

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Julio-Agosto 2025

Año MMXXV

803

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto de la menopausia en el peso corporal y la libido: Encuesta nacional sobre práctica clínica habitual Proyecto Menovital

Ceamanos Montañés C, Sánchez Prieto M, Díaz Silván M

Eficacia del uso de un aclarador íntimo en reducir la hiperpigmentación en la piel de la zona vulvar

Torres Eusse K, Palacios S

Estudio observacional prospectivo de la ablación de miomas por radiofrecuencia en el Hospital Universitario de Navarra

Hidalgo Paredes A, Gómez-Gutiérrez Solana I, Modroño Blanco AI, García Barberena Unzu A, Pérez Sanz C, Karlsson Gil H

REVISIÓN DE CONJUNTO

La atención a la muerte fetal anteparto

Ocaña Martínez V, Díaz Rodríguez S, Caballero de Diego A, Huertas Fernández MA

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Isabel de Farnesio: Partos para conquistar poder

Bajo Arenas JM





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

editorial
SELENE

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRIGIDA A:
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

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

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:
Calle Jérez, 21
28231 Las Rozas
Madrid

Correo electrónico:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

Periodicidad:
6 números al año

Disponible en Internet:
www.tokoginepractica.com

EDICIÓN PUBLICIDAD
91 639 59 65

SUSCRIPCIONES
91 639 59 65

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

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

ISSNO: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR

Bajo Arenas, J.M

DIRECTOR CIENTÍFICO

Huertas Fernández, M.A

EDITORES

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

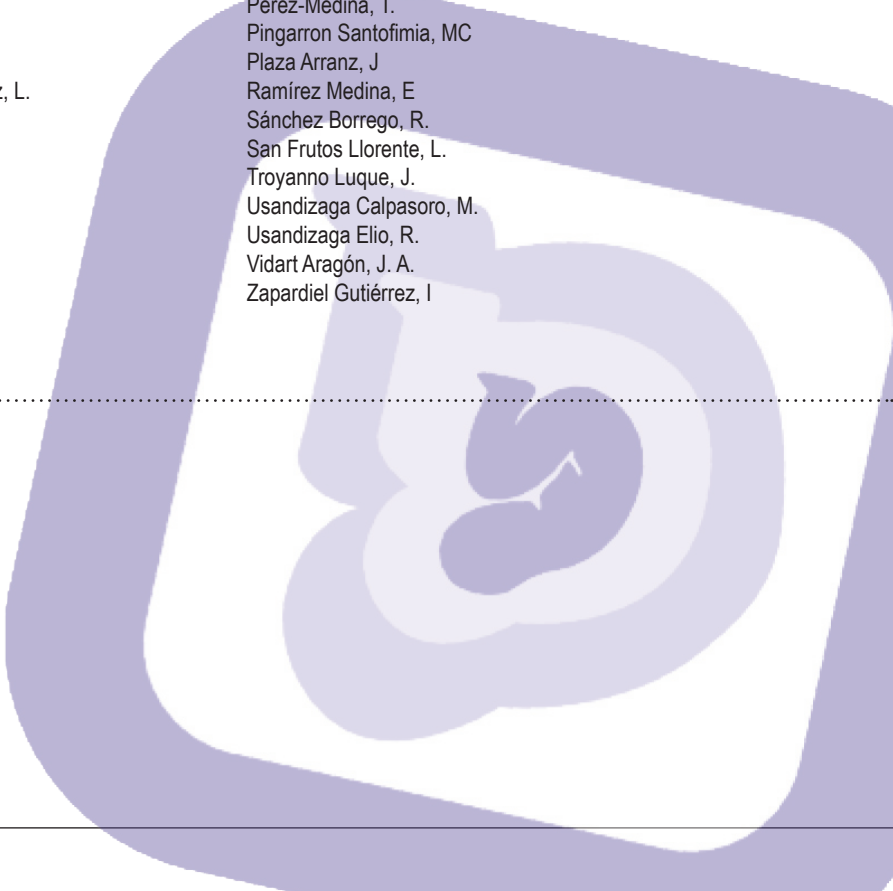
SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Orozco Fernandez, R
Gonzalez Rodriguez, S

COMITE CIENTÍFICO

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

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





SUMARIO

AÑO MMXXV ♦ JULIO-AGOSTO 2025 ♦ NÚMERO 803

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto de la menopausia en el peso corporal y la libido: Encuesta nacional sobre práctica clínica habitual Proyecto Menovital

Ceamanos Montañés C, Sánchez Prieto M, Díaz Silván M 184

Eficacia del uso de un aclarador íntimo en reducir la hiperpigmentación en la piel de la zona vulvar

Torres Eusse K, Palacios S 193

Estudio observacional prospectivo de la ablación de miomas por radiofrecuencia en el Hospital Universitario de Navarra

Hidalgo Paredes A, Gómez-Gutiérrez Solana I, Modroño Blanco AI, García Barberena Unzu A, Pérez Sanz C, Karlsson Gil H 200

REVISIÓN DE CONJUNTO

La atención a la muerte fetal anteparto

Ocaña Martínez V, Díaz Rodríguez S, Caballero de Diego A, Huertas Fernández MA 204

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Isabel de Farnesio: Partos para conquistar poder

Bajo Arenas JM 212



CONTENTS

MMXXV YEARS ♦ JULY-AUGUST 2025 ♦ NUMBER 803

ORIGINAL ARTICLES

Impact of menopause on body weight and libido: National survey on routine clinical practice Menovital Project

Ceamanos Montañés C, Sánchez Prieto M, Díaz Silván M 184

Effectiveness of using an intimate lightener in reducing hyperpigmentation in the skin of the vulvar area

Torres Eusse K, Palacios S 193

Prospective observational study of radiofrequency ablation of uterine fibroids at the University Hospital of Navarra

Hidalgo Paredes A, Gómez-Gutiérrez Solana I, Modroño Blanco AI, García Barberena Unzu A, Pérez Sanz C, Karlsson Gil H 200

REVISION

Care for antepartum fetal death

Ocaña Martínez V, Díaz Rodríguez S, Caballero de Diego A, Huertas Fernández MA 204

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Isabella Farnese: Births to conquer power

Bajo Arenas JM 212

Artículo Original

Impacto de la menopausia en el peso corporal y la libido: Encuesta nacional sobre práctica clínica habitual Proyecto Menovital

Impact of menopause on body weight and libido: National survey on routine clinical practice Menovital Project

Ceamanos Montañés C (1), Sánchez Prieto M (2), Díaz Silván M (3)

(1) Hospital Universitario de Navarra, Departamento de Ginecología y Obstetricia carolina@doctoraceamanos.com

(2) Instituto Universitario Dexeus, Departamento de Obstetricia y Ginecología msprieto17@gmail.com

(3) Autor de correspondencia Departamento de Medical Marketing. Laboratorios Ordesa. monica.diaz@ordesalab.com

RESUMEN

La menopausia conlleva cambios fisiológicos que causan síntomas como la reducción del deseo sexual y una tendencia al aumento de peso, especialmente con adiposidad central. Estos cambios repercuten significativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos: El proyecto Menovital tuvo como objetivo analizar el impacto de la menopausia en el peso corporal y la función sexual, así como las estrategias terapéuticas recomendadas por ginecólogos, incluyendo el uso de DONNAplus® Menocífuga Vital (DMV).

Métodos: Se realizó una consulta de opinión clínica a través de una encuesta lanzada a 171 ginecólogos en España. Cada facultativo aportó datos de diez pacientes (n=1666). El cuestionario contenía 46 ítems e investigó la experiencia con la menopausia de las mujeres, los síntomas más comunes, los efectos sobre el peso corporal y la libido y las estrategias terapéuticas utilizadas.

Resultados: La edad media fue 53 ± 5 años. Los síntomas más frecuentes fueron sofocos (26 %), insomnio (15 %) y sequedad vaginal (13 %). El 71% de las mujeres experimentaron un aumento de peso (con adiposidad principalmente abdominal) y un 80% una disminución del deseo sexual. El uso de complementos alimenticios y fitoterapia para los síntomas, y suplementos nutricionales para el control de peso está generalizado en la práctica ginecológica. Más de la mitad de los profesionales prescribieron tratamientos para la libido, destacando DMV. Este producto fue recomendado al 99% de las mujeres, mayoritariamente por disminución de la libido, sofocos y aumento de peso. El 54% de las mujeres calificaron la eficacia y satisfacción con DMV como "elevada" o "muy elevada", y su tolerabilidad fue mayoritariamente positiva.

Conclusión: La menopausia altera notablemente el peso y la libido, y DONNAplus® Menocífuga Vital se percibe como una estrategia eficaz y bien tolerada para aliviar estos síntomas.

CORRESPONDENCIA:

Mónica Díaz Silván

Departamento de Medical Marketing.

Laboratorios Ordesa

Monica.Diaz@ordesalab.com

Palabras clave: Menopausia. Menopausia, Libido. Aumento de peso. Disfunción sexual. Calidad de vida. Fitoestrógenos. Complementos nutricionales. Donnplus® menopífuga vital. Cimicífuga racemosa. Mango africano. Damiana. Melisa.

INTRODUCCIÓN

La menopausia se asocia con fluctuaciones hormonales que causan una reducción del deseo sexual, la excitación y la función orgásmica (1). Paralelamente, la menopausia también contribuye al aumento de peso, manifestándose frecuentemente como un incremento de la adiposidad central (2). Estos cambios fisiológicos también pueden afectar la calidad de vida de las mujeres.

En España, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre las mujeres en menopausia es elevada. Un reciente estudio la estima en un 73,3% (3). Otros estudios anteriores reflejan porcentajes algo menores (4,5) y un estudio realizado en 206 mujeres granadinas con una media de edad de 53 años observó que un 86% presentaba sobrepeso u obesidad (6,7).

También está documentado el efecto negativo de la transición a la menopausia sobre el deseo sexual, la lubricación vaginal y la satisfacción general. Un 65.6% de las mujeres participantes en una encuesta declaró experimentar dificultad sexual, destacando la insatisfacción con los cambios corporales como una causa clave (8).

El abordaje de las alteraciones de la libido y el aumento de peso en mujeres menopáusicas requiere estrategias diferenciadas, ya que la terapia hormonal de la menopausia (THM) no está específicamente indicada para la mejora del deseo sexual ni el control del peso. Este último se centra fundamentalmente en la prevención, intervenciones dietéticas y una rutina de ejercicio físico regular (2). En cuanto a la libido, se considera el uso off-label de la flibanserina, fármaco aprobado para el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres premenopáusicas, en casos seleccionados (9). Es crucial diferenciar el tratamiento de la disminución del deseo sexual de otros síntomas que afectan la vida sexual. En este sentido, productos como los lubricantes y humectantes vaginales se utilizan para aliviar la sequedad y la dispareunia y así mejorar las relaciones sexuales, pero no actúan directamente sobre el deseo sexual.

DONNAPLUS® Menocífuga Vital (DMV) actúa sobre diversos síntomas de la menopausia. Contiene folato (0,75 mg, 375% VRN), que puede mejorar los sofocos (10,11). Para el control del peso, incorpora extracto de mango africano, que ha demostrado en un metaanálisis una reducción del peso corporal, IMC y grasa, junto con mejoras en el perfil lipídico (12). También incluye extracto de naranja amarga (*Citrus aurantium*), asociado a un aumento del metabolismo basal, gasto energético y supresión del apetito (13–15). Además, su aporte de cromo, zinc y cobre contribuye al metabolismo normal de macronutrientes y calorías (16). Las intervenciones con *Turnera diffusa* (damiana), presente en este producto,

se han asociado a una mejora de la función sexual en mujeres posmenopáusicas (17). Estudios controlados y observacionales han reportado un aumento significativo del deseo sexual, las puntuaciones del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), la satisfacción sexual, la reducción de la sequedad vaginal y el aumento de la frecuencia del coito y el orgasmo (18).

El objetivo general del proyecto Menovital fue dar a conocer los diferentes perfiles de las mujeres en relación con la menopausia, sus síntomas y el impacto en su calidad de vida, específicamente en aspectos relacionados con el peso corporal y la función sexual. Para lograrlo se analizaron los efectos de la menopausia en el peso corporal y las estrategias de control recomendadas por los ginecólogos, los efectos de la menopausia en la libido, su impacto en la vida sexual y de pareja y la implicación del ginecólogo.

MÉTODOS

El proyecto Menovital consistió en una encuesta de opinión y práctica clínica y un estudio observacional realizado entre enero y abril de 2024. Inicialmente, el objetivo fue la participación de 180 ginecólogos que atienden mujeres en menopausia y realizan su labor asistencial en consultas de todo el territorio nacional durante 2024. Cada especialista debía responder a la encuesta e incluir 10 casos en la serie retrospectiva, para recoger un total de 1800 registros.

El cuestionario de la encuesta constaba de 7 preguntas que definían el perfil del facultativo y 39 preguntas que investigaban el perfil de las mujeres y se distribuían en 4 bloques:

- a) Información personal de la mujer y experiencia con la menopausia
- b) Menopausia y control del peso
- c) Menopausia y libido
- d) Aspectos relacionados con el tratamiento recomendado

Análisis estadístico

Se utilizaron variables de estudio categóricas, que se resumieron mediante estadística descriptiva para la población global utilizando frecuencias absolutas y relativas. En ningún caso, se imputaron los datos ausentes a partir de datos disponibles.

RESULTADOS

Participaron en el proyecto Menovital 171 ginecólogos, distribuidos por todo el territorio nacional, que respondieron el cuestionario de la encuesta de opinión y práctica clínica y rellenaron las hojas de datos de 1666 casos durante el año 2024.

Información personal de la mujer y experiencia con la menopausia

Un 43% de las mujeres incluidas en el estudio habían experimentado entre 1 y 5 años de evolución menopáusica, el 30% menos de un año y el 26% más de 5 años. La mayoría (64%) no tenía antecedentes familiares de problemas relacionados con la menopausia. Destacaron los sofocos o sudoraciones nocturnas como el síntoma más frecuente, afectando al 26% de las mujeres, seguidos de los trastornos del sueño (15%), la sequedad

vaginal (13%) y los cambios en la libido (12%). Los síntomas menos frecuentes incluyen cansancio y fatiga (10%), así como la osteopenia/osteoporosis (8%). Esta sintomatología relacionada con la menopausia se traduce en una reducción moderada o severa de la calidad de vida para un 67% de las mujeres, afectando, también de forma moderada o severa, su bienestar emocional (56%), sus relaciones personales (42%) y su autoestima (40%).

Para aliviar los síntomas de la menopausia, un 47% de los ginecólogos encuestados recomiendan el uso de

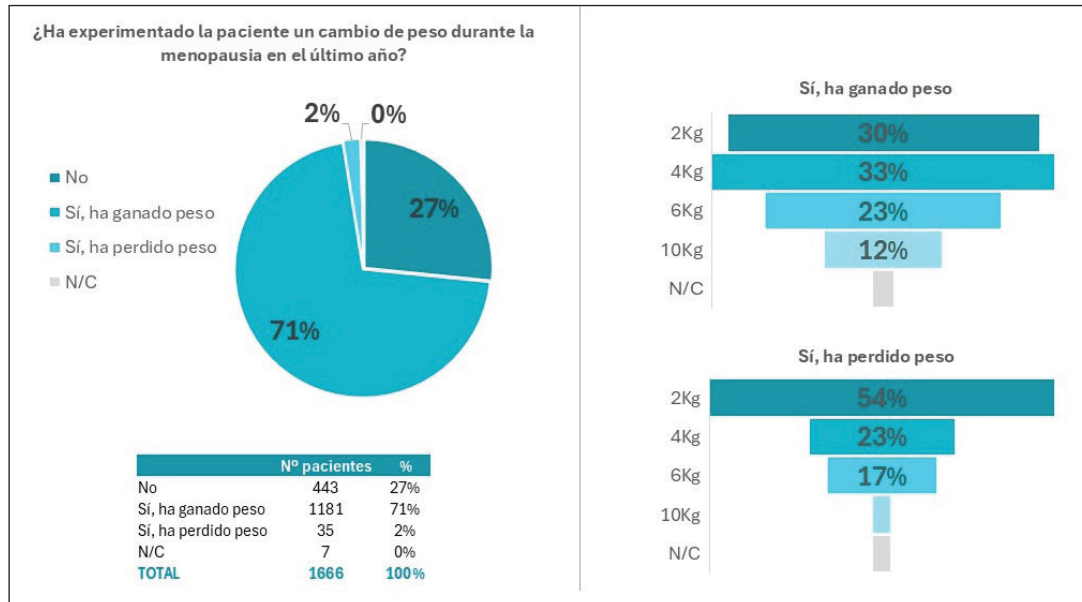


Figura 1. Cambios en el peso corporal experimentado por las mujeres participantes
N/C: no contesta

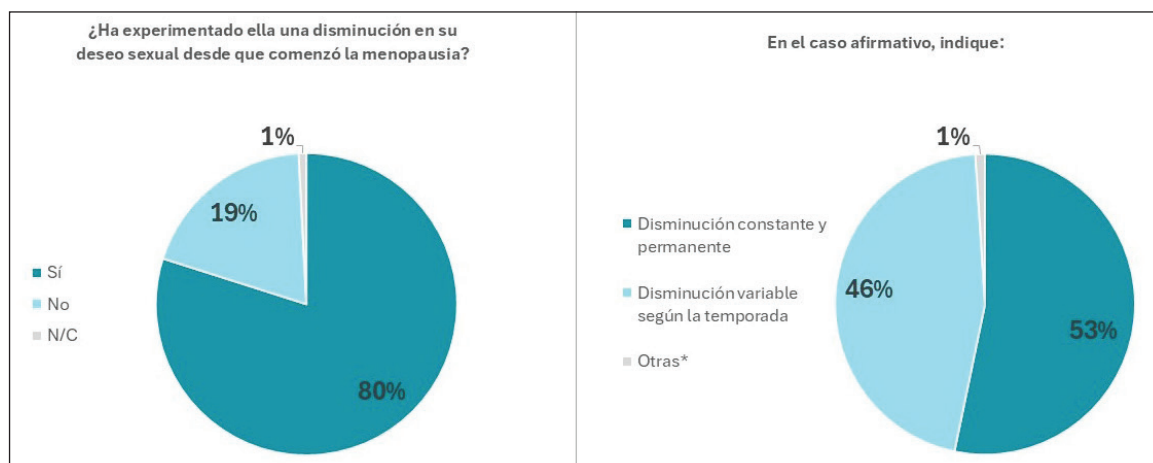


Figura 2. Cambios en la libido experimentados por las mujeres participantes
* Dispareunia, disminución progresiva, disminución ocasional e inapetencia total
N/C: no contesta

complementos alimenticios y fitoterapia. Otras opciones terapéuticas utilizadas son los estrógenos vaginales

	Nº pacientes	%
Falta de libido o deseo sexual	1117	25%
Cambios en el peso y figura corporal	906	20%
Cansancio y fatiga	787	18%
Signos vasomotores (sofocos, sudoración)	1061	24%
Descanso y relajación	603	13%
N/C	18	0%

Tabla 1. Motivo de la recomendación de DONNAplus® Menocifuga Vital
N/C: no contesta

	Nº pacientes	%
Tras los primeros síntomas	884	49%
Tras no respuesta a tratamiento previo	300	17%
Inicio de afectación en la calidad de vida	442	24%
Como adyuvante a otro tipo de tratamiento*	146	8%
N/C	35	2%

	Nº pacientes	%
Hormonas y terapias hormonales	43	29%
Productos de hidratación y cuidado vaginal	32	22%
Otros tratamientos	26	18%
N/C	45	31%
TOTAL	146	100%

Tabla 2. Momento en que se recomienda Donnaplus® Menocifuga Vital a las mujeres durante la menopausia

*Hormonas y terapias hormonales (THS; THM; testosterona; tibolona;),
Productos de hidratación y cuidado vaginal (hidratantes vaginales;
estrógenos tópicos; Anillos vaginales;) y Otros tratamientos (tratamientos
naturales, dieta y ejercicio, multivitamínicos).

N/C: no contesta

	Nº pacientes	%
1-3 meses	332	20%
4-6 meses	740	44%
7-9 meses	48	3%
10-12 meses	458	27%
Más de 1 año	44	3%
Indefinido	4	0%
N/C	40	2%

Tabla 3. Duración del tratamiento con DONNAplus® Menocifuga Vital
N/C: no contesta

(21%) y la THM (11%). Por otro lado, los facultativos estiman que un 76% de las mujeres ha realizado cambios en su estilo de vida para aliviar sus síntomas, principalmente en la actividad física y la dieta.

Menopausia y control del peso

El aumento de peso es una de las consecuencias más notorias de la menopausia, impactando al 71% de las mujeres. Esta ganancia se localiza principalmente en el área abdominal (48%), seguido por las caderas (22%) y los muslos (16%). La ganancia ponderal puede impactar negativamente en la autoestima de las mujeres, aunque la percepción de los facultativos está dividida: mientras el 43% reconoce este efecto negativo, un 51% no cree que las pacientes hayan experimentado cambios en su autoestima debido al aumento de peso.

Frente a esta situación, el 73% de los médicos participantes recomendaron a sus pacientes realizar cambios en sus hábitos dietéticos. Asimismo, un 61% de los ginecólogos recomendó a sus pacientes el uso de suplementos para el control de peso o mejoras nutricionales en la perimenopausia, siendo las estrategias más recomendadas el consumo de calcio y vitamina D (41%), ácidos grasos omega-3 (22%) y complejos multivitamínicos (16%). No obstante, un 66% de los médicos participantes consideraba que sus pacientes ya mantenían hábitos alimentarios saludables y una dieta equilibrada.

En cuanto a las recomendaciones de ejercicio, el 64% de los participantes opinó que sus pacientes ya realizaban alguna actividad física, generalmente entre 2 y 3 veces por semana (39%). El 36% de las mujeres aumentó su actividad física un 25%, si bien es cierto que un 29% la redujo en igual porcentaje. Es destacable que el 49% no indicó si había habido disminución.

Menopausia y libido

El 80% de los profesionales encuestados indicó que la disminución del deseo sexual es un síntoma frecuente entre las mujeres en menopausia atendidas en su práctica clínica habitual. De este grupo, el 53% notó una reducción constante, mientras que el 46% observó una disminución más variable. En cuanto al impacto en la relación de pareja, las respuestas están divididas: el 49% de las mujeres había conversado sobre el tema con su pareja, mientras que el 48% no lo había hecho. El 78% de las mujeres acuden solas a consulta, a pesar de que casi la mitad (48%) mantiene una relación de pareja desde hace más de 15 años.

Según los médicos encuestados, antes de la menopausia, el 67% de sus pacientes evaluaban su libido

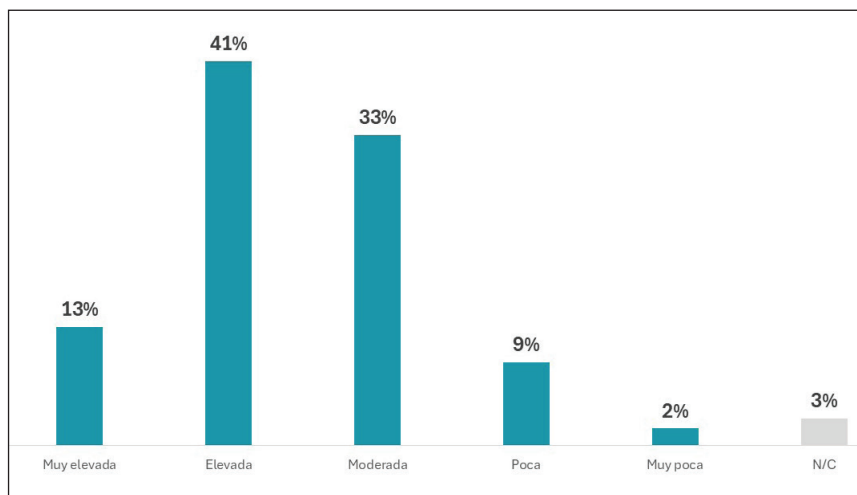


Figura 3. Eficacia de Donnaplus® Menocífuga Vital según opinión de las mujeres participantes
N/C: no contesta

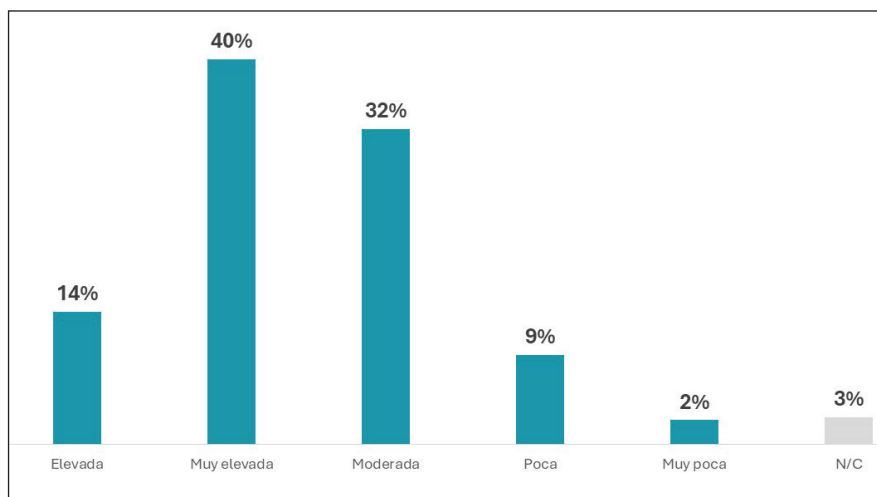


Figura 4. Satisfacción de las mujeres participantes con el tratamiento con Donnaplus® Menocífuga Vital
N/C: no contesta

con una puntuación de 7 o más, indicando una percepción elevada de deseo sexual. Durante la menopausia, el nivel de libido se redujo considerablemente, con solo el 11% de las mujeres puntuando 7 o más, mientras que el 61% reportó un nivel de libido de 4 o menos.

En cuanto al impacto en la satisfacción sexual, el 56% de las mujeres lo calificó con una puntuación de 7 o más, lo cual refleja un impacto notable en su bienestar sexual. Otros resultados ayudan a valorar la dimensión de este problema: Más del 90% de las mujeres experimentan algún cambio en su respuesta sexual durante la menopausia, siendo los problemas más comunes menor lubricación (35%), menor excitación (34%), orgasmos menos intensos (14%) y un clímax retardado (12%).

En lo que respecta a otros síntomas, el 3% de las mujeres encuestadas afirmaron no haber experimentado ningún problema en su función sexual durante la menopausia. Entre los síntomas más frecuentes destacaron el dolor en las relaciones (35%), la irritación (25%) y la sequedad vaginal o falta de lubricación (21%).

Se valoró también el impacto emocional de los cambios en la libido. Las emociones más frecuentes fueron frustración (18%), resignación (18%) y tristeza o depresión (11%), seguidas de baja autoestima (11%) e indiferencia (12%). El 66% de las mujeres no había buscado apoyo psicológico o emocional para manejar los cambios en su libido, aunque en el 32% que sí lo había hecho los enfoques fueron diversos. Un 73% recurrió a libros o consultas a amistades o a su pareja, mientras que solo un 20% había buscado ayuda profesional con psicólogos o sexólogos.

El 58% de los profesionales participantes no había prescrito tratamientos o recomendaciones específicas para la libido, frente al 41% que sí lo había hecho, destacando las recomendaciones de productos específicos para la salud femenina (46%), de las cuales, un 72% eran productos de la gama Donna Plus Menocífuga.

Análisis de aspectos relacionados con DONNAPLUS® Menocífuga Vital

Al 99% de las mujeres se les recomendó el tratamiento con DMV. Las principales razones para recomendar el tratamiento se muestran

en la Tabla 1. En cuanto al momento de recomendación, a casi la mitad de las mujeres (49%) se les indicó el tratamiento al aparecer los primeros síntomas, mientras que al 24% se les recomendó cuando estos síntomas empezaron a afectar su calidad de vida (Tabla 2). La duración del tratamiento más recomendada es de 4 a 6 meses (44%), seguida de una duración de 10 a 12 meses (27%) (Tabla 3).

Con respecto a la percepción de la eficacia de DMV, el 54% de las mujeres consideró que el tratamiento tenía una eficacia "elevada" o "muy elevada" y solo el 2% lo calificó como con "muy poca" eficacia (Figura 3). Este resultado

es coherente con los niveles de satisfacción reportados: “elevada” o “muy elevada” para un 54% de las mujeres y “moderada” para un 32% (Figura 4).

En términos de adherencia, el 32% de las mujeres mostró una adherencia “elevada” al tratamiento, sin embargo, el 32% de los facultativos participantes no respondió sobre este aspecto. La tolerabilidad del tratamiento fue en su mayoría positiva, con un 30% de las mujeres calificándola como “muy buena”. Sabor y textura también fueron valorados de forma favorable por el 41% de las mujeres (“muy bueno” o “bueno”). La posología y la duración del tratamiento se valoraron positivamente por el 53% y el 48%, respectivamente (Figura 5).

Para aliviar los síntomas menopáusicos, una proporción importante de los profesionales recomienda complementos alimenticios y fitoterapia, incluyendo suplementos de calcio, vitamina D y ácidos grasos. Además, la mayoría de los profesionales involucrados en el proyecto Menovital han ofrecido recomendaciones o tratamientos relacionados con la libido, destacando el uso de productos específicos para la salud femenina.

La recomendación de la DMV a las pacientes se realizó principalmente ante la aparición de los primeros síntomas o cuando estos afectaban su calidad de vida. En menor medida, se sugirió a quienes no respondían a tratamientos previos o como complemento a otras terapias. Los motivos más frecuentes para su recomendación fueron la disfunción sexual y los síntomas vasomotores.

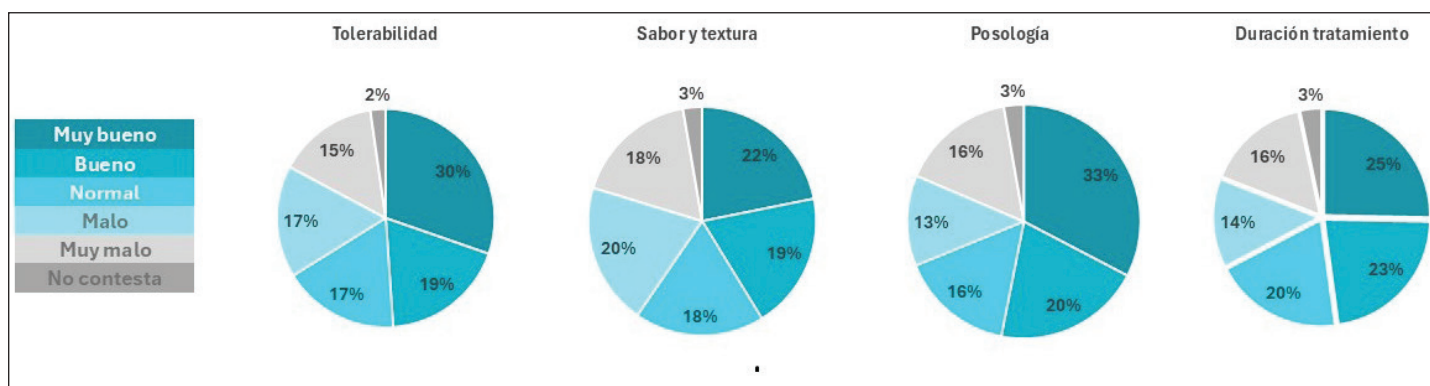


Figura 5. Valoración del tratamiento con Donnaplus® Menocífuga Vital por las mujeres participantes

DISCUSIÓN

Si bien la participación final de 171 ginecólogos no alcanzó el objetivo inicial de 180, la muestra obtenida, con 171 especialistas y 1666 casos, puede considerarse suficientemente numerosa y representativa para el análisis y la obtención de conclusiones. Los porcentajes de aumento de peso observados están en consonancia con la prevalencia de obesidad y sobrepeso observada en mujeres menopáusicas en otros estudios. Este proyecto observacional ha confirmado el impacto significativo de la menopausia en la calidad de vida y el bienestar emocional de las mujeres, siendo los sofocos y los trastornos del sueño los síntomas más comunes. El aumento de peso y la disminución de la libido y la satisfacción sexual también contribuyen considerablemente a este efecto negativo.

Cabe destacar que, en relación con la vida de pareja, una proporción considerable de participantes no proporcionó datos, lo que sugiere que este aspecto podría estar infradocumentado en la práctica clínica habitual.

Para más de la mitad de las pacientes tanto la eficacia como la satisfacción del producto fue evaluada como “muy elevada” o “elevada”. Es llamativo que un 32% de los participantes respondieron que sus pacientes tuvieron una adherencia “elevada”, mientras que otro 32% no responde a esta pregunta.

Finalmente, la tolerabilidad global fue valorada positivamente por la mayoría de las pacientes. Sabor, textura, posología y duración del tratamiento también fueron valorados de forma favorable.

Los resultados del presente estudio ofrecen una visión valiosa y representativa de la práctica ginecológica real en España, gracias a la participación de una amplia muestra de profesionales. El enfoque utilizado abarca múltiples dimensiones, incluyendo síntomas físicos, aspectos relacionados con la salud sexual y diversas estrategias terapéuticas, lo que representa una de sus principales fortalezas. Esta perspectiva integral aporta información relevante para optimizar el abordaje clínico de la mujer en la etapa de la menopausia. Dado su diseño observacional como consulta de opinión clínica, no fue

posible incluir criterios de aleatorización ni la inclusión de un grupo control. Los datos deben interpretarse dentro del marco metodológico del estudio.

CONCLUSIONES

Las pacientes reportaron que la combinación de aumento de peso abdominal (71%) y pérdida de deseo sexual (80%) fue el dúo de síntomas que más afectó a su calidad de vida. Esta observación está en consonancia con la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso detectada en las mujeres menopáusicas españolas y subraya la necesidad de evaluar sistemáticamente metabolitos y función sexual en el control posmenopáusico.

Un número importante de pacientes ha adoptado cambios en su estilo de vida, principalmente en la actividad física y la dieta. Sin embargo, datos publicados previamente justificarían alguna intervención para potenciar la actividad física en mujeres menopáusicas.

La prescripción casi universal de DONNAPLUS® Menocífuga Vital refleja la confianza de los ginecólogos en fitoterapia como alternativa no hormonal. Los altos índices de satisfacción respaldan su uso como primera elección en mujeres con contraindicaciones o rechazo a terapia hormonal.

Los tres principales motivos para la recomendación de DMV son la disminución de la libido, los sofocos/sudoración y los cambios en el peso corporal.

Más de la mitad de las pacientes calificaron la eficacia y satisfacción con DMV como "muy elevada" o "elevada" y su percepción sobre la tolerabilidad y la posología de DMV es mayoritariamente positiva.

Dada su seguridad (sin eventos graves reportados) y eficacia, DMV se erige como un aliado terapéutico clave en el manejo menopáusico, especialmente combinado con intervenciones de estilo de vida (dieta mediterránea, ejercicio) y apoyo psico-sexual individualizado.

Como pauta práctica, recomendamos iniciar DMV de forma temprana (idealmente en los primeros 4-6 meses tras el inicio de los síntomas) y realizar una evaluación estructurada a los 3 meses para valorar sintomatología y adherencia. Este seguimiento permite optimizar la intervención, reforzar la continuidad terapéutica y ajustar la estrategia según la respuesta individual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bianchi VE, Bresciani E, Meanti R, Rizzi L, Omeljaniuk RJ, Torsello A. The role of androgens in women's health and wellbeing. *Pharmacol Res.* 2021 Sep;171:105758.
2. Hurtado MD, Saadedine M, Kapoor E, Shufelt CL, Faubion SS. Weight Gain in Midlife Women. *Curr Obes Rep.* 2024 Feb 28;13(2):352–63.
3. Blanco J, Bibiloni MDM, Tur JA. [Changes in weight, body composition and prevalence of metabolic syndrome in a cohort of menopausal women residing in Mallorca]. *Nutr Hosp.* 2020 Jul 13;34(3):506–13.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Encuesta Europea de Salud 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Situación actual de la menopausia en España. Documento de consenso sobre terapia hormonal. SEGO 2003 y recomendaciones AEEM. Disponible en: www.sego.es y www.aeem.es.
6. Ruiz-Cabello Turmo P, Aparicio García-Molina V, Fernández Martínez M del M, Moratalla Cecilia N, Gregorio Arenas E, Aranda Ramírez P. Mediterranean countries facing the Mediterranean diet, are we still on track? The example of Southern Spain midlife women. *NutrHosp.* 2015;31(6):2523–32.
7. Ruiz-Cabello P, Coll-Risco I, Acosta-Manzano P, Borges-Cosic M, Gallo-Vallejo FJ, Aranda P, et al. Influence of the degree of adherence to the Mediterranean diet on the cardiometabolic risk in peri and menopausal women. The Flamenco project. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases.* 2017 Mar;27(3):217–24.
8. Sánchez Izquierdo M, Hernández García E. Climaterio y sexualidad. *Enferm.glob.* 2015;14(40).
9. Kornstein SG, Simon JA, Apfel SC, Yuan J, Barbour KA, Kissling R. Effect of Flibanserin Treatment on Body Weight in Premenopausal and Postmenopausal Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Post Hoc Analysis. *J Womens Health.* 2017 Nov;26(11):1161–8.
10. Bani S, Hasanpour S, Farzad Rik L, Hasankhani H, Sharami SH. The effect of folic Acid on menopausal hot flashes: a randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2013 Jun;2(2):131–40.
11. Ewies A, Ahmed I, Al-Azzawi F, Pitkin J, Gupta P, Persic M, et al. Folic acid supplementation in postmenopausal women with hot flushes: phase III randomised double-blind placebo-controlled trial. *BJOG.* 2021 Nov 8;128(12):2024–33.

12. Lee J, Chung M, Fu Z, Choi J, Lee HJ. The Effects of Irvingia gabonensis Seed Extract Supplementation on Anthropometric and Cardiovascular Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Nutr.* 2020 Jul 3;39(5):388–96.
13. Verpeut JL, Walters AL, Bello NT. Citrus aurantium and Rhodiola rosea in combination reduce visceral white adipose tissue and increase hypothalamic norepinephrine in a rat model of diet-induced obesity. *Nutrition Research.* 2013 Jun;33(6):503–12.
14. Haaz S, Fontaine KR, Cutter G, Limdi N, Perumean-Chaney S, Allison DB. Citrus aurantium and synephrine alkaloids in the treatment of overweight and obesity: an update. *Obesity Reviews.* 2006 Feb 24;7(1):79–88.
15. Stohs SJ, Preuss HG, Shara M. A Review of the Human Clinical Studies Involving Citrus aurantium (Bitter Orange) Extract and its Primary Protoalkaloid p- Synephrine. *Int J Med Sci.* 2012;9(7):527–38.
16. Reglamento (UE) N.o 432/2012 de la Comisión de 16 de mayo de 2012 por el que se establece una lista de declaraciones autorizadas de propiedades saludables de los alimentos distintas de las relativas a la reducción del riesgo de enfermedad y al desarrollo y la salud de los niños. Disponible en: Reglamento (UE) 432/2012. <https://www.boe.es/boe/2012/136/L00001-00040.pdf>. 2012.
17. Ito TY, Polan ML, Whipple B, Trant AS. The Enhancement of Female Sexual Function with ArginMax, a Nutritional Supplement, Among Women Differing in Menopausal Status. *J Sex Marital Ther.* 2006 Dec;32(5):369–78.
18. Palacios S, Soler E, Ramírez M, Lilue M, Khorsandi D, Losa F. Effect of a multi-ingredient based food supplement on sexual function in women with low sexual desire. *BMC Womens Health.* 2019 Dec 30;19(1):58.

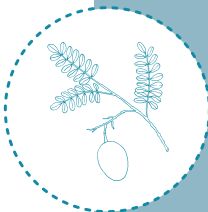
DONNA^{plus} MENOCÍFUGA VITAL

La solución integral para afrontar la menopausia con serenidad y vitalidad. Contribuye a un buen apetito sexual y favorece al mantenimiento normal del peso.

Damiana liboost®
(*Turnera diffusa*)



Mango Africano
(*Irvingia gabonensis*)



Naranja Amarga
(*Citrus aurantium*)



Micronutrientes

**CROMO
ZINC
COBRE**



Mantiene una menopausia tranquila y confortable¹



Ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga²



Ayuda a mejorar el apetito sexual³



Ayuda al control de peso⁴

1. La cimicífuga ayuda a mantener una menopausia tranquila y confortable. 2. Las vitaminas B₆, B₉ (folatos) y B₁₂ ayudan a disminuir el cansancio y fatiga. 3. La Damiana Liboost® contribuye a un buen apetito sexual. 4. La naranja amarga favorece el mantenimiento normal del peso. El cromo ayuda a mantener unos niveles normales de glucosa en sangre. El zinc contribuye a un metabolismo normal de carbohidratos, ácidos grasos y macronutrientes. El cobre contribuye al metabolismo energético normal.

No superar la dosis diaria recomendada. Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustituto de una dieta variada y equilibrada y un estilo de vida saludable. Mantener fuera del alcance de los menores.

Artículo Original

Eficacia del uso de un aclarador íntimo en reducir la hiperpigmentación en la piel de la zona vulvar

Effectiveness of using an intimate lightener in reducing hyperpigmentation in the skin of the vulvar area

Torres Eusse K (1), Palacios S (2), Cantillo Torres N (3)

1. Directora de Intime Institute . Barranquilla Colombia

2 Director de las clínicas Palacios de Madrid y malaga . España

3. Medico Pontificia .Univ Javeriana. Bogotá, Colombia

RESUMEN

Introducción: La hiperpigmentación vulvar es una consulta creciente en ginecología estética, con implicaciones no solo dermatológicas, sino también psicosociales. La sensibilidad de la piel vulvar requiere tratamientos específicos, seguros y eficaces.

Objetivo: Evaluar la eficacia, tolerabilidad y satisfacción de un nuevo despigmentante vulvar formulado con activos encapsulados y botánicos (femisense crema aclaradora).

Métodos: Estudio clínico prospectivo, abierto y controlado, con 24 mujeres mayores de 18 años, de las cuales 20 completaron el seguimiento de 12 semanas. Se aplicó un aclarador tópico natural y se evaluaron la pigmentación mediante escala EVA (paciente y médico) y la satisfacción mediante TSQM.

Resultados: Se observó una reducción significativa de la pigmentación vulvar desde la semana 4, con mejoras progresivas hasta la semana 12 ($p < 0,001$). La satisfacción aumentó en todos los ítems del cuestionario TSQM. No se reportaron efectos adversos relevantes.

Conclusión: El tratamiento tópico evaluado demostró una eficacia progresiva, excelente tolerancia y alta satisfacción en mujeres con hiperpigmentación vulvar, constituyendo una alternativa segura y bien aceptada en el abordaje de esta condición estética.

Palabras clave: Hiperpigmentación vulvar. Ginecología estética. Ácido tranexámico. Aclaramiento tópica.

ABSTRACT

Introduction: Vulvar hyperpigmentation is an increasingly common concern in aesthetic gynecology, with both dermatological and psychosocial implications. Due to the sensitivity of vulvar skin, targeted, safe, and effective treatments are essential.

Objective: To assess the clinical efficacy, tolerability, and satisfaction with a novel vulvar depigmenting formula based on encapsulated and botanical active ingredients (Femisense lightening cream).

Methods: Prospective, open-label, controlled clinical study involving 24 women over 18 years old, with 20

CORRESPONDENCIA:

Santiago Palacios

Director de las Clínicas Palacios
Madrid y Málaga

completing a 12-week treatment course. A natural topical depigmenting product was applied, and vulvar pigmentation was assessed using VAS (patient and physician), alongside patient satisfaction via the TSQM questionnaire.

Results: A significant reduction in vulvar pigmentation was observed as early as week 4, with continued improvement through week 12 ($p < 0.001$). Satisfaction scores increased across all TSQM domains. No significant adverse events were reported.

Conclusion: The topical formula demonstrated progressive efficacy, excellent tolerability, and high patient satisfaction, offering a safe and well-accepted therapeutic option for vulvar hyperpigmentation.

Keywords: Vulvar hyperpigmentation, aesthetic gynecology, tranexamic acid, topical clearing.

INTRODUCCIÓN

La hiperpigmentación vulvar constituye un motivo de consulta frecuente en ginecología estética, asociada no solo a factores hormonales, friccionales o postinflamatorios, sino también a un impacto psicosocial creciente entre las pacientes (1). A diferencia de otras localizaciones cutáneas, el área vulvar presenta una piel delicada, con una función barrera alterable y una alta reactividad inflamatoria, lo que exige la formulación de tratamientos específicos, eficaces y bien tolerados que consigan aclarar el área (2). En este contexto, el desarrollo de compuestos con múltiples mecanismos de acción y estrategias de liberación controlada resulta clave para lograr una modulación segura y sostenida de la melanogénesis.

El presente estudio evalúa un nuevo aclarador vulvar formulado con una combinación sinérgica de activos encapsulados y botánicos (Femisense crema aclaradora). Entre sus componentes, el ácido tranexámico nanoencapsulado destaca por su capacidad para inhibir la activación melanocítica inducida por mediadores inflamatorios y reducir la neovascularización, proceso clave en la hiperpigmentación persistente (3). La nicotinamida, reconocida por su efecto antiinflamatorio y su capacidad para bloquear la transferencia de melanina, se complementa con ácidos glicólico y salicílico que optimizan la penetración de activos mediante una exfoliación suave (4). El ácido kójico y la arbutina actúan inhibiendo la tirosinasa, mientras que el retinyl nanoencapsulado y la vitamina C encapsulada estimulan la renovación epidérmica y unifican el tono mediante mecanismos antioxidantes y despigmentantes (5). Además, se incorpora un extracto de raíz de *Alpinia officinarum* por sus propiedades despigmen-

tantes y calmantes, y Lumiskin® (diacetil boldina) como modulador botánico de la pigmentación. Finalmente, la inclusión de phytosphingosine y extracto de *Physalis angulata* aporta una acción reparadora y protectora frente a la inflamación crónica dérmica (6).

Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia clínica, la tolerabilidad vulvar y la aceptación subjetiva de esta fórmula en mujeres con hiperpigmentación vulvar, mediante una metodología estandarizada y escalas validadas de evaluación dermatológica y ginecológica.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio clínico de intervención, prospectivo, abierto y controlado, realizado en mujeres mayores de 18 años que presentan hiperpigmentación en la zona vulvar, definida por la propia paciente como motivo de preocupación estética o funcional. El objetivo es evaluar la eficacia y tolerancia de un aclarador vulvar de aplicación tópica, formulado exclusivamente con ingredientes cosméticos naturales.

2.2 Población de estudio

La muestra está compuesta por 24 mujeres, de las cuales 20 completaron el estudio. Se incluyen mujeres mayores de 18 años, con sensación subjetiva de pigmentación aumentada en la región vulvar, debida a múltiples factores (fricción, cambios hormonales, genética, envejecimiento, inflamación o exposición a agentes irritantes), siempre que dicha pigmentación haya persistido pese a la eliminación de la causa desencadenante. El estudio fue realizado en el Intime Institute de Barranquilla, Colombia.

2.3 Intervención

Las participantes aplicarán una formulación cosmética aclaradora natural en la zona vulvar cada noche durante un período de 12 semanas consecutivas. La fórmula incluye:

Ácido tranexámico nanoencapsulado. Nicotinamida (vitamina B3). Ácido kójico nanoencapsulado. Ácido salicílico. Ácido glicólico. Vitamina C encapsulada. Arbutina. Retinyl nanoencapsulado. Extracto de raíz de *Alpinia officinarum*. Lumiskin® (diacetil boldina). Phytosphingosine. Extracto de *Physalis angulata*.

2.4 Evaluaciones y visitas

Las participantes realizaron tres visitas al centro médico:

Visita 1 (Semana 0): firma del consentimiento informado, recogida de datos clínicos y demográficos, toma

de fotografías iniciales, escala EVA de pigmentación (paciente y médico) y entrega del producto.

Visita 2 (Semana 4): reevaluación clínica con escala EVA (paciente y médico), escala de satisfacción y fotografías de seguimiento.

Visita 3 (Semana 12): evaluación final con escala EVA (paciente y médico), escala de satisfacción, registro de acontecimientos adversos y medicación concomitante, así como fotografía final.

2.5 Variables de evaluación

Variable principal: cambio en la escala EVA de pigmentación vulvar percibido por la paciente.

Variables secundarias: Escala EVA de pigmentación realizada por el médico.

Escala de satisfacción de la paciente con el tratamiento.

2.6 Criterios de inclusión

Mujeres ≥ 18 años. Autopercepción de hiperpigmentación vulvar con deseo de tratamiento.

Consentimiento informado firmado, incluyendo autorización para uso de imágenes clínicas.

Disponibilidad para completar el seguimiento del estudio.

2.7 Criterios de exclusión

Excluir embarazo, dermatitis activa, alergias cutáneas graves, uso reciente (un mes) de otros despigmentantes. Tratamiento con láser genital en los últimos 6 meses. Infecciones vulvovaginales agudas o enfermedades sistémicas descompensadas. Patología vulvar que requiera tratamiento específico. Participación en otro estudio clínico en los últimos 3 meses.

2.8 Consideraciones éticas

El estudio ha sido conducido conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la legislación vigente sobre investigación con seres humanos. Las participantes firmarán un consentimiento informado previo al inicio de cualquier procedimiento del estudio.

VALORACIÓN ESTADÍSTICA

Para analizar la evolución de la percepción de la hiperpigmentación vulvar a lo largo del tiempo, se utilizó un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA de medidas repetidas), al tratarse de variables continuas evalua-

das en tres momentos distintos (semanas 0, 4 y 12) sobre los mismos sujetos. Se aplicaron comparaciones post hoc con corrección de Bonferroni. En caso de no cumplirse los supuestos de normalidad o esfericidad, se recurrió a la prueba no paramétrica de Friedman.

RESULTADOS

La percepción de la hiperpigmentación vulvar mostró una mejoría progresiva tanto en la valoración subjetiva de las pacientes como en la evaluación clínica realizada por los médicos, según la escala visual analógica (EVA) (fig 1 y 2).

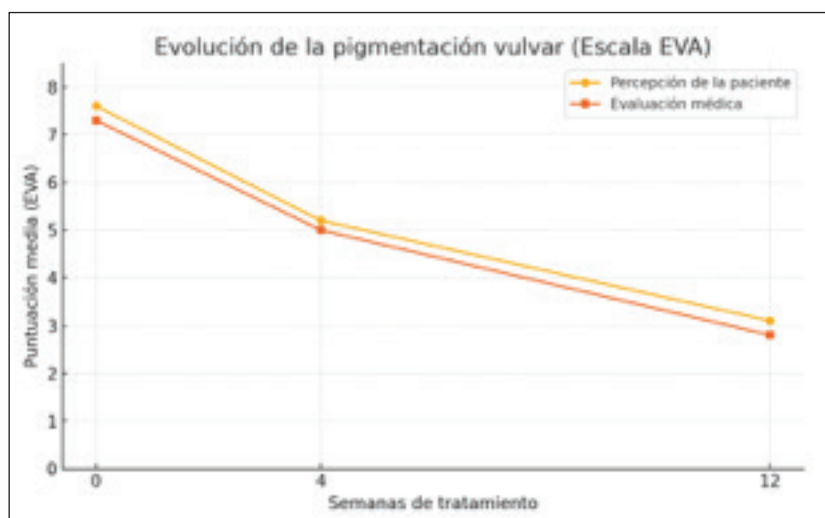


FIG 1. Evaluación clínica realizada por los médicos, según la escala visual analógica

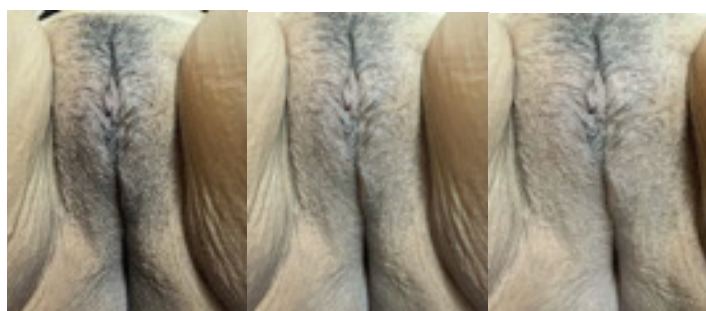


FIG 2. Aclaramiento de una paciente, basal a las 4 y 12 semanas
Basal 4 semanas 12 semanas

En el grupo de pacientes, la puntuación media en la semana 0 fue de 7,1, descendiendo significativamente a 5,15 en la semana 4 ($p < 0,001$), y a 3,6 en la semana 12 ($p < 0,001$ respecto a la basal). Además, se observó una mejoría adicional significativa entre las semanas 4 y 12 ($p =$

0,002), lo que indica una percepción continua de disminución de la hiperpigmentación con el uso prolongado del tratamiento.

De forma concordante, la valoración médica de la hiperpigmentación vulvar también reflejó una mejoría significativa a lo largo del tiempo: la media inicial fue de 7,1, reduciéndose a 4,6 en la semana 4 ($p < 0,001$) y a 3,05 en la semana 12 ($p < 0,001$ respecto a la basal). La comparación entre las semanas 4 y 12 mostró también una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$), confirmando la tendencia positiva observada por los profesionales clínicos.

Estas mejorías paralelas en las evaluaciones de pacientes y médicos sugieren una eficacia perceptible y progresiva del tratamiento en la reducción de la hiperpigmentación vulvar.

Los resultados obtenidos mediante el cuestionario TSQM (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication) muestran una evolución positiva y clínicamente significativa en la satisfacción de las pacientes tras 12 semanas de tratamiento con La media de satisfacción aumentó de forma consistente en todos los ítems evaluados, destacando tanto los aspectos relacionados con la eficacia como con la facilidad de uso y la valoración general del tratamiento (tabla 1).

En la semana 4, la mayoría de las puntuaciones se situaban en torno al valor 4, lo que corresponde a una categoría de “algo satisfechas”, indicando una percepción positiva inicial pero aún moderada. Al alcanzar la semana 12, estas puntuaciones aumentaron hasta valores cercanos o superiores a 5, clasificándose como “satisfechas” y, en algunos casos, “muy satisfechas” (≥ 6). En particular, los mayores incrementos se observaron en la satisfacción general (+1,00), la confianza en el medicamento (+0,85), la rapidez de acción (+0,80) y la convicción de que los beneficios superan los inconvenientes (+0,80), todos con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Estos hallazgos sugieren no solo una percepción de mejora objetiva de los síntomas, sino también una consolidación del vínculo terapéutico y de la aceptación del producto a medida que se prolonga su uso.

Los ítems relativos a la facilidad de uso y practicidad del tratamiento ya presentaban puntuaciones elevadas desde la semana 4 ($\geq 5,5$), alcanzando valores próximos a 6,25 al final del seguimiento, lo que corresponde a un grado de muy satisfechas. Esto es especialmente relevante en tratamientos de aplicación tópica, donde la adherencia puede verse condicionada por aspectos prácticos. La elevada aceptación en este dominio podría haber contri-

buido indirectamente a la mejora de los resultados percibidos en eficacia.

Por otro lado, la práctica ausencia de efectos secundarios reportados en ambas evaluaciones refuerza la buena tolerabilidad del producto, aunque esta variable no pudo ser analizada estadísticamente por falta de variabilidad

Tabla 1 Resultados obtenidos mediante el cuestionario TSQM

Ítem evaluado (resumido)	Semana 4	Semana 12	Diferencia	Interpretación clínica (sem. 4)	Interpretación clínica (sem. 12)	Significación (t-test pareado)
Eficacia para tratar la condición	4,35	5,00	+0,65	A l g o satisfechas	Satisfechas	$p = 0,0002$
Alivio de los síntomas	4,25	4,90	+0,65	A l g o satisfechas	Satisfechas	$p = 0,0003$
Rapidez en el inicio del efecto	4,05	4,85	+0,80	A l g o satisfechas	Satisfechas	$p = 0,0001$
Facilidad de uso del medicamento	5,50	6,10	+0,60	Satisfechas	M u y satisfechas	$p = 0,0005$
Facilidad para planificar el uso	5,80	6,15	+0,35	Satisfechas / M u y satisfechas	M u y satisfechas	$p = 0,012$
Practicidad de uso según indicaciones	5,95	6,25	+0,30	M u y satisfechas	M u y satisfechas	$p = 0,029$
Confianza en que el medicamento es bueno para la paciente	4,10	4,95	+0,85	A l g o satisfechas	Satisfechas	$p = 0,0001$
Convencimiento de que los beneficios superan los inconvenientes	3,90	4,70	+0,80	Cercanas a l a insatisfacción	A l g o satisfechas / Satisfechas	$p = 0,0002$
Satisfacción general con el medicamento	4,80	5,80	+1,00	A l g o satisfechas / Satisfechas	M u y satisfechas	$p = 0,0001$

en las respuestas.

DISCUSIÓN

La hiperpigmentación vulvar representa un desafío clínico y estético relevante, tanto por su impacto funcional como por las implicaciones psicosociales que genera en las pacientes (7). Factores hormonales, friccionales, inflamatorios y genéticos contribuyen al desarrollo de

esta condición, la cual, en muchos casos, persiste incluso después de la eliminación de los factores causales (1,2). En este contexto, el tratamiento de la hiperpigmentación vulvar requiere enfoques específicos y adaptados a la delicadeza de la piel vulvar, que es más susceptible a alteraciones inflamatorias y reactivas. El desarrollo de formulaciones tópicas que combinen activos eficaces y bien tolerados es fundamental para ofrecer soluciones terapéuticas seguras y satisfactorias.

En este estudio, se evaluó la eficacia de una fórmula cosmética de despigmentación vulvar, compuesta por una combinación sinérgica de ingredientes activos encapsulados y botánicos. Los resultados obtenidos muestran una mejora significativa tanto en la percepción subjetiva de las pacientes como en la evaluación médica objetiva de la pigmentación vulvar. El ácido tranexámico nanoencapsulado se destacó como uno de los activos clave debido a su capacidad para inhibir la activación melanocítica inducida por mediadores inflamatorios, lo cual es crucial para controlar la hiperpigmentación persistente. Este hallazgo es consistente con estudios previos que han demostrado el potencial de este compuesto en el tratamiento de diversas formas de hiperpigmentación cutánea, incluyendo la melasma y la hiperpigmentación postinflamatoria (8,9). La inclusión de nicotinamida, ácido kójico y arbutina contribuyó a reforzar los efectos inhibidores de la tirosinasa, una enzima clave en la síntesis de melanina, mientras que los ácidos glicólico y salicílico facilitaron la penetración de los activos mediante una exfoliación suave (5).

Los resultados de la escala EVA de pigmentación, tanto para la evaluación médica como para la percepción de las pacientes, evidenciaron una mejora clínica sustancial en la pigmentación vulvar a lo largo de las 12 semanas de tratamiento. La reducción significativa de las puntuaciones en ambas evaluaciones ($p < 0,0001$) indica que el tratamiento no solo fue efectivo, sino también consistente en su acción a lo largo del tiempo. Además, la alta tasa de satisfacción reportada por las pacientes (91,4 % al final del estudio) sugiere que la combinación de ingredientes activos y la presentación cosmética del producto fueron bien aceptadas, lo que facilita la adherencia al tratamiento. La ausencia de efectos adversos graves y la resolución espontánea de un leve picor transitorio en dos pacientes refuerzan la seguridad de la fórmula, lo que es crucial dada la sensibilidad de la piel vulvar.

En comparación con otras opciones de tratamiento de la hiperpigmentación, como los procedimientos láser o los despigmentantes tradicionales, este enfoque tópico ofrece una alternativa menos invasiva, sin los riesgos asociados a las intervenciones físicas y con una aplicación más sencilla y accesible para las pacientes. La naturaleza natural

y botánica de los componentes también puede resultar atractiva para aquellas pacientes que prefieren productos cosméticos menos agresivos.

A pesar de los resultados positivos, es importante señalar que la generalización de estos hallazgos debe ser cautelosa, dado que el estudio se realizó en una muestra relativamente pequeña (20 mujeres que completaron el estudio) y no incluyó un grupo control o placebo. Sería valioso replicar este estudio en una población más amplia y con un diseño controlado para confirmar la efectividad a largo plazo y la seguridad de la fórmula. Además, futuras investigaciones podrían explorar la interacción entre los factores hormonales y la respuesta al tratamiento, dada la implicación de los cambios hormonales en la pigmentación vulvar.

En conclusión, este estudio aporta evidencia preliminar favorable sobre la eficacia y seguridad de una fórmula tópica despigmentante para la hiperpigmentación vulvar. La combinación de activos con propiedades antiinflamatorias, despigmentantes y reparadoras presenta una opción prometedora para el manejo de esta condición, mejorando tanto la percepción estética como la calidad de vida de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Derebaşınlioğlu H, Nemmezi Karaca S, Yıldız Ç. Women's aesthetic perceptions of the genitalia and their association with anatomical measurements. *Arch Gynecol Obstet*. 2023 Jun;307(6):1847-1857.
2. Yurteri-Kaplan LA, Antosh DD, Sokol AI et al (2012) Interest in cosmetic vulvar surgery and perception of vulvar appearance. *Am J Obstet Gynecol* 207(428):e1-7
3. Lindgren AL, Austin AH, Welsh KM. The Use of Tranexamic Acid to Prevent and Treat Post-Inflammatory Hyperpigmentation. *J Drugs Dermatol*. 2021 Mar 1;20(3):344-345
4. Crocco EI, Torloni L, Fernandes PB, de Campos MEBB, Gonzaga M, Silva FC, Nasario JPS, Guerra LO, Csipak AR, Castilho VC. Combination of 5% cysteamine and 4% nicotinamide in melasma: Efficacy, tolerability, and safety. *J Cosmet Dermatol*. 2024 May;23(5):1703-1712
5. Saeedi M, Eslamifar M, Khezri K. Kojic acid applications in cosmetic and pharmaceutical preparations. *Biomed Pharmacother*. 2019 Feb;110:582-593
6. Cui L, Wang K, Ji X. [Fermentative production of tetraacetyl phytosphingosine: a review]. *Sheng Wu Gong Cheng Xue Bao*. 2023 Jun 25;39(6):2204-2214.

7. Ntarelli N, Gahoonia N, Maloh J, Sivamani RK. Clinical Efficacy of Topical or Oral Soy Supplementation in Dermatology: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2023 Jun 20;12(12):4171
8. Calacattawi R, Alshahrani M, Aleid M, Aleid F, Basamih K, Alsugair G, Alqahtani R, AlKhabbaz N, Algaidi Y, Alrakayan L, Almohanna A, Madkhali A, Aljohani S, Alotibi N. Tranexamic acid as a therapeutic option for melasma management: meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *J Dermatolog Treat*. 2024 Dec;35(1):2361106
9. Gaćina K, Krstanović Ćosić A. THE USE OF TRANEXAMIC ACID IN DERMATOLOGY. *Acta Clin Croat*. 2023 Aug;62(2):368-372

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

Artículo Original

Estudio observacional prospectivo de la ablación de miomas por radiofrecuencia en el Hospital Universitario de Navarra

Prospective observational study of radiofrequency ablation of uterine fibroids at the University Hospital of Navarra

Hidalgo Paredes A, Gómez-Gutiérrez Solana I, Modroño Blanco AI, García Barberena Unzu A, Pérez Sanz C, Karlsson Gil H

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Navarra.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la ablación por radiofrecuencia (ARF) en pacientes con miomas uterinos sintomáticos en el Hospital Universitario de Navarra.

Diseño: Estudio observacional prospectivo. Emplazamiento: Hospital Universitario de Navarra, España.

Participantes: 119 mujeres con miomas uterinos sintomáticos tratadas mediante ARF entre noviembre de 2021 y noviembre de 2023.

Principales variables de resultado: Reducción del volumen del mioma a los dos, tres, seis y doce meses; mejoría clínica; incidencia de complicaciones.

Resultados: El volumen medio inicial fue de 52.03 cm³. La reducción media fue del 30.4% a los dos meses, 47.1% a los tres meses, 56.6% a los seis meses y 60.2% a los doce meses ($p < 0.001$ en todos los casos). La tasa

de complicaciones fue del 1,6% y además se asociaron ocho fracasos técnicos (cuatro histerectomías y cuatro reintervenciones)

Conclusiones: La ARF es una técnica mínimamente invasiva eficaz y segura para el tratamiento de miomas sintomáticos, con una reducción media del volumen del 60% al año y una baja tasa de complicaciones.

Palabras clave: miomas uterinos, radiofrecuencia, tratamiento mínimamente invasivo, ablación, ginecología.

INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos son los tumores benignos más comunes del aparato reproductor femenino. Aunque muchos son asintomáticos, pueden causar síntomas significativos como sangrado uterino anormal, dolor pélvico y compresión de estructuras adyacentes. Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico ha sido la opción preferente, pero la aparición de técnicas mínimamente invasivas ha ampliado las opciones terapéuticas [1]

La ablación por radiofrecuencia (ARF) ha emergido como una alternativa eficaz, especialmente valorada por su mínima agresión quirúrgica, rápida recuperación y preservación del útero. Estudios previos, como el ensayo SONATA [2] y el estudio CHOICES [3], han respaldado su eficacia en la reducción del volumen del mioma y en la mejora de la calidad de vida.

CORRESPONDENCIA:

Ariadne Hidalgo Paredes
ariadnehidalgo@gmail.com

Este estudio tiene como propósito evaluar la eficacia y seguridad de la ARF en un entorno hospitalario real en el Hospital Universitario de Navarra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional prospectivo.

Población: mujeres con miomas sintomáticos en edad reproductiva, tratadas entre noviembre de 2021 y noviembre de 2023. Se incluyeron aquellas con síntomas como sangrado uterino anormal o compresión, que rechazaban la histerectomía o miomectomía. Se excluyeron miomas mayores de 180 cm³, más de tres miomas o de tipo 6 y 7 según FIGO [4].

Técnica: el procedimiento se realizó bajo sedación y control ecográfico transvaginal o transcervical. Se utilizó una aguja monopolar conectada a un generador de 480 kHz, 200 W máximo y rango térmico entre 5 y 95°C. Se registraron tiempos operatorios, estancia hospitalaria, reducción volumétrica ecográfica y aparición de complicaciones.

RESULTADOS

Se incluyeron 119 pacientes con una media de edad de 44.2 ± 6.8 años. El 54.6% presentaban miomas tipo 3 según FIGO y el 35.3% tipo 2. El volumen medio inicial del mioma fue de 52.03 cm³. Aproximadamente el 35% de los miomas presentaban un volumen inicial >60 cm³.

La media de duración del procedimiento fue de 4.4 minutos (DE ± 1.9).

Reducción del volumen de mioma:

- A los 2 meses: reducción media del 30.4% ($p < 0.001$)
- A los 3 meses: reducción media del 47.1% ($p < 0.001$)
- A los 6 meses: reducción media del 56.6% ($p < 0.001$)
- A los 12 meses: reducción media del 60.2% ($p < 0.001$)

El 62% de los miomas tratados mostraron una reducción significativa del volumen (>50%) a los 12 meses.

Complicaciones: la tasa global de complicaciones fue del 1,6%: dos casos que requirieron ingreso para analgesia endovenosa. Del mismo modo se registraron ocho casos de fracaso de tratamiento: cuatro pacientes que requirieron histerectomía por persistencia de los síntomas y cuatro que requirieron una segunda intervención de ARF.

DISCUSIÓN

Los resultados son concordantes con los reportados en estudios como el de Rey et al. [5], donde se observa una reducción media del volumen de hasta el 60% con mejoría clínica. La ARF se presenta como una alternativa válida y eficaz frente a tratamientos quirúrgicos convencionales, especialmente en pacientes que desean conservar el útero.

A pesar de los buenos resultados, se observó una variabilidad en la respuesta al tratamiento. Algunos miomas mostraron escasa reducción en los primeros meses o incluso aumento transitorio, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento prolongado. Solo 25 mujeres completaron el seguimiento de 12 meses, lo que representa una limitación importante.

CONCLUSIONES

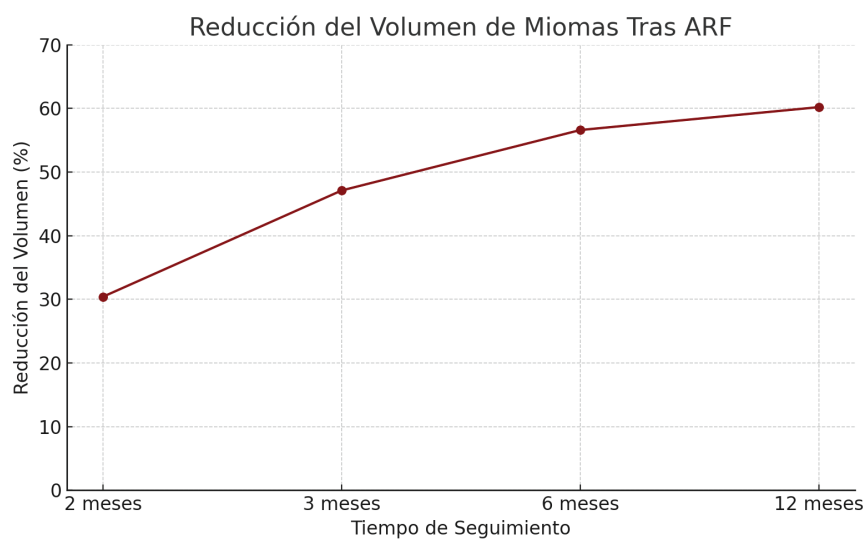
La ablación de miomas por radiofrecuencia es una alternativa mínimamente invasiva eficaz y segura para el tratamiento de miomas uterinos sintomáticos. Se observó una reducción promedio del 60% en el volumen del mioma al año, con una baja tasa de complicaciones. Sin embargo, es necesario continuar el seguimiento a largo plazo para evaluar el impacto en la fertilidad y la recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañete Palomo ML. Técnicas no quirúrgicas para el tratamiento de los miomas uterinos: embolización de las arterias uterinas (EAU), ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) y ablación por radiofrecuencia (ARF). *Medicina Clínica* 2023;161:S27–S31.
2. Lukes A, Green MA. Three-Year Results of the SONATA Pivotal Trial of Transcervical Fibroid Ablation for Symptomatic Uterine Myomata. *J Gynecol Surg* 2020;36:228–233.
3. Brooks EA et al. The CHOICES Study: Facility Level Comparative Cost, Resource Utilization, and Outcomes Analysis of Myomectomy Compared to Transcervical Fibroid Ablation. *ClinicoEconomics and Outcomes Research* 2020;12:299–306.
4. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. The FIGO Classification System (PALM-COEIN) for Causes of Abnormal Uterine Bleeding in Nongravid Women of Reproductive Age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):3–13.
5. Rey VE, Labrador R, Falcon M, Garcia-Benitez JL. Transvaginal Radiofrequency Ablation of Myomas: Technique, Outcomes, and Complications. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2019;29(1):24–31.

ANEXO: DATOS ESTADÍSTICOS Y GRÁFICO DE RESULTADOS

Tiempo de seguimiento	Reducción media de volumen (%)	Significancia estadística
2 meses	30,4 %	$p < 0.001$
3 meses	47,1 %	$p < 0.001$
6 meses	56,6 %	$p < 0.001$
12 meses	60,2 %	$p < 0.001$





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



Revisión de conjunto

La atención a la muerte fetal anteparto

Care for antepartum fetal death

Ocaña Martínez V, Díaz Rodríguez S, Caballero de Diego A, Huertas Fernández MA.

Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Getafe

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta revisión pretende brindar una orientación clínica basada en la evidencia, para el manejo integral de la muerte fetal intrauterina por encima de las 24 semanas de gestación, incluyendo tanto el diagnóstico como las opciones de parto, estudios postmortem, apoyo emocional y la planificación de futuros embarazos.

Está dirigida principalmente a obstetras y matronas, pero también a las mujeres y sus familias, médicos generales y responsables de la atención sanitaria. No incluye el tratamiento de los embarazos en el límite actual de viabilidad (22+0–23+6 semanas), los embarazos múltiples con viabilidad de un solo feto, la muerte fetal tras un feticidio, el nacimiento tardío de un feto papiráceo o el tratamiento de patologías médicas específicas asociadas con un mayor riesgo de muerte fetal anteparto, aunque muchas de las recomendaciones expuestas pueden extrapolarse a estas situaciones clínicas.

CORRESPONDENCIA:

Ocaña Martínez V

*Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario de Getafe*

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte perinatal como la suma de la mortalidad perinatal a partir de las 28 semanas de gestación, más la mortalidad neonatal precoz (aquella que ocurre en los primeros siete días de vida). Esto es así para poder hacer comparaciones internacionales, ya que no existe en todos los países obligatoriedad de registro en las muertes fetales de menor edad gestacional.

En países con más recursos como el nuestro, deberemos considerar muerte perinatal a la que sucede a partir de las 22 semanas de gestación o 500 g de peso.

Se define muerte fetal tardía como la muerte de un feto > 1.000 g de peso y/o mayor de 28 semanas de gestación.

La tasa de mortalidad perinatal, (definida como el número de defunciones perinatales al año / número total de nacimientos vivos o muertos x 1.000) en España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2023, se sitúa en 3,95 por cada 1.000 nacidos.

En nuestro país solo existe obligación por ley de registrar las muertes fetales con edades gestacionales de más de 180 días de concepción (25+5 semanas), siendo este hecho contradictorio con los límites aceptados de viabilidad fetal (23-24 semanas de edad gestacional). Dicho registro se realiza, en la mayoría de los casos, mediante la presentación por los padres del documento de “Declaración de alumbramiento de criatura abortiva” y del Boletín Estadístico del Parto en el Registro Civil. Esto conlleva problemas de infraregistro en edades gestacionales inferiores a las 25+5 semanas.

La muerte fetal es un problema importante de salud, ya que además de los efectos físicos, suele tener profundas repercusiones emocionales, psicológicas y sociales tanto en los padres como en sus familias y amigos. También puede ser es un posible desencadenante de importantes consecuencias económicas y psicológicas para las mujeres, las familias, los profesionales sanitarios y las comunidades.

En cuanto a la etiología, diversos estudios muestran que hasta el 60% de las muertes fetales son atribuibles a causas prevenibles o modificables, como un inadecuado control del crecimiento fetal, acceso tardío a cuidados prenatales o falta de seguimiento del bienestar fetal. Además, la desigualdad en salud obstétrica también juega un papel importante. Aún así, se han descrito diversos factores de riesgo como: (Gráfico 1)

- Muerte fetal previa.
- Crecimiento intrauterino restringido en una gestación previa.
- Parto pretérmino espontáneo previo.
- Obesidad.
- Enfermedades maternas crónicas.
- Técnicas de reproducción asistida (TRA).
- Edad materna.
- Hábitos tóxicos: drogas y tabaco.
- Gestación gemelar.
- Bajo nivel socioeconómico.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico de la muerte fetal intrauterina debe confirmarse mediante una ecografía que evidencie la ausencia de actividad cardíaca fetal. Este examen debe ser realizado por un profesional capacitado y, siempre que sea posible, confirmado por un segundo especialista. Se debe emplear un transductor adecuado, preferentemente abdominal, y visualizar el corazón en planos múltiples para descartar artefactos.

La evaluación posterior al diagnóstico debe incluir la medición del diámetro biparietal, longitud del fémur y volumen de líquido amniótico, para intentar estimar el intervalo de tiempo entre el fallecimiento y el momento del diagnóstico. Signos indirectos como el colapso del cráneo fetal, la presencia de edema subcutáneo, gas intraabdominal o la ausencia de movimientos fetales espontáneos pueden apoyar el diagnóstico, especialmente si la actividad cardíaca no es visible pero persiste la duda diagnóstica.

En algunas ocasiones, la madre puede referir movimientos fetales posteriores al diagnóstico; estos suelen corresponder a movimientos pasivos del feto al

cambiar la posición corporal de la madre, y no deben considerarse como una evidencia de viabilidad. Esta situación puede generar confusión y angustia, por lo que debe explicarse cuidadosamente.

No se recomiendan para el diagnóstico técnicas como la auscultación con estetoscopio de Pinard o el doppler portátil, debido a su baja sensibilidad y alta tasa de falsos negativos. Asimismo, la monitorización cardiotocográfica no tiene valor en el diagnóstico de la muerte fetal intraútero y no debe utilizarse con este fin.

Tras confirmar la ausencia de latido fetal, el informe ecográfico debe documentar la edad gestacional, posición fetal, presentación, placenta, índice de líquido amniótico y, si es posible, una estimación del peso fetal. Se debe proporcionar una copia del informe a la paciente y discutir los hallazgos de forma clara y comprensiva.

COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

La forma en que se comunica el diagnóstico de muerte fetal intraútero tiene un impacto profundo y duradero en la experiencia de duelo. Es fundamental que la noticia se dé en un entorno íntimo y tranquilo, a ser posible con personal entrenado en comunicación de malas noticias. El profesional debe ofrecerse a contactar con un familiar o acompañante si la mujer se encuentra sola, y evitar el uso de términos ambiguos como “no encontramos el latido”. Es preferible un lenguaje claro, por ejemplo: “Lamento informarle que su bebé ha fallecido”. Además, se debe validar el dolor emocional y permitir el tiempo necesario para que la paciente procese la información.

Tras esta primera información es fundamental ofrecer a la paciente información clara, comprensible y detallada sobre las opciones de parto. La elección debe estar basada en la evidencia clínica disponible, respetando los deseos de la mujer, y el impacto emocional del proceso.

Posteriormente, es esencial proporcionar recursos escritos y visuales sobre los siguientes pasos que se van a seguir, grupos de apoyo y alternativas disponibles. Debe garantizarse en lo posible, la presencia continua del mismo profesional para asegurar la confianza durante el proceso. Si existe una barrera idiomática o de comunicación, debe utilizarse un intérprete profesional, preferiblemente no familiar.

Todo el proceso debe estar centrado en la autonomía de la mujer, reconociendo la variedad de respuestas emocionales (shock, llanto, silencio, negación, culpa), intentando evitar frases minimizantes como “puedes intentarlo otra vez” o “al menos no fue más tarde”. Hay que tener en cuenta que cada persona procesa la pérdida de manera única y requiere un entorno libre de juicio.

VÍA DEL PARTO

Para la elección de la vía del parto debemos considerar la historia clínica, preferencias de la paciente, antecedente de cesáreas previas y la viabilidad emocional del proceso. En mujeres con cesárea previa, la decisión debe individualizarse, considerando el grosor de la cicatriz, la edad gestacional y los riesgos de rotura uterina durante el uso de misoprostol.

En la mayoría de los casos, se recomienda el parto por vía vaginal como primera opción, dado su menor riesgo de complicaciones, la recuperación más rápida, la menor morbilidad materna y el menor riesgo para futuros embarazos. La inducción del parto puede realizarse con mifepristona seguida de misoprostol, o con prostaglandinas, según edad gestacional, historia obstétrica y condiciones cervicales. En muchos casos, el parto se logra dentro de las primeras 24 horas tras la inducción.

La cesárea debe reservarse para situaciones con indicaciones clínicas específicas, como pueden ser: placenta previa, cesárea anterior con contraindicación para trabajo de parto, o complicaciones maternas que contraindiquen la vía vaginal. También podría considerarse si la paciente solicita este procedimiento por razones emocionales tras recibir consejo multidisciplinar, discutiendo con honestidad los riesgos quirúrgicos y las implicaciones para futuros embarazos.

El momento del parto puede ser inmediato o diferirse

privadas, acompañamiento continuo, presencia de la pareja si lo desea).

La mujer debe ser informada de que, si bien el proceso de parto puede ser angustiante, también representa una oportunidad para el vínculo, el recuerdo y la despedida. Permitir ver, sostener y pasar tiempo con el bebé fallecido, si la madre lo desea, puede ser una experiencia significativa y sanadora. Todo el equipo debe actuar con empatía, delicadeza y sin imponer decisiones, respetando el ritmo y las necesidades de cada familia.

6. ESQUEMA DE INDUCCIÓN DE PARTO

Las recomendaciones de la FIGO para el uso de misoprostol tras una dosis única de 200 mg de mifepristona vía oral en casos de muerte fetal intrauterina son:

ESTUDIOS POSTMORTEN

Los estudios posteriores a una muerte fetal intrauterina son esenciales para intentar establecer la causa, estimar el riesgo de recurrencia y planificar futuros embarazos. Deben ofrecerse de manera sistemática, con consentimiento informado a todas las familias.

Una autopsia perinatal completa, realizada por un patólogo especializado, sigue siendo el gold estándar, ya que puede proporcionar información diagnóstica relevante en hasta un 40–50% de los casos. Dicho estudio permite confirmar malformaciones, infecciones, retraso del crecimiento intrauterino, eventos hipóxicos,

Edad gestacional	Vía de administración	Dosis y frecuencia
24+0 a 24+6 semanas	Vaginal/oral/sublingual	400 µg cada 3 h
25+0 a 27+6 semanas	Vaginal/oral/sublingual	200 µg cada 4 h
≥28+0 semanas	Vaginal	25–50 µg cada 4 h
≥28+0 semanas	Oral	50–100 µg cada 2 h

hasta 48 horas si la paciente está estable. Este tiempo puede ser valioso para procesar emocionalmente la pérdida y planificar el proceso del nacimiento. Mas allá de este intervalo, se ha visto un aumento del riesgo de complicaciones hematológicas como la coagulación intravascular diseminada, especialmente en gestaciones avanzadas. La monitorización clínica diaria es esencial si se opta por diferir el parto.

También es importante ofrecer a la paciente opciones relacionadas con el manejo del dolor (analgesia epidural, opioides, métodos no farmacológicos) y garantizar que el entorno sea acorde a la situación emocional (habitaciones

o anomalías estructurales del cordón o la placenta entre otros hallazgos.

En paralelo, la histología placentaria puede aportar evidencia crucial. Análisis como la identificación de infartos, maduración anómala de las vellosidades coriales, vasculopatía decidual o infecciones crónicas permiten establecer mecanismos fisiopatológicos que no siempre son evidentes macroscópicamente. Esta evaluación debería ser realizada aunque la autopsia fetal sea rechazada.

Las pruebas genéticas también tienen un papel creciente en estos casos. El estudio mediante microarrays ha reemplazado al cariotipo convencional como técnica

inicial, ya que ofrece mayor resolución diagnóstica y mayor tasa de éxito, incluso en tejidos postmortem deteriorados. En casos con hallazgos específicos o antecedentes familiares, pueden indicarse pruebas más complejas como la secuenciación del exoma.

Desde el punto de vista materno, deben evaluarse causas infecciosas (VIH, sífilis, parvovirus B19, CMV, toxoplasmosis), autoinmunes (anticuerpos antifosfolípidos), hematológicas (CID) y endocrinas (diabetes, alteraciones tiroideas). El test de Kleihauer para hemorragia feto-materna también puede ser útil, sobre todo en fetos con anemia inexplicada.

Si la autopsia no es aceptada por la familia, deben ofrecerse alternativas diagnósticas no invasivas como la resonancia magnética o la ecografía postmortem, si estuvieran disponibles, ya que estos métodos tienen buena correlación con los hallazgos de autopsia. (Tabla 1)

Toda la información recabada tras los distintos estudios debe recogerse en un informe clínico completo y ser revisada con los padres en una consulta postnatal específica. Esto permite una comprensión integral del evento, apoya al duelo y contribuye a la toma de decisiones futuras informadas.

APOYO EMOCIONAL

El impacto emocional de una muerte fetal intrauterina es profundo y duradero, tanto para la mujer como para su pareja y su entorno cercano. El cuidado respetuoso y personalizado en estas situaciones es un componente esencial de la atención clínica. Los profesionales deben estar entrenados no solo en las prácticas obstétricas, sino también en habilidades de comunicación.

Desde el momento del diagnóstico, se recomienda permitir a la familia el tiempo y el espacio necesario para asimilar la información, expresar sus emociones y participar activamente en decisiones clave, como el tipo de parto, si desean ver o sostener al bebé, y qué recuerdos conservar (fotografías, huellas, vestimenta, etc.). Estas decisiones, aunque dolorosas, pueden tener un efecto terapéutico en el proceso de duelo si son acompañadas de forma adecuada.

Debe garantizarse un entorno físico adecuado a la situación, evitando ruidos de otros nacimientos, llantos o monitores fetales, aconsejándose si es posible el ingreso y permanencia en áreas especializadas para duelo perinatal. También es fundamental la continuidad asistencial por parte del mismo equipo profesional, con un enfoque humano y sin juicios.

El acompañamiento debe extenderse más allá del nacimiento. Se recomienda ofrecer seguimiento psicológico especializado, apoyo en salud mental, y

contacto con grupos de apoyo para familias que han vivido la misma situación. Asimismo, los equipos de salud deben reconocer que el impacto emocional puede extenderse a largo plazo e incluir síntomas de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad e insomnio persistente.

El abordaje también debe incluir a la pareja, y cuando corresponda, a otros hijos o miembros de la familia. Es crucial respetar diferencias culturales o religiosas en la vivencia del duelo. Los rituales, despedidas personalizadas y homenajes pueden ayudar en la integración del evento en la historia de vida de las familias.

Finalmente, se debe reforzar el mensaje de que la pérdida no tiene culpables, validando sus emociones y permitiendo espacios de escucha sin prisas. La empatía, la presencia activa del profesional, y el respeto a las decisiones individuales son pilares fundamentales para un acompañamiento ético y humano.

9. SEGUIMIENTO POSNATAL

El seguimiento clínico y emocional tras una muerte fetal anteparto es una etapa fundamental dentro del proceso de atención. Debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinario que incluya obstetras, personal de salud mental, especialistas en medicina materno-fetal y, cuando sea necesario, genetistas o especialistas en medicina interna.

Idealmente, la consulta de seguimiento debe realizarse entre las 6 y 12 semanas posteriores al parto. Debe incluir una revisión completa de todos los resultados de las pruebas postmortem realizadas: autopsia, histología placentaria, pruebas genéticas, serologías, cultivos y estudios hematológicos o endocrinos. Es importante explicar los hallazgos con un lenguaje claro y sensible, y ofrecer a los padres una copia del informe clínico detallado.

Además del análisis retrospectivo, en la consulta se debe abordar el impacto emocional y psicológico de la pérdida. La detección precoz de síntomas de duelo complicado, depresión perinatal, ansiedad o estrés postraumático es clave. En muchos casos, será apropiada la derivación a salud mental perinatal o a psicología especializada en duelo.

Otro componente esencial es la planificación de futuros embarazos. En base a la causa identificada, deben tomarse medidas preventivas personalizadas: heparina en trombofilias, control glucémico estricto en diabetes, vigilancia intensiva en casos de RCIU previo, etc. También deben corregirse factores modificables: IMC, tabaquismo, adherencia a controles prenatales, suplementación con ácido fólico, etc.

Es importante permitir a la mujer y su pareja decidir

el momento oportuno para un nuevo embarazo, ya que algunos padres pueden sentirse preparados tras pocos meses, y otros necesitar más tiempo. No debe presionarse ni medicalizarse el deseo reproductivo.

En embarazos posteriores, se recomienda seguimiento en consultas de alto riesgo obstétrico, siendo recomendable ofrecer una atención que tenga en cuenta el trauma previo, realizando ecografías periódicas, y acceso preferente a las consultas y apoyo emocional continuo. La validación de los temores, el acompañamiento respetuoso y la planificación del parto con sensibilidad son claves para reconstruir la confianza y disminuir el miedo.

Recomendaciones clave

- Se recomienda como tratamiento de primera línea para la inducción del parto la combinación de mifepristona y prostaglandinas (Grado B).
- La pauta para la inducción constaría de una dosis única de 200 miligramos de mifepristona vía oral seguido de:
 - 24+0–24+6 semanas de gestación: 400 microgramos de misoprostol (oral/sublingual/vaginal) cada 3 horas.
 - 25+0–27+6 semanas de gestación: 200 microgramos de misoprostol (oral/sublingual/vaginal) cada 4 horas.
 - a partir de las 28+0 semanas de gestación: 25–50 microgramos por vía vaginal cada 4 horas, o 50–100 microgramos por vía oral cada 2 horas [Grado C].
- No existe suficiente evidencia clínica disponible para recomendar un régimen específico de misoprostol a partir de las 28+0 semanas de gestación en mujeres con antecedente de parto mediante cesárea o cicatriz uterina [Grado D].
- A las mujeres con más de dos partos anteriores mediante cesárea transversa baja o con cicatrices uterinas atípicas se les debe informar de los riesgos personalizados de la inducción del parto [Grado D].
- El personal debe estar capacitado para informar a las familias sobre la vía del parto en estos casos. Se recomienda el parto vaginal en la mayoría de las ocasiones, aunque en algunas excepciones será necesario considerar el parto mediante cesárea. [Grado D].
- Se debe informar de forma detallada a los padres tanto de los aspectos clínicos como psicológicos de un parto por vía vaginal frente a un parto mediante cesárea [Grado C].
- Los padres deben ser atendidos en un entorno que les proporcione seguridad e intimidad, sintiéndose apoyados durante su duelo. (GPP).
- Se deben realizar las pruebas clínicas y de laboratorio necesarias para evaluar el estado de salud materno y determinar la causa de la muerte fetal, así como la probabilidad de recurrencia y los medios para evitar posibles complicaciones en futuros embarazos [Grado D].
- Se debe informar a los padres que realizando un estudio completo que incluya la necropsia fetal y el estudio histopatológico de la placenta, es posible encontrar una causa posible o probable en hasta tres cuartas partes de las muertes fetales intrauterinas. [Grado B].
- A todos los padres se les debe ofertar la realización de estudio genético mediante amniocentesis o muestra de tejido fetal. Dicho estudio se realizará siempre después de obtener el consentimiento informado por escrito (GPP).
- Se debe informar a los padres que la autopsia puede brindar información que a veces puede ser crucial para el manejo de un futuro embarazo (Grado B)

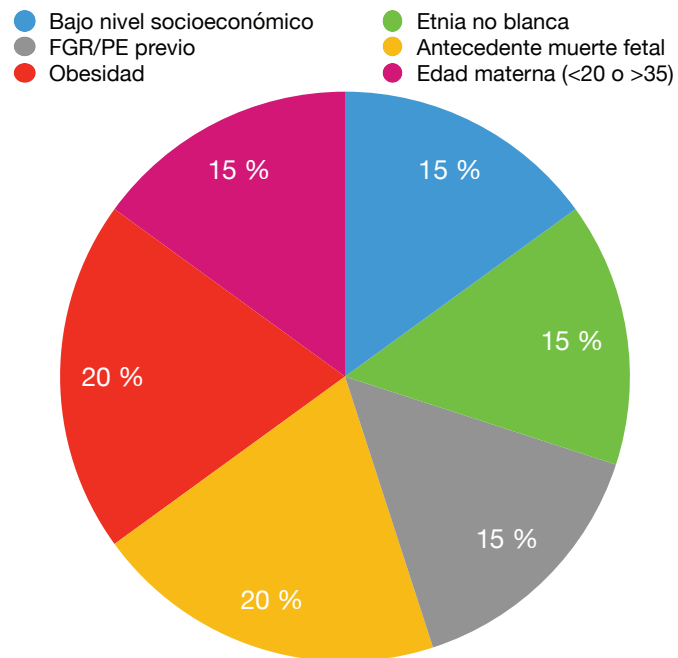
BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699#_tabs-tabla
2. Instrucción de 9 de octubre de 2015, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre comunicación electrónica de nacimientos desde centros sanitarios. BOE núm. 246, de 14 de octubre de 2015, páginas 95.246 a 95.260 (15 págs.). Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ins/2015/10/09/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ins/2015/10/09/(1))
3. Lams JD, Berghella V. Care for women with prior preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(2):89- 100.
4. Cham M, Sundby J, Vangen S. Fetal outcome in severe maternal morbidity: Too much stillbirths. *Acta Obstet Gynecol* 2009;88(3):343-9.
5. Burden C, et al. Care of late intrauterine fetal death and stillbirth. *BJOG*. 2025;132:e1–e41.
6. NICE. Induction of Labour. NICE Guideline NG207. National Institute for Health and Care Excellence. 2021.
7. Heazell AEP, et al. Management of stillbirth: a clinical guideline. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2020;30(4):117–124.
8. RCOG. Information for parents: When your baby dies before birth. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2024.
9. Erlandsson K, Lindgren H, Malm MC, Davidsson-Bremborg A, Radestad I. Mothers' experiences of having a stillborn baby. *Omega (Westport)*. 2011;63(2):163–80.

10. Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Causes of death among stillbirths. JAMA. 2011;306(22):2459–68.
11. Shelmerdine SC, Hutchinson JC, Arthurs OJ. Postmortem imaging: an update. Insights Imaging. 2021;12(1):101.
12. Thayyil S, Sebire NJ, Chitty LS, et al. Post-mortem MRI versus conventional autopsy in fetuses and children. Lancet. 2013;382(9888):223–33
13. National Bereavement Care Pathway. [Internet]. Available from: <https://nbcpathway.org.uk>
14. Sands. Stillbirth and Neonatal Death Charity. [Internet]. Available from: <https://www.sands.org.uk>
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 55. 2024

ANEXOS

Gráfico 1. Distribución de factores de riesgo para muerte fetal anteparto



Fuente: Elaboración propia basada en Green-top Guideline No. 55 (RCOG, 2024).

Tabla 1. Estudios postmortem recomendados tras muerte fetal anteparto

Categoría	Investigación	Justificación / Indicaciones
Maternas	Hemograma, coagulación, fibrinógeno	Evaluar CID y complicaciones asociadas
Maternas	Serologías: VIH, CMV, Parvovirus B19, toxoplasmosis	Identificar infecciones transplacentarias
Maternas	Anticuerpos antifosfolípidos	Descartar SAF en antecedentes de FGR o PE
Fetales	Autopsia completa	Diagnóstico estructural, malformaciones, anomalías ocultas
Fetales	Cariotipo, microarray genético	Identificar aneuploidías y síndromes genéticos
Placenta	Histología placentaria	Detectar FGR, infartos, vasculopatías, corioamnionitis
Alternativas	RMN postmortem / ecografía postmortem	Opciones si no se consiente autopsia



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



TRIBUNA HUMANÍSTICA

ISABEL DE FARNESIO: PARTOS PARA CONQUISTAR PODER

ISABELLA FARNESE: BIRTHS TO CONQUER POWER

Isabel de Farnesio (figura 1) fue acorde a la historia reina consorte, pero en la realidad ejerció el poder y el gobierno de España durante los años que estuvo casada con Felipe V dada la ausencia anímica de su marido. Desde el punto de vista obstétrico y político es a mi juicio una de las reinas más atrayentes de España



Figura 1. Isabel de Farnesio Museo del Prado

ver a Isabel vestida con sobriedad italiana. Con desdén murmuró: «¡Vaya reina que nos envían! Vestida como una campesina...». Horas después, la sorpresa fue mayúscula: por orden directa de Isabel y con la complicidad del cardenal Alberoni, la Ursinos fue detenida y escoltada a la frontera. En una sola noche, la mujer más poderosa de la corte pasó del mando absoluto al destierro. La vida misma. Una noria: Un día arriba al siguiente abajo. Con este golpe maestro, Isabel desterró la sombra francesa y abrió paso a la facción italiana, empezando a imponer su autoridad.

Tras la muerte de la primera esposa del rey, María Luisa Gabriela de Saboya, Isabel desembarcó en España sin conocer personalmente a su marido y con un recibimiento frío. Llegaba a una corte dividida y dominada por la influencia francesa, donde su figura parecía destinada a la sumisión. Sin embargo, muy pronto demostró que su papel sería otro, no la dócil consorte que algunos esperaban, sino una soberana decidida a abrirse camino con astucia y firmeza. Para ello le sirvió también la excelente educación que había recibido. Hablaba varios idiomas y era lectora empedernida de libros clásicos relacionados con la política y el poder. El cardenal Alberoni había vendido en la corte española que solo sabía coser y bordar, pero la realidad era bien distinta. Antes ya de instalarse en Madrid, Isabel mostró su carácter indomable. La todopoderosa y déspota Princesa de los Ursinos, camarera mayor y confidente de Felipe V, había orquestado el matrimonio convencida de que la joven italiana sería manejable. Pero el 23 de diciembre de 1714, en Jadraque, (figura 2) todo cambió.

El viaje era largo y fatigoso. La comitiva, cargada de baúles, séquitos y carruajes, se abrió paso entre caminos polvorientos y colinas sinuosas. Aquel día, los heraldos anunciaron que la siguiente parada sería Jadraque, villa famosa por su castillo, “*el más hermoso de la cristiandad*”, como había escrito Lope de Vega.

El encuentro entre ambas estuvo cargado de tensión. La Ursinos, habituada al boato francés, se escandalizó al



Figura 2. Castillo-de-Jadraque



Figura 3. Parma

En 1714, en la corte española la llamaban “*La Parmesana*”. El mote hacía referencia a su tierra natal, Parma, figura 3 una región italiana célebre desde el Renacimiento por su arte, su música... y también por su queso más famoso: el Parmigiano Reggiano, conocido en castellano como queso parmesano. Figura 4

Así, el apodo tenía un matiz doble: por un lado, recordaba con cierto desdén sus orígenes provincianos italianos, frente al boato francés que dominaba la corte de Felipe V; por otro, evocaba un producto típico de su tierra que ya era apreciado en las mesas aristocráticas de Europa. Con el tiempo, “*La Parmesana*” se convirtió en una forma de subrayar que Isabel nunca olvidó sus raíces



Figura 4. Queso Parmesano

de Parma y que su proyecto político estuvo siempre orientado a asegurar ducados y coronas italianas para sus hijos. Del mismo modo que el queso parmesano era un emblema de calidad y tradición de su tierra, Isabel fue el símbolo de una España que luchaba por no quedar relegada en el tablero europeo y recuperar sus territorios en Italia.

Si la política fue su primera victoria, la maternidad sería su campo de batalla constante. Entre 1716 y 1731 Isabel de Farnesio tuvo nueve embarazos dos abortos y siete partos. En términos médicos actuales, fue una gran múltipara. Sobrevivió a todos los partos y a sus riesgos sobre todo las hemorragias, con sus consecuentes anemias, y las infecciones puerperales. La obstetricia de la época ofrecía pocos recursos: infusiones calmantes, baños calientes, frías con aceites, oraciones, e intervenían las comadronas bajo la supervisión de médicos. No existía anestesia ni técnicas antisépticas, de modo que cada parto suponía un verdadero desafío vital.

Para Isabel sus maternidades, no eran solo hechos íntimos, sino estrategias políticas. Los hijos de la reina Saboya ocupaban ya posiciones de privilegio, y los de Isabel necesitaban un destino propio. Esa presión se encarnó en su cuerpo y la convirtió en madre y diplomática a la vez. Convirtió a esa prole en reyes, reinas y fundadores de dinastías transformando cada parto en un movimiento estratégico y cada hijo en una pieza del tablero europeo.

El primero fue un parto normal en 1716 y el recién nacido fue bautizado como Carlos. Figura 5

Su obsesión fue clara desde el inicio: asegurar reinos para sus hijos en Italia, la tierra que nunca dejó de sentir como propia. Con astucia y firmeza, encaminó la política exterior española hacia ese objetivo, aunque eso significara nuevas guerras. España luchó en la Guerra de la Cuádruple Alianza (1718) y más tarde en la Guerra de Sucesión de Polonia (1733), siempre con la vista puesta en el mapa italiano. El fruto de tanta insistencia llegó en 1734, cuando su hijo Carlos conquistó Nápoles y Sicilia, siendo coronado rey con apenas 18 años. Luego en 1759 sería rey de España, Carlos III uno de los mejores reyes que hemos tenido. figura 6

Su segundo parto no tuvo buen destino porque el hijo llamado Francisco de Paula (1717–1717) murió en la infancia.



Figura 5. Carlos de niño



Figura 6. Carlos III Cazador. Museo del Prado

El tercer parto fue una niña: Mariana Victoria (1718–1781) Infanta de España. Fue prometida al rey de Francia Luis XV y tras una rocambolesca historia devuelta a España. Casó posteriormente con José I de Portugal y fue reina consorte de nuestros vecinos.

El cuarto Felipe fue el Borbón que conquistó Parma sin disparar un tiro. Nacido en 1720 su futuro era incierto.



Figura 7. Felipe de Borbón Parma

Pero Isabel no estaba dispuesta a dejarlo relegado. El Ducado de Parma, situado en el norte de Italia, entre Lombardía y la Toscana, era pequeño, pero estratégicamente clave. Sus fértiles llanuras, regadas por el río Po, lo convirtieron en un centro agrícola y comercial de peso. Controlar Parma significaba ganar prestigio y abrir un enclave privilegiado en la política italiana del siglo XVIII. La oportunidad llegó en 1731, cuando murió sin herederos varones Antonio Farnesio, último duque de Parma. Isabel reclamó aquel ducado para su hijo, apelando a su propia sangre Farnesio. Tras la Guerra de Sucesión Austríaca, el Tratado de Aquisgrán (1748) confirmó a Felipe como duque de Parma, Plasencia y Guastalla. Así nació la dinastía Borbón-Parma, que aún perdura.

Los embarazos y los partos no eran óbice para que Isabel manejara los asuntos de estado evitando que manejaran a su marido que ya daba síntomas de enfermedad mental progresiva. No se aseaba, ni cortaba el pelo ni las uñas excepto cuando Isabel intervenía. Fue por ello y por los recortes que hacía en los gastos superfluos que la llamaban las tijeras del reino de España. Aficionada a la caza acompañaba a Felipe V a las monterías y aprovechaba esta casi única afición del rey para reconducir sus estados de ánimo.

El quinto embarazo dio como fruto una niña bautizada como María Teresa Rafaela (1726–1746): Infanta de España. Casada con Luis Fernando, Delfín de Francia; fue Delfina de Francia. Murió muy joven, en 1746, a los 20 años, poco después de dar a luz a una hija que también falleció a los pocos días.



Figura 8. Jardines del Palacio de la Granja de San Ildefonso

El sexto Luis Antonio Jaime (1727–1785): Infante de España. Arzobispo de Toledo y por tanto Cardenal primado de España. Como era hijo menor y ya había herederos varones su madre le encaminó a la carrera eclesiástica, una vía habitual para príncipes segundones de aquella Europa. El cargo no estaba mal pero su salud era frágil y no destacó en demasía.

El séptimo parto fue niña María Antonia Fernanda (1729–1785): Infanta de España. Casada con Víctor Amadeo III, Rey de Cerdeña, fue Reina consorte de Cerdeña.

Tuvo un papel político y dinástico muy importante: fue madre de doce hijos, varios de los cuales desempeñaron cargos destacados en la Europa de finales del siglo XVIII y principios del XIX.

Con el tiempo el apodo pintoresco de la Parmesana dejó paso a otros más cargados de respeto, e incluso de temor. Su carácter firme, su decisión de abrirse paso en una corte hostil y su empeño en asegurar futuros reinos para sus hijos hicieron que la conocieran como “*La Reina Intrigante*”. Diplomáticos extranjeros repetían que más que reina consorte era “*La Gobernanta*”, pues tomaba decisiones, trazaba alianzas y destituía ministros con la misma seguridad que un soberano.

En la correspondencia política europea circulaba otro nombre: “*La Reina Política*”, porque parecía haber nacido para trazar estrategias y mover piezas en el tablero internacional, especialmente en Italia, donde luchó con obstinación para que sus descendientes heredaran ducados y coronas.

Isabel, mujer de convicciones férreas y ambiciones claras, aceptó todos aquellos apodosos consciente de que tras cada mote se escondía la certeza de que en ella ardía una energía política y personal capaz de cambiar destinos.

En España, Isabel también dejó huella cultural: apoyó la creación de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando y abrió la corte a arquitectos y artistas italianos, que diseñaron el palacio de la Granja de San Idelfonso figura 8, el Versalles Español.

Poseía además una magnífica biblioteca y adquirió numerosas obras de arte, pinturas y esculturas la mayoría de las cuales pueden admirarse hoy día en el museo del Prado.

Cuando murió Felipe V en 1746, su hijastro Fernando VI heredó el trono y relegó a Isabel al retiro en La Granja. Pero la historia le dio un último papel: tras la muerte sin descendencia de Fernando, en 1759, Isabel asumió la regencia hasta que llegó desde Nápoles su hijo Carlos, convertido en Carlos III de España.

Así, Isabel de Farnesio, la mujer que entró casi de puntillas en la corte española, acabó asegurando que sus hijos gobernarán en Madrid, Parma y Nápoles. Una reina consorte que tejió con paciencia la red política que cambiaría la geografía dinástica de Europa.

Demostró que la maternidad, lejos de ser solo un destino biológico, fue en su caso un instrumento de poder. Supo convertir sus partos en fichas diplomáticas, y utilizó cada nacimiento como palanca de influencia.

En su historia se cruzan la ginecología, la política y la voluntad. Cada parto fue una negociación entre la vida y la muerte, entre el dolor físico y la gloria dinástica. Isabel no fue solo madre de reyes: fue madre de un nuevo orden europeo.

Cada vez que añado queso parmesano a las pastas o a las pizzas no puedo evitar acordarme de esta reina y casi siempre comentar con las comensales estas sus anécdotas.

JOSÉ MANUEL BAJO ARENAS
FELLOW AD EUMDEM RCOG

Save the date

19 y 20 de septiembre

Palacio de Congresos de Toledo El Greco



III Congreso Nacional **SEGERF**

TOLEDO 2025



Sociedad Española de
Ginecología Estética
Regenerativa Funcional
SEGERF

www.congresosegerf2025.com

III Congreso Nacional SEGERF

Sociedad Española de Ginecología Estética
Regenerativa y Funcional

TEMAS A TRATAR

TERAPIAS REGENERATIVAS EN IUE

ALGORITMOS TERAPEUTICOS A NIVEL DE REGENERACIÓN EN PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

SGM, LEV, Lipodistrofia de labios mayores...

HEMODERIVADOS

PRP, PRP-HA, SARC, Exosomas

LADD

NUEVOS AVANCES-MISCELANEA

ESTÉTICA GENITAL

Aumento de labios mayores, labioplastia-hoodplastia, rejuvenecimiento con EBD y con exoxomas-PRP-mesoterapia, lipofiling, redicción de la grasa del monte de Venus...

NOVEDADES EN EBD

HORMONOTERAPIA

MICROBIOTA Y NUTRICIÓN

Mejoría con tratamientos regenerativos, menopausia, enfermedades autoinmunes, fertilidad...

TRATAMIENTOS REGENERATIVOS PARA EL DOLOR PÉLVICO

Radiofrecuencia, HIFEM, magnetolith, procaina, scenar, toxina botulínica...



Secretaría Técnica SEGERF

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

Tel: 91 517 87 88 • Mail: info@segerf.org



Organizado por:

Sociedad Española de
Ginecología Estética
Regenerativa Funcional
SEGERF

Save the date

•Málaga 2025
23 y 24 de octubre



GINEP
ginecología
privada



**UN EVENTO RENOVADO Y CON IMPACTO:
LA CIENCIA POR ENCIMA DE TODO**

Innovación y excelencia en un entorno ideal para la actualización profesional, el intercambio de ideas y el desarrollo de nuevas colaboraciones.

LA REUNIÓN DE REFERENCIA DEL SEGUNDO SEMESTRE

Contenido científico de primer nivel, renombrados ponentes y formatos de participación muy novedosos. Esta 14ª edición promete consolidar a GINEP como el encuentro ginecológico ineludible.

Avance de contenidos y novedades

SPEED NETWORKING MÉDICO

Un encuentro tipo "First Dates" durante el almuerzo del jueves, facilitando el contacto entre asistentes y la industria farmacéutica para fomentar colaboraciones y oportunidades profesionales.

MESA DE EXPERTOS "SIN POWERPOINT CHALLENGE"

Este formato busca enriquecer el debate y la transmisión de conocimientos sin el apoyo de diapositivas, fomentando la narración de casos reales y experiencias personales.

BATTLE OF EXPERTS

Dos especialistas enfrentarán posturas opuestas en temas controvertidos como la cirugía robótica en ginecología oncológica o el uso del pellet en terapia hormonal, con participación activa del público.

CONSULTORIO EN VIVO "TUMOR BOARD"

Inspirado en los Tumor Board americanos, un panel de expertos abordará casos clínicos en tiempo real, con la participación del público mediante votaciones interactivas.

EL GINEP PITCH - LA IDEA MÁS INNOVADORA

Un espacio breve y dinámico donde residentes y especialistas presentan en 2 minutos sus ideas más innovadoras, con valoración de un jurado y el público.

PREMIOS GINEP "BALÓN DE ORO" Y HONORÍFICO A LA TRAYECTORIA

- Reconocimiento a la innovación, investigación y humanización en ginecología.
- Ruta Interactiva por la Historia de la Ginecología a cargo del galardonado con el premio a la trayectoria.

MESAS CIENTÍFICAS REESTRUCTURADAS Y ESPECÍFICAS

- MEDICINA MATERNO-FETAL
- REPRODUCCIÓN ASISTIDA
- SALUD INTEGRAL DE LA MUJER: Más Allá de la Ginecología
- GINECOLOGÍA REGENERATIVA
- MENOPAUSIA

NUEVOS TALLERES ESPECIALIZADOS

- Simulación en ecografía ginecológica de alta resolución.
- Reparación perineal avanzada.
- Soft Skills en Ginecología - Simulación de comunicación de malas noticias y manejo de pacientes difíciles.
- IA y Ginecología: Cómo las herramientas de IA están revolucionando la especialidad THM de la A a la Z: reflexiones para conocer qué tratamiento utilizar en cada paciente.
- Nutrición y salud hormonal en la mujer - Enfoques clínicos y prácticos.



www.ginep.es

Organizado por:
CLÍNICA PALACIOS
SALUD DE LA MUJER

Save the date
3 de octubre
2025



VI Jornadas en
**Salud Postreproductiva
de la Mujer**

Dra. Carmen Pingarrón



Hotel Rafael Atocha • **Madrid**

VI Jornadas en

Salud Postreproductiva de la Mujer



Infecciones de transmisión sexual: últimos avances en diagnóstico y tratamiento.



HPV: impacto de las nuevas recomendaciones y de la implementación del cribado y la vacunación. Visión y enfoque global de una larga historia natural.



Menopausia y sofocos: alternativas hormonales y no hormonales de tratamiento.



SGM: importancia de un tratamiento eficaz desde el inicio.



Miomas: abordaje médico o quirúrgico y cuando hacerlo.



Prevención de fracturas desde la ginecología. ¿Cómo lo hacemos?



Nutrición, sobrepeso y obesidad. ¿Cuándo la ve el ginecólogo y cuándo la deriva al endocrino?



Manejo de los trastornos del ánimo y la ansiedad en las consultas de ginecología.



Vitamina D, ¿Es tan importante?



Estilo de vida saludable. Dieta, ejercicio, y cuáles son los complementos imprescindibles.

¡Y todos los temas de interés para que en nuestro día a día, podamos estar más preparados y ser el pilar de nuestras pacientes!

Organizan



Universidad Europea MADRID



Hospital
quirónsalud
San José



Ginegetafe^{SL}

Secretaría Técnica

meet & forum

Pso. Santa María de la Cabeza, 66. Entlo. • 28045 Madrid
Tel.: +34 91 517 87 88 • Fax: +34 91 517 87 89
www.meetandforum.com • congresos@meetandforum.com

Acreditación



Solicitada la
Acreditación de
Formación Continuada
de la Comunidad de
Madrid