

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Eva Iglesias Bravo Susana Rodríguez Falcon	Daniel María Lubián López y Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara	01/06/2021
		Fecha revisión

PROTOCOLO SAGO SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

INDICE

1. Epidemiología
2. Síntomas y signos
3. Diagnóstico
4. Tratamiento
 - I MEDIDAS GENERALES
 - II HIDRATANTES, LUBRICANTES Y PROBIÓTICOS
 - III TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO LOCAL:
 - TRATAMIENTO CON ESTRÓGENOS LOCALES
 - PRASTERONA
 - IV TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SISTÉMICO:
 - TRATAMIENTO ESTROGÉNICO SISTÉMICO O TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA
 - OSPEMIFENO
 - V MEDICINA REGENERATIVA Y FUNCIONAL EN GINECOLOGÍA
 - TRATAMIENTOS BASADOS EN ENERGÍA
 - OTROS
 - VI TRATAMIENTO DE LA VULVA
 - VII CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA
 - VIII DURACIÓN Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

ALGORITMO TERAPÉUTICO

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.

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.

2.c. Repercusiones en la sexualidad

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 etapas 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.

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. 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
estíbulos 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: 55-61

3.c. Pruebas adicionales

- Citología: frotis atrófico (aumento de células parabasales con disminución de células superficiales)
- pH: PH básico a consecuencia de la disminución de las colonias de lactobacillus por la menor cantidad de nutrientes en la mucosa vaginal.
- Cultivos: gérmenes no habituales como los bacilos gram negativos por el incremento del pH.

3.d. Diagnóstico diferencial

Es importante descartar otras dermatosis vulvares como el liquen, el paget, infecciones o el cáncer de vulva que pueden cursar con la misma sintomatología. Para ello, además de la exploración, podremos servirnos de la vulvoscofia con toma de biopsia en caso necesario. La importancia fundamental de este cuadro es que afecta a la calidad de vida de la mujer, a su vida sexual y a su autoestima.

4. TRATAMIENTO

4.a. Medidas generales

- 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 flujo sanguíneo mejorando elasticidad y lubricación vaginal.
- Ejercicios de Kegel, aun sin prolapso ni incontinencia urinaria. Mejorará el tono de la vagina, fortalece suelo pélvico y disminuye los síntomas del SGUM

4.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 al tener 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.

Probióticos

La disminución de estrógenos en la menopausia, modifica la microbiota vaginal. Disminuye la cantidad de lactobacilos y la producción de ácido láctico, alcalinizando el PH vaginal. Por tanto, el aporte de probióticos contribuye a mantener la microbiota y el PH vaginal fisiológico.

Los probióticos, sobre todo administrados vía vaginal, disminuyen las infecciones vaginales y existe evidencia clínica de la mejoría en pacientes con infecciones urinarias recurrentes.

Existen múltiples pautas, por vía vaginal, se administran en tandas de 5 a 10 días. Por vía oral, de forma diaria. Se recomienda prolongar su administración hasta 3 meses.

Prácticamente no tienen contraindicaciones.

4.c. Tratamiento farmacológico local

Tratamiento con estrógenos locales

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).

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 promiestrieno en sus distintas presentaciones, han demostrado ser igualmente seguros y eficaces. Tabla 3

Se recomienda iniciar el tratamiento lo más precozmente

**Tabla 3. TRATAMIENTOS CON ESTRÓGENOS
 LOCALES**

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	PAUTA DE TRATAMIENTO
Promiestrieno 10 mg/dosis	Crema vaginal al 1%	Inicio: 1 aplicación diaria, 15 días Mantenimiento: 2-3 veces/semana
Estriol (1 mg/g/aplicación) Óvulos de 0.5 mg	Crema vaginal 0.1% Óvulos vaginales	Inicio: 1 aplicación diaria, 15 días Mantenimiento: 2-3 veces /semana
Estriol 50µg/g	Gel vaginal 50 µg/g	Inicio: 1 aplicación diaria, 15 días Mantenimiento: 2-3 veces/semana
Estriol 0.03 mg	Óvulos vaginales	Inicio: 1 óvulo/día, 3 semanas Mantenimiento: 2 óvulos/semana
Estradiol 1,94 mg Libera 7,5 µg/día	Anillo vaginal Elastómero de silicona	Trimestral
Estradiol 10 µg	Comprimido mucoadhesivo de 10 µg	Inicio: 1 comp. Diario, dos semanas Mantenimiento: 2-3 comp/semana

* Fuente: Cochrane Database Systematic Review 2016

La mujer, elegirá el tipo de estrógeno local en función a sus preferencias y estilo de vida. Debemos tener en cuenta:

- Cremas y geles, son los más usados. Presentan una dosificación flexible, aunque dejan más residuo.
- Los comprimidos dejan menos residuo y son bien aceptados.
- El anillo tiene una duración de hasta 3 meses, lo que mejoraría la adherencia al tratamiento.

Mejoría evidente de los síntomas de SGUM a las 4 semanas, con efecto pleno a los 3 meses de iniciado el tratamiento. Tener en cuenta, que algunos preparados producen irritación y escozor las primeras semanas, hasta que la mucosa vaginal recupera el trefismo.

Debemos mantener el tratamiento a largo plazo, su efecto revierte en poco tiempo tras dejarlo. Requieren constancia en su aplicación.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad al principio activo o excipientes
- Lactancia
- Cáncer de mama, endometrio y melanoma.
- Hiperplasia endometrial.
- Sangrado genital no filiado.
- Antecedentes de tromboembolismo arterial o venoso.
- Trombofilias

- Hepatopatías
- Porfiria

NOTA: Las alertas de seguridad cardiovascular y oncológicas en sus prospectos, no se basan en ensayos clínicos, son comunes a las que aparecen en estrógenos sistémicos.

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.

4.c. Tratamiento farmacológico sistémico

Tratamiento estrogénico sistémico o tratamiento hormonal de la menopausia

Indicado si concurren SGUM y síntomas vasomotores o sistémicos severos que afecten a la calidad de vida de la mujer (25% de mujeres menopáusicas).

Algunas mujeres con tratamiento hormonal de la menopausia, no aliviarán completamente los síntomas urogenitales, precisando en ocasiones la asociación con tratamiento local.

Se pueden usar:

- Estrógenos ± gestágeno, según la mujer tenga útero o no.
- Tibolona: especialmente útil cuando la mujer refiere problemas de libido.
- Estrógenos equinos conjugados + bazedoxifeno (agonista en RE a nivel óseo). Aunque esta combinación no tiene aprobada la indicación para tratamiento del SGUM, estudios clínicos, han demostrado que mejora clínicamente sus síntomas.

Ospemifeno

Modulador selectivo de los RE (SERM), con actividad agonista en vagina y hueso, neutro en útero y antagonista en mama, gracias a su diferente afinidad por RE α y RE β .

Primer fármaco no estrogénico, de administración oral indicado para SGUM con síntomas moderados a severos, si:

- Rechazo de la paciente por terapia estrogénica local o sistémica.
- Dificultad para la aplicación del tratamiento estrogénico local (prolapso uterino, obesidad, artrosis,..)
- Contraindicación de tratamiento estrogénico: Cáncer de mama, hepatopatías, hipersensibilidad al tratamiento local.

Aprobado por la Agencia Europea del Medicamento en 2015. Se presenta en comprimidos de 60 mg, a administrar cada 24 horas.

A las 4 semanas, mejoran parámetros objetivos del SGUM, como el índice de maduración del epitelio y el descenso del PH.

A las 12 semanas mejoran sequedad, irritación, dispareunia. Mejora vestíbulo vulvar y sensibilidad de la zona, mejorando la función sexual. Mejora todas las fases de la respuesta sexual femenina. Y mejora los síntomas urológicos, mejorando en definitiva la calidad de vida.

Seguridad:

- Es antagonista estrogénico en la mama. **ESTÁ INDICADO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE HAYAN COMPLETADO SU TRATAMIENTO.**

- Sin efectos sobre endometrio, tras estudios a dos años de seguimiento postcomercialización.
- En todos los estudios disponibles, no alteró el perfil lipídico, ni los factores de coagulación. Al ser un SERM, no podemos excluir un potencial riesgo de aumento de eventos trombóticos. Lo cual habrá de ser tenido en cuenta a la hora de prescribirlo y retirarlo en inmovilizaciones prolongadas de la paciente.

Efecto secundario más frecuente, los sofocos (7,2%). Más raros calambres en miembros inferiores.

Contraindicaciones: -Antecedente de tromboembolismo venoso

-Sangrado vaginal no filiado

-Cáncer de mama en tratamiento activo

-Cáncer hormonodependiente activo, como el de endometrio

5. 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.

Tabla 4. OPCIONES TERAPÉUTICAS EN GINECOLOGÍA REGENERATIVA

Dispositivos de energía	<ul style="list-style-type: none"> • Láser de CO2 • Láser de Erbio • Radiofrecuencia • Dispositivos LED
Nutrición y tratamientos inyectables	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrolizados proteicos (peptonas) • Colágeno hidrolizado • Ác. Grasos (omega 3, 6 y 9) • Vitaminas C, E, A • Minerales (Mg, Si) • Ác. hialurónico
Técnicas con uso de Elementos/gases	<ul style="list-style-type: none"> • Hilos de polidioxanona • Carboxiterapia (CO2) • Ozonoterapia (O3) • Plasma autólogo rico en plaquetas (PRP) • Células madre (grasa autóloga) • Ácido hialurónico • Mesoterapia

- Fuente: Menoguía para SGUM de la AEEM. Granada 2020

5.a. Laserterapia

Los más ampliamente estudiados para el tratamiento del SGUM son:

- Láser fraccionado microablativo de CO2
- Láser no ablativo de cristal YAG (Yttrium Aluminium Garnet) con Erblio (Er:YAG)

Ambos reparan, remodelan y regeneran el colágeno, generando una reacción térmica que vaporiza el agua de las células diana, sin dañar el tejido circundante. Provoca un rápido y masivo aumento de proteínas y una reacción de citoquinas que culminan con la activación de fibroblastos, estimulando la proliferación de colágeno, tejido conectivo y neovascularización.

Ambos tipos de láser han demostrado mejorar la función sexual, los signos y síntomas vaginales y los síntomas urológicos.

El láser de Er:YAG ha demostrado mantener la mejoría de los síntomas hasta 12-18 meses postaplicación.

Existen estudios recientes con Láser Vaginal de Estado Sólido, con mejoría de sequedad, función sexual y síntomas urinarios.

El láser es una terapia mínimamente invasiva, no requiere anestesia y por ejemplo en el caso del Láser de CO2, se aplica en unas 3 sesiones cada 4-6 semanas.

El láser podría ser una buena alternativa para pacientes con contraindicación de tratamientos hormonales. Cada vez más usados en suelo pélvico, pero aún faltan estudios bien diseñados, a largo plazo, para establecer su fuerte recomendación.

Dada la falta de estudios, la FDA, emitió un comunicado en 2018, indicando la NO APROBACIÓN de los dispositivos médicos basados en la energía para el tratamiento de los síntomas del SGUM.

5.b. Radiofrecuencia

Las ondas electromagnéticas liberan energía térmica que estimula la neocolagenosis y neovascularización, ayudando a restaurar la elasticidad y humedad de la mucosa vaginal.

Su alcance en profundidad, pudiendo llegar hasta la fascia endopélvica, podría ser beneficioso para la disfunción de suelo pélvico.

Generalmente se aplica en 3 sesiones de 15 a 20 minutos cada 4-6 semanas. Aunque existe poca evidencia, los resultados son prometedores en SGUM.

Son necesarios más estudios para establecer su recomendación.

5.c. Tratamientos inyectables

El ácido hialurónico, tiene un alto poder hidratante y es el principal componente del tejido conectivo. Disponemos de viales para rehidratar y bioestimular piel y mucosa genital.

Previo anestesia local en crema o spray, se inyecta 1 ml de ácido hialurónico (19 mg/ml), en lámina propia de mucosa vaginal (0.5-1 mm de la superficie), en introito y cara posterior.

El ácido hialurónico se degrada poco a poco y su efecto se pierde, sin que existan estudios sobre la duración media del mismo. Existen pequeñas series con resultados favorables, pero no permiten extraer conclusiones para su recomendación.

5.d. Otros tratamientos

Como el plasma autólogo rico en plaquetas, el uso de gases medicinales como la carboxiterapia o el ozono, tiene una evidencia muy limitada y no es posible hacer recomendaciones.

6. TRATAMIENTO DE LA VULVA

La clínica referida por la paciente (picor, ardor, sequedad...), así como nuestra exploración, nos permiten evaluar el estado de la vulva.

La dispareunia, en la mayoría de mujeres, suele ser referida a vestíbulo y no sólo a vagina.

Debemos de insistir en la hidratación de la vulva con cremas específicas. Ácido hialurónico, aceites vegetales como la borraja, el árbol de té, aloe vera, así como la centella asiática, podrían mejorar la sintomatología.

Los tratamientos con estrógenos locales o sistémicos y el ospemifeno pueden aliviar la sintomatología.

La prasterona, por su efecto androgénico, podría mejorar más notablemente los síntomas vestibulares.

El láser, así como la radiofrecuencia, podrían ser una alternativa a tener en cuenta en pacientes con contraindicación de hormonoterapia.

7. TRATAMIENTO DEL SGUM EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama, es el tumor maligno más frecuente en la mujer. La mayor parte son tumores hormonodependientes.

Tras los tratamientos sistémicos adyuvantes, el 50-75% de mujeres, presentará síntomas de SGUM como efecto secundario de los mismos.

HIDRATANTES Y LUBRICANTES DE BASE ACUOSA SON LA PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO.

El tratamiento con estrógenos locales, es admitido por la mayoría de Sociedades Científicas para síntomas de moderados a severos en mujeres con tumores con receptores hormonales negativos.

En tumores hormonodependientes, evitaremos el uso de estrógenos locales, sobretudo en pacientes en tratamiento con inhibidores de la aromatasas.

En pacientes tratadas con tamoxifeno, si los síntomas de SGUM son graves y afectan la calidad de vida de la paciente de forma importante, podría plantearse el uso de estrógenos locales por un tiempo limitado, a la menor dosis posible y previo consentimiento de la paciente y su oncólogo. Se usará estriol preferentemente.

El ospemifeno puede usarse si la paciente ha COMPLETADO SU TRATAMIENTO COADYUVANTE.

La prasterona carece de estudios que apoyen su uso en estas pacientes.

Láser, radiofrecuencia e inyecciones de ácido hialurónico, pueden ser una alternativa.

8. DURACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El SGUM es una alteración crónica y como tal necesita tratamiento de larga duración.

El tratamiento debe ser individualizado e iniciarse lo más precozmente posible.

La eficacia del tratamiento y sus resultados van a variar en función al cumplimiento o adherencia y a la persistencia en el mismo.

En SGUM tanto la adherencia como la persistencia en el tratamiento son bajas, con una tasa de abandono terapéutico alta (40% de abandonos según estudio español REVIVE)

Una buena comunicación médico-paciente, así como el dejar participar a la paciente en la elección de su tratamiento, sin duda mejorarán la adherencia al mismo.

BIBLIOGRAFIA

- Rahn DD, Carberry C, Sanses TV, et al. Vaginal estrogen for genitourinary síndrome of menopause: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2014; 124: 1147-1156
- Encuesta Epidemiológica Vulvovaginal Europea). (Sánchez S, Baquedano L. Menoguía SGUM AEEM, 2020.
- Bachman G. Urogenital ageing: and old problema newly recognised. *Maturitas* 1995; 22 (suppl): S1-S5
- Palacios et al. Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perception. *Climacteric* 2020; 2017: 55-61

ALGORITMO TERAPÉUTICO

