



Universidad
Zaragoza



Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

Síndrome Genitourinario de la Menopausia.

Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en las
mujeres con cáncer de mama.

Genitourinary Syndrome of Menopause.

Impact on health-related quality of life in women with breast
cancer.

Autor: Carmen Domenech Acha

Directora: Laura Baquedano Mainar

Codirectora: Leyre Ruiz Campo

Grado en Medicina. Curso 2021-2022.

Departamento de Cirugía. Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	3
2.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.1	CONCEPTO	5
2.2	PREVALENCIA	5
2.3	FISIOLOGÍA	6
2.4	CLÍNICA.....	6
2.5	DIAGNÓSTICO.....	7
2.6	TRATAMIENTO	8
2.7	SGM EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	9
3.	OBJETIVOS	11
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	12
5.	RESULTADOS	17
6.	DISCUSIÓN.....	21
7.	CONCLUSIONES.....	24
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	25
9.	ANEXOS	28

1. RESUMEN

Introducción: El término «síndrome genitourinario de la menopausia» (SGM) engloba los cambios anatómicos y funcionales en el área vulvovaginal y tracto urinario debidos a la disminución estrogénica gradual en la menopausia. Su prevalencia no está bien establecida a causa de que muchos casos no se diagnostican adecuadamente, pero estudios estiman que pueden afectar aproximadamente al 70% de las mujeres en esta etapa vital.

Objetivos: Determinar el impacto del SGM en relación a la calidad de vida en pacientes supervivientes a cáncer de mama, comparar su afectación subjetiva con las mujeres menopaúsicas sin cáncer de mama y estudiar los factores clínico-demográficos en ambos grupos.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo de cohortes analítico, en el que se incluyeron 122 pacientes postmenopáusicas clasificadas en dos grupos en función de haber padecido cáncer de mama o no. Las participantes rellenaron un formulario sobre datos sociodemográficos y clínicos, la escala Cervantes-SGM y dos escalas de EVA para la afectación en su calidad de vida de la sequedad y la dispareunia. Posteriormente se realizó un análisis de todas las variables con IBM SPSS Statistics. Paralelamente, se realizó una búsqueda de bibliografía sobre la entidad.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en el impacto en la calidad de vida por el SGM de las mujeres que no tienen antecedente de cáncer de mama utilizando la escala Cervantes-SGM ($p=0,008$) y en la sequedad vulvovaginal ($p=0,06$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la afectación vital de la dispareunia entre ambos grupos ($p=0,893$).

Discusión y conclusiones: Las mujeres con antecedente de cáncer de mama tienen menor afectación en la calidad de vida relacionada con la salud debido al SGM que las que no lo han tenido y menor sensación de sequedad vulvovaginal. Sin embargo, su prevalencia en la literatura es mayor debido en gran parte a los tratamientos utilizados para el cáncer. Probablemente, el impacto en la salud que supone el diagnóstico del cáncer supone minimizar el que conllevan otras patologías menos graves como el SGM.

Palabras clave: Síndrome Genitourinario de la Menopausia, cáncer de mama, calidad de vida.

ABSTRACT

Background: The term "genitourinary syndrome of menopause" (GSM) is a term that includes anatomical and functional changes in the vulvovaginal area and urinary tract due to the gradual estrogenic depletion at menopause. Its prevalence is not well established because many cases are not properly diagnosed, but studies estimate that it may affect approximately 70% of women at this life stage.

Objective: Determine the impact of Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) on the quality of life in breast cancer survivors, compare the subjective impact of GSM in our patients with that of a group postmenopausal women who had not had breast cancer and study the clinical-demographic factors in both groups.

Methods: A prospective observational study of analytical cohorts was carried out, in which 122 postmenopausal patients were included and classified into two groups according to whether they had suffered breast cancer or not. The participants filled out a form on sociodemographic and clinical data, the Cervantes-SGM scale and two VAS type scales for the effect of dryness and dyspareunia on their quality of life. Subsequently, all the variables were analyzed with IBM SPSS Statistics. At the same time, a literature search about the entity was carried out.

Results: Significant differences were found in the impact on quality of life by GSM in women with no history of breast cancer overall ($p=0.008$) and in dryness specifically ($p=0.06$). However, no significant differences were found in the life impact of dyspareunia between the two groups ($p=0.893$).

Discussion and conclusion: Women with a history of breast cancer have less impact on health-related quality of life due to GSM than those who have not had it and less sensation of vulvovaginal dryness. However, its prevalence in the literature is higher due in a substantial part to the treatments used. Probably, the health impact of a cancer diagnosis minimizes that of other less serious pathologies such as MGS.

Key words: Genitourinary Syndrome of Menopause, GSM, Breast cancer, Impact, Quality of life.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Concepto

La salud vaginal es «el estado de la vagina que 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»^{1,2}. Esta definición pone de manifiesto los cambios fisiológicos de la vagina con la edad, el efecto de los síntomas sobre la salud vaginal y su estrecha relación con la sexualidad.

La menopausia es un acontecimiento normal de la mediana edad asociado a la reducción de los niveles de esteroides sexuales por los ovarios, deteniendo las menstruaciones. Puede ser también iatrógena, inducida por la extirpación quirúrgica o por el daño permanente de los ovarios debido a tratamientos como aquellos utilizados contra el cáncer. La edad media de inicio es de 51 años, por lo que teniendo en cuenta las expectativas de vida actuales, la mayoría de las mujeres pueden llegar a vivir casi el 40% de su vida en la postmenopausia³.

La vagina es el órgano con mayor cantidad de receptores de estrógenos, por lo que en la menopausia, suelen existir cambios en su estructura y funcionalidad. Dichos cambios afectan también a la vulva, las vías urinarias y el suelo pélvico.

El término «síndrome genitourinario de la menopausia» (SGM) fue propuesto en 2014 por la North American Menopause Society (NAMS) para sustituir a otros términos utilizados anteriormente como atrofia vulvovaginal, vaginitis atrófica o atrofia urogenital⁴. Este nuevo concepto es más amplio, dado que aúna los cambios anatómicos y funcionales en el área vulvovaginal (labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo, introito y vagina) y tracto urinario (uretra y vejiga) debidos a la disminución gradual de estrógenos y otros esteroides sexuales como andrógenos en la peri y postmenopausia³.

2.2 Prevalencia

La prevalencia del SGM no está bien establecida, ya que no todos los casos se diagnostican correctamente. Se asume que se trata de una entidad infradiagnosticada. Esto se debe a que muchas pacientes no hablan de ello con los profesionales de la salud debido a vergüenza, creencia de que los síntomas forman parte del envejecimiento normal, que no se trata de un tema apropiado para tratar con su médico, o porque el propio profesional no muestra una proactividad para llegar a su diagnóstico.

En los estudios epidemiológicos su prevalencia se sitúa entre el 38% y el 66% de las mujeres postmenopáusicas. En España, la prevalencia oscila entre el 52,4% según datos del International Health's Study y el 70% en el estudio GENISSE, y hasta el 90% en la cohorte española de la Encuesta Epidemiológica Vulvovaginal Europea (EVES)⁴⁻⁸.

2.3 Fisiología

Los estrógenos actúan sobre receptores específicos en la vulva, la vagina, la uretra y el trígono de la vejiga, que son áreas con un alto contenido en receptores hormonales estrogénicos (RE)⁹.

La acción de los estrógenos se lleva a cabo en las distintas capas de la vagina **Figura 1**¹⁰⁻¹²: en el epitelio estimulan la renovación y facilitan el paso del líquido trasudado producido en la lámina propia, actúan manteniendo las fibras elásticas de la muscular, y el colágeno y las fibras elásticas de la adventicia. Además, los estrógenos son importantes en el mantenimiento del pH vaginal, ya que regulan la síntesis de glucógeno, siendo este el sustrato para la síntesis de ácido láctico por parte de los lactobacilos vaginales. Así se crea el entorno vaginal fisiológico ácido (pH 3,5-5) que dificulta el crecimiento de microorganismos oportunistas¹³.

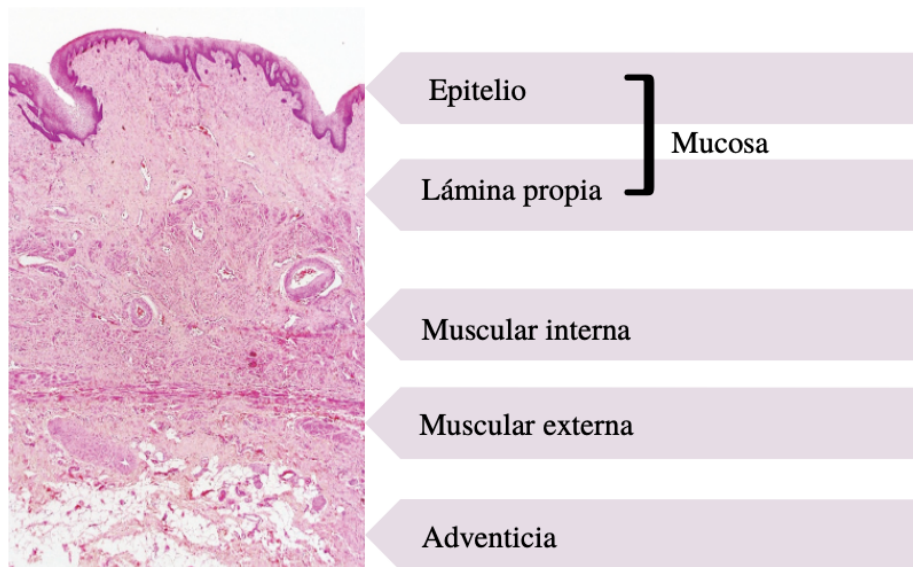


Figura 1. Capas de la vagina.

2.4 Clínica

Dado que la afectación de la disminución estrogénica afecta tanto al área vulvovaginal como urinaria, podrá cursar con síntomas genitales y/o urinarios. Son cambios progresivos y que no mejoran sin un tratamiento¹⁴. El desarrollo y la gravedad del SGM dependen principalmente de la duración del hipoestrogenismo.

Los síntomas vulvovaginales que se presentan con mayor frecuencia son la sequedad vaginal (81%), la dispareunia (25%), la irritación vaginal (24%), y la hipersensibilidad vaginal (6%). El síntoma referido como más molesto es la dispareunia (74%), definida como presencia de dolor persistente y recurrente asociado a las relaciones sexuales, que produce malestar e interfiere en las relaciones interpersonales de las pacientes. En la menopausia es una de las causas más frecuentes de evitación de las relaciones sexuales ¹⁵.

Los cambios genitourinarios en el SGM alteran la fisiología genital y urinaria y tienen repercusión clínica, que se ve agravada en el caso de nuliparidad por vía vaginal, antecedentes de intervención quirúrgica vaginal, tabaquismo y ausencia de actividad sexual. En cambio, la actividad sexual continuada ayuda a conservar el epitelio, presumiblemente al aumentar el flujo sanguíneo y la elasticidad tisular ¹⁶.

Los principales síntomas urinarios que se presentan son la urgencia miccional, la disuria, y el aumento de las infecciones del tracto urinario inferior. La reducción de estrógenos junto con el envejecimiento de los tejidos puede dar lugar a incontinencia urinaria y a prolapso de órganos pélvicos. Las afecciones que afectan a la continencia femenina y/o al soporte de los órganos pélvico se engloban en el término disfunción de suelo pélvico (DSP), y dentro del cual se encuentra el SGM.

2.5 Diagnóstico

El diagnóstico del SGM es clínico y se basa en la anamnesis y la exploración física. La anamnesis debe ser completa, pero también cuidadosa a la hora de formular preguntas que pueden ser delicadas. En cualquier mujer, especialmente durante la peri y postmenopausia, debe preguntarse por la presencia de síntomas genitourinarios y explorar su actividad sexual. La edad actual, la de la menopausia y la clínica referida orientarán al diagnóstico de SGM. Asimismo, debe investigarse el uso de sustancias o productos de higiene personal que puedan provocar molestias como perfumes, jabones o tejidos sintéticos. Es necesario tener en cuenta que algunas mujeres tienen miedo o vergüenza de explicar estos síntomas ¹⁷, por lo que la sensibilización y la actitud proactiva del profesional es un pilar fundamental para evitar el infradiagnóstico de esta entidad tan prevalente ¹⁸.

En la exploración ginecológica pueden darse diversos hallazgos: disminución de pliegues vaginales y de la mucosa vaginal, acortamiento de la vagina, disminución de la secreción y alteraciones por atrofia de la piel y la vulva, con pérdida de la grasa de la dermis, disminución de los labios menores y estenosis del introito.

2.6 Tratamiento

La elección de la terapia depende de la gravedad de los síntomas, la eficacia y seguridad individual de los tratamientos para cada paciente, y de sus preferencias.

Un **estilo de vida saludable** es indispensable para mejorar la salud genitourinaria y general. Esto incluye evitar el sobrepeso, obesidad, alcohol y tabaco, practicar ejercicio moderado y mantener la actividad sexual; además se recomienda la práctica regular de los ejercicios de Kegel, que ayudan a fortalecer el suelo pélvico, aumentando la oxigenación de sus tejidos ^{17, 19}.

Las **terapias no hormonales disponibles sin receta** (tratamientos OTC) brindan un alivio suficiente para la mayoría de las mujeres con síntomas leves. Los lubricantes e hidratantes se incluyen en este grupo, y son especialmente importantes en mujeres con cáncer de mama hormonodependiente en las que el uso de otros productos es controvertido o incluso está contraindicado. Los lubricantes se indican especialmente si las molestias se presentan sólo al tener relaciones, mientras que los hidratantes se indican para en la sequedad tanto en el día a día como durante la actividad sexual ²⁰.

La **terapia local con estrógenos** se considera el tratamiento de elección del SGM, siendo de primera línea tras el fracaso con productos OTC, pudiéndose utilizar en asociación a estos. Pueden usarse en cualquier edad y tienen un efecto pleno en las primeras 10-12 semanas de tratamiento. Tienen distintos efectos urogenitales: restablecen con rapidez el epitelio vaginal, aumentan la vascularización, elasticidad y grosor de los tejidos vulvovaginales, aumentan las secreciones y disminuyen el pH. Esto les permite aliviar los síntomas vulvovaginales y mejorar los urinarios ²¹. Los estrógenos utilizados en el Tratamiento Estrogénico Local (TEL) son: estradiol, estriol y promestrieno.

Otro tratamiento que se puede considerar en aquellas pacientes con síntomas moderados a intensos es la **prasterona vaginal**, que es un preparado química y biológicamente idéntico a la dehidroepiandrosterona (DHEA) humana endógena. Es el único tratamiento que ejerce actividad estrogénica y androgénica en todas las capas de la vagina y tiene un mecanismo de acción que solo genera respuesta local allí donde es administrada, sin que se espere una respuesta sistémica ²². Tiene indicación en mujeres con síntomas de moderados a severos; sin embargo, dado la falta de estudios al respecto, no se recomienda su uso en pacientes con cáncer de mama.

Ospemifeno es el primer fármaco no estrogénico de administración oral aprobado para el tratamiento del SGM. Se trata del modulador selectivo de los receptores de estrógenos (SERM) con mayor actividad agonista estrogénica sobre el epitelio vaginal ²³. Está especialmente recomendado para pacientes que rechazan terapia hormonal, que tenga dificultad para la aplicación de TEL o en las que haya contraindicación médica a los estrógenos. Esto último lo hace especialmente interesante para las pacientes con antecedente de cáncer de mama con síntomas moderados a graves siempre que hayan finalizado el tratamiento adyuvante.

Merece la pena mencionar la **medicina regenerativa** como un campo emergente en investigación. En Ginecología existen varias posibilidades terapéuticas que pueden utilizarse de forma aislada o conjunta para tratar el SGM, ya que mejoran el trofismo genital y los síntomas. Algunos ejemplos son tecnología láser, radiofrecuencia o inyecciones de ácido hialurónico ²⁴⁻²⁶.

2.7 SGM en pacientes con cáncer de mama

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer, y en el caso de los tumores hormonodependientes, muchas pacientes reciben quimioterapia y hormonoterapia para prevenir la recurrencia. Estos tratamientos conllevan efectos indeseables debido a la reducción de estrógenos circulantes, pudiendo incluir y/o empeorar el SGM, debido a la inducción de una menopausia iatrogénica. Se estima que afecta a un 50-75% de esta población, pero que pocas de ellas reciben una evaluación o tratamiento adecuados ³³.

La preocupante falta de documentación sobre la evaluación o el tratamiento de SGM en supervivientes de cáncer de mama, que ya de por sí es una entidad infradiagnosticada e infratratada en la población general, revela oportunidades perdidas para mejorar su calidad de vida. Gracias a los avances en las terapias de cáncer de mama, se está alcanzando un porcentaje de supervivencia cada vez mayor. Sin embargo, es necesario que los profesionales enfoquen sus esfuerzos no solo en aumentar la expectativa de vida de sus pacientes, sino también en mejorar su calidad de vida posterior, así como tratar los efectos secundarios derivados de las terapias que hayan necesitado y que hayan podido suponer una merma de su bienestar.

Los estilos de vida saludable que se recomiendan a todas las pacientes con SGM cobran especial relevancia en estas pacientes, así como el mantenimiento de la actividad sexual para ayudar a mejorar la vascularización local y disminuir los síntomas.

Dado que la terapia hormonal oral está contraindicada en estas pacientes por la posibilidad de recurrencia, las opciones de tratamiento de SGM se centran en el tratamiento no hormonal (lubricantes e hidratantes) como primera línea.

Si los síntomas no disminuyen de manera aceptable tras esto, se considera para cada paciente una decisión individualizada coordinada con su oncólogo para tratar con terapia hormonal local ²⁸. La evidencia científica actual obliga a ser cautos en el uso de estrógenos locales en estas pacientes, y es muy limitada en el uso de prasterona, por lo que no se puede aconsejar esta última de forma generalizada, como hemos comentado previamente. El ospemifeno sólo se contraindica en pacientes con sospecha actual de cáncer de mama o en pacientes en tratamiento adyuvante actual, dado que no existen datos al respecto, pero es seguro su uso una vez finalizado.

Por último, el láser y el ácido hialurónico inyectable podrían ser alternativas razonables en situaciones de persistencia de síntomas, sin embargo, su aplicabilidad es muy limitada por tratarse de terapias invasivas, caras y no financiadas.

A continuación, se adjunta un algoritmo de actuación para el tratamiento de aquellas pacientes que hayan finalizado el tratamiento del cáncer de mama o se encuentren en tratamiento de mantenimiento (eliminando la opción de tratamiento con ospemifeno en estas últimas).

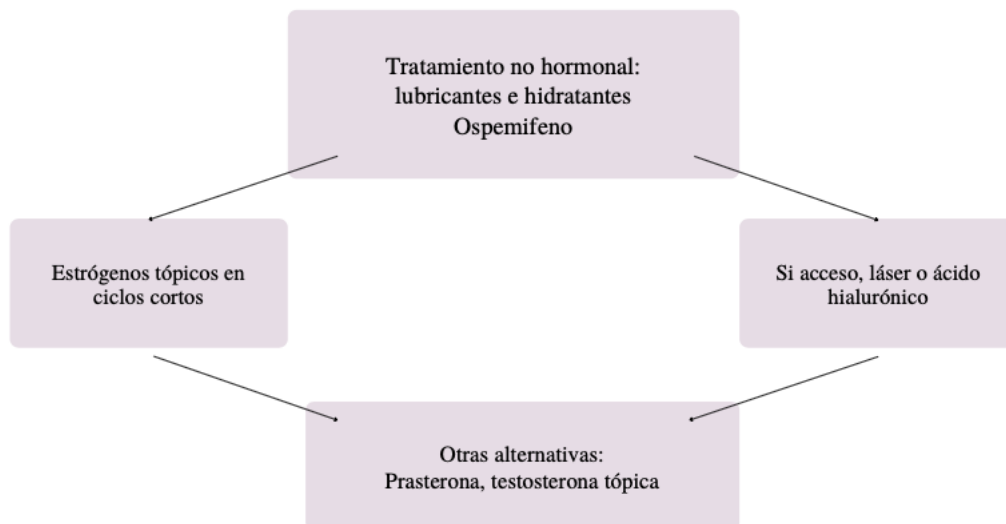


Figura 2. Algoritmo de actuación a la hora del tratamiento del SGM en pacientes con antecedente de cáncer de mama.

3. OBJETIVOS

1. Primario

Determinar el impacto del SGM en relación a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes supervivientes a cáncer de mama y compararla con la de las mujeres sin cáncer de mama.

2. Secundarios

- Analizar la afectación subjetiva de los dos principales síntomas del SGM en las mujeres postmenopáusicas con y sin antecedente de cáncer de mama: sequedad vaginal y dispareunia.
- Estudiar los factores clínico-demográficos en ambos grupos.
- Iniciarse en la dinámica y procedimientos que corresponden a la realización de un estudio investigador.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo de cohortes analítico, en el que se incluyen 122 pacientes postmenopáusicas, pertenecientes a dos grupos diferenciados en función de haber padecido cáncer de mama, grupo con exposición (grupo 1), o no haberlo padecido, grupo sin exposición (grupo 2).

Las pacientes incluidas en el estudio fueron seleccionadas de forma oportunista, ya que se les ofrecía participar en el estudio de forma sistemática, desde la consulta de patología mamaria al grupo exposición, y desde la consulta de patología general ginecológica al grupo de población general, ambas pertenecientes al área sanitaria II de Aragón en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza desde enero de 2022 hasta marzo de 2022.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres postmenopáusicas (1 año o más de amenorrea)
- Edad: 50 a 70 años
- Haber padecido cáncer de mama para encontrarse en el grupo expuesto
- No haber padecido cáncer de mama para encontrarse en el grupo no expuesto
- Estar de acuerdo en ser incluidas en el estudio

Los criterios de exclusión del proyecto fueron cualquiera de los siguientes:

- Edad fuera del rango descrito
- Ser pacientes oncológicas o estar en tratamiento oncológico por algún otro tipo de cáncer
- Presencia de infección vaginal activa en el momento de la recogida de datos
- Encontrarse en la pre o perimenopausia (es decir, que hayan presentado su última regla hace menos de 1 año)
- Utilización actual de antihistamínicos
- Haber recibido radioterapia previa en la zona genital

En la consulta, a las pacientes se les ofrecía la inclusión en el estudio, aclarando que era completamente anónimo, y se les entregaba una hoja de información respecto a la entidad y al estudio. Si las pacientes accedían a participar, se les realizaba en primer lugar un cuestionario de carácter sociodemográfico y clínico, pasando a continuación a realizar el cuestionario de calidad de vida Cervantes SGM y dos escalas visuales analógicas (EVA) sobre la sequedad y dispareunia. Durante la entrevista, un profesional asesoraba a la paciente en caso de existir alguna duda con alguna de las preguntas formuladas.

No hubo ninguna compensación económica u otro tipo para las participantes, ni financiación al equipo investigador. La investigación se realizó de acuerdo con los estándares de Buenas Prácticas Clínicas y la revisión actual de la Declaración de Helsinki. La realización del estudio fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA) con código CI P22/265 (Dictamen en material anexo).

Análisis estadístico

Los datos obtenidos de las respuestas de las participantes a las encuestas se reunieron en una base de datos creada en Microsoft Excel, para posteriormente proceder con el análisis estadístico de estos datos empleando la herramienta informática IBM SPSS Statistics versión 25.0 para Windows (marzo 2017).

Se llevó a cabo el análisis de los resultados de las variables clínico-demográficas y las respuestas a las escalas. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Las variables continuas se analizaron mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables que tenían una distribución no paramétrica, se mostraron con la mediana y el rango intercuartílico (RIC, p25-75) y se compararon mediante la prueba de “U de Mann-Whitney” (para dos muestras independientes). Las variables cuantitativas que seguían una distribución normal se mostraron en medias y desviación estándar (DE) y se compararon mediante la “T de Student”. Para el análisis de las variables categóricas se utilizó la prueba de “Chi cuadrado / test de Fisher”.

El valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Búsqueda bibliográfica

Previamente a la recogida de datos se realizó una búsqueda de la bibliografía existente hasta la actualidad sobre el tema mediante las bases de datos Pubmed, Cochrane, Web of Science, Dialnet y Scopus; así como revisión de la bibliografía disponible en la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Para la selección de artículos se buscaron una serie de palabras clave que aparecen en la **Tabla 1** (Anexos).

La bibliografía utilizada fue cargada a un procesador de citas bibliográficas (Mendeley), referenciadas mediante el sistema Vancouver y listadas en orden de aparición a lo largo del trabajo en el apartado de Bibliografía.

Variables demográficas

Las variables clínicas y sociodemográficas registradas fueron:

1. Edad.
2. Talla.
3. Peso .
4. Comunidad Autónoma en la que reside.
5. Nivel de estudios.
6. Fecha de última regla.
7. Tipo de menopausia.
8. Antecedente de parto.
9. Tipo de parto.
10. Antecedente de cirugía vaginal.
11. Diagnóstico previo de enfermedad de piel vulvar.
12. Fumadora habitual.
13. Toma de alcohol a diario.
14. Realización de ejercicio físico habitual.
15. Antecedente de algún tipo de cáncer.
16. Toma de antidepresivos y/o ansiolíticos.
17. Utilización de tratamiento hormonal para la menopausia.
18. Utilización de algún tratamiento local para los síntomas genitales.
19. Actividad sexual actual.
20. Estatus de pareja.
21. En el grupo de pacientes con antecedente de cáncer de mama exclusivamente:
 - 21.1 Año de diagnóstico
 - 21.2 Tratamiento recibido

El cuaderno de recogida de datos se muestra en el material anexo.

Escalas de valoración de la calidad de vida

Se utilizaron las siguientes escalas: Cervantes-SGM v4 y dos escalas visuales analógicas (EVA) sobre la sequedad y la dispareunia (material anexo).

ESCALA CERVANTES-SGM V4

Se trata del primer cuestionario en la población española que tiene como objetivo de identificar cómo afectan a la calidad de vida de la mujer climatérica los síntomas relacionados con la privación estrogénica que se produce en el SGM.

Se incluye en un único cuestionario el impacto del SGM en cuestión de su severidad y repercusión en calidad de vida. Incorpora cuatro dominios que se ponderan individualmente (**Figura 3**): genitourinario (preguntas 1 a 5), salud (preguntas 6 a 9), psíquico (preguntas 10 a 12) y sexualidad (preguntas 13 a 16). A mayor puntuación, mayor impacto del SGM en la calidad de vida.

$$\text{Genitourinario} = (P1 + P2 + P3 + P4 + P5) *4.$$

$$\text{Salud} = (P6 + P7 + P8 + P9) *5.$$

$$\text{Psíquico} = (P10 + P11 + P12) *6.67.$$

$$\text{Sexualidad} = (P13 + P14 + P15 + P16) *5.$$

Figura 3. Dominios de la Escala Cervantes SGM y su ponderación.

Se utilizó para cada ítem una escala ordinal de 1 a 5, donde “1” corresponde a “totalmente en desacuerdo” y “5” a “totalmente de acuerdo” en respuesta a 16 preguntas sobre sus síntomas en las últimas cuatro semanas. Los ítems relacionados con los síntomas, el impacto en la vida diaria y la esfera psíquica fueron aplicables a todas las mujeres sintomáticas incluidas en el estudio. Sin embargo, las preguntas de la 13 a la 16, que abordan el impacto en la función sexual fueron dirigidas sólo a mujeres sexualmente activas (es decir, mujeres con antecedentes de relaciones sexuales o cualquier otra actividad sexual, como caricias o la autoestimulación-masturbación). Por ello se incluyó la opción de respuesta "no tengo actividad" para las mujeres que no hayan tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas.

Para calcular la puntuación global se suma de los ítems ponderados y se divide entre 4 (en caso de actividad sexual) o entre 3 (en caso no actividad sexual), como vemos en la **Figura 4**. De esta manera se puede obtener un mínimo de 20 puntos y un máximo de 100 puntos tanto en caso de que haya actividad sexual como que no la haya.

Puntuación Cervantes SGM global = (Genitourinario + Salud + Psíquico + Sexualidad) /4.

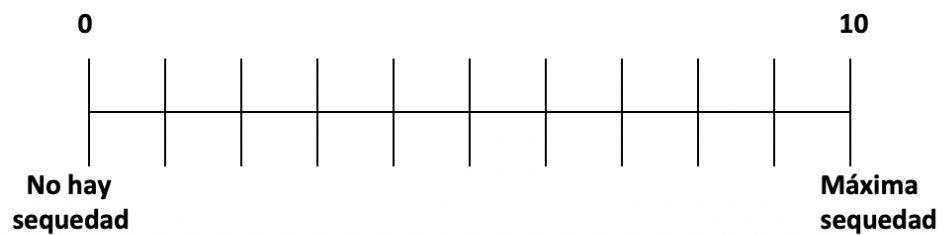
En caso de no actividad sexual, Cervantes SGM-NoAS = (Genitourinario + Salud + Psíquico) /3.

Figura 4. Cálculo puntuación Escala Cervantes SGM.

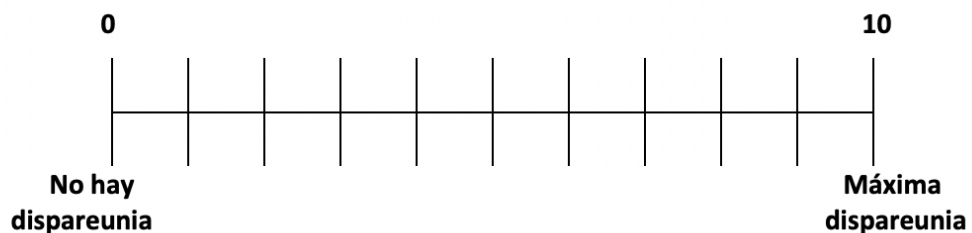
ESCALAS TIPO EVA:

Por último, las participantes rellenaron dos escalas EVA, en las que se les pidió que valorasen del 0 al 10 cuánto consideraban que les afectaba en su calidad de vida la sequedad y la dispareunia. La sequedad se eligió dado que es el síntoma más prevalente del SGM, y la dispareunia ya que es el síntoma referido como más molesto en la literatura ^{6,18}. De esta forma, obtuvimos respuestas completamente subjetivas de la participante sobre sus síntomas, siendo una mayor puntuación equivalente a una mayor afectación.

Escala EVA de valoración de la sequedad (valorado por la paciente):



Escala EVA de valoración de la dispareunia (valorado por la paciente):



5. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron 122 pacientes, divididas en 2 grupos: 50 de ellas con antecedente de cáncer de mama (grupo 1), 72 sin antecedente de cáncer de mama (grupo 2).

Las variables sociodemográficas y que valoran algunos aspectos clínicos ambos grupos comparativos se muestran en la **Tabla 2** y en la **Tabla 3**.

Tabla 2. Variables clínicas cuantitativas analizadas expresadas en media (desviación estándar).

	Grupo 1 media (DE)	Grupo 2 media (DE)	Valor de p
Edad (años)	59,4 (5,7)	57,8 (4)	0,087
IMC ^δ (kg/m ²)	25,6 (4,5)	24,7 (3,9)	0,234
Años de menopausia	12,4 (6,9)	8,9 (5,8)	0,003*

* $p < 0,05$

^δ IMC: Índice de masa corporal

Grupo 1: mujeres con cáncer de mama; grupo 2: mujeres sin cáncer de mama

Tabla 3. Factores clínico-demográficos de ambos grupos.

		Grupo 1		Grupo 2		Valor de p
		n	(%)	n	(%)	
Nivel de estudios	Universitarios	25	50%	57	79,2%	<0.001*
	Básicos	12	24%	14	19,4%	
	EGB/ESO	12	24%	1	1,4%	
	Sin estudios	1	2%	0	0%	
Tipo de menopausia	Natural	20	40%	66	91,6%	<0.001*
	Inducida	20	40%	2	2,8%	
	Quirúrgica	10	20%	4	5,6%	
Partos previos	Sí	36	72%	60	83,3%	0,133
	No	14	28%	12	16,7%	
Tipo de parto	Vaginal con episiotomía	26	72,2%	38	63,3%	0,482
	Cesárea	5	13,8%	9	15%	
	Vaginal sin episiotomía	3	8,3%	6	5%	
	Ventosa/Fórceps	2	1,5%	7	11,7%	
Cirugía vaginal previa	No	43	86%	67	93,1%	0,198
	Sí	7	14%	5	6,9%	
Tabaco	No	43	86%	60	83,3%	0,690
	Sí	7	14%	12	16,7%	
Alcohol a diario	No	41	82%	64	88,9%	0,280
	Sí	9	18%	8	11,1%	
Ejercicio físico regular	Sí	43	86%	43	59,7%	0,002*
	No	7	14%	29	40,3%	
Antidepresivos y/o ansiolíticos	No	39	78%	61	84,7%	0,342
	Sí	11	22%	11	15,3%	
Tratamiento hormonal para la menopausia	No	48	96%	66	91,7%	0,342
	Sí	2	4%	6	8,3%	
Tratamiento local para síntomas genitales	No	37	74%	41	56,9%	0,122
	Sí	13	26%	31	43,1%	
Tipo de tratamiento local	Lubricantes e hidratantes	12	92,3%	25	80,7%	0,202
	Estrógenos locales	1	7,7%	5	16,1%	
	Láser	0	0%	1	3,2%	
Actividad sexual	Sí	31	62%	59	82%	0,013*
	No	19	38%	13	18%	
Tipo de actividad sexual	Con hombres	27	87%	55	93,2%	0,043*
	Solo autoestimulo	3	9,7%	4	6,8%	
	Con mujeres	1	3,3%	0	0%	
Penetración en la actividad sexual	Sí	20	64,5%	53	89,8%	<0.001*
	No	11	25,5%	6	10,2%	
Pareja	Sí	32	64%	60	83,3%	0,024*
	No	18	36%	12	16,7%	

*p<0,05. Grupo 1: mujeres con cáncer de mama; grupo 2: mujeres sin cáncer de mama

Se objetivaron diferencias significativas respecto al nivel de estudios entre ambos grupos, con mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en el grupo de no exposición (79,2% vs 50%; $p < 0,001$).

Las pacientes con antecedente de cáncer de mama tenían más años de menopausia (12,4 vs 8,9; $p = 0,003$) y con menor frecuencia se trataba de una menopausia natural (40% vs 91,6%; $p < 0,001$).

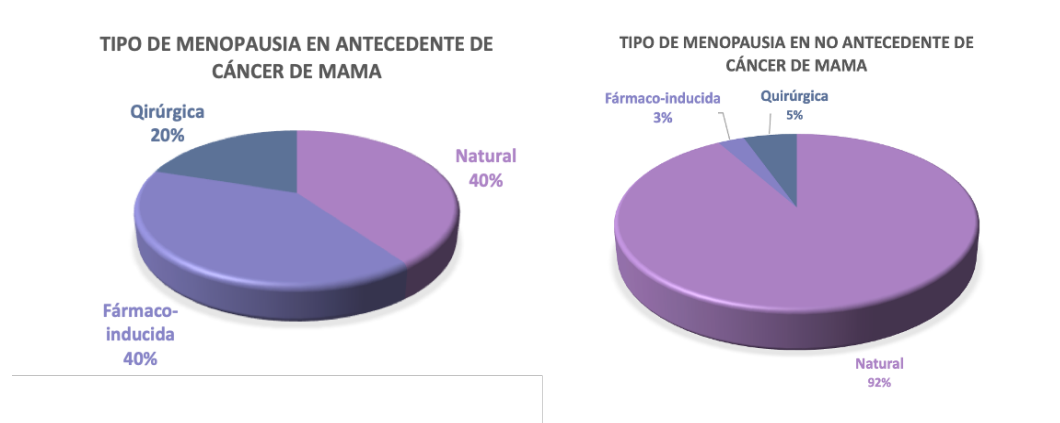


Figura 5. Comparativa tipos de menopausia según antecedente o no a cáncer de mama.

En relación a la realización de ejercicio físico de forma regular, los datos revelaron diferencias significativas, con mayor realización entre las mujeres del grupo con exposición (86% vs 59,7%; $p = 0,02$). El resto de hábitos como el tabaco o el alcohol no revelaron diferencias significativas.

El uso en el tratamiento hormonal de la menopausia, o los tratamientos locales de los síntomas genitales no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos; tampoco en el uso de fármacos antidepresivos-ansiolíticos.

Las mujeres sin antecedente de cáncer de mama fueron más activas sexualmente (82% vs 62%; $p = 0,043$), asimismo hubo diferencias significativas en el tipo de actividad sexual, con mayor inclusión de la penetración en las relaciones sexuales en este grupo (89,8% vs 64,5%; $p < 0,001$). Asimismo, las mujeres que no habían tenido cáncer de mama, informaron de tener pareja significativamente más que las del grupo de cáncer de mama (83,3% vs 64%, $p = 0,024$).

Se valoró el impacto en la calidad de vida de nuestras participantes a partir de los datos obtenidos de sus respuestas en la escala Cervantes-SGM y las dos escalas tipo EVA sobre la sequedad y la dispareunia en los dos grupos comparativos (**Tabla 4**).

Tabla 4. Puntuación de las escalas SGM-calidad de vida y EVA para dispareunia y sequedad vaginal.

	Grupo 1 mediana (RIC)	Grupo 2 mediana (RIC)	p
Puntuación total en Escala Cervantes	34,12 (15)	42,71 (28)	0,008*
Puntuación escala EVA de sequedad vulvovaginal (de 0 a 10)	2,5 (3)	5 (6)	0,006*
Puntuación escala EVA de dispareunia (de 0 a 10)	3 (7)	4 (7)	0,893

***p<0,05**. Grupo 1: mujeres con cáncer de mama; grupo 2: mujeres sin cáncer de mama

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con mayor afectación de la calidad de vida en las mujeres del grupo sin cáncer de mama (34,12 vs 42,71,; $p=0,008$) y mayor percepción subjetiva de la afectación por sequedad (2,5 vs 5; $p=0,006$).

Las diferencias al analizar la escala EVA de dispareunia no fueron significativas (3 vs 4; $p=0,893$).

6. DISCUSIÓN

El principal hallazgo de nuestro estudio ha sido detectar que la calidad de vida relacionada con la salud en relación a la afectación por el SGM en las mujeres que han padecido un cáncer de mama es menor que las que no lo han tenido. Este dato cobra especial relevancia teniendo en cuenta que este es el primer estudio realizado en nuestro país que compara la afectación en la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres menopáusicas con antecedente de cáncer de mama con las que no lo han tenido.

Este hallazgo nos resulta sorprendente dado que la bibliografía actual respecto a la asociación del SGM con el cáncer de mama, sugiere que se trata de un trastorno especialmente prevalente y grave. La supervivencia global de las mujeres con cáncer de mama ha aumentado en las últimas décadas, a pesar de la creciente prevalencia de esta enfermedad. Esta mejora de la supervivencia se debe en gran parte a los avances en las terapias actuales. Muchas sobrevivientes de cáncer de mama están en edad premenopáusica y tienen el riesgo potencial de recibir tratamientos antineoplásicos que pueden afectar la función ovárica o tratamientos antiestrogénicos que imitan un estado posmenopáusico. Este estado hipoestrogénico puede conducir a síntomas climatéricos que inducen alteraciones significativas en su calidad de vida ²⁷.

Los estudios que valoren el impacto del SGM desde la perspectiva de la paciente en las mujeres con cáncer de mama son muy limitados. Nuestro estudio es el primero que evalúa cómo influye el SGM en su calidad de vida, es decir, la importancia subjetiva que supone para las pacientes esta patología tan prevalente. Así, los resultados que hemos encontrado nos llevan a plantearnos la hipótesis de que, aunque es probable que sus cambios genitales desde el punto de vista objetivo sean mayores por el prolongado estado de hipoestrogenismo, las pacientes con antecedente de cáncer de mama le otorguen una menor importancia en su vida diaria. Esto puede ser debido a que el haber padecido una enfermedad severa con importantes implicaciones personales, médicas y biopsicosociales, implique otorgar una transcendencia relativa menor a su afectación por el SGM.

Esto no implica que deba dejarse de lado la atención a los posibles síntomas que puedan presentar por parte de los profesionales que las atiendan. Tal como ha sido comentado en la introducción, el SGM se considera una entidad infradiagnosticada ¹⁷, muchas veces por falta de iniciativa de la propia paciente a comentar sus dolencias debido a vergüenza o miedo a que no sean considerados por su médico de suficiente relevancia.

Los tratamientos de libre dispensación como lubricantes vulvovaginales e hidratantes fueron los más utilizados en ambos grupos y no hubo diferencias con el resto de tratamientos. En el grupo de mujeres con cáncer de mama, entendemos que sea así, ya que éstos son los de elección dado que son los más seguros y no han mostrado interferencia en la progresión de la enfermedad. Sin embargo, entre las mujeres de la población general, sin antecedentes oncológicos, otros como los estrógenos locales que son los de elección ante clínica moderada-intensa están insuficientemente utilizados. Tal vez la hormonofobia siga estando presente en la actualidad y explique estos hallazgos ²⁹.

Al preguntar por la actividad sexual, se encontraron diferencias en ambos grupos. Detectamos que es mayor en el grupo de pacientes que no han padecido cáncer de mama, así como la inclusión de la penetración en su actividad sexual habitual. Estos resultados concuerdan con lo expuesto en la literatura sobre el impacto que supone haber padecido cáncer de mama en la sexualidad de la mujer, debido a una disminución de la libido y de la percepción de atractivo de una misma tras ciertos procedimientos quirúrgicos ³⁰. También concuerdan con lo mencionado anteriormente de que utilicen de forma global más tratamiento con lubricantes e hidratantes.

Asimismo, destacamos la diferencia de años de evolución de menopausia entre los dos grupos, a pesar de que las pacientes incluidas en el estudio se encontraban en el mismo rango de edad. El grupo 1 presenta una media de años de evolución significativamente mayor. En el grupo 2 predomina ampliamente la menopausia natural, a diferencia del grupo 1, donde apreciamos una distribución pareja de menopausia natural con fármaco inducida (**Figura 5**). Esto puede ser coherente con que a un alto porcentaje de nuestras pacientes con antecedente de cáncer de mama se les indujo la menopausia de forma farmacológica con los tratamientos oncológicos para tratar su patología. La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) expone que la edad de máxima incidencia de cáncer de mama está por encima de los 50 años (coincidiendo con la edad media de inicio de la menopausia, que se estima a los 51 años), pero que aproximadamente un 10% se diagnostica en mujeres menores de 40 años ³¹. Podría significar que un porcentaje de nuestro grupo 1 se les produjo una disminución de la edad fisiológica de menopausia, dándonos por tanto una media mayor de años desde la menopausia en este grupo.

Siguiendo con esta reflexión, al ser el cáncer de mama uno de los cánceres con mayor supervivencia actualmente ³², las supervivientes van a estar expuestas a sufrir de SGM durante mayor cantidad de tiempo que el grupo sin antecedente. Se podría llegar a considerar el hecho de que más años conviviendo con los síntomas les lleve a una normalización mayor de ellos, en comparación a nuestro grupo 2, que se presenta con mayor afectación vital.

En cuanto a los hábitos de vida saludable, aunque los hábitos tóxicos se dan en un porcentaje bajo en ambos grupos, el grupo 1 realiza sustancialmente más ejercicio físico de forma regular. Esto podríamos asociarlo a una mayor preocupación por conseguir un buen estado general de salud tras haber padecido una enfermedad importante y potencialmente grave.

Esta preocupación podría estar asimismo relacionada con el hecho de que en nuestra muestra con antecedente de cáncer de mama se exponen datos de consumo tabáquico incluso por debajo de la media poblacional española femenina (16,4% según el Instituto Nacional de Estadística vs 14% en nuestro estudio)³³, sin embargo, nos despierta curiosidad el hecho de que está ampliamente descrito como factor de riesgo para padecer cáncer de mama³⁴.

Por último, hemos de apreciar que al tratarse de dos muestras semejantes de población, que solamente se diferencian en presencia o ausencia de padecimiento de cáncer de mama, encontramos similitudes entre ambas. Algunas de ellas son los altos porcentajes de pacientes que habían tenido algún parto previo, siendo el vaginal con episiotomía el más frecuente con diferencia en ambos grupos. Los porcentajes de toma de medicamentos como ansiolíticos o antidepresivos, o de tratamiento hormonal para los síntomas climatéricos, también son semejantes en las dos muestras, siendo todos ellos considerablemente bajos. Estos factores podrían haber influido en la presencia de SGM mayor en un grupo que en otro, pero no se han encontrado diferencias significativas.

Podemos concluir con que deberíamos considerar las consultas ginecológicas para revisiones de cáncer de mama como momentos de actuación para interrogar por su posible afectación e informar de sus potenciales terapias, al igual que indagar sobre su percepción ante ellas, sus necesidades y preferencias. De la misma forma, dado que se muestra notoria repercusión vital en nuestro grupo sin antecedente, se puede considerar el empleo de consultas o revisiones ginecológicas por cualquier motivo como momento para realizar el mismo ejercicio en aquellas pacientes susceptibles de padecer SGM.

Los puntos fuertes de nuestro estudio son que se ha llevado a cabo una sólida recogida de datos de todas las variables al haber sido supervisada personalmente la cumplimentación de las encuestas, que se trata del primer estudio que indaga en el impacto de la calidad de vida de nuestras pacientes utilizando una escala específica para ello, arrojando resultados que pueden resultar novedosos en este ámbito de estudio. Aunque nuestro trabajo está limitado por su tamaño muestral reducido, consideramos que los datos obtenidos son útiles como exploratorios de la población a la que se refieren. No obstante, se va a continuar trabajando en este campo con el objetivo de obtener más datos de utilidad práctica para el futuro.

7. CONCLUSIONES

PRIMERA: Las pacientes con antecedente de cáncer de mama tienen una menor afectación en su calidad de vida por el Síndrome Genitourinario de la Menopausia en global medido por la escala Cervantes-SGM v4, y en concreto por la sequedad, medido por la escala tipo EVA. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en la percepción de afectación de la dispareunia para ambos grupos, medido por la escala tipo EVA.

SEGUNDA: Se presenta una menor actividad sexual en las pacientes que han tenido antecedente de cáncer de mama, así como un menor porcentaje de penetración vaginal en su actividad sexual.

TERCERA: No se detectaron diferencias significativas en el uso de tratamientos locales para los síntomas genitales entre ambos grupos, aunque se evidenció que los más utilizados por ambos eran los lubricantes e hidratantes.

CUARTA: Las pacientes del grupo con antecedente con cáncer de mama tienen más años de media de menopausia, lo que les expone a sufrir de SGM durante un tiempo más prolongado.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, et al. Síndrome genitourinario de la menopausia. MenoGuía AEEM. Primera edición 2020.
2. Manubens Grau M, Baquedano Mainar L, Beltrán Montalbán E, Duran Jordà M, Cancelo Hidalgo MJ, Navarro Moll M.C, et al. Salud vaginal. Menoguía AEEM. Barcelona, Spain: Aureagràfic s.l.; 2014.
3. Kagan R, Kellogg-Spadt S, Parish SJ. Practical Treatment Considerations in the Management of Genitourinary Syndrome of Menopause. *Drugs & Aging*. 2019 Oct 26; 36(10):897–908.
4. Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause. *Menopause*. 2014 Oct; 21(10):1063–8.
5. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women’s voices in the menopause: Results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas*. 2010 Nov; 67(3):233–8.
6. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016 Mar 3; 19(2):188–97.
7. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, Bushmakina AG, Kumar M, Bobula J. The Association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of life among postmenopausal women in the United States and Western Europe. *Journal of Women’s Health*. 2015 Sep; 24(9):713–22.
8. Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillán C, González PM, et al. Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*. 2018 Mar 4; 21(2):167–73.
9. Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J, Nohales F, Juliá MD. Management of postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas*. 2005 Nov; 52:46–52.
10. Galhardo CL, Soares JM, Simões RS, Haidar MA, Rodrigues de Lima G, Baracat EC. Estrogen effects on the vaginal pH, flora and cytology in late postmenopause after a long period without hormone therapy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2006; 33(2):85–9.
11. Fernandes T, Costa-Paiva LH, Pedro AO, Baccaro LFC, Pinto-Neto AM. Efficacy of vaginally applied estrogen, testosterone, or polyacrylic acid on vaginal atrophy: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2016 Jul; 23(7):792–8.
12. Labrie F, Martel C, Pelletier G. Is vulvovaginal atrophy due to a lack of both estrogens and androgens? *Menopause*. 2017 Apr; 24(4):452–61.
13. Binder RL, Freedman MA, Sharma KB, Farage MA, Wang Y, Combs C, et al. Histological and gene expression analysis of the effects of menopause status and hormone therapy on

- the vaginal introitus and labia majora. *Journal of Clinical Medicine Research*. 2019; 11(11):745–59.
14. Shifren JL. Genitourinary Syndrome of Menopause. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2018 Sep; 61(3):508–16.
 15. Palacios S, Cancelo M^a, Castelo-Branco C, Llana P, Molero F, Mendoza N. Ospemifeno. *MenoGuía AEEM Primera edición*. 2019 Apr.
 16. Bachmann GA, Nevadunsky NS. Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. *Am Fam Physician*. 2000 May 15; 61(10):3090–6.
 17. Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016 Dec; 215(6):704–11.
 18. Palacios S, Cancelo MJ, Castelo Branco C, Llana P, Molero F, Borrego RS. Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perceptions. *Climacteric*. 2017 Jan 2; 20(1):55–61.
 19. Dumoulin C, Pazzoto Cacciari L, Mercier J. Keeping the pelvic floor healthy. *Climacteric*. 2019 May 4; 22(3):257–62.
 20. Stute P. Is vaginal hyaluronic acid as effective as vaginal estriol for vaginal dryness relief? *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2013 Dec 1; 288(6):1199–201.
 21. Rahn DD, Carberry C, Sanses T, Mamik MM, Ward RM, Meriwether K, et al. Vaginal estrogen for Genitourinary Syndrome of Menopause. *Obstetrics & Gynecology*. 2014 Dec; 124(6):1147–56.
 22. Labrie F, Archer DF, Martel C, Vaillancourt M, Montesino M. Combined data of intravaginal prasterone against vulvovaginal atrophy of menopause. *Menopause*. 2017 Nov 1; 24(11):1246–56.
 23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA; 2013.
 24. Eshtiaghi P, Sadownik LA. Fact or Fiction? Adipose-derived stem cells and platelet-rich plasma for the treatment of vulvar lichen sclerosus. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2019 Jan; 23(1):65–70.
 25. Kim SH, Park ES, Kim TH. Rejuvenation using platelet-rich plasma and lipofilling for vaginal atrophy and lichen sclerosus. *Journal of Menopausal Medicine*. 2017; 23(1):63.
 26. Dafforn TR, Della M, Miller AD. The molecular interactions of heat shock protein 47 (Hsp47) and their implications for collagen biosynthesis. *Journal of Biological Chemistry*. 2001 Dec; 276(52):49310–9.

27. Trinkaus M, Chin S, Wolfman W, Simmons C, Clemons M. Should urogenital atrophy in breast cancer survivors be treated with topical estrogens? *The Oncologist*. 2008 Mar 1; 13(3):222–31.
28. Sussman TA, Kruse ML, Thacker HL, Abraham J. Managing Genitourinary Syndrome of Menopause in breast cancer survivors receiving endocrine therapy. *J Oncol Pract*. 2019 Jul; 15(7):363-70.
29. Sanchez-Borrego R, Llaneza-Coto P, Martínez-Astorquiza T . “Hablemos de otra forma” acerca de la terapia hormonal en la menopausia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2018 Mar 1; 61(3):221–6.
30. Hungr C, Sanchez-Varela V, Bober SL. Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: Practical recommendations. *Revista de investigación Clínica*. 2017 Apr 24; 69(2).
31. Cáncer de mama [Internet]. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica; 2020 [cited 22 Mar 2022]. Disponible en: <https://seom.org/125- Informaci%252525C3%252525B3n%2525252520al%2525252520P%252525C3%2525 25BAblico%2525252520-%2525252520Patolog%252525C3%252525ADas/cancer-de-mama>
32. Las cifras del cáncer en España en 2022 [Internet]. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica; 2022 [cited 22 Mar 2022]. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
33. Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda) [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2021 [cited 24 Mar 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
34. Macacu A, Autier P, Boniol M, Boyle P. Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2015 Nov 6; 154(2):213–24.

9. ANEXOS

1. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

Edad:..... años

Talla..... cm

Peso..... Kg

Comunidad Autónoma en la que reside:

.....

Nivel de estudios

- Sin estudios
- EGB/ESO
- Bachiller /Formación Profesional
- Universitaria

¿Cuándo fue su última regla?

Fue hace menos de 1 año. Indique cuanto tiempo hace aprox

Fue hace más de 1 año. Indique cuanto tiempo hace aprox.....

Si ya es menopáusica (no reglas desde hace más de un año), ¿qué tipo de menopausia tuvo?

- Natural
- Quirúrgica
- Farmacoinducida

¿Ha tenido algún parto?:

- Sí
- No

Si la respuesta es que sí, ¿qué tipo de parto ha tenido?

- parto vaginal sin episiotomía
- parto vaginal con episiotomía
- parto vaginal con fórceps/ventosa
- cesárea

¿Ha tenido algún tipo de cirugía vaginal?

- Sí
- No

¿Le han diagnosticado de alguna enfermedad de la piel vulvar?

- Sí
- No

¿Es fumadora habitual?

- Sí
- No

¿Bebe alcohol a diario?

- Sí
- No

¿Realiza ejercicio físico regular? (ej:90 min/ sem caminar rápido, 60 min/sem correr, bici, 120 min/sem, yoga, pilates...)

- Sí
- No

¿Ha tenido usted algún cáncer?

Si la respuesta es sí de que tipo?

¿Ha recibido Radioterapia genital /pélvica?

- Sí
- No

¿Está tomando antihistamínicos?

- Sí
- No

¿Está tomando antidepresivos/ansiolíticos?

- Sí
- No

¿Utiliza tratamiento hormonal para la menopausia?

- Sí
- No

¿Utiliza algún tratamiento local para sus síntomas genitales?

- Sí
- No

Si la respuesta es que sí, ¿qué tipo de tratamiento?

- Lubricantes vaginales
- Cremas Hidratantes
- Estrógenos locales
- Ospemifeno
- Prasterona
- Láser

¿Actualmente es sexualmente activa?

- Sí
- No

¿Cuál es su tipo de práctica sexual habitual?

- Relaciones sexuales con hombres
- Relaciones sexuales con mujeres
- Relaciones sexuales con mujeres y hombres
- Sólo autoestímulo masturbatorio

¿En su actividad sexual se suele incluir la penetración vaginal?

- Sí
- No

¿Tiene pareja?

- Sí, estable
- Sí, no estable
- No tengo pareja

Mujeres con cáncer de mama: Año diagnóstico Ca mama:.....

Tratamiento Radioterapia	Sí	No
Tratamiento Quimioterapia	Sí	No
Tratamiento Inhibidores aromatasa	Sí	No
Tratamiento Tamoxifeno	Sí	No

2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA CERVANTES-SGM v4

Por favor lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación.

Se corresponden las respuestas de la siguiente manera: 1= EN TOTAL DESACUERDO 5=EN TOTAL ACUERDO.

Las casillas numeradas de 2 al 4 que expresan las respuestas intermedias. Marque el número que considere más apropiado.

Las preguntas hacen referencia síntomas o molestias genitales en la vulva (labios mayores, menores, clítoris) y/o en la vagina **en las últimas 4 SEMANAS**.

Las preguntas 11 y 12 están relacionadas con la relación con su pareja. Si no tiene pareja no conteste a estas preguntas.

Las preguntas 13 a la 16 están relacionadas con la actividad sexual (coito, caricias o masturbación). Si no tiene actividad sexual no conteste a esas preguntas.

No piense demasiado las respuestas, no hay respuestas buenas o malas, todas deben responderse con sinceridad. Quizá considere preguntas demasiado personales; no se preocupe el cuestionario es totalmente confidencial.

RECUERDE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. Si hay una pregunta en blanco el cuestionario se podría invalidar. Gracias.

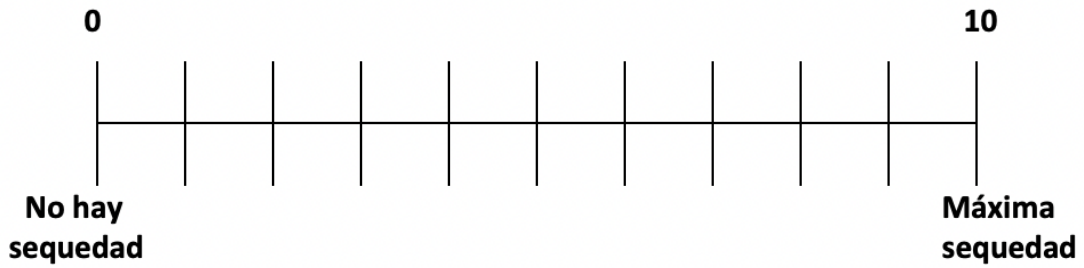
En el momento actual ...	En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	En total acuerdo
1. Tengo sensación de sequedad en mis genitales (vulva o vagina)	1	2	3	4	5
2. Tengo molestias en mis genitales, como escozor, ardor, picor	1	2	3	4	5
3. Se me escapa la orina al hacer esfuerzos	1	2	3	4	5
4. Tengo que ir rápido al baño porque si no se me escapa la orina	1	2	3	4	5
5. Tengo escozor, ardor al orinar o infecciones de orina	1	2	3	4	5
6. Mis molestias genitales me limitan mis actividades cotidianas (trabajar, actividades domésticas, aseo personal...)	1	2	3	4	5
7. Noto molestias genitales al caminar o hacer ejercicio	1	2	3	4	5
8. Mis molestias genitales condicionan la elección de mi ropa interior	1	2	3	4	5
9. Noto molestias genitales por la noche y me limitan el descanso	1	2	3	4	5
10. Estoy preocupada por mis molestias genitales	1	2	3	4	5
11. El actual aspecto de mis genitales no me agrada	1	2	3	4	5
12. Los síntomas que noto me hacen sentirme mayor	1	2	3	4	5
¿Tiene actividad sexual (coito, masturbación, caricias,etc.)?	SI	NO (la encuesta ha terminado)			
13. Mis molestias genitales hacen que disminuya mi deseo sexual	1	2	3	4	5
14. Tengo dolor durante la actividad sexual	1	2	3	4	5
15. Mi vida sexual no es satisfactoria debido a mis síntomas genitales	1	2	3	4	5
16. Siento poca lubricación / sequedad durante a actividad sexual	1	2	3	4	5

3. ESCALAS TIPO EVA

Por favor, responda marcando con una “X” a las siguientes preguntas:

Escala EVA de valoración de la sequedad (*valorado por la paciente*):

¿Cuánto le afecta en su calidad de vida?



Escala EVA de valoración de la dispareunia: dolor con las relaciones sexuales

(*valorado por la paciente*):

¿Cuánto le afecta en su calidad de vida?

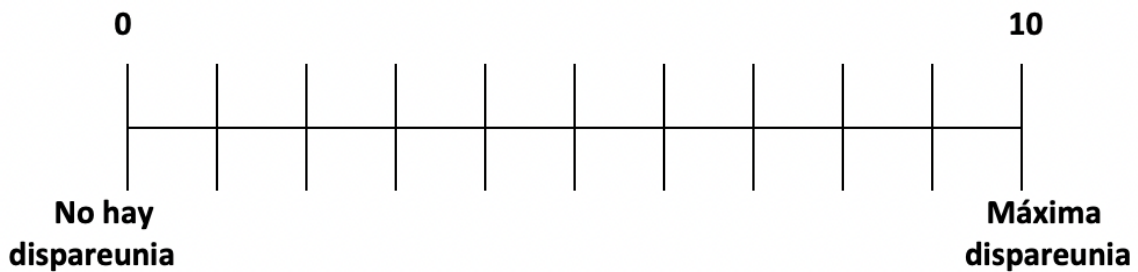


Tabla 1. Palabras clave para elección de artículos en la búsqueda.

PALABRAS CLAVE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ARTÍCULOS
▪ “Síndrome genitourinario de la menopausia” / “Genitourinary Syndrome of Menopause”
▪ “SGM”/ “GSM”
▪ “Atrofia urogenital”/ “urogenital atrophy”
▪ “Atrofia vaginal” / “Atrophic Vaginitis”
▪ “Incontinencia Urinaria” / “Urinary Incontinence”
▪ “Menopausia”/ “Menopause”
▪ “Estrógenos locales”/ “Local estrogen therapy”
▪ “DHEA” / “Dehydroepiandrosterone”
▪ “Ospemifeno” / “Ospemifene”
▪ “Láser” / “Laser”
▪ “Radiofrecuencia” / “Radiofrequency”
▪ “Cáncer de mama” / “Breast Cancer”

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 18/05/2022, Acta Nº 10/2022 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres con cancer de mama / Genitourinary syndrome of menopause in woman with breast cancer

Alumna: Carmen Domenech Acha

Tutoras: Laura Baquedano Mainar y Leyre Ruiz Campo

Versión protocolo: Versión II. Mayo de 2022

Versión documento de información y consentimiento: Versión II. Mayo de 2022

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos y el adecuado tratamiento de los datos, en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZÁLEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2022.05.20
14:54:56 +02'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)