



INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY

CLIMACTERIC

THE JOURNAL OF ADULT WOMEN'S HEALTH & MEDICINE

Reimpresión de
Climacteric. 2017;20(1):55-61

**La atrofia vulvovaginal desde el punto de vista de las
participantes españolas en el estudio REVIVE: percepciones
sobre los síntomas, el manejo y el tratamiento**

**S. Palacios, M. J. Cancelo, C. Castelo Branco, P. Llana,
F. Molero y R. Sanchez Borrego**



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perceptions
Palacios et al. *Climacteric*. 2017 Feb;20(1):55-61.

© 2017 Taylor & Francis Group

While every effort has been made to ensure that the contents of this publication are factually correct, neither the authors nor the publisher accepts, and they hereby expressly exclude to the fullest extent permissible under applicable law, any and all liability arising from the contents published in this Journal, including, without limitation, or for any errors, omissions, inaccuracies in original or following translation, or for any consequences arising therefrom. Nothing in this notice shall exclude liability that may not be excluded by law. Approved product information should be reviewed before prescribing.

ES-MSD-SHG-15617-DA

ARTÍCULO ORIGINAL

La atrofia vulvovaginal desde el punto de vista de las participantes españolas en el estudio REVIVE: percepciones sobre los síntomas, el manejo y el tratamiento

S. Palacios^a, M. J. Cancelo^b, C. Castelo Branco^c, P. Llana^d, F. Molero^e y R. Sanchez Borrego^f

^aInstituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer, Madrid, España; ^bServicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España; ^cInstituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínic-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Universitat de Barcelona, Barcelona, España; ^dServicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España; ^eInstitut de Sexologia de Barcelona, Barcelona, España; ^fDIATROS Diagnósticos y Tratamientos Avanzados S.L.P, Barcelona, España.

RESUMEN

Objetivos: Comprender mejor el conocimiento actual sobre la atrofia vulvovaginal (AVV) de las mujeres posmenopáusicas de España.

Métodos: Se llevó a cabo una encuesta online (REVIVE) en cuatro países europeos; la muestra total correspondiente a España fue de 768 participantes. Se describieron las percepciones, experiencias y necesidades de las mujeres posmenopáusicas españolas en cuanto a la salud sexual y vaginal.

Resultados: La sequedad vaginal fue el síntoma de la AVV más frecuente en las participantes de España (81%). La intensidad de los síntomas notificados por las mujeres posmenopáusicas tendió a ser similar o peor que al inicio de los síntomas, especialmente el síntoma más molesto, la dispareunia (80%). Los síntomas de AVV repercutieron en la capacidad para gozar de las relaciones sexuales de las participantes españolas (75%), la relación con sus parejas (67%) y la espontaneidad sexual (66%). Aunque un 71% de las participantes que tenían pareja (83%) eran sexualmente activas, su deseo sexual se redujo un tercio a consecuencia de la AVV. Las mujeres esperaban que los médicos dieran el primer paso para preguntarles sobre los síntomas menopáusicos, pero esto solo ocurrió en raras ocasiones. Los tratamientos administrados fueron en su mayor parte por vía vaginal y sin prescripción (en el momento de realizar el estudio un 62% utilizaba productos que no requerían receta). Las mujeres posmenopáusicas que habían comentado sus síntomas con el médico tenían el doble de probabilidades de recibir tratamiento (66% vs. 33%) que aquellas que no lo habían hecho. En las participantes españolas se observó un bajo cumplimiento terapéutico, que ellas mismas justificaron por no presentar unos síntomas lo suficientemente molestos (22%), haberse reducido los síntomas (21%), incapacidad para revertir los cambios vaginales (15%) y por el precio del tratamiento (13%). Casi la mitad de las participantes tratadas actualmente con estrógenos de prescripción manifestaron estar satisfechas con la terapia. Hubo un acuerdo en que la principal limitación de todos los tratamientos era la incapacidad para restaurar las condiciones naturales de la vagina. También se observó que el precio de los productos que no requieren receta es un motivo de preocupación importante para las mujeres posmenopáusicas españolas.

Conclusión: La AVV sigue estando infradiagnosticada e infratratada en España, a pesar de su elevada frecuencia y su impacto significativo en la calidad de vida. Dado que la satisfacción de las pacientes con los tratamientos disponibles sigue siendo deficiente, el hecho de comentar los síntomas y tratamientos de una forma efectiva con el médico podría mejorar el manejo de estos.

HISTORIA DEL ARTÍCULO

Recibido el 29 de junio de 2016
Revisado el 11 de octubre de 2016

Aceptado el 16 de noviembre de 2016

Publicado online el 30 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Atrofia vulvovaginal; dispareunia; encuesta REVIVE; España; mujeres posmenopáusicas; relaciones sexuales; sequedad vaginal; tratamiento

Introducción

Una consecuencia relativamente habitual de la reducción de los niveles de estrógenos tras la menopausia es la atrofia vulvovaginal (AVV), que produce síntomas en un 50% del total de mujeres posmenopáusicas¹⁻⁶. El grupo de síntomas de la AVV incluye la pérdida de la elasticidad vaginal, sequedad, disminución de la lubricación, irritación y dispareunia. A pesar del impacto de la AVV en la población europea envejecida de mujeres posmenopáusicas⁷, en muchos casos se desconoce la situación de diagnóstico clínico y tratamiento de la paciente, lo que supone un impacto significativo sobre la calidad de vida de las mujeres^{8,9}.

La ausencia de diagnóstico se cree que es una consecuencia de la reticencia y/o vergüenza de las pacientes a la hora de relatar sus síntomas a los profesionales de la salud (PS)¹⁰⁻¹², junto con las dificultades para tratar este tema delicado durante las consultas de rutina con los PS¹³. El infradiagnóstico e infratratamiento del trastorno provocan su cronicidad, progresión de la enfermedad y una afectación considerable de la vida cotidiana¹⁴, a pesar de que actualmente existan opciones terapéuticas como los compuestos hidratantes y lubricantes tópicos no hormonales de venta sin receta (OTC) y los tratamientos hormonales de prescripción a base de estrógenos, ya sean sistémicos o de administración local por vía vaginal³. Además

de la infradetección de la enfermedad, las preocupaciones expresadas tanto por las mujeres como por los PS respecto a la seguridad a largo plazo de los productos que contienen estrógenos^{15,16} son un tema importante que tiene una gran repercusión sobre el cumplimiento del tratamiento de las pacientes y la eficacia del tratamiento.

En los últimos años se han realizado varias encuestas en mujeres posmenopáusicas de distintas culturas, a fin de incrementar el conocimiento del impacto de la AVV en cohortes actuales de posmenopáusicas de diferentes orígenes geográficos^{8,13,17-21}. Los datos obtenidos sugieren que los síntomas de la AVV tienen un efecto negativo global sobre la salud, la satisfacción y el comportamiento sexual de las mujeres posmenopáusicas, incluso al tener en cuenta factores de confusión debidos a la población y a la heterogeneidad cultural, como la observada en Europa²².

El objetivo de este análisis *post-hoc* de la encuesta EU REVIVE (*REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes in Europe* – Punto de vista en la vida real de las mujeres europeas sobre las opciones de tratamiento de los cambios vaginales menopáusicos) fue comprender mejor el conocimiento sobre el problema de la atrofia vulvovaginal (AVV) entre las mujeres españolas después de la menopausia, además de conocer sus experiencias y necesidades en cuanto a salud sexual y vaginal y sus actitudes actuales respecto a las interacciones con los PS. Estimamos que este enfoque podría ayudar a plantear mejores estrategias clínicas y terapéuticas sobre algunas ideas equivocadas y ciertas creencias extendidas relativas a los tratamientos que contienen estrógenos para la AVV, que con gran frecuencia afectan al cumplimiento de los tratamientos médicos de la AVV en España^{4,23}.

Métodos

Se llevó a cabo una entrevista online en cuatro países europeos (Italia, Alemania, España y Gran Bretaña) siguiendo la metodología original de la encuesta US REVIVE. El estudio europeo (EU) REVIVE incluyó en total una cohorte de 3.768 mujeres posmenopáusicas (menopausia natural o inducida quirúrgicamente, con edades comprendidas entre 45 y 75 años) que presentaban como mínimo un síntoma de AVV. En España, de un total de 6.785 mujeres que accedieron inicialmente a la encuesta, se incluyeron en el análisis 768 que mostraban síntomas de AVV; eran demográficamente representativas de las principales regiones geográficas españolas (Norte: 15%, Mediterránea: 35%, Centro: 35%, Sur e islas: 15%).

Se tradujo la encuesta original US REVIVE, adaptándola culturalmente para su uso en los cuatro países del estudio EU REVIVE. El cuestionario online completo fue aprobado por los correspondientes comités éticos acreditados. Se informó de los procedimientos del estudio a las participantes en la encuesta, que otorgaron su consentimiento informado en todos los casos. La cumplimentación de la última versión europea de la

encuesta REVIVE duraba alrededor de 35 min; su diseño se testó teniendo en cuenta un margen de error de un 3,1%, con un intervalo de confianza del 95%. La invitación para participar se envió a mujeres posmenopáusicas con un síntoma de AVV como mínimo tras el inicio de la menopausia (población diana) (seleccionadas por rango de edad). Las participantes completaron la encuesta entre mediados de junio y mediados de julio de 2014, después de visitar la página web segura que contenía el cuestionario electrónico. Antes de cumplimentar el cuestionario debía completarse un proceso de selección de tres pasos (véase la Figura 1 para obtener detalles sobre la cohorte de participantes de España). Variables registradas e información incluida: conocimiento de la menopausia y la sintomatología de la AVV, interacciones con los PS respecto a la AVV, impacto de los síntomas de la AVV sobre las actividades de la vida diaria y la vida sexual, uso actual o previo de productos de OTC, tratamientos de prescripción para la AV y actitudes de la paciente hacia distintos tratamientos disponibles.

Las pacientes elegibles fueron aquellas que cumplían todos los criterios de selección y de quienes se disponía de datos válidos para las variables mencionadas. El análisis se basó en un informe estadístico descriptivo que resumía las distribuciones relativas de las frecuencias de las variables categóricas. No era posible hacer imputación alguna a los datos faltantes.

Resultados

Distribución de la población de España

En la Tabla 1 se incluyen las características clínicas y demográficas basales del grupo de mujeres españolas, formado por 768 participantes en la encuesta. La mayor parte de la cohorte de participantes posmenopáusicas incluidas en España pertenecía al grupo de edad de 50–60 años (71,0%). De la población de mujeres que tomaron parte en el estudio (Figura 1), 341 (44,4%) habían presentado síntomas de AVV durante los últimos 30 días. En el momento de realizar la encuesta, 430 (56,0%) de todas las participantes con síntomas de AVV en el último año estaban recibiendo terapia activa para la AVV.

Consciencia de la menopausia y conocimientos sobre la AVV

En España, los conocimientos y la adquisición de información en la cohorte de mujeres posmenopáusicas que tenían consciencia de su trastorno (AVV), procedían de la búsqueda activa en internet (46%), conversaciones con familiares/amigos (30%), conversaciones directas con su PS y/o farmacéutico (18%), con su pareja/otra persona especial (13%) y de la lectura de revistas o periódicos (11%). En total, solamente había sido diagnosticado clínicamente de AVV por un PS un 10% de las participantes españolas, observándose la mayor proporción en el Sur (11,9%) y la menor en la región Mediterránea (8,9%).

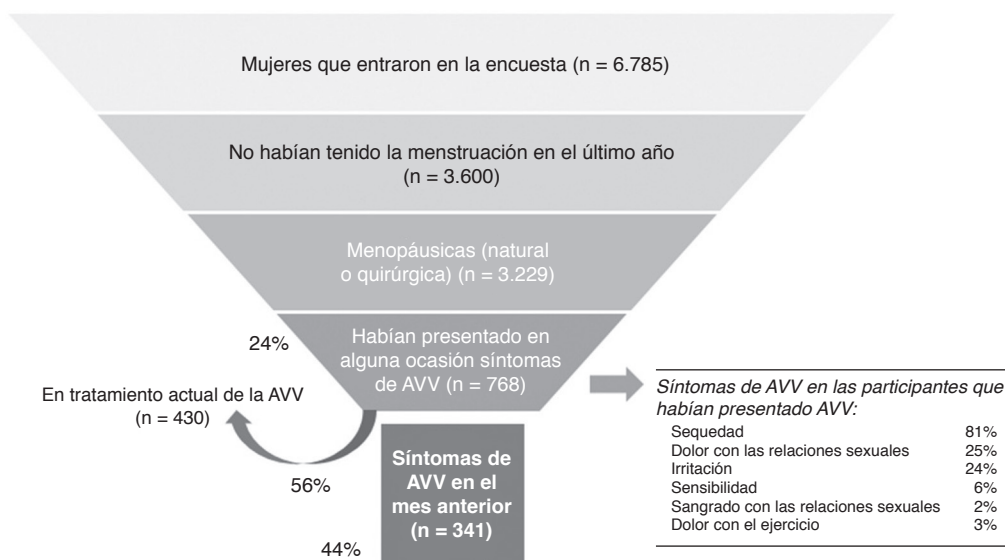


Figura 1. Características de las participantes españolas de la encuesta.

Impacto en las actividades diarias y la vida sexual

Los síntomas asociados con la AVV que se notificaron con mayor frecuencia en las participantes españolas fueron la sequedad vaginal (81%), el dolor durante las relaciones

Tabla 1. Características basales de la población de mujeres españolas que participaron en la encuesta y notificaron síntomas de atrofia vulvovaginal (AVV) (n = 768). Los datos se presentan como n (%).

<i>Edad (años)</i>	
45-50	108 (14,1)
51-55	316 (41,2)
56-60	229 (29,8)
61-65	87 (11,3)
66-70	24 (3,1)
71-75	4 (0,5)
<i>Estado civil</i>	
Casada	501 (65,2)
Divorciada	101 (13,2)
Pareja estable	64 (8,3)
Soltera	46 (6,0)
Viuda	26 (3,4)
Separada	30 (3,9)
<i>Nivel de estudios/empleo</i>	
Con empleo	348 (45,3)
Educación universitaria o superior ^a	336 (43,8)
<i>Hijos</i>	
Ninguno	127 (16,5)
Uno	191 (24,9)
Dos	345 (44,9)
Tres	82 (10,7)
Cuatro o más	23 (3,0)
<i>Hijos que viven en el domicilio</i>	
Tratamiento previo para los síntomas de AVV	607 (79,0)
Producto de OTC	376 (48,9)
Medicación de prescripción	66 (8,6)
Prescripción y OTC en combinación	138 (17,9)
<i>Tratamiento actual para los síntomas de AVV</i>	
Producto de OTC	313 (40,7)
Medicación de prescripción	71 (9,2)
Combinación de medicación de prescripción y OTC	16 (2,1)

^a Incluye la formación comercial, las diplomaturas y los másteres OTC, medicación de venta sin receta

sexuales (dispareunia) (25%), la irritación vaginal (24%) y la sensibilidad vaginal (6%). La Figura 2 muestra una descripción retrospectiva del inicio de los síntomas asociados o vinculados a la AVV en esta cohorte.

Las mujeres que participaron en la encuesta indicaron principalmente que el inicio de los síntomas había sido durante el período posmenopáusico (63% o más). La aparición de los síntomas concretos varió de forma considerable en las distintas fases de la menopausia, siendo la irritación vaginal el síntoma de más probable aparición antes de la desaparición de la menstruación (13%); la sequedad y la sensibilidad vaginales fueron los síntomas con más probabilidad de debutar dentro de los primeros 12 meses después de la menopausia (28% cada uno). El dolor durante las relaciones sexuales podía aparecer en cualquier momento durante los períodos de menopausia y posmenopausia, aunque se notificó con mayor frecuencia en el momento exacto de producirse la menopausia (22%) o en el año posterior (23%).

El impacto más significativo de los síntomas de la AVV fue en relación con la capacidad de las participantes de disfrutar del sexo (en un 75% interfería en cierto grado o interfería mucho), seguido de la interferencia en la relación con la persona especial de la participante (67%), las consecuencias para la espontaneidad sexual (66%) y la intimidad (53%), respectivamente (Figura 3). Dos tercios de las mujeres incluidas manifestaron que los síntomas eran iguales o peores ahora que al inicio del trastorno de AVV, especialmente en lo que se refiere a la dispareunia (80%). Los síntomas de AVV se calificaron como muy molestos en todos los casos, pero todas las participantes estuvieron de acuerdo en que el dolor asociado a las relaciones sexuales era el síntoma más molesto (un 74% lo consideró extremadamente molesto). Las mujeres posmenopáusicas españolas consideraron que los síntomas de AVV las hacían sentir incómodas (53%), sentir que estaban envejeciendo (20%),

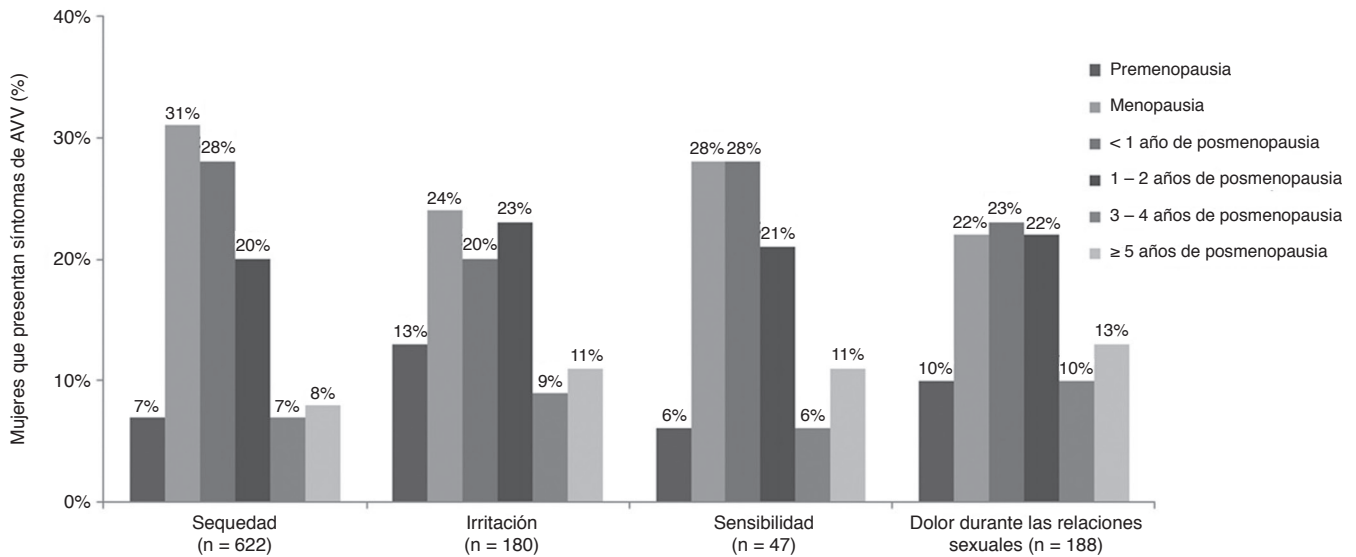


Figura 2. Inicio de los síntomas de atrofia vulvovaginal (AVV) en las mujeres españolas que actualmente presentan AVV.

les provocaban una sensación de rendición (20%), de preocupación (19%) y/o de sobrellevar la situación (17%). La mayor parte de participantes de España pensaba que los aspectos derivados de los síntomas de AVV que les producía más preocupación eran: que se afectaba su intimidad sexual (31%) y que les provocaba un sentimiento de pérdida de la juventud (19%).

Las participantes que tenían una persona especial (83%) vivían con esa persona en un 87% de los casos. Los resultados muestran que un 71% de las mujeres posmenopáusicas españolas con síntomas de AVV habían sido sexualmente activas en los últimos 12 años. El deseo sexual de las participantes disminuyó globalmente en alrededor de un 41% (prueba de χ^2 , $p < 0,01$) como consecuencia directa de los síntomas de AVV (un 39% en las mujeres con pareja y un 50% en las mujeres sin ella, respectivamente).

Relación con los PS

La mayoría de las participantes (95%) había visitado a su PS para su seguimiento ginecológico. Más de la mitad de los PS eran de sexo femenino (53%). En concreto, 600 participantes (78%) indicaron que para los aspectos ginecológicos acudían a su ginecólogo/obstetra y 168 (22%) a su médico de cabecera/de familia. De manera específica, durante el año anterior un 81% de las mujeres incluidas en la encuesta en España había consultado a su PS principal. Entre las participantes que disponían de un PS para los aspectos ginecológicos, tan solo un 35% indicó que el médico normalmente preguntaba sobre la actividad sexual de la paciente durante las visitas de rutina. Por otro lado, un 61% de las mujeres participantes manifestaron que esperaban que el PS iniciase

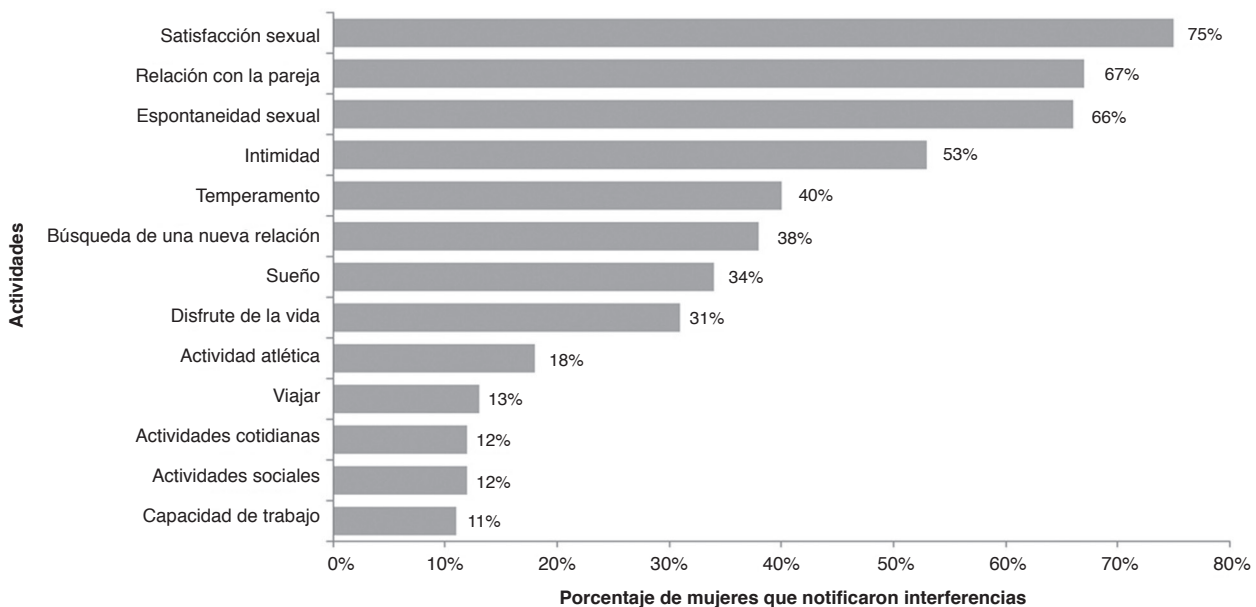


Figura 3. Interferencia de los síntomas de atrofia vulvovaginal (AVV) con la vida sexual y otras actividades de las mujeres de España.

la conversación sobre la AVV y los síntomas relacionados con la menopausia.

La mayor parte de las mujeres que participaron en la encuesta (71%) había comentado los síntomas de AVV con su PS, aunque solo un 11% de ellas confirmaron que el PS había iniciado la conversación. Los motivos más frecuentemente comunicados para evitar la conversación sobre la AVV con el médico fueron que la paciente no había considerado los síntomas lo suficientemente molestos como para comentarlos con el PS (33%), seguido de la convicción de que los síntomas formaban parte del envejecimiento natural (26%). Alrededor de un 59% de las participantes indicó recibir apoyo sobre la AVV y su tratamiento por parte de su pareja. Dependiendo del síntoma específico, entre un 39% (sensibilidad) y un 49% (dolor asociado a las relaciones sexuales) de las participantes habían presentado AVV durante más de 1 año antes de comentarle el problema al PS. La mayoría de participantes (61%) declararon estar en general satisfechas con su PS en cuanto a la forma de enfocar la primera conversación sobre la AVV, un 58% de mujeres mostraba satisfacción con la información recibida sobre las opciones de tratamiento y un 57% de las pacientes estaban satisfechas con la información sobre los síntomas de la AVV.

Utilización y percepciones de las participantes acerca de los tratamientos para la AVV

Un total de 430 participantes (56%) del grupo de España en la encuesta EU REVIVE estaba utilizando tratamientos para la AVV en el momento de cumplimentarla (lubricantes o humectantes de OTC, estrógenos locales de prescripción, otras medicaciones de OTC o extractos de hierbas). Por el contrario, 161 (21%) participantes nunca habían recibido tratamiento y 177 (23%) habían abandonado su tratamiento previo cuando

realizaron la encuesta (Figura 4). Las participantes que habían comentado la AVV con su PS tenían más del doble de posibilidades de estar siendo tratadas en la actualidad (66% vs. 30%) que las que no lo habían hecho, mientras que aquellas que no habían comentado el problema tenían cinco veces más posibilidades de no haberse tratado nunca (55% vs. 11%) y habían abandonado la terapia con mayor frecuencia (53% vs. 37%). De las participantes que estaban siendo tratadas en el momento de realizar la encuesta, un 62% estaba utilizando productos de OTC, un 11% se trataba con terapias de prescripción por vía vaginal y un 23% empleaba ambos tipos de tratamiento. Las participantes españolas iniciaron su tratamiento de la AVV de acuerdo con los siguientes patrones: un 19% inició la medicación con un producto de OTC siguiendo la recomendación de su PS pero antes de que se le prescribiese ningún tratamiento, un 18% comenzó con un producto de OTC antes de comentar el problema con su PS y un 17% inició el tratamiento mediante una prescripción específica de su PS sin ninguna recomendación de productos de OTC previa.

El porcentaje de pacientes españolas que habían abandonado su tratamiento en algún momento era de un 40%, habiéndolo suspendido principalmente por la percepción de que los síntomas no eran lo suficientemente molestos (22%), por haber percibido un alivio en la AVV (21%), por creer que el tratamiento no podía revertir los cambios vaginales (15%), debido al elevado coste de la medicación (13%) o por pensar que los síntomas desaparecerían en el futuro (9%). Los porcentajes específicos de abandono del tratamiento llegaron a un 44% y un 48% en las participantes que consideraban que los síntomas de sequedad y dispareunia, respectivamente, eran extremadamente molestos, y a un 47% y un 54%, respectivamente, en las mujeres que manifestaron que dichos síntomas habían empeorado respecto a cuando aparecieron.

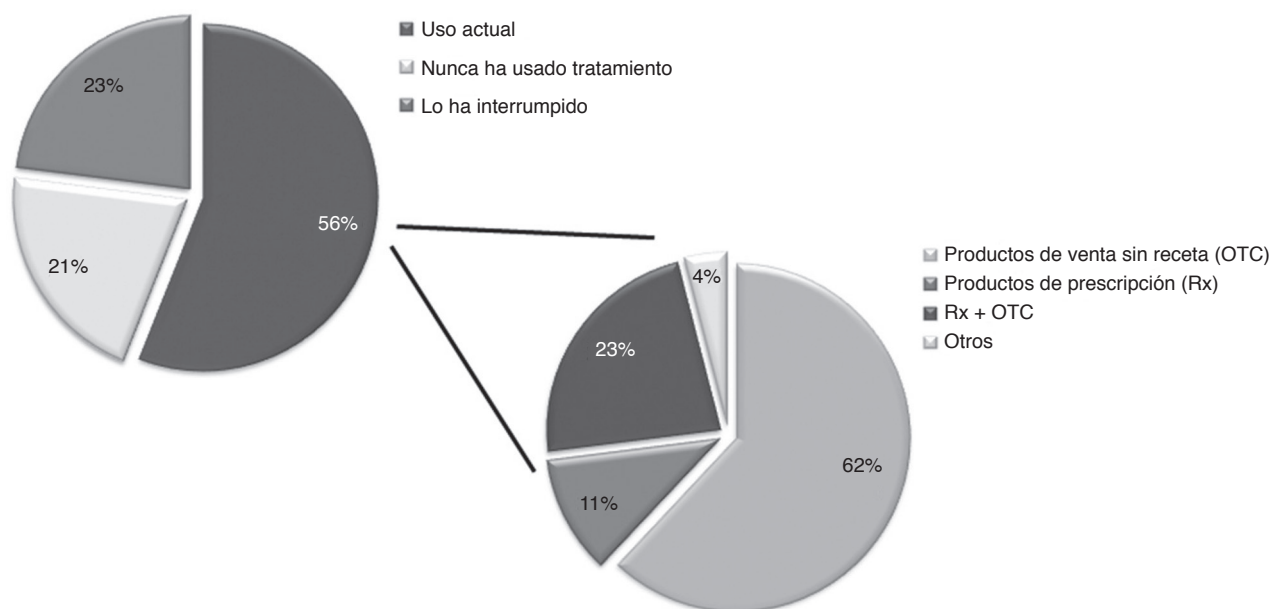


Figura 4. Utilización de tratamiento por parte de las participantes.

Un 47% de las mujeres que habían completado o estaban tomando tratamiento de OTC al realizar la encuesta declaró que en general estaban satisfechas. Por el contrario, entre las pacientes que habían completado su prescripción de estrógenos locales o que los estaban utilizando en el momento de la encuesta, un 49% indicó estar satisfecha. Por lo que respecta a la vía de administración, un tercio de las participantes no manifestaron preferencia alguna por una vía específica, mientras que un 54,4% de las mujeres incluidas en el estudio que indicó tener alguna prioridad mostró preferencia por la vía oral y solamente un 45,6% de ellas prefirió en cierta medida un producto administrado por vía vaginal como medicación para la AVV.

La Tabla 2 resume la percepción global de las dificultades del tratamiento de la AVV por parte de las participantes españolas del estudio REVIVE. Las mujeres que utilizaban productos

Tabla 2. Puntos de vista sobre las terapias para la atrofia vulvovaginal (AVV) en las participantes de España que actualmente están recibiendo tratamiento. Los datos se proporcionan en forma de porcentajes.

	Hidratante vaginal OTC (n = 247)	Lubricante vaginal OTC (n = 92)	Producto de prescripción por vía vaginal (n = 75)
<i>Problemas relacionados con la vía de administración</i>			
Desagradable	2,8	7,6	13,3
No es discreta	4,9	2,2	8
No es una pastilla oral	11,7	5,4	13,3
No me gusta tocarme	0,8	2,2	2,7
<i>Problemas relacionados con la comodidad</i>			
Interrumpe mis actividades diarias/ mi vida	1,6	1,1	1,3
Incómodo de administrar	9,7	5,4	16
Me impide ser sexualmente espontánea	15,4	8,7	17,3
Difícil de cumplir la pauta de dosificación	5,7	1,1	12
El procedimiento de administración del tratamiento	7,3	2,2	16
<i>Problemas relacionados con los efectos secundarios/la seguridad</i>			
Preocupación acerca del cáncer de mama	5,3	3,3	9,3
Preocupación acerca de la exposición hormonal	4,9	2,2	14,7
Preocupación acerca de la seguridad a largo plazo	14,6	7,6	22,7
Flujo vaginal	3,6	1,1	14,7
Preocupación acerca de otros efectos secundarios	12,1	8,7	17,3
Han aparecido efectos secundarios	1,2	2,2	2,7
Absorción de estrógenos por parte de la pareja	0,8	1,1	6,7
<i>Problemas relacionados con la eficacia</i>			
La vagina no regresa a su estado natural	28,7	23,9	33,3
No se obtiene suficiente alivio de los síntomas	10,9	6,5	12
Requiere mucho tiempo para empezar a ser eficaz	6,9	6,5	20
<i>Otros</i>			
Es caro	20,6	20,7	16
Impacto negativo sobre la intimidad	4	1,1	1,3

hidratantes de OTC mostraban preocupación acerca de la incapacidad de los tratamientos para restaurar el estado natural de la vagina (28,7%), aunque también veían como problemas importantes el precio del producto (20,6%), la influencia negativa sobre la espontaneidad en las relaciones sexuales (15,4%) y la seguridad del uso a largo plazo (14,6%). Las mujeres que empleaban lubricantes de OTC también mostraban principalmente preocupación acerca de la incapacidad de los tratamientos para restaurar el estado natural de la vagina (23,9%), el precio del producto (20,7%), el impacto negativo general sobre la espontaneidad en las relaciones sexuales (8,7%) y los efectos secundarios no esperados (8,7%). Por último, las principales preocupaciones de las mujeres tratadas con productos de prescripción por vía vaginal para los síntomas de la AVV eran la incapacidad de los tratamientos para restaurar el estado natural de la vagina (33,3%), seguido de la seguridad a largo plazo (22,7%), el largo período de tiempo necesario para que la medicación actuase adecuadamente (20,0%), los efectos secundarios indeseados (17,3%) y las implicaciones en cuanto a la espontaneidad en las relaciones sexuales (17,3%).

Discusión

Los resultados de este análisis, efectuado en 768 mujeres posmenopáusicas con síntomas de AVV incluidas en el estudio europeo REVIVE, han revelado por vez primera la existencia de un desconocimiento sustancial de la AVV entre las mujeres españolas, a pesar del impacto negativo de la patología sobre la calidad de vida y las interacciones sexuales. Adicionalmente, nuestros datos también pusieron en evidencia que este desconocimiento tiene consecuencias importantes para el manejo clínico y terapéutico eficaz de la AVV. La encuesta europea REVIVE original también detectó diferencias aparentemente socioculturales en Europa en cuanto a la satisfacción sexual y la espontaneidad de las mujeres en relación con los síntomas específicos de la AVV, así como respecto a la interacción con los médicos a los que eran derivadas²². Tal como ya se había observado, los factores socioculturales podrían modular la expresión y las formas de expresar los problemas de las mujeres que presentan alteraciones sexuales, que varían en un rango continuo desde una insatisfacción global hasta una alteración completa^{20,24}. Las variaciones del impacto sobre la salud en Europa, claramente más pronunciadas en las mujeres²⁵, no solo se observan a nivel de país²⁶ sino que se detectan principalmente a nivel regional en asociación con las diferencias en el nivel cultural y/o en el nivel social y educativo, al igual que las que se observaron en las distintas regiones geográficas españolas^{27,28}. En este contexto específico, el subestudio efectuado en la población de mujeres posmenopáusicas de España tiende a reproducir los datos sobre el conocimiento y el manejo de la AVV generados previamente en otras regiones geográficas de Europa^{9,22,29}.

De forma similar a las tendencias observadas en el estudio europeo REVIVE y en otras encuestas recientes, la sequedad vaginal fue claramente el síntoma más común de la AVV

asociada a la menopausia en las mujeres posmenopáusicas españolas^{8,9,11,21}. Habitualmente los síntomas de AVV comenzaron al poco tiempo de producirse la menopausia y típicamente no se resolvieron con el paso del tiempo, o incluso tendieron a empeorar, lo que representa un patrón común en las mujeres europeas⁹. Sorprendentemente, España posee la menor tasa de diagnóstico de AVV de Europa, habiéndose observado que solamente una décima parte de las participantes en la encuesta habían sido diagnosticadas de manera formal (una tasa similar a la observada en los EE.UU.)²¹. Este hecho, junto con el patrón común en las mujeres de España de esperar más de 6 meses hasta comentar los síntomas con un PS, evidencia que la AVV todavía es una patología clínicamente infrarreconocida en nuestro país. Esto resulta sorprendente cuando se tiene en cuenta que las mujeres españolas presentan el menor porcentaje de impacto de ausencia de molestias relevantes de la AVV de Europa (31% vs. 41–47% en otros países), junto con la carga extrema y los síntomas progresivamente más molestos, ya comentados, que afectan negativamente a la satisfacción y la espontaneidad sexuales^{8,10,20,30}. Los patrones generales de infradiagnóstico de la AVV también se hallaron en otros países del Mediterráneo, como Italia (estudio AGATA), no únicamente en las mujeres posmenopáusicas españolas³¹. Aunque siete de cada 10 mujeres posmenopáusicas españolas con síntomas de AVV declararon ser sexualmente activas, esta encuesta ha puesto de manifiesto que su deseo sexual había disminuido como mínimo un 41% tras el inicio de los síntomas de AVV, probablemente debido a la reducción de la satisfacción sexual asociada a la progresión de la edad, ya expresada por las pacientes, y a la frecuente aparición de síntomas indeseados en las relaciones sexuales, con consecuencias negativas para la libido³².

Una de las fortalezas más importantes de la encuesta REVIVE fue que indicó que el hecho de comentar los síntomas y la existencia de una comunicación adecuada con el PS tienen un impacto considerable sobre el diagnóstico de AVV, así como sobre la aplicación de un tratamiento eficaz^{9,21}. Resultó sorprendente que, aunque las mujeres posmenopáusicas españolas mostraron uno de los porcentajes más elevados de consultas anuales a los PS en cuanto a los problemas ginecológicos (casi un 85% de participantes en las regiones del Sur y Mediterránea), la tasa efectiva de diagnóstico formal de AVV fue la más baja de las descritas para los países europeos (solamente de un 10%), al igual que la familiaridad con la terminología de la AVV (de 2,2 en una escala de 7 puntos)⁹.

Los datos de España también confirman que las mujeres posmenopáusicas que consultan a un ginecólogo tienen más facilidad para comentar los síntomas de la AVV y de la menopausia y que inician antes la terapia apropiada. En particular, en España las mujeres que han hablado sobre sus síntomas con el médico tienen más del doble de posibilidades de ser tratadas. Por otra parte, aunque más de un 70% de las participantes españolas habían conversado con el médico sobre su trastorno de AVV (un porcentaje significativamente superior al 50% observado en EE.UU.²¹), seguían esperando que su PS comenzase la

conversación sobre este tema (64%), hecho que se dio muy raramente (11% de los casos). Esta tendencia subraya las observaciones de la encuesta CLOSER, que demostró que las mujeres del sur de Europa estaban más preocupadas por las molestias vaginales y sus consecuencias respecto a las relaciones sexuales²⁰.

Los hallazgos concretos sobre la aplicación de tratamientos de la AVV en este subestudio realizado en España revelan una mayor prioridad respecto a la administración vaginal sin prescripción (OTC). A pesar de la eficacia y la seguridad demostradas por los estrógenos locales vaginales y su mínima absorción cuando se utilizan para el tratamiento de los síntomas de la AVV^{33,34}, dichas opciones solo las utilizaba un 11% de las participantes españolas y otro 23% las combinaba con productos de OTC. El porcentaje de pacientes con AVV que no ha recibido nunca tratamiento es relativamente bajo en España (una participante de cada cinco) en comparación con otros países europeos^{9,22} y con EE.UU.²¹, al igual que la tasa de abandono de las terapias previas (una de cada cuatro). No obstante, el cumplimiento insuficiente del tratamiento de la AVV todavía es significativo en esta región, principalmente a consecuencia de la complejidad del comportamiento debido a los elementos culturales y a las creencias escépticas, por otra parte erróneas, sobre la restauración de los cambios vaginales, que representa la limitación fundamental en España, tanto en relación con los tratamientos de OTC como de estrógenos locales²². Para todas las opciones terapéuticas, la razón más frecuente de falta de satisfacción estuvo relacionada con la vía de administración y las molestias²².

Nuestros resultados presentan algunas limitaciones a consecuencia del origen de los datos, un cuestionario electrónico autoadministrado que podría verse afectado por sesgos de memoria y de respuesta al notificar los síntomas subjetivos. Por otro lado, la muestra actual de mujeres posmenopáusicas españolas incluidas en el estudio REVIVE representa la mayor cohorte jamás estudiada respecto a la sintomatología de la AVV en nuestro país; la cohorte es representativa de la enfermedad y de su tratamiento actual en distintas regiones geográficas y culturales de España.

En conclusión, este subestudio de los resultados de la encuesta REVIVE en España ha demostrado, en línea con los resultados generales previos³⁵, la importancia de aplicar un tratamiento eficaz en el momento necesario para alentar a las mujeres a que soliciten el consejo médico sobre la AVV y los síntomas posmenopáusicos, así como de fomentar en los PS una actitud de mejora de la discusión proactiva de los problemas vulvovaginales con sus pacientes. Estas actitudes y los esfuerzos de formación podrían solucionar la disparidad existente entre las expectativas y las experiencias de las mujeres posmenopáusicas españolas, teniendo también efectos sobre el diagnóstico y el manejo terapéutico de la AVV en un país como España, que todavía tiene un desconocimiento importante de esta enfermedad y adolece de ideas erróneas sobre el perfil de riesgo-beneficio real de los tratamientos disponibles.

Conflictos de interés. El Dr. Santiago Palacios ha tenido relación económica (ponente, miembro de comités de expertos y/o consultor) con Pfizer, Servier, Amgen, MSD, Preglem, Gynea, Sandoz, Procare Health, Bayer, MSD, Serelys y Shionogi. También ha sido ponente en simposios, miembro de comités de expertos y ha recibido becas de investigación y/o honorarios como consultor de Servier, Pfizer, GSK, Abbott, Ferrer, Bioiberica, Shionogi, Amgen, Novo Nordisk, Teva, Bayer Healthcare, Serelys y Gedeon Richter. La Dra. M^a Jesús Cancelo ha sido ponente en simposios y miembro de comités de expertos de Shionogi, Amgen, Grünenthal y MSD. El Dr. Camil Castelo-Branco ha tenido relación económica (ponente, miembro de comités de expertos y/o consultor) con Shionogi, Pierre-Fabre y Gedeon Richter. También ha sido ponente en simposios de Shionogi, Pierre Fabre, Grünenthal e Innuo. El Dr. Plácido Llana ha sido ponente en simposios y miembro de comités de expertos para Shionogi, Merck Serono, TEVA, Amgen, Italfarmaco y Seid. El Dr. Rafael Sánchez Borrego ha tenido relación económica (ponente, miembro de comités de expertos y/o consultor) con 100% Natural, Seid, Procare Health, MSD, Shionogi, Exeltis y Bial. La Dra. Francisca Molero ha tenido relación económica (miembro de comités de expertos y/o consultora) con Shionogi y Litaphar. También ha sido ponente en simposios de Shionogi, Lilly, Isdin y Gedeon Richter.

Procedencia de la financiación. La financiación para este estudio ha sido aportada por Shionogi S. L. U.

Bibliografía

- Lachowsky M, Nappi RE. The effects of oestrogen on urogenital health. *Maturitas* 2009;63:149–51
- Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:25–32
- Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc* 2010;85:87–94
- Santoro N, Komi J. Prevalence and Impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *J Sex Med* 2009;6:2133–42
- Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas* 2009;63:138–41
- Palacios S. Managing urogenital atrophy. *Maturitas* 2009;63:315–18
- 2011 EU Census [Internet]. Eurostat, the statistical office of the European Union; 2012. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-and-housing-census/census-data/2011-census>
- Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal health: insights, views & attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric* 2012;15:36–44
- 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
- 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 Womens Health* 2013;5:437–47
- Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric* 2014;17:3–9
- Kingsberg SA, Krychman ML. Resistance and barriers to local estrogen therapy in women with atrophic vaginitis. *J Sex Med* 2013;10:1567–74
- Wyeth. REVEAL: REvealing Vaginal Effects At mid-Life. 2009
- North American Menopause Society. The role of local vaginal estrogen for treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women: 2007 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2007;14:355–69
- Tan O, Bradshaw K, Carr BR. Management of vulvovaginal atrophy-related sexual dysfunction in postmenopausal women: an up-to-date review. *Menopause* 2012;19:109–17
- Shulman LP, Portman DJ, Lee WC, et al. A retrospective managed care claims data analysis of medication adherence to vaginal estrogen therapy: implications for clinical practice. *J Womens Health* 2008;17:569–78
- Nappi RE, Nijland EA. Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;137:10–16
- Pfizer Pharmaceuticals, Inc. Healthy women survey [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 11]. Available from: www.perosnalmenopauseanswers.com/healthy-women-survey.aspx
- Simon J, Kingsberg S, Maamari R, Goldstein J, Nappi RE. *The Partners' Survey; impact of vaginal discomfort and its treatment – insights, views, and attitudes of postmenopausal women and their partners*. Abstract presented at 23rd Annual Meeting of the North American Menopause Society, Oct 3–6 2012, Orlando, Florida, USA
- Nappi RE, Mattsson L-Å, Lachowsky M, Maamari R, Giraldi A. The CLOSER survey: Impact of postmenopausal vaginal discomfort on relationships between women and their partners in Northern and Southern Europe. *Maturitas* 2013;75:373–9
- Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. *J Sex Med* 2013;10:1790–9
- Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M. The REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey in Europe: country-specific comparisons of postmenopausal women's perceptions, experiences and needs. *Maturitas* 2016;91:81–90
- Sutton KS, Boyer SC, Goldfinger C, Ezer P, Pukall CF. To lube or not to lube: experiences and perceptions of lubricant use in women with and without dyspareunia. *J Sex Med* 2012;9:240–50
- Graziottin A. The challenge of sexual medicine for women: overcoming cultural and educational limits and gender biases. *J Endocrinol Invest* 2003;26(3 Suppl):139–42
- Bambra C, Pope D, Swami V, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:38–44
- Maynou L, Saez M, Bacaria J, Lopez-Casasnovas G. Health inequalities in the European Union: an empirical analysis of the dynamics of regional differences. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care* 2015;16:543–59
- Reques L, Santos JM, Belza MJ, Martínez D, Regidor E. Inequalities in mortality at older ages decline with indicators of material wealth but persist with educational level. *Eur J Public Health* 2015;25:990–5
- Castelo-Branco C, Biglia N, Nappi RE, Schwenkhaugen A, Palacios S. Characteristics of post-menopausal women with genitourinary syndrome of menopause: implications for vulvovaginal atrophy diagnosis and treatment selection. *Maturitas* 2015;81:462–9
- Nappi RE, Particco M, Biglia N, et al. Attitudes and perceptions towards vulvar and vaginal atrophy in Italian post-menopausal women: evidence from the European REVIVE survey. *Maturitas* 2016;91:74–80
- Simon J, Komi J. Vulvovaginal atrophy (VVA) negatively impacts sexual function, psychosocial well-being, and partner relationships. In: Proceedings of the North American Menopause Society (NAMS). Dallas, TX, USA., 2007
- Palma F, Volpe A, Villa P, Cagnacci A, as the writing group of the AGATA study. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. *Maturitas* 2016;83:40–4
- Graziottin A. Libido: the biologic scenario. *Maturitas* 2000;34(Suppl 1):S9–16
- Sturdee DW, Pines A, International Menopause Society Writing Group, Archer DF, Baber RJ, Barlow D, et al. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2011;14:302–20
- North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2010;17:242–55
- Sturdee DW, Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric* 2010;13:509–22



Edificio MAPFRE - Avenida de Burgos, 12
Planta 16, izquierda - 28036 Madrid
Tel: (+34) 913 453 308 - Fax: (+34) 913 430 672
admin@contentednet.com