

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Abril 2022

Año MMXXII



murcia
XVII Congreso Nacional de
la Asociación Española para el
Estudio de la Menopausia
10 al 12 de noviembre
Centro de Congresos Víctor Villegas

2022

*amanece,
ya es
menopausia*

 AEEM





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
Balagueró Lladó, L.
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Becerro de Bengoa, C.
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Calleja Abu-Amshah, J.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Comino Delgado, R.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
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.
Jurado López, A.R
Lailla Vicens, J. M.
Lazon Lacruz, R.
López García, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Novo Domínguez, A.
Pérez-Medina, T.
Pingarron Santofimia, MC
Plaza Arranz, J
Ramírez Medina, E
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Zapardiel Gutiérrez, I



INDICE

COMUNICACIONES ORALES

Tratamiento con Electromagnetismo focalizado (HIFEM) y mejoría en la NOCTURIA EN PACIENTES menopausicas	10
Test de estrógeno/andrógeno vulvar en la menopausia	11
Asociación entre prolapso de órganos pélvicos y cambios en los biomarcadores de imagen óseos, en pacientes postmenopausicas con baja densidad mineral ósea	12
Sexualidad en pacientes con síndrome genitourinario de la menopausia (sgm), en tratamiento con inhibidores de la aromatasa (IA) por antecedente de cáncer de mama (CM)	13
Osteoporosis secundaria en pacientes con hipogonadismo hipogonadotropo	14
Manejo difícil de THM en paciente con múltiples factores de riesgo. trombóticos, manejo de criterios de elegibilidad de la AEEM	16
Resultados preliminares de la base de datos de Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP) en España. Protocol code IIBSP health-IOP-2012-109. Clinical Trials.gov ID:NCT02068976. Investigators premature ovarian insufficiency (iPOI)	17
La sexualidad en la mujer postmenopáusica con prolapso genital	18
Repercusiones somáticas y sobre el ciclo ovárico en confinamiento covid en España	19
Parir en la menopausia. Estudio observacional	20
Evaluación de la densidad mineral ósea (DMO) basal en pacientes con insuficiencia ovárica prematura (IOP). Resultados preliminares	23
Déficit de vitamina D durante la menopausia	24
Recomendaciones de la AEEM para suplementos de calcio y vitamina D en el manejo de la osteoporosis posmenopáusica	25
La disfunción sexual en la menopausia y la modulación hormonal	26
Manejo de la insuficiencia ovárica primaria en una paciente con contraindicación de terapia hormonal: a propósito de un caso	27



INDICE

Bio-Regeneración con Plasma rico en plaquetas en la Atrofia vulvovaginal	28
Amenorrea primaria como consecuencia de insuficiencia ovárica primaria iatrogénica. Diagnóstico y manejo. A propósito de un caso	30

POSTERS

Quiste de canal de Nuck en mujer adulta: A propósito de un caso de presentación atípica	32
Hallazgo casual de una tumoración vesical en mujer postmenopáusica	33
Percepción de las mujeres postmenopáusicas sobre la incorporación de la inteligencia artificial (IA) en el diagnóstico de cáncer de mama	34
TRATAMIENTO ELECTROMAGNETICO focalizado (HIFEM) (EMSELLA) en la Retención Urinaria Neurógena	35
Grado de Satisfacción en Mujeres menopáusicas con Nocturia sometidas a Tratamiento con Electromagnetismo focalizado (HIFEM)	36
Fractura vertebral múltiple en paciente postmenopáusica, tras suspensión de denosumab sin supervisión médica	37
Insuficiencia Ovárica Prematura asociada a Síndrome de X Frágil	39
Hipogonadismo hipogonadotrofo en superviviente a tumor hipofisario	40
Abuso / agresión sexual: análisis de las características de las mujeres atendidas en urgencias de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario de Guadalajara. análisis comparativo entre víctimas menores y mayores de 45 años	41
¿Cuál es la seguridad la THM según la edad y el momento de inicio de la menopausia?	42
¿Cuál es la seguridad la THM según la duración del tratamiento?	43



INDICE

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con antecedente trombótico?	44
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con trombofilias?	45
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con migrañas?	47
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres fumadoras?	48
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular?	49
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con hipertensión?	50
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con síndrome metabólico?	51
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres supervivientes de cáncer de mama?	52
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres portadoras de BRCA1 o BRCA2?	54
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres supervivientes a cánceres ginecológicos?	55
¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres supervivientes a cánceres de colon, pulmón o melanoma?	56
¿Cuáles son las interacciones farmacológicas más importantes con la THM?	57
Impacto de la violencia contra las mujeres en la salud sexual y reproductiva. Proyecto HIMEM (Hormonal Impacto en Mujeres Españolas Maltratadas). Protocolo del estudio	58
Impacto de la violencia contra las mujeres en la salud sexual y reproductiva. Proyecto HIMEM (Hormonal Impacto en Mujeres Españolas Maltratadas). Estudio Piloto	59
Liquen escleroso vulvar refractario a tratamiento, ¿hay algo más que podamos hacer?	61
Virilización en la mujer postmenopáusica	62
Síndrome Genitourinario; El gran desconocido	63
No siempre lo mas frecuente, es lo mas frecuente, a propósito de un caso	64



INDICE

Síndrome Genitourinario; Preferencias en vías de administración y posología	65
Síndrome de Silver-Russell: a propósito de un caso de insuficiencia ovárica primaria	66
Influencia de las edades de menarquia y menopausia en la longevidad excepcional en mujeres de 100 y más años	67

Hidrafem[®]

Gel Hidratante Vaginal con Hydeal-D[®] 0,2%

INNOVACIÓN
SEQUEDAD
VAGINAL

SIN PARABENOS
COMPATIBLE CON PRESERVATIVOS



- **HYDEAL-D[®]**: más resistente que el ácido hialurónico natural.⁽¹⁾
- Adhesión óptima a la mucosa vaginal.⁽²⁾
- Alta capacidad de hidratación⁽²⁾ con larga duración de acción.⁽¹⁾
- Para todas las mujeres con sequedad vaginal.

El único producto con HYDEAL-D[®], una tecnología exclusiva y patentada de ácido hialurónico para tratar la sequedad vaginal

Para todas las mujeres con sequedad vaginal



1. Campoccia D, et al. Semisynthetic resorbable materials from hyaluronan esterification. *Biomaterials* 1998;19(23):2101-27

2. Instrucciones de Uso de Hidrafem. Septiembre 2019

Cumple con la normativa de productos sanitarios.

Molécula patentada de
ácido hialurónico mejorado

COMUNICACIONES ORALES



murcia
XVII Congreso Nacional de
la Asociación Española para el
Estudio de la Menopausia
10 al 12 de noviembre
Centro de Congresos Víctor Villegas

2022



amanece,
ya es
menopausia



Tratamiento con Electromagnetismo focalizado (HIFEM) y mejoría en la NOCTURIA EN PACIENTES menopausicas

Losa. Dominguez, Fernando (1); Garcia Martinez, Presentacion/P (2); Losa Puig, H (3)

(1) clinica sagrada familia barcelona (2) Instituto Ginecoestético IGEMA Altorreal (3) HOSPITAL ALVAREZ CUNQUEIRO, VIGO

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

ELECTROMAGNETISMO, NOCTURIA, TEST SANDWIK

2) OBJETIVOS

Objetivo: Valorar la mejora en mujeres con Nocturia tras efectuar tratamiento NO INVASIVO con Electromagnetismo focalizado (HIFEM).. Se analiza también la mejora en el test de Sandwik de incontinencia urinaria.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se reportan 57 casos de pacientes MENOPAUSICAS tratadas en 6 sesiones de ELECTROMAGNETISMO FOCALIZADO y la incidencia de Nocturia y el índice de Sandwik.

En la entrevista se le consultó por la incidencia de Nocturia semanal en las pacientes antes de la intervención y a los 15 días de la finalización de las 6 sesiones de tratamiento. Se realizó encuesta Sandwik.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Aconsejándose investigar y preguntar a todas las pacientes MENOPAUSICAS sobre la nocturia y sus repercusiones en la calidad de vida y sus resultados relevantes en la mejora en pacientes con SGM y presencia de nocturia. cuando efectúan sesiones de tratamiento electromagnético focalizado (HIFEM)..

Test de estrógeno/andrógeno vulvar en la menopausia

Nohales Alfonso, Francisco Jose (1); Martín Marti, Anna/A (2); Bas Esteve, Ernesto/E (2); Florez Herrero, Sandra/S (2); Garcia Gamón, Marta/M (2)

(1) Jefe Sección Ginecología. Area Clinica de la Mujer. Hospital Universitari i Politècnic La Fe Valencia

(2) Hospital Universitari i Politècnic La Fe

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

”Atrofia vulvo vaginal” , “Síntomatología”, “Test estrógeno/andrógeno”

2) OBJETIVOS

Evaluar la aplicación tópica de estriol y propionato de testosterona al 2 % como test en pacientes con sintomatología vulvar, compatible con atrofia vulvovaginal (AVV) en pacientes menopáusicas.

3) MATERIAL / MÉTODO

- Estudio observacional de práctica clínica, durante los años 2019-2021 con sintomatología que sugería AVV, acompañado de dolor vulvar persistente/disconfort vulvar a la presión de la ropa interior y dispareunia si tenían relaciones sexuales, desde la menopausia. Todas las pacientes habían llevado tratamientos previos por este motivo.

- Exploración clínica y pruebas complementarias, valorando grado de trofismo y descartando infecciones y dermatosis.

- Tras una aplicación tópica diaria de estriol y propionato de testosterona al 2 % en vestíbulo vulvar al menos 12 semanas realizamos una valoración de los resultados mediante la escala PGI-I, considerando como éxito si estaban mucho o muchísimo mejor

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La sintomatología vulvar, debida a la AVV, incluye un clouster de síntomas: sequedad, escozor, prurito, irritación, dispareunia e incluso dolor. En este sentido diferentes sociedades científicas (AEEM/SEGO entre otras) se han posicionado recomendando la valoración de la sensibilidad vulvar durante la menopausia. Además hoy sabemos la importancia de no dejar evolucionar la sintomatología compatible con AVV, sin tratamiento.

Estos resultados van en la línea de los publicados de manera preliminar por el mismo equipo investigador, permitiendo distinguir la sintomatología vulvar debida a la AVV, de aquella otra sobreañadida (vulvodinia).

Asociación entre prolapso de órganos pélvicos y cambios en los biomarcadores de imagen óseos, en pacientes postmenopausicas con baja densidad mineral ósea

Perez Arguedas, Maria (1); Nohales Alfonso, Francisco(2); BAS ESTEVE, Ernesto (2)

(1) Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Manises (2) Hospital Universitario La Fe

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Prolapso Organos Pelvicos, biomarcadores de imagen oseos, densidad mineral osea

2) OBJETIVOS

Para comprobar la hipótesis de que el Prolapso de órganos pélvicos y la osteoporosis son dos manifestaciones de un desorden del tejido conectivo, hemos evaluado si existe asociación entre POP y cambios radiológicos (biomarcadores de imagen) en el tejido óseo de pacientes postmenopáusicas con baja DMO.

3) MATERIAL / MÉTODO

Proponemos un estudio analítico, observacional y prospectivo de cohortes con ciego. Reclutamos 114 mujeres postmenopáusicas con baja densidad mineral osea diferenciando en dos grupos evaluando el POP como ausente o moderado-severo. Realizamos una radiografía simple y un análisis computacional de imagen (QUIBIM Precision Texture-QP Texture®) de la misma buscando diferencias de intensidad de pixel y textura.

Los resultados estadísticos se han obtenido usando el software SPSS V.25, mediante un método de regresión logística binaria “stepwise”.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Nuestro estudio confirma la hipótesis de que el POP esta relacionado con cambios en el hueso mas alla de la disminucio?n de la DMO que son cuantificables mediante la lectura informatizada de las radiografi?as. Lo cual apoya la hipótesis de que ambas patologí?as (POP y osteoporosis) tienen un origen causal comu?n.

La lectura de biomarcadores de imagen en las radiografi?as permite diferenciar entre ambos grupos de pacientes objetivando cambios que se producen con mas frecuencia a nivel dorsal.

El hecho de que la mayor parte de las variables que permiten discriminar entre grupos esten centradas en las vertebras dorsales, hace pensar que estos cambios puedan tener una asociacio?n con la presencia de fracturas osteopor?ticas.

Sexualidad en pacientes con síndrome genitourinario de la menopausia (sgm), en tratamiento con inhibidores de la aromatasa (IA) por antecedente de cáncer de mama (CM)

Gómez Carballo, Silvia(1); Matas Barceló, Isabel (1); Tortajada Valle, Marta (1); Castelo-Branco Flores, Camil (2); Mensión Coll, Eduard (1)

(1) Hospital Clinic Barcelona (2)

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

“Cáncer de mama” “Síndrome genitourinario” “Sexualidad”

2) OBJETIVOS

Las pacientes supervivientes de CM en tratamiento con IA presentan mayor riesgo de SGM y disfunción sexual, frecuentemente infradiagnosticados. El objetivo de este estudio es analizar la salud sexual y vaginal en esta población.

3) MATERIAL / MÉTODO

Análisis transversal de pacientes supervivientes de CM en tratamiento con IA que presentan SGM durante su seguimiento en la Unidad de Patología Mamaria.

La salud sexual se evaluó mediante la frecuencia sexual y 2 escalas visuales analógicas (0-10) para la intensidad de la dispareunia y la preocupación por la vida sexual. La salud vaginal se evaluó mediante el vaginal health index (VHI) que valora cambios en elasticidad, flujo, pH vaginal, integridad epitelial y humedad (rango 0-25), siendo una puntuación ≥ 15 indicativa de atrofia

vulvovaginal (AVV). Se utilizó el cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI), para el diagnóstico de disfunción sexual (DS) de acuerdo al punto de corte FSFI ≥ 26.55 (rango 1.2-36). Los resultados se expresan en media \pm SD.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se confirma la alta prevalencia de AVV y DS en la población estudiada. Por esto, es necesaria la implementación de medidas diagnósticas y terapéuticas para mejorar la salud sexual de esta población.

Se obtienen datos de 84 pacientes. Se utiliza el cuestionario validado FSFI para el diagnóstico de disfunción sexual (DS). Si se considera como punto de corte una puntuación FSFI ≥ 26.55 , el ratio de pacientes con DS es del 95.2% (SD ± 0.22), disminuyendo a un 77.1% (SD ± 0.42) con un punto de corte FSFI ≥ 21.7 .

El 63.5% de las pacientes son sexualmente activas, con una frecuencia sexual mensual de 2.35 (SD ± 3.23). Se ha encontrado más DS en las sexualmente inactivas.

El VHI medio es de 10.5 ± 3.4 y el pH vaginal medio de 7.68 ± 0.87 .

Osteoporosis secundaria en pacientes con hipogonadismo hipogonadotropo

Salas Arias, Noelia (1); Gámiz López, Eva María (1); Fernández Rísquez, Ana Cristina (2);
Hijona Elosegui, Jesus Joaquín (3); Carballo García, Antonio (3)

(1) Hospital Universitario de Jaén, Residente 4 año (2) Hospital Universitario Jaén, (3) Hospital Universitario de Jaén

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

“osteoporosis” “atleta” “hipogonadismo”

2) OBJETIVOS

Poner en relevancia la importancia de la osteoporosis secundaria en el hipogonadismo hipogonadotropo.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se trata de un estudio observacional y prospectivo realizado en el Hospital Universitario de Jaén en el que se incluyeron 7 pacientes premenopáusicas con hipogonadismo hipogonadotropo, 4 secundario a actividad deportiva intensa y 3 con anorexia nerviosa. Todas consultaron por amenorrea superior a dos años.

Las edades de las pacientes estaban entre los 22 y los 36 años. En la primera consulta se solicitó densitometría a todas las pacientes; observándose que 1 presentó osteoporosis, 3 osteopenia y 3 presentaron un resultado normal. Se aconsejó adecuar la actividad física y la ingesta calórica como primer escalón terapéutico y se

prescribió 17- beta estradiol transdérmico con gestágenos cíclicos, calcio y vitamina D.

Tras 6 meses de tratamiento se solicitó una densitometría de control observándose que todas mejoraron su T-SCORE, la paciente con osteoporosis pasó a osteopenia y el resto obtuvo un resultado normal.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se define la triada de la atleta femenina como un espectro de síntomas relacionados con baja disponibilidad de energía, alteraciones menstruales y disminución de masa mineral ósea. Se pueden presentar en pacientes con trastornos de la alimentación o que realizan ejercicio físico intenso.

La complicación principal es la osteoporosis y fracturas en pacientes jóvenes. Adecuar los hábitos de vida es el tratamiento más importante en estas pacientes.

Es de vital importancia la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las pacientes con hipogonadismo hipogonadotropo de manera multidisciplinar para prevenir pérdida de masa ósea.

Bijuva®

cápsulas de estradiol y progesterona

Proporciona
hormonas idénticas a las del cuerpo¹⁷

**17β-estradiol
y progesterona
micronizada**

química y biológicamente
idénticas a las de
la mujer¹



**Progesterona
micronizada**

para minimizar el riesgo
de cáncer de mama
y de TEV* en comparación
con los gestágenos
sintéticos^{12,15}

*TEV: Tromboembolismo venoso

Una diferencia **clínicamente significativa**²¹

Reduce los SVM*
**mejorando
significativamente
los síntomas**

a partir de las
3 semanas de iniciar
el tratamiento¹⁷

*SVM: Síntomas vasomotores



**Restablece
el sueño** con

progesterona **micronizada**,
que favorece el sueño
y potencia su efecto^{11, 21}

Una cápsula diaria cada noche¹

Bijuva_ES_LVP_006551

Síguenos en



www.theramex.es

Manejo difícil de THM en paciente con múltiples factores de riesgo trombóticos, manejo de criterios de elegibilidad de la AEEM

PEREZ HERNANDEZ, LAURA (1); LIROLA LOPEZ, CELIA (2); FORTE ABAD, ANA ISABEL (2); GOMEZ MOMPEAN, LUCIA (2); ROMERO DUARTE, PABLO (2)

(1) HOSPITAL PONIENTE (2) HOSPITAL DE PONIENTE

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM, TRMBOFILIAS, COARTACION DE AORTA

2) OBJETIVOS

Aplicar los nuevos criterios de elegibilidad de la AEEM para manejar a una paciente con sintomatología vasomotora severa y múltiples factores de riesgo.

3) MATERIAL / MÉTODO

Recogida de datos en la historia clínica digital de la paciente. Búsqueda en base de datos médicas (Pubmed, UptoDate) y en la literatura disponible, sobre contraindicaciones de THM y opciones terapéuticas.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Existe un pequeño aumento del riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) con la terapia hormonal de la menopausia (THM), que será más acentuado durante el primer año de tratamiento. Este riesgo se verá aumentado en pacientes con IMC elevado, edad avanzada o portadoras de mutaciones protrombóticas. En mujeres con factores de riesgo trombótico, el riesgo de TEV puede verse modificado tanto por el tipo de estrógeno, la dosis del mismo como por la vía de administración. El estrógeno transdérmico parece ser más seguro con respecto al riesgo trombótico. También disminuye el riesgo de accidente cerebrovascular y de enfermedad de la vesícula biliar.

Resultados preliminares de la base de datos de Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP) en España. Protocol code IIBSP health-IOP-2012-109. Clinical Trials.gov ID:NCT02068976. Investigators premature ovarian insufficiency (iPOI)

Muro Blanc, Patricia (1); Romero Duarte, Pablo (2); Castro Perez, Ana (3); Balcells Eichenberger, Laura(1); Guinot Gasull, Misericordia(1)

(1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (2) Hospital de Poniente de El Ejido, Almería
(3) Complejo Asistencial de Ávila, Ávila

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

IOP, Insuficiencia Ovárica Prematura

2) OBJETIVOS

Evaluar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con IOP en España. Esta comunicación actualiza la información aportada por los primeros 280 casos registrados en la base de datos nacional desde 2014.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo observacional multicéntrico en el que participan 16 centros españoles. Criterios de inclusión: gonadotropinas altas (FSH >40mUI/mL) y estrógenos bajos (estradiol < 20pg/ml) en dos determinaciones separadas al menos 1 mes, antes de los 39 años.

Valoración basal: Historia clínica, determinación hormonal (FSH, LH, E2, PRL y TSH) y perfil bioquímico. Estudios complementarios: Estudio inmunológico incluyendo anticuerpos antitiroideos, antisuiprarrenales, antifosfolípidos y antinucleares (ANA), entretros. Cariotipo y determinación de FMR1 pre-mutaciones. Densidad mineral ósea (DMO) medida por rayos X de doble energía (DXA).

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Nuestros datos muestran que la IOP se diagnostica tarde y tiene grandes repercusiones sobre la calidad de vida.

Nuestros resultados están en línea con la literatura publicada, mostrando que las enfermedades iatrogénicas y autoinmunes son las causas más frecuentes de IOP. Sin

embargo, la mitad de las pacientes no tienen una causa clara, aunque la prevalencia de la asociación familiar sugiere causas genéticas no conocidas.

Mejorar en el diagnóstico precoz para ofrecer una THS a tiempo es prioritario para prevenir las futuras complicaciones de esta condición en nuestras pacientes.

RESULTADOS:

La edad media al momento del diagnóstico fue de 36,54 años. El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 4,22 años (tiempo entre la última menstruación normal y el diagnóstico). El IMC medio fue de 24,71 kg/m².

Encontramos antecedentes familiares de IOP en 58 pacientes (20,7% del total), pero sólo 6 tenían un diagnóstico de alteración genética identificable. El 82% de las pacientes presentó síntomas climatéricos, con mayor frecuencia sofocaciones. El 52% de las pacientes manifestaron una regular calidad de vida, el 19% reconocieron que era mala y el 5% muy mala. El 62% de las pacientes presentó alteraciones psicológicas por IOP.

Las causas identificadas de IOP son las siguientes: 9% pacientes con antecedentes de enfermedad autoinmune; 13,9% atribuibles a cirugía (doble anexectomía o quistectomía ovárica); 14,9% había recibido quimioterapia y/o radioterapia por motivos oncológicos no ginecológicos (principalmente neoplasias hematológicas); y 9,6% con alteración genética identificada (premutación X-frágil en 6,7% y síndrome de Turner en 2,9%). Esto deja 160 casos (55%) en los que ninguno de los estudios mencionados detectaron alguna causa potencial de IOP, por lo tanto, los consideramos idiopáticos.

223 pacientes (79,6%) recibieron terapia de sustitución hormonal (THS). Sólo en 5 pacientes sin THS se encontró una causa médica.

La sexualidad en la mujer postmenopáusica con prolapso genital

Fernández Rísquez, Ana Cristina(1); Carballo García, Antonio (1); Hijona Elósegui, Jesús Joaquín (1) ;
Mendoza Ladrón de Guevara, Nicolás (2); Presa Lorite, Jesús Carlos(1)

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

(2) Catedrático de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Granada.

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Prolapso Órganos Pélvicos sexualidad

2) OBJETIVOS

El presente estudio pretende determinar el impacto que tiene sobre la función sexual de la mujer menopáusica la presencia de prolapso de los órganos pélvicos (POP).

3) MATERIAL / MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en el Hospital Universitario de Jaén en el que se incluyeron mujeres menopáusicas con cualquier grado de POP y se evaluó la actividad y función sexual mediante el cuestionario FSM.

Se incluyeron 133 pacientes durante un periodo de 1 año. La edad media fue de 64,47 años.

Ante la posibilidad de tener una relación sexual el 47% de las mujeres con POP no presentó miedo nunca, frente al 16,5% que lo presentó siempre o casi siempre.

Con relación al orgasmo, el 18% lo han conseguido casi siempre/siempre, mientras que el 30% no lo alcanzó nunca.

El 52,6% de las pacientes no iniciaba nunca el encuentro sexual, el 14,3% lo hizo raramente, mientras que solo el 1,5% lo hizo siempre o casi siempre.

EL 24,1% del total evita las relaciones sexuales debido al POP mientras que el 21,1% no las evitaba nunca.

En todos lo ítems se observó mayor grado de disfunción en las pacientes con POP grado III y IV.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El POP se asocia a disfunción sexual femenina observándose una relación directa entre el grado de prolapso y la intensidad de la disfunción sexual. La evaluación de la función sexual mediante cuestionarios específicos facilita la identificación y tratamiento de las disfunciones sexuales asociadas a patología del suelo pélvico.

Repercusiones somáticas y sobre el ciclo ovárico en confinamiento covid en España

PRADO MARTINEZ, CONSUELO (1); SANCHEZ PERALES, MARINA (2); BORROTO CASTELLANO, MAILIN (2); MANZANO OVIES, BLANCA ROSA (3); CAMPS CALZADILLA, ESMIR (4)

(1) Departamento Biología Universidad Autónoma de Madrid (2) Universidad Autónoma de Madrid (3) Universidad de Ciencias Médicas de la Habana (Hospital Gineco-ostétrico de La Habana) (4) Universidad de Ciencias Médicas de la Habana

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

menopausia, confinamiento, amenorrea, IMC,

2) OBJETIVOS

El confinamiento COVID, en España, fue más prolongado y estricto que en otros países europeos. Dado la especial sensibilidad del ciclo ovárico,

Objetivo: Este estudio analizara los posibles cambios somáticos y de ciclo menstrual acontecidos en la reclusión tanto en mujeres jóvenes como climatéricas.

3) MATERIAL / MÉTODO

Estudio transversal, con muestreo entre los meses de marzo-julio de 2020. Las mujeres comprendidas entre 20 y 50 años fueron clasificadas en: ováricamente jóvenes (menos de 35 años) y mujeres climatéricas (36 a 50 años). La inclusión en el estudio requería, IMC > 35, mantener ciclos menstruales y no haber padecido COVID. La muestra valida analizada fue de 720 mujeres de 36 provincias españolas.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se ha evidenciado variación del estado ponderal, en el 53 % de las mujeres, con incrementos o descensos de 3.70 y 3,56. Kg respectivamente. En las mujeres climatéricas el incremento en peso fue mayor (4.0 Kg. \pm 1.9).

Un 48,4% de las mujeres registraron modificaciones en su ciclo menstrual y en su sintomatología habitual.. Se constataron amenorreas en un 14,4%) de las mujeres. Entre las amenorreicas un 48% no habían recuperado su sangrado en el control efectuado de septiembre-diciembre 2020.

Conclusión: Al ser del grupo de mujeres climatéricas el más afectado desde el punto de vista somático y en la función ovárica se sugiere que el confinamiento pudo haber influido en la manifestación de la transición menopáusica..

Parir en la menopausia. Estudio observacional

Sánchez-Rico Lucas-Torres, Begoña (1); De Castro Marzo, Laura (2); De La Calle Fernández Miranda, María (2); Cuerva González, Marcos Javier (2)

(1) Universidad Autónoma de Madrid (2) Hospital Universitario La Paz

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

parto; menopausia; sexo

2) OBJETIVOS

En este estudio se plantean dos objetivos principales: valorar las complicaciones obstétricas y neonatales en partos en mujeres postmenopáusicas, y estudiar la incontinencia urinaria y disfunción sexual en estas mujeres entre uno y cinco años tras el parto.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se incluyen en el estudio mujeres postmenopáusicas que han seguido su embarazo y parido entre 2015 y 2020.

Se estudian los datos referentes a la gestación retrospectivamente y mediante entrevista telefónica se realizan los siguientes cuestionarios: ICIQ-SF y FSFI-6.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

A pesar del bajo número de mujeres estudiadas, los resultados confirman una alta morbilidad durante la gestación y perinatal. Además las puntuaciones en el FSFI-6 y el ICIQ-SF parecen relacionarse con secuelas en relación al proceso de gestación y parto.

Creemos que los datos son importantes para el consejo reproductivo en mujeres durante la menopausia.

INTRODUCCIÓN:

El cambio de los factores socioeconómicos junto con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida (TRA) han dado lugar a un nuevo fenómeno que es el embarazo y parto tras la menopausia. Cuanto mayor es la mujer, el aumento de las comorbilidades, como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes, son razones para esperar un aumento de los resultados maternos y fetales adversos (1).

Bajo los auspicios de la libertad reproductiva, una mujer tiene derecho a decidir cuándo, cómo y dónde experimentará la maternidad. Pero es muy importante que estas mujeres conozcan los riesgos asociados a estos embarazos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, ambispectivo, unicéntrico.

Las mujeres elegibles fueron mujeres que habían dado a luz después de la menopausia entre 2015 y 2021.

Se recogieron retrospectivamente numerosos datos clínicos y demográficos, como la edad, la ganancia de peso durante el embarazo, los resultados de embarazos anteriores, las complicaciones maternas y fetales durante el embarazo, el número de visitas a consulta y urgencias, la edad gestacional al ingreso y el motivo, el tipo de parto y su evolución, episiotomía y desgarros perineales, datos neonatales como peso, Apgar al primer y quinto minuto, pH del cordón umbilical e ingreso a la UCIN.

De manera prospectiva, se contactó a las mujeres al menos un año y hasta un máximo de 5 años después del nacimiento para completar las versiones en español de los cuestionarios FSFI-6 e ICIQ-SF.

Para comparar la tasa de partos por cesárea, diabetes gestacional, preeclampsia, crecimiento intrauterino restringido y prematuridad, se utilizaron datos de la población de gestantes de nuestro centro durante el mismo periodo.

RESULTADOS:

Un total de 38.510 partos fueron atendidos en nuestro centro entre 2015 y 2021. Sólo 25 (0,06%) partos se produjeron en mujeres que habían logrado el embarazo después de la menopausia. 21 mujeres tuvieron los 25 nacimientos estudiados.

Los 25 embarazos se lograron por FIV con donación de ovocitos.

En cuanto a las complicaciones obstétricas durante el embarazo, hubo 16 (64%) partos por cesárea. Se diagnosticó diabetes gestacional en 7 (28%) de las mujeres, de las cuales 5 (71,4%) recibieron tratamiento con insulina. Se diagnosticó preeclampsia en 3 (12%) mujeres. Hubo 5 (20%) casos de CIR, con una edad gestacional media al diagnóstico de 26,78 ($\pm 4,09$) semanas. En cuanto a la prematuridad, hubo 5 (20%) partos prematuros. Hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de parto por cesárea, diabetes gestacional y CIR entre el grupo de estudio y la población total controlada en nuestro centro.

Acudieron a consulta una media de 11,2 ($\pm 4,66$) veces durante el embarazo. La media de visitas a Urgencias de

este grupo de mujeres fue de 2,56 ($\pm 2,32$) por embarazo por diferentes motivos. Destacó una visita por fractura de tobillo en el tercer trimestre del embarazo.

En cuanto a los resultados de los cuestionarios ICIQ-SF y FSFI-6; estos fueron rellenados por 17 mujeres. Se encontró algún grado de incontinencia urinaria en 7 (41,1%) de las mujeres, todas con una puntuación de <12 en el cuestionario ICIQ-SF. En cuanto al cuestionario FSFI-6, hubo resultados inferiores a 19 puntos en 9 (52,9%) mujeres.

CONCLUSIONES:

La gestación en mujeres tras la menopausia parece asociarse a una mayor tasa de parto por cesárea, diabetes gestacional y CIR. Sin embargo, sigue siendo excepcional este tipo de gestaciones, de hecho sólo supuso el 0,06% de los partos atendidos en nuestro centro.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Attali, Y. Yogevev, The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome, Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 70 (2021) 2–9.



LIBICARE[®] MENO

Manejo integral en menopausia

100%

SIN ISOFLAVONAS
SIN HORMONAS



NUEVO

Complemento alimenticio



Más vida, MENO Sofocos



ACTIVA TU DÍA

Vitalidad y libido



DESCANSA EN TU NOCHE

Reposo profundo



Libicare® Meno es la nueva solución
para el manejo integral **DÍA Y NOCHE**
de los síntomas de la menopausia



HIDRATACIÓN INTENSA NO HORMONAL

ÚNICA
FÓRMULA
CON

2% de ácido hialurónico

Tecnología niosomal

Prebiótico



IDRACARE[®] Gel hidratante para la SEQUEDAD VAGINAL



Procure
Health
Naturally woman

Evaluación de la densidad mineral ósea (DMO) basal en pacientes con insuficiencia ovárica prematura (IOP). Resultados preliminares

Coma Barbarà, Marina (1); Níguez Sevilla, Isabel (2); Escamilla Galindo, Patricia (3); Muro Blanc, Patricia (1); Roca Comella, Beatriz (4)

(1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España (2) Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia, España (3) Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España (4) Hospital de Terrassa, Barcelona, España.

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Menopausia precoz, osteoporosis

2) OBJETIVOS

Evaluar la densidad mineral ósea (DMO) basal en pacientes con IOP y clasificar las características que presentan

3) MATERIAL / MÉTODO

Estudio observacional prospectivo multicéntrico, en el que participaron 16 centros en España.

Se realizó una densitometría ósea (DXA) a cada una de las pacientes diagnosticadas de IOP para evaluar la DMO en cuello del fémur (CF) y en columna lumbar (CL)

Las pacientes fueron divididas en 3 grupos: el G1 incluyó pacientes con DMO normal; el G2 pacientes con osteopenia (T score ≥ -1 en CF o CL); y el G3 las que presentaban osteoporosis (T score $\leq -2,5$).

Se buscaron asociaciones entre estos grupos y datos de la historia personal y médica de estas pacientes

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La variable que parece influir más en la DMO basal en las mujeres con IOP es el IMC. Un mayor IMC en las pacientes con DMO normal refleja la aromatización periférica de precursores de androgenos a estrógenos.

La media de tiempo de amenorrea hasta la realización de la DXA basal es un reflejo del retraso en el diagnóstico que sufren estas pacientes, y tiene un impacto en la DMO.

No se encontraron diferencias en la edad al diagnóstico o en los síntomas climatéricos. En este estudio, se ha trabajado con la DXA basal, pero esperamos continuar con el seguimiento poder describir el efecto del hipoestrogenismo con el tiempo

Déficit de vitamina D durante la menopausia

Fernández Rísquez, Ana Cristina (1); Carballo García, Antonio (1); Hijona Elósegui, Jesús Joaquín (1) ;
Mendoza Ladrón de Guevara, Nicolás (2); Presa Lorite, Jesús Carlos (1)

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

(2) Catedrático de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Granada.

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

déficit vitamina D menopausia

2) OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es poner de manifiesto los niveles de Vitamina D en mujeres postmenopáusicas en nuestra área de actuación.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, llevado a cabo en las consultas externas del HU de Jaén, a las que se realizó una determinación plasmática de 25 (OH) vitamina D a aquellas mujeres mayores de 50 años y en estatus menopáusico, durante un período de 10 meses.

Se han incluido un total de 69 mujeres. La edad media fue de 64,4 años con un mínimo de 50 y un máximo de 87.

Se han definido los niveles de vitamina D <20 ng/mL como deficiencia y por debajo de 30 ng/mL insuficiencia moderada leve.

Los niveles medios obtenidos fueron 18,6 ng/ml con una desviación típica de 8,10.

Encontramos que 56,6% de las pacientes presentan unos niveles de vitamina D <20 ng/mL, el 28,9% se encuentran entre 20-30 ng/mL y sólo el 5,3% presentan niveles normales.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La vitamina D desempeña un papel importante en el crecimiento óseo. La prevalencia de la deficiencia de vitamina D en las mujeres posmenopáusicas en estudios realizados a nivel mundial muestra un amplio rango de 1.6% a 86% dependiendo de la ubicación regional y la variación estacional.

Conclusiones

Paradójicamente, en España los niveles de vitamina D son similares o incluso inferiores a los descritos en Europa central, y así lo demuestran nuestros datos. Es importante una exposición solar adecuada y el conocimiento por parte de los especialistas.

Recomendaciones de la AEEM para suplementos de calcio y vitamina D en el manejo de la osteoporosis posmenopáusica

PRESA LORITE, JESUS (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); MENDOZA LADRON DE GUEVARA, NICOLAS (3)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO JAEN (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) Clínica MAR&Gen de Granada

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA, CALCIO, VITAMINA D

2) OBJETIVOS

Revisar cuales son las dosis recomendadas de calcio y vitamina d según la evidencia clínica actual y el perfil de paciente.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se han revisado las últimas guías de actuación de las principales sociedades científicas relacionadas con el metabolismo óseo: SEIOMM, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGIA, NATIONAL OSTEOPOROSIS

SOCIETY, INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS/ AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY, COCHRANE. Así como en bases de datos: Pubmed, Uptodate.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se recomienda corregir los niveles de calcio y vitamina D, referiblemente a través de: la dieta, hábitos saludables de exposición solar, cese del tabaco y limitar la ingesta de alcohol a dos unidades al día. Pero en aquellos pacientes con niveles bajos a pesar de las medidas conservadoras, con déficit severo o tratamiento farmacológico para la osteoporosis habrá que recurrir al uso de suplementos de calcio y vitamina D.

La disfunción sexual en la menopausia y la modulación hormonal

BLÁZQUEZ RAMOS, ALICIA (1)

(1) MATRONA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

menopausia, disfunción sexual, testosterona, función sexual.

2) OBJETIVOS

Objetivos: Describir la modulación hormonal en la actualidad relacionada con el tratamiento de la disfunción sexual.

3) MATERIAL / MÉTODO

Material y métodos: Revisión bibliográfica de estudios recientes.

Palabras clave: menopausia, disfunción sexual, testosterona, función sexual.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En conclusión, se necesitan más estudios que concreten dichas pautas de tratamiento y reúnan evidencia en torno a la pauta del mismo.

Manejo de la insuficiencia ovárica primaria en una paciente con contraindicación de terapia hormonal: a propósito de un caso

Pérez Buendía, Judit (1); Níguez Sevilla, Isabel (1); Penadés Sanz, Inmaculada (1); Carratalá Pérez, Olga (1); Almela Gurrea, Elena (2)

(1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (2) Hospital General Universitario Reina Sofía

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Insuficiencia ovárica primaria, contraindicación terapia hormonal

2) OBJETIVOS

Revisar las opciones de tratamiento disponibles para las pacientes con insuficiencia ovárica primaria (IOP) y contraindicación de terapia hormonal.

3) MATERIAL / MÉTODO

Paciente de 32 años remitida para valoración por amenorrea secundaria. Antecedente de diabetes mellitus tipo 1 con afectación multiorgánica, destacando nefropatía diabética en diálisis peritoneal y hemodiálisis (pendiente de trasplante de páncreas y riñón) e ictus isquémico en 2 ocasiones, sin secuelas.

Presenta además osteoporosis y un índice de masa corporal de 19.

Refiere amenorrea desde los 15 años, que fue catalogada como amenorrea hipotalámica y tratada con anticoncepción hormonal oral hace años, actualmente sin tratamiento.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Las estrategias terapéuticas en las pacientes con IOP deben enfocarse en el alivio de los síntomas asociados al déficit hormonal y la prevención de sus consecuencias a largo plazo. El pilar fundamental del tratamiento suele ser el reemplazo estrogénico, pero hay pacientes que no pueden usar terapia hormonal, lo que nos obliga a buscar alternativas: hidratantes y lubricantes para la atrofia vaginal, ISRS o gabapentina para los sofocos, SERM para la osteoporosis (aunque en nuestro caso concreto también estarían contraindicados por el aumento del riesgo trombótico)

Bio-Regeneración con Plasma rico en plaquetas en la Atrofia vulvovaginal

DE PONTE DAVI, ANTONELLA (1); BERMUDEZ SPARICE, SARA (2)

(1) DEXEUS MUJER, MEDICO ADJUNTO (2) DEXEUS MUJER. MEDICO ADJUNTO

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

síndrome genitourinario de la menopausia, plasma rico en plaquetas (PRP), bio- regeneración

2) OBJETIVOS

Establecer la efectividad del uso de plasma rico en plaquetas para la bio-regeneración en la atrofia vulvovaginal a través de una revisión bibliográfica actual.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se realizó una revisión de la información disponible en la literatura médica actual, a través de los buscadores “Pubmed” y “Cochrane”, consensos y bibliografía ginecológica.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El uso del PRP en el área genital femenina ha sido explorado en diferentes campos médicos, desde cirujanos plásticos, dermatólogos, médicos estéticos, y por último los especialistas del área, los ginecólogos, siendo su uso en la atrofia vulvovaginal un nuevo eslabón terapéutico a explorar en las mujeres postmenopáusicas. A pesar de las múltiples referencias en la literatura sobre las grandes ventajas, eficacia y seguridad en su uso, muy pocos casos o ensayos clínicos se encuentran actualmente disponibles en las publicaciones médicas.

▼ Intrarosa®

6,5mg Óvulos PRASTERONA

INNOVACIÓN
ATROFIA VAGINAL

Primer y único tratamiento local que genera intracelularmente Estrógenos y Andrógenos ⁽¹⁻⁷⁾

Mejora la sintomatología ^(8, 9, 10)

No causa elevación de estrógenos por encima de los niveles normales postmenopáusicos ⁽¹¹⁾



Mejora la función sexual en mujeres postmenopáusicas con atrofia vulvovaginal ⁽¹²⁾

Rapidez de acción: cambio beneficioso altamente significativo a las **2 semanas** ⁽¹³⁾



LACER, S.A. - BOTERS, 5
08290 CERDANYOLA DEL VALLÈS
BARCELONA - SPAIN
www.lacer.es

Lacer

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

Amenorrea primaria como consecuencia de insuficiencia ovárica primaria iatrogénica. Diagnóstico y manejo. A propósito de un caso

Pérez Buendía, Judit (1); Níguez Sevilla, Isabel (2); Sánchez Romero, Javier (2); Manzanares López, Julia (2); Castro Marchán, Elena (2)

(1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Residente de cuarto año. (2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Amenorrea primaria, insuficiencia ovárica primaria iatrogénica, manejo clínico

2) OBJETIVOS

Revisar el diagnóstico y manejo de la insuficiencia ovárica primaria cuando se presenta en forma de amenorrea primaria, utilizando como guía un caso clínico de nuestro centro.

3) MATERIAL / MÉTODO

Paciente de 12 años, remitida desde oncología infantil para valoración de posible insuficiencia ovárica primaria tras tratamiento con quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia por neuroblastoma de alto riesgo.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La insuficiencia ovárica primaria no solo causa esterilidad, si no que se asocia con múltiples riesgos para la salud como la disminución de la densidad mineral ósea o la progresión temprana de la enfermedad cardiovascular. La terapia de reemplazo hormonal es fundamental, y en las niñas debe comenzar aproximadamente a los 12 años. Para ello, es imprescindible realizar un diagnóstico adecuado.

El régimen preferido es estradiol transdérmico o transvaginal con acetato de medroxiprogesterona cíclico durante 12 días al mes (1). También se recomienda añadir calcio y vitamina D, así como concienciar de la importancia del ejercicio físico regular (2).

El tratamiento debe de continuarse hasta la edad normal de la menopausia (habitualmente, 50 años).

POSTERS



murcia
XVII Congreso Nacional de
la Asociación Española para el
Estudio de la Menopausia
10 al 12 de noviembre
Centro de Congresos Víctor Villegas

2022

amanece,
ya es
menopausia

 AEEM

The image shows a horizontal banner for a conference. On the left, a dark grey background contains the text 'murcia' in a large, white, lowercase sans-serif font. Below it, in a smaller white font, is 'XVII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia', followed by '10 al 12 de noviembre' and 'Centro de Congresos Víctor Villegas'. To the right of this text is a large, colorful graphic of a sun with rays in orange and yellow, and a rainbow-like arch in green, blue, yellow, and pink. Further right, on a light cream background, the phrase 'amanece, ya es menopausia' is written in a black, handwritten-style font. Below this phrase is the AEEM logo, which consists of a stylized figure in a circle and the letters 'AEEM'.

Quiste de canal de Nuck en mujer adulta: A propósito de un caso de presentación atípica

Sánchez-Prieto, Manuel (1); García Alfaro, Pascual (1); Segura, Cristobal (1)

(1) Hospital Universitario Dexeus

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Canal de Nuck, Hidrocele

2) OBJETIVOS

El quiste del canal de Nuck, también llamado hidrocele femenino, es una anomalía congénita producida por una obliteración incompleta del proceso vaginalis. Esta estructura acompaña al ligamento redondo desde la base de las trompas de Falopio hasta el labio mayor. Normalmente se oblitera entre los 8 y 12 meses de vida. Si esto no ocurre, se produce una evaginación del peritoneo parietal a través del anillo inguinal, originando un hidrocele o tumoración labial. Son anomalías raras que se suelen presentar como una masa fluctuante, elástica y no reductible.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se realiza un reporte de un caso de una entidad rara con una presentación infrecuente.

Paciente de 66 años, alérgica a Sulfamidas, que acude a consulta para realizar su revisión ginecológica periódica. Refiere dolor de cadera de 4 meses de evolución, con mejoría clínica parcial con AINEs. Refiere pérdida de peso importante sin hacer dieta. Exploración ginecológica compatible con la normalidad sin observarse anomalías a nivel vulvar. Ecografía ginecológica, mamografía y ecografía mamaria compatibles con normalidad.

Tras realizar estudio de dolor de cadera, se constata en RMN pélvica una lesión inguinal derecha compatible con quiste de canal de Nuck complicado con hemorragia o infección.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Aunque esta anomalía anatómica es una entidad poco frecuente, los ginecólogos deben estar familiarizados con esta entidad para elaborar un diagnóstico diferencial apropiado y completo de una tumefacción labial.

Hallazgo casual de una tumoración vesical en mujer postmenopáusica

García Alfaro, Pascual (1)

(1) H. Universitario Quirón Dexeus. Responsable Unidad de Menopausia

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Tumoración vesical; postmenopausia

2) OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN. El cáncer de vejiga se presenta entre los 50-80 años, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Suele ser de estirpe epitelial. Como factores de riesgo bien establecidos encontramos: el tabaquismo, la infección por *Schistosoma hematobium*, la exposición a tintes, anilinas, hidrocarburos aromáticos policíclicos y la acroleína. La manifestación clínica más frecuente es la hematuria y en ocasiones aparecen síntomas irritativos miccionales (disuria, aumento de la frecuencia miccional y tenesmo).

3) MATERIAL / MÉTODO

Caso clínico de una tumoración vesical valorado por ecografía ginecológica y cistoscopia.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

CASO CLÍNICO. Mujer de 59 años, fumadora, sin sintomatología urinaria. En el transcurso de una revisión ginecológica en la ecografía transvaginal se observó una tumoración intravesical de 21x18 mm de ecogenicidad heterogénea y bordes irregulares con vascularización al doppler color. La cistoscopia evidencia una vejiga de paredes lisas con una tumoración intravesical exofítica de aspecto papilar, de unos 2 cm, sin signos de sangrado. Tras resección transuretral, el resultado anatomopatológico informa de Carcinoma papilar transicional grado 3 limitado a la superficie.

CONCLUSIONES. El cáncer vesical se presenta entre la 5a y 8a década de la vida, siendo más frecuente en hombres. Suele originarse en el urotelio. El factor de riesgo más importante en los países desarrollados, es el tabaco. Aunque la cistoscopia es la principal prueba diagnóstica, la ecografía transvaginal realizada en la revisión periódica puede ser una herramienta de gran utilidad.

Percepción de las mujeres postmenopáusicas sobre la incorporación de la inteligencia artificial (IA) en el diagnóstico de cáncer de mama

Martínez Vílchez, Mónica (1); García Aguilera, Álvaro (2); Presa Lorite, Jesús Carlos (2); Gámiz López, Eva María (2); Gómez Fernández, Julia (2)

(1) Complejo Hospitalario de Jaén MIR Ginecología (2) Complejo Hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

inteligencia artificial, cáncer de mama, postmenopausia

2) OBJETIVOS

El objetivo principal es conocer la percepción y el grado de aceptación de mujeres postmenopáusicas de nuestra área de influencia sobre la introducción de las nuevas tecnologías basadas en inteligencia artificial (IA) en el diagnóstico de cáncer de mama.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se ha diseñado un estudio observacional con recogida de datos mediante cuestionario autorellenable y anónimo.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La IA es una tecnología capaz de integrar y analizar grandes cantidades de datos para trabajar de forma más eficiente y autónoma por lo que su introducción en el sector de la salud puede suponer un importante avance.

La actitud de las mujeres ante la posibilidad de la incorporación de la IA en el cribado de cáncer de mama es bastante positiva y la mayoría tiene una buena percepción de la utilización de esta tecnología en los programas de cribado por lo que se debe continuar estudiando su aplicación en el sector médico.

TRATAMIENTO ELECTROMAGNETICO focalizado (HIFEM) (EMSELLA) en la Retención Urinaria Neurógena

Losa Dominguez, Fernando (1); GARCIA MARTINEZ, PRESENTACION/P (2); LOSA. PUIG, HELENA/H (3)

(1) clinica sagrada familia barcelona (2) Instituto Ginecoestético IGEMA Altorreal (3) HOSPITAL ALVAREZ CUNQUEIRO, VIGO

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

ELECTROMAGNETISMO. HIFEM. RETENCION URINARIA .

2) OBJETIVOS

Objetivo: Efectuar un tratamiento No invasivo con Electromagnetismo para tratar la retención urinaria neurógena.

3) MATERIAL / MÉTODO

MATERIAL y METODOS

Se presentan dos casos de dos mujeres menopáusicas que habían recibido tratamientos quirurgicos: banda vesical para IUE y tratamiento de hernia discal lumbar que presentaron como complicación una retención vesical patológica de tipo neurógeno que requerían de múltiples autosondajes diarios. Recibiendo 6 sesiones de Electromagnetismo (HIFEM) en Silla electromagnética (EMSELLA) , durante 3 semanas.

El único patrón estudiado fue el retorno del ritmo miccional normal, sin autosondaje.

1er caso:

Paciente de 69 años de edad, operada en 2007 de

plastias anterior y posterior con colocación de malla TVT. Tras la operación disfunción del vaciado vesical severo, requiere durante años de auto sondaje, con reiteradas infecciones urinarias. En la actualidad rotura y extrusión de la malla. Efectúa tratamiento antibiótico preventivo.

2o caso:

Paciente de 57 años, operada en 2016 de hernia discal (L4- L5). Tras la operación presentó disfunción severa del vaciado vesical, requiere durante años de auto sondaje, con reiteradas infecciones urinarias, con tratamiento antibiótico preventivo.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Conclusiones

Se presentan dos casos clínicos con una patología poco frecuente , retención urinaria patológica, donde la estimulación electromagnética focalizada de alta intensidad (HIFEM) utilizada en el abordaje de problemas de IU , como la incontinencia urinaria de estrés (IUE), puede también emplearse en otras patologías urinarias como la Retención patológica de tipo neurógeno, modulando la estimulación nerviosa y recuperando la funcionalidad urinaria normal.

Grado de Satisfacción en Mujeres menopáusicas con Nocturia sometidas a Tratamiento con Electromagnetismo focalizado (HIFEM)

Losa. Dominguez, Fernando (1); GARCIA MARTINEZ, PRESENTACION/P (2); LOSA PUIG, HELENA/H (3)

(1) clinica sagrada familia barcelona (2) Instituto Ginecoestético IGEMA Altorreal (3) HOSPITAL ALVAREZ CUNQUEIRO, VIGO

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

ELECTROMAGNETISMO. HIFEM. . NOCTURIA. GRADO SATISFACCION

2) OBJETIVOS

OBJETIVO: evaluar el grado de satisfacción en mujeres menopáusicas que presentaban Nocturia, tras efectuar 6 sesiones de Electromagnetismo focalizado (HIFEM)

3) MATERIAL / MÉTODO

MATERIAL y METODOS

Se reportan 57 casos de pacientes MENOPAUSICAS con Nocturia y el grado de Satisfacción tras efectuar en 6 sesiones de ELECTROMAGNETISMO FOCALIZADO (HIFEM), durante 3 semanas.

La técnica HIFEM: electromagnetismo es No invasiva y se basa en aplicar ondas magnéticas que despolarizan las neuronas de los músculos del suelo pélvico provocando

una contracción de los mismos mediante un programa prediseñado.

Se realizó la encuesta tras finalizar la ultima sesión de la intervención. Estableciéndose un test LIKERT de 1-10 donde se valoraba la tolerabilidad y grado de satisfacción en general del tratamiento , clasificándose en:

- Malo/Indiferente de 1 a 3 • Bueno de 4 a 7

- Excelente de 8 a 10.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Comentarios:

La Nocturia se presenta frecuentemente en la mujer menopáusica, sobre todo si presenta incontinencia urinaria. Aconsejándose investigar y preguntar a todas las pacientes MENOPAUSICAS sobre la nocturia y sus repercusiones en la calidad de vida y sus resultados relevantes en la mejora en pacientes con SGM y presencia de nocturia, donde el tratamiento electromagnético focalizado (HIFEM) puede mejorar el índice de nocturia y el grado de satisfacción de la mujer menopáusica.

Fractura vertebral múltiple en paciente postmenopáusica, tras suspensión de denosumab sin supervisión médica

García Aguilera, Álvaro (1); Martínez Vilchez, Mónica (2); Moreno Champale, María (2);
Gómez Fernández, Julia (2); Presa Lorite, Jesús Carlos (2)

(1) Hospital Materno Infantil de Jaén. Residente de Ginecología y Obstetricia (2) Hospital Materno Infantil de Jaén

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Fractura vertebral, denosumab, osteoporosis

2) OBJETIVOS

Destacar la importancia de la transición a otros tratamientos antirresortivos tras la finalización del tratamiento con denosumab en pacientes con alto riesgo osteoporótico.

3) MATERIAL / MÉTODO

Revisión de un caso clínico

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Existen evidencias de que al discontinuar el tratamiento con denosumab se produce un “efecto rebote” con aumento de los marcadores de remodelado óseo y pérdida de la DMO que se ha adquirido durante el tratamiento; en ocasiones, este hecho se puede asociar al desarrollo de fracturas vertebrales múltiples.

La transición a otras terapias antirresortivas como los bifosfonatos tras finalizar el tratamiento con denosumab parece desempeñar un papel fundamental a largo plazo en la prevención de fracturas en pacientes con alto riesgo osteoporótico. Por ello, cabe destacar la importancia de no discontinuar el tratamiento con denosumab sin supervisión del especialista

(1) Covalytas S., Jagic G., Vermeir M., Fogtler C. Adhesion of human probiotic *Lactobacillus rhamnosus* to cervical and vaginal cells and interaction with vaginosis-associated pathogens. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2008; 2008: 549640 Epub 2009 Jan 27. (2) J. M. Bohbot and J. M. Cordot. Vaginal Impact of the Oral Administration of Fecal Freeze-Dried Culture of LCR 35 in Healthy Women. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. vol. 2012, Article ID 503-549, 4 pages, 2012. doi:10.1155/2012/503648.

Lactoflora®

Protector íntimo

#Siéntete
PRO

¿Vaginosis bacteriana?
¿Candidiasis vaginal?
¿Recurrencias?



20 cáps. vía oral
CN: 167318.3

Con *Lactobacillus rhamnosus* LCR 35® + Vitamina A

Ayudan a inhibir el crecimiento de la *Candida albicans*, *Prevotella bivia* y *Gardnerella vaginalis* (1-2)

Restablece y mantiene el bienestar íntimo de la mujer de la forma más natural

- Un mismo producto para dos problemas de salud: VB y VVC
- Favorece el equilibrio de la flora vaginal.
- Mantiene el pH vaginal natural.
- Contribuye al buen mantenimiento y funcionamiento de la mucosa vaginal y del sistema inmunitario.

Descubre toda la gama en lactoflora.es



Sin gluten. Sin lactosa.

STADA

Caring for People's Health

Insuficiencia Ovárica Prematura asociada a Síndrome de X Frágil

García Aguilera, Álvaro (1); Martínez Vílchez, Mónica (2); Moreno Champale, María (2);
Gómez Fernández, Julia (2); Presa Lorite, Jesús Carlos (2)

(1) Hospital Materno Infantil de Jaén. Residente de Ginecología y Obstetricia (2) Hospital Materno Infantil de Jaén

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Insuficiencia ovárica prematura, Síndrome X frágil, esterilidad

2) OBJETIVOS

Resaltar la importancia del estudio genético en la Insuficiencia Ovárica Prematura.

3) MATERIAL / MÉTODO

Revisión de un caso clínico

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El síndrome de X frágil es la forma más frecuente de discapacidad intelectual en hombres. Existe una

asociación establecida entre la IOP y la premutación en el gen FMR1. Una de cada 250 mujeres son portadoras de la premutación y, de ellas, entre un 15-24% presentan IOP. De las mujeres con IOP familiar, un 11.5% son portadoras y de las que padecen IOP esporádico un 3.2%, por lo que la premutación FMR1 es la principal causa hereditaria de IOP familiar y esporádica.

El estudio genético de las pacientes que presentan IOP cobra un papel cada vez más importante, pues hasta en aproximadamente un 30% de los casos se encuentran asociadas a alteraciones genéticas. Se espera que en un futuro se desarrollen paneles genéticos que permitan predecir el riesgo de IOP y dar un asesoramiento completo a nuestras pacientes.

Hipogonadismo hipogonadotropo en superviviente a tumor hipofisario

García Aguilera, Álvaro (1); Martínez Vilchez, Mónica (2); Fernández Rísquez, Ana Cristina (2); Presa Lorite, Jesús Carlos(2); Carballo García, Antonio (2)

(1) Hospital Materno Infantil de Jaén. Residente de Ginecología y Obstetricia (2) Hospital Materno Infantil de Jaén

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

radioterapia, hipogonadismo hipogonadotropo, amenorrea

de sufrir pubertad precoz o retraso puberal, así como otras consecuencias propias del hipogonadismo hipogonadotropo como son la disfunción sexual, amenorrea e infertilidad.

2) OBJETIVOS

Destacar la relación entre los tratamientos oncológicos y las disfunciones hipotálamo-hipofisiaria-gonadal

Conclusiones: El correcto seguimiento multidisciplinar de pacientes

con tumores a nivel de la hipófisis es de gran importancia para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías relacionadas con el mal funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario. Entre estas patologías se encuentra el hipogonadismo hipogonadotropo que en la edad infantil puede presentarse como un retraso en el desarrollo puberal por lo que iniciar un tratamiento hormonal sustitutivo precoz es esencial para que estas pacientes consigan un desarrollo correcto de los caracteres sexuales.

3) MATERIAL / MÉTODO

Exponemos un caso clínico de hipogonadismo hipogonadotropo de origen iatrogénico tras un tratamiento radioterápico de un tumor intracraneal.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La pubertad es la fase de desarrollo en la que se alcanza la madurez sexual, por lo que los pacientes que reciben radioterapia intracraneal corren el riesgo

Abuso / agresión sexual: análisis de las características de las mujeres atendidas en urgencias de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario de Guadalajara. análisis comparativo entre víctimas menores y mayores de 45 años

Rubio Arroyo, María del Mar (1); De la Viuda García, Esther María (1); Cancelo Hidalgo, María Jesús (1); De Gracia Díaz, Paloma(1); Ruiz de Santaquiteria Torres, Valentín (1)

(1) Hospital Universitario de Guadalajara

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

AGRESIÓN SEXUAL, ABUSO SEXUAL, DELITOS SEXUALES

2) OBJETIVOS

Realizar un análisis descriptivo de las características de las mujeres atendidas por agresiones sexuales que suceden en nuestro medio, prestando especial atención a las pacientes con edad igual o superior a los 45 años, con el fin de identificar áreas de mejora en la asistencia de estas.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se efectuó estudio retrospectivo recogiendo pacientes víctimas de delitos sexuales en nuestro medio, la provincia de Guadalajara desde 2014 a actualidad. Se investigaron múltiples variables y se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos, comparando el grupo de mujeres con edad igual o mayor a 45 años con los datos del conjunto de la muestra.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES RESULTADOS

Dos de las agresiones sexuales que suceden en nuestro área cada año corresponderán con víctimas de 45 años o más. La disminución en el nivel de consciencia, así como el consumo de alcohol es menos frecuente que en la muestra general. Las lesiones físicas no genitales son más frecuentes; y de nuevo el delito que más se repite es la penetración vaginal. El seguimiento posterior presenta menores tasas de cumplimiento, aunque las pacientes precisan mas frecuentemente apoyo psicológico.

CONCLUSIONES

Los delitos sexuales presentan una tendencia ascendente en nuestro país y también en nuestro medio. Alrededor de 1 de cada 9 víctimas presentan edades iguales o superiores a los 45 años. Las condiciones de la agresión en mujeres de mas de 45 años difieren en comparación con los datos generales; por lo que deberá individualizarse el manejo y el seguimiento en este grupo de edad.

¿Cuál es la seguridad la THM según la edad y el momento de inicio de la menopausia?

BAQUEDANO, LAURA (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); NIETO, ANIBAL (3); GONZALEZ, SILVIA (4); CORREA, MARTA (5)

(1) HOSPITAL MIGUEL SERVET (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA (4) HM GABINETE VELAZQUEZ (5) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM, EDAD MENOPAUSIA

2) OBJETIVOS

Determinar cuál es la seguridad de la THM en función de la edad de la mujer al inicio del tratamiento y la edad de menopausia.

3) MATERIAL / MÉTODO

Material y métodos: Se ha realizado una revisión sistemática sobre la seguridad de la THM en

PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas

clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia

siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión,

uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de

uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3

mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

Los desenlaces de interés estudiados en función de la edad fueron: Riesgo cardiovascular

(RCV), Riesgo enfermedad tromboembólica (ETE), Riesgo cáncer mama (RCM), Riesgo cáncer

de ovario (RCO), Riesgo cáncer colorrectal (RCC), Riesgo mortalidad por todas las causas (RM).

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Resultados:

- < 40 años: Categoría 1B por los beneficios claros de la THM (Muka 2016).
- 40-45 años: Categoría 1C /2 C en función de la duración por el riesgo de ca mama (CGHFBC 2019).
- 50-50 años: THM combinada Categoría 2B por el riesgo leve de ca mama (CGHFBC 2019 y Vinogradova 2020; Manson 2013 no mostró incremento de riesgo). TH sólo estrógenos 1B/2C en función de la duración (CGHFBC 2019 y Vinogradova 2020; Manson 2013). Tibolona categoría 1C en > 55 años y 2C en < 55 años por el riesgo de ETE (Vinogradova 2019);
- 60-69 años: Categoría 3B para inicio y Categoría 2B para continuación por el RCV. Recomendable valorar su RCV aconsejando para ello la utilización de herramientas validadas (Manson 2013, 2017, Nudy 2019 y Kim 2020). Tibolona categoría 2C (Vinogradova 2020).
- >70 años: Categoría 3D por RCV (Manson 2013, 2017, Nudy 2019 y Kim 2020) y por el riesgo de ca mama en función de la duración. Tibolona categoría 2C/3C en función de la duración (Vinogradova 2020).
- En los desenlaces de interés Ca ovario, colorrectal y la mortalidad, no se demostró riesgo asociado a THM, o éste fue menor a los mostrados en todas las categorías, por lo que no las modifican

- Según el momento de inicio de la menopausia: -
Temprano, antes 60 años: RCV (categoría 1B)

- Tardío, después de los 60 años: RCV (categoría 2B)

Conclusiones:

En población sana, la edad de inicio de la THM y de la menopausia modulan los riesgos asociados al tratamiento.

¿Cuál es la seguridad la THM según la duración del tratamiento?

BAQUEDANO, LAURA (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); NIETO, ANIBAL (3); GONZALEZ, SILVIA (4);
CORREA, MARTA (5)

(1) HOSPITAL MIGUEL SERVET (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA (4) HM GABINETE
VELAZQUEZ (5) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM, DURACION DEL TRATAMIENTO

2) OBJETIVOS

Determinar si la seguridad de la THM tiene relación con la duración de la misma.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión, uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3 mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Resultados:

Los criterios de elegibilidad fueron: Riesgo cardiovascular (RCV), Riesgo enfermedad tromboembólica (ETE), Riesgo cáncer mama (RCM), Riesgo cáncer de ovario (RCO), Riesgo cáncer colorrectal (RCC), Riesgo mortalidad por todas las causas (RM). < 40 años: 1C independientemente de la duración del tratamiento

40-49 años: THM con solo estrógenos: < 5 años: Categoría 1C; > 5 años: Categoría 2C. THM combinada (40-44 años) < 5 años Categoría 1C; > 5 años: Categoría 2C THM (45-49 años): Categoría 2C. Todo ello por el riesgo de ca mama. Por encima de los 50 años, una duración prolongada del tratamiento se asocia con mayores riesgos acumulados (kKm 2020)

En el resto de las categorías, la duración no condiciona cambio de categoría excepto para tibolona en mujeres >70 años.

Para la ETE, la duración, no parece correlacionarse linealmente con este riesgo ya que en los dos primeros años de toma de la THM, el aumento de riesgo relativo de ETE es mayor (Sweetland: 2012)

Conclusiones:

La duración de la THM no guarda una relación lineal con los posibles riesgos y no suele condicionar cambio en las categorías de los criterios de elegibilidad en población sana.

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con antecedente trombótico?

RAMIREZ POLO, ISABEL MARIA (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); GOMEZ, MARIA ANGELES (3); SANTAMARIA, AMPARO (3); HERRERO, SONIA (3)

(1) MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM RIESGO TROMBOTICO

2) OBJETIVOS

Creación de unos criterios de elegibilidad para el uso de la THM en mujeres con antecedentes de tromboembolismo venoso (TEV/EP).

3) MATERIAL / MÉTODO

- La pregunta según sistema PICO
- Los criterios de inclusión determinados por el grupo de revisión bibliográfica (INPECS)
- Estrategia de búsqueda en MEDLINE y EMBASE para responder a pregunta clínica. Evaluación de riesgo de sesgo de los ensayos clínicos con la herramienta Risk of Bias y los estudios no aleatorizados con la herramienta ROBINS I.
- Extracción de datos
- La síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA
- Dos equipos de revisión de resultados, interno y externo. Valoración de evidencia mediante criterios GRADE.

Criterios de elegibilidad, nomenclatura de la OMS
Categoría 1: Ninguna restricción en uso de THM.
Categoría 2: Ventajas superan a los riesgos.

Categoría 3: Riesgos, superan a los beneficios.

Categoría 4: No se debe usar THM.

En este informe se consideran

- Para TEV /EP: Un ensayo clínico (EVTET 2000), dos observacionales (Olié 2011, Rossouw 2002).

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. En mujeres con antecedente TVP/EP no anticoaguladas:
 - a. THM por vía oral: Categoría 4B.
 - b. THM transdérmica: Categoría 3C.
 - c. Tibolona. No datos
2. Mujeres con antecedente TVP/EP anticoaguladas:
 - a. Si THM imprescindible Categoría 3D. (opinión de experto)

Conclusión

- Mujeres con antecedente de TEV/EP, los riesgos superan a los beneficios en el uso de la THM, THM transdérmica no se asocia un mayor riesgo de retrombosis. Datos de un solo estudio observacional con alto riesgo de sesgos.

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con trombofilias?

RAMIREZ POLO, ISABEL MARIA (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); GOMEZ, MARIA ANGELES (3); SANTAMARIA, AMPARO(3); HERRERO, SONIA (3)

(1) ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM TROMBOFILIAS

2) OBJETIVOS

Precisar cuál es el grado de seguridad de uso de la THM en mujeres que presentan trombofilias.

3) MATERIAL / MÉTODO

- La pregunta según sistema PICO
- Los criterios de inclusión determinados por el grupo de revisión bibliográfica (INPECS)
- Estrategia de búsqueda en MEDLINE y EMBASE para responder a pregunta clínica. Evaluación de riesgo de sesgo de los ensayos clínicos con la herramienta Risk of Bias y los estudios no aleatorizados con la herramienta ROBINS I.
- Extracción de datos
- La síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA
- Dos equipos de revisión de resultados, interno y externo. Valoración de evidencia mediante criterios GRADE.

Criterios de elegibilidad, nomenclatura de la OMS

Categoría 1: Ninguna restricción en uso de THM. Categoría 2: Ventajas superan a los riesgos. Categoría 3: Riesgos, superan a los beneficios. Categoría 4: No se debe usar THM.

En este informe se consideran

- Tres análisis secundarios de ensayos clínicos HERS, ERA (Herrington 2002) y WHI (Cushman 2004)) y cuatro estudios de casos controles (Lowe 2000, Rosendaal 2002, Straczek 2005, Douketis 2010).

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Resultados:

- Riesgo basal x 4 de trombosis en mujeres con trombofilia.
- Relación directa entre mutaciones, a mayor número/ mayor riesgo. - Criterios elegibilidad
 - o THM oral (categoría 4B),
 - o Estrógenos solos (categoría 3B),
 - o Vía transdérmica (categoría 2B),
 - o Tibolona (no datos).

Conclusiones:

En pacientes con trombofilia, no se debe indicar la THM por vía oral, de elección la vía transdérmica.



¡NO BUSQUES MÁS!

piernas pesadas |



piernas pesadas con varices
piernas hinchadas
dolor y hormigueo en las piernas

Consulte a su médico o farmacéutico



CONTIENE OXERUTINAS
SUSTANCIA OBTENIDA DE LAS PLANTAS

Venoruton alivia los síntomas de la insuficiencia venosa leve con acción triple efecto:



Fortalece las paredes de las venas



Mejora la microcirculación



Alivia el dolor y la hinchazón



www.venoruton.es

Para adultos. Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico.



Caring for People's Health

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con migrañas?

DE LA VIUDA GARCIA, ESTHER (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); RAMIREZ POLO, ISABEL MARIA (3); GOMEZ, MARIA ANGELES (4); SANTAMARIA, AMPARO (4)

(1) HOSPITAL GUADALAJARA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (4) FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM MIGRAÑAS

2) OBJETIVOS

Creación de criterios de elegibilidad para el uso de la THM en mujeres con antecedentes de migrañas y cefaleas tensionales

3) MATERIAL / MÉTODO

- La pregunta según sistema PICO
- Los criterios de inclusión determinados por el grupo de revisión bibliográfica (INPECS)
- Estrategia de búsqueda en MEDLINE y EMBASE para responder a pregunta clínica. Evaluación de riesgo de sesgo de los ensayos clínicos con la herramienta Risk of Bias y los estudios no aleatorizados con la herramienta ROBINS I.

- Extracción de datos
- La síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA
- Dos equipos de revisión de resultados, interno y externo. Valoración de evidencia mediante criterios GRADE.

Criterios de elegibilidad, nomenclatura de la OMS
Categoría 1: Ninguna restricción en uso de THM.

Categoría 2: Ventajas superan a los riesgos. Categoría

3: Riesgos, superan a los beneficios. Categoría 4: No se debe usar THM.

En este informe se consideran

- Un análisis secundario del estudio cohorte Oxford Vascular Study (Li 2015) dos ensayos clínicos Nappi 2001, Nappi 2006) un observacional Facchinetti 2002.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS

1. Migraña con aura
 - a. THM oral: Categoría 3D.
 - b. THM transdérmica: Categoría 2/3 C. (2 inicio/3continuación)
 - c. Tibolona. No datos
2. Migraña sin aura 2 C
3. Cefalea tensional
 - a. THM oral 1B
 - b. Transdérmica 1B
 - c. Tibolona 1B

CONCLUSIÓN

- Las mujeres con migraña tienen un incremento del riesgo de presentar accidente vascular isquémico comparado con las mujeres sin migrañas
- La cefalea tensional mejora con el uso de THM

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres fumadoras?

RAMIREZ POLO, ISABEL MARIA (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); DE LA VIUDA GARCIA, ESTER (3)

(1) ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL DE GUADALAJARA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM TABACO

2) OBJETIVOS

Analizar seguridad de uso de THM fumadoras.

3) MATERIAL / MÉTODO

- La pregunta según sistema PICO
- Los criterios de inclusión determinados por el grupo de revisión bibliográfica (INPECS)
- Estrategia de búsqueda en MEDLINE y EMBASE para responder a pregunta clínica. Evaluación de riesgo de sesgo de los ensayos clínicos con la herramienta Risk of Bias y los estudios no aleatorizados con la herramienta ROBINS I.
- Extracción de datos
- La síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA
- Dos equipos de revisión de resultados, interno y externo. Valoración de evidencia mediante criterios GRADE.

Criterios de elegibilidad, nomenclatura de la OMS
 Categoría 1: Ninguna restricción en uso de THM.
 Categoría 2: Ventajas superan a los riesgos.

Categoría 3: Riesgos, superan a los beneficios.

Categoría 4: No se debe usar THM.

En este informe se consideran

- ECA o estudios observacionales (Mueck 2003, 2005 y 2015; Driul 2004; Geisler 1999; Matti en 2003) y (Maleck 2019, Wilson 1985, Mann 1994) grado tabaquismo

o Fumadora: > 10-15 cigarrillos/día.

A mayor grado de tabaquismo previo a la menopausia mayor daño endotelial y menor protección estrogenica.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS:

o THM oral: desaparece efecto protector endotelial. Mayor mortalidad Categoría 3C.

o THM transdérmica: Los efectos beneficiosos estrogenicos no se pierden, no incrementan los perjudiciales Categoría 2C

o Tibolona: no evidencia. Conclusiones:

THMoral. No recomendada para menopausias fumadoras. Aumenta la mortalidad y los eventos cardiovasculares.

THM transdérmica, vía preferente en fumadoras. No se pierden efectos beneficiosos estrogenicos.

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular?

SANCHEZ MENDEZ, SONIA (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); CASTELO BRANCO, CAMIL (3);
GUINOT GASULL, MISERICORDIA(4); ROCA, BEATRIZ (5)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA
(4) HOSPITAL DEL MAR DE BARCELONA (5) FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM ENFERMEDAD CARDIO VASCULAR

2) OBJETIVOS

Exponer cual es la seguridad de la THM en mujeres que tienen antecedentes de enfermedad cardiovascular.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que

habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión, uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3 mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El uso de THM en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares debe de individualizarse siendo fundamental diferenciar las causas asociadas a arteriosclerosis de otras, así como a factores de riesgo añadidos.

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con hipertensión?

SANCHEZ MENDEZ, SONIA (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); CASTELO BRANCO, CAMIL (3);
GUINOT GASULL, MISERICORDIA(4); ROCA, BEATRIZ (5)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA
(4) HOSPITAL DEL MAR DE BARCELONA (5) FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM HIPERTENSION

2) OBJETIVOS

Exponer cual es la seguridad de la THM en mujeres que presentan hipertensión.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo

de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión, uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3 mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Dentro de los posibles eventos cardiovasculares, la HTA no resulta una contraindicación para el uso de THM, incluso se ha observado que su uso mantenido en el tiempo puede mejorar las cifras de TA.

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres con síndrome metabólico?

PEREZ CAMPOS, EZEQUIEL (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); PRESA LORITE, JESUS (3);
RIBES REDONDO, MIRIAM(4); ALVAREZ DE FRUTOS, VISITACION (5)

(1) HOSPITAL REQUENA DE VALENCIA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL UNIVESITARIO JAEN
(4) FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (5) FEA ENDOCRINOLOGIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM SINDROME METABOLICO

2) OBJETIVOS

Señalar cuál es la seguridad de la THM en mujeres que presentan un síndrome metabólico.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que

habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión, uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3 mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El poliedro que constituye el síndrome metabólico puede ser muy variado, siendo necesaria la individualización de la THM en función de la coexistencia o no de DM, dislipemias y obesidad. En general aunque con poco nivel de evidencia mejoran los perfiles glucémicos y lipídicos.

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres supervivientes de cáncer de mama?

CORONADO MARTIN, PLUVIO JESUS (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); IGLESIAS BRAVO, EVA MARIA (3); LUBIAN LOPEZ, DANIEL MARIA (4); GOMEZ CALVO, ANA ISABEL (5)

(1) HOSPITAL DE LA SAN CARLOS (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL DE VALME (4) HOSPITAL QUIRON SALUD GIBRALTAR (5) SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGIA MAMARIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM CANCER DE MAMA

2) OBJETIVOS

Precisar cuál es la seguridad de uso de la THM en aquellas mujeres que han sobrevivido a un cáncer de mama.

3) MATERIAL / MÉTODO

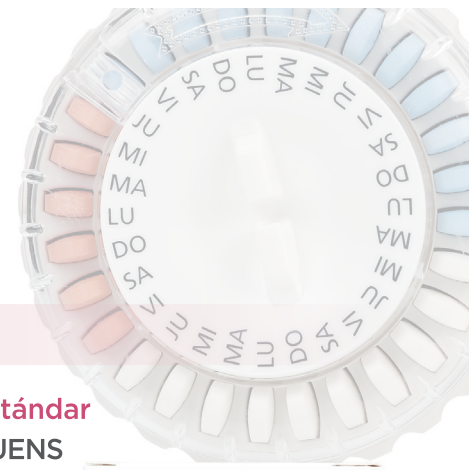
Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto

con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión, uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3 mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Superviviente a CM se considera a quién tiene una remisión completa de su tumor y ha finalizado el tratamiento primario.

Terapia hormonal de la menopausia **ISDIN**



TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA

Terapia hormonal sustitutiva (THS) para los síntomas de deficiencia estrogénica en mujeres posmenopáusicas (menos de 6 meses desde la última regla).

Dosis Baja DUOFEMME



BIFÁSICO CONTINUADO

	●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●	○●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
	16 comprimidos	12 comprimidos
E2	1 mg	1 mg
NETA		1 mg

Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. 28 comprimidos recubiertos · CN: 725069,2 · PVP: 7,66€

Dosis Estándar TRISEQUENS



TRIFÁSICO CONTINUADO

	●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●	○●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
	12 comprimidos	10 comprimidos	6 comp
E2	2 mg	2 mg	1 mg
NETA		1 mg	

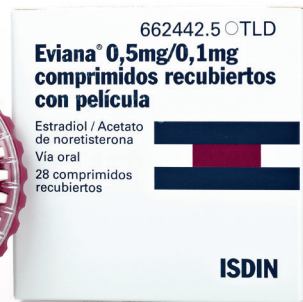
* < 6 meses desde la última regla

Medicamento sujeto a prescripción médica. 28 comprimidos · CN: 685818,9 · PVP: 9,79€

MENOPAUSIA

Terapia hormonal sustitutiva (THS) para los síntomas de deficiencia estrogénica en mujeres posmenopáusicas (menos de 12 meses desde la última regla).

Dosis Ultra Baja EVIANA



MONOFÁSICO CONTINUADO

	○●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
	28 comprimidos
E2	0,5 mg
NETA	0,1 mg

Medicamento sujeto a prescripción médica. 28 comprimidos · CN: 662442,5 · PVP: 23,71€

Dosis Baja ACTIVELLE



MONOFÁSICO CONTINUADO

	○●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
	28 comprimidos
E2	1 mg
NETA	0,5 mg

** < 12 meses desde la última regla

Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. 28 comprimidos · CN: 753285,9 · PVP: 10,13€

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres portadoras de BRCA1 o BRCA2?

CORONADO MARTIN, PLUVIO JESUS (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); IGLESIAS BRAVO, EVA MARIA (3); LUBIAN LOPEZ, DANIEL MARIA (4); GOMEZ CALVO, ANA ISABEL (5)

(1) HOSPITAL DE SAN CARLOS (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL DE VALME

(4) HOSPITAL QUIRON SALUD GIBRALTAR (5) SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGIA MAMARIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM BRCA1 BRCA2

2) OBJETIVOS

Fijar cual es la seguridad del uso de THM en mujeres portadores de los genes BRCA1 o BRCA2.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo

de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión, uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3 mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La THM solo con estrógenos parece no aumentar el riesgo de CM, incluso en algunos estudios, disminuye el riesgo. La THM no aumenta el riesgo de CM en potadoras BRCA1.

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres supervivientes a cánceres ginecológicos?

LETE LASA, IÑAKI(1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); NIETO PASCUAL, LAURA (3); FIOL RUIZ, GABRIEL (4); SANTABALLA BERTRAN, ANA (5)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA (4) HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS (5) FEA ONCOLOGIA MEDICA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM CANCER GINECOLOGICO

2) OBJETIVOS

Determinar cuál es la seguridad de uso de la THM en pacientes que han sobrevivido a cánceres ginecológicos.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo

de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión, uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3 mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En general, las pacientes supervivientes en estadios iniciales de cáncer ginecológico parecen beneficiarse del uso de THM para mejorar su calidad de vida. En CO es necesario diferenciar el tipo histológico.

¿Cuál es la seguridad de la THM en mujeres supervivientes a cánceres de colon, pulmón o melanoma?

FIOL RUIZ, GABRIEL (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); LETE LASA, IÑAKI (3); NIETO PASCUAL, LAURA (4); SANTABALLA BERTRAN, ANA (5)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL UNIVERSIDAD ARABA
(4) HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA (5) FEA ONCOLOGIA MEDICA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM CANCER PULMON COLORRECTAL PULMON

2) OBJETIVOS

Determinar cuál es la seguridad del uso de la THM en aquellas pacientes que han sobrevivido a un cáncer de colon, pulmón o melanoma.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis sobre la seguridad de la THM en PubMed, Cochrane Library y EMBASE siguiendo los criterios estandarizados de Higgins. Realizando posteriormente un protocolo común que respondiera a una de las preguntas clínicas (PICO). El panel de expertos/as junto

con metodólogos definieron las poblaciones y subgrupo de riesgo. Los criterios de inclusión fueron mujeres que habían recibido THM y cuyo estudio estaba orientado a responder a alguna pregunta clínica, la síntesis de la evidencia siguió directrices PRISMA. Dichos estudios fueron revisados además por equipos de revisión, uno interno y otro externo y se juzgó la evidencia mediante criterios GRADE. La adecuación de uso se dividió en 4 categorías: 1 ninguna restricción al uso de THM, 2 mayor beneficio/riesgo, 3 mayor riesgo/beneficio, 4 no se recomienda.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Las pacientes que han sobrevivido a CCR, CP, MC pueden beneficiarse del uso de THM pero la heterogeneidad de los estudios impide una recomendación fuerte a favor.

¿Cuáles son las interacciones farmacológicas más importantes con la THM?

QUEREDA SEGUI, FRANCISCO (1); ROMERO DUARTE, PABLO (2); FRASERO LAIZ, MARIA (3);
ANDRACA ITURBE, LEIRE (4)

(1) FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGICA (2) HOSPITAL DE PONIENTE (3) HOSPITAL SANITAS LA ZARZUELA (4) LIC FARMACIA

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

THM INTERACCIONES FARMACOLOGICAS

2) OBJETIVOS

Describir cuales son las interacciones farmacológicas más frecuentes e importantes con la THM.

3) MATERIAL / MÉTODO

Dentro del proyecto de establecer criterios de elegibilidad para la THM, se realizó una revisión sistemática (según los criterios de Higgins) para responder esta pregunta clínica (PICO). Criterios de inclusión: mujeres tratadas con THM y estudios dirigidos o que informaran las interacciones farmacológicas THM - otros tratamientos. La síntesis de evidencia (PRISMA) y los estudios fueron revisados por dos equipos (interno y externo) y se juzgó la evidencia según criterios GRADE.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Resultados:

La administración conjunta de fármacos con THM es frecuente (35-45% de las prescripciones). Genera posibilidad de interacción farmacocinética de un tratamiento sobre otro, (uni o bidireccional, de modo

directo o indirecto (cambios en metabolismo hepático), y difiere según composición, dosis y/o vía de administración de THM. Apenas hallamos estudios de calidad dirigidos al objetivo, y pocos aportan evidencias útiles. Las interpretaciones proceden de estudios básicos o por extrapolación de anticoncepción hormonal (inadecuada). No obstante, existe amplia evidencia poblacional de uso concomitante para muchos fármacos que puede resultar útil. Por tanto, se utilizó la siguiente categorización de adecuación del uso: 1: administrar de modo preferencial o sin inconveniente. 2: aceptable coadministración. 3: recomendable tratamiento alternativo o revisar indicación de THM (justificable en algún caso). 4: No coadministración sin justificación expresa.

Se cruzaron grupos farmacológicos con: THM combinada (oral/transdérmica), THM sólo estrógenos (oral/transdérmica), y Tibolona; y se confeccionó una tabla de criterios de elegibilidad.

Conclusiones: La administración conjunta de THM y otros fármacos debe considerar el riesgo/beneficio basándose en la patología de base, las necesidades y la existencia o no de alternativas. Ante ausencia de evidencias, juicio clínico y experiencia son relevantes y los criterios de elegibilidad ayudan a la decisión y selección de la recomendación más oportuna.

Impacto de la violencia contra las mujeres en la salud sexual y reproductiva. Proyecto HIMEM (Hormonal Impacto en Mujeres Españolas Maltratadas). Protocolo del estudio

MENDOZA LADRON DE GUEVARA, NICOLAS (1); MENDOZA LADRON DE GUEVARA, NICOLAS (2)

(1) Distrito Jaén Sur, Jaén (2) Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Violencia contra la mujer, violencia sexual, violencia de género, abuso, maltrato

2) OBJETIVOS

La Justificación del estudio HIMEM será valorar si la VCM repercute a nivel hormonal y tiene consecuencias cardio-metabólicas, óseas, cognitivas, psicológicas y psicosexuales.

3) MATERIAL / MÉTODO

Emplazamiento: Unidades de atención primaria específicas para el cuidado de las mujeres que sufren VCM en las provincias de Jaén y Granada.

Participantes: mujeres de cualquier edad que hayan sufrido una VCM

Mediciones principales: Se analizarán parámetros clínicos, hormonales, cardio- metabólicos, óseos, psicológicos y psicosexuales.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presentación de este protocolo será la difusión del proyecto HIMEM entre las personas participantes del congreso de la AEEM. Igualmente, su contenido se difundirá a través de su red de investigación (REIM), intentando que el proyecto se convierta en un estudio multicéntrico con todos los grupos o investigadores/as de la AEEM.

Impacto de la violencia contra las mujeres en la salud sexual y reproductiva. Proyecto HIMEM (Hormonal Impacto en Mujeres Españolas Maltratadas). Estudio Piloto

MENDOZA HUERTAS, LORETO (1); MENDOZA LADRON DE GUEVARA, NICOLAS (2); JIMENEZ ARAQUE, ENCARNACION (3); ARJONA MORENO, SALVADOR (3); PRESA LORITE, JESÚS (4)

(1) Distrito Jaén Sur, Jaén (2) Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada
(3) DISTRITO JAEN SUR (4) Complejo hospitalario de Jaén

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Impacto de la violencia contra las mujeres en la salud sexual y reproductiva. Proyecto HIMEM (Hormonal Impacto en Mujeres Españolas Maltratadas). Estudio Piloto

2) OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio será analizar las repercusiones sobre el eje ciclo ovárico y la salud sexual y reproductiva de la violencia contra las mujeres (VCM).

3) MATERIAL / MÉTODO

Participantes: mujeres de cualquier edad que han sufrido VCM

Mediciones principales: parámetros clínicos, hormonales, cardio-metabólicos, óseos, psicológicos y psicosexuales

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Resultados: El proyecto HIMEM empezó su andadura en el año 2021, pero por razones relacionadas

con la pandemia COVID, a las mujeres contactadas no se les ha permitido ser atendidas de forma presencial hasta enero de 2022. Aparte de este impedimento, la principal dificultad encontrada en el inicio del proyecto ha sido la escasa colaboración por parte de las afectadas, no tanto por el proyecto en si cuanto por la vergüenza y miedo esgrimidas por las participantes. De las primeras 20 mujeres atendidas que se ofrecieron a contarnos su experiencia, la mayoría acudieron por haber padecido violencia en el ámbito familiar. Aparte de coincidir de manera unánime en sentirse avergonzadas y temerosas por la VCM, todas han excluido la sexualidad de sus vidas y han referido haber sufrido desde la VCM irregularidad menstrual (incluso amenorrea o insuficiencia ovárica prematura), ninguna se ha quedado embarazada y las que se encontraban en edad menopáusica han sufrido una sintomatología propia de este periodo más intensa de lo normal.

Conclusión: la VCM es un claro agente nocivo para la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres cualquiera que sea su edad o condición

FINANCIADO

profer

Nada más comer

Ferrimanitol ovoalbúmina

En anemia ferropénica



40 mg

Prevención ^(1, 2)

SOBRES

1 sobre al día*



Sin sorbitol
Sin gluten

sabor
vainilla-plátano

COMPRIMIDOS

1 comprimido al día*



sabor
café

BLISTER UNIDOSIS

Sin azúcar Sin lactosa
Sin sorbitol Sin gluten



80 mg

Tratamiento ⁽³⁾

SOBRES

1 sobre al día



sabor
vainilla-plátano

Sin sorbitol
Sin gluten



Profer 40 mg granulado para solución oral: también indicado en niños y adolescentes (1)
*2 dosis/día con 40 mg en caso de Anemia Ferropénica (1,2)

PROFER-03/20-005

meiji

Meiji Pharma Spain, S.A.

Ejerce un efecto protector de la mucosa gastroduodenal frente a la toxicidad habitual del hierro observada en otras formulaciones

ESTUDIO COMPARATIVO vs. hierro proteinsuccinilato y sulfato ferroso ⁽¹⁻⁴⁾

Liquen escleroso vulvar refractario a tratamiento, ¿hay algo más que podemos hacer?

Gracia Laborda, Maria Rosa (1); Rocher Cruces, SA (2); Albarracín Navarro, JL (3); Santiago Segura, S (1); Vicente Sánchez, E (1)

(1) Clínica Ginecológica Doctora Vicente (2) Hospital General Universitario Reina Sofía (3) Hospital Universitario Rafael Méndez

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Liquen escleroso, vulva, tratamiento

2) OBJETIVOS

El liquen escleroso (LE) es una condición dermatológica benigna y crónica, caracterizada por inflamación marcada, adelgazamiento epitelial y cambios dérmicos, con síntomas como prurito y dolor. En 85-98% de casos ocurre en la región anogenital.

La incidencia de LE en mujeres es mayor en la posmenopausia, su prevalencia se estima en 1 de cada 30 mujeres mayores.

El tratamiento se basa en educación del paciente, corticoides tópicos, e hidratación. En la menopausia, la atrofia vulvovaginal empeora la sintomatología, por lo es recomendable su tratamiento.

3) MATERIAL / MÉTODO

Paciente de 60 años, acude a consulta por LE de 6 años de evolución. Padece obesidad tipo II y es menopáusica desde los 50 años. Se ha tratado correctamente con

clobetasol tópico e hidratantes vulvares sin alcanzar mejoría.

La paciente presentaba placas blanquecinas atróficas en labios menores, introito y zona perineal, con erosión a nivel de introito.

Se añadió tratamiento con láser de diodo (no ablativo) a nivel vulvar y emulsión

reparadora con ácido hialurónico. Tras 5 meses de tratamiento, la paciente mostró mejoría sintomática y clínica, las lesiones pasaron a ser áreas hipopigmentadas, con reducción de la hiperqueratosis, las erosiones y la sintomatología.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El LE es una enfermedad crónica cuyo tratamiento se basa principalmente en corticoides. Sin embargo, pueden existir terapias alternativas útiles sumadas a ellos. Las terapias basadas en energía, como el láser, podrían tener un papel relevante. Casos como este, hacen evidente la necesidad de estudios correctamente diseñados para regular su uso en esta patología.

Virilización en la mujer postmenopáusica

Orenes Moreno, María (1); Níguez Sevilla, Isabel (1); Rojas Domínguez, Jorge Luis (1); Pérez Vidal, Juan Ramón (1); Nieto Díaz, Aníbal (1)

(1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Virilización, hiperandrogenismo, postmenopausia

2) OBJETIVOS

La aparición de hiperandrogenismo durante la postmenopausia es rara. En premenopausia, la causa más común es un síndrome de ovario poliquístico, pero en postmenopausia suele asociarse a otras etiologías, como hipertecosis ovárica o un tumor secretor de andrógenos (adrenal u ovárico) que, aunque raro, puede ser maligno. El objetivo de esta comunicación es revisar la presentación clínica del hiperandrogenismo postmenopáusico y su etiología.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se describen dos casos de mujeres postmenopáusicas que debutaron con virilización aguda. A propósito de éstos, se realizó una revisión bibliográfica.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Una paciente de 63 años consultó por hirsutismo agudo. En ecografía presentaba un ovario derecho

aumentado de volumen. En la laparoscopia diagnóstica se evidenciaron anejos atróficos, realizándose anexectomía. El diagnóstico fue tumor ovárico de células esteroideas (de Leydig). Otra tenía 56 años y consultó por hirsutismo y clitoromegalia agudos. La testosterona en sangre estaba aumentada. En pruebas de imagen destacaba un ovario derecho aumentado de tamaño, sin otros hallazgos. Se realizó la anexectomía, siendo el diagnóstico tumor ovárico del estroma-cordones sexuales (teca luteinizada).

Existen varias causas potenciales de hiperandrogenismo en la postmenopausia, y es fundamental conocerlas, pues un tumor podría ser responsable. La clínica de exceso androgénico incluye hirsutismo, alopecia, acné, cambios en voz y clitoromegalia, siendo los dos primeros los signos más comunes en la postmenopausia. También podría cursar con sangrado uterino por aromatización periférica de andrógenos, y con hiperplasia endometrial⁵. Será fundamental indagar en el tiempo de evolución clínico, pues en tumores productores de andrógenos es típico un inicio brusco y rápida progresión.

Síndrome Genitourinario; El gran desconocido

García Aguilera, Álvaro (1); Martínez Vílchez, Mónica (2); Moreno Champale, María (2);
Gómez Fernández, Julia (2); Presa Lorite, Jesús Carlos (2)

(1) Hospital Materno Infantil de Jaén. Residente de Ginecología y Obstetricia (2) Hospital Materno Infantil de Jaén

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Síndrome genitourinario, diagnóstico, esfera sexual

2) OBJETIVOS

Estudiar el grado de conocimiento sobre el Síndrome Genitourinario en nuestra área de referencia y evaluar sus síntomas más destacados.

3) MATERIAL / MÉTODO

Estudio observacional prospectivo mediante cuestionario anónimo dirigido a pacientes con diagnóstico de novo de Síndrome Genitourinario

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Comentarios: El Síndrome Genitourinario es una enfermedad desconocida por la población a pesar de

su alta prevalencia, lo que conlleva a altas tasas de infradiagnóstico. La sequedad vaginal es el síntoma por excelencia en las pacientes, seguida por aquellos relacionados con la afección de la esfera sexual. El uso de lubricantes de manera aislada no es suficiente conseguir unas relaciones sexuales aceptables.

Conclusiones: El papel que podemos desempeñar los profesionales sanitarios como fuente de información poblacional es fundamental. Es por ello que está en nuestra mano luchar por la visibilización de esta patología, contrarrestando así el infradiagnóstico existente.

La mayoría de las pacientes en el momento del diagnóstico aún son sexualmente activas. Es por ello que un correcto y temprano diagnóstico y tratamiento, podría ayudarlas a cuidar y prolongar su vida sexual.

No siempre lo mas frecuente, es lo mas frecuente, a propósito de un caso

GOMEZ MOMPEAN, LUCIA (1); FORTE ABAD, ANA ISABEL (2); PEREZ HERNANDEZ, LAURA (2) ;
LIROLA LOPEZ, CELIA(2); ROMERO DUARTE, PABLO (2)

(1) HOSPITAL PONIENTE (2) HOSPITAL DE PONIENTE

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

POLIPO, METRORRAGIA POSTMENOPAUSICA

2) OBJETIVOS

Exponer el algoritmo diagnóstico de las metrorragias postmenopáusicas como método de diagnóstico diferencial.

3) MATERIAL / MÉTODO

Revisión de la evidencia actual para el manejo de patologías ecográficas postmenopáusicas, protocolo SEGO e ISUOG.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En este caso, los hallazgos ecográficos y el sangrado posmenopáusico pudieron hacer sospechar un cáncer de endometrio, pero destaca el papel de la histeroscopia y los resultados del estudio histológico del endometrio.

Síndrome Genitourinario; Preferencias en vías de administración y posología

García Aguilera, Álvaro (1); Martínez Vilchez, Mónica (2); Moreno Champale, María (2);
Gómez Fernández, Julia (2); Presa Lorite, Jesús Carlos (2)

(1) Hospital Materno Infantil de Jaén. Residente de Ginecología y Obstetricia (2) Hospital Materno Infantil de Jaén

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Síndrome genitourinario, posología, vía vaginal

2) OBJETIVOS

Analizar las preferencias en la posología y vías de administración en nuestra área de trabajo para los pacientes diagnosticadas de Síndrome Genitourinario en función de sus características.

3) MATERIAL / MÉTODO

Estudio observacional prospectivo mediante cuestionario anónimo dirigido a pacientes con diagnóstico de novo de Síndrome Genitourinario.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La vía vaginal parece ser la preferida por la mayoría de pacientes, siendo los comprimidos estrogénicos vaginales con una posología de 2-3 aplicaciones semanales la opción más solicitada.

Conclusiones:

A pesar de no haber conseguido establecer una clara relación entre las distintas características de nuestras pacientes y la vía de administración y posología elegida, si que se ha demostrado una franca preferencia por la administración vaginal en toda la muestra de estudio.

Síndrome de Silver-Russell: a propósito de un caso de insuficiencia ovárica primaria

Rojas Dominguez, Jorge Luis (1); Ñíguez Sevilla, Isabel (1); Orenes Moreno, Maria (1);
Perez Vidal, Juan Ramon (1); Nieto Diaz, Anibal (1)

(1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

Síndrome Silver-Russell, Insuficiencia Ovárica Primaria, Menopausia Precoz

2) OBJETIVOS

Describir un caso de insuficiencia ovárica debido a una enfermedad congénita poco frecuente.

3) MATERIAL / MÉTODO

Se describe el caso de una paciente de 38 años que consulta por baches amenorreicos de 2 años de evolución. Al momento de la consulta la paciente presenta síndrome climatérico con sofocos, insomnio y sequedad vaginal. Como antecedente, la paciente presenta Síndrome de Silver-Russell (SSR), con talla baja evidente, osteoporosis e insuficiencia suprarrenal desde los 2 años por lo que recibía tratamiento crónico con corticoides.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El SSR es un raro trastorno genético que afecta a 1/100 000 personas vivas. Existen varias mutaciones

que generan este síndrome, principalmente una mutación puntual del cromosoma 11, que genera una producción ineficaz de IGF-2. Este síndrome produce a nivel neonatal un retraso de crecimiento intrauterino asimétrico, con fascies características. Durante la infancia es una causa de retraso de crecimiento. Además se

asocia a fallos orgánicos diversos como el descrito a nivel suprarrenal. A nivel ovárico, la IGF-2 juega un rol importante en la modulación del crecimiento, desarrollo y supervivencia folicular. Actúa de forma sinérgica a la gonadotropinas, aumentando el número de receptores de FSH y LH, y estas a su vez, aumentando la producción de IGF 1 y 2.

Conclusiones

El SSR afecta la producción de IGF-2, que es uno de los moduladores del ciclo folicular, ocasionando una insuficiencia ovárica primaria.

Influencia de las edades de menarquia y menopausia en la longevidad excepcional en mujeres de 100 y más años

BORROTO CASTELLANO, MAILIN (1); CAMPS CALZADILLA, ESMIR (2); MANZANO OVIES, BLANCA ROSA (3); PRADO MARTINEZ, CONSUELO (4)

(1) Universidad Autónoma de Madrid. Estudiante de doctorado. (2) UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA (3) UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO DE LA HABANA (4) UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID

PALABRAS CLAVE / TÉRMINOS RELEVANTES

longevidad, mujer centenaria, menopausia

2) OBJETIVOS

Evaluar la existencia de asociaciones entre la salud reproductiva y la supervivencia de mujeres de 100 años y más años.

3) MATERIAL / MÉTODO

Estudio observacional de corte transversal realizado a las 898 mujeres centenarias existentes en Cuba en el periodo 2008-2012 como parte de un estudio nacional sobre la población centenaria registrada. La recogida de la información se realizó a través de una encuesta estructurada y validada para la población de estudio. Se aplicó al centenario, al cuidador o a ambos de acuerdo con el estado mental y de salud del centenario.

Se utilizaron modelos de regresión logística multivariable para evaluar las asociaciones de edades de menarquia y menopausia (natural o quirúrgica)

con la salud reproductiva y longevidad, ajustando las características demográficas, de estilo de vida y reproductivas.

4) COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Llegaron mayor cantidad de mujeres a los 100 años, alcanzando longevidades mayores que los hombres. En el presente estudio los hombres centenarios más longevos alcanzaron los 109 años, mientras las mujeres más longevas sobrepasaron los 117 años mostrando un estado funcional satisfactorio.

Nuestro estudio encontró que el 82 % de las centenarias experimentó la menarquia a los 12 años con un valor medio de 12.7 ± 0.5 años, correspondiéndose con una edad media para la menopausia, ya sea natural o quirúrgicamente de $50,3 \pm 0.3$ años. El número y edad de inicio de embarazos se asoció con un aumento de la edad de aparición de la menopausia.

Conclusiones: La prolongación de la edad reproductiva se asoció con la supervivencia excepcional de las mujeres centenarias.

FICHA TÉCNICA. 1. Nombre del medicamento. Bijuva 1 mg/100 mg cápsulas blandas. **2. Composición cualitativa y cuantitativa.** Cada cápsula blanda contiene: 1 mg de estradiol (como estradiol hemihidrato) y 100 mg de progesterona. Excipientes con efecto conocido: 0,042 mg de rojo Alura (E129). Para obtener la lista completa de excipientes, consulte la sección 6.1. **3. Forma farmacéutica.** Cápsula blanda. Ovalada, opaca, rosa claro en un lado y rosa oscuro en el otro lado impreso "1C1" con tinta blanca. Tamaño ovalado aprox. 5,2-6mm. **4. Datos clínicos. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Terapia hormonal sustitutiva (THS) combinada continua para síntomas de deficiencia de estrógeno en mujeres postmenopáusicas con útero intacto y con al menos 12 meses desde la última menstruación. La experiencia en el tratamiento de mujeres mayores de 65 años es limitada. **4.2 Posología y forma de administración.** Posología. Bijuva es una THS combinada. La cápsula debe tomarse todos los días sin interrupción. Para el inicio y la continuación del tratamiento de los síntomas postmenopáusicos, se debe utilizar la dosis efectiva más baja durante el menor tiempo (ver también sección 4.4). **4.3 Tóme una cápsula cada noche con alimentos.** El tratamiento combinado continuo puede comenzar con Bijuva dependiendo del tiempo transcurrido desde la menopausia y la gravedad de los síntomas. Las mujeres que experimentan una menopausia natural deben comenzar el tratamiento con Bijuva 12 meses después de su última hemorragia menstrual natural. Para menopausia inducida por cirugía, el tratamiento puede comenzar inmediatamente. Las pacientes que cambian de un tratamiento secuencial o cíclico continuado deben completar el ciclo de 28 días y luego cambiar a Bijuva. **Las pacientes que cambian de otro tratamiento combinado continuo pueden comenzar el tratamiento en cualquier momento.** Dosis olvidada. Si se ha olvidado una dosis, debe tomarse lo antes posible. Si han transcurrido más de 12 horas, el tratamiento debe continuar con la siguiente cápsula sin tomar la cápsula olvidada. La probabilidad de sangrado o manchado puede aumentar. **Publicación pediátrica.** Bijuva no está indicado en niños. **Forma de administración:** oral. **4.3 Contraindicaciones.** Cáncer de mama pasado, conocido o sospechado; tumores malignos dependientes de estrógenos conocidos o sospechados (p. Ej., cáncer de endometrio); hemorragia genital sin diagnóstico; hiperplasia de endometrio no tratada; tromboembolismo venoso previo o actual (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar); trastornos trombofílicos conocidos (p.ej. Deficiencia de proteína C, proteína S o antitrombina; ver sección 4.4); enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente (p. Ej., angina, infarto de miocardio); enfermedad hepática aguda, o antecedentes de enfermedad hepática mientras las pruebas de función hepática no hayan retornado a la normalidad; porfiria; hipersensibilidad conocida a los principios activos o a cualquiera de los excipientes. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Para el tratamiento de los síntomas climatéricos, la THS solo debe iniciarse cuando los síntomas afectan negativamente la calidad de vida de la mujer. En todos los casos, debe de realizarse, al menos anualmente, una valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios y la THS solamente debe de mantenerse mientras los beneficios superen los riesgos. Las pruebas referentes a los riesgos asociados con la THS en el tratamiento de menopausia prematura son limitadas. Sin embargo, debido al bajo nivel de riesgo absoluto en mujeres jóvenes, la relación beneficio-riesgo para estas mujeres puede ser más favorable que para mujeres mayores. **Exploración médica y seguimiento.** Antes de iniciar o de reinstaurar la THS, se debe realizar una historia médica personal y familiar completa. Esta historia y las contraindicaciones y precauciones de empleo deben guiar la exploración física (que incluirá la pelvis y las mamas). Durante el tratamiento, se recomienda realizar controles periódicos, con una frecuencia y naturaleza adaptadas a cada mujer. Debe indicarse a las mujeres que cambios de las mamas han de notificar a su médico o enfermera (ver "cáncer de mama" a continuación). Se realizarán las pruebas pertinentes, incluidas técnicas de imagen adecuadas, p. Ej. Mamografía, según las prácticas de detección aceptadas en la actualidad, adaptadas a las necesidades clínicas de cada paciente. **Trastornos que requieren supervisión.** Deberá vigilarse estrechamente a la paciente si está presente, se ha producido previamente y/o ha empeorado durante un embarazo o un tratamiento hormonal previo, cualquiera de los trastornos que se indican seguidamente. Debe tenerse en cuenta que estos trastornos pueden recidivar o agravarse durante el tratamiento con Bijuva, en concreto: leiomioma (fibromas uterinos) o endometriosis; factores de riesgo tromboembólicos (ver más adelante); factores de riesgo de tumores dependientes de estrógenos, por ejemplo, familiares de primer grado con cáncer de mama; hipertensión; trastornos hepáticos (p. Ej., adenoma hepático); diabetes mellitus con o sin afectación vascular; colestasis; migraña o cafelea (intensa); lupus eritematoso sistémico; antecedentes de hiperplasia endometrial (ver más adelante); epilepsia; asma; otosclerosis. **Razones para la suspensión inmediata del tratamiento.** Deberá suspenderse el tratamiento si se descubre alguna contraindicación y en cualquiera de las siguientes situaciones: ictericia o deterioro de la función hepática; aumento significativo de la presión arterial; nuevo inicio de cafelea de tipo migrañoso; embarazo. **Hiperplasia y carcinoma de endometrio.** En mujeres con un útero intacto, el riesgo de hiperplasia y carcinoma de endometrio aumenta cuando se administran estrógenos solos durante períodos prolongados. El aumento notificado del riesgo de cáncer de endometrio entre las usuarias de estrógenos solos varía de 2 a 12 veces superior en comparación con las usuarias, en función de la duración del tratamiento y la dosis del estrógeno (ver sección 4.8). Después de suspender el tratamiento, el riesgo puede permanecer elevado durante al menos 10 años. La adición de progestágenos de forma cíclica durante un mínimo de 12 días por mes/ciclo de 28 días o de terapia continua combinada con estrógeno-progestágeno en mujeres no histerectomizadas, evita el incremento de riesgo asociado a la THS con estrógenos solos. Puede aparecer hemorragia por disrupción o manchado durante los primeros meses de tratamiento. Si la hemorragia por disrupción o el manchado aparecen tras llevar un tiempo en tratamiento, o continúan después de interrumpir el mismo, debe estudiarse la razón, lo que puede conllevar la realización de una biopsia de endometrio para excluir una lesión endometrial maligna. **Cáncer de mama.** En conjunto los datos muestran un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que reciben THS con estrógenos-progestágenos combinados o THS con estrógenos solo, que depende de la duración del uso de THS. Terapia estrógenos-progestágenos combinados. El ensayo aleatorizado y controlado con placebo, el estudio de iniciativa de salud de la mujer (WHI, por sus siglas en inglés), y un metaanálisis de estudios epidemiológicos prospectivos coinciden en observar un aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que tomaban estrógenos-progestágenos combinados como THS, que se manifiesta alrededor de unos 3 (1-4) años después (ver sección 4.8). **Terapia solo con estrógenos.** El estudio WHI no encontró ningún aumento en el riesgo de cáncer de mama en mujeres histerectomizadas usando THS solo con estrógeno. La mayor parte de los estudios observacionales han notificado un ligero aumento del riesgo de diagnóstico de cáncer de mama que es inferior al observado en las mujeres que toman estrógenos asociados con progestágenos (ver sección 4.8). Los resultados de un metaanálisis a gran escala mostraron que después de suspender el tratamiento, el aumento del riesgo disminuirá con el tiempo y el tiempo necesario para volver a los valores iniciales depende de la duración del uso de la THS previa. Cuando la THS fue usada durante más de cinco años, el riesgo puede persistir más de 10 años. La THS, especialmente el tratamiento combinado con estrógeno-progestágeno, incrementa la densidad de las imágenes de las mamografías, lo que puede dificultar la detección radiológica del cáncer de mama. **Cáncer de ovario.** El cáncer de ovario es mucho más raro que el cáncer de mama. La evidencia epidemiológica de un gran metaanálisis sugiere un riesgo ligeramente mayor en las mujeres que toman THS estrógeno solo o combinado estrógeno-progestágeno, que se hace evidente dentro de los 5 años de uso y disminuye con el tiempo después de interrumpir el tratamiento. Algunos otros estudios, incluido el estudio WHI, sugieren que el uso de THS combinados puede estar asociado con un riesgo similar o ligeramente menor (ver sección 4.8). **Tromboembolismo venoso.** La THS se asocia a un riesgo de 1,3 a 3 veces mayor de desarrollar tromboembolismo venoso (TEV), es decir, trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar. La aparición de uno de estos eventos es más probable en el primer año de THS que después. Los pacientes con estados trombofílicos conocidos presentan un aumento del riesgo de TEV y la THS puede añadirse a este riesgo. Por tanto, la THS está contraindicada en estos pacientes (ver sección 4.3). Los factores de riesgo generalmente reconocidos de TEV incluyen el uso de estrógenos, la edad avanzada, la cirugía mayor, inmovilización prolongada, la obesidad (IMC >30 kg/m²), el embarazo / período postparto, el lupus eritematoso sistémico (les) y el cáncer. No existe consenso sobre el posible papel de las venas varicosas en el TEV. Como en todos los pacientes postoperatorios, se deben considerar medidas profilácticas para prevenir el TEV después de la cirugía. En caso de inmovilización prolongada después de una intervención quirúrgica programada, se recomienda la interrupción temporal de la THS de 4 a 6 semanas antes de la operación. El tratamiento no debe reiniciarse hasta que la mujer haya recuperado la movilidad completa. En mujeres sin antecedentes personales de TEV, pero con un pariente de primer grado con antecedentes de trombosis a una edad temprana, se puede ofrecer un cribado después de haber informado detalladamente de sus limitaciones (solo parte de los defectos trombofílicos se identifican con el cribado). Si se identifica un defecto trombofílico relacionado con trombosis en los miembros de la familia o si el defecto es "grave" (p. Ej. Deficiencias de antitrombina, proteína S, proteína C o una combinación de defectos) la THS está contraindicada. Las mujeres que ya reciben tratamiento anticoagulante crónico requieren una valoración cuidadosa de la relación beneficio-riesgo del uso de THS. Si el TEV aparece después del inicio del tratamiento, debe interrumpirse el fármaco. Se debe informar a los pacientes para que se pongan en contacto con su médico inmediatamente si detectan un posible síntoma tromboembólico (p. Ej., hinchazón dolorosa de una pierna, dolor repentino en el pecho, disnea). **Enfermedad arterial coronaria (EAC).** Los ensayos clínicos controlados aleatorizados no han mostrado evidencias de protección frente al infarto de miocardio en mujeres con o sin EAC existente que recibieron THS con estrógeno solo o con combinación de estrógeno y progestágeno. **Terapia combinada estrógeno-progestágeno.** El riesgo relativo de EAC durante el uso de estrógeno-progestágeno combinado en THS se incrementa ligeramente. Como el riesgo absoluto basal de EAC depende en gran medida de la edad, el número de casos adicionales de EAC debido al uso de estrógeno-progestágeno es muy bajo en mujeres sanas cercanas a la menopausia, pero aumentará con la edad. **Sólo estrógenos.** Los ensayos clínicos controlados aleatorizados no encontraron un mayor riesgo de EAC en mujeres histerectomizadas que utilizan terapia solo con estrógenos. **Accidente cerebrovascular isquémico.** La terapia con estrógenos solos y la combinada con estrógenos-progestágenos se asocian a un riesgo de hasta 1,5 veces mayor de accidente cerebrovascular isquémico. El riesgo relativo no cambia con la edad o con el tiempo transcurrido desde la menopausia. Sin embargo, como el riesgo basal de accidente cerebrovascular depende fundamentalmente de la edad, el riesgo global de accidente cerebrovascular en mujeres que utilizan THS aumentará con la edad (ver sección 4.8). **Otras enfermedades:** los estrógenos pueden producir retención de líquidos, por lo que debe vigilarse cuidadosamente a los pacientes con disfunción cardíaca o renal. Las mujeres con hipertrigliceridemia preexistente deben ser vigiladas estrechamente durante la terapia de reemplazo estrogénico u hormonal sustitutiva, ya que se han notificado casos raros de aumentos significativos de los triglicéridos en plasma que dieron lugar a pancreatitis en pacientes tratadas con estrógenos; los estrógenos aumentan los niveles de la globulina fijadora de tiroxina (TBG), produciendo un incremento de los niveles totales de hormona tiroidea circulante, medido por el yodo unido a proteínas (PBI), los niveles de T4 (cromatografía por columna o radioinmunoensayo) o los niveles de T3 (radioinmunoensayo). La captación de resina T3 está disminuida, reflejando la elevación de la TBG. Las concentraciones de T3 y T4 libres no se alteran. Otras proteínas de unión pueden estar elevadas en suero, tales como: la globulina de unión a corticoides (GBC), o la globulina de unión a hormonas sexuales (SHBG), conduciendo a un incremento de los corticosteroides circulantes y de los esteroides sexuales, respectivamente. No se observan cambios en las concentraciones de hormona libre o biológicamente activa. Otras proteínas plasmáticas pueden estar aumentadas (sustrato renina/angiotensinógeno, alfa-1 antitripsina y ceruloplasmina); el uso de THS no mejora la función cognitiva. Existen datos que muestran un incremento del riesgo de probable demencia en mujeres que comienzan la THS con terapia combinada o con estrógenos solos después de los 65 años. **Excipientes.** Este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene rojo alura (E129). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han realizado estudios de interacción entre otros medicamentos y Bijuva. Las interacciones de otros medicamentos con estradiol y progesterona se han estudiado ampliamente y están bien establecidas. Tanto los estrógenos como la progesterona se metabolizan a través del citocromo p450. **Efectos de otros medicamentos sobre Bijuva.** El metabolismo de los estrógenos y el de los progestágenos puede estar aumentado con el uso concomitante de sustancias inductoras de las enzimas metabolizadoras de fármacos, en concreto las enzimas del citocromo P450, como los anticonvulsivantes (p. ej., fenobarbital, fenitoína, carbamazepina) y p. ej. rifampicina, rifabutina, nevirapina, efavirenz y griseofulvina. Los preparados a base de plantas que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) pueden inducir el metabolismo de estrógenos y progestágenos. Rilovavir y nelfinavir, aunque conocidos como inhibidores fuertes, por el contrario, exhiben propiedades inductoras cuando se utiliza concomitantemente con hormonas esteroides. Clínicamente, un aumento del metabolismo de estrógenos y progestágenos puede conducir a una disminución del efecto y cambios en el perfil de sangrado uterino. Ketoconazol y otros inhibidores del CYP450-3A4 pueden aumentar la biodisponibilidad de la progesterona. Tales interacciones pueden aumentar la incidencia de efectos adversos como náuseas, sensibilidad en las mamas, dolores de cabeza asociados con la progesterona. **Efectos de Bijuva sobre otros medicamentos.** Los anticonceptivos hormonales que contienen estrógenos han mostrado que disminuyen significativamente las concentraciones plasmáticas de lamotrigina cuando se administra concomitantemente debido a la inducción de glucuronidación de lamotrigina. Esto puede reducir el control de convulsiones. Aunque la interacción potencial entre la terapia hormonal de sustitución y lamotrigina no se ha estudiado, se espera que exista una interacción similar, que puede conducir a una reducción en el control de convulsiones entre las mujeres que toman ambos medicamentos juntos. La progesterona puede elevar la concentración plasmática de ciclosporina. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia** **Embarazo.** Bijuva no está indicado durante el embarazo. Si se produce un embarazo durante el tratamiento con Bijuva, debe suspenderse su administración inmediatamente. Los resultados de la mayor parte de los estudios epidemiológicos realizados hasta ahora en relación con la exposición fetal involuntaria a las combinaciones de estrógenos y progestágenos no han indicado un efecto teratogénico ni fetotóxico. No hay datos adecuados sobre el uso de estradiol/progesterona en mujeres embarazadas. **Lactancia.** Bijuva no está indicado durante la lactancia. **Fertilidad.** Bijuva no está indicado en mujeres en edad fértil. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Bijuva no afecta a la capacidad de conducir y utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas.** a. **Resumen del perfil de seguridad.** Las reacciones adversas relacionadas con Bijuva más frecuentemente notificadas en los ensayos clínicos fueron sensibilidad en las mamas (10,4%), dolor de cabeza (3,4%), náuseas (2,2%), dolor pélvico (3,1%), hemorragia vaginal (3,4%) y secreción vaginal (3,4%). **Incidencia de reacciones adversas emergentes relacionadas con el tratamiento que ocurren en ≥ 3% en 1 mg E2/100 mg P brazo de tratamiento y más comúnmente que con placebo (estudio**

	1 mg de E2/ 100 mg P (N=415)	Placebo (N=151)
Sensibilidad mamaria	43 (10,4)	1 (0,7)
Dolor de cabeza	14 (3,4)	1 (0,7)
Náuseas	9 (2,2)	1 (0,7)
Dolor pélvico	13 (3,1)	0 (0)
Hemorragia vaginal	14 (3,4)	0 (0)
Secreción vaginal	14 (3,4)	1 (0,7)

TXC12-05)

Fuente: TXC12-05 CSR, Tabla 43. Abreviaturas: E2: 17β-estradiol; P: progesterona

a. **Lista tabulada de reacciones adversas.** Datos de estudios clínicos. La seguridad de las cápsulas de estradiol y progesterona se evaluó en un ensayo de 1 año, fase 3 que incluyó 1.835 mujeres postmenopáusicas (1.684 fueron tratadas con cápsulas de estradiol y progesterona una vez al día y 151 mujeres recibieron placebo. La mayoría de las mujeres (~70%) en los grupos de tratamiento activo fueron tratadas durante ≥ 326 días.

La siguiente tabla detalla las reacciones adversas al tomar Bijuva 1 mg/100 mg.

MedDRA. Clasificación de órganos del sistema	Muy frecuentes ≥ 1/10	Frecuentes ≥ 1/100, < 1/10	Poco frecuentes ≥ 1/1.000, < 1/100	Raras ≥ 1/10.000, < 1/1.000
Trastornos de la sangre y del sistema linfático			Anemia	
Trastornos del oído y el laberinto			Vértigo	
Trastornos endocrinos			Hirsutismo	
Trastornos oculares			Discapacidad visual	
Trastornos gastrointestinales		Distensión abdominal, dolor abdominal, náuseas	Malestar abdominal, sensibilidad abdominal, estreñimiento, diarrea, dispepsia, hiperfagia, boca seca, malestar oral, vómitos, disgeusia, flatulencia, Pancreatitis aguda	
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		Fatiga	Escalofríos	
Trastornos del sistema inmunitario			Hipersensibilidad	
Infecciones e Infestaciones			Gastroenteritis, Forúnculo, infección vaginal, Candidiasis vulvovaginal, Infección micótica, Otitis media aguda	
Investigaciones		Aumento de Peso	Pérdida de Peso, tiempo de protrombina alargado, aumento de la proteína S, prueba de función hepática anormal, presión arterial anormal, aumento del fibrinógeno sanguíneo, aumento de la fosfatasa alcalina en la sangre, aumento del aspartato aminotransferasa, aumento de la alanina aminotransferasa, prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activado	
Trastornos del metabolismo y la nutrición			Retención de líquidos, hiperlipidemia, hiperfagia, hiperuricemia	
Trastornos del tejido musculoesquelético y conectivo		Dolor de espalda	Dolor de espalda, dolor en extremidades, artralgia, espasmos musculares	68
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos)			Cáncer de mama, quistes anexos al útero	

XVII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)			
Trastornos del sistema nervioso		Mareos, dolor de cabeza	Alteración en la atención, deterioro de la memoria, migraña con aura, parestesia, parosmia, somnolencia
Trastornos psiquiátricos			Trastorno del sueño, sueños anormales, agitación, ansiedad, Depresión, insomnio, irritabilidad, cambios de humor, aumento de la libido
Sistema reproductivo y trastornos mamarios	Sensibilidad mamaria	Dolor mamario, dolor pélvico, dolor/ espasmo uterino, secreción vaginal, hemorragia por sangrado vaginal	Trastornos mamarios (calcificación, secreción, malestar, crecimiento, hinchazón, enfermedad fibroquística, dolor de pezón, neoplasia mamaria benigna, Trastornos uterinos/cervicales (displasia, pólipo, quiste, hemorragia uterina, leiomioma, pólipo uterino, sangrado), Hipertrofia endometrial, biopsia anormal, sofoco, metrorragia, hemorragia postmenopáusica, prurito vulvovaginal
Trastornos cutáneos y subcutáneos		Acné, Alopecia	Piel seca, prurito, erupción cutánea, telangiectasia
Trastornos vasculares			Hipertensión, tromboflebitis superficial

Riesgo de cáncer de mama. - Se notifica un riesgo de hasta 2 veces mayor de tener cáncer de mama diagnosticado en mujeres que toman terapia combinada estrógeno-progestágeno durante más de 5 años. - El riesgo aumentado en las usuarias de tratamiento sólo con estrógeno es menor que el observado en las usuarias de combinaciones de estrógeno-progestágeno. - El nivel de riesgo depende de la duración del tratamiento (ver sección 4.4). - Se presentan estimaciones de riesgo absoluto basadas en los resultados del mayor estudio aleatorizado controlado con placebo (estudio WHI) y el mayor metaanálisis de estudios epidemiológicos prospectivos (MWS).

- El mayor metaanálisis de estudios epidemiológicos prospectivos. Riesgo adicional estimado de cáncer de mama tras 5 años de uso en mujeres con IMC 27 (kg/m²).

Edad al comienzo de la THS (años)	Incidenia por cada 1.000 mujeres que no hayan usado nunca THS durante un período de 5 años* (50-54 años)*	Riesgo relativo	Casos adicionales por cada 1.000 mujeres que toman THS después de 5 años
THS con estrógenos solo			
50	9-13,3	1,2	2,7
Estrógenos-progestágenos combinados			
50-65	9-13,3	1,6	8

Nota: Puesto que la incidencia de referencia de cáncer de mama difiere según el país de la UE, el número de casos adicionales de cáncer de mama también cambiará proporcionalmente.

* Tomado de las tasas de incidencia iniciales en Inglaterra en 2015 en mujeres con IMC 27 (kg/m²)

Riesgo adicional estimado de cáncer de mama tras 10 años de uso en mujeres con IMC 27 (kg/m²)

Edad al comienzo de la THS (años)	Incidenia por cada 1.000 mujeres que no hayan usado nunca THS durante un período de 10 años (50-59 años) *	Riesgo relativo	Casos adicionales por cada 1.000 mujeres que toman THS después de 10 años
THS con estrógeno solo			
50	26,6	1,3	7,1
Estrógenos-progestágenos combinados			
50	26,6	1,8	20,8

Tomado de las tasas de incidencia iniciales en Inglaterra en 2015 en mujeres con IMC 27 (kg/m²). Nota: Puesto que la incidencia de referencia de cáncer de mama difiere según el país de la UE, el número de casos adicionales de cáncer de mama también cambiará proporcionalmente.

Estudios WHI EN EE.UU. - riesgo adicional de cáncer de mama después de 5 años de uso

Rango de edad (años)	Incidenia por cada 1.000 mujeres en el grupo placebo en 5 años	Riesgo relativo y IC 95%	Casos adicionales por cada 1.000 usuarias de THS en 5 años (IC 95%)
EEC estrógenos solos			
50-79	21	0,8 (0,7 - 1,0)	-4 (-6 - 0) ²
EEC+MPA estrógeno y gestágeno			
50-79	17	1,2 (1,0 - 1,5)	+4 (0 - 9)

² estudio WHI en mujeres sin útero, que no mostró un aumento en el riesgo de cáncer de mama. Cuando el análisis se restringió a mujeres que no habían usado THS antes del estudio, no hubo un aumento evidente en el riesgo durante los primeros 5 años de tratamiento: después de 5 años el riesgo fue más alto que en las usuarias.

Cáncer de endometrio. Mujeres postmenopáusicas con útero. El riesgo de cáncer de endometrio es de aproximadamente 5 de cada 1.000 mujeres con útero que no utiliza THS. En mujeres con útero, no se recomienda el uso de THS con estrógenos solos ya que aumenta el riesgo de cáncer de endometrio (ver sección 4.4). Dependiendo de la duración del uso del estrógeno solo y de la dosis del estrógeno, el aumento del riesgo de cáncer de endometrio en estudios epidemiológicos varía de 5 a 55 casos adicionales diagnosticados por cada 1.000 mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 65 años. La adición de un progestágeno a una terapia con estrógenos solos, durante al menos 12 días por ciclo, puede evitar este incremento de riesgo. En el Million Women Study el uso de THS combinada (secuencial o continua) durante cinco años no aumentó el riesgo de cáncer de endometrio (RR de 1,0 (0,8-1,2)). Cáncer de ovario. El uso de THS con estrógenos solos o con combinación de estrógenos-progestágenos se ha asociado a un riesgo ligeramente superior de aparición de cáncer de ovario (ver sección 4.4). Un meta-análisis de 52 estudios epidemiológicos indicó un mayor riesgo de aparición de cáncer de ovario en mujeres en tratamiento con THS en comparación con mujeres que nunca habían sido tratadas con THS (RR 1,43; IC del 95%: 1,31 - 1,56). En mujeres de edades comprendidas entre 50 y 54 años en tratamiento con THS durante 5 años, se produjo 1 caso adicional por 2.000 pacientes. En mujeres de 50 a 54 años no tratadas con THS, alrededor de 2 casos de cáncer de ovario por cada 2.000 mujeres serán diagnosticados en un período de 5 años. Riesgo de tromboembolismo venoso. La THS se asocia a un aumento del riesgo relativo de TEV, es decir, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar, de 1,3 a 3 veces mayor. La aparición de uno de estos eventos es más probable en el primer año del uso de terapia hormonal (ver sección 4.4). Se presentan los resultados de los estudios WHI:

Estudios WHI - Riesgo adicional de TEV en 5 años de uso

Rango de edad (años)	Incidenia por cada 1.000 mujeres en el grupo placebo en 5 años	Riesgo relativo y IC 95%	Casos adicionales por cada 1.000 usuarias de THS
Estrógenos solos orales³			
50-59	7	1,2 (0,6-2,4)	1 (-3 - 10)
Combinación de estrógeno-progestágeno oral			
50-59	4	2,3 (1,2 - 4,3)	5 (1 - 13)

³ Estudio en mujeres sin útero

Riesgo de enfermedad arterial coronaria. -El riesgo de enfermedad arterial coronaria es ligeramente mayor en usuarias de THS combinada con estrógeno-progestágeno mayores de 60 años (ver sección 4.4). Riesgo de accidente cerebrovascular isquémico. -El uso de terapias con estrógenos solos y con estrógeno-progestágeno está asociado a un aumento hasta 1,5 veces mayor de riesgo relativo de accidente cerebrovascular isquémico. El riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico no aumenta durante el uso de THS. -Este riesgo relativo no depende de la edad ni de la duración del uso, pero al ser el riesgo basal fuertemente dependiente de la edad, el riesgo global de accidente cerebrovascular en usuarias de THS aumentará con la edad, ver sección 4.4.

Estudios WHI combinados - riesgo adicional de accidente cerebrovascular isquémico⁴ en 5 años de uso

Rango de edad (años)	Incidenia por cada 1.000 mujeres en el grupo placebo en 5 años	Riesgo relativo y IC 95%	Casos adicionales por cada 1.000 usuarias de THS
50-59	8	1,3 (1,1-1,6)	3 (1-5)

⁴No se diferenció entre accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico.

Se han notificado otras reacciones adversas asociadas al tratamiento con estrógenos/ progestágeno: - Enfermedad de la vesícula biliar. - Trastornos de la piel y los tejidos subcutáneos: cloasma, eritema multiforme, eritema nudoso, púrpura vascular. Probable demencia en mayores de 65 años (ver sección 4.4). Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. 4.9 Sobredosis. Tanto el estradiol como el progestágeno son sustancias con baja toxicidad. En caso de sobredosis se pueden dar los siguientes síntomas náuseas, vómitos, mareos, dolor abdominal, somnolencia/fatiga y sangrado por privación. Es poco probable que sea necesario cualquier tratamiento específico o sintomático. La información antes mencionada también es aplicable para la sobredosis en niños. 6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes. La cápsula contiene: Mono/diglicéridos de cadena media; Macroglicéridos de laurilo 32. La cubierta de la cápsula contiene: Gelatina 200 Bloom; Gelatina hidrolizada; Glicerina (E422); Rojo Allura (E129); Dióxido de titanio (E171). Tinta de impresión (Opacode® White WB) contiene: Propilenglicol (E1520); Dióxido de titanio (E171); Ftalato de polibutilato; Polietilenglicol (E1521); Hidróxido de amonio (E527). 6.2 Incompatibilidades. Ninguno. 6.3 Período de validez. 2 años. 6.4 Precauciones especiales de conservación. Este medicamento no requiere condiciones especiales de temperatura de conservación. Conservar el blíster en el embalaje exterior para protegerlo de la luz. 6.5 Naturaleza y contenido del envase. Blisters de aluminio-PVC/PE/PCTFE de 28 u 84 cápsulas de gelatina blanda. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. 6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones. Las cápsulas de Bijuva que ya no sean necesarias no deben eliminarse a través de aguas residuales o del sistema municipal de alcantarillado. Los compuestos hormonales activos de la cápsula pueden tener efectos perjudiciales si llegan al entorno acuático. Las cápsulas se deben devolver a la farmacia o eliminar de otra manera segura, de acuerdo con la normativa local. De esta forma, ayudará a proteger el medio ambiente. 7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. Theramex Ireland Ltd, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1. D01 Y664. Irlanda. 8. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN. Con receta médica. Excluido de la prestación farmacéutica de la seguridad social. 9. PRECIOS. Bijuva 1 mg/100 mg cápsulas blandas - 28 cápsulas blandas, PVP IVA: 30,19 €. Bijuva 1 mg/100 mg cápsulas blandas - 84 cápsulas blandas, PVP IVA: 84,50 €. 10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. 02/2021. La información detallada y actualizada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (<https://www.aemps.gob.es>).

REFERENCIAS: 1. Ficha técnica Bijuva®. 2. Archer DF et al. Expert Rev Clin Pharmacol 2019; 12(8): 729-39. 3. Clegg D et al. Endocrinology 2017; 158(5):1095-105. 4. Lephart ED, Natfolin F. Dermatol Ther (Heidelb) 2021; 11(1): 53-69. 5. Davis SR et al. Nat Rev Dis Primers 2015; 1: 15004. 6. Eichling PS, Sahni J. J Clin Sleep Med 2005;1(3): 291-300. 7. Greenlade GA et al. JAMA 2020; 323(15):1495-6. 8. Joffe Het al. Clin Endocrinol Metab 2016;101(10): 3847-55. 9. Zervas IM et al. Menopause 2009;16(4): 837-42. 10. Jehan S et al. J Sleep Disord Ther 2015;4(5): 212. 11. Piette PCM. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2020; 69:13-29. 12. Fournier A et al. Breast Cancer Res Treat 2008; 107(1): 103-11. 13. Mirkin S. Climacteric 2018; 21(4): 346-54. 14. Stute P et al. Climacteric 2018; 21(2): 111-22. 15. Canonico M et al. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2010; 30(2): 340-5. 16. Lobo RA Menopause 2019; 26(7): 720-7. 17. Lobo RA et al. Obstet Gynecol 2018; 132(1):161-70. 18. Paclic J. Hormone Therapy in Menopause. In: Deligdisch-Schor L, Mareš Miceli A, eds. Hormonal Pathology of the Uterus. Springer Nature, Switzerland 2020. p. 89-120. 19. Kaunitz AM. Menopause 2020; 27(12): 1382-7. 20. Constantine GD et al. Menopause 2019; 26(5): 513-9. 21. Kagan R et al. Menopause 2018; 25(6): 622-8. 22. Dalal PK, Agarwal M. Indian J Psychiatry 2015; 57(Suppl 2): S222-32. 23. Blümel JE et al. Maturitas 2012; 72(4): 359-66. 24. Utian WH. Health Qual Life Outcomes 2005; 3: 47. 25. Liu JH et al. Menopause 2020; 27(12): 1388-95. 26. Lobo RA et al. Climacteric 2019; 22(6): 610-16. 27. Black DR et al. Menopause 2020; 28(1): 32-9. 28. National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Review 1975-2016; cancer of the female breast. Available at: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2016/results_merged/sect_04_breast.pdf Accessed October 7, 2019. 29. Mirkin S et al. Menopause 2020; 27(4): 410-17. 30. FDA Guidance for Industry. Available at: www.fda.gov/media/75802/download. Accessed on: 20.05.21. 31. EMA Guideline. Available at: www.ema.europa.eu/en/clinical-investigation-medical-products-hormone-replacement-therapy-oestrogen-deficiency-symptoms Accessed on: 20.05.21. 32. Tempfer CB et al. Cancers (Basel) 2020; 12(8):2195. 33. Allen NE et al. Am J Epidemiol 2010; 172(12):1394-403. 34. Panay N. Post Reprod Health 2014; 20(2):69-72. 35. Pckar JH et al. Climacteric 2020; 23(6):550-8.