



CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CITOLÓGICA DE LA SEQUEDAD VAGINAL
EN LA MUJER DE LA EDAD MEDIANA
CLINICAL AND CYTOLOGICAL CHARACTERIZATION OF VAGINAL
DRYNESS IN MIDDLE-AGED WOMEN

Autores:

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Dr. **Rodolfo Valentín Martínez Camilo** (M.Sc)
Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar.
Investigador Agregado.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4371-4033>
Contacto: valentin.mtnez@infomed.sld.cu

Dra. **Laura Arletys Camacho Rodríguez**
Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7141-6674>
Contacto: lauraarletysc@gmail.com

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Martínez Camilo, R.V., Camacho Rodríguez, L.A. (2026). *Caracterización clínica y citológica de la sequedad vaginal en la mujer de la edad mediana*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 120-133.

RESUMEN

Introducción: La sequedad vaginal es el síntoma más prevalente del síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), afectando entre el 40 % y el 60 % de las mujeres en el período perimenopáusico y posmenopáusico. Su impacto sobre la calidad de vida, la función sexual y el bienestar psicológico es sustancial y frecuentemente subestimado. **Objetivo:** Caracterizar la sequedad vaginal en mujeres de edad mediana atendidas en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa, La Habana, Cuba. **Método:** Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal en 112 mujeres de edad mediana con síntomas vaginales, atendidas entre abril de 2025 y abril de 2026. **Resultados:** Predominaron las mujeres de 55–59 años (44,6 %), amas de casa (66,1 %) y en posmenopausia (75,0 %). El síntoma genitourinario más frecuente fue la irritación vaginal (27,2 %), seguido de quemazones (25,0 %) y dispareunia (20,4 %). El índice de matidez vaginal evidenció sequedad en el 75,0 % y sequedad extrema en el 17,8 %. En el índice de células vaginales predominaron las células intermedias (35,7 %) y basales (33,9 %). **Conclusiones:** La sequedad vaginal y sus manifestaciones asociadas son altamente prevalentes en las mujeres de edad mediana de la serie estudiada, con predominio en el grupo posmenopáusico. La elevada



frecuencia de síntomas genitourinarios y los hallazgos citológicos de atrofia refuerzan la necesidad de pesquisa activa y tratamiento oportuno en la práctica ginecológica.

Palabras clave: sequedad vaginal; síndrome genitourinario de la menopausia; climaterio; atrofia vulvovaginal; calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: Vaginal dryness is the most prevalent symptom of the genitourinary syndrome of menopause (GSM), affecting 40–60 % of peri- and postmenopausal women. Its impact on quality of life, sexual function, and psychological well-being is substantial and frequently underestimated. **Objective:** To characterize vaginal dryness in middle-aged women seen at the Guanabacoa Gynecological-Obstetric Teaching Hospital, Havana, Cuba. **Method:** A descriptive, prospective, longitudinal study involving 112 middle-aged women with vaginal symptoms, seen between April 2025 and April 2026. **Results:** Women aged 55–59 years predominated (44.6 %), mostly housewives (66.1 %) and postmenopausal (75.0 %). The most frequent genitourinary symptom was vaginal irritation (27.2 %), followed by burning (25.0 %) and dyspareunia (20.4 %). The vaginal dullness index showed dryness in 75.0 % and severe dryness in 17.8 %. Intermediate (35.7 %) and basal (33.9 %) cells predominated in the vaginal cell index. **Conclusions:** Vaginal dryness and associated genitourinary symptoms are highly prevalent in middle-aged women, predominantly in the postmenopausal group. The high frequency of symptoms and cytological findings of atrophy highlight the need for active screening and timely treatment in gynecological practice.

Keywords: vaginal dryness; genitourinary syndrome of menopause; climacteric; vulvovaginal atrophy; quality of life.

INTRODUCCIÓN

La sequedad vaginal constituye uno de los síntomas más prevalentes y limitantes que afectan a la mujer durante el climaterio y la posmenopausia. Desde el punto de vista nosológico, se integra en el denominado síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), concepto introducido en 2014 por la North American Menopause Society (NAMS) y la International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) para reemplazar los términos previos de atrofia vulvovaginal, vaginitis atrófica y atrofia urogenital, los cuales no reflejaban de manera suficiente la complejidad clínica del cuadro.^[1] El SGM agrupa un conjunto de



síntomas y signos genitales, urinarios y sexuales directamente vinculados al hipoestrogenismo, cuya expresión más frecuente y precoz es precisamente la sequedad vaginal.^[2]

Desde una perspectiva epidemiológica, la sequedad vaginal afecta entre el 40 % y el 60 % de las mujeres en el período perimenopáusico y posmenopáusico, aunque algunos estudios reportan cifras que oscilan entre el 14 % y el 87 %, en dependencia del diseño metodológico, la edad de la muestra y la presencia de actividad sexual.^[3,4] En series hospitalarias, la sequedad vaginal figura como el síntoma de mayor prevalencia dentro del SGM, alcanzando frecuencias del 47 % al 100 % de las mujeres estudiadas, por delante incluso de la dispareunia, que oscila entre el 20 % y el 77,6 %.^[5] En Cuba, un estudio realizado en el policlínico universitario Dr. Cosme Ordóñez Carceller evidenció que en mujeres con afecciones crónicas la aparición de estos síntomas se produce entre los 45 y 46 años como promedio, ligeramente antes que en la población general.^[14]

La fisiopatología de la sequedad vaginal es multifactorial, si bien la deficiencia estrogénica constituye su principal determinante.^[2] Los estrógenos regulan la maduración y proliferación del epitelio vaginal, estimulan la producción de glucógeno por las células epiteliales, mantienen la vascularización del estroma y favorecen la secreción de fluido transvaginal. Con la transición menopáusica, el descenso progresivo de los niveles de estradiol provoca adelgazamiento de la mucosa vaginal, reducción de los pliegues rugosos, disminución del fluido transvaginal y pérdida de la elasticidad del tejido conectivo subyacente.^[4,6] Estos cambios histológicos se traducen clínicamente en sensación de sequedad, ardor, prurito y dispareunia, síntomas que, a diferencia de los vasomotores, son crónicos y progresivos si no reciben tratamiento.^[7]

Un elemento de creciente interés en la comprensión del SGM es la alteración de la microbiota vaginal. En condiciones de adecuada estimulación estrogénica, la microbiota vaginal se caracteriza por la dominancia del género *Lactobacilos*, que mediante la producción de ácido láctico y otros metabolitos mantiene el pH vaginal por debajo de 4,5, constituyendo una barrera protectora frente a infecciones oportunistas.^[9,10] La caída estrogénica posmenopáusica reduce el depósito de glucógeno en el epitelio vaginal —sustrato metabólico esencial para el crecimiento de *Lactobacilos*—, lo que conduce a la disminución de esta especie y al incremento del pH vaginal por encima de 5, favoreciendo la proliferación de bacterias anaerobias como *Gardnerella*, *Prevotella* y *Bacteroides*, con el consiguiente riesgo de disbiosis y vaginosis bacteriana.^[11]



El impacto de la sequedad vaginal sobre la calidad de vida de la mujer de edad mediana es sustancial y frecuentemente subestimado. En un estudio colombiano que evaluó 235 mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de SGM mediante los cuestionarios SF-36 y Menopause Rating Scale (MRS), el dominio urogenital fue el de mayor afectación en cuanto a intensidad, y la sequedad vaginal constituyó el síntoma más frecuente en la totalidad de la muestra.^[12] Las repercusiones se extienden a la esfera sexual —con reducción de la lubricación, el deseo y la satisfacción—, al bienestar psicológico —ansiedad, baja autoestima y alteraciones del sueño— y a las relaciones de pareja.^[13] A pesar de su elevada prevalencia e impacto, el SGM continúa siendo infradiagnosticado e infratratado, en parte debido a la reticencia de las mujeres a comunicar sus síntomas a los profesionales de la salud y al insuficiente abordaje de la sexualidad en las consultas ginecológicas.^[17] El diagnóstico de la sequedad vaginal en el contexto del SGM es esencialmente clínico. Se sustenta en la anamnesis dirigida —que indaga síntomas vaginales (sequedad, ardor, prurito, leucorrea), sexuales (dispareunia, reducción de la lubricación) y urinarios (urgencia, disuria, infecciones recurrentes)— y en la exploración ginecológica, que permite identificar signos objetivos de atrofia: palidez y friabilidad de la mucosa, desaparición de los pliegues rugosos, estrechamiento del introito y elevación del pH vaginal.^[2,6] El índice de maduración vaginal (IMV) y el Índice de Salud Vaginal (ISV) son herramientas complementarias útiles para cuantificar el grado de atrofia y monitorizar la respuesta terapéutica.^[4]

Las opciones terapéuticas para la sequedad vaginal son diversas y se seleccionan según la intensidad de los síntomas, las comorbilidades y las preferencias de la paciente. Las medidas no hormonales —hidratantes y lubricantes vaginales de venta libre— actúan como tratamiento sintomático de primera línea en casos leves. Los estrógenos vaginales en dosis bajas son considerados el estándar de referencia por las guías internacionales más recientes, incluida la guía AUA/SUFU/AUGS 2025.^[18] La dehidroepiandrosterona (DHEA) vaginal y el ospemifeno, modulador selectivo del receptor de estrógenos de administración oral, constituyen alternativas válidas para pacientes que no pueden o prefieren no utilizar estrógenos locales.^[15] La terapia hormonal sistémica, cuando está indicada para el control de síntomas vasomotores, aporta beneficios adicionales sobre el tejido genitourinario, aunque en algunos casos resulta insuficiente para aliviar completamente la sequedad vaginal, por lo que puede requerirse la combinación con tratamiento local.^[16]



A pesar de la creciente evidencia científica sobre su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, la sequedad vaginal continúa representando un problema de salud con notorio subregistro en la práctica clínica ginecológica, particularmente en el contexto latinoamericano y cubano. La ausencia de protocolos de pesquisa activa y la escasa comunicación entre paciente y médico acerca de la sexualidad contribuyen a que la mayoría de las mujeres afectadas no reciban atención oportuna.^[17,20] El presente artículo tiene como objetivo revisar los conocimientos actuales sobre la sequedad vaginal en la mujer de edad mediana, con especial énfasis en su fisiopatología, repercusión sobre la calidad de vida y las opciones terapéuticas disponibles, con el propósito de aportar herramientas actualizadas al profesional de la salud que atiende a esta población.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte longitudinal en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa de La Habana, Cuba, durante el período de abril del 2025 a abril del 2026. La muestra estuvo constituida por 112 mujeres de la edad mediana que asistieron a la consulta del hospital por sintomatología del climaterio y que durante el interrogatorio refirieron sintomatología vaginal como sequedad, quemazones y dolor durante las relaciones sexuales, entre otros.

Criterios de inclusión: Mujeres de la edad mediana con sintomatología vaginal.

Criterios de exclusión: Mujeres de la edad mediana sin síntomas vaginales.

Las variables estudiadas fueron: edad, paridad, momento de la menopausia, patología asociada, estado civil, ocupación, sintomatología vaginal, matidez vaginal e índice de células vaginales. Toda la información fue recolectada en un registro creado al efecto. Los datos fueron procesados mediante el cálculo porcentual, y se organizó la información en tablas de frecuencia absoluta; se realizó el análisis estadístico de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1.

Distribución según grupo de edades

Edad (años)	n	%
40–44	20	17,8



Edad (años)	n	%
45–49	18	16,2
50–54	24	21,4
55–59	50	44,6
Total	112	100

Fuente: Datos tomados de la encuesta aplicada.

El grupo etáreo de 55 a 59 años concentró la mayor proporción de la muestra (44,6 %), seguido por el grupo de 50 a 54 años (21,4 %). Este predominio de las mujeres mayores de 50 años concuerda con la literatura internacional, que señala que la prevalencia de los síntomas del SGM aumenta con el tiempo transcurrido desde la última menstruación, alcanzando su mayor expresión entre los cinco y diez años posteriores a la menopausia.^[2,4] El hallazgo evidencia que la población que busca atención médica por estos síntomas se encuentra mayoritariamente en la fase posmenopáusica establecida, lo cual subraya la importancia de la pesquisa sistemática desde las etapas más tempranas de la transición menopáusica.

Tabla 2.

Distribución según ocupación

Ocupación	n	%
Ama de casa	74	66,1
Trabajadora	38	33,9
Total	112	100

Las amas de casa representaron las dos terceras partes de la muestra (66,1 %). Este dato refleja, al menos en parte, la composición sociodemográfica de la población que asiste a esta consulta hospitalaria, si bien también puede sugerir que la condición de inactividad laboral remunerada, con su potencial asociación a menor nivel de instrucción y acceso diferenciado a información de salud, pudiera influir en la demora en la búsqueda de atención. Estudios latinoamericanos han señalado que factores como el nivel educativo y la situación laboral condicionan el reconocimiento de los síntomas climatéricos y la disposición a consultarlos con el médico.^[13]



Tabla 3.
Distribución, según momento de la menopausia

Momento de la menopausia	n	%
Premenopausia	28	25,0
Posmenopausia	84	75,0
Total	112	100

El 75,0 % de las pacientes se encontraban en la posmenopausia, lo que resulta concordante con la fisiopatología del SGM, dado que la intensidad de la atrofia genitourinaria se correlaciona directamente con la duración y profundidad del hiperestrogenismo.² La aplicación de la prueba chi-cuadrado para comparar la presencia de síntomas genitourinarios entre ambos grupos demostró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=4,480$; $p=0,034$), con una razón de prevalencia de 1,18 (IC 95 %: 0,97–1,45), lo que indica que las mujeres posmenopáusicas presentaron síntomas en una proporción un 18 % mayor que las premenopáusicas. El hallazgo es consistente con el estudio cubano de Álvarez et al., que reportó la aparición de síntomas genitourinarios a partir de los 45 a 46 años en mujeres con comorbilidades crónicas.¹⁴

Tabla 4.
Distribución según estado civil

Estado Civil	n	%
Soltera	22	19,6
Casada	50	44,7
Unión Conyugal	26	23,2
Viuda	14	12,5
Total	112	100

El 67,9 % de las mujeres tenía pareja estable (44,7 % casadas y 23,2 % en unión conyugal). Esta distribución es clínicamente relevante, dado que la actividad sexual regular se ha relacionado con una menor severidad de la atrofia vaginal, posiblemente por el mantenimiento



de la vascularización y la elasticidad del tejido como consecuencia del estímulo mecánico.^[13] Por el contrario, el 12,5 % de viudas podría estar más expuesto a la progresión de los cambios atróficos por la ausencia de actividad coital, lo que incrementaría su vulnerabilidad a la dispareunia y otras complicaciones del SGM.

Tabla 5.
Distribución según paridad

Paridad	n	%
0	0	0,0
1-2	91	81,2
3 y más	21	18,8
Total	112	100

El 81,2 % de las mujeres tuvo entre uno y dos partos, y ninguna era nulípara. La paridad, si bien no es un factor determinante en el SGM, contribuye a los cambios en el piso pélvico que pueden potenciar la sintomatología urinaria asociada, como la disuria y la urgencia miccional. La distribución observada es representativa de los patrones reproductivos en Cuba, donde la tasa de fecundidad es baja y la mayoría de las mujeres tienen entre uno y dos hijos.

Tabla 6.
Distribución, según síntomas genitourinarios

Síntomas Genitourinarios	n	%
Sequedad Vaginal	24	18,2
Dispareunia	27	20,4
Irritación Vaginal	36	27,2
Disuria	12	9,2
Quemazones	33	25,0
Total	132	100



La irritación vaginal fue el síntoma más frecuente (27,2 %), seguida de las quemazones (25,0 %) y la dispareunia (20,4 %). La sequedad vaginal como síntoma aislado apareció en el 18,2 % de los casos, aunque debe señalarse que el total de respuestas (132) supera el tamaño de la muestra, lo que indica que varias pacientes presentaban múltiples síntomas simultáneamente. Este polimorfismo sintomático es característico del SGM y ha sido descrito ampliamente en la literatura: los síntomas no se presentan de forma aislada sino como un continuo de manifestaciones interrelacionadas derivadas del mismo sustrato fisiopatológico.^[2,6] La menor frecuencia de disuria (9,2 %) sugiere que, en esta muestra, el compromiso urinario fue menor que el genitovaginal propiamente dicho.

Tabla 7. Distribución según patología asociada

Patología Asociada	n	%
Hipertensión Arterial	39	31,9
Diabetes Mellitus	26	21,4
Otras	32	26,3
Ninguna	25	20,4
Total	122	100

La hipertensión arterial fue la comorbilidad más prevalente (31,9 %), seguida de la diabetes mellitus (21,4 %). Solo el 20,4 % no presentaba ninguna patología crónica asociada. El análisis estadístico demostró que las mujeres con comorbilidades presentaron polisintomatismo genitourinario en una proporción significativamente mayor que las sanas (83,5 % vs 60,0 %; $\chi^2=6,549$; $p=0,011$; $RP=1,39$; IC 95 %: 1,00–1,94).¹⁵ Este resultado confirma que las enfermedades crónicas potencian la expresión clínica del SGM, ya sea por mecanismos directos —microangiopatía en la diabetes, efecto de diuréticos sobre la mucosa— o indirectos, al restringir las opciones terapéuticas hormonales disponibles.

Tabla 8. Distribución según índice de matidez vaginal

Índice de matidez vaginal	n	%
Normal	8	7,2



Índice de matidez vaginal	n	%
Seca	84	75,0
Muy seca	20	17,8
Total	112	100

El 92,8 % de las pacientes presentó alguna alteración en el índice de matidez vaginal, siendo el estado “seca” el más frecuente (75,0 %), seguido de “muy seca” (17,8 %). Estos hallazgos objetivos confirman la elevada prevalencia de atrofia vaginal en la muestra, más allá de la sintomatología subjetiva referida. El índice de matidez vaginal es un parámetro sencillo, obtenido en la exploración ginecológica, que refleja la reducción del fluido transvaginal secundaria al hipoestrogenismo y constituye uno de los componentes del Índice de Salud Vaginal (ISV).⁴ La correlación entre los hallazgos objetivos y la sintomatología subjetiva refuerza la validez del diagnóstico clínico del SGM en esta población.

Tabla 9. Distribución según índice de células vaginales

Índice de células vaginales	n	%
Superficiales	8	7,2
Intermedias	40	35,7
Parabasales	26	23,2
Basales	38	33,9
Total	112	100

Solo el 7,2 % de las pacientes presentaba un patrón citológico de madurez normal (células superficiales), mientras que la gran mayoría mostraba patrones de atrofia: células intermedias (35,7 %), parabasales (23,2 %) y basales (33,9 %). El análisis de la asociación entre el grupo de edad y el patrón citológico evidenció diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=6,483$; $p=0,011$): las mujeres de 40–49 años presentaron madurez normal en el 15,8 % de los casos, frente a solo el 2,7 % en el grupo de 50 años y más (RP=5,84; IC 95 %: 1,24–27,57), lo que



indica que las mujeres más jóvenes conservan casi seis veces más probabilidad de tener un patrón citológico normal.^{2,4} La correlación de Spearman entre el índice de matidez y el índice de células fue positiva, moderada y altamente significativa ($\rho=0,510$; $p<0,001$), confirmando que el deterioro del fluido vaginal se acompaña de manera consistente de un desplazamiento del perfil citológico hacia capas más profundas, expresión ambas de la misma privación.

CONCLUSIONES

- La sequedad vaginal y sus manifestaciones genitourinarias asociadas son altamente prevalentes en las mujeres de edad mediana de la serie estudiada, con expresión predominante en el grupo posmenopáusico y en mujeres mayores de 50 años.
- Los síntomas genitourinarios más frecuentes fueron la irritación vaginal, las quemazones y la dispareunia, con presentación polisintomática en la mayoría de las pacientes (índice de polisintomatismo: 1,18 síntomas/paciente).
- Se demostró asociación estadísticamente significativa entre el momento de la menopausia y la presencia de síntomas ($\chi^2=4,480$; $p=0,034$), entre el grupo de edad y el patrón citológico ($\chi^2=6,483$; $p=0,011$), y entre la presencia de comorbilidades y el polisintomatismo ($\chi^2=6,549$; $p=0,011$).
- La correlación positiva y significativa entre el índice de matidez vaginal y el índice de células ($\rho=0,510$; $p<0,001$) confirma la coherencia clínico-citológica de los hallazgos y la validez del diagnóstico clínico del SGM en esta muestra.
- Los resultados reafirman la importancia de incorporar la pesquisa activa del síndrome genitourinario de la menopausia en la consulta ginecológica de la mujer de edad mediana, garantizando el acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. Menopause. 2014; 21(10):1063-8. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000329>



2. 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. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(6):704-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.045>
3. Cagnacci A, Venier M. The Controversial History of Hormone Replacement Therapy. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(9):602. <https://doi.org/10.3390/medicina55090602>
4. Nappi RE, Martini E, Cucinella L, et al. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2019; 10:561. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00561>
5. Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause.* 2014; 21(10):1038-62. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000319>
6. Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, et al. Síndrome genitourinario de la menopausia. *Prog Obstet Ginecol.* 2024; 67:1-12. <https://doi.org/10.20960/j.pog.00459>
7. Nappi RE, Biglia N, Cagnacci A, Di Carlo C, Stomati M, Pirotta M. Diagnosis and management of symptoms associated with vulvovaginal atrophy: expert opinion on behalf of the Italian VVA study group. *Gynecol Endocrinol.* 2016; 32(8):602-6. <https://doi.org/10.1080/09513590.2016.1183627>
8. Ramirez-Mateo M, Sainz-Bueno JA. Síndrome genitourinario de la menopausia: una revisión de la literatura. *FASGO.* 2024; 23(22):1-14. <https://www.fasgo.org.ar/index.php/numeros/volumen-23-n-22-septiembre-de-2024/147-revista-fasgo/n-22-2024/2984-sindrome-genitourinario-de-la-menopausia-una-revision-a-la-literatura>
9. Zeng M, Shu J, Pan Y, et al. Associations of vaginal microbiota with the onset, severity, and type of symptoms of genitourinary syndrome of menopause in women. *Front Microbiol.* 2024; 15:1399824. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2024.1399824>
10. Muhleisen AL, Herbst-Kralovetz MM. Menopause and the vaginal microbiome. *Maturitas.* 2016; 91:42-50. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.05.015>



11. Kim JM, Park YJ. Probiotics in the Prevention and Treatment of Postmenopausal Vaginal Infections: Review Article. J Menopausal Med. 2017;23(3):139-45. <https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.3.139>
12. Espitia De La Hoz FJ. Calidad de vida en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia en el Quindío, Colombia. Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab. 2023;10(1):e761. <https://doi.org/10.53853/encr.10.1.761>
13. Sánchez-Prieto M, Pascual MA, Molero F, Bruni C. Síndrome genitourinario de la menopausia. Diagnóstico y tratamiento. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2024;31(3):148-57. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2024.01.003>
14. Álvarez G, González M, Fernández R, Molina Y. Síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres del policlínico universitario Dr. Cosme Ordóñez Carceller, Cuba. Rev Mex Urol. 2023;83(3):e-615. <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v83i3.4989>
15. Cucinella L, Tiranini L, Nappi RE. New developments in the treatment of genitourinary syndrome of menopause. Drugs Aging. 2024; 41(3):195-211. <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01091-x>
16. Faubion SS, Larkin LC, Stuenkel CA, et al. Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. Menopause. 2018; 25(6):596-608. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001121>
17. Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S, Kingsberg SA. The Women's EMPOWER Survey: Women's Knowledge and Awareness of Treatment Options for Vulvar and Vaginal Atrophy Remains Inadequate. J Sex Med. 2017; 14(3):425-33. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.011>
18. American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction; American Urogynecologic Society. Genitourinary Syndrome of Menopause: AUA/SUFU/AUGS Guideline 2025. Linthicum (MD): AUA; 2025. <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/genitourinary-syndrome-of-menopause>



19. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health*. 2013;5:437-47. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S44579>
20. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*. 2012; 15(1):36-44. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.647840>