad a la fatiga y el deterioro muscular.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE CREATINA

Desde 2020, el mercado global de creatina ha experimentado un crecimiento exponencial, triplicando su tamaño debido a la adopción masiva del suplemento más allá del fitness competitivo. Aunque históricamente se ha enfocado en el deporte masculino, el consumo entre mujeres ha aumentado significativamente, impulsado por la evidencia de sus beneficios en salud ósea, muscular y cognitiva [Candow et al., 2019].

TIPOS DE CREATINA Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

Existen diversas formas de creatina en el mercado, pero la creatina monohidrato (especialmente la marca Creapure®) es la que cuenta con mayor respaldo científico en cuanto a eficacia y seguridad. Otras variantes incluyen la creatina micronizada, clorhidrato, malato, etil éster, citrato y fosfato, aunque ninguna ha demostrado superar a la monohidrato en cuanto a resultados clínicos [Kreider et al., 2017].

La creatina monohidrato destaca por su alta biodisponibilidad, pureza y estabilidad, así como por su seguridad a largo plazo. Además, se almacena eficientemente como fosfocreatina en el músculo, lo que favorece la hidratación celular y un entorno anabólico óptimo.

SEGURIDAD Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE CREATINA

Una reciente revisión sistemática y meta-análisis estableció que la creatina monohidrato es segura y de bajo riesgo como suplemento dietético en mujeres, siempre que se consuma en las dosis y regímenes recomendados [Le Guinand et al., 2020]. En mujeres sanas y con buena hidratación, la creatina presenta un perfil de seguridad muy alto. La supervisión médica es esencial en casos con antecedentes renales, hepáticos o en etapas especiales como embarazo y lactancia.

Los efectos secundarios leves incluyen molestias gastrointestinales (hinchazón, diarrea, poco frecuentes) y retención hídrica intracelular, que puede traducirse en un aumento de peso de 0,5–1,5 kg, especialmente en hombres y con dosis de carga inicial (20g/día). Las precauciones principales se centran en pacientes con enfermedad renal o hepática preexistente, hidratación insuficiente, uso simultáneo con diuréticos o fármacos nefrotóxicos y dosis altas en un solo momento del día.

CREATINA EN LA ETAPA POSTREPRODUCTIVA DE LA MUJER

La etapa postreproductiva se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos que afectan la masa muscular, la densidad ósea y la función cognitiva. La suplementación con creatina en mujeres postmenopáusicas puede mejorar la función muscular y ósea, incluso en ausencia de entrenamiento intenso [Candow et al., 2019; Chilibeck et al., 2017].

1. Prevención y tratamiento del deterioro muscular en el climaterio

La disminución de los estrógenos favorece la aparición de sarcopenia incipiente, pérdida de fuerza y mayor fatiga. Estudios han demostrado que la creatina, combinada con ejercicio de fuerza, puede prevenir la pérdida de masa muscular y mejorar la fuerza funcional en mujeres postmenopáusicas [Chilibeck et al., 2017; Candow et al., 2019].

2. Mejora del estado anímico y fatiga crónica funcional

El cerebro, aunque representa solo ~2% del peso corporal, consume entre 20–25% del gasto energético en reposo. La neurotransmisión eficiente de metabolitos que afectan el estado de ánimo depende del funcionamiento adecuado del sistema creatina-fosfocreatina. Existe una relación positiva entre los niveles de creatina y metabolitos de dopamina y serotonina en el líquido cefalorraquídeo [Allen, 2007].

La suplementación con creatina ha demostrado mejorar el rendimiento cognitivo y la función cerebral, así como reducir la fatiga mental durante tareas estresantes en adultos sanos [McMorris et al., 2012]. Estudios epidemiológicos en EEUU evidenciaron que una ingesta más alta de creatina se asocia con menores tasas de depresión, con mayor impacto en el grupo femenino [Bakian et al., 2020]. En un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, adultos con depresión que recibieron 5g/día de creatina monohidrato junto con terapia cognitivo-conductual durante 8 semanas mostraron una reducción significativamente mayor en los síntomas depresivos y mayores tasas de remisión en comparación con placebo [Rocha et al., 2024].

3. Salud ósea

La creatina no solo es relevante para el músculo; en la mujer, también es una aliada para la salud ósea, ayudando a ganar fuerza, reducir el riesgo de caídas y favorecer la formación de hueso, especialmente en la menopausia. El mecanismo principal es el estímulo mecánico por contracción muscular más potente, que favorece la formación ósea y previene la fragilidad [Candow et al., 2019].

Estudios en mujeres posmenopáusicas han mostrado que la suplementación con creatina (0,1 g/kg/día) combinada con entrenamiento de fuerza durante 12 meses reduce la pérdida ósea en el cuello femoral (-1,2% vs -3,9%) [Chilibeck et al., 2015]. Sin embargo, la creatina en monoterapia no ha demostrado aumentar significativamente la densidad mineral ósea (DMO), pero potencia los efectos del ejercicio de fuerza por una mayor fuerza y resistencia muscular.

FORMULACIÓN AVANZADA: CREATICARE FEM

Desde una perspectiva ginecológica, es deseable una formulación avanzada, efectiva y segura, orientada a optimizar la función muscular, la salud ósea, la energía celular y el equilibrio neuroendocrino en la mujer desde la etapa previa a la menopausia. Creaticare FEM aporta creatina monohidrato Creapure®, acompañada de otros micronutrientes sinérgicos para potenciar los beneficios del ejercicio de fuerza, mejorar la recuperación post-ejercicio y apoyar la salud muscular, ósea y cognitiva de forma segura y efectiva.

Componentes clave:

- Creatina monohidrato Creapure®: Alta biodisponibilidad, pureza y seguridad a largo plazo.
- Beta-alanina: Amortiguador intracelular de la

acidosis asociada al ejercicio, mejora la resistencia y recuperación. Eleva los niveles de carnosina, proporcionando protección frente a reacciones de glicación avanzada (AGEs).

- Colágeno hidrolizado Colpropur D®: Soporte estructural, estimula la producción de colágeno propio en piel, huesos y articulaciones.
- Ácido hialurónico: Hidratación y elasticidad, mejora la firmeza de la piel y el confort articular.
- Magnesio bisglicinato: Regula la contracción-relajación muscular, sinergia con colágeno y hialurónico en salud ósea y articular.
- Vitaminas C, E y B6: Antioxidantes, apoyo en metabolismo de aminoácidos y síntesis de colágeno.

BENEFICIOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON CREATINA EN LA MUJER POSTREPRODUCTIVA

La evidencia científica respalda los siguientes beneficios principales de la suplementación con creatina,

Área	Beneficio principal
Resistencia	Menor fatiga y mejor recuperación energética
Fuerza	Mejora variable en fuerza, especialmente eficaz en perimenopausia
Salud ósea	Preservación de masa muscular y densidad ósea
Salud cognitiva y mental	Mejora de función cognitiva y estado de ánimo
Belleza antiedad	Mejora la elasticidad, hidratación y tono de la piel

especialmente cuando se asocia a ejercicio de fuerza:

PAUTA DE DOSIFICACIÓN

La dosis diaria recomendada de creatina es de 3–5 g, lo que permite saturar adecuadamente las reservas de fosfocreatina muscular en 3–4 semanas. Una vez alcanzada la saturación, el organismo requiere un aporte diario para mantenerla. Interrumpir la suplementación haría que, en pocas semanas, se pierda el efecto protector y optimizador de energía.

La pauta sugerida para Creaticare FEM es:

- Primer mes: 1-2 cucharadas diarias (5-10g)
- Mantenimiento: 1 a 2 cucharadas diarias

Aporte por dosis diaria recomendada:

- Colágeno Hidrolizado Colpropur D: 5 g
- Creatina Monohidrato Creapure: 3 g

- Magnesio Bisglicinato: 1g
- Ácido Hialurónico: dosis variable
- Beta-alanina: 300 mg
- Vitamina E: 60 mg de alfa-TE (50% VRN)
- Vitamina C: 80 mg (100% VRN)
- Vitamina B6: 1,4 mg (100% VRN)

CONCLUSIÓN

La creatina ha dejado de ser un suplemento exclusivo para atletas. Su aplicación en la salud femenina es amplia y respaldada por evidencia científica. Desde la adolescencia hasta la menopausia, la creatina puede mejorar la calidad de vida de las mujeres, actuando sobre múltiples sistemas fisiológicos. Su seguridad, accesibilidad y eficacia la convierten en una opción terapéutica prometedora que merece mayor atención en la práctica clínica.

La formulación avanzada de suplementos como Creaticare FEM, que combina creatina monohidrato con otros micronutrientes sinérgicos, representa una estrategia integral para optimizar la salud muscular, ósea, cognitiva y articular en la mujer postreproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kreider RB, et al. International Society of Sports Nutrition position stand: safety and efficacy of creatine supplementation in exercise, sport, and medicine. JISSN. 2017;14:18. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28615996/>
2. Snow RJ, et al. Creatine Kinase Activity Throughout the Menstrual Cycle. Nutrients. 2020;12(6):1780. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40371844/>
3. Candow DG, et al. Effect of creatine supplementation during resistance training on bone mineral content in older adults. J Nutr Health Aging. 2019;23(3):229-237. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25386713/>
4. Chilibeck PD, et al. Creatine supplementation combined with resistance training in older women: a randomized controlled trial. Med Sci Sports Exerc. 2015;47(9):1876-1884. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5679696/>
5. Le Guinand D, et al. Risk of Adverse Outcomes in Females Taking Oral Creatine Monohydrate: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2020;12(6):1780. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32549301/>
6. Allen PJ. Creatine metabolism and psychiatric disorders: Does creatine supplementation have a place in psychiatric treatment? CNS Drugs. 2007;21(6):437-452. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17430086/>

Inconsistencia diagnóstica entre la determinación del VPH y la citología: ¿realidad o fallo de interpretación?

Alfonso Alba Menéndez

Vicepresidente de Atrys Health

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) constituye el principal factor etiológico en el desarrollo de lesiones intraepiteliales escamosas y cáncer de cuello uterino. Sin embargo, la correlación entre la detección molecular del virus y los hallazgos citológicos no siempre es directa, lo que genera escenarios de aparente inconsistencia diagnóstica que pueden plantear dudas en la práctica clínica.

Es fundamental entender que la presencia molecular del VPH no equivale a infección activa. El establecimiento de la infección requiere que el virus penetre las capas basales del epitelio, proceso que en más del 80% de los casos se ve bloqueado por la integridad epitelial como barrera mecánica. Una vez alcanzada esta zona, la evolución de la infección depende tanto del tipo viral como de la respuesta inmunitaria del huésped.

La inmunidad frente al VPH es heterogénea y se caracteriza por una latencia prolongada en la activación de sus distintos componentes: innato, humoral y celular. La ausencia de una respuesta temprana facilita la persistencia del virus, mientras que la activación tardía condiciona la regresión o progresión de la lesión. Esta dinámica explica por qué pueden observarse discordancias diagnósticas: citologías reactivas con VPH positivo, lesiones de alto grado con pruebas moleculares negativas, o resultados normales en pacientes previamente positivos.

La progresión clásica sigue un continuum desde el epitelio normal hacia CIN1/LSIL, posteriormente a

CIN2-3/HSIL y, en un pequeño porcentaje, a carcinoma invasivo. No obstante, no todos los efectos citopáticos observados en la citología tienen un carácter lesional; muchos corresponden a cambios reactivos o inflamatorios que reflejan la interacción del virus con las células sin llegar a alterar de forma irreversible su estructura.

Los estudios actuales señalan que los mejores predictores de la evolución clínica son la carga viral y el efecto citopático. Ambos parámetros proporcionan información más precisa que la simple detección de ADN viral. Por este motivo, la interpretación diagnóstica debe integrar datos citológicos, histológicos y colposcópicos, en lugar de basarse en un único marcador.

Otro aspecto clave es que el análisis dinámico de la infección exige realizar muestras seriadas y diferidas en el tiempo, lo que permite comprender la evolución de cada paciente. Una única determinación aislada, ya sea de VPH o citología, puede conducir a interpretaciones parciales o incluso erróneas si no se consideran los mecanismos fisiopatológicos implicados.

Conclusión: La inconsistencia entre las pruebas de VPH y citología no debe interpretarse como un fallo diagnóstico, sino como el reflejo de la complejidad biológica de la infección viral y la respuesta inmunitaria del huésped. Comprender esta interacción permite optimizar la toma de decisiones clínicas, evitando sobrediagnósticos y mejorando la estratificación del riesgo en mujeres con resultados discordantes.

INTIBIOTICS[®] vaginal

Lactobacillus plantarum P 17630

NUEVO

**Probiótico
vaginal
Medicamento**

6 días
de tratamiento

PVP IVA **19,78€**



Normaliza la
**microbiota
alterada¹**



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

1. Ficha técnica INTIBIOTICS vaginal 100.000.000 UFC capsulas vaginales blandas.
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89434/FT_89434.html.

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

SEID LAB

Micoterapia y sueño de la mujer: soluciones naturales para una salud integral

Pingarrón C

Hospital Quirónsalud San José – Ginegetafe S.L. – Universidad Europea Madrid

RESUMEN

El sueño es un pilar fundamental para la salud integral, especialmente en la mujer, donde factores hormonales, sociales y vitales incrementan el riesgo de insomnio y alteraciones del descanso. La micoterapia, basada en el uso de hongos medicinales, emerge como una alternativa natural para mejorar la calidad del sueño y el bienestar femenino. Este artículo revisa la evidencia científica sobre la relación entre sueño y salud en la mujer, el impacto de los hongos medicinales (Reishi, Melena de León y Cordyceps) y los resultados de un estudio clínico con el suplemento Hifas Equilibrium, mostrando mejoras significativas en la calidad del sueño y reducción del uso de hipnóticos, sin efectos adversos relevantes.

INTRODUCCIÓN

El sueño es un proceso fisiológico esencial para la homeostasis y el bienestar humano. Dormir al menos siete horas por noche de forma regular se asocia con una salud óptima y menor riesgo de enfermedades crónicas (Watson et al., 2015; American Heart Association, 2024). Sin embargo, la privación o mala calidad del sueño se relaciona con el desarrollo de obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión, depresión, inmunosupresión y mayor mortalidad (Cappuccio et al., 2010; Shan et al., 2015; Yin et al., 2017).

En la mujer, el sueño adquiere una relevancia especial debido a la influencia de factores hormonales, el ciclo reproductivo y el estrés, que aumentan la prevalencia de insomnio y trastornos del sueño (Zhang & Wing, 2006; Mallampalli & Carter, 2014). La búsqueda de soluciones naturales y eficaces para mejorar el descanso femenino es una prioridad en salud pública.

MARCO TEÓRICO: EL SUEÑO COMO DETERMINANTE DE SALUD EN LA MUJER

Impacto del sueño en la salud global

Dormir menos de siete horas por noche se asocia con mayor riesgo de enfermedades metabólicas, cardiovasculares y mentales. La mala calidad del sueño incrementa la incidencia de diabetes tipo 2 (Cappuccio et al., 2010; Shan et al., 2015), empeora la salud cardiovascular y duplica el riesgo de depresión (Baglioni et al., 2011; Bacaro et al., 2023). Además, existe una alta comorbilidad entre insomnio y dolor crónico, donde mejorar la continuidad y eficiencia del sueño reduce la hiperalgesia (Finan et al., 2013).

Los trastornos del sueño también se han vinculado a mayor riesgo de demencia y declive cognitivo, con una relación en U entre duración del sueño y deterioro cognitivo (Ma et al., 2020; Ferini-Strambi et al., 2022). Hasta un 8% de las muertes por cualquier causa podrían atribuirse a patrones de sueño pobres (Windred et al., 2024; American College of Cardiology, 2023).

Particularidades del sueño en la mujer

El riesgo de insomnio crónico es hasta 1,5-2 veces mayor en mujeres que en hombres, debido a cambios hormonales, estrés y ciclo vital (Zhang & Wing, 2006; Mallampalli & Carter, 2014). El ciclo menstrual, embarazo y menopausia afectan la arquitectura y calidad del sueño, aumentando la prevalencia de insomnio y alteraciones del descanso (Kravitz et al., 2003; Facco et al., 2010). Entre el 31-42% de las mujeres sufren insomnio crónico durante la menopausia.

El impacto de estos trastornos repercute en la salud mental, metabolismo y cardiovascular, incrementando la carga de enfermedad y disminuyendo la calidad de vida.

FISIOLOGÍA DEL SUEÑO, ESTRÉS Y MUJER

El estrés activa dos rutas fisiológicas principales: el eje simpático-adrenomedular (SAM), que libera adrenalina y noradrenalina, y el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), que desencadena la liberación de glucocorticoides (Hirotsu et al., 2015). Existe una comunicación bidireccional entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central, donde las citocinas pueden influir en la regulación del sueño.

Los núcleos que regulan la vigilia y el sueño se encuentran en la formación reticular del tronco encefálico y el hipotálamo. El núcleo preóptico ventrolateral (VLPO), de naturaleza GABAérgica, promueve el sueño, mientras que los núcleos monoaminérgicos inhiben el VLPO y favorecen la vigilia.

El estrés y la ansiedad suelen tener un impacto negativo en la calidad del sueño, dificultando la conciliación y el mantenimiento del descanso. La privación de sueño y los trastornos del sueño están asociados con disregulación neuroendocrina y alteraciones del eje HPA, lo que afecta el metabolismo y el estado de ánimo.

MICOTERAPIA AVANZADA: HIFAS EQUILIBRIUM

Composición y mecanismo de acción

Hifas Equilibrium es un suplemento especialmente diseñado para la mujer multitarea del siglo XXI, como regulador holístico que aporta equilibrio en todo el organismo. Su fórmula combina tres hongos medicinales de reconocida eficacia:

- Reishi (*Ganoderma lucidum*): Extracto con efecto antiestrés, relajante sobre el sistema nervioso central y antiinsomnio. Beneficia el sistema antioxidante-antiinflamatorio y regula el equilibrio hormonal, especialmente útil en la menopausia (Li et al., 2021; Feng & Wang, 2019; Qiu et al., 2021).
- Melena de León (*Hericium erinaceus*): Polvo micronizado con efecto prebiótico que modula el eje intestino-cerebro, mejora síntomas de depresión, ansiedad y calidad del sueño en mujeres menopáusicas (Nagano et al., 2010; Chong et al., 2021).
- Cordyceps (*Cordyceps sinensis*): Extracto biofermentado que potencia la energía, reduce el estrés oxidativo y mejora la vitalidad y salud sexual (Nagata et al., 2006; Yang et al., 2014; Wan et al., 1988).

La sinergia adaptógena de estos hongos modula la respuesta al estrés, promueve el equilibrio neuroendocrino

e inmunológico y actúa sobre el eje intestino-cerebro (Chaturvedi et al., 2018).

ESTUDIO CLÍNICO: EFECTOS DE HIFAS EQUILIBRIUM EN LA CALIDAD DEL SUEÑO

Metodología

El objetivo principal del estudio fue evaluar la eficacia de Hifas Equilibrium como tratamiento complementario sobre la calidad del sueño y los niveles de ansiedad en mujeres adultas con patologías ginecológicas. Se incluyeron 30 mujeres (edad media: 54 años; rango: 27-69 años), que recibieron 2 cápsulas al día de Hifas Equilibrium durante tres meses.

Las variables se midieron mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), en dos visitas: basal y a los tres meses. El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad, t de Student para muestras apareadas y pruebas de rangos con signo de Wilcoxon.

Resultados

- Calidad global del sueño: Mejoró significativamente tras 3 meses de tratamiento, con una mejora de 3,39 puntos en el PSQI ($p = 0,0003$), efecto moderado-alto y clínicamente relevante.
- Calidad subjetiva del sueño: Disminución media de 0,62 puntos en el PSQI ($p = 0,0003$; Cohen's $d = 0,76$), indicando mejora relevante en la percepción global del descanso.
- Latencia del sueño: Reducción media de 0,52 puntos ($p = 0,0014$; Cohen's $d = 0,66$), disminuyendo el tiempo necesario para conciliar el sueño.
- Duración del sueño: Aumento significativo, con una diferencia media de 0,55 puntos ($p = 0,0029$; Cohen's $d = 0,61$).
- Eficiencia del sueño: Mejora significativa, con una disminución media de 0,68 puntos ($p = 0,0091$; Cohen's $d = 0,53$).
- Perturbaciones del sueño: Reducción media de 0,28 puntos ($p = 0,0298$; Cohen's $d = 0,43$), mejorando la continuidad nocturna.
- Uso de medicación hipnótica: Disminuyó significativamente ($p = 0,030$; $r = 0,40$), con diez participantes reduciendo el uso de hipnóticos.
- Disfunción diurna: Mejoría no significativa, con una reducción media de 0,25 puntos ($p = 0,1288$; Cohen's $d = 0,30$).

No se reportaron efectos adversos relevantes asociados al uso del suplemento.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio clínico muestran que Hifas Equilibrium es una alternativa natural eficaz para mejorar la calidad del sueño en mujeres adultas, especialmente aquellas con patologías ginecológicas y riesgo aumentado de insomnio. La combinación de hongos medicinales actúa sobre múltiples vías fisiológicas, modulando el estrés, el equilibrio hormonal y el eje intestino-cerebro.

La mejora en la calidad y eficiencia del sueño, la reducción del tiempo de conciliación y del uso de hipnóticos, junto con la ausencia de efectos adversos relevantes, posicionan a la micoterapia como una opción prometedora en el abordaje integral del sueño femenino.

Sin embargo, es necesario realizar estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento a largo plazo para confirmar estos hallazgos y explorar el impacto en otros parámetros de salud.

CONCLUSIONES

El sueño es un pilar esencial de la salud integral, con impacto en la salud mental, metabólica, cardiovascular y en la calidad de vida de la mujer. Las mujeres presentan mayor riesgo de insomnio debido a factores hormonales, vitales y sociales, lo que aumenta la carga de enfermedad.

Hifas Equilibrium, combinación de Reishi, Melena de León y Cordyceps, actúa como modulador natural del estrés, el equilibrio neuroendocrino e inmunológico y el eje intestino-cerebro. El estudio clínico mostró mejoras significativas tras 3 meses: mayor calidad y eficiencia del sueño, reducción del tiempo de conciliación, aumento de la duración del descanso, menos perturbaciones nocturnas y menor uso de hipnóticos.

Sin efectos adversos relevantes, representa una alternativa natural eficaz para el cuidado del sueño en la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watson NF, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult. *Sleep*. 2015;38(6):843–844.
2. American Heart Association. Life's Essential 8 – Get Healthy Sleep. Página oficial.
3. CDC. Sleep | Chronic Disease Indicators; y portal de sueño. 2024.
4. Cappuccio FP, et al. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010.
5. Shan Z, et al. Sleep duration and risk of type 2 diabetes: dose–response meta-analysis. *Diabetes Care*. 2015.
6. Yin J, et al. Sleep duration and all-cause mortality & CV events. *J Am Heart Assoc*. 2017.
7. Baglioni C, et al. Insomnia as a predictor of depression: meta-analysis. *J Affect Disord*. 2011.
8. Bacaro V, et al. Bidirectional relation between sleep and internalizing symptoms. *Psychol Med*. 2023.
9. Finan PH, et al. The association of sleep and pain. *J Pain*. 2013.
10. Ma Y, et al. Sleep duration and cognitive decline. *JAMA Netw Open*. 2020.
11. Ferini-Strambi L, et al. Sleep disturbances and dementia (meta). *Eur J Neurol*. 2022.
12. Windred DP, et al. Sleep regularity > duration for mortality prediction. *Sleep*. 2024.
13. American College of Cardiology. Getting good sleep could add years to your life. *ScienceDaily*. 2023.
14. Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: A meta-analysis. *Sleep*. 2006;29(1):85-93.
15. Mallampalli MP, Carter CL. Exploring sex and gender differences in sleep health: A Society for Women's Health Research Report. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(7):553-562.
16. Kravitz HM, et al. Sleep difficulty in menopausal transition: A SWAN study. *Sleep*. 2003;26(8):913-918.
17. Facco FL, et al. Sleep disturbances in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010;115(1):77-83.
18. Hirotsu C, Tufik S, Andersen ML. Interactions between sleep, stress, and metabolism: From physiological to pathological conditions. *Sleep Sci*. 2015 Nov;8(3):143-152.
19. Chaturvedi VK, Agarwal S, Gupta KK, Ramteke PW, Singh MP. Medicinal Mushroom: Boon for Therapeutic Applications Biotech. 2018;8:1-21.
20. Li H, Xiao Y, Han L, Jia Y, Luo S, Zhang D, Zhang L, Wu P, Xiao C, Kan W, Du J, Bao H. Ganoderma lucidum polysaccharides ameliorated depression-like behaviors in the chronic social defeat stress depression model via modulation of Dectin-1 and the innate immune system. *Brain Res Bull*. 2021 Jun;171:16-24.
21. Koh JH, et al. Antifatigue and antistress effect of the hot-water fraction from mycelia of Cordyceps sinensis. *Biol Pharm Bull*. 2003;26(5):691-694.
22. Qiu Y, Mao ZJ, Ruan YP, Zhang X. Exploration of the anti-insomnia mechanism of Ganoderma by central-peripheral multi-level interaction network analysis. *BMC Microbiol*. 2021 Oct 29;21(1):296.
23. Feng C, Wang Z. Pharmacological effects of Ganoderma lucidum on the central nervous system: A review. *Biomed Pharmacother*. 2019;112:108619.

24. Constantini D, Marasco V, Møller AP. A meta-analysis of glucocorticoids as modulators of oxidative stress in vertebrates. *J Comp Physiol B*. 2011;181:447-456.
25. Wang J, Wang Z, Ju Y, Zhang Y, Zhang X, Yang C, et al. Anti-aging effects of medicinal fungi. *Phytother Res*. 2017;31(6):867-877.
26. Shimizu K, Kondo R, Sakai K, Shimizu T. Estrogenic activities of six medicinal and edible plants and their regulation of gene expression in MCF-7 cells. *Biofactors*. 2008;33(1):35-43.
27. Nagano M, Shimizu K, Kondo R, Hayashi C, Sato D, Kitagawa Y, et al. Reduction of depression and anxiety by 4 weeks *Herichium erinaceus* intake. *Biomed Res*. 2010;31(4):231-237.
28. Chong PS, Fung ML, Wong KH, Lim LW. Therapeutic potential of *Herichium erinaceus* for depression and cognitive aging. *Int J Mol Sci*. 2021;22(1):163.
29. Nagata A, Tajima S, Uchida M, Inoue T, Nishida Y, Hirose K. Clinical study on the effect of *Cordyceps sinensis* on physical performance and fatigue. *Jpn J Med Mycol*. 2006;47(1):49-56.
30. Yang F, et al. Effects of *Cordyceps* on oxidative stress and exercise performance: A review. *Phytother Res*. 2014;28(4):481-489.
31. Wan JB, Guo CJ, Deng HB. Clinical trial on *Cordyceps sinensis* and sexual function in men and women. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 1988;4(2):87-90.

¿Cuál es la mejor alternativa de terapia hormonal para combinar con Linzagolix?

Palacios Gil-Antuñano, S

Director. Clínica Palacios, Madrid-Málaga, España

Linzagolix es un antagonista oral del receptor de GnRH que actúa reduciendo de forma dosis-dependiente los niveles de gonadotropinas y, por ende, la producción ovárica de estrógenos y progesterona. Su indicación principal se centra en el tratamiento de síntomas moderados a severos asociados a miomas uterinos y endometriosis. Si bien su eficacia sintomática es indiscutible, la inducción de un estado hipoestrogénico mantenido plantea importantes riesgos clínicos a largo plazo, incluyendo pérdida de densidad mineral ósea, síntomas vasomotores intensos, alteraciones del sueño, disfunción sexual y deterioro de la calidad de vida. En este contexto, se hace imprescindible el uso concomitante de una terapia hormonal sustitutiva (“add-back therapy”) que mitigue dichos efectos sin comprometer la eficacia del tratamiento principal.

La combinación de estradiol 1 mg con progesterona micronizada 100 mg en formulación oral (como Bijuva®) representa, en la actualidad, una de las alternativas más fisiológicas y seguras para este propósito. Esta terapia, basada en hormonas bioidénticas, ha demostrado en ensayos clínicos un adecuado perfil de seguridad endometrial, eficacia en el control de síntomas

climáticos, y un impacto favorable sobre marcadores de salud ósea, cardiovascular y neurocognitiva. A diferencia de otras combinaciones con progestágenos sintéticos, la progesterona micronizada presenta menor interferencia metabólica y un mejor perfil de tolerabilidad.

La selección de la terapia add-back debe individualizarse, considerando factores como la edad, comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular o tromboembólico, historia ginecológica, y duración estimada del tratamiento con Linzagolix. En mujeres jóvenes, la elección de una combinación de hormonas naturales puede favorecer una mayor adherencia al tratamiento y reducir la aparición de efectos adversos, además de preservar aspectos claves del bienestar físico y emocional.

En **conclusión**, la combinación de Linzagolix con estradiol y progesterona micronizada se perfila como la estrategia más equilibrada para mantener la eficacia terapéutica frente a patologías ginecológicas hormonodependientes, protegiendo al mismo tiempo la salud integral de las pacientes a medio y largo plazo.



SI ES VPH POSITIVA, TIENE ALTERNATIVA

Si tu paciente ha dado positivo en VPH, tienes en tu mano consejos que la ayudarán a **reforzar su sistema inmunitario** y a **sentirse más tranquila**.

Más información en: **vphalternativapositiva.es**



El papel de la microbiota vaginal y los probióticos en la salud ginecológica

Gosálvez Vega, A; Martín Fernández, N; Brandt M.J; M; Pastor Vargas, P; Fuentes Carrasco, M

Unidad de Reproducción Asistida
Hospital Universitario Quironsalud Madrid

INTRODUCCIÓN

La microbiota vaginal representa la principal barrera de defensa frente a los agentes patógenos, desempeñando un papel esencial en el mantenimiento de un entorno vaginal saludable. Su efecto protector se basa en la fermentación de azúcares y la producción de ácido láctico, lo que genera la acidez necesaria para mantener un pH vaginal normal, que oscila entre 3,8 y 5,2. Esta función fue descrita por primera vez por Albert Döderlein en 1892, quien identificó la presencia de bacilos gran-positivos, largos, gruesos e inmóviles en la flora vaginal.

La simbiosis vaginal es exclusiva de la especie humana femenina, ya que no se encuentra en primates debido a que su pH vaginal es mucho menos ácido. Esta simbiosis se renueva de forma mensual con cada ciclo de menstruación.

En la mujer, únicamente existen cuatro especies de lactobacilos indígenas: *Lactobacillus iners*, *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus gasseri* y *Lactobacillus jensenii*. Además, se han identificado cinco vaginotipos según la especie dominante de Lactobacilo, o bien sin una dominancia clara de ninguna de ellas.

¿Por qué *Lactobacillus plantarum* es el mejor Lactobacilo para un producto probiótico?

1. *Lactobacillus plantarum* ofrece potencia

Los cuatro lactobacilos indígenas mencionados no toleran adecuadamente la liofilización, lo que limita su uso en productos probióticos. Por este motivo, se emplean cepas de Lactobacilos capaces de resistir este proceso, denominadas “Lactobacilos para implantación temporal”. Estas cepas proporcionan una potente acidificación del entorno vaginal, favorecen la recuperación de la microbiota y promueven el predominio de lactobacilos beneficiosos.

Entre las cepas disponibles, *Lactobacillus salivarius* y *Lactobacillus reuteri* presentan una potencia limitada, *Lactobacillus rhamnosus* ofrece una potencia intermedia y *Lactobacillus plantarum* destaca por su elevada potencia.

2. *Lactobacillus plantarum* ofrece seguridad

La cepa *Lactobacillus plantarum* P17630 es considerada segura y presenta una alta capacidad de adherencia a las células epiteliales vaginales, lo que le otorga una notable capacidad para colonizar el entorno vaginal, superando claramente a los bacilos de Döderlein nativos, *L. gasseri* entre ellos.

Esta cepa está genéticamente caracterizada y depositada en una colección internacional, no ha sido modificada genéticamente (No OGM), cuenta con estatus QPS (Qualified Presumption of Safety) otorgado por la EFSA, carece de genes de resistencia adquiridos y posee un amplio historial de uso seguro en humanos.

3. *Lactobacillus plantarum* ofrece actividad antifúngica y antibacteriana

La cepa P17630 de *Lactobacillus plantarum* muestra una alta capacidad de adherencia a las células epiteliales vaginales, lo que le permite desplazar a *Candida albicans* y reducir su adhesión. Además, presenta una potente actividad inhibitoria frente a bacterias patógenas como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*.

4. *Lactobacillus plantarum* ofrece eficacia clínica en candidiasis

Los ensayos clínicos han demostrado que *L. plantarum* P17630 presenta una eficacia comparable al miconazol en el tratamiento de la candidiasis vaginal. Además, cuando se utiliza como coadyuvante, puede reducir las

recurrencias hasta en un 70% a los cuatro meses de seguimiento.

5. *Lactobacillus plantarum* ofrece eficacia clínica en vaginosis bacteriana (VB) y vaginitis aeróbica (VA)

El uso de esta cepa también ha mostrado mejorar la resolución clínica de la vaginosis bacteriana y la vaginitis aeróbica, siendo eficaz en la reducción de los síntomas de patologías infecciosas inflamatorias.

Utilidad de los probióticos vaginales

El uso de probióticos vaginales conlleva diversos beneficios, tales como:

- Tratamiento eficaz de la candidiasis vaginal, con resultados equiparables al miconazol.
- Reducción significativa de las recurrencias de candidiasis vulvovaginal (hasta un 70% a los cuatro meses).
- Mejora en la resolución clínica de la vaginosis bacteriana y la vaginitis aeróbica.
- Disminución del pH vaginal a niveles fisiológicos y reducción de los síntomas inflamatorios.

Regulación de los probióticos

- Los complementos alimenticios de administración oral que contienen microorganismos vivos no pueden reivindicar actividad terapéutica ni comercializarse como productos sanitarios. Su eficacia en el aparato genital se considera muy baja.
- Desde 2021, los productos que contienen microorganismos vivos no pueden ser comercializados como productos sanitarios.
- Los productos bioterapéuticos vivos (LBP, Live Biotherapeutic Products) deben cumplir los

mismos requisitos que cualquier medicamento, demostrando seguridad y eficacia en las indicaciones recogidas en la ficha técnica.

Probióticos vaginales disponibles en España

- Intibiotics vaginal (R):
 - Contiene 108 colonias de *L. plantarum*.
 - Envase con 6 cápsulas vaginales. Precio: 19,78€.
- Muvagyn (R):
 - Contiene 108 colonias de *L. gasseri* y *L. rhamnosus*.
 - Envase con 10 cápsulas vaginales. Precio: 29,66€.

Recomendaciones de uso

El uso vaginal de probióticos se recomienda en las siguientes situaciones:

1. Como antifúngico o antibacteriano:
 - a. Administrar durante 6 noches seguidas, repitiendo el tratamiento 3 meses después de cada menstruación.
2. Como coadyuvante tras tratamiento antimicrobiano:
 - a. Iniciar la administración 48 horas después de finalizar el tratamiento antimicrobiano.
3. Para prevención de recurrencias:
 - a. Administrar 6 noches seguidas tras la menstruación.
 - b. O bien, 1-2 veces por semana durante varias semanas.
4. Para prevención primaria:
 - a. En mujeres menstruantes:
 - i. Administrar 2 días tras cada menstruación.
 - ii. O bien 6 días tras la menstruación, repitiendo cada 3 meses.
 - b. En mujeres postmenopáusicas, como complemento al uso de estrógenos.

Himafem[®]

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

Fezolinetant: viaje desde su desarrollo clínico a la experiencia en vida real

Lilue Bajares, M

Ginecóloga. Directora Médica Clínica Palacios, Madrid

Aunque en la actualidad la literatura describe más de 200 síntomas relacionados con la menopausia y el 80% de las mujeres van a experimentar algunos de estos, los síntomas vasomotores (SVM) siguen siendo uno de los primeros motivos de consulta de nuestras mujeres. Es el síntoma más frecuente en la transición a la menopausia (66%) y lo experimentan más del 47% de las mujeres en la postmenopausia (1). Se clasifican en leves, moderados o graves según su frecuencia e intensidad, y hasta en el 15% de las mujeres pueden interferir en sus actividades diarias, despertarlas del sueño y por ende afectar su calidad de vida (2). Tienen una mediana de duración de 7,4 años (3)

Existen tratamientos no hormonales y hormonales para disminuir estos síntomas, entre ellos encontramos la terapia hormonal de la menopausia (THM) considerada la primera línea en caso de síntomas vasomotores moderados a severos que además no responden a opciones naturales como la fitoterapia (4). Sin embargo, hay mujeres que no pueden utilizarla, en los que esta contraindicada la THM o que los riesgos de su uso superan los beneficios, o simplemente que por diversas razones no quieren o la han dejado de utilizar pero siguen teniendo los síntomas que requieren de nuestra atención y como médicos es nuestro deber ofrecerles todas las opciones de terapéuticas.

El fezolinetant es un antagonista de los receptores de Neurokinina 3 (NK3), tratamiento no hormonal, primero en su clase en ser aprobado y comercializado para el tratamiento de los síntomas vasomotores moderados a severos en mujeres en postmenopausia (5). Tiene evidencia científica a través de todo el programa Bright Sky, con estudios de eficacia como Skylight 1 y 2 y estudio de seguridad Skylight 4. (6,7)

En los Estudios Skylight 1 y 2, estudios gemelos, aleatorizados, comparados con placebo, se definió como

cambio clínicamente significativo en la frecuencia de los SVM como una reducción de ≥ 2 episodios en 24 horas en comparación con placebo, demostrándose una reducción del 53% de los SVM a la semana 4 (5,8 sofocos menos) y una reducción del 63% a la semana 12 (7 sofocos menos) respecto al valor basal.(6,7)

Además, en base a un análisis post hoc a partir de los datos agrupados de los estudios Skylight 1 y 2 tenemos que Fezolinetant 45mg redujo en un 65% la frecuencia de SVM por el día (6:00 a 23:59) desde basal y la reducción fue de un 53% por la noche (0:00-5:59) (8)

Otro síntoma muy frecuente en la menopausia son los trastornos del sueño, que, aunque su etiología es multifactorial, en esa etapa de la vida pueden estar relacionados de manera estrecha con los sofocos. Estos trastornos del sueño están además relacionados con peor calidad de vida, afecta la productividad laboral y repercuten negativamente sobre la salud física y mental (9)

En los estudios de fezolinetant también se evaluó la mejoría de las dificultades del sueño a través de cuestionarios. Los resultados arrojaron que, con respecto al sueño, en comparación con placebo, un mayor porcentaje de mujeres tratadas con Fezolinetant 45mg estaban mucho mejor o moderadamente mejor en la semana 4 (44,7% vs 22.9%) y 12 (51% vs 33.6%) del tratamiento (10)

En cuanto a seguridad, Los Acontecimientos adversos aparecidos durante el tratamiento (AAATs) más frecuentes ($\geq 5\%$) fueron dolor de cabeza y COVID-19, con una incidencia similar en los grupos de tratamiento. La mayoría de los eventos fueron leves o moderados en gravedad y fueron típicamente similares entre los grupos (11)

Con estos datos de los estudios, las guías clínicas posicionan al fezolinetant en la primera línea de tratamiento para los SVM moderados a severos en las mujeres que están en la menopausia y que no quieren o tienen alguna contraindicación para el uso de THM (4).

En esta conferencia se exponen casos clínicos ficticios pero basados en la experiencia clínica para dar algunos ejemplos de aplicación del fezolinetant en la práctica clínica y así orientarnos al profesional a elegir en nuestro día a día a la paciente que podemos tratar con este medicamento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baquedano L, et al. Population-based survey on menopausal symptoms and treatment use. *Climacteric* 2023; Feb;26(1):47-54
2. Food and Drugs Administration. Guidance for industry. Estrogen and estrogen/progestin drug products to treat vasomotor symptoms and vulvar and vaginal atrophy symptoms – recommendations for clinical evaluation. 2003. Available from: <https://www.fda.gov/media/75802/download>. Accessed January 2022.
3. Samar R. et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* Vol. 26, No. 10, pp. 1213-1227 DOI: 10.1097/GME.0000000000001424
4. Fasero M, et al. Management of menopausal hot flushes. Recommendations from the Spanish Menopause Society. *EUROX* 25 (2025) 100366
5. Depypere H, Lademacher C, Siddiqui E, Fraser GL. Fezolinetant in the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause. *Expert Opin Investig Drugs* 2021;30(7):681–694.
6. 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
7. 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.
8. Neal Perry G, et al. Effect of fezolinetant on moderate-to-severe vasomotor symptoms according to time of day: pooled data from two randomized phase 3 studies. *Menopause* 2023;30(12):1287, P-63
9. Bolge SC, Balkrishnan R, Kannan H, Seal B, Drake CL. Burden associated with chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings among women with menopausal symptoms. *Menopause*. 2010;17:80-6.
10. Shapiro M, et al. Effect of fezolinetant on sleep disturbance and impairment during treatment of vasomotor symptoms due to menopause. *Maturitas* 2024
11. Neal-Perry G, Cano A, Lederman S, et al. Safety of Fezolinetant for Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2023 Apr 1;141(4):737-747

EL PODER DE CONECTAR



2026
SAMEM

[INSCRÍBETE](#)
[CÓMO LLEGAR](#)

FEBRERO
11&12
2026

COLEGIO OFICIAL DE
ARQUITECTOS DE MADRID

SAMEM.ES

 @CPACADEMICHUB

 SAMEM@CLINICAPALACIOS.COM

ITS.¿la nueva pandemia?. Importancia del cribado con PCR

Marcos Fernandez, M. ; Calvo Gonzalez, P

HM universitario Montepíncipe

INTRODUCCIÓN

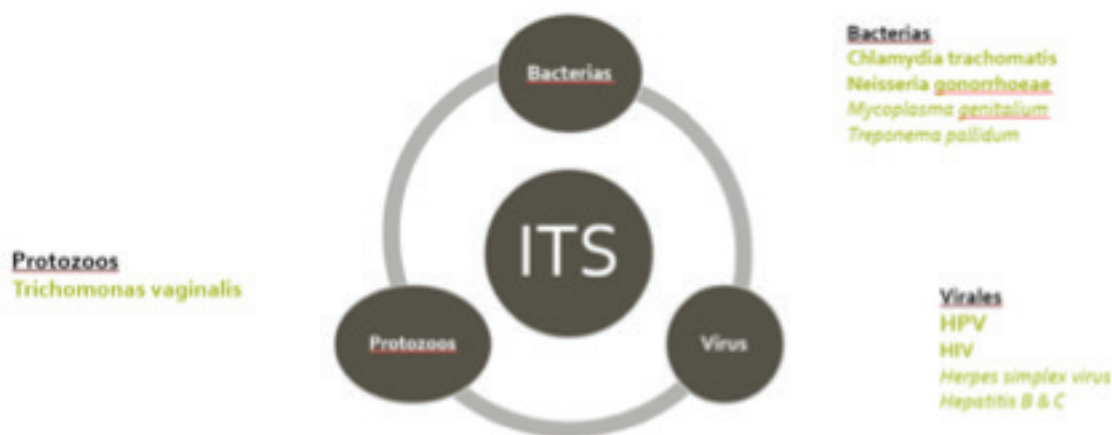
En primer lugar debemos definir la diferencia entre ITS, cuando se produce una infección de transmisión sexual; y ETS, cuando esta infección produce síntomas y signos que definen una enfermedad de transmisión sexual. Debemos testar las infecciones de transmisión sexual porque son causadas por más de 30 diferentes especies de bacterias (Clamidia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma, Treponema), virus (HPV, HIV; Herpes simple 1 y 2, Hepatitis B y C) y protozoos (tricomonas vaginalis).

Porque muchas pueden ser también transmitidas de madre a hijo durante embarazo y parto. Porque la mayoría son asintomáticas. Porque pueden ser fácilmente diagnosticadas y porque las ITS pueden acarrear

consecuencias aparte del impacto de la propia infección.

Los casos de ITS se disparan en España, registrándose más de cincuenta mil (50.052) nuevos casos registrados en mujeres españolas¹. Presentando un continuo incremento de las tasas, especialmente en infección gonocócica y por clamidia trachomatis; y con importantes diferencias por sexo y edad, destacando en mujeres jóvenes y hombres mayores de 55 años.

España es un país de píldora y preservativo, pero reconocemos un tercer método como la marcha atrás que lo usan el 26% de las encuestadas y lo usan de forma habitual el 10% de ellas. En la encuesta llevada a cabo por bebloomers se observa un descenso del uso del preservativo y solo para la penetración vaginal, no utilizándose para la penetración anal ni el sexo oral².



¹ Boletines epidemiológicos y red de vigilancia epidemiológica del instituto de salud Carlos III

² <https://bebloomers.com/observatorio-its-mujeres-espana/>

Las ITS están vinculadas a consecuencias graves y adversas para la salud, ya que hasta el 30% de las infecciones por clamidia no tratadas o no curadas progresan a una Enfermedad pélvica Inflamatoria³.

El cribado proactivo para ITS es esencial ya que nos va a permitir un tratamiento inmediato incluso en fases asintomáticas y previene complicaciones a largo plazo, así como reducir la transmisión entre poblaciones⁴.

Los sistemas de vigilancia autonómicos recogen información de tan solo 7 infecciones de transmisión sexual consideradas de declaración obligatoria (EDO): clamidia, gonococia, sífilis, hepatitis B y C, linfogranuloma venéreo y HIV⁵.

Se debe ofrecer y/o realizar un cribado de ITS cuando se cumpla cualquiera de las siguientes condiciones:

1. Persona que solicita voluntariamente un cribado de ITS.
2. Persona sexualmente activa con relación cerrada, al inicio de cada nueva relación, tras cambio de pareja sexual
3. Persona sexualmente activa con múltiples parejas (en relaciones abiertas o cerradas) tras el último cribado.
4. Personas embarazadas según guías de referencia (ver apartado de poblaciones especiales).
5. Persona que durante la anamnesis se sospeche de un riesgo elevado de adquirir una ITS

Podemos definir poblaciones de riesgo entre las siguientes:

- Múltiples parejas sexuales o pareja sexual con múltiples parejas concurrentes
- Prácticas sexuales con una persona diagnosticada o recién tratada de una ITS
- Nueva pareja sexual en los últimos 12 meses

- Antecedentes de ITS
- Prácticas sexuales con personas trabajadoras del sexo
- Consumo de alcohol u otras sustancias asociadas a prácticas sexuales (ej: chemsex)
- Uso inconsistente del preservativo con parejas sexuales
- Uso de redes sociales y apps para la búsqueda de encuentros sexuales.
- Sexo en grupo, swinging, orgías, sesiones, chills, etc...

Por otro lado, reconocemos poblaciones de especial vulnerabilidad aquellas entre adolescentes y jóvenes (El grupo de edad de los menores de 25 años está incluido en las guías de ITS principales como grupo de especial interés epidemiológico); Hombres bisexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres (GBHSH); Víctimas de violencia sexual; Personas transgénero y Personas privadas de libertad.

El cribado debe realizarse al inicio de la relación en parejas estables y posteriormente cribado anual en personas sexualmente activas. Las personas de riesgo deben ser cribadas cada tres meses.

El consenso actual para la generalización de cribado en población asintomática debe incluir análisis serológicos para el despistaje de VIH, lúes y hepatitis virales, la realización de técnicas basadas en amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) para el diagnóstico de gonococia y clamidia y cultivo de exudado cervical y uretral.

Las pruebas NAAT son más sensibles que el cultivo, en particular para las zonas orofaríngeas y rectales. Las NAAT muestran una alta sensibilidad (>95 %) tanto en la infección sintomática como en la asintomática^{6,7}.

3 Swain GR, et al. Decision analysis: point-of-care Chlamydia testing vs. laboratory-based methods. Clin Med Res. 2004;2(1):29-35. doi:10.3121/cmr.2.1.29. Soper DE.

4 Pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol. 2010;116(2):419-28. doi:10.1097/AOG.0b013e3181e92c54.

5 Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España. Ministerio de Sanidad.

6 Fifer H, Saunders J, Soni S, et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with Neisseria gonorrhoeae (2019).

7 Renault et al., Renault CA, Israelski DM, Klausner JD, et al. Time to Clearance of Chlamydia trachomatis ribosomal RNA in women treated for chlamydial infection. Sexual Health; 2011;8:69-73. 3. ; Morre et al., 1998; Roosendaal et al., 1993; 4. Vogels et al., 1993



Máster en Sexología Médica

Titulación propia de la Universidad Europea del Atlántico

/// Semipresencial ///

Dirigido únicamente a médicos/as

MATRÍCULA ABIERTA

10ª Promoción

Octubre 2025 /// Febrero 2027



INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES
CIPSA

cipsa@cipsaonline.com
Tlf - 942 21 30 12

ORGANIZAN



AUSPICIAN



Manejo de la obesidad en la consulta de ginecología: actualidad y perspectivas con semaglutida

Rodrigo Orozco

La obesidad constituye la enfermedad crónica más prevalente en las mujeres tras la menopausia y representa un reto clínico de gran magnitud. Más de 4,4 millones de mujeres en España presentan sobrepeso u obesidad en esta etapa vital, lo que incrementa de forma sustancial la incidencia de diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, apnea del sueño, cánceres ginecológicos e incontinencia urinaria.

Durante las Jornadas en Salud Postreproductiva de la Mujer se abordó el papel del ginecólogo en la identificación y manejo de la obesidad, destacando que ya no debe ser entendida como un problema de voluntad individual, sino como una enfermedad crónica, multifactorial, recidivante y progresiva. Este cambio de paradigma implica la necesidad de un abordaje médico activo y desestigmatizante.

Obesidad y salud de la mujer

La evidencia demuestra que la obesidad afecta a la mujer a lo largo de todo el ciclo vital, con especial impacto en la etapa posmenopáusica. La transición menopáusica conlleva cambios en la composición corporal —aumento de grasa visceral, redistribución androide, pérdida de masa muscular— que potencian la resistencia a la insulina y el riesgo cardiometabólico. La mortalidad cardiovascular, principal causa de muerte en esta etapa, está estrechamente vinculada al exceso de peso, siendo responsable de dos de cada tres muertes relacionadas con sobrepeso y obesidad.

Además, la obesidad repercute en la calidad de vida, acentuando síntomas vasomotores, la incontinencia urinaria, el deterioro de la función sexual y la autoestima. Estas repercusiones justifican que el ginecólogo asuma un rol protagonista en la detección y el tratamiento de la obesidad, tanto desde la consulta general como en unidades específicas de menopausia y salud postreproductiva.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO MÉDICO

En los últimos años, la irrupción de nuevas terapias farmacológicas ha cambiado de forma radical las perspectivas de manejo. Los agonistas del receptor de GLP-1, y en especial semaglutida 2,4 mg (Wegovy®), han demostrado una eficacia muy superior a la de las estrategias previas basadas únicamente en cambios de estilo de vida.

En el ensayo STEP 1, uno de los más clásicos ya, semaglutida alcanzó reducciones medias de peso cercanas al 15% a las 68 semanas, frente al 2% del placebo. Más recientemente, el estudio SELECT evidenció que semaglutida 2,4 mg reduce de forma significativa los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida e IMC ≥ 27 , incluso en ausencia de diabetes. Estos datos consolidan su uso como primera opción farmacológica en el manejo de la obesidad en mujeres postmenopáusicas con comorbilidades.

EL PAPEL DEL GINECÓLOGO

La ginecología debe integrar la atención a la obesidad dentro del cuidado global de la mujer. El ginecólogo se sitúa en una posición privilegiada para:

- Detectar precozmente el exceso de peso y sus complicaciones.
- Realizar un abordaje integral que contemple aspectos clínicos, emocionales y sociales.
- Iniciar y mantener tratamientos farmacológicos seguros y eficaces, como la semaglutida.
- Coordinar la atención multidisciplinar junto con endocrinología, nutrición y atención primaria.

CONCLUSIONES

La obesidad en la mujer postmenopáusica es una enfermedad crónica y multifactorial con profundo impacto sobre la salud metabólica, cardiovascular,

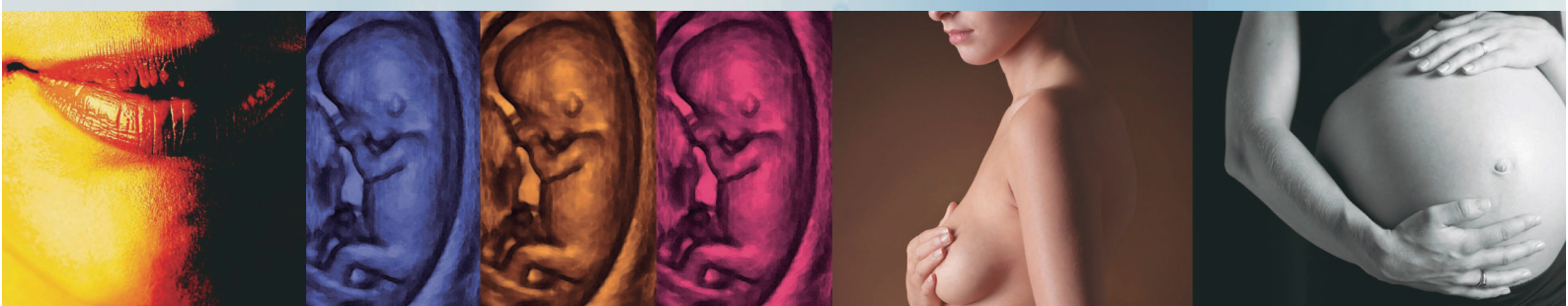
ginecológica y la calidad de vida. Su abordaje no puede limitarse a recomendaciones conductuales, sino que requiere de un tratamiento médico activo.

La semaglutida 2,4 mg ha supuesto un punto de inflexión, al combinar eficacia clínica en la reducción

de peso con beneficios cardiovasculares demostrados. En este contexto, el ginecólogo debe asumir un rol proactivo, liderando el manejo de la obesidad en la consulta y contribuyendo a mejorar la salud integral de las mujeres tras la etapa reproductiva.

XXIII Jornadas Nacionales HM Gabinete Velázquez

Actualizaciones en Ginecología y Obstetricia



26 y 27 de febrero
de 2026

📍 Novotel Madrid Center

Más información
Secretaría Técnica
Meet & Forum

91 517 87 88
estela.arevalo@meetandforum.com

jornadashmgabinetevelazquez.com

HM
hm hospitales
Somos tu Salud

Miomas: ¿los tratamos o los operamos? ¿Qué ventajas aporta Linzagolix?

Recio Conde, A

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Los miomas son los tumores benignos más comunes del aparato reproductor femenino. El 70-80% mujeres desarrollarán miomas a lo largo de su vida. Se estima que entre el 25 y el 40% de los miomas generan síntomas como sangrado menstrual abundante, dolor pélvico y problemas reproductivos, se asocian a un 10% de esterilidad y aumento de la tasa de abortos espontáneos que acaban repercutiendo en la calidad de vida y afectando a la esfera laboral, personal de las mujeres, así como a los recursos sanitarios.

Entre los factores de riesgo comúnmente asociados a los miomas, se encuentran la edad, la raza negra, factores genéticos, menarquia precoz, uso temprano de anticonceptivos, obesidad e hipertensión, déficit de

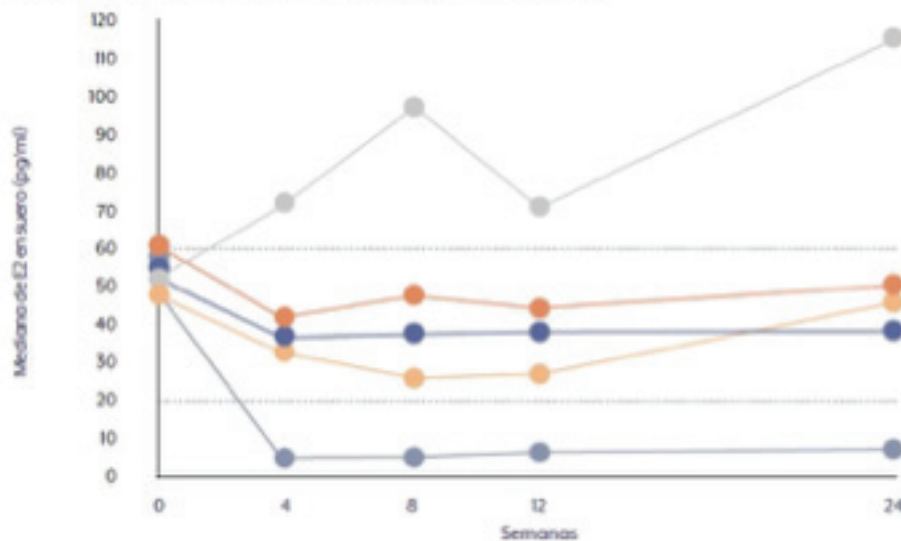
vitamina D y factores asociados con la dieta y estilo de vida.

El objetivo del tratamiento de los miomas es optimizar la calidad de vida de las pacientes en función de sus preferencias y deseo genésico.

El arsenal terapéutico incluye diferentes opciones de tratamiento médico, quirúrgico y técnicas mínimamente invasivas como la embolización de las arterias uterinas (EAU), HIFU y la ablación con radiofrecuencia. La mayoría de los casos se solucionará con tratamiento sintomático sin necesidad de cirugía; aunque esta constituye un pilar básico en el tratamiento de los úteros miomatosos. En el tratamiento médico tenemos dos grandes grupos de fármacos, los dirigidos a tratar

PRIMROSE 2 (Europa)*

Concentración de E2 en suero a lo largo de 24 semanas.



Supresión dependiente de la dosis del estradiol (E2) en suero

1. Donnez J et al. Lancet 2022; 400: 896-907.

los síntomas y los dirigidos al mioma. En este sentido en España disponemos de dos nuevos medicamentos antagonistas de la GnRH para el tratamiento a largo plazo de los miomas uterinos: relugolix y linzagolix. El mecanismo de acción de los antGnRH se basa en el bloqueo inhibitorio reversible de los receptores de la GnRH a nivel hipofisario. Esta acción se traduce en una inhibición rápida y dependiente de las dosis de los niveles de FSH y LH y por lo tanto de los niveles circulantes de estrógenos, sin la aparición del efecto flare-up inicial propio de los agonistas de GnRH. Una de las limitaciones de estos medicamentos al igual que con los análogos GnRh, son los efectos derivados del hipoestrogenismo secundario que obliga a la administración concomitante de tratamiento hormonal complementario (THC) para los tratamientos a largo plazo.

Linzagolix aporta la ventaja de ser el único antagonista del receptor de GnRH que permite la separación del antagonista del tratamiento hormonal complementario (THC). En el estudio Primrose 2, realizado principalmente en Europa, el 93,9% de las mujeres tratadas con 200 mg + THC alcanzaron el objetivo primario de reducción

significativa del sangrado menstrual a las 24 semanas. Se observaron reducciones del 40 al 50% en el volumen uterino y de los miomas a las 24 semanas con 200 mg sin THC, no pudiendo exceder los 6 meses en monoterapia.

La elección del tipo de tratamiento de los miomas uterinos depende de la edad, síntomas, tamaño, número y localización de los miomas, deseo genésico y elección de la paciente.

Dado que existen estudios comparativos limitados que demuestren la superioridad de una opción de tratamiento sobre otra, se utiliza la preferencia de a paciente y la toma de decisiones compartida para crear la estrategia de manejo óptima.

CONCLUSIONES

La estrategia terapéutica de los miomas uterinos debe ser individualizada para cada paciente.

Linzagolix amplía las opciones médicas y aporta flexibilidad al tratamiento al presentar la posibilidad de uso sin terapia hormonal concomitante.

Dolor pélvico

Coadyuvancia y evidencia del uso de nutracéuticos

Sanz Pablos, J

Hospitales Madrid (Montepríncipe y Sanchinarro), Gin4

El dolor pélvico crónico es un problema frecuente y complejo, que sigue siendo infradiagnosticado y tratado de manera insuficiente. Muchas mujeres consultan a numerosos especialistas durante años sin obtener soluciones efectivas. En la posmenopausia, este reto se intensifica, ya que los cambios hormonales y anatómicos modifican la percepción del dolor y la respuesta a los tratamientos.

El estudio de Lund et al. (2025), en más de 7000 mujeres, mostró que la prevalencia de dolor crónico alcanza el 44% en la posmenopausia, y asciende al 47% en menopausia precoz. Estos datos reflejan la relación entre envejecimiento reproductivo y cronificación del dolor. Además, factores propios del climaterio, como el síndrome genitourinario de la menopausia, la atrofia vulvovaginal, cicatrices quirúrgicas o dolor miofascial del suelo pélvico, agravan los síntomas.

El diagnóstico debe ser multidisciplinar, con historia clínica exhaustiva, exploración física y apoyo en ecografía, resonancia o neurofisiología. Esta evaluación permite diferenciar entre dolor neuropático, musculoesquelético, inflamatorio o cicatricial, y orientar la estrategia terapéutica.

El arsenal terapéutico es amplio. Incluye analgésicos, antiinflamatorios, anticonvulsivos, antidepresivos tricíclicos o ISRS, tratamientos tópicos y, en casos seleccionados, opioides. También se emplean radiofrecuencia, láser, neuromodulación, TENS, neurofeedback, acupuntura e infiltraciones con anestésicos, corticoides, toxina botulínica, plasma rico en plaquetas o grasa autóloga. La fisioterapia del suelo pélvico y la psicoterapia constituyen pilares transversales que complementan cualquier intervención.

En los últimos años han cobrado importancia los nutracéuticos, compuestos naturales con propiedades terapéuticas. Los más estudiados en dolor pélvico son el ácido alfa lipoico, la palmitoiletanolamida (PEA) y la mirra, que ejercen efectos antiinflamatorios, analgésicos, antioxidantes y neurotróficos. Su uso se plantea en fases:

- Aguda: combinaciones como TIOBEC DOL, dos veces al día durante 1-3 meses, para reducir estrés oxidativo y sensibilización nerviosa.
- Mantenimiento: TIOBEC 400, con vitaminas B, C y E, que protege el tejido nervioso y prolonga la mejoría.
- Local: formulaciones como TIOBEC CBD, con cannabidiol y capsaicina, útiles en áreas específicas como cicatrices o vulva.

La evidencia científica respalda esta estrategia. Metaanálisis recientes muestran que la suplementación antioxidante disminuye el dolor pélvico asociado a la endometriosis. Otros estudios documentan beneficios en artrosis, fibromialgia y síndrome de dolor regional complejo. Investigaciones en mujeres tratadas con ácido alfa lipoico y PEA han reportado mejoras significativas en calidad de vida y salud sexual.

Los casos clínicos refuerzan estos resultados. Una mujer de 56 años con dolor vulvar y dispareunia durante tres años, refractaria a varios tratamientos, redujo su EVA de 8 a 3 en dos meses con ácido alfa lipoico, estrógeno local, neurofeedback y fisioterapia. Tras nueve meses con TIOBEC 400, alcanzó EVA 1 y desaparición de la dispareunia. Otra paciente de 68 años con dolor en cicatriz tras mastectomía pasó de EVA 7 a EVA 1 en un mes con TIOBEC CBD, radiofrecuencia y fisioterapia.

En conclusión, el dolor pélvico crónico en la menopausia es muy prevalente y afecta gravemente la calidad de vida, aunque recibe poca atención. Los nutraceuticos ofrecen una opción terapéutica valiosa, tanto como base como coadyuvantes. El uso combinado de ácido alfa lipoico, PEA, mirra y vitaminas

antioxidantes resulta prometedor, especialmente dentro de un abordaje multidisciplinar que integre fisioterapia y apoyo psicológico. Con un tratamiento personalizado y basado en evidencia, es posible recuperar funcionalidad y bienestar en mujeres posmenopáusicas que durante mucho tiempo han estado desatendidas.

Eficacia de un gel vaginal a base de coriolus versicolor en el aclaramiento del VPH-AR y reparación de lesiones cervicales: ensayo clínico PALOMA 2.

Serrano Cogollor, L

HM Gabinete Velázquez, Madrid.

La infección por VPH de alto riesgo (VPH-AR) constituye el principal factor etiológico del cáncer de cuello uterino. El factor clave en la progresión de la enfermedad es la persistencia viral, influenciada por factores como la edad, el tabaquismo o el genotipo viral, siendo este el determinante más relevante, especialmente el VPH16, 18 y 31. Además, la persistencia viral y la presencia de lesiones precancerosas de bajo grado (ASCUS/LSIL) aumentan el riesgo a desarrollar lesiones de alto grado que requieren tratamiento escisional, procedimiento asociado a riesgos obstétricos significativos. El ensayo clínico PALOMA 2 se diseñó para evaluar la eficacia en el aclaramiento del VPH-AR y reparación de lesiones cervicales de bajo grado de un gel vaginal a base de *Coriolus versicolor*.

Ensayo clínico prospectivo, multicéntrico, abierto, aleatorizado y controlado con práctica clínica habitual. Se incluyeron mujeres no vacunadas, VPH-AR positivas, de entre 30 y 65 años, con citología ASCUS/LSIL y colposcopia concordante. Las participantes fueron aleatorizadas (1:1:1:1) a: A) Régimen estándar (una aplicación diaria durante un mes, seguido de días alternos durante cinco meses); B) Régimen intensivo (una aplicación diaria por tres meses, seguido de días alternos durante tres meses); C) Régimen muy intensivo (una aplicación diaria durante seis meses); D) Grupo control. El aclaramiento viral se definió como total (test negativo o ausencia de los genotipos detectados al inicio) o parcial (desaparición de ≥ 1 genotipo inicial con citología y colposcopia normales), a 6 y 12 meses. La reparación de lesiones se consideró en caso de normalización citológica con colposcopia concordante a los 6 meses. Se obtuvo consentimiento informado y aprobación ética.

Un total de 124 mujeres (edad media 41,1 años; 46,8% fumadoras o exfumadoras) fueron evaluadas, con distribución homogénea de genotipos VPH entre los grupos, siendo el VPH16 el más prevalente (29,8%). A los 6 meses, 109 pacientes completaron el tratamiento (A=26, B=26, C=29, D=28) y las tasas de aclaramiento fueron: 53,8% (A), 88,5% (B), 75,9% (C) y 46,4% (D). El régimen intensivo y muy intensivo alcanzaron significación estadística frente al control, $p<0,01$ y $p<0,05$, respectivamente (Figura 1). En cuanto a la reparación de lesiones cervicales y aclaramiento viral, se observaron tasas del 42,3% (A), 84,6% (B), 62,1% (C) frente al 46,4% (D), siendo el brazo B el único con diferencia estadísticamente significativa frente al control ($p<0,01$). En el subgrupo de mujeres VPH16, 18 y 31 positivas ($n=56$), el régimen B alcanzó tasas de regresión y aclaramiento del 93,3% frente al 30,8% del control ($p<0,01$).

En el seguimiento a 12 meses, 102 pacientes completaron la evaluación (A=27, B=22, C=27, D=26). El brazo B, que mostró los mejores resultados a los 6 meses, confirmó una tasa de aclaramiento del 77,3% frente al 50,0% del grupo control ($p=0,05$). Además, todas las pacientes del brazo B que habían aclarado el virus a los 6 meses mantuvieron el aclaramiento a los 12 meses, lo que confirma la durabilidad del efecto.

Los resultados del ensayo PALOMA 2 demuestran que el gel vaginal a base de *Coriolus versicolor* mejora significativamente el aclaramiento de VPH-AR y la regresión de lesiones cervicales de bajo grado frente al manejo conservador. El régimen intensivo se establece como la mínima dosis eficaz para lograr un beneficio clínico y estadísticamente significativo a los 6 meses, con evidencia de durabilidad a los 12 meses. Estos hallazgos

respaldan los resultados obtenidos en PALOMA 11 y su uso como una estrategia terapéutica no invasiva y basada en evidencia para el manejo proactivo de mujeres VPH-

AR positivas con lesiones cervicales de bajo grado en el marco del manejo conservador.

1. Serrano L, et al. J Low Genit Tract Dis 2021;25: 130–136.

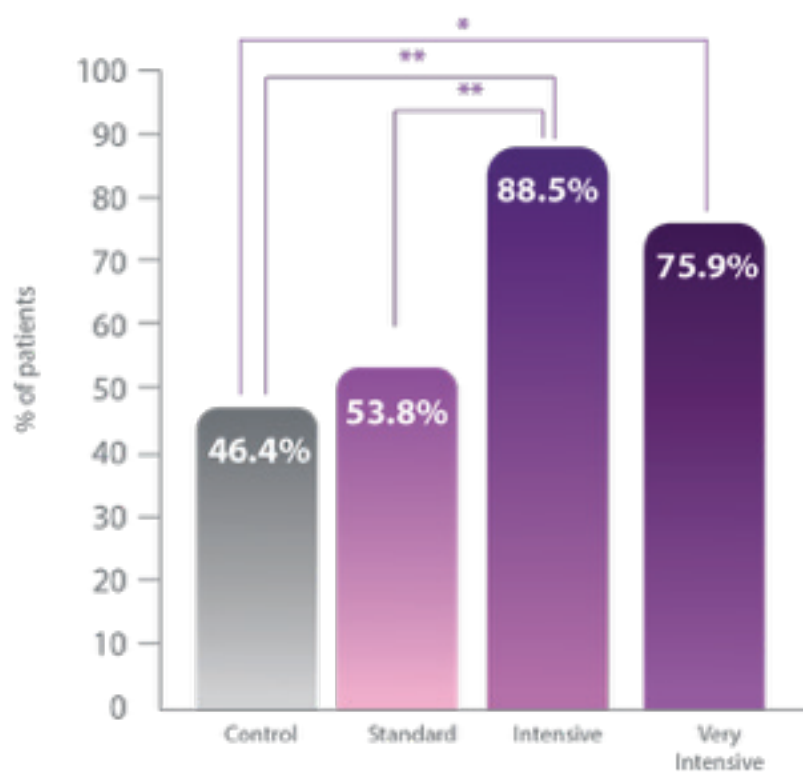


Figura 1. Aclaramiento viral en población VPH-AR a 6 meses en PALOMA 2.

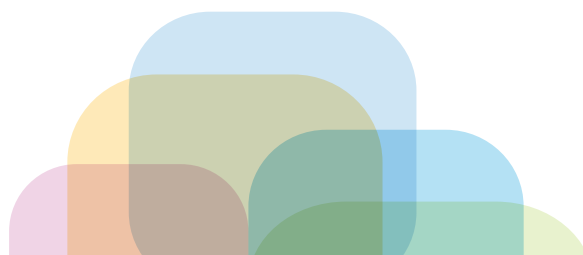
PROGRAMA

14ª Reunión Científica Ginep

un evento renovado
y con impacto



Málaga
23-24 octubre
2025



www.ginep.es

JUEVES
23
OCTUBRE

Programa

10:30 • 12:00 h. **PRIMERA ROTACIÓN DE TALLERES**

12:00 • 12:30 h. Coffee break en ExpoGINEP

12:30 • 14:00 h. **SEGUNDA ROTACIÓN DE TALLERES**

talleres

- Taller 1:** Simulación en ecografía ginecológica de alta resolución
Impartido por los Dres. Juan Luis Alcázar y Luis Alonso
- Taller 2:** Programación menstrual en deportistas
Impartido por el Dr. José Martínez
- Taller 3:** THM de la A a la Z: reflexiones para conocer qué tratamiento utilizar en cada paciente
Impartido por la Dra. Jessica Martín
- Taller 4:** Manejo de cicatrices y heridas quirúrgicas
Impartido por la Dra. Irene Hernández
(Talleres con plazas limitadas)

14:00 • 15:00 h. Comida libre

15:45 h. **Inauguración oficial**

16:00 • 17:00 h. **"SIN POWERPOINT CHALLENGE"
GINECOLOGÍA**

Introducción: Dr. Ignacio Cristóbal

Moderador: Dr. Miguel Ángel Rodríguez

Ponentes: Dres. Jesús Utrilla, José María Fernández y Leticia Medina

- Endometriosis: nuevas estrategias en diagnóstico y tratamiento
- Nuevas estrategias en el manejo del dolor pélvico crónico
- Innovaciones en cirugía ginecológica: lo que cambiará en los próximos 5 años

17:00 • 17:30 h. **Vitamina D y Mujer: Evidencia actual y nuevas fronteras clínicas**

Introducción: Dr. Rodrigo Orozco

Ponente: Dr. Pablo Romero Duarte

Conferencia patrocinada por FAES Farma

17:30 • 18:00 h. Coffee break en ExpoGINEP

18:00 • 18:45 h. DEBATE DE PRIMERA LÍNEA MANO A MANO DE TRATAMIENTO EN EL SGM

Introducción: Dr. Ignacio Lobo
Moderador: Dr. Manuel Marcos
Ponentes: Dras. María Fasero y Diana López
Mesa patrocinada por Shionogi

**18:45 • 19:45 h. BATTLE OF EXPERTS
CIRUGÍA DEL MIOMA VS. TRATAMIENTO MÉDICO**

Introducción: Dr. Andrés Carlos López
Ponentes: Dr. Enrique Moratalla Vs. Dr. Ignacio Brunel

19:45 • 20:15 h. La importancia de los probióticos vaginales

Introducción: Dra. Irene Hernández
Ponente: Dra. Silvia P. González



Programa

**9:00 • 9:45 h. SIMPOSIO INTERACTIVO
EL ARTE DE CUIDAR A LA MUJER A PARTIR DE
LOS 45: MÁS ALLÁ DE LA GINECOLOGÍA CLÁSICA**

Moderador: Dr. Santiago Palacios
Ponentes: Dra. Sonia Sánchez y Dr. Jesús Presa

**9:45 • 10:45 h. “SIN POWERPOINT CHALLENGE”
MEDICINA MATERNO-FETAL**

Introducción: Dra. Olga Nieto
Moderador: Dr. Pedro Azumendi
Ponentes: Dres. Ana Rosa Lucena, Jackie Calleja y María de la Calle

- Cribado avanzado de preeclampsia y su impacto clínico, cómo los cribados del primer trimestre se han generalizado y han generado inquietud en la embarazada
- Suplementación vitamínica y embarazo, ¿café con leche para todas?
- El parto en el año 2025, estado de nuestros paritorios

10:45 • 11:15 h. Coffee break en ExpoGINEP

11:15 • 11:45 h. Bionorica: alternativa al antibiótico en las infecciones urinarias

Introducción: Dr. Manuel Marcos
Ponente: Dr. Rodrigo Orozco

**11:45 • 12:45 h. “SIN POWERPOINT CHALLENGE”
REPRODUCCIÓN ASISTIDA PARA TODOS**

Introdutora: Dra. María Carrera

Moderador: Dr. Roque Devesa

Ponentes: Dres. Enrique Pérez, Anabel Salazar y Juana Crespo

- Tendencias en reproducción asistida
- Ventajas y amenazas de la preservación de ovocitos
- ¿Debe la HyFoSy sustituir a la histerosalpingografía?

12:45 • 13:15 h. Trastornos del sueño, una enfermedad de género

Introdutor: Dr. Rodrigo Orozco

Ponente Dr. Santiago Palacios

13:15 • 13:45 h. Ozono en ginecología: indicaciones y expectativas

Introdutora: Dra. Teresa Martín

Ponente: Dr. Juan José Andrés Lencina

13:45 • 14:30 h. PREGUNTAS SOBRE EXCESO DE PESO Y SALUD DE LA MUJER

Debate con el público con participación en directo sobre la necesidad de incorporar nueva patología a la cartera de servicios de la especialidad.

Moderadora: Dra. Mariela Lilue

Ponentes: Dra. Carmen Pingarrón y Dr. Rodrigo Orozco

- Tratamiento del exceso de peso en la mujer
- Nueva evidencia

14:30 • 15:30 h. Comida de trabajo en ExpoGINEP

**15:30 • 16:30 h. “SIN POWERPOINT CHALLENGE”
GINECOLOGÍA REGENERATIVA**

Introdutor: Dra. Maite Fernández

Moderador: Dr. Pepe Sánchez

Ponentes: Dres. Raquel Campos, Fernando Cobián y Estela Lorenzo

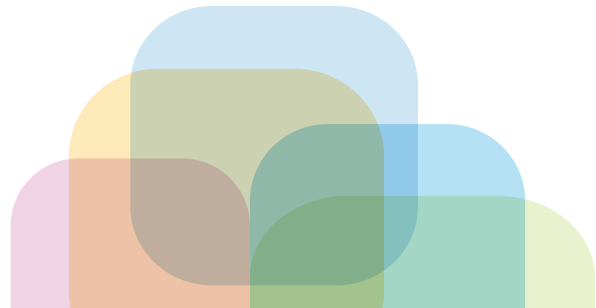
- Terapias celulares y nuevas estrategias en ginecología regenerativa
- Láser y radiofrecuencia: ¿Dónde estamos en 2025?
- Enfoques emergentes en tratamiento de atrofia vaginal

16:30 • 17:00 h. Más allá del confort: la sinergia entre lubricación e hidratación en la salud vulvovaginal

Introdutor: Dr. Fernando Losa

Ponente: Dra. Matilde Gómez

17:00 • 17:30 h. Coffee break en ExpoGINEP



17:30 • 18:30 h. **"SIN POWERPOINT CHALLENGE"
MENOPAUSIA**

Introducción: Dr. Francisco Quereda

Moderador: Dr. Daniel Lubian

Ponentes: Dres. José Fernández Moya, Pablo Romero y José Famian Hernández Abdelah

Mesa patrocinada por Astellas

- Alternativas hormonales y no hormonales en el manejo de síntomas vasomotores será el punto principal de la mesa
- Calidad de vida y salud cardiovascular en la postmenopausia, qué es lo importante y cómo manejarla
- Envejecimiento saludable

18:30 • 19:00 h. **La importancia del estroboloma y el uso de probióticos en la menopausia**

Introducción: Dra. Ana Rosa Jurado

Ponente: Dr. Fernando Losa

19:00 h. **ENTREGA DE LA MENCIÓN HONORÍFICA Y
CLAUSURA**

**CONFERENCIA MAGISTRAL
LA GINECOLOGÍA AYER, HOY Y MAÑANA**

Introducción: Dr. José Villero

Ponente: Dr. Eduardo Arjona

21:30 h. **CENA GINEP**

Merendero de Antonio Martín



Un evento renovado y con impacto

La reunión GINEP 2025 apuesta por la innovación y la excelencia, proporcionando un entorno ideal para la actualización profesional, el intercambio de ideas y el desarrollo de nuevas colaboraciones. Con una combinación de contenido científico de alta calidad y formatos de participación novedosos, esta edición promete consolidarse como una de las más destacadas hasta la fecha.

Organizado por:



INFORMACIÓN GENERAL

14ª Reunión Científica Ginep

23 y 24 de octubre de 2025

Málaga

Sede:

Hotel NH Málaga. Calle San Jacinto, 2.

Tarifa:

Inscripción con cena: 380,00€

Comité científico y organizador:

Santiago Palacios Gil-Antuñano y Rodrigo Orozco Fernández

Organizado por:



Secretaría Técnica:

meet & forum

Paseo Santa María de la Cabeza, 66. Entreplanta · 28045 Madrid

Tel.: +34 91 517 87 88 · Fax: +34 91 517 87 89

ginep@meetandforum.com

www.meetandforum.com

Redes:

reunionginep



@ReunionGINEP

App:



www.ginep.es