

para el AVV en este momento. Se necesitan estudios más grandes y de más duración para evaluar la seguridad y eficacia de testosterona tópica.¹⁴⁹

Educación activa

Se carece de datos sobre el valor de la educación de manera proactiva a las mujeres sobre los posibles cambios vaginales que pueden ocurrir en un estado de bajos estrógenos. Muchas mujeres sexualmente activas no son conscientes del efecto que estos cambios pueden tener en la vagina, en ausencia de la actividad sexual. Debido a que los cambios ocurren gradualmente y a menudo sin síntomas en las mujeres sexualmente abstinentes, pueden estar muy angustiadas cuando intentan más tarde las relaciones sexuales que son muy incómodas, o incluso imposibles, debido a la AVV progresiva y la estenosis vaginal. Los médicos deben discutir el concepto de preservar la función sexual en las mujeres posmenopáusicas. Las mujeres con una pareja sexual deben ser informadas de que la actividad/relaciones sexuales regulares u otra estimulación vaginal ayudan a mantener la salud vaginal y aumentan la probabilidad de que la actividad sexual se mantendrá confortable en el futuro. Para las mujeres sin pareja sexual, se puede dar información sobre el uso de dilatadores vaginales y vibradores como un medio de mantener la función vaginal. Las mujeres posmenopáusicas pueden beneficiarse de la utilización de lubricantes con la actividad sexual y el uso regular de cremas hidratantes vaginales. A pesar de que es probable que el uso regular de dosis bajas de TE vaginal evitarán signos y síntomas de AVV, datos de ensayos clínicos están disponibles para el tratamiento, aunque para la prevención no.

Conclusiones y recomendaciones

- Las terapias de primera línea para las mujeres con síntomas de AVV incluyen lubricantes no hormonales durante el coito y, si está indicado, uso regular de cremas hidratantes vaginales de acción prolongada. [Nivel A]

- Para las mujeres sintomáticas con AVV moderada a severa y para aquellas con AVV leves que no responden a lubricantes y humectantes, la terapia de estrógenos por vía vaginal en dosis bajas o sistémicas sigue siendo la terapéutica estándar. Se prefiere estrógenos vaginales en dosis bajas cuando AVV es el único síntoma de la menopausia. [Nivel A]
- Ospemifeno es otra opción para la dispareunia. [Nivel A]
- Para las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o de endometrio, el manejo depende de la preferencia y la necesidad de la mujer, entendiendo los riesgos potenciales, y la consulta con su oncólogo. [Nivel C]
- La terapia de estrógeno conlleva un efecto de riesgo de clase para TEV. Estrógeno vaginal en bajas dosis puede llevar un riesgo muy bajo, pero no ha habido ningún informe de un mayor riesgo en el estrógeno vaginal en ensayos clínicos. Los datos en mujeres de alto riesgo son escasos. [Nivel C]
- Un progestágeno generalmente no se indica cuando es administrada una dosis baja de estrógeno vaginal para AVV sintomática. No están disponibles los datos sobre la seguridad endometrial para el uso prolongado mayor de un año. [Nivel B]
- Si una mujer tiene un alto riesgo de cáncer de endometrio o está utilizando una mayor dosis de TE vaginal, se puede considerar una ecografía transvaginal o la terapia con progestágenos intermitente. Los datos son insuficientes para recomendar vigilancia endometrial anual de rutina en mujeres asintomáticas que reciben TE vaginal. [Nivel C]
- El manchado o sangrado en una mujer posmenopáusica que tiene el útero intacto requiere una evaluación completa que puede incluir la ecografía transvaginal y/o biopsia endometrial. [Nivel A]
- En las mujeres tratadas por cáncer no dependiente de hormonas, el manejo de la

AVV es similar al de las mujeres sin una historia de cáncer. [Nivel B]

- TE vaginal u ospemifeno, con vigilancia clínica adecuada, se pueden continuar, siempre y cuando los síntomas molestos estén presentes. [Nivel C]
- Se recomienda la educación preventiva en la salud vaginal para las mujeres posmenopáusicas. [Nivel C]

Conflicto de interés

No hay conflicto de intereses.

Referencias

- Lee JS, Ettinger B, Stanczyk FZ, et al. Comparison of methods to measure low serum estradiol levels in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:3791-3797.
- Schmidt G, Andersson SB, Nordle O, Johansson CJ, Gunnarsson PO. Release of 17-beta-oestradiol from a vaginal ring in postmenopausal women: pharmacokinetic evaluation. *Gynecol Obstet Invest* 1994;38:253-260.
- Naessen T, Rodriguez-Macias K. Endometrial thickness and uterine diameter not affected by ultralow doses of 17beta-estradiol in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:944-947.
- Santen RJ, Pinkerton JV, Conaway M, et al. Treatment of urogenital atrophy with low-dose estradiol: preliminary results. *Menopause* 2002;9: 179-187.
- Notelovitz M, Funk S, Nanavati N, Mazzeo M. Estradiol absorption from vaginal tablets in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 2002;99:556-562.
- Eugster-Hausmann M, Waitzinger J, Lehnick D. Minimized estradiol absorption with ultra-low-dose 10 microg 17beta-estradiol vaginal tablets. *Climacteric* 2010;13:219-227.
- Rigg LA, Hermann H, Yen SS. Absorption of estrogens from vaginal creams. *N Engl J Med* 1978;298:195-197.
- Handa VL, Bachus KE, Johnston WW, Robboy SJ, Hammond CB. Vaginal administration of low-dose conjugated estrogens: systemic absorption and effects on the endometrium. *Obstet Gynecol* 1994; 84:215-218.
- Stanczyk FZ, Lee JS, Santen RJ. Standardization of steroid hormone assays: why, how, and when? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16:1713-1719.
- Fischer G, Bradford J. Vulvovaginal candidiasis in postmenopausal women: the role of hormone replacement therapy. *J Low Genit Tract Dis* 2011;15:263-267.
- Dennerstein GJ, Ellis DH. Oestrogen, glycogen and vaginal candidiasis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:326-328.
- Ulrich LS, Naessen T, Elia D, Goldstein JA, Eugster-Hausmann M. Endometrial safety of ultra-low-dose Vagifem 10 microg in postmenopausal women with vaginal atrophy. *Climacteric* 2010;13:228-237.
- Simon J, Nachtigall L, Gut R, Lang E, Archer DF, Utian W. Effective treatment of vaginal atrophy with an ultra-low-dose estradiol vaginal tablet. *Obstet Gynecol* 2008;112:1053-1060.
- Obiorah I, Jordan VC. 2012 NAMS/PfizerVWulf H. Utian Endowed Lecture. Scientific rationale for postmenopause delay in the use of conjugated equine estrogens among postmenopausal women that causes reduction in breast cancer incidence and mortality. *Menopause* 2013;20:372-382.
- Mastaglia SR, Bagur A, Royer M, Yankelevich D, Sayegh F, Oliveri B. Effect of endogenous estradiol levels on bone resorption and bone mineral density in healthy postmenopausal women: a prospective study. *Climacteric* 2009;12:49-58.
- Bagur A, Oliveri B, Mautalen C, et al. Low levels of endogenous estradiol protect bone mineral density in young postmenopausal women. *Climacteric* 2004;7:181-188.
- Cicinelli E, Di Naro E, De Ziegler D, et al. Placement of the vaginal 17beta-estradiol tablets in the inner or outer one third of the vagina affects the preferential delivery of 17beta-estradiol toward the uterus or periurethral areas, thereby modifying efficacy and endometrial safety. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:55-58.
- Tourgeman DE, Boostanfar R, Chang L, Lu J, Stanczyk FZ, Paulson RJ. Is there evidence for preferential delivery of ovarian estradiol to the endometrium? *Fertil Steril* 2001;75: 1156-1158.