

Evaluación del riesgo cardiovascular y calidad de vida en mujeres pre y posmenopáusicas de la consulta de climaterio de tres hospitales de Bogotá. Periodo del 2011-2012

JACINTO SÁNCHEZ*, WILLIAM ONATRA**, JORGE CASTELLANOS***, CARLOS SANJUANELLO****, PAOLA GAMBOA*****, MARÍA TERESA RÍOS*****

Resumen

Antecedentes. Recientes estudios retrospectivos y de corte transversal han demostrado que el síndrome vasomotor aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, las cuales pueden estar relacionadas con un aumento en el Índice de Masa Corporal (IMC), y en la presión sanguínea, calcificación de la aorta y disminución de la vasodilatación mediada por flujo a nivel endotelial, acompañada de alteraciones lipídicas. Diversos estudios indican que la calidad de vida (CDV) se encuentra alterada en mujeres de edad media, valorándose en la Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale, MRS).

Objetivo. Evaluar el riesgo cardiovascular y la calidad de vida en mujeres en su periodo de transición en tres hospitales de Bogotá.

Material y métodos. Se estudiaron 481 casos clínicos de mujeres entre 25 y 65 años a las cuales se les evaluaron algunas características sociodemográficas, el riesgo cardiovascular según la Escala de Framingham y la calidad de vida en la escala MRS. Estadísticamente se utilizaron medidas paramétricas y no paramétricas ($p < 0.005$).

Resultados. La edad promedio de toda la muestra fue de 53 años. La unión libre fue el estado civil más frecuente con 28.9%, el 90% eran del área urbana y la raza mestiza 90.5% con diferencias significativas intragrupo ($p < 0.001$), el 72.7% tenían escolaridad primaria y el 85.1% eran amas de casa. Antecedentes familiares de riesgo muestran que la hipertensión ocupa el 89.5%, infarto del miocardio el 57.4%, diabetes mellitus 82.2%, dislipidemia 41.5%, hipotiroidismo 44.4%, osteoporosis 54.6% y cáncer de mama 55.6%. Según la escala MRS la depresión se presenta en mujeres mayores de 50 años en 44.7%, irritabilidad 44.8%, astenia 41.8%, oleadas de calor 54.4%, taquicardia 40.5%, insomnio 47.6%, artralgias 51.8%, resequedad vaginal 40.3%, problemas urinarios 39.5% y disminución de la libido 31.4%, con diferencias significativas ($p < 0.005$ - $p < 0.001$). Después de los 50 años el riesgo cardiovascular de sufrir un evento coronario a 5 años es del 7% y a 10 años es del 14%.

Conclusión. El presente estudio demuestra que la aplicación de la escala de Framingham en la mujer en su periodo de transición es útil como medida de alerta en la prevención de la

* MD. Ginecólogo. Profesor titular, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador de la Clínica Uroginecológica. Hospital de Engativá.

** MD. Ginecólogo. MD Ginecólogo endocrinólogo. Profesor titular de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Profesor especial, Universidad Nacional de Colombia.

*** MD. Ginecólogo, Universidad Nacional. Especialista adscrito a la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Hospital de Tunjuelito.

**** MD. Ginecólogo, Universidad San Martín. Especialista adscrito a la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Hospital de Madrid.

***** MD. Médica General. Universidad de Cartagena. Médica adscrita, Hospital de Tunjuelito I Nivel.

***** Estadística. Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Universidad de Ciencias Aplicada y Ambientales (UDCA).

enfermedad cardiovascular, y la escala MRS nos permite evaluar la sintomatología vasomotora y su seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: premenopausia, posmenopausia, escala de Framingham, MRS.

Abstract

Recent retrospective and cross section trials have shown that vasomotor syndrome increase the risk of cardiovascular disease, which may be related to an increased Body Mass Index (BMI), blood pressure, decreased aortic calcification of the flow-mediated vasodilation in the endothelium accompanied by lipid abnormalities. Several studies indicate that the quality of life (QOL) is impaired in middle-aged women assessed by the Menopause Rating Scale (Menopause Rating Scale, MRS).

Objective. To evaluate the cardiovascular risk and quality of life in women in their transition period in three hospitals in Bogota.

Methods. We studied 481 clinical cases of women between 25-65 years of which were evaluated some socio-demographic characteristics, cardiovascular risk was assessed according to the Framingham scale and quality of life in the MRS scale. Statistically parametric and non parametric measures were used ($p < 0.005$).

Results. The average age of the entire sample was 53 years, free union status was the most frequent 28.9%, 90% are in the urban area and 90.5% mixed race with significant differences ($p < 0.001$), 2.7% had primary schooling and 85.1% were housewives. Risk Family history shows that hypertension occupies 89.5%, infarction 57.4%, diabetes 82.2%, 41.5% dyslipidemia, hypothyroidism 44.4%, Osteoporosis 54.6% and Breast Cancer 55.6%. According to the MRS scale depression occurs in women > 50 years in 71.1%, Irritability 71.43%, Fatigue 66.53%, 86.6% hot flashes tachycardia 64.4%, Insomnia 25%, Arthralgia 82.4%, vaginal dryness, Urinary problems 63.3%, and 62.8% diminution of libido 50%, with significant differences ($p < 0.005$, $p < 0.001$). 5-year cardiovascular risk of 7% and 14% for 10 years.

Conclusion. The present study demonstrate that Framingham scale application in women in their period of menopausal transition periodo is very useful as a measure of alert in the prevention of cardiovascular disease and MRS scale allows us to evaluate the vasomotor symptoms and long-term monitoring.

Keywords: premenopause, postmenopausia, Framingham Scale, Menopause Rating Scale (MRS).

Introducción

El climaterio femenino se asocia a cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden disminuir la calidad de vida y a un deterioro progresivo de las estructuras orgánicas, en los sistemas cardiovascular, osteomuscular, digestivo y cerebral. Estas alteraciones han sido evaluadas con diversos instrumentos como la escala Green Kuperman¹, Cervantes y recientemente la Sociedad Internacional de Menopausia (IMS) ha propuesto una Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale, MRS)², que valora los síntomas psicológicos, vegetativos y urogenitales. Uno de los factores que aumentan

la prevalencia de morbimortalidad en hombres y mujeres son los Factores de Riesgo Cardiovascular que están presentes, pero que no hay conciencia por parte de los pacientes de mantenerlos dentro de límites normales y que se hace imperativo modificar los estilos de vida.

Detectar un aumento en las cifras de tensión arterial y de peso, y cambios en perfil lipídico y en los niveles de glucemia son parámetros de preaviso de Enfermedad Cardiovascular. El riesgo cardiovascular se puede evaluar con la escala de Framingham³. El síndrome metabólico en nuestro medio se encuentra en cifras que llegan al 25-30%.

La evidencia clínica y experimental ha mostrado que los esteroides gonadales protegen a la mujer de sufrir efectos metabólicos que aparecen después de la menopausia. La disfunción ovárica se inicia con alteraciones del ciclo menstrual y efectos a nivel de los neurotransmisores en el sistema nervioso central como pérdida de la memoria y alteraciones comportamentales como la depresión⁴. Se ha demostrado que la terapia hormonal de reemplazo (TH) durante la perimenopausia y la posmenopausia es útil para mejorar la sintomatología del síndrome climatérico⁵, disminuye la incidencia de enfermedad cardiovascular⁶, previene la osteoporosis⁷ y mejora el estado de ansiedad y depresión⁸. Si bien los síntomas tienen una variación individual y obedecen a patrones culturales, se ha aceptado que durante la perimenopausia existen tres eventos que contribuyen para todas estas manifestaciones. En primer lugar el déficit hormonal que actúa a todos los niveles, se manifiesta con alteraciones del ciclo menstrual, oleadas de calor y una serie de manifestaciones que comprometen al sistema nervioso simpático y parasimpático. La disminución progresiva de los esteroides sexuales lleva a una resequedad de piel y mucosas, alteraciones cardiovasculares, metabólicas, osteopenia y osteoporosis, entre otros. En segundo lugar, los factores psicológicos, que gracias a los estudios recientes de la neuroendocrinología se sabe que las alteraciones del comportamiento obedecen a una disfunción de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, que son regulados a su vez por las hormonas esteroideas. Tercero, los factores socioculturales en los cuales se desenvuelve la mujer, el medio ambiente, factores nutricionales, profesión, recreación y estrés modifican en mayor o menor grado toda esta sintomatología de la perimenopausia^{5,8}.

La frecuencia de la sintomatología durante el climaterio varía según los diferentes países y autores, pero en general hay acuerdo en que las oleadas de calor y la sudoración son el primer síntoma. Lauritzen⁹ en Alemania reporta oleadas de calor en el 69%, sudoración 58%, insomnio 56%, depresión 70%, irritabilidad 49%. Palacios¹⁰ en España para esta misma sintomatología encuentra que las oleadas de calor son el

56%, sudoración 45%, insomnio 33%, depresión 11%. En Colombia Onatra y colaboradores¹¹ en un estudio multicéntrico en 832 mujeres perimenopáusicas muestran que las oleadas de calor se presentaron en el 66%, sudoración 52%, insomnio 40%, depresión 20% e irritabilidad el 10%.

La enfermedad cardiovascular se reconoce en todo el mundo como la primera causa de mortalidad en mujeres en la posmenopausia¹².

Clasificación del Riesgo Cardiovascular, Asociación Americana del Corazón (AHA), 2007¹³

Riesgo criterios

Alto

Enfermedad coronaria establecida, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad arterial periférica, aneurisma aórtico abdominal, enfermedad renal crónica o establecida, diabetes mellitus, riesgo global Framingham mayor del 20%.

Con riesgo

Fumadora, dieta deficiente, inactividad física, obesidad central, antecedentes de historia familiar de enfermedad cardiovascular (ECV) prematura, menos de 65 años en mujeres, hipertensión, dislipidemia, evidencia de ECV subclínica (calcificación coronaria), síndrome metabólico, una respuesta anormal en la prueba de esfuerzo.

Sin riesgo

Riesgo global de Framingham < 10%, estilo de vida saludable.

Múltiples estudios observacionales han mostrado que existe protección cardiovascular por parte de las terapias con estrógenos, además de una reducción de la placa ateromatosa y la conservación de un perfil lipídico más benéfico en mujeres en premenopausia. Es conocido que cuando llega la menopausia, los factores de riesgo se incrementan, debido a la caída abrupta de los niveles plasmáticos de estradiol sanguíneo y aumento del peso corporal, acumulo de tejido adiposo o grasa en abdomen, cadera y una disminución del ejercicio (sedentarismo)¹³⁻¹⁵.

Material y métodos

Se revisaron 381 historias clínicas de mujeres que ingresaron a la consulta de climaterio de los hospitales de Engativá, Tunjuelito y Madrid en el periodo de 1 de julio de 2011 al 31 de marzo del 2012.

Para el cálculo de la muestra se tomó, n = población desconocida con un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%. Aplicando la ecuación para cálculo de muestra no aleatorizada no permite hacer inferencia en los resultados.

Criterios de inclusión: Usuarias de la consulta externa de los hospitales de Tunjuelito, Engativá y Madrid del 1 de julio del 2011 al 31 marzo del 2012.

Criterios de exclusión: Paciente con retardo mental.

Se aplica el formulario de encuesta diseñado para tal efecto con el consentimiento informado. Se autoriza su realización por parte del Comité de Ética de la Universidad.

Para el cálculo de T.A. media (Tensión arterial mmHg) se utilizó la siguiente fórmula: $T.A. media = T.A. diastólica + (T.A. sistólica - T.A. diastólica) / 3$ valores normales > 60 .

Se solicita perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos, glicemia). Las muestras fueron tomadas en ayunas y procesadas en el laboratorio de química sanguínea que tiene cada hospital, de acuerdo con los estándares de la Secretaría de Salud de Bogotá para los laboratorios clínicos.

Se calculó el Índice Aterogénico de acuerdo con la relación: $\text{colesterol total} / \text{HDL}$.

Se aplicó la escala de MRS en un formulario de base (Historia clínica de Menopausia) de 12 puntos que que incluyeron síntomas vasomotores, urinarios y sexuales, categorizados en nulo, leves, moderados y severos.

Se aplicó la escala de Framingham para riesgo cardiovascular con sus cálculos a 5 y 10 años³.

Los datos fueron analizados en el sistema SPSS-12. Se aplicaron las pruebas estadísticas paramétrica y no paramétricas (T de Student, D.E., chi-cuadrado) y de correlación.

Resultados

I. Características demográficas

El rango de edad estuvo entre 38 y 75 años con una media de 53.01 ± 9.06 años. Pacientes menores de 50 años fueron 141 (37.1%) con una edad media de 45 años. Las mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años fueron 239 (62.9%) con una media de 65 años, donde el estado civil de unión libre era el más frecuente con un 28.9%, casadas 26.8%, solteras 19.9%, viudas (50) y separadas con un 13.1% y 7.6% respectivamente. La mayoría proviene del área urbana, 95%, y del área rural fueron el 5%. La raza mestiza aparece en primer lugar con 90.5%, la raza blanca 6.8% y las afrodescendientes 2.6%. En relación con el estrato social el nivel bajo es el más frecuente con un 46.8%, medio bajo 29%, medio 18%, medio alto 6.1%. El nivel de escolaridad demuestra que estudiaron hasta primaria el 72.7%, secundaria 25.4% y universitaria 1.1%. La mayoría de este grupo de mujeres son amas de casa (85.1%), se encontró significancia estadística intragrupos en estas variables (tabla 1).

II. Factores de riesgo

2.1. Familiares

En los antecedentes familiares la hipertensión se presentó en el 89.5%, donde los padres presentan representan el 45.2% y los hermanos 43.4%. Los antecedentes de infarto del miocardio se presentan en un 57.4%, donde el porcentaje mayor lo ocupan los padres en un 72.7%, hermanos 6.4%, y sin antecedentes el 20.5%. Los antecedentes de diabetes se presentaron en el 82%, padres 76.5 %, hermanos el 7.6%, sin antecedentes el 15.2%. Antecedentes de dislipidemia en el 41.5%, padres 61.0%, hermanos 7.1%, sin antecedentes el 32.7%. Antecedentes de hipotiroidismo 44.4% donde los padres presentan antecedente en un 58.8%, hermanos el 7.1% y sin hipotiroidismo el 32.9%. La osteoporosis se encuentra en el 54.6%, padres 46.4%, hermanos 4.3% y sin antecedentes el 48.8%. Cáncer de mama se presenta en el 55.6%, antecedentes en los padres son de 44.6%, hermanos 4.2% y sin antecedentes 48.4%. Se evidencian diferencias estadísticamente significativas intragrupo, exceptuando la osteoporosis (tabla 2).

Tabla 1. Características demográficas.

Características	Variables	n	%	P
Estado civil	Unión libre	110	28.9	p < 0.001
	Casadas	102	26.8	
	Solteras	76	19.5	
	Viudas	50	13.1	
	Separadas	29	7.6	
	Otros	14	13.7	
Área	Urbana	286	95	P < 0.005
	Rural	19	5	
Raza	Blanca	26	6.8	P < 0.001
	Afrodescendiente	10	2.6	
	Mestiza	344	90.5	
Estrato	Bajo	153	46.8	P < 0.001
	Medio bajo	95	29	
	Medio	59	18	
	Medio alto	20	6.1	
Escolaridad	Primaria	272	72.7	P < 0.003
	Secundaria	95	25.4	
	Universitaria	7	1.1	
Profesión	Amas de casa	325	85.1	P < 0.001
	Otras	56	14.9	

Tabla 2. Antecedentes familiares

Familiares	n	%	P intragrupo
Hipertensión	343	89.5	P < 0.001
Infarto	220	57.4	P < 0.001
Diabetes	315	82.2	P < 0.001
Dislipidemia	159	41.5	
Hipotiroidismo	170	44.4	P < 0.001
Osteoporosis	209	54.6	P < 0.887
Cáncer de mama	213	55.6	P < 0.001

2.2. Personales

En este grupo con una muestra de 208 casos se presentó hipertensión en el 26.9%, infarto de miocardio 1.9%, accidente cerebrovascular 0.5%, trombosis 1.4%, diabetes 3.4%, hipo-

tiroidismo 12.5%, osteoporosis 4.3%, cáncer de mama 1%.

III. Estilos de vida

Al analizar los estilos de vida en la muestra de 381 se demuestra que este grupo consume

alcohol más de 2 copas 3 veces por semana en el 93.7%, no consume cigarrillo el 86.9%, realiza ejercicio el 35.4% y no realiza ninguno el 64.6%. En relación con la dieta, de este grupo consume proteínas 79.5%, verduras 85.6%, grasas 66.6%, sin diferencias significativas en el alcohol y cigarrillo pero significativamente con el ejercicio (tabla 3).

IV. Antecedentes ginecoobstétricos

La menarquia sobre un total de 381 casos presenta una media a los 13.7 años. El promedio de ciclos es de 30 días con una duración de 3 días, la frecuencia de ciclos menstruales es de 27.6 x 4.1 día. El promedio de las gestaciones fue de 3, partos 3, abortos 0.51, hijos vivos 3. La edad de la menopausia se presenta en un rango entre 42 y 53 años con un promedio de 48.2 años. Al clasificar el tipo de ciclo de un total de 197 se presenta en forma regular 72.1%, irregular 19.36%, hipermenorrea 5.1%, hipomenorrea 3.6%. Utilizaron algún método de planificación familiar el 45%, algún tipo de cirugía ginecológica 35.2% y no uso de terapia hormonal 94.4%.

V. Escala de evaluación de la menopausia (MRS)/Calidad de vida

Al analizar la escala de Calidad de Vida (CDV) y compararla entre las pacientes pre y

posmenopáusicas se encuentra un deterioro de todas las variables y una diferencia significativa en los parámetros de la encuesta entre las menores de 50 años y mayores de 50 años. Se evidencia un aumento en la depresión 19.47% vs. 44.73% ($p < 0.001$), irritabilidad 20.58% vs. 44.85 % ($p < 0.023$), ansiedad 18.99 % vs. 44.06 % ($p < 0.006$), astenia 17.10% vs. 41.84% ($p < 0.003$), oleadas de calor 24.21% vs. 54.47% ($p < 0.001$), taquicardia 14.47% vs. 40.52% ($p < 0.001$), insomnio 20.78% vs. 47.63% ($p < 0.001$), artralgias 21.57% vs. 51.84% ($p < 0.001$), resequedad vaginal 13.94% vs. 40.26% ($p < 0.001$), problemas urinarios 16.35% vs. 39.57% ($p < 0.008$), disminución de la libido 15.60% vs. 31.48% ($p < 0.028$) (tabla 4).

VI. Examen físico ginecológico

La tensión arterial (TA) media se presentó en menores de 50 años en 108.23 mmHg y en las mayores de 50 años de 133.33 mmHg con tendencia a aumentar con la edad. Para este grupo el Índice de Masa Corporal (IMC) aumenta discretamente en las mayores de 50 años (27,14 vs. 28.14) así como el perímetro abdominal (90 vs. 95 cm). El examen ginecológico anormal aumenta con la edad (40.4% vs 59.6%) (tabla 5).

Las evaluaciones paraclínicas entre las mujeres menores de 50 años y mayores de 50 años

Tabla 3. Estilos de vida

Estilos de vida	Respuesta	n	%	P
Alcohol	Sí	357	93.7	P < 0.243
	No	24	6.3	
Fuma	Sí	48	12.6	P < 0.377
	No	332	86.9	
Ejercicio	Sí	93	35.4	P < 0.001
	No	170	64.6	
Nutrición				
Proteínas	Sí	136	79.1	
	No	36	20.9	
Verduras	Sí	148	85.6	
	No	25	14.5	
Grasas	Sí	110	66.7	
	No	55	33.3	

Tabla 4. Escala MRS comparativa por edad pre y posmenopausia

Síntoma	Respuesta	< 50 años		> 50 Años		P
	N= 380	n	%	n	%	
Depresión	Sí	74	19.47	170	44.73	< 0.001
	No	67	17.63	69	18.15	
Irritabilidad	Sí	78	20.58	170	44.85	< 0.023
	No	63	16.62	68	17,94	
Ansiedad	Sí	72	18.99	167	44.06	< 0.006
	No	68	17.94	72	18.99	
Astenia	Sí	65	17.10	159	41.84	< 0.003
	No	76	20.00	80	21.05	
Oleadas de calor	Sí	92	24.21	207	54.47	< 0.001
	No	49	12.89	32	8.42	
Taquicardia	Sí	55	14.47	154	40.52	< 0.001
	No	86	22.63	85	22.36	
Insomnio	Si	79	20.78	181	47.63	< 0.001
	No	62	16.31	58	15.26	
Artralgias	Sí	82	21.57	197	51.84	< 0.001
	No	59	15.52	42	11.05	
R. vaginal	Sí	53	13.94	152	40.26	< 0.001
	No	88	23.15	87	22.89	
P. urinarios	Sí	62	16.35	150	39.57	< 0.008
	No	78	20.58	89	23.48	
Dis. libido	Sí	59	15.60	119	31.48	< 0.028
	No	81	21.42	119	31.48	

Tabla 5. Examen ginecológico

	Valores normales	< 50 años	> 50 años
T.A. Media mmHg	110	108.23	133.33
IMC (Peso/talla-2)	20-24	27.14	28.14
Perímetro abdominal cm	88	90	95
Examen ginecológico			
Normal	100	58.9%	41.1%
Anormal		40.4%	59.6%

presentan escasas modificaciones en la química sanguínea y el perfil lipídico, excepto los triglicéridos que muestran un aumento después de los 50 años (134 mg/dl vs. 167 mg/dl). En la escala de Framingham el riesgo cardiovascular aumenta a 10 años del 8% al 14% (tabla 6).

Discusión

Es conocido que los cambios que sufren las mujeres en su transición climática no solo están relacionados con la sintomatología sino que se acompañan de una serie de alteraciones

Tabla 6. Evaluación paraclínica y riesgo cardiovascular

	Valores normales	< 50 años	> 50 años
Hemoglobina	12-16 g/dL	16	15
Hematocrito	37-47%	41	44
Leucocitos	4.8-10.8 m.m.3	6.150	6.908
Plaquetas	130-400x 10/3	294.000	267.000
Glicemia	< 110 mg/dL	91	100
Colesterol T	< 200 mg/dL	214	216
HDL mg/dl	> 65 mg/dL	53.12	50.83
LDL mg/dl		136.57	108.31
Índice aerogénico	5	4.15	4.33
Triglicéridos mg/dl	< 150 mg/dl	134	167
Riesgo cardiovascular	Escala de Framingham		
5 años	1%	3%	7%
10 años	5%	8%	14%

metabólicas, incluyendo la parte cardiovascular¹⁶ y especialmente en aquellas mujeres que han sufrido menopausia quirúrgica o falla ovárica prematura (menopausia antes de los 40 años)¹⁷. Recientes estudios retrospectivos y de corte transversal han demostrado que la oleadas de calor pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular, las cuales pueden estar relacionadas con un aumento en el índice de masa corporal (IMC)¹⁸, aumento de la presión sanguínea¹⁹, calcificación de la aorta, disminución de la vasodilatación mediada por flujo a nivel endotelial²⁰ acompañada de alteraciones lipídicas²¹. Por otra parte, se sabe que las oleadas de calor se acompañan de alteraciones del sueño²² y de los estados de ánimo²³.

Al comparar el presente estudio con uno reciente, propuesto por Gagnacci, con 951 mujeres en Módena, Italia,²⁴ encontramos que la edad de la menopausia es mayor en el estudio italiano (de 53 años vs. 57 años), en parte debido a que la población europea es más longeva que la nuestra. En los antecedentes familiares llama la atención que la hipertensión es muy prevalente en nuestro medio frente al estudio europeo (89.5% vs. 16.9%) y nos debe llamar la atención para iniciar medidas que están establecidas en los programas de prevención y promoción, pero que son insuficientes. Las diferentes estadísticas de salud en nuestro medio infor-

man sobre el aumento de la diabetes y se confirma en este estudio al comparar con el italiano (82.2% vs. 2.5%). En los estilos de vida saludables en este grupo las mujeres son bebedoras de más de 3 copas por semana frente al estudio europeo (93.7% vs. 41.5%). Esta es la primera vez que se reporta esta diferencia, ya que la mujer asume actualmente algunos roles como los del hombre. Al contrario, nuestras mujeres son menos fumadoras que las europeas, como se confirma con los resultados del estudio (12.6% vs. 29.8%). En relación con el aumento de peso se confirma cómo la mujer aumenta de peso al aumentar la edad y al comparar con el estudio italiano el IMC están en la escala de sobrepeso (28.14 vs. 26.1) que se correlaciona con el perímetro abdominal mayor, como se demuestra en el presente estudio. En relación con la química sanguínea y perfil lipídico, se observa que la glicemia que se encuentra dentro de los límites de normalidades está más elevada que en el estudio europeo (100g/dL vs. 93.4 mg/dL) así como los triglicéridos (167 mg/dL vs. 104.6 mg/dL). Se registra una disminución en los niveles de colesterol total (216 mg/dL vs. 223.5 mg/dl) y HDL (HDL 50,83 mg/dL vs. 63.1 mg/dL) frente al estudio italiano. En este sentido es preocupante que en este grupo tengamos un aumento de los triglicéridos y una disminución de la HDL, elementos que ayudarían a la

formación de placa y explican en parte el aumento de la enfermedad cerebro vascular (ECV) en nuestro medio después de los 60 años.

Como se comentó en la introducción, es sabido que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres²⁵. El riesgo cardiovascular aumenta con los antecedentes de enfermedad cardiovascular (hipertensión, infarto del miocardio), consumo excesivo de alcohol, cigarrillo, sobrepeso, obesidad, disminución de la HDL, aumento de la LDL > 100mg/dL, sedentarismo y dieta rica en grasas. Los datos obtenidos en este estudio evidencian que los antecedentes personales de hipertensión se encuentran en un 27%, el alcohol en 93%, la falta de ejercicio en 63%, disminución de la HDL en 50.3% y son factores de riesgo que aumentan después de los 50 años como se ha demostrado en otros estudios.^{6,13,15} El estudio de salud de las enfermeras (Nurses' Health Study)⁶ enroló mujeres por encima de 55 años seguidas a 10 años y reportó que la hipertensión se presentaba en el 25%, diabetes 4% y aumentó en los niveles de colesterol 11%, cifras muy similares en el presente estudio (hipertensión 26.9%, diabetes 3.4%, aumento de colesterol 10.8%).

En los datos del estudio, las mujeres que se encuentran por debajo de los 50 años mantienen unos parámetros dentro de los límites normales, después de los 50 años empiezan a presentar aumento de la tensión arterial media, perfil lipídico, índice aterogénico y, por lo tanto, un aumento del riesgo cardiovascular. Estudios previos demuestran que las oleadas de calor están relacionadas subclínicamente con índices de enfermedad cardiovascular²⁶ y algunas modificaciones metabólicas desfavorables como la obesidad²⁷. Se ha demostrado una correlación desfavorable entre los síntomas vasomotores con el índice colesterol/HDL (IA), y triglicéridos²⁸ así como la resistencia a la insulina²⁹. En estas condiciones ese estudio permite sugerir a las entidades de salud la aplicación de este tipo de encuesta que permite diagnosticar el riesgo cardiovascular después de la menopausia y aplicar los correctivos correspondientes, y en esa forma prevenir sus consecuencias como son el infarto miocárdico y la enfermedad cerebro-vascular. Al aplicar la

escala de Framingham 3 el riesgo cardiovascular a 5 años en mujeres menores de 50 años se encuentra moderadamente elevado en relación con el promedio esperado (3% a 5 años y 8% a 10 años) y aumenta después de los 50 años al doble (7% a los 5 años y 14% a los 10 años) superando las cifras del estudio italiano, donde el riesgo a 10 años es de 4.39%.

Durante la transición menopáusica la mayoría de las mujeres padecen una serie de síntomas que en general se han atribuido a la falta de estrógenos y que influyen en la calidad de vida en este periodo. Las oleadas de calor, sudoración y resequeza vaginal han sido una de las características iniciales del síndrome climatérico³⁰. Se han utilizado diferentes escalas en su evaluación, como la escala Kupperman³¹ y Green 1 Cervantes,³² demostrando que las oleadas de calor, sudoración, resequeza de piel y de vagina constituyen un grupo independiente de los otros síntomas típicos de esta etapa. Existen además otros marcadores de riesgo como la osteoporosis³³ y la enfermedad cardiovascular³⁰⁻³⁴. En un metanálisis reciente se halla que los síntomas vasomotores se encuentran en un 13.9% dos años antes de la menopausia, durante la premenopausia en un 55.7% y después de los 5 años en un 28.9%³⁵. Estos datos pueden variar de acuerdo con los diferentes países, estados socioeconómico, escolaridad, ocupación, raza y otras asociaciones demográficas.

La Red Latinoamericana de Investigación en el Climaterio (REDLINC), constituida por investigadores latinoamericanos, bajo la dirección del Dr. JE Blumel de Chile,³⁶ ha realizado estudios previos donde ha demostrado que la sintomatología vasomotora es más alta en Latinoamérica que en los países europeos y Norteamérica²². Por otra parte, el estudio SWAN (Womens's Health Across the Nation)³⁷ demostró que las mujeres afrodescendientes e hispanas tenían mayor sintomatología que las blancas. El incluir una clasificación sencilla y ágil de la sintomatología en climaterio como la MRS permite ver su comportamiento en el tiempo y su respuesta a la terapéutica.

Al comparar los resultados de un estudio multicéntrico latinoamericano en 8.373 mujeres en el climaterio³⁶, los de A. Monterrosa³⁸ en

una población afrodescendiente del Caribe colombiano y el presente estudio de 381 casos (tabla 8), se evidencia que síntomas como la depresión se encuentran en un rango promedio del 43% entre los tres estudios; la irritabilidad (62%), la astenia (68%), las oleadas de calor (70.4%) y las artralgias (72.9%) son más frecuentes en el estudio de afrodescendientes que en el estudio de Chile y en el de Bogotá. La taquicardia, la resequedad vaginal, los síntomas urinarios y la disminución de la libido son menores en el estudio chileno (promedio 27%), aumentan en el estudio de Bogotá (promedio 37,5%) y son aún mayores en el de la costa atlántica (43%). Estos datos nos permiten una visión clara de la sintomatología del climaterio, donde las oleadas de calor son un síntoma predominante, y observar que estos cambios vasomotores además de las molestias físicas hacen que la mujer presente en forma progresiva una disminución en la calidad de vida y aumento del riesgo cardiovascular³⁷. (ver tabla 7).

Un estudio europeo demuestra que las mujeres posmenopáusicas persisten con su sintomatología después de 3 a 5 años con un promedio del 60.6%³⁹. En un estudio reciente en 253 mujeres seguidas a 13 años se encuentra que el promedio de su sintomatología vasomotora dura cinco años después de la menopausia y algunas persisten hasta los 10 años en un 10 a 15%³³. Si bien la terapia hormonal es de uso corriente para aliviar la sintomatología vasomotora en nuestro medio, después del informe del

WHI y la promoción en los medios existe una disminución del uso de la terapia hormonal (TH) a 5.6%, como lo demuestra el presente estudio, a diferencia de los países europeos, donde el uso es del 70%⁴⁰.

En conclusión, este estudio demuestra unas características sociodemográficas propias de los hospitales de nivel II y III del Distrito Capital. Es claro que el síndrome climatérico cambia durante la pre y posmenopausia con un empeoramiento de dicha sintomatología y, por lo tanto, la calidad de vida. El riesgo cardiovascular aumenta con la edad y los exámenes paraclínicos confirman el aumento del perfil lipídico y el riesgo cardiovascular después de los 50 años. Los estilos de vida poco saludables empeoran su pronóstico. Se recomienda iniciar una campaña de concientización en este grupo desde los 40 años, para iniciar un programa preventivo de estilos de vida saludable y la propuesta de una terapia de soporte una vez aparezcan los primeros signos típicos del hipoestrogenismo.

Referencias

1. Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 1998;29:25-31.
2. Potthoff P, Heinemann LA, Schneider HP, Rosemeier HP, Hauser GA. The Menopause Rating Scale (MRS II): methodological standardization in the German population. *Zentralbl Gynakol* 2000;122:280-286.

Tabla 7.

Escala MRS Costa caribe ³⁸	Blumel	Monterrosa	Onatra
Depresión	42.2	44.1	44.73
Irritabilidad	49.7	62.0	44.85
Ansiedad	36.0	41.5	44.06
Astenia	48.5	68.8	41.84
Oleadas de calor	55.8	70.4	54.47
Taquicardia	23.1	37.5	40.52
Insomnio	40.9	47.2	47.63
Artralgias	47.8	72.9	51.84
R. vaginal	29.0	44.1	40.26
P. urinarios	27.5	47.8	39.57
Dis. libido	28.8	43.5	31.48

3. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, et al. Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. *Circulation* 1998;97: 1837-1847.
4. Broekmans FJ, Soules MR, Fauser BC. Ovarian Aging: Mechanisms and Clinical Consequences. *Endocrine Reviews* 2009;30:465-493.
5. Berg J, Taylor D. Symptom experience of Filipino American midlife women. *Menopause* 1999;6:105-114.
6. Stampfer MJ, Colditz GA, Willet WC, et al. Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease. Ten-year follow-up from the nurses' health study. *N Engl J Med* 1991;325:756-762.
7. The Writing Group for the PEPI trial. Effects of hormone therapy on bone mineral density: Results from the postmenopausal estrogen/progestin Intervention Trial 1996;276:1389-1396.
8. Sherwing BB. Estrogen effects on cognition in menopausal women. *Neurology* 1997;48: (Suppl)S121-S26.
9. J Botella Lusía. La edad crítica: climaterio y menopausia. Editorial Salvat. Madrid, España. 1990.
10. Palacios S. Climaterio y menopausia. Editorial Mirpal, Madrid. 1993:9-15.
11. Onatra W, Sánchez F, Mesa E, et al. Epidemiología de la menopausia en Colombia: Estudio Cooperativo. *Rev Col Obstet Ginecol* 1994;45:20-28.
12. Mosca L, Banka C, Benjamín E, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Update. *Circulation* 2007;115:1-2113.
13. Mendelson M. and Lobo R. Cardiovascular health and the menopause - an approach for gynaecologists: an overview. *Climacteric* 2006;9(Suppl 1):1-5.
14. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. *J Womens Health* 2006;15: 35-44.
15. Rosano GM, Vitale C. and Tulli A. Managing cardiovascular risk in menopausal women. *Climacteric* 2006;9(Suppl 1):19-27.
16. Matthews KA, Crawford SL, Chae CU, et al. Are changes in cardiovascular disease risk factors in midlife due to chronological ageing or to menopausal transition? *JACC* 2009;54: 2366-2373.
17. Verhoeven MO, van der Mooren MJ, Teerlink T, et al. The influence of physiological and surgical menopause on coronary heart disease risk markers. *Menopause* 2009;16:37-49.
18. Thurson RC, Sowers MR, Sutton-Tyrrell K, et al. Abdominal adiposity and hot flashes among midlife women. *Menopause* 2008;15:429-434.
19. Geber IM, Sievert LL, Warren BA, et al. Hot flashes are associated with increased ambulatory systolic blood pressure. *Menopause* 2007; 14:308-315.
20. Bechlioulis A, Kalantaridou SN, Naka KK, et al. Endothelial functions, but not carotid intima-media thickness, is affected early in menopause and is associated with severity of hot flashes. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95: 1199-1206.
21. Gast GC, Grobbee DE, Pop VJ, et al. Menopausal complaints are associated with cardiovascular risk factors. *Hypertension* 2008;51: 1492-1498.
22. Blümel JE, Cano A, Onatra W, et al. A multinational study of sleep disorders during female mid-life. *Maturitas* 2012;4:359-366.
23. Gagnacci A, Volpe A, Arangino S, et al. Depression and anxiety in climacteric women: role of hormone replacement therapy. *Menopause* 1997;4:206-211.
24. Gagnacci A, Cannoletta F, Palma R, et al. Menopausal symptoms and risk factors for cardiovascular disease in post menopause. *Climacteric* 2012;15:157-162.
25. The practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Estrogen and Progestogen therapy in postmenopausal women. *Fertil Steril* 2004;82(1):S70-S80.
26. Gast GC, Grobber DE, Pop VJ, et al. Menopausal complaints are associated with cardiovascular risk factors. *Hypertension* 2008; 51:1492-1498.
27. Thurson RC, Sowers MR, Sutton-Tyrrell K, et al. Abdominal adiposity and hot flashes among midlife women. *Menopause* 2008;15:429-434.
28. Tuomikoski P, Mikkola TS, Hamalainen E, et al. Biochemical markers for cardiovascular disease in recently postmenopausal women with and without hot flashes. *Menopause* 2010;17:315-320.

29. Szmuiłowicz ED, Manson JE, Rossouw JE, et al. Vasomotor symptoms and cardiovascular events in postmenopause. *Menopause* 2011;18:603-610.
30. NIH. State of the Science Conference. Statement on management of menopause related symptoms. NIH. *Consensus State Sci Statements* 2005;22:1-38.
31. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, et al. The menopause rating scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric* 2000;3:50-58.
32. Palacios S, Ferrer-Barrientos J, Parrilla JJ, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina Clínica* 2004;122: 205-211.
33. Grandal CJ, Zheng Y, Crawford SL, et al. Presence of vasomotor symptoms is associated with lower bone mineral density: a longitudinal analysis. *Menopause* 2009;16:239-246.
34. Thruson RC, Sutton-Tyrrell K, Everson-Rose S, et al. Hot flashes and subclinical cardiovascular disease: findings from Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2009;16:860-869.
35. Politi MC, Schleinitz MD, Col NF, et al. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008;61:323-329.
36. Blumel JE, Chedraui P, Onatra W, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause* 2011;18:778-785.
37. Rodstrom K, Bengtsson C, Lissner L, et al. A longitudinal study of the treatment of hot flashes. *Menopause* 2002;9:156-161.
38. Monterrosa AC, Romero IP, Paternina AC. Manifestaciones músculo-articulares, y no las oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mujeres climatéricas del Caribe colombiano. *Salud Uninorte* 2010;26:179-188.
39. Pérez JA, García FC, Palacios S, et al. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas* 2009;62:30-36.
40. Fentiman IS, Allen D, Wheeler M, et al. The influence of premenopausal hormones on severity of climacteric symptoms and use of HRT. *Climacteric* 2006;9:135-45.