FASGO
Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

CONSENSO FASGO 2026
LONGEVIDAD SALUDABLE

COORDINADORA:
Dra Alejandra Belardo

AUTORES:
Dra. Rosana Molina
Dra. Ana Herrera de Budeguer
Dra. Olga Marega
Dra. Claudia Trejo
Dra. Magalí Galarza Taborda
Dr. Pablo Carpintero
Dra. Susana Gutt
Dra. Florencia Felici
Dra. Carolina Kauffman
Dra. Mariela Fuentes Costilla
Dra. Veronica Crosa
Dra. Fabiana Sayegh
Dra. María Susana Moggia
Dr. Gustavo Litterio
Dra. Lorena Bozza
Dra. Claudia Scalise
Dra. Cecilia Ruiz
Dra. Monica Ñañez
Dra. Laura Ostertag
Dra. Susana Pilnik
Dra. Agustina Starvaggi
Dra. Laura Maffei
Dra. Patricia Monasterolo

COLABORADORAS:
Dra. Juana Giudice
Dra. Maria Carolina Rivas

SECRETARIA:
Dra. Camila Battistella

Disponible en www.fasgo.org.ar

Consenso Longevidad Saludable - FASGO 2026

Coordinadora

Dra Alejandra Belardo

Jefa de la Sección Endocrinología Ginecológica y Climaterio del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Ex Presidenta de AACOG. Vicepresidenta 2da de AAMA. Miembro de Comisión Directiva SOGIBA. Magister en PINE. Prof adjunta Instituto Universitario Hospital Italiano

Expertos

Dra Rosana Molina

Médica Ginecóloga. Especialista en ginecología endocrina y la reproducción.
Jefa consultorio de Climaterio Hospital Rivadavia y Hospital Alemán. Docente de UBA. Coordinadora del IAR internado anual rotatorio Ginecología UDH Rivadavia Facultad de Medicina

Dra Ana Herrera de Budeguer

Dra Olga Marega

Médica especialista consultora ginecología-obstetricia. Especialista Sexóloga clínica (Título de FLASSES-Federación LatinoAmericana Sexología y Educación Sexual). Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Medicina, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, UNICEN. Miembro Comité Nomenclatura de FLASSES. Coordinadora Comité de Salud Sexual y reproductiva FASGO. Directora cursos online: FASGO. SOGBA. AASES. AAPEC

Dra Claudia Trejo

Médica especialista en Tocoginecología. Especialista endocrinología ginecológica y de la reproducción (UNC) Magister Psiconeuroinmunoendocrinología (Universidad Favaloro) Especialista universitaria en Microbiota (TECH University) Docente FCM UNSE cátedra ginecología-Miembro comisión directiva AAMA/SOGSE- Miembro ALEG

Dr Pablo Carpintero

Dra Magali Galarza

Médica Tocoginecóloga. Médica de la Sección Endocrinología Ginecológica y Climaterio del Hospital Italiano de Buenos Aires. Médica de planta, CeSac 49. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Dra Florencia Felici

Dra Susana Gutt

Médica Especialista en Nutrición. DOCENTE ADSCRIPTA NUTRICION en el Departamento de Medicina orientación Nutrición. MAESTRIA EN EDUCACIÓN Médica Asociada del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires 2022 a la fecha. Miembro Titular de la SAN, SAD, SACO. Miembro Consultor del Comité Obesidad y Diabetes de la Sociedad Argentina de Diabetes Miembro del Comité de Educación de la Sociedad Argentina de Diabete. Profesora Libre de la Facultad de Medicina de la UNNE. Directora de la Diplomatura Superior en Educación Terapéutica en Diabetes otros factores de riesgo cardiovascular SAD. Directora de la Diplomatura en Cirugía Bariátrica. Metabólica – SAD – SACO – Facultad de Ciencias Biomédicas Universidad Austral

Dra Carolina Kauffman

Dra Mariela Fuentes Costilla

Médica ginecóloga; diplomada en Longevidad Saludable y Calidad de Vida, docente Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas UNSE; vicepresidente de AAMA (Asociación Argentina de Menopausia y Andropausia); Miembro Consejo Directivo Nacional de FASGO.

Dra Veronica Crosa

Dra Fabiana Sayegh

Dra Susana Moggia

Dr Gustavo Litterio

Médico tocoginecólogo. Especialista en Climaterio certificado por la ANM. Experto Latinoamericano en Climaterio y Menopausia por FLASCYM. Profesor Universitario. Chair de la Sección Argentina del American College of Obstetricians and Gynecologists. Prosecretario de AAPEC. Jefe del Depto. de Internación del Servicio de Obstetricia del Hospital HIGA Evita Lanús.

Dra Lorena Bozza

Médica ginecóloga. Especialista en Climaterio certificada por la ANM. Magíster en Anticoncepción. Especialista en Endocrinología Ginecológica. Presidenta de AMADA. Prosecretaria de AACOG. Médica asociada de la Sección Climaterio del Hospital Italiano.

Dra Silvina Valente

Médica, especialista en Ginecología, Directora del Programa Sexología Clínica, Hospital de Clínicas (UBA). Presidente de SASH. Miembro del Comité Ejecutivo de FLASSES.

Dra Edith Jimenez

Médica consultora en Ginecología, especialista en endocrinología ginecológica y reproductiva, sexóloga clínica

Dra Claudia Scalise

Dra Cecilia Ruiz

Dra Monica Ñañez

Especialista en Ginecología y Climaterio, Doctora en Medicina y Cirugía, Profesora Titular II Cátedra de Ginecología. FCM. UNC., diplomada en Endocrinología Ginecológica. Universidad París V. Francia, experta Latinoamericana en Climaterio, Jefa del Servico de Ginecología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. Córdoba, Presidente de la Asociación Argentina de Menopausia y Andropausia (AAMA), Vicepresidente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, (FASGO), Investigadora Clínica del Instituto Latinoamericano de Investigación Clínica.

Dra Laura Ostertag

Médica especialista en Tocoginecologia,Ginecología Regenerativa y Funcional, Diplomado en Longevidad Saludable y Calidad de Vida, Postgrado en laser, fototerapias y tecnologías aplicadas en medicina y estética, UNC. Argentina, Presidente de AGOLP Asociación de Ginecología y Obstetricia de La Pampa, Integrante de la comisión directiva de AAMA (Asociación Argentina de Menopausia y Andropausia).

Dra Susana Pilnik

Médica. Especialista en Ginecología. Especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Magister en Psicoinmunoneuroendocrinología (PINE). Maestra Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica. Médica asociada a la Sección de Endocrinología Ginecológica del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Médica asociada a la Sección Climaterio del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Docente de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Favaloro. Directora en 4 cursos bianuales de Especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva otorgado por la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica (SAEGRE). Directora de la Diplomatura en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Aval de la Universidad Nacional de La Plata. Directora de la Diplomatura Internacional en Climaterio. Aval de la Universidad Nacional de La Plata. Ex vicepresidenta de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva (SAEGRE). Secretaria General de la Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica (ALEG)

Dra Agustina Starvaggi

Médica Especialista en Tocoginecología (Ministerio de Salud y UBA), subespecialista en Endocrinología Ginecológica con Posgrado en Climaterio, Especialista en Docencia Universitaria y médica asociada del servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires – sección Climaterio.

Dra Laura Maffei

Dra Patricia Monasterolo

<u>Secretaria</u>

Dra Camila Battistella

Índice

1. **Generalidades**
    - 1a Objetivos y la cuidados en la mujer postmenopáusica
    - 1b Entorno social y psicológico en la mujer postmenopáusica
    - 1c Equidad en salud garantizar el acceso a los recursos de prevención y atención médica
    - 1d Alimentación saludable
    - 1e Suplementación Qué valor tiene en la mujer postmenopáusica ayuda a una longevidad saludable
2. **Cómo abordar el riesgo y patologías a largo plazo**
    - 2a Riesgo cardiovascular en la mujer mayor de 60
    - 2b Riesgo óseo Ejercicio, vitamina d y riesgo óseo Estrategias para una longevidad saludable
    - 2c Prevención y diagnóstico de patologías relacionadas con la salud mental?¿Es posible?
3. **Sexualidad en la mujer postmenopáusica**
    - 3a Consejería y abordaje por el tocoginecólogo
    - 3b Salud vaginal Tips para dar en el consultorio
4. **Cuidados y prevención en la mujer con antecedentes de patología oncológica**
5. **Sueño y ritmo circadiano manejo del estrés y el bienestar mental**
    - 5a Alteración del Sueño y su impacto en la salud, consecuencias a largo plazo
    - 5b Manejo del estrés y bienestar mental como prioridad para una longevidad saludable

1. Generalidades

1.a Objetivos y cuidados en la mujer postmenopáusica

Autoras: Dra Rosana Molina, Dra Ana Herrera de Budeguer

Colaboradora: Dra Juana Giudice

Introducción

En las últimas décadas, el aumento sostenido de la esperanza de vida ha modificado profundamente el perfil demográfico mundial, con un incremento progresivo de la población adulta mayor y un consecuente aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no [1,2]. En Argentina, la esperanza de vida al nacer para las mujeres alcanza aproximadamente los 82,6 años, lo que implica que una proporción creciente de mujeres transcurrirá más de tres décadas, es decir, un 40% de su vida en menopausia[3]. Esta realidad plantea nuevos desafíos para el sistema de salud, que ya no deben enfocarse únicamente en el tratamiento de los síntomas asociados al climaterio, sino también en la prevención de enfermedades crónicas, la preservación de la capacidad funcional y la promoción de una longevidad saludable [1,2,4].

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Este concepto trasciende la ausencia de enfermedad y pone el foco en la preservación de la autonomía, la independencia, la función física y cognitiva, el bienestar emocional y la participación social de las personas mayores. Desde esta perspectiva, la longevidad saludable no se mide únicamente por los años vividos, sino por la capacidad de vivir esos años con la mayor funcionalidad y calidad de vida posibles [2,4].

En la mujer, este paradigma adquiere una relevancia particular debido a que la transición menopáusica marca el inicio de una etapa de la vida en la que convergen los cambios propios del envejecimiento biológico con las consecuencias sistémicas de la deficiencia estrogénica. En este contexto, el cuidado de la mujer debe orientarse hacia una evaluación integral que contemple no solo el manejo de los síntomas climatéricos, sino también la prevención de enfermedades crónicas, la preservación de la salud ósea, cardiovascular y cognitiva, el mantenimiento de la funcionalidad y la promoción de estilos de vida saludables [5,6,7].

Fisiología del climaterio: impacto de la función ovárica y de la deficiencia estrogénica

El climaterio es una etapa fisiológica caracterizada por el agotamiento progresivo de la reserva folicular ovárica y la consecuente disminución de la

producción de estrógenos. Este proceso representa la expresión endocrinológica del envejecimiento ovárico y culmina con la menopausia, definida retrospectivamente tras doce meses consecutivos de amenorrea en ausencia de otras causas fisiológicas o patológicas. Aunque la menopausia marca el final de la vida reproductiva, los cambios hormonales comienzan varios años antes durante la transición menopáusica [8,9].

La deficiencia estrogénica tiene repercusiones multisistémicas debido a la amplia distribución de sus receptores en diferentes tejidos. En el sistema nervioso central, se alteran los mecanismos de termorregulación y favorece la aparición de sofocos, sudoraciones nocturnas y trastornos del sueño. En el tracto genitourinario produce adelgazamiento del epitelio vaginal, alteraciones del microbioma generando el síndrome genitourinario de la menopausia, con impacto en la función urinaria y sexual [8,10].

Asimismo, la pérdida de los efectos protectores de los estrógenos sobre el sistema cardiovascular favorece la disfunción endotelial, la redistribución de la grasa corporal y el desarrollo de alteraciones cardiometabólicas. A nivel óseo acelera la resorción ósea e incrementa el riesgo de osteoporosis y fracturas, mientras que la disminución de la masa muscular y el aumento de la adiposidad visceral contribuyen al deterioro de la capacidad funcional y a la fragilidad [10,11].

En conjunto, estos cambios explican que la menopausia representa una transición endocrina con repercusiones que trascienden lo reproductivo. Su comprensión permite interpretar las manifestaciones clínicas e implementar estrategias preventivas orientadas a preservar la salud y la funcionalidad de la mujer durante la posmenopausia [10,11].

Cambios epidemiológicos y esperanza de vida

En Argentina, la expectativa de vida femenina supera los 80 años, mientras que la edad promedio de la menopausia en Latinoamérica es de 48,6-49 años [11,12, 13, 14,15]. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en las mujeres argentinas, seguidas por los tumores malignos y las enfermedades respiratorias, lo que resalta la importancia de implementar estrategias preventivas desde el climaterio [11,13,14].

Los estudios del Grupo Colaborativo de Investigación del Climaterio en Latinoamérica (REDLINC) muestran una elevada prevalencia de síndrome

metabólico, obesidad abdominal, sedentarismo, trastornos del sueño, disfunción sexual y deterioro de la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas. Asimismo, evidencian que, pese a los beneficios demostrados de la terapia hormonal (THM) en mujeres adecuadamente seleccionadas, su utilización en Latinoamérica continúa siendo baja. Estos hallazgos respaldan un modelo de atención centrado en la prevención y la identificación precoz de factores de riesgo modificables [7,11,13,15] .

Calidad de vida y preservación de la autonomía

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones [1,2]. En la mujer climatérica, este concepto comprende el impacto en el bienestar físico, emocional, social y sexual.

Los síntomas vasomotores, los trastornos del sueño, la disfunción sexual, las alteraciones del estado de ánimo y el síndrome genitourinario de la menopausia constituyen los principales determinantes del deterioro de la calidad de vida. Estudios latinoamericanos muestran que más de la mitad de las mujeres presentan trastornos del sueño, disfunción sexual o una percepción global de mala calidad de vida durante esta etapa [15].

La preservación de la autonomía y de la capacidad funcional representa uno de los principales objetivos del cuidado de la mujer posmenopáusica. En este contexto, el envejecimiento saludable promovido por la OMS enfatiza la importancia de la actividad física regular, una alimentación saludable, la cesación tabáquica, el mantenimiento de un peso adecuado y un adecuado descanso nocturno para reducir el riesgo cardiovascular, preservar la salud ósea y muscular y prevenir la fragilidad [11,12].

La evaluación periódica mediante instrumentos validados, como la Menopause Rating Scale (MRS), permite objetivar el impacto de los síntomas y orientar las decisiones terapéuticas. Cuando no existen contraindicaciones, la THM continúa siendo el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores y el síndrome genitourinario, mejorando significativamente la calidad de vida de las mujeres adecuadamente seleccionadas [6, 7,10].

Evaluación clínica y estudios recomendados

La evaluación de la mujer posmenopáusica debe ser integral e individualizada, orientada a identificar factores de riesgo, promover hábitos

saludables y detectar precozmente enfermedades prevenibles o tratables, adecuando los estudios complementarios a la edad, los antecedentes y las comorbilidades.

Síntomas climatéricos

La evaluación de la mujer posmenopáusica debe incluir una valoración sistemática de los síntomas climatéricos, dado su impacto sobre la calidad de vida y su importancia para orientar las decisiones terapéuticas. La anamnesis debe explorar la presencia e intensidad de síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, síndrome genitourinario de la menopausia, cambios en la función sexual, alteraciones del estado de ánimo, síntomas cognitivos y síntomas musculoesqueléticos [7,10,16].

Cuando resulte necesario objetivar la carga sintomática o monitorizar la respuesta al tratamiento, pueden utilizarse instrumentos validados, como MRS [10]. La intensidad de los síntomas, su repercusión en la calidad de vida y las preferencias del paciente deben guiar la indicación terapéutica [7]. Cuando no existen contraindicaciones, la THM constituye el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores y el síndrome genitourinario de la menopausia [7]. No obstante, la ausencia de síntomas no excluye la presencia de factores de riesgo cardiovascular, osteoporosis u otras enfermedades asociadas al envejecimiento,
por lo que toda mujer posmenopáusica requiere una evaluación integral [10,16].

Evaluación del riesgo oncológico

La evaluación del riesgo oncológico constituye uno de los pilares del seguimiento de la mujer posmenopáusica. El objetivo del tamizaje es detectar lesiones precursoras o neoplasias en estadios tempranos en mujeres asintomáticas, permitiendo instaurar tratamientos oportunos que reduzcan la morbimortalidad.

En mujeres con riesgo promedio, se recomienda realizar los programas de tamizaje oncológico de acuerdo con las guías vigentes e individualizarse según edad, antecedentes personales, familiares, riesgo hereditario y expectativa de vida. En cáncer de mama, la mamografía continúa siendo el método de elección para la detección precoz [17]. Las recomendaciones para el tamizaje de cáncer de cuello uterino y colorrectal, así como la ausencia de indicación de screening rutinario para

cáncer de ovario y endometrio en mujeres asintomáticas, se resumen en la Tabla 1, elaborada a partir de las guías vigentes.

Neoplasia	Tamizaje recomendado
Cáncer de mama	Mamografía anual desde los 40 años. Individualizar después de los 75 años según expectativa de vida y comorbilidades.
Cáncer de cuello uterino	Continuar el tamizaje según las recomendaciones vigentes. Suspender a partir de los 65 años si existe tamizaje previo adecuado y sin antecedentes de lesiones de alto grado.
Cáncer de endometrio	No se recomienda tamizaje en mujeres asintomáticas. Todo sangrado uterino posmenopáusico requiere evaluación diagnóstica.
Cáncer de ovario	No se recomienda tamizaje en mujeres de riesgo promedio. Individualizar el seguimiento en pacientes con alto riesgo hereditario (BRCA1/2, síndrome de Lynch).
Cáncer colorrectal	Tamizaje entre los 50 y 75 años mediante sangre oculta en materia fecal o colonoscopia, según las recomendaciones vigentes y el riesgo individual.

Tabla 1. Recomendaciones de tamizaje oncológico en la mujer posmenopáusica *(adaptado de guías NCCN, ACOG, ACS y recomendaciones nacionales).*

Evaluación del riesgo cardiovascular y metabólico

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en las mujeres posmenopáusicas. Si bien el envejecimiento es el principal determinante del riesgo cardiovascular, la deficiencia estrogénica favorece la redistribución de la grasa corporal hacia un patrón visceral, la resistencia a la

insulina, el deterioro del perfil lipídico y el desarrollo de síndrome metabólico, incrementando el riesgo cardiovascular [10,18].

La evaluación debe incluir antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular, factores de riesgo tradicionales (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo, obesidad y sedentarismo) y factores específicos de la mujer como, trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, parto pretérmino, insuficiencia ovárica prematura, la menopausia precoz y el síndrome de ovario poliquístico, que se asocian con mayor riesgo cardiovascular a largo plazo [10,18].

El examen físico debe incluir la medición de presión arterial, índice de masa corporal y circunferencia de cintura, considerando ≥88 cm como criterio de obesidad abdominal en mujeres latinoamericanas, según REDLINC [15]; junto con la evaluación periódica de glucemia o hemoglobina glicosilada y perfil lipídico, individualizando la frecuencia de los controles según el riesgo cardiovascular [10,15,18].

La prevención cardiovascular se basa en la modificación de los hábitos de vida: alimentación saludable —ideal tipo mediterránea—, actividad física regular con ejercicios aeróbicos y de fuerza, mantenimiento de un peso saludable, abandono tabáquico y una adecuada higiene del sueño. La THM no debe indicarse para la prevención cardiovascular; sin embargo, cuando está indicada por síntomas menopáusicos y se inicia en mujeres menores de 60 años o dentro de los 10 años de la menopausia, puede ejercer efectos favorables sobre algunos parámetros cardiometabólicos, como la sensibilidad a la insulina y
el riesgo de diabetes tipo 2 [7,10,18,19].

Evaluación del riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad

La osteoporosis es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la mujer posmenopáusica y constituye una importante causa de fracturas por fragilidad, discapacidad y pérdida de autonomía. La evaluación debe incluir la identificación de factores de riesgo clínicos y la estimación del riesgo de fractura mediante herramientas como FRAX®. La densitometría ósea (DXA) continúa siendo el método de referencia para evaluar la densidad
mineral ósea y se recomienda en mujeres de 65 años o más, o en menores de esa edad con factores de riesgo. El diagnóstico puede establecerse por un T-score ≤

−2,5 o por la presencia de una fractura por fragilidad vertebral o de cadera, independientemente de la densidad mineral ósea [20].

Una vez diagnosticada, deben descartarse causas secundarias mediante estudios del metabolismo fosfocálcico. Asimismo, en mujeres con sospecha de fracturas vertebrales debe considerarse la realización de estudios por imágenes, dado que muchas de estas fracturas son asintomáticas [20].

La sarcopenia y la fragilidad suelen coexistir con la osteoporosis, incrementando el riesgo de caídas y fracturas (osteosarcopenia). Por ello, el manejo debe incluir ejercicio de fuerza y equilibrio, adecuado aporte de proteínas, calcio y vitamina D cuando corresponda, prevención de caídas y tratamiento farmacológico en mujeres con osteoporosis establecida, fracturas por fragilidad o alto riesgo de fractura [5].

Conclusiones

El incremento sostenido de la esperanza de vida ha transformado a la posmenopausia en una etapa que abarca más de un tercio de la vida de muchas mujeres. En este contexto, el cuidado de la mujer climatérica trasciende el tratamiento de los síntomas y debe orientarse a la promoción de un envejecimiento saludable, preservando la capacidad funcional, la autonomía y la calidad de vida.

La atención integral de la mujer posmenopáusica requiere una evaluación periódica de los síntomas climatéricos y de los riesgos cardiovascular, metabólico, óseo y oncológico, junto con la promoción de estilos de vida saludables e implementación de medidas preventivas basadas en la evidencia. La identificación precoz de los factores de riesgo y la individualización de las intervenciones permiten reducir la carga de enfermedades crónicas y favorecer una mayor expectativa de vida libre de discapacidad.

El ginecólogo desempeña un papel central en este proceso, acompañando a la mujer durante todo su curso de vida y actuando como referente en la prevención, el diagnóstico precoz y el seguimiento de las enfermedades asociadas al envejecimiento femenino. Desde esta perspectiva, la consulta del climaterio representa una oportunidad única para promover un modelo de atención integral, multidisciplinario y centrado en la mujer, orientado a preservar la salud y la funcionalidad durante las décadas posteriores a la menopausia. En definitiva, la

longevidad saludable no implica únicamente vivir más años, sino vivirlos con salud, autonomía y calidad de vida.

Referencias

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health
Organization; 2015.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Esperanza de vida al nacer por sexo y jurisdicción. Buenos Aires: INDEC; 2024.
4. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2019.
5. North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement
of The North American Menopause Society. Menopause. 2022;29(7):767-794.
6. International Menopause Society. Practitioner's Toolkit for Managing Menopause. Climacteric. 2024;27(Suppl 1):1-74.
7. Bofill Rodriguez M, Yong LN, Mirkov S, et al. Long-Term Hormone Therapy for Perimenopausal and Postmenopausal Women. Cochrane Database Syst Rev. 2025.
8. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. J Clin Endocrinol Metab. 2021.
9. Burger HG, Hale GE, Robertson DM, Dennerstein L. A review of hormonal changes during the menopausal transition: focus on findings from the Melbourne Women's Midlife Health Project. Hum Reprod Update. 2007;13(6):559-565. doi:10.1093/humupd/dmm020.
10. Hamoda H, Moger S, Morris E, Panay N, Baber R, Bitzer J, et al. Menopause practice standards. Clin Endocrinol (Oxf). 2024;100(5):487-518. doi:10.1111/cen.15132.
11. Lobo & Gompel (Lancet Diabetes Endocrinol 2022): transición epidemiológica, envejecimiento saludable, prevención en menopausia.
12. OMS World report on ageing and health: envejecimiento poblacional y enfermedades
crónicas.

13. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Esperanza de vida al nacer por
sexo y jurisdicción. Buenos Aires: INDEC; año.
14. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Estadísticas Vitales. Información Básica. Ministerio de Salud de la Nación; año.
15. Tserotas K, Blümel JE. REDLINC: Two Decades of Collaborative Insights Into Menopause and Women's Health in Latin America. Climacteric. 2025.
16. Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms. JAMA.
2023.
17. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer Screening and Diagnosis. 2025.
18. 3. Nappi RE, Chedraui P, Lambrinoudaki I, Simoncini T. Menopause: A Cardiometabolic Transition. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022.
19. Dastmalchi LN, Gulati M, Thurston RC, et al. Improving Cardiovascular Clinical Competencies... JACC Adv. 2025.
20. Kanis JA, Harvey NC, McCloskey E, et al. The Clinical Guideline for the Prevention
and Treatment of Osteoporosis. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG). Updated 2024.

1.b Entorno social y psicológico en la mujer postmenopáusica

Autoras: Dra Olga Marega, Dra Claudia Trejo

Los trabajos científicos y las experiencias clínicas indican que más allá del cuidado biológico general y ginecológico de la mujer postmenopáusica, los profesionales de la salud también debemos realizar nuestras intervenciones asistenciales y educativas aplicando la Medicina del estilo de vida. Teniendo en cuenta el entorno social y psicológico de la persona podremos valorar su salud integral, responsable de su calidad de vida global, y de su calidad de vida relacionada con los cambios biopsicosociales de la menopausia[1].Las siguientes recomendaciones brindaran herramientas para que los profesionales de la salud puedan ayudar a las mujeres a generar y mantener actitudes positivas, entornos

sociales y vinculares placenteros, alejadas de la soledad y hábitos no saludables, que desarrollan enfermedades y acortan la vida.

Conceptualización del problema

- Vínculos familiares y sociales saludables. Las distintas mujeres llegan a la edad postmenopáusica en distintas condiciones físicas, psicológicas, sociales y vinculares. Algunas disfrutan de vínculos y espacios sociales proveedores de placer, cuidan su cuerpo, practican hábitos saludables, conservan su autoestima sexual y la práctica sexual satisfactoria. Mientras que otras transitan esta etapa inmersas en una frustración emocional causada por distintas situaciones individuales desfavorables, no mantienen los controles de salud ni los sanos estilos de vida, con prácticas de hábitos que las llevan al aislamiento, soledad y depresión.[2]
- Vínculos erótico-afectivos saludables. La diversidad vincular erótico afectiva es amplia según los mandatos sociales y las posibilidades que se presenten en cada persona. La satisfacción y el bienestar no están directamente relacionados con el estatus de pareja, ni con su orientación o identidad sexual, sino con la actitud y posibilidad que tenga cada mujer de construir vínculos placenteros, con comunicación respetuosa, en un marco de intimidad, aunque sean aislados. Hay mujeres con pareja que mantienen vínculos afectuosos, respetuosos y felices, mientras que otras sufren vínculos disfuncionales. Estos afectan la calidad de sus vidas en la menopausia [3], o generan y sostienen disfunciones sexuales.[4]

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Recomendación 1. Promover vinculaciones interpersonales sanas y placenteras. Las personas que mantienen redes sociales proveedoras de amor y buen trato viven más años, protegen su salud mental, controlan mejor los síntomas de la menopausia. Mientras quienes viven en aislamiento y sufren la soledad tienen más riesgo de sufrir enfermedades crónicas, discapacidad, y acortar su vida.[5]

Recomendación 2. Fomentar vínculos erótico afectivos respetuosos y satisfactorios, realizando intervenciones psicoeducativas apoyando actitudes y actividades en busca del placer. Las mujeres que mantienen prácticas sexuales en solitario (autoexploración) o en pareja, conservan mejor la tonicidad de su piso pélvico, su autoestima sexual y satisfacción. Esta condición gratificante es fuente de calidad de vida y mayor cuidado de su estado de salud ginecológico y general. Cada profesional deberá decidir si sus conocimientos y habilidades le permiten hacer intervenciones para cuidar la salud sexual de las mujeres, o deberá hacer derivaciones a profesionales especializados en sexología clínica y educativa. **Nivel de evidencia: Oxford 1–2b / Certeza de la evidencia: Moderada-Alta (GRADE)**

Conclusiones: La ternura, la capacidad de amar, de enamorarse y sentir placer se mantienen vivas hasta que morimos, aunque en algunos contextos censuradas o prohibidas, en estado de latencia, esperando un estímulo o un permiso para despertar y poder expresarse. Nuestro rol profesional es relevante para brindar esta información a las mujeres postmenopáusicas y a las personas responsables de su cuidado, ya que muchas veces, son quienes gestionan las actividades de sus vidas.

Entorno psicológico en la mujer durante la menopausia

La menopausia constituye una etapa del curso de vida femenino en la que convergen cambios endocrinos, neurobiológicos y psicosociales. Simultáneamente, muchas mujeres atraviesan modificaciones en la estructura familiar, la vida laboral, el cuidado de padres envejecidos, la independencia de los hijos, la redefinición de la identidad, la percepción del envejecimiento y cambios en la vida afectiva y sexual. Estos factores pueden actuar como elementos protectores o incrementar la vulnerabilidad psicológica, modulando la expresión clínica de la transición menopáusica.[1]

La evidencia científica en especial la procedente del Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) demuestra que la salud mental, el sueño, la función cognitiva y la calidad de vida están influenciados por la interacción entre factores biológicos, antecedentes psiquiátricos, estrés percibido, relaciones

interpersonales, nivel socioeconómico, etnia, actividad física y estilos de vida.[6] Asimismo, las guías de la International Menopause Society (IMS)[5], la North American Menopause Society (NAMS) y la European Menopause and Andropause Society (EMAS) recomiendan un abordaje integral que incorpore sistemáticamente la evaluación de la salud mental, el sueño, la función sexual, la calidad de vida y los determinantes sociales de la salud, promoviendo además la formación de los profesionales en medicina del estilo de vida.[10]

Conceptualización del problema

- Cambios neurobiológicos y síntomas psicológicos.La disminución de los estrógenos durante la transición menopáusica produce modificaciones funcionales en estructuras cerebrales como la amígdala, la corteza prefrontal, el hipocampo y el hipotálamo, involucradas en la regulación emocional, la memoria, las funciones ejecutivas y la termorregulación. Asimismo, altera la neurotransmisión serotoninérgica, dopaminérgica, noradrenérgica y GABAérgica, favoreciendo irritabilidad, labilidad emocional, trastornos cognitivos similares a los del trastorno por déficit de atención (TDAH)[6-7-8]. Estas modificaciones también afectan la plasticidad neuronal y la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, incrementando la vulnerabilidad frente al estrés.[5-6-8]
- Depresión.-El riesgo de síntomas depresivos aumenta durante la transición menopáusica, especialmente en mujeres con menopausia quirúrgica, antecedentes psiquiátricos o condiciones de vulnerabilidad social. Estudios longitudinales muestran además una asociación consistente entre menor nivel socioeconómico, menor escolaridad y peor salud mental.[6-10]
- Microbiota e inflamación de bajo grado.-El estrés crónico favorece la activación persistente del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y un estado inflamatorio de bajo grado caracterizado por incremento de IL-6, TNF-α y proteína C reactiva. Estos cambios se relacionan con síntomas depresivos, deterioro cognitivo, alteraciones del sueño y fatiga. La microbiota intestinal participa en la regulación del eje intestino-cerebro y

representa un potencial objetivo terapéutico mediante intervenciones nutricionales y probióticos.[9]

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Recomendación 1. Evaluación integral del entorno psicosocial[1]. Se recomienda que la evaluación clínica de toda mujer durante la transición menopáusica incluya, además de los aspectos ginecológicos y endocrinos, la valoración sistemática de la salud mental, calidad del sueño, acontecimientos vitales estresantes, apoyo social, percepción de soledad, determinantes sociales de la salud y calidad de vida. Estudios prospectivos multicéntricos internacionales muestran además que el bajo nivel socioeconómico, la soledad y el aislamiento social constituyen factores independientes asociados con un mayor riesgo de síntomas depresivos.[1] **Nivel de evidencia: Oxford 1–2b /Certeza de la evidencia: Moderada-Alta (GRADE)**

Recomendación 2. Educación sanitaria y toma de decisiones compartida[11]. Se recomienda proporcionar información clara, actualizada y basada en evidencia científica sobre la menopausia, favoreciendo la alfabetización en salud y la toma de decisiones compartida entre la mujer y el equipo de salud. Las recomendaciones de la IMS destacan que disminuye la ansiedad, reduce el impacto de la desinformación y favorece la adherencia terapéutica. **Certeza de la evidencia: Moderada-Alta (GRADE)**

Recomendación 3. Atención multidisciplinaria.[1-11] Se recomienda que la atención de la mujer durante la transición menopáusica sea realizada mediante un abordaje interdisciplinario que integre ginecología, atención primaria, salud mental, nutrición, actividad física y otras disciplinas según las necesidades individuales. **Nivel de evidencia: Oxford 1/ Certeza de la evidencia: Moderada (GRADE)**

Referencias

1. Panay N, Fenton A, Hamoda H, Hillard T, Islam R, Pedder H, Romero L, Vincent AJ; *IMS Recommendations Writing Group. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health*

and menopause. Climacteric. 2025;28(6):634-656. doi:10.1080/13697137.2025.2585487.

2. Wang Y, Liu M, Yang F, Chen H, Wang Y, Liu J. *The associations of socioeconomic status, social activities, and loneliness with depressive symptoms in adults aged 50 years and older across 24 countries: findings from five prospective cohort studies*. Lancet Healthy Longev. 2024;5(9):e618-e629. doi:10.1016/j.lanhl.2024.07.001.

3. Rees M, Pérez-López FR, Ceausu I, et al. *EMAS clinical guide: Sexual function in women and the menopause*. Maturitas. 2021;144:79-84.

4. Clayton AH, Kingsberg SA, Goldstein I, et al. *International Society for the Study of Women's Sexual Health. Process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women.* Mayo Clin Proc. 2018;93(4):467-487. doi:10.1016/j.mayocp.2017.11.002.

5. Anekwe CV, Cano A, Mulligan J, Ang SB, Johnson CN, Panay N, et al. *The role of lifestyle medicine in menopausal health: a review of non-pharmacologic interventions*. Climacteric. 2025;28(5):478-496. doi:10.1080/13697137.2025.2548806.

6. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. *The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation* (SWAN). Menopause. 2019;26(10):1213-1227. doi:10.1097/GME.0000000000001424.

7. Horst K, Cirino N, Adams KE. *Menopause and mental health*. Curr Opin Obstet Gynecol. 2025;37(2):102-110. doi:10.1097/GCO.0000000000001014.

8. Wen J, Li C, Sun Z, Wang C, Zhang J, Guan X, Xu X, Wisniewski T, Ge Y. *Hippocampal subfields in aging: Sex-specific trajectories in structure and hemodynamics. Neuroimage.* 2025;317:121343. doi:10.1016/j.neuroimage.2025.121343.

9. Lin F, Ma L, Sheng Z. *Health disorders in menopausal women: microbiome alterations, associated problems, and possible treatments.* Biomed Eng Online. 2025;24(1):84. doi:10.1186/s12938-025-01415-3.

10. Nathan MD, Bondy E, Walsh M, Gibson K, Schiller CE. *The impact of estradiol dynamics during the menopause transition on depression risk: a narrative review of estradiol's neurobiological mechanisms.* Biol Psychiatry. 2026;99(9):779-789. doi:10.1016/j.biopsych.2026.02.002.

11. Rees M, Abernethy K, Bachmann G, Bretz S, Ceausu I, Durmusoglu F, Erkkola R, et al. *The essential menopause curriculum for healthcare professionals: a European Menopause and Andropause Society* (EMAS) position statement. Maturitas. 2022;158:70-77. doi:10.1016/j. Maturitas.2021.12.001.

1.c Equidad en salud garantizar el acceso a los recursos de prevención y atención médica

Autores: Dra Magalí Galarza Taborda, Dr Pablo Carpintero

El aumento de la esperanza de vida ha modificado profundamente las prioridades de la medicina. En este nuevo escenario, prolongar la supervivencia constituye un objetivo insuficiente si los años adicionales se acompañan de multimorbilidad, fragilidad, discapacidad o dependencia. El desafío contemporáneo es reducir la brecha entre la duración total de la vida y la esperanza de vida saludable, entendida como el período de la vida vivido con buena salud, autonomía y capacidad funcional.

La OMS define el envejecimiento saludable en términos de capacidad funcional, es decir, de aquello que permite a una persona satisfacer necesidades básicas, aprender y tomar decisiones, desplazarse, mantener relaciones y contribuir a la sociedad [1]. La capacidad funcional depende de la capacidad intrínseca —el conjunto de capacidades físicas y mentales—, del entorno y de la interacción entre ambos [1,2]. Esta formulación desplaza el foco desde la ausencia de enfermedad hacia la posibilidad real de vivir de acuerdo con aquello que cada persona valora.

Para la salud de la mujer, esta perspectiva es particularmente relevante. La mayor esperanza de vida femenina puede coexistir con mayor tiempo vivido con limitaciones funcionales. Por ello, el objetivo sanitario debe ser preservar reserva fisiológica, función, autonomía y participación social, y no únicamente detectar enfermedad establecida.

Equidad, desigualdad e igualdad: conceptos operativos

La equidad en salud implica la ausencia de diferencias injustas, evitables y remediables entre grupos definidos por características sociales, económicas, demográficas, geográficas u otras dimensiones de desigualdad. No debe

confundirse con igualdad. La igualdad distribuye recursos de manera uniforme; la equidad reconoce que las necesidades, exposiciones y barreras son diferentes y que, por lo tanto, alcanzar oportunidades comparables de salud puede requerir respuestas diferenciales [3].

Los determinantes sociales de la salud incluyen las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su acceso a poder, dinero y recursos. El gradiente social de salud implica que, a menor posición socioeconómica, peores resultados de salud tienden a observarse. El Informe Mundial de la OMS de 2025 enfatiza que estas brechas continúan siendo amplias y, en numerosos contextos, crecientes [3].

En América Latina, la fragmentación de los sistemas, la heterogeneidad territorial, el gasto de bolsillo, la distribución desigual de profesionales, las barreras de alfabetización sanitaria y la brecha digital pueden amplificar las inequidades. El marco operacional OPS 2026 propone integrar equidad, determinantes sociales y promoción de la salud en la APS mediante diagnóstico territorial participativo, reducción de barreras, movilización de activos comunitarios, prescripción social, integración sanitario-social y fortalecimiento de la gobernanza local [6].

Una perspectiva de curso de vida

La salud en edades avanzadas es el resultado de una trayectoria. El enfoque de curso de vida reconoce que factores genéticos, biológicos, psicosociales, conductuales y ambientales interactúan desde etapas tempranas y que existen períodos sensibles y transiciones capaces de modificar la trayectoria futura [7,8]. En consecuencia, la prevención de la fragilidad, la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis, la discapacidad o el deterioro cognitivo no debe comenzar en la vejez.

En la mujer, esta trayectoria incluye determinantes y exposiciones vinculados con nutrición, educación, salud sexual y reproductiva, embarazo y sus complicaciones, violencia, trabajo remunerado y no remunerado, cuidado de terceros, acceso a anticoncepción y prevención, transición menopáusica, salud cardiometabólica, salud ósea y muscular, salud mental y envejecimiento. Las desigualdades de género pueden condicionar ingresos, protección social, tiempo disponible para autocuidado y acceso oportuno al sistema sanitario.

La OMS ha reforzado recientemente el enfoque de curso de vida como marco para reorientar sistemas de salud hacia la producción de salud y bienestar, prestando especial atención a transiciones y exposiciones acumulativas [7,8].

La transición menopáusica como ventana de oportunidad

La menopausia es una transición biológica natural, habitualmente entre los 45 y 55 años, que ocupa una proporción relevante de la vida de la mujer. La OMS la considera una transición clave dentro de un enfoque de curso de vida para el envejecimiento saludable de las mujeres [4].

La mediana edad ofrece una oportunidad clínica singular porque coincide con cambios en composición corporal, perfil lipídico, salud vascular, metabolismo glucídico, hueso, músculo, sueño y síntomas menopáusicos, además de cambios familiares, laborales y sociales. La evidencia longitudinal ha mostrado que la transición menopáusica se asocia con cambios adversos en lípidos, composición corporal y medidas de salud vascular, independientemente del envejecimiento cronológico en algunos dominios [5].

Por ello, la consulta ginecológica de la mediana edad no debería limitarse al tratamiento de síntomas vasomotores o genitourinarios. Debe funcionar como un punto de entrada para una evaluación preventiva integral y estratificada por riesgo. Las recomendaciones internacionales contemporáneas de menopausia abarcan estilo de vida, salud cardiometabólica, hueso, cáncer, cognición, sexualidad, síndrome genitourinario y tratamiento individualizado [9,10].

Dominios prioritarios para una longevidad saludable

Salud cardiometabólica

Evaluar presión arterial, tabaquismo, adiposidad y distribución de grasa, perfil lipídico, glucemia/diabetes, actividad física, sueño y antecedentes reproductivos relevantes. La transición menopáusica debe considerarse un momento para intensificar prevención cardiovascular, sin atribuir el riesgo exclusivamente a la pérdida estrogénica [5].

Salud ósea

Identificar factores de riesgo de osteoporosis y fractura, asegurar aporte nutricional adecuado, ejercicio con carga y resistencia, prevención de caídas y acceso a densitometría o tratamiento cuando esté indicado. La inequidad puede

manifestarse tanto en subdiagnóstico como en menor acceso a terapias efectivas.

Salud muscular y capacidad física

La preservación de fuerza y función muscular es central para la independencia futura. EWGSOP2 conceptualiza la sarcopenia como enfermedad muscular y prioriza la baja fuerza como característica clínica principal; la cantidad/calidad muscular confirma el diagnóstico y el bajo rendimiento físico identifica mayor gravedad [11].

Salud cerebral, mental y sueño

La prevención debe abordar factores vasculares, actividad física, audición, aislamiento social, depresión, sueño y otros determinantes modificables. Debe evitarse tanto la medicalización indiscriminada de quejas cognitivas como la normalización de síntomas que requieren evaluación.

Prevención oncológica

El acceso equitativo a estrategias de prevención y tamizaje debe basarse en edad, antecedentes, riesgo individual y recomendaciones nacionales vigentes. Las barreras territoriales, económicas, culturales y de alfabetización sanitaria deben considerarse parte del riesgo de no prevención.

Salud sexual y genitourinaria

La sexualidad y el síndrome genitourinario de la menopausia forman parte de la salud y la calidad de vida. Su evaluación debe ser proactiva, respetuosa y centrada en preferencias, evitando sesgos por edad. El tratamiento debe individualizarse de acuerdo con síntomas, riesgos, contraindicaciones y preferencias [9,10].

Capacidad funcional y determinantes sociales

La valoración clínica debe incorporar movilidad, autonomía, soporte social, carga de cuidados, seguridad económica, alfabetización sanitaria, acceso geográfico y digital, y otras barreras que condicionan la posibilidad real de implementar recomendaciones.

Actividad física, nutrición y reserva funcional

La actividad física regular es una intervención transversal para la prevención cardiometabólica, preservación musculoesquelética, función y bienestar. Las guías OMS recomiendan actividad aeróbica y fortalecimiento muscular para adultos y personas mayores, con adaptación a capacidad, comorbilidades y

discapacidad [12]. En una perspectiva de equidad, prescribir ejercicio sin considerar seguridad del entorno, tiempo disponible, recursos económicos o carga de cuidados puede resultar insuficiente.

La nutrición debe abordarse desde calidad global de la dieta, suficiencia proteica individualizada, prevención de malnutrición y manejo de obesidad y comorbilidades. En mujeres mayores o con pérdida ponderal, el objetivo no debe limitarse al peso corporal: fuerza, masa muscular, funcionalidad y calidad nutricional son resultados clínicamente relevantes.

Atención Primaria, ginecología e integración de cuidados

La APS constituye el eje natural para longitudinalidad, prevención y abordaje territorial, pero la salud de la mujer requiere una articulación efectiva entre APS, ginecología, clínica médica, cardiología, endocrinología, nutrición, salud mental, geriatría, rehabilitación y otras disciplinas según necesidad. El modelo debe evitar circuitos paralelos y fragmentados.

El ginecólogo ocupa una posición estratégica durante la mediana edad: muchas mujeres mantienen contacto periódico con ginecología aun cuando no realizan controles integrales en otras áreas. Esta oportunidad debe utilizarse para detectar factores de riesgo, actualizar prevención, reconocer barreras de acceso y facilitar derivaciones apropiadas, sin transformar la consulta en una suma indiscriminada de estudios.

Propuesta de evaluación clínica en la mujer de mediana edad

Dominio	Qué explorar	Objetivo
Cardiometabólico	PA, tabaquismo, IMC/adiposidad, lípidos, glucemia, antecedentes personales/familiares y reproductivos	Prevención y estratificación de riesgo
Hueso	Factores de riesgo, fracturas, caídas, indicación de DXA	Prevenir osteoporosis y fractura
Músculo/función	Actividad física, fuerza, movilidad; pruebas funcionales si hay sospecha	Preservar fuerza, autonomía y reserva funcional

Mental/cognitivo/sueño	Ánimo, ansiedad, sueño, quejas cognitivas y factores de riesgo	Detectar problemas tratables y reducir riesgo
Cáncer	Tamizaje según edad y riesgo, adherencia y barreras	Reducir diagnóstico tardío
Menopausia/GSM/sexualidad	Síntomas, impacto, preferencias, contraindicaciones y objetivos terapéuticos	Atención individualizada y calidad de vida
Social/equidad	Ingresos/seguridad económica cuando sea pertinente, cuidados, soporte, alfabetización, territorio, conectividad, violencia y acceso	Identificar barreras que modifican factibilidad y resultados

Recomendaciones FASGO propuestas

Nº	Recomendación	Base de evidencia
1	Adoptar la longevidad saludable —y no sólo la supervivencia— como objetivo explícito de la atención de la mujer, priorizando capacidad funcional, autonomía y calidad de vida.	Marco normativo OMS; consenso fuerte
2	Incorporar un enfoque de curso de vida, reconociendo que las exposiciones y desigualdades acumuladas modifican las trayectorias de salud y envejecimiento.	OMS 2025; evidencia poblacional y marco normativo
3	Considerar la transición menopáusica una ventana de oportunidad para una evaluación preventiva integral y estratificada por riesgo.	Declaraciones científicas y recomendaciones internacionales
4	Integrar sistemáticamente la prevención cardiometabólica en la atención de la mujer de mediana edad.	Evidencia longitudinal + guías/consensos
5	Promover actividad física regular, incluyendo fortalecimiento muscular, adaptada a capacidad y contexto.	Guía OMS basada en revisión de evidencia
6	Incorporar salud ósea, fuerza muscular, movilidad y riesgo de caídas dentro de la estrategia de preservación funcional.	Consensos clínicos + evidencia observacional/intervencional

7	Evaluar salud mental, sueño, sexualidad y síndrome genitourinario como componentes de salud integral, evitando sesgos por edad y género.	Recomendaciones internacionales
8	Identificar barreras sociales, económicas, territoriales, culturales y digitales que puedan impedir la implementación de recomendaciones clínicas.	OMS/OPS; evidencia de determinantes sociales
9	Fortalecer la articulación entre ginecología, APS y otras disciplinas mediante circuitos de derivación y seguimiento, evitando fragmentación.	OMS/OPS; modelos de atención integrada
10	Monitorear equidad mediante indicadores desagregados de acceso, oportunidad, continuidad, calidad, resultados y función, y utilizar esos datos para reasignar recursos según necesidad.	OMS/OPS; recomendación de política sanitaria

Nota metodológica sobre gradación: estas recomendaciones no deben presentarse como una gradación GRADE formal. Se informa el tipo de sustento (guía, consenso, declaración científica, evidencia longitudinal o marco normativo), evitando asignar niveles numéricos no validados.

Indicadores sugeridos para monitorear equidad

- Proporción de mujeres con acceso a evaluación preventiva integral en mediana edad.
- Cobertura de control de presión arterial, diabetes y dislipidemia, desagregada por territorio y nivel socioeconómico cuando sea posible.
- Acceso oportuno a tamizajes oncológicos recomendados y proporción de diagnósticos en etapas tempranas.
- Acceso a evaluación y tratamiento de osteoporosis en mujeres de riesgo.
- Registro de actividad física, fuerza/movilidad o riesgo funcional en poblaciones seleccionadas.
- Acceso a atención de síntomas menopáusicos y síndrome genitourinario.
- Tiempo de espera, continuidad asistencial y abandono del seguimiento.
- Disponibilidad de telemedicina acompañada de alternativas presenciales para evitar exclusión digital.

- Resultados reportados por pacientes: calidad de vida, función, síntomas y participación.
- Brechas de los indicadores anteriores por región, cobertura sanitaria, educación, vulnerabilidad social y otras dimensiones pertinentes.

Implicancias para políticas sanitarias

La equidad requiere asignar recursos de acuerdo con necesidad y no exclusivamente según demanda observada. La demanda puede subestimar necesidades en poblaciones con mayores barreras. Por ello, la planificación debe incorporar información territorial, vulnerabilidad social, disponibilidad de profesionales, tiempos de acceso, continuidad y resultados.

La integración entre servicios sanitarios y sociales es especialmente relevante para mujeres mayores, cuidadoras, personas con dependencia o con barreras económicas y digitales. La participación comunitaria y la gobernanza local pueden mejorar la pertinencia de las intervenciones y detectar obstáculos que no son visibles desde modelos exclusivamente biomédicos [6].

Las políticas de salud digital deben evaluarse desde la equidad: la telemedicina puede ampliar acceso, pero también profundizar brechas cuando existen limitaciones de conectividad, alfabetización digital, dispositivos, privacidad o habilidades tecnológicas.

Conclusiones

La longevidad constituye uno de los mayores logros de la sociedad contemporánea, pero su éxito no puede medirse únicamente por la cantidad de años vividos. En la mujer, el objetivo debe ser aumentar los años vividos con salud, autonomía, capacidad funcional, bienestar y participación social.

La equidad es un determinante esencial de este objetivo. Las diferencias en educación, ingresos, trabajo, cuidados, territorio, acceso sanitario, alfabetización y entorno se acumulan a lo largo de la vida y condicionan quién puede beneficiarse de la prevención y quién llega a edades avanzadas con mayor carga de enfermedad y discapacidad.

La transición menopáusica ofrece una oportunidad privilegiada para modificar la trayectoria futura. Una atención integral de la mujer de mediana edad debe combinar manejo individualizado de la menopausia con prevención cardiometabólica, salud ósea y muscular, salud mental y cerebral, prevención oncológica, sexualidad, función y evaluación de determinantes sociales.

Garantizar longevidad saludable exige pasar de sistemas fragmentados y reactivos a modelos preventivos, integrados, centrados en la persona y sensibles a inequidades. El objetivo final no es ofrecer lo mismo a todas las mujeres, sino asegurar que ninguna vea limitada su posibilidad de envejecer con salud por condiciones evitables de origen social, territorial, económico o sanitario.

Referencias seleccionadas

1. 1. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability. Geneva: WHO; actualizado 2026.
2. 2. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
3. 3. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. Geneva: WHO; 2025.
4. 4. World Health Organization. Menopause. Health topic. Geneva: WHO; actualizado 2026.
5. 5. El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, et al. Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2020;142(25):e506-e532. doi:10.1161/CIR.0000000000000912.
6. 6. Organización Panamericana de la Salud. Marco operacional para la inclusión del enfoque de equidad, determinantes sociales y promoción de la salud en la atención primaria de salud. Washington, DC: OPS; 2026. doi:10.37774/9789275331293.
7. 7. World Health Organization. Framework to implement a life course approach in practice. Geneva: WHO; 2025/2026. ISBN 978-92-4-011257-5.

8. 8. World Health Organization. Extending healthy ageing across the life course: connecting optimal development and healthy ageing. Report of the fourth Life Course Network meeting. Geneva: WHO; 2025.

9. 9. International Menopause Society. IMS Recommendations and Key Messages on Women’s Midlife Health and Menopause. Climacteric/IMS; versión vigente consultada 2026.

10. 10. The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022;29(7):767-794. doi:10.1097/GME.0000000000002028.

11. 11. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169.

12. 12. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020. ISBN 9789240015128.

13. 13. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): framework and action areas. Geneva: WHO.

14. 14. World Health Organization. WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2024: meeting report, 5-7 November 2024. Geneva: WHO; 2025.

15. 15. World Health Organization. Social determinants of health. Fact sheet. Geneva: WHO; 2025.

16. 16. World Health Organization. The multigenerational charge for women’s health and gender equality. Geneva: WHO; 2025.

17. 17. World Health Organization. Report of the third Life Course Network meeting, 28-30 November 2023: Extending healthy ageing across the life course. Geneva: WHO; 2024.

18. 18. Pu L. Fairness of the distribution of public medical and health resources. Front Public Health. 2021;9:768728. doi:10.3389/fpubh.2021.768728.

19. 19. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Geneva: WHO; 2019.

20. 20. World Health Organization. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. Geneva: WHO; 2024.

21. 21. World Health Organization. Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): framework and indicators recommended by WHO Technical Advisory Group. Geneva: WHO; 2025.

22. 22. World Health Organization. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: Web Annex. Evidence profiles. Geneva: WHO; 2020. ISBN 9789240015111.

23. 23. Trevisan C, et al. Sarcopenia Identified According to the EWGSOP2 Definition in Community-Living People: Prevalence and Clinical Features. J Am Med Dir Assoc. 2020. PMID:32359893.

24. 24. Systematic review on the relationship between menopausal hormone replacement therapy, sarcopenia, and sarcopenia-related parameters. Maturitas. 2025. PMID:40532367.

Anexo. Matriz conceptual de evidencia

La siguiente matriz distingue el grado de autoridad de la fuente sin atribuir una certeza GRADE formal.

Tema	Fuente prioritaria	Interpretación
Envejecimiento saludable/capacidad funcional	OMS	Marco normativo internacional de máxima relevancia
Determinantes sociales/equidad	OMS 2025 + OPS 2026	Marco normativo + síntesis global de evidencia
Curso de vida	OMS 2025	Marco de implementación basado en evidencia
Menopausia y prevención cardiovascular	AHA Scientific Statement	Síntesis experta de evidencia longitudinal
Salud de mediana edad/menopausia	IMS + NAMS/The Menopause Society	Recomendaciones/position statements de sociedades científicas

Sarcopenia	EWGSOP2	Consenso clínico internacional
Actividad física	OMS guideline	Guía basada en revisión sistemática de evidencia

1.d Alimentación Saludable

Autoras: Dra Susana Gutt, Dra Florencia Felici

Colaboradora: Dra Maria Carolina Rivas

En este período de la vida de la mujer los cambios metabólicos se asocian a una tendencia al aumento del peso corporal con redistribución de la grasa hacia la zona abdominovisceral con alteración de los niveles lipídicos y también alteraciones de la masa ósea como osteopenia y riesgo de osteoporosis sumado a mecanismos neuroendócrinos expresados como sofocos.

Debido al impacto clínico a largo plazo en relación al aumento del riesgo cardiovascular hace que la intervención nutricional no está dirigida a un alivio sintomático sino proteger a la mujer de los riesgo cardiometabólicos, preservar la masa ósea y muscular disminuyendo el ritmo de avance de la sarcopenia.

Una alimentación saludable, con dietas como la Mediterránea considerada un patrón modelo con mayor consistencia científica. Los requerimientos de nutrientes críticos en esta etapa dan beneficios avalados por ensayos clínicos y una intervención temprana, según revisiones y metaanálisis dejan claro que las estrategias nutricionales son altamente efectivas y que deberán implementarse individualizando el riesgo [1].

Justificación Las estrategias nutricionales son altamente efectivas al implementarlas de forma temprana en la primera fase, la perimenopausia, adaptando las intervenciones de forma individual y combinadas con el ejercicio físico que impactan en la longevidad.Durante el climaterio, algunas mujeres, tienen trayectorias cardiometabólicas desfavorable sumado a una pérdida ósea acelerada y mayor vulnerabilidad del músculo esquelético, cambios de características heterogéneas y fuertemente influenciados por factores del estilo de vida. La evidencia científica más consistente sugiere que los patrones

dietéticos mediterráneos, contribuyen a la mejora del riesgo cardiometabólico y favorece la salud ósea y muscular, mientras que tiene efectos leves e inconsistentes sobre los síntomas vasomotores. Es por ello, que se impone un acuerdo, para definir las intervenciones nutricionales más efectivas. Estas recomendaciones están dirigidas a los profesionales de la salud que asisten a mujeres en este período de la vida, principalmente la postmenopausia, para la cual hay mayor evidencia científica. La bibliografía seleccionada presenta una alta evidencia constituida por revisiones sistemáticas, declaración de posición, metaanálisis y patrones dietarios. La transición menopáusica obliga centrarse en una ingesta diaria recomendada suficiente de proteínas, tener en cuenta la adecuación de la alimentación en mujeres con sobrepeso u obesidad, para lo cual aún se requieren estudios que evalúen los efectos de las dietas bajas en grasas y basadas en plantas. Hasta ahora sabemos que el patrón mediterráneo podría reducir significativamente la tasa de pérdida de densidad mineral ósea en mujeres con osteoporosis asegurando una ingesta adecuada de calcio, vitamina D, vitamina K, selenio, magnesio y betacaroteno lo cual mejora la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas.

La alimentación es considerada una intervención en las enfermedades cardiovasculares y prevención de trastornos metabólicos en este período de la vida.

PREGUNTA 1 ***En mujeres posmenopáusicas, ¿la adherencia a una dieta mediterránea, comparada con una alimentación habitual, mejora los desenlaces cardiometabólicos?***

La evidencia científica sugiere que la adherencia a la Dieta Mediterránea mejora la salud cardiometabólica en mujeres postmenopáusicas en comparación con una alimentación habitual o dietas bajas en grasa [2,3]

La dieta mediterránea se define como un patrón alimentario no restrictivo y predominantemente vegetal, su lugar de consumo es en las zonas de cultivo de olivos de la cuenca del Mediterráneo. Sus principales características son: elevado consumo diario de alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, hortalizas, legumbres, frutos secos, semillas y cereales preferentemente integrales o poco refinados – sin molienda) a ello se le suman ingesta de grasas saludables siendo la principal fuente el aceite de

oliva y los frutos secos cuya proporción de grasas saturadas es baja y en cambio es alta en grasas monoinsaturadas. La ingesta de carnes en este patrón alimentario es moderado, principalmente de pescado, carnes blancas como aves o conejo y moderada ingesta de huevos. En cuanto a los lácteos el consumo es de bajo a moderado, en forma de queso o yogurt que asegura cubrir los requerimientos diarios de calcio. El contenido de resveratrol del vino, un antioxidante, no justifica recomendar su consumo. En las mujeres que consumen dicha bebida, la ingesta debe limitarse a un máximo de 1 copa al día, preferentemente durante las comidas en quienes no beben vino no debe aconsejarse su ingesta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "…ninguna forma de consumo de alcohol está exenta de riesgos. Incluso un nivel bajo de consumo de alcohol conlleva riesgos y puede causar daños".

En relación con otras carnes como las rojas (vaca, cerdo, cordero) y las procesadas, embutidos y fiambres, su consumo debe ser relativamente bajo. Los dulces, alimentos con azúcares refinados tienen una presencia mínima en este patrón. Este patrón alimentario asegura una ingesta elevada de fibras, vitaminas, minerales y fitoquímicos como polifenoles y carotenoides con grasas saludables en una baja relación omega-6 respecto a omega-3 y bajo índice glucémico. Se asocia a porciones moderadas, frugales y una vida físicamente activa, al ser un modelo basado en patrones culturales y no en restricciones severas, suele presentar una mayor adherencia a largo plazo que dietas que exigen restricciones en calidad y/o cantidad.

Entre los marcadores cardiometabólicos que más han mejorado con la dieta mediterránea se destaca la salud cardiovascular y la reducción de eventos (MACE). La adherencia a una dieta mediterránea se asocia a reducción de un 30% del riesgo de padecer enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio (IAM) y una reducción de 17 % de accidente cerebrovascular (ACV) en mujeres.

En relación a objetivos duros como mortalidad, hay una asociación inversa lineal entre la adherencia a la dieta mediterránea, como patrón dietético y la mortalidad por todas las causas, así como la mortalidad relacionada con enfermedades cardiovasculares (ECV) [5,6].

En el estudio PREDIMED [7] (PREvención con DIeta MEDiterránea), un ensayo clínico nutricional, multicéntrico y aleatorizado para la prevención

primaria de las enfermedades cardiovasculares (ECV) que incluyó un total de 7.447 hombres y mujeres de 60 a 80 años sin historia previa de ECV pero con un alto riesgo de padecerla, el 50% de los participantes padecían diabetes tipo 2 (DM2), el 82% hipertensión arterial (HTA), el 72% hipercolesterolemia y el 95% tenían sobrepeso y/u obesidad. Fueron aleatorizados en tres grupos de intervención; dos grupos recibieron consejos de dieta mediterránea y suplementación con aceite de oliva virgen extra, o bien con una mezcla de frutos secos, y un tercer grupo que siguió recomendaciones sobre una alimentación baja en grasa. En ninguna de las intervenciones se realizó una restricción calórica ni se recomendó ejercicio físico.

Este estudio demostró que una dieta mediterránea sin restricción calórica es superior a una dieta baja en grasas para la protección contra eventos clínicos de ECV en mujeres postmenopáusicas con factores de riesgo.

El perfil lipídico con una dieta mediterránea ha demostrado efectos beneficiosos consistentes, aunque a veces modestos, expresados en reducción de los niveles de triglicéridos entre -5.8 y -33.9 mg/dL), de colesterol total entre -2.3 y -22.8 mg/dL y colesterol LDL entre -4.0 y -28.2 mg/dL. Con respecto a los ácidos grasos omega, la dieta mediterránea mejora la relación de ácidos grasos omega-6:omega-3 en la sangre así como se evidencia una reducción en los niveles de glucosa en ayunas de hasta 7 mg/dL con mejora de la sensibilidad a la insulina lo que lleva a un menor riesgo de desarrollar DM2 y en quienes padecen dicha enfermedad favorece un mejor control glucémico siendo aún preferible a dietas restrictivas.

Se ha observado con esta dieta una disminución tanto de la presión arterial sistólica como de la diastólica con reducciones de 2-3 mmHg en sistólica y 1-2 mmHg en diastólica en algunos estudios observacionales y los ensayos aleatorizados confirman esta tendencia a la baja.

La dieta mediterránea es eficaz para la reducción de peso con cambios que varían desde -0.2 kg hasta -7.7 kg según la duración y el tipo de intervención. En las mujeres con obesidad abdominal reduce la circunferencia de la cintura de 5.2 a 6.5 cm y favorece la movilización de los depósitos de grasa ectópica, hepática y pericárdica, lo cual es crucial para reducir el riesgo de síndrome metabólico.

En conclusión la dieta mediterránea trasciende el concepto de “dieta” para convertirse en un patrón alimentario que en la mujer menopáusica actúa como una intervención médica pleiotrópica que amortigua el impacto metabólico a corto plazo y reconstruye la resiliencia celular a largo plazo prolongando la esperanza de vida con una calidad superior.

Recomendación: Se recomienda promover un patrón alimentario de tipo mediterráneo en mujeres peri y posmenopáusicas, adaptado a la disponibilidad local y a las preferencias individuales, con el objetivo de reducir el riesgo cardiometabólico y mejorar la calidad global de la alimentación.

Fuerza: fuerte y la evidencia alta

PREGUNTA 2 ***En mujeres posmenopáusicas, ¿el patrón mediterráneo afecta los síntomas vasomotores y mejora la calidad de vida?***

La adherencia a un patrón mediterráneo se asocia con una disminución de los sofocos y sudores nocturnos en los casos leves si bien no puede establecerse una relación con reducción de síntomas vasomotores.

En un estudio de cohorte con 6.100 mujeres mostró que seguir una dieta mediterránea disminuye el riesgo de experimentar síntomas vasomotores en un 20%[8]. En el ensayo clínico Women’s Health Initiative [9], un estudio nacional de salud a largo plazo, patrocinado por el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI), centrado en estrategias para prevenir enfermedades cardíacas, cáncer de mama y colorrectal, y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, enfermedades crónicas que conforman las principales causas de muerte, discapacidad y fragilidad en mujeres mayores de todas las razas y procedencias, se vio que un patrón mediterráneo, aumentó en un 14% la probabilidad de eliminar los síntomas vasomotores leves en un plazo de 12 meses. Sin embargo, no se observó la misma mejora en mujeres con síntomas de moderados a graves.

La evidencia sugiere que la mayor importancia se centra en el patrón alimentario integral más que una dieta o en determinados nutrientes para referirnos a beneficios en tanto a los síntomas de la menopausia así como a la mejora en la calidad de vida.[10]

El estudio Mediet Project [11] reporta que mujeres postmenopáusicas que participaron de talleres de medicina culinaria orientada a patrones de dieta

mediterránea y continuaron con dicha forma de alimentación mejoraron su calidad de vida al año comparada con el grupo control.

Es así que podemos considerar que el patrón mediterráneo mejora parámetros clínicos como el peso corporal, la presión arterial, el perfil lipídico, aumenta la longevidad y la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas y lo convierte en una herramienta eficaz.

PREGUNTA 3 ***En mujeres posmenopáusicas ¿qué importancia tienen los patrones dietarios mediterráneo vs centrarse en nutrientes aislados?***

Centrarse en patrones alimentarios mediterráneos versus nutrientes aislados ofrece ventajas metodológicas y metabólicas. Un enfoque integral permite evaluar la sinergia nutricional y la interacción metabólica de los nutrientes entre sí, aportando un efecto multiplicador al sumar beneficios, por ejemplo, de una dieta rica en fibra, antioxidantes, ácidos grasos saludables y fitoestrógenos que pueden interactuar de forma sinérgica o antagónica [12].

Está estudiado que el abordaje de patrones alimentarios permite optimizar la evaluación de la matriz alimentaria y supera el estudio de la suplementación aislada con mayor impacto en cuanto a variables clínicas complejas como por ejemplo pérdida de masa ósea, sarcopenia y riesgo cardiovascular [13]. Patrones como la Dieta Mediterránea reducen de forma drástica el riesgo de obesidad y pérdida de masa magra en comparación con dietas con restricciones de un solo nutriente, hidratos de carbono o grasas, de forma aislada.

Con la evidencia existente, los patrones dietéticos y la ingesta específica de nutrientes emergen como paradigmas sólidos y empíricamente fundamentados que mejoran la sintomatología menopáusica y previenen las comorbilidades asociadas, la evidencia científica sobre nutrientes aislados muestra resultados contradictorios mientras que evaluar la calidad global de la dieta muestra con mayor solidez una correlación protectora [14]. patrones mediterráneos, ricas en vegetales reduce los trastornos vasomotores y significativamente el riesgo cardiovascular y la desmineralización ósea, mediadas por cascadas antiinflamatorias y antioxidantes sinérgicas.

PREGUNTA 4 ***En mujeres posmenopáusicas, ¿una alimentación que cubre los requerimientos de calcio y vitamina D, comparada con una ingesta insuficiente, mejora la salud ósea?***

La evidencia sostiene que los micronutrientes claves —calcio, vitamina D y ácidos grasos poliinsaturados omega-3— amplifican los efectos beneficiosos, y la suplementación adecuada demuestra eficacia para corregir deficiencias cuando la dieta o alteraciones en su absorción resultan insuficientes.

Dado que estas afirmaciones surgen principalmente de estudios observacionales es importante destacar la necesidad de realizar ensayos clínicos controlados aleatorizados para determinar la causalidad y confirmar la durabilidad terapéutica a largo plazo.

La viabilidad y sostenibilidad a largo plazo de un patrón alimentario es posible a diferencia de calcular cantidad de consumo diario de determinados nutrientes específicos, y es por ello que se prefiere indicar patrones alimentarios equilibrados que protegen de manera simultánea contra la susceptibilidad a múltiples deficiencias de micronutriente como calcio, magnesio, vitamina D y zinc.

Finalmente, la dieta mediterránea es la más recomendada en las guías y en las posiciones de sociedades científicas en relación a la mejora de los síntomas relacionados con la deficiencia de estrógenos a corto plazo y aseguran una mejor calidad de vida y salud tanto ósea como cognitiva a largo plazo.

Requerimientos de nutrientes clave (Evidencia Clínica)

Las recomendaciones nutricionales y valores de ingesta se basan en directrices de organismos oficiales como los Institutos Nacionales de Salud (NIH) [15] y la Fundación Internacional de Osteoporosis [16]

Nutriente	Ingesta Diaria Recomendada (IDR)	Beneficios Validados por Ensayos	Fuentes de Elección

Calcio	~1,200 mg	Preserva la densidad mineral ósea junto a la Vit. D; mitiga el riesgo de fracturas.	Lácteos, vegetales de hoja verde, bebidas vegetales fortificadas.
Vitamina D	800 – 2,000 UI	Optimiza la absorción intestinal del calcio; previene la osteoporosis.	Pescado graso, huevos, suplementación guiada.
Proteínas	1.1 – 1.5 g/kg de peso	Supera la IDR basal para contrarrestar la pérdida de masa muscular (sarcopenia).	Carnes magras, legumbres, pescados, huevos.
Magnesio	~320 mg	Reduce marcadores inflamatorios sistémicos y mejora la arquitectura del sueño.	Frutos secos, semillas, granos enteros.

Recomendación: Para preservar la densidad mineral ósea y mitigar el riesgo de fracturas, se recomienda asegurar una ingesta diaria de 1,200 mg de calcio y entre 800 y 2,000 UI de vitamina D, complementada con un aporte proteico optimizado de 1.1 a 1.5 g/kg/día para contrarrestar la sarcopenia, y 320 mg de magnesio para mejorar la arquitectura del sueño y reducir la inflamación sistémica.

Se sugiere priorizar un enfoque nutricional sinérgico durante el climaterio que permita optimizar la salud ósea mediante el consumo de calcio y vitamina D, proteger la masa muscular incrementando la ingesta de proteínas de alto valor biológico, y favorecer el bienestar metabólico y del sueño con un aporte adecuado de magnesio.

Fuerza: es fuerte y la calidad de evidencia es alta.

PREGUNTA 5 ***En mujeres posmenopáusicas, ¿una ingesta alimentaria con patrón mediterráneo comparada con una alimentación habitual, reduce el riesgo de obesidad y de enfermedad cardiometabólica?***

De acuerdo con la evidencia científica una baja ingesta de alimentos procesados y refinados, como en el patrón Mediterráneo, comparada con una alimentación habitual, reduce el riesgo de obesidad y de enfermedades cardiometabólicas en mujeres posmenopáusicas de manera efectiva. La bibliografía define este patrón saludable por su bajo consumo de carnes procesadas, cereales refinados y dulces, priorizando alimentos vegetales integrales. Los beneficios específicos observados incluyen reducción del riesgo de obesidad ya que favorece una pérdida de peso corporal en mujeres menopáusicas, con disminuciones reportadas que oscilan entre -0.2 y -7.7 kg pero el verdadero beneficio se produce por el descenso a expensas de la masa grasa abdomino-visceral expresada en reducciones en la circunferencia de la cintura de hasta 7.4 cm en algunas publicaciones, que expresan mejora metabólica al disminuir la infiltración grasa de órganos abdominales que evidencian la salud cardio-hepato-renometabólica con reducción significativa de niveles de trigliceridemia (hasta -33.9 mg/dL), de colesterol total y colesterol LDL, reducción de la presión arterial sistólica y diastólica, factores claves para disminuir el riesgo de hipertensión arterial en esta etapa de la vida. Asimismo al evitar productos refinados y procesados mejora la sensibilidad a la insulina y reduce los niveles de glucosa en ayunas, lo que disminuye el riesgo de desarrollar DM2 y síndrome metabólico.

Para finalizar, la eficacia superior del patrón mediterráneo resulta en una mejor tasa de adherencia a largo plazo punto crucial en el abordaje alimentario debiendo considerarse este período de la vida, el climaterio, como una "ventana de oportunidad" crítica, ya que la deficiencia de estrógenos aumenta naturalmente la vulnerabilidad a la obesidad y al síndrome metabólico. Es por ello que sustituir los carbohidratos refinados y las grasas saturadas por fuentes saludables es una recomendación central para mejorar la longevidad y calidad de vida.

Referencias

1- Baraut M Nutrition during the menopausal transition: Current evidence, health trajectories and clinical implications Clinical Nutrition ESPEN, 2026; 75
2- Systematic review of mediterranean diet interventions in menopausal Women Carla Gonçalves,Helena Moreira, and Ricardo Santos, AIMS Public Health, 11(1): 110–129. DOI: 10.3934/publichealth.2024005
3- Maturitas 139 (2020) 90–97 The Mediterranean diet and menopausal health: An EMAS position statement Antonio Canoa,*, Skye Marshallb,c, Irene Zolfarolia, Johannes Bitzerd, Iuliana Ceausue, Peter Chedrauif, Fatih Durmusoglug, Risto Erkkolah, Dimitrios G. Goulisi, Angelica Lindén Hirschbergj, Ludwig Kieselk, Patrice Lopesl, Amos Pinesm, Mick van Trotsenburgn, Irene Lambrinoudakio, Margaret Reesp
4- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol (úlitma vez visto 27-7-2026)
5- Adv Nutr 2019 Nov 1;10(6):1029-1039. doi: 10.1093/advances/nmz041.
Adherence to the Mediterranean Diet in Relation to All-Cause Mortality: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies
Sepideh Soltani, Ahmad Jayedi, Sakineh Shab-Bidar, Nerea Becerra-Tomás, Jordi Salas-Salvadó
6- JAMA Network Open . 2024 May 31;7(5):e2414322. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.14322 Mediterranean Diet Adherence and Risk of All-Cause Mortality in Women Shafqat Ahmad,, M Vinayaga Moorthy, I-Min Lee, Paul M Ridker, JoAnn E Manson, Julie E Buring, Olga V Demler, Samia Mora
7- Guasch-Ferré M, Salas-Salvadó J, Ros E ...The PREDIMED trial, Mediterranean diet and health outcomes: How strong is the evidence? Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 2017; 27, 624-632
8- N.K. Reame, Fat, fit, or famished? No clear answers from the Women's Health Initiative about diet and dieting for longstanding hot flashes, Menopause 19 (9) (2012) 956–958, https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318263859a.
9-https://www.nhlbi.nih.gov/science/womens-health-initiative-whi (última vez visto 19-7-2026)
10- Gerrie-Cor M Herber-Gast and Gita D Mishra Fruit, Mediterranean-style, and high-fat and -sugar diets are associated with the risk of night sweats and

hot flushes in midlife: results from a prospective cohort study Am J Clin Nutr 2013;97: 1092–9.
11- Castagnetta, L., Granata, O.M., Cusimano, R., Ravazzolo, B., Liquori, M., Polito, L., Miele, M., Di Cristina, A., Hamel, P. And Traina, A. (2002), The Mediet Project. Annals of the New York Academy of Sciences, 963: 282-289. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2002.tb04119.x
12- Dietary patterns derived using reduced rank regression in postmenopausal women and risk of mortality: A population-based study Mojgan Amiri a , Hamidreza Raeisi-Dehkordi b,1 , Marinka Steur c,1 , Maturitas Volume 196, May 2025, 108234
13- Front Nutr . 2025 Dec 15;12:1702105. doi: 10.3389/fnut.2025.1702105
Dietary interventions and nutritional strategies for menopausal health: a mini review
Yi-chen Liu 1,2, Zhi-qing Guo 1,*
14 - Noll, P. R. E. S., Campos, C. A. S., Leone, C., Zangirolami-Raimundo, J., Noll, M., Baracat, E. C., … Sorpreso, I. C. E. (2021). Dietary intake and menopausal symptoms in postmenopausal women: a systematic review. Climacteric, 24(2), 128–138.
15-https://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-HealthProfessional/ Última vez visto 27-7-2026
16/https://www.osteoporosis.foundation/health-professionals/prevention/nutrition Última vez visto 27-7-2026

1.e Suplementación en Menopausia
Dra Carolina Kauffman

Los estrógenos actúan como potentes moduladores antiinflamatorios. Su descenso no solo incrementa el estrés oxidativo, sino que también altera la eubiosis de la microbiota intestinal. Estas tres variables —inflamación, estrés oxidativo y disbiosis— resultan críticas para la homeostasis del organismo y son en parte responsables de las patologías de esta etapa.

Podríamos intentar resolver individualmente cada uno de los múltiples síntomas que ocurren en la postmenopausia; sin embargo, tratar los problemas de raíz (atendiendo a sus diferentes orígenes) nos dará resultados mucho más beneficiosos. Si bien una mirada convencional propone el uso de suplementos

para cubrir falencias moleculares, el verdadero éxito terapéutico radica en reequilibrar el organismo mediante los hábitos de vida, aportando la suplementación en paralelo o como paso subsiguiente.

Analicemos entonces los pilares que van a reequilibrar el organismo desde sus bases:

1. Alimentación

Es el estímulo más constante al que sometemos al organismo. Una alimentación antiinflamatoria (80% de alimento real con un adecuado balance proteico, vegetales diversos y evitando aceites hidrogenados) será clave para activar vías metabólicas que disminuyan la inflamación celular.

Clínicamente, la caída de los niveles de estrógenos se asocia a:

- Sarcopenia y Compromiso Osteometabólico: Se produce una disminución progresiva de la masa y la función muscular. Esto no solo genera un impacto negativo sobre el gasto metabólico basal y la flexibilidad metabólica, sino que priva al tejido óseo del estímulo mecánico necesario para la remodelación ósea, acelerando el riesgo de osteopenia y osteoporosis.
- Disfunción Metabólica y Resistencia a la Insulina: Se observa una reducción significativa en la sensibilidad periférica a la insulina. Recordemos que existe una relación inversamente proporcional entre la sensibilidad a la insulina y la inflamación crónica de bajo grado (inflammaging): a mayor resistencia insulínica, se exacerba el estado proinflamatorio celular, consolidando un círculo vicioso cardiometabólico.
- Disbiosis y disfunción de la Barrera Intestinal: La deprivación hormonal provoca cambios cualitativos y cuantitativos en el microbioma. Esto se traduce en una pérdida de la diversidad, con una nueva microbiota más similar a la masculina (androbioma).

Estas situaciones justifican que en esta etapa nos ocupemos de cuidar la ingesta proteica (sea de origen vegetal y/o animal), ajustando los requerimientos según la bioindividualidad de la paciente con el fin de contrarrestar la pérdida de masa muscular. Asimismo, para restaurar la diversidad del microbioma, es clave propiciar el consumo de abundante fibra a

través de vegetales, legumbres, semillas y cereales integrales, a razón de al menos 25 g/día. Por último, resulta fundamental evitar los hidratos de carbono refinados, entendiendo que son el principal estímulo de la insulina.

2. Actividad física.

Se calcula que, a partir de los 40 años, una mujer sedentaria pierde aproximadamente el 1% de su masa muscular por año; un porcentaje que tiende a acelerarse de manera lineal tras la menopausia. Hoy en día, el músculo es considerado un predictor crítico de calidad de vida y funcionalidad. Por lo tanto, el capital de masa muscular con el que una mujer aborde la perimenopausia y la menopausia constituirá un pilar fundamental para su longevidad. En nuestro rol como médicos de la mujer, los ginecólogos deberíamos prescribir actividad física desde edades tempranas con un enfoque preventivo.

Se estima que una de cada tres mujeres mayores de 50 años sufrirá una fractura de origen osteoporótico a lo largo de su vida. Ante este escenario, no olvidemos el beneficio del estímulo osteoblástico y la mecanotransducción que aporta específicamente el entrenamiento de fuerza.

Por otra parte, existe abundante evidencia que vincula el declive estrogénico con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer. Parte de esta fisiopatología se relaciona con la pérdida del efecto neuroprotector y antiinflamatorio de los estrógenos. En este sentido, la actividad física estimula la neurogénesis a través de la síntesis del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), al tiempo que modula favorablemente el estado inflamatorio y el estrés oxidativo sistémico [2].

Finalmente, dado que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en la postmenopausia, la optimización de la función endotelial y metabólica representa una razón adicional para prescribir ejercicio en este grupo etario.

3. Gestión del estrés y descanso nocturno

La perimenopausia tardía y la postmenopausia temprana representan un período de alta vulnerabilidad al estrés, en el cual el organismo debe readaptarse a un nuevo entorno endocrino.

El déficit de progesterona, característico del inicio de los ciclos anovulatorios, afecta directamente a la arquitectura y a la calidad del sueño. Este descanso se ve aún más comprometido por la aparición de los síntomas vasomotores (sofocos) y la disminución de la neurotransmisión serotoninérgica, ambos fenómenos estrechamente asociados a la deprivación estrogénica [3].

Ante este escenario, es prioritario que propiciemos hábitos de higiene del sueño y estimulemos el tono parasimpático mediante técnicas de respiración consciente y meditación. Asimismo, resulta clave modular el equilibrio entre neurotransmisores excitatorios e inhibitorios a través de una suplementación personalizada con compuestos como magnesio, melatonina, 5-HTP, taurina, L-teanina[3b].

La progesterona micronizada por vía oral se posiciona como una gran aliada terapéutica gracias a su efecto gabaérgico y a la acción de sus metabolitos neuroesteroides (como la alopregnanolona), los cuales promueven la calma y facilitan la inducción del sueño [4].

El efecto pleiotrópico de los estrógenos determina que, durante la menopausia, la digestión y la absorción de nutrientes se vean comprometidas. Estas hormonas intervienen activamente en los diferentes segmentos del tracto gastrointestinal: regulan la secreción de ácido clorhídrico, modulan la contracción vesicular y coordinan la motilidad intestinal. Asimismo, ejercen un rol crítico en la modulación del microbioma. Como ya mencionamos, tras la menopausia se observa una pérdida en la diversidad de microorganismos y un incremento en la relación Firmicutes/Bacteroidetes, cambios asociados a un perfil metabólico proinflamatorio.

Si a esta disfunción digestiva le sumamos la alteración del descanso nocturno, la depleción progresiva de la masa muscular con el consecuente aumento del tejido adiposo, y la exacerbación de la inflamación celular y el estrés oxidativo, el terreno clínico de la paciente se vuelve propenso a patologías.

La convergencia de todos estos factores justifica que, en esta etapa de transición, incorporamos la suplementación estratégica como una herramienta de gran ayuda terapéutica. El objetivo principal no es enmascarar la

sintomatología, sino aportar los sustratos moleculares necesarios para que el organismo recupere su homeostasis y encuentre un nuevo equilibrio.

Suplementos básicos

A continuación, repasaremos la utilidad clínica, los mecanismos de acción y las pautas de dosificación de los micronutracéuticos esenciales en esta etapa de transición:

Vitamina C

Durante la menopausia, la aceleración del estrés oxidativo requiere un soporte externo eficaz. Una de las principales acciones de la vitamina C es neutralizar el exceso de radicales libres, actuando además como un cofactor enzimático obligatorio en la síntesis y estabilización del colágeno mediante la hidroxilación de los residuos de prolina y lisina. Estimular la producción de colágeno es prioritario en esta fase, dado que este es un componente estructural clave de la pared vascular, así como de la matriz ósea, los tendones y la piel, órganos que sufren directamente el impacto del hipoestrogenismo.

Por otra parte, la vitamina C posee propiedades inmunomoduladoras esenciales para contrarrestar el estado proinflamatorio crónico (inflammaging) que tiende a debilitar la respuesta inmune. Es también un recurso terapéutico de utilidad en situaciones de sobrecarga por estrés, al actuar como cofactor en la biosíntesis de catecolaminas en las glándulas suprarrenales. Una dosis ortomolecular de 500 mg a 1 g/día, fraccionada en dos tomas para optimizar la saturación de los transportadores intestinales, resulta suficiente para una paciente sana, no fumadora y con actividad física moderada[5].

Magnesio

Este mineral participa en más de 300 reacciones metabólicas y es uno de los primeros sustratos en deplecionarse ante el estrés crónico. Aunque se encuentra distribuido en diversos alimentos, se estima que un alto porcentaje de la población no alcanza la ingesta diaria recomendada (300 a 400 mg/día).

En el ámbito neurológico, el magnesio optimiza la arquitectura del sueño al actuar como agonista de los receptores gabaérgicos e inhibir de forma competitiva los receptores excitatorios NMDA (N-metil-D-aspartato), además de intervenir como cofactor en la síntesis endógena de serotonina y

melatonina. A nivel muscular, promueve la relajación tanto del músculo esquelético como del músculo liso vascular (contribuyendo al control de la tensión arterial) a través del antagonismo de los canales de calcio, la reducción en la liberación de acetilcolina y la disminución de la excitabilidad neuromuscular. En el tejido conectivo, forma parte de la estructura de la matriz inorgánica del hueso y es un cofactor indispensable para la síntesis y la activación de la vitamina D.

La dosis ortomolecular promedio para una paciente sana es de 300 mg/día de magnesio elemental. La evidencia clínica asocia la hipomagnesemia con una menor densidad mineral ósea y un incremento en el riesgo de fracturas[6].

Aunque todas las formas químicas de magnesio tienen el potencial de liberar Mg, aquellas con mayor biodisponibilidad permitirán alcanzar concentraciones plasmáticas adecuadas. Una guía clínica simple sería prescribir citrato en presencia de constipación; aspartato para optimizar la recuperación muscular; bisglicinato ante trastornos del sueño y ansiedad; y treonato para el soporte neurocognitivo. Este último es el único con capacidad de atravesar eficientemente la barrera hematoencefálica. Las sales inorgánicas como el óxido de magnesio, si bien poseen una alta concentración de magnesio elemental por gramo, presentan una absorción intestinal muy baja (cercana al 4%), lo que limita su utilidad a un efecto puramente laxante.

Omega-3 (EPA / DHA)

Los omega-3 son ácidos grasos esenciales que forman parte estructural de las membranas celulares. Ayudan a modular la cascada de eicosanoides, favoreciendo la producción de mediadores antiinflamatorios (como resolvinas y protectinas) en oposición con los derivados proinflamatorios que se originan a partir del ácido araquidónico (omega-6). Esto los convierte en un suplemento antiinflamatorio sumamente efectivo. Los más poderosos moduladores son el EPA y el DHA, y son las cantidades de estos lo que debemos buscar y asegurarnos en un suplemento.

Los alimentos ultraprocesados son ricos en omega-6, lo que favorece la inflamación celular. La suplementación con omega-3 ayuda a corregir este desequilibrio. Sería ideal individualizar la dosis necesaria de EPA y DHA

midiendo el perfil de ácidos grasos en sangre (mediante un test de ácidos grasos que evalúe la relación AA/EPA). Sería óptimo alcanzar una proporción menor de 10:1 (la ideal es de 4:1). Una dosis promedio para población general (sin patologías concomitantes) es de 1 a 2 g de EPA + DHA. Existen beneficios reportados en la postmenopausia como: mejorar el sistema inmune, mejorar la performance cognitiva, regular el recambio óseo y contribuir a la protección frente a la patología cardiovascular [7]. Particularidad a tener en cuenta: este suplemento proviene por lo general del pescado. Esto requiere una pureza y calidad adecuadas que demuestren que está libre de dioxinas, PCB y metales pesados como el mercurio, que están presentes en estos peces y en el agua de donde se extrae el producto. Existen varias normas de pureza que justamente aseguran su calidad y son las normas IFOS (esta información figura en el envase como un sello). Reitero que lo que debemos leer en la etiqueta es la cantidad por porción de EPA y DHA y chequear la porción de producto que aporta esas dosis. Ej: si la porción indicada en el envase es de 4 cápsulas, y esta cantidad aporta 2000 mg de EPA y 1000 mg de DHA, eso quiere decir que cada 4 cápsulas se estarán incorporando 3000 mg de estos ácidos grasos esenciales que buscamos incorporar. No se debe mirar la dosis indicada de omega-3 total, sino de este tipo de ácidos grasos. Existen también productos veganos (derivados de algas) y extraídos del krill, pero sus normas de pureza son diferentes [8].

Vitamina D3 + K2

La asociación de estas dos vitaminas liposolubles es muy beneficiosa y práctica ya que ambas requieren ser ingeridas con grasas para su correcta absorción. Son vitaminas esenciales requeridas para la salud ósea, el sistema inmune y la salud cardiovascular. La vitamina D aumenta la disponibilidad de calcio, mientras que la K garantiza que este mineral se distribuya correctamente al estimular la osteocalcina (y favorecer la fijación del calcio al hueso) y al activar la proteína Gla de la matriz, evitando la calcificación de tejidos blandos o del tejido valvular, por ejemplo.

Dosis sugerida: lo ideal es ajustar la frecuencia y dosis según los valores en laboratorio de 25-hidroxivitamina D, siendo los valores óptimos a alcanzar entre 50 y 70 ng/mL. Podemos indicar dosis entre 1000 a 5000 UI/día de

vitamina D3 asociadas a 90 a 120 µg/día de vitamina K2 (en su forma de menaquinona-7 o MK-7). [10]

No olvidemos que es necesario tener niveles adecuados de magnesio con el fin de activar la vitamina D, además de una función hepática y renal adecuadas. El sol es una excelente fuente de esta vitamina. Y con respecto a la K, los alimentos fermentados y una microbiota saludable son fuentes de esta última.

Conclusión

Como médicos orientados al cuidado integral de la mujer, debemos adoptar un enfoque clínico que no se limite al manejo sintomático. La transición menopáusica no debería abordarse como una deficiencia que requiere una respuesta farmacológica aislada, sino como una ventana de vulnerabilidad fisiológica. La modificación del estilo de vida, que contemple la nutrición como base fundamental y una suplementación ortomolecular fundamentada en la bioquímica, constituyen las estrategias clínicas esenciales para modular el terreno biológico de la paciente. A través de este cambio de paradigma lograremos no solo optimizar la calidad de vida, sino realizar una verdadera medicina preventiva frente a las patologías crónicas prevalentes de esta etapa.

Referencias

1 El Khoudary, S. R., Aggarwal, B., Beckie, T. M., Hodis, H. N., Johnson, A. E., Langer, R. D., Limacher, M. C., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Allison, M. A., & American Heart Association Prevention Science Committee of the Council on Epidemiology and Prevention; and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. (2020). Menopause transition and cardiovascular disease risk: Implications for timing of early prevention: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 142(25), e506–e532. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912

2 McCarthy, R. A., & Raval, A. P. (2020). [Título del artículo]. Journal of Neuroinflammation, 17(1), 317. https://doi.org/10.1186/s12974-020-01998-9 3 Maki, P. M., Panay, N., & Simon, J. A. (2024). Sleep disturbance associated

with the menopause. Menopause, 31(8), 724–733. https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002386

3b Sutanto, C. N., Loh, W. W., & Kim, J. E. (2022). The impact of tryptophan supplementation on sleep quality: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Nutrition Reviews, 80(2), 306–316. https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab027

4. Nolan, B. J., Liang, B., & Cheung, A. S. (2023). Efficacy of micronized progesterone for sleep: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial data. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 108(4), e1219–e1230. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac682

5 linus pauling instiute. oregonstate.edu/es/mic/vitaminas/vitamina-C#funcion

6 Rondanelli, M., Faliva, M. A., Tartara, A., Gasparri, C., Perna, S., Infantino, V., Riva, A., Petrangolini, G., & Peroni, G. (2021). An update on magnesium and bone health. Biometals, 34(4), 715–736. https://doi.org/10.1007/s10534-021-00305-0

7 Wylenzek, F., Bühling, K. J., & Laakmann, E. (2024). A systematic review on the impact of nutrition and possible supplementation on the deficiency of vitamin complexes, iron, omega-3-fatty acids, and lycopene in relation to increased morbidity in women after menopause. Archives of Gynecology and Obstetrics, 310(4), 2235–2245. https://doi.org/10.1007/s00404-024-07555-6

8 Sears, B. (2019). La zona de la resolución: La ciencia detras de la respuesta resolutiva. Zone Enterprise Inc.

9 Rusu, M. E., Bigman, G., Ryan, A. S., & Popa, D.-S. (2024). Investigating the effects and mechanisms of combined vitamin D and K supplementation in postmenopausal women: An up-to-date comprehensive review of clinical studies. Nutrients, 16(14), 2356. https://doi.org/10.3390/nu16142356

10 Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, Murad MH, Weaver CM; Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011 Jul;96(7):1911-30. doi: 10.1210/jc.2011-0385.

2. Cómo abordar el riesgo y patologías a largo plazo

2a. Riesgo cardiovascular en la mujer mayor de 60 años

Autoras: Dra Mariela Fuentes Costilla, Dra Veronica Crosa

La enfermedad cardiovascular (ECV) representa la principal causa de mortalidad en la mujer a nivel global y en la República Argentina[1,2]. Según estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, aproximadamente una de cada tres mujeres fallece por causas cardiovasculares, lo que constituye el 29,2% de las defunciones totales en el sexo femenino, superando ampliamente a la mortalidad por causas oncológicas[3,4]. A pesar de esta realidad epidemiológica, persiste una profunda brecha de percepción: en encuestas locales el 53,8% de las mujeres consideró a los tumores ginecológicos, fundamentalmente cáncer de mama, como su mayor amenaza, mientras que solo el 20% reconoció a la ECV como tal[5,6].

En la mujer mayor de 60 años, el riesgo se incrementa de forma exponencial debido a la intersección entre el envejecimiento cronológico y el reproductivo[7,8], Para el año 2050, se estima que el 30% de la población femenina mundial tendrá más de 60 años, lo que implica que la mayoría de las mujeres transcurrirán más de un tercio de su vida en estado de posmenopausia[9,10].

Principales Factores de Riesgo: Tradicionales y Emergentes

1) Factores de Riesgo Clásicos (Convencionales)

En el grupo etario de mayores de 60 años, los factores de riesgo convencionales (FRC-C) presentan una prevalencia y agresividad distintiva en la biología femenina[11,12]

- **Hipertensión Arterial (HTA)**: a pesar de la enorme oferta de opciones terapéuticas y el bajo costo en el proceso diagnóstico de la entidad, la HTA es aún el factor de riesgo más prevalente insuficientemente controlado. En mujeres mayores de 65 años, la prevalencia de HTA alcanza casi el **80%, superando a los hombres de la misma edad**[13,14]. En esta etapa predomina la **hipertensión sistólica aislada**, producto de un aumento marcado en la rigidez aórtica y el remodelado concéntrico del ventrículo izquierdo. La Hipertensión Arterial, además,

se asocia con Insuficiencia Cardiaca con fracción de eyección preservada, accidente cerebrovascular y daño renal [15,16].

- **Diabetes Tipo 2 (DBT2)**: la alteración en el perfil glucémico y cardiometabólico es frecuente en la mujer post menopáusica ligado al incremento de peso y del perímetro abdominal. La presencia de diabetes anula la protección biológica natural del sexo femenino y las mujeres diabéticas tienen un riesgo de muerte por ECV entre **4 y 5 veces superior** al de las no diabéticas. [17,18]
- **Dislipidemias**: Durante la transición menopáusica y la posmenopausia, el perfil lipídico vira hacia un estado pro-aterogénico caracterizado por un incremento del 10-15% en el colesterol C-LDL y los triglicéridos[19]. Aunque el colesterol HDL puede aumentar, su calidad se altera, volviéndose una partícula **disfuncional y proinflamatoria** que se asocia con una mayor progresión de la aterosclerosis subclínica[20].
- **Obesidad y Síndrome Metabólico**: En mujeres post menopáusicas, la acumulación de grasa visceral, la obesidad abdominal y la ganancia de peso se asocian con un incremento del riesgo de 3,33 veces [1,21]. Existe un cambio en el fenotipo ginoide hacia un fenotipo androide central con aumento marcado del tejido adiposo visceral, estos cambios se asocian a reducción de masa magra con sarcopenia, incremento de depósitos de grasa peri-orgánicos, como el **tejido adiposo epicárdico (EAT)**, que ejercen efectos proinflamatorios directos sobre el corazón y las coronarias. En esta circunstancias, el Índice de Masa Corporal (IMC) se torna un marcador insuficiente, ya que no diferencia entre masa magra y grasa, ni refleja la distribución visceral o la funcionalidad del tejido adiposo (adiposopatía)[22,23]. En Argentina, el exceso de peso se incrementa con la edad, particularmente en mayores de 65 años. [24,25]

2) <u>Factores de Riesgo Emergentes (No Convencionales)</u>

La longevidad saludable se ve amenazada por factores específicos del sexo y género sobre los que actúan además determinantes sociales que a menudo son ignorados en la consulta[1] estándar:

- **Antecedentes Obstétricos**: La historia de preeclampsia, diabetes gestacional, partos pretérmino y perdidas gestacionales por abortos

recurrentes/feto muerto, duplica el riesgo de desarrollar ECV décadas después y muerte por causas cardíaca. [26,27]

- **Enfermedades Autoinmunes**: Entidades como el lupus y la artritis reumatoidea, más frecuentes en mujeres, aceleran el proceso de aterosclerosis mediante un estado de inflamación crónica, además de los efectos cardiometabólicos de la terapéutica específica. [28]
- **Tratamientos Oncológicos**: En mujeres mayores de 60 años supervivientes de cáncer de mama, la mortalidad cardiovascular puede superar a la oncológica debido a la cardiotoxicidad de los tratamientos previos.
- **Determinantes Psicosociales**: La mujer se ve expuesta con mayor frecuencia al impacto de determinantes psicosociales como la violencia de género, trastornos del sueño y la depresión. En la encuesta Latinoamericana sobre determinantes psicosociales, los factores como la violencia, la ansiedad y los trastornos del sueño, se asociaron de forma independiente con la ECV en mujeres mayores de 45 años. Del mismo modo, factores como la violencia e inequidad laboral, se asociaron con mayor prevalencia de factores de riesgo convencionales en la encuesta argentina a especialista en cardiología [27,28] . Por otra parte, existe una subestimación de la enfermedad cardiovascular en la mujer lo cual en ocasiones retrasa la implementación de terapéuticas efectivas. [30,31]

<u>Impacto de la transición menopáusica sobre el riesgo cardiovascular</u>

La transición menopáusica constituye un período crítico en la historia natural del riesgo cardiovascular femenino [32]. Si bien el envejecimiento cronológico participa en el incremento del riesgo, la evidencia demuestra que los cambios endocrinos propios de la menopausia aceleran procesos metabólicos, inflamatorios y vasculares que favorecen el desarrollo de aterosclerosis y enfermedad cardiovascular clínica. Diversos estudios longitudinales han demostrado que la pérdida del efecto protector estrogénico se asocia con redistribución de la grasa corporal hacia un patrón visceral, incremento de la resistencia a la insulina, deterioro del perfil lipídico, aumento

de la presión arterial y activación de mecanismos inflamatorios crónicos de bajo grado. [33,34]

La evidencia aportada por grandes estudios de cohorte ha permitido comprender el impacto de la menopausia sobre el riesgo cardiovascular. En este contexto, el Proyecto ATTICA (estudio de cohorte desarrollado en Grecia que analiza la dieta mediterránea, el estilo de vida y los factores sociales que influyen en el riesgo de sufrir enfermedades del corazón), con un seguimiento prospectivo de 20 años, constituye uno de las investigaciones más importantes sobre esta temática[35]. Sus resultados demostraron que las mujeres posmenopáusicas presentan una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en comparación con las mujeres premenopáusicas, incluso luego del ajuste por múltiples factores de riesgo tradicionales. Asimismo, mostró que la adhesión a un patrón de alimentación mediterránea, la actividad física regular, el adecuado control del peso corporal y el mantenimiento de hábitos saludables atenúan significativamente este incremento del riesgo, resaltando el papel del estilo de vida como un determinante modificable durante el envejecimiento femenino. [36]

Otro hallazgo de especial interés del estudio ATTICA fue la estrecha relación entre la inflamación sistémica de bajo grado y la aparición de eventos cardiovasculares a largo plazo. Biomarcadores inflamatorios elevados, junto con la presencia de obesidad abdominal y síndrome metabólico, se asociaron con un riesgo cardiovascular significativamente superior, reforzando el concepto de que la aterosclerosis representa un proceso inflamatorio crónico cuya progresión puede comenzar varios años antes de la aparición de manifestaciones clínicas.[34]

Desde la perspectiva ginecológica, la transición menopáusica representa una oportunidad única para identificar tempranamente mujeres con envejecimiento vascular acelerado. La consulta ginecológica periódica permite reconocer factores de riesgo específicos del sexo femenino, promover intervenciones intensivas sobre el estilo de vida e indicar oportunamente la evaluación cardiovascular complementaria cuando corresponda.[37] Este enfoque multidisciplinario favorece una prevención personalizada orientada no solo a prolongar la supervivencia, sino también a preservar la calidad de vida durante las décadas posteriores a la menopausia.[32,34]

Síntomas vasomotores como marcadores de riesgo cardiovascular

Los síntomas vasomotores[38], particularmente los sofocos y las sudoraciones nocturnas, han adquirido en los últimos años un significado que trasciende su impacto sobre la calidad de vida. La evidencia demuestra que las mujeres con sofocos frecuentes, persistentes o de mayor intensidad presentan mayor prevalencia de disfunción endotelial, incremento de la rigidez arterial, mayor espesor íntima-media carotídeo, alteraciones metabólicas y una mayor carga de aterosclerosis subclínica, independientemente de los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales.[39] Estos hallazgos sugieren que los síntomas vasomotores constituyen un marcador clínico temprano de envejecimiento vascular acelerado y de mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo que su presencia debe motivar una evaluación integral del riesgo cardiovascular y no limitarse únicamente al tratamiento sintomático.[40,41]

Principales Causas de Daño Cardiovascular y Edad Vascular

El daño vascular en la mujer mayor es producto de la pérdida de estrógenos endógenos, asociado a la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), incremento del estrés oxidativo y reducción de la disponibilidad de óxido nítrico endotelial.[7,8] Estos procesos aceleran el envejecimiento vascular, promoviendo un aumento marcado en la rigidez aórtica y miocárdica, lo que explica la alta prevalencia de insuficiencia cardíaca con función preservada en esta etapa. Evaluar la "edad vascular" permite determinar si la salud arterial de la paciente corresponde a su edad cronológica o si existe un envejecimiento acelerado por factores de riesgo mal controlados.

El Rol de la Lipoproteína(a) y Biomarcadores lipídicos

La estratificación del riesgo en la mujer mayor de 60 años debe incluir biomarcadores que trascienden los calculadores tradicionales. La Lipoproteína(a), es un factor de riesgo causal e independiente para la enfermedad aterosclerótica y la estenosis aórtica calcificada. A diferencia de los varones, en las mujeres la Lp(a) aumenta aproximadamente un 25% tras la menopausia debido a la caída de los estrógenos, llegando a ser hasta un 17% superior en mujeres posmenopáusicas que en hombres de igual edad.[44] Un nivel de mayor de 50 mg/dL identifica a mujeres con alto riesgo residual. La Apolipoproteína B (ApoB) adquiere valor al proveer una

medida más exacta de la carga aterogénica total que el C-LDL, especialmente en mujeres posmenopáusicas con síndrome metabólico.[36]

Detección Temprana de ECV y Ateromatosis Subclínica

Las escalas tradicionales de evaluación del riesgo cardiovascular suelen infraestimar el riesgo en la mujer al no considerar los factores de riesgo ligados al sexo y género que operan como potenciadores del riesgo. [1]

En mujeres con factores de riesgo, la implementación de detección temprana de ateromatosis subclínica a través de imágenes puede guiar la terapéutica para evitar la progresión de la enfermedad.[45] El Score de Calcio Coronario (SCC) realizado por tomografía, tiene un valor pronóstico superior en mujeres que en hombres, dado que la mujer tiende a acumular menos calcio; por este motivo, un SCC > 0 aumenta significativamente el riesgo de eventos en mujeres clasificadas inicialmente como de "bajo riesgo".[1,46,47.] El eco-Doppler Vascular (Carotídeo y Femoral) es un método rápido, accesible y más económico que el SCC y permite la búsqueda directa de placas ateromatosas. El hallazgo de enfermedad arterial silente reclasifica a la paciente a una categoría de riesgo superior (moderado/alto), exigiendo metas lipídicas más estrictas.[40] Recientemente se ha reconocido el valor de la identificación de calcificaciones de arterias mamarias detectadas en mamografías, que actúan como un centinela temprano de enfermedad vascular sistémica y riesgo elevado de HTA y diabetes.[48,49]

Pautas de Prevención: Rol del Ejercicio y "Life's Essential 8"

La Sociedad Americana del Corazón (AHA se sus siglas en inglés) ha reconocido recientemente el valor de pautas esenciales para preservar la salud y asegurar una longevidad saludable.[49,50] Estas pautas se basan en la optimización de los pilares del **Life's Essential 8** de la AHA, adaptados a la mujer añosa:

1. **Actividad Física:** Se recomiendan al menos **150 minutos semanales** de ejercicio moderado o 75 min de actividad vigorosa. El ejercicio mejora la función endotelial, reduce la presión arterial y es vital para combatir la **obesidad sarcopénica** en mayores de 60 años. El entrenamiento de fuerza (2 veces/semana) es fundamental para la salud osteoarticular y metabólica.

2. **Dieta Saludable:** Priorizar un patrón tipo Mediterráneo rico en frutas, verduras, granos integrales y pescado, reduciendo el consumo de sodio y ultraprocesados
3. **Cese de Nicotina:** El tabaquismo es el factor de riesgo más potente en la mujer; su eliminación es imperativa. Adquiere valor no solo el consumo personal sino la exposición al tabaco combustionado o por vapeo.
4. **Higiene del Sueño:** Asegurar un descanso de **7 a 9 horas diarias**; el sueño fragmentado aumenta el riesgo de HTA y obesidad central en la posmenopausia.
5. **Control del Peso:** Mantener un IMC < 25 kg/m² y vigilar el perímetro de cintura (< 88 cm).
6. **Manejo de Lípidos:** establecer metas personalizadas según el riesgo cardiovascular individual, la exposición a factores de riesgo tradicionales y los modificadores de riesgo (C-LDL < 70 mg/dL en alto riesgo)
7. **Control de Glucemia:** menor a 100 mg/dl y mantener una HbA1c < 7% para evitar daño microvascular.
8. **Manejo de la Presión Arterial:** Objetivo < 130/80 mmHg en pacientes estables para prevenir el ACV.

<u>Tratamiento Farmacológico en la Mujer Mayor</u>

- Antihipertensivos: debido a la alta actividad del SRAA en la posmenopausia, los IECA y ARA II son opciones de primera línea.
- Estatinas: su beneficio en reducción de mortalidad es indiscutible en prevención secundaria y en mujeres de alto riesgo en prevención primaria con evidencia de placa.
- Aspirina: su uso en prevención primaria en mayores de 60 años debe ser individualizado, reservándose sólo para aquellas con alto riesgo CV y bajo riesgo de sangrado.
- TRH: no se recomienda con el único fin de prevención cardiovascular sistémica; si se inicia después de los 60 años o más de 10 años tras la menopausia, puede incrementar el riesgo de eventos.

<u>Valoración del riesgo cardiovascular: perspectivas en la mujer, evolución de los scores de riesgo y parámetros de salud</u>

La valoración en la mujer requiere identificar factores de riesgo convencionales y también aquellos específicos del sexo y género**.** Se recomienda considerar condiciones específicas como la menopausia prematura (antes de los 40 años) y la historia de trastornos del embarazo al discutir la terapia con estatinas (**Clase I, LOE: B-NR**).[51] El Score de Calcio Coronario es una herramienta de reclasificación superior en mujeres, especialmente en aquellas clasificadas en riesgo intermedio. Un valor de cero identifica a mujeres con un riesgo muy bajo de eventos en 10 años, permitiendo evitar o postergar el uso de estatinas.[52]

Los algoritmos de valoración del riesgo cardiovascular han evolucionado para ser más inclusivos y precisos según la geografía y las comorbilidades. El Pooled Cohort Equations (PCE) utilizado por las guías ACC/AHA desde 2013, estima el riesgo de eventos "duros" (infarto de miocardio o ictus fatal y no fatal) a 10 años e incluye variables como edad, sexo, raza, lípidos, presión arterial, diabetes y tabaquismo.

El SCORE2 y SCORE2-OP son los algoritmos del modelo europeo que mejora sustancialmente a su predecesor al predecir eventos fatales y no fatales.[53] Divide a Europa en cuatro regiones de riesgo (bajo, moderado, alto y muy alto), reconociendo la variabilidad geográfica de la ECV. Suma el SCORE2-Diabetes, desarrollado específicamente para pacientes con diabetes tipo 2, integra la edad al diagnóstico, la HbA1c y la tasa de filtración glomerular (eGFR) y el SCORE2-OP diseñado para mayores de 70 años, ajustando por el riesgo competitivo de muerte no cardiovascular.

La ecuación PREVENT (AHA 2023) es la propuesta más reciente para integrar la salud cardiovascular-renal-metabólica (CKM), elimina el constructo biológico de raza e incluye la insuficiencia cardíaca como desenlace y se aplican desde los 30 años de edad. Integra opcionalmente la eGFR y la razón albúmina-creatinina en orina (UACR).[54]

Hasta el momento no hay un score de riesgo cardiovascular desarrollado y validado específicamente en una cohorte Argentina. La calculadora HEARTS, basada en las tablas de riesgo de la OMS de 2019 adaptadas para las distintas regiones del mundo, incluyendo América del Sur, es la más recomendable para Argentina. Es aplicable a mujeres de 40-80 años, estima el riesgo cardiovascular a 10 años de infarto, ACV y muerte cardiovascular basándose en la región, edad, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes y nivel de colesterol total. El resultado

expresa bajo riesgo (<5%), leve (5-10%), moderado (10-20%), alto (20-30%) y muy alto (>30%). Pero, nuevamente, no valora los factores de riesgo específicos de la mujer.

La valoración inicial debe incluir la consideración de los factores de riesgo convencionales, los datos clínicos del examen físico (Peso, IMC, perímetro de cintura, presión arterial), valoración del estado funcional, nivel de fragilidad y determinaciones del perfil lipídico y glucemia. En un segundo y tercer paso, incluir la consideración de los factores ligados al sexo y los factores de riesgo emergentes. En la estratificación del riesgo se considerarán los potenciadores recabados (Paso 4) que permitirán valorar el riesgo individual del paciente. Se considerará la pesquisa de ateromatosis subclínica en los casos de riesgo leve a más y con estos datos poder reclasificar al paciente orientando la terapéutica específica. Finalmente, estará indicado el seguimiento orientado a evaluar la adherencia y la re-evaluación periódica (Gráfico 1)

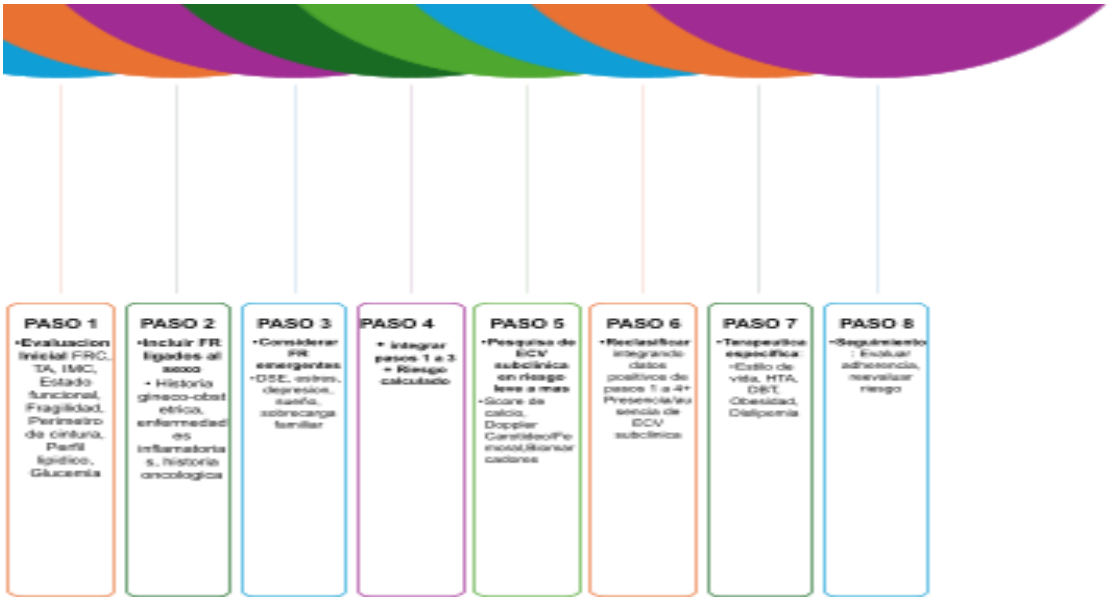


Gráfico 1

<u>Rol del ginecólogo</u>

La menopausia no representa únicamente una transición hormonal; constituye una transición vascular y metabólica, durante la cual se acelera el riesgo cardiovascular y se abre una ventana única para la prevención.

La diabetes, las dislipidemias, la inflamación crónica de bajo grado y el tabaquismo continúan siendo los principales ejes de intervención, sobre los cuales las estrategias preventivas tempranas pueden modificar significativamente la evolución cardiovascular.

Los datos argentinos muestran que las mujeres presentan eventos cardiovasculares a edades cada vez más tempranas y con una importante carga de factores de riesgo no reconocidos, lo que exige un abordaje preventivo anticipado y con perspectiva de género.

La consulta ginecológica durante la transición menopáusica no debe ser el final de la salud reproductiva de la mujer, sino el comienzo de una estrategia integral para proteger su salud cardiovascular.

Desde la Ginecología, la transición menopáusica representa una oportunidad irrepetible para identificar precozmente a las mujeres con mayor riesgo cardiovascular. El ginecólogo, como médico de referencia de la mujer en esta etapa de la vida, debe incorporar sistemáticamente la evaluación del riesgo cardiovascular, reconocer a los sofocos como un posible marcador de envejecimiento vascular acelerado e impulsar estrategias de prevención interdisciplinarias orientadas a promover una longevidad saludable.

Conclusión

La mujer adulta suele asumir al ginecólogo como su médico de referencia durante gran parte de la vida reproductiva y de la transición menopáusica. En este contexto, el especialista tiene una oportunidad privilegiada para identificar precozmente factores de riesgo cardiovascular específicos del sexo femenino, promover hábitos saludables y coordinar estrategias preventivas junto con cardiología.

La evidencia actual, refuerza que las intervenciones iniciadas durante la transición menopáusica pueden modificar favorablemente la trayectoria del riesgo cardiovascular y contribuir a una longevidad saludable. La prevención debe entenderse como un proceso continuo, individualizado y multidisciplinario, donde la valoración integral de la mujer constituye la base de una verdadera medicina de precisión.

Referencias

1. Volberg VI, et al. Consenso de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. SAC. *Rev Argent Cardiol* 2021;89 (Supl 5):1-191.
2. Michos ED, et al. Lipoprotein(a) and Women's Cardiovascular Health. *JACC Adv* 2026;102744.
3. Corral P, et al. Lipoprotein(a) throughout life in women. *Am J Prev Cardiol* 2024;20:100885.
4. Arnett DK, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of CVD. *Circulation* 2019;140:e596-e646.
5. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2020;41(1):111-188.
6. Oddi Avalos A, et al. Determinantes no convencionales de la salud CV de la mujer en LATAM. *Rev Argent Cardiol* 2023;91:263-277.
7. El Khoudary SR, et al. Menopause transition and CVD risk. *Circulation* 2020;142(25):e506-32.
8. Maas AH, et al. Cardiovascular health after menopause transition. *Eur Heart J* 2021;42:967–985.
9. Sambola A, et al. Prevención CV primaria y secundaria en los ciclos vitales de la mujer. *Rev Esp Cardiol* 2025;78(7).
10. Ridker PM, et al. Inflammation, cholesterol, Lp(a), and 30-year CV outcomes. *N Engl J Med* 2024;391:2087–97.
11. Lloyd-Jones DM, et al. 2022 Life's Essential 8. *Circulation* 2022;146:e18–e43.
12. Honigberg MC, et al. Lp(a), menopausal HT, and risk of CHD. *JAMA Cardiol* 2022;7:565–568.
13. Kavousi M, et al. Prognostic Implications of CAC in Low-Risk Women. *JAMA* 2016;316:2126-34.
14. Tsimikas S, et al. Lp(a) and cardiovascular risk thresholds. *J Am Coll Cardiol* 2022;80:934–46.
15. Appelman Y, et al. CVD in women: traditional and sex-specific risk factors. *Eur Heart J* 2026;47:2750–65.
16. Volgman AS, et al. Genetics and Pathophysiological Mechanisms of Lp(a). *J Am Heart Assoc* 2024;13:e033654.
17. Anagnostis P, et al. The effect of menopause on Lp(a) concentrations. *Maturitas* 2023;167:39–45.

18. Cook NR, et al. Lp(a) and CV risk prediction among women. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:287-296.
19. Lakoski SG, et al. CAC scores and risk for CV events in low risk women. *Arch Intern Med* 2007;167:2437-42.
20. Nair et al. Cardiovascular changes in menopausia. *Current Cardiology Reviews*, 2021, 17, e230421187681
21. Rolandi F, et al. Reconocimiento de la ECV en la mujer por la mujer. *Rev Arg Cardiol* 2013;81:308-14.
22. Schargrodsky H, et al. CARMELA Study Investigators. *Am J Med* 2008;121:5865.
23. Konstantino C. et al. European Heart Journal (2024) 45, 4063–4098 Obesity and cardiovascular disease: an ESC clinical consensus statement
24. Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores Básicos Argentina. 2019.
25. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Argentina. INDEC/MSN; 2019.
26. Vogel B, et al. Lancet women and CVD Commission. *Lancet* 2021;397:2385-438.
27. Nisha Parih et al. Adverse pregnancy outcomes and CVD riesk. *Circulation*. 2021;143:e902–e916.
28. Miranda JJ, et al. Major CV risk factors in Latin America (LASO). *PLoS One* 2013;8:e54056.
29. Crosa VL, et al. Equidad laboral y violencia sobre el riesgo CV en cardiólogos argentinos. *Rev Arg Cardiol* 2022;90:340-45
30. Jneid H, et al. Sex Differences in Medical Care and Early Death After AMI. *Circulation* 2008;118:2803-10.
31. Bucholz EM, et al. Women in clinical research: what we need for progress. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2015.
32. Anagnostis, P., Lambrinoudaki, I., Stevenson, J. C., & Goulis, D. G. (2022). Menopause-associated risk of cardiovascular disease. *Endocrine connections*, 11(4).
33. El Khoudary, S. R., Aggarwal, B., Beckie, T. M., Hodis, H. N., Johnson, A. E., Langer, R. D. & American Heart Association Prevention Science Committee of the Council on Epidemiology and Prevention; and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. (2020). Menopause transition and cardiovascular disease

risk: implications for timing of early prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 142(25), e506-e532.

34. Anagnostis, P., Lambrinoudaki, I., Stevenson, J. C., & Goulis, D. G. (2022). Menopause-associated risk of cardiovascular disease. *Endocrine connections*, 11(4).

35. Dimitriadis, N., Arnaoutis, G., Chrysohoou, C., Barkas, F., Liberopoulos, E., Sfikakis, P. P. & Panagiotakos, D. (2025). Assessment of long-term engagement in aerobic versus resistance exercise on 20-year cardiovascular disease incidence (2002–2024): The ATTICA epidemiological cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, 14(2), 522.

36. Chrysohoou, C., Iliakis, P., Pitsillidi, A., Manta, E., Barkas, F., Liberopoulos, E. & Panagiotakos, D. (2026). Twenty-year cardiovascular disease incidence in menopausal women: insights from the ATTICA study. *Climacteric*, 29(2), 231-238.

37. Maas, A. H., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., van Dijken, D., Hamoda, H. & Collins, P. (2021). Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *European Heart Journal*, 42(10), 967-984.

38. Thurston, R. C., El Khoudary, S. R., Sutton-Tyrrell, K., Crandall, C. J., Gold, E. B., Sternfeld, B. & Matthews, K. A. (2012). Vasomotor symptoms and lipid profiles in women transitioning through menopause. *Obstetrics & Gynecology*, 119(4), 753-761.

39. El Khoudary, S. R., Aggarwal, B., Beckie, T. M., Hodis, H. N., Johnson, A. E., Langer, R. D. & American Heart Association Prevention Science Committee of the Council on Epidemiology and Prevention; and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. (2020). Menopause transition and cardiovascular disease risk: implications for timing of early prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 142(25), e506-e532.

40. Thurston, R. C., Sutton-Tyrrell, K., Everson-Rose, S. A., Hess, R., & Matthews, K. A. (2008). Hot flashes and subclinical cardiovascular disease: findings from the Study of Women’s Health Across the Nation Heart Study. *Circulation*, 118(12), 1234-1240.

41. Shufelt, C. L., Brown, V., Carpenter, J. S., Chism, L. A., Faubion, S. S., Joffe, H. & Thurston, R. C. (2023). The 2023 nonhormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*, 30(6), 573-590.
42. Bella JN, et al. Left ventricular geometry and function in women and men with HTA. *Hypertension* 1996;28.
43. Schillaci G, et al. Menopause and left ventricular remodeling. *J Hypertens* 1998;16.
44. Michos ED, et al. Lipoprotein(a) and Women's Cardiovascular Health: A Review. Michos ED, et al. *JACC Adv.* 2026.
45. Mass et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists *Eur Heart J* 2021 Mar 7;42(10):967-984.
46. Cho L, et al. Summary of Updated Recommendations for Primary Prevention in Women. *J Am Coll Cardiol* 2020.
47. Petisco AC, et al. Subclinical atherosclerosis in Brazilian postmenopausal women. *Int J Cardiovasc Imaging* 2017.
48. Dapipede T, et al. Breast arterial calcifications to predict CV mortality. *Eur Heart J* 2026.
49. Goff DC, et al. 2013 ACC/AHA guideline on CV risk assessment. *Circulation* 2014.
50. Khan ZA, et al. Subclinical atherosclerosis during menopausal transition (SWAN). *Am J Cardiol* 2018.
51. Lloyd-Jones DM, et al Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond *Circulation* 2010 Feb 2;121(4):586-613.
52. Lloyd-Jones DM, et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation* 2022,146,5
53. Khan SS, Coresh J, Pencina MJ, Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, et al. Novel Prediction Equations for Absolute Risk Assessment of Total

Cardiovascular Disease Incorporating Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;148(24):1982-2004.
54. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):e596-e646.

2.b Ejercicio, vitamina D y riesgo óseo Estrategias para una longevidad saludable.

Autoras: Dra Fabiana Sayegh, Dra María Susana Moggia

En la Argentina, teniendo en cuenta los criterios densitométricos de la OMS, de cada cuatro mujeres mayores de 50 años, sólo una presenta una densitometría normal, dos tienen osteopenia y una osteoporosis[1]. La tasa media anual de fracturas de cadera es de 298 cada 100.000 mujeres mayores de 50 años y 118 en varones [2,3,4]. Esto implica una relación mujer/varón de 2,5/1. En los países desarrollados la incidencia de fractura de cadera es máxima a la edad de 75-79 años. Según el estudio más numeroso publicado en nuestro país, la edad promedio de los pacientes con fractura de cadera fue de 82 años en mujeres, y 79 años en varones; la mayoría de las fracturas ocurrieron durante el día y en la casa. Más del 40% de los pacientes habían sufrido fracturas previas [5].

Un estudio más reciente, realizado por el Comité de Morbi-Mortalidad de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, analizó 1.000 casos de fracturas de cadera y confirmó que la tasa de fracturas se mantiene estable, con una relación mujer/varón muy similar (2,7/1). Además, el 80% de los pacientes tenía más de 70 años y el 51% supera los 80 años, reafirmando el perfil etario de riesgo observado previamente [6].

Se estima que solo una de cada tres fracturas vertebrales recibe atención clínica. El estudio LAVOS (*Latin American Vertebral Osteoporosis Study*), un tamizaje radiológico en mujeres latinoamericanas de 50 años o mayores, encontró una prevalencia global de fracturas vertebrales del 16,2% en la Argentina [7]. Estas fracturas aumentaban con la edad, y en la población de más de 80 años, una de cada cuatro mujeres tenía una fractura vertebral prevalente. Los dos factores de

riesgo más importantes que este estudio develó fueron el antecedente de fractura y la pérdida de talla.

El ejercicio como estrategia para una longevidad saludable

La actividad física regular mejora la calidad de vida de los adultos mayores, retrasando la aparición de discapacidades y promoviendo beneficios físicos, psicológicos y sociales [8] .

Los estudios demuestran que un estilo de vida sedentario influye negativamente en el proceso de envejecimiento, lo que lleva a las personas mayores a un estado de debilidad física más rápidamente y favorece la aparición de enfermedades [9].

El ejercicio mejora las puntuaciones de calidad de vida física y psicológica en mujeres con síntomas menopáusicos. Las intervenciones más comunes para mujeres con síntomas menopáusicos y urinarios son el yoga y el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico[10].

El ejercicio regular puede mitigar los riesgos de enfermedades cardiovasculares en mujeres posmenopáusicas. Un metaanálisis reciente analizó cinco formas de ejercicio físico: entrenamiento continuo de resistencia (CET), entrenamiento interválico (INT), entrenamiento de fuerza (RT), entrenamiento aeróbico combinado con entrenamiento de fuerza (CT) y entrenamiento híbrido (HYB), demostrando que todas mejoran parámetros cardiovasculares como el grosor de la íntima-media de la arteria carótida , óxido nítrico (NO), velocidad de la onda de pulso y dilatación mediada por flujo de la arteria braquial, mientras que CET, INT y CT mejoran significativamente los niveles de NO. Para mejorar la función vascular en mujeres posmenopáusicas, se recomienda priorizar las modalidades de ejercicio INT y CT[11].

Otro metanálisis demostró que el ejercicio aeróbico, el movimiento multimodal y los estiramientos son los que mejor reducen los síntomas depresivos en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas[12].

Respecto al riesgo óseo, es necesario fomentar actividades físicas que estimulen la movilidad articular, el equilibrio y la fuerza muscular para mantener una longevidad saludable[13].

El ejercicio físico construye huesos sanos en los niños, fortalece músculos y huesos en niños y adultos, previene la pérdida ósea en adultos, aumenta la

densidad ósea, mejora el equilibrio y la coordinación, ayuda a prevenir caídas y fracturas y finalmente es un recurso efectivo para tratar la sarcopenia y la OP[14].

El músculo y el hueso están estrechamente relacionados anatómica y funcionalmente. Variaciones en la masa y fuerza muscular se reflejan en modificaciones en la masa y estructura ósea[15].

Los músculos generan mayor fuerza sobre el hueso que la propia gravedad. En el mismo sentido, el ejercicio físico con carga debe imponer una mayor tensión al hueso, que la carga habitual, para generar una respuesta adaptativa osteogénica y cambios morfológicos en el mismo [16,18].

Sarcopenia

La sarcopenia afecta hasta un 10% de los individuos mayores de 60 años y hasta un 50% de los mayores de 80 años. La sarcopenia, principalmente la pérdida de fuerza muscular, es un predictor significativo de mortalidad, calidad de vida, caídas y fracturas. [20,21]

La sarcopenia es un desorden músculo-esquelético progresivo multifactorial y generalizado definido por 3 criterios:

1- Baja Fuerza muscular
2- Baja cantidad o calidad muscular
3- Bajo rendimiento físico

- Cuando se cumple el CRITERIO 1 el diagnóstico de **sarcopenia** es **probable.**
- Cuando se cumple el CRITERIO 1 + 2 se confirma el diagnóstico de **sarcopenia.**
- Cuando se cumple el CRITERIO 1 + 2 + 3 se diagnostica **sarcopenia severa.** [19,21-24]

Puede estar asociada al envejecimiento o a enfermedades como malnutrición o inmovilización. [21,22,25]

La disminución o ausencia de carga mecánica sobre el sistema músculo-esquelético (edad avanzada) lleva a atrofia muscular y caída de la fuerza contráctil por debajo del umbral de mínima fuerza efectiva para el remodelamiento (mayor resorción qué formación) y consecuente pérdida de masa ósea [22,26].

El **screening para sarcopenia** se debe realizar en personas mayores de 65 años en forma anual o ante sospecha clínica. [24]

Puede utilizarse un cuestionario autoadministrado como el **SARC-F** (*Strength, Assistance in walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls*) [21,24,27-29] o mediante la prueba de velocidad de la marcha [23]. Otras herramientas diagnósticas son la **Prueba de apriete del puño, la Prueba de pararse/sentarse** [21,27,28], así como mediciones utilizando **RMN** y **TC**, **DXA** o **BIA** (análisis de impedancia bioeléctrica) [24].

Las estrategias para prevenir y tratar la sarcopenia incluyen un abordaje integral:

1) Adecuado aporte calórico y proteico: precedido de actividad física de resistencia. [2,24,27,30,31]
    - 1-1,5 g de proteína/kg peso/día, excepto en insuficiencia renal grado IV. [23,24,30]
2) Aporte de Vitamina D:
    - 800 -1000 UI/día (22,27,31).La indicación debe evaluarse individualmente, suplementar cuando el dosaje de 25OHD es < 30 ng/ml. [29,30].

Ejercicio físico

El ejercicio físico tiene múltiples beneficios en los pacientes mayores de 65 años. Se recomienda realizar actividad física que fortalezca la masa muscular y ósea y que mantengan el equilibrio y la postura[13]. A continuación se detallan los mismos:

1) Ejercicios para mejorar la fortaleza muscular y ósea:

A) Ejercicios de impacto:

- Bajo impacto: ej: caminar
- Moderado impacto: ej: correr
- Alto impacto: ej: basquet

Variables a considerar para el ejercicio de impacto ([16,18, 32-34]):

- 50 impactos/sesión
- Repartidos en 5 ciclos de 10 impactos/ciclo

- Al menos 2-3 días/semana

La actividad física de menor impacto como andar en bicicleta tiene menos beneficio sobre la DMO [26]. Actividades como caminar o nadar, deberían combinarse con otros ejercicios, de resistencia y/o impacto, para tener beneficio óseo [16]. En caso de OP o de fractura vertebral se recomiendan ejercicios de bajo impacto. [32,35]

B) Ejercicios de resistencia: ejercicios que soportan el peso corporal, utilizan máquinas de pesas, bandas elásticas o mancuernas. El ejercicio físico de resistencia es la primera línea de tratamiento en la sarcopenia ya que mejora la fuerza, la masa muscular y el rendimiento físico [23,24,29,30]

Variables a considerar para el ejercicio de resistencia: [14,21,16,18,31,32,34,35,36,37]

- Trabajar al menos 3 grupos musculares mayores (miembro superior, inferior y tronco, incluyendo los músculos extensores de la columna)
- Comenzar con 40-60% y progresar a 70-85% de la máxima intensidad posible en 1 sola repetición) [27]
- 5 a 12 repeticiones por ciclo
- 2 a 5 ciclos de cada ejercicio o región muscular
- 30-60 minutos/día
- Al menos 2 a 3 días/semana, en días no consecutivos [16,36] para lograr desensibilización a la sobrecarga [38].

Un estudio comparó la composición corporal y el rendimiento físico en mujeres mayores que practicaron dos tipos de ejercicio físico: entrenamiento aeróbico (EA) y entrenamiento de fuerza (EF). Ambos grupos se beneficiaron con ambas modalidades de ejercicio, pero el grupo de EF mostró mejores resultados, particularmente en términos de composición corporal, fuerza muscular y rendimiento funcional ($p < 0,05$). Estos hallazgos resaltan la importancia del entrenamiento de fuerza como una estrategia eficaz para promover la salud y la independencia en la población de edad avanzada. [8]

C) Ejercicios de equilibrio: generan estabilidad y seguridad en los movimientos, reduciendo el riesgo de caídas y lesiones [16,35] . Algunos ejercicios de

equilibrio: Tai-Chi, pararse en 2 o 1 pie, caminar sobre diferentes superficies / hacia atrás, estocadas, variar el punto de apoyo del peso corporal en bipedestación [14,18].

Variables a considerar para el ejercicio de equilibrio: [16,18,32-35]

- Progresar de menor a mayor dificultad
- Entorno seguro - con o sin apoyo
- Al menos 15-20 min/día
- 2-3 hs./semana
- 1 a 3 veces por semana.

D) Ejercicios posturales

- Mantener los hombros hacia atrás
- Rotaciones cervicales
- Estiramiento de la columna en posición sentada o parada [35].
- Postura adecuada con el cuello y la columna alineados
- Involucrar a los músculos abdominales
- Efectuar movimientos suaves y controlados valorando el esfuerzo ante una carga [32].
- Evitar levantar o empujar elementos en flexión hacia adelante o rotación de la columna [21].

Variables a considerar para el ejercicio postural:

- 10 a 15 repeticiones
- 2 a 3 ciclos [18]
- 2 a 3 veces/semana

E) Ejercicio combinados: son los sugeridos en pacientes con osteoporosis y fracturas vertebrales osteoporóticas y tienen por objetivo combinar ejercicios que aumenten la fortaleza muscular/ósea y disminuyen el riesgo de caídas [16,18,27,32-34,37].

Variables a considerar para el ejercicio multicomponente:

- Combinación de ejercicios de **impacto y resistencia** [16,35]

- 30-40 minutos
- Al menos 3-4 veces/semana

 Incluir ejercicios de **equilibrio y posturales**

- Al menos 2 o 3 días/semana. [35]

 Considerar el agregado del **ejercicio aeróbico** [16,37]

Consideraciones generales:

Estimular en el paciente una **actitud positiva** y de autoconfianza para lograr adherencia al plan de entrenamiento y disminuir el miedo a caerse. [24]

Aquellos pacientes con patologías crónicas o discapacidad que no puedan realizar la actividad física sugerida, deben mantenerse **lo más activos posible** dada su condición particular, independientemente de su edad y salud ósea [14,32].

Se requiere la intervención de un **equipo multidisciplinario** que ajuste gradualmente el programa de entrenamiento físico en su intensidad, duración y frecuencia para cada caso individual. [13,18,24,34,36]

Vitamina D (VD)

El rol de la VD en la regulación de la homeostasis del metabolismo fosfocálcico y su repercusión sobre la salud músculo esquelética ha sido bien establecida. Su principal efecto biológico es mantener los niveles de calcio sérico dentro de los límites normales. Puede duplicar la eficacia con que el intestino absorbe el calcio ingerido. Inhibe la secreción de PTH, lo que resulta en una reducción de la pérdida ósea. Asegura la correcta renovación y mineralización del hueso. Aumenta la reabsorción tubular de calcio y fósforo, disminuyendo la eliminación renal. Tiene un efecto estimulante directo sobre el tejido muscular y, por lo tanto, reduce el riesgo de caídas

Además de ser esencial en el desarrollo y mantenimiento óseo a lo largo de la vida, existe evidencia epidemiológica que demuestra un mayor riesgo de diversas enfermedades asociadas a la hipovitaminosis D como afecciones cardiovasculares, metabólicas, oncológicas, respiratorias, autoinmunes e infecciosas. [13]

Por razones culturales, estéticas, religiosas y el uso de bloqueantes solares, la población general se encuentra en hipovitaminosis D. Los adultos mayores (>65

años), especialmente aquellos con antecedentes de caídas o fracturas no traumática y las personas institucionalizadas u hospitalizadas por tiempo prolongado, son un importante grupo de riesgo. Patologías que cursan con síndrome de malabsorción, o medicamentos como los anticonvulsivantes o los glucocorticoides por largo plazo, están particularmente relacionados con su déficit.

Esto es fácilmente manejable con la administración de suplementos. Todo tratamiento farmacológico debe estar acompañado por un adecuado aporte de vitamina D. Algunos alimentos, especialmente los aceites de pescado, lácteos, cereales y suplementos multivitamínicos están enriquecidos con esta vitamina. [39]

La VD ya sea sintetizada en la piel o ingerida en alimentos naturales y/o enriquecidos o suplementos medicinales, se convierte en 25OHD en el hígado y luego de una segunda hidroxilación (1-alfa) se forma el metabolito activo, 1,25-dihidroxivitamina D en muchos tejidos. La 25OHD es considerada el marcador del estado nutricional

De acuerdo a algunas publicaciones el 88 % de la población presenta niveles plasmáticos < 30 ng/ml, el 37 % de la población <20 ng/ml y el 7 % de la población <10 ng/ml (40)

Otros autores publican que el 50,8% de mujeres mayores de 50 años en Latinoamérica tienen deficiencia de VD, cifra que asciende al 59,3% cuando se considera a nivel global (41).

Recientemente fueron publicados varios consensos y guías internacionales

La guía de la *Endocrine Society* sugiere no medir de rutina niveles de 25OHD ni en las personas menores de 50 años como en las personas de 50 a 74 años (42,43).

El reciente consenso Mexicano sugiere medir niveles basales de 25OHD en adultos antes de iniciar la suplementación farmacológica con VD para permitir un diagnóstico apropiado y establecer la dosis terapéutica adecuada (44).

Realizar mediciones antes y durante la suplementación proporciona un control más preciso y permite una monitorización rigurosa del tratamiento y los ajustes necesarios. En los casos en que no sea posible evaluar la concentración sérica de 25OHD en grupos de alto riesgo, la suplementación con vitamina D debe realizarse

según las recomendaciones establecidas para la población general, respetando las dosis máximas para el grupo de edad correspondiente

La suplementación farmacológica con VD no debe indicarse en adultos sanos con valores de 25OHD dentro de los parámetros óptimos

Existe controversia si se debe suplementar a las personas teniendo como objetivo las acciones extraóseas de la VD, con que dosificación, esquema y duración del tratamiento.

El consenso Osteoporosis FASGO 2025 considera que todas las mujeres con reducción de la masa ósea u osteoporosis, sarcopenia, historia de caídas y bajos niveles de VD deben recibir suplementación con VD. Aquellas mujeres que presentan contraindicación para el uso de VD como hipercalcemia, enfermedad renal crónica avanzada, enfermedad hepática y, sarcoidosis, son del manejo del especialista.(13)

Niveles adecuados de VD

Los niveles adecuados de VD para las acciones óseas son un motivo de controversia y mucho más cuando se plantean los niveles para las acciones extraóseas.

En la actualidad, el nivel mínimo aceptado de 25 (OH) D es 30-32ng /ml, sobre la base de la creciente evidencia que señala el aumento del hiperparatiroidismo secundario cuando los niveles disminuyen por debajo de 30ng/ml (45) y que la absorción fraccionada de calcio mejora con la suplementación de VD en pacientes con niveles menores de 30 ng/ ml, pero no en los pacientes con niveles mayores de 30 ng/ml. Un razonable límite superior de 25 (OH) D, basado en los niveles del adulto joven saludable expuesto al sol es 60 ng/ml (46) .La VD es una molécula que tiene una ventana terapéutica muy amplia; el riesgo de toxicidad es muy bajo y excepcional con niveles inferiores a 100 ng/ml.

La National Osteoporosis Foundation recomienda en adultos ≥ 50 años 800 a 1000UI / día de vitamina D, aunque muchos expertos recomiendan dosis mayores de 1000 a 2000UI/ día y algunos pacientes requieren una suplementación mayor para alcanzar los niveles deseables (la dosis máxima es de 4000 UI /día)

El estudio Women´s Health Initiative mostró un pequeño aumento pero significativo del 1% en la DMO en cadera del grupo tratado con 1000mg de calcio y 400 UI de vitamina D por día (47)
Un meta-análisis de estudios en mujeres post menopáusicas encontró una reducción significativa en fracturas de cadera y no vertebrales con la suplementación de vitamina D con dosis de 700-800UI / día o mayores. (48)
Además de los efectos esqueléticos de la vitamina D, varios estudios han mostrado su acción en el mejoramiento de la fuerza muscular, equilibrio y riesgo de caída (49,50)

La guía de la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN) estableció dos fases en la suplementación con VD: Una etapa de corrección del déficit que generalmente dura 2 a 3 meses y una segunda etapa de mantenimiento (51).

FASEN: Suplementación de Vitamina D (51)

Fase de Corrección	**Fase de Mantenimiento**
2000-5000 UI/día	800-1200 UI/día
50.000 UI/sem	4.000 UI/día aceptada por expertos como aceptable
100.000 UI/ cada 15-30 días	100.000 UI/ cada 1 a 3 meses

De acuerdo con las publicaciones disponibles se recomienda como primera opción el uso del colecalciferol (VD3) para tratar y prevenir la HVD.

La suplementación con ergocalciferol (VD2) genera un menor incremento del nivel plasmático de 25OHD en comparación con la VD3.Teniendo en cuenta el origen vegetal de la VD2 y su menor costo económico, puede utilizarse en mujeres veganas o vegetarianas o en aquellas que no tengan acceso a la VD3.

El calcitriol (1,25(OH)2D3) es la forma activa de la VD y está indicado en pacientes con enfermedad renal crónica que tienen dificultad para el segundo paso de hidroxilación renal.

Suplementación con vitamina D como estrategia para una longevidad saludable

De acuerdo a los datos disponibles en la actualidad la evidencia es insuficiente para evaluar el balance riesgo/beneficio para realizar el dosaje de VD universalmente a todos los individuos; por lo que sugerimos solicitar la medición de 25OHD en mujeres posmenopáusicas con osteopenia /OP y también a todas las mujeres que presenten factores de riesgo (mayores de 65 años, historia de caídas, sarcopenia, etc).

Si es posible, medir VD antes de iniciar la suplementación y monitorizar el tratamiento por lo menos una vez por año

Todas las mujeres que presentan osteopenia u OP deben tener niveles apropiados de VD; si tienen niveles de 30 ng/ml o menos deberían recibir suplementos de VD excepto que presenten alguna contraindicación para su uso.

No superar los 100 ng/mL en los niveles plasmáticos de VD y, preferiblemente, mantenerlos > 30 ng/mL para la salud ósea y > 40ng / ml para las acciones extraóseas

Se debe seleccionar la dosis y la forma farmacéutica de la VD, ajustada a cada situación; asegurar la comprensión de la administración de VD tanto de la dosis como la frecuencia de la toma y pautar el seguimiento del tratamiento

<u>Recomendaciones</u>

1. Se aconseja una ingesta diaria de 700 mg- 1200 mg de calcio elemental. Si no se alcanza con dieta, suplementar.
2. Sugerimos solicitar la medición de 25OHD en mujeres posmenopáusicas con OP y también en todas las mujeres que presenten factores de riesgo.
3. Si es posible, medir 25OHD antes de iniciar la suplementación y monitorizar el tratamiento por lo menos una vez por año.
4. Mantener los valores de 25OHD mayores o iguales a 30 ng/mL.(Acción ósea)

5. Suplementar con vitamina D en caso de presentar valores subóptimos y luego continuar con dosis de mantenimiento una vez logrado el valor óptimo.
6. Pueden ser necesarias dosis mayores de vitamina D en pacientes con obesidad, malabsorción y edad avanzada.
7. Aconsejar la cesación de tabaco.
8. Es preciso asegurar la ingesta diaria de al menos 0,8 g de proteínas/kg de peso corporal. En adultos mayores, los requerimientos pueden ser mayores llegando a 1-1,2 g/kg/día, adecuando a la función renal.
9. En pacientes mayores de 65 años se aconseja realizar screening de sarcopenia anual, ya que la baja masa muscular lleva a la consecuente pérdida de masa ósea.
10. Aconsejar ejercicios de fuerza, equilibrio y resistencia, ajustados al paciente.
11. Se requiere la intervención de un equipo multidisciplinario que ajuste gradualmente el programa de entrenamiento físico en su intensidad, duración y frecuencia para cada caso individual
12. El antecedente de caídas se debe tomar como factor de riesgo para fracturas. Se sugiere derivar a las pacientes a fisioterapia para evitarlas, minimizar las molestias músculo-esqueléticas y mejorar la calidad de vida.

Bibliografia

1-Spivacow R, Sánchez A. Epidemiology, costs and burden of osteoporosis in Argentina, 2009. Latin America Regional Audit – IOF; 2012. Disponible en: https://www.osteoporosis.foundation/sites/iofbonehealth/files/2020-06/2012_Latin_America_Audit_Argentina.pdf

2 -Claus-Hermberg H, Lozano Bullrich MP, Ilera V, Malter Terrada J, Pozzo MJ. Incidencia de fractura de cadera en mujeres afiliadas al plan médico del Hospital Alemán, Buenos Aires. Actual Osteol. 2008;4:57–62.

3- Beratarrechea A, Diehl M, Saimovici J, Pace N, Trossero A, Plantalech L. Mortalidad a largo plazo y factores predictores en pacientes con fractura de cadera. Actual Osteol. 2011;7:9–18.

4- Wittich A, Bagur A, Mautalen C, Oliveri B, Somoza J, et al. Epidemiology of hip fracture in Tucumán, Argentina. Osteoporos Int. 2010;21(11):1803–7.

5-Schurman L, Bagur A, Claus-Hermberg H, Messina O, Negri A, Sánchez A,González C, Diehl M, Rey P, Gamba J, Chiarpenello J, Moggia MS, Mastaglia S.Guías 2012 para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis.Medicina (B Aires) 73: 55-74, 2013

6-Garabano G, Cubecino A, Simesen de Bielke H, Robador N, Olivetto JM, Sierto M, Gamarra D. Epidemiology of hip fractures in Argentina. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2020;85(4):437–446. https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2020.85.4.1113

7-Clark P, Cons-Molina F, Delezé M, Ragi S, Haddock L, Pérez CM, et al. The prevalence of vertebral deformity in Latin-American countries: the Latin-American Vertebral Osteoporosis Study (LAVOS). Osteoporos Int. 2009;20(2):275–82.

8- Rafaela Korn. The benefits of physical exercise for older women: a comparison between two different modalities. Academia Medicine 2025;2. https://doi.org/10.20935/AcadMed7603

9- Gomes IC, Oliveira Neto L, Oliveira Tavares VD, OliveiraDuarte YA. Association between low level of physical activityand mobility limitation in older adults: evidence from the SABE study. Ciênc Saúde Coletiva. 2022;27(3):1171–80. doi 10.1590/1413-81232022273.02402021

10- Thi Mai Nguyen, Thi Thanh Toan Do, Tho Nhi Tran nd Jin Hee Kim. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 7049; doi:10.3390/ijerph17197049

11- Sun W, Han Y, Gu S. 2024. Effects of five types of exercise on vascular function in postmenopausal women: a network meta-analysis and systematic review of 32 randomized controlled trials. PeerJ 12:e17621 DOI 10.7717/peerj.17621

12- Hongyu Wang, Shuang Li, Xiaolin Zhang, Ying Zhu, Qianqian Huang, Ke-Lei Guo and Dong Li. Effects of different physical activity interventions on depressive symptoms in menopausal women: a systematic review and network meta-analysis. BMC Public Health (2025) 25:3088. https://doi.org/10.1186/s12889-025-24398-1

13- Moggia MS, Abdala R, Belardo MA, De Zordo D, Delfino D, Elizalde Cremonte A, Fusaro DJ, Rey C, Rivoira MA, Sayegh F, Sternberg K, Galarza Taborda M.Consenso Osteoporosis- FASGO 2025 Revista FASGO 2025; 24(4):166-235

14- National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS). Exercise for your bone health [Internet]. Bethesda (MD): NIH; 2023 May [citado el 3 ago 2025]. Disponible en: https://www.niams.nih.gov/

15-Russo CR. The effects of exercise on bone: basic concepts and implications for the prevention of fractures. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 2009;6(3):223–228.

16-Beck BR. Exercise prescription for osteoporosis: back to basics. *Exerc Sport Sci Rev.* 2022;50(2):57–64.

17-Beck B, Daly R, Lord S, Watson S, Weeks B, Chen W, et al. CISE prescription to support the management of osteoporosis: for physiotherapists and exercise physiologists. Sydney: Healthy Bones Australia; 2024.

18- Min SK, Oh T, Kim SH, Cho J, Chung HY, Park DH, et al. Position statement: exercise guidelines to increase peak bone mass in adolescents. *J Bone Metab.* 2019;26(4):225–239.

19- Beaudart C, Alcazar J, Aprahamian I, Batsis JA, Yamada Y, Prado CM, et al. Health outcomes of sarcopenia: a consensus report by the outcome working group of the Global Leadership Initiative in Sarcopenia (GLIS). *Aging Clin Exp Res.* 2025;37:100.

20-World Health Organization (WHO). Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

21- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2019;48(1):16–31.

22- Mastaglia S. Osteosarcopenia: un factor de riesgo para fracturas osteoporóticas. *Acta Bioquím Clín Latinoam.* 2016;50(3):357–365.

23- Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Arai H, Kritchevsky SB, Guralnik J, et al. International clinical practice guidelines for sarcopenia (ICFSR): screening, diagnosis and management. *J Nutr Health Aging.* 2018;22(10):1148–1161.

24-Zanker J, Sim M, Anderson K, Balogun S, Brennan-Olsen SL, Dent E, et al. Consensus guidelines for sarcopenia prevention, diagnosis and management in Australia and New Zealand. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2023;14:142–156.

25- Kirk B, Zanker J, Duque G. Osteosarcopenia: epidemiology, diagnosis, and treatment—facts and numbers. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2020;11:609–618.

26- Mastaglia S, Mautalen C. Sarcopenia: enfoque clínico. *Actual Osteol.* 2014;10(2):136–151.

27- Ladang A, Beaudart C, Reginster JY, AlDaghri N, Bruyère O, Burlet N, et al. Biochemical markers of musculoskeletal health and aging to be assessed in clinical trials of drugs aiming at the treatment of sarcopenia: consensus paper from an expert group meeting organized by the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO) and the Centre Académique de Recherche et d'Expérimentation en Santé (CARES SPRL), under the auspices of the World Health Organization Collaborating Center for the Epidemiology of Musculoskeletal Conditions and Aging. *Calcif Tissue Int.* 2023 Feb;112(2):197–217.

28Habboub B, Speer R, Gosch M, Singler K. The diagnosis and treatment of sarcopenia and sarcopenic obesity. *Dtsch Arztebl Int.* 2025;122:121–126.

29-Lim WS, Cheong CY, Lim JP, Tan MMY, Chia JQ, Malik NA, et al. Singapore clinical practice guidelines for sarcopenia: screening, diagnosis, management and prevention. *J Frailty Aging.* 2022;11(4):348–369.

30- Rizzoli R, Stevenson JC, Bauer JM, van Loon LJ, Walrand S, Kanis JA, et al. The role of dietary protein and vitamin D in maintaining musculoskeletal health in postmenopausal women: a consensus statement from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Maturitas.* 2014;79:122–132.

31-Brooke-Wavell K, Skelton DA, Barker KL, Clark EM, De Biase S, Arnold S, et al. Strong, steady and straight: UK consensus statement on physical activity and exercise for osteoporosis. *Br J Sports Med.* 2022;0:1–10.

32- Giangregorio LM, Papaioannou A, MacIntyre NJ, Ashe MC, Heinonen A, Shipp K, et al. Too fit to fracture: exercise recommendations for individuals with osteoporosis or osteoporotic vertebral fracture. *Osteoporos Int.* 2014 Mar;25(3):821–835.

33-Tiedemann A, Sturnieks DL, Burton E, Thomf JM, Lord SR, Scott S, et al. Exercise and Sports Science Australia updated position statement on exercise for preventing falls in older people living in the community. *J Sci Med Sport.* 2025;28:87–94.

34- International Osteoporosis Foundation. Exercise for bone health and osteoporosis. 2022. Disponible en: https://www.osteoporosis.foundation

35- U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
36- LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, Lewiecki EM, Saag KG, Singer AJ, et al. Consensus statement: the clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2022;33:2049–2102.
37-Kohrt WM, Bloomfield SA, Little KD, Nelson ME, Yingling VR. Physical activity and bone health: position stand. *J Am Coll Sports Med.* 2004; (edición entre 1985-1996

38-Campbell AJ, Robertson MC; Falls Prevention Research Group. Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults. Dunedin, New Zealand: Otago Medical School, University of Otago; 2007.

39- Botella Martínez S, Zugasti Murillo A. Recomendaciones nutricionales para personas con osteoporosis. Madrid: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN); 2021 [citado el 3 ago 2025]. Disponible en: http://www.seen.es

40-Hilger J, Friedel A, Herr R, Rausch T, Roos F, Wahl DA, Pierroz DD, Weber P, Hoffmann K. A systematic review of vitamin D status in populations worldwide. *Br J Nutr*. 2014 Jan 14;111(1):23-45.

41-Gómez O, Campusano C, de la Peña Rodríguez MP, Cerdas S, Reza-Albarrán A, Mendoza B, Páez Talero A, Rueda Plata P. Clinical Practice Guidelines of the Latin American Federation of Endocrinology for the use of vitamin D in the maintenance of bone health: recommendations for the Latin American context. *Arch Osteoporos*. 2024;19:46.
42-Giustina, A., Bilezikian, J. P., Adler, R. A., Banfi, G., Bikle, D. D., Binkley, N. C., Bollerslev, J., Bouillon, R., Brandi, M. L., Casanueva, F. F., di Filippo, L., Donini, L. M., Ebeling, P. R., Fuleihan, G. E., Fassio, A., et al. (2024). Consensus statement on vitamin D status assessment and supplementation: Whys, whens, and hows. Endocrine Reviews, 45(5), 625–654. https://doi.org/10.1210/endrev/bnae009
43-Demay MB, Pittas AG, Bikle DD, Diab DL, Kiely ME, Lazaretti-Castro M, et al. Clinical practice guideline: Vitamin D for the prevention of disease: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2024;00:1–41.

44-Torres-Naranjo JF, López Cervantes RE, Medina Chávez JH, Vázquez Alanís A, Gutierrez-Hermosillo H, Avila Armengol HE, et al. Joint position on vitamin D prescription in the adult Mexican population by AMMOM, AMEC, AMG, CMIM, CMO, CMR, CONAMEGER, FEMECOG, and FEMECOT. *Arch Osteoporos*. 2025;20:78.
45-Porthouse J, Cockayne S y cols. Randomised controlled trial of calcium and supplementation with cholecalciferol (vitamin D3) for prevention of fractures in primary care. BMJ.2005; 330:1003
46-Binkley N, Novotny R, y cols. Low vitamin D status despite abundant Sun exposure. J Clin Endocrinol Metab.2007;92:2130-2135
47-Jackson RD, LaCroix AZ y cols (Women´s Health Initiative Investigators). Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of fractures. N Engl J Med. 2006;354:669-683
48-Bischoff-Ferrari HA, Willett WC y cols. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA. 2005; 293:2257-2264
49-Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B y cols. Effects of vitamin D on falls: a meta-analysis. JAMA. 2004;291:1999-2006.
50-Bischoff-Ferrari HA, Conzelmann M y cols. Is fall prevention by vitamin D mediated by a change in postural or dynamic balance?. Osteoporos Int. 2006;17:656-663.
51- Sánchez A, Oliveri B, Mansur JL, Fradinger E. Guía de la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología sobre diagnóstico, prevención y tratamiento de la hipovitaminosis D. *Actual Osteol*. 2015;11(2):151–71.

2.c Prevención y diagnóstico de patologías relacionadas con la salud mental: ¿es posible?

Autores: Dr. Gustavo Litterio · Dra. Lorena Bozza

Resumen y respuesta central

Sí. Es posible prevenir una proporción de la carga de enfermedad mental, reconocer trayectorias de vulnerabilidad, detectar cuadros en etapas tempranas y reducir su impacto funcional. La transición menopáusica constituye una ventana de susceptibilidad para síntomas depresivos y episodios de depresión, especialmente en mujeres con antecedentes afectivos, sensibilidad a transiciones reproductivas,

síntomas vasomotores, trastornos del sueño o adversidad psicosocial; sin embargo, la mayoría de las mujeres no desarrolla un trastorno psiquiátrico. El tamizaje no establece diagnóstico y sólo es beneficioso cuando se integra con confirmación clínica, tratamiento, seguimiento y protección de la seguridad. La terapia hormonal de la menopausia (THM) es eficaz para síntomas vasomotores y puede mejorar secundariamente sueño y bienestar, pero no debe indicarse como prevención primaria de depresión, deterioro cognitivo o demencia.

1. Objetivos, alcance y metodología

El consenso busca integrar salud mental, transición menopáusica y longevidad saludable; identificar factores de riesgo y protectores; establecer criterios de indagación, tamizaje, evaluación diagnóstica y derivación; y jerarquizar intervenciones preventivas y terapéuticas aplicables principalmente en ginecología y atención primaria. Se centra en perimenopausia y posmenopausia dentro de una perspectiva de curso de vida y no reemplaza criterios Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR)/Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (ICD-11), guías psiquiátricas específicas ni protocolos locales de urgencia.

Se priorizaron documentos y guías de la Organización Mundial de la Salud/Naciones Unidas (WHO/UN), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y The Menopause Society, revisiones sistemáticas, metaanálisis, cohortes longitudinales y ensayos clínicos relevantes disponibles hasta agosto de 2026. La certeza se clasifica como alta, moderada, baja o muy baja y la fuerza como fuerte o condicional; se utiliza «buena práctica» para acciones de seguridad, ética u organización asistencial. La gradación es adaptada: no se realizó una revisión sistemática de novo ni un proceso Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Evidence-to-Decision completo, por lo que las recomendaciones requieren ratificación formal del panel FASGO y declaración de conflictos de interés.

2. Evidencia esencial y modelo de vulnerabilidad

La salud mental es parte de la capacidad intrínseca y funcional que sustenta la longevidad saludable. La consulta ginecológica de la mediana edad ofrece una

oportunidad para detectar vulnerabilidad y preservar autonomía, vínculos, participación y calidad de vida. La evidencia longitudinal apoya un aumento del riesgo durante la perimenopausia. Un metaanálisis de 2024 de 17 cohortes prospectivas mostró mayor riesgo de síntomas depresivos o depresión frente a la premenopausia (OR 1,40; IC95% 1,21–1,61), sin incremento significativo en la comparación post menopausia–premenopausia. Los antecedentes de depresión continúan siendo uno de los predictores clínicos más importantes.

El modelo más útil es biopsicosocial y de susceptibilidad-estrés. Las fluctuaciones hormonales pueden modificar el umbral de síntomas en mujeres vulnerables, mientras síntomas vasomotores, insomnio, dolor, enfermedad crónica y adversidad psicosocial actúan como mediadores, precipitantes o perpetuadores. El estradiol participa en la regulación del estado de ánimo y la cognición mediante su acción sobre los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y GABAérgico, además de favorecer la neuroplasticidad. Durante la perimenopausia, las fluctuaciones hormonales intensas e impredecibles podrían favorecer síntomas afectivos en mujeres susceptibles, más que el descenso absoluto del estradiol. Sin embargo, la depresión perimenopáusica es multifactorial y no puede atribuirse exclusivamente a los niveles de estradiol. La progesterona y sus metabolitos neuroactivos, especialmente la alopregnanolona, modulan el receptor GABA-A y participan en la regulación de la ansiedad, el estrés y el estado de ánimo. Durante la transición menopáusica, las variaciones en progesterona y en la sensibilidad a estos metabolitos podrían aumentar la vulnerabilidad afectiva en algunas mujeres. Además, los estudios de neuroimagen muestran cambios en conectividad y metabolismo cerebral durante la perimenopausia, aunque su relación causal con los síntomas emocionales y cognitivos aún no está completamente definida. Los mecanismos neurobiológicos aportan plausibilidad, pero no existen niveles hormonales ni hallazgos de neuroimagen que diagnostiquen depresión, ansiedad o «niebla mental» menopáusica.

3. Factores de riesgo y evaluación clínica

Priorizar evaluación y seguimiento ante: depresión, ansiedad, bipolaridad o psicosis previas; depresión posparto o trastorno disfórico premenstrual; episodios afectivos vinculados a transiciones reproductivas; síntomas vasomotores intensos; insomnio o apnea; insuficiencia ovárica primaria, menopausia prematura o quirúrgica;

enfermedad crónica, dolor, anemia/deficiencia de hierro o disfunción tiroidea; violencia, duelo, aislamiento, precariedad, sobrecarga de cuidados, consumo problemático y red de apoyo limitada. La acumulación de factores aumenta la prioridad de evaluación, pero no constituye diagnóstico.

La entrevista debe explorar cronología y relación con el estado menopáusico, síntomas cardinales y repercusión funcional, antecedentes psiquiátricos y reproductivos, sueño, dolor, sexualidad, sustancias, violencia, red social, fármacos y comorbilidades. Deben investigarse bipolaridad, psicosis, autolesión, suicidio y capacidad de autocuidado. La irritabilidad o labilidad aisladas no equivalen a depresión mayor; la anhedonia, desesperanza, persistencia y pérdida funcional aumentan la especificidad clínica.

4. Tamizaje, cognición y diagnóstico diferencial

El tamizaje identifica quién requiere evaluación adicional y no reemplaza la entrevista diagnóstica. Puede utilizarse Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) como herramienta inicial y Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para ampliar y seguir síntomas depresivos; Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2)/Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) para ansiedad; Insomnia Severity Index (ISI) para insomnio y herramientas de riesgo de apnea según contexto. USPSTF recomienda tamizaje de depresión en adultos cuando existen sistemas que aseguren confirmación, tratamiento y seguimiento; para ansiedad recomienda tamizaje entre 19 y 64 años, mientras que en ≥65 años la evidencia es insuficiente. No debe extrapolarse automáticamente esa recomendación.

No se recomienda tamizaje cognitivo universal por menopausia. Ante quejas persistentes o progresivas, pérdida de autonomía, desorientación, alteración visuoespacial, cambios conductuales, signos neurológicos o preocupación corroborada por terceros puede utilizarse Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y ampliar la evaluación. Deben considerarse diagnósticos diferenciales y causas concomitantes: trastornos afectivos y de ansiedad, bipolaridad, duelo/trauma, trastornos del sueño, consumo de sustancias, efectos farmacológicos, alteraciones tiroideas, anemia o déficits nutricionales, dolor, enfermedades neurológicas y cardiometabólicas. Los estudios complementarios se solicitan según hipótesis clínica; no se recomienda un panel hormonal para diagnosticar depresión o ansiedad.

5. Prevención y tratamiento

La prevención debe ser multinivel. Se recomienda actividad física aeróbica y de fuerza adaptada, reducción del sedentarismo, alimentación saludable, abandono del tabaco, reducción de alcohol, conexión social, actividades con propósito, abordaje de violencia y edadismo, tratamiento de comorbilidades y de síntomas menopáusicos que deterioren el sueño o la función. La higiene del sueño es un fundamento, pero la terapia cognitivo-conductual para insomnio (terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-I)) es primera línea para insomnio crónico. Estas medidas no sustituyen psicoterapia o farmacoterapia cuando existe un trastorno moderado o grave. El tratamiento debe basarse en diagnóstico, gravedad, riesgo, preferencias, respuesta previa y comorbilidades. La terapia cognitivo-conductual tiene evidencia sólida para depresión y ansiedad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) son opciones eficaces para depresión mayor y trastornos de ansiedad; la elección debe considerar función sexual, peso, sueño, dolor, presión arterial, interacciones y respuesta previa. Antes de iniciar antidepresivos debe evaluarse bipolaridad.

La THM es el tratamiento más eficaz para síntomas vasomotores y puede mejorar sueño y calidad de vida cuando éstos son el principal mecanismo de malestar. Ensayos pequeños sugieren efecto antidepresivo del estradiol, especialmente transdérmico, en algunas mujeres perimenopáusicas con depresión, pero la certeza es baja y no reemplaza el tratamiento psiquiátrico de la depresión mayor. No existe evidencia suficiente para indicar THM con el objetivo primario de prevenir depresión en mujeres asintomáticas ni para prevenir deterioro cognitivo o demencia.

6. Derivación, urgencia e implementación

Derivar o articular con salud mental ante depresión/ansiedad moderada o grave, deterioro funcional significativo, recurrencia, sospecha de bipolaridad, psicosis, consumo problemático o deterioro cognitivo progresivo, falta de respuesta, polifarmacia o complejidad diagnóstica. Ideación suicida con intención o plan, intento reciente, psicosis, manía, agitación grave, intoxicación, incapacidad de autocuidado o imposibilidad de garantizar seguridad requieren evaluación inmediata y activación del circuito local de emergencia. Antes de iniciar tamizaje deben

definirse instrumentos, responsables, vías de confirmación, tratamiento, seguimiento y respuesta a urgencias. En contextos con recursos limitados es preferible una estrategia escalonada y segura —preguntas breves, instrumentos simples, capacitación y derivación clara— a un programa amplio de cribado sin capacidad de respuesta. El abordaje debe tratar en paralelo los componentes menopáusicos, psiquiátricos y sociales cuando coexisten.

6.1. Sueño, síntomas vasomotores y ánimo

Los sudores nocturnos pueden producir microdespertares y fragmentación del sueño; el insomnio, a su vez, reduce regulación emocional, concentración y tolerancia al estrés. Depresión y ansiedad también pueden aumentar vigilancia, rumiación y percepción de los sofocos, por lo que la relación es bidireccional. El control de los síntomas vasomotores puede mejorar sueño y bienestar, pero la persistencia de síntomas afectivos exige una evaluación independiente. Deben diferenciarse insomnio crónico, apnea obstructiva, síndrome de piernas inquietas, alteración circadiana y sueño fragmentado por dolor, nocturia o sustancias.

6.2. Cognición y longevidad saludable

Las quejas de «niebla mental» durante la transición menopáusica suelen involucrar atención, búsqueda de palabras, memoria prospectiva y aprendizaje verbal. Los cambios objetivos descriptos son generalmente pequeños y pueden estar modulados por sueño, síntomas vasomotores, depresión, ansiedad, estrés, dolor y medicamentos. La progresión, pérdida de autonomía, desorientación, cambios conductuales, signos neurológicos o preocupación corroborada por terceros justifican evaluación cognitiva específica. La reducción del riesgo de deterioro cognitivo debe ser multifactorial e incluir salud vascular, actividad física, audición, visión, tabaco, alcohol, depresión y conexión social.

6.3. Prevención: del individuo al entorno

La prevención comprende niveles primordial, primario, secundario y terciario. Además de hábitos saludables, debe contemplar aislamiento social, violencia, edadismo, precariedad y sobrecarga de cuidados. La detección de violencia sin una respuesta disponible puede aumentar el riesgo; los equipos deben conocer recursos sanitarios, sociales y legales locales. Promover conexión social y actividades significativas forma parte de una estrategia de longevidad saludable porque la meta

no es sólo reducir síntomas, sino preservar la capacidad de decidir, vincularse, trabajar, descansar, aprender y participar.

6.4. Consideraciones prácticas sobre THM y salud mental

Cuando síntomas vasomotores y alteraciones del sueño son clínicamente relevantes, la THM puede mejorar indirectamente el bienestar emocional al tratar esos componentes. En mujeres perimenopáusicas seleccionadas con depresión, el estradiol transdérmico puede considerarse como coadyuvante, reconociendo la baja certeza de la evidencia y sin desplazar psicoterapia o farmacoterapia cuando están indicadas. En mujeres posmenopáusicas no se ha demostrado un efecto antidepresivo consistente. La tolerabilidad afectiva de los progestágenos puede variar y debe reevaluarse clínicamente. La anticoncepción hormonal puede ser útil para anticoncepción, sangrado y algunos síntomas perimenopáusicos, pero no existe evidencia suficiente para considerarla tratamiento de la depresión clínica.

7. Recomendaciones graduadas

Recomendación	**Certeza**	**Fuerza**
Integrar salud mental, función y entorno en la atención de mediana edad.	Moderada	Fuerte
Evitar considerar la menopausia como causa inevitable de enfermedad mental.	Moderada	Fuerte
Indagar ánimo, ansiedad, sueño, sustancias, violencia, función y red social.	Moderada	Fuerte
Tamizar depresión sólo con confirmación, tratamiento y seguimiento disponibles.	Moderada	Fuerte
Usar PHQ-2/9 y GAD-2/7 como apoyo, no como diagnóstico aislado.	Moderada	Fuerte
Evaluar suicidio ante síntomas/señales y activar urgencia cuando corresponda.	Consenso	Buena práctica
No realizar tamizaje cognitivo universal por menopausia.	Baja	Condicional
Promover actividad física y reducir sedentarismo.	Moderada	Fuerte
Abordar insomnio con CBT-I y tratar causas concomitantes.	Alta*	Fuerte
Promover conexión social y abordar soledad/aislamiento.	Moderada	Fuerte
Detectar violencia y disponer respuesta asistencial.	Consenso	Buena práctica
Ofrecer psicoterapia y/o antidepresivos para depresión según gravedad.	Alta*	Fuerte
Evaluar bipolaridad antes de iniciar antidepresivos.	Moderada	Fuerte
Indicar THM por síntomas menopáusicos, no como psicofármaco universal.	Alta/Moderada	Fuerte
Considerar estradiol como coadyuvante sólo en depresión perimenopáusica seleccionada.	Baja	Condicional

No indicar THM para prevención primaria de depresión o demencia.	Moderada	Fuerte
Asegurar continuidad entre ginecología, atención primaria y salud mental.	Consenso	Buena práctica

* Alta certeza para la intervención en población adulta general; la aplicabilidad específica a la transición menopáusica es predominantemente indirecta.

8. Algoritmo clínico resumido

Consulta de mediana edad → indagación breve → síntomas/riesgo o deterioro funcional → tamizaje dirigido + entrevista clínica → descartar bipolaridad, causas médicas y riesgo suicida → formular componentes biológicos, psicológicos y sociales → tratar en paralelo → definir derivación y seguimiento.

Conclusión

La prevención y detección temprana de problemas de salud mental durante la transición menopáusica son posibles y clínicamente relevantes, pero requieren evitar tanto la atribución automática de todo síntoma a las hormonas como la negación del contexto reproductivo. La consulta ginecológica puede modificar trayectorias futuras si integra factores de riesgo, función, entorno, tamizaje con capacidad de respuesta, tratamiento de síntomas menopáusicos y psiquiátricos, protección de la seguridad y continuidad asistencial. La meta de longevidad saludable es preservar autonomía, participación y calidad de vida, no medicalizar la menopausia.

Referencias

1. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression. Menopause. 2018;25:1069–1085.

2. Badawy Y, Spector A, Li Z, Desai R. The risk of depression in the menopausal stages: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024;357:126–133.

3. Khadilkar S, Divakar H, Benedetto C, et al. FIGO best practice recommendations for the mental health of women at menopausal age. Int J Gynaecol Obstet. 2026;173:588–601.

4. US Preventive Services Task Force. Screening for depression and suicide risk in adults. JAMA. 2023;329:2057–2067.

5. US Preventive Services Task Force. Screening for anxiety disorders in adults. JAMA. 2023;329:2163–2170.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: identification and management. NG23. Updated 2026.
7. The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement. Menopause. 2022;29:767–794.
8. World Health Organization. Integrated care for older people (Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE)). 2nd ed. 2025; Risk reduction of cognitive decline and dementia. 2nd ed. 2026.
9. Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 Lancet Commission. Lancet. 2024;404:572–628.
10. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008;336:924–926.
11. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: SWAN. J Affect Disord. 2007;103:267–272.
12. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:375–382.
13. Maki PM, Jaff NG. Brain fog in menopause: a health-care professional's guide for decision-making and counseling on cognition. Climacteric. 2022;25:570–578.
14. World Health Organization. From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies. Geneva: WHO; 2025.
15. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
16. Anekwe CV, Cano A, Mulligan J, et al. The role of lifestyle medicine in menopausal health. Climacteric. 2025;28:478–496.

3. Sexualidad en la mujer postmenopáusica

3a. Consejería y abordaje por el tocoginecólogo

1. Introducción y marco conceptual

La sexualidad es un comportamiento que evoluciona a lo largo de toda la vida, determinado por factores biológicos, psicológicos, relacionales y socioculturales; la noción de que finaliza con el envejecimiento carece de sustento (1). Reducir la sexualidad a la genitalidad o al coito es un enfoque conceptualmente limitado. A

pesar de la alta prevalencia de disfunciones sexuales en el climaterio, la consulta espontánea es baja, en parte porque tanto pacientes como profesionales tienden a naturalizar estos problemas como parte inevitable del envejecimiento, desconociendo que la mayoría tiene abordaje eficaz (2). Una actitud sexual positiva se asocia con mejor calidad de vida y menor riesgo cardiovascular, por lo que la sexualidad constituye un pilar del "envejecimiento exitoso" (3).

La calidad de vida según la OMS mide cuatro pilares: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno/ambiente, no es sólo la ausencia de enfermedad sino como siente que está viviendo. Se utilizan cuestionarios como SF-36, WHOQOL-BREF para evaluarla

La calidad de vida sexual se define según la OMS como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

La expectativa de vida en la mujer es alrededor de 80 años, la edad de la menopausia promedio es entre 48-50 años, por lo tanto las mujeres vivirán el 40 % de su vida en menopausia

2. Epidemiología

Las series publicadas reportan disfunción sexual femenina en un rango de 16-45% (4,5). El estudio PRESIDE (n=50.001) halló una prevalencia de trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD) de 12,3% entre los 45 y 64 años (6). La actividad sexual persiste en la mayoría de las cohortes de personas mayores, aunque declina progresivamente; en el estudio PEPI el 60% de las mujeres de 55-64 años permanecía sexualmente activa (7,8). El malestar asociado a los síntomas sexuales afecta a 12-22% de las mujeres estadounidenses de 45-64 años (9), y la disfunción eréctil de la pareja llega al 76% en mayores de 80 años (10). Los motivos de cese de la actividad sexual varían con la edad: disfunción eréctil de la pareja antes de los 45, bajo deseo entre los 45-59, y falta de pareja después de los 60.

En Argentina, un estudio observacional transversal realizado en el Hospital de Clínicas "José de San Martín" (CABA) entre noviembre de 2023 y enero de 2025, sobre 241 encuestas FSFI válidas en mujeres sexualmente activas de 20 a 59 años,

halló una prevalencia de disfunción sexual global de 29,9%. El compromiso por dominio mostró un patrón etario definido: las alteraciones del deseo y del orgasmo predominaron en mujeres jóvenes (25-34 años), mientras que la lubricación, el dolor (dispareunia) y la satisfacción se deterioraron marcadamente a partir de los 35-40 años, con picos en los grupos de 40-44 y 50-54 años (disfunción global de 50% y 53,6% respectivamente), coincidiendo con la transición perimenopáusica (45). Llamativamente, el grupo de mujeres mayores de 55 años mostró una prevalencia global más baja (16,4%), atribuible a limitaciones del instrumento para captar la disfunción en edades avanzadas o a una menor percepción del problema por parte de las pacientes, un hallazgo consistente con la literatura internacional (45).

3. Abordaje clínico:

Historia Médica y Endocrina: Control de diabetes, enfermedad cardiovascular, patología tiroidea.

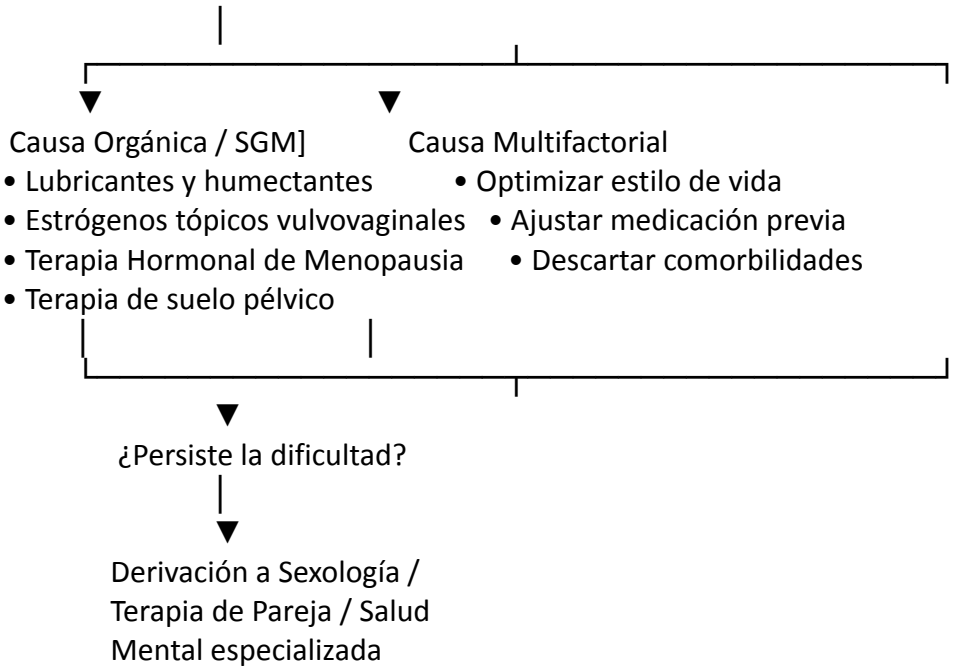
Fármacos Frecuentes: Antihipertensivos, antidepresivos (ISRS), estrógeno/progestágenos sistémicos o moduladores hormonales.

Estado Emocional y de Pareja: Evaluar la presencia de ansiedad, depresión, la dinámica de pareja y si la pareja presenta alguna disfunción (ej. disfunción eréctil).

El modelo PLISSIT (Annon, 1976) (11) estructura la intervención en cuatro niveles crecientes de complejidad: Permiso (P), Información Limitada (LI), Sugerencias Específicas (SS) y Terapia Intensiva (IT) (12). El otorgamiento de permiso —la escucha activa y no prejuiciosa— es transversal a todas las etapas y habilita la consulta. En la etapa de información limitada corresponde indagar cuatro dimensiones etiológicas interrelacionadas: (a) socioculturales (guiones rígidos, presión religiosa/familiar), (b) diádicas (conflicto de pareja, discordancia de frecuencia), (c) psicológicas (ansiedad, imagen corporal, trauma no resuelto) y (d) físicas (dolor, cambios hormonales, comorbilidad). La evaluación puede apoyarse en instrumentos validados: SSS-W (14), DSFI (17), FSFI (18) y DESEA (19). Debe recordarse que la clave de la respuesta sexual femenina no reside exclusivamente en el deseo sino en la satisfacción e intimidad (13), y que la actividad sexual incluye cualquier práctica sexualmente excitante, no solo el coito (15,16).

Algoritmo del manejo inicial para el tocoginecólogo

Tamizaje Positivo / Consulta por Disfunción Sexual



Cuando derivar al sexólogo

- Disfunción sexual primaria o de larga evolución no vinculada directamente al SGM.
- Conflictos severos de pareja o trauma psicológico previo.
- Ausencia de respuesta al tratamiento estrogénico/humectante local adecuadamente administrado.
- Necesidad de abordaje psicoterapéutico específico (terapia cognitivo-conductual en sexualidad).

4. Cambios hormonales y neurobiología

La transición menopáusica se caracteriza por disminución de estrógenos, testosterona y DHEA. La producción de testosterona cae aproximadamente 25% tras la menopausia, con niveles de DHEA-S hasta 74% inferiores; sin embargo, la caída de SHBG mantiene relativamente estable la fracción libre en muchas mujeres (21,22,23). A nivel central, la motivación sexual depende del equilibrio dopaminérgico mesolímbico, modulado por melanocortina, orexina y kisspeptinas bajo influencia androgénica/estrogénica; la fase de excitación es mediada por óxido nítrico y VIP a nivel vaginal, y la fase orgásmica por oxitocina, serotonina y opioides endógenos (24,25). La privación estrogénica reduce el flujo sanguíneo pélvico y genera atrofia genitourinaria (sequedad, adelgazamiento epitelial, disminución de la vasculatura submucosa), determinando dispareunia, disminución de la intensidad

orgásmica e infecciones urinarias recurrentes (27,28,29). La actividad sexual regular per se preserva la vascularización vaginal y atenúa la atrofia (26). Existe además una vía fisiopatológica común con la disfunción endotelial (daño por estrés oxidativo, dislipidemia) que vincula los trastornos sexuales del climaterio con el riesgo cardiovascular, por lo que la consulta sexológica es una oportunidad de tamizaje metabólico (31,32).

5. Disfunciones prevalentes en el climaterio

Predominan los trastornos de interés/excitación sexual (ausencia de fantasías, de deseo espontáneo o de respuesta a estímulos eróticos) y los trastornos de orgasmo. El trastorno de interés afecta hasta 40% de las mujeres, mientras que el HSDD —definido por la presencia de malestar asociado— tiene una incidencia de 8-19% (35,36). Entre los predictores de riesgo se destacan: antecedentes de baja calidad de la vida sexual previa, conflicto de pareja, baja autoestima e imagen corporal negativa, escasa creatividad sexual y actitud sexual negativa. El couplepause describe la coincidencia temporal de síntomas sexuales en ambos miembros de la pareja (disfunción eréctil/eyaculación retardada en el varón, atrofia genitourinaria en la mujer), que amplifica la disfunción de ambos (33,34).

6. Abordaje terapéutico basado en evidencia

El tratamiento debe ser multimodal (biológico, psicológico, diádico y sociocultural); a continuación se sintetizan las intervenciones biológicas con mayor respaldo.

Dolor a la penetración / atrofia urogenital: lubricantes acuosos (pectina, ácido hialurónico) y lipídicos para uso sintomático; estrógenos o SERM locales como primera línea en atrofia moderada-severa, con mejoría del pH, la vascularización y la lubricación en plazos cortos (37,38); la terapia hormonal sistémica aporta beneficio adicional sobre el confort vaginal (estudio KEEPS), con mayor efecto sobre deseo y satisfacción con la vía transdérmica respecto de la oral (30.

Trastorno de deseo sexual hipoactivo: la terapia con testosterona mejora el deseo en mujeres postmenopáusicas con HSDD que no responden a estrogenoterapia sola (Nivel I, Grado A) (39,40). El Consenso Argentino 2026 y las guías ISSWSH concluyen que la única indicación con respaldo de evidencia es el HSDD, recomiendan medir testosterona total (no libre) como biomarcador, y desaconsejan formulaciones supra-fisiológicas (pellets, inyectables) por riesgo de

virilización y alteración del perfil lipídico (41). A dosis fisiológicas, los efectos adversos se limitan a leve aumento de acné y vello corporal, sin alopecia, clitoromegalia ni cambio de voz (Nivel I, Grado A). Se requiere control periódico endometrial y mamario, laboratorio general con perfil lipídico y metabólico. Se debe suspender luego de 6 meses sin respuesta positiva.

DHEA (uso off-label): no mejora síntomas vasomotores, cognición ni deseo de forma consistente; puede aportar una mejoría modesta de la función sexual a dosis de 25-50 mg/día, con riesgo de virilización y alteración lipídica a dosis mayores; se recomienda monitorizar testosteronemia (no superar 80 ng/dl) (21).

Tibolona: eficaz sobre síntomas vasomotores, estado de ánimo y atrofia genitourinaria, con superioridad sobre la terapia hormonal clásica en deseo, excitación y orgasmo, atribuible a su efecto androgénico directo y a la reducción de SHBG (42).

Flibanserina y bremelanotide: aprobados por la FDA para el tratamiento farmacológico del deseo sexual hipoactivo; el bremelanotide cuenta también con aprobación en mujeres premenopáusicas (43,44).

Hormonas y pro hormonas	**Disfunción sexual femenina**
Testosterona (gel 1mg)	HSDD postmenopáusica
DHEA (off label) vía oral	DSH (mejora sensación bienestar)
DHEA prasterona 6.5mg óvulos	DE / DO
Estrógenos (promestrieno) óvulos y crema	DE / DO

Tto bupropión (antidepresivo, (i) recaptación de DA y NA Vortioxetina, trazona, mirtazapina Agomelatina M1, M2	DE (2ria a fármacos)
Tto flibanserín vía oral diaria (agonista 5ht1A y antag 5ht2A	DSH
Geles con arginina	DO
IRSS	Fobias
Anestésicos locales, venlafaxina, pregabalina, gabapentin,	Vaginismo
Bremelanotide, agonista melanocortina 1.75mg sc. A demanda	HSDD premenopáusica
Tibolona 1.25-2,5 mg vía oral, diaria	

7. Conclusiones

La evaluación de la función sexual debe ser parte fundamental de la consulta de cualquier persona.

Los cambios fisiológicos en el climaterio permiten el desarrollo de la actividad sexual

La satisfacción sexual no tiene por que disminuir y a veces puede mejorar

El abordaje de la sexualidad en el climaterio requiere una mirada integral que combine escucha clínica estructurada (PLISSIT), evaluación etiológica

multidimensional y tratamientos biológicos basados en evidencia, sin reducir la problemática a la caída hormonal ni prometer resolución exclusivamente farmacológica. La testosterona en dosis fisiológicas (Nivel I, Grado A) y los estrógenos locales constituyen las intervenciones con mayor respaldo, siempre en el marco de un tratamiento combinado con terapia sexual que aborde los factores diádicos, psicológicos y socioculturales concurrentes.

Referencias

1 Traupmann J, Eckels E, et al. Intimacy in women's lives. Gerontologist. 1982;6:493-8.

2 Heidari M, Ghodusi M, et al. Sexual factors and function affecting menopause: a systematic review. J Menopausal Med. 2019;25:15-17.

3 Havighurst R. The measurement of life satisfaction. J Gerontologist. 1961;1:8-13.

4 Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. J Sex Med. 2011;8:2420-2430.

5 Hayes R, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? J Sex Med. 2006;4:589-95.

6 Johannes C, Clayton A, Rosen R, Monz BU. Distressing sexual problems in United States women revisited. J Clin Psychiatry. 2009;70:1698-1706.

7 Holly T, Hess R, Thurston R. Correlates of sexual activity and satisfaction in midlife and older women. 2015;13:336-42.

8 Fredrick A. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions Trial. JAMA. 1995;21:1675.

9 Leiblum R, Koochaki P, Rodenberg C, Barton I, Rosen R. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: WISHeS. Menopause. 2006;1:46-56.

10 Hagerstown JSA. Behavioral treatment of sexual problems: brief therapy. 1977;1:166.

11 Annon JS. The PLISSIT model. J Sex Educ Ther. 1976.

12 Maragakis A, O'Donohue W. Principle-based stepped care and brief psychotherapy for integrated care settings. Springer; 2018.

13 Basson R. Human sexual response. Handb Clin Neurol. 2015;130:11-18.

14 Meston C, Trapnell P. Development and validation of the SSS-W. J Sex Med. 2005;1:1743-1745.
15 Bartos S. Sexual health and sexual behavior. Oxford Research Encyclopedia of Psychology; 2020.
16 Jannini EA, Nappi RE. Couplepause: a new paradigm in treating sexual dysfunction during menopause and andropause. Sex Med Rev. 2017.
17 Wang C, Stephens-Shields AJ, DeRogatis L, Cunningham G, et al. Validity and clinically meaningful changes in the DISF/DSFI. J Sex Med. 2018;15:997-1009.
18 Rosen R. FSFI. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research; 2014.
19 Cabello-Santamaría F, Cabello-García M, Aragón-Vela J, Del Río J. Creating and validating the DESEA questionnaire. J Clin Med Res. 2020;9:2301-2314.
20 Chua Y, Limpaphayom K, Cheng C, Sumapradja K, et al. Genitourinary syndrome of menopause in five Asian countries: REVIVE survey. Climacteric. 2017;20:367-73.
21 Labrie F. Intracrinology and menopause. Menopause. 2019;(2):220-224.
22 Labrie F, et al. (referencia complementaria sobre andrógenos y menopausia).
23 Speroff T, Dawson L, Speroff L, Haber J. Risk-benefit analysis of elective bilateral oophorectomy. Am J Obstet Gynecol. 1991;161:164-171.
24 Janniko R, Morten L, Pfaus J. Sex for fun: a synthesis of human and animal neurobiology. Nature. 2012;9:486.
25 Pfaus JG. Neurobiology of sexual desire. PsycEXTRA Dataset. 2010;6:751-758.
26 Bach L, Mortimer J, VandeWeerd C. Association of physical and mental health with sexual activity in older adults. J Sex Med. 2013;10:2671-2678.
27 Athey R, Kershaw V, Radley S. Systematic review of sexual function in older women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021;267:198-204.
28 Yureneva S, Yeprikyan Y, Donnikov A, Ezhova L, Trofimov D. Vaginal microbiota, vulvovaginal atrophy and vaginal signs in postmenopausal women. Maturitas. 2019;4:40-47.

29 Popkov AV. Local estrogens in the treatment of vaginal atrophy. Medical Network «Dobrobut»; 2019;141:38-41.
30 Miller VM, Taylor M, Naftolin F, Gleason G, et al. Lessons from KEEPS. Climacteric. 2021;24:139-45.
31 Musicki B, Liu T, Travis D, Lagoda T, Burnett A. Post-translational regulation of eNOS by estrogens in the rat vagina. J Sex Med. 2010;8:419-426.
32 Hildreth K, Ozemek C, Kohrt W, Blatchford P, Moreau K. Vascular dysfunction across the stages of the menopausal transition. Menopause. 2018;25:1011-1019.
33 Thomas HN, Hamm M, Borrero S, Hess R, Thurston R. Body image, attractiveness and sexual satisfaction among midlife women. J Womens Health. 2019;28:100-106.
34 Jannini EA, Nappi RE. Couplepause: a new paradigm in treating sexual dysfunction during menopause and andropause. Sex Med Rev. 2018;6:384-395.
35 Malary M, Khani S, Pourasghar M, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Biopsychosocial determinants of hypoactive sexual desire in women. Mater Sociomed. 2015;27:383-389.
36 Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife. Maturitas. 2016;87:49-60.
37 Constantine G, Graham S, Koltun W, Kingsberg S. Assessment of ospemifene or lubricants on clinical signs of VVA. J Sex Med. 2014;11:1033-1041.
38 Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy (ISSWSH/NAMS). Menopause. 2014;21:1063-1068.
39 Davis S. Use of testosterone in postmenopausal women. Endocrinol Metab Clin North Am. 2021;50:113-124.
40 Rowen TS, Davis SR, Parish S, Simon J, Vignozzi L. Methodological challenges in studying testosterone therapies for HSDD in women. J Sex Med. 2020;17:585-594.
41 Parish SJ, Simon JA, Davis SR, Giraldi A, Goldstein I, et al. ISSWSH clinical practice guideline for the use of systemic testosterone for HSDD in women. J Womens Health. 2021:474-491.

42 Davis SR. The effects of tibolone on mood and libido. Menopause. 2002;9:162-170.
43 Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, Hedges P, Lesko L, Garcia M Jr, Sand M; BEGONIA trial investigators. Efficacy of flibanserin in women with HSDD: BEGONIA trial. J Sex Med. 2013;10:1807-1815.
44 Kingsberg S, Clayton A, Portman D, Krop J, Jordan R, Simon JA. Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: two randomized phase 3 trials. Obstet Gynecol. 2019;134:899-908.
45 Soloa P, Bolognessi VL, Gómez Cherey JF, Blanco AM, Puñal A, Maldonado VA, Ortiz JE. Disfunciones sexuales según grupo etario en un hospital de referencia. Sección Sexología Clínica / Sección Patología Vulvovaginal, División de Ginecología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA. 2025.
46 WHOQOL Group. The world Health Organization Quality of life assesment: position paper from the world health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10): 1403-9
47 Ware, J. E., Sherbourne, C.D. (1992) The Mos 36- ítem short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and ítem selection. Medical Care, 30-(6), 473-483.doi.org
48 The North American Menopause Society Management of menopausal symptoms. Menopause 2022;29(7): 767-94

3b. Salud vaginal Tips para dar en el consultorio

Autoras: Dra Claudia Scalise, Dra Cecilia Ruiz

Introducción

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) —término que reemplazó al de “atrofia vulvovaginal”— agrupa los síntomas y cambios anatómicos derivados del descenso estrogénico y androgénico sobre la vulva, el vestíbulo, la vagina, la uretra y la vejiga: sequedad, ardor, irritación, dispareunia y síntomas urinarios como disuria, urgencia e infecciones urinarias recurrentes [1,2]. A diferencia de los síntomas vasomotores, que se atenúan con el tiempo, el SGM es crónico y progresivo si no se trata, con una prevalencia estimada entre el 36 % y el 90 % de las mujeres peri y posmenopáusicas [3].

El problema en la práctica diaria no es la falta de tratamientos eficaces, sino el subdiagnóstico: la mayoría de las pacientes no consulta espontáneamente por

vergüenza o porque asume que “es parte normal de envejecer”. Preguntar de manera activa, con intervenciones breves y sostenidas en el tiempo, es la herramienta de mayor impacto disponible en el consultorio.

Justificación

El SGM afecta la calidad de vida, la salud sexual y el vínculo de pareja de una proporción muy amplia de mujeres posmenopáusicas, y su impacto suele subestimarse tanto por las pacientes como por el equipo de salud. Existe evidencia sólida sobre intervenciones seguras, accesibles y de bajo costo que hoy se subutilizan. Este capítulo propone recomendaciones prácticas, aplicables en una consulta breve y ajustadas a la disponibilidad real de recursos terapéuticos en la Argentina.

Alcance, contenidos y usuarios

Dirigido a tocoginecólogos/as y al equipo de atención primaria que asiste mujeres en la peri y posmenopausia. Se centra en la pesquisa, el consejo breve y el tratamiento escalonado del SGM. Asumiendo los cortos tiempos de atención, llevamos a la practica una breve tabla practica para agilizar el diagnostico y eventuales intervenciones. [Anexo 1]

Conceptualización del problema

Tópicos estudiados

- Pesquisa activa de síntomas genitales, sexuales y urinarios en la consulta ginecológica de rutina.
- Signos clínicos orientadores y criterio diagnóstico clínico, sin necesidad de estudios complementarios.
- Medidas generales e higiénicas para la salud vulvovaginal.
- Tratamiento no hormonal de primera línea: lubricantes y humectantes.
- Estrogenoterapia local de dosis bajas y promestrieno, según disponibilidad en la Argentina.
- Prasterona (DHEA) vaginal como alternativa hormonal local.
- Seguridad endometrial y cáncer hormonodependiente.
- Opciones de segunda línea (dispositivos de energía, PRP) y criterios de derivación.

Puntos clave para la consulta (intervención breve)

- Incorporar 2-3 preguntas de rutina: “¿Nota sequedad, ardor o picazón?” / “¿Le duele en las relaciones?” / “¿Tiene ardor al orinar o infecciones urinarias repetidas?”
- Nombrar el problema con naturalidad: “esto le pasa a la mayoría de las mujeres en esta etapa y tiene solución” reduce la vergüenza y habilita el tratamiento.
- El diagnóstico es clínico (palidez y pérdida de pliegues vaginales, fragilidad de la mucosa, estrechamiento del introito); no se requieren estudios para iniciar tratamiento [4].
- Explicar que el tratamiento local es seguro, de uso prolongado, y no depende de ni reemplaza a la terapia hormonal sistémica.
- Medidas generales e higiene íntima
- Limpieza diaria, suave y solo externa (agua o jabón líquido hipoalergénico, pH 4,2-5,6). Evitar jabones en pastilla, baños de espuma, exfoliantes, duchas vaginales y antisépticos: resecan y alteran la microbiota. Limpiar con la mano, secar sin frotar [5,6,7,8,9].
- Ropa interior de algodón, holgada, de colores claros; lavar aparte sin suavizante ni detergentes “biológicos” [7,8].
- Usar con moderación perfumes, desodorantes íntimos, toallitas húmedas, talco y protectores diarios de rutina; ojo con cremas de venta libre (herbales, antimicóticas sin indicación), que también pueden irritar [7,8].
- Antes y después de las relaciones, higienizar de adelante hacia atrás suavemente. Los productos con base de ácido láctico ayudan como complemento en infecciones vaginales, pero no reemplazan el tratamiento [8,9]. Ningún producto debe arder o irritar la zona cuando se utiliza; re ver con el profesional.
- Lubricante en base acuosa o de silicona durante la relación sexual; humectante vaginal 2-3 veces por semana para hidratación sostenida; mantener la actividad sexual regular favorece el flujo sanguíneo local y la elasticidad tisular.

Tratamiento farmacológico local (SGM moderado-grave o falta de respuesta)

- Estrógeno vaginal de dosis bajas: cremas u óvulos de estriol/estradiol, con esquema de inicio diario durante 2 semanas y luego 2-3 veces por semana de mantenimiento. Es el tratamiento hormonal local más eficaz y con más respaldo; no requiere agregado de progestágeno ni control endometrial de rutina en las dosis bajas habituales [1,10,11].
- Promestrieno: estrógeno tópico específico, con más de 40 años de uso clínico y comercialización vigente en la Argentina. Su absorción sistémica es mínima (<1%) y no se han demostrado cambios hormonales sistémicos ni endometriales significativos con las dosis terapéuticas estudiadas. Por su disponibilidad, tolerabilidad y perfil de exposición sistémica mínima, es en la práctica una opción de primera línea local en nuestro medio [12,13].
- Prasterona (DHEA) vaginal: óvulo diario de 6,5 mg. Actúa de forma intracrina en el propio tejido vaginal (conversión local a estrógenos y andrógenos), con exposición sistémica baja. Mejora la sequedad y la dispareunia moderada-grave; verificar disponibilidad y cobertura local antes de indicarla [14,15].

Situaciones especiales

- Cáncer de mama u otro tumor hormonodependiente: priorizar medidas no hormonales; si son insuficientes, considerar estrógeno vaginal de dosis bajas o promestrieno mediante decisión compartida con oncología, especialmente bajo inhibidores de aromatasa [16,17].
- Todo sangrado posmenopáusico debe investigarse, independientemente del uso de estrógeno vaginal.
- Dispareunia que persiste pese al tratamiento local adecuado: descartar vulvodinia, vaginismo o disfunción del piso pélvico y derivar a especialista en dolor pélvico o kinesiología especializada [18].

Opciones de segunda línea (evidencia limitada, decisión compartida)

- Láser (CO_2 fraccionado, Er:YAG) y radiofrecuencia: un ensayo aleatorizado contra procedimiento simulado no mostró diferencia significativa en la severidad de los síntomas a los 12 meses [19]; otro

ensayo que comparó láser directamente contra estrógeno vaginal encontró mejoría similar con ambos, aunque cerró antes de alcanzar el poder estadístico previsto [20]. En conjunto, la certeza de la evidencia es baja, el costo es variable y la experiencia del profesional es categórica.

- Plasma rico en plaquetas (PRP): resultados preliminares favorables, sin protocolo estandarizado ni comparación robusta frente a placebo; considerar solo en pacientes seleccionadas, explicando el nivel de evidencia [21].

Niveles de evidencia y recomendaciones

Grados según la escala FASGO 2021: Tipo A (meta-análisis o ensayos randomizados de buena calidad), Tipo B (evidencia limitada: cohortes/casos y controles de buena calidad o ensayos randomizados de baja calidad), Tipo C (evidencia baja: series de casos, guías de reconocimiento internacional) y Tipo D (opinión del grupo FASGO ante falta de evidencia).

Recomendación	Grado
Preguntar activamente por síntomas genitales, sexuales y urinarios en cada consulta de la peri/posmenopausia	D
Ofrecer lubricantes y humectantes no hormonales como primera línea o complemento	B
Ofrecer estrógeno vaginal de dosis bajas para sequedad, ardor o dispareunia por SGM moderado-grave	A
Promestrieno como estrogenoterapia local de exposición sistémica mínima y amplia disponibilidad en la Argentina	B
Prasterona vaginal como alternativa hormonal local para SGM moderado-grave	A
No asociar progestágeno de rutina ni requerir vigilancia endometrial sistemática con estrógeno vaginal de dosis bajas	B
En sobrevivientes de cáncer de mama, priorizar no hormonales; considerar estrógeno local o promestrieno con decisión compartida	B
Dispositivos basados en energía (láser, radiofrecuencia) en pacientes seleccionadas, con evidencia aún limitada	C
PRP como terapia regenerativa emergente, de uso individualizado	C

Conclusiones

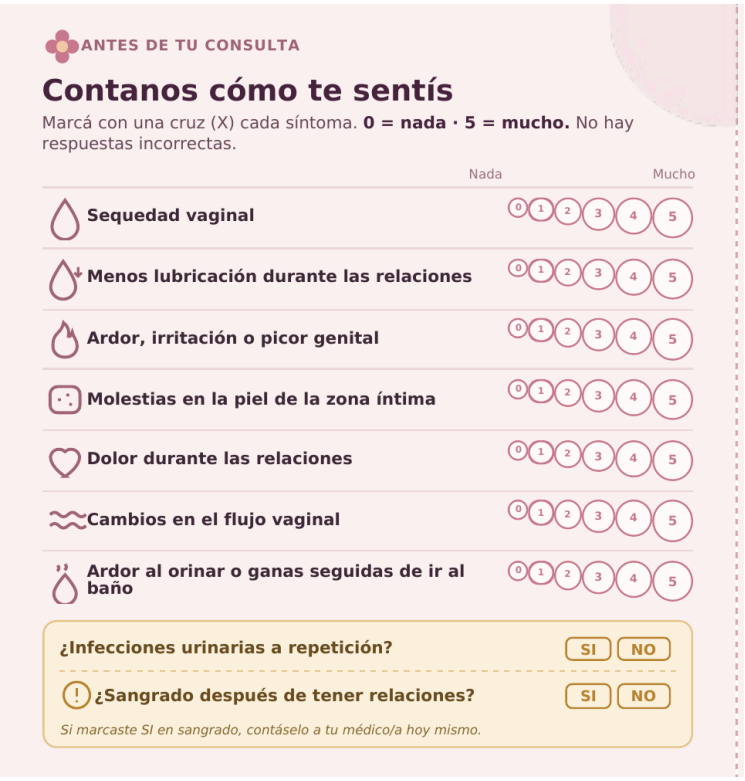
El SGM está subdiagnosticado y subtratado pese a contar con opciones terapéuticas seguras, eficaces y disponibles en nuestro medio. Preguntar de manera sistemática, explicar con lenguaje claro y ofrecer un tratamiento escalonado —desde medidas generales hasta estrogenoterapia local o prasterona, adaptado a la disponibilidad local— permite mejorar de forma sostenida la calidad de vida y la salud sexual de la mujer posmenopáusica. Las opciones de segunda línea (láser, radiofrecuencia, PRP) pueden ofrecerse en casos seleccionados, siempre explicitando el grado de certeza de la evidencia disponible. Se acompaña este capítulo con una herramienta de cribado para sala de espera (Anexo 1), pensada para facilitar la pesquisa activa propuesta en la sección anterior.

Referencias

1. American Urological Association / SUFU / AUGS. Guideline on the Genitourinary Syndrome of Menopause. J Urol. 2025.
2. Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy. Menopause. 2014;21(10):1063-1068.
3. Valadares ALR, Kulak Junior J, Paiva LHS, et al. Genitourinary Syndrome of Menopause. FEBRASGO Position Statement Number 3. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(3):319-324.
4. The Menopause Society. MenoNote: Genitourinary Syndrome of Menopause. menopause.org.
5. Bohbot JM, Rebelo C, Nappi RE. Vulvar Care: Reviewing Concepts in Daily Hygiene. Healthcare. 2025;13(13):1523.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vulvovaginal Health (patient FAQ). acog.org.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Vulval Skin Disorders. RCOG; 2011.
8. Arab H, Almadani L, Tahlak M, et al. The Middle East and Central Asia guidelines on female genital hygiene. BMJ Middle East. 2011;19:99-106.
9. Chen Y, Bruning E, Rubino J, Eder SE. Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: global hygiene practices and product usage. Womens Health (Lond). 2017;13(3):58-67.

10. The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022;29(7):767-794.
11. The North American Menopause Society. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement. Menopause. 2020;27(9):976-992.
12. Facchini G, Berretta M, Giorda G, Del Pup L, Cavaliere C, Di Francia R, De Paoli P. Promestriene, a specific topic estrogen. Review of 40 years of vaginal atrophy treatment: is it safe even in cancer patients? Anticancer Drugs. 2013;24(10):989-998.
13. Del Pup L, Postruznik D, Corona G. Effect of one-month treatment with vaginal promestriene on serum estrone sulfate levels in cancer patients: a pilot study. Maturitas. 2012;72(1):93-94.
14. Labrie F, Archer DF, Koltun W, Vachon A, Young D, et al; VVA Prasterone Research Group. Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause. Menopause. 2016;23(3):243-256.
15. Palacios Gil-Antuñano S, Sánchez Borrego R, Mendoza N, Manubens JM, Molero Vilchez J, Sánchez Méndez S, González S. Prasterona (DHEA intravaginal): eficacia y seguridad únicas en mujeres con atrofia vulvovaginal. Toko-Ginecología Práctica. 2018;761:382-390.
16. Faubion SS, et al. Management of GSM in women with or at high risk for breast cancer: NAMS/ISSWSH consensus. Menopause. 2018;25(6):596-608.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Treatment of Urogenital Symptoms in Individuals With a History of Estrogen-dependent Breast Cancer. Clinical Consensus No. 2. Obstet Gynecol. 2021;138:950-960.
18. Bornstein J, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain. Obstet Gynecol. 2016;127:745-751.
19. Li FG, et al. Effect of fractional carbon dioxide laser vs sham treatment on symptom severity in postmenopausal women with vaginal symptoms. JAMA. 2021;326(14):1381-1389.
20. Paraiso MFR, et al. A randomized clinical trial comparing vaginal laser therapy to vaginal estrogen: the VeLVET Trial. Menopause. 2020;27:50-56.

21. Waghe T, Acharya N, Karnik M, Mohammad S, Patel NA, Gemnani R. Role of Platelet-Rich Plasma in Genitourinary Syndrome of Menopause. Cureus. 2024;16(1):e53316.



ANTES DE TU CONSULTA

Contanos cómo te sentís

Marcá con una cruz (X) cada síntoma. **0 = nada · 5 = mucho.** No hay respuestas incorrectas.

	Nada 0 1 2 3 4 5 Mucho
Sequedad vaginal	
Menos lubricación durante las relaciones	
Ardor, irritación o picor genital	
Molestias en la piel de la zona íntima	
Dolor durante las relaciones	
Cambios en el flujo vaginal	
Ardor al orinar o ganas seguidas de ir al baño	

¿Infecciones urinarias a repetición? SI NO

¿Sangrado después de tener relaciones? SI NO

Si marcaste SI en sangrado, contáselo a tu médico/a hoy mismo.

Anexo 1. Herramienta de cribado para sala de espera

Como material complementario de uso práctico en el consultorio, se adjunta una tarjeta de autoevaluación pensada para que la paciente la complete en la sala de espera, antes de la consulta. Utiliza un lenguaje simple y una escala visual (círculos de tamaño creciente) para facilitar su uso independientemente del nivel de alfabetización, y releva los síntomas más frecuentes del SGM junto con dos señales que requieren atención dirigida (infecciones urinarias a repetición y sangrado poscoital).

4. Cuidados y prevención en la mujer con antecedentes de patología oncológica

Autores: Dra Monica Ñañez, Dra Laura Ostertag

Introducción

La supervivencia al cáncer ha experimentado un incremento significativo en las últimas décadas gracias a los avances en detección temprana, tratamientos oncológicos más efectivos y mejoras en el manejo multidisciplinario. Este progreso ha generado una población creciente de mujeres sobrevivientes de cáncer que enfrentan desafíos únicos relacionados con los efectos tardíos y a largo plazo de la enfermedad y sus tratamientos.[1][2]

Las sobrevivientes de cáncer presentan riesgos aumentados de complicaciones cardiovasculares, metabólicas, endocrinas, musculoesqueléticas y psicosociales que impactan significativamente su calidad de vida y longevidad saludable.[3][2][4] Además, estas mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar segundos cánceres primarios, lo que requiere estrategias de vigilancia específicas.[1][5]

Para el tocoginecólogo, este grupo poblacional representa un desafío particular, ya que muchas de las complicaciones relacionadas con el tratamiento oncológico afectan directamente la salud reproductiva, hormonal y ginecológica. La menopausia inducida por tratamiento, las alteraciones en la salud ósea, las disfunciones sexuales y las consideraciones sobre terapia hormonal en sobrevivientes de cánceres ginecológicos son aspectos centrales de la práctica tocoginecológica contemporánea.[6][7][8]

El manejo integral de estas pacientes requiere un enfoque proactivo que equilibre la vigilancia oncológica con la prevención de complicaciones a largo plazo, la optimización de la calidad de vida y la promoción de un envejecimiento saludable.

Justificación: La elaboración de recomendaciones consensuadas sobre el cuidado de mujeres con antecedentes de patología oncológica se justifica por múltiples razones:

- Magnitud del problema: El número de sobrevivientes de cáncer continúa creciendo exponencialmente. Aproximadamente 1 de cada 12 sobrevivientes desarrollará un nuevo cáncer primario, y más de la mitad fallecerá por esta causa.[5] Las complicaciones cardiovasculares y metabólicas también contribuyen significativamente a la morbimortalidad en esta población.[3][9]

- Complejidad del manejo: Las sobrevivientes de cáncer presentan necesidades de salud complejas que requieren coordinación entre múltiples especialidades. La evidencia sobre muchos aspectos del cuidado de

sobrevivientes es limitada y frecuentemente basada en consenso de expertos más que en ensayos clínicos aleatorizados.[1][2]

- Variabilidad en la práctica clínica: Existe considerable variación entre las guías internacionales respecto a la frecuencia de seguimiento, pruebas de vigilancia y manejo de complicaciones.[2] Esta heterogeneidad genera incertidumbre en la práctica clínica y potenciales inequidades en la atención.

- Rol del tocoginecólogo: El tocoginecólogo ocupa una posición privilegiada para el seguimiento longitudinal de estas pacientes, particularmente en aspectos relacionados con salud hormonal, reproductiva, ósea y ginecológica. Sin embargo, muchos profesionales refieren falta de familiaridad con el manejo de problemas específicos de sobrevivientes de cáncer.[8]

El propósito de estas recomendaciones es proporcionar orientación basada en evidencia para el cuidado integral de mujeres con antecedentes oncológicos, facilitando la toma de decisiones clínicas, mejorando la calidad de atención y promoviendo la longevidad saludable en esta población vulnerable.

Alcance, Contenidos y Usuarios

Alcance: Este documento aborda el cuidado y prevención en mujeres adultas con antecedentes de patología oncológica que han completado el tratamiento primario y se encuentran en fase de supervivencia. Se enfoca en la prevención y manejo de complicaciones a largo plazo, vigilancia de recurrencias y segundos cánceres primarios, y optimización de la calidad de vida.

Usuarios: Este consenso está dirigido principalmente a: tocoginecólogos, ginecólogos, Médicos de atención primaria, Oncólogos clínicos otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado de sobrevivientes de cáncer

Ejes temáticos:

1. Vigilancia de recurrencias y detección de segundos cánceres primarios
2. Prevención y manejo de complicaciones cardiovasculares y metabólicas
3. Salud ósea y prevención de osteoporosis
4. Manejo hormonal y salud reproductiva
5. Intervenciones psicosociales y calidad de vida

Conceptualización del Problema

Tópico 1: Vigilancia de Recurrencias y Detección de Segundos Cánceres Primarios

Evidencia: Las recomendaciones de vigilancia para recurrencias varían según el tipo de cáncer y se basan principalmente en el conocimiento de la historia natural específica de cada neoplasia y en análisis de beneficio-daño, más que en evidencia de ensayos clínicos aleatorizados.[1]

Para cáncer de mama, los ensayos aleatorizados no respaldan la vigilancia de enfermedad metastásica en mujeres asintomáticas, ya que la supervivencia global no difiere entre la población tamizada asintomática y aquellas que se someten a pruebas cuando desarrollan síntomas.[1] Las recomendaciones incluyen examen físico cada 3-4 meses durante 3 años, luego cada 6 meses por 2 años, y anualmente después de 5 años, con mamografía anual.[1][5]

Para cáncer de endometrio, se recomienda examen físico (incluyendo pélvico) cada 3-6 meses durante 2-3 años, luego cada 6-12 meses hasta el año 5, y posteriormente anualmente. El antígeno CA-125 se utiliza solo si estaba inicialmente elevado. Las imágenes se reservan para síntomas o hallazgos sospechosos de recurrencia.[5]

Las sobrevivientes de cáncer tienen mayor riesgo de desarrollar segundos cánceres primarios. Casi 1 de cada 12 sobrevivientes desarrollará un nuevo cáncer primario.[5] Los cánceres de pulmón fueron los segundos cánceres primarios más comunes en un estudio de cohorte retrospectivo, representando el 19% de los nuevos cánceres primarios.[5]

Las recomendaciones de tamizaje para nuevos cánceres primarios pueden diferir de las recomendaciones para personas sin historia de cáncer. Por ejemplo, las mujeres que recibieron radioterapia torácica o de manto de 30 Gy o más antes de los 25 años deben ser tamizadas para cáncer de mama con resonancia magnética y mamografía anualmente, comenzando a los 25 años o 8 años después de completar la radioterapia.[10][5]

Nivel de evidencia: Moderado (basado en estudios observacionales y consenso de expertos)

Recomendaciones:

1. Todas las mujeres con antecedentes de cáncer potencialmente curable deben recibir los tamizajes de rutina específicos por sexo y edad recomendados para la población general (colonoscopia, mamografía, citología

cervical y prueba de VPH, densitometría ósea, vacunaciones, y tamizaje de hipertensión, alteraciones lipídicas y diabetes). **Grado de recomendación: A**

2. La vigilancia específica para recurrencias debe individualizarse según el tipo de cáncer, estadio y tratamiento recibido, siguiendo las guías específicas por sitio de organizaciones como American Society of Clinical Oncology (ASCO), National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y sociedades especializadas. **Grado de recomendación: A**

3. En sobrevivientes de cáncer de mama, no se recomienda la vigilancia rutinaria con imágenes o marcadores tumorales en mujeres asintomáticas. **Grado de recomendación: A**

4. Las mujeres que recibieron radioterapia torácica antes de los 25 años deben iniciar tamizaje anual de cáncer de mama con resonancia magnética y mamografía a los 25 años o 8 años después de completar la radioterapia, lo que ocurra último. **Grado de recomendación: B**

5. Se debe realizar historia clínica y examen físico al menos anualmente como parte del tamizaje y detección temprana de segundos cánceres primarios. **Grado de recomendación: A**

6. En cada visita deben revisarse síntomas que pudieran indicar recurrencia, realizar examen clínico dirigido y ordenar pruebas de vigilancia recomendadas por guías. **Grado de recomendación: A**

Tópico 2: Prevención y Manejo de Complicaciones Cardiovasculares y Metabólicas

Evidencia: Las sobrevivientes de cáncer de mama experimentan riesgos elevados de diabetes e hipertensión comparadas con mujeres sin cáncer de mama. En un estudio de cohorte, las sobrevivientes de cáncer de mama tuvieron mayor riesgo de diabetes (Hazard Ratio (HR) 1.16; IC 95% 1.07-1.26) comparadas con controles. Las pacientes tratadas con quimioterapia (HR 1.23), radioterapia del lado izquierdo (HR 1.29) o terapia endocrina (HR 1.23) tuvieron mayor riesgo de diabetes. El riesgo de hipertensión fue mayor para pacientes que recibieron radioterapia del lado izquierdo (HR 1.11) o terapia endocrina (HR 1.10).[3]

El síndrome metabólico inducido por tratamiento oncológico es común y comprende obesidad central, resistencia a la insulina, dislipidemia e

hipertensión. Los tratamientos que colocan a las sobrevivientes en riesgo incluyen cirugía (ooforectomía), irradiación, terapias anti-estrógeno y de deprivación androgénica, y quimioterapias como platinos o antraciclinas.[2]

Las sobrevivientes de cáncer en adolescencia y adultez joven tienen riesgos aumentados de contactos hospitalarios y prescripciones para diabetes (Standardized Hospitalization Rate Ratio (SHRR) 1.21; Standardized Prescription Rate Ratio (SPRR) 1.08), hiperlipidemia (SHRR 1.18; SPRR 1.16) e hipertensión (SHRR 1.27; SPRR 1.25).[9]

El diagnóstico de síndrome metabólico se realiza clínicamente si la paciente presenta tres o más de los siguientes criterios: circunferencia de cintura aumentada (>88 cm en mujeres), colesterol HDL <1.29 mmol/L, triglicéridos ≥1.7 mmol/L, presión arterial ≥130/85 mmHg, o glucosa plasmática en ayunas ≥5.6 mmol/L.[2]

Nivel de evidencia: Alto (basado en estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos)

Recomendaciones:

1. La vigilancia para síndrome metabólico debe incluirse en el cuidado rutinario de sobrevivientes. Se debe evaluar circunferencia de cintura, presión arterial, perfil lipídico y glucosa en ayunas al menos anualmente. **Grado de recomendación: A**
2. Las intervenciones de estilo de vida deben iniciarse idealmente desde el diagnóstico, incluyendo ejercicio de resistencia para prevenir pérdida de masa magra, entrenamiento aeróbico para aumentar la función física y reducir grasa corporal, dieta saludable y cesación tabáquica. **Grado de recomendación: A**
3. Se deben implementar intervenciones farmacológicas basadas en guías para hipertensión, hiperlipidemia y diabetes. **Grado de recomendación: A**
4. Las sobrevivientes tratadas con quimioterapia, radioterapia torácica izquierda o terapia endocrina requieren vigilancia más estrecha de factores de riesgo cardiometabólicos. **Grado de recomendación: B**
5. Se debe proporcionar consejería sobre modificación de factores de riesgo modificables, particularmente tabaquismo, obesidad y sedentarismo. **Grado de recomendación: A**

Tópico 3: Salud Ósea y Prevención de Osteoporosis

Evidencia: La pérdida ósea está asociada con varios tratamientos oncológicos incluyendo inhibidores de aromatasa, terapia de deprivación androgénica, agonistas de GnRH, quimioterapias que causan falla ovárica prematura, radioterapia y trasplante de médula ósea.[2]

Hasta el 80% de las pacientes con cáncer de mama experimentan pérdida ósea. Los factores de riesgo de osteoporosis únicos para pacientes después de terapia oncológica incluyen menopausia prematura inducida por quimioterapia, supresión de función gonadal con GnRH, terapias antiestrogénicas y glucocorticoides.[11]

Las mujeres posmenopáusicas tratadas con inhibidores de aromatasa tienen riesgo aumentado de osteoporosis y deben tener tamizaje inicial y periódico (cada 2 años) con densitometría ósea (DEXA). Si cambian factores de riesgo mayores, es razonable considerar repetir DEXA al año.[11]

Las estrategias iniciales para reducir la morbilidad asociada con pérdida ósea incluyen educación sobre factores de riesgo y estilo de vida saludable: actividad física y ejercicio regular con carga de peso, evitar tabaco, limitar consumo de alcohol, y considerar suplementación con calcio (para alcanzar ingesta total de 1200 mg/día) y vitamina D3 (600-1000 UI/día) para todos los adultos mayores de 50 años.[11]

Los bifosfonatos o denosumab pueden prevenir pérdida ósea y/o tratar osteoporosis establecida. Sin embargo, estos fármacos tienen efectos adversos y riesgos, por lo que el riesgo versus beneficio de terapia antirresortiva debe considerarse cuidadosamente antes de iniciar tratamiento.[11]

Nivel de evidencia: Alto (basado en ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohorte)

Recomendaciones:

1. Todas las sobrevivientes de cáncer deben ser alentadas a consumir una dieta con calcio y vitamina D adecuados, dejar de fumar, limitar consumo de alcohol y realizar ejercicio incluyendo entrenamiento de balance, aeróbico y de resistencia para reducir riesgo de fracturas osteoporóticas. **Grado de recomendación: A**

2. Las pacientes con cáncer no metastásico con factores de riesgo para osteoporosis (relacionados con tratamiento o generales) deben recibir

evaluación de densidad mineral ósea mediante DEXA central o axial. Grado de recomendación: A3. Las mujeres posmenopáusicas tratadas con inhibidores de aromatasa deben tener tamizaje inicial y periódico (cada 2 años) con DEXA. **Grado de recomendación: A**

4. Se recomienda suplementación con calcio (para alcanzar ingesta total de 1200 mg/día) y vitamina D3 (600-1000 UI/día) para todas las sobrevivientes mayores de 50 años. **Grado de recomendación: A**

5. Los agentes modificadores de hueso (bifosfonatos orales o intravenosos, o denosumab) están recomendados en pacientes con puntajes T de -2.5 o menor en cuello femoral, cadera total o columna lumbar. **Grado de recomendación: A**

6. Para sobrevivientes con mayor riesgo de caídas (por ejemplo, neuropatía periférica inducida por quimioterapia que afecta el balance), el programa de ejercicio debe ser individualizado y supervisado hasta que la paciente pueda realizarlo de manera segura y efectiva. **Grado de recomendación: B**

Tópico 4: Manejo Hormonal y Salud Reproductiva

Evidencia: Los tratamientos oncológicos frecuentemente inducen menopausia prematura, resultando en síntomas severos debido a una caída rápida en los niveles hormonales. Equilibrar los riesgos de la terapia hormonal comparada con la disminución de calidad de vida y las preocupaciones de salud asociadas con menopausia temprana puede ayudar a las pacientes con decisiones difíciles respecto al control de síntomas.[8]

La terapia de reemplazo hormonal (TRH) es segura en mujeres con cáncer de endometrio de bajo riesgo y estadio temprano, la mayoría de subtipos de cáncer de ovario, cáncer cervical independientemente de la histología, y cánceres vulvares o vaginales. Sin embargo, existen contraindicaciones en escenarios específicos como cáncer de endometrio avanzado o no endometrioide, sarcomas uterinos y ciertos subtipos de cáncer de ovario (tumores de células de la granulosa).[6]

La TRH no está contraindicada en la mayoría de las sobrevivientes de cánceres ginecológicos, ya que la evidencia disponible frecuentemente muestra seguridad o incluso beneficio con el uso de TRH. Sin embargo, la

TRH está contraindicada en carcinoma ovárico seroso de bajo grado, carcinoma endometrial de alto riesgo y algunos sarcomas uterinos.[7]

Para mujeres con contraindicaciones a TRH, están disponibles alternativas tanto hormonales no sistémicas como no hormonales. Las terapias hormonales para síndrome genitourinario de la menopausia incluyen estrógenos vaginales, ospemifeno y dehidroepiandrosterona vaginal. Los enfoques no hormonales incluyen humectantes vaginales, lubricantes y terapia láser vaginal.[6]

Las terapias no hormonales efectivas para manejo de síntomas vasomotores y alteraciones del sueño incluyen terapia cognitivo-conductual, hipnosis clínica, gabapentina, fezolinetant e inhibidores selectivos de recaptura de serotonina o serotonina-norepinefrina.[6]

Nivel de evidencia: Moderado (basado en estudios observacionales y revisiones sistemáticas)

Recomendaciones:

1. Las decisiones sobre terapia hormonal deben individualizarse considerando tipo de cáncer, riesgo de recurrencia, preferencias de la paciente y consideraciones de calidad de vida. **Grado de recomendación: A**
2. La TRH sistémica es segura en mujeres con cáncer de endometrio de bajo riesgo y estadio temprano, la mayoría de subtipos de cáncer de ovario, cáncer cervical y cánceres vulvares o vaginales. **Grado de recomendación: B**
3. La TRH está contraindicada en cáncer de endometrio avanzado o no endometrioide, sarcomas uterinos, carcinoma ovárico seroso de bajo grado y tumores de células de la granulosa. **Grado de recomendación: B**
4. Para síndrome genitourinario de la menopausia, las terapias hormonales locales (estrógenos vaginales, ospemifeno, dehidroepiandrosterona vaginal) han demostrado eficacia en aliviar síntomas y mejorar salud urogenital. **Grado de recomendación: A**
5. Las alternativas no hormonales para síntomas vasomotores incluyen terapia cognitivo-conductual, hipnosis clínica, gabapentina, fezolinetant e inhibidores selectivos de recaptura de serotonina o serotonina-norepinefrina. **Grado de recomendación: B**
6. Se debe abordar la salud reproductiva en el momento del diagnóstico de cáncer y continuar durante la supervivencia, incluyendo tamizaje universal de

intención de embarazo para guiar consejería sobre anticoncepción y preservación de fertilidad. **Grado de recomendación: A**

7. Las discusiones abiertas sobre el impacto en la función sexual son fundamentales para la calidad de vida después del cáncer. **Grado de recomendación: A´**

Tópico 5: Intervenciones Psicosociales y Calidad de Vida

Evidencia: Las mujeres afectadas por cánceres ginecológicos tienen riesgo aumentado de distrés psicológico, disminución del bienestar psicológico y calidad de vida. Una revisión sistemática y metaanálisis de 23 estudios (N=3345 participantes) reveló reducciones en distrés psicológico ($p<0.001$) y mejoras en bienestar psicológico ($p=0.003$) y calidad de vida ($p<0.001$) con intervenciones psicosociales.[12]

Los hallazgos destacan el potencial de intervenciones como terapia cognitivo-conductual (TCC) y psicoeducación para complementar enfoques multidisciplinarios que abordan las necesidades biopsicosociales de las pacientes. La integración de psicoeducación con otras intervenciones mejoró el automanejo y afrontamiento de las pacientes. Las intervenciones multidisciplinarias demostraron efectos en resultados relacionados con imagen corporal y preocupaciones de salud sexual.[12]

Un estudio en mujeres con enfermedades mamarias mostró mejoras significativas en apoyo microsocial ($p=0.010$) y bienestar social ($p=0.010$) durante el período de rehabilitación con terapia psicológica que combinaba consejería psicológica individual y grupal con arteterapia y técnicas de psicoterapia orientada al cuerpo.[13]

Las intervenciones de consejería en sobrevivientes de cáncer de mama, incluyendo consejería sobre estilo de vida, intervenciones combinadas (actividad física y consejería nutricional), fisioterapia, consejería entre pares y enfoque multidisciplinario (intervenciones psicológicas, psicoeducativas y TCC), son efectivas para mejorar movilidad del hombro, cicatrización de heridas y fuerza de extremidades. Las terapias psicológicas como psicoeducación y TCC pueden ayudar a realizar rehabilitación social y psicológica.[14]

Nivel de evidencia: Alto (basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados)

Recomendaciones:

1. Se deben ofrecer intervenciones psicosociales, particularmente terapia cognitivo-conductual y psicoeducación, a todas las sobrevivientes de cáncer como parte de un enfoque multidisciplinario integral. **Grado de recomendación: A**
2. Las intervenciones psicosociales deben abordar múltiples dimensiones incluyendo distrés psicológico, bienestar emocional, calidad de vida, imagen corporal y función sexual. **Grado de recomendación: A**
3. Se recomienda un enfoque multidisciplinario que combine intervenciones psicológicas, consejería sobre estilo de vida (actividad física y nutrición), fisioterapia y apoyo entre pares. **Grado de recomendación: A**
4. Las intervenciones deben individualizarse en cuanto a momento de inicio, métodos de entrega y contenido para satisfacer las necesidades diversas de las sobrevivientes. **Grado de recomendación: B**
5. Se debe realizar tamizaje rutinario de distrés psicológico, ansiedad y depresión en todas las visitas de seguimiento. **Grado de recomendación: A**
6. Las sobrevivientes con distrés significativo deben ser referidas a servicios especializados de salud mental o psico-oncología. **Grado de recomendación: A**

Conclusiones

El cuidado de mujeres con antecedentes de patología oncológica representa un desafío complejo que requiere un enfoque integral, multidisciplinario y personalizado. Las sobrevivientes de cáncer enfrentan riesgos aumentados de múltiples complicaciones a largo plazo que impactan significativamente su calidad de vida y longevidad saludable.

Consideraciones finales:

1. Vigilancia integral: La vigilancia debe equilibrar la detección temprana de recurrencias y segundos cánceres primarios con la prevención de complicaciones relacionadas con el tratamiento, evitando el sobre-tamizaje que genera ansiedad y costos innecesarios.

2. Prevención cardiovascular y metabólica: El síndrome metabólico inducido por tratamiento oncológico es común y requiere vigilancia proactiva e intervenciones tempranas de estilo de vida y farmacológicas cuando estén indicadas.
3. Salud ósea: La osteoporosis es una complicación frecuente y prevenible. La evaluación de densidad mineral ósea, suplementación nutricional y ejercicio deben ser componentes estándar del cuidado de sobrevivientes.
4. Manejo hormonal individualizado: Las decisiones sobre terapia hormonal deben basarse en el tipo específico de cáncer, riesgo de recurrencia y preferencias de la paciente. La TRH es segura en muchos cánceres ginecológicos, pero requiere evaluación cuidadosa caso por caso.
5. Atención psicosocial: Las intervenciones psicosociales son efectivas y deben integrarse rutinariamente en el plan de cuidado de todas las sobrevivientes.

Referencias

Cancer Survivorship. Shapiro CL. The New England Journal of Medicine. 2018;379(25):2438-2450. doi:10.1056/NEJMra1712502.

Management of Common Clinical Problems Experienced by Survivors of Cancer. Emery J, Butow P, Lai-Kwon J, et al. Lancet (London, England). 2022;399(10334):1537-1550. doi:10.1016/S0140-6736(22)00242-2.

Risk of Cardiometabolic Risk Factors in Women With and Without a History of Breast Cancer: The Pathways Heart Study. Kwan ML, Cheng RK, Iribarren C, et al. Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology. 2022;40(15):1635-1646. doi:10.1200/JCO.21.01738.

Endocrine Health in Survivors of Adult-Onset Cancer. Link-Rachner CS, Göbel A, Jaschke NP, Rachner TD. The Lancet. Diabetes & Endocrinology. 2024;12(5):350-364. doi:10.1016/S2213-8587(24)00088-3.

Primary Care of Adult Cancer Survivors. Carek S, Emerson JF, Patel J. American Family Physician. 2024;110(1):37-44.

Hormone Replacement Therapy in Gynecologic Cancer: Oncologic Safety and Alternative Therapies. Luzarraga Aznar A, Elyashiv O, Dababou S, et al. International Journal of Gynecological Cancer : Official Journal of the

International Gynecological Cancer Society. 2025;36(2):102809. doi:10.1016/j.ijgc.2025.102809.
The Safety of Hormone Replacement Therapy in Gynecological Cancer Survivors. Dodhia V, Cheong Y. Seminars in Reproductive Medicine. 2025;. doi:10.1055/s-0045-1802985.
Reproductive Health Care Across the Lifecourse of the Female Cancer Patient. Rubinsak LA, Christianson MS, Akers A, et al. Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2019;27(1):23-32. doi:10.1007/s00520-018-4360-5.
Risk Factors for Cardiovascular Disease in 5-Year Survivors of Adolescent and Young Adult Cancer: A Danish Population-Based Cohort Study. de Fine Licht S, Maraldo MV, Specht L, et al. Cancer. 2020;126(3):659-669. doi:10.1002/cncr.32580.
Survivorship. National Comprehensive Cancer Network. Updated 2026-04-08.
American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, et al. Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology. 2016;34(6):611-35. doi:10.1200/JCO.2015.64.3809.
The Impact of Psychosocial Interventions on Women With Gynaecological Cancers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tomescu-Stachie S, Merwood A, Sivyer K, Caisley SN, Al-Abbadey M. Health Psychology Review. 2025;19(4):781-819. doi:10.1080/17437199.2025.2525409.
Psychological Rehabilitation of Women With Breast Diseases: Dynamics of Quality of Life Before and After a Psychotherapeutic Program. Uteulova A, Janbayeva A, Assimov M, Vasko T, Ismailov S. Frontiers in Psychology. 2026;17:1795902. doi:10.3389/fpsyg.2026.1795902.
Counseling Interventions Delivered in Women With Breast Cancer to Improve Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. D'Egidio V, Sestili C, Mancino M, et al. Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation. 2017;26(10):2573-2592. doi:10.1007/s11136-017-1613-6.
Management of Osteoporosis in Survivors of Adult Cancers With Nonmetastatic Disease: ASCO Clinical Practice Guideline. ASCO Guidelines.

The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta‐analysis. Matthews H, Grunfeld EA, Turner A. Psycho-Oncology. 2017;26(5):593-607. doi:10.1002/pon.4199.
Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health‐related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta‐analysis. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Psycho-Oncology. 2011;20(2):115-26. doi:10.1002/pon.1728.
Association of First Primary Cancer With Risk of Subsequent Primary Cancer Among Survivors of Adult-Onset Cancers in the United States. Sung H, Hyun N, Leach CR, Yabroff KR, Jemal A. JAMA. 2020;324(24):2521-2535. doi:10.1001/jama.2020.23130.

5. Sueño y ritmo circadiano manejo del estrés y el bienestar mental

5a. Alteración del sueño y su impacto en la salud durante la perimenopausia y la posmenopausia: consecuencias a largo plazo

Autoras: Dra Susana Pilnik, Dra Agustina Starvaggi

Introducción

El sueño constituye una función biológica esencial, con un rol reparador en los procesos metabólicos, cardiovasculares, inmunológicos y cognitivos del organismo. Su alteración —ya sea en la cantidad, la calidad o la continuidad del descanso nocturno— repercute de manera directa en el funcionamiento diurno y, cuando se sostiene en el tiempo, en la salud general del individuo.

La transición hacia la menopausia constituye uno de los momentos de mayor vulnerabilidad para la aparición o el agravamiento de los trastornos del sueño en la mujer. Esta transición comprende, en términos generales, dos etapas: la perimenopausia, período de fluctuación hormonal progresiva que precede al cese definitivo de la menstruación, y la postmenopausia, que se inicia doce meses después de la última menstruación y se prolonga durante el resto de la vida de la mujer. En ambas etapas, la caída progresiva y la fluctuación de los niveles de estrógeno y progesterona —hormonas que participan de manera activa en la regulación de los ciclos de sueño y vigilia— constituyen uno de los principales factores que explican el incremento de los trastornos del sueño en este grupo etario.

La magnitud del problema es considerable. Según una revisión narrativa reciente publicada en el Journal of Clinical Medicine, entre el 16% y el 47% de las mujeres presentan trastornos del sueño durante la perimenopausia, cifra que asciende a entre el 35% y el 60% durante la menopausia (1). Otros autores sitúan la prevalencia global de las alteraciones del sueño en este grupo etario entre el 40% y el 60% (2), mientras que un metaanálisis reciente, que incluyó a casi 12.000 mujeres, describió una incidencia entre 1,3 y 1,6 veces mayor que en la etapa premenopáusica (3).

En un estudio realizado en nuestro país, en 195 mujeres menopáusicas, la insatisfacción con el sueño fue una queja común y casi la mitad de las mujeres informó una calidad de sueño alterada, lo que en la mayoría de los casos justificaba atención médica.(4)

La evidencia acumulada en los últimos años permite afirmar que la alteración crónica del sueño en esta etapa de la vida se asocia con consecuencias que trascienden el malestar cotidiano, comprometiendo la salud cardiovascular, metabólica, ósea, cognitiva y mental de la mujer a mediano y largo plazo. Por tratarse, además, de un síntoma frecuentemente subestimado o atribuido de manera exclusiva a los síntomas vasomotores, su abordaje sistemático en la consulta ginecológica y clínica resulta, con frecuencia, insuficiente.

El objetivo del presente capítulo es realizar una puesta al día sobre la fisiopatología, la prevalencia y, fundamentalmente, las consecuencias a largo plazo de la alteración del sueño durante la perimenopausia y la posmenopausia, en base a la evidencia científica publicada en los últimos años, con especial énfasis en su repercusión sobre la salud cardiovascular, metabólica, ósea, cognitiva y mental de la mujer.

Desarrollo

1. Fisiología del sueño y cambios hormonales en la transición menopáusica

Durante la vida reproductiva, el estrógeno y la progesterona ejercen una influencia directa

sobre la arquitectura del sueño. El estrógeno reduce la actividad de neurotransmisores promotores de la vigilia, como la acetilcolina y la histamina, en tanto que la progesterona —a través de su metabolito, la

alopregnanolona— potencia la señalización inhibitoria mediada por receptores GABA, favoreciendo la inducción y la estabilidad del sueño (2).

Durante la transición menopáusica, la declinación progresiva y las fluctuaciones de ambas hormonas alteran estos mecanismos regulatorios a través de vías interrelacionadas. A esto se suma una disrupción del ritmo circadiano: las mujeres posmenopáusicas presentan una secreción de melatonina reducida y una amplitud circadiana atenuada, con un adelanto de fase de aproximadamente una hora respecto de las mujeres premenopáusicas, lo que contribuye a los despertares tempranos característicos de esta etapa (2).

Asimismo, la retirada estrogénica reduce la zona termoneutral del organismo, aumentando la susceptibilidad a los síntomas vasomotores —sofocos y sudoración nocturna— que, a su vez, generan activación simpática y microdespertares corticales durante el sueño (2). Esta relación entre síntomas vasomotores y fragmentación del sueño es bidireccional: la mayoría de los registros objetivos muestran que los sofocos coinciden temporalmente con los despertares nocturnos, y se ha descrito que hasta el 69,4% de los episodios de sofocos interfieren directamente con el sueño (4).

Un metaanálisis que evaluó los factores de riesgo asociados a los trastornos del sueño en mujeres perimenopáusicas —doce estudios, 11.928 mujeres en total— identificó cuatro factores con asociación estadísticamente significativa: la depresión (OR 2,73; IC 95% 1,65–4,52), los sofocos (OR 2,70; IC 95% 1,81–4,02), la presencia de enfermedades crónicas concomitantes (OR 1,39; IC 95% 1,24–1,56) y el uso de fármacos psicotrópicos (OR 3,19; IC 95% 1,31–7,77) (3). Estos hallazgos confirman que, además de los mecanismos hormonales directos, existen factores psicológicos, clínicos y farmacológicos que amplifican de manera significativa el riesgo de trastorno del sueño en esta etapa de la vida.

2. Prevalencia y tipos de trastornos del sueño

Los trastornos del sueño que se presentan con mayor frecuencia durante la perimenopausia y la posmenopausia pueden agruparse en tres categorías principales (1):

● Insomnio: dificultad para conciliar o mantener el sueño, y despertar precoz. Se estima una prevalencia del 22% en la población general de mujeres de mediana edad, que se eleva a entre el 39% y el 47% durante la perimenopausia y a entre el 35% y el 60% durante la posmenopausia (1,4). Las mujeres que atraviesan una menopausia quirúrgica sin terapia hormonal presentan las tasas más elevadas de insomnio (5).

● Trastornos respiratorios del sueño: la prevalencia del síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) aumenta de manera marcada a partir de la menopausia, en comparación con las tasas registradas en la etapa premenopáusica (1).

● Trastornos del movimiento relacionados con el sueño: el síndrome de piernas inquietas afecta al 9% de las mujeres de este grupo etario, frente al 5% de los hombres, a lo que se agregan los movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño (1).

A este panorama se suma un componente de aumento de la adiposidad central y de la circunferencia de cintura durante la transición menopáusica, mediado por la interacción entre la hormona foliculoestimulante (FSH) y el estradiol sobre hormonas reguladoras del apetito, como la leptina y la grelina. La obesidad resultante empeora, de manera bidireccional, los trastornos del sueño, en particular el SAHOS, configurando un círculo de retroalimentación que perpetúa el problema en el tiempo (2).

3. Consecuencias a largo plazo sobre la salud

3.1. Salud cardiovascular

Un estudio presentado en las Sesiones Científicas 2023 de la American Heart Association, que evaluó a 291 mujeres de entre 45 y 55 años en distintas etapas de la transición menopáusica —participantes del registro Research Goes Red—, encontró que el 50% de ellas dormía menos de siete horas por noche, el 79% refería mala calidad de sueño, el 51% presentaba síntomas de insomnio y un tercio se encontraba en alto riesgo de apnea del sueño.

Loa despertares nocturnos se asocian a incrementos en la presión arterial, con el impacto en el riesgo cardiovascular (6) Las mujeres con mala calidad de sueño presentaron una probabilidad tres veces mayor de obtener puntajes deficientes de salud cardiovascular global, medidos según el índice Life's

Essential 8; asimismo, aquellas con alto riesgo de apnea del sueño o con cronotipo vespertino mostraron un riesgo tres veces mayor de presentar un estado cardiovascular general deficiente (7).

De manera concordante, la evidencia disponible señala, en términos generales, que el sueño inadecuado se asocia con un incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes, trastornos psiquiátricos y mortalidad general en esta población (1).

3.2. Salud metabólica

Como se mencionó, la transición menopáusica se acompaña de un aumento de la adiposidad central, en parte vinculado a la interacción hormonal entre la FSH y el estradiol sobre los mediadores del apetito. Esta ganancia de tejido adiposo central empeora, a su vez, la calidad del sueño y aumenta el riesgo de SAHOS, generando un círculo de retroalimentación negativa entre el trastorno del sueño y el deterioro metabólico (2). Esta asociación se enmarca dentro del vínculo, ya documentado, entre el sueño insuficiente y un mayor riesgo de obesidad y de diabetes en esta población (1).

3.3. Salud ósea

Un estudio derivado de la cohorte Women's Health Initiative, que incluyó a 11.084 mujeres posmenopáusicas con una edad media de 63,3 años, encontró que aquellas que dormían cinco horas o menos por noche presentaban una densidad mineral ósea (DMO) significativamente menor —entre 0,012 y 0,018 g/cm²— en los cuatro sitios óseos evaluados, en comparación con quienes dormían más horas. Asimismo, el sueño de corta duración se asoció con un riesgo 1,63 veces mayor de osteoporosis de cadera (IC 95% 1,15–2,31) y 1,28 veces mayor de osteoporosis de columna (IC 95% 1,02–1,60). Los propios autores señalan, no obstante, que se requieren estudios longitudinales adicionales para establecer la causalidad y los mecanismos biológicos subyacentes de esta asociación (8).

3.4. Salud cognitiva

Un estudio observacional transversal que evaluó a 1.287 mujeres posmenopáusicas tardías, con una edad media de 55,5 años, provenientes de

nueve países latinoamericanos, encontró que los síntomas menopáusicos severos —entre ellos, los sofocos, las alteraciones del sueño y los trastornos del estado de ánimo— se asocian con deterioro cognitivo en los dominios de memoria, atención, lenguaje y función ejecutiva. En el mismo estudio, un menor índice de masa corporal, un mayor nivel educativo, la actividad física, el uso de terapia hormonal y la actividad sexual se identificaron como factores protectores frente a este deterioro (9).

En línea con estos hallazgos, otras revisiones señalan que la fragmentación del sueño propia de esta etapa afecta la función cognitiva, la productividad diurna y el riesgo de accidentes, y plantean una preocupación particular respecto del riesgo de deterioro cognitivo y demencia asociado a la transición menopáusica (1).

3.5. Salud mental y calidad de vida

Un estudio que evaluó a 227 mujeres posmenopáusicas de entre 60 y 94 años encontró que la severidad retrospectiva de los síntomas menopáusicos se asoció de manera significativa con la depresión, las dificultades del sueño, la conducta alimentaria compulsiva y múltiples medidas de calidad de vida. En esa cohorte, el 56,9% de las participantes cumplía criterios clínicos de trastorno del sueño, y los síntomas psicológicos y somato-vegetativos (sofocos y otras manifestaciones físicas) mostraron una asociación más fuerte con las alteraciones de la salud mental que los síntomas urogenitales (10).

Un hallazgo particularmente relevante de este estudio es que, incluso controlando por antecedentes psiquiátricos previos —uno de los predictores más robustos de la salud mental—, la severidad de los síntomas menopáusicos continuó asociada de manera significativa con la depresión y con las dificultades de sueño, lo que sugiere que la transición menopáusica ejerce efectos independientes y duraderos sobre la salud mental de la mujer, más allá de la mediana edad (10).

Esta relación es, además, bidireccional, ya que la depresión no solo es una consecuencia frecuente de la alteración del sueño en esta etapa, sino también uno de sus principales factores de riesgo, con una probabilidad casi tres veces mayor de trastorno del sueño en mujeres perimenopáusicas con síntomas depresivos (3).

4. Abordaje del problema

Frente a esta evidencia, las guías y revisiones actuales coinciden en que el manejo de los trastornos del sueño en la perimenopausia y la posmenopausia debe ser individualizado y, siempre que sea posible, iniciarse por medidas no farmacológicas. La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) —que incluye educación en higiene del
sueño, restricción del sueño, control de estímulos y técnicas de relajación— es considerada de primera línea (1,5).

Entre las opciones farmacológicas, la terapia hormonal de la menopausia se considera el tratamiento de elección cuando predominan los síntomas vasomotores; la melatonina de liberación prolongada muestra resultados prometedores, con un perfil de efectos adversos favorable; los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina pueden abordar de manera simultánea el insomnio y los sofocos; y las benzodiazepinas, los fármacos Z (zolpidem, zopiclona, eszopiclona y zaleplón), la gabapentina y los antagonistas de receptores de orexina constituyen alternativas adicionales (4). Un abordaje multimodal —que combine la TCC-I, la terapia hormonal para los síntomas vasomotores y, en mujeres con obesidad asociada, estrategias de reducción de peso— se plantea como la estrategia más integral para el manejo de esta problemática (2).

Conclusión

La evidencia revisada en este capítulo permite concluir que la alteración del sueño durante la perimenopausia y la posmenopausia constituye un problema de salud altamente prevalente —que afecta, según las series, a entre un tercio y más de la mitad de las mujeres en esta etapa— y con múltiples mecanismos fisiopatológicos, hormonales, circadianos y vasomotores que actúan de manera interrelacionada.

Lejos de ser un síntoma aislado o secundario del climaterio, el trastorno del sueño en esta etapa se ha asociado, en estudios recientes, con un peor perfil de salud cardiovascular, con alteraciones metabólicas y de la composición corporal, con una menor densidad mineral ósea y un mayor riesgo de osteoporosis, con deterioro cognitivo, y con un impacto significativo —en

ocasiones independiente de otros factores— sobre la salud mental y la calidad de vida de la mujer.

Estos hallazgos tienen implicancias clínicas concretas, y la pesquisa activa de los trastornos del sueño debería formar parte de la consulta habitual con mujeres en la transición

menopáusica, no solo por su impacto inmediato sobre el bienestar cotidiano, sino por su potencial rol como factor de riesgo modificable de enfermedades crónicas a largo plazo. El abordaje temprano y multidisciplinario —que combine intervenciones conductuales, hormonales y, cuando corresponda, farmacológicas específicas— podría contribuir no solo a mejorar la calidad del sueño, sino también a mitigar algunas de sus consecuencias sistémicas.

Finalmente, cabe señalar que, si bien la evidencia disponible es cada vez más sólida, gran parte de los estudios citados son de diseño transversal y observacional, por lo que se requieren investigaciones longitudinales adicionales que permitan establecer con mayor precisión la direccionalidad causal entre la alteración del sueño y sus consecuencias a largo plazo, tal como señalan los propios autores de algunos de los trabajos revisados (7). Esto no resta relevancia clínica a los hallazgos actuales, pero sí orienta la necesidad de continuar profundizando la investigación en esta área en los próximos años, y de incorporar de manera sistemática la evaluación del sueño en el seguimiento clínico de la mujer durante la peri y la posmenopausia.

Referencias bibliográficas

1. Remorgida V, et al. Sleep Disturbance and Perimenopause: A Narrative Review. Journal of Clinical Medicine. 2025;14(5):1479.

2. Tamanna S, Ullah MI, Iftekhar R, Shamsuddin L. Sleep Disturbances in Menopause: Neuroendocrine Mechanisms and Clinical Implications. Physiologia. 2026;6(2):22.

3. Chu X, et al. Factors influencing sleep disorders in perimenopausal women: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Neurology. 2025;16:1460613.

4. Stella Maris Valiensia, María Alejandra Belardo, Susana Pilnik, Gustavo Izbizky,Agustina Paula Starvaggi, Camil Castelo Branco, Sleep quality and

related factors in postmenopausal women. Sleep quality and related factors in postmenopausal women. Maturitas 123 (2019) 73–77
5. Jeon GH. Insomnia in Postmenopausal Women: How to Approach and Treat It? Journal of Clinical Medicine. 2024;13(2):428.
6. Aggarwal B , Makarem N , Shah R , et.al. Effects of Inadequate Sleep on Blood Pressure and Endothelial Inflammation in Women: Findings From the American Heart Association Go Red for Women Strategically Focused Research Network. J Am Heart Assoc. 2018 Jun 9;7(12): e008590. doi: 10.1161/JAHA.118.008590
7. Aggarwal B, et al. Sleep quality, duration and cardiovascular health in midlife women. Presentado en: American Heart Association Scientific Sessions 2023; noviembre de 2023; Filadelfia, Estados Unidos. Difundido en: American Heart Association. Sleep problems linked to heart health risks during and after menopause. 4 de diciembre de 2023.
8. Ochs-Balcom HM, Hovey KM, Andrews C, Cauley JA, Hale L, et al. Short Sleep Is Associated With Low Bone Mineral Density and Osteoporosis in the Women's Health Initiative. Journal of Bone and Mineral Research. 2020;35(2):261-268.
9. Calle A, et al. Severe menopausal symptoms linked to cognitive impairment: an exploratory study. Menopause. 2024;31(11). doi:10.1097/GME.0000000000002422.
10. Hooper, et al. Mental health and quality of life in post-menopausal women as a function of retrospective menopause symptom severity. Menopause. 2022;29(6):707-713.

5b. Manejo del estrés y bienestar mental como prioridad para una longevidad saludable

Autoras: Dra Laura Maffei, Dra Patricia Monasterolo

1. Introducción

El aumento de la expectativa de vida ha desplazado el objetivo sanitario desde la mera prolongación de la supervivencia hacia la preservación de la autonomía, la capacidad cognitiva, el funcionamiento físico y el bienestar emocional durante los años ganados. La longevidad saludable, o healthspan,

supone vivir más tiempo con el menor grado posible de discapacidad, fragilidad y carga de enfermedad.

En las mujeres, este desafío adquiere particular relevancia debido a su mayor expectativa de vida y a la frecuencia con la que el tocoginecólogo continúa siendo un profesional de referencia durante la transición menopáusica, la posmenopausia y la adultez mayor. En estas etapas confluyen cambios hormonales, alteraciones del sueño, síntomas vasomotores, modificaciones de la composición corporal, riesgo cardiometabólico, responsabilidades de cuidado, duelos y transformaciones de los vínculos y del rol social.

La respuesta al estrés constituye un mecanismo adaptativo indispensable. Ante una amenaza real o percibida, el cerebro coordina la activación del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, con liberación de catecolaminas y glucocorticoides. Esta respuesta permite movilizar energía, aumentar la vigilancia y priorizar conductas necesarias para afrontar una demanda. Sin embargo, cuando la activación es intensa, repetida o prolongada y no existe recuperación suficiente, puede producirse un desgaste multisistémico que afecta la salud mental, cardiovascular, metabólica, inmunológica y cerebral.

Por este motivo, el manejo del estrés y el bienestar mental no deben considerarse aspectos accesorios de la medicina preventiva. Constituyen componentes centrales de una estrategia de longevidad saludable, en especial durante el climaterio y la tercera edad.

2. Justificación

La relación entre estrés, envejecimiento y longevidad es objeto de creciente interés científico y social. Al mismo tiempo, existe una difusión simplificada de conceptos como “cortisol alto”, “inflamación por estrés”, “edad biológica” o “rejuvenecimiento”, que puede conducir a interpretaciones erróneas y al uso de pruebas no validadas para la práctica clínica individual.

La evidencia disponible es heterogénea. Incluye revisiones mecanísticas, estudios observacionales, biomarcadores experimentales, ensayos de intervenciones psicológicas y estudios sobre desenlaces clínicos. No todas estas fuentes permiten establecer causalidad ni poseen la misma aplicabilidad.

Resulta necesario, por lo tanto, distinguir entre mecanismos plausibles, asociaciones epidemiológicas y beneficios demostrados por intervenciones.
El propósito de este consenso es integrar la evidencia relevante, formular recomendaciones prudentes y aplicables, y ofrecer al tocoginecólogo y a otros profesionales una base para detectar factores de riesgo, orientar medidas preventivas y derivar oportunamente cuando existan síntomas de salud mental o deterioro cognitivo.

3. Alcance, contenidos y usuarios

Este documento se dirige a tocoginecólogos, médicos clínicos, endocrinólogos, geriatras, especialistas en salud mental, médicos de familia y otros integrantes de equipos interdisciplinarios que atienden a mujeres adultas, particularmente durante la transición menopáusica, la posmenopausia y la adultez mayor.
El consenso aborda: a) cambios cerebrales y respuesta al estrés a lo largo de la vida; b) sensibilidad al estrés durante la tercera edad; c) memoria, amígdala, hipocampo y corteza prefrontal; d) carga alostática e impacto biológico del estrés crónico; e) inflamación, estrés oxidativo, mitocondrias, telómeros, senescencia y edad epigenética; f) riesgo cardiovascular, metabólico, cognitivo y psicosocial; y g) intervenciones para mejorar bienestar, sueño, cognición y regulación fisiológica.
Quedan fuera del alcance el tratamiento farmacológico detallado de trastornos psiquiátricos, el manejo especializado de demencias y la indicación de pruebas comerciales de envejecimiento biológico.

4. Metodología

Se realizó una revisión narrativa estructurada de literatura científica, priorizando revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales publicados durante los últimos cinco años. Se incluyeron además referencias fundacionales cuando resultaron indispensables para la conceptualización del problema, como los trabajos de McEwen y Lupien.
Las recomendaciones se clasificaron según el esquema propuesto por FASGO: Tipo A, evidencia de metaanálisis o ensayos aleatorizados de buena calidad; Tipo B, evidencia limitada proveniente de estudios aleatorizados de

menor calidad o estudios observacionales robustos; Tipo C, evidencia de baja calidad, series o guías de reconocimiento internacional; y Tipo D, opinión del grupo ante evidencia insuficiente.

5. Conceptualización del problema

5.1. Cambios cerebrales y respuesta al estrés a lo largo de la vida

El cerebro es simultáneamente el órgano que interpreta los estresores y uno de los principales blancos de sus mediadores. La revisión de Lupien y colaboradores mostró que los efectos del estrés dependen del momento del ciclo vital, dado que las regiones cerebrales y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal atraviesan períodos diferentes de maduración, plasticidad y vulnerabilidad.

Durante la infancia y la adolescencia, la exposición prolongada a adversidad puede influir sobre la regulación futura del eje del estrés. Estos efectos no son necesariamente irreversibles ni deterministas: dependen de la intensidad y duración de la exposición, del apoyo protector, de la genética y de las experiencias posteriores.

En la adultez y la vejez, los efectos del estrés se superponen con cambios propios del envejecimiento, enfermedades crónicas, pérdida de reserva fisiológica y factores psicosociales. La persona mayor puede presentar mejor regulación emocional ante ciertos estresores cotidianos, pero una recuperación fisiológica más lenta frente a demandas intensas.

5.1.1. Hipocampo, memoria y cortisol

El hipocampo participa en la memoria episódica, la contextualización de las experiencias y la retroalimentación inhibitoria del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Posee una elevada densidad de receptores para glucocorticoides. Una activación aguda y moderada puede favorecer la consolidación de información relevante; en cambio, una exposición intensa o sostenida puede interferir con la recuperación de recuerdos, la adquisición de información nueva y la plasticidad sináptica.

La relación entre cortisol y desempeño cognitivo no es lineal. Un valor aislado de cortisol no permite inferir daño cerebral, estrés crónico ni riesgo individual

de demencia, debido a su ritmo circadiano y a la influencia del sueño, enfermedades, medicamentos y contexto de la medición.

5.1.2. Amígdala y corteza prefrontal

La amígdala asigna relevancia emocional y facilita la detección de amenazas. Bajo estrés persistente puede aumentar la hipervigilancia y la consolidación de recuerdos asociados al peligro. La corteza prefrontal, responsable de planificación, atención, memoria de trabajo y regulación emocional, puede perder eficiencia transitoriamente durante una activación intensa, favoreciendo respuestas automáticas.

En la adultez mayor, la combinación de estrés, privación de sueño, dolor, depresión, ansiedad, aislamiento y polifarmacia puede producir quejas cognitivas potencialmente reversibles. Por ello, toda evaluación de memoria debe explorar estos factores antes de atribuir los síntomas exclusivamente a neurodegeneración.

5.1.3. Evidencia en adultos mayores

El estudio exploratorio de Palix y colaboradores, publicado en 2025, evaluó adultos mayores cognitivamente sanos mediante un índice de carga alostática, neuroimágenes, pruebas cognitivas y biomarcadores de enfermedad de Alzheimer. Una mayor carga alostática se asoció con alteraciones estructurales cerebrales y peor desempeño atencional, pero no con mayor acumulación de beta-amiloide. El diseño observacional impide establecer causalidad, aunque respalda la hipótesis de vías vasculares, metabólicas, inmunológicas y neuroendocrinas.

Recomendación	En la evaluación de mujeres mayores con quejas cognitivas se recomienda explorar estrés persistente, depresión, ansiedad, sueño, dolor, aislamiento social, audición y medicación antes de atribuir los síntomas a un proceso neurodegenerativo.

Grado	Tipo B
Fundamento	Estudios observacionales y evidencia clínica consistente sobre factores potencialmente reversibles que afectan el rendimiento cognitivo.

5.2. Carga alostática, envejecimiento biológico y longevidad

La alostasis es la capacidad del organismo para mantener la estabilidad mediante cambios adaptativos. La carga alostática representa el costo acumulado de activar repetidamente sistemas neuroendocrinos, autonómicos, inmunológicos y metabólicos. No constituye una enfermedad ni un biomarcador único, sino un índice compuesto de desregulación multisistémica.

Los índices utilizados en investigación incluyen diferentes combinaciones de presión arterial, adiposidad central, lípidos, glucosa, hemoglobina glicosilada, frecuencia cardíaca, cortisol y marcadores inflamatorios. La falta de una definición universal limita su uso clínico individual. Sin embargo, el concepto permite comprender cómo las experiencias psicosociales pueden traducirse en cambios fisiológicos acumulativos.

Un metaanálisis de carga alostática y mortalidad encontró asociación entre valores elevados y mayor mortalidad por todas las causas y cardiovascular. Aunque la heterogeneidad entre estudios fue relevante, estos resultados respaldan el valor pronóstico poblacional del desgaste multisistémico.

5.2.1. Mecanismos del envejecimiento

La revisión de Lyons, Razzoli y Bartolomucci integró el estrés vital con los mecanismos fundamentales del envejecimiento. El estrés crónico puede relacionarse con inflamación de bajo grado, estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, alteraciones epigenéticas, daño del ADN, disfunción telomérica, senescencia celular y deterioro de la comunicación intercelular.

Estas vías se potencian entre sí. La inflamación puede aumentar el estrés oxidativo; las mitocondrias disfuncionales pueden generar señales proinflamatorias; y las células senescentes secretan mediadores que perpetúan el daño tisular. Gran parte de esta evidencia es mecanística o preclínica, por lo que no permite medir cuánto envejecimiento ha causado el estrés en una persona concreta.

5.2.2. Inflamación, riesgo cardiovascular y metabolismo

La activación simpática y neuroendocrina sostenida puede contribuir a hipertensión, disfunción endotelial, adiposidad visceral, resistencia a la insulina y alteraciones lipídicas. El estrés también influye indirectamente mediante insomnio, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol y menor adherencia terapéutica.

El estrés no debe presentarse como causa única de enfermedad cardiovascular. Su efecto interactúa con edad, genética, hipertensión, diabetes, dislipidemia, hábitos y determinantes sociales. En la mujer posmenopáusica, esta interacción adquiere relevancia por el aumento del riesgo cardiometabólico asociado con la edad y la transición hormonal.

Recomendación	Se recomienda incorporar la evaluación del estrés crónico, calidad del sueño, síntomas emocionales y factores psicosociales al abordaje integral del riesgo cardiometabólico en la transición menopáusica y la posmenopausia.
Grado	Tipo B
Fundamento	Evidencia observacional consistente y plausibilidad fisiopatológica; no se dispone de ensayos que demuestren reducción de eventos cardiovasculares mediante una intervención aislada sobre estrés.

5.2.3. Telómeros y envejecimiento epigenético

El estrés percibido y la adversidad crónica se han asociado con telómeros más cortos y con aceleración de algunos relojes epigenéticos. Sin embargo, las asociaciones son pequeñas y heterogéneas, y están influidas por edad, genética, tabaquismo, adiposidad, enfermedad, tejido analizado y técnica de medición.

Poganik y colaboradores observaron aumentos transitorios de marcadores de edad biológica durante cirugía mayor, embarazo y COVID-19 grave, con reducción posterior durante la recuperación. El hallazgo sugiere que algunos indicadores de edad biológica son dinámicos. No demuestra que el estrés emocional cotidiano

envejezca una cantidad definida de años ni que una práctica de relajación produzca rejuvenecimiento clínico.

Recomendación	No se recomienda utilizar mediciones aisladas de cortisol, longitud telomérica ni pruebas comerciales de edad epigenética para cuantificar el estrés, establecer pronóstico individual o indicar tratamientos antienvejecimiento.
Grado	Tipo C
Fundamento	Heterogeneidad metodológica, ausencia de puntos de corte clínicos validados y falta de evidencia de utilidad para decisiones individuales.

5.2.4. Impacto psicosocial

La relación entre estrés y enfermedad es bidireccional. La multimorbilidad, el dolor, la pérdida funcional, los duelos, la sobrecarga del cuidado, la inseguridad económica y la soledad pueden sostener la respuesta de estrés y reducir la capacidad de recuperación.

Los determinantes sociales no se distribuyen de manera uniforme. La carga alostática ofrece un marco para comprender cómo la pobreza, la discriminación, la violencia y el acceso desigual a recursos se incorporan biológicamente. La longevidad saludable no depende únicamente de conductas individuales, sino también de redes comunitarias, protección social y acceso a atención.

Recomendación	Se recomienda pesquisar soledad, aislamiento, duelo, sobrecarga del cuidador y dificultades socioeconómicas en mujeres mayores, y articular recursos comunitarios y profesionales cuando estos factores comprometan la salud o la adherencia.
Grado	Tipo B
Fundamento	Evidencia observacional consistente sobre asociación con salud mental, multimorbilidad, deterioro funcional y mortalidad.

5.3. Capacidad de mejora e intervenciones en la tercera edad

El envejecimiento no constituye un estado biológicamente rígido. El cerebro conserva plasticidad, y la respuesta neuroendocrina e inmunológica puede modificarse mediante intervenciones sostenidas. Los beneficios observados suelen ser específicos y de magnitud pequeña o moderada, por lo que no deben comunicarse como reversión global del envejecimiento.

5.3.1. Intervenciones psicológicas y mindfulness

Un metaanálisis de intervenciones para manejo del estrés mostró cambios favorables en cortisol, aunque con heterogeneidad entre técnicas, poblaciones y métodos de medición. En adultos mayores, las intervenciones basadas en mindfulness han producido mejoras modestas en ansiedad, depresión, bienestar y algunos dominios cognitivos.

El metaanálisis de Mirabito y Verhaeghen, que incluyó 30 ensayos aleatorizados, encontró un efecto pequeño pero significativo sobre cognición global, atención, memoria a largo plazo y procesamiento visuoespacial. Sin embargo, un ensayo grande en adultos mayores con preocupaciones cognitivas subjetivas no encontró beneficios significativos de mindfulness, ejercicio o su combinación sobre memoria episódica o función ejecutiva a seis meses. Esta discrepancia subraya la heterogeneidad de la evidencia y la necesidad de evitar promesas excesivas.

Recomendación	Las intervenciones psicológicas estructuradas, incluida la reducción del estrés basada en mindfulness, pueden ofrecerse para mejorar estrés percibido, ansiedad, estado de ánimo y bienestar en personas mayores, de acuerdo con preferencias y disponibilidad.
Grado	Tipo A
Fundamento	Metaanálisis de ensayos aleatorizados muestran beneficios pequeños a moderados sobre desenlaces psicológicos; la evidencia sobre cognición es más heterogénea.

5.3.2. Sueño

El sueño participa en la consolidación de la memoria, la regulación emocional, el metabolismo y la función inmunológica. Una revisión sistemática y metaanálisis de intervenciones de mindfulness en mayores de 55 años cognitivamente sanos encontró mejoría de la calidad del sueño, sin beneficios consistentes en memoria o función ejecutiva.

La presencia de insomnio, apnea obstructiva, síndrome de piernas inquietas, dolor, nicturia o efectos farmacológicos debe evaluarse específicamente. La recomendación genérica de “dormir mejor” no reemplaza el diagnóstico y tratamiento de un trastorno del sueño.

Recomendación	Se recomienda evaluar sistemáticamente la calidad del sueño y tratar las causas identificables, incluyendo insomnio, apnea obstructiva, dolor y medicamentos que alteran el descanso.
Grado	Tipo A
Fundamento	Guías clínicas y ensayos de intervenciones conductuales sustentan beneficios sobre sueño, bienestar y funcionamiento diurno.

5.3.3. Inflamación y regulación molecular

En un ensayo aleatorizado en adultos mayores con soledad, la reducción del estrés basada en mindfulness disminuyó la regulación génica proinflamatoria relacionada con NF-kB, pero no produjo cambios claros en proteínas inflamatorias circulantes. El estudio demuestra plasticidad molecular, aunque no prueba reducción de enfermedad ni prolongación de la vida.

Recomendación	Los cambios en expresión génica o biomarcadores inflamatorios observados en estudios de intervención no deben interpretarse como prueba de rejuvenecimiento ni como sustitutos de beneficios clínicos.
Grado	Tipo B

Fundamento	Ensayo aleatorizado con desenlaces moleculares intermedios y ausencia de efecto consistente en inflamación sistémica.

5.3.4. Actividad física, vínculos y abordaje multidimensional

La actividad física actúa simultáneamente sobre salud mental, sueño, función cardiovascular, sensibilidad a la insulina, masa muscular, equilibrio y cognición. Las intervenciones deben individualizarse según riesgo cardiovascular, fragilidad, dolor y preferencias, e incluir componentes aeróbicos, de fuerza, equilibrio y movilidad.

Los vínculos significativos, la participación social y el sentido de propósito pueden amortiguar la percepción de amenaza y favorecer conductas protectoras. La soledad debe explorarse activamente y no debe confundirse con el hecho de vivir solo.

Recomendación	Se recomienda un abordaje multidimensional que combine actividad física adaptada, regularidad del sueño, vínculos significativos, manejo de enfermedades crónicas y estrategias de regulación emocional.
Grado	Tipo A
Fundamento	Múltiples ensayos y metaanálisis respaldan beneficios de intervenciones multidominio sobre función, salud mental y calidad de vida, aunque no permiten atribuir el efecto a un único componente.

6. Recomendaciones prácticas para la consulta

- Explorar estrés percibido, sensación de control, síntomas depresivos y ansiosos, sueño, soledad, duelo, sobrecarga del cuidador, dolor, actividad física y consumo de sustancias.
- Diferenciar estrés adaptativo de activación persistente con impacto funcional o clínico.
- Evaluar factores potencialmente reversibles ante quejas cognitivas.

- Evitar la solicitud rutinaria de cortisol, telómeros o edad epigenética para cuantificar estrés o longevidad.
- Promover actividad física adaptada, sueño regular, vínculos y participación social.
- Ofrecer intervenciones psicológicas basadas en evidencia cuando el estrés sea persistente.
- Derivar a salud mental ante depresión o ansiedad clínicamente significativas, duelo complicado, abuso de sustancias, riesgo suicida o deterioro funcional.
- Integrar la evaluación del estrés con el control de factores cardiometabólicos y síntomas de la transición menopáusica.

7. Conclusiones

El estrés agudo es una respuesta adaptativa esencial. El riesgo aparece cuando la activación se vuelve intensa, repetida o prolongada y el organismo pierde capacidad para recuperar su equilibrio. A lo largo de la vida, esta exposición interactúa con la plasticidad cerebral, la reserva fisiológica, las enfermedades y el contexto social.

El concepto de carga alostática permite comprender cómo el estrés crónico puede expresarse simultáneamente en los sistemas neuroendocrino, cardiovascular, metabólico e inmunológico. La evidencia reciente lo vincula con inflamación, disfunción mitocondrial, cambios epigenéticos, senescencia celular y envejecimiento cerebral, aunque muchos mecanismos no cuentan todavía con aplicación clínica individual.

En la tercera edad persiste capacidad de mejora. Las intervenciones sobre salud mental, sueño, actividad física y vínculos pueden generar beneficios medibles en bienestar, síntomas emocionales y algunos dominios cognitivos y moleculares. Estos efectos son clínicamente valiosos, pero no equivalen a detener o revertir completamente el envejecimiento.

El bienestar mental debe considerarse un pilar de la longevidad saludable. Para el tocoginecólogo, incorporar esta perspectiva permite ampliar el cuidado de la mujer durante la transición menopáusica y la adultez mayor, identificar factores modificables y favorecer una atención integral e interdisciplinaria.

Se sugiere actualizar este consenso dentro de tres años o antes si aparecen ensayos de alta calidad que modifiquen las recomendaciones.

Referencias

1. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Nat Rev Neurosci. 2009;10(6):434-445. doi:10.1038/nrn2639.

2. Lyons CE, Razzoli M, Bartolomucci A. The impact of life stress on hallmarks of aging and accelerated senescence: connections in sickness and in health. Neurosci Biobehav Rev. 2023;153:105359. doi:10.1016/j.neubiorev.2023.105359.

3. Poganik JR, Zhang B, Baht GS, et al. Biological age is increased by stress and restored upon recovery. Cell Metab. 2023;35(5):807-820.e5. doi:10.1016/j.cmet.2023.03.015.

4. Palix C, et al. Allostatic load, a measure of cumulative physiological stress, impairs brain structure but not beta-amyloid accumulation in older adults: an exploratory study. Front Aging Neurosci. 2025;17:1508677. doi:10.3389/fnagi.2025.1508677.

5. Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. Neurosci Biobehav Rev. 2010;35(1):2-16. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.10.002.

6. Parker HW, Abreu AM, Sullivan MC, Vadiveloo MK. Allostatic load and mortality: a systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med. 2022;63(1):131-140. doi:10.1016/j.amepre.2022.02.003.

7. Furman D, Campisi J, Verdin E, et al. Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. Nat Med. 2019;25(12):1822-1832. doi:10.1038/s41591-019-0675-0.

8. Souza-Talarico JN, et al. Exploring the interplay of psychological and biological stress responses with telomere length in middle-aged and older adults: a systematic review. Stress Health. 2024.

9. Mulligan CJ. Epigenetic age acceleration and psychosocial stressors in humans. 2025.

10. Mirabito G, Verhaeghen P. The effects of mindfulness interventions on older adults' cognition: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2023;78(3):394-408. doi:10.1093/geronb/gbac143.

11. Lannon-Boran C, Hannigan C, McHugh Power J, Lambert J, Kelly M. The effect of mindfulness-based intervention on cognitively unimpaired older adults' cognitive function and sleep quality: a systematic review and meta-analysis. Aging Ment Health. 2024;28(1):23-35. doi:10.1080/13607863.2023.2228255.

12. Lindsay EK, et al. Mindfulness-based stress reduction reduces proinflammatory gene regulation but not systemic inflammation among older adults: a randomized controlled trial. Psychosom Med. 2024;86(5):463-472.

13. Lenze EJ, et al. Effects of mindfulness training and exercise on cognitive function in older adults: a randomized clinical trial. JAMA. 2022;328(22):2218-2229.

14. Verhaeghen P, et al. Mindfulness interventions in older adults for mental health and well-being: a meta-analysis. 2025.

15. Rogerson O, Wilding S, Prudenzi A, O'Connor DB. Effectiveness of stress management interventions to change cortisol levels: a systematic review and meta-analysis. Psychoneuroendocrinology. 2024;159:106415.