

VAGINITIS ATRÓFICA

EN LA MUJER COLOMBIANA



Dr. Alvaro Monterrosa Castro

Profesor Facultad de Medicina,
Universidad de Cartagena

Lider del Grupo "Salud de la Mujer"
Investigador Principal, Proyecto
"CAVIMEC"

El tercio inferior de la vagina, la uretra y el trigono vesical tienen orígenes embriológicos comunes, y son áreas anatómicas muy ricas en receptores estrogénicos. La integridad anatómica y funcional está directamente relacionada con la presencia de los estrógenos. Por ello en situaciones de déficit de estas hormonas se presenta atrofia, expresada clínicamente con manifestaciones urogenitales que incluyen síntomas vesicales, sequedad vaginal, dispareunia, prurito e irritación genital.

A medida que se avanza en la etapa vital denominada climaterio, se va presentando una progresiva deficiencia de los estrógenos endógenos. Al sucederse el instante fisiológico denominado menopausia, o sea la última menstruación, las mujeres van a quedar en condiciones de hipoestrogenismo.

Entre más temprana se presente la menopausia, más temprano será el hipoestrogenismo y pudiese esperarse manifestaciones de atrofia vaginal a edades más tempranas.

Si la atrofia vaginal no es tratada, puede demorarse muchos años el discomfort vaginal con un significativo impacto en la calidad de vida. Los síntomas resultantes de la atrofia vaginal son más frecuentes en mujeres posmenopáusicas. Las manifestaciones de la atrofia vaginal requieren tratamiento y la terapéutica de elección es la administración de estrógenos locales, ruta con limitada absorción sistémica, segura, efectiva y con menos efectos que los estrógenos sistémicos. No es necesario agregar progesterona o progestinas cuando se realiza administración de bajas dosis de estrógenos por vía local.

Los estrógenos locales pueden utilizarse por todo el tiempo que las manifestaciones de atrofia vaginal estén presentes.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Categorizado por Colciencias y avalado por la Universidad de Cartagena, desde el año 2007 viene adelantando el estudio CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), para puntualizar sobre la prevalencia de síntomas menopáusicos en diferentes etnias. Los primeros resultados apuntan a que las manifestaciones son distintas según las etnias / razas.



EDAD DE MENOPAUSIA Y ETNIAS COLOMBIANAS

Existen diferencias en la edad promedio de la última regla en mujeres colombianas de acuerdo a la etnia a la cual pertenecen.

Pareciera existir una tendencia a edades de menopausia más tempranas entre mujeres con componentes étnicos amerindios, sin que se tengan establecidas las razones.

Múltiples factores ambientales, culturales, nutricionales y genéticos pudiesen estar involucrados. Inicialmente ello fue observado en mujeres residentes en la cordillera de Los Andes, a muchos metros sobre el nivel del mar y se señaló a la reducción del oxígeno ambiental como la causa de la suspensión menstrual temprana. El estudio CAVIMEC ha establecido que menopausia temprana también se observa en descendiente de aborígenes colombianos residentes en resguardos indígenas al nivel del mar. Se han estudiado indígenas Wayoo, varias comunidades del trapezio amazónico y distintos asentamientos Zenúes, con comportamientos similares. La menopausia más temprana se observa en indígenas sin interesar la magnitud de la penetración cultural occidental. Incluso en mujeres de rasgos fenotípicos mestizos, oriundas de poblaciones donde existieron asentamientos aborígenes, los hallazgos de menopausia más temprana, son similares a los observados en poblaciones indígenas autóctonas, lo que permite plantear como hipótesis, que la presencia persistente de genes amerindios, pese al mestizaje, pueda estar implicada en un comportamiento diferente de la menopausia, con distinto impacto en la calidad de vida y por ende en la salud genital.



Grupos Poblacionales	X ± SD
Mestizas colombianas. (Cartagena - Barranquilla - Cali) *	48.7 ± 2.5
Afro descendientes colombianas. (Buenaventura - Palenque - Marialabaja - Mahates - Barranquilla - Cartagena - San Cayetano) *	48.7 ± 2.4
Indígenas Wayúu. (Departamento de la Guajira) *	47.8±3.5
Indígenas Trapecio Amazónico. (Leticia - Puerto Nariño) *	46.9±3.5
Zenúes. (Departamento de Córdoba: San Andrés de sotavento) *	46.9±1.2
Mestizas de poblados previamente asentamiento indígena. (Departamento de Bolívar: Magangué) *	44.8±4.5
Indígenas Chimilas. (México)	44.3±4.4
Indígenas Movimas. (Bolivia)	42.3±6.1
Indígenas Q'eqchi. (Guatemala)	46.0±2.0
Indígenas Quechuas. (Perú) *	45.5±3.0
Población Latinoamericana	49.4±5.5
Población Europea	51.3±4.1

* Estudio original CAVIMEC

Sintomas Urogenitales en Mujeres Colombianas

Es importante que el personal de salud conozca la prevalencia de los distintos síntomas menopáusicos. La mayoría del conocimiento proviene de estudios en mujeres blancas y es incorrecta su extrapolación a otras razas/etnias. Se ha señalado que los síntomas somáticos y psicológicos son menos frecuentes en mujeres asiáticas comparadas con caucásicas. El Proyecto CAVIMEC ha señalado que los síntomas músculo-articulares predominan en afro descendientes y es elevada la prevalencia de síntomas urogenitales en indígenas.

Los síntomas urogenitales, debido a la deprivación estrogénica, tienen importante presencia en mujeres en etapa de climaterio y pueden presentarse incluso varios años después de finalizadas las menstruaciones.

Las manifestaciones urinarias y vaginales son comunes y causan deterioro de la calidad de vida e impactan seria y negativamente la calidad sexual.

Un estudio de síntomas urogenitales en mujeres posmenopáusicas señala que entre mujeres hispanicas el 33.5% manifestaron sequedad vaginal, el 26.3% irritación vaginal y el 0.9% disuria, cifras superiores a las reportadas por mujeres blancas, negras y asiáticas, incluidas en el WHI.

La escala "Menopause Rating Scale" (MRS), permite fácilmente identificar la presencia de síntomas o quejas en el dominio urogenital, lo cual ayuda a establecer la pérdida de la salud vaginal. Con esa herramienta el Proyecto de investigación CAVIMEC ha encontrado elevada prevalencia de deterioro de la dimensión urogenital en varias comunidades indígenas y en una población mestiza pero nativa de un asentamiento ancestral indígena colombiano.

El deterioro urogenital, la alta prevalencia de sequedad vaginal, los problemas de vejiga y los problemas sexuales, son lo que más impactan el deterioro de la calidad de vida de este grupo de mujeres.

Las modificaciones en la función del tracto urinario bajo después de la menopausia se explican por la combinación de cambios relacionados con la edad y la pérdida de estrógenos. El envejecimiento lleva a una atrofia gradual de la mucosa, disminución del volumen del músculo esquelético, caída del tono muscular y degeneración nerviosa. Histológicamente la edad está relacionada con incremento en la fibrosis en el cuello vesical, reducción de las fibras musculares en el esfínter uretral y piso pélvico. La deficiencia de estrógenos antes y después de la menopausia lleva a una atrofia progresiva del tejido, tornándose delgada la mucosa vaginal y uretral, produciéndose debilitamiento de los tejidos de soporte y de los ligamentos, generando potencialmente disfunción vesical y urinaria. De igual forma se genera pérdida de la vascularización de la mucosa vaginal, modificaciones bioquímicas, cambios en la flora, manifestándose clínicamente por la presencia de sequedad vaginal, prurito, flujo fétido, ardor y dispareunia. Muchas mujeres presentan los primeros síntomas de deficiencia estrogénica a nivel urogenital, antes, cerca o poco tiempo después de la menopausia.

Los profesionales de la salud que atienden mujeres deben preguntar sobre las manifestaciones clínicas de la atrofia vaginal. Una recomendación práctica y sencilla es realizar las siguientes tres preguntas: (A) Tiene usted problemas sexuales. (B) Tiene usted problemas de vejiga. (C) Tiene usted sequedad vaginal. Además solicítele a la paciente que califique cada pregunta de 1 a 5, siendo 1 = no tener ningún problema, 2 = leve, 3 = moderado, 4 = severo y 5 = muy severo. Esta es una porción de la Escala MRS. Es un importante punto de partida para establecer un diálogo con la mujer sobre los síntomas de la atrofia vaginal, y simultáneamente se determina la magnitud del deterioro en la dimensión urogenital. Usualmente aunque estén experimentando síntomas urogenitales que alteran la calidad de vida en forma seria, muchas mujeres poseen prevenciones, temores, miedos o tabúes para hablar de estos temas. El correcto enfoque del profesional y la empatía generada dentro de la relación médico – paciente serán importantes para el adecuado abordaje. De no realizarse, síntomas como incontinencia urinaria, sequedad vaginal, dolor y/o ardor coital, pérdida del deseo sexual, que tal vez fueron la real causa de consulta, no serán enunciados.

Seguidamente el examen clínico colocará en evidencia los cambios anatómicos en la mucosa urogenital, a consecuencia del déficit estrogénico.

La mucosa vaginal pálida, amarillenta, con pérdida de los pliegues, seca y con reducción en la elasticidad, indica la severidad del estado hipoestrogénico.



El diagnóstico de la atrofia vaginal es totalmente clínico. Estudios internacionales han señalado que la atrofia vaginal es importante causa del deterioro de la calidad de vida y la función sexual.

En un estudio latinoamericano multicéntrico que incluyó mujeres pertenecientes al Proyecto CAVIMEC, se encontró que la presencia de disfunción sexual fue: 56.8%, y el factor de riesgo más importante para disfunción sexual fue sequedad vaginal OD: 3.86, IC95%: 3.37 – 4.49. Las ciudades latinoamericanas con elevada presencia poblacional de mujeres indígenas tuvieron prevalencia de disfunción sexual superior al 75%, mientras que entre el grupo de mujeres cartageneras afro descendientes involucradas, la prevalencia de disfunción sexual fue del 25%.

Factores de diferente índole, biológico y/o socio-cultural deben hacer presencia en las mujeres indígenas latinoamericanas, para explicar la elevada prevalencia del deterioro urogenital, asociada a una edad de menopausia más temprana. En mujeres indígenas con edad promedio de menopausia diferente a la de otras etnias, que residen ancestralmente en distintos niveles sobre el mar, que han tenido diferentes influencias del modernismo, que conservan en diferentes grados sus patrones de vida personal y comunitaria, tienen en común el presentar un fuerte y precoz compromiso de su dimensión urogenital, con síntomas, quejas, manifestaciones y patologías que se instalan o inician desde la premenopausia.

El Proyecto CAVIMEC plantea la hipótesis de la existencia de genes amerindios que predisponen a una menopausia más temprana y a cambios urogenitales precoces y severos, que experimentan las mujeres al iniciarse o acentuarse las modificaciones en la disponibilidad de los estrógenos. Ello contribuiría a la elevada prevalencia de mala calidad de vida secundaria al deterioro de la dimensión urogenital, a los problemas de vejiga, sequedad vaginal y al deterioro de la salud sexual. En poblaciones indígenas colombianas la sequedad vaginal es la cuarta manifestación menopáusica más prevalente, y más del 40% la presentan en grados moderados, severos o muy severos. En un estudio multiétnico realizado en Norteamérica en mujeres de 40-55 años de edad, encontraron que las latinoamericanas, que en general deben tener presencia significativa de genes amerindios, presentaban elevada prevalencia de sequedad vaginal y también incontinencia urinaria, a diferencia de lo observado en blancas caucásicas, chinas, japonesas y afroamericanas

En 693 mujeres de la etnia zenú con edades entre 40 y 59 años, se observó que la mitad de la población premenopáusica (menstruaciones regulares o irregulares y amenorrea inferior a un año) tenían grado: problemas

sexuales, de vejiga y sequedad vaginal. Entre las indígenas que tenían más de un año sin regla más del 75% tenían dichas manifestaciones.

Dominio Urogenital Escala Mrs n= 693	Presencia en Cualquier Grado de Severidad (%)		
	Premenopausia	Postmenopausia	Valor de p
Problemas sexuales	47.8	76.1	<0,0001
Problemas de vejiga	45.4	80.6	<0,0001
Sequedad vaginal	48.1	74.3	<0,0001

Problemas severos de vejiga tenían el 6% de las premenopáusicas y el 60% de las posmenopáusicas. Sequedad vaginal severa manifestaron el 10% de las indígenas que aún menstruaban y el 16% de las mujeres con uno o más años sin tener menstruaciones (Datos parciales, artículo In-prensa).

En otro estudio del Proyecto CAVIMEC, comparando etnias indígenas de diferentes áreas geográficas colombianas, se observa que incluso la prevalencia del deterioro severo + muy severo es diferente para cada uno de los grupos indígenas. Las amazónicas tuvieron más sequedad vaginal que las zenúes y que las Wayúu. En las primeras y segundas predominaban los problemas sexuales. Observando las cifras globales de las mujeres de los tres asentamientos indígenas, el 12% tenía sequedad vaginal severa + muy severa (Datos parciales, artículo In-prensa).

Dimensión Urogenital Escala Mrs	Deterioro Severo + Muy Severo Valor Porcentual			
	Amazónico	Zenúes	Wayúu	Todos
Problemas sexuales	21.1	1.3	11.3	9.1
Problemas de vejiga (incontinencia)	23.0	80.5	10.6	48.0
Sequedad vaginal	18.6	7.1	5.2	12.1

En todos los grupos poblacionales indígenas estudiados, el dominio urogenital siempre está más deteriorado que el dominio psicológico y somato-vegetativo. La proporción de mujeres que tienen deterioro severo es sensiblemente elevada. La alteración urogenital es la que más influye en el deterioro de la calidad de vida y las diferencias son significativas. Los resultados obligan a sensibilizar a los profesionales del área de la salud de los resultados encontrados y a sugerir la búsqueda de atrofia vaginal desde edades tempranas y de diagnosticarse, tener en cuenta otras consideraciones clínicas para realizar tratamiento sin distinguos del estado menopáusico.

El Proyecto CAVIMEC ha realizado estudios en 208 mujeres con edades entre 40 y 59 años, con rasgos fenotípicos mestizos, pero nacidas y descendientes de personas nacidas en áreas geográficas que en épocas previas y sobre todo precolombinas fueron asentamientos indígenas Zenúes. Las mujeres incluidas son del actual municipio de Magangué y corregimientos vecinos, en el Caribe colombiano y se encontró que el deterioro de la dimensión urogenital y la prevalencia de las manifestaciones eran similares a las observadas en los estudios realizados en indígenas autóctonas, nacidas y residentes en resguardos indígenas y sin mestizaje, cifras muy alejadas a las encontradas en mujeres mestizas de Cartagena, Barranquilla y Cali. El 50% de las mujeres tenían deterioro severo de la dimensión urogenital. Esto permitiría sentar la hipótesis que en mujeres de algunas regiones colombianas, pese al mestizaje, todavía tienen efecto dominante de unos supuestos genes que condicionan un deterioro temprano del dominio urogenital y la presencia temprana de manifestaciones urogenitales, especialmente sequedad vaginal que amerita tratamiento (Datos parciales, artículo In-prensa).

Grado de Severidad del Deterioro Población Mestiza de Asentamiento Precolombino Zenú

	Dimensión Urogenital (%)	Calidad de Vida (%)
No / pequeño	13.9	11.5
Suave	15.9	19.2
Moderado	17.8	16.8
Severo	52.4	52.5

Este mismo grupo de 208 mujeres fue estudiados con el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) versión de 6 preguntas y se encontró una prevalencia del 77% siendo el dominio de la escala más deteriorado, el dolor a la penetración coital. Más del 55% de las mujeres manifestaron experimentarlo la mayoría de las veces, casi siempre o siempre. Más del 70% tenían problemas con la lubricación vaginal al momento del coito, 46% manifestaron tener lubricación a veces, 20% algunas veces, 6% casi nunca o nunca. (Datos parciales, artículo In-prensa). Lo cual es coherente con las observaciones realizadas en el mismo grupo de mujeres con el MRS para definir deterioro de la calidad de vida, en el dominio urogenital y la presencia de manifestaciones de atrofia vaginal. La escala IFSF-versión 6, es una herramienta sencilla, que permite identificar deterioro de la lubricación vaginal y prevalencia de disfunción sexual.

Estos son los primeros resultados obtenidos con un nuevo proyecto en curso denominado SEX-MAY (Sexualidad en la Mujer Mayor Colombiana).

La individualización en la atención clínica es un concepto universal. Las mujeres en etapa de climaterio deben ser adecuadamente valoradas, interrogadas, examinadas, medicadas y seguidas. Si bien la atrofia vaginal tiene prevalencia distinta según las etnias, es menos prevalente en mujeres afro-descendientes, compromete a todos los grupos poblaciones o razas. La Atrofia vaginal hace presencia en las mujeres al reducirse la disponibilidad de los estrógenos endógenos e impacta negativamente la calidad sexual y de vida. La administración de estrógenos local a bajas dosis y por tiempo prolongados es la medida terapéutica de elección, así está señalado en todas las guías y recomendaciones para el manejo de la terapia hormonal.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN "SALUD DE LA MUJER"

Investigadores

DR. ALVARO MONTERROSA-CASTRO
Médico Ginecólogo

DRA. IVETTE ROMERO-PÉREZ
Médico Ginecólogo.

DR. ÁNGEL PATERNINA-CAICEDO
Médico Candidato a Mágister Epidemiología Clínica.

DRA. MARTHA MARRUGOFLORES
Médico Ginecólogo

Asesores Internacionales

DR. PETER CHEDRAUI
Médico Ginecólogo

DR. JUAN ENRIQUE BLUMEL
Médico Endocrinólogo

DR. FAUSTINO R. PÉREZ-LÓPEZ
Médico Ginecólogo

DRA. ANA MARIA FERNÁNDEZ-ALONSO
Médica Ginecóloga

Semillero FEM-SALUD

Estudiantes que han participado en los estudios realizados por el grupo y referenciados en este boletín.

JHONMER MARQUEZ-VEGA
CINDY ARTETA-ACOSTA
ERICKA MONTERROSA-SALAZAR
ERICKA RINCON-NIÑO
KATHERIN PORTELA-BUELVAS
LIA AYALA-FAJARDO
LIEZEL ULLOQUE-CAAMAÑO
SOL CARRIAZO-JULIO

www.grupodeinvestigacionluddelamujer.com.co
e-mail: alvaromonterrosa@gmail.com