



Iatreia

ISSN: 0121-0793

revistaiatreia@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Monterrosa Castro, Álvaro; Paternina Caicedo, Ángel; Romero Pérez, Ivette  
La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico  
Iatreia, vol. 24, núm. 2, junio-agosto, 2011, pp. 136-145  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180522556003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico

Álvaro Monterrosa Castro<sup>1</sup>, Ángel Paternina Caicedo<sup>2</sup>, Ivette Romero Pérez<sup>3</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar con la escala MRS (*Menopause Rating Scale*) la frecuencia y gravedad de los síntomas menopáusicos presentes en un conjunto de mujeres saludables en la edad media de la vida.

**Metodología:** estudio transversal con aplicación de la escala MRS entre noviembre de 2006 y enero de 2009 a 1.215 mujeres saludables de 40-59 años de edad, originarias y residentes en distintas comunidades de la región Caribe colombiana. El grupo incluyó afrodescendientes, indígenas y mestizas (hispano-colombianas). Se las dividió en premenopáusicas, perimenopáusicas y postmenopáusicas.

**Resultados:** las molestias musculares y articulares, oleadas de calor, cansancio físico y mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, pero el síntoma predominante fue diferente en cada estado menopáusico. El cansancio físico y mental predominó en la premenopausia (58,9%), las molestias musculares y articulares en la perimenopausia (78,9%) y las oleadas de calor en la postmenopausia (83,2%). Se evidenció un deterioro progresivo de la calidad de vida, en todos los ítems evaluados, al pasar del estado premenopáusico al posmenopáusico. También se halló deterioro de la calidad de vida con el paso del estado premenopáusico al perimenopáusico en todos los ítems (con excepción de los problemas vesicales); de la perimenopausia a la posmenopausia se observó deterioro a expensas de oleadas de calor, problemas sexuales y de vejiga, sequedad vaginal y molestias músculo-articulares, en tanto que los puntajes de molestias cardíacas, trastornos del sueño, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental se redujeron en la posmenopausia, aunque permanecieron por encima de los puntajes de la premenopausia.

**Conclusiones:** Caracterizar los síntomas climatéricos y su comportamiento a lo largo de los estados menopáusicos permite establecer medidas de prevención y de intervención que mejoren la calidad de vida de la mujer en esta etapa.

<sup>1</sup> Médico ginecólogo. Profesor Titular, Jefe del Departamento de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

<sup>2</sup> Médico. Estudiante de la Maestría de Epidemiología Clínica. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, en convenio con la Universidad Nacional de Colombia.

<sup>3</sup> Médica ginecóloga. Cali, Colombia.

Correspondencia: Álvaro Monterrosa; alvaromonterrosa@gmail.com

Edificio City Bank Oficina 6-A. La Matuna, teléfono 57-5-66542211, fax: 57-5-6600084, móvil: 57-3157311275, Cartagena- Colombia

Recibido: julio 24 de 2010

Aceptado: octubre 30 de 2010

## PALABRAS CLAVE

*Calidad de Vida; Perimenopausia; Posmenopausia; Premenopausia; Menopausia*

## SUMMARY

### Quality of life in middle aged women varies with menopausal status

**Objective:** To determine, by means of the MRS scale (Menopause Rating Scale), the frequency and severity of menopausal symptoms in a group of healthy middle-aged, Colombian women.

**Methods:** A cross sectional study was carried out between November 2006 and January 2009. A survey form and the MRS were applied to 1.215 healthy women 40-59 years old, native and resident in different communities of the Colombian Caribbean coast, who were from African, indigenous or mestizo descent. According to their menopausal status they were divided into premenopausal, menopausal and postmenopausal.

**Results:** Joint and muscular discomfort, hot flashes, physical and mental exhaustion, and irritability were present in more than 60% of the whole group. The predominant symptom, however, differed according to the menopausal status: physical and mental exhaustion in premenopausal women (58.9%), joint and muscular discomfort in the perimenopausal ones (78.9%) and hot flashes during the postmenopause (83.2%). A gradual decline in the quality of life (QOL) was evident from premenopause through perimenopause to postmenopause. Deterioration in the QOL was found from premenopause to perimenopause in all items (with the exception of bladder problems). Decline was also observed from perimenopause to postmenopause centered on hot flashes, sex and bladder problems, vaginal dryness and joint and muscular discomfort. In contrast, the scores of heart discomfort, sleep disturbances, depressed mood, irritability, anxiety and physical and mental exhaustion decreased in the postmenopause although they remained higher than those of the premenopausal women.

**Conclusions:** Knowledge of the profile of climacteric symptoms and of their behavior through the

menopausal statuses is the basis for preventive strategies and appropriate interventions that improve the quality of life of women.

## KEY WORDS

*Quality of Life; Perimenopause; Postmenopause; Premenopause; Menopause*

## INTRODUCCIÓN

La transición desde la etapa reproductiva hasta un estado de pérdida de dicha capacidad se caracteriza básicamente por un agotamiento gradual y progresivo de los folículos ováricos. Se instala una falla ovárica normal, creciente e irreversible, con alteración en los procesos biológicos implicados en la síntesis ovárica de estrógenos y las consecuentes modificaciones en la síntesis y liberación hormonales; se presenta un desequilibrio endocrino que afecta negativamente a diferentes órganos y sistemas, lo que se traduce clínicamente en alteraciones en la regularidad de los ciclos menstruales y la aparición de algunos síntomas que alteran la calidad de vida. Las modificaciones endocrinas se documentan con una elevación sostenida de la hormona folículo-estimulante (FSH, por su sigla en inglés), acompañada de un descenso también persistente del estradiol, por la pérdida del mecanismo de retroalimentación negativa (1).

Diversas manifestaciones, agrupadas como síntomas climatéricos o menopáusicos, guardan relación directa o indirecta con el déficit fisiológico de estrógenos que se establece progresivamente en la edad media de la vida. Se destacan los síntomas vasomotores y, en especial, las oleadas de calor, sobre cuyos mecanismos fisiopatológicos aún existe controversia. También se presentan otros síntomas menopáusicos, ya sean de índole biológica como taquicardias, dolores musculares y articulares, alteraciones del sueño, sequedad vaginal y síntomas vesicales, o psicológica: depresión, cambios de hábito, cansancio mental y otros, a los que se les suele dar menos importancia (2). Algunos de estos síntomas menopáusicos pueden llegar a ser graves o muy graves y contribuyen a afectar negativamente la calidad de vida de la mujer; por lo tanto, es menester identificarlos correctamente, para proponer y aplicar

medidas preventivas y terapias correctivas. Debe tenerse en cuenta que la presencia y gravedad de los síntomas menopáusicos suele variar según las etnias y poblaciones (3).

Se han propuesto y utilizado varias escalas para identificar el deterioro de la calidad de vida de las mujeres en edad de menopausia; entre las más estudiadas están: *Black-Kupperman, Women's Health Questionnaire, Menopause-specific Qol Questionnaire (MENQOL)*, Escala Climatérica de Green, *Uthian Menopause Quality of Life Scale (UQOL)*, *Qualifenne, Menopausal Symptoms List (MSL)*, *Menopausal Quality of Life Scale (MQOL)*, Escala Cervantes y *Menopause Rating Scale (MRS)* (1,4).

El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia y gravedad de los síntomas menopáusicos presentes en mujeres saludables en edad media y establecer si varían según el estado menopáusico, y la magnitud en que se afecta la calidad de vida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Participantes

Se hizo un estudio transversal aplicando un formulario y la escala MRS, entre noviembre de 2006 y enero de 2009, a mujeres saludables entre 40 y 59 años de edad, tomadas de comunidades de la costa Caribe colombiana. Este grupo hace parte de un conjunto mayor de mujeres que conforman el proyecto de investigación CAVIMEC (estudio que evalúa la Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), y también hace parte de la base de datos del proyecto de investigación de la Red Latinoamericana para el Estudio del Climaterio y la Menopausia (REDLINC).

El conjunto de mujeres involucradas en la presente evaluación está integrado por afrodescendientes, indígenas y mestizas (hispano-colombianas), todas nacidas y residentes en la costa atlántica (Caribe) colombiana.

Las mujeres afrodescendientes, o de raza negra, son hijas de padre y madre de dicha raza, naturales y residentes en el municipio de San Cayetano, sus corregimientos y veredas rurales circunvecinas, en jurisdicción del municipio de San Juan Nepomuceno, en el área de los Montes de María, del departamento de

Bolívar, Colombia. Las poblaciones son asentamientos de individuos de raza negra, sin mezcla con otras razas y de estrato socioeconómico bajo, descendientes directos de africanos traídos como esclavos en la época de la colonia.

Las mujeres indígenas pertenecen a la etnia Zenú, son hijas de padre y madre indígenas. Están circunscritas al resguardo indígena de San Andrés de Sotavento, son naturales y residentes en los poblados rurales de Viales, Patio Bonito, Cruz del Guayabo y Carretal, pertenecientes al municipio de Tuchín en el Departamento de Córdoba, Colombia. Las poblaciones son asentamientos ancestrales de indígenas nativos, sin mezclas con otras razas y de estrato socioeconómico bajo.

Las mujeres mestizas o hispano-colombianas son un grupo heterogéneo urbano cuyas características raciales no son específicamente indígenas ni afrodescendientes, con padres y madres que no sean claramente indígenas o negros. Muy probablemente son descendientes multiétnicas, producto de la gran mezcla de razas y etnias sucedida en los últimos quinientos años a consecuencia de las numerosas y diversas migraciones. La diversidad étnica no permite catalogarlas como mujeres de raza blanca. Son naturales y residentes en la ciudad de Cartagena, Colombia, asentadas en barriadas periféricas de estrato socioeconómico bajo. Esta población de mujeres mestizas hispano-colombianas hace parte del estudio REDLINC III y IV, que adelanta el Grupo Colaborativo para el estudio del Climaterio en Latinoamérica (4,5).

Un grupo de encuestadoras se desplazó a las comunidades y, mediante una visita puerta a puerta, fue definiendo inicialmente a las mujeres candidatas para el estudio. Como criterios de inclusión se usaron: la edad entre 40 y 59 años, el deseo inicial de participar y el aspecto étnico.

Con las mujeres identificadas se concertó una próxima visita. En ella se les explicaron ampliamente el formulario y la escala de calidad de vida. Seguidamente se las interrogó para averiguar si habían comprendido adecuadamente la actividad que se iba a efectuar. Si la respuesta era afirmativa, se les aplicó el formulario que incluía datos como: edad, edad de menopausia, años de escolaridad, paridad, hábito de fumar y uso de terapia hormonal; se aplicó también

la escala de calidad de vida *Menopause Rating Scale* en su versión en lengua española (6), que ha sido previamente validada en diferentes estudios (7,8).

### **Menopause Rating Scale (MRS)**

*Menopause Rating Scale* es una escala específica de síntomas menopáusicos. Está compuesta por 11 puntos o ítems de síntomas que se agrupan en tres subescalas o dimensiones: 1) Somático-vegetativa. 2) Psicológica. 3) Urogenital. La dimensión somático-vegetativa evalúa la presencia y gravedad de las oleadas de calor, molestias cardíacas, alteración del sueño y dolencias músculo-articulares. La dimensión psicológica evalúa la presencia y gravedad del estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico y mental. La dimensión urogenital define la presencia y gravedad de los problemas sexuales y de vejiga y de la sequedad vaginal.

Cada uno de los 11 ítems se califica como: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave) y 4 (muy grave). La sumatoria de las medias de los ítems definidos establece el puntaje 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. Cuanto mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida (9).

### **Definición del estado menopáusico**

Se consideró como mujeres en premenopausia a las que presentaban ciclos menstruales regulares, por tanto, con oscilaciones inferiores a siete días. Mujeres en perimenopausia a las que presentaban ciclos irregulares, o sea, con oscilaciones superiores a siete días. Mujeres en posmenopausia a las que no habían presentado menstruaciones en los doce meses previos.

### **Análisis estadístico**

El análisis se hizo con Stata (Stata 11; Stata Corporation; TX, USA). Los datos se expresan en medias con desviación estándar ( $\pm$  DE) para datos continuos y en porcentajes para datos categóricos. Se realizaron los test no-paramétricos correspondientes para comparar los resultados de cada ítem, de cada dominio y del puntaje total de la MRS. Se hizo chi-cuadrado para comparar datos categóricos. Una p menor de 0,05 se consideró estadísticamente significativa.

## **RESULTADOS**

De las 1.343 mujeres identificadas se excluyeron 86 (6,4%) porque finalmente no desearon participar, manifestaron no comprender adecuadamente los diferentes ítems de la herramienta que se iba a aplicar o no se las pudo localizar nuevamente. Se llenaron 1.257 formularios. De estos 42 (3,3%) estaban incompletos o mal diligenciados, por lo que se los excluyó. Por lo tanto, en esta evaluación se incluyen 1.215 mujeres: 444 (36,5%) indígenas zenúes, 394 (32,4%) afrodescendientes y 377 (31,0%) mestizas.

Las características demográficas se presentan en la tabla n.<sup>o</sup> 1. La edad promedio de toda la población incluida en el estudio fue  $49,7 \pm 5,9$  años. Dicha edad fue  $44,2 \pm 3,6$  en las mujeres con ciclos menstruales regulares,  $47,9 \pm 4,0$  en las que presentaban ciclos irregulares y  $54,5 \pm 3,3$  en las que tenían 12 o más meses de amenorrea.

Considerando todo el grupo en su conjunto y los tres subgrupos, según el estado menopáusico, aproximadamente entre 20% y 30% eran mujeres casadas. La paridad promedio también era similar en los tres subgrupos. El hábito de fumar se encontró en el 11,7% de las premenopáusicas, 24,2% de las perimenopáusicas y 9,3% de las posmenopáusicas, con diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,032$ ).

Es baja la escolaridad de la población estudiada: globalmente el 60% tenía menos de siete años de estudios. Al analizar los grupos según el estado menopáusico, se halló que el porcentaje de mujeres con escolaridad superior a cinco años fue menor entre las posmenopáusicas (18%), intermedio en las perimenopáusicas (28%) y mayor en las premenopáusicas (45%).

En la tabla n.<sup>o</sup> 2 se presentan los puntajes promedio de síntomas menopáusicos (*Menopause Rating Scale*) del grupo total y de cada uno de los tres subgrupos. El puntaje promedio de diez de los once ítems de esta escala se incrementa con el paso del estado premenopáusico al perimenopáusico, lo que indica un deterioro de la calidad de vida. No se observa incremento en el puntaje promedio de los problemas vesicales.

En el cambio desde la perimenopausia hacia la posmenopausia se observa un aumento en el puntaje promedio de las oleadas de calor, problemas sexuales y de vejiga, sequedad vaginal y molestias músculo-articulares ( $p < 0,05$ ).

**Tabla n.º 1. Características demográficas de 1.215 pacientes de 40-59 años**

Características	Premenopausia n = 451 (37,1%)	Perimenopausia n = 190 (15,6%)	Posmenopausia n = 574 (47,3%)	Todas 1.215 (100%)	Valor de p
Edad*	44,2 ± 3,6	47,9 ± 4,0	54,5 ± 3,3	49,7 ± 5,9	< 0,001
Estado civil**					< 0,001
Casadas	124 (27,8%)	56 (29,5%)	118 (20%)	298 (24,5%)	
Unión libre	228 (51,1%)	95 (50%)	358 (61,8%)	681 (56,0%)	
Paridad *	3,1 ± 1,8	4,2 ± 2,6	4,2 ± 2,1	3,8 ± 2,1	< 0,001
Tabaquismo					0,032
Nunca	316 (70,9%)	122 (64,2%)	345 (59,6%)	783 (64,4%)	
Alguna vez	78 (17,5%)	54 (28,4%)	180 (31,1%)	312 (25,7%)	
Fumadoras	52 (11,7%)	46 (24,2%)	54 (9,3%)	120 (9,9%)	
Escolaridad*	6,4 ± 4,1	4,8 ± 3,8	3,9 ± 3,5	4,9 ± 4,0	< 0,001
Escolaridad primaria	55,5%	72,6%	81,9%	663 (59,6%)	< 0,001
Etnia					< 0,001
Afrodescendiente	176 (39,5%)	87 (45,8%)	131 (22,6%)	394 (32,4%)	
Indígena Zenú	92 (20,6%)	57 (30,0%)	295 (50,9%)	444 (36,5%)	
Hispano-colombiana	52 (11,7%)	46 (24,2%)	153 (26,4%)	377 (31,0%)	

\* Se realizó el test no-paramétrico de Kruskal-Wallis para comparación de muestras independientes.

\*\* Se incluyeron en el análisis ji-cuadrado todos los estados civiles (solteras, viudas, y separadas), por lo que la sumatoria de casadas y unión libre no es 100%.

**Tabla n.º 2. Puntaje promedio de síntomas menopáusicos (Menopause Rating Scale) y desviación estándar**

Síntomas menopáusicos	Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia	Todas	Valor de p
Oleadas de calor	0,8 ± 0,9	1,5 ± 1,0	1,7 ± 0,9	1,3 ± 1,0	< 0,001
Molestias cardíacas	0,3 ± 0,7	0,8 ± 0,8	0,7 ± 0,9	0,5 ± 0,7	< 0,001
Trastornos del sueño	0,6 ± 0,9	0,9 ± 1,1	0,9 ± 1,0	0,8 ± 1,0	< 0,001
Estado de ánimo depresivo	0,6 ± 0,9	0,9 ± 1,1	0,8 ± 0,9	0,7 ± 0,9	0,029
Irritabilidad	0,7 ± 0,8	1,1 ± 0,9	0,9 ± 0,8	0,8 ± 0,8	< 0,001
Ansiedad	0,5 ± 0,8	0,8 ± 1,0	0,7 ± 0,8	0,6 ± 0,9	< 0,001
Cansancio físico y mental	1,1 ± 1,0	1,4 ± 0,9	1,2 ± 0,9	1,2 ± 1,0	< 0,001
Problemas sexuales	0,3 ± 0,5	0,7 ± 0,8	1,0 ± 0,9	0,7 ± 0,9	< 0,001
Problemas de vejiga	0,5 ± 0,8	0,5 ± 0,8	1,6 ± 1,3	1,0 ± 1,2	< 0,001
Sequedad vaginal	0,5 ± 0,9	0,7 ± 0,9	1,0 ± 1,0	0,8 ± 1,0	< 0,001
Molestias músculo-articulares	1,1 ± 1,1	1,7 ± 1,1	1,9 ± 1,3	1,6 ± 1,3	< 0,001

\* Se realizó el test no-paramétrico de Kruskal-Wallis para comparación de muestras independientes.

Los puntajes de los once ítems aumentan al comparar el grupo en premenopausia con el grupo en posmenopausia. El puntaje promedio de los problemas de vejiga es el que más aumenta: es igual en los grupos de premenopáusicas y perimenopáusicas ( $0,5 \pm 0,8$ ) y alcanza  $1,6 \pm 1,3$ , en las mujeres con más de doce meses de amenorrea, diferencia estadísticamente significativa. También tienen un incremento notorio, en orden de importancia, las oleadas de calor, las molestias músculo-articulares y los problemas sexuales. Los puntajes promedio de las oleadas de calor, los problemas sexuales, la sequedad vaginal y las molestias músculo-articulares presentaron un aumento constante al pasar de la premenopausia a la perimenopausia y de esta a la posmenopausia. Los puntajes promedio de las molestias cardíacas, los trastornos del sueño, el estado de ánimo depresivo, la irritabilidad, la ansiedad y el cansancio físico y mental, que se incrementan de la premenopausia a la perimenopausia, se reducen nuevamente en la

posmenopausia aunque permanecen mayores que los puntajes de las premenopáusicas.

Los síntomas menopáusicos presentes en más del 60% del grupo total fueron, en orden de frecuencia (tabla n.º 3): molestias músculo-articulares (72,9%), oleadas de calor (70,4%), cansancio físico y mental (68,8%) e irritabilidad (62,0%). No obstante, la frecuencia de los síntomas menopáusicos varió según el estado menopáusico. El más frecuente en la premenopausia fue el cansancio físico y mental (58,9%). En la perimenopausia predominaron las molestias musculares y articulares (78,9%), mientras que en la posmenopausia las oleadas de calor se manifestaron en el 83,2%.

El 70,4% del grupo total informó tener oleadas de calor (tabla n.º 3), síntoma menopáusico cuya frecuencia aumenta con el cambio en el estado menopáusico: 52,2% en la premenopausia, 66,3% en la perimenopausia y 83,2% en la posmenopausia.

**Tabla n.º 3. Frecuencia de presentación (%) de los síntomas menopáusicos**

Síntomas menopáusicos	Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia	Todas
Oleadas de calor	52,2	33,6	83,2	70,4
Molestias cardíacas	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

Al considerar solamente la presencia de síntomas menopáusicos graves o muy graves (tabla n.º 4), las manifestaciones más frecuentes, tanto en el grupo total como en cada uno de los subgrupos, fueron las molestias musculares y articulares, presentes en el 29,6% del grupo total. El porcentaje aumentó del 19,1% en la premenopausia al 34,7% en la perimenopausia y al 35,9% en la posmenopausia. La tabla n.º 4 presenta

el comportamiento, según los estados menopáusicos, de todos los síntomas menopáusicos graves o muy graves.

El puntaje global de la MRS se elevó con el cambio de estado menopáusico (tabla n.º 5): en la premenopausia fue  $7,5 \pm 5,2$ , en la perimenopausia  $11,7 \pm 4,7$  y en la posmenopausia  $12,8 \pm 5,4$ . Igual comportamiento de deterioro creciente tuvo el

puntaje promedio en las dimensiones urogenital y somático-vegetativa. Por su parte, la dimensión psicológica se deterioró de la premenopausia a la perimenopausia y el deterioro se redujo levemente

en la postmenopausia. Todas las comparaciones por dominios y de puntaje total de la MRS, en cada uno de los subgrupos de estudio, fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

**Tabla n.º 4. Frecuencia de presentación (%) de los síntomas menopáusicos graves y muy graves**

Síntomas menopáusicos	Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia	Todas
Oleadas de calor	4,3	13,2	11,9	9,3
Molestias cardíacas	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

**Tabla n.º 5. Puntaje promedio y desviación estándar de las varias dimensiones y global**

Dimensiones	Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia	Todas	Valor de p*
Somática	$3,0 \pm 2,5$	$5,1 \pm 2,5$	$5,4 \pm 2,6$	$4,4 \pm 2,7$	< 0,001
Psicológica	$3,1 \pm 2,6$	$4,4 \pm 2,8$	$3,8 \pm 2,5$	$3,6 \pm 2,6$	< 0,001
Urogenital	$1,3 \pm 2,0$	$2,0 \pm 2,1$	$3,7 \pm 3,0$	$2,6 \pm 2,8$	< 0,001
Puntaje global	$7,5 \pm 5,2$	$11,7 \pm 4,7$	$12,8 \pm 5,4$	$10,7 \pm 5,8$	< 0,001

\* Se realizó el test no-paramétrico de Kruskal-Wallis para comparación de muestras independientes.

## DISCUSIÓN

En las últimas dos décadas se ha reconocido la importancia de los cambios físicos, emocionales y sociales de la mujer de edad media en cuanto a su salud a largo plazo y su percepción de bienestar (10). Los síntomas asociados a la menopausia se han relacionado con un impacto negativo en la calidad de vida de la mujer (4,11,12). La mayoría de los estudios sobre los síntomas climatéricos se han llevado a cabo en mujeres de origen europeo (2), a la luz del cuadro clásico conocido de la transición menopáusica; sin

embargo, estudios recientes han mostrado variaciones significativas en la experiencia de estos síntomas en diferentes culturas y poblaciones (13).

En nuestro estudio más del 60% de las participantes manifestaron molestias musculares y articulares, oleadas de calor, cansancio físico y mental e irritabilidad, pero el síntoma predominante difirió según el estado: cansancio físico y mental en la premenopausia (58,9%), molestias musculares y articulares en la perimenopausia (78,9%) y oleadas de calor en la posmenopausia (83,2%). En 2007,

Chedraui (7) aplicó la escala MRS en 300 mujeres en Guayaquil, Ecuador, y encontró las molestias músculo-articulares como el síntoma más frecuente (77%), seguidas por la depresión (74,6%), los problemas sexuales (69,6%), las oleadas de calor (65,5%) y los trastornos del sueño (45,6%). Señaló un aumento en la tasa de síntomas de un estado menopáusico al siguiente especialmente de la perimenopausia a la posmenopausia y un aumento en el puntaje total, así como por subescalas, con relación al estado menopáusico. Estos datos se correlacionan con los de nuestro estudio que muestran un deterioro progresivo de la calidad de vida evidenciado en el puntaje de todos los ítems, así como en el puntaje global de la MRS, al pasar del estado premenopáusico al posmenopáusico.

En un estudio de 1.189 mujeres de 40-60 años en Nigeria (14) aplicando la escala MRS se encontró también que las molestias músculo-articulares eran el síntoma más frecuente (59%). Los puntajes totales de la MRS se asociaron de manera significativa con el estado menopáusico ( $p < 0,0001$ ). Las perimenopáusicas y posmenopáusicas tenían mayores puntajes que las premenopáusicas ( $p < 0,0001$ ), pero la diferencia entre las perimenopáusicas y las posmenopáusicas no fue estadísticamente significativa. Los puntajes en cada una de las dimensiones somático-vegetativa, psicológica y urogenital se asociaron significativamente al estado menopáusico.

En un estudio en Malasia (15), hecho en 356 mujeres de 40 a 65 años a quienes se les aplicó la escala MRS, los tres síntomas menopáusicos más frecuentes fueron: molestias músculo-articulares (80,1%), cansancio físico y mental (67,1%) y trastornos del sueño (52,2%); la mayoría de los síntomas de la escala somática y psicológica se presentaron en el grupo perimenopáusico. Los síntomas urogenitales ocurrieron más en las posmenopáusicas. En el informe de este estudio no se presentan los puntajes promedio de cada síntoma, sino solo los porcentajes.

No se pueden comparar nuestros resultados con los de algunos estudios de calidad de vida usando la MRS porque estos se hicieron solamente en mujeres posmenopáusicas (12,16) o no se consideraron las diferencias por estado menopáusico (4,17,18); de ahí la importancia de los hallazgos del presente estudio. Otros estudios (19-21) establecen diferencias por estado menopáusico, evaluando con escalas

diferentes a la MRS y de compararlo se pueden extraer algunas conclusiones. El estudio SWAN (19) (*Study of Women's Health Across the Nation*) evaluó la calidad de vida en una cohorte multiétnica en Estados Unidos aplicando la escala SF-36. En los análisis ajustados para edad cronológica y tiempo de menopausia, el estado menopáusico fue significativo para todos los dominios evaluados: la mayor reducción de funcionamiento se halló en las perimenopáusicas tempranas y tardías y en las posmenopáusicas comparadas con las premenopáusicas. Sin embargo, al ajustar por síntomas, el dominio emocional no se relacionó con el estado menopáusico, y los dominios de vitalidad y dolores corporales no se relacionaron con el estado al ajustar por terapia de reemplazo hormonal. El estado menopáusico sólo se relacionó de manera independiente con las limitaciones físicas evaluadas en el dominio funcional.

Budakoglu y colaboradores (20) aplicaron las escalas MRS y SF-36 en 338 mujeres en Turquía; la comparación entre los estados menopáusicos y los puntajes de SF 36 mostró deterioro de la calidad de vida del estado premenopáusico al posmenopáusico; estos autores no presentaron datos de mujeres en perimenopausia.

En Beijing, China, se realizó un estudio (21) con 638 pacientes clasificadas como premenopáusicas, perimenopáusicas o posmenopáusicas, con los mismos criterios utilizados en nuestro estudio, pero aplicando la escala MENQOL que consta de 29 ítems en cuatro dominios: físico, psicosocial, sexual y vasomotor, calificados de 1 a 8; a mayor puntaje corresponde peor calidad de vida. Encontraron un incremento en el deterioro de la calidad de vida de la premenopausia a la perimenopausia y a la posmenopausia. En el grupo perimenopáusico la calidad de vida en los dominios sexual y vasomotor se deterioraba con la edad. En el grupo posmenopáusico, con el aumento en el número de años después de la menopausia disminuía el puntaje en el dominio sexual y los otros tres dominios presentaban una leve mejoría. Después de ajustar por índice de masa corporal (IMC), edad y otras variables, los puntajes de MENQOL mostraron diferencias significativas en todos los dominios entre los estados menopáusicos. Los menores puntajes se presentaron en premenopáusicas. Los dominios vasomotor, psicosocial y físico presentaron sus puntajes más altos en la menopausia temprana (menos de cinco años de ausencia de menstruaciones),

mientras que los puntajes en las menopáusicas tardías (más de cinco años de ausencia de ciclos) fueron similares a los del grupo premenopáusico. Aunque este estudio evalúa con otra escala de calidad de vida en una población étnica y culturalmente distinta, sus resultados apoyan el comportamiento diferente de los síntomas que nuestro estudio reveló según los estados menopáusicos. En nuestros datos se ve un deterioro de la calidad de vida en todos los ítems (con excepción de los problemas vesicales) con el paso del estado premenopáusico al perimenopáusico, pero de la perimenopausia a la posmenopausia solo se observa deterioro en los ítems oleadas de calor, problemas sexuales y de vejiga, sequedad vaginal y molestias músculo-articulares, en tanto que los puntajes de molestias cardíacas, trastornos del sueño, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental se reducen levemente (mejoría) en la posmenopausia, aunque permanecen más altos que los de las premenopáusicas.

Esto resalta la importancia de caracterizar los síntomas climatéricos y su comportamiento en los diferentes estados menopáusicos en cada población para establecer medidas de prevención e intervención conducentes a brindar una atención óptima en esta etapa de la vida de la mujer de modo que se mejore la calidad de la misma.

Sería ideal utilizar un estudio de cohortes para seguir a las pacientes premenopáusicas a lo largo de su transición hacia la menopausia, y esta puede ser una de nuestras limitaciones. Sin embargo, ese tipo de estudio es difícil de efectuar en grandes muestras poblacionales dado el alto grado de motivación que requieren los participantes para sostener la cohorte. Otra de nuestras limitaciones puede ser el no haber hecho ajustes por índice de masa corporal, niveles hormonales, dieta, estilo de vida y otros factores relacionados con síntomas climatéricos más intensos; por lo tanto, se requieren nuevos estudios en los que se controlen otras variables para definir el papel del estado menopáusico en los síntomas climatéricos.

## CONCLUSIÓN

El estudio de la calidad de vida de las mujeres en menopausia se debe extender desde el ámbito poblacional hasta el individual, en los programas de

atención primaria. El entendimiento de los síntomas climatéricos y de cómo afectan dicha calidad puede contribuir a mejorar la atención, a descubrir estrategias para el tratamiento de los síntomas y a promover estilos de vida que disminuyan su incidencia y gravedad.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar.

## AGRADECIMIENTO

El presente artículo hace parte del Proyecto de Investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), adelantado por el Grupo de Investigación SALUD DE LA MUJER, avalado por la Universidad de Cartagena y Categorizado B (2010) por Colciencias. Parte de este estudio está financiado por el aporte a sostenimiento de grupos, realizado por la Universidad de Cartagena (Cartagena, Colombia).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Speroff L. The perimenopause: definitions, demography, and physiology. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2002 Sep;29(3):397-410.
2. Hunter M, Rendall M. Bio-psychosocio-cultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007 Apr; 21(2):261-74.
3. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med.* 2001 Feb;52(3):345-56.
4. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas.* 2008 Dec;61(4):323-9.
5. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 16(6):1139-48.
6. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes.* 2003 Jan; 1:28.

7. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2007 Jul;57(3):271-8.
8. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P, Gomez B, Valdez C. Quality of life impairment among postmenopausal women varies according to race. *Gynecol Endocrinol*. 2009 Aug;25(8):491-7.
9. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LAJ, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Jan;2:45.
10. Kagawa-Singer M, Adler SR, Mouton CE, Ory M, Underwood LG. Use of focus groups in multi-site, multi-ethnic research projects for women's health: a Study of Women Across the Nation (swan) example. *Ethn Dis*. 2009 Jan; 19(3):352-8.
11. Bankowski BJ, Gallicchio LM, Whiteman MK, Lewis LM, Zácur HA, Flaws JA. The association between menopausal symptoms and quality of life in midlife women. [Internet]. *Fertil Steril*. 2006 Oct;86(4):1006-8.
12. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009 Feb; 62(2):153-9.
13. Avis NE, Brockwell S, Colvin A. A universal menopausal syndrome?. *Am J Med*. 2005 Dec;118 Suppl(12B):37-46.
14. Olaolorun FM, Lawoyin TO. Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause*. 2009 Jul;16(4):822-30.
15. Rahman SASA, Zainudin SR, Mun VLK. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pac Fam Med*. 2010 Jan;9(1):5.
16. Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: a population study. *Qual Life Res*. 2010 Aug; 19(6):813-9.
17. Krajewska K, Krajewska-Kułak E, Heineman L, Adraniotis J, Chadzopulu A, Theodosopoyloy E, et al. Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS Scale. Preliminary report. *Adv Med Sci*. 2007 Jan;52 Suppl 1140-3.
18. Prado A M del, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa J R, Flores D, Blumel M JE. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Rev Med Chil*. 2008 Dec;136(12):1511-1517.
19. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009 Sep;16(5):860-9.
20. Budakoğlu II, Ozcan C, Eroğlu D, Yanık F. Quality of life and postmenopausal symptoms among women in a rural district of the capital city of Turkey. *Gynecol Endocrinol*. 2007 Jul;23(7):404-9.
21. Chen Y, Lin S-Q, Wei Y, Gao H-L, Wang S-H, Wu Z-L. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause*. 2008 Jan;15(1):144-9.

