



Prof.Dra. Blanca.M.Campostrini
Prof. Titular Cátedra Ginecología "A".UNLP.
Maestro de la Medicina.
Especialista Consultor en Ginecología.
Especialista Consultor en Climaterio.
Jefe de Servicio de Ginecologia HIGA Gral San Martín La Plata.
Jefe del Centro de Referencia de Fertilidad de Alta Complejidad de la Prov. de Buenos Aires.

"3º CURSO UNIVERSITARIO de POSTGRADO de FORMACION EN CLIMATERIO".
"Medicina personalizada para el Climaterio:
Dónde estamos en el 2016?"

Cambios de estilos de vida.
Primer arma terapéutica

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
Facultad de Ciencias Médicas



HIGA San Martín
La Plata



Prof.Dra. Blanca.M.Campostrini

Prof. Titular Cátedra Ginecología "A".UNLP.

Maestro de la Medicina.

Especialista Consultor en Ginecología.

Especialista Consultor en Climaterio.

Jefe de Servicio de Ginecologia HIGA Gral San Martín La Plata.

Jefe del Centro de Referencia de Fertilidad de Alta Complejidad de la Prov. de Buenos Aires.

Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de La Plata.

SOGLAP.2012-2014.

Presidente de la Asociación Argentina de Estudios para el Climaterio.AAPEC. 2013-2015.

Directora Académica de la Escuela Argentina de Climaterio.de la Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio.AAPEC.

Directora del Entorno Educativo de la Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio .AAPEC.

Miembro de International Menopause Society. IMS.

Fellow of the American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG.

Declaro no poseer conflicto de interés.



A quien?.....

***THM
INDICACIONES
ACTUALES.***

- **Mujeres con SVM moderados a intensos.**
- **Mujeres sintomáticas con alto riesgo de osteoporosis.**
- **Falla ovárica prematura.**

Recomendaciones basadas en la evidencia.



A quien no?...

THM

CONTRAINDICACIONES *absolutas.*



- **Cáncer** sospechado o conocido de mama, útero o t.estrógeno-dependiente.
- Enfermedad tromboembólica **activa.**
- **Antecedentes** de stroke.
- Enfermedad hepática **activa.**
- Insuficiencia hepática crónica **grave.**
- Hemorragia genital **anormal de causa desconocida.**
- Enfermedad renal **grave. (diálisis).**



Revised Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy

JUNE 2016

T. J. de Villiers, J. E. Hall, J. V. Pinkerton, S. Cerdas Pérez, M. Rees, C. Yang
& D. D. Pierroz

Climacteric DOI:10.1080/13697137.2016.1196047

Objetivo :
actualizar y ampliar
áreas de consenso .



Global consensus statement on menopausal hormone therapy – an update

Anna Fenton & Nick Panay

pages 311-312

Full text HTML

PDF

Full access

DOI:10.1080/13697137.2016.1202475

Published online: 04 Jul 2016

Climateric. Vol 19,N4, August
2016. pages 313-315

Maturitas.

European Menopause and
Andropause Society. EMAS



- International Menopause Society. IMS
- The North American Menopause Society. NAMS
- The Endocrine Society
- European Menopause and Andropause Society. EMAS
- The Asia Pacific Menopause Federation.
- International Osteoporosis Foundation. IOF
- The Federation of Latin American Menopause Societies. FLACSYM



Revised Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy

Section B: General principles governing the use of MHT

Considerar THM para el alivio de los síntomas o la prevención de osteoporosis debe ser una parte de una estrategia global que incluye recomendaciones de estilo de vida con respecto a la dieta , el ejercicio , dejar de fumar y niveles seguros de consumo de alcohol para mantener la salud y la calidad de vida de las mujeres peri y postmenopáusicas .

**T. J. de Villiers, J. E. Hall, J. V. Pinkerton,
S. Cerdas Pérez, M. Rees, C. Yang & D. D. Pierroz .
Climacteric DOI:10.1080/13697137.2016.1196047**



Condicionantes para recibir TH



Riesgo de TH relacionado con :

- Enfermedades de base.
- Edad.
- Edad de la menopausia.
- Causa de la menopausia.
- Tiempo “desde la **menopausia**”.
- **Nuevas condiciones médicas durante el tratamiento.**

**identificación de las Candidatas a tratar ...
e identificación “
para el tratamiento
a medida ”...**

NAMS 2014

Overview: Identifying Candidates and Tailoring Treatment

Risa Kagan, MD, FACOG, CCD, NCMP
Clinical Professor, Department of Ob-Gyn, UCSF East Bay
Physicians Medical Group Sutter Foundation, Berkeley,



❑ **“Enfermedades”**: responsables principales de la pérdida de la función..... más que el **proceso normal de envejecimiento**.

❑ **“Deterioro asociado con el envejecimiento”** puede ser 2rio. en parte a.... **estilo de vida, conducta, dieta y ambiente** → **pueden modificarse!!!**

❑ **Ejercicio aeróbico** previene o revierte :

- **disminución de la capacidad máxima de ejercitarse** (consumo de O₂ por unidad de tiempo o Vo₂máx)
- **Pérdida de fuerza muscular**
- **Y tolerancia a la glucosa** (en postmenopáusicas sanas sedentarias) .

❑ **“Efectos no modificables” del envejecimiento** pueden ser menos graves que lo que se creía, y en muchas personas puede lograrse una “**vejez más fuerte y saludable**”.

❑ **Actualmente**: personas > 65 años ***se encuentran en mejores condiciones de salud que sus predecesores y conservan este estado durante más tiempo.***

Enfermedades crónicas después de la Menopausia

- ▶ **Obesidad, Sind. Metabólico y Diabetes.**
- ▶ **ECV.**
- ▶ **Osteoporosis y Artritis Crónica.**
- ▶ **Demencia, Declinar Cognitivo y Depresión.**
- ▶ **Cáncer.**



Obesidad y Diabetes

- **14%** de la población mundial es obesa.
- **adiposidad central asocia con RI y diabetes.** (Cerhan JR 2014).
- **Post-menopausia: cambia composición corporal “distribución de grasa central” (androide) .Abdulnour J 2012.**

Prevención y tratamiento de obesidad:

- ✓ **ejercicio**
- ✓ **restricción calórica**

medidas complementarias alternativas:

- ✓ **farmacoterapia y cirugía bariátrica.** (rol en casos seleccionados). Davis



- **THM reduce adiposidad central, RI e inicio de diabetes.**
- **no es causa de aumento de peso.** Sorensen MB 2001, Davis SR 2012, Manson JE 2013.

ECV



- **R.CV aumenta despues de la menopausia.**
Independientemente de la edad en que esta se produzca.
- **Principal causa de morbilidad y mortalidad en la mujer (56% de todas las muertes femeninas en Europa).**
- **Mujeres sanas en el inicio de la menopausia: *THME disminuye mortalidad.* LoboRA.2014.**

La evaluación y el manejo de los factores de R.CV en la mujer debe realizarse de forma temprana y es prioridad cuando la mujer está en la perimenopausia.

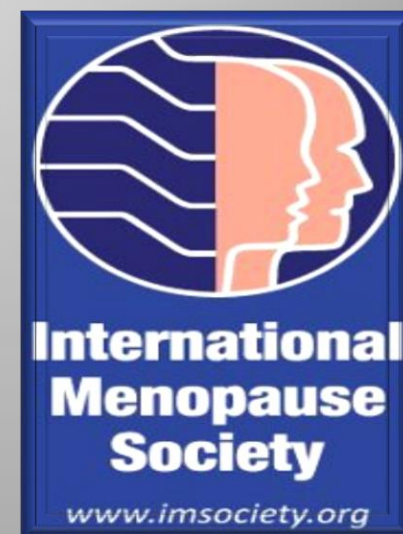
- **European Society of Cardiology (ESC)**
- **European Society of Hypertension (ESH)**
- **International Menopause Society (IMS).**

GUIA 2015

Taller de trabajo conjunto:

✓ **Guia** breve.

✓ **información esencial para
ayudar a los médicos que tratan
la menopausia
a desempeñar su rol en el
tratamiento global de la salud de
las mujeres.**



European Society of Hypertension

Evaluation y Gestión de Riesgos CVs. en Mujeres

- Sociedad Europea de Cardiología (ESC),
- Sociedad Europea de Hipertensión (ESH)
- Sociedad Internacional de Menopausia (IMS)

- **Detalla *principales factores de R.CV en la mujer* .**
- **Describe cómo se puede *determinar y monitorizar el R.* dentro del contexto ginecológico.**
- ***directrices prácticas* con el fin de ayudar a *reducir el R.CV.***



¿Qué factores podrían manejar los ginecólogos ?

Los ginecólogos están en una buena posición para identificar a las mujeres en mayor R. EC
colaboración estrecha con el médico de cabecera, si es otra persona distinta, Y el cardiólogo

Factores relacionados con el estilo de vida:

- **Dejar de fumar**
- **Modificación de la dieta**
- **Modificación del consumo de sal y alcohol**
- **Mayor bienestar físico**

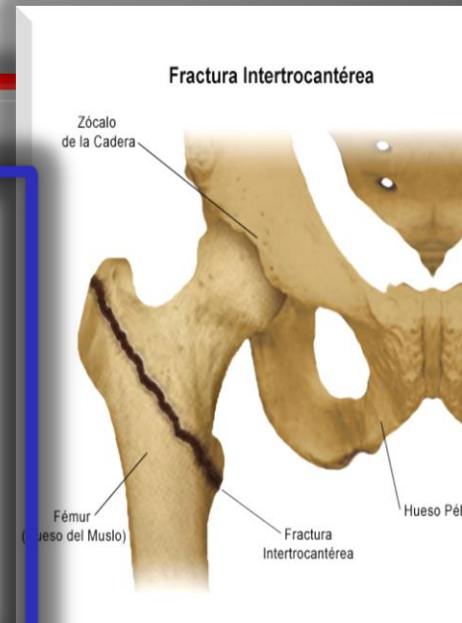
Otros factores:

- **Tensión arterial***
- **Lípidos plasmáticos***
- **Glucosa en plasma***



Osteoporosis

- **Año 2050: osteoporosis aumentará 240%!!**
- **Actualmente : más de 75.000.0000 USA, Europa y Japón.**
- **USA: fracturas relacionadas con osteoporosis**
- **Costo: 19 mil millones de dólares.**
- **fracturas de cadera el 72%!!**



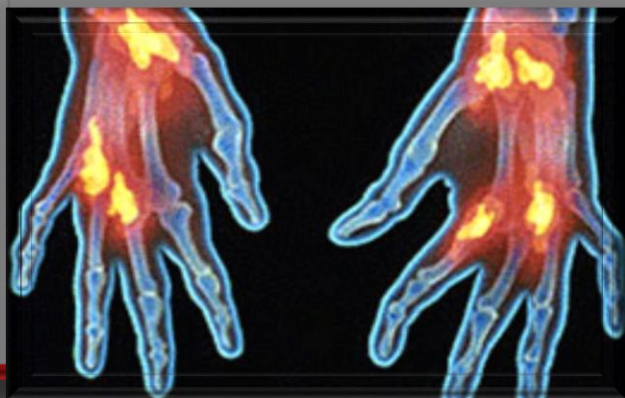
- **Estrategias de prevención:** dirigidas a maximizar el pico de masa ósea y reducir al mínimo la tasa de pérdida ósea.
- evitar tabaco, exceso de alcohol, corticoides, evaluar tiroides, **prevenir** caídas, ejercicio de carga de peso moderada, dieta diaria que incluya 1200 mg de calcio y 600-800 UI of Vit D (IOM 2010)

Artritis Crónica



Osteoartritis: actualmente USA: 60 millones de mujeres.

- ◆ **2da.Causa** (después de ECV): **incapacidad laboral** en mujeres de + 50 años. Costos: 100 mil millones de dólares/año.
- ◆ **diagnóstico precoz:** fisioterapia, **pérdida de peso, ejercicio**, agentes anti-inflamatorios (Arthritis Foundation 2014) y posiblemente estrógenos (Tanko TB 2007)



Demencia, Disminución Cognitiva, Depresión

- A nivel mundial: 36 millones de personas sufren de **E. Alzheimer y otras demencias**, esta cifra puede duplicarse para 2030 (Reitz C 2011)
- La mayor parte: **demencia tipo Alzheimer**. (Schneider **JA 2007**)
- **Prevención:**
 - ✓ *identificación de F. Rs. incluyendo posible propensión genética*
 - ✓ *y estrategias: 1) mejorar salud del cerebro ,2) aumentar reserva cognitiva, 3) reducir patología de Alzheimer. (Henderson VW 2014)*



Función Cognitiva

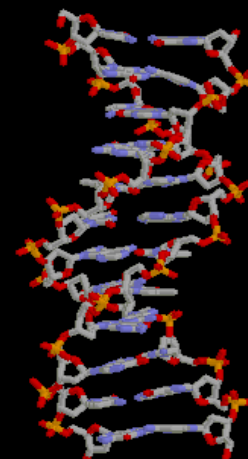


- **Aumentar reserva cognitiva:** Actividades de ocio mentalmente estimulantes y actividades de compromiso social.
- **Reducir E. Alzheimer:** **ejercicio aeróbico disminuye R. en 28%, reduce el β -amiloide, aumenta el volumen del hipocampo y mejora los factores neurotróficos** (Williams JW 2010; Erickson KI 2011; Kibilo T 2011)
- **Resultados del efecto de THM no son concluyentes.**
- **Depresión:** **altamente prevalente** (Weissman MM 1996), **puede estar asociada con el R. de E. Alzheimer** (Maki PM 2010)
- debe ser diagnosticada tempranamente y tratada adecuadamente .

**NAMS : Prevention of Diseases after
Menopause
2014**

Concepto de medicina personalizada genómica.

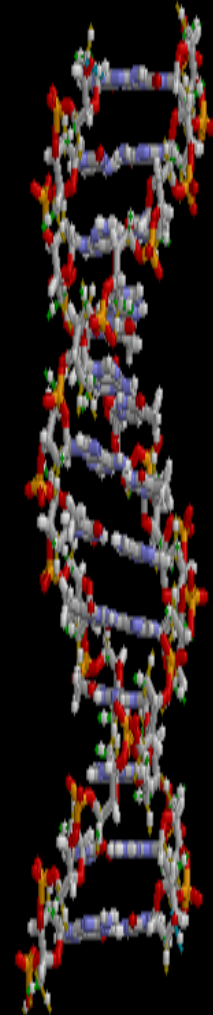
- Fundamentos de farmacogenética.
- Farmacogenética de la terapéutica (anticoagulante. de los trastornos psiquiátricos. del tratamiento quimioterápico del cáncer colorrectal y mamario) .
- Nutrigenética y nutrigenómica.
- Medicina personalizada en ECV.
- Medicina personalizada en osteoporosis.
- Medicina personalizada en práctica deportiva.
- Contribución de la epigenética al manejo personalizado del cáncer.



Polimorfismo genético...



- **Se medicará según farmacogenética.** utilizando drogas que funcionen de acuerdo al polimorfismo genético de c/ paciente.
- *Polimorfismo genético y R. de cáncer: hay muchos polimorfismos ya identificados para varios cánceres. (BCRA 1 y 2.) (utilización de los Tests genéticos)*
- **Gen del receptor de vit. D (VDR). asociación de los polimorfismos para vit.D y R. de fractura.**



Vitamin D receptor gene and risk of fracture in postmenopausal women: a meta-analysis

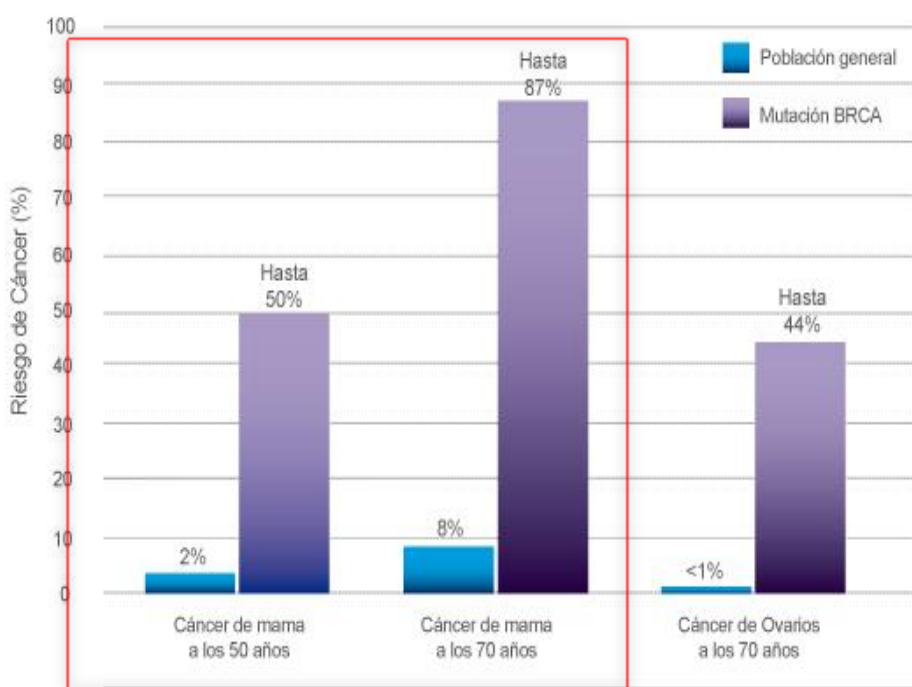
H. Shen, J. Xie and H Lu.

Menopause. Issue Highlights for August 2014 Volume 17, Number 4.

CÁNCER HEREDITARIO



- **Ca. de mama hereditario: 5-10% de todos los casos.**
- **Los dos genes mejor caracterizados son: BRCA1 y BRCA2**
- **Sus mutaciones confieren un R. aumentado para Ca.de mama y otros ts en edades especialmente jóvenes.**
- **Algunas mutaciones relacionados con éste tipo de Ca. son más comunes en ciertos grupos étnicos.**



Comparación de la probabilidad de desarrollar cáncer de mama o de ovario en población general o en personas con mutaciones en genes BRCA.
(Risch H, et al. Am. J. Hum. Genet. 2001: 68:700-710)

Probabilidad de desarrollo tumoral

Cáncer de ovario

Cáncer de mama

Población General

1.4%

12%

BRCA1 - BRCA2 Mutado

40%

60%



National Cancer Institute, 2015

Pautas de sospecha clínica

- Temprana edad de diagnóstico (pre menopausico)

- CM Bilateral o Multicentrico

- Más de dos casos en la genealogía

- Más de una generación de afectados

- CM + otro tumor primario en mismo individuo

- CM hombre

- Etnia de riesgo*

* Judíos Asquenazíes, Islandecés, French Canadians, etc.



Riesgo de Cáncer

- 2012: en el mundo: **6,7 millones de casos en mujeres.** (con expectativas de tasa creciente) (Ferlay J 2013)
 - **Cáncer más común: mama: 25.2%**
 - **Mayor mortalidad: pulmón**
 - **Detección de diversos tipos de cáncer incluye:** exploración, pruebas genéticas, citología o la prueba de HPV ,pruebas de imágenes , colonoscopia , etc.
- Prevencción** mediante **cambios en el estilo de vida** (tabaquismo, alcohol, < índice de masa corporal, actividad física) **ha demostrado reducir las tasas de cáncer y de mortalidad** (Gompel A 2013.)
- En el **estudio EPIC**, se demostró una **prevención del 12,6% de todos los cánceres** (Romaguera D 2012)



EPIC : Estudio prospectivo Europeo sobre dieta, cáncer y salud

Se está realizando en **10 países europeos (23 centros)**: Alemania, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Noruega, Reino Unido, Suecia.

- ◆ El amplio rango de distribución geográfica proporciona **población con una gran variabilidad de consumo y de hábitos alimentarios**
- ◆ *dieta mediterránea de Grecia, el sur de Italia y España y patrones dietéticos del norte de Europa.*



Reclutamiento
entre 1992 y 1998
500.000 mujeres y
hombres voluntarios
Entre 35 y 70 años.

International Agency for Research on Cancer



World Health
Organization

**Estudio
Prospectivo
Europeo
sobre dieta
y cancer.**

Evidencia científica actual :
**30% - 40% de la incidencia de
cáncer se podría prevenir con
medidas relacionadas con la dieta, el
control del peso y la actividad física.**



Estudio EPIC: estudio
prospectivo de cohorte.

Características ventajosas:

- ✓ inclusión de poblaciones con importante variabilidad en su ingesta alimentaria
- ✓ con muestras de sangre que posibilitarán biomarcadores
- ✓ e inclusión de personas sanas.



Objetivo del estudio EPIC

integrar la epidemiología con las investigaciones de laboratorio, con factores genéticos y metabólicos, y profundizar en el conocimiento científico de la nutrición y el cáncer.



- ☐ **Recopila información sobre dieta, hábitos de vida y antropometría.**
- ☐ **Fase de seguimiento: recibe periódicamente la información de los nuevos casos realizada en cada centro, así como la identificación del estado vital de los miembros de la cohorte.**
- ☐ **La información recogida y controlada proporciona las bases para los análisis e informes del proyecto.**



Líneas de investigación

Patrones de dieta y factores asociados en la población adulta

- ◆ Hasta ahora dichos patrones se ha centrado en:
 - el consumo de vegetales y frutas y los factores asociados
 - el consumo de lípidos y ácidos grasos y los factores asociados
 - la adhesión al patrón de dieta mediterránea
 - el consumo de suplementos vitamínicos, y
 - los factores asociados a la obesidad general y abdominal.





- ◆ **Análisis del hábito de fumar y factores asociados**
- ◆ **Principales fuentes de antioxidantes en la dieta**
- ◆ **Potenciales cancerígenos de la dieta**

Los alimentos pueden ser vehículo de exposición a cancerígenos.

En su mayoría estas sustancias no son componentes naturales de los alimentos sino que se incorporan a los mismos como contaminantes o en el proceso de producción y preparación.

Actualmente se está trabajando en recopilar información sobre el contenido de los alimentos en:

- nitrosaminas,
- hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP) y
- aminas heterocíclicas (AHC).



El proyecto EUR-GAST

- ✓ Estudio financiado por la UE que se desarrolla **dentro del EPIC-Europa.**
- ✓ **Estudio caso-control** anidado en la cohorte, que prevé la inclusión de **320 casos de cáncer gástrico y 1.280 controles.**
- ✓ **Objetivos principales:**
evaluación del “efecto conjunto” de la *infección por *Helicobacter pylori*, polimorfismos genéticos y factores nutricionales y otros factores ambientales en relación al cáncer gástrico, cáncer de colon y recto, cáncer de pulmón, cáncer de próstata*



Estudio prospectivo europeo sobre dieta y cancer

EPIC
European Prospective Investigation of Cancer

**Treating Hot Flashes, www.menopause.org
NAMS, *Menopause Practice: A Clinician's Guide*.
5th edition, Chapter 3, pg.57, Table 6, 2014**

Modificaciones de estilo de vida

- **Consumir una dieta saludable**
- **Mantener un peso saludable**
- **Activ. física regular**
- **Higiene del sueño**
- **No fumar**
- **Evitar los desencadenantes de sofocos (cafeína, alcohol , comida picante)**
- **Vestirse en capas (ropa clara y liviana)**
- **Dormir en habitación fresca (ventilador , ambiente climatizado).**



La actividad física, TH y el riesgo de cáncer de mama: un meta-análisis de estudios prospectivos.

- ❑ Analizaron **38 estudios prospectivos** publicados entre 1987 y 2014.
- ❑ **116.304 casos de Ca.mamario.**
- ❑ Compararon niveles alto y bajo de actividad física y R. de Ca. mamario.
- ❑ Reducciones del R. : no fueron modificadas por el tipo de actividad física.
- ❑ Las mujeres inactivas que participan en al menos 150 minutos por semana de actividad física vigorosa reducirían su R. de Ca. mamario en un **9%**
- ❑ Podría ser **2 veces mayor en las mujeres que nunca usaron la TRH.**
- ❑ **CONCLUSIÓN:** El aumento de la activ. física se asocia con reducciones significativas en R. de cáncer de mama.

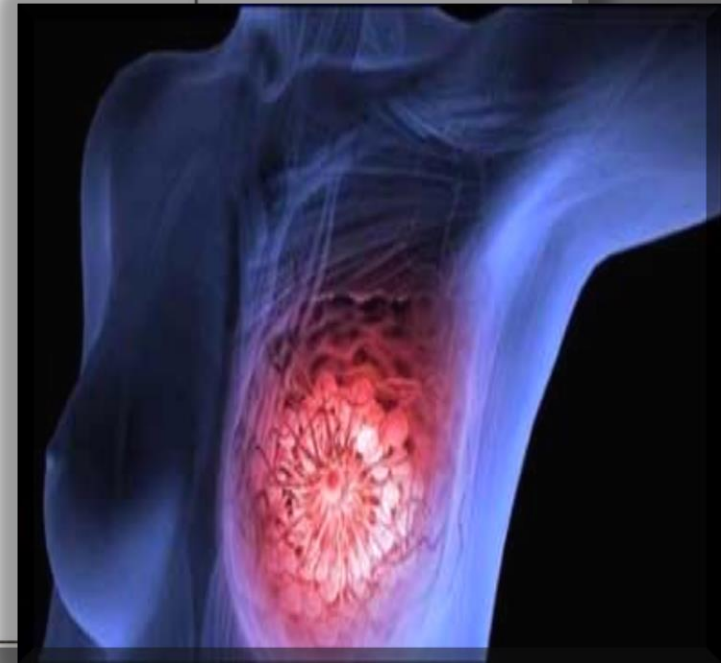
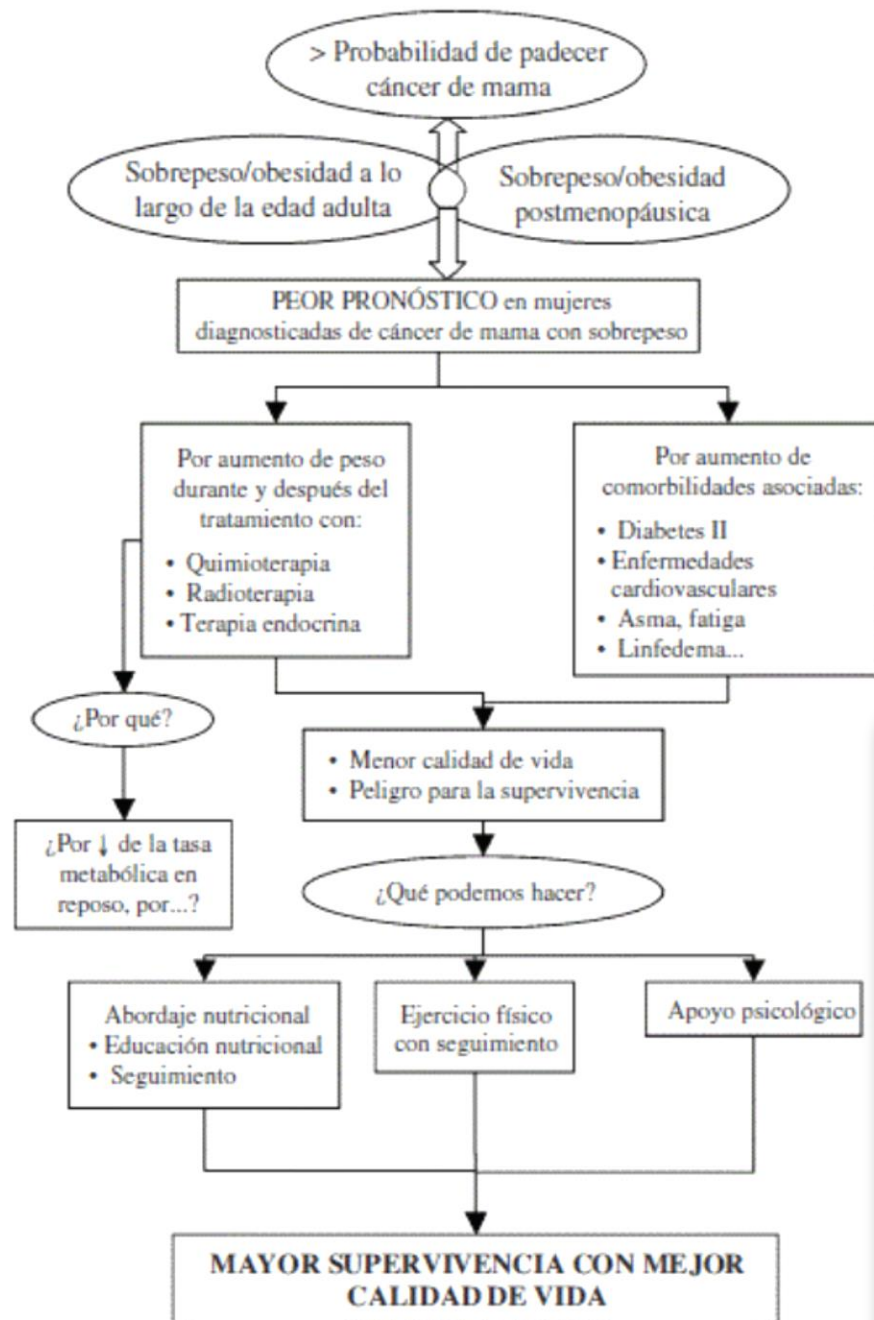


Influencia del peso corporal en el pronóstico de las supervivientes de cáncer de mama; abordaje nutricional tras el diagnóstico



- ◆ **Sobrepeso y obesidad en el momento del diagnóstico** se asocian con **peor pronóstico en supervivientes de Ca. de mama.**
- ◆ Estudios observacionales: **aumento del 33% de mortalidad** en obesa (comparadas con no obesas).
- ◆ **Aumento de peso frec. tras diagnóstico y mayor aún en las que reciben QT.**
- ◆ Ganancias de 2-8 kg de peso en el 68% de las pacientes a los 3 años del diagnóstico.
- ◆ Aumento de 5 kg de peso se relaciona con un aumento del 13% en mortalidad.
- ◆ Mecanismos desconocidos de este aumento de peso: cuanto mayor es, mayor es el R.de padecer enfermedades cardio-metabólicas asociada → peor calidad de vida y menor supervivencia global.
- ◆ **El exceso de tej. Adiposo es promotor indirecto de la prolif. celular tumoral y del aumento de los Es.circulantes.**
- ◆ *Dieta saludable, baja en grasa y azúcares simples, con alta proporción de frutas, vegetales y productos integrales reduce significativamente la morbilidad y el R. de recurrencia, mejorando el pronóstico y la calidad de vida.*





Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares con una dieta mediterránea.

N Engl J Med 2013; 368:

- ensayo **aleatorio para probar eficacia** de 2 dietas mediterráneas (una suplementada con aceite de oliva extra virgen y otra con frutos secos), comparadas con una dieta baja en grasas, **en prevención cardiovascular primaria.**
- **8.713** enrolados aleatorizados a 1 de los 3 grupos de estudios.
- **Seguimiento: 4,8 años.**
- **End point 1ro: muerte por IM, ACV y muerte por causas cardiovasculares.**
- **End points 2rios: ACV, IM, muerte por causas cardiovasculares y muerte por cualquier causa.**

CONCLUSION:

Entre las personas con alto R.EC, una dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva extra virgen o frutos secos reduce la incidencia de eventos cardiovasculares mayores.



Ramón Estruch, MD, Ph.D., Emilio Ros, MD, Ph.D., Jordi Salas-Salvadó, MD, Ph.D., María-Isabel Covas, D.Pharm., Ph.D., Dolores Corella, D.Pharm., Ph.D., Fernando Aros, MD, Ph.D., Enrique Gómez-Gracia, MD, Ph.D., Valentina Ruiz-Gutiérrez, Ph.D., Miquel Fiol, MD, Ph.D., José Lapetra, MD, Ph.D., Rosa María Lamuela-Raventós, D.Pharm., Ph.D., Lluís Serra-Majem, MD, Ph.D., Xavier Pintó, MD, Ph.D., Josep Basora, MD, Ph.D., Miguel Ángel Muñoz, MD, Ph.D., José V. Sorlí, MD, Ph.D., José Alfredo Martínez, D.Pharm, MD, Ph.D., y Miguel Ángel Martínez-González, MD, Ph.D. para los investigadores del estudio PREDIMED

Actualizado 27 de febrero de 2014, NEJM.org.

R. de recurrencia



- ☐ **El aumento de peso se asocia con un mayor R. de recurrencia de Ca. Mamario**
- ☐ **Dieta baja en grasa: mejor supervivencia en mujeres con ciertos tipos de cáncer de mama.**
- ☐ **El control del peso y una dieta baja en grasa debe ser aconsejado para las mujeres con cáncer mamario . (Nivel II)**



**Sobre la base de un meta -análisis
de estudios publicados :**

**Estimaron que : 3 - 5 MILLONES
DE MUERTES EN TODO EL MUNDO
SON ATRIBUIBLES A LA
INACTIVIDAD FÍSICA ...**

**4-8 millones de muertes
atribuibles al consumo de tabaco
(año 2000) .**



Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy

(carga de morbilidad)

THE LANCET

inactividad física aumenta el R. :

(muchas condiciones de salud adversas)

- **enfermedad coronaria**
- **diabetes tipo 2**
- **cánceres de mama y de colon**
- **ACV**

fuerte evidencia!!!

acorta la esperanza de vida

- **Gran parte de la población mundial está inactiva : importante problema de salud pública .**
- ◆ **Objetivo: cuantificar el efecto de la inactividad física en estas enfermedades mediante la estimación de la cantidad que podrían evitarse si las personas inactivas se transformaran en activas**
- ◆ **Estimar la ganancia en esperanza de vida de la población .**

Dr I-Min Lee, ScDcorrespondenceemail, Eric J Shiroma, MSc, Felipe Lobelo, MD, Pekka Puska, MD, Steven N Blair, PED, Peter T Katzmarzyk, PhD, for the Lancet Physical Activity Series Working Group

The Lancet Jul 21, 2012 .Volume 380. N 9838 p187-306

B.M.C

Mundialmente :

inactividad física y carga de morbilidad:

- **6 % de la carga de morbilidad para cardiopatía coronaria .**
- **7 % de diabetes tipo 2.**
- **10 % de Ca.de mama.**
- **10 % de Ca. de colon.**
- **9 % de mortalidad prematura.**
- **Si se revirtiese se evitarían más de 5,3 millones de muertes (de los 57 millones de muertes que se produjeron en todo el mundo en 2008).**



Interpretación

- **La inactividad física tiene un efecto importante de salud en todo el mundo .**
- **Disminución o eliminación de inactiv. Física : aumentaría expectativa de vida.**

¿por qué algunas personas son físicamente activas y otros no ?

♦ **inactividad física:** comprensión de por qué las personas son físicamente activas o inactivas (contribuye a la planificación basada en la evidencia de las intervenciones de salud pública).

♦ En las últimas 2 décadas, se han centrado principalmente en los factores individuales

➤ **Programas eficaces:** se centraran en factores que causan la inactividad.

♦ **Contribuyentes a la falta de actividad física:**

- Planificación urbana: sistemas de transporte, parques y senderos.
- Factores genéticos (contribuyen a la propensión a ser físicamente activo).
- Obesidad. (pueden predisponer a la inactividad).

La actividad física para personas con discapacidad

Comment

THE LANCET

...ity, we will need to monitor inactivity prevalence and the barriers behind it; protect the safety of the exercisers; build environment;¹⁵ offer services to the exercisers; gain skills for sustainable and enjoyable exercise; turn the public of the hazards of inactivity into repeated campaigns; ensure that the medical profession fulfils its responsibility to reduce inactivity; raise money or provide funding to encourage physical activity and discourage inactivity. In addition to doctors' traditional advocacy of the benefits of exercise, stressing the harms of inactivity could strengthen our battle against inactivity. We need to review the inactive population as abnormal and at high risk of disease. If we accept this view, for mental programmes modelled on MPOWER to reduce physical inactivity could be justified, with commensurate resources committed in each country to tackle a major threat to human health of non-communicable diseases.

*Chi Pang Wen, Xifeng Wu

National Health Research Institutes and China Medical University Hospital, Zhunan, Taiwan (CPW); and Department of Epidemiology, Division of Cancer Prevention and Population Sciences, the University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA (XW)

cwengood@nhri.org.tw

We declare that we have no conflicts of interest.

1. Pimlott N. The miracle drug. *Can Fam Physician* 2010; 56: 407-09.

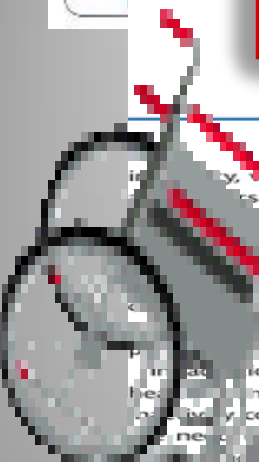
Physical activity for people with disabilities

There are more than a billion people with disabilities worldwide,¹ many of whom face substantial barriers to participating in physical activity.² Engaging in a healthy lifestyle with a disability can be a daunting task—physical activity generally requires elements of strength, endurance, balance, and coordination that are taken for granted. In people with disabilities, one or more physical attributes might be affected by disability, which limits access to sport, fitness, and work or household-related physical activity.

Lack of exercise is a serious public health concern for all people, but people with disabilities are at much greater risk of the serious health problems associated with physical inactivity.³ In the USA, adults with disability were twice as likely to be physically inactive

- Centers for Disease Control and Prevention. Surgeon General's Report on Physical Activity and Health. 1996. <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/index.htm> (accessed June 4, 2012).
- Wen CP, Wai JP, Tsai MK, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet* 2011; 378: 1244-53.
- Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. *Am J Prev Med* 1999; 16: 307-13.
- Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, for the Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: a analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; published online July 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9).
- WHO. United Nations high-level meeting on noncommunicable disease prevention and control: NCD summit to shape the international agenda 2011. http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en (accessed June 4, 2012).
- WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- Shavelle RM, Paculdo DR, Strauss DJ, Kusch SJ. Smoking habit and mortality: a meta-analysis. *J Insur Med* 2008; 40: 170-78.
- Wen CP, Tsai SP, Chen CJ, Cheng TY, Tsai MC, Levy DT. Smoking attributable mortality for Taiwan and its projection to 2020 under different scenarios. *Tob Control* 2005; 14 (suppl 1): 176-80.
- WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control 2012. <http://www.who.int/fcto/en> (accessed June 4, 2012).
- Woodcock J, Franco OH, Orsini N, Roberts I. Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of studies. *Int J Epidemiol* 2011; 40: 121-38.
- Wai JP, Wen CP, Chan HT, et al. Assessing physical activity in an ageing low-income population: prevalence and frequency among older adults in Taiwan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2008; 17: 297-308.
- Wen CP, Tsai MK, Tsai SP, et al. Exercise and life expectancy—A Lancet 2012; 379: 800-01.
- WHO. Research for International Tobacco Control. WHO report global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.
- National Research Council (US) Committee on Physical Activity, Transportation and Land Use, National Research Council (US). Do environment influence physical activity?: examining the evidence. Washington, DC: Transportation Research Board, 2005.

James H Rimmeremail, Alexandre C Marques
Published Online: 18 July 2012



La actividad física para personas con discapacidad

THE LANCET

- ◆ **más de 1.000 millones de personas con discapacidad en todo el mundo.**
- ◆ **Muchos enfrentan barreras sustanciales.**
- ◆ **Participar de un estilo de vida saludable con una discapacidad puede ser una actividad de tarea física desalentadora.**
- ◆ **Generalmente requiere elementos de fuerza, resistencia, equilibrio y coordinación.**
- ◆ **En las personas con discapacidad : uno o más atributos físicos pueden verse afectados por la discapacidad: limita el acceso al deporte , fitness , y el trabajo o la actividad física relacionados con el hogar .**



James H Rimmeremail, Alexandre C Marques
Published Online: 18 July 2012

Mayor R. de obesidad y obesidad central en mujeres post-menopáusicas sedentarias



- ◆ **Comportamiento sedentario (permanecer sentado más de 4 horas al día):** aumenta R. de padecer sobrepeso, obesidad y obesidad central.
- ◆ **independientemente de las hs. de caminar en mujeres postmenopáusicas.**

◆ ***Reducir hs de estar sentada !!***

garantiza una buena salud a lo largo del proceso de envejecimiento.





La actividad física, la dieta y el estilo de vida



Menopause 23 de abril 2015

- ❑ **Alentar a las mujeres a mantener o alcanzar un peso corporal normal, mantenerse físicamente activas, adoptar una dieta saludable, limitar el consumo de alcohol y no fumar.**
- ❑ **Evitar comida picante, bebidas calientes y el alcohol: disminuye SVM .**
- ❑ **Obesidad:** mayor probabilidad de SVM.
- ❑ **...aunque las mujeres con sobrepeso (IMC de 25 a $<30 \text{ kg m}^{-2}$), (a diferencia de obesas) (IMC $\geq 30 \text{ kg m}^2$) :son más propensas a SVM más graves.**
- ❑ **Obesas si bajan de peso:** disminuyen SVM y Rs. para :
ECV; Diabetes; I.Urinaria; Demencia; Ca.de mama, páncreas y endometrio.
- ❑ **Aumento de Activ. física para aliviar SVM:**
 - ***puede exacerbarlos*** en las mujeres con bajo nivel de aptitud.
 - **Daley, A. et al. “La efectividad del ejercicio como tratamiento para SVM ”: ensayo controlado aleatorio , prospectivo. *BJOG* 122, 565-575.2015). **ningún beneficio del ejercicio en la reducción de estos síntomas vasomotores.****
- ❑ **Actividad física regular:** mantiene masa muscular y equilibrio.(reduce R. de caídas y fracturas).
 - **Ejercicio de impacto bastante alto y consistente** necesario para mejorar la densidad ósea.
 - **yoga:** mejora el sueño, pero no reduce SVM.



...muchas gracias!!!!...





asociación argentina para el estudio del climaterio

Ciencia, técnica y ética al servicio de la mujer climaterica

Miembro de IMS, CAMS y FLASCYM - Fundada el 15 de Octubre de 1987



International
Menopause
Society



ENTORNO EDUCATIVO DE AAPEC

Directora: Prof. Dra. Blanca Campostrini,
Coordinadoras: Dra. Rita Caro - Dra. Claudia Rey.

JORNADA DE AAPEC.



FLASCYM

"¿Qué debe conocer el ginecólogo sobre la patología flebológica durante el climaterio?"

Problemas de la práctica diaria.

Viernes 2 de Setiembre, de 14 a 20 Hs.
HOTEL EMPERADOR, Av. del Libertador 420. CABA.

Auspicio Laboratorio Raffo



Programa Científico

14 Hs: Acreditación.

15 Hs: Apertura de la Jornada: Prof. Dr. Manuel Nölting. - Prof. Dra. Blanca Campostrini.

15.15 - 15.50 Hs: Conferencia: "Controversias Tratamiento Hormonal (THM-ACO) y Várices".
Coordinadora: Dra. Sandra Shayo.
Secretaría: Dra. Silvia Gedwillo.
Relator: Dr. Alejandro Conde.

15.50 - 16.10 Hs: Panel de discusión: Discutidoras: Dra. Claudia Rey. - Dra. Marta Piccoli.

16.10 - 16.30 Hs: Intercambio con el público.

16.30 - 17 Hs: Conferencia "Mitos y verdades sobre las Telangiectasias".
Coordinadora: Dra. Rita Caro.
Secretaría: Dra. Laura Laino.
Relator: Dr. Cristian Parra.

17.00 - 17.20 Hs: Intercambio con el público.

17.20 - 17.45 Hs: Coffe-break.

17.45 - 18.20 Hs: Conferencia: "Tratamientos Flebológicos. Utilidad de los Venotónicos".
Coordinadora: Prof. Dra. Mónica Nández.
Secretaría: Dra. Laura D' Angelo.
Relator: Dr. Alejandro Conde.

18.20 - 18.40 Hs: Panel de discusión: Discutidores: Dr. Sergio Strier. - Dra. Cristina Montero.

18.40 - 19.00 Hs: Intercambio con el público.

19.00 - 19.35 hs: Conferencia: "Fleboestética: Qué hay de nuevo?"
Coordinadora: Prof. Dra. Blanca Campostrini.
Secretaría: Dra. Stella Cristaldi.
Relator: Dr. Alejandro Conde.

19.35 - 19.55 Hs: Panel de discusión: Discutidoras: Dra. Rosana Molina - Dra. Carolina Simonet.

19.55 - 20.15 Hs: Intercambio con el público.

20.15 Hs: Cierre de la jornada: Prof. Dr. Manuel Nölting.
Prof. Dra. Blanca Campostrini.

INFORMES E INSCRIPCIÓN:
Secretaría de AAPEC. Tel:(011) 4371-3169 Fax:4372-7601
email: escuelaclimaterio@aapec.org // info@aapec.org // web: www.aapec.org

JORNADA NO ARANCELADA. BECAS: AAPEC y LAB. RAFFO.



Agendelo....



XII Congreso Argentino e Internacional de Climaterio

*Para vivir en plenitud
más allá de los 40*

Buenos Aires, Argentina 2016.

Agendelo....



20 al 22 de Noviembre - NH City and Tower, Bolívar 120 Microcentro, Buenos Aires

Informes www.aapec.org

info@aapec.com