



Trabajo Original

Percepción y actitudes de los ginecólogos españoles frente al síndrome genitourinario de la menopausia. Estudio VUVAGINE

Perception and attitudes of Spanish gynecologists against the genitourinary syndrome during the menopause. VUVAGINE Study

Silvia Pilar González Rodríguez¹, María Jesús Cornellana Puigarnau² y María Jesús Cancelo Hidalgo³

¹HM Gabinete Velázquez. Madrid. ²Ginex. Clínica Corachán. Barcelona. ³Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares. Madrid

Resumen

Objetivo: describir y analizar los resultados de un cuestionario diseñado para evaluar diferencias de percepción y actitudes entre los ginecólogos españoles (varones y mujeres) en relación con el abordaje del síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM).

Material y métodos: estudio transversal mediante una encuesta, cumplimentada por ginecólogos españoles. Se analizan las características basales del ginecólogo, anamnesis proactiva en el SGUM, orientación terapéutica y preventiva y autoprescripción/a la pareja de los ginecólogos varones.

Resultados: se analizaron 213 cuestionarios. Son destacables las diferencias entre lo que el ginecólogo preferiría teóricamente prescribir (terapia hormonal asociada a lubricantes), lo que prescribe y lo que estima mejor aceptado por las pacientes (solo hidratantes). Eliminando la influencia de las variables de confusión, no existen diferencias significativas entre los resultados en ginecólogos varones y mujeres, de forma que la variable que condiciona las diferencias es el tipo de actividad del profesional. En la praxis privada se pregunta significativamente más sobre sintomatología vulvovaginal, urinaria y disfunciones sexuales; se dispone de más tiempo para incidir en ella, y mayor uso de probióticos. La terapia autoprescrita mayoritaria es la hormonal, asociada o no a hidratantes (73,1 vs. 63,6% en la pública y privada, respectivamente).

Conclusión: la mayoría de los ginecólogos encuestados abordan en su práctica clínica el diagnóstico y tratamiento del SGUM, si bien se identifican diferencias entre los ginecólogos que desarrollan su actividad en el ámbito público frente al privado. Del mismo modo, existe diferencia entre prescripción y autoprescripción, si bien la terapia hormonal asociada o no a hidratantes resulta ser la mayoritaria en todos los subgrupos.

Abstract

Objective: To describe and analyse the results of a questionnaire designed to evaluate the existence of differences between perceptions and attitudes of Spanish gynaecologists (male and female) regarding the approach of Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM).

Material and methods: A cross-sectional study was made by means of a survey form completed by Spanish gynaecologists. The gynaecologist's baseline characteristics, data on proactive history taking about GSM symptom, prevention and therapeutic approach and self-prescription/recommendations to the gynecologist's couple were analysed.

Results: Two hundred-thirteen valid questionnaires were analysed. In that analysis, the significant differences between what the gynaecologists theoretically would prescribe (hormonal therapy associated to moisturizers), what they in the daily practice prescribe and what they think the patients would accept (only lubricants and/or moisturizers). There are no significant differences between male and female gynaecologists in each category or in each age group, excluding the influence of confusion variables. This means that the differences are due to the professional activity area. Thus in private practice is significantly often to be asked about vulvovaginal and urinary symptoms and sexual dysfunction, there is more time to inquire about it, the price is less considered when prescribing and there is a better knowledge and greater use of probiotics. The majority self-prescribed therapy was the hormonal therapy associated or not to moisturizers/lubricants (73.1 vs. 63.6% of self-medication in public and private practice respectively).

Conclusion: The majority of the asked gynaecologists deal with diagnosis and treatment of GSM in their daily practice, although there are significant differences between the gynaecologists that work mainly at the public practice and the ones that work at the private practice. In the same way, there is a slight difference in prescription and self-prescription, even though hormonal therapy associated or not to moisturizers are the most prevalent products used in all groups.

Palabras clave:

Síndrome genitourinario de la menopausia.
Terapia hormonal.
Hidratantes vaginales.
Estrógenos vaginales.

Key words:

Genitourinary syndrome of menopause.
Hormone replacement therapy. Vaginal gels. Vaginal estrogens.

Recibido: 16/02/2016
Aceptado: 24/04/2016

González Rodríguez SP, Cornellana Puigarnau MJ, Cancelo Hidalgo MJ. Percepción y actitudes de los ginecólogos españoles frente al síndrome genitourinario de la menopausia. Estudio VUVAGINE. Prog Obstet Ginecol. 2016;59:134-140

Correspondencia:

María Jesús Cancelo Hidalgo.
Hospital Universitario de Guadalajara.
Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares, Madrid
e-mail: mcanceloh@sego.es

INTRODUCCIÓN

El déficit de estrógenos es responsable de la mayoría de los cambios anatómicos, citológicos, bacteriológicos y fisiológicos que ocurren en el sistema reproductor femenino después de la menopausia. Los cambios vulvovaginales atróficos pueden iniciarse en la perimenopausia y se presentan de una manera gradual.

El descenso o cese de la producción de estrógenos ováricos en la menopausia y la consecuente sintomatología por atrofia en vulva y vagina puede ser causa de una disfunción vulvovaginal con afectación de la sexualidad y de otros aspectos que alteran la calidad de vida de la mujer en la menopausia (1).

Sin embargo, el término atrofia vulvovaginal asociado al proceso menopáusico no abarca todos los síntomas uretrovesicales también secundarios al descenso estrogénico, de ahí que en 2014 The International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) y The North American Menopause Society (NAMS) consensuaran un nuevo término para ser aplicado a los síntomas y signos asociados con la menopausia: el síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM), como se denominará en adelante (2).

El objetivo es integrar la gran variedad de signos y síntomas vulvovaginales, es decir, de vulva, vagina, labios mayores y menores, introito, clítoris, con los cambios acaecidos también en uretra y vejiga. Esta sintomatología, a diferencia de la vasomotora que cede con los años, empeorará si no es diagnosticada y tratada de manera permanente.

El diagnóstico del SGUM se basa en la anamnesis referida a síntomas, como infecciones de orina frecuentes, incontinencia urinaria de urgencia, sequedad vaginal, escozor, dispareunia, así como en la exploración clínica. En la exploración ginecológica se podrán observar diferentes grados de disminución de los pliegues vaginales, adelgazamiento de la mucosa vaginal, acortamiento de la vagina, estrechamiento o laxitud en sus paredes, disminución de la secreción y alteraciones por atrofia de la piel de la vulva. Esta clínica se manifiesta en un 50% de las mujeres menopáusicas, junto a infecciones vaginales debidas a la alteración de la microbiota vaginal, al disminuir los lactobacilos por la pérdida de glucógeno derivada del cese de la función ovárica y la secreción de estrógenos (3).

En el estudio MUMENESP, en el que se valora el perfil de la mujer menopáusica española, se concluye que un 54% refiere sequedad vaginal, 55% dispareunia, pero solo el 44% de las que tienen sequedad vaginal refiere dispareunia (4), coincidiendo con otros estudios publicados.

Las opciones terapéuticas para los síntomas derivados del SGUM incluyen el tratamiento hormonal sistémico o local con estrógenos, que resulta el más eficaz, efectivo y eficiente (nivel de evidencia Ia) según las sociedades médicas internacionales, y tratamientos no hormonales basados en

la aplicación de lubricantes e hidratantes en distintas formas de presentación y con composición variable. Los lubricantes son utilizados principalmente para aliviar la sequedad vaginal durante la relación sexual (dispareunia), pero los estudios no los avalan como solución a largo plazo (nivel de evidencia IIb), mientras que el uso continuo de los hidratantes vaginales puede tener un efecto beneficioso duradero, especialmente si la paciente tiene relaciones sexuales con regularidad (nivel de evidencia Ia). Estos aspectos aparecen recogidos en el documento de recomendaciones sobre la prevención y el tratamiento de la atrofia vaginal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de 2012 (5).

En los últimos años, las terapias con tecnología láser (6), infiltración con ácido hialurónico (7) y aplicación de radiofrecuencia (8) están emergiendo, con la finalidad de recuperar los cambios fisiológicos del envejecimiento con resultados favorables en vulva y vagina, en las llamadas terapias *antiaging*.

Es frecuente que la mujer no manifieste esta patología en la consulta, por lo que corresponde al profesional investigar en este campo, y hacerlo de manera habitual, tanto en la anamnesis del síndrome genitourinario, en disfunciones sexuales y en la exploración ginecológica, para, a posteriori, consensuar la prescripción terapéutica con la mujer en función de indicación, preferencias y estilo de vida. No obstante, pueden observarse diferentes comportamientos ante una misma situación clínica, más presente en casos de evidencia científica no concluyente. Los estilos de práctica clínica no son homogéneos y se produce una variabilidad, que en el caso del SGUM.

El presente estudio se realiza para conocer si influyen características como el género del ginecólogo, la localización geográfica, la franja etaria o el ámbito profesional de los mismos, en la prescripción terapéutica y atención a esta sintomatología y sus consecuencias. Se describen los resultados de un cuestionario respondido por ginecólogos españoles sobre su percepción y actitudes ante el síndrome genitourinario de la menopausia.

OBJETIVO

Conocer y analizar la percepción y las actitudes prescriptivas entre los ginecólogos españoles en lo referente al síndrome genitourinario de la menopausia, dada su relevancia en la calidad de vida de la mujer tanto por la sintomatología acompañante como por la implicación en la sexualidad, así como analizar las diferencias por edad, género, área geográfica y tipo de praxis (pública o privada).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal (estudio VUVAGINE), en el que se incluye a ginecólogos varones y mujeres espa-

ñoles, que participan de forma voluntaria y anónima, cumplimentando un cuestionario de autocumplimiento específicamente diseñado a tal efecto y validado por una prueba piloto previa. Dicha prueba piloto fue realizada entre ginecólogos del entorno laboral de las investigadoras, a fin de verificar la comprensión de las preguntas formuladas y eliminar o reformular las que planteaban alguna duda y llevó a la corrección de dos ítems y eliminación de uno.

El instrumento final de medida utilizado es un cuestionario de 25 preguntas, generado a partir del preliminar. De ellas, 23 preguntas son de respuesta única y 2 de respuesta abierta. Los ítems son referidos a los ámbitos de:

- Datos de caracterización del ginecólogo (edad, género, procedencia geográfica, ámbito asistencial).
- Anamnesis proactiva de sintomatología genitourinaria en la menopausia.
- Valoración sistemática de signos de SGUM.
- Actitud proactiva y facilitadora para identificar disfunción sexual.
- Tiempo disponible para diagnóstico.
- Orientación terapéutica y preventiva.
- Prescripción terapéutica en varios supuestos.
- Situación personal o de pareja referida a salud vaginal.
- Predisposición activa influida por situación personal o de pareja.

Tanto para la introducción como para el análisis estadístico de datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.20 en español implementado para pc.

RESULTADOS

Responden el cuestionario un total de 222 ginecólogos, considerándose 213 de los cuestionarios recibidos como válidos (> 80% de las preguntas respondidas).

Las características basales de la muestra se describen en la tabla I. Es destacable que el 40% de las ginecólogas o de las parejas de los ginecólogos varones, se encontraban en periodo de perimenopausia o posmenopausia.

Resultados del 1.º bloque: interés por la salud vulvovaginal/síndrome genitourinario de la menopausia

El 76,8% de los encuestados manifestaba preguntar sistemáticamente a las pacientes sobre la presencia de sintomatología vulvovaginal. El 18,5% manifestaba hacerlo solo si se presentaban indicios o sospecha en la anamnesis. El 57,1% consideran que poseen tiempo suficiente para incidir en temas de salud vaginal en sus consultas. Del mismo modo, el 67,5% de los ginecólogos refiere dejar constancia siempre en sus historias clínicas de la existencia de síntomas de SGUM, mientras que el 30,2% refiere reflejarlos ocasionalmente.

Tabla I. Características basales de la población respondedora

Variable	Descripción	
<i>Género</i>	Mujer	75,1%
	Varón	24,9%
<i>Edad</i>	Media	43,34 + 12,9 años
	Rango	24-68 años
	Menores de 35 años	42,9%
	35 a 50 años	17,7%
<i>Comunidad autónoma</i>	Mayores de 50 años	39,4%
	Andalucía	17,4%
	Aragón	3,8%
	Asturias	3,3%
	Baleares	0,5%
	Canarias	1,4%
	Cantabria	0,5%
	Castilla-La Mancha	8,9%
	Castilla y León	4,2%
	Cataluña	21,1%
	Extremadura	2,8%
	Galicia	1,9%
	La Rioja	0,9%
	Madrid	15,0%
Murcia	4,2%	
Navarra	1,9%	
País vasco	7,0%	
Valencia	4,2%	
<i>Tipo de praxis</i>	Pública mayoritariamente	57,5%
	Privada mayoritariamente	27,4%
	Ambas por igual	15,1%
<i>Núcleo urbano de procedencia</i>	Gran ciudad (> 500.000 hab.)	46,2%
	Ciudad	53,3%
	Medio rural	0,5%
<i>Afiliación a sociedades médicas</i>	SEGO	61,1%
	SEGO + Otras	12,4%
	SEGO + AEEM	9,8%
	SEGO + AEEM + Otras	5,7%
	AEEM	7,8%
	OTRAS	2,6%
AEEM + Otras	0,5%	
<i>Estatus posmenopáusico propio/pareja</i>	Sí	40,0%
	No	58,6%
	Sin pareja	1,0%
	Desconocido	0,5%

Solo el 4,7% de la muestra refiere no preguntar nunca por esta sintomatología y el 2,4%, no reflejar sus signos en la historia clínica.

Resultados del 2.º bloque: prescripción de tratamientos en salud vulvovaginal/síndrome genitourinario de la menopausia

El 87,1% de la muestra refirió consensuar siempre el tratamiento prescrito en salud vulvovaginal con sus pacientes, el 11% lo hace ocasionalmente y el 1,9%, nunca.

El 63,5% refirió considerar el precio a la hora de realizar la prescripción, y el 17,5%, desconocerlo.

En cuanto al análisis de las prescripciones en sí, existen marcadas diferencias entre lo que el ginecólogo preferiría prescribir en ausencia de otros condicionantes (69,7% combinación de terapia hormonal con hidratantes, 19,5% solo terapia hormonal, 6,6% solo lubricantes), con lo que se prescribe en la práctica (46,7 terapia hormonal con hidratantes, 27,7% terapia hormonal crema, 17,9% solo hidratantes y 7,6% hidratantes con fitoterapia asociada) y la terapia que se estima mejor aceptada por parte de las pacientes (39,9% solo hidratantes, 25,5% terapia hormonal con hidratantes, 25% terapia hormonal, 8,2% hidratantes con fitoterapia asociada). En la figura 1 se muestran estos resultados.

Finalmente, cuando se interrogó por nuevas alternativas terapéuticas, el 42,4% expresó su impresión de que posiblemente las pacientes pudieran preferirlas a las terapias disponibles, el 30% estimó que no y el 28% manifestó desconocer si sería mejor aceptado que lo actual.

Resultados del 3.º bloque: percepción de las patologías asociadas en salud vaginal

El 53,6% de los encuestados refirió interrogar a sus pacientes sobre disfunciones sexuales secundarias a disfunción vulvovaginal y el 65,6%, sobre sintomatología urinaria asociada al SGUM. Salvo en el caso de las cistitis de repetición, donde las respuestas afirmativas y negativas no presentan diferencias significativas entre sí (55,1 vs. 44,9%), para el resto de la patología de vías urinarias, los encuestados refieren mayoritariamente que la tratan sin recurrir a derivaciones a urología (Fig. 2).

Sobre los probióticos, el 35,7% de los encuestados creen poseer muy buenos conocimientos sobre su uso en salud

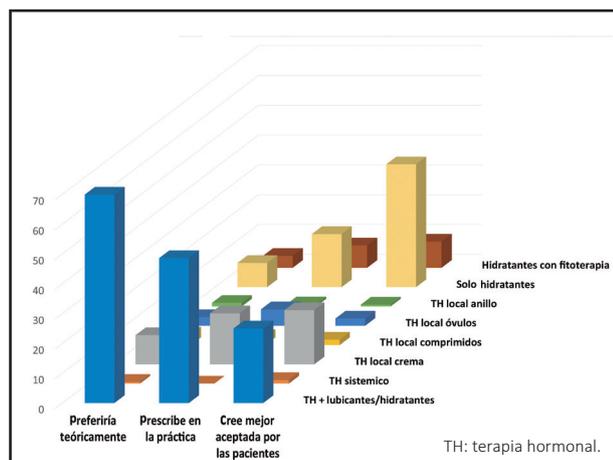


Figura 1. Análisis de las prescripciones en salud vulvovaginal según los ginecólogos españoles.

vaginal y el 28,1% los califican de buenos. La mayor parte de los encuestados además, refieren emplearlos en la práctica (Fig. 3).

Resultados del 4.º bloque: autoprescripción o prescripción a la pareja en ginecólogos varones

Sobre el estatus menstrual, el 58% de las ginecólogas o parejas de ginecólogos varones no se encontraban en menopausia, el 22% refirieron no presentar sintomatología significativa en relación con el SGUM y el 20% sí la presentaban. De esta últimas, el 79% consideraban que dicho padecimiento las hacía más sensible a incidir en esta sintomatología con sus pacientes.

Sobre la autoprescripción, el 36,9% de las ginecólogas/ parejas de ginecólogos que se encontraban en posmenopausia y presentaban sintomatología, empleaban terapia hormonal con hidratantes. El 16,9% empleaba exclusiva-

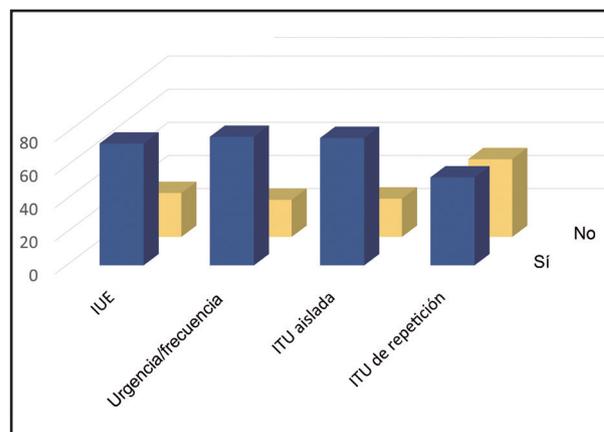


Figura 2. Tratamiento por el propio ginecólogo de la patología urológica propia del síndrome genitourinario.

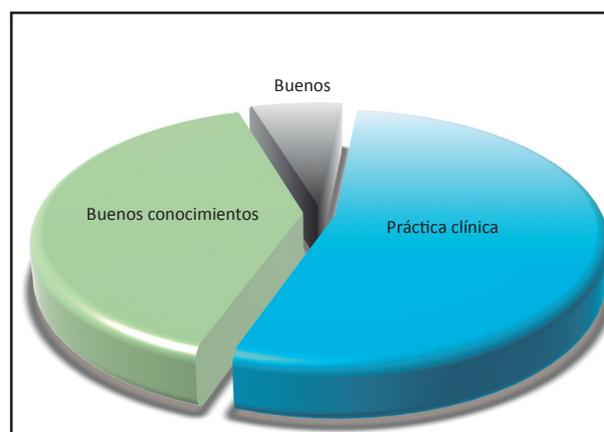


Figura 3. Uso de probióticos en salud vulvovaginal.

mente tratamiento hormonal en comprimidos, resultando la forma de terapia hormonal principalmente autoprescrita entre las ginecólogas/parejas de ginecólogos y exactamente la misma cifra (16,9%) empleaba hidratantes con fitoterapia asociada.

Los resultados detallados se muestran en la figura 4.

Resultados comparativos por procedencia geográfica, género, franja etaria y tipo de actividad profesional (pública/privada)

Sin encontrarse diferencias en cuanto al tamaño de la ciudad de procedencia, sí que se encontró que las comunidades de Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía son más proclives a preguntar por síntomas, dedicar más tiempo y reflejar siempre en historia datos en relación a síndrome genitourinario ($p < 0,05$).

Los resultados respecto de los probióticos, abordaje de las cistitis de repetición y tipo de tratamiento mejor aceptado por las pacientes resultaron muy heterogéneos por comunidades autónomas.

Los datos crudos reflejan que los ginecólogos varones refieren preguntar significativamente más sobre sintomatología vulvovaginal y urinaria, disponer de tiempo para incidir en ello y reflejarlo sistemáticamente en sus exploraciones. Además, piensan con más frecuencia que el que el profesional sanitario o su pareja se encuentren en posmenopausia incrementa su sensibilidad a incidir en aspectos relacionados con el SGUM ($p < 0,05$).

Las ginecólogas tienen más en cuenta los precios de los productos y refieren un menor conocimiento global sobre probióticos ($p < 0,05$). Se autoprescriben con la misma

frecuencia terapia hormonal combinada con hidratantes como hidratantes con fitoterapia asociada. No se encuentran diferencias significativas en las preferencias prescriptivas en lo relativo al SGUM ni a la hora de consensuar los tratamientos con las pacientes. Tampoco en realizar preguntas sobre disfunciones sexuales ni en las patologías urinarias que son tratadas sin remitir a urología ni en el uso de probióticos.

Sin embargo, es destacable que se reconocen en la muestra dos variables de confusión, puesto que existen diferencias significativas en cuanto a la actividad profesional de los varones y mujeres de la muestra (distribución en sanidad pública: 83,6% mujeres y 16,4% varones, vs. 60,3% y 39,7% en privada y 71,9% y 28,1% en ambas praxis), y en cuanto a la edad de los mismos (menores de 35 años: 94,7% mujeres y 5,3% varones, franja etaria 35-50 años 80,6% mujeres y 19,4% varones y mayores de 50 años, 49,3% y 50,7%).

Eliminando la influencia de las variables de confusión, no existen diferencias significativas entre los resultados en ginecólogos varones y mujeres en cada categoría ni tampoco por franjas etarias, de forma que la variable que condiciona las diferencias resulta ser el tipo de actividad del profesional. De esta forma, desde la praxis privada se pregunta significativamente más sobre sintomatología vulvovaginal, urinaria y disfunciones sexuales, se dispone de más tiempo para incidir en ella, se tenga menos en cuenta el precio a la hora de realizar las prescripciones, de refiera un mayor dominio y uso de probióticos y, si bien la terapia autoprescrita mayoritaria es la hormonal asociada o no a hidratantes (73,1 vs. 63,6% de los autotratamientos en pública y privada respectivamente), como segunda autoterapia de elección en privada se posicionan las hidratantes con fitoterapia asociada (27,2%).

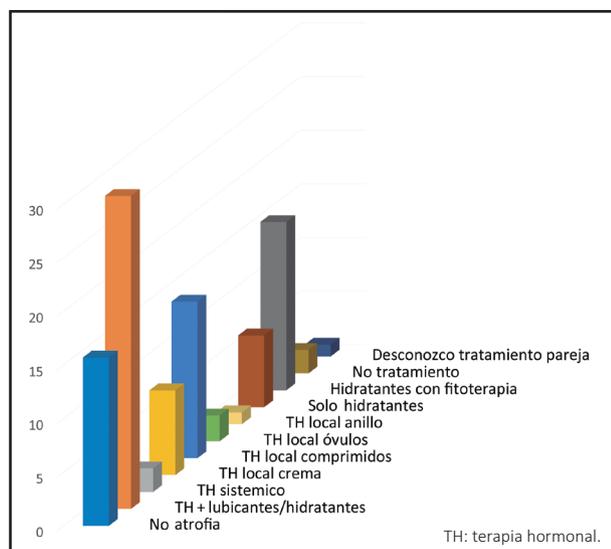


Figura 4. Autoprescripción de tratamientos en salud vulvovaginal en las ginecólogas españolas o parejas de ginecólogos varones.

DISCUSIÓN

El síndrome genitourinario de la menopausia se asocia con un cortejo sintomático en la esfera ginecológica y sexual que afecta de manera notable la calidad de vida de la mujer (9).

Solo un tercio de las mujeres que tiene síntomas urogenitales relacionados con la privación estrogénica de la menopausia consultan por ello (10). Por ello, el profesional debe tener una actitud proactiva ante este cuadro para establecer el diagnóstico y ofertar alternativas terapéuticas (11). El diagnóstico se basa en la anamnesis dirigida y en la exploración ginecológica y aunque su reconocimiento es sencillo y no precisa técnicas específicas, este no siempre es llevado a cabo cuando el motivo de consulta es otro.

En nuestro análisis el 18,5% de los ginecólogos solo preguntan por ello ante la presencia de síntomas, aunque no es problema para ello la falta de tiempo según expresaron

más de la mitad de los encuestados. Llama la atención el hecho de que un tercio de los ginecólogos que preguntan por los síntomas, solo lo reflejen en la historia clínica de manera ocasional. Sin duda esto es un inconveniente para el correcto seguimiento terapéutico de la paciente.

El tratamiento de los síntomas causados por la deprivación estrogénica en la menopausia ha sufrido notables altibajos y no tiene en la actualidad un igual seguimiento por parte de los ginecólogos españoles (12). Por otra parte, también se han puesto de manifiesto las diferencias de género en la prescripción de terapia hormonal e incluso entre la prescripción y la utilización personal de la misma. Las pacientes atendidas por ginecólogas reciben con mayor frecuencia tratamiento hormonal que las atendidas por ginecólogos varones. Estas diferencias pudieran no estar relacionadas directamente con el género sino con la manera de comunicarse y explicar el tratamiento (13).

Se ha publicado que aquellos ginecólogos con más tiempo de práctica clínica fueron más positivos ante la consideración de los beneficios frente a los riesgos del tratamiento hormonal, respecto a los de menos tiempo de experiencia clínica (14).

El cumplimiento es uno de los problemas relevantes del tratamiento en la menopausia. Esta es una de las razones por las cuales debe ser consensuado con la paciente, ya que el grado de aceptación de las diferentes presentaciones es distinto (15).

Consensuar el tratamiento es una práctica referida en la mayoría de los ginecólogos de nuestro estudio, quienes, aunque en menor proporción, también valoran el precio del producto al realizar la prescripción. Llama la atención en nuestro análisis las diferencias mostradas entre lo que el ginecólogo preferiría prescribir, lo que prescribe en la práctica y lo que estima es mejor aceptado por las pacientes. Esto indica que el tratamiento del SGUM existen factores condicionantes derivados de la propia formación y las percepciones personales sobre la idoneidad del tratamiento para una mujer concreta.

El abordaje de la sexualidad en las consultas de ginecología no forma parte de la práctica clínica rutinaria, por razones relacionadas con la falta de formación sobre el diagnóstico, manejo y tratamiento de las disfunciones sexuales (16), aunque en nuestro estudio, algo más de la mitad de los encuestados si preguntaba a las pacientes sobre el efecto que la disfunción vulvovaginal tenía sobre su sexualidad. No se han identificado diferencias de género en cuanto a la frecuencia sobre la que se pregunta sobre ello.

Un mayor número de encuestados preguntaba por síntomas urinarios que sobre el efecto en la sexualidad, tratando los mismos. Tampoco se identifican diferencias de género en cuanto a indagar sobre estos síntomas o remitir a otros especialistas para su tratamiento o en el uso de tratamientos adyuvantes como los probióticos.

De especial interés resulta conocer si la prescripción que se realiza a las pacientes concuerda con lo que utilizan las ginecólogas o es recomendado por los ginecólogos varones a sus parejas. Un estudio llevado a cabo entre socias de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) señaló que las ginecólogas utilizaban con mayor frecuencia terapia hormonal que la prescribían (17).

En relación con el tratamiento del SGUM, en nuestro estudio, una de cada tres ginecólogas/parejas de ginecólogos con síntomas, emplean terapia hormonal con hidratantes, mientras que en igual proporción (16,9%) utilizan comprimidos vaginales de estrógenos e hidratantes con productos fitoterápicos. Y estos resultados de autoprescripción concuerdan con los tratamientos recomendados a las pacientes.

La mayoría de las encuestadas sintomáticas refirieron que sus síntomas las hacía más proclives a tratar de esta patología con las pacientes, aunque en el análisis realizado, los ginecólogos varones refieren preguntar más sobre sintomatología vulvovaginal y urinaria, disponer de tiempo para incidir en ello y reflejarlo sistemáticamente en sus exploraciones que sus compañeras.

En nuestro estudio hemos identificado que la variable que condiciona las diferencias en cuanto a la prescripción resulta ser el ámbito sanitario en el que se realiza la actividad clínica. Existen diferencias significativas en cuanto a la actividad profesional de los varones y mujeres de la muestra con una mayor presencia de mujeres en la sanidad pública. Los ginecólogos con actividad principalmente privada o mixta (pública y privada por igual) preguntaron con mayor frecuencia por el SGUM y sobre disfunciones sexuales asociadas. También dedicaron más tiempo a ello en sus consultas, tratan más frecuentemente las cistitis de repetición sin derivarlas y refieren más dominio sobre el tratamiento con probióticos y más empleo de los mismos en su praxis.

Sus tratamientos de elección resultan ser terapia hormonal combinada con hidratantes, seguido de terapia hormonal sola o hidratantes con fitoterapia, contrariamente a los ginecólogos con mayoritariamente actividad pública, que si bien prescriben también de elección terapia hormonal combinada con hidratantes, prefieren en segundo lugar solo hidratantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cornellana MJ. Atrofia vaginal, una enfermedad crónica con repercusión en la calidad de vida. Revista iberoamericana de revisiones en menopausia 2007;9(2).
2. 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. Menopause 2014;21(10).

3. Palacios S, Cancelo MJ. Guía práctica de asistencia del síndrome urogenital de la menopausia (SEGO). Actualización 2015. Madrid: SEGO; 2015.
4. Cornellana MJ, Palacios S, Khartchenko E, Sánchez Borrego R, Martín Malavé F, Ferrer J, et al. y grupo MUMENESP. Perfil de sexualidad de la mujer menopáusica española. Estudio MUMENESP. 3th World Congress of Medical Sexology. Málaga nov 2013.
5. Palacios S, Cancelo MJ, Castelo-Branco C, González SP, Olalla MA. Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la prevención y el tratamiento de la atrofia vaginal. *Prog Obstet Ginecol* 2012;55(8):408-15.
6. Salvatore S, Nappi RE, Zerbinati N, et al. A 12-week treatment with fractional CO2 laser for vulvovaginal atrophy: a pilot study. *Climateric* 2014;17:363-9.
7. Berreni N, Marès P, Tan N, Couchourel D. Correction of female genital deficiencies through a new specific product range of hyaluronic acid gels. IMCAS;2015.
8. Millheiser LS1, Pauls RN, Herbst SJ, Chen BH. Radiofrequency treatment of vaginal laxity after vaginal delivery: nonsurgical vaginal tightening. *J Sex Med* 2010;7(9):3088-95.
9. Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J, Nohales F, Juliá MD. Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas* 2005;15;52(Suppl 1):S46-52.
10. Van Geelen JM1, van de Weijer PH, Arnolds HT. Urogenital symptoms and resulting discomfort in non-institutionalized Dutch women aged 50-75 years. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11(1):9-14.
11. Castelo Branco C, Cancelo Hidalgo MJ. Compounds for the treatment of atropic vaginitis *Expert Opin. Ther. Patents* 2008;18(12):1385-94.
12. Neyro JL, Cancelo MJ, Quereda F, Palacios S. Relevance of the results of the womens health initiative on the prescription of hormone therapy in Spain. *Climateric* 2005;8:36-48.
13. Seto TB1, Taira DA, Davis RB, Safran C, Phillips RS. Effect of physician gender on the prescription of estrogen replacement therapy. *J Gen Intern Med* 1996;11(4):197-203.
14. Power ML, Zinberg S, Schulkin J. A survey of obstetrician-gynecologists concerning practice patterns and attitudes toward hormone therapy. *Menopause* 2006;13(3):434-41.
15. Minkin MJ, Maamari R, Reiter S. Improved compliance and patient satisfaction with estradiol vaginal tablets in postmenopausal women previously treated with another local estrogen therapy. *Int J Womens Health* 2013;5:133-9.
16. Kottmel A, Ruether-Wolf KV, Bitzer J. Do gynecologists talk about sexual dysfunction with their patients? *J Sex Med* 2014;11(8):2048-54.
17. Cornellana MJ, Cancelo MJ, Ferrer J, Sánchez Borrego R. Estudio CHUSES o de las Ginecólogas: análisis de la actitud de las ginecólogas socias de la AEEM, ante la menopausia propia y la de las usuarias. 31 Congreso Nacional SEGO. Mayo 2011. Sevilla ID.1083.