

## Papel del ginecólogo/obstetra en la edad adulta de la mujer

### *La práctica cambia en el manejo de la enfermedad con el avance de la edad de la mujer*

GRETA RAGLAN, HAL LAWRENCE 3RD, JAY SCHULKIN. WOMEN'S HEALTH. 2014;10(2):155-160.

Como los *baby boomers* se acercan a la edad avanzada y una proporción creciente de la población vive a una edad mayor que la que se ha visto anteriormente, las implicaciones médicas de una población que envejece son cada vez más importantes. En 2030, aproximadamente el 19% de la población de los EE. UU. va a estar por encima de la edad de 65 años, a diferencia de 2010, cuando esa proporción era solo del 13%<sup>1,2</sup>. El campo de la ginecología geriátrica puede crecer a la luz de este cambio, y otros obstetras/ginecólogos (OB/GYN) también pueden comenzar a ver a los pacientes de más edad en sus prácticas. Los obstetras/ginecólogos desempeñan un papel importante en la detección de problemas de salud en general, la violencia doméstica, el alcohol o el consumo de drogas y problemas de salud mental<sup>3</sup>, y en el reconocimiento de que una de las mayores preocupaciones sociales y de la salud de las mujeres mayores que es convertir la calidad DE VIDA en una práctica cada vez más necesaria. Dada la probabilidad de un cambio demográfico hacia la edad avanzada en los pacientes, es importante que el campo de la obstetricia y la ginecología mire hacia adelante en la mejor forma de satisfacer las necesidades generales de salud de estas mujeres.

Hay otros proveedores de salud que pueden proporcionar esta atención. Sin embargo, dada la regularidad con la que las mujeres ven a sus ginecólogos/obstetras, estos médicos proporcionan a menudo la primera línea de la atención médica para las mujeres<sup>3</sup>. Además, el deseo de las mujeres por la continuidad de su atención durante toda su vida puede llevar a los pacientes a que deseen ver a su proveedor de ginecología/obstetricia en la edad avanzada. Es con este

contexto en mente que miramos más de cerca a las responsabilidades de los obstetras/ginecólogos frente a los cambios en la demografía de los pacientes. En este artículo, nos dirigimos a varias áreas de la salud de las mujeres que pueden requerir una mayor atención por parte de los profesionales de obstetricia/ginecología en tanto que la población de mujeres mayores crece. Si bien esta lista no es de ninguna manera exhaustiva, se discuten áreas clave de la salud de la mujer en la que ginecólogos/obstetras podrían desempeñar un papel importante en el reconocimiento, el diagnóstico o el tratamiento de los síntomas en las mujeres mayores.

### Los síntomas del estado de ánimo

La literatura está emergiendo para sugerir que un número creciente de adultos mayores sufren de los síntomas de depresión, y que más del 10 % tiene síntomas depresivos clínicamente significativos<sup>4</sup>. Además, las tasas de prevalencia de depresión son más altas entre las mujeres de mayor edad que entre los hombres mayores<sup>5</sup>. Las personas con otras enfermedades son más propensas a experimentar depresión que los individuos sanos<sup>6,7</sup>, y se ha encontrado que quienes tienen depresión presentan mayores tasas de mortalidad<sup>4</sup>. Las personas mayores pueden ser más propensas a experimentar síntomas depresivos relacionados con los cambios sociales y discapacidades físicas, además de otros cambios de vida relacionados con el envejecimiento<sup>4</sup>. El tratamiento para los adultos mayores con depresión es similar al de los adultos más jóvenes; sin embargo, dicho tratamiento puede tomar más tiempo para ser eficaz<sup>4</sup>. Si bien se ha dado un mayor énfasis en los boletines

de la práctica en relación con la identificación y el tratamiento de la depresión en mujeres después del parto, poco se ha hecho en la forma de aclarar las indicaciones para las mujeres mayores que experimentan síntomas de depresión. En particular, los diagnósticos diferenciales de los síntomas de depresión y otros procesos neurobiológicos, como la demencia, son importantes para los médicos que atienden a los adultos de edad avanzada. Los ginecólogos/obstetras deben estar bien preparados para proporcionar el tratamiento necesario a las mujeres mayores que experimentan síntomas depresivos, utilizando tamizajes e intervenciones recomendadas<sup>8</sup>.

## Salud sexual

La disfunción sexual es más común en las personas que envejecen y se puede asociar con consecuencias negativas para la calidad de vida de una persona<sup>9</sup>. De cara a una población de pacientes que envejece, obstetras/ginecólogos pueden encontrarse con un aumento de las preguntas relativas a la salud sexual y el funcionamiento de sus pacientes. Las investigaciones indican que muchos individuos pueden responder a la psicoterapia o intervenciones farmacéuticas, y así continúan teniendo satisfacción en sus vidas íntimas, hasta una edad avanzada<sup>10</sup>. A pesar de esto, muchos profesionales de la salud informan que no revisan regularmente la disfunción sexual, o que están afectados por los estereotipos de que las personas mayores no tienen vida sexual activa. Además, es poco probable que las personas mayores discutan temas de disfunción sexual si no se les pregunta<sup>9</sup>. Tener un obstetra/ginecólogo de confianza, que se pueda referir a uno de esos servicios, es un recurso que puede llegar a ser cada vez más importante para los pacientes que sienten que no pueden acceder a los recursos a través de otras fuentes de información<sup>11</sup>. Además, los obstetras/ginecólogos deben estar en alerta para la disfunción sexual como un posible síntoma de otros procesos de la enfermedad, como la cardiovascular, la diabetes o la depresión<sup>12</sup>, y el VIH y otras infecciones de transmisión sexual que se producen cada vez con mayor frecuencia entre los adultos mayores; además el riesgo de infección aumenta con cambios de pareja después del divorcio o la muerte del com-

pañero o compañera<sup>13</sup>. Los obstetras/ginecólogos deben continuar investigando las prácticas sexuales de los pacientes en la edad adulta; y los pacientes de edad avanzada deben ser alentados a practicar «sexo más seguro», por ejemplo mediante el uso de condones.

## Enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en las mujeres<sup>14</sup>. Varias tendencias en el bienestar sugieren que, en comparación con los hombres, las mujeres pueden haber aumentado los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, el exceso de peso y la diabetes<sup>15</sup>. Alteraciones cardiovasculares subyacentes pueden contribuir al cáncer, enfermedad crónica y otros procesos de enfermedad. En los controles regulares de salud, los obstetras/ginecólogos pueden proporcionar un punto de acceso fundamental para que las mujeres puedan detectar factores de riesgo cardiovascular como colesterol alto, hipertensión arterial o diabetes. Además, los obstetras/ginecólogos deben ser capaces de aconsejar a las pacientes sobre los factores de estilo de vida, como el ejercicio, la dieta y la reducción del tabaquismo, que contribuirían a una mejor salud en general<sup>14</sup>. Mientras obstetras/ginecólogos conocen bien los factores de riesgo cardiovascular asociados con el embarazo, pueden estar menos centrados en hacer estas mismas evaluaciones en las mujeres no embarazadas o en las de edad mayor. Sin embargo, se ha encontrado que la evaluación de factores de riesgo cardiovascular no es óptima entre los obstetras/ginecólogos, elevando la preocupación de que las mujeres en riesgo pueden no ser identificadas por sus médicos<sup>15,16</sup>. A través de preguntas importantes de sus pacientes durante un buen examen y mediante la realización de pruebas de detección regulares con sus pacientes, obstetras/ginecólogos pueden potencialmente proporcionarles a ellas información de alerta temprana sobre el riesgo de enfermedad cardiovascular, lo que puede permitir su acceso a la asistencia sanitaria o hacer cambios de estilo de vida que pueden aumentar drásticamente su esperanza de vida<sup>14,17</sup>. Si bien no está dentro del alcance de este artículo discutir todas las intervenciones posibles para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, los

recursos están disponibles para los médicos que buscan información sobre los factores de riesgo como el tabaquismo<sup>18</sup>, la hipertensión<sup>19</sup> y la obesidad<sup>20</sup>, entre otros.

## La pérdida de hueso

La pérdida ósea se incrementa en las mujeres a medida que envejecen, lo que resulta en problemas de salud generalizados, incluyendo el dolor crónico y las fracturas<sup>21</sup>. Además, estos riesgos contribuyen a la menor esperanza de vida y la reducción de la calidad de vida<sup>22</sup>. El aumento de conocimiento con respecto a los impactos sobre la salud de la pérdida de hueso en la edad adulta, así como la creciente frecuencia de estos casos en las prácticas de obstetricia/ginecología, puede significar que obstetras/ginecólogos deberían prestar más atención a posibles signos de pérdida ósea en los pacientes. El reconocimiento de la pérdida de hueso debe comenzar temprano en la vida de una mujer y seguir adelante, pero se vuelve especialmente importante a medida que ella envejece. La detección de la pérdida de hueso mediante técnicas, como la absorciometría dual de rayos X, puede ser importante para evaluar el riesgo de desarrollar osteoporosis y otras enfermedades de pérdida ósea de la mujer. Sin embargo, persiste la incertidumbre sobre el intervalo en el cual los cambios en la densidad ósea se pueden detectar entre las pruebas<sup>23</sup>. Factores importantes como la menopausia en etapa tardía, antecedentes familiares, consumo de alcohol, el sedentarismo y el menor índice de masa corporal también pueden contribuir a la pérdida acelerada de masa ósea, y los obstetras/ginecólogos deben estar alerta para estos factores de riesgo<sup>24</sup>. Si obstetras/ginecólogos empiezan a prestar atención regular a una mayor proporción de pacientes de edad avanzada, pueden estar en una posición única para ofrecer consejos para el autocuidado de las mujeres cuando envejecen, y para fomentar el uso de suplementos y terapias adecuadas.

Investigaciones anteriores han encontrado que los ginecólogos/obstetras son conocedores de la importancia de la nutrición en el mantenimiento de la salud general de sus pacientes, pero sus conocimientos específicos en relación

con el calcio son variables<sup>25</sup>. Esto indica que el entrenamiento adicional y estar alertas pueden ser útiles en la comunidad obstetricia/ginecología. El Instituto de Medicina (DC, EE. UU.) recomienda 1.200 mg/día de calcio y 600 mg/día de vitamina D para las mujeres mayores de 51 años<sup>26</sup>. Si bien continúa habiendo controversias en relación con los posibles riesgos cardiovasculares asociados con el consumo excesivo de estos suplementos, hay recomendaciones que todavía respaldan los beneficios generales de salud al mantener los niveles óptimos de calcio y vitamina D.<sup>26,27</sup>

## Cáncer

Ciertos tipos de cáncer que afectan principalmente a las mujeres (por ejemplo, el cáncer de cuello uterino y de mama), y también aquellos como el cáncer colorrectal, aumentan en frecuencia a medida que avanza la edad de la mujer. Sin embargo, la utilidad de la detección de algunos tipos de cáncer disminuye con la edad avanzada<sup>28</sup>. La importancia de la detección del cáncer y los servicios de referencia para el tratamiento oncológico están, por lo tanto, relacionados con la edad de la mujer y la probabilidad de enfermedades competentes, además de otros factores de riesgo. Es importante que los obstetras/ginecólogos se familiaricen con las nuevas guías para evitar tamizajes innecesarios, especialmente para las mujeres en el grupo de edad de 65 a 70 años<sup>29</sup>. Se recomienda el tamizaje del cáncer de mama y del colorrectal para las mujeres en y por encima de este grupo de edad, y obstetras/ginecólogos a menudo tienen un papel importante tanto en la detección y tratamiento del cáncer en las mujeres, y pueden ser los primeros profesionales de la medicina que una mujer con síntomas visita. Como un número creciente de mujeres mayores ven a sus obstetras/ginecólogos, es probable que haya un aumento de la necesidad de alertar acerca de los factores de riesgo y los síntomas que pueden indicar cáncer. Ginecólogos/obstetras están a menudo familiarizados con las directrices sobre el tamizaje del cáncer (por ejemplo, la detección del cáncer de mama), pero dado el creciente cuerpo de evidencia y la información, así como las recomendaciones conflictivas, el campo se puede beneficiar de pautas y guías

más específicas<sup>29</sup>. Más información sobre las recomendaciones sobre el tamizaje del cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y colorrectal están disponibles a través de los Servicios preventivos de los EE. UU.<sup>30</sup>.

Además, obstetras/ginecólogos desempeñan un papel vital en ayudar al creciente número de sobrevivientes de cáncer para hacer frente a la transición después del cáncer<sup>31</sup>. Esto es particularmente cierto para las mujeres que han complicado la supervivencia y la lucha con los problemas de salud psicológica o de otro tipo después de la remisión. Ginecólogos/obstetras pueden añadir valor a la atención que ofrecen, prestando atención a la curación poscáncer<sup>31</sup>, así como mediante la colaboración con otros profesionales de la salud, tales como los profesionales de salud mental, cuando proporcionan atención para el cáncer<sup>3</sup>. El Instituto de Medicina recomienda que a los sobrevivientes de cáncer se les den detalles sobre la atención continua y los riesgos, así como información de apoyo acerca de los comportamientos saludables. El Instituto de Medicina también aconseja que se dé información apropiada a los pacientes con respecto a los proveedores de atención de seguimiento pertinentes<sup>32</sup>.

## Demencia

A medida que la edad promedio de la población aumenta, también lo hace la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otros síndromes de demencia<sup>33</sup>. Las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades relacionadas a la demencia debido a una mayor esperanza de vida y otros factores clínicos<sup>34</sup>. Históricamente, la detección de estas condiciones no ha sido vista como un papel principal para obstetras/ginecólogos; sin embargo, el entendimiento básico de evaluación de demencia será de vital importancia a medida que más pacientes se dividen en los grupos de edad que son vulnerables a los síndromes de demencia. La atención temprana especializada para los pacientes con demencia puede tener impactos significativos en el curso de la enfermedad y puede mejorar sustancialmente la calidad de vida de los pacientes. La atención temprana, sin embargo, se basa en la

detección temprana. Como proveedores de atención constante, los obstetras/ginecólogos pueden estar bien posicionados para observar y evaluar importantes cambios conductuales y cognitivos que acompañan a las condiciones de la demencia.

Aunque la evidencia es mixta<sup>35</sup>, hay algunos indicios de que la TRH puede ser beneficiosa en la prevención de la aparición de la enfermedad de Alzheimer o la reducción de la severidad de sus síntomas en algunas personas<sup>36-38</sup>. Como la investigación adicional en esta área aparece, es posible que ginecólogos/obstetras serán parte del tratamiento de primera línea en el tratamiento de pacientes con demencia. Los profesionales deben estar al tanto de las mejores prácticas en lo que respecta a la evaluación de la gestión y de la demencia en pacientes mayores<sup>39</sup>.

## Abuso de ancianos

Una creciente población de edad avanzada también implica que ha habido un aumento significativo de denuncias de maltrato a personas mayores en los últimos años, y que la ocurrencia de tal maltrato sigue creciendo<sup>40,41</sup>. En un estudio reciente, el 10% de los participantes de mayor edad reportaron algún forma de abuso en el año pasado<sup>40</sup>; sin embargo, es probable que los casos de abuso sean aún más comunes. El abuso de ancianos puede ser psicológico, físico, sexual y financiero. El abuso se ha relacionado con alteraciones psicológicas significativas en individuos maltratados, y también parece contribuir a problemas de salud significativos y al aumento de la mortalidad entre los ancianos<sup>42</sup>. Al igual que en los pacientes más jóvenes, los obstetras/ginecólogos tienen que estar alerta a los signos de maltrato en los pacientes de mayor edad y estar al tanto de las medidas necesarias en el caso de sospecha de abuso. Aprender a reconocer los signos de abuso, y tratar a un individuo que ha sufrido abuso, puede ser crítico para obstetras/ginecólogos al hacer frente a la demografía cambiante de sus pacientes<sup>43</sup>. El abuso de ancianos es un área emergente de investigación y, como tal, se sabe poco sobre los conocimientos y prácticas de obstetras/ginecólogos con respecto al abuso de ancianos.

Sin embargo, la atención a los factores de riesgo pertinentes, como la situación de vida de un paciente, puede ser un aspecto cada vez más importante de la historia clínica médica<sup>43</sup>.

## Dolor

El dolor y la pérdida pueden ocurrir en cualquier etapa de la vida de una persona; pero cuando una persona envejece, la probabilidad de que experimenten una pérdida significativa, como la muerte de un cónyuge o padre, aumenta de manera significativa<sup>44</sup>. De hecho, en 2010, el 40% de todas las mujeres mayores de 65 años eran viudas<sup>45</sup>. Se ha demostrado que la viudez y la pérdida tienen un impacto psicológico negativo en las personas mayores<sup>46</sup>. Mientras ginecólogos/obstetras no necesariamente sean los proveedores de atención primaria para las personas que están sufriendo por el dolor prolongado, pueden ser una buena posición para identificar a los pacientes que están luchando para hacer frente tanto a la salud mental como a las implicaciones sociales de la pérdida de un ser querido<sup>44</sup>. La formación dirigida a fomentar en obstetras/ginecólogos el procedimiento de preguntar acerca de las pérdidas recientes y evaluar los problemas del estado de ánimo posteriores puede ayudar a proporcionar una respuesta de primera línea. Esto con el fin de ayudar a los pacientes con el acceso a una atención del duelo, tal como los grupos de apoyo o el asesoramiento individual.

## Conclusión y perspectiva de futuro

Los cambios demográficos de los EE. UU. y del mundo significan que los obstetras/ginecólogos pueden experimentar un cambio en la composición de su población de pacientes, y que una mayor proporción de los pacientes serán mujeres mayores. Es probable que los obstetras/ginecólogos se enfrentarán a algunos cambios en el énfasis de su carga de trabajo, lo que puede, junto con los cambios tecnológicos e innovadores en el campo, crear nuevos retos para los médicos. En particular, los obstetras/ginecólogos pueden ver el aumento de la presentación de determinados problemas de salud mental relacionados con la edad, que son menos comunes en una población más joven. Además, muchos problemas de

salud, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, que se están volviendo cada vez más comunes en las mujeres en general, se pueden ver con más frecuencia a medida que la edad media de los pacientes aumenta. Este cambio en la demografía es probable que conduzca a una mayor importancia de la atención de colaboración con otros proveedores, tanto dentro como fuera del campo de la salud de las mujeres<sup>3</sup>. Además de estos retos específicos de la enfermedad, obstetras/ginecólogos probablemente se enfrentarán a una mayor necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud en sus prácticas, como el asesoramiento sobre la dieta, la pérdida de peso y dejar de fumar. Los programas de formación médica y las prácticas individuales que se preparan para la posibilidad de ver a las mujeres mayores con más frecuencia, y el aumento de la educación acerca de la detección y las intervenciones ajustadas, pueden ayudar en este campo para hacer la transición a una nueva era en el cuidado de la mujer.

## Referencias

1. Vincent GK, Velkoff VA. *The Next Four Decades: the Older Population in the United States: 2010 to 2050 (No. 1138)*. US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau, Washington, DC, USA, 2010.  
\* Provides a comprehensive look at future projections of population aging in the USA, as well as additional demographic information on the aging population.
2. Jacobsen LA, Kent M, Lee M, Mather M. America's aging population. *Population Reference Bureau* 2011;66(1):1-20.
3. Farrow VA, Lawrence H, Schulkin J. Women's healthcare providers' range of services and collaborative care. *J. Healthc. Qual.* doi:10.1111/j.1945-1474.2012.00216.x (2012) (Epub ahead of print).
4. Thomas AJ, O'Brien JT. Mood disorders in the elderly. *Psychiatry* 2005;68(2):56-60.
5. Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Ji-Rong Y, Quing-Xiu L. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing* 2010;39:23-30.

6. Moser DK, Dracup K, Evangelista LS *et al.* Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety and hostility in elderly heart failure, myocardial infarction and coronary artery bypass graft patients. *Heart Lung* 2011;39(5):378-385.  
\* Provides an analysis of factors contributing to perimenopausal depression, including both hormonal and psychosocial factors.
7. Barry LC, Allore HG, Guo Z, Bruce ML, Gill TM. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence and mortality over time. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65(2):172-178.
8. Flood M, Buckwalter KC. Recommendations for mental health care of older adults: part 1 – an overview of depression and anxiety. *J Gerontol Nurs* 2009;35(2):26-34.
9. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite IJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357(8):762-774.
10. Yang H, Toy EC, Baker B. Sexual dysfunction in the elderly patient. *Prim. Care Update Ob Gyns* 2000;7(6):269-274.
11. Langer-Most O, Langer N. Aging and sexuality: how much do gynecologists know and care? *J Women Aging* 2010;22(4):283-289.  
\* Provides a specific look at the role of gynecologists in assessing and caring for sexuality concerns among older women.
12. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *Int J Impot Res* 2005;17:S52-S56.
13. Minicheiello V, Hawkes G, Pitts M. HIV, sexually transmitted infections, and sexuality in later life. *Curr Infect Dis Rep* 2011;13:182-187.
14. Mosca L, Benjamin EJ, Berra J *et al.* Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women – 2011 update: a guideline from the American Heart Association. *J Am Coll Cardiol* 2011;57(12):1404-1423.
15. Schmittiel J, Selby JV, Swain B *et al.* Missed opportunities in CVD prevention? Low rates of hypertension recognition for women at medicine and obgyn clinics. *Hypertension* 2011;57(4):717-722.
- \* Looks specifically at assessment for cardiovascular disease risk factors in women in obstetrics/gynecology practices.
16. Barnhart J, Lewis V, Houghton JL, Charney P. Physician knowledge levels and barriers to coronary risk prevention in women: survey results from the Women and Heart Disease Physician Education Initiative. *Womens Health Issues* 2007;17(2):93-100.
17. Hirsch AT, Allison MA, Gomes AS, Corriere MA, Duval S, Ershow AG. A call to action: women and peripheral artery disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:1449-1472.
18. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB *et al.* *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. US Department of Health and Human Services Public Health Service, Rockville, MD, USA, 2008.
19. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ *et al.* ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly. *J Am Coll Cardiol* 2011;57(20):2037-2114.
20. Han TS, Tajar A, Lean ME. Obesity and weight management in the elderly. *Br Med Bull* 2011;97:169-196.
21. Vasikaran S, Eastell R, Bruyère O *et al.*; IOF-IFCC Bone Marker Standards Working Group. Markers of bone turnover for the prediction of fracture risk and monitoring of osteoporosis treatment: a need for international reference standards. *Osteoporosis Int* 2011; 22(2):391-420.
22. Matityahu A, Elson J, Morshed S, Marmor M. Survivorship and severe complications are worse for octogenarians and elderly patients with pelvis fractures as compared with adults: data from the National Trauma Data Bank. *J Osteoporosis* 2012;475-739.
23. Gourlay ML, Fine JP, Preisser JS *et al.* Bone-density testing interval and transition to osteoporosis in older women. *N Engl J Med* 2012;366(3):225-233.
24. Sowers MR, Zheng H, Jannausch ML *et al.* Amount of bone loss in relation to time around the final menstrual period and follicle-stimulating hormone staging of transmenopause. *J Clin Endocr Metab* 2010;95 (5):2155-2162.

\*Identifies, with greater specificity, the staging of bone-loss acceleration in older women.

25. Power ML, Holzman GB, Schulkin J. Knowledge and clinical practice regarding calcium nutrition among obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 1999;94(3):421-426.
  26. Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. The National Academies Press, Washington, DC, USA, 2011.
  27. Miller KL, Baraldi CA. Geriatric gynecology: promoting health and avoiding harm. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(5):355-367.
  28. Heaney RP, Kopecky S, Maki KC, Hathcock J, MacKay D, Wallace TC. A review of calcium supplements and cardiovascular disease risk. *Adv Nutr* 2012;3:763-771.
  29. Anderson BL, Pearlman M, Griffin J, Schulkin J. Conflicting and changing breast cancer screening recommendations: survey study of a national sample of ob-gyns after the release of the 2009 USPSTF guidelines. *J Healthc Qual* 2013;35(4):25-35.
  30. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington, DC, USA, 2010. [www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm)
  31. Salani R, Andersen BL. Gynecologic care for breast cancer survivors: assisting in the transition to wellness. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206(5):390-397.
  32. Institute of Medicine. *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E (Eds.). The National Academies Press, Washington, DC, USA, 2006.
  33. Thies W, Bleiler L; Alzheimer's Association. 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2013;9(2):208-245.
  34. Wilson RS, Weir DR, Leurgans SE *et al*. Sources of variability in estimates of the prevalence of Alzheimer's disease in the United States. *Alzheimers Dement* 2011;7(10):74-79.
  35. Schulkin J. *Medical Decisions, Estrogen, and Aging*. Springer, NY, USA, 2010.
  36. Pinkerton JA, Henderson VW. Estrogen and cognition, with a focus on Alzheimer's disease. *Semin Reprod Med* 2005;23(2):172-179.
  37. Wharton W, Baker LD, Gleason CE *et al*. Short-term hormone therapy with transdermal estradiol improves cognition for postmenopausal women with Alzheimer's disease: results of a randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis* 2011;26(3):495-505.
  38. Pike CJ, Carroll JC, Rosario ER, Baron A. Protective actions of sex steroid hormones in Alzheimer's disease. *Front Neuroendocrin* 2009;30(2):239-258.
  39. Flood M, Buckwalter KC. Recommendations for mental health care of older adults: part 2 – an overview of dementia, delirium, and substance abuse. *J Gerontol Nurs* 2009;35(2):35-47.
  40. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB *et al*. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment study. *Am J Public Health* 2010;100(2):292-297.
  41. Dong X, Simon MA. Enhancing national policy and programs to address elder abuse. *J Am Med Assoc* 2011;305(23):2460-2461.
- \* Addresses possible policy changes aimed at reducing the impact of elder abuse.
42. Dong Z, Simon MA, Beck TT *et al*. Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology* 2010;57:549-558.
  43. Baker MW, Sugar NF, Eckert LO. Sexual assault of older women: risk and vulnerability by living arrangement. *Sex Res Soc Policy* 2009;6(4):79-87.
  44. Todd GL, Baker B III. Grief, mourning, and bereavement: a guide for the ob/gyn. *Prim. Care Update Ob Gyns* 1998;5(6):311-314.
  45. Fowles DG, Greenberg S. *A Profile of Older Americans: 2011*. Administration on Aging, US Department of Health and Human Services, Washington, DC, USA, 2011.
  46. Momataz YA, Ibrahim R, Hamid TA, Yahaya N. Mediating effects of social and personal religiosity on the psychological well being of widowed elderly people. *Omega (Westport)* 2010;61(2):145-162.