



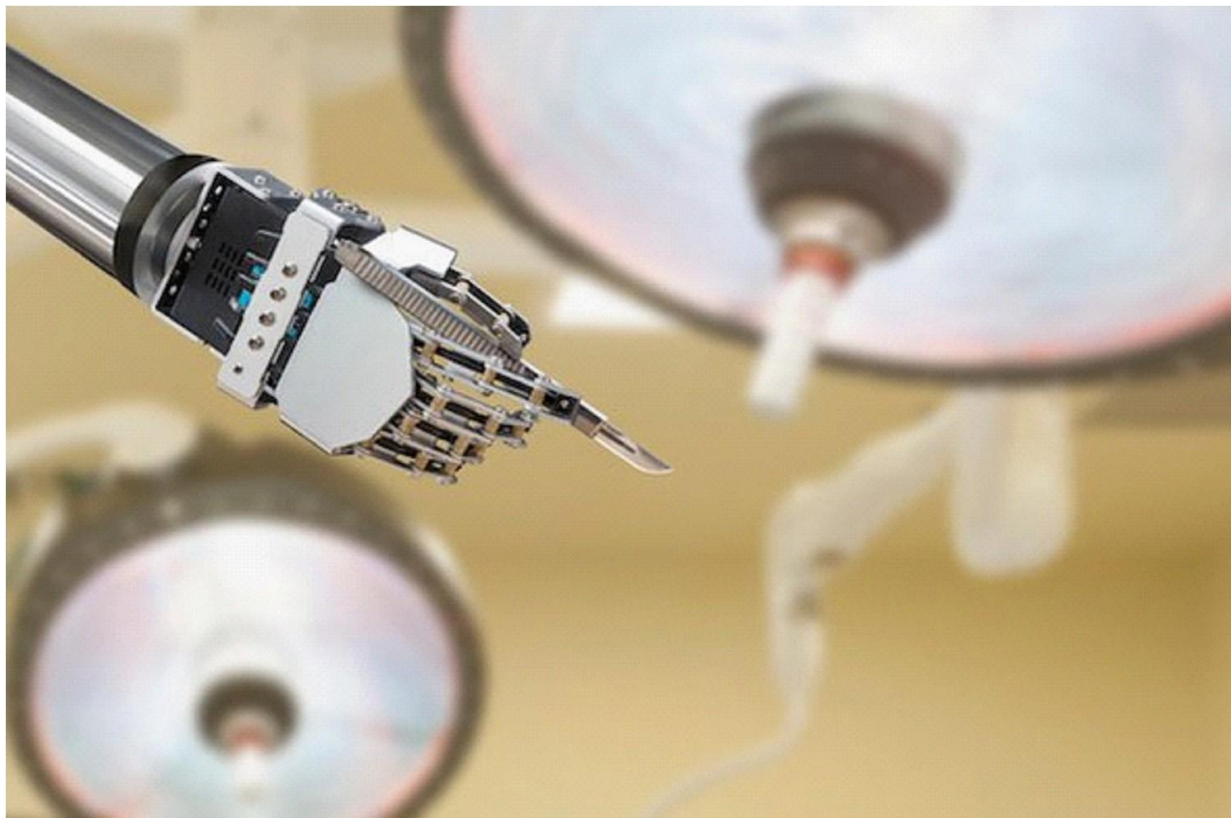
ISSN 0122-3429

VOLUMEN 24 núm. 4

OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2018

[http: www.asomenopausia.com](http://www.asomenopausia.com)

# REVISTA COLOMBIANA DE MENOPAUSIA



**PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MENOPAUSIA**  
**Resolución Mingobierno núm. 107 de 1995**

# REVISTA COLOMBIANA DE MENOPAUSIA

Publicación oficial de la Asociación Colombiana de Menopausia  
Resolución Mingobierno Núm. 107 de 1995

Volumen 24 - Núm. 4 - Año 2018

## Editor - Jefe

Gustavo Gómez Tabares (Cali)

## Editores Adjuntos

Germán Barón Castañeda, Hoover Canaval Erazo

## Comité Financiero

Frank José Ospina Morales, Adriana Patricia Camero Lascano,  
Beatriz Sierra Londoño

## Comité Científico

Sergio A. Alvernia G.	Ginecólogo	Bucaramanga	John Stevenson	Endocrinólogo	UK
Andrés Calle M.	Ginecólogo	Quito	Camilo Rueda Beltz	Ginecólogo	Bogotá
Pieter Chedraui	Ginecoobstetra	Guayaquil	Héctor Jaime Posso V.	Epidemiólogo	Bogotá
Álvaro Cuadros C.	Ginecólogo	Cali	Gabriel Tovar R.	Ginecólogo endocrino	Bogotá
Israel Díaz R.	Ginecólogo	Barranquilla	Adolfo Vera D.	Cardiólogo	Cali
Hoover Canaval E.	Ginecólogo	Cali	Juan E. Blümer	Endocrinólogo	Chile
Giuseppe Rosano	Internista	Italia	J. Christopher Gallagher	Endocrinólogo	EUA
Santiago Palacios G.	Ginecólogo	España	Marco Gambacciani	Ginecólogo endocrino	Italia

## Comité Editorial

Gustavo Gómez Tabares, MD.	Cali	Luciano Melo P., MD. PhD.	Brasil
Gladys E. Canaval E., Enf. PhD.	Cali	José R. Cifuentes B, MD. PhD.	Cali
Nilson R. de Melo, MD. PhD.	Brasil	Néstor O. Siseles, MD. PhD.	Argentina

## Comité WEB

Dirección, Junta Directiva Nacional

Hoover Canaval E.	Ginecólogo	Cali	Gustavo Gómez T.	Ginecólogo endocrino	Cali
Fabio Sánchez E.	Ginecólogo	Medellín	Gloria S. Penagos V.	Ginecóloga	Medellín

## Asociación Colombiana de Menopausia

Carrera 13 Núm. 48-26 Oficina 103

Teléfonos: 3164633026 - 2853173

Correo electrónico: [asomenopausianacional@gmail.com](mailto:asomenopausianacional@gmail.com)

Página Web: [www.asomenopausia.com](http://www.asomenopausia.com)

Bogotá, Colombia

Correo electrónico del editor: [gusgomez@univalle.edu.co](mailto:gusgomez@univalle.edu.co)

El contenido conceptual de los artículos incluidos en la revista  
es responsabilidad exclusiva de los autores.

**JUNTA DIRECTIVA NACIONAL**  
**Asociación Colombiana de Menopausia (2017-2019)**

Frank José Ospina Morales, MD - Presidente  
Samuel Cantillo Villar, MD - Secretario  
Camilo Rueda Beltz, MD - Fiscal  
Beatriz Sierra Londoño, MD - Vocal

Rodrigo Henao Flórez, MD - Vicepresidente  
Adriana Patricia Camero Lascano, MD - Tesorera  
María Cecilia Arturo Rojas, MD - Vocal (Cali)  
Martha Lucía Marrugo Flórez, MD - Vocal (Barranquilla)

**Juntas Directivas de Capítulos**

**Capítulo Bogotá**

Adriana Patricia Camero Lascano, MD - Presidenta  
María Fernanda Martínez Flórez, MD - Vicepresidenta  
Fernando Rosero Mera, MD - Tesorero  
Luis María Murillo Sarmiento, MD - Secretario  
Francisco Pardo Vargas, MD - Fiscal

**Capítulo de Antioquia**

Jorge Alberto Tirado Mejía, MD - Presidente  
María Elena Osorio Corte, MD - Vicepresidenta  
Margarita Rocío Álvarez Giraldo, MD - Secretaria  
Sandra Milena Escobar Osorio - Tesorera  
Luis Carlos Murillo Valencia, MD - Vocal  
Beatriz Sierra Londoño - Vocal  
María Cristina Betancur Hernández - Vocal  
Carlos Eduardo Moncada Aristizábal - Fiscal

**Periodo 2016 - 2018**

**Capítulo de Bolívar**

Janire Buelvas Caparros, MD - Presidente  
Julio Faciolince Camargo, MD - Vicepresidente  
Mónica De la Osa, MD - Secretaria  
Samuel Cantillo Villar, MD - Tesorero  
Jaime Barrios Amaya, MD - Fiscal  
Irina Sequeda Luján, MD - Vocal  
Sandra Mogollón Saker, MD - Vocal  
Orlando Junior Bustillo, MD - Vocal

**Capítulo Eje Cafetero**

Franklin José Espitia de la Hoz, MD - Presidente  
Eduardo Rodrigo Henao Flórez, MD - Vicepresidente  
Leonardo Gonzáles, MD - Secretario  
César Grajales, MD - Tesorero  
María del Pilar Arango Arango, MD - Vocal  
Luis Miguel Jiménez, MD - Vocal  
Aura Sofía Arbeláez, MD - Vocal  
Héctor Jaime Hurtado Bedoya, MD - Fiscal

**Capítulo del Atlántico**

Martha Lucía Marrugo Flórez, MD - Presidenta  
Ricardo Torrens González, MD - Vice Presidente  
Paola Royo Peña, MD - Secretaria  
Álvaro González Rubio, MD - Fiscal  
Mario Martínez Vélez, MD - Vocal  
Alfredo Gómez Méndez, MD - Vocal

**Capítulo de Nariño**

Sonia Oliva Martínez, MD - Presidenta  
Dolly Pantoja, MD - Vicepresidenta  
Mauricio Caicedo, MD - Secretario  
Luis Fernando de los Ríos, MD - Tesorero  
Filipo Morán Montenegro, MD - Fiscal  
Jaime Vallejo, MD - Vocal

**Capítulo de Santander**

Sergio Augusto Alvernia González, MD - Presidente  
Hermes Jaimes Carvajal, MD - Vicepresidente  
Irma Moreno Hernández, MD - Secretaria  
Luisa Salamanca Garzón, MD - Tesorera  
Oscar Gómez León, MD - Fiscal  
Martín Bernardo Mejía Carreño, MD - Vocal  
Rocío Guarín Serrano, MD - Vocal

**Capítulo Valle del Cauca**

María Cecilia Arturo Rojas, MD - Presidenta  
Hoover Orlando Canaval Erazo, MD - Vicepresidente  
Ana María Arias G., MD - Secretaria  
José Ignacio Zúñiga G., MD - Tesorero  
Farid Amastha Hissami, MD - Fiscal  
Fernando Avila S., MD - Vocal

---

**Armada digital, impresión y acabados**

GRAFIWEB PUBLICISTAS IMPRESORES  
Correo electrónico:  
grafwebgerencia@gmail.com  
Bogotá, D. C., Colombia

# Revista Colombiana de Menopausia

## Indicaciones a los autores

1. La **Revista Colombiana de Menopausia**, como órgano oficial de la Asociación Colombiana de Menopausia, publica artículos de la especialidad o relacionados con ella, previa aprobación del Comité Editorial.
2. Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la revista. Su reproducción total o parcial debe contar con la aprobación del editor y dar crédito a la publicación original.  
Al someter un trabajo para publicación, el autor debe siempre informar al editor sobre las remisiones e informes previos que puedan considerarse publicaciones previas. Para facilitar el trabajo del editor debe remitirse copia de todo el material mencionado anexo al original. En algunos casos, y solo por acuerdo con el editor, podrá aceptarse la difusión pública previa de los datos contenidos en el artículo, por ejemplo, para alertar sobre riesgos de salud pública.  
La publicación posterior o reproducción total o parcial de un artículo aparecido en **Revista Colombiana de Menopausia**, por parte del mismo autor o de otras personas interesadas, requerirá de la autorización del editor.
3. Los trabajos deben ser remitidos a **Revista Colombiana de Menopausia**, Apartado Aéreo 76827, Bogotá-2, en original y una copia, escritos a máquina en papel blanco tamaño carta empleando una sola cara del papel, con tinta negra y doble espacio, guardando un margen izquierdo de 4 cm.  
Si se utiliza reproducción de computador, esta debe llenar los requisitos de puntuación y ortografía de las composiciones usuales y, preferiblemente, enviar el CD, indicando el programa o procesador utilizado. El trabajo debe venir acompañado de una carta firmada por todos los autores, en donde se exprese claramente que ha sido leído y aprobado por todos. Igualmente, debe informar si se ha sometido parcial o totalmente a estudio por parte de otra revista.  
El autor debe guardar copia de todo el material enviado.
4. Se debe seguir las siguientes secuencias: página del título, resumen, texto, resumen en inglés, agradecimientos, referencias, tablas (cada tabla en página separada con su título y notas) y leyendas para las figuras.
5. En la primera página se incluye el título, corto y que refleje el contenido del artículo, el nombre del autor y sus colaboradores con los respectivos títulos académicos y el nombre de la institución a la cual pertenecen.  
Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada con el trabajo y de aquel a quien deben solicitarse las separatas. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización del trabajo en forma de subvenciones, equipos y drogas.
6. El resumen, de no más de 250 palabras, debe enunciar los propósitos del estudio de la investigación, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones, de acuerdo con los siguientes títulos: objetivos, métodos, resultados y conclusiones.
7. El texto debe incluir introducción, material y métodos, resultados y discusión; las abreviaturas deben explicarse y su uso limitarse.
8. Las referencias se numeran de acuerdo con el orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio.
  - a) En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son más de seis puede escribirse, después de los seis primeros, «et al.»); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado según estilo del Index medicus; año de publicación; volumen; paginación; volumen; páginas inicial y final.  
Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: **Jones HR, Siekert RG, Geraci JE.** Neurologic manifestations of bacterial endocarditis. *Ann Intern Med* 1969; **71**: 21-28.
  - b) En caso de libros: apellidos e iniciales de todos los autores; título del libro; edición; ciudad; casa editora; año; páginas inicial y final.  
Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: **Fenichel O.** Teoría psicoanalítica de las neurosis. 3a. ed. Buenos Aires; Editorial Paidós; 1966: 56.
  - c) En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo; título del capítulo; autores o editores del libro; título del libro; edición; ciudad; casa editora; año; páginas inicial y final.  
Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: **Drayer**
9. Las tablas y cuadros se denominarán tablas, y deben llevar numeración arábica de acuerdo con el orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.  
Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se numeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Al final de las leyendas de las microfotografías se deben indicar la técnica de colaboración y el aumento utilizados.  
No se publicarán fotografías en color; los originales en blanco y negro deben enviarse en papel y tener nitidez y contraste suficientes para lograr una buena reproducción.  
Si son gráficas o dibujos deben ser elaborados en cartulina blanca o papel vegetal con tinta china e identificarse con su número de orden en la parte inferior.  
Si una figura o tabla ha sido previamente publicada se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas, estas no deben ser identificables; en caso contrario, debe obtenerse el permiso escrito para emplearlas. El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas.
10. Los editoriales y las actualizaciones se publicarán exclusivamente por solicitud del Comité Editorial.
11. Se consideran actualizaciones aquellos trabajos que contienen una completa revisión de los adelantos recientes ocurridos en un campo específico de la medicina interna.
12. Comunicaciones y conceptos son aquellos que presentan la opinión o experiencia del autor sobre un tema que se considera de interés para la medicina o para la práctica médica. Pueden incluir una revisión del tema.
13. Comunicaciones breves son aquellas que presentan la opinión o experiencia del autor sobre un tema que se considera de interés para la medicina y puede acompañarse de una breve revisión. Su extensión no debe sobrepasar 12 páginas y se aceptan hasta cinco ilustraciones.
14. Notas técnicas son aquellas comunicaciones que describen de manera completa y detallada una técnica original o la modificación de un procedimiento, que tengan aplicación definitiva en alguna disciplina médica, sin incluir experiencias clínicas. Se debe presentar las referencias bibliográficas del caso, así como las correspondientes a los aspectos técnicos descritos, tales como equipos, reactivos, instrumentos y otros. Su extensión no debe ser mayor de 10 páginas a doble espacio y se aceptan hasta cinco ilustraciones.
15. Los apuntes de la literatura biomédica son de la competencia de uno o varios colaboradores permanentes de **Revista Colombiana de Menopausia**. Se trata de cubrir los temas más interesantes y actualizados de la medicina interna a partir de artículos de importantes revistas y autores reconocidos, de forma que los lectores de la Revista puedan hacer una revisión rápida pero ilustrativa de un tópico específico.
16. Presentación de casos son los trabajos destinados a describir uno o más casos que el autor considere de interés especial; debe constar de resumen, descripción detallada del caso y discusión. Su extensión no debe ser mayor de ocho páginas a doble espacio y se acepta un máximo de cinco ilustraciones. No se admitirá revisión de la literatura.
17. Las cartas al editor son comentarios cortos sobre algún material previamente publicado por **Revista Colombiana de Menopausia**.
18. El título resumido de los artículos publicados aparece en la carátula y en las páginas impares interiores, por lo cual el autor debe sugerir este título si el de su trabajo contiene más de cinco palabras.
19. **Revista Colombiana de Menopausia** no asume ninguna responsabilidad por las ideas expuestas por los autores.
20. Para citas de referencias la abreviatura de **Revista Colombiana de Menopausia** es: *Rev Col de Menop*.
21. **Revista Colombiana de Menopausia** hace parte de las revistas que suscribieron el acuerdo «Requisitos Uniformes para Trabajos Presentados a Revistas Biomédicas».

---

# CONTENIDO

---

## EDITORIAL

- Uso de aspirina para prevenir ECV en el adulto mayor  
Gustavo Gómez Tabares, MD 5
- 

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

- Evaluación de la calidad de vida en mujeres climatéricas con prolapso genital luego del uso del pesario  
Franklin José Espitia de la Hoz 7
- 

## ACTUALIDAD INMEDIATA

### Consenso. Parte II

#### Guías para evaluación y tratamiento de depresión perimenopáusica: recomendaciones

- Pauline M. Maki, PhD, Susan G. Kornstein, MD, Hadine Joffe, MD, MSc,  
Joyce T. Bromberger, PhD, Ellen W. Freeman, PhD, Geena Athappilly, MD,  
William V. Bobo, MD, MPH, Leah H. Rubin, PhD, Hristina K. Koleva, MD,  
Lee S. Cohen, MD, Claudio N. Soares, MD, PhD, MBA 19

#### Bienestar sexual después de la menopausia: documento técnico de la Sociedad Internacional de la Menopausia

- J. A. Simona, S. R. Davis, S. E. Althof, P. Chedraui, A. H. Clayton,  
S. A. Kingsberg, R. E. Nappi, S. J. Parish & W. Wolfman 27
- 

## MENOPAUSIA AL DÍA

- Estrategias dietéticas para bajar de peso en mujeres de mediana edad  
Krista A. Varady 48

#### Láser CO2 fraccionado vulvar y vaginal. Tratamientos para el síndrome genitourinario menopáusico

- Lauren F. Streicher, MD 51
- 

## PERLAS

- No es hora de abandonar el uso de terapias locales de hormonas vaginales 54  
Tamizaje de cáncer de cérvix. Desde y hasta cuándo 56
- 

- ÍNDICES 2018 58
- 

- CONGRESOS 64
- 

### Foto de portada:

Cirugía robótica. Pronto poderosos robots harán algunos procedimientos más rápido, con más seguridad y con menos complicaciones que los humanos. Por Sandip S. Panesar. Diciembre 27 de 2018.



## Uso de aspirina para prevenir ECV en el adulto mayor

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa más frecuente de muerte en las mujeres -y también en los hombres- de edad adulta mayor, entre las cuales obviamente están nuestras pacientes menopáusicas.

Considerando lo anterior, hace varias décadas se ha establecido que una manera de protección de la ECV podría ser el uso de aspirina (ASA) por su acción antiplaquetaria y por lo tanto antitrombogénica; pues, en resumen, en las complicaciones trombotógicas está la causa de casi toda la enfermedad (infarto del miocardio, accidente cerebrovascular trombótico, tromboembolismo pulmonar). Sin embargo, existe el riesgo contrario; es decir, la ECV hemorrágica (accidente cerebrovascular hemorrágico, hemorragia del tracto gastrointestinal y hemorragia mesentérica).

Ha habido casos famosos de muertes por accidentes hemorrágicos en pacientes que usan ASA como prevención de la ECV; por ejemplo, el mexicano Carlos Fuentes, que murió al parecer de una hemorragia masiva.

Personalmente no he querido tomar ASA como preventivo, aunque los médicos del Servicio Médico Universitario me lo han prescrito en varias ocasiones.

Pero la controversia es mundial. No todos están de acuerdo con el uso de aspirina como prevención para la ECV de la edad adulta o adulta mayor.

Se ha publicado recientemente un metaanálisis con búsquedas en PubMed and Embase en Cochrane Library Central Register of Controlled Trials de datos disponibles desde los de la época más antigua hasta noviembre 1 de 2018.

Se consideraron ensayos clínicos aleatorios que incluyeron al menos 1.000 participantes sin enfermedad cardiovascular conocida, con un seguimiento de al menos 12 meses. Los estudios incluidos compararon el uso de aspirina con ninguna aspirina (placebo o ningún tratamiento).

El resultado cardiovascular primario fue un compuesto de mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no fatal. El resultado del sangrado primario fue cualquier sangrado importante (definido por los estudios individuales).

Se incluyeron un total de 13 ensayos que asignaron al azar a 164.225 participantes con 1.050.511 participantes-año de seguimiento. La mediana de edad de los participantes del ensayo fue de 62 años (rango, 53-74); 77.501 (47%) eran hombres; 30.361 (19%) tenían diabetes, y la mediana del riesgo basal del resultado cardiovascular primario era del 9,2% (rango, 2,6% -15,9%).

El uso de aspirina se asoció con reducciones significativas en el resultado cardiovascular compuesto en comparación con ninguna aspirina (57,1 por 10.000 participantes-año con aspirina y 61,4 por 10.000 participantes-año sin aspirina) (cociente de riesgo [HR], 0,89 [95% IC, 0,84-0,95]; reducción del riesgo absoluto, 0,38% [IC 95%, 0,20%-0,55%]; número necesario para tratar, 265).

El uso de aspirina se asoció con un mayor riesgo de hemorragias graves en comparación con ninguna aspirina (23,1 por 10.000 participantes-año con aspirina y 16,4 por 10.000 participantes-año sin aspirina) (HR, 1,43 [95% IC, 1,30 - 1,56]; aumento del riesgo absoluto, 0,47% [IC 95%, 0,34%-0,62%]; número necesario para dañar, 210).

Hay que enfatizar que el análisis incluyó tres estudios recientes y muy publicitados que sugirieron más daño que beneficio de la aspirina para la prevención primaria.

El uso de aspirina en individuos sin enfermedad cardiovascular se asoció con un menor riesgo de eventos cardiovasculares y un mayor riesgo de hemorragia mayor. Esta información puede ayudar en las discusiones con los pacientes sobre la aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares y sangrado.

De acuerdo con estos datos, se vuelve a imponer en el campo de la medicina que en más de un caso, en cuanto a conducta se refiere, se debe escoger muy bien entre riesgo y beneficio, y esto debe ser decidido con el paciente después de una explicación objetiva y neutral y documentada, para, como en este caso, compartir esa relación con un beneficio final para la práctica médica.

**Gustavo Gómez Tabares**  
Editor jefe

## Evaluación de la calidad de vida en mujeres climatéricas con prolapso genital luego del uso del pesario

---

FRANKLIN JOSÉ ESPITIA DE LA HOZ\*, MD

### Resumen

**Objetivo.** Evaluar la efectividad del pesario sobre la calidad de vida y la función sexual en mujeres climatéricas con prolapso genital grado II o mayor.

**Material y método.** Estudio analítico, observacional, de corte transversal. Se eligieron mujeres en climaterio que asistieron a consulta por prolapso genital, en la Clínica la Sagrada Familia, Armenia, Quindío, entre enero de 2009 y diciembre de 2016. Se les aplicó dos escalas para medir el grado de satisfacción con el uso del pesario: la escala *Menopause Rating Scale*, y el *Índice de Función Sexual Femenina*. Ambos cuestionarios fueron realizados antes de la inserción del pesario y luego de tres meses de uso.

**Resultados.** La muestra la constituyeron 57 mujeres con prolapso genital de 33.177 que consultaron en ginecología, para un 0,17% de mujeres tratadas con pesario. El 36,84% presentaron prolapso grado II; 47,36%, grado III, y 15,78%, grado IV.

La edad media fue  $52,8 \pm 5,4$  años (rango entre 48 y 78 años); la edad media de la menopausia fue  $48,3 \pm 4,2$  años (rango entre 45 y 51 años), destacándose la menopausia natural en la mayoría (89%). El mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario pertenece al grupo de edad de más de 65 años (84,21%).

La puntuación media global de la escala *Menopause Rating Scale*, antes de la inserción del pesario fue de  $18,8 \pm 4,3$  puntos (rango entre  $6,9 \pm 3,3$  y  $19,5 \pm 9,6$ ), y  $10,2 \pm 5,4$  puntos (rango entre  $2,7 \pm 1,2$  y  $7,5 \pm 4,2$ ) después de tres meses de uso. La puntuación media total del Índice de Función Sexual Femenina, antes de la inserción del pesario, fue  $16,3 \pm 8,3$  puntos (rango entre 8,7 y 27,9); después de tres meses de uso del pesario la puntuación media total fue  $21,7 \pm 8$  puntos (rango entre 9,9 y 29,7). Los trastornos sexuales más frecuentes fueron disminución del deseo (85,2%), anorgasmia (74,7%) y dolor (65,7%), con una prevalencia global de dificultades sexuales del 81,3%.

**Conclusión.** El uso de pesarios en mujeres con prolapso genital grado II o mayor es una terapia eficaz en la disminución de los síntomas vaginales con mejoría en la calidad de vida y la sexualidad.

**Palabras clave:** calidad de vida; climaterio; menopausia; orgasmo; pesarios; sexualidad.

---

\* Ginecología y Obstetricia, Universidad Militar Nueva Granada. Uroginecología/FUCS-Hospital de San José/Unicamp, Brasil. Máster en Sexología: Educación y asesoramiento sexual. Universidad de Alcalá de Henares. Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica la Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia.



## Abstract

**Objective.** To evaluate the effectiveness of the pessary on quality of life and sexual function in climacteric women with genital prolapse grade II or higher.

**Material and methods.** Analytical, observational, cross-sectional study. Women in climacteric who attended consultation for genital prolapse were elected at the Sagrada Familia Clinic, Armenia, Quindío, between January 2009 and December 2016. Two scales were applied to measure the degree of satisfaction with the use of the pessary: the «Menopause Rating Scale» Scale, and the Female Sexual Function Index. Both questionnaires were carried out, before the insertion of the pessary and after three months of use.

**Results.** The sample consisted of 57 women with genital prolapse of 33,177 who consulted in gynecology, for a 0.17% of women treated with pessary. 36.84% had prolapse grade II, 47.36% grade III and 15.78% grade IV.

The mean age was  $52.8 \pm 5.4$  years (range between 48 and 78 years); The mean age of the menopause was  $48.3 \pm 4.2$  years (range between 45 and 51 years), with natural menopause standing out in the majority (89%). The highest percentage of women using the pessary belongs to the age group over 65 years old (84.21%).

The overall average score of the «Menopause Rating Scale» before the insertion of the pessary was  $18.8 \pm 4.3$  points (range between  $6.9 \pm 3.3$  and  $19.5 \pm 9.6$ ), and  $10.2 \pm 5.4$  points (range between  $2.7 \pm 1.2$  and  $7.5 \pm 4.2$ ) after three months of use. The total mean score of the Feminine Sexual Function Index, before the insertion of the pessary was  $16.3 \pm 8.3$  points (range between 8.7 and 27.9), after three months of use of the pessary the total average score it was  $21.7 \pm 8$  points (range between 9.9 and 29.7). The most frequent sexual disorders were desire decrease (85.2%), anorgasmia (74.7%) and pain (65.7%), with an overall prevalence of sexual difficulties of 81.3%.

**Conclusion.** The use of pessaries in women with genital prolapse grade II or greater is an effective therapy in the reduction of vaginal symptoms with improvement in quality of life and sexuality.

**Keywords:** Quality of Life; Climacteric; Menopause; Orgasm; Pessaries; Sexuality.

## Introducción

El prolapso de los órganos pélvicos es el descenso de uno o más órganos (útero, vagina, vejiga o intestinos) a través de la pared y orificio vaginal, debido al defecto de los tejidos de soporte<sup>1,2</sup>; está asociado con incontinencia urinaria de esfuerzo entre el 23,19% y 38%<sup>2,3</sup>. Se agrava al final del día y mejora cuando la mujer se acuesta, afectando de forma adversa la calidad de vida y la función sexual de las mujeres que lo padecen.

Los prolapsos de los órganos pélvicos pueden ser de la pared anterior, posterior o apical, y se clasifican desde el grado I al IV. Generalmente los prolapsos sintomáticos son los que alcanzan o van más allá del himen (grado ? II),

observándose durante la maniobra de Valsalva<sup>2</sup>. La prevalencia varía entre el 30 y el 40%<sup>4,5</sup>. Los prolapsos más frecuentes ocurren en el grupo de hysterectomizadas (68,38%) en relación con las no hysterectomizadas (31,62%); predominan el prolapso grado I (51,82%) y el grado II (30,49%), seguidos del grado III (14,31%) y IV (3,36%); donde menos de la tercera parte de las mujeres presentan prolapso apical (histeroceles) grado IV y más de la mitad prolapso anterior (cistocelos) grado II solo y con prolapso posterior (rectocelos) concomitante, cuya frecuencia aumenta con la edad<sup>2</sup>. Se asocia a tasas anuales de cirugía de 10 a 30 por 10.000 mujeres<sup>6</sup>, de las cuales un 13%<sup>3</sup> al 29,2%<sup>4</sup> requieren una segunda cirugía.

El diagnóstico de los prolapsos de los órganos pélvicos se basa en la combinación de

síntomas y hallazgos al examen físico. Los síntomas típicamente incluyen: ver o sentir un «bulto» vaginal, o la sensación de abultamiento o protrusión vaginal, presión pélvica o pesadez, anormalidad en la micción o defecación y disfunción sexual<sup>2,7-9</sup>.

El abordaje terapéutico de los prolapsos genitales se constituye en un verdadero desafío, debido a que existen múltiples opciones terapéuticas, incluyendo el manejo expectante, las medidas conservadoras y la cirugía. La selección debe basarse en la magnitud de los síntomas y su impacto en la calidad de vida, las actividades cotidianas y las expectativas de la mujer<sup>2,7</sup>. El tratamiento médico conservador incluye la expectación, la fisioterapia del piso pélvico y el uso de pesarios<sup>4,7,10</sup>.

Es notorio el incremento de la longevidad femenina, observándose en la actualidad como una tendencia creciente, lo cual ha llevado a un aumento de los prolapsos de los órganos pélvicos; esto se relaciona con la afectación de la calidad de vida, los lazos familiares, la sexualidad y la autoestima de las mujeres<sup>2,7,10,11</sup>, sin que la cirugía ofrezca siempre la mejor solución, ya que se ha descrito que las recurrencias, después de la cirugía, son del 22% en la pared anterior, 24% en la posterior y del 30% en la apical<sup>12</sup>, cifra incrementada después de la primera cirugía; por lo tanto, es lógico pensar en opciones terapéuticas no quirúrgicas, constituyéndose los pesarios vaginales en la primera alternativa.

Los pesarios vaginales son dispositivos que proporcionan apoyo anatómico al piso pélvico, y pueden ser utilizados de forma temporal o permanente, proporcionando una adecuada solución en las mujeres que no tienen indicación quirúrgica, o si no tienen intención de operarse, en mujeres con problemas quirúrgicos, o en espera de la cirugía reconstructiva –evaluadas por médicos que prefieren los pesarios a la cirugía–, en las jóvenes con interés reproductivo y si existe necesidad para conseguir o continuar un embarazo<sup>7,13,14</sup>.

El soporte que proporcionan los pesarios recoloca, ubica y fija en su sitio los órganos herniados, liberando de presión y permitiendo

la irrigación sanguínea y la oxigenación de los tejidos pélvicos y vaginales, lo cual favorece su efectividad e inocuidad. Entre las ventajas del uso de los pesarios, en pacientes con prolapso de órganos pélvicos, sobresalen: ayudan a evitar la progresión o empeoramiento del prolapso; disminuyen el impacto sobre el suelo pélvico durante el ejercicio, además de evitar la aparición de la incontinencia urinaria durante la actividad o el esfuerzo deportivo; facilitan la rehabilitación del suelo pélvico; retrasan e incluso evitan la necesidad de cirugía<sup>7</sup>.

Los pesarios están fabricados en plástico o silicona; existe infinidad de formas y tamaños, diseñados de manera específica para tratar los síntomas de los diferentes tipos y grados de prolapso o incontinencia urinaria<sup>7</sup>. Su tamaño es subjetivo; es probable que, en la mujer más joven, el pesario se necesite más grande, mientras que, en la mujer mayor, se necesite un pesario más pequeño; sin embargo, esto dependerá del grado de atrofia, del tamaño del prolapso y de la cavidad vaginal. No suele existir una adaptación adecuada del pesario en aquellas mujeres cuya longitud vaginal es inferior a 6 cm, o si el introito es más amplio al equivalente a 4 dedos u 8 cm<sup>7,15</sup>.

El pesario debe permanecer inserto en su lugar las horas o días recomendados, y no tiene que interferir con las actividades diarias de la mujer como el baño, la micción o la defecación, e incluso la sexualidad; tampoco debe notarse al permanecer en su lugar. Es importante elegir el más grande que se pueda utilizar, de tal forma que la mujer se sienta cómoda; preferiblemente que le quede bien ajustado sin ser percibido<sup>7,16</sup>.

Entre las complicaciones del uso del pesario se destacan: aumento de la secreción vaginal, infección vaginal, erosión y úlceras vaginales, impactación en la vagina, fístulas (vésico-vaginal o recto-vaginal), peritonitis, complicaciones intestinales, hidronefrosis, atipias citológicas inflamatorias, atrapamiento del pesario, cáncer vaginal, entre otras<sup>7,14-17</sup>.

El propósito de este estudio consiste en evaluar la mejoría en la calidad de vida y en la sexualidad de las mujeres con prolapso genital grado II o mayor, tratadas con pesarios.

## Material y método

*Diseño y población:* Estudio analítico, observacional, de corte transversal. Se eligieron mujeres en etapa de climaterio que asistieron a consulta por prolapso genital, en la Clínica la Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia, Suramérica, entre el 01 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2016. La Clínica la Sagrada Familia es una clínica de atención de nivel III, de carácter universitario, que atiende a personas pertenecientes a los regímenes de aseguramiento contributivo y subsidiado por el Estado en el Sistema de Seguridad Social en Colombia.

Los criterios de inclusión fueron: mujer en etapa de climaterio con prolapso genital grado II o mayor, sin tratamiento hormonal, vida sexual activa en los últimos 3 meses. Criterios de exclusión: cáncer ginecológico, enfermedad neurológica invalidante o impedimento físico o psicológico que dificultara el uso del pesario, mujeres intervenidas quirúrgicamente en el lapso de seis semanas anteriores al estudio.

La recolección de la información estuvo a cargo de las enfermeras entrenadas en el proceso de captación de pacientes y diligenciamiento de formularios, quienes conforman nuestro equipo de investigación. A las mujeres que cumplían los criterios de selección y aceptaron participar en el estudio se les explicaba los objetivos de la investigación, y se les solicitó diligenciar el consentimiento informado, garantizándose la confidencialidad del manejo de la información.

*Variables medidas:* Edad, raza, ocupación, peso, talla, IMC, variables sociodemográficas y antecedentes de salud sexual y reproductiva (edad de inicio de la actividad sexual, edad del primer embarazo, paridad, número de embarazos, orientación sexual y actividad sexual coital mensual), tabaquismo, ingesta de alcohol, enfermedades crónicas y prevalencia de histerectomía. A todas las mujeres se les aplicaron dos escalas: la escala Menopause Rating Scale (MRS)<sup>18</sup> y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), en inglés: The Female Sexual Function Index (FSFI)<sup>19</sup>.

La escala Menopause Rating Scale (MRS) consiste en un cuestionario estandarizado de autoevaluación conformado por 11 ítems; evalúa los síntomas somáticos, psicológicos y

urogenitales<sup>18,20</sup>. Los síntomas somáticos incluyen: bochornos, sudoración excesiva, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (ítems 1-3 y 11, respectivamente); los síntomas psicológicos incluyen: estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (ítems 4-7, respectivamente); los síntomas urogenitales incluyen: problemas sexuales y de vejiga, y sequedad vaginal (ítems 8-10, respectivamente). A cada ítem se le otorga un grado de 0 a 4 (0=ausente; 1=leve; 2=moderado; 3=severo; 4=muy severo). La sumatoria de las medias de los ítems citados establece la puntuación de cada una de las dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establece el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida<sup>21,22</sup>.

La escala Menopause Rating Scale (MRS) se considera un excelente instrumento de medición de la Calidad de Vida de la mujer en climaterio, debido a que consta de un breve cuestionario que es contestado directamente por la encuestada, sin la intervención del sesgo de los encuestadores<sup>21,23</sup>. Se encuentra disponible en varios idiomas y ha sido validada en múltiples países, lo cual ha permitido establecer valores estándares para diferentes poblaciones<sup>24,25</sup>. En Latinoamérica los promedios establecidos son a)  $10,4 \pm 8,8$  DE para el puntaje total, b)  $4,1 \pm 3,6$  DE para el dominio somático, c)  $4,9 \pm 4,5$  DE para la esfera psicológica, y d)  $1,4 \pm 2,2$  DE para los síntomas urogenitales<sup>26</sup>.

El IFSF es el cuestionario más utilizado para evaluar las dificultades sexuales femeninas. Este incluye 19 preguntas que evalúan la actividad sexual de la mujer en las últimas cuatro semanas. Las preguntas se reúnen en seis dominios: deseo (ítems 1-2), excitación (ítems 3-6), lubricación (ítems 7-10), orgasmo (ítems 11-13), satisfacción (ítems 14-16) y dolor (ítems 17-19). El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor, y al final de la suma aritmética de los dominios, se obtiene el promedio definitivo; a mayor puntaje, mejor sexualidad. La puntuación total de IFSF por debajo de 26,55 significa riesgo de una función sexual deteriorada<sup>19,27</sup>.

A las mujeres se les entregó la Menopause Rating Scale (MRS), y el Índice de Función

Sexual Femenina (IFSF), los que fueron autoadministrados y devueltos inmediatamente a las enfermeras que conforman el equipo de investigación. Ambos cuestionarios fueron realizados antes de la inserción del pesario y luego de tres meses de uso.

*Análisis estadístico:* En los programas estadísticos SPSS versión 17.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois) y STATA SE 10.1. La prevalencia se expresó en porcentaje. Las variables numéricas se expresaron como media con su desviación estándar; y las variables categóricas, como frecuencias absolutas y porcentajes.

*Aspectos bioéticos:* El estudio cumplió con las consideraciones éticas para la investigación en seres humanos, y tanto el protocolo de investigación como el consentimiento informado fueron avalados por los comités de ética de la clínica participante, y se garantizó la confidencialidad del manejo de la información.

## Resultados

La muestra fue constituida por 57 mujeres de 33.177 que consultaron, para un 0,17% de casos tratados con pesario. El 36,84% (n=21) presentaron prolapso grado II, 47,36% (n=27) prolapso grado III y 15,78% (n=9) prolapso grado IV. La edad media de las participantes fue  $52,8 \pm 5,4$  años (rango entre 48 y 78 años), y la edad media de la menopausia fue  $48,3 \pm 4,2$  años (rango entre 45 y 51 años), destacándose la menopausia natural en la mayoría de las mujeres (89%). El mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario pertenece al grupo de edad de más de 65 años (84,21%, n=48). En el grupo predominó el origen urbano, estrato social medio, la escolaridad secundaria y las labores del hogar como ocupación (tabla 1). Los antecedentes médicos más frecuentes fueron: endocrino (47,36%), genitourinario (31,57%), cardiovascular (21,05%) y musculoesquelético (15,78%). La prevalencia de histerectomía fue de 47,99% y la orientación sexual predominante fue heterosexual (87,71%).

Los antecedentes de salud sexual y reproductiva mostraron una mediana de 4 hijos en la paridad (rango entre 0 y 12 hijos); en relación con el número de embarazos se encontró una mediana de 6 gestaciones (rango entre 0 y 15

Tabla 1. Características sociodemográficas en mujeres que usan pesario

<b>Características morfológicas</b>	
Edad, X±DE	52,8±5,4
Edad de la pareja, X±DE	54,6±5,7
Peso, X±DE	72,3±11,4
Talla, X±DE	1,62±0,42
IMC, X±DE	29,7±4,5
<b>Raza</b>	
Blanca, n (%)	57,89
Afrocolombiana, n (%)	42,1
Paridad X (mediana)	4
<b>Escolaridad</b>	
Primaria, n (%)	10,52
Secundaria, n (%)	57,89
Técnica, n (%)	26,31
Universitarios, n (%)	5,26
<b>Estado civil</b>	
Unión libre, n (%)	63,15
Casadas, n (%)	36,84
<b>Estrato socioeconómico</b>	
Alto, n (%)	15,78
Medio, n (%)	52,63
Bajo, n (%)	31,57
<b>Adicciones</b>	
Fumadoras, n (%)	10,52
Ingesta de alcohol n (%)	73,68
<b>Ocupación</b>	
Amas de casa, n (%)	47,36
Trabajador independiente, n (%)	26,31
Empleadas, n (%)	15,78
Pensionadas, n (%)	10,52
<b>Origen</b>	
Urbana, n (%)	63,15
Rural, n (%)	36,84

embarazos). Respecto a la vía del parto, la cesárea reportó una mediana de 1, con un rango entre 1 y 6. Respecto a la edad del inicio de la actividad sexual, el promedio fue de  $15,9 \pm 2,1$  DE años. En relación con el primer parto, la edad promedio fue de  $15,6 \pm 2,4$  DE años.

En la evaluación y seguimiento de las mujeres, después de tres meses de uso del pesario, las participantes informaron una mejoría tanto en



los síntomas vaginales como en la calidad de vida y en su sexualidad, principalmente en relación con el dolor pélvico, y la sensación y visualización del «bulto» vaginal.

La puntuación media global de la escala Menopause Rating Scale (MRS), antes de la inserción del pesario, fue de  $18,8 \pm 4,3$  puntos (rango entre  $6,9 \pm 3,3$  y  $19,5 \pm 9,6$ ; somático:  $5,7 \pm 3,5$  puntos, psicológico:  $7,8 \pm 4,3$  puntos y urogenital:  $5,1 \pm 2,9$  puntos). Los síntomas que muestran mayor severidad son los del dominio psicológico, con una media de  $1,7 \pm 1,3$  puntos para cada pregunta de este grupo de síntomas. Le sigue el dominio somático con un promedio por pregunta de  $1,6 \pm 1,1$ . El dominio con menos impacto sintomático es el urogenital con un promedio de  $1,8 \pm 1,2$  por pregunta (tabla 2). A los tres meses del seguimiento el puntaje total reportó  $10,2 \pm 5,4$  puntos (rango entre  $2,7 \pm 1,2$  y  $7,5 \pm 4,2$ ), y los síntomas que muestran mayor severidad son los del dominio somático con  $5,2 \pm 1,4$  puntos, con un promedio por pregunta de  $1,5 \pm 1,2$ , y el psicológico con  $4,7 \pm 2,5$  puntos, con un promedio por pregunta de  $1,1 \pm 1,3$ . El dominio con menos impacto sintomático es

el urogenital con un promedio de  $1,2 \pm 1,2$  por pregunta (tabla 2).

Al evaluar a las mujeres con útero y sin útero, que presentan prolapso, respecto de los puntajes obtenidos con la escala MRS, se observa que los dominios psicológico y urogenital, y en el IFSF dolor, el puntaje total de las mujeres sexualmente activas (1-2 coitos por semana) presenta medianas significativamente inferiores ( $p < 0,05$ ).

En el grupo de mujeres de 56 a 65 años, antes de la inserción del pesario, se observó una mayor puntuación global ( $22,1 \pm 10,6$  puntos) en la escala MRS; con mayor grado de afectación en el dominio urogenital ( $8,3 \pm 2,5$  puntos), pero a los tres meses del seguimiento la puntuación del MRS fue de  $11,7 \pm 5,1$  puntos.

La puntuación media total del IFSF antes de la inserción del pesario fue de  $16,3 \pm 8,3$  puntos (rango entre 8,7 y 27,9). Respecto a cada dominio del IFSF antes de la inserción del pesario, la puntuación fue deseo  $2,1 \pm 0,6$ , excitación  $2,7 \pm 0,6$ , lubricación  $2,5 \pm 1,4$ , orgasmo  $2,3 \pm 1,9$  y dolor  $3,9 \pm 1,5$ . A los tres meses del seguimiento el puntaje total del IFSF reportó una media de

**Tabla 2.** Puntuación Menopause Rating Scale (MRS), antes del uso del pesario

Dominio	Síntomas	Puntaje de los síntomas (antes de la inserción del pesario)	Puntaje de dominios	Puntaje de los síntomas (después de la inserción del pesario)	Puntaje de dominios
Somático	Bochornos	$1,4 \pm 1,3$	$5,7 \pm 3,5$	$1,1 \pm 1,0$	$5,2 \pm 1,4$
	Palpitaciones	$0,9 \pm 1,2$		$0,8 \pm 1,3$	
	Trastornos del sueño	$1,5 \pm 1,2$		$1,2 \pm 1,2$	
	Molestias osteomusculares	$2,0 \pm 1,6$		$1,0 \pm 1,1$	
	Depresión	$2,0 \pm 1,3$		$1,4 \pm 1,3$	
	<b>Total</b>			$18,8 \pm 4,3$	
Psicológico	Irritabilidad	$1,9 \pm 1,5$	$7,8 \pm 4,3$	$1,3 \pm 1,1$	$4,7 \pm 2,5$
	Ansiedad	$2,0 \pm 1,3$		$1,6 \pm 1,1$	
	Cansancio	$2,0 \pm 1,3$		$1,1 \pm 1,3$	
Urogenital	Problemas sexuales	$1,7 \pm 1,6$	$5,1 \pm 2,9$	$1,6 \pm 1,4$	$2,8 \pm 2,3$
	Problemas de vejiga	$1,4 \pm 1,3$		$1,2 \pm 1,2$	
	Sequedad vaginal	$1,8 \pm 1,2$		$1,5 \pm 1,2$	
	<b>Total</b>		<b>Total</b>		

21,7± 8 puntos (rango entre 9,9 y 29,7). La puntuación media para cada dominio después de tres meses de uso del pesario fue deseo 3,2±0,7, excitación 3,4±1,4, lubricación 3,7±1,1, orgasmo 3,9±1,5 y dolor 3,2±1,6, siendo la puntuación media total de 21,7±8 (**tabla 3**). En cuanto a los puntajes totales del IFSF según el grado de prolapso, se observó inferior a 26,55 en los grados III y IV, mostrando una media de 25,7 y 24,9 puntos, respectivamente, con independencia de la edad de la mujer.

En relación con los aspectos de la vida sexual, 81% afirmaron que el pesario había hecho su vida sexual más frecuente y satisfactoria en comparación con el período anterior a su inserción ( $p<0,05$ ).

En la puntuación final del IFSF no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que presentaban útero y las que no ( $p>0,05$ ). Se observaron diferencias significativas entre el grado de prolapso III y IV en las mujeres con útero en los dominios «dolor» y «orgasmo», siendo mayor la puntuación en el dominio dolor e inferior en el dominio orgasmo en el grado IV, y entre el prolapso III y IV en las mujeres sin útero en los dominios de «dolor», «orgasmo» y «excitación», cuya puntuación total en el IFSF fue inferior en el grado IV ( $p<0,05$ ).

El deseo sexual en las mujeres de menos de 55 años fue significativamente mayor, así como la excitación, la lubricación y la satisfacción, con menos dolor, reflejando una puntuación mayor que en las mujeres de más de 55 años, de manera que la puntuación total del IFSF significativamente más baja se advirtió en las de más de 75 años.

Se observó una satisfacción del 95,99% con el uso del pesario durante el primer año, 86,99% a los dos años, 77,99% a los 3 años y más del 72% luego de cuatro años de uso; satisfacción que se incrementó con la aplicación de la estrogoterapia tópica o con la utilización permanente de un lubricante a base de agua. Así, se demostró mejoría en la calidad de vida global en todas las mujeres, con una mayor satisfacción en su sexualidad.

En las mujeres en las que se involucró la pareja en el manejo del pesario, disminuyó mucho más la puntuación global en la escala MRS (4,86 puntos [IC del 95%, 3,18-6,54]) en relación con las que no se involucró la pareja (2,25 puntos [IC del 95%, 1,95-3,48]) ( $p<0,001$ ).

La puntuación global de la calidad de vida fue significativamente mejor en las mujeres que usaban el pesario y tenían actividad sexual frecuente (una a dos veces por semana), en comparación a las que usaban el pesario pero que no tenían actividad sexual más de cuatro veces al mes ( $p<0,036$ ).

Las complicaciones presentes en esta cohorte de mujeres destacan aumento de la secreción vaginal (47,36%), infección urinaria (10,52%), erosión y/o úlceras vaginales (5,26%) y atrapamiento del pesario (1,75%).

## Discusión

A pesar de que la escala Menopause Rating Scale (MRS), desde un comienzo, ha sido aplicada en mujeres de 40 a 70 años<sup>20,21</sup>, el tipo de mujeres encuestadas en esta investigación per-

**Tabla 3.** Afectación de los dominios del IFSF en mujeres que usan pesario

Dominio	Antes de la inserción del pesario	Después de tres meses de uso
Deseo	2,1±0,6	3,2±0,7
Excitación	2,7±0,6	3,4±1,4
Lubricación	2,5±1,4	3,7±1,1
Orgasmo	2,3±1,9	3,9±1,5
Satisfacción	2,8±2,3	4,3±1,7
Dolor	3,9±1,5	3,2±1,6
<b>Puntaje total</b>	<b>16,3 ± 8,3</b>	<b>21,7 ± 8</b>



mite la inclusión de mujeres de más edad (mayores de 70 años), debido al propósito de evaluar la calidad de vida en el climaterio y en la senectud. Esto lo vemos como una fortaleza de la investigación, al permitir la ampliación del rango de edad de mujeres en la senectud, facilitando la inclusión de los procesos clínicos que afectan este grupo de mujeres en envejecimiento.

Estando el mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario comprendido en la edad de más de 65 años (84,21%, n=48), se entiende que la sintomatología del prolapso se hace más significativa en dichas mujeres, pudiéndose explicar una alta necesidad de buscar ayuda, tal como ha sido descrito por otros autores<sup>2</sup>.

Es importante resaltar que las usuarias de los pesarios los utilizan por largo tiempo, debido a que son eficaces para reducir los síntomas del prolapso, así como lo afirman otros investigadores<sup>28</sup>; esto se puede explicar por el efecto favorable y positivo de los mismos en la mejoría de la sintomatología, y a la vez, por la comodidad generada, e incluso para el ejercicio de la actividad sexual coital.

En este estudio el costo-efectividad relacionada con el grado de satisfacción con el uso del pesario fue del 99% en los seis primeros meses, cifra superior a la reportada por Thys *et al.* en Ámsterdam<sup>29</sup>. La satisfacción con el uso del pesario se notó desde el inicio del estudio, partiendo de un 95,99% durante el primer año hasta más del 72% después de cuatro años de uso, con abandono del 8,77% a los siete años de seguimiento; lo cual muestra un porcentaje inferior de abandono a lo reportado durante el primer año por Broens-Oostveen M. C. *et al.* en Alemania<sup>30</sup>, donde el 56% de los pesarios fueron removidos después de un período de tiempo, y Sarma S. *et al.* en Australia<sup>31</sup>, donde el 44% eligió tratamiento conservador.

La puntuación media global de la escala MRS, después del uso del pesario, muestra una gran mejora en la calidad de vida de estas mujeres, siendo estadísticamente significativa después de tres meses de uso ( $p < 0,001$ ), lo cual es concordante con lo reportado por Abdool Z. *et al.* en Londres<sup>17</sup> y Broens-Oostveen M. C. *et al.* en Alemania<sup>30</sup>, los cuales compararon el tratamiento con pesario contra la cirugía, y

ambos grupos reportaron mejoras similares en los síntomas urinarios e intestinales, la función sexual y la calidad de vida.

El grupo que presentó una mayor puntuación global en la escala MRS, antes de la inserción del pesario, y, por ende, una peor calidad de vida, fue el de 56 a 65 años, con una puntuación de  $22,1 \pm 10,6$  puntos, mostrando el mayor grado de afectación en el dominio urogenital con  $8,3 \pm 2,5$  puntos; pero también fue el grupo que mostró la mayor mejoría después de tres meses de uso del pesario. Esto se explica por el positivo efecto sobre el trofismo vaginal de la estrogenoterapia local, además por la ausencia en la sensación de cuerpo extraño en la región vulvar.

El uso del pesario en esta cohorte de mujeres mostró que los dominios que presentaron el mayor cambio en la puntuación en la escala MRS y en el IFSF fueron el psicológico y el urogenital, así como el dolor, respectivamente. Esto ocurrió en las mujeres sexualmente activas (actividad coital de una a dos veces por semana), las cuales presentaron medianas inferiores significativamente ( $p < 0,05$ ), demostrándose tanto disminución en los síntomas vaginales como mejora en la calidad de vida, lo cual concuerda con lo referido por otros estudios<sup>29-31</sup>.

Se encontró mejoría en todos los dominios del IFSF después de tres meses del uso del pesario, logrando una puntuación media total de  $21,7 \pm 8$  puntos. La mayor la puntuación se dio en los dominios deseo, lubricación y satisfacción sexual; datos similares a lo reportado por Kuhn A. *et al.* en Suiza<sup>32</sup>, en una población de iguales características.

La puntuación media para el dominio dolor del IFSF, después de tres meses del uso del pesario, disminuyó significativamente, mejorando la puntuación total del IFSF ( $p = 0,006$ ). Esto se explica por la influencia positiva del tratamiento local con estrógenos y de la utilización frecuente del lubricante a base de agua.<sup>33</sup>

El nivel de ingresos no tuvo efecto significativo en la calidad de vida ni en la función sexual ( $p > 0,05$ ); sin embargo, al comparar la puntuación global en la escala MRS, y del IFSF, antes y después de la inserción del pesario, la puntuación en las mujeres amas de casa y las profesio-

nales mostró una diferencia significativa en términos de lubricación ( $p=0,015$ ), y la puntuación total de ambas escalas ( $p=0,024$ ), siendo concordante con los hallazgos del estudio de Kuhn A. *et al.*<sup>32</sup>, donde se asegura que el pesario no interfiere con la actividad sexual, pudiendo mejorar la función sexual.<sup>34-35</sup>

Se observó que el porcentaje de mujeres que eligieron el pesario para el tratamiento inicial del prolapso genital es del 0,17%; porcentaje inferior a lo descrito por Kapoor D. S. *et al.* en Reino Unido<sup>36</sup>. Y aunque el uso del pesario podría revertir el prolapso al quitarlo después de varios años de uso, de acuerdo con lo descrito por Matsubara S. *et al.* en Japón<sup>37</sup>, el cual afirma que después de 73 meses, al retirar el pesario, el prolapso desapareció y no se repitió; en este estudio no se pudo demostrar la desaparición del prolapso, a pesar de más de 8 años de seguimiento.

Las principales complicaciones encontradas en esta investigación fueron el aumento en las secreciones vaginales, las hemorragias y el mal olor, tal como lo reporta Hanson L. A. *et al.* en Canadá<sup>38</sup>, el cual afirma en su estudio que el 88,5% de las 1.216 mujeres no desarrollaron complicaciones; datos que contrastan con el estudio de Bai *et al.* en Korea<sup>39</sup>, en el que el 73% de las mujeres presentó complicaciones. A su vez, nuestros resultados muestran una tasa de discontinuación del uso del pesario del 8,77%; porcentaje inferior a lo reportado por otros estudios<sup>31,40</sup>: 10,52% y 26,31%, respectivamente.

Se encontró que a medida que aumentaba el grado de prolapso, la puntuación total del IFSF disminuía ( $p=0,048$ ); es decir, a mayor grado de prolapso mayor alteración de la sexualidad, con baja puntuación en el IFSF, tal como lo reporta Espitia<sup>41</sup> en una población de mujeres de similares características.

En este estudio, los trastornos sexuales más frecuentes fueron disminución del deseo (85,2%), anorgasmia (74,7%) y dolor (65,7%), con una prevalencia global de dificultades sexuales del 81,3%, porcentaje inferior al descrito por otros autores<sup>41</sup>. En esta forma, se demuestra que los prolapsos de los órganos pélvicos afectan adversamente la salud sexual de las mujeres<sup>41-43</sup>.

La edad de aparición de la menopausia se mantiene constante; sin embargo, la esperanza

de vida de la mujer se ha modificado, por lo que se espera en el futuro un mayor número de mujeres en climaterio padeciendo algún grado de prolapso del piso pélvico<sup>2,7,10</sup>). Por lo tanto, es relevante contar con la disponibilidad, en el arsenal terapéutico, del uso de pesarios como una opción efectiva; no solo por su bajo costo, sino por sus excelentes resultados, con franca mejoría en la calidad de vida de las usuarias además de la mejoría en su sexualidad.

En este estudio se advierte una principal debilidad a la hora de interpretar o generalizar los resultados, como es la de ser un muestreo no probabilístico, lo cual no permite la generalización de la investigación. La principal fortaleza es que se trata del primer trabajo de sus características, realizado en Colombia, lo cual es una ventajosa razón para continuar investigando la utilidad de los pesarios como medida terapéutica en los prolapsos genitales, en mujeres sexualmente activas, que no desean cirugía o que la tienen contraindicada.

## Conclusiones

El uso de pesarios en el prolapso genital grado II o mayor ha demostrado ser eficaz en la disminución de los síntomas vaginales, mejorando la calidad de vida y la sexualidad de las mujeres en climaterio, con baja tasa de complicaciones y significativos porcentajes de satisfacción.

## Agradecimientos

Agradezco a mi grande maestro, el doctor Carlos Díaz Támara; no solo por sus enseñanzas en uroginecología y piso pélvico, sino por la majestuosidad de su erudición, sin cuyos aportes no hubiese sido posible lograr este estudio.

## Financiamiento

Los autores no recibieron ningún patrocinio o estímulo económico para la realización de esta investigación.

## Bibliografía

1. Beck RP, McCormick S, Nordstrom L. A 25-year experience with 519 anterior

- colporrhaphy procedures. *Obstet Gynecol.* 1991;78(6):1011-8.
2. Espitia FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Urol Colomb.* 2015;24(1):12-18. doi: 10.1016/j.uroco.2015.03.003
  3. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):501-6. doi: 10.1016/S0029-7844(97)00058-6
  4. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(2 Pt 1):299-305.
  5. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(6):1160-6.
  6. Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Visco A, Weber AM, Cundiff GW, et al. Two-year outcomes after sacrocolpopexy with and without burch to prevent stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2008;112(1):49-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181778d2a.
  7. Espitia-De La Hoz FJ. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. *MÉD UIS* 2015;28(3):309-15. doi: 10.18273/revmed.v28n3-2015005
  8. Bradley CS, Zimmerman MB, Wang Q, Nygaard IE; Women's Health Initiative. Vaginal descent and pelvic floor symptoms in postmenopausal women: a longitudinal study. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1148-53. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816a3b96
  9. Kahn MA, Breitkopf CR, Valley MT, Woodman PJ, O'Boyle AL, Bland DI, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST) and bowel symptoms: straining at stool is associated with perineal and anterior vaginal descent in a general gynecologic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1516-22. doi: 10.1016/j.ajog.2004.11.040
  10. Espitia-De La Hoz FJ, de Andrade A, Orozco H. Utilidad del biofeedback perineal en las disfunciones del piso pélvico. *Investigaciones Andina.* 2015; 17(31):1301-1312.
  11. Ginter E, Simko V. Women live longer than men. *Bratisl. Bratisl Lek Listy.* 2013;114(2):45-9.
  12. Elneil S. Complex pelvic floor failure and associated problems. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2009;23(4):555-73. doi: 10.1016/j.bpg.2009.04.011
  13. Abdulaziz M, Stothers L, Lazare D, Macnab A. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. *Can Urol Assoc J.* 2015;9(5-6):E400-6. doi: 10.5489/cuaj.2783
  14. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;156(2):125-30. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.12.039
  15. Anne-Lotte W.M. Coolen, Stephanie Troost, Ben Willem J. Mol, Jan- Paul W. R. Roovers, Marlies Y. Bongers. Primary treatment of pelvic organ prolapse: pessary use versus prolapse surgery. *Int Urogynecol J.* 2018;29(1): 99-107. doi: 10.1007/s00192-017-3372-x
  16. Lamers BH, Broekman BM, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int Urogynecol J.* 2011; 22:637-64. doi: 10.1007/s00192-011-1390-7
  17. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2011;22:273-8. doi: 10.1007/s00192-010-1340-9
  18. Potthoff P, Heinemann LA, Schneider HP, Rosemeier HP, Hauser GA. [The Menopause Rating Scale (MRS II): methodological standardization in the German population]. *Zentralbl Gynakol.* 2000;122(5):280-6.
  19. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):191-208. doi: 10.1080/009262300278597
  20. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric.* 2000;3(1): 59-64.

21. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric*. 2000;3(1):50-8.
22. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas*. 2007;20;57(3):306-14. doi: 10.1016/j.maturitas.2007.02.026
23. Schneider HP. The quality of life in the post-menopausal woman. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002;16(3):395-409.
24. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2;2:45. doi: 10.1186/1477-7525-2-45
25. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;22;2:67. doi: 10.1186/1477-7525-2-67
26. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003;30;1:28. doi: 10.1186/1477-7525-1-28
27. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018; 69:9-21. doi: 10.18597/rcog.3035
28. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2006;108(1):93-9. doi: 10.1097/01.AOG.0000222903.38684.cc
29. Thys SD, Roovers JP, Geomini PM, Bongers MY. Do patients prefer a pessary or surgery as primary treatment for pelvic organ prolapse. *Gynecol Obstet Invest*. 2012;74:6-12. doi: 10.1159/000336634
30. Broens-Oostveen MC, Mom RM, Lagro-Janssen AL. Genital prolapse; treatment and course in four general practices. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2004;17;148(29):1444-8.
31. Sarma S, Ying T, Moore KH. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *BJOG*. 2009;116(13):1715-21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02380.x
32. Kuhn A, Bapst D, Stadlmayr W, Vits K, Mueller MD. Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: are pessaries helpful? *Fertil Steril*. 2009;91(5):1914-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.02.142
33. Tenfelde S, Tell D, Thomas TN, Kenton K. Quality of life in women who use pessaries for longer than 12 months. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*. 2015;21(3);146-9. doi:10.1097/SPV.0000000000000154
34. Lone F, Thakar R, Sultan AH. One-year prospective comparison of vaginal pessaries and surgery for pelvic organ prolapse using the validated ICIQ-VS and ICIQ-UI (SF) questionnaires. *Int Urogynecol J*. 2015;26:1305-12. doi: 10.1007/s00192-015-2686-9
35. Patel M, Mellen C, O'Sullivan DM, LaSala CA. Impact of pessary use on prolapse symptoms, quality of life, and body image. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202(5):499.e1-4. doi: 10.1016/j.ajog.2010.01.019
36. Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH, Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009; 20(10):1157-61. doi: 10.1007/s00192-009-0930-x
37. Matsubara S, Ohki Y. Can a ring pessary have a lasting effect to reverse uterine prolapse even after its removal? *J Obstet Gynaecol Res*. 2010;36(2):459-61. doi: 10.1111/j.1447-0756.2009.01162.x
38. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17(2):155-9. doi: 10.1007/s00192-005-1362-x
39. Bai SW, Yoon BS, Kwon JY, Shin JS, Kim SK, Park KH. Survey of the characteristics and satisfaction degree of the patients using a pessary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(3):182-6; discussion 186. doi: 10.1007/s00192-004-1226-9

40. López J. Lesiones vaginales por pesario. Estudio de casos y revisión de la literatura. *Clin Invest Gin Obst.* 2013;40(4):146-53. doi: 10.1016/j.gine.2012.04.001
41. Espitia-De La Hoz FJ. Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. *Revista de sexología.* 2015;4(2):11-18.
42. Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1045-52. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816bbe85
43. Espitia-De La Hoz FJ, Orozco Santiago L, Orozco Gallego H. Eficacia del reparo de la procidencia genital completa en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas quirúrgicamente. *Rev. Col. de menopausia.* 2018;24(1):21-31.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



## Consenso. Parte II

### Guías para evaluación y tratamiento de depresión perimenopáusica: recomendaciones

PAULINE M. MAKI, PHD,<sup>1</sup> SUSAN G. KORNSTEIN, MD,<sup>2</sup> HADINE JOFFE, MD, MSC,<sup>3</sup> JOYCE T. BROMBERGER, PHD,<sup>4</sup> ELLEN W. FREEMAN, PHD,<sup>5</sup> GEENA ATHAPPILLY, MD,<sup>6</sup> WILLIAM V. BOBO, MD, MPH,<sup>7</sup> LEAH H. RUBIN, PHD,<sup>8</sup> HRISTINA K. KOLEVA, MD,<sup>9</sup> LEE S. COHEN, MD,<sup>10</sup> CLAUDIO N. SOARES, MD, PHD, MBA,<sup>11</sup>. ON BEHALF OF THE BOARD OF TRUSTEES FOR THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS) AND THE WOMEN AND MOOD DISORDERS TASK FORCE OF THE NATIONAL NETWORK OF DEPRESSION CENTERS

#### Efectos de la terapia hormonal en la depresión

##### *¿Tiene la TH un efecto sobre los trastornos depresivos en mujeres perimenopáusicas?*

Al menos cuatro estudios pequeños, incluidos dos ECA, han demostrado la eficacia del estradiol para el manejo de trastornos depresivos (p. ej., TDM, distimia o depresión menor) durante la perimenopausia.<sup>65,121,126,127</sup> Los dos ECA tenían diseños similares y se consideran de alta calidad debido al uso de herramientas estandarizadas para confirmar el diagnóstico de la depresión, la caracterización de la menopausia, la estadificación utilizando niveles de FSH e historial de irregularidad menstrual, y la monitorización del cumplimiento del tratamiento con mediciones de estradiol sérico.<sup>65,126</sup> Efectos antidepresivos fueron bien documentados (reducción en los puntajes de CES-D, HDRS y MADRS), y se observó una mejoría significativa del estado de ánimo en aquellas pacientes

que estaban experimentando una nueva aparición o depresión recurrente en presencia o ausencia de SVM concomitante. Por otra parte, los efectos antidepresivos del estradiol persistieron después de un período de lavado de 4 semanas, incluso después de la reaparición de SVM y sudores nocturnos.<sup>126</sup>

No hay ECA de combinación de estrógeno más progestágeno para la depresión en mujeres perimenopáusicas.

##### *¿La terapia hormonal tiene un efecto sobre los trastornos depresivos en mujeres posmenopáusicas?*

Varios ECA pequeños han examinado la eficacia de la TH en el estado de ánimo en mujeres posmenopáusicas con trastornos depresivos y han sugerido que la TH no es eficaz en esta población. En un estudio de 8 semanas, tanto con estradiol transdérmico (0,1 mg) como con placebo, los síntomas depresivos mejoraron (puntuaciones HDRS o CES-D puntajes) en mujeres

1 Departments of Psychiatry, Department of Psychology, University of Illinois at Chicago, Chicago IL USA

2 Department of Psychiatry and Institute of Women's Health, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA USA

3 Connors Center for Women's Health and Department of Psychiatry, Brigham and Women's Hospital and Dana Farber Cancer Institute/Harvard Medical School, Boston, MA, USA

4 Department of Epidemiology, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA

5 Departments of Obstetrics & Gynecology, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

6 Edith Nourse Rogers Memorial Veterans Hospital, Bedford MA; Harvard Medical School, Boston MA USA

7 Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

8 Department of Neurology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD USA

9 University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, IA USA

10 Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA USA

11 Department of Psychiatry, Queen's University School of Medicine, Ontario CA.



posmenopáusicas tardías (n=57; media edad 67 años; 16 años después de FMP) con depresión leve a moderada.<sup>128</sup> En un ensayo de 24 semanas con 129 mujeres posmenopáusicas<sup>129</sup> con menor a mayor episodio depresivo (edad media 55 años) combinación de valerato de estradiol (2 mg/d) más dienogest (2 mg/d) el estado de ánimo mejora significativamente (HDRS) en comparación con placebo. Sin embargo, la tasa de deserción fue inusualmente alta en ambos grupos con TH (33%) y placebo (58%). En una semana un ensayo aleatorizado, controlado con placebo, de 72 pacientes perimenopáusicas y posmenopáusicas (media de edad 51 años) con depresión de leve a moderada e insomnio significativo y SVM, estradiol transdérmico (0,05 mg/d), zolpidem (10 mg/d) y placebo, cada uno mejoró los síntomas depresivos (puntuaciones MADRS) y no hubo diferencias significativas entre grupos activos de tratamiento y placebo. Una mejora general en el estado de ánimo se correlacionó significativamente con un aumento en el estradiol sérico.

Con el tiempo hubo una mejoría (solo mujeres perimenopáusicas) en la calidad de sueño percibida (mujeres peri- y posmenopáusicas), pero no a VMS o cambios en las medidas objetivas de sueño.<sup>66</sup> No hay datos suficientes sobre estrógeno más progestágeno para la depresión en mujeres posmenopáusicas para guiar la elección del tratamiento.

Nueva evidencia indica que ciertas mujeres son particularmente vulnerables al estado de ánimo deprimido después de la retirada de estrógenos.

A mujeres posmenopáusicas asintomáticas (n=56) con historia de depresión perimenopáusica se administró por vía transdérmica estradiol (100 mg/d) en una etiqueta abierta durante tres semanas; luego fueron aleatorizadas para recibir ya sea estradiol transdérmico o placebo durante 3 semanas adicionales en acción doble ciego.<sup>130</sup> Aunque estuvieron libres de síntomas depresivos durante la fase abierta de estradiol, las mujeres que fueron cruzadas del estradiol al placebo, es decir, que experimentaron abstinencia de estrógeno informaron que tuvieron un aumento en los síntomas depresivos (CES-D y HDRS), mientras que aquellas

que permanecieron en terapia con estradiol continuaron siendo asintomáticas. La severidad de los sofocos y los niveles plasmáticos de estradiol fueron similares entre tratamientos y fases de placebo.

### ***¿La TH previene los síntomas depresivos durante la transición menopáusica?***

Hasta la fecha solo un ensayo aleatorio ha investigado la eficacia de la TH en la prevención de la aparición de depresión significativa; síntomas en perimenopáusicas eutímicas y mujeres posmenopáusicas precoces.<sup>131</sup> Un total de 172 perimenopáusicas eutímicas o mujeres posmenopáusicas tempranas fueron al azar a ensayos aleatorios de terapia hormonal para mujeres peri y posmenopáusicas deprimidas; fueron asignadas para recibir estradiol transdérmico (0,1 mg / d) más progesterona micronizada oral intermitente (200 mg/d para 12 días cada 3 meses) o parches de placebo más pastillas. Después de 12 meses, las mujeres que recibieron TH activa tuvieron significativamente menos probabilidad de desarrollar puntuaciones elevadas de depresión en comparación con las mujeres que recibieron placebo (32,3% vs. 17,3%). Estos efectos fueron modificados por eventos estresantes de la vida, con mayores beneficios para mujeres con eventos estresantes de la vida en los seis meses precedentes, y una sugerencia de que las mujeres en la etapa de perimenopausia temprana pueden tener más beneficios que las mujeres en otras etapas de la menopausia. Inesperadamente, SVM y la historia de MDD (33% de la muestra) no modificaron el efecto de la TH en la prevención de síntomas depresivos.

### ***Anticonceptivos hormonales en mujeres perimenopáusicas***

Para las mujeres perimenopáusicas, los anticonceptivos hormonales proporcionan beneficios tanto anticonceptivos como no anticonceptivos, incluyendo la restauración de la menstruación regular, la disminución de la dismenorrea, la reducción del sangrado menstrual abundante y el tratamiento de los SVM.<sup>132</sup>

Aunque estos beneficios tienen el potencial de mejorar el estado de ánimo, no hay ensayos

aleatorios publicados o ensayos de etiqueta abierta de anticonceptivos hormonales en mujeres con depresión clínica.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó un régimen 24/4 de drospirenona (3 mg) y etinilestradiol (0,02 mg) píldora para el tratamiento del trastorno disfórico premenstrual (PMDD).<sup>133,134</sup> Una píldora combinada que también incluye levomefolato también está aprobada por la FDA para el tratamiento de PMDD. Ninguna formulación, sin embargo, ha sido estudiada en mujeres con depresión. En general, para mujeres en la perimenopausia, son usadas píldoras anticonceptivas orales continuas (OCP) o OCP cíclicas con un parche de estradiol de baja dosis durante la semana del placebo. Durante los días sin píldoras, las mujeres perimenopáusicas pueden experimentar el empeoramiento de los síntomas menopáusicos;<sup>135</sup> aunque no se ha estudiado en depresión, una opción alternativa que se utiliza en la perimenopausia es estrógeno transdérmico más un sistema intrauterino de levonorgestrel, el cual proporciona protección endometrial y anticoncepción, y disminuye los SVM en mujeres perimenopáusicas.<sup>136,137</sup>

## **Efecto de otras terapias sobre depresión y síntomas depresivos**

### ***En las mujeres de edad mediana, ¿qué terapias no farmacológicas tienen al menos evidencia preliminar para la menopausia relacionada con trastornos depresivos?***

Terapia cognitivo-conductual, TCC (CBT por sus siglas en inglés) es un tiempo limitado de psicoterapia para ayudar a las pacientes a evaluar y modificar la depresión y los pensamientos automáticos distorsionados sobre sí mismas y sobre sus situaciones actuales y futuras. Estas técnicas cognitivas se combinan con intervenciones conductuales para combatir la desvinculación pasiva de las actividades cotidianas.

Se ha demostrado que la TCC es eficaz para reducir los síntomas de la depresión, prevenir las recaídas depresivas en la población general y tratar los síntomas depresivos en entornos de atención primaria.<sup>138</sup> Las guías de práctica han recomendado preferentemente la terapia de

antidepresivos sobre la psicoterapia para casos graves de depresión en poblaciones de adultos en general; sin embargo, la evidencia reciente sugiere que la gravedad inicial de la depresión puede no representar una diferencia moderada en la eficacia antidepresiva entre la TCC y la farmacoterapia antidepresiva para adultos con depresión.<sup>139</sup> La combinación de la TCC y la farmacoterapia antidepresiva puede ser más efectiva para reducir los síntomas depresivos, mejorar las tasas de recuperación y aumentar el cumplimiento del tratamiento con la medicación sola.<sup>140</sup> La TCC también parece ser tan eficaz como el tratamiento antidepresivo continuo para prevenir recaídas.<sup>141</sup> Dos ensayos clínicos proporcionan evidencia inicial de que CBT mejora la depresión relacionada con la menopausia. En el primer estudio, 44 mujeres ambulatorias (edad media de 49 años, 52% perimenopáusicas, 48% premenopáusicas) que no tomaban TH fueron asignadas al azar para recibir una TCC grupal dos veces por semana (16 sesiones) o una condición de control indefinida.<sup>142</sup> El grupo CBT, pero no la condición de control, llevó a una mejora significativa en los síntomas depresivos (BDI) desde el inicio. Los resultados similares fueron evidentes en los análisis de mujeres perimenopáusicas solamente. En un segundo estudio, se administró TCC individual (16 sesiones) a 353 mujeres (edad promedio de 42 años) que no tomaban o habían sido retiradas de la medicación psicotrópica.<sup>143</sup> La clasificación de la etapa menopáusica se definió de acuerdo con los criterios validados con 169 clasificadas como premenopáusicas, 76 como perimenopáusicas según el rango de edad (42-51,5 años) y al menos un período menstrual informado dentro del año anterior al inicio del período de prueba, y las 108 participantes restantes como postmenopáusicas. En general, 93 participantes (55%) mostraron una respuesta positiva al tratamiento definida como una mejora del 50% o más en los síntomas depresivos (HDRS) desde el inicio, y las tasas no difirieron según el estado de la menopausia. Veinte (26%) perimenopáusicas y 30 (28%) participantes posmenopáusicas lograron una remisión sintomática depresiva, definida como una puntuación total de HDRS de 6 o menos en la salida del estudio. Existe una evidencia preliminar de que los elementos centrales de la

TCC han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión. En la población general también puede aplicarse a pacientes con depresión relacionada con la transición de la menopausia. Sin embargo, la falta de condiciones de control adecuadas y de criterios estandarizados para definir la etapa menopáusica limita la calidad de los datos. Se han realizado estudios aleatorizados y amplios de TCC específicamente diseñados para mujeres con depresión relacionada con la transición de la menopausia. Sin embargo, dada la sólida base de evidencia que respalda la TCC individual o grupal para la depresión en la población general, el riesgo relativamente bajo de daños y la evidencia preliminar que respalda estas intervenciones en mujeres posmenopáusicas y perimenopáusicas, este tipo de terapia es una opción razonable para el tratamiento de la depresión relacionada con la transición de la menopausia.

### ***¿Qué terapias son efectivas para la depresión en general, pero no se han estudiado en la menopausia?***

Se recomiendan varias terapias para la depresión en general.

Pero no se han estudiado en la menopausia. Estas incluyen las psicoterapias y la terapia interpersonal y la terapia cognitiva basada en atención plena (MBCT). Las terapias recomendadas para la depresión resistente al tratamiento que no han sido estudiadas específicamente para la depresión relacionada con la menopausia incluyen terapia electroconvulsiva (ECT), transcraneal, estimulación magnética (TMS) y estimulación del nervio vago.

Igualmente, la terapia de luz para pacientes con afectividad estacional no ha sido estudiada específicamente para las mujeres en la transición de la menopausia. Un metaanálisis de Cochrane de ensayos clínicos de ejercicio para el tratamiento del TDM en adultos mayores de 18 años encontró que el ejercicio reduce los síntomas de depresión; pero en estudios de alta calidad, el ejercicio confiere solo pequeños beneficios.<sup>144</sup> Un metaanálisis de ensayos clínicos de ejercicio para síntomas depresivos en mujeres de mediana edad y mayores sin MDD encontró que el ejercicio mejoró los síntomas depresivos.

## **Resumen y directrices**

Sobre la base de los datos, el panel de expertos realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación y tratamiento de la depresión durante la transición a la menopausia:

### ***Epidemiología***

- La perimenopausia es una ventana de vulnerabilidad para el desarrollo de los síntomas depresivos y episodios mayores depresivos.
- El riesgo de síntomas depresivos es elevado durante la perimenopausia incluso en mujeres sin antecedentes de desorden depresivo mayor.
- La mayoría de las mujeres de mediana edad que experimentan un MDE durante la perimenopausia ha experimentado un episodio previo de depresión; por lo tanto, el episodio representa la recurrencia de su enfermedad. El primer inicio de MDD durante este tiempo es menos<sup>145,146,147</sup> común.
- Los datos se mezclan acerca de si las mujeres que se someten a cirugía durante la menopausia están en mayor o menor riesgo de desarrollo de depresión en comparación con las mujeres que hacen la transición a través de la menopausia naturalmente. Sin embargo, a gran escala los estudios recientes muestran un riesgo elevado de depresión en las mujeres después de la histerectomía con y sin ooforectomía. Las mujeres con insuficiencia ovárica primaria también muestran elevadas tasas de depresión.
- Los factores de riesgo para síntomas depresivos durante la perimenopausia incluyen MDD anterior, factores sociodemográficos (por ejemplo, menor edad, raza negra, dificultades financieras), factores psicosociales (eventos adversos de la vida, bajo apoyo social), síntomas de menopausia, (SVM, trastornos del sueño), síntomas de ansiedad, y trastornos del estado de ánimo relacionados con la reproducción (p. ej., posparto y/o síntomas depresivos premenstruales).

- Los factores de riesgo para el TDM durante la perimenopausia incluyen factores de salud mental (MDD anterior, uso actual de antidepresivos, ansiedad, rasgos de ansiedad y síntomas depresivos premenstruales), factores sociodemográficos (raza negra, alto IMC, edad más joven), factores psicosociales (eventos molestos, aislamiento social), y síntomas de la menopausia (especialmente alteración del sueño).
- En mujeres con MDE pasadas (no necesariamente relacionadas con hormonas) y mujeres con síntomas depresivos severos y/o suicidas, la ideación siempre debe ser evaluada para un trastorno de estado de ánimo.

### ***Presentación clínica***

- La depresión durante la madurez se presenta con síntomas depresivos clásicos, comúnmente en combinación con síntomas de menopausia específicos (es decir, SVM, trastornos del sueño) y retos psicosociales.
- Varios síntomas comunes de la perimenopausia (calores, sudores nocturnos, trastornos del sueño y sexuales, cambios de peso/energía, cambios cognitivos) se complican, coexisten y se superponen con respecto a la presentación de la depresión durante esta etapa.
- Los síntomas vasomotores se asocian con síntomas depresivos pero no MDE, excepto en mujeres con inicio en etapa temprana de la vida de un episodio depresivo durante la perimenopausia.<sup>155</sup>
- Los factores estresantes de la vida que son comunes para las mujeres en la mediana edad (por ejemplo, cuidado de niños y padres, carrera y relación de pareja, turnos, envejecimiento, cambios corporales) y enfermedades personales/familiares pueden afectar negativamente al estado de ánimo; pero el «nido vacío» y la «puerta giratoria» tienen poco efecto perdurable.<sup>148,149</sup>
- El diagnóstico diferencial de la depresión durante la perimenopausia incluye MDD, depresión subsindrómica, trastorno de adaptación, sufrimiento psicológico, duelo, episodios depresivos asociados con trastorno bipolar, y causas médicas generales de la depresión.
- No existe una escala de trastorno de humor específico para la menopausia; sin embargo, varias medidas generales de detección validadas (por ejemplo, PHQ-9) se pueden utilizar para la determinación categórica del estado de ánimo y el diagnóstico del desorden. El síntoma validado de la menopausia y escalas de calidad de vida relacionadas con la salud (por ejemplo, SRA, MENQOL, Escala climática de Greene, Escala de calidad de vida cotidiana) incluyen elementos del estado de ánimo y pueden ser útiles para aclarar la contribución de los síntomas relacionados con la menopausia.<sup>150,151</sup>

### ***Tratamiento del MDD con antidepresivos y psicoterapia***

- Opciones terapéuticas probadas para la depresión (es decir, antidepresivos, TCC y otras psicoterapias) deben permanecer como tratamientos antidepresivos de primera línea para MDE durante la perimenopausia.
- Datos existentes sobre varios antidepresivos SSRI y SNRI (incluyendo citalopram, desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, sertralina y venlafaxina) sugieren buena eficacia y tolerabilidad a las dosis habituales. En mujeres con un historial de TDM, una respuesta previa adecuada a un antidepresivo particular debe guiar la selección del tratamiento cuando MDD se repite durante la madurez. Solo la desvenlafaxina ha sido estudiada y se ha demostrado su eficacia en general en ensayos aleatorios controlados con

### ***Evaluación y diagnóstico***

- La evaluación incluye la identificación de la etapa de la menopausia, evaluación de la menopausia coexistente y superpuesta con síntomas psiquiátricos, consideración de factores de riesgo psicosocial, apreciación del diagnóstico diferencial, y uso de escalas para ayudar a desenredar los síntomas y diagnósticos distintivos.



placebo bien definidos en mujeres deprimidas posmenopáusicas.

- La selección de antidepresivos durante la perimenopausia debe considerar los ensayos antidepresivos previos de la mujer y sus respuestas y datos disponibles sobre eficacia y tolerabilidad.

Esta población específica, el manejo de retos, y efectos adversos (p. ej., disfunción sexual, cambios de peso) y seguridad (p. ej., interacciones medicamentosas), da la probabilidad del uso concomitante de otros medicamentos durante esta etapa de la vida.<sup>152</sup>

- Además de su eficacia en el tratamiento del TDM, muchos antidepresivos (SSRI y SNRI) también mejoran las quejas de la menopausia (por ejemplo, VMS y dolor).
- Los clínicos también deben considerar el tratamiento del sueño coexistente, disturbios y sudores nocturnos como parte del tratamiento para la depresión relacionada con la menopausia.

### **Terapia de estrógeno**

- Hay alguna evidencia de que la TE tiene efectos antidepresivos de magnitud similar a los observados con los agentes antidepresivos clásicos cuando se administran a las mujeres perimenopáusicas con o sin SVM concomitante .
- La terapia con estrógenos es ineficaz como tratamiento para los trastornos depresivos en mujeres posmenopáusicas. Tal evidencia sugiere una posible ventana de oportunidad para el uso efectivo de la TE para el manejo de los trastornos depresivos.

### **Durante la perimenopausia:**

- Hay alguna evidencia de que la TE mejora el estado de ánimo y mejora el bienestar en la mujer perimenopáusica no deprimida.
- Los anticonceptivos hormonales, particularmente cuando se usan continuamente, han demostrado algunos beneficios para la regulación del estado de ánimo, y puede mejorar los síntomas depresivos en las mujeres.<sup>153,154</sup>

### **Se acerca la menopausia**

- Estradiol transdérmico con progesterona micronizada intermitente puede prevenir la aparición de síntomas depresivos en mujeres perimenopáusicas eutímicas, pero la evidencia no es suficiente para recomendar terapias basadas en estrógenos.

Para prevenir la depresión en pacientes peri o posmenopáusicas asintomáticas las mujeres y los riesgos y beneficios deben ser sopesados.

- Las terapias basadas en estrógenos pueden aumentar la respuesta clínica a antidepresivos en mujeres de mediana edad y mayores, pero su uso debe considerarse con precaución; es decir, preferiblemente cuando también sean indicadas para otras condiciones concurrentes tales como SVM.
- La mayoría de los estudios sobre la TH para el tratamiento de la depresión que se han examinado muestra los efectos del estrógeno sin oposición. Los datos de TH (estrógeno más progestágeno) combinados o para diferentes progestágenos son escasos y no concluyentes.
- El estrógeno no está aprobado por la FDA para tratar los trastornos del estado de ánimo.

### **Terapias alternativas**

- La evidencia disponible es insuficiente para recomendar cualquier enfoque botánico o complementario/alternativo para tratamiento de la depresión relacionada con la perimenopausia.
- Es razonable recomendar el ejercicio en mujeres peri y posmenopáusicas con depresión, particularmente cuando aquel es usado en combinación con psicoterapias recomendadas y farmacoterapias.

### **Referencias**

126. Soares CN, Almeida OP, Joffe H, Cohen LS. Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a doubleblind, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58: 529-34.

127. Cohen LS, Soares CN, Poitras JR, Prouty J, Alexander AB, Shifren JL. Short-term use of estradiol for depression in perimenopausal and postmenopausal women: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1519-22.
128. Morrison MF, Kallan MJ, Ten Have T, Katz I, Tweedy K, Battistini M. Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Biol Psychiatry* 2004;55:406-12.
129. Rudolph I, Palombo-Kinne E, Kirsch B, Mellinger U, Breitbarth H, Graser T. Influence of a continuous combined HRT (2 mg estradiol valerate and 2mg dienogest) on postmenopausal depression. *Climacteric* 2004;7:301-11.
130. Schmidt PJ, Ben Dor R, Martinez PE, et al. Effects of Estradiol Withdrawal on Mood in Women With Past Perimenopausal Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2015;72:714-26.
131. Gordon JL, Rubinow DR, Eisenlohr-Moul TA, Xia K, Schmidt PJ, Girdler SS. Efficacy of Transdermal Estradiol and Micronized Progesterone in the Prevention of Depressive Symptoms in the Menopause Transition: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2018;75:149-57.
132. Allen RH, Cwiak CA. Contraception for midlife women. *Menopause* 2016;23:111-13.
133. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005; 106:492-501.
134. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* 2005;72:414-21.
135. Santoro N. Perimenopause: From Research to Practice. *J Womens Health (Larchmt)* 2016;25:332-39.
136. Santoro N, Teal S, Gavito C, Cano S, Chosich J, Sheeder J. Use of a levonorgestrel-containing intrauterine system with supplemental estrogen improves symptoms in perimenopausal women: a pilot study. *Menopause* 2015;22:1301-07.
137. Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 2010;40:9-24.
138. Twomey C, O'Reilly G, Byrne M. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a metaanalysis. *Fam Pract* 2015;32:3-15.
139. Weitz ES, Hollon SD, Twisk J, et al. Baseline Depression Severity as Moderator of Depression Outcomes Between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy: An Individual Patient Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:1102-09.
140. Hollon SD, DeRubeis RJ, Fawcett J, et al. Effect of Cognitive Therapy With Antidepressant Medications vs Antidepressants Alone on the Rate of Recovery in Major Depressive Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2014;71:1157-64.
141. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:417-22.
142. Khoshbooi R, Hassan SAB, Hamzah MSGB, Binti Baba M. Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Depression among Iranian Women around Menopause. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences* 2011;5:991-5.
143. Brandon AR, Minhajuddin A, Thase ME, Jarrett RB. Impact of reproductive status and age on response of depressed women to cognitive therapy. *J Womens Health (Larchmt)* 2013;22:58-66.
144. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD004366.
145. Perez-Lopez FR, Martinez-Dominguez SJ, Lajusticia H, Chedraui P, Health Outcomes Systematic Analyses P. Effects of programmed exercise on depressive symptoms in midlife and older women: A metaanalysis of randomized controlled trials. *Maturitas* 2017;106:38-47.
146. Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EM, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas* 2002;41:275-82.
147. Juang KD, Wang SJ, Lu SR, Lee SJ, Fuh JL. Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri-



- and post- but not premenopausal women. *Maturitas* 2005;52:119-26.
148. Gallicchio L, Schilling C, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. *J Psychosom Res* 2007;63:263-8.
  149. Tangen T, Mykletun A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29:125-31.
  150. Zainal NZ. Depressive symptoms in middle-aged women in peninsular Malaysia. *Asia Pac J Public Health* 2008;20:360-9.
  151. Yen JY, Yang MS, Wang MH, Lai CY, Fang MS. The associations between menopausal syndrome and depression during pre-, peri-, and postmenopausal period among Taiwanese female aborigines. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63:678-84.
  152. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994;4:214-20.
  153. Maartens LW, Knottnerus JA, Pop VJ. Menopausal transition and increased depressive symptomatology: a community based prospective study. *Maturitas* 2002;42:195-200.
  154. Freeman EW, Sammel MD, Rinaudo PJ, Sheng L. Premenstrual syndrome as a predictor of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2004;103:960-66.
  155. Kravitz HM, Schott LL, Joffe H, Cyranowski JM, Bromberger JT. Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychol Med* 2014;44:2593-602.

## Bienestar sexual después de la menopausia: documento técnico de la Sociedad Internacional de la Menopausia\*

J. A. SIMONA\*\*<sup>A</sup>, S. R. DAVIS<sup>B</sup>, S. E. ALTHOF<sup>C,D</sup>, P. CHEDRAU<sup>E</sup>, A. H. CLAYTON<sup>F</sup>, S. A. KINGSBERG<sup>G</sup>, R. E. NAPPI<sup>H</sup>, S. J. PARISH<sup>I</sup> & W. WOLFMAN<sup>J,K</sup>

### Resumen

El bienestar sexual frecuentemente disminuye después de la transición de la menopausia y puede asociarse con estrés personal y de la relación. Este estrés es la característica típica de la disfunción sexual femenina (DSF). La DSF es altamente prevalente en mujeres posmenopáusicas. La prevalencia de problemas sexuales aumenta con la edad, pero por otra parte, esto se asocia con una disminución del estrés con el avance de la edad. Este patrón se ha visto en múltiples poblaciones internacionales con variadas normas culturales. Si bien la etiología de la DSF es multifactorial, los cambios fisiológicos de la insuficiencia de las hormonas sexuales y los síntomas posmenopáusicos, como la dispareunia, son los principales factores que contribuyen a la DSF en la mediana edad.

La Sociedad Internacional de Menopausia está trabajando para incrementar el conocimiento de la DSF y proporcionar un esquema para que los profesionales aborden las preocupaciones sobre medicina sexual. El presente documento técnico tiene como objetivo revisar el proceso de cuidado del bienestar sexual femenino después de la menopausia, desde un abordaje inicial de la discusión de DSF hasta identificar signos y síntomas clínicos y, en última instancia, determinar las mejores terapias biopsicosociales disponibles. Al igual que con la mayoría de los procesos de atención, el primer paso es a menudo el más difícil. Los profesionales de la salud necesitan abordar el tema de la sexualidad en el entorno clínico. La falta de información, comodidad al respecto, y los prejuicios sobre el tema de la sexualidad después de la menopausia son obstáculos importantes que la Sociedad Internacional de Menopausia aborda en este documento; cada miembro del grupo que lo escribe sigue comprometido con la defensa continua para la validación de la DSF como un diagnóstico, la necesidad de que las terapias para mujeres estén disponibles e incluidas en la cobertura del seguro de salud, y la investigación terapéutica continua para proporcionar soluciones basadas en la evidencia.

**Palabras clave:** menopausia; función sexual femenina; disfunción sexual femenina.

\* Traducción a la versión en Español por Priscilla Parra-Pingel & Peter Chedraui

\*\* Datos de contacto: George Washington University, IntimMedicine Specialists™, 1850 M Street, NW #450, Washington, DC 20036, USA; email jsimon@IntimMedicine.com

A George Washington University, Washington, DC, USA.

B Women's Health Research Program, School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Australia.

C Center for Marital and Sexual Health of South Florida, West Palm Beach, Florida, USA.

D Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio, USA.

E Instituto de Investigación e Innovación de Salud Integral, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

F Department of Psychiatry & Neurobehavioral Sciences, University of Virginia, Charlottesville, Virginia, USA.

G Division of Behavioral Medicine, Department of Obstetrics & Gynecology, University Hospitals Cleveland Medical Center and Departments of Reproductive Biology and Psychiatry, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio, USA.

H Research Center for Reproductive Medicine, Gynecological Endocrinology and Menopause, IRCCS San Matteo Foundation, Department of Clinical, Surgical, Diagnostic and Pediatric Sciences, University of Pavia, Pavia, Italy.

I Weill Cornell Medical College, New York, USA.

J Menopause Unit, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario.

K Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Toronto, Toronto, Canada.

## Introducción

El bienestar sexual después de la menopausia puede parecer un objetivo inalcanzable para muchas mujeres. Dependiendo de las circunstancias psicosociales, los cambios biológicos en la menopausia pueden estar asociados con una gran angustia personal y de la relación. Estudios en varios países han demostrado que las mujeres le dan un gran valor a la intimidad sexual en sus relaciones<sup>1,2</sup>. Los problemas sexuales en la mediana edad se pueden dividir en síntomas sexuales crónicos relacionados con el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y el dolor. La detección de los problemas sexuales femeninos a menudo se minimiza durante la consulta médica debido a una multitud de factores que incluyen, entre otros, desinformación, entrenamiento médico/profesional ausente o inadecuado en medicina sexual, la creencia de que tales cambios menopáusicos son una parte normal e inevitable del envejecimiento y el tiempo como limitación. El propósito de esta revisión es el de proporcionar a los médicos un esquema para:

- 1 Abordar la discusión sobre el bienestar sexual femenino después de la menopausia.
- 2 Identificar clínicamente a las mujeres con disfunción sexual a través de síntomas de la paciente, signos físicos e instrumentos validados.
- 3 Manejar las dificultades sexuales en mujeres posmenopáusicas con las terapias biopsicosociales disponibles.

## Tipos de problemas sexuales en la mediana edad y su epidemiología

### *Tipos de problemas sexuales en la mediana edad*

Las disfunciones sexuales femeninas (DSF) tienen distintas clasificaciones, definiciones y criterios de diagnóstico, como se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.<sup>a</sup> Edición (DSM-5)<sup>3</sup>, la Cuarta Consulta Internacional sobre Medicina Sexual (ICSM)<sup>4</sup>, y las Enfermedades Estadísticas Internacionales y Problemas de Salud Relacionados (ICD). Este último propone un nuevo capítulo

sobre Condiciones Relacionadas con la Salud Sexual para su 11.<sup>a</sup> revisión<sup>5</sup>. Es de destacar que el esquema DSM utiliza la terminología «trastornos sexuales», mientras que los sistemas de clasificación ICSM y del ICD caracterizan estas condiciones como «disfunciones sexuales».

Las DSF se caracterizan como afecciones sexuales crónicas en los dominios del deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor. La DSF se distingue de la variación de la actividad sexual normal por la presencia de la angustia personal, que puede estar asociada con dificultades interpersonales (Tabla 1). Se ha propuesto que los problemas deben estar presentes durante un mínimo de 3 meses y al menos en el 75% de las experiencias sexuales<sup>6</sup>, aunque este requisito se deriva de la opinión de expertos, no de la evidencia de investigación. Las disfunciones sexuales pueden durar toda la vida o adquirirse después de un período de funcionamiento normal; pueden ser situacionales (presentes solo en ciertas situaciones o con una pareja específica) o generalizadas (presentes en todas las situaciones y todas las parejas); y pueden caracterizarse como leves, moderadas o graves. Las mujeres pueden experimentar dificultades en uno o múltiples aspectos de su respuesta sexual; por lo tanto, las DSF pueden superponerse y variar con el tiempo. La etiología de la DSF a menudo es multifactorial, pues incluye factores de riesgos biológicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales<sup>3</sup>.

Los trastornos del interés sexual femenino y de la excitación se separaron en dos categorías distintas en las versiones anteriores del DSM<sup>7</sup>. Los partidarios de fusionar estas categorías en el DSM-5 citaron razones que incluyen la concurrencia de los problemas del deseo y de la excitación, la complejidad de distinguir el deseo de otras motivaciones para la actividad sexual, destacando las diferencias entre el deseo espontáneo y el deseo estimulado, y enfatizando la frecuencia relativamente baja de la fantasía en las mujeres. Sin embargo, otros expertos han recomendado restaurar categorías separadas de trastorno/desorden hipoactivo del deseo sexual (DHDS) y el trastorno/desorden de la excitación femenina (DEF) debido a la ausencia de evidencia empírica para combinarlas<sup>4</sup>. La recomendación de mantener la categoría de DHDS se basa en datos sólidos de observación, muestra clínica

y registros; ensayos aleatorios controlados que utilizaron los criterios estandarizados para DHDS para evaluar las respuestas a las intervenciones farmacológicas; y consistencia con la clasificación en el ICD, 10.<sup>a</sup> Revisión<sup>8,9</sup>.

### ***Epidemiología de los problemas sexuales de la mediana edad***

Varios estudios han investigado la prevalencia de problemas sexuales en mujeres. El estudio sobre Prevalencia de Problemas Sexuales Femeninos Asociados con la Angustia y Determinantes del Tratamiento (PRESIDE)<sup>10</sup> investigó las experiencias sexuales de más de 31.000 mujeres de entre 18 y 102 años en los Estados Unidos. Este estudio reportó que la prevalencia de cualquier problema sexual en mujeres era del 44,2%, con 22,8% de ellas experimentando angustia y un 12% teniendo un problema sexual angustiante. Entre las tres cohortes, los problemas sexuales, pero no asociados a la angustia, incrementaron con la edad: 27,2% (edad entre 18-44 años), 44,6% (edad entre 45-64 años) y 80,1% (65 años y más). Para estas cohortes, la disminución del deseo sexual con angustia se reportó en un 8,9%, 12,3% y 7,4%, respectivamente. Los problemas de excitación acompañados de angustia personal generalmente siguieron el mismo patrón relacionado con la edad, pero los problemas con el orgasmo se produjeron con una frecuencia similar en mujeres de mediana edad y mayores. Por el contrario, dos estudios australianos más recientes basados en la población que emplearon cuestionarios validados, informaron que la prevalencia del bajo deseo sexual asociado con angustia en mujeres de 40 a 64 años era del 32,2% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 30,1-34,2%)<sup>11</sup> y en mujeres de 65-79 años fue del 13,6% (IC 95% 11,9-15,4%).<sup>12</sup>

Estos niveles elevados de angustia están respaldados por un estudio de Malasia que informó que la prevalencia de DSF, basada en una traducción validada del Índice de Función Sexual Femenina, era del 29,6%<sup>13</sup> y un estudio tailandés que encontró que el 86% de las mujeres informaron que no experimentaban orgasmo después de la menopausia<sup>14</sup>. Este hallazgo es significativo considerando que el 82% de las mujeres asiáticas informan que la capacidad de alcanzar el orgasmo es importante<sup>2</sup>. En resu-

men, la DSF es altamente prevalente a nivel mundial, y, aunque la prevalencia del DHDS disminuye con la edad, muchas mujeres mayores experimentan problemas de función sexual asociados con angustia personal.

Durante la mediana edad y más allá de la menopausia, pueden ocurrir cambios en la intensidad y la duración de la estimulación necesaria para la excitación sexual y el orgasmo. La lubricación inadecuada, la sequedad vaginal y la dispareunia se vuelven más comunes, y la respuesta orgásmica puede volverse más silenciada o tomar más tiempo para alcanzarla. En una encuesta sobre los síntomas relacionados con la atrofia vulvovaginal (AVV), también conocido como síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM), la prevalencia de AVV sintomática es consistentemente alrededor del 50%<sup>15</sup>. El estudio International de la Salud Vaginal: Perspectivas, Visiones y Actitudes (VIVA) informó sobre la prevalencia de síntomas específicos que incluyen sequedad vaginal (83%) y dolor durante el coito (42%). En última instancia, el 62% de las mujeres con malestar informaron que la gravedad de sus síntomas era moderada o grave<sup>16</sup>. La Encuesta Europea de Epidemiología Vulvovaginal ( $n = 2160$ ) informó que más del 90% de las mujeres posmenopáusicas que asistían a una clínica de menopausia o ginecológica tenían síntomas y hallazgos de AVV a la examinación<sup>17</sup>. En el estudio más grande que evaluó la AVV entre mujeres asiáticas, se realizaron entrevistas personales a 5992 mujeres, de entre 45 y 75 años, en Indonesia, Malasia, Singapur, Taiwán y Tailandia. En general, el 11% de las mujeres entrevistadas reportaron síntomas de AVV<sup>18</sup>.

### **Disfunción sexual en relación con la edad y la menopausia**

La prevalencia de la actividad sexual disminuye con la edad, y las mujeres informan una menor frecuencia de actividad sexual que los hombres en todas las edades<sup>19</sup>. En un estudio estadounidense, las mujeres que expresaban una mala salud general autoevaluada tenían menos probabilidades de ser sexualmente activas<sup>19</sup>. Ese grupo de mujeres con mala salud general que permanecieron sexualmente activas eran más propensas a informar problemas sexuales.

La disminución de los niveles de estrógenos circulantes durante y después de la transición a la menopausia, junto con la disminución de los andrógenos asociada a la edad, independientemente de la menopausia, contribuyen significativamente al deseo bajo, excitación escasa, dispareunia, orgasmo alterado y consecuente reducción de la satisfacción sexual<sup>20-23</sup>. Además, la menopausia puede afectar los aspectos emocionales y cognitivos de la sexualidad a través de experiencias personales que incluyen la edad de presentación de la menopausia, tipo de menopausia (natural o quirúrgica), salud física y mental, logro de objetivos reproductivos, educación, imagen corporal y normas y experiencias de autoestima.

### **Contribuciones psicosociales al bienestar sexual**

A pesar del impacto negativo del envejecimiento y la reducción de la producción de las hormonas descritas anteriormente, algunos sostienen que, según hallazgos longitudinales, los problemas de la relación y otros factores no biológicos pueden tener un fuerte impacto en la experiencia sexual general de las mujeres, aparte de los cambios menopáusicos por sí solos<sup>24</sup>. Los factores psicosociales también son importantes para determinar la función sexual después del inicio de la menopausia<sup>25</sup>. Para resaltar esto, la encuesta de salud de las mujeres de Massachusetts informó que el inicio de la menopausia contribuye a la disminución del deseo sexual; sin embargo, la ansiedad, la depresión y otros cambios en las relaciones, incluyendo el conflicto en la familia, la condición de la relación, la función sexual y la salud del compañero pueden contribuir significativamente a la DSF<sup>26</sup>.

La calidad de vida (CV) es el bienestar general de individuos y sociedades, delineando las características negativas y positivas de la vida, incluida la satisfacción con la vida, la salud física, la familia, la educación, el empleo, la riqueza, las creencias religiosas, las finanzas y el medio ambiente. Es importante no confundir la CV con CV relacionada a la salud (CVRS). En este sentido, la DSF y CVRS son multidimensionales y tienen una relación bidireccional a lo largo de la vida reproductiva y más allá. A

medida que las mujeres envejecen, la actividad sexual disminuye significativamente, un hecho que se ha relacionado con varios factores, como la disminución de la lubricación, la edad, el estado marital y problemas del compañero o pareja<sup>27</sup>.

Específicamente con respecto a la CV, existe una fuerte asociación entre la CV de mujeres posmenopáusicas y sus parejas. Avis y colaboradores<sup>26</sup> encontraron que una CV pobre de cualquiera de los miembros de la pareja podría resultar en incompatibilidades, conexiones fallidas, falta de satisfacción con la vida y deterioro de la pareja o la relación familiar; todos estos factores tienen un impacto en la sexualidad.

Los problemas del compañero o pareja se correlacionan fuertemente con la DSF<sup>28</sup> y la CV femenina<sup>29</sup>. El rol del compañero es de igual importancia en términos de disponibilidad, duración y calidad de la relación, y la salud general y sexual del compañero<sup>30</sup>. Los sentimientos y las emociones de ambas partes han sido reportados como fuertes predictores de salud sexual<sup>31</sup>. Es de destacar que las mujeres posmenopáusicas que tienen pareja son más propensas a experimentar DHDS que las mujeres sin pareja<sup>11,12</sup>. No obstante, es importante tener en cuenta que las mujeres posmenopáusicas que no tienen pareja también pueden experimentar problemas y dificultades sexuales que deben ser abordados<sup>11,12</sup>.

Para las mujeres de mediana edad, otros factores que se asocian independientemente con DHDS (además del estado marital) incluyen el consumo de alcohol, sequedad vaginal y AVV, síntomas depresivos moderados a severos y el uso de medicamentos psicotrópicos<sup>11,32,33</sup>. Los síntomas vasomotores en mujeres de mediana edad se asocian con disminución del deseo, angustia personal relacionada con el sexo y DHDS<sup>11</sup>. En mujeres posmenopáusicas de más edad (entre 65 y 79 años), factores independientes asociados a DHDS incluyen el tener pareja (riesgo cuatro veces mayor), sequedad vaginal durante el coito, disfunción sintomática del piso pélvico y síntomas depresivos de moderados a graves<sup>12</sup>. Como las condiciones físicas y psicológicas afectan significativamente la CV de las mujeres durante la transición de la menopausia y más allá, la CV se considera un compo-



nente importante de la atención médica. Por otro lado, existe una estrecha relación entre la edad de inicio de la menopausia y la gravedad de los síntomas climatéricos y factores como la cultura, las circunstancias económicas y sociales, lugar de residencia, la raza y la actitud de la mujer acerca de la menopausia<sup>34</sup> que también pueden afectar la función sexual de la mujer. La insatisfacción sexual tiene un impacto negativo sobre la CV y el bienestar de las mujeres de cualquier edad<sup>35</sup>. Las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que experimentan insatisfacción sexual tienen un menor bienestar general y psicológico, y una menor vitalidad<sup>35</sup>. El DHDS se asocia con un deterioro en la CV similar al experimentado por mujeres con diabetes o dolor lumbar crónico<sup>36</sup>.

### **Efectos físicos de la menopausia sobre el bienestar sexual**

Los síntomas de la AVV, pero no los síntomas vasomotores, se asocian al DHDS en mujeres de mediana edad<sup>11</sup>. Durante la consulta de rutina, el efecto «dominó» es evidente porque la relevancia clínica de los síntomas sexuales es mayor cuando se reportan síntomas físicos, psicológicos y genitales<sup>37</sup>. Además, tanto las variables hormonales como algunas psicológicas influyen en la función sexual en mujeres sintomáticas durante la transición a la menopausia y en la menopausia temprana<sup>38</sup>. El experimentar síntomas depresivos ha demostrado tener una correlación muy importante con la disfunción sexual en una muestra basada en la comunidad de los Estados Unidos<sup>39</sup>, aunque los síntomas depresivos o la ansiedad no explicaron la disminución de la función sexual en una cohorte de 1390 mujeres de 42-52 años de edad del Estudio Nacional de la Salud de la Mujer (estudio SWAN)<sup>40</sup>. Por otro lado, el aumento de peso y la obesidad se consideran factores de riesgo tanto para la disfunción sexual como los síntomas depresivos, ya que tienen un impacto en la autoestima y la imagen corporal. Cuando está presente también la incontinencia urinaria, los problemas sexuales son más predominantes<sup>41</sup>.

Datos recientes que exploran la asociación entre la adiposidad y la función sexual indican que esta asociación cambia concomitantemente,

pero el deseo sexual y la frecuencia de la relación sexual disminuyen en relación a más años de edad/aumento de peso<sup>42</sup>. En un subanálisis del estudio SWAN ( $n=405$ , edad promedio 46,8 años), aquellas que tenían insatisfacción de la imagen corporal o que se percibían a sí mismas como «poco atractivas» tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar niveles clínicamente importantes de síntomas depresivos<sup>43</sup>. La AVV es un determinante importante de la CV y el bienestar sexual en la menopausia<sup>44</sup>. Los síntomas asociados a la AVV se relacionan principalmente con la deficiencia de estrógenos e incluyen pérdida de lubricación vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, picazón, ardor y malestar vaginal general. El término SGUM proporciona una descripción más amplia de los efectos genitourinarios de la menopausia abarcando la AVV, las manifestaciones urinarias y pélvicas asociadas con el envejecimiento, el medio hormonal modificado y otras posibles etiologías<sup>45</sup>. La AVV puede afectar aproximadamente la mitad de todas las mujeres posmenopáusicas, lo que contribuye a otros síntomas sexuales (bajo deseo sexual, escasa excitación y orgasmo, reducción de la satisfacción sexual)<sup>22</sup>. Los síntomas de la AVV se asocian frecuentemente con síntomas vasomotores, depresión y múltiples afecciones coexistentes, como la osteoporosis y la incontinencia urinaria<sup>11-13</sup>.

En el estudio «Aclaración sobre Impacto de la Atrofia Vaginal sobre la Sexualidad y las Relaciones» (Estudio CLOSER: *CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships*), las mujeres posmenopáusicas que reportaban molestias vaginales estaban «molestas porque su cuerpo no funciona como solía hacerlo», se sentían «viejas y habían perdido su juventud» y carecían de «autoestima y confianza como pareja sexual»<sup>46</sup>. En este estudio, un tercio de las mujeres estaban preocupadas de que su incomodidad vaginal nunca desaparecería y el 25% temía que el dolor les impediría tener una vida sexual futura. Además, la encuesta europea REVIVE (Real Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes; Perspectivas Reales de la Mujer sobre Opciones de Tratamiento para los Cambios Vaginales vinculados a la Menopausia) también



reveló que los síntomas de la AVV tienen un impacto significativo en la habilidad para tener intimidad (62%), disfrutar de las relaciones sexuales (72%) y sentir espontaneidad sexual (66%)<sup>47</sup>. La misma encuesta en Asia reveló que los síntomas de la AVV afectaron adversamente el disfrute sexual (65%), la capacidad de tener intimidad (61%), la relación de las mujeres con su pareja (55%) y la espontaneidad sexual (54%)<sup>18</sup>. En aquellas mujeres posmenopáusicas que se sabe que tienen depresión o incontinencia urinaria, se encontró un mayor impacto de los síntomas vaginales sobre múltiples dominios de funcionamiento y CV medido mediante un cuestionario multidimensional sobre el día a día del envejecimiento vaginal (DIVA)<sup>48</sup>. Dado lo anterior, es necesario abordar los síntomas asociados con la AVV de manera proactiva durante la consulta menopáusica para ayudar a las mujeres a manejar las posibles consecuencias en sus vidas sexuales.

### **Disfunciones sexuales de las mujeres menopáusicas: impacto sobre la pareja («¡Se necesitan dos para bailar tango!»)**

Las disfunciones sexuales impactan tanto a la mujer como su pareja sexual, en lo emocional e interpersonal. En su novedoso libro, Masters y Johnson escribieron: «No existe una pareja que no esté involucrada en un matrimonio donde existe disfunción sexual»<sup>49</sup>. Nuestro enfoque se ha centrado principalmente en el viaje de la mujer a través de la transición a la menopausia. Sin embargo, este enfoque estrecho descuida el rol de la pareja como un factor desencadenante de su disfunción o la forma en que la disfunción sexual de la mujer puede afectar a la pareja.

Aquí presentamos una innovación, el equilibrio sexual, que caracteriza el impacto de la función sexual de un compañero sobre el otro. En apoyo a este concepto, se revisan varios estudios que demuestran la naturaleza recíproca y dinámica de los problemas sexuales de una pareja.

El equilibrio sexual, como la segunda ley del movimiento de Newton, implica que cualquier cambio en un compañero producirá un cambio en el otro<sup>50</sup>. Se puede entender fácilmente que

el dolor de una mujer menopáusica con las relaciones sexuales puede afectar la función sexual de su pareja en términos de su deseo, la función eréctil, la eyaculación o la satisfacción. Por el contrario, la disfunción eréctil del hombre o cualquier otra disfunción podría afectar el deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción de la mujer.

El concepto de equilibrio sexual debe ampliarse para incluir alteraciones en los ámbitos interpersonal y emocional, así como en lo sexual. Por ejemplo, en lugar de desarrollar un problema sexual nuevo y aparentemente inexplicable, la pareja puede deprimirse.

El equilibrio sexual también es relevante para identificar o comprender la resistencia de una mujer o su pareja al tratamiento. Resistencia es un término empleado para identificar obstáculos en psicoterapias en curso. Un fenómeno interesante que puede ocurrir en la psicoterapia de una pareja es que mientras que una pareja parece estar mejorando, la otra se vuelve sintomática o empeora. El equilibrio sexual explicaría la necesidad de la pareja de presentar algunos síntomas sexuales.

La gran mayoría de las investigaciones sobre las disfunciones sexuales de la mujer y su impacto en su vida emocional e interpersonal se han enfocado individualmente. Pocos han examinado el rol o el impacto sobre el compañero. Esto realmente no es diferente en cuanto se refiere a la disfunción sexual masculina donde el enfoque principal ha estado en el hombre en lugar de la pareja. Además, si los estudios sí incluían a la pareja, no necesariamente se enfocaron en mujeres menopáusicas. Existen pocos estudios que hayan examinado el impacto negativo de la dispareunia, la vulvodinia o el vaginismo en el compañero masculino, pero la edad promedio de los sujetos en estos estudios fue de 26 años<sup>51</sup>. Sin embargo, estos estudios sí resaltan el principio del equilibrio sexual, donde hay un efecto claro tanto en la mujer como en su pareja, de manera interpersonal y sexual<sup>52</sup>. Kaplan y Leiblum escribieron independientemente sobre los maridos de las mujeres con vaginismo que desarrollan disfunción eréctil como reacción al desorden de su esposa e instaron a que estas situaciones sean tratadas con psico-

terapia conjunta<sup>53</sup>. Para validar estos escritos tenemos un estudio turco acerca de mujeres con vaginismo, donde el 66% de los hombres reportaron una o más disfunciones sexuales (50% tenían eyaculación precoz y 28% tenían disfunción eréctil y DHDS)<sup>53</sup>.

La encuesta CLOSER evaluó el impacto de la AVV en la relación sexual entre mujeres posmenopáusicas y sus parejas masculinas<sup>46</sup>. Incluyó 4.100 mujeres y 4.100 hombres de nueve países diferentes. Tanto las mujeres como los hombres informaron haber evitado la intimidad porque el sexo sería doloroso (55% de las mujeres frente al 61% de hombres), o porque ambos compañeros habían disminuido el deseo sexual (46% de las mujeres frente a 43% de hombres).

El 20% de las mujeres y sus parejas masculinas interrumpieron la actividad sexual cuando los síntomas de la AVV estaban presentes. Casi el 60% de las mujeres usaban humectantes y lubricantes vaginales locales, pero, curiosamente, solo el 15% de los hombres conocían de esta práctica. Al 41% de la muestra se le recetó alguna forma de terapia local de estrógeno (TLE). El uso de TLE para la incomodidad vaginal tuvo un impacto positivo en la autoestima de las mujeres posmenopáusicas, especialmente al sentirse felices de que su cuerpo funcionara correctamente (45%) y experimentaron una mejoría general en su vida sexual (38%). Hubo un acuerdo general entre hombres y mujeres con respecto a las mejoras en su vida sexual después del uso de TLE.

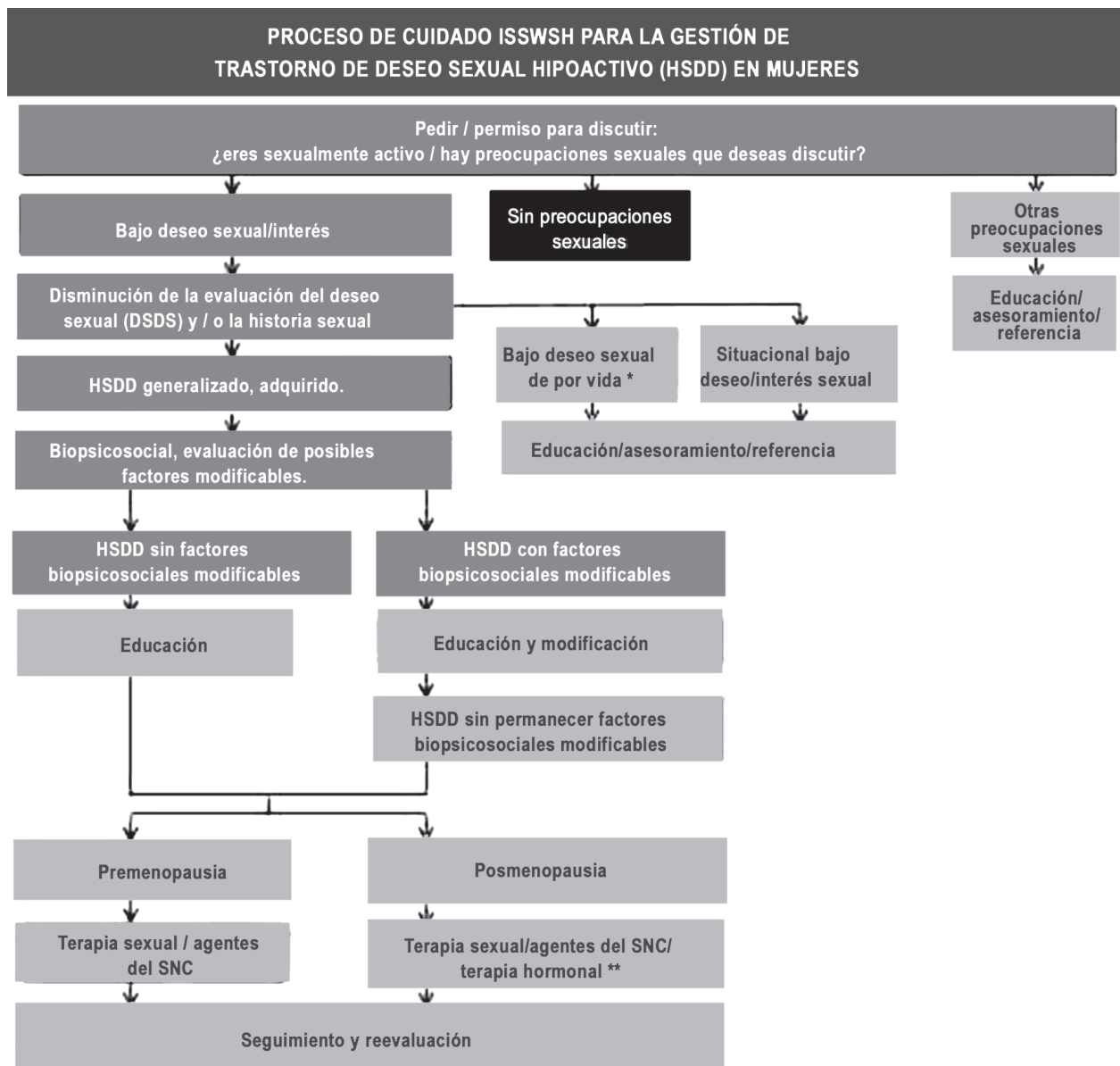
El equilibrio sexual también es evidente en los estudios masculinos sobre disfunción eréctil y eyaculación precoz. Reportes previos al sildenafil de los hombres que usaban inyección intracavernosa o terapia de bomba al vacío para la disfunción eréctil demostraron que, después de 12 meses, las parejas femeninas informaron cambios estadísticamente significativos en la satisfacción sexual, la excitación, la frecuencia del coito y la frecuencia de orgasmo coital<sup>54</sup>. Posteriormente, se demostró que el uso de inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (por ejemplo, sildenafil, vardenafil, tadalafil y avanafil) por parte de los hombres para la disfunción eréctil mejoró

significativamente la función sexual de la pareja femenina<sup>55</sup>. Hobbs y sus colegas también documentaron que el 77,7% de las mujeres cuyos compañeros tenían eyaculación precoz tenían al menos una disfunción sexual, en comparación con el 42,7% del grupo de control<sup>56</sup>. Las disfunciones más comunes en las mujeres con compañeros con eyaculación precoz fueron problemas de excitación/sensación (55,2%) y de orgasmo (51,9%).

El equilibrio sexual es un concepto importante y poderoso que los médicos deben tener en cuenta al tratar a las mujeres menopáusicas con síntomas sexuales. Tener esto en cuenta permite a los médicos de todos los orígenes comprender mejor y considerar adecuadamente las respuestas de la pareja al problema sexual de la mujer y ayudar a la pareja como tal a resolver los problemas sexuales, psicológicos e interpersonales relacionados con la disfunción sexual.

## Evaluación clínica: la historia

En estudios epidemiológicos, la disfunción sexual más comúnmente informada en los Estados Unidos es el DHDS10 que, en mujeres posmenopáusicas, es frecuentemente co-mórbida con otras disfunciones sexuales<sup>10,57</sup> –disfunciones de la excitación y orgásmicas y trastornos de dolor sexual, a menudo relacionados con AVV/SGUM–. En mujeres mayores con HSDD, esta condición es de aproximadamente 50%<sup>58</sup> a 65%<sup>59</sup> para la disfunción de la excitación y más del 70% para la disfunción orgásmica<sup>4</sup>. Por lo tanto, al evaluar la función sexual en mujeres posmenopáusicas, se deben evaluar todas las fases del ciclo de respuesta sexual y el dolor sexual. La Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer (ISSWSH)<sup>60</sup> ha desarrollado un nuevo algoritmo de Proceso de atención del DHDS para facilitar la evaluación por parte del proveedor de salud (Figura 1); si la mujer no informa espontáneamente un problema sexual en los primeros 5 minutos de una consulta de rutina (el 12% de las mujeres posmenopáusicas sí lo informan al inicio de la consulta), el proveedor debe exponer el tema, ya que el 36% de las mujeres informan entonces de disfunción



**Figura 1.** Proceso de atención para la evaluación y el manejo del desorden hipactivo del deseo sexual (DHDS) desarrollado por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer<sup>60</sup> (ISSWSH). El algoritmo comienza pidiendo permiso para discutir inquietudes sexuales y se centra específicamente en las mujeres que tienen preocupaciones con su bajo deseo/interés sexual. La iniciación del diagnóstico comienza con el Tamizador del Deseo Sexual Disminuido o una historia sexual. Las mujeres con otras disfunciones sexuales o aquellas con un bajo deseo/interés sexual de toda la vida o situacional no se tratan específicamente en este algoritmo. Las mujeres con DHDS generalizado adquirido se someten luego a una evaluación médica focalizada para identificar factores biopsicosociales potencialmente modificables. La intervención terapéutica comienza con la educación/modificación de reconocidos factores modificables. Las mujeres aun con DHDS se clasifican según estado menopáusico, y se siguen/revaloran las apropiadas intervenciones terapéuticas. SNC, sistema nervioso central.

\* Las mujeres con un bajo deseo/interés sexual de toda la vida sin angustia/molestia pueden caracterizarse como asexuales y no deben considerarse para el tratamiento.

\*\* Mujeres en los últimos años de la vida reproductiva. Reproducido con permiso de Elsevier.

sexual<sup>61</sup>. El diálogo puede comenzar con una afirmación de ubicuidad como:

«Muchas mujeres posmenopáusicas experimentan problemas con su funcionamiento sexual o dolor con el sexo», seguido de preguntas sobre actividad/historial sexual, preocupaciones y angustia asociada o mediante el uso de una herramienta de evaluación breve tal como el tamizador del deseo sexual disminuido<sup>62</sup>(Figura 2).

La función sexual debe evaluarse teniendo en cuenta si existe una pareja o no en la actividad sexual; si es la primera opción, cualquier problema de deseo debe asociarse con angustia, a menudo referido por la mujer como «molestia» para justificar la intervención. La angustia puede manifestarse por frustración, dolor, culpa, incompetencia, pérdida, tristeza, queja o preocupación<sup>8</sup>. El interrogatorio permite identificar

las disfunciones sexuales (por ejemplo, queja sexual más angustia), distinguiendo los subtipos de DHDS (por ejemplo, generalizada vs. situacional y adquirida vs. aquella de toda la vida), la duración de los síntomas y la relación temporal de cada tipo de disfunción sexual con la otra (por ejemplo, la que primero apareció); además de identificar factores modificables asociados, ya que estos deben abordarse antes de intervenciones específicas para la(s) disfunción(es) sexual(es) (por ejemplo, tratar la dispareunia debido a la menopausia antes de abordar el bajo deseo sexual)<sup>60</sup>.

Una evaluación biopsicosocial es vital para determinar factores potencialmente reversibles y es especialmente importante con el envejecimiento en mujeres posmenopáusicas. Estos factores incluyen afecciones médicas y psiquiátricas,

### ***Cambios en la clasificación de la disfunción sexual femenina (DSF) de acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.***

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, 5.<sup>ta</sup> Edición define cuatro categorías de DSF3:

- Desorden interés sexual y excitación femenino.
- Desorden del orgasmo sexual femenino.  
Dolor genito-pélvico/trastorno de la penetración.
- Disfunción sexual inducida por sustancia o medicación.

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, 4.<sup>a</sup> Edición definía siete categorías de DSF7:

- Desorden hipoactivo del deseo sexual.
- Desorden femenino de aversión sexual.
- Desorden femenino de la excitación sexual.
- Desorden femenino del orgasmo.
- Vaginismo.
- Dispareunia.
- Trastorno sexual femenino debido a una afección médica general

**Figura 2.** El tamizador de deseo sexual disminuido<sup>62</sup>. Breve evaluación diagnóstica para el desorden hipoactivo del deseo sexual generalizado y adquirido (DHDS). Una respuesta «no» a cualquiera de las primeras cuatro preguntas excluye un diagnóstico de DHDS adquirido. La mujer puede tener un bajo deseo/interés sexual situacional o de larga data. Una respuesta «sí» a todas las preguntas 1-4 y un «no» a todos los ítems de la pregunta 5 sugieren un DHDS generalizado adquirido. “Sí” a cualquier ítem de la pregunta 5 requiere la evaluación de diagnósticos diferenciales y la determinación si el interés bajo es situacional/generalizado y adquirido. Reproducido con permiso de Elsevier.



como trastornos endocrinos, estado menopáusico, afecciones genitourinarias, enfermedades neurológicas, diagnósticos de cáncer y depresión; el efecto de medicamentos/sustancias; dificultades de la relación; disfunción sexual del compañero; así como cualquier historia de trauma sexual. La depresión es la co-morbilidad más común asociada con el bajo deseo sexual con angustia, ocurriendo en aproximadamente el 40% de las mujeres con DHDS<sup>63</sup>, y está relacionada bidireccionalmente con la disfunción sexual, y su presencia asociada con un aumento del 50-70% del riesgo de disfunción sexual, mientras que la aparición de la disfunción sexual aumenta el riesgo de depresión en un 130-210%<sup>64</sup>. Los medicamentos antidepressivos contribuyen comúnmente a la disfunción sexual, al igual que otros medicamentos psicotrópicos, narcóticos, preparados hormonales, fármacos cardiovasculares, antihistamínicos y bloqueadores de la histamina-2, agentes quimioterapéuticos y antineoplásicos complementarios y drogas de abuso<sup>60</sup>. Cuando la historia de la mujer así lo indique, se debe realizar un examen físico/genital enfocado para identificar afecciones vulvovaginales tales como atrofia, procesos neurológicos, enfermedades dermatológicas y traumáticas/infecciosas, y evaluar el dolor genital; así mismo se efectuarán estudios de laboratorio (por ejemplo, niveles de esteroides sexuales para evaluar el estado reproductivo; la globulina transportadora de hormonas sexuales -SHBG- y los niveles de testosterona si se considera suplementar, las pruebas de función tiroidea, el estado metabólico y los niveles de prolactina) que puedan ayudar a dirigir la atención de la mujer<sup>60</sup>.

### **Evaluación clínica: el examen físico y la evaluación de laboratorio**

El examen físico es un componente importante en la evaluación inicial de bienestar o disfunción sexual de mujeres de mediana edad. Por ejemplo, la confirmación por un profesional de la salud de la normalidad de la anatomía genitourinaria es una parte integral de la relación terapéutica. Proporciona alivio para la paciente de que no hay nada malo anatómicamente que esté causando la disfunción sexual. De manera similar, el hallazgo de AVV, una condición tratable, puede dirigir terapias

efectivas para reducir la dispareunia que a menudo inicia la cascada de evitar el sexo en mujeres de mediana edad. La paciente y el médico trabajan en una asociación durante este examen emocional y físicamente sensible. El permiso de la paciente y la retroalimentación sobre áreas específicas de incomodidad son útiles para adaptar el examen y minimizar el dolor. El examen físico comienza con una inspección general de la paciente y sus signos vitales, la palpación de la tiroides, los senos y el abdomen, y la presencia y distribución del vello púbico. La paciente más ansiosa se tranquiliza mediante la inspección de la vulva sin un espéculo como parte inicial del examen. Se evalúan las características del clítoris, incluyendo adherencias o anomalías debajo del capuchón del clítoris, los labios menores, mayores y el ano. Pueden confirmarse afecciones de la piel vulvar que producen adherencias, eritema, úlceras, leucoplasia o pústulas, pápulas y nódulos. Se realiza una suave separación de los labios menores para evaluar la uretra, el área del himen, el vestíbulo y la comisura labial posterior. Si la paciente tiene dolor vulvar o relaciones sexuales dolorosas, la prueba del cotonete (Q-tip) es útil para trazar áreas sensibles, especialmente del vestíbulo<sup>65</sup>. La palpación digital para evaluar el calibre vaginal y la musculatura del piso pélvico es necesaria para confirmar la hipertonicidad, el vaginismo, los puntos sensibles y, raramente, las adherencias vaginales o la estenosis. Con un antecedente de cirugía pélvica anterior, la palpación de la bóveda vaginal para su sensibilidad o extrusión de la malla vaginal se ha vuelto cada vez más importante. A lo largo del examen, el hallazgo de palidez de los tejidos, contracción o ausencia de los labios menores, aplanamiento de las almohadillas de grasa de los labios mayores, contracción del introito, falta de lubricación, elasticidad disminuida y pliegues dentro de la vagina, así como acortamiento vaginal<sup>45</sup> pueden corroborar el diagnóstico de AVV. Se puede notar la presencia de flujo anormal. La determinación del pH vaginal usando papel de tornasol es útil, pero no obligatorio para el diagnóstico de SGUM. Esto puede confirmar el pH alcalino (> 5,5) dentro de la vagina que se ve en AVV.

La introducción suave del espéculo con el permiso de la paciente confirma la normalidad



del cuello uterino, la presencia de inflamación o lesiones. Los hallazgos físicos y la historia dirigirán la realización del frotis cervical o cultivos para hongos, vaginosis bacteriana o infecciones de transmisión sexual. Si se sospecha relajación del piso pélvico, se debe efectuar la rotación del espéculo en 90° y separar sus hojas para inspeccionar la pared vaginal anterior y posterior. El examen bimanual para descartar dolor a la palpación de la vejiga, las paredes vaginales, el cuello uterino, el útero o los anexos o cualquier agrandamiento uterino o anexial adicional generalmente completan la examinación<sup>6</sup>. En presencia de dolor pélvico profundo, el examen rectovaginal puede ser útil para valorar nódulos rectovaginales que se encuentran en la endometriosis o en patología del fondo de saco. Las pruebas de laboratorio recomendadas para la salud sexual son mínimas, a menos que un historial específico indique preocupaciones clínicas. Estas pueden incluir hormona estimulante de la tiroides para asegurar que la paciente esté eutiroides, glucemia en ayunas o hemoglobina A1C para diagnosticar prediabetes/diabetes, reservas de hierro para la mujer perimenopáusica con sangrado abundante y prolactina si es relevante en el contexto clínico. Los niveles de testosterona se han correlacionado con el deseo sexual<sup>21,66</sup> pero no con un diagnóstico de disfunción sexual<sup>20,67</sup>. Los niveles basales de testosterona y SHBG deben obtenerse con monitorización posterior si se prescribe testosterona<sup>60,68</sup>.

### **Tratamiento: asesoramiento psicosocial/sexual**

La función sexual femenina se conceptualiza mejor a partir de un modelo biopsicosocial, que refleja las fluctuaciones de la mujer en el estado de salud, el equilibrio neuroquímico, los problemas psicológicos, las preocupaciones interpersonales y las creencias y valores socioculturales<sup>69</sup>. Los médicos que tratan a las mujeres menopaúsicas deben estar familiarizados con las técnicas psicoterapéuticas más comunes para tratar las preocupaciones sexuales de sus pacientes. Algunas pueden ser utilizadas dentro del asesoramiento en el consultorio, y algunas serán utilizadas por expertos en medicina sexual cuando los proveedores de atención médica derivan a las pacientes a especialistas

para terapia sexual. Dependiendo de la etiología de un problema sexual, la psicoterapia puede usarse sola o junto con tratamientos médicos (terapia multimodal), que pueden incluir psicoterapia con terapias farmacológicas hormonales y no hormonales y/o terapia física del piso pélvico o dispositivos médicos. Incluso cuando la etiología de un problema sexual es principalmente biológica, la terapia cognitiva conductual puede ayudar a mejorar los síntomas<sup>60</sup>.

Los factores psicológicos que afectan la función sexual incluyen afecciones psiquiátricas como ansiedad o depresión, variaciones de personalidad, mala autoimagen, así como traumas de antecedentes de abuso sexual, de alcohol o sustancias, estrés percibido y distracción cognitiva<sup>70</sup>. Los factores socioculturales como la educación limitada en salud sexual, las costumbres o valores religiosos o culturales y los factores sociales como la discriminación por la edad también pueden tener un impacto negativo en el funcionamiento sexual. Por lo tanto, la comprensión del contexto en el que una mujer presenta preocupaciones sexuales es importante para determinar el enfoque de tratamiento óptimo<sup>70</sup>. Además, la presencia o ausencia de una pareja, la calidad de la relación de la mujer y la salud sexual de su pareja son factores que también deben tenerse en cuenta al evaluar la disfunción sexual femenina, informando sobre las decisiones de tratamiento<sup>11,70</sup>. Por ejemplo, la dispareunia resultante de AVV/SGUM puede hacer que una mujer evite la actividad sexual y, posteriormente, genere conflictos de relación. En este caso, tratar el SGUM sería el enfoque principal. Sin embargo, la psicoterapia puede ser un tratamiento esencial para abordar las conductas de ansiedad y evitación asociadas, así como las asociaciones cognitivas negativas que pueden haberse desarrollado después de haber tenido actividad sexual con dolor. En contraste, cuando los problemas sexuales son el resultado de un conflicto de relación (como la falta de deseo sexual como resultado del descontento con una pareja), el tratamiento primario sería la consejería/psicoterapia para abordar el conflicto interpersonal subyacente en lugar de enfocarse en las consecuencias sexuales. En general, la terapia sexual es un tratamiento a corto plazo (aproximadamente 3 meses), que puede realizarse en un entorno individual, en pareja o en grupo<sup>69</sup>.

La combinación de intervenciones médicas y psicoterapéuticas cuando se trata un problema sexual a menudo es la extensión lógica del modelo biopsicosocial, ya que más de un factor puede estar contribuyendo a la disfunción sexual. La psicoterapia debe ser individualizada y enfocada en los factores primarios que afectan la función sexual y en los más angustiosos para la mujer<sup>67</sup>. La terapia sexual es una forma especializada de asesoramiento o psicoterapia que utiliza técnicas específicas para abordar los problemas del deseo sexual, la excitación, el orgasmo y el dolor. Se centra en los factores psicológicos y socioculturales que contribuyen a los problemas sexuales o se utiliza para mejorar las habilidades de afrontamiento o los cambios cognitivos y de comportamiento y así minimizar las consecuencias negativas de los problemas fisiológicos/médicos. Las intervenciones generalmente consisten en psico-educación, ejercicios de pareja que incluyen el enfoque sensorial (una serie graduada de ejercicios de toque sensual sin demanda) y enfoques psicoterapéuticos individuales y grupales, incluyendo la terapia cognitiva conductual (TCC) y la terapia cognitivo-conductual de atención plena<sup>71</sup>.

Los objetivos de las intervenciones de psicoterapia son modificar los pensamientos, comportamientos, expectativas, creencias y emociones, así como mejorar la comunicación de las relaciones y reducir la distracción cognitiva<sup>67,72</sup>. Casi todas las disfunciones sexuales (DHDS, disfunción de la excitación, disfunción orgásmica, dispareunia) pueden ser abordadas, al menos en parte, con algunas intervenciones psicológicas (individual, en pareja, TCC, enfoque sensorial, atención plena, etc.). La psicoterapia puede ser suficiente para algunos problemas sexuales, pero puede ser insuficiente para otros. La terapia sexual cognitivo-conductual basada en la atención plena (Mindfulness-based cognitive behavioral sex therapy: MBCST) ha demostrado ser efectiva para mejorar el deseo. La MBCST incluye la psico-educación sobre la respuesta sexual y la terapia cognitiva, así como la atención plena. También involucra la práctica de técnicas de concentración, escáneres corporales y autoestimulación genital no masturbatoria<sup>73,74</sup>.

Algunos objetivos y estrategias comunes de otras intervenciones de terapia sexual/psicoterapia incluyen la asignación de tareas conocidas como ejercicios de enfoque sensorial, con el objetivo de desensibilizar a un individuo o pareja a la actividad sexual que causa ansiedad o evasión e incrementa el placer y la conciencia de sí mismo y de la pareja<sup>49</sup>. Otras intervenciones incluyen ayudar a expandir el repertorio sexual obsoleto o problemático o alterar creencias negativas o rígidas sobre la sexualidad. El modelo PLISSIT (Permiso, Información Limitada, Sugerencias Específicas y Terapia Intensiva)<sup>75</sup> describe un enfoque escalonado para el asesoramiento sexual en el consultorio. Aunque fue descrito por primera vez hace más de 40 años, sigue siendo una guía relevante para proporcionar asesoramiento sexual porque se empaqueta con los médicos en cualquier nivel con el que se sientan cómodos al abordar los problemas sexuales y enfatiza la identificación de las preocupaciones y derivaciones cuando sea necesario. El *pedir permiso* se refiere a permitir a que las mujeres pregunten o discutan sobre inquietudes sexuales. La *información limitada* se refiere al médico que proporcione información básica sobre un problema sexual, la anatomía o algunos recursos. Las *sugerencias específicas* incluirían asesoramiento directo sobre técnicas o ayudas sexuales, materiales de autoayuda y el uso de productos como lubricantes. La *terapia intensiva* requiere de una referencia a un experto acreditado en medicina sexual o terapeuta de parejas y está más allá del alcance de la mayoría de los profesionales ginecólogos o asociados que tratan a la menopausia.

## Tratamientos clínicos

### Terapia local vaginal

El tratamiento de la AVV/SGUM se ha descrito ampliamente en otros lugares tanto para mujeres sanas<sup>76</sup> como para mujeres después del cáncer de mama<sup>77</sup>. En resumen, las opciones tradicionales incluyen terapia vaginal con estrógeno, humectantes vaginales y lubricantes para las relaciones sexuales. Recientemente, se ha encontrado la eficacia de una preparación intravaginal de dehidroepiandrosterona (DHEA), cuando se usa a diario.

Esta ha sido aprobada en los Estados Unidos y Europa para el tratamiento de la dispareunia moderada a grave, un síntoma de AVV. Lamentablemente, no se ha demostrado que el uso menos frecuente (dos veces por semana) sea clínicamente efectivo<sup>78</sup>. Existe un interés significativo en el uso potencial de la testosterona vaginal a dosis bajas como tratamiento para la AVV, pero la eficacia y la seguridad aún no se han confirmado<sup>79</sup>. Los datos preliminares sugieren que el láser fraccionado de CO<sub>2</sub> microablativo o el tratamiento vaginal no ablativo con láser Erbium YAG tienen el potencial de mejorar los síntomas angustiantes de AVV después de un diagnóstico de cáncer de mama<sup>80,81</sup>. Se necesitan grandes estudios aleatorizados controlados con placebo, con seguimiento de seguridad a largo plazo y análisis económicos adicionales antes de que el láser pueda ser considerado un tratamiento establecido, eficaz y seguro para el AVV.

### Terapia hormonal sistémica

Las hormonas más estudiadas como posibles tratamientos para la disfunción sexual femenina son los estrógenos y los andrógenos, con algunos estudios también examinando los efectos de la DHEA, la oxitocina y la progesterona. La dispareunia, secundaria a AVV posmenopáusicas, es común entre mujeres posmenopáusicas más jóvenes y mayores<sup>82-84</sup>. La terapia vaginal con estrógenos alivia los síntomas de la AVV, es económica y segura. No obstante, esta terapia altamente efectiva sigue estando insuficientemente prescrita, con menos del 10% de mujeres posmenopáusicas bajo tratamiento<sup>82-84</sup>. Cuando se toma terapia estrogénica sistémica para los síntomas de la menopausia (es decir, inestabilidad vasomotora), la mejoría en el bienestar debido al alivio de los síntomas puede dar como resultado una mejora del libido así como un alivio de AVV<sup>85</sup>. Algunas mujeres también requieren estrógeno vaginal y estrógeno sistémico para aliviar los síntomas de AVV.

La testosterona, administrada transdérmicamente como una crema, parche o gel, o como un implante, mejora el bienestar sexual en mujeres posmenopáusicas con bajo deseo sexual asociado con angustia<sup>68,86</sup>. La testosterona transdér-

mica ha demostrado mejorar significativamente la baja de libido en mujeres posmenopáusicas naturales o quirúrgicas que usan estrógenos sistémicos, con o sin progestágeno, así como también aquellas que no usan terapia hormonal de la menopausia. La terapia con testosterona no debe considerarse hasta que se realice una evaluación clínica completa y se aborden los factores potencialmente modificables<sup>68</sup>. No existe un nivel de corte de diagnóstico de testosterona o cualquier otro andrógeno que identifique a las mujeres con mayor probabilidad de responder a la testosterona transdérmica<sup>20</sup>. Sin embargo, es menos probable que el tratamiento con testosterona sea efectivo en mujeres con un nivel de SHBG por encima del rango normal<sup>87</sup>. A pesar de la eficacia establecida del tratamiento con testosterona para la pérdida del libido, son limitados los datos de seguridad a largo plazo, aunque los datos de seguridad disponibles son tranquilizadores sin evidencia de una mayor probabilidad de enfermedad cardio-metabólica o cáncer<sup>88</sup>. La principal limitación relacionada con la terapia de testosterona es la falta de formulaciones aprobadas para mujeres, aparte de la de Australia, lo que deja a los médicos sin otra opción que prescribir formulaciones de testosterona combinadas o regímenes modificados de formulaciones masculinas aprobadas. No se recomiendan el uso en mujeres de formulaciones aprobadas para hombres debido al alto riesgo de sobredosis y la consiguiente virilización. Algunas formas de dosificación se adaptan más fácilmente al uso en mujeres cuando las alternativas no están disponibles, pero aún tienen el potencial de administrar dosis excesivas<sup>68</sup>. Cuando se prescribe testosterona, el nivel en sangre de testosterona libre calculada no debe exceder el rango premenopáusicas normal. Esto requiere una monitorización frecuente de los niveles en sangre, con la recomendación de que se verifique un nivel después de 3 semanas de iniciar el tratamiento y luego de forma rutinaria cada 6 meses, con ajuste de la dosis si se excede el límite superior de la normal<sup>68</sup>. Debe advertirse a las mujeres que el tratamiento debe ser considerado como un ensayo, y por lo general no se obtienen beneficios hasta las 4 a 6 semanas de tratamiento y que el tratamiento debe suspenderse si no mejora después de 6 meses<sup>68</sup>.

Las revisiones sistemáticas de los ensayos clínicos del uso de DHEA sistémico en mujeres con insuficiencia suprarrenal (primaria y/o secundaria) y, mujeres, por lo de más normales, no han mostrado un efecto significativo de la DHEA sobre la función sexual<sup>89,90</sup>. Por lo tanto, la DHEA sistémica no debe usarse para tratar disfunciones del interés sexual y de la excitación. Una formulación de DHEA vaginal, administrada diariamente, ha demostrado ser efectiva para aliviar la dispareunia en mujeres posmenopáusicas y ha sido aprobada en algunos países para este propósito. La oxitocina parece mejorar la respuesta emocional y el comportamiento social, pero no se ha demostrado que sea efectiva para el tratamiento de la disfunción sexual en mujeres<sup>91</sup>. No hay estudios que respalden el uso de la progesterona como tratamiento para la disfunción sexual femenina<sup>91</sup>.

En resumen, las formulaciones aprobadas de estrógeno vaginal local y DHEA vaginal son tratamientos efectivos para la dispareunia secundaria a AVV. La testosterona transdérmica es efectiva para el tratamiento del deseo bajo con angustia asociada. Se necesita de manera urgente la aprobación de productos de testosterona para mujeres.

### **Terapia sistémica no hormonal**

Actualmente el flibanserin es el único medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento del DHDS generalizado y adquirido en mujeres premenopáusicas. Recientemente fue aprobado para esta misma indicación en Canadá. Actualmente no está aprobado para su uso en mujeres posmenopáusicas, ya que el patrocinador (Boehringer Ingelheim) no solicitó esta indicación a la FDA y detuvo el segundo ensayo clínico generalmente requerido que demuestre la seguridad y eficacia antes de su finalización. El flibanserin (100 mg administrados a la hora de acostarse) es un agonista y antagonista de la serotonina, no hormonal y multifuncional, de acción central, uso diario y oral (multifuncional serotonín agonista and antagonist: MSAA). Su eficacia se estableció a través de tres ensayos fundamentales en más de 3.500 mujeres premenopáusicas, de-

mostrando una mejoría estadística y clínicamente significativa en el nivel de deseo sexual y la cantidad de eventos sexuales satisfactorios, y una disminución de la angustia en comparación con el placebo<sup>92-94</sup>. Los ensayos clínicos de flibanserin en mujeres posmenopáusicas han demostrado una eficacia y seguridad similares en esta población<sup>95</sup> como en mujeres premenopáusicas<sup>92-94</sup>. Aproximadamente el 50-60% de las mujeres con DHDS responden al flibanserin, y puede tomar hasta 8 semanas para que sea efectivo. Los eventos adversos más comunes en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas son mareos (9,2%), somnolencia (8,3%), náuseas (6,5%) y fatiga (3,7%); las tasas corregidas con placebo son similares a las de otros agentes activos del sistema nervioso central (SNC). La mayoría de los eventos adversos son leves, transitorios y mitigados con su uso antes de acostarse. En los estudios clínicos, la interrupción del tratamiento debido a eventos adversos fue aproximadamente del 13% en mujeres premenopáusicas tratadas con flibanserin en comparación con el 6% con placebo. La etiqueta de flibanserin en los Estados Unidos, pero no en Canadá, tiene un recuadro de advertencia de contraindicación de uso con alcohol, basado en los resultados de un estudio de uso de alcohol que muestra un aumento de la sedación, síncope e hipotensión en el grupo de tratamiento; aunque no se restringió el uso de alcohol en el grupo más grande de ensayos clínicos, y no aumentó significativamente tales eventos adversos en comparación con el placebo en los tres principales ensayos<sup>92-94</sup>. Un programa de mitigación y evaluación de riesgos posterior a la aprobación en los Estados Unidos, pero no en Canadá, requiere la certificación de los prescriptores y las farmacias en pacientes que firman el consentimiento para evitar el alcohol.

Otros agentes activos del SNC, aprobados para otras indicaciones, han sido utilizados fuera de etiqueta para el tratamiento del DHDS a pesar de los limitados datos de eficacia y seguridad. El bupropión potencia la dopamina y la norepinefrina y así mejora la excitación y el orgasmo. Así, se demostró en un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. El uso de dosis de 300-400 mg/día también mejoró el DHDS; pero la diferencia en cuanto al



objetivo a evaluar «el deseo» no fue estadísticamente significativa<sup>96</sup>. Cuando el bupropión es usado para el tratamiento de la depresión mayor o para dejar de fumar, los efectos secundarios incluyen: temblor (13,5%), agitación (9,7%), boca seca (9,2%), constipación (8,2%), mareos (6,1%) y náuseas/vómitos (4%)<sup>97</sup>. En mujeres con disfunción sexual inducida por antidepresivos, la adición de bupropión (300 mg/día) mejoró el deseo sexual frente al placebo<sup>98</sup>. La bupiriona, que reduce la inhibición de la serotonina, es otro tratamiento no indicado en la etiqueta que se ha usado para la disfunción sexual asociada a antidepresivos. Un estudio demostró una mejoría en la función sexual en mujeres deprimidas con disfunción sexual inducida por el inhibidor de la recaptación de serotonina con el uso de bupiriona (30-60 mg/día) en comparación con el placebo (58% versus 30%)<sup>99</sup>. Los efectos secundarios más comúnmente observados del uso de bupiriona en estudios sobre trastorno de ansiedad generalizada (indicación aprobada) incluyen mareos (9%), nerviosismo (4%), náuseas (3%) y dolor de cabeza (3%). La investigación para el desarrollo de fármacos para el DHDS está dirigida a encontrar agentes del SNC que activen específicamente las vías estimuladoras o reduzcan las vías inhibitorias que regulan el deseo sexual<sup>100</sup>. Las posibles terapias futuras incluyen bremelanotida<sup>101</sup> y terapias combinadas: testosterona/sildenafil, testosterona/bupiriona<sup>102</sup> y bupropion/trazodona<sup>103</sup>.

## Conclusión

Una función sexual positiva en la mediana edad puede mejorar la calidad personal y de la relación, mejorar la longevidad y mejorar la CV. Sin embargo, muchas mujeres sufren de bajo deseo, excitación y disfunción orgásmica con o sin dolor sexual debido a AVV/SGUM después de la menopausia. Tanto las mujeres como los médicos son reacios a sacar a luz los problemas sexuales, por lo que a menudo no se tratan, lo que da como resultado efectos perjudiciales en la relación a pesar de los tratamientos disponibles seguros y efectivos. Se espera que este breve manuscrito de «cómo hacerlo» pueda ayudar a los profesionales que atienden a mujeres menopáusicas a abrir el diálogo y proporcionar o facilitar un tratamiento adecuado.

## Conflicto de intereses

J. A. Simon ha servido (en el último año) o actualmente sirve como asesor para o en comités de consultoría de AbbVie, Inc. (North Chicago, IL), Allergan, Plc (Parsippany, NJ), AMAG Pharmaceuticals, Inc. (Waltham, MA), Amgen (Thousand Oaks, CA), Ascend Therapeutics (Herndon, VA), Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. (Whippany, NJ), CEEK Enterprises, LLC. (Cambridge, MA), Covance Inc., (Princeton, NJ), Millendo Therapeutics, Inc. (Ann Arbor, MI), Mitsubishi Tanabe Pharma Development America, Inc. (Jersey City, New Jersey), ObsEva SA (Geneva, Switzerland), Radius Health, Inc. (Waltham, MA), Sanofi S.A. (Paris, France), Sebela Pharmaceuticals, Inc. (Roswell, GA), Shionogi Inc. (Florham Park, NJ), Symbiotec Pharmalab (Indore, India), Therapeutics MD (Boca Raton, FL), & Valeant Pharmaceuticals (Laval, Canada). Ha servido (en el último año) o actualmente como conferenciante de AMAG Pharmaceuticals, Inc. (Waltham, MA), Duchesnay USA (Rosemont, PA), Novo Nordisk (Bagsværd, Denmark), Shionogi Inc. (Florham Park, NJ), & Valeant Pharmaceuticals (Laval, Canadá). En el último año ha recibido o está recibiendo actualmente apoyo o asignaciones para investigación de AbbVie, Inc. (North Chicago, IL), Allergan, Plc (Parsippany, NJ), Agile Therapeutics (Princeton, NJ), Bayer Healthcare LLC. (Tarrytown, NY), Dornier MedTech (Munich, Germany), Endoceutics, Inc. (Quebec, Canada), GTx, Inc. (Memphis, TN), Ipsen (Paris, France), Myovant Sciences (Basel, Switzerland), New England Research Institute, Inc. (Watertown, MA), ObsEva SA (Geneva, Switzerland), Palatin Technologies (Cranbury, NJ), Symbio Research, Inc. (Port Jefferson, NY), Therapeutics MD (Boca Raton, FL), & Tissue Genesis (Honolulu, HI). El Dr. Simon es accionista de (compra directa) Sermonix Pharmaceuticals (Columbus, OH).

S. R. Davis ha recibido honorarios de Abbott Australia, Pfizer Pharmaceuticals & Besins Healthcare y apoyo para investigación de Lawley Pharmaceuticals.

S. E. Althof es un investigador o miembro del consejo consultor de AMAG/Palatin, Clinical Outcomes Solutions, Endoceutics,



Ixchelsis, Promescent, Strategic Science Technologies & Sprout/Valeant.

P. Chedraui no tiene conflictos de interés que declarar.

A. H. Clayton ha recibido asignaciones de: Axsome, Endoceutics, Inc., Janssen, Palatin Technologies, Sage Therapeutics, & Takeda. Es consultor o miembro del consejo consultor científico de Alkermes, AMAG Pharmaceuticals, Inc., Fabre-Kramer, Ivix, Palatin Technologies, S1 Biopharma, Sprout Pharmaceuticals, Valeant Pharmaceuticals, & Takeda. Ha recibido regalías/copyright de: Ballantine Books/Random House, Changes in Sexual Functioning Questionnaire, & Guilford Publications. Comparte acciones/stock restringido de: Euthymics & S1 Biopharma.

S. A. Kingsberg es consultor de, miembro del consejo consultor científico o investigador clínico de AMAG, Endoceutics, TherapeuticsMD, Pfizer, Palatin Technologies, Emotional Brain, Valeant Pharmaceuticals, Sermonix Pharmaceuticals, Duchesney, Dare, IVIX, GTx, Materna, Strategic Scientific Solutions (SST), Sprout Pharmaceuticals, & Lupin.

R. E. Nappi ha recibido honorarios como conferenciante para Novo Nordisk, Bayer Healthcare AG, Pfizer Inc., MSD, TEVA Women's Health Inc., Shionogi Limited, Gedeon Richter, Exceltis & Endoceutics. Es miembro de los consejos consultores científicos de Bayer Healthcare AG, MSD, TEVA Women's Health Inc., Shionogi Limited, & Gedeon Richter. Ha recibido asignaciones de investigación de Shionogi Limited & Gedeon Richter.

S. J. Parish es miembro de los consejos consultores científicos de Allergen, AMAG, & Duchesnay Pharmaceuticals. Ha recibido honorarios como conferenciante de AMAG & Valeant Pharmaceuticals y actuado como asesor para Strategic Science Technologies. Ha recibido apoyo por escribir, sin compensación de Allergen & Pfizer Pharmaceuticals.

W. Wolfman ha estado en consejos consultores de Pfizer & Acerus. Ha recibido honorarios como conferenciante de Pfizer, Merck & Searchlight. Ha recibido asignación de Pfizer para entrenamiento e investigación.

## Fuente de financiamiento

Este documento fue apoyado por la Sociedad Internacional de Menopausia. S. R. Davis es un investigador principal Fellow Senior NHMRC (Asignación núm. 1135843).

## Referencias

1. Fooladi E, Bell RJ, Whittaker AM, Davis SR. Women's expectations and experiences of hormone treatment for sexual dysfunction. *Climacteric* 2014;17:674-81.
2. Tan HM, Marumo K, Yang DY, Hwang TI, Ong ML. Sex among Asian men and women the Global Better Sex Survey in Asia. *Int J Urol*. 2009;16:507-14.
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Publishing. 2013.
4. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, *et al*. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*. 2016;13:135-43.
5. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, *et al*. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016; 15:205-21.
6. Simon JA, Lukas VA. Distressing sexual function at midlife: unmet needs, practical diagnoses, and available treatments. *Obstet Gynecol*. 2017;130:889-905.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
8. Parish SJ, Goldstein AT, Goldstein SW, *et al*. Toward a more evidence-based nosology and nomenclature for female sexual dysfunctions. Part II. *J Sex Med*. 2016;13:1888-906.
9. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Sex Med Rev*. 2016;4:103-20.
10. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008;112:970-8.

11. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Prevalence and predictors of low sexual desire, sexually related personal distress, and hypoactive sexual desire dysfunction in a community-based sample of midlife women. *J Sex Med.* 2017;14:675-86.
12. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Hypoactive sexual desire dysfunction in community-dwelling older women. *Menopause.* 2017;24:391-9.
13. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med.* 2007;4:311-21.
14. Tunghpaisal S, Chandeying V, Sutthijumroon S, Krisanapan O, Udomratn P. Postmenopausal sexuality in Thai women. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol.* 1991;17:143-6.
15. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Women Health.* 2013;5:437-47.
16. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric.* 2012; 15:36-44.
17. Palacios S, Nappi RE, Bruyniks N, Particco M, Panay N; EVES Study Investigators. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric.* 2018;21:286-91.
18. Chua Y, Limpaphayom KK, Cheng B, et al. Genitourinary syndrome of menopause in five Asian countries: results from the Pan-Asian REVIVE survey. *Climacteric.* 2017;20: 367-73.
19. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357:762-74.
20. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA.* 2005;294: 91-6.
21. Wahlin-Jacobsen S, Pedersen AT, Kristensen E, et al. Is there a correlation between androgens and sexual desire in women? *J Sex Med.* 2015;12:358-73.
22. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas.* 2016;94:87-91.
23. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril.* 2001;76:456-60.
24. Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J Sex Med.* 2005;2:317-30.
25. Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, socio-economic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Arch Sex Behav.* 1994; 23:375-95.
26. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res.* 2004;13:933-46.
27. Blumel JE, Chedraui P, Baron G, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 2009;16:1139-48.
28. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric.* 2009;12:213-21.
29. Chedraui P, Perez-Lopez FR, Mezones-Holguin E, San Miguel G, Avila C, Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas.* 2011; 68:387-90.
30. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas.* 2016;87:49-60.
31. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* 2003; 32:193-208.
32. Fernandez-Alonso AM, Alcaide-Torres J, Fernandez-Alonso IM, Chedraui P, Perez-Lopez FR. Application of the 21-item

- Vulvovaginal Symptoms Questionnaire in postmenopausal Spanish women. *Menopause*. 2017;24:1295-301.
33. Levine KB, Williams RE, Hartmann KE. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause*. 2008;15:661-6.
  34. Leon P, Chedraui P, Hidalgo L, Ortiz F. Perceptions and attitudes toward the menopause among middle aged women from Guayaquil, Ecuador. *Maturitas*. 2007;57:233-8.
  35. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med*. 2009;6:2690-7.
  36. Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, Wheeler SB, Borisov NN, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. *Value Health*. 2009;12:763-72.
  37. Nappi RE, Verde JB, Polatti F, Genazzani AR, Zara C. Self-reported sexual symptoms in women attending menopause clinics. *Gynecol Obstet Invest*. 2002;53:181-7.
  38. Nappi RE, Albani F, Santamaria V, et al. Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas*. 2010;67:78-83.
  39. Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of sexual functioning among mid-life women. *Climacteric*. 2007;10:132-42.
  40. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, et al. Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2017;24:379-90.
  41. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*. 2012;15:419-29.
  42. Nackers LM, Appelhans BM, Segawa E, Janssen I, Dugan SA, Kravitz HM. Associations between body mass index and sexual functioning in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2015;22:1175-81.
  43. Jackson KL, Janssen I, Appelhans BM, et al. Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Arch Womens Ment Health*. 2014;17:177-87.
  44. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*. 2014;17:3-9.
  45. Portman DJ, Gass ML, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Climacteric*. 2014;17:557-63.
  46. Nappi RE, Kingsberg S, Maamari R, Simon J. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *J Sex Med*. 2013;10:2232-41.
  47. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016;19:188-97.
  48. Hunter MM, Nakagawa S, Van Den Eeden SK, Kuppermann M, Huang AJ. Predictors of impact of vaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause*. 2016;23:40-6.
  49. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. Boston, USA: Little, Brown; 1970.
  50. Althof S. Psychogenic impotence: treatment of men and couples. In: Leiblum SR, ed. *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York: Guilford Press; 1989:237-68.
  51. Pâquet M, Rosen N, Steben M, Mayrand M, Santerre-Baillargeon M, Bergeron S. Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodinia: associations with women's pain, women's sexual function and both partners' sexual distress. *J Pain*. 2018; 19:552-61.
  52. Smith K, Pukall C, Boyer S. Psychological and relational aspects of dyspareunia. In: Goldstein A, Pukall, C, Goldstein, I, eds. *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
  53. Dogan S, Dogan M. The frequency of sexual dysfunctions in male partners of women with vaginismus in a Turkish sample. *Int J Impot Res*. 2008;20:218-21.

54. Althof S, Turner L, Levine S, Bodner D, Kursh E, Resnick M. Through the eyes of women: the sexual and psychological responses of women to their partners' treatment with self-Injection or vacuum constriction therapy. *J Urol.* 1992;147:1024-7.
55. Fisher W, Rosen R, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: The Female Experience of Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (FEMALES) Study. *J Sex Med.* 2005;2:675-84.
56. Hobbs K, Symonds T, Abraham L, May K, Morris MF. Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. *Int J Impot Res.* 2008;20:512-17.
57. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems—HSDD in Europe. *J Sex Med.* 2007;4(Suppl 3):211-19.
58. Rosen RC, Maserejian NN, Connor MK, Krychman ML, Brown CS, Goldstein I. Characteristics of premenopausal and postmenopausal women with acquired, generalized hypoactive sexual desire disorder: the Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for women. *Menopause.* 2012;19:396-405.
59. Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol.* 2002;20:79-88.
60. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women. *Mayo Clin Proc.* 2018;93:467-87.
61. Cuerva MJ, Gonzalez D, Canals M, et al. The sexual health approach in postmenopause: the five-minutes study. *Maturitas.* 2018;108:31-6.
62. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis-D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): a brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Med.* 2009;6:730-8.
63. Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, et al. Distressing sexual problems in United States women revisited: prevalence after accounting for depression. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:1698-706.
64. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2012;9:1497-507.
65. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, et al. Female sexual health consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34:769-75.
66. Randolph JF, Jr, Zheng H, Avis NE, Greendale GA, Harlow SD. Masturbation frequency and sexual function domains are associated with serum reproductive hormone levels across the menopausal transition. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100:258-66.
67. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, et al. Hypoactive sexual desire disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 2017;92:114-28.
68. Wierman ME, Arlt W, Basson R, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99:3489-510.
69. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, et al. Female sexual dysfunction—medical and psychological treatments, Committee 14. *J Sex Med.* 2017;14:1463-91.
70. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause.* 2013;20:1284-300.
71. Goldstein I, Clayton AH, Goldstein AT, Kim NN, Kingsberg S. *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction: Diagnosis and Treatment.* Hoboken, NJ, USA: Wiley-Blackwell; 2018.
72. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13:538-71.
73. Brotto LA, Goldmeier D. Mindfulness interventions for treating sexual dysfunctions: the gentle science of finding focus in a multitask world. *J Sex Med.* 2015;12:1687-9.
74. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med.* 2008;5:1646-59.
75. Annon JS. The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 2015;2:1-15.



76. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, *et al.* Treatment of symptoms of the menopause: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015; 100:3975-4011.
77. Santen RJ, Stuenkel CA, Davis SR, Pinkerton JV, Gompel A, Lumsden MA. Managing menopausal symptoms and associated clinical issues in breast cancer survivors. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:3647-61.
78. Bouchard C, Labrie F, Archer DF, *et al.* Decreased efficacy of twice-weekly intravaginal dehydroepiandrosterone on vulvovaginal atrophy. *Climacteric.* 2015;18:590-607.
79. Bell RJ, Rizvi F, Islam MR, Davis SR. A systematic review of intravaginal testosterone for the treatment of vulvovaginal atrophy. *Menopause* 2017 Dec 28. doi: 10.1097/GME.0000000000001052. Epub ahead of print.
80. Cruz VL, Steiner ML, Pompei LM, *et al.* Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial for evaluating the efficacy of fractional CO2 laser compared with topical estriol in the treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Menopause.* 2018; 25:21-8.
81. Gambacciani M, Levancini M, Cervigni M. Vaginal erbium laser: the second-generation thermotherapy for the genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric.* 2015;18:757-63.
82. Gartoulla P, Worsley R, Bell RJ, Davis SR. Moderate-severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for 60-65 year old women. *Menopause.* 2015;22(7):694-701.
83. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Vasomotor and sexual symptoms in older Australian women: a cross-sectional study. *Fertil Steril* 2016;105:149-55.e141.
84. Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S. The Women's EMPOWER Survey: identifying women's perceptions on vulvar and vaginal atrophy and its treatment. *J Sex Med.* 2017;14:413-24.
85. Santoro N, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Davis SR. Role of estrogens and estrogen-like compounds in female sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13:305-16.
86. Davis SR, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Santoro N. Androgens and female sexual function and dysfunction—findings from the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med.* 2016;13:168-78.
87. Shifren J, Davis SR, Moreau M, *et al.* Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 study. *Menopause.* 2006; 13:770-9.
88. Davis SR. Cardiovascular and cancer safety of testosterone in women. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2011;18:198-203.
89. Alkatib AA, Cosma M, Elamin MB, *et al.* A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of DHEA treatment effects on quality of life in women with adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94:3676-81.
90. Elraiyah T, Sonbol MB, Wang Z, *et al.* Clinical review: The benefits and harms of systemic dehydroepiandrosterone (DHEA) in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99:3536-42.
91. Worsley R, Santoro N, Miller KK, Parish SJ, Davis SR. Hormones and female sexual dysfunction: beyond estrogens and androgens—findings from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med.* 2016;13:283-90.
92. Thorp J, Simon J, Dattani D, *et al.* Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the DAISY study. *J Sex Med.* 2012;9:793-804.
93. Derogatis LR, Komer L, Katz M, *et al.* Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET Study. *J Sex Med.* 2012;9:1074-85.
94. Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, *et al.* Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med.* 2013;10:1807-15.
95. Simon JA, Kingsberg SA, Shumel B, Hanes V, Garcia M, Jr, Sand M. Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the SNOWDROP trial. *Menopause.* 2014;21:633-40.
96. Segraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock J. Bupropion sustained release for



- the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24:339-42.
97. Fava M, Rush AJ, Thase ME, *et al.* 15 years of clinical experience with bupropion HCl: from bupropion to bupropion SR to bupropion XL. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2005; 7:106-13.
  98. Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon-Keller A, McGarvey EL. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:62-7.
  99. Landen M, Eriksson E, Agren H, Fahlen T. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychopharmacol.* 1999;19:268-71.
  100. Stahl SM. Targeting circuits of sexual desire as a treatment strategy for hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:821-2.
  101. Clayton AH, Althof SE, Kingsberg S, *et al.* Bremelanotide for female sexual dysfunctions in premenopausal women: a randomized, placebo-controlled dose-finding trial. *Womens Health (Lond).* 2016;12:325-37.
  102. Tuiten A, van Rooij K, Bloemers J, *et al.* Efficacy and safety of on-demand use of 2 treatments designed for different etiologies of female sexual interest/arousal disorder: 3 randomized clinical trials. *J Sex Med.* 2018; 15:201-16.
  103. Pyke R, Katz M, Segraves RT, Sitchon N. Phase IIa study of a proprietary combination of bupropion and trazodone for hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in premenopausal women: novel responder and remitter results [poster]. Presented at Annual Meeting of American Society of Clinical Psychopharmacology; Miami FL, USA; 22-25 June, 2015.

## Estrategias dietéticas para bajar de peso en mujeres de mediana edad

Krista A. Varady\*, PhD

A medida que las mujeres pasan por la menopausia, crece su riesgo de aumentar de peso. Los médicos generalmente recomendarán el cambio en la dieta como el primer paso hacia la pérdida de peso; pero ¿qué dietas funcionan mejor? En este escrito se revisa si ciertas terapias dietéticas son más efectivas que otras para facilitar la pérdida de peso en mujeres posmenopáusicas.

El riesgo de desarrollar obesidad aumenta durante la menopausia debido a la disminución de la producción de estradiol y de la tasa metabólica en reposo relacionada con la edad.<sup>1</sup> Un estilo de vida sedentario también contribuye al aumento de peso durante la menopausia. En la actualidad, aproximadamente el 40% de las mujeres posmenopáusicas de EE. UU. son obesas.<sup>2</sup> Los regímenes de dieta generalmente se recomiendan como tratamiento de primera línea para la pérdida de peso y la prevención del aumento de peso.

**Dietas bajas en grasa.** Tres ensayos controlados aleatorios (ECA) han evaluado los efectos de las dietas bajas en grasas para promover la pérdida de peso en mujeres posmenopáusicas. Los resultados de estos estudios demuestran que las dietas bajas en grasa son efectivas para perder peso después de 4 a 12 meses de tratamiento. Por ejemplo, en un estudio, las mujeres posmenopáusicas que eran obesas perdieron el 8,5% del peso corporal después de 12 meses de una dieta hipocalórica baja en grasa menos de 30% de grasa; consumo de energía diario total de 1.200-2.000 kcal según el peso inicial).<sup>3</sup> Asimismo, después de 8 meses de una dieta baja en grasas (15% de grasa), el peso se redujo en 7,7% en mujeres sanas posmenopáusicas que eran obesas.<sup>4</sup> La aplicación de esta dieta por períodos más

cortos (4 meses) también produce pérdida de peso.<sup>5</sup> En el ensayo «Hormonas sexuales y ejercicio físico»<sup>2</sup>, las mujeres posmenopáusicas que tenían sobrepeso y eran obesas se asignaron al azar a una dieta baja en grasas y con bajo contenido de grasa (20-35% de grasa; 500 kcal/d de déficit), ejercicio o control grupo. Después de 4 meses, las participantes perdieron el 6,1% del peso corporal inicial con la dieta. Las tasas de deserción se mostraron bajas, lo que sugiere que estas dietas fueron bien toleradas por las mujeres posmenopáusicas.

Solo un estudio hasta la fecha, el Estudio de modificación dietética de Women's Health Initiative, ha examinado si las dietas bajas en grasa son efectivas para el mantenimiento del peso en mujeres de mediana edad<sup>6</sup>. En este ECA, a 19.541 mujeres posmenopáusicas se les prescribió una dieta baja en grasas (20% de grasa), sin restricción de ingesta calórica, durante 7 años. El peso corporal disminuyó un 1,7% durante el primer año de intervención, y las participantes mantuvieron una pérdida de peso del 1,0% después de 7 años, en comparación con los controles. Estos hallazgos sugieren que un patrón de alimentación bajo en grasa puede ser eficaz para ayudar a las mujeres a prevenir el aumento de peso después de la menopausia.

**Dietas altas en proteínas.** Se ha demostrado que las dietas ricas en proteínas ayudan a retener la masa muscular durante la pérdida de peso. Tres ensayos hasta la fecha han examinado el efecto de la ingesta alta de proteínas durante la restricción de calorías en el peso corporal y la composición corporal en mujeres de mediana edad, en un ensayo de posmenopáusicas.

\* University of Illinois at Chicago. NAMS PRACTICAL PEARS

Las mujeres obesas fueron asignadas al azar a uno de tres grupos de dieta: una dieta hipocalórica alta en proteínas (1,2 g de proteína/kg de peso corporal; 30% de restricción de energía); una dieta hipocalórica baja en proteínas (0,8 g de proteína/kg de peso corporal; restricción de energía del 30%); o un grupo de control sin intervención.<sup>7</sup> Después de 6 meses, ambos grupos de intervención perdieron la misma cantidad de peso (aproximadamente el 10%); sin embargo, el grupo alto en proteínas perdió la mitad de la masa muscular que el grupo bajo en proteínas. La pérdida de masa muscular (un determinante clave de la tasa metabólica en reposo) puede resultar en una reducción de la tasa metabólica, lo que puede hacer que mantener la pérdida de peso sea un desafío.

Estos resultados están respaldados por los de otro ensayo que demostró una pérdida de peso promedio de aproximadamente el 10% con un alto contenido en proteínas (30% de proteínas; 400 kcal/d de déficit) y un bajo contenido de proteínas (15% de proteínas; 400 kcal/d dieta deficitaria) en mujeres posmenopáusicas.<sup>8</sup> El grupo bajo en proteínas perdió el doble de masa muscular en comparación con el grupo alto en proteínas.

En un estudio de 3 meses, la pérdida de peso también fue similar (aproximadamente el 10%) cuando se comparó un régimen alto en proteínas (30% de proteínas; déficit de 750 kcal/d) con un régimen bajo en proteínas (18% de proteínas; 750 kcal/D déficit) en mujeres posmenopáusicas obesas.<sup>9</sup>

En conjunto, estos hallazgos sugieren que las dietas altas en proteínas y bajas en proteínas son igualmente efectivas para facilitar la pérdida de peso en mujeres posmenopáusicas, pero las dietas altas en proteínas pueden ser más efectivas para la preservación de la masa muscular. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las dietas ricas en proteínas dieron como resultado una menor densidad mineral ósea (DMO)<sup>9</sup> y también evitaron mejoras inducidas por la pérdida de peso en la sensibilidad a la insulina.<sup>7</sup> Estos efectos metabólicos negativos deben tenerse en cuenta antes de recomendar dietas de pérdida y un alto peso proteico para mujeres posmenopáusicas que son obesas.

**Dietas de ayuno en días alternos.** Los protocolos de ayuno en días alternos han ganado popularidad como regímenes para perder peso. Este régimen generalmente implica un «día de ayuno» en el que uno podría consumir aproximadamente 500 calorías como almuerzo o cena, alternado con un «día de fiesta» en el que se puede consumir alimentos *ad libitum* sin restricciones en los tipos o cantidades de alimentos. En un estudio de 6 meses de ayuno en días alternos, las mujeres posmenopáusicas perdieron el doble de peso que las premenopáusicas<sup>10</sup>.

Más específicamente, las mujeres posmenopáusicas perdieron el 11% del peso corporal al final del estudio en comparación con las mujeres premenopáusicas que perdieron el 5% de su peso corporal. La adherencia al protocolo de ayuno también fue mucho mayor en las mujeres posmenopáusicas, lo que probablemente contribuyó a su éxito en la pérdida de peso. Este estudio también mostró que la DMO no se vio afectada negativamente por el ayuno. Aunque los resultados son limitados, estos datos preliminares sugieren que los regímenes de ayuno podrían ser una opción viable para perder peso en las mujeres de mediana edad.

**Regímenes comparados.** Los hallazgos de los ECA muestran que las dietas hipocalóricas bajas en grasa, las dietas hipocalóricas ricas en proteínas y los protocolos de ayuno en días alternos producen una pérdida de peso clínicamente significativa (6-10%) después de 4 a 12 meses de tratamiento en mujeres posmenopáusicas. La tasa de pérdida de peso fue similar para cada una de estas dietas. La adherencia fue alta en la mayoría de los estudios, lo que sugiere que las dietas son igualmente bien toleradas. Las dietas ricas en proteínas tienen el beneficio adicional de retener la masa muscular durante los períodos de pérdida de peso, lo que puede ayudar a mantener la tasa metabólica basal y promover el mantenimiento del peso a largo plazo. Sin embargo, se demostró que las dietas altas en proteínas previenen las mejoras inducidas por la pérdida de peso en la sensibilidad a la insulina, lo que podría ser perjudicial para la salud metabólica a largo plazo. Además, las dietas ricas en proteínas deben recomendarse con precaución porque se ha demostrado que promueven la disminución de la DMO.

### **Direcciones de futuras investigaciones.**

Hasta la fecha, pocos ECA han evaluado la eficacia de las terapias dietéticas para promover la pérdida de peso en mujeres posmenopáusicas. Aunque se han realizado docenas de estudios en mujeres premenopáusicas, muy pocos se han centrado exclusivamente en mujeres de mediana edad. Se justifica más investigación en este grupo de mujeres. También será necesario determinar si otros tipos de dietas son efectivos para el control del peso en mujeres posmenopáusicas (dietas bajas en carbohidratos, dietas mediterráneas, dietas con carga glucémica y dietas veganas/vegetarianas). Aunque la mayoría de las dietas son efectivas para la pérdida de peso a corto plazo, el éxito a largo plazo generalmente es deficiente. Por consiguiente, es importante investigar qué dietas son más efectivas para el mantenimiento del peso a largo plazo en este grupo de población. Los ensayos futuros en esta área deben examinar qué terapias dietéticas se incorporan más fácilmente en los estilos de vida de las mujeres posmenopáusicas para promover el control del peso a largo plazo.

**Consideraciones prácticas.** La efectividad de cualquier dieta se debe a la ingesta calórica diaria promedio y al cumplimiento de la dieta en lugar de a la composición de la dieta. El ejercicio (150-250 minutos/semana a intensidad moderada) y las modificaciones de comportamiento (establecimiento de objetivos, autocontrol y control de estímulos) también desempeñan funciones importantes en el mantenimiento de la pérdida de peso. Como punto de partida, las mujeres posmenopáusicas deben consultar a un dietista o conductista especializado en el control de peso. También se recomienda encarecidamente unirse a programas para perder peso (en línea o en persona) como Jenny Craig o Weight Watchers.

### **Referencias**

1. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, et al; Writing Group of the International Menopause Society for World Menopause Day 2012. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric* 2012;15:419-29.
2. Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. *Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011-2014*. NCHS data brief, no 219. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2015. [www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db219.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db219.pdf). Accessed November 13, 2017.
3. Foster-Schubert KE, Alfano CM, Duggan CR, et al. Effect of diet and exercise, alone or combined, on weight and body composition in overweight-to-obese postmenopausal women. *Obesity* 2012;20:1628-38.
4. Mueller-Cunningham WM, Quintana R, Kasim-Karakas SE. An ad libitum, very low-fat diet results in weight loss and changes in nutrient intakes in postmenopausal women. *J Am Diet Assoc* 2003;103:1600-06.
5. van Gemert WA, van der Palen J, Monnikhof EM, et al. Quality of life after diet or exercise-induced weight loss in overweight to obese postmenopausal women: the SHAPE-2 randomised controlled trial. *PloS One* 2015;10:e0127520.
6. Howard BV, Manson JE, Stefanick ML, et al. Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years: the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. *JAMA* 2006; 295:39-49.
7. Smith GI, Yoshino J, Kelly SC, et al. High-protein intake during weight loss therapy eliminates the weight-loss-induced improvement in insulin action in obese postmenopausal women. *Cell Rep* 2016;17:849-61.
8. Gordon MM, Bopp MJ, Easter L, et al. Effects of dietary protein on the composition of weight loss in post-menopausal women. *J Nutr Health Aging* 2008;12:505-9.
9. Campbell WW, Tang M. Protein intake, weight loss, and bone mineral density in postmenopausal women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010;65:1115-22.
10. Barnosky A, Kroeger CM, Trepanowski JF, et al. Effect of alternate day fasting on markers of bone metabolism: an exploratory analysis of a 6-month randomized controlled trial. *Nutr Healthy Aging*. In press.

## Láser CO2 fraccionado vulvar y vaginal. Tratamientos para el síndrome genitourinario menopáusico

**Lauren F. Streicher, MD**

*(Northwestern Medicine Center for Sexual Medicine and Menopause, Chicago, Illinois)*

Muchos proveedores de atención médica ofrecen a las mujeres tratamientos con el láser de CO2 fraccionado para una gran variedad de problemas ginecológicos, incluido el síndrome genitourinario de la menopausia (GSM). Debido a que los datos existentes son limitados, proporcionar orientación es un desafío. Esta comunicación aborda lo que sabemos y no sabemos sobre el uso del láser de CO2 fraccionado para el tratamiento de GSM.

La menopausia y otros estados hipostrogénicos provocan sequedad, inflamación y adelgazamiento de la vagina y del tracto urinario inferior. La irritación vulvovaginal, la disminución de la lubricación, el dolor durante la actividad sexual y los síntomas urinarios como la frecuencia, las infecciones recurrentes de la vejiga y la disuria ocurren en más del 40% de las mujeres posmenopáusicas.<sup>1</sup> Muchas mujeres sintomáticas informan que su calidad de vida se ha visto afectada negativamente.

Desde 2014, el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) es el término preferido que abarca los signos y síntomas asociados con la deficiencia de estrógenos.<sup>2</sup> Aunque la terapia local con estrógenos, el ospemifeno sistémico y la prasterona (dehidroepiandrosterona vaginal) está probada como tratamiento efectivo y seguro para la SGM, solo el 7% de las mujeres afectadas tratan sus síntomas.<sup>3</sup> Muchas mujeres son advertidas o creen que los tratamientos establecidos no son seguros. Otras prefieren no usar la intervención farmacológica a largo plazo y buscar opciones alternativas. Algunas mujeres, a pesar del uso de estrógenos vaginales locales, continúan sintomáticas porque el vestíbulo y el introito no están adecuadamente estrogenizados. El número de mujeres que reciben tratamiento para estos síntomas es aún

menor en las sobrevivientes de un cáncer ginecológico o de mama.

El láser de CO2 ha estado disponible durante años como un método para reducir las arrugas faciales, eliminar tatuajes y tratar una gran cantidad de afecciones de la piel. Esta tecnología se ha utilizado en ginecología durante más de 30 años para el tratamiento de afecciones ginecológicas que incluyen condilomas y neoplasia intraepitelial del tracto genital inferior y endometriosis. Todos los láseres de CO2 emiten un haz infrarrojo invisible que se dirige al agua intracelular y extracelular. Cuando la energía de la luz láser es absorbida por el tejido que contiene agua, la superficie de la piel (o lesión) se vaporiza. En contraste con los láseres de CO2 convencionales, el láser de CO2 fraccional utilizado para tratar SGM no elimina la superficie. Los dispositivos de radiofrecuencia a menudo se confunden o colocan en la misma categoría que el láser de CO2 fraccional. El mecanismo de acción no es equivalente, y ninguna literatura científica apoya el uso de la radiofrecuencia para el tratamiento de SGM.

En 2014, la FDA aprobó el láser de CO2 fraccional para «incisión, escisión, ablación, vaporización y coagulación de los tejidos blandos del cuerpo (no específicamente la vagina) en especialidades médicas estéticas (dermatología y cirugía plástica) y ginecología».

**Mecanismo de acción.** El mecanismo de acción es similar en todos los tejidos tratados con el láser fraccional de CO2. Los haces de luz fraccionados (divididos) penetran en las áreas del tejido para crear pequeñas heridas en el epitelio y la lámina propia subyacente. Hay suficiente energía para que también se trate el «tejido preservado» lateral. El tratamiento se



limita a la mucosa y la lámina propia. Herir el tejido estimula la remodelación y regeneración del colágeno. El examen histológico y general de la mucosa vaginal 8 semanas después del tratamiento final demuestra la restauración del epitelio superficial, las arrugas y la lubricación, y no se puede distinguir del tejido estrogenizado<sup>5</sup>.

En un ensayo no controlado apoyado por el fabricante de 30 mujeres (edad media, 58,6 años) con SGM, se realizaron tres tratamientos con láser fraccional con 6 semanas de diferencia. Con el seguimiento 12 semanas después del tratamiento final, se informaron mejoras significativas en la sequedad, la dispareunia, el dolor, el ardor, la picazón y la disuria. Se informó que el 96% de las mujeres estaban satisfechas o extremadamente satisfechas; y el 83% demostró un aumento en el tamaño cómodo del dilataador.<sup>6</sup> Estos hallazgos fueron consistentes con los informados en un estudio europeo no controlado de 40 supuestas sobrevivientes de cáncer de mama, menopáusicas, con síntomas sugestivos de SGM, que se sometieron a cinco aplicaciones de láser durante un período de 5 meses. A las 20 semanas de seguimiento, las participantes informaron una mejoría significativa en los síntomas de SGM así como una mejor función sexual. Un informe no controlado basado en 30 mujeres con vejiga hiperactiva observó la eficacia del láser en el tratamiento de la urgencia, las quemaduras y las infecciones recurrentes del tracto urinario.

**Evaluación preoperatoria y protocolo.** La evaluación del tratamiento previo no solo de los tejidos vulvares y vaginales, sino también del suelo pélvico y los órganos pélvicos es crítica (y se omite con demasiada frecuencia), porque no toda la dispareunia en las mujeres menopáusicas es causada por cambios genitales atróficos. Una vez que se establezca el diagnóstico de SGM, se debe asesorar a las mujeres sobre la seguridad y eficacia de los tratamientos establecidos, incluidos los lubricantes, los humectantes de acción prolongada, los productos locales de estrógeno vaginal, la prasterona y el ospemifeno. Las infecciones genitales activas, el embarazo, el prolapso más allá del himen, el historial de cirugía pélvica reconstructiva con malla y el historial de cicatrización de heridas dañadas son contraindicaciones para la terapia con láser.

Para las mujeres con un introito severamente contraído, se dispone de una sonda delgada.

El tratamiento de los tejidos vaginales y vulvares se realiza en un entorno de oficina y dura aproximadamente 10 minutos. Se aplica crema de lidocaína al 2,5% y prilocaína al 2,5% sobre el introito y la vulva durante 5 a 10 minutos y luego se retira antes del tratamiento. No se requiere ninguna otra anestesia. Una sonda con forma de tubo de 10 cm de largo y 2,3 cm de diámetro se coloca en la vagina, se gira a intervalos de 20 grados alrededor de la circunferencia vaginal y se retira a intervalos de 1 cm, utilizando entre 40 y 60 heridas ablativas pequeñas (dependiendo de la longitud de la vagina) para tratar todo el canal vaginal. Luego se usa una sonda externa plana para tratar el introito, el vestíbulo y la vulva, según sea necesario. Un protocolo basado en la experiencia clínica incluye tres tratamientos espaciados a intervalos de 6 semanas. Se recomienda a la mujer que evite las relaciones sexuales durante las 24 horas posteriores a cada tratamiento; pero puede reanudar inmediatamente todas las demás actividades, incluido el uso de estrógeno vaginal.

**Duración de la eficacia.** La duración de los efectos del tratamiento con láser es incierta. Sin embargo, los estudios de seguimiento a 12 meses demuestran la persistencia del efecto del tratamiento.<sup>9</sup> Hay un seguimiento único de 24 meses en 102 mujeres que informa una mejoría del 84% de los síntomas molestos<sup>10</sup>. Sin datos de respaldo, las compañías que comercializan los láseres recomiendan un tratamiento anual de «refuerzo».

**Precauciones.** Hasta la fecha, no se han notificado problemas significativos de seguridad o reacciones adversas en estudios observacionales, en informes de casos o a fabricantes de dispositivos. El estudio con 102 participantes informó sobre tres mujeres con infecciones urinarias posteriores al tratamiento y flujo vaginal.<sup>10</sup> Las observaciones anecdóticas sugieren que estos eventos pueden reflejar una mayor actividad sexual después del tratamiento en lugar de una consecuencia directa del láser. Dos mujeres con hemorragia posmenopáusica se reportaron en el mismo ensayo, ambas con biopsias endometriales tranquilizadoras.

+El láser de CO2 es un dispositivo médico, no cosmético, y no debe utilizarse para rejuvenecimiento o ajuste vaginal. El láser de CO2 tampoco está indicado para el tratamiento de la incontinencia por estrés o problemas de salud sexual no asociados con atrofia.

El dolor persistente posterior al tratamiento requiere una evaluación para descartar otras causas de dispareunia, como disfunción del piso pélvico de tono alto o vaginismo secundario a años de dolor sexual. A menudo se requieren modalidades como la terapia física del suelo pélvico y la terapia con dilatadores. La terapia sexual también es un complemento útil.

Dada la importante necesidad no satisfecha del tratamiento del doloroso SGM, y a pesar de la limitada eficacia disponible y los datos de seguridad, algunos han aceptado la terapia con láser como un tratamiento alternativo para las mujeres que lo prefieren o para aquellas en quienes no es recomendado el uso de la terapia farmacológica. Se debe informar a las pacientes que consideran el tratamiento con láser para SGM que, hasta la fecha, este tratamiento no se ha estudiado adecuadamente y que se anticipan ensayos clínicos en curso para aclarar los riesgos y beneficios. También es importante tener en cuenta que los tratamientos con láser actualmente no están cubiertos por el seguro y, por lo tanto, se puede incurrir en importantes gastos de bolsillo.

## Referencias

1. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas* 2010;67:233-8.
2. Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause* 2014;21:1063-8.
3. Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S. The women's EMPOWER survey: identifying women's perceptions on vulvar and vaginal atrophy and its treatment. *J Sex Med* 2017;14:413-24.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists, the American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Position statement: Fractional laser treatment of vulvovaginal atrophy and US Food and Drug Administration clearance. [www.acog.org/Resources-And-Publications/Position-Statements/Fractional-Laser-Treatment-of-Vulvovaginal-Atrophy-and-US-Food-and-Drug-Administration-Clearance](http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Position-Statements/Fractional-Laser-Treatment-of-Vulvovaginal-Atrophy-and-US-Food-and-Drug-Administration-Clearance). May 2016. Accessed October 2, 2017.
5. Zerbinati N, Serati M, Origion, M, et al. Microscopic and ultrastructural modifications of postmenopausal atrophic vaginal mucosa after fractional carbon dioxide laser treatment. *Lasers Med Sci* 2015;30:429-36.
6. Sokol ER, Karram MM. An assessment of safety and efficacy of fractional CO2 laser system for the treatment of vulvovaginal atrophy *Menopause* 2016;23:1102-7.
7. Leone Roberti Maggiore U, Parma M, Candiani M, Salvatore S. Microablative fractional CO2 laser for vulvovaginal atrophy in women with a history of breast cancer [abstract]. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;22:S100. Abstract 255.
8. Perino A, Cucinella G, Gugliotta G, et al. Is vaginal fractional CO2 laser treatment effective in improving overactive bladder symptoms in post-menopausal patients? Preliminary results. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2016;20:2491-7.
9. Sokol ER, Karram MM. Use of a novel fractional CO2 laser for the treatment of genitourinary syndrome of menopause: 1-year outcomes. *Menopause* 2017;24:810-4.
10. Behnia-Willison F, Sarraf S, Miller J, et al. Safety and long-term efficacy of fractional CO2 laser treatment in women suffering from genitourinary syndrome of menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;213:39-44.

## Conflicto de intereses

El Dr. Streicher reporta ser de la junta asesora para Valeant.

## No es hora de abandonar el uso de terapias locales de hormonas vaginales

Los médicos que atienden a mujeres menopáusicas están familiarizados con el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), anteriormente conocido como atrofia vulvovaginal, una afección progresiva que afecta la función sexual y la calidad de vida. Aunque la SGM afecta hasta al 45% de las mujeres de mediana edad y mayores, la mayoría de las personas con esta afección no se diagnostican ni se tratan.<sup>1</sup>

El estrógeno representa un regulador clave de la fisiología vaginal. Las disminuciones en los estrógenos asociados con la menopausia desempeñan un papel central en la fisiopatología de la SGM. La aparición de SGM sintomática en mujeres premenopáusicas con estados hipostrogenómicos, incluida la lactancia y el uso de agonistas de la GnRH, subraya el papel central que desempeña el estrógeno en el mantenimiento de la función vaginal normal.

Los lubricantes vaginales de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) que se usan con la actividad sexual y los humectantes vaginales que se usan de forma rutinaria varias veces por semana pueden proporcionar cierto alivio de los síntomas de SGM.<sup>1</sup>

En marzo de 2018, un informe publicado en JAMA Internal Medicine describió los resultados de un ensayo doble ciego a corto plazo (3 meses) financiado por los NIH que asignó al azar a mujeres con síntomas sugestivos de SGM a estos tres grupos: 1) comercializado actualmente 10 µg tabletas de estradiol más gel vaginal de placebo, 2) tabletas vaginales de placebo más un gel humectante vaginal comercializado actualmente o 3) tabletas de placebo más gel de placebo.<sup>2</sup> El resultado primario del ensayo se relacionó con la severidad informada del síntoma más molesto de los participantes, que fue definido al reclutamiento.

En las 302 mujeres asignadas al azar, el dolor con penetración representó el síntoma más común (MBS en inglés) (informado por el 69% de

las participantes), seguido de sequedad (21%). Se observó una pequeña reducción en el MBS con todos los tratamientos. Ni las tabletas de estradiol vaginal ni la crema hidratante comercializada reducen el MBS más que el gel placebo. Del mismo modo, las participantes informaron una mejoría en la función sexual que fue similar en aquellas que fueron asignadas al azar a estradiol versus gel placebo, así como a aquellas asignadas al azar a un gel hidratante versus placebo.

Como señalaron los autores, su ensayo difiere de otros en que emplearon placebo en lugar de crema o tabletas de placebo. Especulan que el uso de gel placebo puede ayudar a explicar la respuesta sustancial al placebo observada en este ensayo. El ensayo tuvo poca potencia para los criterios de valoración subjetivos descritos, mientras que los objetivos y la satisfacción de la paciente con el tratamiento para el que se administró el ensayo favorecieron a todos los comprimidos vaginales de estradiol.

Un mensaje para llevar de este estudio, que es consistente con la guía actual de la North American Menopause Society (NAMS)<sup>1</sup>, es que el uso de lubricantes y humectantes de venta libre representa una terapia de primera línea apropiada para mujeres con síntomas de SGM. Los editorialistas, sin embargo, llegaron a la conclusión de que, en lugar de usar estrógenos vaginales, «las mujeres posmenopáusicas que experimentan síntomas vulvovaginales deben elegir el humectante o lubricante más barato, disponible, sin receta».<sup>3</sup>

Tan pronto como el informe de esta prueba salió a la luz, aparecieron mensajes engañosos en la web. Por ejemplo, el 19 de marzo de 2018, un informe sobre este ensayo publicado en el sitio web MedPage Today titulado «El estradiol vaginal ofrece poca ayuda para los síntomas de la menopausia».<sup>4</sup> Según los hallazgos de este ensayo a corto plazo, algunos clínicos y mujeres concluirán que ese uso del estrógeno vaginal,

que después de todo es a menudo costoso y sumido en las controversias que rodean la terapia hormonal sistémica, debe abandonarse. Sin embargo, nuestra interpretación del ensayo y las perspectivas clínicas son diferentes.

Una comprensión de la etiología de esta afección común subraya el papel clave desempeñado por el estrógeno. Numerosos ensayos publicados a más largo plazo (12 meses) de mujeres con SGM sintomático han demostrado sistemáticamente la superioridad de los estrógenos vaginales con respecto al placebo en el manejo de los síntomas, así como su seguridad.<sup>5</sup> Un solo ensayo clínico a corto plazo y con poca potencia no anula un gran cuerpo de la evidencia previa, y el uso de estrógenos vaginales de dosis bajas o la dehidroepiandrosterona intravaginal más nueva (DHEA) no deben abandonarse para el manejo de SGM.

El síndrome genitourinario de la menopausia es una condición progresiva. Se puede encontrar una respuesta temprana con lubricantes y humectantes, y NAMS recomienda probar estos agentes primero. Pero, si estos productos de venta libre no tienen éxito, ya sea inicialmente o con el tiempo, las pruebas sólidas de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo más largos (duración de un año) respaldan la eficacia y la seguridad de los estrógenos vaginales de dosis bajas y la DHEA intravaginal, incluida la mejora en el MBS de dispareunia y la sequedad vaginal. A largo plazo, los resultados para nuestras pacientes con SGM sintomático que no responden adecuadamente a los productos de venta libre aumentarán si el tratamiento incluye estrógenos vaginales locales de baja dosis o DHEA intravaginal u ospemifeno oral cuando sea apropiado.

Debido a la importancia de este tema para los miembros de NAMS y otros, este resumen se proporciona a través de un esfuerzo de colaboración entre el Dr. Andrew Kaunitz, el Dr. JoAnn Manson y yo.

JoAnn V. Pinkerton, MD, NCMP

Director ejecutivo de la North American Menopause Society

## Referencias

1. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013;20(9):888-902.
2. Mitchell CM, Reed SD, Diam S, et al. Efficacy of vaginal estradiol or vaginal moisturizer vs placebo for treating postmenopausal vulvovaginal symptoms: a randomized clinical trial [published online ahead of print March 19, 2018]. *JAMA Intern Med*.
3. Huang AJ, Grady D. Rethinking the approach to managing postmenopausal vulvovaginal symptoms [published online ahead of print March 19, 2018]. *JAMA Intern Med*.
4. Monaco K. Vaginal estradiol offers little help for postmenopausal symptoms—moisturizer no better than placebo gel, either. *MedPage Today*. March 19, 2018. <https://www.medpagetoday.com/obgyn/hrt/71840>. Accessed March 29, 2018.
5. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD001500.



## Tamizaje de cáncer de cérvix. Desde y hasta cuándo

Hay una escasez de evidencia empírica para informar la edad en la que se debe detener el tamizaje del cáncer cervical. La edad recomendada para interrumpir el examen generalmente varía entre los 50 y los 70 años en todo el mundo. Sin embargo, la incidencia de cáncer cervical y la mortalidad siguen siendo altas en las mujeres mayores. Utilizamos un modelo de cribado de cáncer cervical de Markov para estimar el riesgo de cáncer de cuello uterino a lo largo de la vida a diferentes edades y con diferentes exámenes de detección de salida, con el objetivo de informar las recomendaciones de la edad en que se debe detener el cribado del cáncer cervical en los países desarrollados.

Para este estudio de modelación, desarrollamos un modelo de transición de estado (Markov) de la historia natural y la detección del cáncer cervical. Desarrollamos, calibramos y validamos nuestro modelo utilizando registros provinciales *canadienses* y datos de encuestas. Para simular una población estructurada por edad en el modelo, una nueva cohorte de 236 564 mujeres (una quinta parte de la población de mujeres *canadienses* de 20 a 24 años en 2012) ingresó al modelo cada año y se modeló sucesivamente en paralelo. Cohortes sucesivas ingresaron al modelo a la edad de 10 años, creando una población estructurada por edad de mujeres de 10 a 100 años. Las mujeres que se sometieron a una histerectomía total fueron excluidas de los análisis. Calibramos nuestro modelo a la infección por virus del papiloma humano (VPH) y la incidencia de cáncer con datos de Statistics Canada, que recopila los datos de 13 registros provinciales individuales. Elegimos un modelo de neoplasia intraepitelial cervical progresiva de tres etapas para incluir las diferencias en el manejo y las decisiones de tratamiento según la gravedad de la lesión. Modelamos infecciones con cuatro grupos de VPH de alto riesgo: HPV16 y HPV18; HPV31, HPV33, HPV45, HPV52 y HPV58; HPV35, HPV39, HPV51, HPV56, HPV59, HPV66 y

HPV68; y un grupo genérico de otros VPH potencialmente oncogénicos. Estimamos a 5 años, 10 años y el riesgo de cáncer de cérvix restante en la vida para las mujeres de edad avanzada no vacunadas que dejaron de realizar el examen a diferentes edades y se sometieron a diferentes exámenes de detección.

### Recomendaciones

La incidencia de cáncer cervical, excluyendo a las mujeres con histerectomías, subestimó la incidencia del cáncer cervical en mujeres con cuello uterino hasta en un 71% en mujeres de 80 a 84 años. Nuestro modelo predijo que las mujeres sin vacunación contra el VPH que nunca fueron examinadas tienen un riesgo de por vida de cáncer de cuello uterino de 1 en 45 (intervalo de percentil del 95% 1 en 32 a 1 en 64). La adherencia perfecta (100% de las mujeres examinadas) al examen de citología cada 3 años entre los 25 y los 69 años de edad podría reducir el riesgo de cáncer de cérvix de por vida a una de cada 532 mujeres (95% de intervalo 1 en 375 a 1 en 820) sin vacunación contra el VPH. El aumento de la edad a la que las mujeres detuvieron el examen de citología de 55 a 75 años condujo a disminuciones incrementales en el riesgo de cáncer en el futuro. Una mujer de 70 años de edad cuyo historial de detección era desconocido tenía un riesgo de por vida restante promedio de 1 en 588 (<1%; intervalo de percentil del 95% 1 en 451 a 1 en 873) si interrumpía la evaluación. Su riesgo de vida restante a la edad de 70 años se redujo a 1 en 1206 (reducción de 2 · 0 veces; intervalo de percentil del 95% 1 en 942 a 1 en 1748) si se le realizó una prueba de citología negativa, 1 en 6525 (12 · 9 veces reducción; intervalo de percentil del 95% 1 en 3167 a 1 en 18 664) si tuvo una prueba de VPH negativa, y 1 en 9550 (18,1 veces reducción; intervalo de percentil del 95% 1 en 4928 a 1 en 23 228) si tuvo un co-test negativo para citología y VPH.

## **Interpretación**

Las reducciones del riesgo de cáncer de cuello uterino podrían lograrse mediante la detección con citología hasta los 75 años, aunque con rendimientos decrecientes. Una prueba de VPH

oncogénica de salida negativa o una prueba de VPH más citología se correlaciona con un bajo riesgo de cáncer de cuello uterino de por vida para mujeres no vacunadas con un cuello uterino después de los 55 años de edad.

# Índice de artículos volumen 24

	Pág.	Número
<b>EDITORIAL</b>		
Medicina de precisión	6	1
Doctor, are you listen to me?	6	2
Los alimentos orgánicos y cáncer	6	3
Uso de aspirina para prevenir ECV en el adulto mayor	5	4
<b>INVESTIGACIÓN ORIGINAL</b>		
Eficacia del reparo de la procidencia genital completa en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas quirúrgicamente	21	1
Evaluación de la calidad de vida en mujeres climatéricas con prolapso genital luego del uso del pesario	7	4
<b>ARTÍCULO DE REVISION</b>		
Anticonceptivos orales y enfermedad tromboembólica venosa	8	1
Ovario androgénico: obesidad y resistencia a la insulina	8	2
Insuficiencia ovárica prematura	8	3
<b>ACTUALIDAD INMEDIATA</b>		
Genética y enfermedad de Alzheimer	26	1
Mamografía de detección para mujeres de riesgo promedio		
Posición de diferentes Sociedades Científicas	18	2
Detección de cáncer de cuello uterino. Declaración de la Recomendación de la US Preventive Services Task Force	22	2
Consenso. Parte I		
Guías para evaluación y tratamiento de depresión perimenopáusica: recomendaciones	19	3
Consenso. Parte II		
Guías para evaluación y tratamiento de depresión perimenopáusica: recomendaciones	19	4
Bienestar sexual después de la menopausia: documento técnico de la Sociedad Internacional de la Menopausia	27	4
<b>MENOPAUSIA AL DÍA</b>		
La incontinencia urinaria en mujeres mayores puede augurar disminución en el equilibrio y en el rendimiento físico	32	1
Asociación significativa entre la vida reproductiva más corta y la enfermedad cardiovascular en mujeres	35	1
La terapia con estradiol después de la menopausia protege la cognición y la memoria contra el estrés: ELITE	38	1

	<b>Pág.</b>	<b>Número</b>
Tratamientos vaginales con láser de CO2 fraccional para el síndrome genitourinario de la menopausia	40	1
Efecto de la vitamina D sobre la variabilidad de la presión arterial en mujeres hipertensas premenopáusicas y menopáusicas en el área de Blida (Argelia)	43	1
Consumo de frutas y verduras y el riesgo de osteoporosis posmenopáusica: un metanálisis de estudios observacionales	44	1
Salud vaginal: ideas, puntos de vista y actitudes (VIVA-LATAM): resultados de una encuesta en América Latina	45	1
Beneficios y seguridad de la proteína dietética para la salud ósea: documento de consenso de expertos respaldado por la Sociedad Europea de Aspectos Clínicos y Económicos de Osteoporosis, Osteoartritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y por la Fundación Internacional de Osteoporosis	46	1
Efectos de las tabletas de estradiol vaginal y crema hidratante sobre la calidad de vida y el estado de mujeres posmenopáusicas sanas con síntomas vaginales: un ensayo clínico aleatorizado	47	1
Síntomas vasomotores en mujeres mayores de 60 años: resultados del Registro de Datos sobre Experiencias de Envejecimiento, Menopausia y Sexualidad (DREAMS)	48	1
La terapia con estrógeno solo y la incidencia invasiva de cáncer de mama por dosis, formulación y vía de administración: hallazgos del estudio observacional WHI	49	1
La suplementación de vitamina D revierte el daño del ADN y el acortamiento de los telómeros causados por la ovariectomía en el hipocampo de ratas Wistar	50	1
Prevalencia de disfunción sexual en un grupo de mujeres mexicanas pre y posmenopáusicas	51	1
Artículos escogidos por el editor jefe del journal Menopause	54	1
Estradiol transdérmico y progesterona micronizada para prevenir depresión	24	2
Gordon JL, Rubinow DR, Eisenlohr-Moul TA, Xia K, Schmidt PJ, Girdler SS.	24	2
Anticoncepción hormonal y cáncer: ¿Cómo debemos aconsejar a nuestros pacientes?	28	2
Ovarios bioartificiales en ratas como alternativa de la terapia hormonal tradicional	31	2
Selecciones del editor de Menopausia para Marzo de 2018	34	2
La terapia hormonal en la menopausia es neutral en la mortalidad por todas las causas a largo plazo	38	3
Cápsulas de estrógenos más progesterona ayudan a los SVM. Estudio REPLENISH	40	3
Sangrado posmenopáusico como estrategia de detección temprana de cáncer de endometrio	43	3
USPSTF actualizó las recomendaciones para la detección del cáncer de cuello uterino	45	3
Mujeres premenopáusicas que van a ooforectomía bilateral tienen más riesgo de enfermedad renal crónica	46	3
A las mujeres con ataques cardíacos les va mejor con médicas mujeres	47	3
Alimentos orgánicos disminuyen la incidencia de cáncer	48	3
Estrategias dietéticas para bajar de peso en mujeres de mediana edad	48	4
Láser CO2 fraccionado vulvar y vaginal. Tratamientos para el síndrome genitourinario menopáusico	51	4



**PERLAS**

Sobrepeso y obesidad asociados a muchos cánceres, incluyendo de mama, de ovario y endometrial	52	1
Terapia hormonal un año después del primer año después de RRSO tiene efectos benéficos en mujeres premenopáusicas	53	1
Los profesionales de la salud deben preguntarles a las mujeres sobre la sexualidad durante las consultas ginecológicas de rutina	35	2
Tratamiento farmacológico para incontinencia urinaria de urgencia también mejora vejiga hiperactiva y trastornos del sueño	36	2
Papel predominante del receptor de estrógeno nuclear a frente a la membrana a en la protección arterial: implicaciones para la modulación del receptor de estrógeno a en la prevención/seguridad cardiovascular	37	2
Metabolismo óseo, densidad y geometría en mujeres posmenopáusicas con insuficiencia de vitamina D: una comparación transversal de los efectos de niveles elevados de paratiroides	38	2
La sincronización del tratamiento con estradiol cíclico afecta diferencialmente la cognición en hembras envejecidas de monos Rhesus <sup>39</sup>	2	
Nivel de vitamina D y actividades de la vida diaria en octogenarios: estudio transversal	40	2
Peso corporal y metabolismo óseo/calcio. Agentes reductores de glucosa y riesgo de fractura	41	2
Ocurrencia de síntomas climatéricos en mujeres posmenopáusicas después de una ovariectomía bilateral profiláctica	42	2
Progresión de la fragilidad y la prevalencia de osteoporosis en una cohorte comunitaria de mujeres mayores: un estudio longitudinal de 10 años	43	2
Detección de osteoporosis para prevenir fracturas: Declaración de recomendación del Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.	44	2
Tamizaje para prevenir fracturas osteoporóticas: Informe de evidencia actualizado y revisión sistemática para el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.	45	2
Riesgo de eventos de tromboembolismo venoso en mujeres posmenopáusicas que usan terapia hormonal oral versus no oral: una revisión sistemática y un metaanálisis	47	2
No es hora de abandonar el uso de terapias locales de hormonas vaginales	54	4
Tamizaje de cáncer de cérvix. Desde y hasta cuándo	56	4

**DISCUSIÓN DE CASOS**

Carcinoma de endometrio y TH	52	3
Menopausia prematura	55	3
Artículos seleccionados por el editor en jefe de «menopausia»	58	3 0

# Índice de autores

	Pág.	Número		Pág.	Número
A. H. Clayton	27	4	Gustavo Gómez Tabares	8	1
Akesson KE.	43	2	Gustavo Gómez Tabares	8	2
Alekna V	40	2	Gustavo Gómez Tabares	6	1
Arbyn M	43	3	Gustavo Gómez Tabares	6	2
Archer DF	40	3	Gustavo Gómez Tabares	6	3
Au Yeung SL	38	3	Gustavo Gómez Tabares	8	3
Bakkum-Gamez JN	43	3	Gustavo Gómez Tabares	5	4
Barry MJ	44	2	Hadine Joffe	19	3
Baxter MG	39	2	Hadine Joffe	19	4
Benjamin Allès	48	3	Hannafor PC	28	2
Berkman N	45	2	Hess R	36	2
Bislev LS	38	2	Holm M	38	3
Bliss-Moreau E	39	2	Hoover Orozco Gallego	21	1
Brodowski J	42	2	Hristina K. Koleva	19	3
Buscato M	37	2	Hristina K. Koleva	19	4
Canals M	35	2	Huang AJ	36	2
Carnahan S	47	3	Huang L	47	3
Casanova GK	47	2	Inoue D	41	2
Caughey AB	44	2	Iversen L	28	2
Ciecwiez S	42	2	J. A. Simona	27	4
Clarke MA	43	3	Joyce T. Bromberger	19	3
Claudio N. Soares	19	3	Joyce T. Bromberger	19	4
Claudio N. Soares	19	4	Julia Baudry	48	3
Cuerva MJ	35	2	Jurczak A	42	2
Cullen K	45	2	Kagan R	40	3
Curry SJ	45	3	Kahwati LC.	45	2
Davidson KW	44	2	Karakiewicz B	42	2
Del Mar Morillo A	43	3	Karen E. Assmann	48	3
Denis Lairon	48	3	Katherine Bahamon Flórez	8	1
Diana Melissa Rengifo Rodríguez	8	2	Kattah AG	46	3
Ellen W. Freeman	19	3	Khaled Ezzedine	48	3
Ellen W. Freeman	19	4	Kilaite J	40	2
Emmanuelle Kesse-Guyot	48	3	Krist AH	45	3
Favre J	37	2	Krist AH	44	2
Fielding S	28	2	Krista A. Varady	48	4
Fighera TM	47	2	Laszczynska M	42	2
Franklin José Espitia de la Hoz	21	1	Lauren F. Streicher	51	4
Franklin José Espitia de la Hoz	7	4	Leah H. Rubin	19	3
Garovic VD	46	3	Leah H. Rubin	19	4
Gazzuola Rocca L	46	3	Lee S. Cohen	19	3
Geena Athappilly	19	3	Lee S. Cohen	19	4
Geena Athappilly	19	4	Lidegaard Ø.	28	2
Gonzalez D	35	2	Lilian Orozco Santiago	21	1
Greenwood BN	47	3	Liliana Hurtado	8	3
Grimaud L	37	2	Lobo RA	40	3
Grochans E	42	2	Long BJ	43	3
Grossardt BR	46	3	Louise Seconda	48	3
Guihot AL	37	2	Mastaviciute A	40	2
Guivarc'h E	37	2	Mathilde Touvier	48	3

	<b>Pág.</b>	<b>Número</b>		<b>Pág.</b>	<b>Número</b>
McGuigan FE	43	2	S. E. Althof	27	4
McQuilling JP	31	2	S. J. Parish	27	4
Melhem NJ	37	2	S. R. Davis	27	4
Middleton JC	45	2	Santistevan AC	39	2
Mørch LS	28	2	Saul JM	31	2
Morrison JH.	39	2	Serge Hercberg	48	3
Nicholson WK	45	2	Sikjær T	38	2
Olsen A	38	3	Sittadjody S	31	2
Owens DK	44	2	Skovlund CW	28	2
P. Chedraui	27	4	Smith CY	46	3
Paule Latino-Martel	48	3	Spritzer PM.	47	2
Pauline M. Maki	19	3	Susan G. Kornstein	19	3
Pauline M. Maki	19	4	Susan G. Kornstein	19	4
Pilar Galan	48	3	Tamulaitiene M.	40	2
R. E. Nappi	27	4	Vessières E	37	2
Ramos RB	47	2	Viswanathan M	45	2
Reddy S	45	2	W. Wolfman	27	4
Rejnmark L.	38	2	Wakim J	37	2
Roberto L. Díaz Díaz	8	1	Warsi QA	36	2
Rocca WA. CKD	46	3	Watanabe R	41	2
Rødbro LL	39	2	William V. Bobo	19	3
Rovinski D	47	2	William V. Bobo	19	4
S. A. Kingsberg	27	4	Wilmar Saldarriaga	8	3

# Índice de palabras clave

	Pág.	Número
Antidepresivos	20	3
Calidad de vida	21	1
Calidad de vida	7	4
Cirugía	21	1
Climaterio	7	4
Depresión	20	3
Diafragma pélvico	21	1
Disfunción sexual femenina	27	4
Estrógeno	20	3
Función sexual femenina	27	4
Menopausia	20	3
Menopausia	7	4
Menopausia	27	4
Orgasmo	7	4
Perimenopausia	20	3
Pesarios	7	4
Prolapso uterino	21	1
Psicoterapia	20	3
Sexualidad	21	1
Sexualidad	7	4
Síntomas depresivos	20	3



## CONGRESOS

### CONGRESOS DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

IV CONGRESO FEDERACIÓN LATINA DE ENDOCRINOLOGÍA  
GINECOLÓGICA, FLEG Y III CONGRESO COLOMBIANO  
DE ENDOCRINOLOGÍA  
GINECOLÓGICA Y REPRODUCTIVA ACEGYR

del 15 al 17 de noviembre del 2019  
Cartagena, Colombia

NUTRACEUTICALS EUROPE 2019

del 27 al 28 de febrero de 2019  
Madrid, España

6TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON FOOD DIGESTION

del 02 al 04 de abril de 2019  
Granada, España

### CONGRESOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

XIII CONGRESO COLOMBIANO DE MENOPAUSIA

del 21 al 23 de marzo de 2019  
Pereira, Colombia

17 JORNADA MÉDICO BIENAL

del 04 al 08 de marzo de 2019  
México DF, México

DIATROS 12 MEJORANDO LA SALUD DE LA MUJER

del 03 al 05 de abril de 2019  
Barcelona, España