

SEXUALIDAD Y SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Eva Iglesias Bravo	María Isabel Valdivia Jiménez	14/02/2024
Jesús C. Presa Lorite	Pedro La Calle Marcos	Fecha revisión
		27/02/24

INDICE

1. Epidemiología
2. Síntomas y signos
3. Diagnóstico
4. Afectación del SGUM a la esfera sexual
5. Tratamiento
6. Medicina regenerativa y funcional en ginecología
7. Consejo sexual

BIBLIOGRAFÍA

1. EPIDEMIOLOGÍA

1.a. Definición

El término “Síndrome genitourinario de la menopausia” (SGUM) sustituye al clásico de atrofia vulvovaginal o atrofia genital y fue propuesto por la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS) en 2014. Es un término más amplio, ya que incluye los efectos de la menopausia en vagina, vulva, vías urinarias y suelo pélvico. El SGUM se define como las consecuencias a nivel urogenital del descenso de esteroides sexuales (estrógenos y andrógenos) tras la menopausia, caracterizándose por cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales en esta área.

1.b. Frecuencia

Su frecuencia es difícil de determinar ya que no se suele diagnosticar en todos los casos, así que la cifra de prevalencia es dispar en los distintos estudios. Se considera de un 38-66% de mujeres tras la menopausia, y hasta un 90% en la mujer española en el estudio EVES (*The European Vulvovaginal Epidemiological Survey*)

2. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas y signos son los derivados de la disminución de la acción de esteroides sexuales sobre genitales y tracto urinario.

2.a. Síntomas

Picor, ardor, escozor, incomodidad, dispareunia, sequedad genital y vaginal, vaginosis bacteriana, disuria, urgencia miccional, mayor frecuencia de infecciones del tracto urinario, mayor tendencia al prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria de esfuerzo entre otros.

2.b. Signos

A nivel vulvar, podemos objetivar disminución del vello, resorción de labios menores, pérdida de turgencia de los mayores, resorción del clítoris, estenosis de introito y uretra prominente. A nivel vaginal, observamos la mucosa más pálida, con pérdida de los pliegues, menos elástica, más friable y dolorosa a la exploración, ocasionales petequias y con menor lubricación.

3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, basándose en anamnesis y exploración física.

3.a. Anamnesis

Historia médica completa y síntomas, incluyendo preguntas sobre las posibles dificultades sexuales que pueda tener la paciente y situaciones que puedan agravarlas como la toma de determinados fármacos o patologías. Fundamental tener una actitud proactiva por nuestra parte.

3.b. Exploración física

Objetivaremos los signos antes mencionados a nivel del área urogenital. Con estos hallazgos, podremos establecer los índices de salud vulvar y vaginal (tablas 1 y 2 respectivamente)

Tabla 1. ÍNDICE DE SALUD VAGINAL

Puntuación	1	2	3	4	5
Elasticidad	Ausente	Escasa	Aceptable	Buena	Excelente
Volumen de flujo	Ausente	Escaso	Capa fina en la superficie	Capa moderada	normal
pH	>6.1	5.6-6	5.5-5.1	4.7-5	<4.6
Integridad epitelio	Petequias espontáneas	Sangra al menor contacto	Sangra al rascado	Epitelio no friable	Normal
Humedad	Ausente, superficie inflamada	Ausente, superficie normal	Mínima	Moderada	Normal

- Puntuaciones inferiores a 15 corresponden a atrofia
- Fuente: : Bachman G. Urogenital ageing: and old problema newly recognised. *Maturitas* 1995; 22 (suppl): S1-S5

Tabla 2. ÍNDICE DE SALUD VULVAR

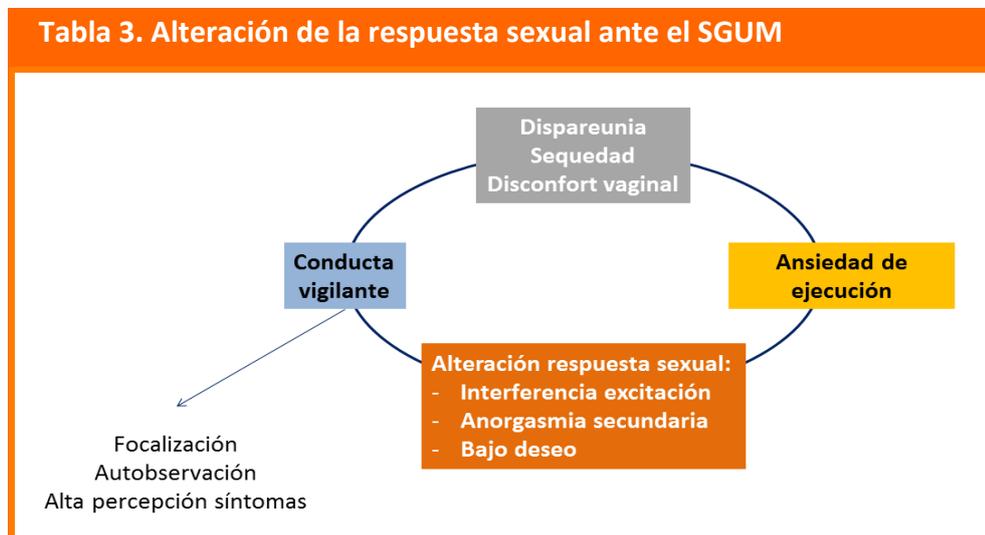
Puntuación	Normal (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Severo (3)
Labios mayores y menores	Normal	Pérdida leve	Pérdida moderada	Pérdida leve o desaparición
Clítoris	Tamaño normal	Disminución leve tamaño	Disminución moderada tamaño	Disminución severa tamaño o indetectable
Vestíbulo y elasticidad	Normal	Disminución o estenosis leve	Disminución o estenosis moderada	Disminución o estenosis severa
Color	Normal	Palidez leve	Palidez moderada	Palidez severa
Molestias y dolor	No	Leve durante coito	Moderado durante coito	Severo durante coito

- Puntuaciones: 0-5 corresponde a atrofia leve; 5-10 moderada y >10 corresponde a atrofia severa
- Fuente: : Palacios et al. Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perception. *Climacteric* 2020; 2017: 55-6

4. AFECTACIÓN DEL SGUM A LA ESFERA SEXUAL

El SGM y la menopausia, unidos al envejecimiento natural, pueden repercutir negativamente sobre la autoestima, la salud y la imagen corporal de la mujer, lo que puede afectar a su actividad sexual y su calidad de vida. Uno de los síntomas más frecuentes es la dispareunia derivada de la menor lubricación y pérdida de elasticidad en la vagina y vestíbulo vaginal (más frecuente). Esta dispareunia conlleva:

- **Auto-observación en las relaciones sexuales:** la mujer focaliza su atención en el dolor en lugar de otras sensaciones placenteras que ocurren en el encuentro sexual, lo cual a la larga va a afectar a otras fases de la respuesta sexual como la excitación, el orgasmo y el deseo sexual.
- **Conductas evitativas hacia los encuentros sexuales:** si la mujer no siente placer durante los encuentros sexuales, es lógico pensar que va a tratar de distanciarlos o no mantenerlos. En este caso además, puede producirse un distanciamiento entre los miembros de la pareja debido a la falta de comunicación e información sobre los sentimientos hacia el otro y la sensación de “rechazo” que puede sentir la otra persona.



Además de repercutir negativamente en la autoestima, lo cual puede afectar a la imagen sexual de la mujer por el sentimiento de envejecimiento, la sequedad vaginal y la pérdida de elasticidad puede provocar dispareunia. A largo plazo, este “malestar” durante las relaciones sexuales, va a repercutir negativamente sobre otras fases de la respuesta sexual como la excitación y el orgasmo, con lo que finalmente se va a ver afectado el deseo sexual. Todo esto, puede afectar negativamente a la vida

sexual de la mujer, pero también a su relación de pareja si no existe una adecuada comunicación entre los miembros.

5. TRATAMIENTO

El abordaje debe realizarse de forma global, tratando los síntomas, proporcionando un adecuado consejo sexual y dirigir a la paciente a terapia sexológica y/o de pareja si lo consideramos necesario.

5.a. Medidas generales

Cualquier medida que mejore los parámetros metabólicos y la microvascularización de la zona genital será útil en el tratamiento del SGUM.

- Dieta saludable, evitar sobrepeso
- Ejercicio físico moderado y regular.
- Evitar tabaco y alcohol, ambos intensifican los síntomas del SGUM
- Mantener una vida sexual activa con o sin pareja. Aumenta el flujo sanguíneo mejorando elasticidad y lubricación vaginal.
- Ejercicios de Kegel, aun sin prolapso ni incontinencia urinaria. Mejorará el tono de la vagina, educa la capacidad para su relajación, fortalece suelo pélvico y disminuye los síntomas del SGUM.

5.b. Hidratantes, lubricantes y probióticos (tratamientos OTC o sin prescripción médica)

Son la PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO (Evidencia IA), si:

- Los síntomas son leves.
- Existe contraindicación para el tratamiento hormonal.
- La paciente se niega a usar estrógenos.

Usados también como coadyuvantes de otros tratamientos.

Hidratantes

Se absorben y adhieren a la mucosa vaginal imitando secreciones naturales. Consiguen reducir la sequedad y restaurar el PH con una eficacia similar a los estrógenos locales, aunque no revierten las alteraciones de la maduración epitelial como hacen los estrógenos.

La base es agua, con polímeros sintéticos, vegetales y otros excipientes que mantiene el PH ácido, como el fisiológico y baja osmolaridad (< 380 mOsm/Kg)

Las hidratantes con ácido hialurónico, han mostrado buenos resultados en estudios frente a placebo. El ácido hialurónico es capaz de acumular hasta 1000 veces su peso en agua para liberarla luego progresivamente, protege, regenera y favorece la cicatrización del epitelio vaginal.

Pauta: Su efecto dura 2-3 días. Se podrían aplicar incluso diariamente en función a la intensidad de los síntomas.

Inconvenientes: requieren constancia. Coste.

Lubricantes

Indicados si hay sequedad/dispareunia al mantener relaciones, sin otros síntomas. Se pueden aplicar en vagina, vulva, pene de la pareja, juguetes sexuales...

Recomendables con base acuosa, evitando oleosos o con silicona. Se aplicarán con PH entre 3,8 y 4,5 para aplicación vaginal y de 5,5 a 7 para aplicación ano-rectal.

La osmolaridad debe ser baja < de 380 mOsm/kg, para evitar irritación y daño tisular.

5.c. Tratamiento farmacológico local

Tratamiento con estrógenos locales (TEL)

Las dosis bajas de estrógenos administrados localmente, son el tratamiento de primera línea, en pacientes con síntomas moderados o severos de SGUM y en ausencia de síntomas vasomotores (Evidencia IA). Si estos se presentan, prescribiríamos tratamiento hormonal de la menopausia si fuera posible, que también tendría efecto sobre el SGUM.

Su efecto es fundamentalmente local, aumentan vascularización y elasticidad en vulva y vagina. Disminuyen la sequedad y acidifican el PH, restableciendo la microbiota vaginal y mejorando la dispareunia. A su vez protegen el epitelio uretral, disminuyendo los síntomas de urgencia miccional, nicturia y las infecciones urinarias de repetición.

Su absorción sistémica es muy baja a las dosis comercializadas, con escasos efectos secundarios y prácticamente nulo efecto en endometrio.

Estradiol, estriol o promestrieno en sus distintas presentaciones, han demostrado ser igualmente seguros y eficaces.

Se recomienda iniciar el tratamiento lo más precozmente

Prasterona

Biológicamente idéntica a la Dehidroepiandrosterona endógena (DHEA). Precursor inactivo de estrógenos y andrógenos, necesita 17 β hidroxigenasa para activarse.

Indicación para síntomas moderados a severos de SGUM, en ausencia de clínica vasomotora.

Su mecanismo de acción, se puede explicar con el concepto de “señal intracrina”, transforman precursor inactivo de DHEA en esteroides sexuales activos, que actúan en las mismas células donde se producen y posteriormente se inactivan. Es decir, su efecto es LOCAL y no sistémico

Ha mostrado actividad estrogénica y androgénica en las 3 capas de la vagina, en vulva y clítoris. Aumenta grosor y mucificación del epitelio, con aumento de receptores de estrógenos y andrógenos. Mejora la perfusión tisular y el recambio de colágeno.

Tiene un efecto específico, estimulando la neurotransmisión en terminaciones nerviosas. Por lo que no sólo disminuye la sequedad y dispareunia, también mejora todas las fases de la respuesta sexual femenina, gracias a su efecto androgénico local.

Prasterona, se presenta en óvulos de 6,5 mg, de administración diaria, al acostarse. La mejoría se hará evidente a las dos semanas de tratamiento. De entrada, no hay límite en la duración de su uso.

Su eficacia y seguridad han sido evaluadas en 4 estudios en Fase III, aleatorizados y a doble ciego, demostrando la mejoría clínica e histológicamente de los síntomas del SGUM.

No modifica endometrio.

Se están haciendo estudios de seguridad en mujeres con cáncer de mama. De momento, es prudente no indicarlo en estas pacientes.

En su ficha técnica europea, aparecen las mismas alertas de seguridad y contraindicaciones que en la TEL.

5.d. Ospemifeno

El ospemifeno es el primer fármaco vía oral con indicación para el SGUM. Pertenece a la familia de los SERMs (moduladores selectivos de los receptores de estrógenos), con actividad agonista en hueso y esfera urogenital, neutro en endometrio y antagonista en la mama.

Indicado para el tratamiento del SGUM moderado-grave en mujeres postmenopáusicas que no desean realizar un tratamiento local, que tienen contraindicación para el uso de tratamientos hormonales o que tienen dificultad para la aplicación de un tratamiento local.

Ha demostrado ser eficaz en la mejora de los parámetros objetivos asociados al SGUM en cuanto a los síntomas y signos, mejorando también todas las fases de la respuesta sexual a las 4 y 12 semanas del tratamiento. Mejora también los síntomas vestibulares y relacionados con el suelo pélvico.

Se administra en forma de comprimidos diarios de 60 mg. Es el único fármaco permitido en mujeres con antecedente de cáncer de mama una vez finalizado el tratamiento adyuvante, incluyendo el tratamiento hormonal.

Inconvenientes: coste.

6. MEDICINA REGENERATIVA Y FUNCIONAL EN GINECOLOGÍA

La aplicación de este campo emergente, trata de dar respuesta a un gran número de pacientes que, o no pueden usar el tratamiento estándar, o no han conseguido beneficios con él.

El objetivo es reparar o regenerar células o tejidos para restaurar su función.

Dada la falta de estudios inicialmente, la FDA, emitió un comunicado en 2018, indicando la cautela en el uso de los dispositivos médicos basados en la energía para el tratamiento de los síntomas del SGUM.

5.a. Láser

Los tipos de láser más utilizados son el de gas CO₂ y el de Erbio. Se basan en la vaporización del agua intracelular de las células diana (fibroblastos) sin dañar los tejidos circundantes. Su efecto es la renovación de la capa colágena, la estimulación de la reepitelización y la mejora de la vascularización y angiogénesis local.

En la actualidad existen diversos estudios que han demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento del SGUM, mejorando signos y síntomas asociados (vaginales, urinarios y sexuales).

Pueden tener su indicación en mujeres que rechazan otro tipo de alternativa de tratamiento o que tienen contraindicación, como mujeres con antecedente de cáncer hormonodependiente o cáncer de mama en tratamiento activo.

Sus inconvenientes son el coste, que precisa sesiones de mantenimiento y la falta de estudios diseñados a largo plazo.

5.b. Radiofrecuencia

Su efecto es similar al del láser, aunque basado en la energía térmica liberada por ondas electromagnéticas. La evidencia es aun limitada, aunque los estudios muestran eficacia y seguridad en el tratamiento del SGUM. Sus indicaciones y contraindicaciones, así como los inconvenientes, podrían ser equiparables a los del láser.

5.c. Tratamientos inyectables

Dada su evidencia limitada, aunque con resultados favorables en series de casos, no se puede realizar una recomendación para su inclusión en protocolos de tratamiento. Existen dos opciones:

- Ácido hialurónico inyectable: aplicación en consulta de 1 ml de ácido hialurónico de alto peso molecular por debajo de la mucosa de la cara posterior de la vagina. Su efecto tiene una duración limitada, basándose en la hidratación y regeneración de los tejidos. Escasos efectos secundarios y contraindicaciones. Seguridad limitada.
- Plasma rico en plaquetas (PRP): puede mejorar la dispareunia a través de la neoangiogénesis local. Evidencia limitada en cuanto a eficacia y seguridad.

7. CONSEJO SEXUAL

Además de los tratamientos “médicos” el abordaje global de este problema debe incluir el consejo sexual, que consiste en un proceso de diálogo centrado en un problema, cuyo objetivo es proporcionar información sobre el mismo y mejorar la actitud del paciente en cuanto a este problema que contribuya a la resolución del mismo.

Para ello es fundamental mantener una actitud proactiva hacia la paciente, así como realizar preguntas relacionadas con su sexualidad en consulta. Es importante generar un entorno adecuado donde exista privacidad, un clima de confianza, no exista vergüenza ni prejuicios y se cree una situación óptima para llevar a cabo este diálogo.

A grandes rasgos, este proceso consta de 4 fases superponibles entre sí:

1. Información: consiste en una anamnesis adecuada sobre las dificultades sexuales y los posibles factores que puedan influir en su génesis o mantenimiento (toma de fármacos, patologías concomitantes, SGUM, problemas de pareja....). Por otro lado, debemos intentar cambiar y corregir mitos y/o creencias erróneas en cuanto a la sexualidad tras la menopausia y proporcionar información sobre las distintas alternativas terapéuticas disponibles.
2. Actuación sobre factores modificables:
 - a. Tratamiento de afecciones orgánicas que puedan afectar la esfera sexual: diabetes mellitus, hiperlipemia, SGUM....
 - b. Modificación de hábitos de vida: hábitos de vida saludables
 - c. Modificación de fármacos: alternativas terapéuticas posibles ante fármacos que puedan afectar a la esfera sexual (antidepresivos, betabloqueantes, etc)
3. Fomentar la relación sexual como fuente de salud y bienestar, proporcionando recursos para:
 - a. Presentar una actitud más positiva y realista ante la sexualidad actual
 - b. Mayor tolerancia ante la frustración y los problemas desdramatizando los mismos

- c. Desgenitalizar, descoitalizar y desfinalizar los encuentros sexuales: promover el disfrute de las sensaciones sobre otras zonas del cuerpo, mantener encuentros sexuales sin necesidad de penetración y disfrutar del encuentro sin que el objetivo necesario y único sea el orgasmo
4. Trabajo en pareja: promover una adecuada comunicación entre los miembros, tanto sobre los posibles problemas como sobre gustos y sensaciones, fomentar la corresponsabilidad hacia las dificultades sexuales, estimular la creatividad proporcionando distintos recursos que puedan ayudar a mejorar la erótica de los miembros (juguetes sexuales, literatura erótica, películas, etc), y valorar posibles aspectos en la relación que puedan afectar negativamente a la sexualidad de la pareja.

BIBLIOGRAFIA

- Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, Iglesias E, Jaimes J, Mallafré A, Manubens M, Puy J, Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Palacios S. Síndrome genitourinario de la menopausia, MenoGuía AEE. Primera edición 2020
- Johnston SL. Pelvic floor dysfunction in midlife women. *Climacteric*. 2019. Jun; 22(3):270-276
- Palacios S, Cancelo MJ, Castelo Branco C, Llana P, Molero F, Borrego RS. Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perception. *Climacteric*. (2017) 20:55–61
- 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 Jun;21(3):286-291.