Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Hospital de la Mujer de Puebla

Nombre de la Tesis:

“Comorbilidades y Calidad de vida durante el Climaterio”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Blanca Gabriela Puig Morales

Asesor Experto:

Dr. Erick Alejandro Varela Gutiérrez

Asesor Metodológico:

Dra. Alma Carolina Flores Hernández

Heroica Ciudad de Puebla de Zaragoza. Febrero 2020.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Hospital de la Mujer de Puebla

Nombre de la Tesis:

“Comorbilidades y Calidad de vida durante el Climaterio”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Blanca Gabriela Puig Morales

Asesor Experto:

Dr. Erick Alejandro Varela Gutiérrez

Asesor Metodológico:

Dra. Alma Carolina Flores Hernández

Heroica Ciudad de Puebla de Zaragoza. Febrero 2020.

ÍNDICE

	PÁGINA
1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. ANTECEDENTES	7
3.1. ANTECEDENTES GENERALES	7
3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	26
4. JUSTIFICACIÓN	39
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
6. OBJETIVOS	40
6.1 OBJETIVO GENERAL	40
6.2. OBJETIVOS PARTICULARES	40
7. MATERIAL Y MÉTODOS	41
8. RESULTADOS	42
9. DISCUSIÓN	52
10. CONCLUSIONES	55
11. ANEXO	56
12. REFERENCIAS	59

RESUMEN

La menopausia es un evento fisiológico que marca el final de la vida reproductiva en la mujer. Se acompaña de signos y síntomas, que tiene impacto en la calidad de vida de las mujeres. La presencia de enfermedades agregadas puede disminuir la calidad de vida en esta etapa.

OBJETIVOS: Analizar si las comorbilidades tienen un impacto en el deterioro de la calidad de vida en las pacientes durante la postmenopausia. **MÉTODOS:** Realizamos un estudio analítico, transversal, ambipectivo, observacional, no experimental, comparativo en mujeres que acudieron a consulta por síndrome climatérico en el Hospital de la Mujer de Puebla, con muestreo probabilístico por conveniencia. **RESULTADOS:** Se incluyeron 117, el grupo sin comorbilidad fue de 53 (45.2%) y con comorbilidad asociada de 64 (54.7%). A nivel global el 65 % de las pacientes se encontraron en la clasificación de calidad moderadamente baja, el 30 % medio normalidad y el 5 % muy bajo. Se encontraron diferencias entre ambos grupos sin y con comorbilidades, en Calidad de vida medio- normalidad, 48.1vs 14.06% (n: 26vs9); moderadamente bajo 50 vs 77.7% (27vs49) y muy bajo 1.9 vs 7.8% (1vs7). El subdominio con mayor afectación en ambos grupos fue la sintomatología vasomotora: 65.6% en el grupo con comorbilidades y 52.8% en el de sanas (n 42 y 28). Encontramos un valor de p=0.008 para la variable comorbilidad y calidad de vida por lo cual aceptamos la hipótesis de investigación donde dice que las comorbilidades disminuyen la calidad de vida de las pacientes durante la menopausia. **CONCLUSIÓN:** De acuerdo a los concluimos que a mayor comorbilidad menor calidad de vida. Por lo que sugerimos q se lleve a cabo una valoración multidisciplinaria, establecer un diagnóstico oportuno, estrategias terapéuticas y establecer acciones preventivas recomendadas por la Guía de Práctica para el diagnóstico y tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia.

INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento, las personas percibimos cambios asociados a nuestros procesos de desarrollo y crecimiento. Cada una de estas etapas nos afecta de manera diferente. (1)

Se define a la menopausia de manera retrospectiva como la ausencia de la menstruación por 12 meses. (7) La edad promedio en México, de presentación de la menopausia se da en los 47.6 años con un rango de edad entre 41 y 55 años. (11). En nuestro país adquiere importancia debido a la transición demográfica, asociada al incremento de la esperanza de vida. Este cambio se debe a la disminución de la sensibilidad ovárica al estímulo con hormona gonadotropina, que está relacionada directamente con el desgaste folicular. El estado posmenopáusico se caracteriza por un aumento de FSH y LH, estradiol bajo y progesterona, y niveles bien conservados de testosterona. (22,24)

El síndrome climatérico es un grupo de signos y síntomas que preceden y siguen posterior a la menopausia. (32)

Los síntomas que se presentan en la transición a la menopausia ocurren en más del 85% de las mujeres incluyen: síntomas vasomotores, resequedad vaginal, dispareunia, aumento en la frecuencia y urgencia urinaria, y otros síntomas con diferentes grados de severidad que complican la vida de las mujeres. Más del 20% reportan sintomatología significativa. (22)

Esta etapa no debe considerarse como enfermedad o compromiso en la salud, el manejo de estas pacientes, al hablar de calidad de vida, debe integrar diferentes perspectivas con un elevado nivel de subjetividad. Por tal motivo es importante mantener una vigilancia estrecha en las mujeres sobre el impacto de los signos y síntomas del climaterio en su calidad de vida. LA OMS 1994 define como Calidad de Vida a “las percepción individual que tiene el ser humano en su posición de vida y dentro del contexto de cultura y sistemas de valores en el que se desenvuelven

en relación con sus propósitos, metas y expectativas". En México se han realizado estudios a nivel local en Chiapas, Xalapa y Tampico con diferentes enfoques, que el conocimiento de las mujeres sobre la menopausia tiene un impacto en las pacientes sobre la aceptación de la etapa de la vida en la que se encuentran [74], y la relación que tiene la gravedad de la sintomatología con las variables sociales, demográficas y del grupo de familia [73]. Una escala diseñada, aplicada y validada en España, también se ha aplicado en países latinoamericanos. La Escala Cervantes se conoce como el primer cuestionario desarrollado y adaptado para evaluar la correlación entre la calidad de vida en la menopausia en las mujeres españolas. [71,72]

La perimenopausia es una ventana de oportunidad de intervención para mejorar el nivel de la calidad de vida de las mujeres a corto y largo plazo.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

Desde que nacemos las personas vivimos cambios en relación a la evolución de desarrollo y crecimiento. Transitando por diferentes etapas tales como la niñez, la pubertad, la adolescencia, la adultez, y el envejecimiento. El impacto que cada una de las etapas mencionadas va a depender de nuestro estado físico y emocional; y al mismo tiempo está asociado a cambios y transformaciones independientes que dependen de la genética y de su asociación a los diferentes contextos sociales, familiares y culturales en los que nos haya tocado nacer. (Ferreras Blanco & Olvera , 2014) [(1)]

La menopausia es una etapa en la vida de la mujer en donde se conjugan una cadena de eventos que repercuten en su calidad de vida y al mismo tiempo es complejo definir el amplio espectro de esta etapa.

Los signos y síntomas que se manifiestan durante el climaterio generan un problema de salud que exige la atención de las mujeres de edad mediana para mantener un buen nivel en su calidad de vida. Así es que durante los últimos años ha aumentado el interés por parte de los investigadores para estudiar la calidad de vida relacionada con salud de las mujeres durante esta etapa, lo que ha permitido contar hoy en día con una amplia variedad de investigaciones dirigidas a describir los síntomas que las mujeres presentan y muchas otras que reportan el impacto de estos en relación a la calidad de vida y la salud. [(2)]

La transición a la menopausia es experimentada por 1.5 millones de mujeres cada año y con frecuencia involucra síntomas molestos que incluyen síntomas vasomotores, sequedad vaginal, disminución de la libido, insomnio, fatiga y dolor articular [(3).] Intentar definir menopausia en tan complejo por las múltiples de variables que modifican esta etapa de la vida. Sin embargo de forma tradicional se puede definir como el último periodo menstrual, que se confirma pasados de 12 meses seguidos de amenorrea. Se trata de un evento natural, asociado a la reducción de la función ovárica, resultando en alteraciones hormonales, primariamente disminución del nivel de estrógenos. [(4)]

Las mujeres generalmente pasan el último tercio de su vida en la menopausia, después de que sus años reproductivos hayan terminado. Durante la menopausia, las mujeres experimentan una variedad de síntomas predecibles y afecciones relacionadas con los cambios que se presentan a diferentes niveles de hormonas sexuales y el envejecimiento [5]. La transición menopáusica precede a la menopausia por varios años y generalmente se identifica una irregularidad del ciclo menstrual y por los sofocos y los sudores nocturnos. Después de la menopausia, predominan los síntomas genitourinarios, que incluyen atrofia y sequedad vulvovaginal y síntomas de la vía urinaria inferior, incluida la urgencia urinaria, aumento en la frecuencia y la nicturia. El tratamiento hormonal es efectivo para la sintomatología genitourinaria y vasomota, pero la comprensión de su impacto en la enfermedad cardiovascular, la disfunción cognitiva y la depresión continúa evolucionando [4,5].

La Guía de Práctica Clínica de nuestro país define como Menopausia a la etapa en la vida de la mujer, que marca el desenlace de su vida reproductiva que concluye con la ausencia de su periodo menstrual durante al menos 12 meses, definiendo como natural a la que aparece a partir de los 40 años de edad. Síndrome climatérico es definido como un conjunto de signos y síntomas que se presentan en la peri y posmenopausia, en donde se presentan síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, alteraciones psicológicas y atrofia genital.

La etapa de transición a la menopausia inicia con la aparición de cambios en duración del ciclo menstrual y una elevación de la hormona folículo estimulante (FSH) sin aumento de la hormona Luteinizante (LH) y termina con el cese de la menstruación por 12 meses.

Perimenopausia: etapa alrededor de la menopausia, que inicia al mismo tiempo de la Transición a la menopausia y acaba al año después del último período menstrual.

Postmenopausia: etapa que inicia al año de la ausencia de la menstruación y termina en el fin de la vida.

Posmenopausia temprana: etapa que comprende de tiempo entre los 5 años después del último ciclo menstrual. [6]

EPIDEMIOLOGIA

La menopausia se define de manera retrospectiva como el cese espontáneo de la menstruación por 12 meses. Mundialmente, la mayor parte de las mujeres que inicia la menopausia ocurre en un rango que comprende los 49 y 52 años. [7] En los Estados Unidos de Norteamérica la edad media de la menopausia se encuentra en los 51 años. [8]. Se estima que en este país 6000 mujeres alcanzan la menopausia a diario y con el aumento de la expectativa de vida, vivirán aproximadamente el 40% de sus vidas en el periodo postmenopausia. [9]

Con el incremento en la esperanza de vida (de 49 a 77.6 años) y la disminución de la mortalidad perinatal, la población que supera los 50 años se ha aumentado; de 112, 336, 538 millones de nacionales, el sexo femenino con 57, 481, 307 o un 51.3%, con esto es muy importante mencionar que la mujer pasará una tercera parte de su vida después de la menopausia, que en nuestro país se manifiesta entre 49 a 50 años de edad. [6,10]

En México, la menopausia se presenta en una edad media de 47.6 años y un rango que va de 41 a 55 años. [11] En nuestro país adquiere importancia debido a la transición demográfica, asociada al aumento en la esperanza de vida la cual se establece de 80 años en el año 2010. [12]

Se han observado algunos factores asociados a la menopausia como el tabaquismo, el IMC bajo, menarca, nuliparidad y menor nivel educativo.

En mujeres que sobrepasan los 50-55 años, la menopausia se convierte en un “fenómeno universal”. Al aumentar la expectativa de vida las mujeres pueden vivir un tercio de su vida después de este evento. En 1990 se estimó que existían alrededor del mundo aproximadamente 500 millones de mujeres entre los 50 años

y se espera que esta cifra aumente hasta 1.2 billones en el año 2030, en donde el 76% de esas mujeres estarán viviendo en países en desarrollo. [14]

FISIOLOGIA DE LA MENOPAUSIA

Los órganos reproductores femeninos que dependen de hormonas a lo largo de la vida de la mujer, viven cambios. Los ovarios son los responsables de la ovogénesis y síntesis de diversas hormonas. [15]

La menopausia se debe a la disminución y ausencia de la sensibilidad ovárica a la estimulación con la hormona gonadotropina.

Desde la vida dentro del útero, el ovario contiene el número máximo de folículos. El desarrollo folicular se lleva a cabo en el ovario fetal y en la niñez, ocurre el desarrollo folicular: formación, desarrollo en grados variables y atresia, sin terminar la maduración folicular total como se lleva a cabo en el proceso de ovulación que se desarrolla en la vida reproductiva. [16]

Cuando nace, la mujer tiene entre 1 y 2 millones de folículos, y en la pubertad sólo tiene de 300mil a 600mil ovocitos, los cuales se encuentran en la primera división meiótica, que cuando llegan a la adolescencia y generado por los cambios hormonales van a aumentar de tamaño, alcanzando diversos grados de maduración. Dicho proceso será cíclico y continuo a lo largo desde que se presente el primer ciclo menstrual. [15, 17]. Al llegar a la pubertad, aproximadamente mil folículos se degeneran por cada folículo que se ovula, cuando llega la transición al a la menopausia quedan menos de mil. [18]

Para que podamos entender como los cambios hormonales tienen efectos reproductivos debemos recordar la fisiología del ciclo menstrual.

La reserva de folículos ováricos decrece conforme avanza la edad y en cada mujer los tiempos de esta transición hacia el cese de la capacidad reproductiva son

variables. La edad cronológica es inexacta para sugerir la edad reproductiva ya que la muerte celular programada es el resultado de la expresión de genes que regulan el proceso de apoptosis.[15, 16]. Con menor cantidad de ovocitos hay una disminución en la secreción de Inhibina B y al mismo tiempo disminuye la retroalimentación negativa de la FSH.

Se le llama retroalimentación negativa, porque al encontrarse baja la cantidad de estrógenos en el torrente sanguíneo, el hipotálamo libera más hormona liberadora de gonadotropina (GnRh) para que la adenohipófisis reciba la señal de liberar más FSH, sin embargo ya no existen folículos necesarios para la producción.[17]

El aumento en los niveles de FSH genera más reclutamiento y a una disminución folicular acelerada, con mantenimiento de los niveles de estradiol en la transición temprana a la menopausia. [19]. Durante la edad reproductiva de las mujeres es el 17 beta estradiol (E2), el estrógeno predominante y en la menopausia es la estrona. Lo anterior es secundario a la falta de células de la granulosa que generan aromatasa y cambian la testosterona en estradiol y al incremento de conversión periférica (adipocitos) de la androstenediona que se genera en la capa reticular de la corteza suprarrenal, para su convertirse en estrona. [18,20]

Eventualmente la disminución de los folículos resulta en cambios en la respuesta ovárica a la FSH, niveles de estrógeno ampliamente cambiantes y pérdida del ciclo reproductivo normal. Cuando los folículos del ovario se terminan, el ovario es incapaz de dar respuesta incluso a altos niveles de FSH y decrecen los niveles de estrógeno. El periodo postmenopáusico se caracteriza hormonalmente por una FSH elevada (> 30mlU/mL) y niveles bajos de estradiol. [9,19, 20]

La disminución de los niveles de estradiol genera una maduración folicular irregular con presencia de ciclos anovulatorios y ovulatorios. En presencia de no se generará progesterona, lo que llevará a un estado de hiperestrogenismo relativo que puede generar hipermenorrea. [21]

ENDOCRINOLOGÍA

CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA

La endocrinología de la transición menopáusica es compleja y varía considerablemente de mujer a mujer. [22]

CAMBIOS CON FSH, ESTRADIOL E INHIBINAS

Los ciclos menstruales irregulares inician antes del cese de la menstruación, un cambios temprano es la disminución en los niveles de la inhibina B de la fase folicular temprana. [23] Los niveles de FSH comenzar a aumentar aún más, y las mujeres cuyas menstruaciones se producen en los intervalos de más de 3 meses (perimenopausia tardía, aproximadamente equivalente a la fase STRAW –1) muestran un aumento de FSH, con una disminución sustancial en el estradiol circulante y las inhibinas. [24]

Se estima que durante los últimos ciclos menstruales, los niveles de FSH alcanzan el 50% de las concentraciones finales postmenopáusicas, las cuales son 10-15 veces mayores que aquellas encontradas en la fase folicular de la mujer en la edad reproductiva. [23,24] Los niveles de estradiol son alrededor de 50% de aquellos vistos en la fase folicular durante la vida reproductiva y continúan disminuyendo después de la última menstruación hasta alcanzar su nadir 2 a 3 años después. En esta etapa, los niveles de estradiol han disminuido un 90% o más. [26]

La inhibina es una glicoproteína que liberan las células de la granulosa, con dos cadenas alfa y beta. Sus niveles se asocian con la capacidad de las células de la granulosa para desencadenar retroalimentación con la FSH. Los niveles de Inhibina B están disminuidos en las pacientes durante la perimenopausia, e inicia con dicha disminución desde los 35 años de edad. Las células de la granulosa producen Inhibina que proviene de los folículos en desarrollo, por lo que los niveles de inhibina pudieran representar el número de folículos presentes, y estos niveles decrecen conforme avanza la edad. [27]

CAMBIOS EN LA PROGESTERONA Y ANDRÓGENOS

La frecuencia de ciclos anovulatorios aumenta durante la etapa de transición a la menopausia. Mediciones repetitivas de progesterona, muestran disminución progresiva de las concentraciones indicativas de la ovulación normal.

Los cambios en la circulación de los andrógenos son controversiales. Hay datos que sugieren la disminución de la concentración de testosterona sérica en un 50% entre los 20 y 40 años. [28]

En un estudio longitudinal a través de la transición a la menopausia y el periodo de postmenopausia temprana, las concentraciones de testosterona sérica total no mostraron cambio y la Globulina de unión a hormonas sexuales, mostró disminución en sus niveles séricos. Resultando en un aumento de los niveles de andrógenos libres. [25]

CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA FASE POSTMENOPAUSICA

El estado posmenopáusico se caracteriza por un aumento de FSH y LH, estradiol bajo y progesterona, y niveles bien conservados de testosterona. La Dehidroepiandrosterona (DHEA) disminuye progresivamente.

El principal estrógeno circulante en este momento es la estrona, que se deriva principalmente de la conversión de suprarrenal a androstenediona, vía aromatasa situada predominantemente en el tejido adiposo. En la mujer obesa, los niveles de estrona son más altos, porque tienen más tejido adiposo que las mujeres delgadas; esto puede explicar mujeres obesas tienen un mayor riesgo de tumores malignos relacionados con el estrógeno, tales como cáncer de mama y endometrio. Hay evidencia de que la testosterona puede aumentar aún más con edad avanzada. Las gonadotropinas elevadas pueden proporcionar un impulso importante para la

secreción continua de andrógenos por el ovario, y la administración de resultados de estrógenos exógenos en gonadotrofina y consecuente supresión de la secreción de testosterona. Debido a que los estrógenos exógenos orales también elevan las concentraciones de SHBG, las concentraciones circulantes de testosterona libre pueden disminuir profundamente en mujeres tratadas con hormonoterapia oral. (22,24)

ETAPAS REPRODUCTIVAS HACIA LA TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA Y POSMENOPAUSIA

El estudio SWAN, Study of Women's Health Across the Nation, es un estudio longitudinal multicéntrico, multiétnico diseñado para identificar los cambios psicosociales y fisiológicos que se presentan durante la transición a la menopausia y para ver sus efectos en salud y de riesgo de enfermedades asociadas con la edad.

Se incluyeron un total de 3,302 mujeres en siete sitios clínicos entre 1996 y 1997. Al inicio del estudio las mujeres se encontraban en la premenopausia, no tomaban hormonales y tenían entre 42-52 años de edad y se identificaban a sí mismas como afro-americanas, caucásicas, chinas, hispánicas o japonesas.

Se dio seguimiento y se evaluaron a mujeres cada año durante los primeros 10 años y luego cada 2 años, en donde se explicaron sus cambios endocrinos, se describieron mediciones relacionadas con la salud ósea, factores psicosociales y de riesgo cardiovascular, entre otros.

Los resultados del estudio SWAN mostraron variaciones entre las mujeres según el sitio, así como por etnia. Las mujeres de alto IMC tienen gonadotropinas y estradiol menores antes de la menopausia, y tienen una disminución menor en el estradiol asociado con la transición. (29)

El estudio de los cambios endocrinos demostró que si las concentraciones plasmáticas de E2 disminuyen con la edad, las de FSH se incrementan, un cambio más marcado a edades mayores. Estos cambios fueron similares en los diferentes grupos étnicos, y las concentraciones de estas hormonas difirieron según raza y etnia. [29]

La FSH comienza a incrementarse, aproximadamente, seis años antes de la última menstruación y acelera su aumento dos años antes; y pocos meses previos a la última menstruación se desacelera, y termina con cifras estables a los dos años después de la menstruación final. El estradiol permanece estable hasta dos años antes de la menstruación final, posterior a ello disminuye progresivamente, alcanzando cifras estables dos años después de la última menstruación. El envejecimiento reproductivo se produce con pérdida de la actividad folicular dentro de un amplio rango de edad. La edad cronológica no es un indicador fiable.

Durante 2001 se llevó a cabo el primer taller de expertos STRAW (Staging for Reproductive Ageing Workshop) cuyo objetivo fue discutir y llegar a un consenso sobre la nomenclatura y clasificación de las diversas etapas del envejecimiento reproductivo de la mujer, en los que incluyen criterios menstruales, hormonales, y cualitativos para cada una de estas etapas. [30]

De manera importante, el STRAW facilitó la investigación dirigida a reconocer los efectos en la salud del ovario versus el envejecimiento somático. Los criterios de STRAW también sirven como una herramienta clínica para las mujeres y los proveedores de atención médica que guían la evaluación de la fertilidad, las necesidad de anticoncepción y toma de decisiones sobre su salud. [16]

Se catalogó la vida de la mujer adulta en tres etapas principales: reproductiva, transición a la menopausia y postmenopausia, con subdivisiones asociadas con la regularidad o variabilidad de ciclos y el aumento de la FSH.

La definición y el fundamento de las revisiones clave de los criterios de estadificación incluyen lo siguiente:

Etapa reproductiva tardía (Etapa –3)

Establece el momento en que la fertilidad comienza su declive y durante la cual la mujer puede empezar a observar cambios en sus ciclos menstruales. Esto es secundario a que los parámetros endocrinos críticos empiezan a cambiar previamente a los cambios evidentes en la ciclicidad de la menstruación y que dichos cambios endocrinos son relevantes para las evaluaciones de fertilidad, se recomendó que la etapa reproductiva tardía se subdividiera en dos sub-etapas (–3b y –3a).

Durante la etapa –3b, los ciclos menstruales se permanecen regulares sin cambios en la duración o en los niveles iniciales de FSH en la fase folicular; sin embargo, los recuentos de folículos antrales y de la hormona antimulleriana (AMH) son bajos y se sugiere que la inhibina B también está disminuida.

En la etapa –3a, se generan cambios leves en las características del ciclo menstrual, particularmente los ciclos son más cortos. Durante la fase folicular temprana (días 2 a 5 del ciclo) las concentraciones de FSH incrementan y se vuelve más variable, con los otros tres marcadores de envejecimiento ovárico que son disminuidos. La elevación de la FSH estimula mayor número de folículos en cada ciclo, asociado a el aumento de la producción de estrógenos, y posibles datos de hiperestrogenismo (ejem.: mucorrea, mastalgia).

Transición a la menopausia (Etapa -2)

Esta etapa (etapa -2) está caracterizada por una mayor variabilidad en la duración del ciclo menstrual, en la que se observa una diferencia constante de 7 días o más en la duración de los ciclos siguientes. La persistencia se presenta con recurrencia durante los 10 ciclos posteriores al primer ciclo de longitud variable. Estos ciclos se caracterizan por niveles aumentados y variables de FSH en fase folicular temprana y niveles disminuidos de AMH y AFC.

Transición menopáusica tardía (Estadio -1)

La transición menopáusica tardía está caracterizada por la presencia de amenorrea de 60 días o más. Los ciclos menstruales en esta etapa se caracterizan por mayores cambios en la duración del ciclo, fluctuaciones extremas de los niveles de hormonas y una mayor prevalencia de anovulación. Los niveles de FSH son superiores a 25 UI / L. Se estima que esta etapa dura en promedio, 1 a 3 años. Los síntomas, sobre todo los síntomas vasomotores, pueden ocurrir durante esta etapa.

POSTMENOPAUSIA

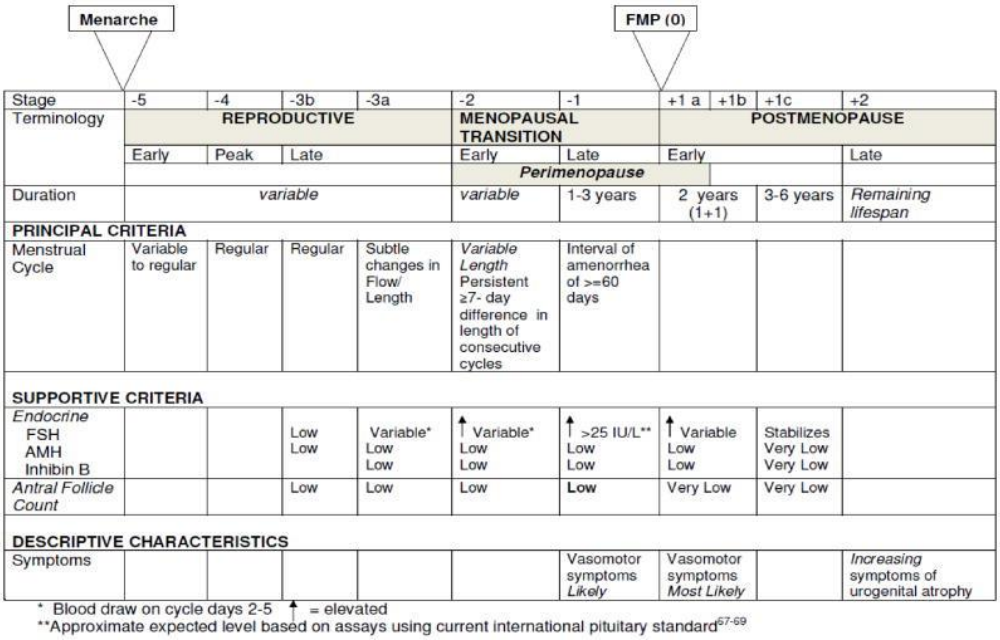
Postmenopausia temprana (Etapa + 1a, + 1b, + 1c)

Los nuevos datos sobre los cambios en los niveles medios de FSH y estradiol indican que la FSH continúa aumentando y que el estradiol continúa bajando por un promedio de 2 años después del último ciclo menstrual, posteriormente los niveles de cada una de estas hormonas se estabilizan. El estudio STRAW + 10 sugirió que la postmenopausia temprana se subdividiera en otros tres subestadios (+ 1a, + 1b y + 1c).

Las etapas + 1a y + 1b duran 1 año y terminan en el momento en el que se regularizan los niveles de hormonas folículo-estimulante y estradiol.

La etapa + 1a indica el final del período de 12 meses de amenorrea para definir que el menopausia ha ocurrido. El fin de la "perimenopausia", corresponde al tiempo de la menopausia que inicia en la Etapa -2 y termina 12 meses posteriores a la FMP.

La etapa + 1b integra el resto del período de cambios rápidos en los niveles basales de estradiol y hormona folículo estimulante. Se estima que las Etapas + 1a y + 1b juntas duran aproximadamente 2 años. Existe mayor probabilidad de que la sintomatología vasomotora se presente en esta etapa.



Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1 a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early			Late
					Perimenopause					
Duration	*variable*				*variable*	1-3 years	2 years (1+1)		3-6 years	*Remaining lifespan*
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual Cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in Flow/ Length	*Variable Length* Persistent ≥7- day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of >=60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Low Low	Variable* Low Low	↑ Variable* Low Low	↑ >25 IU/L** Low Low	↑ Variable Low Low		Stabilizes Very Low Very Low	
Antral Follicle Count			Low	Low	Low	**Low**	Very Low		Very Low	
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms *Likely*	Vasomotor symptoms *Most Likely*			*Increasing* symptoms of urogenital atrophy

* Blood draw on cycle days 2-5 ↑ = elevated
**Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard[67-69]

Figura 1. Sistema de clasificación del Stages of the Reproductive Aging Workshop +10 para las mujeres en edad reproductiva

La etapa + 1c corresponde al período en el que los niveles altos de FSH y lo valores disminuidos de estradiol, se estabilizan y se estima que duran aproximadamente de 3 a 6 años; por lo que la posmenopausia temprana tiene una duración aproximada de 5 a 8 años.

Postmenopausia tardía (etapa +2). La función endócrina reproductiva son más limitados y los cambios hacia el envejecimiento somático se convierten en una preocupación primordial. La presencia de sequedad vaginal y atrofia urogenital es más frecuente en esta etapa. Se ha observado que muchos años después de la menopausia, puede existir una disminución extra en los niveles de hormona folículo-estimulante en personas de edad muy avanzada. En esta etapa se ha

observado que existe una proporción variable de mujeres que siguen presentando sintomatología vasomotora. [31]

Los estudios STRAW Y SWAN sobre el estudio y definición de las etapas reproductivas en la vida de la mujer, ha permitido entender los cambios endocrinos y su repercusión clínica, facilitando la atención médica de la mujer durante este periodo. [16,30, 31]

ASPECTOS CLÍNICOS DE LA MENOPAUSIA

SINDROME CLIMATÉRICO

El síndrome climatérico corresponde a un conjunto de signos y síntomas que preceden y siguen a la menopausia. El inicio promedio entre la aparición de las alteraciones menstruales del climaterio y la menopausia es en promedio de cuatro años. [32]

Este síndrome incluye la presencia de diferentes síntomas: vasomotores, psicosociales, genitourinarios, alteraciones del sueño, en el estado de ánimo, entre muchos otros. Estos síntomas se expresan de diversas maneras en cada persona, ya que intervienen otros elementos que sirven como mediadores, por ejemplo: el propio individuo, el núcleo familiar y el entorno en que se desenvuelve; por eso es importante que en esta etapa de la vida de las mujeres sea atendido desde un punto de vista biológico y de manera armónica con su entorno sociocultural. [32,33]

Factores modificables	**Factores no modificables**
Nivel sociocultural	Antecedentes de menopausia inducida
Población urbana	Antecedente de menarca tardía
Ingreso económico alto	Acentuación del síndrome
Estado civil	Antecedente familiar de síndrome climatérico

Escolaridad	Raza o etnia
Categoría laboral	
Ambientales	
Vida sedentaria	
Alimentación excesiva en calorías	
Tabaquismo	
Prescripción de anticonceptivos hormonales	
Alteraciones urogenitales	
Constitución corporal	
IMC de 18 o mayor de 30	
Factores psicológicos	
Antecedentes de alteraciones de conducta	
Antecedentes de síndrome de ansiedad-depresión	

Tabla 1 Factores modificables y no modificables en la menopausia

SÍNTOMAS DE LA TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA

Los síntomas asociados con esta etapa ocurren en más del 85% de las mujeres incluyen: síntomas vasomotores, resequedad vaginal, dispareunia, aumento en la frecuencia y urgencia urinaria, y otros síntomas con diferentes grados de severidad que complican la vida de las mujeres. Más del 20% reportan sintomatología significativa. (22)

SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA

Los síntomas más comunes entre las pacientes caucásicas, están asociados a la termorregulación. (22)

Son periodos temporales y recurrentes de enrojecimiento facial, que pude ir de cuello a hombros y parte superior del tórax, asociados a sensación de calor (1-2°C) sudoración, con frecuencia acompañados de palpitaciones y ansiedad. Usualmente duran menos de 5 minutos, sin embargo pueden permanecer hasta treinta minutos. Los bochornos se presentan en 75% de las mujeres. La mayor parte de las mujeres los vive aproximadamente de seis meses a dos años, sin embargo pueden ser molestos hasta por 10 años o más. [5,34,35,36]

Pueden tener un impacto en la calidad de vida de la mujer como alteraciones en el sueño que pueden resultar en fatiga, irritabilidad y depresión. La prevalencia de la sintomatología vasomotora varía de acuerdo a la etnicidad y cultura desde 18 a 46% de las mujeres en la menopausia. Las mujeres asiáticas reportan los reportes más bajos, seguidos por mujeres caucásicas, hispanas y Afroamericanas. [22]

La zona normal termorreguladora en el encéfalo parece estar estrecha en la menopausia, así que la vasodilatación y la sudoración se desencadenan a una temperatura más baja. [5] Un meta análisis de dos estudios longitudinales concluyen que la sintomatología vasomotora generalmente empiezan 2 años antes de la menopausia con pico 1 año después de la menopausia y disminuyen en los 10 años posteriores. [37]

Los síntomas vasomotores en una mujer de 40-50 años no requieren estudios de laboratorio para confirmar el diagnóstico a menos que se sospeche de otra causa. [34]

SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

El síndrome genitourinario en la menopausia engloba la atrofia vaginal y sintomatología de tracto urinario inferior asociados con la menopausia y la edad. [38]

En la mujer premenopáusica la mucosa de la vagina es elástica, con adecuada vascularidad y lubricada. Después de la menopausia los niveles de estrógeno declinan y la mucosa se adelgaza, reseca y se vuelve pálida, perdiendo elasticidad, se estrecha y se acorta. La vaginitis atrófica puede provocar descarga vaginal amarilla o café. Un cambio en la microbiota vaginal con producción disminuida de lactobacilos resulta en un pH alcalino, típicamente mayor de 5.0

Con una observación microscópica, se observan células blancas superan a las células epiteliales, células parabasales están presentes y pueden haber o no lactobacilos. [39]

La atrofia vaginal es una alteración que se manifiesta e manera tardía, se debe a la deficiencia de estrógenos; el 33% padece de atrofia sintomática cinco años después de haber iniciado.

Este síndrome no se limita a los genitales, dentro de los síntomas que se presentan están la irritación, ardor y resequedad, otros síntomas sexuales como: disminución o falta de lubricación, dolor y/o molestia y deterioro de la función sexual; y síntomas urinarios como incontinencia de urgencia, disuria e infección de tracto urinario recurrente.

El 50% de las mujeres de mediana edad reportan incontinencia urinaria. Los problemas sexuales son elevados en mujeres de edad mediana y pueden acompañarse con angustia. Todos estos cambios (hormonales, fisiológicos, psicológicos, socioculturales, interpersonales) así como el estilo de vida durante la menopausia, aportan la mitad de las alteraciones sexuales. [37,38]

La dispareunia secundaria a atrofia vaginal es una complicación importante después de la menopausia. Los reportes de concentraciones bajas de testosterona hasta el momento no tienen relación con el deterioro de la función sexual de la mujer en esta etapa [36,38].

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES CONCOMITANTES

En países desarrollados, la enfermedad cardiovascular es la primer causa de mortalidad. La tasa de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular está relacionada con a la edad, siendo el punto de corte entre los 65-70 años. De tal forma que, los factores de riesgo asociados con la edad tienen un efecto aditivo entre sí, tales como: consumo de tabaco, envejecimiento, la ateroesclerosis, dislipidemias, diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo, y antecedentes heredofamiliares. [40, 41]

En México la enfermedad cardiovascular es responsable de más del 50% de muertes en mujeres con edad mayor de 65 años y tiene el primer lugar de las diez causas más frecuentes de mortalidad.

Las tendencias de mortalidad cardiovascular han sido estudiadas en el estudio MONICA (Monitor Trends in Cardiovascular diseases). La enfermedad cardiovascular tiene un comportamiento diferente entre hombres y las mujeres en la postmenopausia. Existen muchos artículos publicados que describen la relación entre climaterio y enfermedad coronaria, y refieren que la terapia hormonal sustitutiva puede ser de utilidad para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, aunque no ha sido demostrado de acuerdo a los resultados del estudio Women´s Health Initiative (WHI). [41, 42]

SINTOMAS DEPRESIVOS

Los trastornos depresivos “intensifican” la experiencia del climaterio y la sintomatología vasomotora los aumentan. Las mujeres que cursan con diagnóstico de depresión moderada a intensa son casi dos veces más propensas a reportar síntomas vasomotores, comparadas con aquellas que padecen síntomas depresivos leves o que no los tienen. Se han encontrado datos que refieren que el

antecedente de depresión postparto o de síndrome premenstrual pueden ser factores de riesgo para presentar los síntomas depresión en la mujer en esta etapa de su vida. [32, 36]

FUNCIÓN COGNITIVA

Aunque más del 40% de las mujeres reportan episodios de olvidos durante el periodo postmenopáusico, cualquier deficiencia notada en estudios observacionales ha sido sutil y temporal. De manera similar, es difícil establecer si una mujer mayor en la menopausia tiene mayor riesgo de demencia comparado con hombres por las diferencias en la sobrevida. La disminución de la función cognitiva fue pequeña y sin significancia clínica. [41,43]

En contraste con el estudio WHI Memory Study of Younger Women evaluando el impacto de la terapia hormonal en la función cognitiva en mujeres de entre 50 y 55 años, no se encontró un beneficio de mejoría, ni de disminución de la función. [5]

EVALUACION DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA

La evaluación inicial de la mujer que se encuentra en la peri o postmenopausia, debe incluir:

- Citología cervicovaginal
- Perfil de lípidos
- Glucosa sérica
- Mastografía basal por lo menos un año antes
- Ultrasonido pélvico
- Examen general de orina

• TSH sérica

• Densitometría en pacientes mayores de 60 años, si no se cuenta con el recurso se puede aplicar el FRAX. [6, 13, 36]

OTROS FACTORES RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

Calidad de vida en la menopausia

Realizar una medición de la calidad de vida de las mujeres en esta etapa representa un desafío, los instrumentos que se implementan para su valoración son indispensables para complementar la evaluación médica.

De acuerdo a la OMS y la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946, Salud se describe como el estado de completo bienestar mental, físico y social, y no solo como la ausencia de enfermedad. [44]

Esta definición integra una visión holística, que sugiere el concepto de calidad de vida en relación a la salud, haciendo referencia a la percepción del individuo con respecto a su posición en la vida, dentro del contexto de cultura y sistema de valores en los que se desenvuelve y en relación con sus expectativas, metas y estándares. [45]

Monterrosa y cols., llevaron a cabo un estudio sobre calidad de vida en mujeres colombianas de tres grupos étnicos diferentes que se encontraban en la menopausia, descubriendo que las mujeres hispánicas tenían una mejor calidad de vida, comparadas con las mujeres afro descendientes e indígenas; las mujeres negras referían entonces mayor deterioro psicológico y mayor sintomatología somática. [45,46]

Instrumentos utiliazados para medir calidad de vida durante la menopausia

La evaluación para medir las consecuencias que la menopausia tiene sobre la salud de la mujer se ha realizado de forma común a partir de escalas clínicas, con la intención de proporcionar un valor cuantitativo que pueda ser utilizado como parámetro en la evaluación de la sintomatología de la menopausia y de la efectividad de las intervenciones médicas. [44]

Algunas de las escalas que se han utilizado son: La escala de Greene, The Women's Health Questionnaire (WHQ), Menopause Symptom List, Utian Menopause Quality of Life Scale (UMQLS), The Blatt-Kupperman menopausal index, Menopause Rating Scale (MRS), The Menopausic Specific Quality of Life (MEQOL), el cuestionario MENCAV, la Escala Cervantes, entre otros. Sin embargo a pesar de estar validadas para su uso, se han reportado deficiencias en algunos de estos índices; al no separar los distintos grupos de menopausia y en algunas de ellas no cumplir con los estándares de psicometría aceptados.

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

En México actualmente 11 millones de mujeres se encuentran en la etapa de la menopausia y se espera que para el año 2025 haya cerca de 20 millones. (1)

La etapa de la menopausia, es define como el cese definitivo de la menstruación. En las mujeres mexicanas se presenta a una edad media de 47.6 años, con un margen entre los a 55 años. En el estudio multicéntrico de la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio, publicado en el 2006, se encontró que existen diversas variables que condicionan la presencia de la menopausia. En nuestro país adquiere importancia debido a la transición demográfica, asociada al aumento de la esperanza de vida la cual se establece de 80 años en el año 2010. (47).

Para el año 2035 se espera que en nuestro país una de cada tres mujeres esté en el periodo del climaterio o en la posmenopausia, y al teniendo una expectativa de vida de 83.4 años, se tendrá un impacto socioeconómico importante al lograr acciones preventivas en esta población. (48).

Es bien sabido que la prevención repercute en la calidad de vida y nivel socioeconómico, debido a que estas enfermedades representan un gasto en salud importante, ya que provocan incapacidad, necesidad de atención médica y medicamentos, lo que se traduce en un costo en salud. A sí mismo el impacto que tienen la presencia de enfermedades metabólicas y su relación con la calidad de vida de las pacientes en los periodos peri y postmenopáusico.

MENOPAUSIA

Intentar definir menopausia en tan complejo por las múltiples de variables que modifican esta etapa de la vida. Sin embargo de forma tradicional se puede definir como el último periodo menstrual, que se confirma después de 12 meses consecutivos de amenorrea. Se trata de un evento natural, asociado a la reducción

de la función ovárica, resultando en alteraciones hormonales, primariamente disminución del nivel de estrógenos [4].

MENOPAUSIA Y EDAD DE INICIO

Conocer perfiles epidemiológicos de nuestra sociedad es importante. Un claro ejemplo es que al determinar la edad de inicio de la menopausia es un predictor importante para determinar la evolución de la salud en las mujeres, puesto que se relaciona de forma importante en el riego cardiovascular. El riesgos de padecer hipertensión, diabetes tipo 2, gastroenteritis, enfermedad renal crónica, cardiovascular, osteopenia, osteoporosis, se ve incrementado a una menopausia temprana. De igual manera la menopausia tardía aumenta riesgo de Cáncer mama y endometrial. [49][50].

La edad de menopausia varía acorde a múltiples factores tanto demográficos propios de cada país, genéticos, socioeconómicos, culturales, reproductivos, de estilo de vida, peso corporal y enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, siendo esta edad distinta en diferentes partes del mundo. [49][50].

MENOPAUSIA Y FACTORES REPRODUCTIVOS

Estudios han asociado el estado civil, con la edad de menopausia, presentándose antes en mujeres solteras, datos no relacionados con la paridad. Por otro lado la menarca no se ha visto relacionada consistentemente con la edad de la menopausia, tras ajustar la información según los ciclos menstruales, paridad y lactancia. Así mismo, la relación con anticonceptivos orales no es consistente. [51,52].

Se sugiere que la menarca temprana puede estar asociada a la menopausia temprana. Sin embargo, los estudios que han examinado los vínculos entre el

momento de la menarca y la edad en la última menstruación muestran hallazgos mixtos. [53]

Las mujeres con menopausia prematura o temprana se enfrentan a un riesgo aumentado de enfermedades crónicas en la edad adulta y de muerte temprana. Los resultados de algunos estudios sugieren que la menarquia temprana y la nuliparidad están asociados con la menopausia temprana, sin embargo en general la evidencia es mixta. Gran parte de la evidencia de una relación directa se ve obstaculizada por la falta de comparabilidad entre los estudios, falta de ajuste para factores de confusión y poder estadístico insuficiente. [53]

La mediana de edad en la menopausia, fue de 50 años (rango intercuartil 48 - 53 años), con un 2% de las mujeres que experimentan una menopausia prematura y el 7,6% de la menopausia temprana. Las mujeres con menarquia temprana (≤ 11 años, en comparación con 12 - 13 años) se encuentran en mayor riesgo de menopausia prematura (RRR 1,80, IC del 95% 1,53 - 2,12) y la menopausia temprana [53].

Un estudio reciente de Perhar et al. muestra que la edad más temprana de la menarquia se correlaciona con la reserva específica anormalmente disminuida funcional ovárica [53,54]. La literatura ha demostrado el papel de la genética en la vida reproductiva. Por ejemplo, Hefler [9] reveló varios polimorfismos como determinantes de la edad de la menopausia. Los estudios genéticos han demostrado también que un número de polimorfismo de un solo nucleótido relacionados menarquia-(SNPs) predice colectivamente la edad de la menopausia natural. Apoyando una relación causal entre la temporización de estos dos factores reproductivos. Varios estudios han demostrado que el momento de la menarca se ve influenciada por factores en la vida temprana, incluyendo el aumento de peso materno, la obesidad infantil y el estrés psicosocial en la infancia (por ejemplo bebé - inseguridad en el apego de los padres), los resultados pueden reflejar una causa común subyacente de la mala salud reproductiva durante la vida de la mujer [54].

Las mujeres con ciclos menstruales cortos, menores a 26 días, presentan una menopausia 1.4 años más temprano que en las mujeres con ciclos entre 26 y 32 días, así como en las mujeres con ciclos mayores a 33 días y con variación entre ciclos mayor a 9 días, presentan una menopausia más tarde (0.8 años) [51].

La paridad elevada se relaciona con un retraso en la menopausia. En un estudio coreano utilizando el instrumento KNHANES se confirma dicha relación, sin encontrar una asociación entre la edad del primer embarazo y la edad de menopausia; demostrando a su vez una relación entre la edad del último embarazo y menopausia, a mayor edad en el embarazo, menor edad en la menopausia [55]. Sin embargo otro estudio refiere que se ha relacionado que a mayor número de partos se asocia con la edad avanzada en la menopausia [8].

La nuliparidad se asoció con un mayor riesgo de menopausia prematura (2,26, 1,84 - 2,77) y la menopausia temprana (1,32, 1,09 - 1,59). Las mujeres que tienen la menarquia temprana y la nuliparidad tienen 5 veces más riesgo de menopausia prematura (5,64, 4,04 - 7.87) y 2 veces mayor riesgo de menopausia precoz (2,16, 1,48 - 3,15) en comparación con las mujeres que tuvieron la menarquia a ≥ 12 años y dos o más hijos[53].

Los factores previamente mencionados se explican con la teoría de que la menopausia ocurre al disminuir los ovocitos. [51].

MENOPAUSIA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal se relaciona con la edad de menopausia, mostrando que mujeres con desnutrición o peso normal presentan riesgo de menopausia a menor edad, y mujeres con sobrepeso y obesidad presentan mayor riesgo de menopausia tardía [56].

Dicha asociación podría explicarse la acción ejercida por la leptina puede actuar de manera periférica en el ovario, y de manera central en el hipotálamo para aumentar

la función reproductiva, relacionando una menopausia temprana con niveles bajos de leptina. Además, se han visto polimorfismos genéticos que intervienen en la relación entre índice de masa corporal y hormonas reproductivas. [56].

MENOPAUSIA Y DIABETES

Las mujeres con Diabetes gestacional representan un grupo de riesgo para presentar DM2, puesto que dentro de los primeros 5 años tras presentar DMG hasta el 32% de las mujeres progresarán a DM2, aumentando dicho porcentaje con los años de seguimiento. Independientemente del riesgo personal de presentar DM2, las mujeres con DMG tienen un riesgo cardiovascular 2 veces mayor que sus pares, desarrollen o no DM2. [57-58].

Niveles más bajos de estrógenos y menor disminución en la variación de FSH durante la transición a la menopausia se ve asociado con un aumento en el riesgo de diabetes. [59-60].

La resistencia a la insulina se manifiesta por una disminución de la captación y el metabolismo de la glucosa estimulada por la insulina en los tejidos diana y por una supresión deficiente de la producción de glucosa hepática. La resistencia a la insulina es una característica común en condiciones fisiológicas como la menopausia y el envejecimiento, pero los mecanismos subyacentes son multifactoriales (edad, sensibilidad a la insulina, incluida la masa grasa y su distribución, aptitud física y factores genéticos). En el caso de las mujeres, parece estar relacionada con una disminución en los niveles plasmáticos de estrógeno causada por la pérdida de la función gonadal, la ausencia de estradiol asociada a la edad podría dar lugar a un deterioro de la translocación de Glut4 a la membrana plasmática, lo que conlleva a la resistencia a la insulina. [61].

Se ha observado diferencia en la sensibilidad a insulina y la función pancreática entre diferentes etnias, siendo las mujeres asiático-americanas y afroamericanas

las que presentan una mayor disminución en comparación con mujeres blancas e hispanas. Dicha información es funcional para el reconocimiento de factores de riesgo y el diagnóstico de diabetes, tomando en cuanto que la población afroamericana tendría mayor riesgo de presentar DM2. [62-63].

La DM2 se asocia con incremento en la porosidad ósea crítica y disminución en su densidad, principalmente en el radio distal, dicho cambio se ha visto relacionado principalmente con una glucosa en ayuno elevada. Además es posible que el daño microvascular ocasionado por la DM2 incremente el riesgo de caídas. Por lo anterior, la DM2 incrementa el riesgo de fracturas en las mujeres, riesgo independiente de la medicación utilizada y otros factores de riesgo presentes [18].

La terapia hormonal disminuye el riesgo de diabetes, disminuye grasa corporal y aumenta la sensibilidad a la insulina, y provee beneficios extras sobre otros factores de riesgo cardiovascular, como el perfil de lípidos, la tensión arterial, el peso corporal y la distribución de grasa corporal y el síndrome metabólico. Debido a que la obesidad se relaciona con cambios hormonales y con riesgo independiente de diabetes, es importante además mantener un control de peso. [60,61].

La diabetes tipo 1, causa envejecimiento vascular prematuro, causando de igual manera envejecimiento ovárico, incrementando el riesgo de presentar menopausia a menor edad, principalmente en mujeres con diabetes de inicio antes de los 20 años de edad. Además las mujeres con diabetes tipo 1 presentan mayor probabilidad de menarca tardía, lo que disminuye su edad reproductiva aproximadamente 6 años. Contrariamente, se ha observado en mujeres con diabetes tipo 2 de inicio después de los 50 años de edad, que se presenta un retraso en la menopausia. [49].

MENOPAUSIA E HIPERTENSIÓN

Se sabe que uno de los factores fisiopatológicos más representativos ligado a la deficiencia de estrógenos es la existencia de disfunción endotelial asociada a la disminución de la síntesis de óxido nítrico y prostaciclina y a un incremento en la liberación de endotelina, que generaría un desequilibrio entre vasodilatación y vasoconstricción, así como una disminución de la natriuresis. Los estrógenos tienen efecto tanto en la regulación del tono como en el crecimiento celular vascular.[48].

Los estrógenos tienen un impacto directo, sobre las células endoteliales y en el músculo liso de la pared vascular, además de estos efectos vasomotores, afecta el sistema renina-angiotensina, aumenta la sensibilidad al sodio, factores que contribuyen a mantener la tensión arterial elevada.[48]

Un estudio multiétnico de SWAN (Study of Women Across the Nation) de mujeres en la perimenopausia, con edades entre 42 y 52 años, muestra una relación entre historia de parto pretérmino, peso bajo al nacer y óbito, con un incremento en la tensión arterial, relación presente aún tras eliminar el factor de enfermedad hipertensiva del embarazo, observándose un incremento de 6.4/3.2 mmHg en la tensión sistólica/diastólica, lo que incrementa la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular. [64]

El estudio KEEPS (The Kronos Early Estrogen Prevention Study) recomienda que el mejor momento para el inicio de la Terapia Hormonal de la Menopausia, con el propósito de disminuir índices de daño cardiovascular, debe estar dentro de los primeros 6 años de inicio de la menopausia.[59]

La presencia de hipertensión arterial sistémica es el mayor factor de riesgo de muerte cardiovascular, y afecta al 25% de las mujeres. Las alteraciones hormonales y la hipertensión arterial durante la menopausia pueden aumentar el daño a órgano blanco y la enfermedad cardiovascular, asociado al aumento de la rigidez arterial,

la insuficiencia cardíaca crónica, la enfermedad coronaria, y el accidente vascular cerebral. [65]

Los mecanismos fisiopatológicos que se manifiestan en el desarrollo de la hipertensión arterial sistémica y en la enfermedad vascular en la mujer durante la menopausia son aún controvertidos. Existen diferencias farmacodinámicas y farmacocinéticas en ambos sexos, como ejemplo: la mujer presenta más tos son el uso de los inhibidores de enzima de conversión de angiotensina, mayor presencia de calambres con el uso de los diuréticos tiazídicos y más edema en miembros pélvicos con los calcioantagonistas.[20]

MENOPAUSIA Y SÍNDROME METABÓLICO.

El conjunto de cambios que sufre una mujer durante la pre y postmenopausia, se relaciona con la presencia y desarrollo de características particulares del síndrome metabólico, entre las que en encuentran aumento de la grasa central abdominal, alteraciones como aumento de lipoproteínas de baja densidad, los triglicéridos, disminución de lipoproteínas de alta densidad, lo que lleva a la mayor presencia de aterosclerosis y de resistencia a la insulina. Se observa que la prevalencia de síndrome metabólico aumenta durante la menopausia hasta en un 60%, al integrarse variables como índice de masa corporal, la edad, sedentarismo, entre otras. Lo anterior puede explicar de manera parcial el aumento en la incidencia de enfermedad cardiovascular observado en la postmenopausia. Esto se puede explicar directamente como resultado final de la falla ovárica o de manera indirecta por las consecuencias metabólicas de la distribución central de grasa asociada a la disminución de estrógenos. [66]

El síndrome metabólico, se refiere al conjunto de factores de riesgo de origen metabólico. Que contribuyen con la aparición de la enfermedad cardiovascular, aterosclerosis y la diabetes mellitus tipo 2.[67] De acuerdo con la Asociación

Americana del Corazón, y el Instituto Nacional del Corazón y Pulmón de Estados Unidos; La definición actual de síndrome metabólico se basa en la presencia de cinco criterios: circunferencia abdominal alterada (ajustada para cada país), hipertensión (TAS > 130 / TAD > 85, o estar en tratamiento antihipertensivo), valores de HDL bajos (< 50 mg/dl o en tratamiento farmacológico), hiperglicemia (>100 mg/dl o estar en tratamiento farmacológico) y alteraciones en los valores de triglicéridos (> 150 mg/dl, o estar en tratamiento farmacológico).[67] Haciéndose el diagnóstico con la presencia de obesidad abdominal y dos de los criterios antes mencionados. Se ha visto que la obesidad es de tres a cinco veces más común en pacientes posmenopáusicas que en pre menopaúsicas. Una de las explicaciones más factibles, es la relacionada con la disminución de los valores de estrógenos; Que trae como consecuencia, la acumulación de grasa en el tejido celular subcutáneo. Especialmente en la región femoral y glútea.

Diferentes mecanismos pueden explicar el efecto de los estrógenos sobre el aparto cardiovascular:

Efecto vasodilatador sobre el endotelio: aumentan la acción de las prostaciclinas. Aumentan la producción de óxido nítrico e inhiben la enzima de conversión de angiotensina en las células mioepiteliales. Al disminuir la reactividad vascular, mejora el perfil hemodinámico, incrementa la sensibilidad a la insulina. De igual forma, en el metabolismo lipídico: elevan las concentraciones de HDL, disminuye las concentraciones de colesterol total, disminuye el colesterol LDL.

Diversos estudios en pacientes posmenopáusicas, han reflejado una relación directa entre síndrome metabólico y menopausia. En Europa y en Estados Unidos, la incidencia de ambas patologías es del 20-25%. De igual manera, se ha observado la mayor prevalencia de síndrome metabólico en hombres vs mujeres pre menopáusicas. Igualándose esta relación al inicio dela menopausia y llegando a ser mayor, en las mujeres postmenopáusicas. De acuerdo con el SWAN (Study of Women´s Health Across The Nation). La incidencia de síndrome metabólico adelanta en promedio 6 años la fecha de última menstruación [68].

Según un metaanálisis, publicado por D.Pu Et Al. En el 2017, en el cual se estudiaron 706 artículos que compararon la relación de cada uno de los parámetros del síndrome metabólico y la menopausia. Se encontró que tanto la circunferencia abdominal, como el índice de masa corporal, se veían alterados en pacientes posmenopáusicas. De igual manera, los indicadores cardiovasculares: triglicéridos (aumento de 20.44 mg/dl), LDL (aumento de 20.77 mg/d), la tensión arterial sistólica y diastólica, niveles de insulina basal y glucosa basal); Empeoraban de manera drástica, en pacientes postmenopáusicas. De igual manera, se estudió la severidad del síndrome metabólico en relación al tipo de menopausia (natural vs quirúrgica), y encontraron, que las pacientes con antecedente de menopausia quirúrgica, tenían más y peor repercusión en valores de Circunferencia abdominal, presión arterial y exámenes de laboratorio en comparación con aquellas que llegaban de manera natural a la menopausia. La prevalencia de hipertensión en pacientes mayores de 65 años, es del 60%. Se observó un aumento en la TAS (6.11 mmHg) y en la TAD (3.54 mmHg) en la posmenopausia. Dichas variaciones en los valores de tensión arterial, principalmente en la TAS, se podrían explicar por el aumento de velocidad de la onda de pulso carótido-femoral.[67]

MENOPAUSIA Y CALIDAD DE VIDA

Los aspectos psicológicos y biológicos asociados a la menopausia, junto con la ausencia o mala relación con la pareja y los estereotipos culturales, contribuyen a la aparición de disfunciones sexuales importantes, así como disminución o ausencia de la libido y de la actividad sexual.

La menopausia no debiera ser considerada como sinónimo de deterioro de la salud o enfermedad, todo lo contrario, es un periodo de cambio, reflexión y adaptación, sobre diferentes dimensiones fisiológicas, sociales, culturales y laborales de la mujer que vive este periodo. Debido a esto el manejo de estas pacientes, en términos de calidad de vida, debe llevar una perspectiva que integre la parte orgánica, psíquica y social, con un elevado componente subjetivo.

En México son pocos los estudios realizados en el estudio de la calidad de vida durante el climaterio. Un estudio realizado en el estado de Chiapas en el año 2012 uso una muestra de 499 derechohabientes mujeres en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Tapachula, Chiapas, se utilizaron dos escalas el índice de Kupperman para analizar la intensidad de la sintomatología en la menopausia y el cliamterio, incluye 11 categorías: vasomotor, parestesias, insomnio, nerviosismo, melancolía, vértigo, cansancio, artralgias y mialgias, cefaleas, palpitaciones y hormigueos, y cada rubro es evaluado con una escala de 0-4 (0, sin síntoma; 4, grave), el puntaje total evalúa la severidad de la sintomatología, y el MENQOL, con una estructura de 4 dominios: vasomotor, físico, psicosocial y sexual, se saca el puntaje de cada área o dominio en particular. Se encontró que en la sintomatología del climaterio de acuerdo al índice de Kupperman y su relación con las variables demográficas y familiares no existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la gravedad de los síntomas. [73]

Otro estudio realizado en el mismo año en la Universidad Autónoma de Tampico en 2012, propone que el conocimiento de las mujeres sobre la menopausia tiene un impacto en las pacientes sobre la aceptación de la etapa de la vida en la que se encuentran. Refiere que la búsqueda de atención médica por el síndrome climatérico o menopausia es baja, y acuden a consulta solo aquellas mujeres que presentan una sintomatología relevante, siendo que aquellas con menor nivel de educativo y niveles bajos o nulos de conocimiento sobre menopausia, no solicitan la atención respectiva [74].

Desde el año de 1994 las Sociedades de Menopausia Alemana, Suiza y de Austria evaluaron la sintomatología asociada a la menopausia y crearon la Menopause Rating Scale (MRS), que consiste en un formulario estandarizado de autoevaluación compuesto por 11 ítems que miden sintomatología somática, psicológica y urogenital. Este cuestionario permite evaluar el impacto de cualquier intervención médica con relación a diferentes aspectos de la Calidad de vida; contiene cinco opciones de respuesta representando cinco grados de severidad: asintomático (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), severo (3 puntos) e

intenso (4 puntos). De esta forma, la calificación total oscila entre 0 (asintomática) y 55 (grado máximo de alteración por síntomas menopáusicos). [69,70]

La Escala Cervantes es el primer cuestionario creado y adaptado para la mujer española. Esta escala esta conformada por 31 ítems y dividida en 4 dominios que evalúa Menopausia y salud, psíquico, sexualidad y relaciones de pareja. También se correlaciona calidad de vida y medidas antropométricas. Así, se demuestra por ejemplo que las mujeres con sobrepeso y con características fenotípicas pícnicas, es decir, obesas y de baja estatura, tienen una calidad de vida peor que las mujeres con características normales. [71,72]

La perimenopausia representa una ventana de oportunidad de intervención para mejorar la calidad de vida de la mujer a largo plazo y mejorar la calidad de vida de las mujeres.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Las comorbilidades disminuyen la calidad de vida en las mujeres en el periodo peri y postmenopausia atendidas en el Hospital de la Mujer de Puebla?

HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación

La presencia de comorbilidades en las pacientes en la peri-postmenopausia tiene impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer de Puebla.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar si las comorbilidades tienen un impacto en el deterioro de la calidad de vida en las pacientes durante la postmenopausia

OBJETIVOS PARTICULARES

- Describir el perfil sociodemográfico de las pacientes valoradas en el HMP
- Valorar la calidad de vida/ de las pacientes en el periodo postmenopáusico
- Observar la relación de la calidad de vida de las pacientes y las comorbilidades asociadas

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio analítico, transversal, ambipectivo, observacional, no experimental, comparativo.

El universo de población corresponde a las mujeres con edad entre 40-60 años que asistieron a consulta de Ginecología en el Hospital de la Mujer de Puebla con diagnóstico de Postmenopausia comprendido entre Junio 2018 y Junio de 2019.

Tipo de muestreo: probabilístico por conveniencia, se tomó a todas las mujeres en la etapa del climaterio que acudían a la consulta externa de Ginecología del Hospital de la Mujer de Puebla que acudieron a la consulta de ginecología durante el periodo junio 2018-junio 2019.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron mujeres de diferentes edades que se encuentran en el periodo de Postmenopausia, natural o artificial y que desearon participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas las pacientes que registraron algunas de las siguientes enfermedades: inmunológicas, hematológicas, cáncer u otras enfermedades crónicas que afecten la libido.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

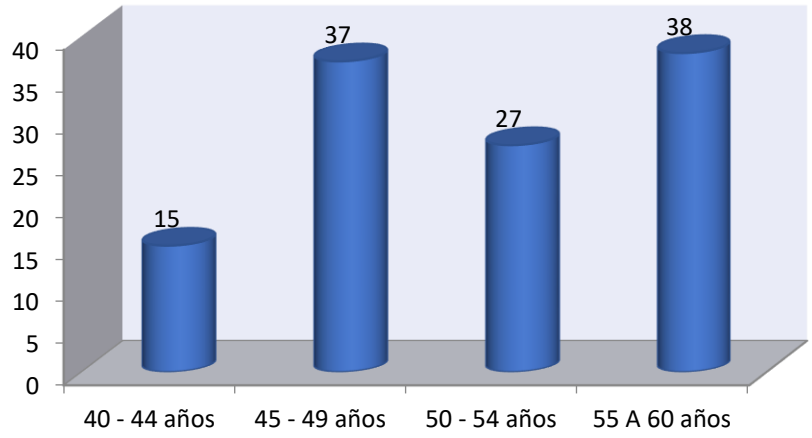
Pacientes que no cuenten con expediente completo

RESULTADOS:

Se realizó un estudio analítico, transversal, ambipectivo, observacional, no experimental, comparativo. Para Analizar si las comorbilidades tienen un impacto en el deterioro de la calidad de vida en las pacientes en la peri y postmenopausia en el hospital de la mujer Puebla, durante el periodo de Junio 2018 a Junio 2019. Encontrando los siguientes resultados.

Una media para la edad de 51.1 +/- 5.7, para el inicio de su menarca de 11.3 +/- 1.5, para el índice de masa corporal la media fue de 27.9 +/- 3.9, la media de la edad de inicio de la menopausia fue de 47.74 +/- 4.

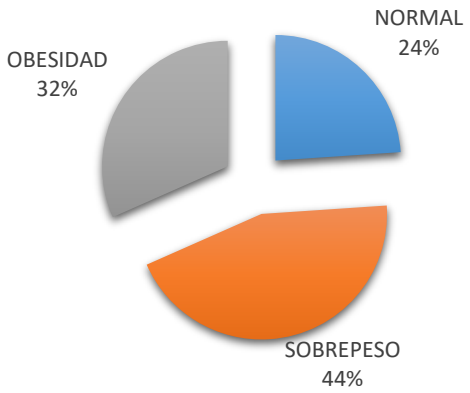
GRÁFICA 1: EDAD DE LAS PACIENTES



Fuente: Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

En la gráfica No. 1 observamos que el 31.6 % de las pacientes se encuentran en el rango de edad de 45 a 49 % y 32.5 % entre 55 a 60 años; 23.1 % entre 50 y 54 años, y solo el 15 % entre 40 y 44 años.

GRÁFICA 2: ÍNDICE DE MASA CORPORAL



Fuente: Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

En relación al índice de masa corporal el 44 % se encuentran en sobrepeso, 32 % en obesidad y 24 % normal.

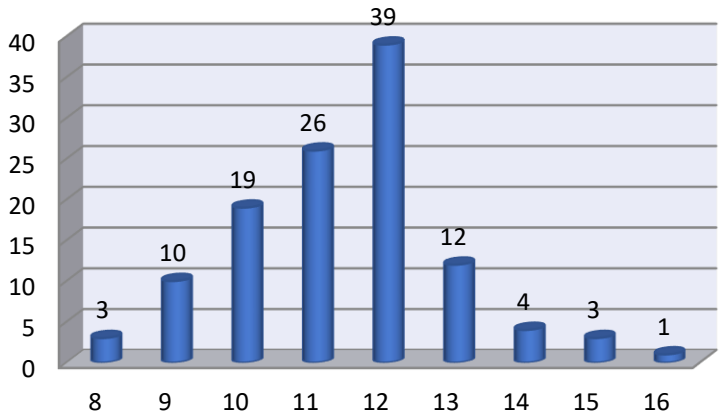
TABLA 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	108	92.3
Empleada	3	2.6
Comerciante	4	3.4
Otros	2	1.7
Total	117	100
	Estado civil	
Casada	57	48.7
Unión libre	44	37.6
Soltera	13	11.1
viuda	3	2.6
total	117	100

Fuente: expedientes del archivo clínico del hospital de la mujer Puebla

En la tabla no 1 se observa que el 92.3 % fueron amas de casa, solo 7.7 % tuvieron otra ocupación. En relación al estado civil 48.7 % eran casadas, 37.6 % unión libre y 11.1 % solteras.

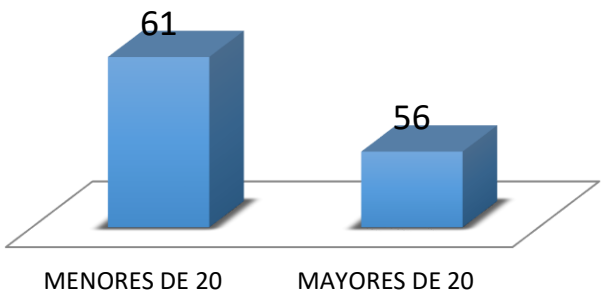
GRÁFICA 3: EDAD DE INICIO DE LA MENARCA



Fuente: Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

El 82 % (96 pacientes) iniciaron su menarca entre el rango de edad de 10 a 13 años, y solo el 11 % (13 pacientes) fueron en edades de 8 y 9 años. Y solo 6.8%(8 pacientes) 14 a 16 años.

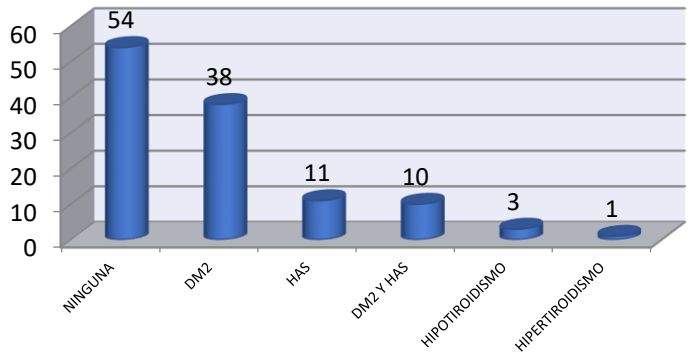
GRÁFICA 4: EDAD DEL PRIMER EMBARAZO



Fuente: Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

El 52.1 % tuvo su primer embarazo antes de los 20 años y el 47.9 % de los 20.

GRÁFICA 5: COMORBILIDADES



Fuente: Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

El 46.2 % de las pacientes no presentaron ninguna comorbilidad, el 38 % fueron diabéticas y 21.4 % otras patologías.

TABLA 2: EDAD DE INICIO DE LA MENOPAUSIA

Fuente:

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
40	8	6.8
41	4	3.4
42	1	0.9
43	4	3.4
44	9	7.7
45	10	8.5
46	9	7.7
47	10	8.5
48	9	7.7
49	13	11.1
50	4	3.4
51	11	9.4
52	11	9.4
53	5	4.3
54	4	3.4
55	5	4.3
Total	117	100

Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

El 11.1 % refirió haber iniciado la menopausia a los 49 años, 9.4 % entre 50 y 52, 8.5% entre 45 y 47; 7.7 % a los 44 y 6.8% a los 40 años.

TABLA 3: RELACIÓN ENTRE INDICE DE MASA CORPORAL Y EDAD DE INICIO DE LA MENOPAUSIA

			Edad de inicio de la menopausia			Total
			40 a 45	46 a 50	51 a mas	
INDICE DE MASA CORPORAL	NORMAL	Recuento	6	9	13	28
		% dentro de edad de inicio de la menopausia	16.7%	20.0%	36.1%	23.9%
	SOBREPESO	Recuento	16	23	13	52
		% dentro de edad de inicio de la menopausia	44.4%	51.1%	36.1%	44.4%
	OBESIDAD	Recuento	14	13	10	37
		% dentro de edad de inicio de la menopausia	38.9%	28.9%	27.8%	31.6%
Total		Recuento	36	45	36	117
		% dentro de edad de inicio de la menopausia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

En la tabla No. 3 observamos que de acuerdo a los rangos de edad 28 pacientes se encuentran con peso normal; 52 con sobrepeso y 37 con obesidad.

Tabla 4: STRAWS + 10

	Frecuencia	Porcentaje
+1A	31	26.5
+1B	31	26.5
+1C	35	29.9
2	20	17.1
Total	117	100

Fuente: expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

29.9 % se encentraban entre los 3 y 6 años posteriores a la menopausia, el 17.1 % entre los 8 años posteriores a la menopausia, el 53 % se encontraban en los primeros 2 años de la menopausia.

TABLA 5: SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS PACIENTES

Densitometría		
	Frecuencia	Porcentaje
No tiene	65	55.6
Normal	26	22.2
Osteopenia	25	21.4
O Osteoporosis	1	.9
Total	117	100
Citología cervical		
Si	93	79.5
No	24	20.5
total	117	100
Mastografía		
BIRADS I	29	24.8
BIRADS II	39	33.3
BIRADS III	20	17.1
NO TIENE	29	24.8
TOTAL	117	100
Ultrasonido pélvico		
No tiene	16	13.7
Sin alteraciones	78	66.7
Miomatosis	15	12.8
Hiperplasia endometrial	3	2.6
Quiste de ovario	5	4.3
Total	117	100

Fuente: expedientes del archivo clínico del hospital de la mujer Puebla

En la tabla No. 4 observamos que el 55.6 % de las pacientes no contaban con densitometría, el 93% ya tenían citología cervical. El 33 % se le encontró BIRADS II, el 24.8% BIRADS I, el 17.1% BIRADS III, y el 24.8 % no contaban con mastografía. En relación al ultrasonido el 66.7 % no presentaron alteraciones.

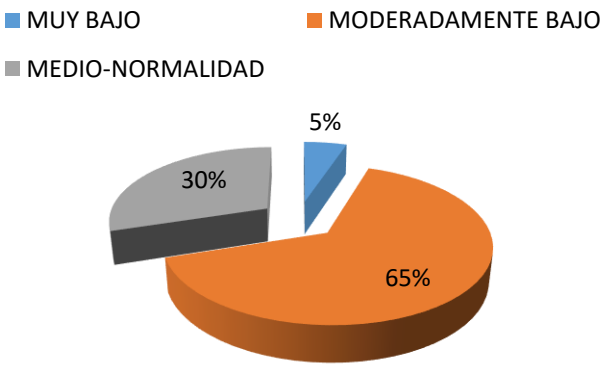
Tabla 6: TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL Y ÓSEA.

Terapia hormonal		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	73	62.4
No	44	37.6
Total	117	100
Terapia ósea		
Ninguna	74	63.2
Calcio	15	12.8
Vitamina D	1	0.9
Calcio + vitamina D	26	22.2
Bifosfonatos	1	0.9
Total	117	100

Fuente: expedientes del archivo clínico del hospital de la mujer Puebla

El 62. 4 % recibieron terapia de reemplazo hormonal y 37.6 % no. En lo que se refiere a la terapia ósea 63.2 % no tuvieron tratamiento, 22.2 % recibieron calcio + vitamina D y 12.8% solo calcio.

GRÁFICA 6: CALIDAD DE VIDA



Fuente: Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Mujer Puebla

El 65 % de las pacientes se encontraron en la clasificación de calidad moderadamente baja, el 30 % medio normalidad y el 5 % muy bajo.

TABLA 7: CALIDAD DE VIDA Y COMORBILIDADES.

			COMORBILIDADES						Total
			Ninguna	DM2	HAS	DM2 Y HAS	Hipotiroidismo	Hipertiroidismo	
CALIDAD DE VIDA	MUY BAJO	Recuento	1	4	0	1	0	0	6
		% dentro de COMORBILIDADES	1.9%	10.5 %	0.0 %	10.0%	0.0%	0.0%	5.1%
	MODERA-MENTE BAJO	Recuento	27	30	10	7	1	1	76
		% dentro de COMORBILIDADES	50.0%	78.9 %	90.9 %	70.0%	33.3%	100.0 %	65.0%
	MEDIO NORMALIDAD	Recuento	26	4	1	2	2	0	35
		% dentro de COMORBILIDADES	48.1%	10.5 %	9.1 %	20.0%	66.7%	0.0%	29.9%
Total		Recuento	54	38	11	10	3	1	117
		% dentro de COMORBILIDADES	100.0%	100 %	100 %	100%	100.0%	100%	100%

Fuente: expedientes del archivo clínico del hospital de la mujer Puebla

En la tabla 7 se observa que 65 % de las pacientes se encuentran en calidad de vida moderadamente bajo, de las cuales 38 son diabéticas y 78.9 se encuentran en esta categoría.

TABLA 8: CALIDAD DE VIDA POR DOMINIOS DE ACUERDO A LA ESCALA DE CERVANTES

	N= 117							
DOMINIO	SANAS:53	CALIDAD DE VIDA			COMORBILIDAD:64	CALIDAD DE VIDA		
		LEVE	MODERADA	GRAVE		LEVE	MODERADA	GRAVE
MENOPAUSIA Y SALUD	34.2+/-8.2	26	27	0	42.38+/-7.33	11	52	1
PSIQUICO	20.68+/-6.27	26	27	0	25.97+/-5.88	12	44	8
SEXUALIDAD	10-92+/-2.57	16	34	3	8.68+/-2.94	39	25	0
RELALCION DE PAREJA	8.21+/-2.30	21	29	3	6.22+/-2.22	44	19	1

FUENTE: ENCUESTA ESCALA DE CERVANTES HOSPITAL DE LA MUJER

En la tabla 8 se observa que el dominio más afectado en las pacientes con comorbilidades es el de menopausia y salud con 52 (81.25%) pacientes, seguido por el psíquico con 44 pacientes (68.7%), en pacientes sanas el dominio más afectado corresponde a la sexualidad seguido por la relación de pareja reportando 34 (53.|%) y 29 (45.3%) pacientes respectivamente en el grupo moderado y 3 (5.6%) paciente en el grupo grave.

TABLA 9: CALIDAD DE VIDA POR SUBDOMINIOS DE ACUERDO A LA ESCALA DE CERVANTES

SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA			
	COMORBILIDAD	SANAS	TOTAL
LEVE	9	20	29
MODERADO	42	28	70
GRAVE	13	5	18
SALUD			
LEVE	22	41	63
MODERADO	41	12	53
GRAVE	1	0	1
ENVEJECIMIENTO			
LEVE	27	37	64
MODERADO	37	16	53
GRAVE	0	0	0

FUENTE: ENCUESTA ESCALA DE CERVANTES HOSPITAL DE LA MUJER

En la tabla 9 se observa que en relación con la sintomatología vasomotora mayor afectación con 42 mujeres (65.6%) con comorbilidades en el grado moderado y 13 pacientes con pérdida grave (20.3%), y 28 pacientes (52.8%) en el grupo de sanas. Pérdida de la salud moderada 41 pacientes (64%) en el grupo de comorbilidades vs 12 (22.6%) en pacientes sanas y solo una paciente

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis estadístico se utilizó chi cuadrada para variables cualitativas

Variable	Valor de P	Interpretación
Calidad de vida y comorbilidad	0.008	Significativa
Calidad de vida y ocupación	.000	Significativa
Calidad de vida y obesidad	.223	No significativo

Encontramos un valor de p=0.008 para la variable comorbilidad y calidad de vida por lo cual aceptamos la hipótesis de investigación la cual dice que las comorbilidades disminuyen la calidad de vida de las pacientes durante la menopausia.

DISCUSIÓN

Relacionado a la edad el mayor porcentaje de las pacientes atendidas en nuestra unidad se encontraron entre los rangos de 55 a 60 (32.5%). El reporte de otros estudios realizados en el estado de Chiapas 50.3 +- 4.9 años, con una edad promedio de aparición de la sintomatología del climaterio de 45 años [73].

El 24% de nuestra población en estudio tuvo un peso normal, y 76% entre sobrepeso y obesidad, lo cual tiene relación con las publicaciones (INSP 2018) que sitúan a nuestro país con un porcentaje de 72.5 % de sobrepeso y obesidad en la población adulta y a las mujeres en un 76% relacionándose con nuestros resultados. La presencia de Sobrepeso y obesidad se relaciona con un incremento en las enfermedades como DM2, HAS, dislipidemias, EVC, enfermedad cardiovascular; las cuales disminuyen la calidad de vida [38].

El 90% refirió ser ama de casa, el 7.7% realizaba una actividad específica. Más del 80% tuvieron pareja, mencionando la literatura que en las mujeres solteras puede iniciar de manera más temprana la menopausia pudiendo tener una asociación a mayor deterioro de relación con respecto a aquellas que no tienen pareja estable.

El 58 pacientes (49.5%) iniciaron su menarca antes de los12 años, y 33.3 % a los 12, lo cual concuerda con la literatura. Y un porcentaje de 6.8 entre los 14 y 16. Se encontró una relación de 28% del inicio de la menarca entre los 8-10 años y el inicio de la menopausia entre los 40 y 44 años, en contraste con 78% de este grupo de edad que presenta el inicio de la menopausia a edades más avanzadas. Un porcentaje bajo del 6.8% entre14 y 16 años presentan una edad máxima de 47 años al inicio de la menopausia. Lo cual difiere con la literatura que menciona que la menarca temprana está asociada con una menopausia temprana [53].

En relación a la edad de inicio del primer embarazo la literatura menciona que no hay relación entre esta y el inicio de la menopausia [55], demostrando a su vez una relación entre la edad del último embarazo y menopausia, a mayor edad en el embarazo, menor edad en la menopausia..

El 46% (54 pacientes) de nuestras pacientes no presenta ninguna comorbilidad asociada, y se observa que más del 50% tuvieron una o más comorbilidades. Las patologías que más se fueron: Diabetes tipo II con un 32.4% (38), Hipertensión 9.4% (11), pacientes con DM2 e Hipertensión Crónica a un 8.5 % (10), con Hipotiroidismo de un 2.5% (3) e Hipertiroidismo 0.8% (1). La literatura reporta que debido a la disminución de los estrógenos y de la variación del FSH durante la transición a la menopausia se ve asociado con un incremento en el riesgo de desarrollar diabetes [59,60]. Así mismo existe una disfunción endotelial originado un desequilibrio entre vasodilatación y vasoconstricción, alterando la regulación del tono vascular contribuyendo a mantener una tensión arterial elevada [48].

Relacionado a la edad de inicio de la menopausia la media fue de 47.7 +/-4 años, mencionando la literatura nacional una edad promedio de 47.6 años con un rango entre 41 y 55, lo cual concuerda con nuestra población estudiado [47].

De acuerdo a la clasificación de STRAWS se encontró que un 81% de nuestras pacientes se encontraban en los primeros 6 años de esta, predominando la sintomatología vasomotora. En el grupo de STRAWS +2 tuvimos 20 pacientes (17.1%) en las cuales predomina el Síndrome Genitourinario.

El 55.6 % de las pacientes no contaban con densitometría, el 93% se realizaron citología cervical. El 33 % se le encontró BIRADS II, el 24.8% BIRADS I, el 17.1% BIRADS III, y el 24.8 % no contaban con mastografía. En relación al ultrasonido el 66.7 % no presentaron alteraciones. Dentro de las recomendaciones generales para la consulta de primera vez en la menopausia la guía medica de atención integral a la mujer en la peri y pos menopausia menciona que deben solicitarse de rutina: mastografía anual, citología de cuello uterino anual, después de 3 normales cada 3 años. Ultrasonido abdominal o endovaginal de preferencia, densitometría ósea central o periférica [38].

La terapia hormonal de reemplazo en la menopausia es el pilar de tratamiento, el 62.4 % de nuestras pacientes reciben terapia y 37.6 % no. Un 63%% de nuestras pacientes no requiere de terapia ósea, encontrando que 22.2% reciben tratamiento

con calcio y vitamina D y solo 12.8% únicamente con calcio. Las guías de práctica clínica nos mencionan que la terapia de reemplazo hormonal debe ser recomendada por una indicación precisa tomando en cuenta contraindicaciones y el potencial de beneficio individual.

La ingesta de calcio de 1200 mg/día en mujeres con edad mayor o igual a 50 años encontramos que en nuestra revisión el 100% de las mujeres en esta etapa de la vida recibe suplemento con calcio, como recomienda la GPC [31,38].

Referente a la calidad de vida el 65 % de las pacientes se encontraron en la clasificación de calidad moderadamente baja, el 30 % medio normalidad y el 5 % muy bajo. Mientras la literatura menciona que el grupo de calidad de vida media es del 89 % y solo el 11 % está entre moderadamente bajo y muy bajo. Lo cual no concuerda con nuestros resultados. [69, 71,72]

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que del total de la población analizada en este estudio más del 50% (65%=67 mujeres), se encuentra en un nivel moderadamente bajo de calidad de vida, y solo un 29.9% (35 mujeres) en el grupo de medio-normalidad, Lo que traduce que debemos reforzar la atención médica y dar un manejo integral de mayor intensidad en las mujeres en la etapa del climaterio.

La calidad de vida en los grupo comparativos muestra que a mayor comorbilidad menor calidad de vida. Por lo que se sugiere que se lleve a cabo una valoración multidisciplinaria en estas pacientes.

Se sugiere continuar con el estudio de manera prospectiva, pero sobre todo que se haga una evaluación más completa de las pacientes en la etapa del climaterio conforme a la guía de práctica clínica y la posibilidad de formar una Clínica de Climaterio.

ANEXO

ESCALA DE CERVANTES DE CALIDAD DE VIDA

1. A lo largo del día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más.

   Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] Todos los días

2. No puedo más de lo nerviosa que estoy

   Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] Constantemente

3. Noto mucho calor de repente aunque los demás no lo sientan

   Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] En todo momento

4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre

   Mucho menos [0] [1] [2] [3] [4] [5] Igual o más

5. No consigo dormir las horas necesarias

   Nunca me ocurre [0] [1] [2] [3] [4] [5] Constantemente

6. Todo me aburre incluso las cosas que antes me divertían

   No es cierto [0] [1] [2] [3] [4] [5] Cierto

7. Noto hormigueo en las manos y los pies

   Nada [0] [1] [2] [3] [4] [5] Completamente

8. Me considero feliz en mi relación de pareja

   Nada [0] [1] [2] [3] [4] [5] Completamente

9. De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo

   Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] Constantemente

10. He perdido la capacidad de relajarme

    No, en absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] Completamente

11. Aunque duermo no consigo descansar

    Nunca me ocurre [0] [1] [2] [3] [4] [5] Constantemente

12. Noto como si las cosas dieran vueltas

    Nada [0] [1] [2] [3] [4] [5] Mucho

13. Mi papel como esposa o pareja es…

Nada importante [0] [1] [2] [3] [4] [5] Muy importante

14. Creo que retengo líquido porque estoy muy hinchada

No, como siempre [0] [1] [2] [3] [4] [5] Sí mucho más

15. Estoy satisfecha de mis relaciones sexuales

Nada [0] [1] [2] [3] [4] [5] Completamente

16. Noto que los músculos o las articulaciones me duelen

No, en absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] Dolor insoportable

17. Creo que los demás estarían mejor sin mí

No, en absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] Cierto

18. Me da miedo hacer esfuerzos por que se me escapa la orina

No, en absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] Mucho

19. Desde que me levanto ya me encuentro cansada

Nada [0] [1] [2] [3] [4] [5] Mucho

20. Tengo tan buena como cualquier persona de mi edad

No, en absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] Igual o mejor

21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada

Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] En todo momento

22. Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes

Mucho menos [0] [1] [2] [3] [4] [5] Igual o más

23. Noto que el corazón me late muy de prisa y sin control

Nada [0] [1] [2] [3] [4] [5] Mucho

24. A veces pienso que no me importaría estar muerta

Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] Constantemente

25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos

En absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] Constantemente

26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual

Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] Siempre

27. Siento picor en la vagina como si estuviera demasiado seca

Nada [0] [1] [2] [3] [4] [5] Mucho

28. Me siento vacía

Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] Siempre

29. Noto sofocaciones

Nunca [0] [1] [2] [3] [4] [5] En todo momento

30. En mi vida el sexo es

Nada importante [0] [1] [2] [3] [4] [5] Extremadamente importante

31. He notado que tengo más sequedad de piel

No, como siempre [0] [1] [2] [3] [4] [5] Sí, mucho más

BIBLIOGRAFIA

1. Aranda-Lara, P. (2004). Hipertensión arterial y menopausia: aspectos fisiopatológicos y terapéuticos. Gaceta Médica de Bilbao, 85-91.
2. Yazdkhasti, 2019. The association between diabetes and age at the onset of menopause: a systematic review protocol. Systematic Reviews, 1-6.
3. Zhu, D. (2017). Body mass index and age at natural menopause: an international pooled analysis of 11 prospective studies. European Journal of Epidemiology.
4. Gold, E. B. (2011). The Timing of the Age at Which Natural Menopause Occurs. Obstet Gynecol Clin North Am, 425-444.
5. Bjelland, E. (2018). The relation of age at menarche with age at natural menopause: a population study of 336788 women in Norway. Hum Reprod.
6. Mishra, Gita D, Et al. Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause". Human Reproduction 32.3 (2017): 679:686.
7. Andarini, Sri, and Sujarwoto Sujarwoto. Early menarche and premature natural menoapsue in Indonesia. Annals of human Biology 45.5 (2018): 419-427.
8. Yeun, J. S. (2017). Relationship between age at last delivery and age at menopause: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Obstetrics & Gynecology Science, 362-368.
9. Zhu, D. (2017). Body mass index and age at natural menopause: an international pooled analysis of 11 prospective studies. European Journal of Epidemiology.
10. Y., G. (2016). Conversion of gestational diabetes mellitus to future Type 2 diabetes mellitus and the predictive value of HbA1cin an Indian cohort. Diabetic Medicine. Diabetic Medicine, 37-43.
11. Kramer, C. K. (2019). Gestational diabetes and the risk of cardiovascular disease in women: a systematic review and meta-analysis. Diabetologia.

12. M. (2018). Menopausia y Terapia Hormonal de la Menopausia Las recomendaciones 2018 de la Unidad de Endocrinología Ginecológica de Clínica Alemana de Santiago -Sociedad Italiana de la Menopausia y la Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica. Rev Chil Obstet Ginecol, 527-550.
13. Park, S. K. (2017). Association between changes in oestradiol and follicle-stimulating hormone levels during the menopausal transition and risk of diabetes. Diabet. Med., 531-538.
14. M., M. (2009). Chronic 17 B-estradiol treatment improves skeletal muscle insulin signaling pathway components in insulin resistance associated with aging. American Agin Association, 1-13.
15. Torréns, J. I. (2004). Ethnic Differences in Insulin Sensitivity and □-Cell Function in Premenopausal or Early Perimenopausal Women Without Diabetes. The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Diabetes Care, 354-361.
16. Yu, E. W. (2016). Defects in cortical microarchitecture among African-American women with type 2 diabetes. Osteoporos Int., 673-679.
17. Cortés, Y. I. (2018). History of Adverse Pregnancy Outcomes, Blood Pressure, and Subclinical Vascular Measures in Late Midlife: SWAN (Study of Women's Health Across the Nation). J Am Heart Assoc, 1-13.
18. Zibereman, Judith M. "Menopausia: Hipertensión arterial y enfermedad vascular". Hipertensión y riesgo vascular 35.2 (2018): 77-83.
19. Rojas R. Sebastian J. Et al. Síndrome metabólico en la menopausia, conceptos clave. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(2): 121-128.
20. Stefanska A, Bergamann K. Et Al. Metabolic Syndrome and Menopause: Pathophysiology, and clinical and Diagnostic Significance. Advance in Clinical Chemestry, 2015. Volumen 72.
21. Pu D, Tan R, Yu Q. Metabolic síndrome in menopause, coneptos clave. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(2): 121-128.

22. Dibonaventura MD, Chandran A, Hsu MA, Bushmakin A. Burden of vasomotor symptoms in France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. Int J Womens Health. 2013;5:261-9.
23. Hinrichsen G, Wernecke KD, Schalinski A, Borde T, David M. Menopausal symptoms in an intercultural context: a comparison between German women, Chinese women and migrant Chinese women using the Menopause Rating Scale (MRS II). Arch Gynecol Obstet. 2014;290(5):963-71.
24.. Chedraui P, Pérez-López FR, Sánchez H, Sánchez P, Miranda O, Quispe P, et al. Application of the 10-item Cervantes Scale among mid-aged Ecuadorian women for the assessment of menopausal symptoms. Maturitas. 2014;79(1):100-5.
25. Pérez-López FR, Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Monterrosa-Castro A. Urinary incontinence, related factors and menopause-related quality of life in mid-aged women assessed with the Cervantes Scale. Maturitas. 2012;73(4):369-72.
26. Ferreras Blanco , E., & Olvera , V.E.. (2014). Recursos para el bienestar emocional de las mujeres ante el climaterio y la menopausia. Defensa Juridica y Educacion para Mujeres S.C. Vereda- Themis. 2014, México D.F
27. Alide M., Paravic K., Barriga O. Percepción de las mujeres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climaterio [Internet]. Chile: Rev. chil. obstet. ginecol. [citado 4 Nov. 2016] vol.76 no.2 Santiago 2011 64 – 70[Aprox. 6 p.], pág. 65. Disponible en:http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n2/art02.pdf
28. Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal Symptoms and Their Management. Endocrinology and metabolism clinics of North America, 44(3), 497–515. doi:10.1016/j.ecl.2015.05.001
29. NAMS, 2019. The North American Menopause Society. Obtenido de Menopause Glossary: https://www.menopause.org/for-women/menopause-glossary.

30. Takahashi TA[1], Johnson KM. Menopause**.** Med Clin North Am. 2015 May;99(3):521-34. doi: 10.1016/j.mcna.2015.01.006.

31. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013 .

32. Morabia A, Costanza MC. International variability in ages at menarche, first livebirth, and menopause. World Health Organization collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. Am J Epidemiol 1998;148(12):1195–205.

33. Practice Bulletin No. 141. (2014). Obstetrics & Gynecology, 123(1), 202–216.doi:10.1097/01.aog.0000441353.20693.78

34. Takahashi, T. A., & Johnson, K. M. (2015). Menopause. Medical Clinics of North America, 99(3), 521534.doi:10.1016/j.mcna.2015.01.006

35. Los adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio siglo XXI.INEGI, Legorreta, 2012

36. Blümel, JE. , Hernández, JA, Motta, E.: Age at menopause in Latin America. Menopause 2006;13:706-12

37. Vazquez JE, Morfin J. Motta E. Estudio del climaterio y la menopausia. Colegio mexicano de especialistas en Ginecologia y obstetricia.

38. Guía Médica de Atención Integral a la Mujer en la Peri y Postmenopausia para el primer nivel de atención. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud reproductiva. INPer 2018.

39. WHO. Report of a WHO scientific group. Research on the menopause in the 1990s. WHO Tech Rep Ser 1996; 866.

40. Sadler TW. Embriología médica Langman. España: Wolters Kluwer, 13 ª ed. 2016

41. Valenzuela Mazo, Pilar. Arteaga-Urzúa, Eugenio Ricardo Pou-Ferrari, Villaseca-Délano, Paulina. Climaterio y Menopausia: etapas reproductivas en la mujer adulta: transición a la menopausia, Federación latinoamericana de Sociedades de la Obstetricia y Ginecología , FLASOG , 2016.

42. Torres Jiméneza, Ana Paola , Torres Rincóna. José María Revista de la Climaterio y menopausia. Facultad de Medicina de la UNAM, Vol. 61, n.o 2, Marzo-Abril 2018
43. Villaseca P. El ovario desde la gestación a la senectud. En: Arteaga E, editor. Endocrinología Ginecológica. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2016.
44. Hall JE. Neuroendocrine changes with reproductive aging in women. Semin Reprod Med 2007;25(5):344–51
45. Rang H, Dale M. Farmacología. España: Elsevier, 6ª ed. 2008, pp. 445-461.
46. Carranza S. Introducción a la endocrinología ginecológica. México: Trillas, 1ª ed. 2011.
47. O'Neill, S., & Eden, J. (2017). The pathophysiology of menopausal symptoms. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 27(10), 303–310.doi:10.1016/j.ogrm.2017.07.002
48. Burger H G, Cahir N, Robertson D M et al. Serum inhibins A and B fall differentially as FSH rises in perimenopausal women. Clin Endocrinol (Oxf) 1998; 48: 809–13
49. Burger, H. G. (2006). Physiology and endocrinology of the menopause. Medicine, 34(1), 27–30. doi:10.1383/medc.2006.34.1.27
50. Burger H G, Dudley E C, Hopper J L et al. Prospectively measured levels of serum FSH, estradiol and the dimeric inhibins during the menopausal transition in a population-based cohort of women. J Clin Endocrinol Metab 1999; 84: 4025–30.
51. Lee S J, Lenton E A, Sexton L et al. The effect of age on the cyclical patterns of plasma LH, FSH and estradiol and progesterone in women with regular menstrual cycles. Hum Reprod 1988; 3: 851–5
52. Klein NA[1], Battaglia DE, Fujimoto VY, Davis GS, Bremner WJ, Soules MR. Reproductive aging: accelerated ovarian follicular development associated with a monotropic follicle-stimulating hormone rise in normal older women. J Clin Endocrinol Metab. 1996 Mar;81(3):1038-45.

53. Zumoff B, Strain G W, Miller L K et al. Twenty-four hour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 1995; 80: 1429–30
54. Randolph JF, Jr, Zheng H, Sowers MR, et al. Change in follicle-stimulating hormone and estradiol across the menopausal transition: effect of age at the final menstrual period. J Clin Endocrinol Metab. 96:746.
55. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, Woods N. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). Fertil Steril 2001;76:874-8
56. EXECUTIVE SUMMARY of STRAW+10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging Climacteric. Author manuscript; available in PMC 2013 April 01
57. Bonilla-Marín FR. Síndrome Climatérico. Rev Arch Med Gen Méx 2012;1(1).
58. Alvarado-García A, et al. Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la postmenopausia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2015;53(2):214-25
59. Salvador, Jorge. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA: EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA, Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:61-78
60. Lida sosa, Fanny corrales, Karen Díaz. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA: etapas reproductivas en la mujer adulta: Síndrome Climatérico, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia , FLASOG , 2016.
61. NAMS Recommendations For Clinical Care. Menopause 2014;21(10)
62. Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. J Gen Intern Med 2008;23(9):1507–13.
63. Portman DJ, Gass ML, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. Menopause 2014;21(10):1063–8

64. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of the North American Menopause Society. Menopause 2013;20(9):888–902 [quiz: 903–4].
65. The pooling project research group. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: final report of the pooling project. J Chronic Dis 1978;31:201-306
66. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. Estudio del climaterio y la menopausia. Marzo 2010
67. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. JAMA 2002;288:321-33.
68. Shao H, Breitner JC, Whitmer RA, et al. Hormone therapy and Alzheimer disease dementia: new findings from the cache county study. Neurology 2012;79(18): 1846–52.
69. Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopausicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. Rev. chil. obstet. ginecol. 2010;75(1):17-34
70. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. méd. Chile. 2010;138(3):358-65.
71. Monterrosa Á, Blumel JE, Chedraui P. Calidad de vida de mujeres en postmenopausia. Valoración con "Menopause Rating Scale" de tres etnias colombianas diferentes. MedUNAB. 2009;12(2):80-5
72.. Vazquez JE, Morfin J. Motta E. Estudio del climaterio y la menopausia. Colegio mexicano de especialistas en Ginecologia y obstetricia.
73. Cruz Martínez, Epifanio A., Cruz Anguiano, Verónica. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.55 no.4 Ciudad de México jul./ago. 2012
74. González Salinas, J. Fernanda. Calidad de Vida y Conocimiento de Mujeres que Cursan Climaterio. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 20 N° 7 Agosto, 2012