

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Facultad Comandante Manuel Fajardo

Rejuvenecimiento vaginal y función sexual en mujer posmenopáusica

Centro de Referencia Nacional, Hospital Julio Díaz Gonzales

Tesis presentada en opción al Título Académico de Máster en Investigaciones en Climaterio y Menopausia

La Habana, 2019

Autor(a): María Elena Rodríguez Reyes

Lic. Terapia Física y Rehabilitación

Profesora Asistente

Tutor(a): Dra.Msc Blanca Rosa Manzano Ovies

Profesora Titular Consultante

Especialista en 2do Grado en Ginecobstetricia

Investigadora Auxiliar

Tutor(a): Dra. C Daysi A. Navarro Despaigne

Especialista de 2do Grado en Endocrinología

Profesora Titular Consultante

Investigadora Titular

Asesor(a): Dra.C Julia Pérez Piñero

Especialista de II Grado en Bioestadística

Profesora Titular Consultante

*El progreso de la medicina nos depara el fin de
aquella época liberal en la que el hombre aún
podía morirse de lo que quería.*

Stanislaw Jerzy Lec

DEDICATORIA

*A mi hija
Por su incondicional colaboración y
Para que nunca abandone el camino del saber.
A mi esposo y madre por todo su apoyo.*

AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras Dra. Manzano y Navarro por sus consejos y las horas dedicadas para el perfeccionamiento de esta tesis.

A mi asesora la Dra. Julia por la ayuda brindada.

Al departamento de suelo pélvico del Centro de Referencia Nacional “Julio Díaz González”, en especial a la Dra. Yaima Almanza por toda la ayuda brindada desde el inicio de esta maestría y en la confección de mi tesis.

A todos muchas gracias.

RESUMEN

La vulvovaginitis atrófica o atrofia vulvovaginal posmenopáusica (en lo adelante AVVP) es una condición que se suele apreciar clínicamente cuatro a cinco años después de la menopausia. Afecta a la mitad de las postmenopáusicas y a dos tercios de las posmenopáusicas sobrevivientes al cáncer de mama. El principal síntoma de la atrofia vaginal es la dificultad para mantener relaciones sexuales.

Objetivo: Determinar el efecto de la terapia del láser CO2 fraccionado microablativo en el tratamiento de las pacientes con diagnóstico de síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), ingresadas o atendidos por consulta externa en el hospital "Julio Díaz" en el periodo comprendido entre enero-diciembre del 2018.

Métodos: Se realizó búsqueda bibliográfica de la literatura publicada y se organizó la información encontrada sobre la vulvovaginitis atrófica o el síndrome genitourinario de la menopausia, la prevalencia de estos trastornos, los signos clínicos que ayudan a su diagnóstico, así como las pautas para de tratamiento utilizado en la actualidad, incluyendo el uso del láser.

Palabras clave: menopausia, climaterio, atrofia vaginal, síndrome genitourinario de la menopausia, láser.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN	5
PROBLEMA CIENTÍFICO.....	6
OBJETIVO.....	7
MARCO TEÓRICO	8
DISEÑO METODOLÓGICO	30
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

Se considera mujer en edad mediana al grupo de personas del sexo femenino comprendido en las edades entre 40 y 59 años. Durante este periodo de la vida, la mujer sufre cambios que se producen en tres aspectos diferentes e interrelacionados: en el terreno biológico, donde se producen cambios por el efecto del cese de la función ovárica y que se mantienen en ajuste continuo durante esta etapa; en lo psicológico, como mediador entre el medio externo o entorno y en lo social, como expresión compleja del mundo de las relaciones que se establecen en el escenario donde las mujeres desarrollan su vida cotidiana.¹

El climaterio es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica, etapa que dura alrededor de 20 años. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) lo define como la fase del proceso de envejecimiento durante la cual una mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo.¹

Durante el climaterio las mujeres refieren diversos tipos de síntomas, siendo los más frecuentes: las crisis vasomotoras, atribuidas a la deficiencia de estrógenos, unido o no al aumento de gonadotropinas y cambios en los neurotransmisores hipotalámicos que provocan inestabilidad del centro termorregulador, aumentando la temperatura cutánea y vasodilatación, produciendo un incremento de la sudoración que favorece el descenso de la temperatura central, ocurriendo en el 80% de las mujeres cubanas.¹

La deficiencia estrogénica resultante del cese de la función reproductiva se hace evidente en los tejidos influenciados, ocasionando signos y síntomas inmediatos y tardíos que pueden ser motivo de preocupación y molestia para la paciente que los sufre.¹

La mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Ya en el Génesis se menciona la pérdida de la impureza mensual y en los papiros egipcios se señalan a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban. También Abraham, en el Génesis, conocía el fallo de la reproducción cuando consideraba las pocas posibilidades de descendencia en las parejas que tenían mucha edad.²

Las consecuencias del envejecimiento ovárico se han estudiado en todos los órganos y sistemas de la mujer, afectando algunas de las estructuras suelo pélvico, que son importantes para mantener en buen estado de salud en la vagina y del útero.²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶

La salud vaginal es el estado de la vagina cuando mantiene las condiciones fisiológicas adecuadas a la evolución de la edad de la mujer, que no produce sintomatología local, y permite una vida sexual satisfactoria.⁶

La salud sexual es definida como un estado de bienestar físico emocional, mental, y social, relacionado con la sexualidad, no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se mantenga y se logre, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.⁶

La disfunción sexual es la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea.⁷⁻⁸ Los casos de DSF se identifican con más frecuencia en el estado peri y posmenopáusico; llegando a que el 50% reportan la pérdida de placer sexual y dificultad para alcanzar el orgasmo, además de otros problemas frecuentes como lubricación y dolor durante el coito, sin olvidar que para el disfrute de la actividad sexual se requiere de la conjunción de factores biológicos

(de la vagina y otros órganos), psicológicos (depresión, ansiedad, personalidad) y sociales (autoestima, relaciones de pareja creencias, religión entre otros) ⁵⁻⁷⁻¹⁵ Esta condición se puede apreciar clínicamente cuatro a cinco años después de la menopausia. Afecta a la mitad de las posmenopáusicas y a dos tercios de las posmenopáusicas sobrevivientes al cáncer de mama.⁶

Entre las disfunciones del suelo pélvico que se pueden presentar en la mujer de mediana edad, tenemos la Atrofia mucocutánea que conllevan a la aparición de síntomas como la dispareunia, disuria, disminución del placer sexual, sequedad, disminución de la lubricación e incontinencia urinaria.⁶⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁴

La Atrofia mucocutánea es conocida en la actualidad como Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM) y se define como el conjunto de síntomas y signos asociados a la disminución de los niveles de estrógenos, que pueden involucrar a los labios mayores/menores, introito, clítoris, vagina, uretra y vejiga. El tratamiento puede ser necesario si los síntomas son molestos.⁶⁻¹²

El SGM tiene su efecto negativo en la función sexual femenina, provocando una disminución en las relaciones de pareja y disminución en su autoestima, debido a las sintomatologías que presentan como dolor al coito, dispareunia., afectándolas sobre su vida en general .⁶⁻¹²

El tratamiento para la Atrofia Vulvovaginal (AVV) debe ser individualizado para cada mujer y dependerá de la gravedad de los síntomas y a su preferencia al tratamiento, después de una discusión de las opciones terapéuticas y de sus riesgos/beneficios.⁶

Existen diferentes tratamientos para la AVV como son los lubricantes e hidratantes, terapias con estrógenos locales, anillos vaginales, TSEC (Estrógenos Conjugados con Bazedoxifeno), SERM (modulador selectivo del receptor estrogénico),

Ospemifeno (para tratar la dispareunia de moderada a grave, secundaria a la atrofia vulvovaginal) y de última tecnología el láser CO₂.⁶

El efecto de la tecnología láser sobre el tejido vaginal, incrementa la producción de colágeno, se restaura el flujo sanguíneo de forma adecuada y se mejora considerablemente la funcionalidad de las zonas tratadas.⁶ El tratamiento láser MonaLisa Touch para la atrofia vaginal, es completamente natural, 100% seguro y es prácticamente nada invasivo, con esta tecnología se consigue aumentar la tonificación de los tejidos, aumentar la lubricación y el flujo sanguíneo, además de mejorar la calidad de la vagina (rejuvenecimiento), mejorando la calidad de vida de la mujer al desaparecer los síntomas referidos y tal vez mejorar la función sexual, se realiza en consulta médica y no suele requerir de hospitalización.⁶

En Cuba en la actualidad se cuenta con esta tecnología del láser vaginal para el tratamiento del SGM, por lo que resulta válido identificar la respuesta vaginal y de la función sexual en las mujeres de edad mediana tributarias de la misma.

JUSTIFICACIÓN

El síndrome vulvovaginal entre sus síntomas incluye la sequedad, la dispareunia, el escozor y el dolor, que trae como consecuencia alteraciones psicológicas, emocionales, de la sexualidad y afectaciones en la calidad de vida relacionada con la salud.

Con esta investigación se pretende mejorar la función de la vagina o función sexual de las pacientes con diagnóstico de atrofia o laxitud vaginal, mediante la aplicación del láser de CO₂ microablatoivo, a nivel de toda la mucosa vaginal, para aliviar o erradicar la sintomatología, recuperación de la fisiología genital y a la vez el disfrute sexual de las pacientes

El Hospital “Julio Díaz González” es uno de las instituciones de salud cubana que dispone de esta tecnología por lo que resulta necesario confirmar su utilidad en las mujeres de edad mediana que requieren de la misma.

PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Qué efecto tiene el láser de CO₂ vaginal en la mejoría del Síndrome Genitourinario de la Menopausia y las relaciones sexuales de las mujeres en la posmenopausia que acuden al servicio de suelo pélvico del Hospital “Julio Díaz González”?

OBJETIVO

- Determinar el efecto de la Terapia con Laser CO2 sobre los síntomas vaginales de mujeres con síndrome de atrofia vaginal en la posmenopausia y factores asociados a la respuesta.

MARCO TEÓRICO

La Menopausia se define como natural cuando la desaparición es definitiva a consecuencia de la pérdida de la actividad folicular ovárica y se considera que tiene lugar después de un periodo de 12 meses consecutivos de amenorrea, para la que no existe otra causa patológica o fisiológica.⁴⁻⁷ La menopausia puede ser fisiológica o artificial, siendo la segunda ocasionada por radiación o cirugía u otras causas.¹

Desde tiempos muy remotos se hacían alusiones al climaterio como los que están reflejados en el Génesis, en papiros egipcios o en escritos de grandes pensadores de la antigüedad como Hipócrates o Aecio de Amidas. Aristóteles fue el primero en dejar constancia de la menopausia hace más de dos milenios en su Historia animalium.¹³

Hacia mediados de la década de los años 70, la medicina buscaba demostrar el carácter universal del llamado síndrome menopáusico y sus manifestaciones sintomatológicas.²

En este modelo los datos provenían de poblaciones occidentales que concurrían a la atención clínica. Los primeros trabajos interculturales, con una perspectiva opuesta, planteaban la diversidad de síntomas y su correlación con las influencias individuales y culturales en un contexto socio-económico-político determinado.²

Desde entonces la edad de presentación de la menopausia no ha cambiado significativamente. Esta se produce de forma fisiológica entre los 45-55 años de edad. El promedio de menopausia, en la mayoría de los países que llevan registros de salud, es de 48 años. En Venezuela es de 48,7 años \pm 4,6 años al igual que en Cuba y en la mayoría de los países de América Latina. En España según estudios, es a partir de los 50 años \pm 5,7 años.²

La Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología en el II Consenso Nacional sobre Climaterio (2007) plantea que:¹⁴

1. **Climaterio:** período de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la vida femenina. Se divide en dos etapas:
2. **Perimenopausia:** desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.
3. **Posmenopausia:** etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 64 años y que a su vez se subdivide en: **etapa temprana:** que se refiere a los 5 primeros años de posmenopausia y **etapa tardía:** desde 5 años después de la menopausia hasta los 64 años.
4. **Menopausia precoz:** aquella menopausia natural que ocurre antes de los 40 años de edad.
5. **Menopausia artificial:** daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o exéresis quirúrgica.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas. La longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina.⁴⁴

Cada día es mayor el número de mujeres que superan la edad de la menopausia en los países en vías de desarrollo. En el Ecuador según la proyección del 2010 realizada por el INEC en el año 2015 la esperanza de vida en las mujeres en el Azuay fue de 81,1 años y para el 2020 será de 81,9 años.⁴⁴

Durante los primeros diez años no está acompañada de ningún síntoma en la mayoría de las mujeres, esto no quiere decir que no se estén dando cambios en el

funcionamiento del organismo femenino, que desembocarán en la pérdida definitiva de la función de los ovarios; son precisamente esos cambios, los que van a impactar al resto del cuerpo.²

Es por eso que cuando los ovarios fallan se altera no solo el proceso reproductivo, también se manifiesta con trastornos menstruales, y modifica la influencia de las hormonas sexuales, especialmente los estrógenos, repercutiendo en todo el organismo femenino.²

La función ovárica, presente durante toda la vida fértil de la mujer, inicia su involución desde la tercera década de la vida, lo que acarrea la disminución de su número de células germinales, de la foliculogénesis y la esteroidogénesis, alteraciones en la regulación neuroendocrina. Al acercarse la menopausia, la mujer tiene sólo unos cientos de oocitos primarios. La maduración folicular parece detenerse por alteración neuroendocrina más que por disminución del número de oocitos.¹

Las concentraciones séricas de FSH aumentan después de los 45 años, especialmente en la fase folicular, no habiéndose encontrado incremento similar de la Hormona Luteinizante (en lo adelante LH). El incremento de la Hormona Folículo Estimulante (en lo adelante FSH) parece no deberse a retroalimentación negativa de estrógenos y/o progesterona, sino a reducción de la sensibilidad del sistema neuroendocrino - probablemente del hipotálamo o a la disminución de la inhibina producida en el folículo.¹

Después de la menopausia, la FSH eleva 5 a 30 veces y la LH 3 veces sus valores promedios, algo más durante los bochornos, manteniéndose elevados durante 5 a 10 años, para luego descender gradualmente. El cociente LH/FSH inferior a 0,7 indica que la mujer está en la menopausia. El factor liberador del LH (en lo adelante LH-RF)

está aumentado. La prolactina está disminuida y no se incrementa con el uso de estrógenos naturales, más sí con los sintéticos.¹

La deficiencia de estrógenos que caracteriza al climaterio y la menopausia es el principal responsable de los signos y síntomas inmediatos y tardíos. El 84% de las mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos durante el climaterio o posteriormente; el 45% considera que los síntomas son importantes.⁴⁴

Síntomas vasomotores

Constituyen la manifestación clínica más característica del climaterio, son los síntomas más clásicos de la deficiencia de estrógenos; 70 a 80% de las pacientes en el climaterio sufren de bochornos; suelen hacerse muchos más intensos cerca de la menopausia, cuando los niveles de estrógenos decrecen rápidamente. Se les describe como periodos transitorios y recurrentes de enrojecimiento facial, que pueden extenderse al cuello, a los hombros y a la parte superior del tórax, asociado a sudoración y sensación de calor, que se acompañan a menudo de palpitaciones y sensación de ansiedad. Algunas veces van seguidos de escalofríos; pueden provocar alteraciones del sueño y en consecuencia cuadros de fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y falta de memoria.⁴⁴

Síntomas vaginales

Después de la menopausia se produce una pérdida de elasticidad del introito vulvar y una reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubricación y, en algunas mujeres, sequedad vaginal y dispareunia, y estos son más manifiestos mientras avanza la postmenopausia.⁴⁴

Síntomas urinarios

Una de las primeras manifestaciones urinarias es que aumenta la frecuencia con que la mujer tiene que orinar, particularmente aumenta el despertar nocturno para vaciar la vejiga, ya que disminuye su capacidad. Las estructuras que dan continencia se debilitan y responden menos bien a los estímulos normales, lo que favorece la aparición o acentuación de incontinencia urinaria de esfuerzo, es decir, la pérdida involuntaria de orina al toser, estornudar, reír de tal manera que pueden alterar el estilo de vida de alguien.⁴⁴

Síntomas cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la arteriopatía coronaria y la enfermedad vascular cerebral, son un problema de salud pública hoy en día; producen más de 50% de todas las defunciones en EE UU, en las mujeres mayores de 50 años. Uno de los factores de riesgos cardiovasculares más reconocidos después de la menopausia es el hipoestrogenismo. Aunque la hipoestrogenemia es al parecer un factor de primer orden que contribuye a la enfermedad cardiovascular en la mujer, otros riesgos modificables, como la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, el hipercolesterolemia, el sedentarismo, pueden tener la misma importancia. Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión del aterosclerosis coronaria.⁴⁴

Síntomas osteomusculares

Antes de la menopausia la tasa de pérdida del tejido óseo total por año es menor al 1%; y después esta tasa se incrementa hasta 5% por año. Este cambio está

francamente relacionado a la deficiencia de estrógenos. Si bien la osteoporosis es de causa multifactorial, que desarrolla osteoporosis hasta en 4 de cada 10 mujeres posmenopáusicas sin tratamiento. Esta pérdida de masa ósea aumenta la susceptibilidad a las fracturas y microfracturas .⁴⁴

Cambios en la piel

Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos; todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos.⁴⁴

Síntomas psicológicos y emocionales

Aunque no hay una enfermedad específica en el ámbito psicológico asociado a la deficiencia de estrógenos, sí se conoce toda una gama de alteraciones ligada a esta. En Cuba se ha reportado que poco más del 40 % de mujeres en la transición a la posmenopausia cursan con depresión de grado diverso y que puede presentarse desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, nerviosismo.⁴⁴

Síntomas sexuales

A medida que aumenta la edad, generalmente existe una pérdida del interés sexual. Las diversas revisiones disponibles concluyen que existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad (disminución del interés sexual, la frecuencia del coito y la lubricación vaginal) y la menopausia, pero los factores que influyen en esta pérdida del interés son complejos y múltiples.⁴⁴

De estos factores, los más importantes son los psicosociales, y entre ellos, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja.⁴⁴

Los efectos de la insuficiencia ovárica son diferentes para cada mujer, y las necesidades terapéuticas y preventivas son cambiantes en función del tiempo transcurrido, sensación de bienestar o malestar y medio ambiente. La preservación de la salud femenina es un objetivo fundamental de la medicina. El proceso de envejecimiento requiere un tratamiento individualizado al margen del hecho fisiológico menopausia/climaterio.²

Las consecuencias del envejecimiento ovárico se han estudiado en todos los órganos y sistemas de la mujer, la esperanza de vida se ha extendido, pero también ha aumentado el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares y neurodegenerativas. Las investigaciones clínicas y epidemiológicas indican que, a partir de la menopausia, la mujer tiene una especial vulnerabilidad por la insuficiencia ovárica propia del climaterio. Un tercio de la vida de la mujer ocurre bajo esa insuficiencia ovárica, cuando el envejecimiento se manifiesta de una forma más evidente.²

Sexualidad en edad mediana

La sexualidad humana es un proceso que va desde el nacimiento hasta la muerte, en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales, siendo determinantes las creencias, los valores y la cultura de cada persona. La expresión de la sexualidad varía en las distintas etapas de la vida. ¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻⁴⁴⁻⁶⁰

Según la OMS, "la sexualidad humana es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el

conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo”.²⁻¹⁸

A lo largo de la vida sexual de la mujer se pueden señalar etapas que para algunas se convierten en eventos vitales de importancia: la menarquia, la primera relación sexual, el embarazo, el parto y el climaterio. Diferentes estudios realizados han demostrado que las mujeres viven la menopausia según sus factores hereditarios, dieta, estilo de vida, medio social y actitudes culturales.²⁻⁴⁴

La mujer no suele ser del todo conscientes de los cambios fisiológicos que ocurren durante la excitación sexual, como puede ser la congestión vulvovaginal, lo que nos lleva a afirmar que estos cambios no son determinantes de la excitación en la mujer.¹⁹

La sexualidad para su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.² Permitiendo el ejercicio de la función sexual y abarcando los sentimientos, la conducta, la manera de expresarse y de relacionarse con los demás.²⁰

La función sexual femenina es un importante indicador de la calidad de vida, el cual está influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales y va a estar condicionada por cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución, y con posterioridad se le incluyeron dos alteraciones más, la lubricación y la satisfacción.²¹

El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida de la mujer.²⁰⁻⁶⁰

Al llegar el climaterio y en la posmenopausia, la mujer se enfrenta a nuevos cambios, los cuales pueden repercutir en su calidad de vida y en la función sexual, afectando algunas de las estructuras del suelo pélvico, las cuales a su vez pueden condicionar disfunción sexual.²² Ocurren, además, otros cambios no menos importantes, como son las transformaciones en la configuración corporal. Todo esto puede favorecer la pérdida del deseo sexual, sobre todo en aquellas con dispareunia secundaria o pérdida de la lubricación vaginal.²²⁻⁶⁰

Para evaluar la función sexual fue creada como herramienta el Índice de Función Sexual Femenino (FSFI), compuesto por 19 preguntas, que se agrupan en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, cada pregunta tiene cinco o seis opciones, que tiene altos niveles de confiabilidad, consistencia interna y aplicabilidad en un amplio rango de edades.²¹

Numerosos estudios arrojan como resultado que la conducta sexual en esta etapa está en relación con factores tales como: presencia de problemas de salud o en su pareja; falta de ajuste en la relación general con la pareja; no disponibilidad de pareja y actitudes negativas hacia la sexualidad de la mujer mayor.⁵³⁻⁶⁰

Condicionamiento de género

La mujer, por su sexo, va a tener un “condicionamiento de género”, histórico y económico, en el cual concommitan responsabilidades biológicas y sociales que pueden producir una sobrecarga física y mental que favorecen el curso de los procesos psicobiológicos hacia estados no saludables. En ese sentido, las mujeres asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo y, específicamente en Cuba las labores de "cuidadora" y otras que se vinculan esencialmente a las mujeres de este grupo poblacional.¹⁴⁻²³⁻⁵⁴

Las mujeres de edad mediana, si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo. Biológico, se encuentran inmersas en la formación social de nuevas generaciones y con frecuencia son cuidadoras de las que le preceden.¹⁴ Este grupo humano también mantiene un importante rol social que se expresa a través de su activa participación en la vida comunitaria sin abandonar las responsabilidades asumidas con la familia. En la actualidad a la carga doméstica normal se agrega la adecuación de patrones de convivencia entre varias generaciones en un mismo hogar o vivienda.¹⁴⁻²³⁻⁵⁴

La vida cotidiana marca diferencias de roles entre hombres y mujeres, afecta a la mujer, quien aún desplaza sus esfuerzos hacia las labores domésticas, crianza de los hijos e hijas, cuidados de ancianos, velar por el “normal” funcionamiento de la familia, además el espacio ganado en lo profesional, laboral y político se comienza a traducir como sensación de fatiga, depresión, irritabilidad y otros malestares que se atribuyen a los cambios biológicos y pocas veces son asociados a la sobrecarga por su condición de género. La sexualidad varía, lógicamente, con la edad, las circunstancias personales y con el medio en que habita el ser humano.¹⁴⁻²⁵

El desempeño de los roles de género en general, y las disfunciones en la dinámica familiar y de pareja, en particular, incrementan en más de dos veces el riesgo de que la mujer padezca de síntomas climatéricos.¹⁴⁻⁵⁴

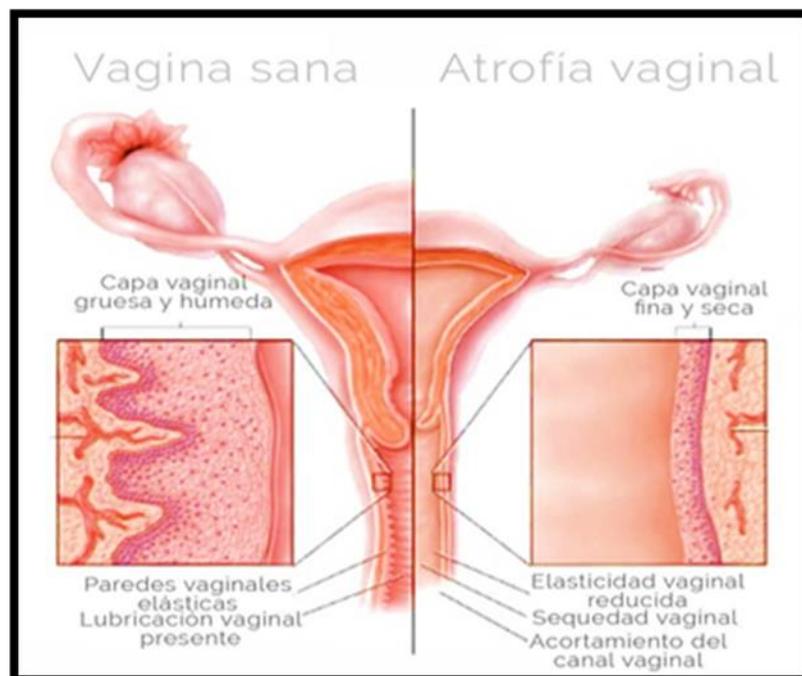
Los síntomas climatéricos se exacerban en intensidad y frecuencia en correspondencia con determinantes sociales vinculadas con la sobrecarga por razones de género, asignaciones sociales y culturales, que recaen sobre la mujer en razón de su sexo. Tal es el caso de las tareas domésticas, compartidas muchas veces

con el trabajo fuera del hogar (doble jornada), la prestación de servicios de salud a otros miembros de la familia.¹⁴⁻⁵⁴

Resulta importante conocer que en las mujeres de este grupo de edades se asocian con frecuencia algunas enfermedades crónicas no transmisibles como la enfermedad vascular de origen aterosclerótico, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los tumores malignos y la osteoporosis; por lo que la morbilidad adquiere un papel importante, sobre todo, si se tiene en cuenta que casi la tercera parte de la vida femenina transcurre después de la menopausia.¹⁴

Estas, entre otras muchas razones que tienen que ver con la calidad de vida avalan la propuesta de un programa que permita brindar a las mujeres en esta etapa del ciclo de vida, la atención integral, personalizada y humanística que ellas requieren y posibilite, además, la prevención de las enfermedades asociadas.¹⁴

Atrofia vaginal



La atrofia vaginal (AVV), son los cambios vaginales producidos por del déficit de estrógenos que conllevan la aparición de sintomatología que pueden alterar la calidad de vida. Afecta la vida sexual en las mujeres posmenopáusicas y de sus parejas provocando una disminución de las frecuencias sexuales, presenta cuatro veces más riesgo de causar una disfunción sexual en las mujeres de forma evidente.⁶⁻⁴⁵

Es responsable de la aparición de síntomas vaginales que afectan la calidad de vida, como son la sequedad vaginal y/o dispareunia, prurito, leucorrea y dentro de los síntomas urinario tenemos la urgencia urinaria, incontinencia urinaria e infecciones urinarias.⁶⁻⁴⁵ En España afecta al 40% de las mujeres posmenopáusicas. La dispareunia afecta a un 10-15% de las mujeres sexualmente activas en la edad reproductiva y aumenta hasta un 45% en mujeres mayores de 50 años.⁶⁻⁹

El término AVV no es satisfactorio porque utiliza las palabras atrofia, vulva y vagina. Atrofia, no es bien recibido por las pacientes, término negativo. Vulva y vagina palabras no ideales para su usar públicamente. No incluye el tracto urinario inferior. Se ignora el impacto en la función sexual.⁶⁻⁴⁵

La Atrofia mucocutánea en la nueva nomenclatura es conocida como Síndrome Genitourinario de la Menopausia (en lo adelante SGM). El SGM es el conjunto de signos y síntomas que surgen por el hipoestrogenismo, lo que aumenta la concentración de receptores de estrógenos en vagina, trigono vesical y vestíbulo, que pueden involucrar a los labios mayores/menores, introito, clítoris, vagina, uretra y vejiga.²⁻⁶⁻⁴⁵ El tratamiento puede ser necesario si los síntomas son molestos y debe ser individualizado según la gravedad de los síntomas y la preferencia de la mujer, después de la discusión de las opciones de tratamiento y de sus riesgos/beneficios.²⁶

Los labios menores se adelgazan y parecen desaparecer, el introito pierde la elasticidad y se retrae, provocando dispareunia. El meato uretral forma carúnculas, ocasionando disuria. Cambios fisiológicos: Hay una bajada de la vascularización, siendo la consecuencia de la reducción de la lubricación vaginal y de la elasticidad de la vagina, que conduce a irritación, dolor, quemazón e incluso sangrado. El pH vaginal se hace más básico al disminuir los lactobacilos. ²⁻⁴⁵

Esto cambia la maduración del epitelio y la proliferación celular ocasionando en los tejidos urogenitales: Cambios anatómicos: Disminuye el colágeno y se hialiniza, baja la elastina y se adelgaza el epitelio, de modo que se hace más susceptible a lesiones.² Hay una alteración de las células musculares lisas, disminuyen los vasos sanguíneos y aumenta el tejido conjuntivo. ²

Con el paso de los años la vagina puede perder tonicidad debido a la disminución de los niveles de estrógenos y la pérdida de concentración de colágeno y elastina de la piel, además, el parto hace que se rompan muchas fibras contribuyendo a que las paredes de la vagina se relajen y pierdan tensión vaginal. Estos factores influyen directamente sobre la disminución del placer en las relaciones sexuales. ¹⁰⁻⁴⁵

Muchos autores coinciden en señalar que la estrogénoterapia tiene un efecto sobre el funcionamiento sexual de la mujer menopáusica, aumentando el deseo sexual, la lubricación vaginal, la frecuencia y calidad del orgasmo.²⁷ El principal mecanismo relacionado con los síntomas menopáusicos es la deficiencia de estrógenos, por lo que existen diversas formulaciones de estrógenos que se prescriben para el tratamiento hormonal de la menopausia, el cual sigue siendo la opción terapéutica más eficaz. El agregado de progesterona tiene por objeto proteger contra las consecuencias del tratamiento sistémico con estrógenos, pero solo en las mujeres con útero intacto: es decir, mujeres que sufren patologías endometriales, incluyendo

la hiperplasia y el cáncer. Se debe considerar la relación riesgo-beneficio de todas las opciones terapéuticas, teniendo en cuenta la naturaleza y gravedad de los síntomas, y los riesgos relacionados con el tratamiento individual.⁴⁶⁻⁵⁷

En la circulación sistémica, el estradiol y la estrona están en parte ligados a la globulina unida a las hormonas sexuales (del inglés: SHBG), así como a la albúmina, como lo hace la testosterona. El aumento o la disminución de los niveles de SHBG afectarán la cantidad de estrógeno y testosterona no unidos en la circulación.⁵⁷

La terapia estrogénica por vía oral aumenta la síntesis de SHBG en el hígado, a través del efecto de primer paso. Por el contrario, la dosis estándar de estrógenos transdérmicos no aumenta la síntesis de SHBG. En algunas mujeres, la terapia estrogénica oral ocasiona niveles muy elevados de SHBG, con una reducción de hormona no libre. Potencialmente, esto conduce a la pérdida de la eficacia del estrógeno administrado y/o a la deficiencia iatrogénica de testosterona.⁵⁷

Otro efecto conocido de los estrógenos es la regulación hacia arriba de la síntesis hepática de procoagulantes. El estradiol transdérmico no parece aumentar el riesgo de tromboembolismo venoso. Por lo tanto, el estrógeno transdérmico es la vía de administración preferida para las mujeres con riesgo aumentado de trombosis, como las mujeres obesas y fumadoras. Por otra parte, a diferencia de los estrógenos orales, el estradiol transdérmico no aumenta el riesgo de enfermedad de la vesícula biliar.⁵⁷

En los 2 últimos años, en EE. UU. y Europa se aprobaron 2 preparados farmacéuticos nuevos para el tratamiento de los síntomas menopáusicos.⁵⁵ Para mejorar la sintomatología de la mujer en esta etapa de la vida existen diferentes tratamientos como son: Lubricantes e hidratantes, Terapias con estrogénica sistémica, Anillos vaginales, TSEC (Estrógenos Conjugados con Bazedoxifeno), SERM(modulador

selectivo del receptor estrogénico), Ospemifeno (para tratar la dispareunia moderada a grave, secundaria a la atrofia vulvovaginal.), Tecnología del láser CO₂.⁶⁻²⁶

Lubricantes e hidratantes

Ayudan en la higiene diaria, previniendo la aparición de infecciones vaginales y respetando el pH fisiológico, mejoran el aspecto vulvar, aportando elasticidad e hidratación, disminuyen la sequedad, aumentando la elasticidad y favoreciendo la lubricación epitelial de la zona íntima, favorece la lubricación natural durante las relaciones sexuales, reparar, regenerar y reequilibrar la Microbiota PH8.⁶⁻²⁶

Terapias estrogénica sistémica

Permite la restauración del pH vaginal, Incremento del grosor y revascularización epitelial, aumentar la lubricación vaginal, alivio de síntomas de atrofia (sequedad, irritación, prurito, y urgencia urinaria) y disminución de la incidencia de infecciones urinarias bajas.⁶⁻²⁶

Anillos vaginales

El anillo vaginal liberador de Estradiol se considera como una forma alternativa efectiva y práctica con respecto a las cremas y comprimidos.⁶⁻²⁶

TSEC (Estrógenos Conjugados con Bazedoxifeno)

Reduce el riesgo de fracturas, los sofocos, mejora la atrofia vulvovaginal, mantiene la amenorrea y no tiene efectos adversos en mama.⁶⁻²⁶

SERM (Ospemifeno)

Reduce el dolor en las relaciones sexuales, aumenta la maduración de la mucosa vaginal., disminuye el pH y disminuye la sequedad vaginal.⁶⁻²⁶

Tecnología el láser CO2

Mediante el efecto de la tecnología láser sobre el tejido vaginal, se incrementa la producción de colágeno, se restaura el flujo sanguíneo de forma adecuada y se mejora considerablemente la funcionalidad de las zonas tratadas.⁶⁻²⁶⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁻⁴⁷

Rejuvenecimiento vaginal

Los síntomas y signos que expresan que la vagina está envejeciendo son: pérdida del vello púbico, cambios en la forma de la vagina, la vagina pierde su humedad y pérdida del apetito sexual.³³⁻⁴⁵ Con el paso del tiempo el ensanchamiento de la vagina ocurre por varias circunstancias. Las causas que generan que la elasticidad y el tono muscular de la vagina se vaya perdiendo son varias. El nacimiento de los hijos, el descenso o incremento brusco de peso son algunas. También, los cambios en calidad de piel y mucosas producidas por el envejecimiento natural y la llegada de la menopausia.²³⁻⁴⁷⁻⁵⁶

Esta condición de debilitamiento del soporte de los órganos pélvicos y ensanchamiento vaginal afecta la calidad de vida de las mujeres. Por ejemplo, puede producir prolapso uterino (caída y desplazamiento de la vejiga), incontinencia urinaria, y unas relaciones sexuales con dolor, de baja intensidad o menor frecuencia de los orgasmos.^{34, 45-46-47}



Todo esto, unido a la liberación sexual, ha hecho que cada vez más mujeres se interesen por el rejuvenecimiento genital femenino, también conocida como vaginoplastia, rejuvenecimiento vaginal o cirugía íntima femenina.³⁴⁻⁴⁶⁻⁴⁷

En los últimos tiempos ha aumentado la demanda de técnicas de reconstrucción vaginal para corregir problemas funcionales. Hay tratamientos de rejuvenecimientos quirúrgicos y otros no quirúrgicos. Este proceso quirúrgico se suele asociar a una intervención de corte exclusivamente estético, frívolo e, incluso, excéntrico. También hay otras técnicas de mejoramiento. Por ejemplo, aquellas por medio de láser.³¹⁻³⁴⁻³⁹

El pionero en intentar mejorar el aspecto exterior e interior de la vulva fue un ginecólogo estadounidense que hace 12 años observó que muchas de las pacientes que habían sido sometidas a una cirugía vaginal le manifestaban que su placer sexual había mejorado. Así nació su interés por el tema y el refinamiento de su especialidad, a la que se bautizó "rejuvenecimiento vaginal con láser".³²

En un sentido más general, el término "rejuvenecimiento" siempre se asocia a algo fundamentalmente estético y consecuentemente casi superfluo. El envejecimiento en la mujer, acompañado con la entrada en la menopausia, involucra a varios órganos incluyendo la vagina, y generando en muchos casos la atrofia vaginal.³³⁻³⁴⁻³⁵⁻⁴⁵⁻⁴⁷

Láser para la atrofia vaginal MonaLisa Touch

La historia de la creación del láser comienza a partir de 1917, cuando Albert Einstein predice la posibilidad de la llamada radiación inducida (estimulada) de luz por los átomos. El siguiente paso importante en el camino hacia el láser lo realizó el físico soviético V. A. Fabrikant al valorar la idea de utilizar el fenómeno de la radiación inducida para amplificar las ondas electromagnéticas.³⁵

El láser, desde su descubrimiento en 1960, siempre ha producido un notable interés en el mundo científico. Durante estos años se puede decir que no ha habido un campo de la ciencia o de la técnica que no haya sido influenciado, y a veces de manera profunda, por esta revolucionaria invención.³⁷

Los resultados obtenidos en la segunda mitad de 1960 causaron una notable impresión en el mundo científico y muchos otros investigadores comenzaron a trabajar en este campo. Las expectativas fueron superadas: los primeros láseres de semiconductores son del año 1962, el láser de Neodimio, el de CO₂ y el de Argón son todos de 1964.³⁷

Esto es porque la luz láser tiene propiedades únicas (coherencia, brillo, monocromaticidad y unidireccionalidad) que la diferencian de todas las otras fuentes de radiación electromagnética, ya sea presente en la naturaleza o generadas por el hombre.³⁵⁻³⁷

Las primeras aplicaciones del láser en campo médico conciernen patologías oftalmológicas, mientras que en 1962 el L. Goldman lo emplea en dermatología (en particular Goldman supo reconocer la potencialidad mini invasiva de la luz láser en el ámbito quirúrgico).³⁷

Podemos distinguir entre varios tipos de láser según el medio activo empleado. Han sido desarrollados láser de estado sólido (Neodimio, Erblio, Holmio, etc.), de gas (CO₂ y HeNe), de estado líquido (Dye o colorante), de semiconductor (Diodo), poniendo especial atención a no confundirlo con aquellos procedimientos de “Laser Vaginal Rejuvenation” que son muy populares sobretodo en EE.UU.³⁵

El láser de dióxido de carbono es uno de los más potentes (se han obtenido potencias de salida de hasta 80kW) y más eficientes (en términos de potencia óptica de salida y la correspondiente potencia eléctrica) hasta ahora construidos. Es un láser de gas que utiliza una mezcla de dióxido de carbono, helio y nitrógeno en proporciones adecuadas. El elemento activo es el CO₂ mientras que los otros gases son añadidos para mejorar la eficiencia.³⁵

El bombeo se tiene con una descarga eléctrica (bombeo eléctrico) como en casi todos los láseres a gas. Su longitud de onda está en el infrarrojo lejano (10600 nm) y tiene una altísima afinidad con el agua.³⁵

Hace más de 40 años el láser de CO₂ fue introducido en la práctica quirúrgica como instrumento para incisión y extirpación de tejidos. En la actualidad son muchas las especialidades médicas que utilizan el láser de forma rutinaria, tales como dermatología, ginecología, otorrinolaringología, oncología, urología, oftalmología, medicina estética, entre otras. Además, se siguen estudiando y empleando cada vez más las propiedades bioestimulantes de la radiación láser.³⁵⁻³⁶

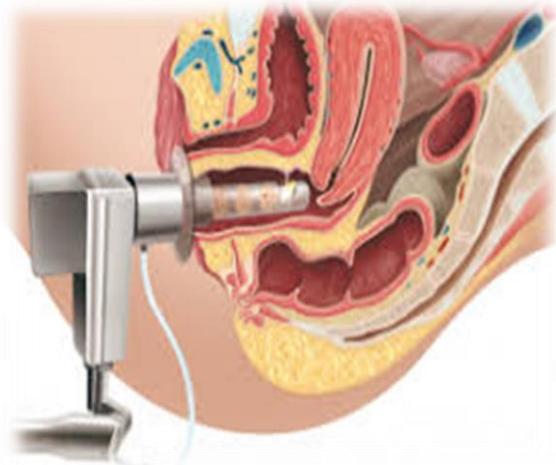
Antes de esta técnica con láser, se hacían con bisturí, que fueron creadas inicialmente para corregir cuestiones funcionales. La diferencia entre las dos técnicas es notoria, ya que, con el láser, los procedimientos son menos cruentos, hay un menor sangrado y se favorece el proceso de cicatrización.³² Esto es precisamente lo que

podemos obtener con el tratamiento MonaLisa Touch™ que bien puede denominarse como un tratamiento láser de rejuvenecimiento vaginal, poniendo especial atención a no confundirlo con aquellos procedimientos de “Laser Vaginal Rejuvenation” que son muy populares sobretodo en EE.UU.³⁴⁻³⁵. El procedimiento mejora el tono muscular, la fuerza y elasticidad vaginal. Este sistema láser de Dióxido de Carbono (CO₂) que emite un haz fraccionado en canales microscópicos, que se aplica sobre las paredes de la cavidad vaginal, logrando que las fibras de colágeno vuelvan a estar firmes.²⁹⁻³¹⁻⁴⁵⁻⁴⁶ Esto se logra aplicando calentamiento térmico concentrado y micro ablación a lo largo de la capa interior del tejido vaginal, estimulando la regeneración de colágeno, de nuevos vasos y también el aumento de las fibras de elastina todo lo que en conjunto recuperan la capacidad elástica vaginal. El tejido genital femenino se restaura a su estado más joven, integrado con las fibras de colágeno más adecuadas y recuperando los más fisiológicos cambios del diámetro vaginal.³¹⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁻⁴⁷

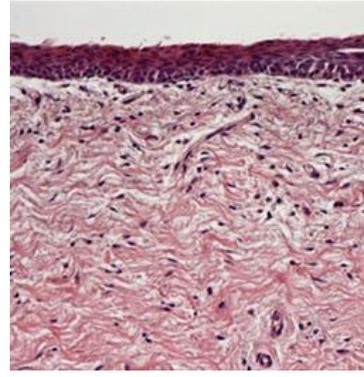
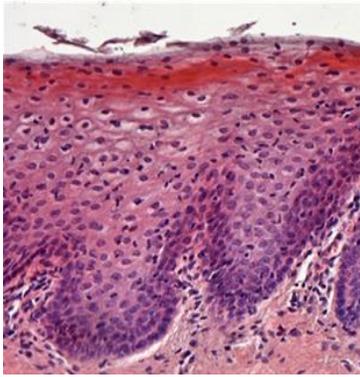


El procedimiento es sencillo, no requiere anestesia, no es doloroso, se realiza de forma ambulatoria, dura solo unos minutos y son necesarias mínimo 3 sesiones cada 30 días para ver resultados.³¹⁻³⁸⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁻⁴⁷

Para realizar la técnica se introduce un espéculo vaginal especialmente diseñado para la radiación, a través de él se introduce la sonda sin llegar a tocar la pared vaginal y se comienza la irradiación a 1,6 Hz, con la característica SMOOTH-mode, de forma circular rotando el espéculo 45° logrando así llegar a todo el tejido que sea necesario. Se repite este procedimiento 3 veces por sesión y se recomienda a las pacientes no mantener relaciones sexuales durante una semana.³¹⁻³⁸



Esta terapéutica está destinada a intentar corregir, los efectos de una incontinencia urinaria o las consecuencias de un prolapso. Y por una cuestión estética, que reúne a la mayoría de las nuevas opciones, que logran en un 95 por ciento recuperar o aumentar el placer sexual.³²⁻⁴⁵ También puede utilizarse para las siguientes técnicas: vaginoplastia, labioplastia, perineoplastia, himenoplastia, lipoescultura.³²⁻⁴⁷



Antes

Después

Gracias a los avances de la tecnología, hoy contamos con lo que se conoce como tensado vaginal. Es un procedimiento médico no quirúrgico, indoloro y no invasivo mediante el cual se puede aumentar la tensión de la vagina, disminuyendo su diámetro o estrechándola, para conseguir así una mayor fricción en el acto sexual.³⁰⁻⁴³⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁻⁴⁷

43-45-46-47

El procedimiento tiene una duración aproximada de 15 minutos en la que mediante la aplicación de laser se contraen las fibras de colágeno que se encuentran en la vagina y promueve además la síntesis de nuevo colágeno en el área vaginal.³⁰⁻⁴³⁻⁴⁵

Una vez realizado el procedimiento, se aconsejan 72 horas de reposo puesto que no se ocasiona ningún tipo de herida o quemadura si no, que lo que hace el láser es aprovechar el efecto térmico para contraer y aumentar la tensión en el interior de la vagina. No tiene contraindicaciones ni complicaciones conocidas.³⁰⁻⁴³⁻⁴⁵

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio cuasis - experimental, longitudinal en el Centro Nacional de Rehabilitación “Julio Díaz” en mujeres con atrofia vaginal, ingresadas o atendidas en consulta externa, en el período comprendido entre enero a diciembre de 2018.

Se diseñó como un estudio de antes y después sin grupo de control.

El universo de estudio estuvo constituido por todas las pacientes ingresadas o atendidas en consulta externa de Suelo Pélvico, en el Centro Nacional de Rehabilitación “Julio Díaz”, con atrofia vaginal, independientemente del lugar de residencia.

El grupo de estudio estuvo formado por las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, quedando conformado por 42 pacientes, procedentes de cualquiera de los servicios de ingreso y de consulta externa del Centro de Rehabilitación “Julio Díaz” entre enero y diciembre 2018.

Criterios de inclusión

- Mujeres postmenopáusicas con edades comprendidas entre los 45 y 59 años.
- Mujeres que acudan a consulta por alguno de los principales síntomas y signos de atrofia vaginal (sequedad, laxitud vaginal, dispareunia, prurito y/o ardor vaginal).
- Pacientes que cumplan con las orientaciones del tratamiento y los controles evolutivos.
- Paciente con buen estado cognitivo para seguir las demandas del estudio y del tratamiento.

Criterios de exclusión

- Enfermedades agudas locales infecciosas o inflamatorias que contraindican el uso del láser, como sepsis vaginal, cervicitis, vaginitis, sepsis urinaria, herpes genital, candidiasis.
- No cooperación del paciente, por trastorno de conducta, psicológico o temor al uso de láser.
- Administración de estrógeno.

Criterios de salida

- Deseo voluntario de la paciente de no seguir participando en la investigación.
- No concluir el ciclo de 3 sesiones de tratamiento con una frecuencia de 30 a 45 días entre sesión.

Operacionalización de las variables

Para esta investigación se emplearon las siguientes variables que dieron salida al objetivo que nos trazamos:

Edad

Las pacientes se distribuyeron en grupos, según la edad en años cumplidos al momento de realizar la investigación:

- 45 a 49 años.
- 50 a 59 años.

Antecedentes Obstétricos

Las pacientes se distribuyeron según antecedentes obstétricos:

- Macrofetos
- Embarazos múltiples
- Parto instrumentado
- Aborto

Tiempo de menopausia

Las pacientes se distribuyeron en grupos, según los años transcurridos después de la última menstruación al momento de realizar la investigación:

- Menos 3 años.
- 3 a 5 años.
- 6 a 10 años.
- Más de 10 años.

Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 3 meses

- Menos 1 vez/mes.
- 1 a 2 veces/mes.
- Más de 3 veces /mes.

Intensidad de los síntomas

Aplicación del dominio de la función sexual.

- Deseo.
- Excitación.

- Lubricación.
- Orgasmo.
- Satisfacción.
- Dolor.

Principales síntomas y signos del Síndrome genitourinario de la menopausia (SGM)

Presencia de síntomas y signos del SGM en las evaluaciones realizadas:

- Dispareunia.
- Ardor.
- Prurito.
- Sequedad.
- Laxitud.

Índice de condicionamiento de género

- Sin sobrecarga (≤ 5 puntos).
- Con sobrecarga (> 5 puntos).

Función sexual femenina

Puntaje total del Índice de Función Sexual Femenina que oscila desde 4 (peor puntaje) hasta 95 (máximo puntaje).

Evaluación de los resultados

Se consideró satisfactorio cuando la paciente presentó disminución de los puntajes de las manifestaciones clínicas medidas por EVA, y aumento del índice de función sexual mayor a 5 puntos al final del tratamiento.

No satisfactorio cuando no cumplió al menos con uno de los criterios anteriores.

Procedimientos o Métodos de Recolección de la Información

Cada paciente seleccionada para participar en el estudio se entrevistó con anterioridad para poner en su conocimiento qué, por qué y para qué se realiza la investigación, método, posibles beneficios y riesgos previsibles. Se le hizo saber que era libre de elegir si quería o no participar en ella, así como abandonarla en cualquier momento. Se le garantizó, además, la privacidad de la información que se obtiene de la investigación. Una vez instruida sobre estos aspectos se procedió a firmar la planilla de Consentimiento Informado ([Anexo 1](#)).

Las pacientes fueron reclutadas en la consulta de Rehabilitación del Suelo Pélvico del Centro Nacional de Rehabilitación “Julio Díaz”, conformada por un equipo multidisciplinario integrado por especialista de Medicina Física y Rehabilitación, Ginecólogo, y una Licenciada en enfermería. Las pacientes que aceptaron a participar en la investigación, se le hizo la recogida de datos en un ambiente adecuado y con privacidad, para dar respuesta al objetivo de la investigación. ([Anexo 2](#)).

Se identificó el estado de función sexual mediante el cuestionario auto administrado IFSF (cuestionario ver [Anexo 3](#)), con 19 preguntas que responden a 6 dominios principales de la función sexual femenina que se traducen en un puntaje por dominio y global ([Anexo 3](#)).

A cada una de las pacientes estudiadas se les evaluó en cada sesión de tratamiento los criterios (dispareunia, prurito, ardor, sequedad, laxitud).

Para medir la intensidad de los síntomas y signos vaginales se utilizó la Escala Analógica Visual (EVA), comprendido en el rango del 0 al 10. El valor 0 indica la ausencia de síntomas y signos, el valor 10 indica el mayor grado de severidad.

La laxitud y la sequedad fueron medida de forma objetiva por medio de la observación y la dispaurenia, prurito y ardor, son subjetivos porque es lo que referían las pacientes. Siendo así evaluada la escala visual analógica antes de cada aplicación del láser. [\(Anexo 4\)](#)

Para la valoración de la sobrecarga de género se empleó el Índice de condicionamiento de género (ICG) que mide la recarga individual que representa para la mujer la incorporación al trabajo, el desempeño de las tareas domésticas, la fuente personal de ingresos, la carga familiar y el cuidado de los miembros de la familia enfermos y/o discapacitados. [\(Anexo 5\)](#)

Para medir la variable se asignó un valor que corresponde a la complejidad o la sobrecarga que pueden representar las tareas que realiza la mujer, según la fórmula siguiente, donde el indicador de género se constituya a partir de la suma de los 4 ítems: $ICG = IT+TD+CF+AE$, X se mueve entre 0 y 10 mientras tienda a 10 indica mayor carga genérica.

Las pacientes recibieron tratamiento láser CO₂ fraccionado microablativo con una frecuencia de 1 vez cada 30 a 45 días hasta 3 sesiones como mínimo. Se realizó una evaluación inicial con respecto a la sintomatología clínica, y las escalas de evaluación se aplicaron al inicio y al final del tratamiento.

Toda la información recogida fue analizada, procesada y plasmada en tablas, que ayudarán a la mejor comprensión, análisis y comparación de los resultados de la investigación.

Fuentes de recolección de datos

La información necesaria para ejecutar este estudio se obtuvo de:

- Historias clínicas individuales de los pacientes.
- Planilla de recolección de datos. ([Anexo 2](#))
- Entrevista a los pacientes.

Los datos fueron recopilados por el investigador durante el proceso de estudio.

Análisis y Procesamiento de los datos

Para el cumplimiento de todos los objetivos y el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva. Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel y con posterioridad mediante la ayuda del paquete estadístico SPSS se obtuvieron los datos siguientes: porcentajes, media, mediana, desviación estándar. Mostrando los resultados en tablas. Para establecer diferencia entre grupos se utilizó de χ^2 de Pearson. con un nivel de significación del 95.

Consideraciones bioéticas

Las pacientes fueron informadas oportunamente de los objetivos y procedimientos de nuestra investigación, así como del carácter voluntario para participar en la misma.

El consentimiento de cada paciente fue recogido de manera individual en un acta elaborada por la licenciada que condujo el estudio ([Anexo 1](#)) y que fue firmada por las partes implicadas.

RESULTADOS

Tabla 1 Distribución según edad de las pacientes, se observa un predominio del grupo de 50 a 59 años (73,8 %), la edad media fue de 52 ($\pm 4,14$ DE) años y se incluyeron pacientes de 45 a 59 años.

Tabla 1. Distribución de mujeres según edad.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
45 a 49 años	11	26,2
50a 59 años	31	73,8
Total	42	100,0

La presencia de antecedentes obstétricos fue de un 52,38 %, con una mayor incidencia el parto instrumentado para un 26,19 % en el momento de la investigación.

Tabla 2. Mujeres con antecedentes obstétricos según tipo.

Antecedentes Obstétricos	No.	n= 42
Macrofetos	4	9,52
Embarazo múltiple	3	7,14
Parto instrumentado	11	26,19
Aborto	4	9,52
Total	22	52,38

Distribución de las mujeres de acuerdo al tiempo de menopausia, predominando las mujeres que tenían menos de 3 años (47,6 %).

Tabla 3. Distribución de las mujeres según tiempo de menopausia.

Tiempo de postmenopausia (años)	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 3	20	47,6
De 3 a 5	8	19,0
Más de 5	14	33,3
Total	42	100,0

De acuerdo a la distribución de las mujeres con pareja sexual, el 92,9 % presentaban pareja sexual y el 7,1 % no presentaban pareja sexual.

Tabla 4 Distribución de las mujeres según pareja sexual.

Pareja sexual	No.	Porcentaje
Con pareja	39	92,9
Sin pareja	3	7,1
Total	42	100,0

Tabla 5. Distribución de la frecuencia de las relaciones sexuales y pareja sexual predominando las frecuencias sexuales más de 3 veces/ mes con un 38,1 %.

Frecuencia de las relaciones sexuales	Pareja sexual		Sin pareja sexual		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 1 vez/ mes	12	28,5	3	7,1	15	37,5
1 a 2 veces/ mes	11	2,2	0	0	11	26,1
Más de 3 veces/mes	16	38,1	0	0	16	38,1
Total	39	92,9	3	7,1	42	100,0

Tabla 6. Distribución de las mujeres según resultado del tratamiento.

Resultado del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	37	88,1
No satisfactorio	5	11,9
Total	42	100,0

Distribución de los dominios del Índice de Función Sexual Femenina, así como su puntaje total, antes y después del tratamiento. Todos los dominios incrementaron su puntuación, después del tratamiento, destacando la lubricación que aumento más de 6 puntos como promedio, y el dolor y la excitación mejoraron 4,88 y 4,71 puntos, respectivamente. El puntaje total aumento 25,4 puntos.

Tabla 7. Identificar el efecto de la terapia Laser CO2 sobre la función sexual.

Fases de la función sexual	Antes	Después	Diferencia
Deseo	5,12	7,81	+2,69
Excitación	11,31	16,02	+4,71
Lubricación	10,45	16,60	+6,15
Orgasmo	9,26	12,60	+3,34
Satisfacción	8,76	12,43	+3,67
Dolor	7,26	12,14	+4,88
IFSF total	52,17	77,60	+25,43

Distribución de los síntomas y signos vaginales antes y después del tratamiento según Escala Visual Analógica. Todos los síntomas lograron mejoría clínica, destacando que el más prevalente fue la sequedad y a su vez el que más disminuyó con el tratamiento.

Tabla 8. Distribución de las mujeres según síntomas vaginales antes y después del tratamiento.

Síntomas	Antes	%	Después	%	Erradicaron síntomas	% de curación
Dispaurenia	33	78,5	17	40,4	16	38,1
Ardor	33	78,5	18	42,8	15	35,7
Prurito	20	47,6	8	19,0	12	28,6
Sequedad	37	88,0	25	59,5	12	28,5
Laxitud	31	73,8	21	50	10	23,8

El resultado del tratamiento con láser relacionado con el índice de condicionamiento de género, se observó que no fue muy significativo desde el punto de vista estadístico, las que presentaban sobre carga de género para un 7,14 % con relación a las que no presentaban sobre carga de género para un 4,76%, obteniendo un mayor porcentaje de satisfacción para las que no tenían sobre carga (54,76 %), para un total de 59,52% de satisfacción.

Tabla 9. Distribución de las mujeres según sobre carga de género y resultado del tratamiento.

Sobrecarga según ICG	No Satisfactorio		Satisfactorio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sin sobrecarga	2	4,76	23	54,76	25	59,52
Con sobrecarga	3	7,14	14	33,33	17	40,48
Total	5	11,90	37	88,10	42	100,00

Tabla 10. Distribución de las mujeres según tiempo de menopausia y resultado del tratamiento.

Tiempo (años)	Satisfactorio	%	No satisfactorio	%	total	%
-3	20	54,1	0	0	20	47,6
3-5	8	21,6	0	0	8	19,0
+5	9	24,3	5	100,0	14	33,3
Total	37	100,0	5	100,0	42	100

DISCUSIÓN

En la consulta de suelo pélvico fueron atendidas un total de 135 mujeres (100%), en el período de Enero - Diciembre del 2018. En la edad comprendida de 45 - 59 años fueron 93 pacientes diagnosticadas con atrofia vaginal (68,8%), y de estas 42 cumplieron con los criterios de inclusión (31,11%).

La atrofia vaginal (en lo adelante AVV), son los cambios vaginales producidos por del déficit de estrógenos que conllevan la aparición de sintomatología que pueden alterar la calidad de vida.⁶ Afecta la vida sexual en las mujeres posmenopáusicas y de sus parejas provocando una disminución de las frecuencias sexuales, y representa cuatro veces más riesgo de causar una disfunción sexual en las mujeres de forma evidentes. Se expresa de forma muy variable en cuanto a su aparición, duración e intensidad de una mujer a otra .⁶⁻¹²⁻⁴⁶

El 42% de las mujeres en esta etapa de su vida evitan mantener relaciones sexuales. Con la atrofia mucocutánea se ve afectada la vida sexual, matrimonial y social de la mujer y su autoestima baja. Las mujeres que padecen disfunciones sexuales tienen 3,8 veces más posibilidad de desarrollar atrofia.¹⁸⁻²³

Según los resultados de mi investigación, no es posible describir cuantas mujeres evitan las relaciones, sin embargo, posterior al tratamiento el 88,1 % de las pacientes fue satisfactorio en cuanto a la mejoría clínica.

La literatura plantea que en la medida en que se sobrepasa la cuarta década, se incrementa la probabilidad de aparición de síntomas y signos climatéricos, en dos de cada tres mujeres. En estudios realizados se encontró que el grupo de edad que más asistía a consulta era de 45 a 49 años, considerándose que es el período en que se

acentúan los cambios hormonales relacionados con el climaterio y la menopausia.¹²⁻

48

La autora puede describir que obtuvo como resultado que el grupo de mujeres que más asistieron a consulta según tiempo de menopausia, fueron las comprendidas en el grupo de edad entre 50-59 para un total de 31/42 de la muestra estudiada

Los síntomas y signos del SGM afectan de manera progresiva, en la menopausia desde su aparición, a diferencia de los síntomas vasomotores que mejoran o desaparecen con el paso del tiempo. Las molestias más frecuentes en pacientes con SGM son la sequedad vaginal, prurito, ardor disuria y dispareunia, que se asocian con frecuencia a problemas cutáneos en los genitales externos.⁴⁷

Según criterio de exclusión, en la muestra objeto de estudio no se encontró mujeres con infecciones vaginales, no obstante, es de destacar, que, como consecuencia, la calidad de vida se ve afectada en un 30-50% en este grupo poblacional. Además, las infecciones vaginales de repetición ocurren por la alteración de la microbiota vaginal (disminución de lactobacilos y aumento de bacterias patógenas), originada por la pérdida del contenido de glucógeno de la mucosa vaginal derivada del cese de la función ovárica.⁴⁷

Hasta la menopausia, la vagina presenta unas rugosidades características. La mucosa vaginal consta de epitelio y lámina propia sin plano submucoso, como ocurre en la piel. El epitelio está formado por varias capas de células ricas en glucógeno y los estrógenos favorecen su correcto desarrollo, constituyendo un epitelio escamoso poliestratificado, no queratinizado. Las células epiteliales se van renovando y liberan glucógeno que es hidrolizado a glucosa, transformada en ácido láctico mediante la acción de los lactobacilos de la flora.⁴⁷

Además, se produce una alteración en la proporción de fibras de colágeno tipo I y tipo III con una pérdida en su disposición trabecular, una disminución del número de fibras elásticas, una menor vascularización y un adelgazamiento del epitelio vaginal que puede originar en las capas más superficiales zonas de queratinización. El canal vaginal se estrecha y se acorta, perdiendo su elasticidad y los típicos pliegues vaginales. El epitelio se hace más pálido, fino y con mayor presencia de petequias. Además, la secreción originada mediante trasudada de los tejidos vecinos disminuye, afectando a la lubricación que se reduce enormemente durante la relación sexual. Todas estas modificaciones clínicas se asocian con la pérdida de actividad sexual y/o con disfunciones sexuales en la mujer.⁴⁷

Las pacientes con SGM se quejan de quemazón, prurito, sequedad, irritación, escozor, dispareunia y disuria, y los tejidos debilitados son más propensos a desarrollar traumas, infecciones y sangrados. Estudios sobre la prevalencia de los síntomas del SGM indican que aproximadamente el 50% de las mujeres postmenopáusicas refieren como mínimo uno de los síntomas descritos. A pesar del impacto negativo en la calidad de vida, en el ámbito sexual y en las relaciones interpersonales durante esta etapa.⁴⁵⁻⁴⁷

En el estudio VIVA (Vaginal Health: Insight, Views and Attitudes), casi la mitad de las mujeres postmenopáusicas presentan síntomas de intensidad variable, desde leves y moderados hasta severos e intolerables, pero solo un 25% de ellas solicitaron asistencia médica, debido a la sensación de vergüenza y a la creencia de que los síntomas eran normal consecuencia del envejecimiento. En el estudio Women's Voices in Menopause, se evidenció el impacto del SGM en la calidad de vida en un 52% de las mujeres, incluyendo indicadores sobre salud sexual, autoestima, relaciones de pareja y relaciones sociales. Estos estudios corroboran que, debido al

progresivo envejecimiento de la población, las mujeres podrán verse afectadas por el SGM durante más de un tercio de su vida.⁴⁷

Hoy en día tenemos diferentes opciones terapéuticas para aliviar los síntomas del SGM. Cuando la terapia hormonal sustitutiva (THS) se utiliza solo para el tratamiento de la atrofia vaginal, los E locales representan la alternativa de primera línea. Sin embargo, la aceptación, la adhesión y la preferencia por este tratamiento de las mujeres es relativamente pobre.⁴⁷

Otras modalidades terapéuticas paliativas de los síntomas, tales como hidratante y/o lubricantes en forma de crema o gel, se han propuesto con frecuencia y aunque mejoran los síntomas inicialmente, no presentan efectos terapéuticos a largo plazo ni mejoran los indicadores de maduración vaginal. Así, las últimas guías clínicas indican diferentes opciones en función de la severidad de los síntomas, de su eficacia y seguridad y de las preferencias de las pacientes.⁴⁷

Los lubricantes son utilizados principalmente para aliviar la sequedad vaginal durante la relación sexual pero los estudios no les avalan como solución a largo plazo, mientras que el uso continuo de los hidratantes vaginales puede tener un efecto beneficioso duradero especialmente si la paciente tiene relaciones sexuales con regularidad. Un reciente modulador selectivo de los receptores de estrógenos, Ospemifeno, ha sido aprobado como tratamiento de la dispareunia en mujeres postmenopáusicas con SGM, demostrándose efectivo y seguro en la pauta diaria de 60 mg en más del 93% de los casos durante más de 1 año.⁴⁷

La THS sistémica debe considerarse para los síntomas climatéricos, especialmente sofocos, en ausencia de contraindicaciones; sin embargo, esta terapia puede asociarse con más efectos secundarios que la terapia local, por lo que ésta resulta

de elección para mejorar la sintomatología y revertir los cambios histológicos que sufre la vagina, en los casos en que la AVV represente el único cuadro clínico de la mujer. Aunque el tratamiento local con E es efectivo y seguro a dosis muy bajas, el porcentaje de adhesión al mismo es bastante variable (52-74%), principalmente en lo relacionado a la seguridad a largo plazo y a la ausencia de alivio uniforme de los síntomas.⁴⁷

Tratamiento del Síndrome Genitourinario de la Menopausia con láser fraccionado

En el ámbito de la medicina actual y desde hace años, la terapia "antiaging" ofrece una serie de alternativas para eliminar los daños o efectos deletéreos que el envejecimiento fisiológico produce en el organismo, restaurando, regenerando o restableciendo el aspecto y funcionalidad normal de nuestro cuerpo.⁴⁹

En este campo se aplica la tecnología láser, para que sea el propio organismo quién active los mecanismos biológicos propios de reparación tisular. Es en el proceso del envejecimiento cutáneo, en el que la utilización del láser fraccionado microablativo de dióxido de carbono (CO₂), ha generado una enorme expectativa y aceptación.⁴⁹

Basados en los datos publicados hasta la fecha, las primeras experiencias con estudios pilotos a corto y medio plazo, muestran que el tratamiento mediante laser fraccionado de CO₂, con una adecuada selección de pacientes, constituye una nueva opción terapéutica no hormonal para las mujeres posmenopáusicas con SGM, factible, eficaz y muy bien tolerada.⁴⁹

A nuestra consulta de suelo pélvico del hospital Julio Díaz con frecuencia acudían un número considerable de mujeres que presentan afecciones relacionadas con el síndrome posmenopáusico, que en ocasiones no eran percibido por las pacientes como agravantes y que le afectaban en gran medida en sus relaciones de pareja.

Dentro de los síntomas más frecuentes que observamos en nuestra investigación fueron la dispareunia, ardor, sequedad, prurito, y laxitud, provocándoles enfrentar las relaciones sexuales a plenitud a las que tenían pareja sexual y las que no tenían pareja sexual para mejorar su sintomatología.

Las razones planteadas anteriormente nos motivaron a realizar esta investigación, en la cual participaron 42 mujeres que acudieron a la consulta de suelo pélvico, procedentes de cualquiera de los servicios de ingreso y de consulta externa del Centro Nacional de Rehabilitación “Julio Díaz González”.

El grupo etario estuvo comprendido entre las edades de 45 y 59 años, dividido en dos grupos, de 45 a 49 años y de 50 a 59 años, predominando el grupo de 50 a 59 años para un 73,8 por ciento.

En las mujeres estudiada observamos que el 52,38 por ciento de la muestra, presentaron problemas obstétricos, con una mayor incidencia los partos instrumentados para un 26,19 por ciento ocasionando AVV. [\(Anexo 2\)](#)

El 92,9 por ciento tenían pareja sexual, el 7,1 no tenían pareja sexual, el tiempo de menopausia con más incidencia fue el de menos de tres años para un 47,6 por ciento y una mayor frecuencia de las relaciones sexuales de 16/42 con más de tres veces al mes para un total de 38,1 por ciento. [\(Anexo 2\)](#)

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. En estudios recientemente realizados se ha descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad mediana, comprometiendo principalmente el deseo, la excitación y se reportaban, síntomas como la sequedad, el dolor y la dispareunia, que están

íntimamente y consistentemente asociados con un marcado efecto negativo en las relaciones sexuales y personales, y que ocasiona una menor calidad de vida.⁵²

En estudios realizados por la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia se reportó que la AVV se observó en el 43% de las finlandesas y 34% de las canadienses. La Sociedad Internacional de Menopausia planteo la presencia de dolor y sequedad vaginal en 19% de alemanas, 40% de españolas y en general en 29% de las europeas. Las colombianas presentaron un 56,9% de sequedad vaginal y 56,1% problemas sexuales.¹²

Para evaluar el resultado del tratamiento se tuvo en cuenta que las pacientes tuvieran mejoría de sus síntomas y signos clínicos medidos por EVA y el puntaje total de IFSF fuera al final del tratamiento de 5 puntos o más. El 88,1 % del total de mujeres experimentó mejoría considerando el resultado satisfactorio tras la aplicación del láser.

Estudios realizados en la universidad de Chile sobre IFSF a un grupo de mujeres se observó que con el aumento de la edad los puntajes del IFSF caían significativamente, especialmente a partir de los 40 años y que la prevalencia de estos trastornos aumentaba desde 22,2% a los 40 años a 66,6% en las mujeres de 60 años. Laumann y Cols, plantearon que las mujeres sin pareja, tenían un 50% de mayor probabilidad de tener problemas de orgasmo y casi 60% de mayor ansiedad en su desempeño sexual.⁵⁴

Rosen y Cols para analizar el comportamiento de la satisfacción sexual en la mujer de edad mediana fue creado el índice de función sexual femenino (IFSF).⁵⁴ Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Mediante el llegaron a la conclusión que la

edad influye y repercute en la satisfacción sexual, disminuyendo e impidiendo disfrutar a plenitud sus relaciones sexuales.⁵⁴

Teniendo en cuenta EVA y IFSF para posteriormente establecer comparación de los resultados, se le realizó el IFSF a cada paciente, la puntuación oscila desde 4 (peor puntaje) hasta 95 (máximo puntaje), cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5, y el resultado final es la suma de los dominios. A mayor puntaje mejor es la función sexual, aplicándose al inicio y final del tratamiento con láser CO2. [\(Anexo 3\)](#)

Al inicio del tratamiento el índice de función sexual femenino (IFSF) el total de puntuación de todos los dominios fue de 52,17, después del tratamiento todos los dominios incrementaron su puntuación, destacando la lubricación que aumento más de 6 puntos como promedio, y el dolor y la excitación mejoraron 4,88 y 4,71 puntos, respectivamente. El puntaje total aumento 25,4 puntos.

Para la valoración de la sintomatología se aplicó la escala visual analógica (EVA) mediante la cual, las pacientes nos informaron sobre su clínica, siendo evaluada antes de cada aplicación del láser el grado de molestia y/o dolor durante las maniobras de realización de la técnica. El puntaje se movió entre 0 y 10 puntos, mientras más tendía a 10 indicaba mayor sintomatología (≤ 5 menor sintomatología y > 5 mayor sintomatología).⁵² [\(Anexo 4\)](#)

Dentro de los síntomas vaginales antes y después del tratamiento con el láser CO2 todos lograron mejoría clínica, el de mayor incidencia fue la sequedad en 37 mujeres para un 88,0 por ciento, la dispareunia un 78,5 por ciento y el ardor un 78,5 por ciento antes de recibir tratamiento y después el que más disminuyó fue la sequedad con un

59,5 por ciento y erradicaron la sintomatología el 38,1 por ciento (dispaurenia) y 35,7 por ciento (ardor).

En Cuba hasta el momento a pesar de que se realiza el tratamiento en otros centros de diferentes provincias (La Habana y Cienfuegos) no existe publicación sobre el láser CO2 para la sintomatología ocasionada por el SGM y función sexual en mujeres de mediana edad.

La mujer, por su sexo, va a tener un “condicionamiento de género”, histórico y económico, en el cual concommitan responsabilidades biológicas y sociales que pueden producir una sobrecarga física y mental que favorecen el curso de los procesos psicobiológicos hacia estados no saludables. En ese sentido, las mujeres asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo.²⁴

Específicamente en Cuba, las mujeres de edad mediana, aunque pueden haber concluido con el ciclo reproductivo tienen una importante labor social, ya que se encuentran inmersas en la formación social de nuevas generaciones, por lo que resultan muy útiles a la sociedad, En nuestro país, la incorporación al trabajo de la mujer, su participación en el desarrollo económico del país y su papel directriz en el sostén y desarrollo de la familia, por lo cual debe asegurarse su atención médica integral. ²⁴⁻⁵⁰

Los roles de género en general, y las disfunciones en la dinámica familiar y de pareja, en particular, incrementan en más de dos veces el riesgo de que la mujer padezca de síntomas climatéricos.¹⁴

Debido a lo referido anteriormente decidimos en nuestra investigación analizar si la sobre carga de genero era un factor determinante en la sintomatología de la mujer de

mediana edad y en sus relaciones de pareja, además el grado de satisfacción al tratamiento con láser CO2.

Para medir el ICG y la complejidad o la sobrecarga que pueden representar las tareas que realiza la mujer se analizaron cuatro ítems, Incorporada al trabajo IT, Tareas domésticas TD, Composición del núcleo familiar CF y la atención a enfermos AE.⁵⁵

El ICG se mueve entre 0 y 10 mientras tiende a 10 indica mayor carga genérica. Considerándose para la investigación el valor del ICG ≤ 5 no recarga de género y > 5 recarga de género.⁵⁵

En Cuba, en el año 1959, triunfó la revolución y dentro de ese radical proceso de cambio tuvo lugar otra revolución, la revolución de las mujeres. El estado cubano propuso programas que garantizaran la igualdad de derechos, oportunidades y posibilidades a hombres y mujeres, transformando la condición de discriminación y subordinación a que secularmente había estado sometida la mujer cubana y promoviendo la eliminación de estereotipos sexuales tradicionales y la reconceptualización de su papel en la sociedad y en la familia.⁵⁹

A partir de este momento comienza la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, se convierte de trabajadora en el hogar en trabajadora asalariada, pero debe continuar cumpliendo con su rol de mujer, como fue socializada, debe continuar desempeñando las tareas en el hogar, con el cuidado de sus hijos, debe asumir la doble jornada laboral y con ello la sobrecarga de género.⁵⁹

La mujer cubana, cumple con múltiples roles; la carga del hogar (tareas domésticas) el trabajo asalariado fuera del hogar, la incorporación a las tareas comunitarias (Comité de defensa de la Revolución (CDR), Federación de Mujeres Cubanas (FMC), entre otras tareas comunitarias asignadas), que las lleva a tener una sobrecarga de

género, así como las dificultades económicas, que atraviesa el mundo, al cual no somos ajenas, genera una situación límite de estrés en la mujer que pudiera, conllevar a problemas de salud.⁵⁵

Decidimos entonces medir el ICG a las mujeres tratadas para determinar si existía relación entre la sobrecarga de género, la sintomatología y el grado de satisfacción al tratamiento con láser CO2.

Por tanto, el resultado del tratamiento con láser relacionado con el índice de condicionamiento de género, se observó que no fue muy significativo desde el punto de vista estadístico, las que presentaban sobre carga de género para un 7,14 por ciento con relación a las que no presentaban sobre carga de género para un 4,76%, obteniendo un mayor porcentaje de satisfacción para las que no tenían sobre carga (54,76 %), para un total de 59,52% de satisfacción.

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos, la magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional constituye una preocupación en años futuros.⁵⁰

Tuvimos en cuenta el tiempo de menopausia y el resultado al tratamiento con láser CO2 para establecer comparación entre los años de evolución y el grado de satisfacción. Se estimó un total de 20 /37 mujeres con satisfacción al tratamiento con láser CO2 para un 54,1 por ciento, siendo el más significativo el de menos de tres años.

Las pacientes que no obtuvieron un grado de satisfacción como resultado del tratamiento de láser CO2, de requerirlo o desearlo nuevamente, pueden realizárselo pasado un año de haber concluido el anterior.

CONCLUSIONES

- El tratamiento del Laser CO₂ es útil para mejorar los síntomas y signos del Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM), así como mejorar la función sexual.
- La sobrecarga de Género no parece estar involucrada en la génesis del Síndrome Genitourinario de la Menopausia.

RECOMENDACIONES

- Difundir los buenos resultados de la utilización de esta técnica no invasiva en las pacientes que consultan por síntomas vaginales en el Síndrome Genitourinario de la Menopausia y así poder mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco J. Climaterio y menopausia. Ginecol. obstet. 1994; 40 (1): 6-23.
2. Bueno Capote MI, Segredo Pérez AM, Gómez Sayas O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Oct- Dic [citado 2019 Feb 12]; 27 (4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?>
3. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Climaterio y menopausia. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 [citado 2019 Feb 12]; 27(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi16408.htm
4. Valentín Martínez C. Paz Aranda P. Estudio de la sexualidad en la mujer en el período climatérico Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005 [citado 2019 Feb 12]; 31(3): [aprox. 10 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
5. Hernández G. Función sexual auto informada en mujeres venezolanas con menopausia natural y quirúrgica. Rev. Chil. De Obst.y Ginec [Internet]. 2017 Feb 16 [citado 2019 Feb 12]; 76(4): 220-229. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/692/1/TESIS70-100915.pdf>.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717>
6. Palacios Gil de Antuñano S, Sánchez Borrego R. Menoguía Salud Vaginal. Madrid: Montse Manubens Grau; 2014
7. Díaz Vélez C, Samalvides Cuba F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2017 Oct. [Citado 2017 Dic 15]; 82(4): 386-395. Disponible en:<http://www.scielo.cl/scielo.php?>

8. Vázquez-López MJ. La sexualidad en la menopausia y la repercusión de la atrofia mucocutánea y la incontinencia urinaria [tesis]. España: Universidad de Madrid; 2016. [Citado 2017 Dic 15 Disponible en: <https://www.La+sexualidad+enla+menopausia+y+la+repercusi%C3%B3n+de+la+atrofia+mucocut%C3%A1nea+y+la+incontinencia+urinaria>.
9. Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de obstetricia y ginecología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
10. Clarie M. Tensado vaginal, la solución a la pérdida de placer. Diario femenino [Internet]. 2016 [Citado 2017 Dic 15]; Disponible en: <https://www.diariofemenino.com/articulos/salud/ginecologia/tensado-vaginal-la-solucion-a-la-perdida-de-placer-sexual/sexual>.
11. Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinoza C, Leppe Zamora J, Herrera Neira F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp [Internet]. 2008 Jun [citado 2018 Mayo 03]; 32(6): 624-628. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
12. Monterrosa-Castro A, Portela-Buelvas K. Manejo de la atrofia vulvovaginal posmenopáusica. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 [citado 2018 Mayo 08]; 79(6): 489-501. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000600006>
13. Jiménez Chacón MC, Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo EM. Ginecología Salud Reproductiva- -Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en

el climaterio-Rev Cub Obst Ginecol [Internet].2010 [citado 2017 Dic 03]; 36(2)160-72. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php1

14. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. Sección de Climaterio y Menopausia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1999.
15. Capote Bueno MI, Segredo Pérez A M, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Dic 14]; 27(4): 543-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es-
16. Vázquez-López MJ. Repercusión de la menopausia en la sexualidad de la mujer [tesis]. Jaén: Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. [citado 23 de julio de 2016]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10953.1/2788>.
17. Del Valle M R, Silva M T, Venegas G, Gatica R. Índice de función sexual en mujeres que ejercen el comercio sexual. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Dic 14]; 80(5): 358-366. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-
18. World Association for Sexual Health. Salud sexual para el milenio. Minneapolis,:OMS; 2008 [actualizado 2 Abr 2016; citado 14 Abr 2016].
19. Pelayo I, Lázaro J. Guía práctica de ginecología en Atención Primaria. Barcelona: Editorial Glosa, S.L; 2009.
20. Nasser Baabel Z, Urdaneta M José, Contreras B Alfi. Función sexual autoinformada en mujeres venezolanas con menopausia natural y quirúrgica. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2011 [citado 2017]; 76 (4) : 220-229. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?>

21. Monterrosa-Castro Ál, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano latreia [Internet]. 2014 Ene- Mar [citado 2019 Feb 13]; 27(1): 31-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18052979100>
22. Hernández BH, Botell Miguel L. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2007 Dic [citado 2017 Dic 15]; 33(3): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
23. Bueno MI, Segredo Pérez A M, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Dic 14]; 27(4): 543-557. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
24. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D, Zayas Alfonso B. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. MEDISAN [Internet]. 2014[citado 2017 Dic 10]; 18(10):1409 - 18. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?
25. Salvador J. Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología Rev. Per Ginecol Obstet. [Internet]. 2008 [citado 2017 Dic 10]; 54:61-78. Disponible en: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1092>
26. Palacios, S. Actualización en el tratamiento de la atrofia vaginal. En: Congreso SAMEM [Internet]. 2013 [citado 2016 Marz 02]. Disponible en:<http://www.samem.es/actualizacion-en-el-tratamiento-de-la-atrofia-vaginal/>
27. Jiménez Chacón MC, Bárbara Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo EM. Comportamiento y Tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. Rev Cub Obst Ginec. 2010; 36: 2160-172

28. Siete tips para disfrutar del sexo en la menopausia [Internet]. 2016 [citado 2018 Dic 03]. Disponible en: <http://www.salud180.com/sexualidad/7-tips-para-disfrutar-del-sexo-en-la-menopausia>.
29. Infobae. Rejuvenecimiento vaginal, moda estética o necesidad saludable [Internet]. [citado 2018 Dic 03; actualizado 2017 Ago 10]. Disponible en: <https://www.infobae.com/tendencias/2017/08/10/rejuvenecimiento-vaginal-moda-estetica-o-necesidad-saludable/>.
30. Marin I. Manciles Rehabilitación del suelo pélvico [Internet]. 2014 [citado 2018 dic 23]. Disponible en: www.youtube.com/user/HospitalUCruces
31. Arroyo Romo C. Sociedad Española de laser médico quirúrgico Rejuvenecimiento Intimo con láser [Internet]. 2017 Ago 10 [citado 2018 dic 23]. Disponible en: <https://www.infobae.com/tendencias/2017/08/10/rejuvenecimiento-vaginal-moda-estetica-o-necesidad-saludable/>
32. Macció J. Rejuvenecimiento Vaginal [Internet]. 2016 [citado 2018 dic 23]. Disponible en: <http://bywww.lumac.com.uy/articulos/rejuvenecimientovaginal.pdf> vaginal29.
33. Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvo-vaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Climateric* 2014; 17:557-63.
34. Escribano T JJ, Rodea G G, Martín JA, Cristóbal GI, González PJ, Salinas PJ, et al. Tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia mediante láser fraccionado CO2: una opción terapéutica emergente. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2016 Abr [citado 2016 Oct 19]; 81(2): 138-151. Disponible

en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?http://dx.doi.org/10.4067/S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000200011.4)

[75262016000200011.4](http://www.scielo.cl/scielo.php?http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000200011.4)

35. Salvatore S, Nappi RE, Zerbinati N. A 12-week treatment with fractional CO2 laser for vulvovaginal atrophy: a pilot study. Climateric [Internet]. 2014[citado 2018 Dic 12]; 17:363-9. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13697137.2014.899347>
36. Palacios S, Cancelo MJ. Guía práctica de asistencia del síndrome urogenital de la menopausia (SEGO). Madrid: Ed SEGO; 2015.
37. Salvatore S, Leone U, Athanasiou S, et al. Histological study on the effects of microablative fractional CO2 laser on atrophic vaginal tissue: an ex vivo study. Menopause. 2015; 22:845-9.
38. Robledo H. Guía médica avanzada de la ciencia del láser [Internet]. Madrid: Editorial Académica Española; 2014. [citado 2016 Sep 15]. Disponible en: www.centrolaservigo.com/laser4/Libro-Laser-IV-Capitulo-2-Laseres-en-Medicina.pdf
39. Debayle M. Rejuvenecimiento vaginal sin cirugía. Vaginoplastia [Internet]. 2017 [citado 2016 Sep 15]. Disponible en: <https://cualcirujano.com/cirugias/vaginoplastia-rejuvenecimiento-vaginal>
40. Panea M. Rejuvenecimiento vaginal sin cirugía [Internet]. 2014. [citado 2018 May 22]. Disponible en: <http://www.marthadebayle.com/v2/especialistasv2/abeldelapena/rejuvenecimiento-vaginal-sin-cirugia/>.
41. Sánchez Peña SA. Rejuvenecimiento Vaginal. España: Universidad del Rosario ;2015

42. Clarie M. Tensado vaginal, la solución a la pérdida de placer sexual
[Internet].2015 [citado 2016 Sept 12]. Disponible en: <https://www.diariofemenino.com/articulos/salud/ginecologia/tensado-vaginal-la-solucion-a-la-perdida-de-placer-sexual>
43. Muñoz Laura. Cambios que se producen en nuestra vagina al envejecer
[Internet].2015 [citado 2016 Sept 12]. Disponible en: <https://rolloid.net/7-cambios-se-producen-nuestra-vagina-al-envejecer>
44. Clarie M. Tensado vaginal, la solución a la pérdida de placer sexual
[Internet].2015 [citado 2016 Sept 12]. Disponible en: <https://www.diariofemenino.com/articulos/salud/ginecologia/tensado-vaginal-la-solucion-a-la-perdida-de-placer-sexual>
45. Molina Merchán AA, Moreno Cobos AB. Conocimientos actitudes y prácticas en el climaterio y menopausia en mujeres de consulta externa del dispensario central del IESS. Cuenca; 2014.
46. Escobar Casas A. El láser ginecológico CO2, la solución más avanzada para la atrofia vaginal. Marbella: International Hospital; 2018.
47. El tratamiento [internet] .2014. Disponible en: <https://consultas@rejuvenecimiento vaginalcom>
48. INTERmedic. GYNELASE™ [internet]. 2015. Disponible en : <http://www.intermedic.net/es/>
49. Santisteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. RevCubObst Gin. 2011 [citado 2015 jul. 5]; 37(2). [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_211/gin15211.htm Consultado: 1 /06/16

50. Castro Monterrosa A, Buelvas Portela K. Manejo de la atrofia vulvovaginal posmenopausica. Colombia; 2014
51. Artilles Visbal.L, Navarro Despaigne DA, Manzano Ovies BR. Climaterio y Menopausia. La Habana: Editorial Científico –Técnica; 2007.
52. Alternativas terapéuticas para la atrofia vulvovaginal posmenopáusica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014; 79(6): 489 – 50
53. Escribano JJ, Rodea G, Martin A, Cristobal I, Gonzalez PJ, Salinas J, et. al. Tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia mediante láser fraccionado CO2: una opción terapéutica emergente Rev Chil Obstet Ginecol. 2016; 81(2): 138 – 151.
54. Vázquez-López M-J. Repercusión de la menopausia en la sexualidad de la mujer [Internet]. [tesis]. Jaén: Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. [citado 23 de julio de 2016]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10953.1/2788>
55. Blümel JM, Binfá L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2004 [citado 2018 Dic 06]; 69(2): 118-125. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006&lng=es.
56. Fernández Milán A, Navarro Despaigne D, Bacallao Gallestey J. "Condicionamiento de género y condición socioeconómica: su asociación con algunos factores de riesgo ateroscleróticos." Revista Finlay [Internet]. 2018 [citado 2018 Dic 06] 8(1): 26-35. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342018000100004&script=sci_abs tract&tlng=en

57. Sala Santos MD, González Sala M. Climaterio y menopausia. La sexualidad en el climaterio. II parte. Rev Sex Soc [Internet]. 2014 [citado 2017 Dic 15]; 5(14): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/179>
58. Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M Menopause. Tu vagina envejece contigo: Conoce cómo cambia con el paso de los años Menopausia: una puesta al día en Profundidad. Disease Primers Nature – Menopause; 2015. [citado 2017 Dic 15]; Disponible en: <http://www.mundotkm.com/us/intimidad/91272/tu-vagina-envejece-contigo-conoce-como-cambia-con-el-paso-de-los-anos>
59. Consejo de Estado. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. República de Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 1999.
60. Web Consultas, El sexo en la menopausia Sexualidad en menopausia [Internet].2017 [citado 2018 Dic 23]. Disponible en: <https://centradaenti.es/sexualidad-en-la-menopausia>.

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

Centro Nacional de Rehabilitación “Julio Díaz González”.

Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

Título de la investigación “Rejuvenecimiento vaginal y función sexual en mujer postmenopáusica”

Yo _____ estoy de acuerdo en aceptar el tratamiento con láser y participar en la investigación, ya que he comprendido todo lo que mi médico de asistencia me ha explicado en detalles y los beneficios que me puede reportar. Conociendo que este consentimiento es totalmente voluntario y no representa ningún compromiso para permanecer en la investigación si no se estima conveniente. Por lo tanto, al firmar este documento autorizo a ser incluido en la investigación, donde se me asegura que la información y los procedimientos que se realizarán respetarán mi privacidad y será estrictamente confidencial. Para que así conste, y por mi libre voluntad firmo este consentimiento junto con el médico, que me ha dado todas las explicaciones a los _____ días del mes _____ del año _____.

Firma del Paciente _____

Firma del investigador _____

ANEXO 2 Planilla de recogida de datos

Fecha: _____ Hora: _____

Datos Generales:

Paciente: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Pareja: _____

Historia obstétrica: Embarazos__ Partos__Abortos__

Partos instrumentados __

___ Macrofetos ___ Embarazos múltiples ___ Formula menstrual

Menopausia: año___ ___ Natural ___ Inducida.

Causas _____

Tiempo de Menopausia

< 3 años ___ 3 a 5 años ___ 6 a 10 años ___ más de 10 años ___

Tipo de menopausia

Espontanea___ artificial___ precoz___ tardía___

Frecuencia de las relaciones sexuales

En los últimos tres meses cual ha sido la frecuencia de relaciones sexuales.

1 a 2 veces/mes___ 1 a 2 veces/semana___ Más de 3 veces /semana___

Presencia de síntomas

Ardor ___

Prurito ___

Sequedad ___

Ardor ___

Prurito ___

Sequedad ___

Presencia de disfunción sexual ___

Signos

Sequedad

Laxitud

Dolor al espéculo

ANEXO 3. Índice de función sexual femenina

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

Marque sólo una alternativa por pregunta

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy alto o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Moderado
- Muy alto
- Bajo
- Alto
- Muy bajo nada

5. ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Moderada confianza
- Muy alta confianza
- Baja confianza
- Alta confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. ¿Con cuánta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. ¿Le es difícil mantener su lubricación vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. ¿En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Moderadamente insatisfecha

17. ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)

18. ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

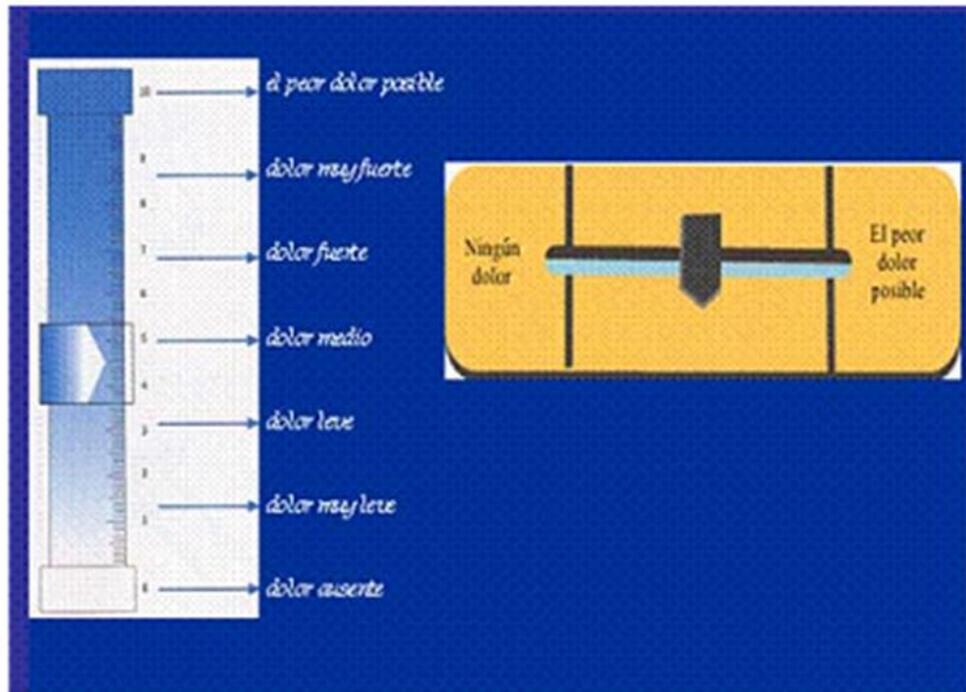
- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

ANEXO 4. Puntaje por dominio y global del IFSF

Según puntaje total del Índice de Función Sexual Femenina que oscila desde 4 (peor puntaje) hasta 95 (máximo puntaje).

Dominio	Preguntas	Puntaje	Mínimo	Máximo
Deseo	1-2	1-5	2	10
Excitación	3-6	0-5	0	20
Lubricación	7-10	0-5	0	20
Orgasmo	11-13	0-5	0	15
Satisfacción	14-16	0-5	2	15
Dolor	17-19	0-5	0	15
Total		4		95

ANEXO 5. Escala Analógica Visual



Fuente: Artículo de Revisión Tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia mediante láser fraccionado CO2

La Escala Analógica Visual (EVA) es otro abordaje válido para medir el dolor y conceptualmente es muy similar a la escala numérica. La EVA más conocida consiste en una línea de 10 cm. con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable”. El paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de su dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros. La ventaja de la EVA es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, permitiendo un mayor detalle en la calificación del dolor.

ANEXO 6. Índice de condicionamiento de género (ICG)

Incorporada al trabajo. IT trabaja (1) ___ no trabaja (0) ___

Tareas domésticas. TD Sin ayuda (3) ___ Con ayuda (2) ___ Sola (1) ___ Nada (0) ___

Composición del núcleo familiar. CF Se mueve entre 0 y 4

<1año ___ 15-19años ___ 20-69 años ___ >70años ___

La atención a enfermos AE sola (2) ___ con ayuda (1) ___ otra persona (0) ___

Incorporación al trabajo (IT): mide la recarga que representa la incorporación laboral en el ámbito formal o informal. Los posibles valores que asumen se asignan si está o no incorporada al trabajo. Incorporada (1) y no incorporada (0).

Desempeño de las tareas domésticas (TD): mide la recarga que representa el desempeño de las tareas domésticas para la mujer. Los posibles valores se asignan según la forma en que se asume el trabajo doméstico.

Recarga individual (3), con ayuda (2), sola (1), y no hace nada (0).

- Con recarga: mujer que, aunque vive acompañada realiza todas las actividades domésticas.
- Con ayuda: mujer que vive acompañada y recibe ayuda de sus familiares en el desempeño de las actividades domésticas.
- Sola: mujer que realiza todas las actividades domésticas y vive sola.
- No hace nada: mujer que no participa en las tareas domésticas de su domicilio.

Composición familiar (CF): mide la complejidad y exigencia en el cuidado de la familia a partir de la composición del núcleo familiar según comprendan personas que requieren mayor cuidado y atención como son: niños, adolescentes, ancianos y discapacitados, de acuerdo con ello se asignarán los valores siguientes:

- Composición del núcleo familiar: <1 año o adolescente 15 a 19 años o ancianos >70 años (4) y no comprende estas edades (0).

Atención a enfermos (AE): mide la recarga que implica la atención a la familia, cuando algunos de sus integrantes (bajo su cuidado) padezca alguna enfermedad crónica o este discapacitado. Si la atención se realiza: Sola (2), con ayuda (1) y no hace nada (0).

En esta investigación según el valor del ICG se consideró

<=5 no recarga de género y >5 recarga de género.

Para medir la variable se asignó un valor que corresponde a la complejidad o la sobrecarga que pueden representar las tareas que realiza la mujer, según la fórmula siguiente, donde el indicador de género se constituya a partir de la suma de los 4 ítems: $X = IT+TD+CF+AE$, X se mueve entre 0 y 10 mientras tienda a 10 indica mayor carga genérica.