

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Un enfoque individualizado para el manejo de la atrofia vaginal en América Latina:

Menopause: The Journal of The North American Menopause Society

Vol. 26, No. 8, pp. 919-928

DOI: 10.1097/GME.0000000000001368

© 2019 by The North American Menopause Society

Menopause, Vol. 26, No. 8, 2019 919

Santiago Palacios, MD, PhD,¹ Rossella E. Nappi, MD, PhD,² Marla Shapiro, CM, MDCM, CCFP, MHSc, FRCPC, FCFP, NCMP,³ Nilson Roberto de Melo, MD, PhD,⁴ Maria Celeste Osorio Wender, MD, PhD,⁵ Cesar Eduardo Fernandes, MD, PhD,⁶ Dolores Pardini, MD, PhD,⁷ Rogério Bonassi Machado, MD, PhD,⁸ Jaime Kulak Jr, MD, PhD,⁹ Cuauhtemoc Celis-González, MD,¹⁰ Mabel T. Martino, MD,¹¹ Rita R. Pizzi, MD,¹² Paulina Villaseca, MD,¹³ Eduardo Storch, MD,¹⁴ Luis Fernando Danckers, MD,¹⁵ and Jose Alberto Hernández-Bueno, MD¹⁶

Consenso de expertos. La reunión se celebró en San Pablo, Brasil, en junio de 2016 y fue presidida por el autor principal (SP). Los participantes discutieron la necesidad de recomendaciones prácticas para el tratamiento de la atrofia vaginal adaptadas a las mujeres en América Latina, y los puntos que se incluirán en estos. La recopilación del manuscrito se completó en octubre de 2018, con la aprobación del autor de la versión final.

En América Latina, será beneficioso crear conciencia sobre la atrofia vaginal entre las mujeres antes de que entren en la menopausia, considerando las actitudes culturales e involucrando a las parejas según corresponda. Se debe informar a las mujeres sobre las modificaciones en el estilo de vida, incluida la atención a la higiene genital, la vestimenta y la actividad sexual, y se les debe alentar a buscar ayuda tan pronto como experimenten molestias vaginales. Aunque el tratamiento puede iniciarse en cualquier momento, es preferible iniciarlo apenas sea necesario. Se debe considerar un enfoque de tratamiento individualizado, prestando atención a las situaciones específicas de los pacientes. El término "atrofia vaginal" quedó en desuso, otros síntomas relacionados con la deficiencia de estrógenos también pueden ser evidentes, el "síndrome genitourinario de la menopausia" (SGU) se ha propuesto como un término que puede ser más aceptable.⁸ SGU implica "cambios en los labios mayores / menores, clítoris, vestíbulo / introito, vagina, uretra y vejiga"⁸ y puede incluir síntomas genitales (sequedad, ardor e irritación), síntomas sexuales (falta de lubricación, incomodidad o dolor y función deteriorada) y síntomas urinarios (urgencia, disuria e infecciones recurrentes del tracto urinario).⁸ Según esta definición, los síntomas de SGU pueden surgir no sólo a partir de cambios hormonales, sino también a través del envejecimiento y otros factores que afectan la vejiga y el suelo pélvico.⁹ Aunque los síntomas vasomotores asociados con la menopausia tienden a desaparecer con el tiempo, los síntomas de la atrofia vaginal / vulvovaginal son cambios crónicos, generalmente progresivos, que no mejoran con el tiempo, a menudo requieren tratamiento; y afectará a todas las mujeres.^{4,5}

Las mujeres en América Latina tienden a experimentar un inicio relativamente temprano de menopausia²; Esto puede tener efectos negativos sustanciales en la calidad de vida y la

salud sexual^{1,2}. Los datos publicados informan que la edad media de inicio varía de 43.8 a 53 años; los valores correspondientes para América del Norte y Europa son 50.5 a 51.4 y 50.1 a 52.8 años, respectivamente.² Estos datos latinoamericanos provienen de una encuesta que involucró a 17150 mujeres que residen en 47 áreas urbanas en 15 países.¹⁰ En toda la muestra, la edad media en la menopausia fue de 48.6 años, y el inicio temprano se asoció con factores que incluyen un nivel educativo más bajo y vivir en países más pobres o a mayor altitud (2000 más sobre el nivel del mar).¹⁰

Una serie de estudios, informados por el Grupo Colaborativo para la Investigación del Climaterio en América Latina (REDLINC) que involucran a mujeres de 40 a 59 años en toda la región, han proporcionado información sobre los efectos de la menopausia.¹³⁻¹⁵

Considerando a 8373 mujeres que residen en 12 países latinoamericanos, el 54,5% presentó algún grado de síntomas vasomotores¹⁴; calidad de vida severamente deterioradas, según lo evaluado por los puntajes totales de la Escala de Clasificación de la Menopausia (MRS) (odds ratio [OR] 4.7; IC del 95%, 4.1-5.3), y los síntomas aparecieron temprano en la premenopausia.¹⁴ Insomnio y falta de sueño, asociado con los síntomas menopáusicos que ocurren desde la premenopausia, se ha informado que afectan al 56.6% de una cohorte de 6079 mujeres de 11 países.¹⁵ Además, el uso del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), que implica dominios que evalúan el deseo, la excitación, el orgasmo, el dolor, la lubricación y la satisfacción, al evaluar a 5391 mujeres sexualmente activas (11 países), mostraron 56.8% de tener disfunción sexual (puntaje FSFI total - 26.55), aunque la prevalencia varió entre las diferentes poblaciones (21.0% -98.5%)¹³; se encontró que el principal factor de riesgo era una disminución en la lubricación vaginal (OR 3.86; IC 95%, 3.37-4.43).¹³

En América Latina, el impacto de la menopausia en la vida sexual de las mujeres es motivo de preocupación frecuente⁴, y los datos de REDLINC descritos anteriormente se elaboran en informes anteriores sobre aspectos específicos de la disfunción sexual en países individuales. Por ejemplo, un estudio que involucró a 456 mujeres de 45 a 60 años en Campinas, Sao Paulo, Brasil, informó dispareunia y sequedad vaginal en 1.8% y 1.1%, respectivamente, pero la vergüenza de las mujeres pudo haber afectado estos datos ya que los resultados se obtuvieron de entrevistas realizadas en el hogar realizadas por personal no médico.¹⁶

En un estudio hospitalario posterior, la dispareunia/sequedad vaginal fue evidente en el 28,8% de una cohorte de 354 mujeres climatéricas de 40 a 65 años de la ciudad de Cuiabá en Brasil, la población se caracterizó por un bajo estado económico.¹⁷ Los datos autoinformados de 200 mujeres brasileñas de 40 a 65 años, residentes en la ciudad de Belo Horizonte y con al menos 11 años de educación formal, indicaron una prevalencia de dispareunia del 39.5%, y el 51.4% de los afectados reportaron una falta de lubricación vaginal.¹⁸

En la cohorte de mujeres climatéricas de Cuiabá,¹⁷ el 31,1% experimentó pérdida de la libido. Esta fue la queja más comúnmente reportada (51%) entre mujeres peri y posmenopáusicas en una muestra de 125 nativos americanos bolivianos, el Movima, de 35 a 54 años de edad,¹⁹ mientras que la dispareunia también fue frecuente (40%). Otro estudio, en el que participaron 573 mujeres posmenopáusicas de 45 a 59 años en comunidades indígenas aisladas de Quechua (Perú) y Zenú (Colombia), encontró que el 95.1% y el 92.3%, respectivamente, tenían síntomas urogenitales severos (según lo determinado por el MRS).²⁰

Investigaciones posteriores en Chile mostraron que la consideración de los síntomas puede verse influenciada por las percepciones, expectativas y actitudes de las mujeres, sus parejas y su entorno,²² mientras que una revisión sistemática reciente de la disfunción sexual femenina en Brasil enfatizó la importancia de políticas de salud relevantes para el manejo de pacientes.²³

Confirmando los resultados sintomáticos y las posibles implicaciones psicosociales de la menopausia como se describió anteriormente en la Encuesta de salud vaginal: puntos de vista y actitudes (VIVA-LATAM), el 91% de 2509 mujeres de 55 a 65 años, que residen en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México, que completaron un cuestionario en línea, consideraron que las molestias vaginales tendrían consecuencias negativas para varios aspectos de la vida.

En otro estudio de cohorte (el Estudio longitudinal de la salud de la mujer en todo el país [SWAN]), que inscribió a 3000 mujeres estadounidenses de 42 a 52 años y evaluó los cambios en el funcionamiento sexual en la transición a la menopausia, se demostró que la sequedad vaginal está altamente asociada con el dolor y la menor excitación, así como con una menor satisfacción emocional y placer físico²⁵; esto sugirió la posibilidad causal de una disminución de la función sexual en términos de aumento del dolor y disminución de la libido.²⁵

Además de incluir a las mujeres posmenopáusicas de 55 a 65 años que tenían atrofia vaginal (n 1/4 4,100), la encuesta CLOSER³⁰ incluyó parejas masculinas de mujeres con estas características (n 1/4 4,100). En general, el 82% de los hombres querían que sus parejas hablarán sobre sus síntomas, y el 68% se sentían cómodos con tales conversaciones.³⁰ Comparando las respuestas entre áreas geográficas, una proporción menor de mujeres en el norte de Europa del Sur informó a sus parejas cuando comenzaron experimentar síntomas (67% vs 75%; P <0.05), pero proporciones similares de hombres en estas regiones (86%) estaban dispuestos a discutir este tema.³¹ En el contexto de una discusión abierta entre las partes involucradas (mujeres, sus parejas y proveedores de servicios de salud), la "pausa de pareja" se ha introducido recientemente como un nuevo paradigma de gestión para abordar las necesidades sexuales de ambos miembros de una pareja de ancianos en lugar de abordar las necesidades individuales de un paciente de forma aislada.³⁴

Diagnóstico:

La evaluación clínica ayuda a identificar el mejor enfoque terapéutico.³⁵ El diagnóstico es esencialmente clínico⁴¹; la evaluación implica obtener el historial del paciente junto con un examen pélvico,⁵ teniendo en cuenta los síntomas del paciente, la situación clínica y los hallazgos de la inspección visual.⁴ La sintomatología de la atrofia vaginal incluye sequedad vaginal, sangrado / manchado, prurito, dolor, ardor, presión o secreción maloliente, así como también dispareunia y problemas urinarios asociados (mayor frecuencia de micción, urgencia urinaria, incontinencia e infección del tracto urinario).³⁸⁻⁴⁰ La pérdida de tejido conectivo en la vulva puede producir la contracción de los labios mayores, la pérdida de los labios menores y el estrechamiento del introito³⁶. Posiblemente con tejido epitelial friable y hemorragias petequiales submucosas.³⁶ También se deben considerar los diagnósticos diferenciales, teniendo en cuenta, las dermatosis, el liquen plano, la esclerosis del liquen, etc., y las afecciones subyacentes, como los trastornos autoinmunes, las infecciones y las neoplasias malignas^{4,5}.

Se puede registrar la gravedad del síntoma más molesto del paciente, se puede medir el pH vaginal (con valores > 5.0 que generalmente indican agotamiento de estrógenos³⁸) y el Índice de maduración vaginal (VMI, en el que el aumento de la proporción de células intermedias y parabasales en comparación con las células superficiales es indicativo de agotamiento de estrógenos). Recientemente, el Índice de Salud Vaginal,⁴² que incluye la medición del pH vaginal, se ha propuesto como una medida objetiva que puede integrarse en el diagnóstico.⁴³ Además, y de particular relevancia para la práctica en América Latina, un estudio cuantitativo en español También se ha descrito el índice para evaluar la atrofia vulvar: la Escala Palacios (Tabla 1)⁴⁴.

El índice de Salud Vaginal⁴² considera la lubricación y el Escala Palacios⁴⁴ incluye la evaluación del dolor / malestar, los cuales forman parte del FSFI,⁴⁵ como se usa en los datos de REDLINC. El FSFI incluye preguntas sobre la frecuencia y la dificultad de lubricarse (mojarse) y mantener la lubricación (humedad), así como preguntas sobre la frecuencia y la gravedad del dolor o las molestias durante o después de la penetración vaginal. El MRS,⁴⁶ que también se informa en los conjuntos de datos de REDLINC, también pregunta sobre la "sensación sintomática de sequedad o ardor en la vagina, dificultad con las relaciones sexuales". Cuando las mujeres afectadas por atrofia vaginal acuden a las clínicas en Brasil, las formas más frecuentes en el que mencionan su sintomatología es con referencia a la sequedad vaginal (ressecamiento vaginal), falta de lubricación (falta de lubricación) y relaciones sexuales dolorosas. Síntomas similares se describen en países de habla hispana: sequedad y relaciones sexuales dolorosas; También se puede mencionar una disminución de la libido (disminución del deseo) y una menor respuesta sexual (disminución de la respuesta).

Tratamiento:

Modificación de estilo de vida:

Se requieren planes de manejo individualizados, que incluyen orientación y asesoramiento relacionados con la higiene apropiada y modificaciones del estilo de vida.⁴⁷ Se recomienda una educación proactiva relacionada con la salud vaginal⁵, y es valioso para promover el concepto de salud vaginal⁴⁸, apoyando la idea de "cuanto antes, mejor"⁴⁹ como un enfoque para abordar la sintomatología.

Como una característica importante de la vida cotidiana de las mujeres, la higiene genital es una consideración primordial.⁵¹ Se debe prestar atención para evitar la irritación de cualquier tipo: las mujeres deben usar ropa interior que sea preferiblemente de algodón holgado (evitar nylon o lycra), que se cambie según sea necesario y que no se use para dormir; los jabones deben ser no abrasivos y de pH bajo; y las toallitas sanitarias solo deben usarse si hay sangrado; las que no tienen una película plástica externa pueden disminuir la humedad local y el cambio regular ayudará a mantener la vulva seca y limpia. Aunque las mujeres pueden usar humectantes y lubricantes para tratar los síntomas de la atrofia vaginal (Edwards y Panay,⁵² ver también más abajo), no se recomiendan otros medicamentos tópicos sin receta.

La preservación de la función sexual puede ser alentada por la actividad sexual regular,⁵ aunque no se ha establecido el mejor tipo de actividad sexual para la prevención de síntomas.⁵³ Además, se debe aconsejar a los pacientes que adopten estilos de vida que eviten los factores de riesgo asociados con los síntomas atróficos: un índice de masa corporal > 27 kg / m² y falta de actividad física^{47,53,54}.

Terapia Hormonal:

Terapia de estrógenos locales:

Establecen una preferencia para la atrofia vaginal en ausencia de otras razones de tratamiento,⁴ La declaración de posición de NAMS sobre la atrofia vulvovaginal considera la terapia estándar para los síntomas moderados a severos, con la dosis baja cuando la atrofia vulvovaginal es el único síntoma de la menopausia⁵. Posteriormente, la NAMS en 2017⁶ informó que los ensayos clínicos aleatorizados han mostrado la eficacia de la terapia de estrógenos local, citando una revisión de base de datos Cochrane.

Con una variedad de preparaciones locales de estrógeno disponibles (por ejemplo, crema, anillo, tableta), tienen una eficacia similar,⁵⁵ las opciones terapéuticas deben ser impulsadas por preferencia del paciente.^{46-6,56} Es probable que este enfoque influya en la adherencia, que afectará los resultados. Dada la naturaleza crónica de la atrofia vaginal, el tratamiento debe considerarse durante tanto tiempo como se necesite. Los síntomas, sin el tratamiento reaparecen^{4,40}. Los médicos deben tener en cuenta que la adherencia es clave para facilitar el beneficio de la terapia de estrógenos locales y tiene como objetivo adoptar un enfoque clínico que ayuda a optimizar esto asegurando un intervalo corto entre un paciente que visita una clínica y tratamiento de arranque. Otros puntos para abordar la adherencia incluyen informar a las mujeres sobre el perfil de seguridad tranquilizador asociado con el uso crónico de la terapia de estrógenos locales, como se muestra en datos recientes del estudio observacional de la Iniciativa de Salud de Mujeres que involucran un seguimiento medio de 7.2 años y evaluando más de 45000 mujeres, de las cuales más de 4000 se usan estrógenos⁵⁷; asegurar que las mujeres participen en la selección del tipo de preparación que deseen recibir (por ejemplo, crema, tableta o anillo); y explicar los problemas prácticos asociados con el tratamiento (por ejemplo, la posibilidad de fuga después de aplicar la crema). La intervención temprana es importante y se debe alentar a las mujeres a iniciar la terapia de estrógenos locales ante los primeros síntomas de la atrofia vaginal. Las recomendaciones de IMS aconseja tratar "temprano y antes de que se hayan ocurrido cambios atróficos irrevocables". Aunque la experiencia es limitada en pacientes mayores de 65 años, no es una contraindicación a la terapia de estrógenos locales.

La terapia de estrógeno local debe usar la dosis efectiva más baja y precisa; En tales circunstancias, no se requiere un gestágeno para la protección endometrial.⁶ En pacientes con cáncer de mama⁵⁸, opinión reciente del Comité del American College of Obstetricians and Gynecologists, el estrógeno local no produce niveles de estrógenos séricos sostenidos por encima del rango postmenstrual normal, y no hay evidencia de un mayor riesgo de recurrencia del cáncer con tal terapia cuando trata síntomas de atrofia vaginal en mujeres con un historial de cáncer de mama estrógeno dependiente.⁵⁹ Decisiones terapéuticas en estos casos deberían involucrar al oncólogo del paciente.⁵⁹

Terapia de hormonas sistémica:

La declaración de posición de la terapia de hormona de 2017, que considera que la terapia estrógeno-progestacional, describe la terapia hormonal como el tratamiento más efectivo para los síntomas vasomotores asociados con la menopausia⁶, reitera la recomendación de la declaración de posición 2013 sobre atrofia vulvovaginal⁵ que se prefieren las preparaciones de estrógeno local sobre terapia sistémica cuando presente los síntomas vaginales solos. Sin embargo, muchas mujeres pueden exigir inicialmente una combinación

de terapia sistémica y local,⁴ dada la prevalencia inicial de los síntomas de vasomotores, que generalmente se resuelve con el tiempo. Agregar la terapia de estrógeno local a la sistémica puede provocar la resolución de síntomas urinarios antes del tratamiento sistémico solo.⁶⁰ Cuando se trata de otra sintomatología de la menopausia usando la terapia hormonal sistémica, también mejoran los síntomas vaginales concurrentes.⁵ Sin embargo, hasta el 25% de las mujeres que reciben la terapia sistémica aún pueden experimentar síntomas de atrofia urogenital⁴; en tales casos, como se mencionó anteriormente, el estrógeno local concierne puede ser apropiado para tratar la atrofia vaginal. Tibolona, un esteroide sintético con efectos estrogénicos y androgénicos, es ampliamente utilizado en América Latina.⁶² Se puede considerar una forma de terapia hormonal, pero no está disponible en todo el mundo⁶³ y no está incluido en los Estados de posición de NAMS^{5,6} Una revisión de ensayos clínicos controlados aleatorios utilizando este agente proporcionó pruebas de sus beneficios potenciales para tratar los síntomas de menopausia.⁶⁴ Datos presentados en una reciente investigación Cochrane⁶ sugieren que para tratar los síntomas vasomotores, la Tibolona puede ser más efectivo que placebo pero menos efectivo que el estrógeno solo o el estrógeno más progesterona. Los datos de ensayos clínicos también brindan evidencia de beneficios de tibolona sobre placebo para síntomas de atrofia vaginal posmenopáusica y función sexual.⁶⁶ Sin embargo, una revisión de la base de datos Cochrane posterior enfatizó el valor de realizar más estudios para evaluar los efectos de la función sexual en mujeres y posmenopáusicas.⁶⁷

Moduladores selectivos del receptor de estrógeno:

El bazedoxifeno, un modulador selectivo del receptor de estrógenos, se combina con estrógenos conjugados en un complejo receptor de estrógenos selectivo de tejidos. Una formulación oral de 0.45 mg de estrógenos conjugados / 20 mg de bazedoxifeno está aprobada en los Estados Unidos para mujeres con útero, para tratar los síntomas vasomotores menopáusicos moderados a severos y prevenir la osteoporosis posmenopáusica,⁶⁸ mientras que en la Unión Europea la indicación es para tratar los síntomas de la deficiencia de estrógenos en mujeres posmenopáusicas con útero que han dejado de menstruar durante al menos 12 meses y en quienes la terapia que contiene progestina es inapropiada.⁶

Permite mejorar la atrofia vulvovaginal, aliviar la dispareunia y la función sexual en la paciente posmenopáusica. Los estudios clínicos de este tratamiento ha demostrado una eficacia comparable y seguridad a la población global⁷⁰ y, con la aprobación final en esta región actualmente en este momento, ahora está disponible en Chile (Octubre 2018).

Terapia de andrógeno:

Los niveles de la testosterona y los preandrógenos como la dehidroepiandrosterona (DHEA) disminuyen en las mujeres que se acercan a la menopausia, la aromatasa (que convierte la testosterona a estradiol) y las 5 a-reductasa isotipos 1 y 2 (que convierten testosterona a la dihidrotestosterona), se requirió una terapia de andrógeno.⁶³ Los datos clínicos han demostrado que la testosterona clínica ha demostrado que la testosterona combinada con el estrógeno local, es mejor en comparación con placebo en los parámetros de la sexualidad.

Hidratantes y lubricantes:

Las mujeres comúnmente consideran hidratantes y lubricantes cuando tienen síntomas de atrofia vaginal. Para evitar retrasos en el tratamiento de la patología subyacente, se debe alentar a las mujeres a discutir su sintomatología con profesionales médicos. La terapia de estrógeno local, como se describió anteriormente, debe usarse para abordar la causa de atrofia vaginal, pero los hidratantes y los lubricantes se pueden usar concomitantemente, proporcionando un alivio de síntomas a corto plazo.⁵² Para evitar interferir con sus efectos farmacológicos ejercidos a través de la mucosa, puede ser apropiado aplicar un hidratante o lubricante antes de la terapia de estrógenos locales. La distinción entre los hidratantes y lubricantes, y las diferencias entre los productos disponibles comercialmente, se ha descrito en detalle por

Edwards y Panay⁵²: los humectantes rehidratan la mucosa vaginal y tienen efectos que duran de 2 a 3 días, mientras que los lubricantes tienen efectos rápidos a corto plazo y, como tal, puede usarse para aliviar los síntomas que son principalmente preocupantes en relación con la actividad sexual. Sin embargo, pueden surgir efectos potencialmente negativos al usar dichos productos, asociados, por ejemplo, con el pH no fisiológico o la osmolalidad inapropiada, y las características específicas del producto deben considerarse cuidadosamente al elegir o prescribir estas alternativas.⁵²

Comorbilidades:

Al asesorar a los pacientes sobre las opciones terapéuticas, los médicos deben considerar otras morbilidades potenciales, siendo conscientes no solo de posibles contraindicaciones sino también de la posibilidad de proporcionar un tratamiento efectivo en tales situaciones. Es importante tener en cuenta, por ejemplo, condiciones cardiovasculares (como la trombosis de la vena profunda / embolia pulmonar, el infarto de miocardio) y la diabetes (incluido el potencial de infección por *Candida*), así como a un historial de cáncer de mama (como se mencionó anteriormente, y prestando atención al tipo tumoral, la etapa y la preferencia de tratamiento) y otros cánceres o condiciones genéticas.

Dra. Cano Franz, Stefanía
Residente Tocoginecología
Hospital San Martín, Paraná (Entre Ríos)