

La presente guía del American College of Obstetricians and Gynecologists y la American Cancer Society consideran el test de HPV una ayuda al PAP test. Las guías actualizadas deberían reversar estos papeles, haciendo del tamizaje de HPV el test primario. Cuando el PAP test se agregó al HPV test la sensibilidad aumentó del 94.6% al 100%, pero se necesitan estudios a largo plazo para comparar una estrategia de test de HPV solo, con PAP reservado para resultados positivos del test HPV (versus una combinación de ambos test).

No olvidemos que la meta final es reducir la tasa de muertes por cáncer cervical y estos estudios actuales no tienen seguimientos a largo plazo para determinar este punto. Sin embargo, lo que ahora parece claro, como sugieren los autores, es que “una desviación de los test celulares a los test virales” esta aquí para quedarse.

Risa Kagan, MD
Clinical Professor
Department of Obstetrics, Gynecology,
and Reproductive Sciences
University of California, San Francisco
East Bay Physicians Medical Group
Berkeley, CA
Member, NAMS Board of Trustees
Credentialed NAMS Menopause Practitioner

Referencias

1. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189: 12-19.
2. Cuzick J, Clavel C, Petry KU, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer* 2006; 119: 1095-1101.
3. Runowicz, CD. Molecular screening for cervical cancer-time to give up pap tests? *N Engl J Med* 2007; 357: 1650-1653.

MENOPAUSIA AL DÍA

La terapia hormonal mejora significativamente la función sexual en mujeres posmenopáusicas

Comparison of the effects of hormone therapy regimens, oral and vaginal estradiol, estradiol + drospirenone and tibolone, on sexual function in healthy postmenopausal women. J Sex Med 2007.
CAYAN F, DILEK U, PATA O, DILEK S.

Nivel de Evidencia: II-2

La terapia hormonal (TH) mejora significativamente la función sexual después de seis meses de tratamiento en mujeres posmenopáusicas sanas, de acuerdo a este estudio prospectivo randomizado de casos y controles desde Turquía.

Las participantes evaluaron su función sexual antes y después del tratamiento por medio de un cuestionario de nueve puntos de deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

Hubo 169 participantes (edad promedio, 52 años). Ninguna había recibido antes TH o con-

traceptivos, y todas eran sanas y sexualmente activas. Un total de 11 mujeres recibieron TH durante el estudio, y 58, quienes sirvieron de control, no recibieron tratamiento. Hubo 23 mujeres con menopausia inducida quirúrgicamente quienes recibieron 17β estradiol oral. De los casos con menopausia natural, 22 recibieron 17β estradiol oral más drospirenona, 42 recibieron tibolona oral, y 24 recibieron 17β estradiol vaginal.

El estudio buscó comparar los efectos de las diferentes terapias después de seis meses de tratamiento sobre la función sexual en mujeres posmenopáusicas sanas.

El puntaje total de la función sexual aumentó en el grupo de TH de 19.81 ± 7.15 a 22.9 ± 6.44 y disminuyó en el grupo control de 21.6 ± 8.69 a 17.6 ± 5.7 ($p < 0.001$). Un aumento estadísticamente significativo se vio para deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo-satisfacción y la mejoría del dolor en el grupo de TH. Las mujeres que recibieron 17β estradiol oral tenían la mejoría mayor en excitación (1.81 ± 0.51 , $p < 0.001$). La mayor mejoría en lubricación se vio con 17β estradiol oral y vaginal (4.95 ± 0.72 , 3.75 ± 1.72), respectivamente; $p < 0.001$). La mayor mejoría en el orgasmo se vio en el grupo de tibolona (4.19 ± 1.57 ; $p < 0.001$) y la mayor mejoría en dolor se vio en los grupos de 17β estradiol oral y vaginal (4.34 ± 0.74 , 3.25 ± 0.65), respectivamente; $p < 0.001$). El estradiol más la drospirinona no dio mejoría más significativa que el estradiol solo.

Comentario. Este artículo de Cayan y coautores estudia el tema de la función sexual y el efecto de varias estrategias hormonales para mejorar el deseo sexual, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor en sus pacientes.

No es sorprendente para los que tratamos con este tema cada día, que se haya encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre las usuarias de hormonas y las no usuarias. Un promedio del "score sexual total" aumentó en aproximadamente el 16% del grupo de hormonas. Ellos también encontraron diferencias estadísticamente significativas en los autorreportados dominios por régimen, sugiriendo que los andrógenos, estrógenos y progestágenos pueden afectar ciertos dominios de la función sexual de maneras diferentes. Los 19 puntos del cuestionario se administraron por un solo autor, lo que aparentemente reduce la posibilidad de variabilidad interclasificador.

Aunque se aplauden los esfuerzos para entender las diferencias en la función sexual entre las usuarias y las no usuarias de hormonas con respecto a las diferentes preparaciones, y conscientes de la importancia de este aspecto de la calidad de vida de nuestras pacientes posmeno-

páusicas, es innegable, nosotros debemos tener en mente algunas debilidades en esta investigación. Existen diferencias estadísticas, pero lo que es más significativo es la determinación de si esas diferencias son clínicamente importantes. En algunos dominios, los puntajes antes y después de la terapia no varían gran cosa.

Este artículo no informa cómo se hizo la randomización diferente a la de la persona que da los cuestionarios. Es difícil determinar si los sesgos de locación y/o comprobación estuvieron en juego porque no hay comentarios acerca de protección contra estas potenciales debilidades. Es muy importante cuando se mira un estudio que intenta cuantificar respuestas subjetivas. Aparentemente la randomización pesa más en un grupo que en los otros dos, pero no hubo comentarios en el análisis acerca de cómo esto afecta los resultados.

El defecto más grande (autoadmitido) de este estudio fue el uso de un instrumento no validado para medir la repuesta. La sexualidad, como todos sabemos, es compleja; la satisfacción es subjetiva. Otros grupos se están aferrando de cómo crear un instrumento que tenga contenido, construcción y criterios válidos para determinar varios aspectos de la función sexual. Esto fue el tema del ganador del premio en el congreso anual de NAMS 2007 en Dallas.

Mi palpito clínico es que diferentes preparaciones hacen la diferencia. El artículo de Cayan podría ser visto como una hipótesis y ojalá otros autores vengan a trabajar en esta área con mayor vigor.

Robert A. Wild, MD, PhD, MPH
Professor of Reproductive Endocrinology
Adjunct Professor of Biostatistics and Epidemiology
Adjunct Professor of Medicine (Cardiology)
Oklahoma University Health Sciences Center
Oklahoma City, OK
Chair, NAMS Professional Education Committee
Credentialed NAMS Menopause Practitioner