

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Marzo 2025

Año MMXXV





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

editorial  
**SELENE**

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

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

**EDICIÓN PUBLICIDAD**  
91 639 59 65

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

**SUSCRIPCIONES**  
91 639 59 65

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

**TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL**

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

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

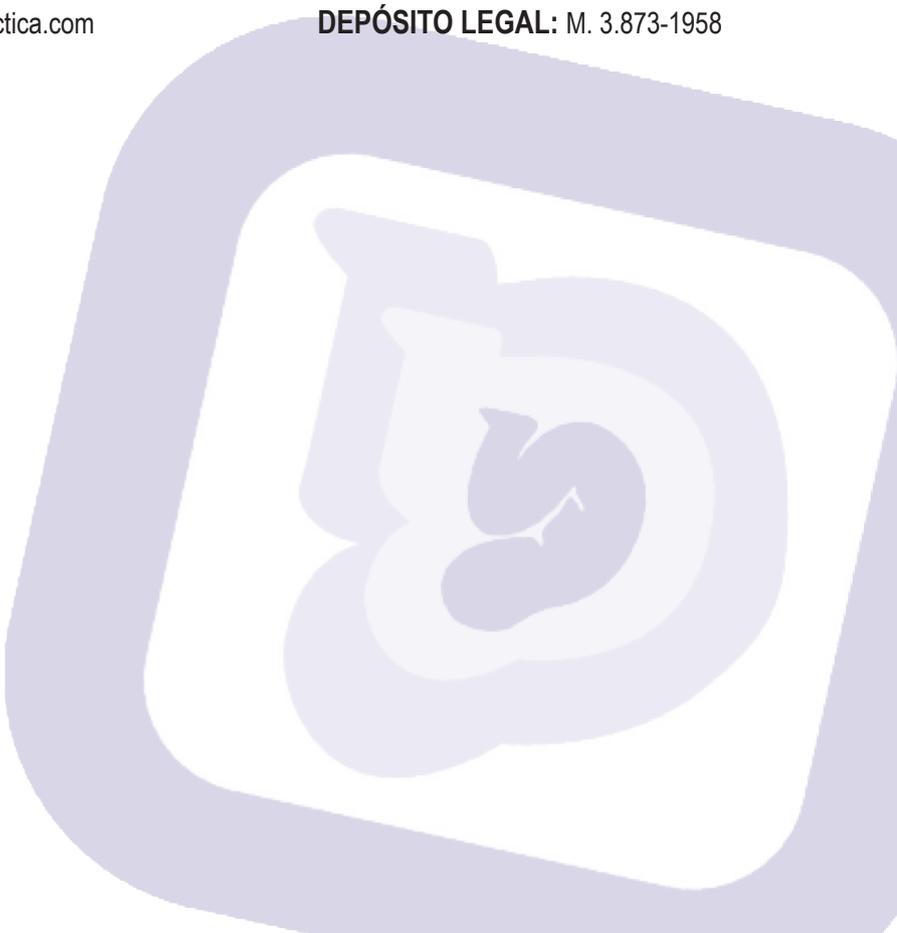
**PUBLICACIÓN AUTORIZADA**  
como soporte válido:  
Ref. SVR núm 117-R-CM

**Periodicidad:**  
6 números al año

**ISSNO:** 0040-8867

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

**DEPÓSITO LEGAL:** M. 3.873-1958





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

**DIRECTOR HONORÍFICO**

Cruz y Hermida, J

**DIRECTOR**

Bajo Arenas, J.M

**DIRECTOR CIENTÍFICO**

Huertas Fernández, M.A

**EDITORES**

Palacios Gil-Antuñano, S  
Mendoza Ladrón de Guevara, N

**SECRETARIOS DE REDACCIÓN**

Escribano Tórtola, J.J  
Marcos Fernández, M

---

**COMITE CIENTÍFICO**

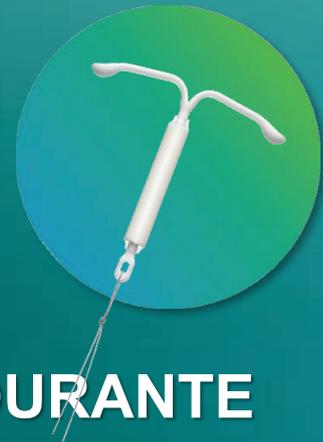
Acién Álvarez, P.  
Álvarez de los Heros, J.I.  
Álvaro Navidad, P  
Barri Ragué, P. N.  
Barrio Fernández, P. del  
Bonilla Musoles, F.  
Bruna Catalan, I.  
Calleja Abu-Amshah, J.  
Castelo-Branco, C.  
Carrasco Rico, S.  
Cortés Bordoy, J.  
Criado Enciso, F.  
Cristóbal García, I.  
Díaz Recasens, J.  
España 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.  
Laila Vicens, J. M.  
López García, G.  
Martínez Pérez, O.  
Martínez-Astorquiza, T.  
Miguel Sesmero, J. R. de  
Pérez-Medina, T.  
Pingarron Santofimia, MC  
Plaza Arranz, J  
Ramírez Medina, E  
Sánchez Borrego, R.  
San Frutos Llorente, L.  
Troyanno Luque, J.  
Usandizaga Calpasoro, M.  
Usandizaga Elio, R.  
Vidart Aragón, J. A.  
Zapardiel Gutiérrez, I



# Mirena®

0,02 MG CADA 24 HORAS SISTEMA DE LIBERACIÓN INTRAUTERINO  
LEVONORGESTREL



## MIRENA® DIU-LNG ES EFICAZ DURANTE **8 AÑOS**<sup>1</sup> EN ANTICONCEPCIÓN **5 AÑOS**<sup>1</sup> EN SMA<sup>\*</sup>

**\*Si los síntomas no vuelven a aparecer después de 5 años de uso, se puede considerar el seguir utilizando el sistema. Retirar o sustituir después de 8 años como máximo.**<sup>1</sup>



MIRENA® OFRECE **ALTOS ÍNDICES DE SATISFACCIÓN (98,7%)** EN AQUELLAS MUJERES QUE LO USARON DURANTE 8 AÑOS.<sup>2</sup>

**DIU: dispositivo intrauterino; LNG: levonorgestrel; SMA: sangrado menstrual abundante.**

Referencias:

1. Ficha técnica de Mirena®. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63158/FT\\_63158.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63158/FT_63158.html). Accedido el 17/03/2025
2. Jensen JT, Lukkari-Lax E, Schulze A, et al. Contraceptive efficacy and safety of the 52-mg levonorgestrel intrauterine system for up to 8 years: findings from the Mirena Extension Trial. Am J Obstet Gynecol. 2022 Sep 9:S0002-9378(22)00729-3.

FICHA TÉCNICA: Mirena® 0,02 mg cada 24 horas sistema de liberación intrauterino. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: Bayer Hispania, S.L.; Av. Baix Llobregat 3-5; 08970 Sant Joan Despí (Barcelona), España. Con receta médica. Medicamento de diagnóstico hospitalario. Financiado por el Sistema Nacional de Salud, a través de Servicios Farmacéuticos autorizados. P.V.P. (IVA): 111,40€. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (<https://www.aemps.gob.es/>). Puede acceder a la ficha técnica disponible en CIMA haciendo clic aquí: [:: CIMA :: FICHA TECNICA MIRENA 0.02 mg CADA 24 HORAS SISTEMA DE LIBERACIÓN INTRAUTERINO \(aemps.es\)](https://www.aemps.gob.es/cima)

 Salud de  
la **mujer**

PP-PF-WHC-ES-0531-1 03/25



# Ácido láctico como tratamiento y prevención de la vaginosis bacteriana: Revisión de la evidencia científica

Cancelo MJ (1); Suárez JE (2); Ana Rosa Jurado AR (3); Losa F (4) y Centeno C (5)

1 - Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid.

2 -Departamento de Microbiología. Universidad de Oviedo, Oviedo.

3 - Vocal de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM).

4 - Clínica Sagrada Familia. Barcelona.

5 - Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

## INTRODUCCIÓN

Las molestias vaginales son una causa frecuente de consulta ginecológica en mujeres en edad fértil, representando hasta el 20% de las visitas. La vaginosis bacteriana (VB) es la afección más común, causada por un desequilibrio en la microbiota vaginal, caracterizado por la disminución de *Lactobacillus* y el aumento de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis*, *Fannyhessea vaginalis* o *Atopobium*. Todas ellas producen aminas volátiles que elevan el pH vaginal (>4,5).

Clínicamente, la VB se manifiesta con flujo vaginal blanco-grisáceo, mal olor (a pescado) y, en ocasiones, síntomas irritativos. Se ha asociado con enfermedades de transmisión sexual. Los síntomas pueden empeorar tras el coito o la menstruación. Un porcentaje importante de mujeres son asintomáticas. Factores como la actividad sexual, el tabaquismo y las duchas vaginales aumentan la prevalencia, mientras que el uso de preservativos y anticonceptivos hormonales la disminuyen.

La recurrencia de la VB es un problema significativo, afectando la calidad de vida y generando ansiedad. Además, impacta en los costes sanitarios directos e indirectos, aumentando el riesgo de complicaciones en el embarazo como parto prematuro. La prevalencia global de VB en mujeres en edad reproductiva varía entre el 23% y el 29% según la región geográfica, con un alto coste económico asociado.

El diagnóstico se basa en los criterios de Amsel (flujo vaginal, olor, células pista "clue cells", pH >4,5) o la clasificación de Nugent (tinción de Gram). El diagnóstico diferencial principal es con la candidiasis vaginal. El

objetivo de este artículo es revisar la evidencia disponible para un tratamiento adaptado a cada tipo de paciente: VB leve/moderada, severa, recurrente y en el embarazo analizando el papel del ácido láctico.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en PubMed combinando términos clave como "ácido láctico", "vaginosis bacteriana", "recurrencia" y "disbiosis", incluyendo guías de práctica clínica relevantes. Las publicaciones se examinaron, revisaron y clasificaron.

## RESULTADOS

Los objetivos del tratamiento de la VB son aliviar los síntomas, eliminar los agentes causantes y restaurar el ecosistema vaginal mediante la repoblación con lactobacilos y, de ese modo, prevenir las recurrencias. Solo se tratan los casos sintomáticos y recurrentes. El ácido láctico, producido naturalmente por los lactobacilos, mantiene un pH vaginal bajo, previniendo la disbiosis. Tiene propiedades microbicidas, viricidas e inmunomoduladoras, siendo eficaz incluso en presencia de biofilms. Su actividad es comparable a la del metronidazol, con la ventaja de que reduce el mal olor.

Las guías de práctica clínica recomiendan antibióticos como metronidazol o clindamicina como tratamiento estándar. Sin embargo, diversos estudios exploran la eficacia del ácido láctico solo o en combinación con antibióticos. Mendling et al. (2022) formulan recomendaciones para el uso de ácido láctico en diferentes grupos de pacientes: VB por primera vez, recurrente y durante el embarazo. El

ácido láctico también estaría indicado en las infecciones mixtas si persisten los síntomas de VB tras tratar la candidiasis.

## DISCUSIÓN

La VB es una afección común causada por un desequilibrio en la microbiota vaginal. La recurrencia afecta la calidad de vida y aumenta el riesgo de complicaciones en el embarazo. El tratamiento con ácido láctico restablece el pH vaginal y promueve la proliferación de lactobacilos, normalizando la microbiota. Además, interrumpe el ciclo de recidivas promovido por patógenos como *G. vaginalis*.

El ácido láctico podría ser beneficioso en los primeros episodios de VB, en VB recurrente, en el embarazo y en mujeres que desean gestación. En infecciones mixtas, se recomienda si persisten los síntomas de VB tras tratar la candidiasis. Sus propiedades microbiocidas, viricidas e inmunomoduladoras sugieren que protege el entorno vaginal más allá de la simple acidificación, disminuyendo la secreción anormal y el mal olor. Esto lo convierte en una buena opción para el manejo de la VB y sus recurrencias.

## CONCLUSIÓN

El ácido láctico representa una alternativa o complemento valioso en el manejo de la vaginosis bacteriana, gracias a su capacidad para restaurar el equilibrio de la microbiota vaginal y aliviar los síntomas, con un buen perfil de seguridad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jurado López AR, Losa Domínguez F, Suárez Fernández JE, Cancelo Hidalgo MJ, Centeno Mediavilla C. Vaginosis bacteriana: aportando respuestas. *Prog Obstet Ginecol* 2022;65:47- 55.
2. Mendling W, Shazly MAE, Zhang L. The Role of Lactic Acid in the Management of Bacterial Vaginosis: A Systematic Literature Review. *Future Pharmacol* 2022; 2(3): 198-213.
3. Hay P, Patel S, Daniels D; Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV. UK National Guideline for the management of Bacterial Vaginosis 2012.
4. Peebles K, Velloza J, Balkus JE, McClelland RS, Barnabas RV. High global burden and costs of bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis* 2019; 46(5): 304-11.
5. Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, et al. Association between Bacterial Vaginosis and Preterm Delivery of a Low-Birth-Weight Infant. *N Engl J Med* 1995; 333(26): 1737-42.

# TUS PACIENTES SE MERECEEN +

**+ PROTECCIÓN  
+ BIENESTAR**

Nuevo complemento alimenticio que ayuda a mantener el equilibrio de la microbiota vaginal



**NUEVO**



**4 CEPAS MICROBIÓTICAS**

3 CEPAS DE LACTOBACILLUS  
*Lactiplantibacillus plantarum LP - PBS067*  
*Lactiseibacillus rhamnosus LRHO20*  
*Lactobacillus helveticus LAFTIL10*

1 CEPA DE BIFIDOBACTERIAS  
*Bifidobacterium lactis BLO4*

**+**



**VITAMINA B2 (1,4 MG)**

- Ayuda al mantenimiento de la mucosa vaginal
- Contribuye a la protección de las células del daño oxidativo

## EFICACIA DEMOSTRADA POR ESTUDIOS CLÍNICOS

con las cepas *L. plantarum*, *L. rhamnosus* – *B.lactis*

Coloniza la vagina<sup>1</sup> y disminuye la tasa de recurrencias de vaginosis bacteriana del 16% al 40%<sup>2</sup>

### ¿PARA QUIÉN?

Mujeres que quieran **PREVENIR** desequilibrios en la microbiota vaginal

**1 CÁPSULA AL DÍA**

Tomar durante al menos **15 días**

Mujeres que tengan **DESEQUILIBRIOS** en la microbiota vaginal

**1 CÁPSULA AL DÍA**

Tomar durante al menos **15 días**, y **alargar hasta 30 días** en caso de recidivas, toma de antibiótico o síntomas intensos

## GAMA DE PRODUCTOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD ÍNTIMA FEMENINA



ESTE QR REMITE A LA FICHA TÉCNICA DEL MEDICAMENTO

**GINE-CANESTÉN® 500mg**  
CÁPSULA VAGINAL BLANDA  
Tratamiento candidiasis



Medicamento sin receta  
PVP+IVA: 12€

**GINECANESBALANCE®**  
Tratamiento vaginosis



Producto sanitario

**GINECANESFLOR+®**  
Equilibrio microbiota vaginal



Probiótico / complemento alimenticio



Cosmético

**GINECANESCALM® 200ml**  
Higiene calmante

**GINECANESCALM GEL-CREMA®**  
Irritación



Cosmético

**GINECANESFRESH®**  
200ml y 400ml  
Higiene diaria



Cosmético

1. Mezzasalma, V., et al., Orally administered multispecies probiotic formulations to prevent uro-genital infections: a randomized placebo-controlled pilot study. Arch Gynecol Obstet, 2017, 295(1): p. 163-172

2. F Murina Evaluation of an orally administered multistrain probiotic supplement in reducing recurrences rate of BACTERIAL Vaginosis : A clinical and microbiological study. Advances in infectious diseases 2019, 9, 151-161

## Afrodisíacos que funcionan. Tips para tu consulta

### Castaño R (1), Gallego R (2)

1 Psicóloga clínica, sexóloga clínica y psicoterapeuta. Clínica Palacios (Madrid)

2 Médico de familia, sexólogo clínico y psicoterapeuta. [www.consultadrgallego.com](http://www.consultadrgallego.com) (Madrid y Barcelona)

¿Qué consideramos afrodisíacos? Pues todo aquello que excita o estimula nuestro deseo sexual.

El deseo está influido por factores orgánicos, como el estado hormonal de la persona, pensemos en la bajada de la libido en un contexto de hipoestrogenismo cuando llega la menopausia. También está influido por factores psicológicos o emocionales, como pasa cuando estamos estresados o deprimidos, o tenemos problemas de pareja y también se afecta por todo lo que nos ocurre en nuestro entorno social, por

1 ejemplo el trabajo, la familia, la situación económica, etc (1).

El deseo sería algo que en general ocurre primero, y ocurre a nivel cerebral, mientras que la excitación sería un fenómeno más físico, que afecta al cuerpo, y que ocurre tras la activación cerebral del deseo. La excitación implica la vasodilatación (que produce la erección del pene, del clítoris y la lubricación vaginal) e implica la activación neuroendocrina. Y estos mismos son los fundamentos fisiológicos, el

mecanismo de acción, de las sustancias afrodisíacas que luego abordaremos. Es verdad que, por lo general, el deseo provoca la excitación, aunque también puede ocurrir que la excitación active el deseo, como describió Basson 2 en su famoso artículo del modelo cíclico de la excitación sexual.

El deseo se puede activar o estimular de multitud de formas:

- Lo novedoso - Música
- Olores
- Tacto
- Fantasías
- Estímulo visual

En igual medida se puede inhibir de multitud de maneras:

- Rutina
- Dolor
- Menopausia
- Enfermedad
- No comunicación
- Problemas de pareja
- Sabores
- Sentirse deseado
- Atracción física
- Atracción intelectual - Poder
- Estímulo químico
- Falta de cuidados
- Falta de higiene
- Maltrato
- Medicamentos (ISRS, antihipertensivos...)
- Desinterés
- Problemas económicos

### Únicamente repetimos aquello que nos resulta placentero.

El dolor no suele ser placentero y por tanto, si las relaciones sexuales son dolorosas, habrá una tendencia a no querer tenerlas. Las pacientes que refieren dolor con las relaciones sexuales deben ser estudiadas a fondo para descartar organicidad: sequedad vaginal por un SGM, liquen, prolapso de órganos pélvicos...y muchas veces es tan sencillo de solucionar como prescribiendo un lubricante/hidratante vaginal/vulvar, o un estrógeno local. Muy importante la derivación al especialista en ginecología

### Prescribir estimulantes del deseo en la consulta.

- Estilo de vida saludable. Es fundamental cuidarnos, hacer ejercicio, dejar el tabaco, limitar la ingesta de alcohol, y dormir bien. Si no estamos descansados...

no hay deseo. Hay que hacerse revisiones médicas periódicas y si aparece algún problema, saberlo y tratarlo adecuadamente. Si existe un problema de salud mental como ansiedad o depresión...es muy importante buscar ayuda profesional. Estar y sentirnos bien nos erotiza y es un potente afrodisíaco.

- **Masturbación.** Conocer el propio cuerpo. Acariciarlo. Saber cómo darnos placer. Es mucho más fácil pedirle a tu pareja aquello que te da placer si tu ya lo sabes.
- **Comunicación abierta y honesta.** Es importante saber qué le gusta a tu pareja y qué no, en el ámbito sexual. La comunicación genera intimidad y la intimidad es un potente afrodisíaco.
- **El ocio compartido en la pareja, sin niños y sin otras personas, y haciendo algo que les guste a ambos (salir a cenar, teatro, cine, exposición, fin de semana ...)** es uno de los factores que correlaciona más con la frecuencia y satisfacción sexual. El ocio compartido hay que agendarlo. Darle espacio a la pareja para que pueda surgir la complicidad y la intimidad.
- **Sustancias afrodisíacas de origen fitoterápico (ver siguiente punto).**

Un error que vemos con frecuencia en nuestra consulta es que la única intervención para mejorar el deseo sea la prescripción de alguna sustancia afrodisíaca (Damiana, Maca...), dejando de lado las dimensiones psicológica y social del deseo, así como la relación con la pareja. Muy importante el abordaje bio-psico-social y la derivación a un profesional de la psicoterapia y/o la sexología en caso de ser necesario.

### Prescripción de sustancias estimulantes del deseo de origen fitoterápico (3)

Podemos también utilizar sustancias afrodisíacas, como un complemento más. Hemos visto que el deseo tiene componentes psicológicos, emocionales, sociales y orgánicos. Las sustancias afrodisíacas impactan a nivel vascular (vasodilatación), hormonal (aumentando la testosterona o sus precursores) y mejorando los niveles de neurotransmisores a nivel del sistema nervioso (DA, NA, 5HT). Mencionamos aquí los principales afrodisíacos fitoterápicos que tienen el respaldo de la evidencia científica. Podéis encontrar más información en la menoguía de productos naturales de la AEEM . Es muy importante utilizar estos productos a las dosis adecuadas, ya que habitualmente se prescriben a dosis menores de las eficaces. También hay que tener en cuenta que los efectos en la libido tardan en aparecer de 4 a 8 semanas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Castaño R., Gallego R. *Terapia Sexual Relacional (2022)*. Colección Pensamiento Relacional. Editorial Ágora Relacional.
2. Basson, R., Brotto, L.A., Laan, E., et al (2005). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2(3):291-300 <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x>
3. Navarro M.aC, Losa F, Beltrán E, Ortega M.aT, Carretero M.aE, Cañigüeral S, Bachiller I, Vila R, Alonso M.aJ, López-Larramendi JL, Allué J, Martín M, Cornellana M.aJ, Mendoza N, Castelo-Branco, C. *Productos naturales en la mujer madura, MenoGuía AEEM. Primera edición 2022.*

	Deseo	Excitación	Orgasmo	↑Óxido nítrico	Actuación sobre hormonas y NT
<b>Maca</b>	Si	Si	Si	Si	No
<b>Damiana</b>	Si	Si	Si	Si	↑Testosterona ↑Dopamina.
<b>Tribulus</b>	Si	Si	Si	Si	↑DHEA ↑Testosterona
<b>Fenogreco</b>	Si	Si	Si	No	↑Testosterona
<b>Ginkgo biloba</b>	No	Si	Si	Si	No
<b>Ginseng</b>	Si	Si	Si	Si	↑DHEA
<b>Azafrán</b>		Si			↑dopamina
<b>Aswaghanda</b>	Si	Si	Si	No	↑Testosterona
<b>Pinus pinaster spp atlántica</b>	Si	Si	Si	Si	↑Testosterona

# LA CISTINA,

*el elemento esencial para conseguir la mejor respuesta de crecimiento en caída del cabello*

CISTINA, EL ELEMENTO ESENCIAL PARA CONSEGUIR LA MEJOR RESPUESTA DE CRECIMIENTO EN CAÍDA DEL CABELLO.

¿Llevas años con la sensación de estar perdiendo cabello, sintiendo que se torna más frágil y pierde volumen? Entonces probablemente tengas de alopecia crónica o “androgénica”.

¿Las responsables? Hormonas masculinas (también presentes en las mujeres), llamadas andrógenos, que aceleran las fases de crecimiento del cabello hasta el punto de promover su miniaturización y desaparición. Un problema que afecta hoy al 25% de las mujeres de más de 50 años. Todo está, por supuesto, condicionado por la diferente sensibilidad de los individuos a los andrógenos y por ciertas predisposiciones genéticas. Pero cuidado: ciertos factores ambientales (malos hábitos alimentarios, medicamentos, estrés) también pueden influir.

A diferencia de lo que se denomina “efluvio telógeno”, aquella caída del cabello temporal y reactiva que tiene una causa psicológica (estrés, shock emocional, etc.) u orgánica (carencias, tratamientos farmacológicos, posparto, etc.), la alopecia crónica también puede beneficiarse de tomar suplementos alimenticios ricos en cistina, que actúan en la base del problema.

## ¿Qué es la cistina?

Probablemente conozcas la queratina, la proteína que constituye el 95% de cada cabello. La cistina es una de sus materias primas. De hecho, es uno de los aminoácidos que permite la correcta síntesis de la queratina, y el que aporta su fuerza y



resistencia gracias a los puentes disulfuro que forma. Además, está demostrado que la formación de queratina y el diámetro del cabello dependen de tener disponible una alta cantidad de cistina.

Dado que la queratina no puede ser digerida, es esencial, si queremos construir una queratina de calidad, incluir en nuestra dieta aminoácidos azufrados como la cistina.

Para ello, nada mejor que comer huevos, pescado, verduras o aceite de girasol. Hay muchos ingredientes en los que se encuentra cistina de forma natural, aunque no es fácil llegar a consumir dosis elevadas. Por ello la suplementación está perfectamente indicada para favorecer el crecimiento del cabello. Y aquí es donde entra en juego Cystiphane anagen, suplemento alimenticio de Laboratoires Baileul.

# CYSTIPHANE



## Cystiphane anagen, aliado del crecimiento del cabello

Cystiphane anagen es un complemento alimenticio rico en cistina y vitamina B6, pero también en zinc, selenio, biotina y extracto de Eruca sativa y Cardo mariano, que ayudan a estimular el bulbo piloso y promueven el crecimiento de nuestro cabello.

Se toman tres comprimidos al día en una o dos tomas con las comidas durante 3 meses, renovable. Además, pueden combinarse con los cosméticos de la gama Cystiphane como la loción y el champú anticaída, permiten cuidar el cabello de forma sencilla... ¡y eficaz!

**Advertencia:** Cystiphane anagen no sustituye a la dieta equilibrada y variada, ni un estilo de vida saludable. En caso de duda, pide consejo a tu médico

**Baileul**  
LABORATOIRES

# INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL: Avances en Diagnóstico y prevención

**Pingarrón Santofimia C**

Departamento de Medicina  
Facultad de Medicina, Salud y Deportes Universidad Europea de Madrid

Las ITS son causadas por más de 30 diferentes tipos de bacterias, virus y parásitos. El contagio normalmente es por contacto sexual, incluyendo las prácticas sexuales por vía vaginal, anal y oral.

Las ITS más frecuentes atendiendo a su origen causal serían:

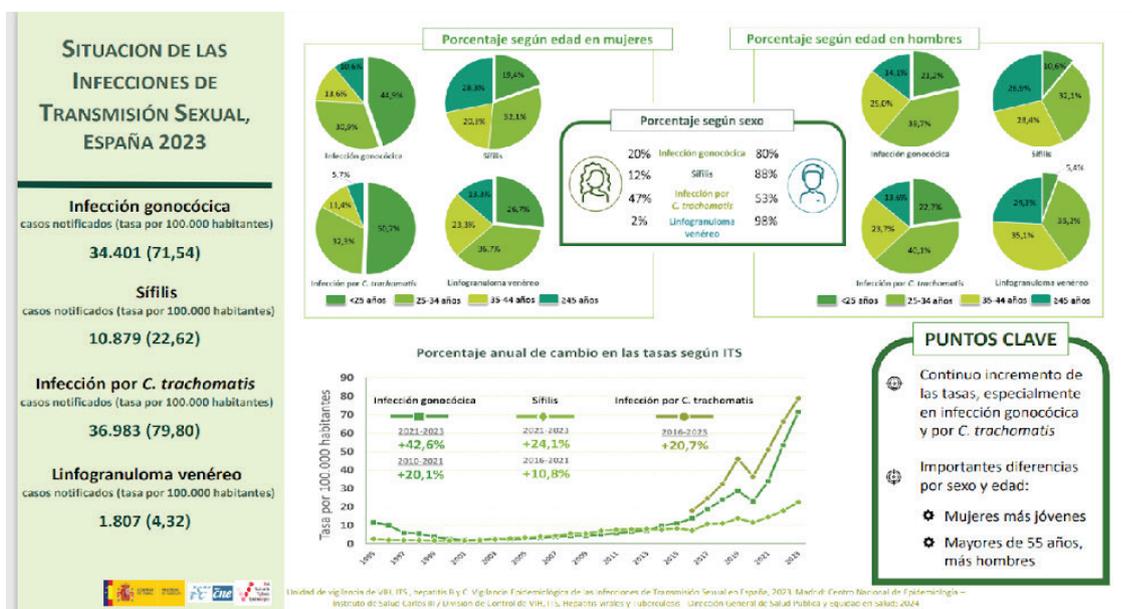
- + por bacterias: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoea y Mycoplasma genitalium
- + por virus: HPV, HIV, Herpes simplex virus, Hepatitis B y C + por protozoos y parásitos: trichomonas vaginalis
- Muchas pueden también ser transmitidas de forma vertical de madre a hijo durante el embarazo y el parto

## POR QUÉ TESTAR LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Las registradas son solo la punta del iceberg
- La mayoría de las ITSs son asintomáticas.
- Las ITSs pueden acarrear serias consecuencias a parte del impacto de la infección de la persona, como:
  - Enfermedades Crónicas.
  - Transmisión de enfermedades Madre – Hijo.

Muchas de las ITSs pueden ser fácilmente diagnosticadas y tratadas.

Las ITS son más comunes de lo que pensamos y a menudo son asintomáticas. En España las Infecciones



bacterianas más frecuentes son producidas por clamidia, seguidas por gonococo y después la sífilis. Desde el año 2015 ha habido un continuo incremento en las tasas de ITS, especialmente de las infecciones por gonococo y clamidia. Podemos observar importantes diferencias por sexo y por edad, e incluso entre las diferentes comunidades autónomas. La incidencia de clamidias es mayor en la Comunidad Autónoma de Madrid, en Cataluña y País Vasco, y tiene mayor incidencia en mujeres jóvenes entre 20 y 34 años y a partir de los 34 años, la incidencia es mayor en hombre que en mujeres. El gonococo, además de las 3 comunidades autónomas anteriores, se añade la comunidad andaluza, siendo más frecuente en hombres que en mujeres sobre todo en jóvenes entre 20 y 34 años, pero afecta a todos los grupos de edad (1)

El menor uso del preservativo, el inicio de las relaciones sexuales cada vez a edades más tempranas, y los nuevos hábitos sexuales sobre todo entre la población adolescente, hacen que este sea el grupo más vulnerable (2)

### **¿Qué consecuencias adversas y graves para la salud trae el contraer una ITS?**

La clamidia y la gonorrea a menudo son asintomáticas y son universalmente aceptadas como agentes etiológicos de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres. Dicha EPI derivará en infertilidad, dolor pélvico crónico, y aumento de la tasa de embarazos extrauterinos en mujeres. En varones es causante de uretritis y epididimitis que pueden llevarles a esterilidad. Además, en ambos sexos se incrementa el riesgo de adquisición y transmisión tanto del HPV como del HIV.

Por tanto se hace necesario que establezcamos cribados sistemáticos y proactivos para la detección precoz. (3,4)

### **Por qué es importante un buen cribado**

Los cribados proactivos para ITS son esenciales. Hay muchas infecciones que pueden ser asintomáticas durante largos periodos de tiempo, y de esta forma se continúan transmitiendo a más población. Además un buen cribado permite un tratamiento inmediato de las infecciones y también previene complicaciones a largo plazo punto por lo tanto sería una ayuda a reducir la transmisión entre la población.

En España existe un documento de consenso entre el Ministerio de sanidad y las diferentes sociedades científicas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, en niños y en adolescentes, que nos ayudará a realizar un cribado completo y eficaz. (5)

Es importante identificar a la población de riesgo donde se incluye la población con:

- + múltiples parejas sexuales o pareja sexual con múltiples parejas concurrentes.
- + prácticas sexuales con una persona diagnosticada o recién tratada de ITS +nueva pareja sexual en los últimos 12 meses.
- + tener antecedentes de ITS.
- + prácticas sexuales con personas trabajadoras del sexo.
- + consumo de alcohol u otras sustancias asociadas a prácticas sexuales, el denominado chemsex.
- + uso inconsistente del preservativo con las parejas sexuales.
- + sexo en grupo swinging, orgías, sesiones, chilis, etcétera.

El grupo de adolescentes y jóvenes menores de 25 años está incluido en las guías de ITS principales como grupo de especial interés epidemiológico, al igual que los hombres bisexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, las víctimas de violencia sexual, las personas transgénero, y los grupos de población con privación de libertad.

### **POBLACION DE CRIBADO**

Se recomienda ofrecer y/o realizar un cribado de ITS cuando se cumpla cualquiera de las siguientes condiciones (5):

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

Las recomendaciones de cribado y periodicidad también son diferentes en el caso de las parejas estables o de los grupos de riesgo. En parejas estables el cribado debe realizarse al inicio de la relación. Y en grupos de riesgo el cribado debe ser anual o también después de cualquier cambio de pareja. En población de muy alto riesgo podría recomendarse incluso cada 3 meses. (5)

### **POBLACIONES ESPECIFICAS: MUJERES EMBARAZADAS**

Incidir en la prevención de las ITS en este periodo de especial relevancia por la posible transmisión vertical durante el embarazo o la lactancia.

-Se recomienda efectuar el cribado de las diferentes ITS con la frecuencia recomendada en la población general según la situación y las prácticas de riesgo.

-Por ello, se realizarán al menos en el primer trimestre y, si éste resultase negativo, considerar repetirlo en el segundo y tercer trimestre y durante el parto.

-El cribado de VIH y otras ITS debe realizarse en el momento del parto en todas las mujeres/personas embarazadas que no hayan acudido a controles prenatales.

Se recomienda realizar pruebas de detección de CT (Clamidia) y NG (Gonococo) en todas las mujeres embarazadas menores de 25 años y en mujeres mayores de 25 años que presenten un mayor riesgo para su adquisición, en la primera visita prenatal. (5)

Recomendaciones referentes al cribado en adolescentes

I. Se recomienda el cribado de rutina anual para CT y NG en mujeres adolescentes sexualmente activas y en función de las prácticas sexuales y otras conductas de riesgo en varones sexualmente activos.

II. Ofrecer un test de sífilis y VIH a los adolescentes sexualmente activos a los 15 años y con periodicidad variable en función de las prácticas sexuales. (5)

## PRUEBAS DE CRIBADO

Pruebas Necesarias para Infecciones Comunes

El consenso actual para la generalización del cribado en población asintomática debe incluir:

+ La realización de ensayos serológicos para el despistaje de VIH, sífilis y hepatitis virales (VHB, VHC).

+La realización de  
para el diagnóstico de y

+ Cultivo de exudado cervical y uretral

## TECNICAS DE DIAGNOSTICO DE LAS ITS

El diagnóstico de las ITS ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Hace años nos basábamos en la observación clínica del exudado vaginal, después .sitamohcarT .C eaeohrronoG .N )NAAT( socielcun sodicá ed nócicafilpma ne sadasab sacincét tuvimos el apoyo de la microscopía directa, continuamos con los cultivos de los exudados vaginales y endocervicales, y en la actualidad disponemos de nuevas tecnologías por amplificación de ácidos nucleicos, o también llamadas TAAN, que son los test diagnósticos actuales más recomendados.

- TAAN: Esta metodología consiste en la amplificación de secuencias de ADN o ARN usando varias técnicas, tal como la PCR ó TMA. Los ensayos Aptima en clamidia, gonococo, y el combo que detecta ambas infecciones muestran el excelente rendimiento diagnóstico.

- Actualmente son las técnicas recomendadas para la detección de las infecciones urogenitales en mujeres y varones con y sin síntomas debido a su alta sensibilidad y

especificidad, y por su rapidez (6,7,8)

- La PCR puede llegar a detectar 1 microorganismo por muestra, mientras que el umbral de detección de los otros métodos es de 1.000 microorganismos.(9,10,11)

- N. gonorrhoeae y C. trachomatis en ocasiones coexisten, con lo que las pruebas diagnósticas deberían diagnosticar ambos patógenos

- Cultivo de exudado cervical y uretral: aunque el cultivo es menos sensible que la PCR, se debe de realizar ya que es la única prueba diagnóstica que permite realizar estudios de sensibilidad antimicrobiana. Además es la técnica recomendada en el caso de infección persistente o sospecha de fracaso terapéutico

## TIPO DE MUESTRAS

Muestras genitales:

- Primera fracción de orina (PFO), 15-20 mL iniciales, (preferido a exudado uretral) o al menos 2-4 horas sin orinar, para infección uretral asintomática en personas con pene, independientemente del uso de métodos de barrera. -Exudado vaginal para infección endocervical, independientemente del uso de métodos de barrera,. Posibilidad autotoma

Muestras extragenitales:

- Exudado rectal mediante autotoma para la infección rectal, indicado en HSH, personas trans y otras personas con prácticas anales receptivas.
- Exudado faríngeo recogido por personal sanitario o autotoma si posibilidad de instrucción, para la sospecha de infección en esta localización.
- No está indicado el cribado de CT en faringe. Cualquier resultado positivo de NG en faringe por TAAN debería confirmarse con una segunda técnica.
- No se recomienda cribado extragenital en mujeres cis salvo indicadores de riesgo como diagnóstico de NG o CT en pareja sexual o trabajadores/as sexuales.

## VACUNACION RECOMENDADA FRENTE A ITS

-HEPATITIS A, B

-HPV

-Mpox: tras la primera aparición de casos en mayo de 2022, el brote de Mpox fue declarado por la OMS como una emergencia de salud pública de importancia internacional en julio de 2022. La vacunación en España se inició en junio de 2022 y se está realizando con una vacuna bajo dos marcas comerciales (IMVANEX y JYNNEOS), vacunas frente a la viruela clásica que han demostrado inmunidad cruzada frente ambos virus.

Otras vacunas: 4CMenB: recientemente, en Reino

Unido, se ha aprobado la administración de la vacuna antimeningocócica 4CMenB (Bexsero®), no sólo para GBHSH, sino también para todas aquellas personas potencialmente en riesgo de adquirir una infección gonocócica (historia reciente de gonorrea u otra ITS, un nuevo diagnóstico de gonorrea o tener relaciones desprotegidas con múltiples parejas).

### CONCLUSIONES: EDUCACIÓN SANITARIA Y ESTUDIO DE CONTACTOS

La información sobre el sexo seguro debe de formar parte de todas las consultas de salud sexual.

El estudio de contactos tiene beneficios clínicos y de salud pública.

Avanzar en innovaciones tecnológicas son pasos cruciales para maximizar el impacto y reducir las infecciones.

Trabajar la concienciación en la población es también primordial.

### BIBLIOGRAFÍA

1. [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Vigilancia\\_ITS\\_1995\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Vigilancia_ITS_1995_2023.pdf)
2. <https://bebloomers.com/observatorio-its-mujeres-espana/> Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica
3. Swain GR, et al. Decision analysis: point-of-care Chlamydia testing vs. laboratory-based methods. *Clin Med Res.* 2004;2(1):29-35. doi:10.3121/cmr.2.1.29.
4. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 2010;116(2):419-28. doi:10.1097/AOG.0b013e3181e92c54
5. <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gesida-gehep.pdf>
6. Prospecto del ensayo Aptima Combo 2 AW-19693-301 Rev.001, San Diego, CA; Hologic Inc. 2020
7. Prospecto del ensayo Aptima Chlamydia trachomatis 502184ES-IFU-PI, Rev.007, San Diego, CA; Hologic Inc. 2019
8. Prospecto del ensayo Aptima Neisseria gonorrhoea 502185ES-IFU-PI, Rev.007, San Diego, CA; Hologic Inc. 2019
9. Chernesky M, et al. High Analytical Sensitivity and Low Rates of Inhibition May Contribute to Detection of Chlamydia trachomatis in Significantly More Women by the APTIMA Combo 2 Assay. *J Clin Microbiol.* 2006;44(2):400-405. doi:10.1128/JCM.44.2.400-405.2006.
10. Renault et al., Renault CA, Israelski DM, Klausner JD, et al. Time to Clearance of Chlamydia trachomatis ribosomal RNA in women treated for chlamydial infection. *Sexual Health;* 2011;8:69-73.),
11. Morre et al., 1998; Roosendaal et al., 1993; 4. Vogels et al., 1993

# SEIDIGYN ÓVULOS

La **solución integral** para la sequedad vaginal

**Calma**

VITAMINA E  
ACEITE DE MELALEUCA  
ÁCIDO GLICIRRETÍNICO

**Hidrata**

ÁCIDO HIALURÓNICO  
POLICARBÓFILO  
VITAMINA A

**Equilibra**

ÁCIDO LÁCTICO



**NOVEDAD**

**FÓRMULA  
ÚNICA**



MEDICAL DEVICE CE 0425

Ctra. de Sabadell a Granollers, Km 15,  
08185 Lliçà de Vall (Barcelona, Spain)  
+34 93 844 57 30 - info@lab-seid.com  
[www.lab-seid.com](http://www.lab-seid.com)

SEID  LAB

## OSTEOPOROSIS Y SALUD ÓSEA DE LA MUJER

**Presa Lorite, JC (1); De la Viuda García, E (2)**

1 Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Jaén

2 Especialista en Obstetricia y Ginecología. HM Gabinete Velázquez

La osteoporosis es una enfermedad metabólica ósea de alta prevalencia en la mujer, especialmente tras la menopausia, cuyo manejo eficaz requiere una evaluación integral del riesgo y estrategias terapéuticas basadas en la evidencia. Un aspecto clave es optimizar la salud ósea, destacando la importancia de la valoración de los factores de riesgo y estrategias eficaces de manejo.

Hay que destacar la importancia de alcanzar un pico óptimo de masa ósea durante la juventud y su conservación a lo largo de la vida. La adquisición de una adecuada densidad mineral ósea (DMO) en las primeras décadas es determinante en la reducción del riesgo de fractura en la senectud. Factores como la ingesta de calcio, la exposición solar, el ejercicio de resistencia y la ausencia de hábitos deletéreos como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol son determinantes en la calidad del tejido óseo y deben ser evaluados sistemáticamente en la práctica clínica.

Se ha destacado el papel esencial del calcio y la vitamina D en el metabolismo óseo. La homeostasis del calcio está estrechamente ligada a niveles adecuados de vitamina D, cuya función es potenciar la absorción intestinal del calcio y la mineralización ósea. Se ha enfatizado la dificultad de alcanzar niveles séricos óptimos de 25-hidroxivitamina D ( $\geq 30$  ng/mL) en gran parte de la población, debido a la insuficiente exposición solar y a la baja ingesta dietética de alimentos ricos en esta vitamina. La deficiencia de vitamina D compromete la absorción de calcio, aumentando la resorción ósea secundaria a hiperparatiroidismo compensatorio. En consecuencia, la suplementación con vitamina D se hace necesaria en gran parte de las mujeres postmenopáusicas, especialmente aquellas con factores de riesgo como edad avanzada, obesidad o malabsorción.

Otro aspecto útil en la práctica diaria es la introducción de la prueba Trabecular Bone Score (TBS) como herramienta diagnóstica complementaria

a la densitometría ósea (DXA). Mientras que la DXA proporciona una medición cuantitativa de la DMO, el TBS evalúa la microarquitectura ósea, lo que permite una estratificación más precisa del riesgo de fractura, especialmente en pacientes con valores de DMO en el rango osteopéxico o con fragilidad ósea discordante con la densitometría.

La terapia hormonal de la menopausia (THM) juega un papel clave como tratamiento osteoprotector de primera línea en mujeres con indicación adecuada. Su efecto antirresortivo se debe a la reposición estrogénica, que reduce la actividad osteoclástica y preserva la microarquitectura ósea. Más allá del beneficio óseo, la THM aporta ventajas adicionales en la salud de la mujer, incluyendo reducción de síntomas vasomotores, mejora en el perfil lipídico y reducción del riesgo cardiovascular en mujeres jóvenes postmenopáusicas, así como un posible efecto neuroprotector.

Debemos tener presente el papel de los osteoformadores en la terapia secuencial de la osteoporosis. Fármacos como el teriparatida, abaloparatida y el romosozumab han demostrado eficacia en el incremento de la densidad ósea y la reducción del riesgo de fracturas en pacientes con osteoporosis grave. Sin embargo, la pérdida de masa ósea tras la suspensión de estos agentes exige una transición a fármacos antirresortivos como los bisfosfonatos o el denosumab para consolidar los beneficios obtenidos y prevenir la rápida resorción ósea secundaria.

En conclusión, el abordaje de la osteoporosis en la mujer requiere una estrategia integral que combine prevención, diagnóstico avanzado y tratamiento personalizado. La optimización de la salud ósea debe ser una prioridad en la práctica de la atención de la mujer, con el objetivo de reducir la incidencia de fracturas y mejorar la calidad de vida de las pacientes.



# 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](http://vphalternativapositiva.es)



## Complementos alimenticios NUA como aliados de la salud mental de la mujer

Aguirre Lipperheide M

### RESUMEN

La salud general de una mujer a lo largo de su ciclo vital, viene en gran medida condicionada por su peculiar bagaje hormonal. A nivel cognitivo, la mujer joven y trabajadora, busca mantener un ritmo de trabajo ágil y eficaz, todo ello compaginado en muchas ocasiones, con el gran reto de ser madre. Más adelante, en edades más maduras, el declive hormonal propio de la perimenopausia, condiciona muchos aspectos de la salud de la mujer, siendo la salud cognitiva y emocional parte de ello. Más adelante, tras la jubilación, a menudo son las enfermedades neurodegenerativas las que salen al acecho.

Durante todo este recorrido vital, la toma de determinados complementos alimenticios puede aportar ingredientes naturales capaces de modular no sólo las funciones cognitivas, sino también las emocionales. En este ámbito destaca por su importancia el DHA, un

omega-3 marino esencial durante el embarazo y lactancia tanto para el bebé como para la madre. Luego, en la vida laboral de la mujer, el DHA sigue siendo un gran aliado a la hora de apoyar el ánimo y concentración. Y en edades más maduras, es un nutriente clave a la hora de protegernos frente a enfermedades neurodegenerativas.

Además del DHA, hay extractos botánicos de gran interés a la hora de apoyar las funciones cognitivas (ej. bacopa, salvia, ashwagandha) y equilibrar el ánimo (ej. rosácea, té verde, ginseng). Y por supuesto, ciertas vitaminas como las del grupo B, la vitamina D e incluso minerales como el selenio o zinc, son igualmente importantes a nivel cognitivo y emocional.

En su conjunto, una combinación de ingredientes naturales cuidadosamente seleccionados, puede complementar nuestra dieta y con ello, contribuir a un mayor bienestar cerebral y emocional a lo largo del ciclo vital de una mujer.

## Probióticos sí, pero... ¿cuál es la mejor vía de administración y por qué?

Gippini Requeijo I

Directora médica, Unidad de la Mujer, Hospital Campo Grande, Valladolid.

### RESUMEN

La microbiota vaginal desempeña un papel esencial en la salud ginecológica, actuando como barrera natural frente a patógenos e infecciones. Sin embargo, diversos factores como la edad, los cambios hormonales o el uso de antibióticos pueden alterar su equilibrio, favoreciendo la aparición de disbiosis. Esta alteración se asocia con infecciones recurrentes como la vaginosis bacteriana (VB) y la candidiasis vulvovaginal (CVV), además de aumentar el riesgo de complicaciones ginecológicas y obstétricas.

Los probióticos han demostrado ser una herramienta clave en la restauración de la microbiota vaginal y en la prevención de infecciones recurrentes. Sin embargo, su eficacia depende de la vía de administración. A lo largo de la ponencia se abordó la comparación entre la vía oral y la vía vaginal:

- **Vía vaginal:** Proporciona una **acción más rápida y directa**, favoreciendo la implantación de lactobacilos en la mucosa vaginal y la restauración del pH ácido, clave en la prevención de recidivas. Es la opción preferente en infecciones activas, en recuperación post-antibiótico y en pacientes con sospecha de disbiosis.

- **Vía oral:** Aunque útil en la prevención a largo plazo, su eficacia depende de la capacidad de las cepas administradas de colonizar la vagina desde el tracto digestivo. En comparación con la vía vaginal, su efecto es más tardío y menos predecible.

La ponencia incluyó la revisión de estudios clínicos que respaldan el uso de probióticos vaginales en la reducción de la tasa de recurrencias en VB y CVV, así como su papel en la mejora de resultados perinatales en

mujeres con ruptura prematura de membranas (PPROM). **Larsson et al.** (2008, 2011) demostraron que la administración de probióticos vaginales tras antibióticos reduce significativamente la tasa de recaídas de VB a los 6 meses (64.9% libres de VB en el grupo tratado frente al 46.2% en el grupo placebo,  $p=0.027$ ). **Pendharkar et al.** (2015) encontraron que la administración prolongada de *L. rhamnosus* y *L. gasseri* favorece la recolonización vaginal y disminuye las recurrencias de VB y CVV. **Liu et al.** (2023) confirmó que los probióticos mejoran la tasa de curación de infecciones vaginales y reducen la necesidad de antibióticos a largo plazo.

Además, se enfatizó la necesidad de **repetir el tratamiento postmenstrual durante al menos 3 meses** para consolidar la recolonización de la microbiota vaginal y prevenir recaídas, especialmente en pacientes con infecciones recurrentes.

### CONCLUSIÓN

La restauración de la microbiota vaginal con probióticos es un enfoque terapéutico eficaz en la prevención y tratamiento de infecciones recurrentes. La vía vaginal debe considerarse la estrategia de primera línea en casos de disbiosis y en la recuperación post-antibióticos, debido a su acción localizada, rápida y efectiva. La vía oral puede ser útil en estrategias

preventivas a largo plazo, pero no sustituye la administración local cuando se requiere una recuperación inmediata del equilibrio vaginal. **El tratamiento debe repetirse durante al menos 3 meses postmenstruales para optimizar la recolonización y reducir la tasa de recidivas.**

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



Secretaría Técnica



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

## La mama después de la cirugía: ¿Cómo podemos mejorar la cicatrización?

Andrés Lencina JJ

Dermatólogo. Director Médico e I+D, Laboratorios Ozoaqua

---

El proceso de cicatrización postquirúrgica se define como un complejo mecanismo fisiológico que se articula en tres fases superpuestas: la fase inflamatoria, la fase proliferativa y la fase de remodelación.

El abordaje terapéutico de las cicatrices es inherentemente multidisciplinar. En la parte de terapias combinadas, además de las fuentes de luz y laser, se destaca la asociación de Triamcinolona y 5-Fluorouracilo (5-FU), estrategias que han demostrado potenciar la inhibición de la hiperproliferación de fibroblastos y mejorar la apariencia de cicatrices hipertróficas y queloides (Martín y Nunan, 2015; Fernández-Guarino et al., 2023). Esta combinación se posiciona como un pilar en el manejo activo de la cicatrización.

En cuanto a los tratamientos tópicos, se revisan activos distintos activos (Tran et al., 2020), que, en base a la evidencia, han demostrado un efecto dispar en la hidratación, estimulación de la síntesis y organización del colágeno y en la angiogénesis. El ácido hialurónico, la silicona, los fotoprotectores y los antioxidantes (vitaminas E y C), junto con la centella asiática, el extracto de cebolla y cúrcuma, complementan este enfoque al modular la inflamación y proteger contra el daño oxidativo.

En un componente innovador, se presenta el potencial de los aceites ozonizados, los cuales, según estudios recientes, actúan en múltiples fases de la cicatrización. Estos aceites, que estabilizan el ozono mediante reacciones con ácidos grasos insaturados (formando ozonóxidos y peróxidos), desencadenan la generación de especies reactivas de oxígeno (ROS) que activan factores de transcripción (por ejemplo, NFκB) y estimulan la liberación de factores de crecimiento (VEGF, PDGF y TGF-β). Dichos mecanismos se traducen en propiedades antiinflamatorias, antimicrobianas y regenerativas, lo que sugiere que estos aceites pueden convertirse en un recurso estándar en el manejo postoperatorio de cicatrices (Valacchi et al., 2011; Kim et al., 2009).

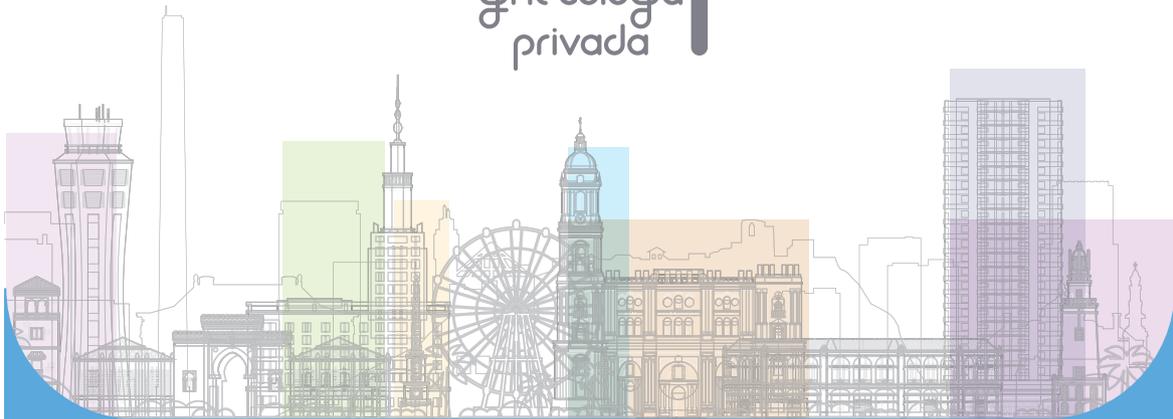
En conclusión, se enfatiza la importancia de un abordaje multimodal y personalizado en el tratamiento de las cicatrices, que integre terapias combinadas (TAC y 5-FU) y un uso estratégico de agentes tópicos para potenciar la cicatrización. La evidencia científica respalda la incorporación de los aceites ozonizados, que actúan en diversas fases de la reparación tisular, contribuyendo a una mejora sustancial en la calidad y funcionalidad de la cicatriz final.

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

Organizado por:  
**CLÍNICA PALACIOS**  
SALUD DE LA MUJER

## ACTUANDO SOBRE EL ORIGEN DE LOS SOFOCOS: Fezolinetant

Romero Duarte P (1), Herrero Conde M (2)

1 Ginecólogo del Hospital Universitario de Poniente, Almería. Centro Médico Vithas El Ejido. Colaborador de la Menoguía de Sofocos de la AEEM.

2 Mercedes Herrero Conde; Jefa de Servicio del Hospital HM de Madrid. Colaboradora de la Menoguía de Sofocos de la AEEM.

### DEFINICIÓN DE SOFOCOS

Pertencen al grupo de síntomas vasomotores, tienen una mayor prevalencia en la menopausia, estando presentes hasta en un 70% de las mujeres. Se pueden experimentar en diferentes grados que podemos clasificar en: leves (sensación de calor sin sudoración), moderados (calor con sudoración que permite continuar la actividad) y severos (calor con sudoración que interrumpe la actividad) (1). No hay dos mujeres que experimenten los sofocos de la misma manera, pero sí que pueden tener todas ellas una afectación negativa sobre su calidad de vida.

Dentro de los síntomas vasomotores presentes en la menopausia encontramos: sudores, palpitación insomnio, parestesias, cefalea, vértigos, alteraciones del sueño, irritabilidad, fatiga crónica, falta de concentración entre otros (2).

### LA MENOPAUSIA EN ESPAÑA

Según datos recogidos del estudio de SIGMA-DOS dirigido por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia en España (AEEM), al menos el 86% de las mujeres españolas tienen algún síntoma de la menopausia. Los síntomas vasomotores están entre los 4 más frecuentes, notificándose el 41% de las mujeres encuestadas de las cuales 34,4% además tenían sudores nocturnos (3). De todas las mujeres que necesitarían tratamiento para los sofocos tan solo un 5,3% reciben terapia hormonal para la menopausia (THM), menos de un 10% recibe un tratamiento no hormonal y un 84,8% no recibe ningún tratamiento (3).

### COMO SE PRODUCEN LOS SOFOCOS

Hasta no hace mucho tiempo, sabíamos que los sofocos se producen principalmente por una alteración en el centro termorregulador del hipotálamo, que debido a la ausencia de la acción estrogénica pierde su tolerabilidad

a variaciones pequeñas de la temperatura y se vuelve más sensible a cambios en la misma, teniendo como mecanismo compensador una respuesta exagerada en forma de sudoración, taquicardia y malestar general de variación diferente de una mujer a otra.

Además de la disminución de los estrógenos, el estrechamiento de la zona termoneutral y la consiguiente alteración de mediadores neurohormonales como: serotonina, adrenalina, noradrenalina y dopamina (entre otros), hoy día sabemos que hay neuronas llamadas KNDy que modulan la acción sobre el núcleo preóptico mediano del hipotálamo (4). Estas neuronas presentan una regulación donde su activación es secundaria a la acción de unas moléculas denominadas neuroquininas mientras que su inhibición es mediada por los estrógenos; en la perimenopausia y menopausia la acción estrogénica disminuye y por lo tanto al no tener una regulación inhibitoria, las neuronas KNDy actúan activando de forma continuada al núcleo mediano del hipotálamo, produciendo síntomas vasomotores (5).

### ¿CUÁNDO TRATAMOS LOS SOFOCOS?

Cuando afecten a la calidad de vida de la mujer. Las repercusiones de no tratarlos pueden tener un impacto sobre diferentes facetas, algunas inmediatas y otras con presentación más tardía: salud física (enfermedad cardiovascular, pérdida ósea y fracturas, envejecimiento epigenético), salud mental (alteraciones en el sueño, en el estado de ánimo, función cognitiva), en las relaciones sociales, y en la faceta laboral (menor productividad, presentismo, aumento de las visitas sanitarias) (6).

Según la cohorte de estudio SWAN la duración de los sofocos tiene una mediana de 7,4 años, con una persistencia tras la última regla de 4,5 años. Si los síntomas se presentan antes del fin de la etapa menstrual estos pueden tener una duración de 11,8 años (7).

Desde la AEEM en la Menoguía de los Sofocos

publicada en 2023, se recomienda un abordaje de los sofocos de una forma integral siendo lo primero la modificación de los estilos de vida: ejercicio físico, dieta equilibrada, disminuir consumo de alcohol y tabaco. Las terapias alternativas presentan una recomendación fuerte a favor para su abordaje destacando la terapia cognitivo conductual y la hipnosis, y con menor evidencia la meditación y la acupuntura (2). Las opciones farmacológicas se recogen en la siguiente tabla (Tabla 1).

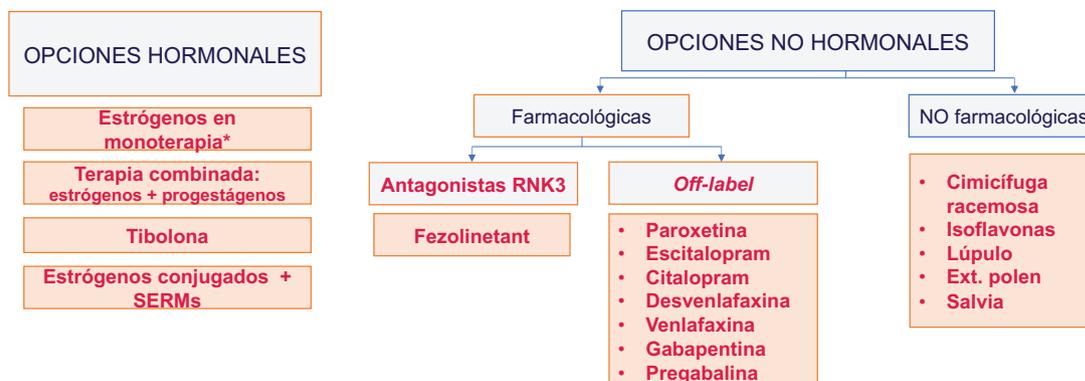


Tabla1. Opciones de tratamiento para los sofocos. Adaptado Menoguía de Sofocos (2).

## FEZOLINETANT

Es un antagonista selectivo de los receptores de neuroquininas tipo 3 (RNK3) que bloquea la unión de la neuroquinina B (NKB) en la neurona KNDy para moderar la actividad neuronal y así ayudar a restablecer el balance termorregulador

Ha sido desarrollado para reducir la frecuencia y gravedad de los SVM asociados a la menopausia (8-9).

El desarrollo de fezolinetant se basa en los estudios Skylight 1, 2 y 4 (10-12). Son ensayos clínicos longitudinales, prospectivos controlados con placebo realizados en Europa, y Norteamérica con un tamaño muestral cercano a 3000 mujeres, con seguimiento a un año y donde se ha evaluado tanto la frecuencia como la intensidad de los sofocos.

Fezolinetant destaca por su rapidez de acción, que se evidencia desde la semana 1, con un descenso del 53% en la frecuencia de los sofocos comparados con placebo en la semana 4 ( $p < 0,001$ ) y de un 63% en la semana 12 ( $p < 0,001$ ). Del mismo modo se analizó la gravedad de los sofocos, resultado un descenso de severo/intenso a cercanos a leve en la semana 4 de tratamiento (10-11). Manteniéndose ambos marcadores estables a la baja durante las 52 semanas de tratamiento, esta mejoría

influyó tanto en los SVM diurnos como en los nocturnos (13).

El efecto de Fezolinetant sobre el sueño se ha medido en ensayos aleatorizados y controlados con placebo de fase 3 utilizando el PROMIS SD-SF 8b, PROMIS SRI-SF 8a, PGI-C SD y PGI-S SD. El tratamiento del SVM moderados a graves con Fezolinetant 45 mg una vez al día se asoció con una reducción de las alteraciones del sueño y una mejora del deterioro relacionado con el mismo y

del funcionamiento al día siguiente en comparación con placebo (14).

La seguridad del fármaco se valoró en los estudios Skylight 1,2 y 4 (10-12), donde a lo largo de 52 semanas, las reacciones adversas más frecuentes ( $\geq 3\%$ ) con Fezolinetant 45 mg fueron diarrea (3,2%) e insomnio (3,0%). Las reacciones adversas más frecuentes que llevaron al abandono fueron aumento de ALT (0,3%) e insomnio (0,2%). No se describieron casos de la ley de Hy en los ensayos clínicos Skylight. En general, los valores elevados en las pruebas de función hepática (PFH) y los síntomas indicativos de daño hepático fueron reversibles al suspender el tratamiento (15).

## MANEJO DEL FÁRMACO

Como otros productos, se recomienda seguir las indicaciones de manejo de la ficha técnica para un uso adecuado en la mujer candidata al tratamiento con fezolinetant. Según las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) se aconseja realizar una analítica de la función hepática antes de comenzar con el fármaco y otros controles posteriores según se recoge en la Tabla 2 (15).

### Las PFH se deben realizar antes de iniciar el tratamiento con fezolinetant



El tratamiento no se debe iniciar si ALT o AST es  $\geq 2$  x LSN o si la bilirrubina total es elevada (p. ej.,  $\geq 2$  x LSN).

Las PFH se deben realizar mensualmente durante los primeros tres meses de tratamiento, y posteriormente según el criterio clínico.

Las PFH también se deben realizar cuando aparezcan síntomas indicativos de daño hepático.

### Criterios para suspender el tratamiento con fezolinetant:



Las elevaciones de las transaminasas son  $\geq 3$  x LSN con: bilirrubina total  $> 2$  x LSN O síntomas de daño hepático.

Las elevaciones de las transaminasas son  $> 5$  x LSN.

Se debe mantener la monitorización de la función hepática hasta que se haya normalizado.

**Se debe informar a los pacientes sobre los signos y síntomas de daño hepático, así como recomendarles que se pongan en contacto con su médico de inmediato cuando aparezcan.**

PFH: Pruebas de función hepática; ALT: alanina aminotransferasa; AST: aspartato aminotransferasa; LSN: límite superior de la normalidad

Ficha Técnica Actual de Veoza™

## Tabla 2. Ficha técnica actual de Veoza. Sección 4.4: Advertencias y precauciones especiales de empleo

Fezolinetant surge como una oportunidad de elección en aquellas pacientes que no quieren THM (37%), que están contraindicadas (11%), en las que la THM debe de indicarse con precaución (37%), que abandonan la THM (15%) u otras terapias y en aquellas que así lo eligen como primera opción de tratamiento para los síntomas vasomotores moderados intensos de la menopausia (316).

Fezolinetant 45 mgr un comprimido diario, puede usarse en, (15, 17):

- mujeres en menopausia con síntomas moderados-intensos.
- mujeres que lleven más de 10 años en menopausia o que tengan más de 60 años.
- con sobrepeso y obesidad.
- independientemente de la duración de sus sofocos.
- en mujeres fumadoras.
- en aquellas que toman antidepresivos (salvo fluvoxamina que está contraindicado por ser inhibidor potente del CYP1A2).
- en intolerantes al gluten y a la lactosa.
- en mujeres que utilicen terapia hormonal vaginal.

### CONCLUSIONES

- Los sofocos afectan a la calidad de vida de las mujeres, tanto en el presente como con complicaciones en el futuro.
- Las mujeres con sofocos están infratratadas.
- Conocer el mecanismo de producción de los sofocos ayuda a utilizar tratamientos eficaces y de rápida acción.
- Fezolinetant se sitúa como la opción farmacológica no hormonal más eficaz para el control de los sofocos moderados-intensos.

Fezolinetant es una opción terapéutica a tener en cuenta, para mejorar la calidad de vida en mujeres con sofocos de moderados a graves.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Food and Drugs Administration. Guidance for industry.2003. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/75802/download>. Consultado en enero de 2025.
2. Fasero M, Sánchez M, Baquedano L, Gippini I, Fuentes D, Navarro, C, Beltrán E, Lilue M, Porcel I, Pingarrón C, Herrero M, Romero P, Ortega T, Carretero E, Palacios S, Mendoza N, Coronado PJ. Sofocos, MenoGuía AEEM. Primera edición 2023.
3. Baquedano L, et al. Population-based survey on menopausal symptoms and treatment use. Climacteric 2023; Feb;26(1):47-54
4. Thurston RC. Vasomotor symptoms. In: Crandall CJ, et al. (Eds). Menopause Practice: A Clinician's Guide. 6th edn. Pepper Pike, OH: The North American Menopause Society, 2019:43–55.
5. Depypere H, et al. Expert Opin Investig Drugs. 2021;30(7):681–94.
6. Thurston RC. En: Crandall CJ (ed) Menopause Practice: A Clinician's Guide, 6th edn. Pepper Park, OH: North American Menopause Society. Fezolinetant in the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause
7. Avis NE, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. JAMA Intern Med. 2015;175(4):531-539.
8. Depypere H, et al. Treatment of Menopausal

- Vasomotor Symptoms With Fezolinetant, a Neurokinin 3 Receptor Antagonist: A Phase 2a Trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(12):5893–905;
9. Fraser GL, et al. A phase 2b, randomized, placebo-controlled, double-blind, dose-ranging study of the neurokinin 3 receptor antagonist fezolinetant for vasomotor symptoms associated with menopause. *Menopause.* 2020;27(4):382–92
  10. Clinicaltrials.gov. NCT04003155 (Skylight 1). <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04003155> [ultimo acceso Mayo 2023];
  11. Clinicaltrials.gov. NCT04003142 (Skylight 2). <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04003142> [ultimo acceso Mayo 2023];
  12. Clinicaltrials.gov. NCT04003389 (Skylight 4). <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04003389> [ultimo acceso Mayo 2023];
  13. ICano A, et al. *BJOG.* 2024. 1. Neal Perry G, et al. Effect of fezolinetant on moderate-to-severe vasomotor symptoms according to time of day: pooled data from two randomized phase 3 studies. *Menopause* 2023;30(12):1287, P63 [https://journals.lww.com/menopausejournal/citation/2023/12000/2023\\_annu\\_al\\_meeting\\_of\\_the\\_menopause\\_society.12.aspx](https://journals.lww.com/menopausejournal/citation/2023/12000/2023_annu_al_meeting_of_the_menopause_society.12.aspx)
  14. Shapiro M, et al. Effect of fezolinetant on sleep disturbance and impairment during treatment of vasomotor symptoms due to menopause. *Maturitas* 2024 Aug;186:107999 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38749864/>
  15. [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1231771001/FT\\_1231771001.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1231771001/FT_1231771001.html)
  16. Schaudig K, et al. Efficacy and safety of fezolinetant for moderate-severe vasomotor symptoms associated with menopause in individuals unsuitable for hormone therapy: phase 3b randomised controlled trial. *BMJ* 2024; Nov 18:387:e079525.
  17. Santoro N, et al. Fezolinetant treatment of moderate-to-severe VMS due to menopause: effect of intrinsic and extrinsic factors in two phase 3 studies (SKYLIGHT 1 and 2). *Menopause* 2024; 31(4):247-257 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38517210>