ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas. Primeros resultados del estudio CAVIMEC*

Recibido para publicación: octubre 20 de 2011. Revisado y aceptado: noviembre 19 de 2011

ÁLVARO MONTERROSA CASTRO**

RESUMEN

El estudio calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas (CAVIMEC) ha encontrado que grupos de mujeres mestizas colombianas en posmenopausia tienen menor compromiso de calidad de vida que indígenas y afrodescendientes.

Las mujeres de raza negra presentan más severidad de síntomas psicológicos y somáticos, mientras las indígenas presentan más sintomatología del dominio urogenital. En las amerindias las molestias urogenitales aparecen precozmente y comprometen de forma severa a más del 90% de las mujeres, magnitud muy superior a la descrita en otros lugares del mundo y mucho más alta que la obtenida en poblaciones colombianas afrodescendientes y mestizas cartageneras. En mujeres del Caribe Colombiano la prevalencia de las oleadas de calor es del 70.4% y de las manifestaciones músculo-articulares del 72.9%. Ambas manifestaciones se incrementan con el cambio desde pre hasta posmenopausia. Un grupo poblacional con ancestros indígenas zenúes obtuvo en la escala FSFI-6 una puntuación de 14.9 ± 6.3, indicando la presencia de disfunción sexual. A su vez el MRS pasó de 6.5 ± 5.6 en la población con IMC normal, a 8.0 ± 3.3 en pre-obesidad, a 9.1 ± 6.6 en obesidad tipo I y a 13.6 ± 9.2 en los tipos superiores. ($p < 0.001$). En mujeres con estado de ánimo depresivo el trastorno del sueño fue la manifestación menopáusica más referida (79.2%), seguida de dolores musculo-articulares (77.3%), cansancio físico y mental (75.3%), oleadas de calor (74.8%) e irritabilidad (70.0%). El 30% tenían deterioro severo de la dimensión psicológica, urogenital y de la puntuación global de la escala. Existe distinto deterioro de la calidad de vida según etnias/raza.

Palabras clave: menopausia, climaterio, calidad de vida, mujeres colombianas.

ABSTRACT

The quality of life in menopause and Colombian ethnic groups Study (CAVIMEC) found that groups of Colombian mixed women in post menopause have less quality of life compromise than indigenous and african descent.

Black women have more severe psychological and somatic symptoms, while Indians have more symptoms of urogenital domain. In Amerindian women, urogenital discomfort appear early and severely compromise over 90% of women, a magnitude value which is much higher extent than it is described elsewhere in the world and much higher than the obtained in populations of african descent and mixed women from Cartagena, Colombia. In the Colombian Caribbean women the prevalence of hot flashes is 70.4% and muscle-articular manifestations 72.9%.

* Un proyecto de la línea de investigación Tiempo de Menopausia, del Grupo de Investigación Salud de la Mujer.

** Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor titular. Líder del grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

Both events increase with the change from pre to post menopause. An indigenous ancestry population from the Zenúes group got on the FSFI-6 scale a score of 14.9 ± 6.3, indicating the presence of sexual dysfunction. In turn, the MRS changed from 6.5 ± 5.6 in the population with normal IMC to 8.0 ± 3.3 in pre-obesity, to 9.1 ± 6.6 in obese type I and to 13.6 ± 9.2 in the higher types. ($p < 0.001$). In women with depressed mood, sleep disturbance was the most referred menopausal manifestation (79.2%), followed by muscle articular pain (77.3%), physical and mental fatigue (75.3%), hot flashes (74.8%) and irritability (70.0%). 30% had severe impairment of the psychological dimension, urogenital and global rating scale. There is distinct deterioration in the quality of life according to ethnicity /race.

Key words: menopause, climacteric, quality of life, colombian women.

Introducción

El climaterio es una etapa muy importante en la vida de la mujer, es el espacio vital que sigue al periodo reproductivo. El climaterio lleva en su interior a la menopausia, que es definida como la última menstruación, instante totalmente fisiológico y natural, que se identifica luego de un año de amenorrea[1]. La menopausia desafortunadamente ha sido utilizada por muchas décadas y por diferentes culturas y civilizaciones como herramienta para marginar a la mujer. La etapa del climaterio está integrada por premenopausia, perimenopausia, transición hacia la menopausia y posmenopausia[2].

La atención en salud en el climaterio es el momento para desarrollar campañas y acciones para prevenir enfermedades y conservar la salud. Es un instante propicio para fomentar que la mujer mire reflexivamente los hábitos y estilos de vida adelantados, valore de forma crítica las enfermedades padecidas e identifique sus factores de riesgo, para así proyectar y planear una posterior vida saludable en los años de adulta mayor. Es fundamental valorar la calidad de vida que presentan las mujeres en etapa de climaterio[3].

El estudio Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAMIVEC) es un proyecto de la línea de investigación: Tiempo de Menopausia, del Grupo de Investigación "Salud de la mujer", grupo categorizado B por Colciencias (2010-2011) y avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia. El proyecto se inició en noviembre del 2006, es un estudio transversal que crea una base de datos que involucra mujeres colombianas sanas de diferentes etnias, entre 40 y 59 años de edad, de diferentes comunidades de Colombia y proyectado a desarrollarse hasta el año 2017 (proyecto inscrito en Vicerrectoría de investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena). El objetivo es estudiar la calidad de vida de mujeres colombianas climatéricas de diferentes etnias. Tiene como hipótesis de trabajo, que la etnia/raza afecta de forma diferente la calidad de vida de las mujeres que están en etapa de climaterio y propone que la atención primaria a estas mujeres y la conceptualización de la menopausia deben abordarse tomando en consideración etnia/raza[4]. El objetivo de la presente publicación es integrar en un solo documento los primeros y más importantes resultados del proyecto CAVIMEC.

Metodología

Participantes

El proyecto CAVIMEC es un estudio transversal realizado con un formulario general y escalas universales validadas. Es realizado en mujeres colombianas saludables con edades entre 40 y 59 años. Los datos son tomados directamente en las unidades residenciales, realizándose visita puerta a puerta por encuestadoras previamente capacitadas (enfermeras, promotoras o trabajadoras sociales) y por estudiantes femeninas de medicina, quienes contactaron las mujeres a involucrar y realizaron las explicaciones suficientes para que ellas autoaplicaran los formularios. Fueron excluidas mujeres que no deseasen participar y aquellas que no comprendieron adecuadamente el formulario o las escalas.

Desde su inicio en 2006 hasta junio del año 2011 se han involucrado: (A) Mujeres afrodescendientes (características fenotípica de raza negra, hijas de padre y madre de raza negra, habitantes de poblaciones o municipios o corregimientos o asentamientos creados por descendientes o esclavos africanos). Las mujeres involucradas hasta el presente son naturales de San Cayetano, Marialabaja, San Pablo y Palenque (Bolívar), así como de Buenaventura (Valle del Cauca). También afrodescendientes urbanas, residentes en barrios periféricos de Cartagena y Barranquilla en la costa Caribe. (B) Mujeres indígenas (características fenotípicas indígenas, hijas de padre y madre indígenas y naturales de resguardos indígenas claramente identificados). Han sido estudiadas: Zenúes (Tuchín y San Andrés de Sotavento en el departamento de Córdoba), Wayuu (varios municipios de La Guajira) y varias etnias del Trapecio Amazónico colombiano (Ticuna, Uitoto, Ocaína, Cocama y Yagua). Estas indígenas residían en los municipios de la Chorrera, Puerto Nariño y Leticia en el departamento del Amazonas, en el sur de Colombia. (C) Mestizas o hispánicas. Población heterogénea, producto de numerosas mezclas entre blancos, indígenas y negros. Las mujeres de este grupo no tienen características netamente afrodescendientes ni indígenas ni blancas. Sus padres no pertenecen a la misma etnia/raza. Se han incluido mujeres residentes en las ciudades de Cartagena, Barranquilla y Cali.

Un total de 4257 mujeres colombianas han sido identificadas e invitadas a participar en el estudio CAVIMEC. De estas, 212 (4.9%) no han participado por no comprender adecuadamente el formulario o no desear participar. Se han aplicado 4045 formularios, de los cuales 30 (0.7%) se han eliminado por estar incorrectamente diligenciados. En junio de 2011 están incluidas en el estudio Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC), 4015 mujeres a quienes se les ha aplicado Menopause Rating Scale (MRS).

Menopause Rating Scale

El estudio es realizado con la escala: Menopause Rating Scale (MRS), test específico de síntomas menopáusicos, escala de calidad de vida relacionada con la salud, desarrollada a inicios de los años noventa y validada para diversas lenguas incluida la española. La escala está compuesta por 11 puntos o ítem que se agrupan en tres sub-escalas o dimensiones: (A) Somático-vegetativa, (B) Psicológicos y (C) Urogenitales.

La dimensión somático-vegetativa valora la presencia y la severidad de oleadas de calor (sofocos, bochornos y episodios de sudoración); molestias cardíacas (taquicardia, bradicardia, consciencia no habitual de los latidos cardíacos); alteración del sueño (dificultad a la hora de dormirse, despertarse con facilidad, despertarse pronto); dolencias músculo-ligamentarias (dolores en las articulaciones). Son los ítems 1, 2, 3 y 11 respectivamente.

La dimensión psicológica evalúa presencia y severidad de estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, triste, a punto de llorar, falta de ímpetu, cambios en el estado de ánimo); irritabilidad (sentirse nerviosa, sentirse agresiva); ansiedad (inquietud interna, sensación de pánico); cansancio físico y mental (menor rendimiento, problemas de memoria, menor concentración v mala memoria). Son los ítems 4, 5, 6 y 7 respectivamente.

La dimensión urogenital define la presencia y severidad de problemas sexuales (alteración de la libido/deseo, de la actividad y la satisfacción sexual); problemas de vejiga (dificultad a la hora de orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia vesical); sequedad vaginal (sensación de sequedad o escozor en la vagina, dificultad a la hora de realizar el coito). Son los ítems 8, 9 y 10 respectivamente.

Cada uno de los 11 ítems es calificado como: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo), pudiendo establecerse la media y su desviación estándar obtenida por una población para cada uno de los ítems. Las sumatorias de las medias de los ítems definidos establece la puntuación media de cada una de las dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establece el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida. Además pueden

establecerse cuatro niveles de severidad del compromiso: (A) ninguno, pequeño, (B) suave, (C) moderado y (D) severo, aplicándose para cada uno de los ítem, las dimensiones y la puntuación total de la escala. Este instrumento define como compromiso severo del dominio somato-vegetativo un puntaje superior a 8, compromiso severo psicológico más de 6 de puntuación, urogenital superior a 3 y si la puntuación total de la escala es superior a 16 puntos indica mala calidad de vida[5-7].

Nuevas poblaciones y etnias colombianas están y van a ser involucradas en los meses venideros. Nuevas variables serán consideradas y otras escalas de calidad de vida, como la Escala Cervantes, se van a aplicar. Dos proyectos paralelos están en desarrollo inicial: Estudios SEX-MAY (sexualidad en la mujer mayor), aplicando las escalas FSFI-19 y FSFI-6, y el estudio MORFEM (Calidad de Sueño y mujeres colombianas), con las escalas de Pittsburg y la escala de Atenas, en los cuales también se tendrán en consideración los aspectos étnicos/raciales y permitirán evaluar otras esferas de la calidad de vida en el climaterio.

Análisis estadístico

El análisis es realizado con Epi-Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EE. UU.; 2008). Los datos se expresan en medias con desviación estándar (± DE) para datos continuos y en porcentajes para datos categóricos. Las diferencias son evaluadas con ANOVA o Test de Student and Mann-Witney, según homogeneidad de la varianza. Los porcentajes de diferencia son evaluados usando el ÷2. Un valor de $P < 0.05$ es considerado estadísticamente significativo.

Resultados

Varios productos en revistas de circulación y proyección nacional e internacional se han publicado con los primeros resultados obtenidos en el proyecto CAVIMEC en diversos subgrupos de mujeres. Para generalizar, integrar y socializar los hallazgos hasta ahora precisados, se realiza la presente publicación que agrupa las principales conclusiones obtenidas.

Indígenas posmenopáusicas tienen peor calidad de vida que afrodescendientes

Se estudiaron 579 mujeres posmenopáusicas, 153 mestizas (Cartagena), 295 indígenas (Tuchín y corregimientos vecinos en Córdoba) y 131 afrodescendientes (San Cayetano, Bolívar). Las mestizas tenían en promedio una edad de 55.3 ± 3.3 años, 6.4 ± 3.5 años de escolaridad y habían presentado su menopausia a los 48.3 ± 2.5 años de edad. Comparadas con las hispánicas, las indígenas tenían una edad similar, menos escolaridad (2.2 ± 1.8, $p < 0.0001$) y mayor edad de menopausia (49.5 ± 3.0 años, $p < 0.0001$). Las mujeres afrodescendientes eran parecidas a las mestizas, aunque algo más jóvenes (53.4 ± 3.3 años, $p < 0.0001$) y con menor escolaridad (4.6 ± 4.4 años, $p < 0.0001$).

Las hispánicas tuvieron la mejor calidad de vida de las tres etnias evaluadas (MRS 8.6 ± 5.7), seguidas por las negras (13.7 ± 7.0, $p < 0.001$) y las indígenas (14.7 ± 2.4; $p < 0.0001$). Las mujeres de raza negra tuvieron mayor deterioro psicológico (dimensión psicológica 5.9 ± 2.9) que las mestizas (2.7 ± 2.6, $p < 0.0001$) y las indígenas (3.1 ± 1.6, $p < 0.0001$); y presentaron más síntomas somáticos (6.5 ± 3.3 vs. 4.6 ± 2.9, $p < 0.0001$; y, 5.3 ± 1.7, $p < 0.0001$, respectivamente). Las indígenas en cambio tuvieron mayor sintomatología urogenital (dimensión urogenital 6.2 ± 1.3) que las mestizas (1.3 ± 2.3, $p < 0.0001$) y que las afrodescendientes (1.1 ± 1.9, $p < 0.0001$). Las posmenopáusicas mestizas tienen menor compromiso de calidad de vida que las mujeres indígenas y afrocolombianas. Las mujeres negras presentan más severidad de síntomas psicológicos y somáticos y las indígenas presentan más sintomatología del área urogenital[8].

Elevada prevalencia de síntomas urogenitales en indígenas zenúes

La mujer latinoamericana presenta mayor severidad de síntomas menopáusicos que las de otras regiones del mundo. Mujeres indígenas zenúes tienen mayor deterioro de la dimensión urogenital que mujeres afrodescendientes y mestizas urbanas cartageneras. El objetivo fue comparar dos poblaciones indígenas distantes y observar si la magnitud del deterioro de la

dimensión urogenital es similar o diferente. Se incluyeron 573 mujeres posmenopáusicas de 40 a 59 años, 285 de la etnia Zenú, de Colombia, de poblaciones a la orilla del mar y 288 de etnia Quechua, de Perú, residentes a más de 3000 metros de altura sobre el nivel del mar, en los Andes. El puntaje total de la escala MRS revela que ambas etnias tienen una sintomatología climatérica más intensa que la descrita en mujeres hispánicas o europeas (puntuación total en quechuas: 22.7 ± 5.7 y en zenúes: 14.7 ± 2.5). Las primeras tienen síntomas más severos que las zenúes en los dominios somáticos (8.8 ± 2.3 vs. 5.3 ± 1.8, $p < 0.001$) y psicológicos (7.8 ± 2.4 vs. 3.2 ± 1.7, $p < 0.001$), pero ambos grupos tienen una similar y fuerte sintomatología urogenital (6.1 ± 1.6 vs. 6.2 ± 1.4, $p > 0.05$). Las molestias urogenitales aparecen precozmente en ambos grupos indígenas y comprometen de forma severa a más del 90% de las mujeres, magnitud muy superior a la descrita en otros lugares del mundo, y mucho más alta que la obtenida en poblaciones colombianas afrodescendientes y mestizas cartageneras. Los hallazgos obtenidos en la población quechua solidifican los datos ya obtenidos de la población zenú. Deben valorarse otras etnias amerindias colombianas y latinoamericanas, para globalizar aun más los resultados y puntualizar las diferencias que, en términos de síntomas de menopausia, conlleva la etnia/raza[9].

La calidad de vida se deteriora según el estado menopáusico

1.215 mujeres caribeñas colombianas estuvieron incluidas en la evaluación, 444 (36.5%) indígenas zenúes, 394 (32.4%) afrodescendientes y 377 (31.0%) mestizas. Las molestias músculo-articulares, las oleadas de calor, el cansancio físico y mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, siendo diferente la prevalencia de los síntomas según el estado menopáusico. El cansancio físico y mental fue primero en la premenopausia (58.9%), molestias músculo-articulares en la perimenopausia (78.9%) y las oleadas de calor en posmenopausia (83.2%). Hay deterioro progresivo de la calidad de vida con todos los ítems evaluados, al pasar del estado premenopáusico al posmenopáusico. Debe resaltarse la prevalencia de las oleadas de calor que alcanzan puntuaciones elevadas similares a la de las oleadas de calor, único síntoma que usualmente es considerado cuando se consideran síntomas menopáusicos (tabla 1).

También existe incremento en la prevalencia porcentual de síntomas severos y muy severos al pasar desde premenopausia hasta posmenopausia. Los síntomas músculo-articulares severos y muy severos son significativamente más prevalentes que todas las otras manifestaciones valoradas con el MRS ($p < 0.001$), tabla 2.

Tabla 1.

Presencia porcentual de síntomas menopáusicos	Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia	Todos los estados
Oleadas de calor	52,2	53,6	83,2	70,4
Molestias cardiacas	19,5	56,8	45,0	37,5
Trastornos del sueño	36,5	48,4	54,9	47,2
Estado de ánimo depresivo	41,0	48,4	45,0	44,1
Irritabilidad	51,3	75,2	65,8	62,0
Ansiedad	34,9	46,8	44,7	41,5
Cansancio físico y mental	58,9	74,7	74,4	68,8
Problemas sexuales	26,2	45,7	56,1	43,5
Problemas de vejiga	31,3	41,0	62,6	47,8
Sequedad vaginal	26,4	46,3	56,9	44,1
Molestias músculo-articulares	57,1	78,9	83,0	72,9

Tabla 2.

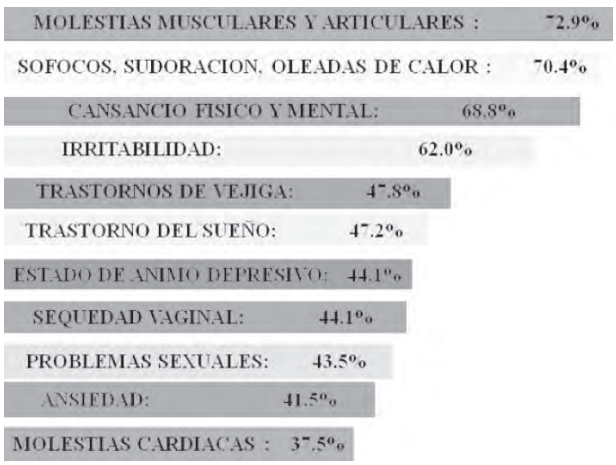
Prevalencia porcentual de síntomas severos y muy severos	Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia	Todos los estados
Oleadas de calor	4,3	13,2	11,9	9,3
Molestias cardiacas	1,1	4,7	3,6	2,9
Trastornos del sueño	6,3	12,6	9,7	8,9
Estado de ánimo depresivo	2,7	11,1	4,8	5,0
Irritabilidad	2,0	6,8	2,8	3,2
Ansiedad	2,5	7,4	2,6	3,3
Cansancio físico y mental	6,7	8,9	8,5	7,9
Problemas sexuales	0,7	1,1	1,7	1,2
Problemas de vejiga	3,6	4,2	44,6	23,2
Sequedad vaginal	7,0	4,7	5,4	5,9
Molestias músculo-articulares	19,1	34,7	35,9	29,6

Conocer la caracterización de los síntomas climatéricos y su comportamiento a través de los estados menopáusicos permite establecer medidas de prevención y de intervención adecuadas que mejoren la calidad de vida de la mujer en esta etapa[10].

¿Cuál es el síntoma menopáusico más prevalente en el Caribe?

1.215 mujeres caribeñas colombianas de diferentes etnias/razas están incluidas en la evaluación. Las molestias músculo-articulares fueron el síntoma más frecuente (72.9% de las mujeres), seguido de las oleadas de calor (70.4%). La irritabilidad y el cansancio físico y mental fueron síntomas frecuentes (en más del 60% de las participantes), Gráfica 1. Las molestias músculo-articulares tiene la mayor puntuación promedio (1.6 +/- 1.3), revelando que contribuyen en mayor proporción al deterioro de la calidad de vida. Entre quienes manifestaron molestias músculo-articulares, el 29.6% informó que eran severas y muy severas.

Tradicionalmente el interrogatorio a las mujeres en climaterio se centra en las oleadas de calor. No obstante, debe tenerse presente que otras manifestaciones deben considerarse. Aunque son lo más prevalente, los síntomas musculo-articulares no son interrogados ni evaluados.

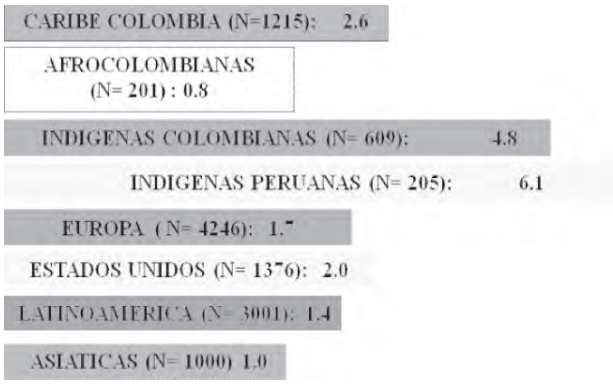


Gráfica 1.

Las mujeres en climaterio deben atenderse de forma integral[11].

La alteración del dominio urogenital es distinta, según etnias/razas

La gráfica 2 presenta la comparación de la puntuación promedio del dominio urogenital obtenido en diferentes poblaciones con MRS. Es de resaltar el mayor deterioro de las comunidades indígenas. Estos grupos amerindios también suelen presentar menopausia más temprana, así residan en las grandes alturas de los Andes o a nivel del mar en poblaciones colombianas[8].



Gráfica 2.

Disfunción sexual en mujeres climatéricas del Caribe

Estudio realizado en 208 mujeres naturales y residentes en el municipio de Magangué o en alguno de sus siguientes corregimientos: Cascajal, San Rafael de Cortina, Henequén, Barranco de Yuca, Santa Fe, Isla Grande, Las Brisas, Boca de San Antonio, Barbosa y Santa Lucía, zonas rurales del departamento de Bolívar, en la región Caribe colombiana. Todas estas poblaciones están en las orillas o en las vecindades del río Magdalena, entre los 25 y 75 metros sobre el nivel del mar. En una región calurosa, con temperaturas entre 31 y 41 grados centígrados, con un promedio de 38 grados centígrados y humedad del 76.9%. Los primeros habitantes de estos territorios fueron los indígenas zenúes y la región era denominada en la época precolombina como Panzenú. El municipio de Magangué, segundo en importancia después de Cartagena de Indias en el departamento de Bolívar, en el norte de Colombia, debe su nombre a la voz indígena Maganguey. Por ser puerto fluvial y comercial ha recibido importantes flujos migratorios y la presencia de un elevado mestizaje, no obstante es muy posible que la población considerada como mestiza pueda contener un alto componente genético indígena de la etnia Zenú. A este grupo que tuvo una edad promedio de menopausia de 45 años, que presenta deterioro temprano del dominio urogenital, se le aplicó el formulario FSFI-6, una escala de seis preguntas para valorar disfunción sexual.

Se obtuvo una baja puntuación total con la escala FSFI-6: (14.9±6.3), indicando la presencia de disfunción sexual en la población, en consideración al punto de corte establecido en la valoración original de 19 puntos[12]. La disfunción sexual está influenciada por la elevada prevalencia de bajo y muy bajo o nulo deseo sexual, excitación y orgasmo. El 54% de las mujeres manifestaron presentar dolor coital muy alto o alto y el 25.5% dispareunia moderada, cifras que son coherentes con la magnitud de mujeres con sequedad vaginal, problemas sexuales y el deterioro del dominio urogenital medidos con el MRS. Cuatro de cada diez mujeres involucradas consideraron tener baja, muy baja o nula satisfacción sexual pese a una edad promedio de 49 años. Esta es la primera evaluación de una población colombiana con FSFI-6. La valoración de la sexualidad debe ser uno de los parámetros que hacen parte del estudio de la calidad de vida de las mujeres en lo general y en el climaterio en particular[13].

Mujeres climatéricas en sobrepeso tienen más prevalencia de oleadas de calor

El sobrepeso es una condición relacionada con aumento en el riesgo cardiovascular, tanto de varones como mujeres. El objetivo es definir si mujeres colombianas en sobrepeso y obesidad tienen más prevalencia de oleadas de calor que mujeres con índice de masa corporal (IMC) normal. Involucradas mujeres de la costa atlántica y pacífica de Colombia, entre 40 y 59 años de edad, incluyendo individuos de las tres etnias. Se evaluaron 2167 mujeres, 22.5% afrodescendientes, 11.3% indígenas y 66.2% mestizas. Edad promedio: 48.6 ± 5.9 años, escolaridad promedio: 9.6 ± 4.8 años. Edad de última regla: 46.1 ± 4.1. Años desde la última regla: 2.4 ± 3.8. La prevalencia de oleadas de calor según IMC fue infrapeso: 31.5%, normal: 52.9%, pre-obesidad: 62.3%, obesidad tipo I: 64.6%, obesidad tipo II y tipo III: 76.9%. Los dominios somatovegetativo, psicológico y urogenital se deterioraron a medida que se incrementaba el IMC ($p < 0.005$). La puntuación total del MRS pasó de 6.5 ± 5.6 en la población normal a 8.0 ± 3.3 en pre-obesidad, a 9.1 ± 6.6 en obesidad tipo I y a 13.6 ± 9.2 en los tipos superiores. Diferencias significativas. A mayor puntuación, peor calidad de vida. En mujeres colombianas de la costa atlántica y pacífica, a medida que presentan incremento en

el IMC, se tiene significativo deterioro de la calidad de vida y mayor prevalencia y severidad de las oleadas de calor[14].

En climatéricas con estado de ánimo depresivo, ¿cuál es el síntoma de mayor prevalencia?

La menopausia sucede a consecuencia de la pérdida del funcionamiento ovárico. La caída de los niveles estrogénicos afecta diversos órganos y produce cambios biológicos y psicológicos. En mujeres climatéricas que refieren presentar estado de ánimo depresivo se desea identificar qué prevalencia tienen las otras manifestaciones cuando se usa MRS. 4015 mujeres están incluidas en la base de datos CAVIMEC, de las cuales 1763 (43.9%) han manifestado presentar estado de ánimo depresivo; leve: 971(55.1%); moderado: 593 (33.6%); severo en 157 (8.9%), y muy severo 42 (2.4%). Edad promedio 49 ± 5.7. Hijos: 3.2 ± 2.0. Años de estudio: 8.0 ± 4.9. Afrodescendientes 631 (35.8%), mestizas 970 (55.0%) e indígenas 162 (9.2%). Nunca fumadoras 1191 (67.6%). Nunca usuarias de terapia hormonal 1622 (92.0%).

Con pareja sexual actualmente el 62.3%. Premenopausia (28.8%), perimenopausia (21.1%) y posmenopausia (50.1%). Edad promedio de última menstruación entre mujeres en posmenopausia: 46.5 ± 4.1, y años promedio desde la última regla: 3.1 ± 4.2. La puntuación total obtenida en la escala fue 12.6 ± 2.5, cifra más alta que la obtenida por poblaciones latinoamericanas, valoradas globalmente, pudiendo esperarse un mayor deterioro de la calidad de vida de las mujeres con estado de ánimo depresivo. Trastorno del sueño fue la manifestación menopáusica más referida (79.2%), seguida de dolores músculo-articulares (77.3%), cansancio físico y mental (75.3%), oleadas de calor (74.8%) e irritabilidad (70.0%). El 30% tenían deterioro severo de la dimensión psicológica, urogenital y de la puntuación global de la escala[15].

Discusión

Las diferencias reportadas en los estudios en referencia a la presentación de las manifestaciones asociadas a la menopausia entre grupos poblacionales sugieren que el conjunto de síntomas climatéricos no tienen prevalencia ni severidad universal. Se requieren estudios con muestras representativas de las diversas etnias para que se establezcan los deterioros específicos y, por tanto, las necesidades de atención de las poblaciones, lo cual facilitará el desarrollo de políticas y estrategias de atención en salud, que deben aplicarse desde la atención primaria[3].

El proyecto CAVIMEC busca puntualizar sobre las necesidades específicas en cuanto a manifestaciones en mujeres colombianas en etapa de climaterio. Los síntomas suelen aparecer mucho antes que se instaure la menopausia y la severidad de dichas manifestaciones compromete a un importante porcentaje de mujeres. Se afectan dominios somáticos, psicológicos y urogenitales, con impacto adverso en la sexualidad, fenómenos que no han sido detalladamente explorados y a los cuales los profesionales de la salud no les prestan la debida atención desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Es gesto de indiferencia hacia la mujer, es acción de inequidad y de injusticia social, no valorar e intervenir adecuadamente la calidad de vida de las mujeres en etapa de climaterio. Es desafortunado no mirar desde la atención primaria, desde la atención en la comunidad, a las mujeres que están cursando esta etapa vital[3]. El climaterio y la menopausia debiesen verse por los prestatarios de atención en salud como una importante oportunidad para realizar medicina preventiva, para garantizar un envejecimiento saludable con sensible reducción en la prevalencia de la dependencia y limitación[3].

Las oleadas de calor han sido el síntoma más ampliamente señalado, pero otras manifestaciones tienen similar prevalencia. Cuando se considera la presencia de síntomas severos algunas manifestaciones pueden incluso superar a las oleadas de calor[11]. El estudio CAVIMEC ha sido de los primeros en señalar la elevada prevalencia de dolores músculo-articulares en poblaciones afrodescendientes[16] y también en mujeres del Caribe colombiano[11]. Se ha descrito que las dolencias músculo-articulares constituyen uno de los síntomas más molestos que sufren las mujeres en la menopausia, haciendo

que se "sientan viejas" y obstaculizando la realización de actividad física. Su prevalencia se sitúa alrededor del 67% en las mujeres perimenopáusicas[17]. En el estudio SWAN[18], el OR de dolor y rigidez articular en la transición menopáusica fue de 1,48 (IC del 95% 1.35-1.62). En los últimos años varios estudios[19,20] han reportado su alta prevalencia, ubicándolo como el síntoma más comúnmente presentado en el climaterio. En un estudio con la escala MRS, Chedraui[21] encontró en 300 mujeres en Guayaquil, (Ecuador) las molestias músculo-articulares como el síntoma más frecuente en un 77% de aquellas. Su patogénesis es multifactorial y no se ha dilucidado completamente, pero hay evidencia de su relación con la pérdida de los estrógenos. En el tejido sinovial y en los condrocitos hay receptores de estrógenos y juegan papel en el metabolismo del cartílago. Estudios experimentales muestran que el efecto de los estrógenos en la homeostasis de la articulación es complejo y depende de la dosis de estrógenos y la interacción con otras hormonas sexuales. Sin embargo, su papel en la patogénesis de los dolores articulares en la menopausia aún es controversial[22].

El envejecimiento ovárico conlleva disminución de la actividad folicular y cambios en el tenor de las hormonas involucradas en la reproducción. La expresión clínica del deterioro irreversible del ovario es el establecimiento de una amenorrea persistente, definida como menopausia. Las edades de la menopausia señaladas para países europeos son de 51,3±4,1 años[23], y para Latinoamérica: 49.4±5.5 años[24]. El estudio CAVIMEC ha señalado en colombianas afrodescendientes: 48.7 ± 2.4, mestizas colombianas: 48.3 ± 2.5, indígenas amazónicas: 46.4 ± 3.3 e indígenas wayoo: 47.8 ± 3.5. En un estudio realizado en mujeres mayas de Chichimila, México: 44.3 años y en indígenas movima de Bolivia: 42.3 años[25]. Entre indígenas latinoamericanas se ha observado tendencia a un deterioro más temprano y severo de la dimensión urogenital.

La sequedad vaginal afecta estructuras anatómicas que son importantes para la adecuada respuesta sexual, por tanto se incrementa la disfunción sexual en las mujeres que presentan hipoestrogenismo. Un estudio[26] señaló que después de los 44 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual (OR: 3.6; IC: 2.1-6.3; p< 0.0001) y que los mayores descensos se observan en las preguntas relacionadas con el deseo y la excitación. Otro[27] observó un pico de problemas sexuales durante la transición a la menopausia, afectándose especialmente el deseo sexual y presencia de dispareunia.

La cultura, que reflejan las tradiciones, creencias y estructura social de una comunidad, puede influir en la percepción que tiene la mujer de los síntomas asociados a menopausia. La precisión de la prevalencia de las manifestaciones según los grupos étnicos puede mejorar la calidad de la atención en salud que se le brinda a la mujer, orienta acerca de las estrategias específicas a considerar para promover estilos de vida que contribuyan a disminuir la incidencia y severidad de las manifestaciones, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida[3].

La calidad de vida en la menopausia debe ser adecuadamente valorada. Se deben precisar las manifestaciones que prevalecen de acuerdo con las etnias, y el concepto de individualización debe aplicarse no solamente para la terapia hormonal sino para el abordaje de los grupos poblacionales[3] Escalas sencillas como el MRS (anexo 1) y el FSFI-6 (anexo 2) deben estar a la mano de los profesionales de salud y aplicarse a todas las mujeres climatéricas que acuden a la consulta de un profesional en salud.

Conclusión

Desde la atención primaria deben abordarse las mujeres climatéricas acorde a su etnia/raza. En dicho abordaje deben aplicarse escalas que permitan identificar la presencia de las distintas manifestaciones, así como su severidad, para aplicar medidas terapéuticas integrales que permitan mejoría en el deterioro de la calidad de vida.

Financiación

El proyecto CAVIMEC tiene financiación por Vicerrectoría de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena. Colombia.

Anexo 1. Escala "menopause rating scale" MRS

Pregunta	Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
1. Sofocos, oleadas de calor, sudoraciones, bochornos.					
2. Molestias cardiacas, palpitaciones, taquicardias, latidos, opresión torácica.					
3. Problemas de sueño, dificultad para dormir, despertarse temprano, despertar con facilidad.					
4. Estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor.					
5. Irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva.					
6. Ansiedad, impaciencia, pánico, inquietud interna.					
7. Agotamiento físico y mental. Menor rendimiento, problemas de memoria, menor concentración.					
8. Problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad y la satisfacción sexual.					
9. Problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar, salida sola de orina.					
10. Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor y problemas a la hora de realizar el coito.					
11. Problemas musculares y de las articulaciones. Dolores reumatoides y articulares.					

Anexo 2.

En las últimas cuatro semanas	0	5	4	3	2	1
¿Cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?		MUY ALTO	ALTO	MODERADO	BAJO	MUY BAJO A NULO
¿Cómo calificaría su nivel de excitación durante la actividad sexual?	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	MUY ALTO	ALTO	MODERADO	BAJO	MUY BAJO A NULO
¿Con qué frecuencia se lubrica durante la actividad sexual	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI SIEMPRE O SIEMPRE	MAYORÍA DE VECES	A VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA O NUNCA
¿Cuando usted tiene estimulación sexual o penetración, qué tan seguido alcanza orgasmo?	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI SIEMPRE O SIEMPRE	MAYORÍA DE VECES	A VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA O NUNCA
¿Qué tan satisfecha está usted con su vida sexual?	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	MUY SATISFECHA	MODERADA SATISFACCION	IGUALMENTE SATISFECHA INSATISFECHA	MODERADA INSATISFACCIÓN	MUY INSATISFECHA
¿Con qué frecuencia siente usted incomodidad o dolor durante una penetración vaginal?	NO REALIZA PENETRACIÓN	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYORÍA DE LAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE

Conflictos de intereses

Ninguno que declarar.

Integrantes del grupo de investigación salud de la mujer

Investigadores principales: Álvaro Monterrosa Castro, Ivette Romero Pérez, Angel Paternina Caicedo y Martha Marrugo Flores. Asesores internacionales: Juan Enrique Blumel y Peter Chedraui. Estudiantes activos pertenecientes al semillero: Jhonmer Márquez, Cindy Arteta Acosta, Erika Rincón Niño, Erika Monterrosa Salazar, Sol Carriazo Julio, Liezel Ulloque Caamaño, Katherin Portela, Lia Ayala Fajardo y Dianeth Pérez Lemus.

Referencias

1. Speroff L. The perimenopause. Definitions, demography, and physiology. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2002;29:397-410.
2. Blake J. Menopause: evidence-based practice. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2006;20(6):799-839.
3. Monterrosa A. 10 Reflexiones sobre climaterio, menopausia y terapia hormonal. Editorial La Popa. Cartagena. 2007.
4. Romero I, Monterrosa A, Paternina A. Menopausia y etnias/razas: ¿hay diferencias en la presentación de los síntomas? *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2010;61:319-328.
5. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Qual Life Outcomes* 2004;2:45-52.
6. http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Int_MeanSD.pdf (7/8/2009).
7. Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:402-409.
8. Monterrosa A, Blumel J, Chedraui P. Calidad de vida de mujeres en posmenopausia. Valoración con "Menopause Rating Scale" de tres etnias colombianas diferentes. Med-Unab 2009;12:80-85.
9. Monterrosa A, Romero I, Paternina A, Ojeda E. La elevada prevalencia y severidad de síntomas urogenitales de mujeres indígenas Zenúes colombianas en posmenopausia, es evidenciada en otra población amerindia. *Medicina* 2010;4(9):295-307.
10. Monterrosa A, Paternina A, Romero I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. *Iatreia* 2011;24(2):136-145.
11. Monterrosa A, Romero I, Paternina A. Las manifestaciones músculo-articulares y no las oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mujeres climatéricas del Caribe colombiano. Salud Uninorte 2010;26(2):179-188.
12. Isidori A, Pozza C, Esposito K, et al. Development and Validation of a 6-Item

Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a Diagnostic Tool for Female Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:1139-1146.

13. Monterrosa A, Márquez J, Paternina A. Calidad de vida y disfunción sexual en mujeres climatéricas del Caribe colombiano. En prensa.
14. Monterrosa A, Paternina A, Romero I, López E, Marrugo M. Las mujeres climatéricas colombianas en sobrepeso y obesidad tienen más prevalencia de oleadas de calor y peor calidad de vida. Poster. Congreso Colombiano de Endocrinología. 2011. Cali. Colombia.
15. Pérez D, Monterrosa A, Paternina A. En mujeres en estado de ánimo depresivo, según valoración con "Menopause Rating Scale" (MRS) ¿Cuál es el síntoma menopáusico más prevalente? Poster. *Revista Ciencias Biomédicas* 2011;2(1):Suppl:6s.
16. Monterrosa A, Blumel J, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Menopause* 2008;59:182-190.
17. López F, Soares D, d'Andretta A. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS). *Rev chil obstet ginecol* 2010;75(6):375-382.
18. Gold E, Block G, Crawford S et al. Lifestyle and demographic factors in relation to vasomotor symptoms: baseline results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol* 2004;159:1189-1199.
19. Szoeke CE, Cicuttini F, Guthrie J et al. Self-reported arthritis and the menopause. *Climacteric* 2005 Mar;8(1):49-55.
20. Olaolorun FM, Lawoyin TO. Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause* 2009;16: 822-830.
21. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2007;57:271-278.
22. Magliano M. Menopausal arthralgia: Fact or fiction. *Maturitas* 2010;67(1):29-33.
23. Krajewska-Ferishah K, Krajewska-Kulak E, Terlokowski S, Wikor H, Van Damme K, Chadzopulu A. Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale a multicenter study. Advances in medical sciences 2010;55(2):191-195.
24. Blümel J, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, Figueroa-Casas P. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006;13(4):706-712.
25. Castelo-Branco C, Palacios S, Tobar C, Von Helde S. Menopausal transition in Movima women, a Bolivian Native-American. *Maturitas* 2005;16:380-385.
26. Blümel J, Binfa L, Cataldo P. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev chil obstet ginecol* 2004; 69(2):118-125.
27. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric* 2004;7:375-389.