



CALIDAD DE VIDA Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CLIMATÉRICAS RESIDENTES EN UNA REGIÓN DEL CARIBE COLOMBIANO^(*)

QUALITY OF LIFE AND SEXUAL DYSFUNCTION IN CLIMACTERIC WOMEN FROM A COLOMBIAN CARIBBEAN REGION

Monterrosa-Castro Álvaro¹
Márquez-Vega Jhonmer²
Arteta-Acosta Cindy²

Correspondencia: alvaromonterrosa@gmail.com

Recibido para evaluación: septiembre-6-2013. Aceptado para publicación: junio-20-2014.

RESUMEN

Introducción: la pérdida de la función folicular ovárica es un evento fisiológico del climaterio, que puede afectar la calidad de vida.

Objetivo: evaluar la calidad de vida y la función sexual en mujeres en climaterio residentes en una población del Caribe colombiano.

Metodología: estudio transversal realizado con las escalas Menopause Rating Scale (MRS) y el Índice de Función Sexual Femenino (FSFI-6) en mujeres mestizas, en alguna medida descendientes de indígenas Zenúes, saludables, entre 40 y 59 años de edad, naturales y residentes en el Caribe de Colombia.

Resultados: 208 mujeres estudiadas. 100 (48%) premenopáusicas y 108 (52%) posmenopáusicas, con edad promedio de última regla: 44.8±4.5. Se obtuvo puntuación total de MRS: 15.9±9.6 y los síntomas más prevalentes fueron: trastorno del sueño (91.3%), cansancio físico/mental (91.3%) y molestias músculo articulares (89.9%), con elevado deterioro del dominio urogenital. El 50% de las mujeres tuvo alteración severa de la calidad de vida, con elevada prevalencia de manifestaciones, tanto en premenopáusicas como en posmenopáusicas. El 77% presentó disfunción sexual, con mayor prevalencia posmenopáusicas. El dominio más deteriorado fue dolor a la penetración coital.

Conclusión: en mujeres con rasgos fenotípicos mestizos y oriundas de poblaciones donde existieron asentamientos aborígenes, se observó menopausia más temprana y deterioro anticipado de la dimensión urogenital, similares a lo observado en poblaciones indígenas. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(1):55-65**

PALABRAS CLAVE

Climaterio; Menopausia; Calidad de vida; Disfunción sexual.

* Un producto del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Primer lugar en el Concurso de Investigación "Premio Francisco Pardo Vargas", modalidad estudios transversales. Congreso Colombiano de Menopausia. Bogotá. 2013.

¹ Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Titular. Facultad de Medicina. Líder Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Médico General. Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Colombia.

SUMMARY

Introduction: The loss of the ovarian follicular function is a physiological event of the climacteric that could affect the quality of life.

Objective: to evaluate the quality of life and sexual function in climacteric from a population of the Colombian Caribbean.

Methodology: cross-sectional study carried out with the Menopause Rating Scale (MRS) and the Female Sexual Function Index (FSFI-6) in healthy mestiza women, some of them, women descendant of Zenues indigenous, and with ages between 40 and 59 years who were natives and residents in the Colombian Caribbean.

Results: 208 women were studied. 100 (48%) were in premenopause and 108 (52%) in postmenopause, with average age of last period: 44.8 ± 4.5 . The total score of the MRS was: 15.9 ± 9.6 , and the most prevalent symptoms were: sleep disturbance (91.3%), physical-mental fatigue (91.3%) and muscle-joint discomfort (89.9%), with high deterioration of the urogenital domain. 50% of women had severe deterioration of the quality of life, with high prevalence of symptomatology, as much in premenopausal as in postmenopausal women. 77% of the population presented sexual dysfunction with higher prevalence in postmenopausal women. The most impaired domain was pain coital penetration.

Conclusions: in women with mestizo phenotypic traits and who were native from populations where settlements existed, it was observed early menopause and early deterioration of the urogenital domain, similar to the observed in indigenous populations.

Rev.cienc.biomed. 2014;5(1):45-65

KEYWORDS

Climacteric; Menopause; Quality of life; Sexual dysfunction.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es una etapa en la vida de la mujer, llena de experiencias individuales, que se caracteriza por una compleja interacción de factores biológicos y psicosociales, que en conjunto impactan el bienestar físico, mental y sexual (1). Se presentan cambios endocrinológicos que provocan irregularidad en el ciclo menstrual y manifestaciones que se pueden agrupar en síntomas somato-vegetativos, psicológicos y genitourinarios, los cuales deterioran el bienestar femenino (2).

La calidad de vida que tienen las mujeres en los diferentes estados menopáusicos del climaterio debe ser motivo de interés. La escala Menopause Rating Scale [MRS] es una sencilla e importante herramienta para su medición (3).

La magnitud del deterioro de los aspectos relacionados con la función sexual deben ser considerados (4). El DSM-IV (5) define disfunción sexual como un trastorno en el ciclo de respuesta sexual o dolor durante el coito. Inicialmente la Asociación Psiquiátrica Americana [APA] (6) había reunido las alteraciones de la función sexual en cuatro tipos: trastornos del deseo, de la excitación, falla

orgásmica y dolor coital. Posteriormente International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions (7), a esos cuatro tipos le agregó dos más: alteración en la lubricación y en la satisfacción.

Se han desarrollado escalas para evaluar los componentes de la función sexual, con la intención de transformar variables subjetivas en resultados cuantificables. La más ampliamente utilizada es Female Sexual Function Index [FSFI] (8), validada en español como Índice de Función Sexual Femenina [IFSF], compuesta por 19 preguntas, con altos niveles de confiabilidad, consistencia interna y aplicabilidad. Recientemente, Isidori y cols (9), la redujeron a 6 preguntas [FSFI-6], y por tener alta sensibilidad y especificidad, la recomiendan como un test válido y fiable para evaluar la función sexual. El objetivo es evaluar la calidad de vida y la función sexual que tienen mujeres climatéricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Estudio transversal realizado con un formulario general y dos escalas universales va-

lidades. Aplicados entre febrero y junio del 2011 a mujeres con edades entre 40 y 59 años. Hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas).

Están involucradas mujeres fenotípicamente mestizas o hispánicas colombianas, un grupo heterogéneo cuyas características raciales no son específicamente blancas, ni indígenas ni afrodescendientes. Naturales y residentes en el municipio de Magangué o en alguno de sus siguientes corregimientos: Cascajal, San Rafael de Cortina, Henequén, Barranco de Yuca, Santa Fe, Isla Grande, Las Brisas, Boca de San Antonio, Barbosa y Santa Lucía, zonas rurales del Departamento de Bolívar, en la región Caribe colombiana. Poblaciones que están en las orillas o en las vecindades del río Magdalena, entre los 25 y 75 metros sobre el nivel del mar. Región calurosa, con temperaturas a la sombra entre 31.0 y 41.0 grados centígrados, con un promedio de 38.0 grados centígrados y humedad del 76.9%. Los primeros habitantes de estos territorios fueron los indígenas Zenúes y la región era denominada en la época precolombina como Panzenú. El municipio de Magangué, segundo en importancia después de Cartagena de Indias en el Departamento de Bolívar, en el norte de Colombia, debe su nombre a la voz indígena Maganguéy. Por ser puerto fluvial y comercial ha recibido diversos flujos migratorios y la presencia de un elevado mestizaje, no obstante es muy posible que la población considerada como mestiza en esta valoración, pueda contener un alto componente genético indígena de la etnia Zenú.

Médicos generales que laboran en la región, inicialmente contactaron en sus propias comunidades y residencias a mujeres sanas, definidas como aquellas que cumplían con sus labores cotidianas, les explicaron los detalles de la investigación y las invitaron a participar.

Posteriormente mujeres encuestadoras, enfermeras o profesionales de la salud, explicaron a las que se desearon vincular, los detalles para que las mujeres se autoaplicaran de forma anónima el formulario. Fueron excluidas mujeres previamente sometidas a histerectomía, las que no comprendieron adecua-

damente el formulario o las escalas y las que tenían rasgos fenotípicos étnicos típicos de indígenas, blancas o afrodescendientes. Se consideraron todos los formularios que fueron llenados en su totalidad. Los incompletos o mal diligenciados fueron descartados. Se solicitó el consentimiento informado previo a la aplicación de la encuesta, de acuerdo a la declaración de Helsinki. Proyecto inscrito en la Universidad de Cartagena, Colombia, que realizó preservación de la confidencialidad de los datos.

"Menopause Rating Scale" (MRS).

La escala Menopause Rating Scale es una escala específica de síntomas menopáusicos, escala de calidad de vida relacionada con la salud, desarrollada a inicios de los años noventa y validada para diversas lenguas incluida la española (3,10). La escala está compuesta por 11 preguntas que se agrupan en tres dimensiones: (A) Somático-vegetativa. (B) Psicológica. (C) Urogenital. La dimensión somático-vegetativa valora la presencia y la severidad de oleadas de calor (sofocos, bochornos y episodios de sudoración). Molestias cardíacas (taquicardia, bradicardia, conciencia no habitual de los latidos cardíacos). Alteración del sueño (dificultad a la hora de dormirse, despertarse con facilidad, despertarse pronto). Dolencias músculo-ligamentarias (dolores en las articulaciones). Son los ítems 1, 2, 3 y 11 respectivamente. La dimensión psicológica evalúa presencia y severidad de estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, triste, a punto de llorar, falta de ímpetu, cambios en el estado de ánimo). Irritabilidad (sentirse nerviosa, sentirse agresiva). Ansiedad (inquietud interna, sensación de pánico). Cansancio físico y mental (menor rendimiento, problemas de memoria, menor concentración y mala memoria). Son los ítems 4, 5, 6 y 7 respectivamente. La dimensión urogenital define la presencia y severidad de problemas sexuales (alteración de la libido/deseo, de la actividad y la satisfacción sexual). Problemas de vejiga (dificultad a la hora de orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia vesical). Sequedad vaginal (sensación de sequedad o escozor en la vagina, dificultad a la hora de realizar el coito). Son los ítems 8, 9 y 10 respectivamente. Cada uno de los 11 ítems es calificado como: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (se-

vero) y 4 (muy severo), pudiendo establecerse la media y su desviación estándar para cada uno de los ítems. La sumatoria de las medias de los ítems establece la puntuación media de cada una de las dimensiones y la sumatoria de las tres dimensiones permite el puntaje total. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida. Además pueden establecerse cuatro niveles de severidad del compromiso: (A) ninguno, pequeño, (B) suave, (C) moderado y (D) severo, aplicándose para cada uno de los ítems, las dimensiones y la puntuación total de la escala.

Este instrumento define como compromiso severo del dominio somato-vegetativo un puntaje superior a 8, compromiso severo psicológico más de 6 y urogenital superior a 3. Si la puntuación total de la escala es superior a 16 puntos, indica mala calidad de vida.

Female Sexual Function Index (FSFI-6).

Es un instrumento utilizado para evaluar la función sexual en las últimas cuatro semanas. Se compone de seis preguntas y cada una explora un dominio: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene cinco o seis opciones de respuesta que se califican de 0 a 5. El puntaje total de la escala es la suma aritmética de los dominios. Entre más alto es el puntaje mejor es la sexualidad. Se define la presencia de disfunción sexual con un puntaje menor a 19. Esta versión abreviada ha demostrado ser válida y fiable [α de Cronbach = 0.78] (9).

Definición del estado menopáusico.

Se consideraron premenopáusicas todas las mujeres que presentaban las siguientes condiciones: ciclos menstruales regulares (variaciones menores a siete días), ciclos menstruales irregulares (variaciones superiores a siete días) y las que al momento de ser incluidas tenían amenorrea inferior a doce meses. Se consideran en posmenopausia las que tenían uno o más años sin presentar sangrados menstruales.

Análisis Estadístico

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (DANE) [www.dane.gov.co]

tomando como base el último censo de población realizado (2005), tiene estimado que para el año 2011, la población del municipio de Magangué y corregimientos incluye 60.915 mujeres, de las cuales 11.463 están entre 40 y 59 años de edad. Se calculó tamaño de la muestra ajustado a pérdidas: 234. Proporción de pérdida calculada: 15%. Nivel de confianza: 95%, precisión del 3%. Tamaño de muestra calculada para el estudio 199 mujeres. Se asumió una distribución normal para todas las variables, incluidos los ítems de las escalas y puntajes totales. El análisis fue realizado con Epi-Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EEUU; 2008). Los datos se expresan en medias con desviación estándar (\pm DE) para datos continuos y en porcentajes con intervalos de confianza del 95% para datos categóricos. Las diferencias fueron evaluadas con ANOVA o Test de Student and Mann-Witney, según homogeneidad de la varianza. Los porcentajes de diferencia fueron evaluados usando el χ^2 . Un valor de $P < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se identificaron 247 mujeres de las cuales 14 (5.7%) no desearon, no pudieron participar o tenían criterios de exclusión. 233 formularios fueron aplicados, 25 (10.7%) estaban incompletos o incorrectamente diligenciados y fueron descartados. Se estudiaron 208 mujeres mestizas residentes en zonas vecinas al Río Magdalena en el Departamento de Bolívar, Colombia, entre 40 y 59 años de edad. 100 (48.0%) premenopáusicas y 108 (52.0%) posmenopáusicas.

La Tabla N°1 presenta las características socio-demográficas. El promedio de edad fue 49.1 ± 5.4 y de nivel educativo 11.2 ± 4.2 años. El 43% amas de casa, 40% en unión libre y 81% con pareja sexual estable.

En la población estudiada fue elevada la presencia de todos los síntomas que se exploran con MRS. Los más prevalentes fueron los trastornos del sueño (91.3%), cansancio físico-mental (91.3%) y molestias músculo/articulares (89.9%). El 84.1% de las mujeres informó tener problemas se-

Tabla N° 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS n= 208	
Edad, X±DE	49.1±5.4
Peso, X±DE	63.0±9.4
Talla, X±DE	1.6±0.0
IMC, X±DE	24.1±3.8
IMC <18.50, n (%)	13 (6.3%)
IMC 18.51 – 24.99, n (%)	17 (8.2%)
IMC 25.00 – 29.99, n (%)	117 (56.3%)
IMC >30.00, n (%)	61 (29.3%)
Años de estudio, X±DE	11.2±4.2
Número de hijos, X±DE	2.9±2.1
Estado civil casadas, n (%)	73 (35.1%)
Estado civil unión libre, n (%)	84 (40.4%)
Actualmente fumadoras, n (%)	8 (3.8%)
Uso actual de terapia hormonal, n (%)	9 (4.3%)
Con pareja sexual estable, n (%)	170 (81.7%)
Con actividad sexual, n (%)	177 (85.1%)
Consumo actual de café, n (%)	153 (73.5%)
Premenopáusicas 100 (48.1%)	
Edad, X±DE	45.6±3.9
Posmenopáusicas: 108 (51.9%)	
Edad, X±DE	52.5±4.5
Edad de última regla, X±DE	44.8±4.5
Años en postmenopausia, X±DE	7.6±4.8

xuales y el 72.6% oleadas de calor. Alrededor del 60% de las mujeres manifestaron tener sequedad vaginal, ansiedad, irritabilidad, molestias cardíacas y problemas de vejiga. La manifestación severa + muy severa [sumatoria de la calificación 3 + 4 de la escala MRS] más prevalente fueron las molestias músculo/articulares (43.8%), seguida por los problemas sexuales (34.1%) y la sequedad vaginal (28.4%). Una cuarta parte de las mujeres involucradas tenían oleadas de calor severas + muy severas (Tabla N°2).

Fue elevada la puntuación en todos los dominios, especialmente en el urogenital. Se encontró alto deterioro de la calidad de vida. A la vez se observó deterioro significativo de todos los dominios y de la puntuación total al comparar premenopáusicas con posmenopáusicas ($p<0.001$) (Tabla N° 3).

Tabla N° 2. SEVERIDAD DE LOS ITEMS (MRS) PREVALENCIA PORCENTUAL n= 208				
SINTOMAS MENOPAUSICOS	AUSENTE	PRESENCIA		
		LEVE	MODERADA	SEVERA Y MUY SEVERA
Oleadas de calor	27.4	22.1	26.0	24.5
Molestias cardíacas	37.1	36.5	16.3	10.1
Trastornos del sueño	8.7	27.8	45.7	17.8
Estados de ánimo depresivo	29.3	42.8	16.8	11.1
Irritabilidad	35.1	30.3	24.5	10.1
Ansiedad	41.8	31.7	17.3	9.2
Cansancio físico y mental	8.7	18.7	50.0	22.6
Problemas sexuales	15.9	30.3	19.7	34.1
Problemas de vejiga	42.3	26.0	19.2	12.5
Sequedad vaginal	35.6	13.9	22.1	28.4
Molestias músculo/articulares	10.1	12.0	34.1	43.8

Tabla N° 3. DOMINIOS Y PUNTUACIÓN TOTAL (MRS)				
DOMINIOS (X±DE)	Todas n=208	Premenopáusicas n=100	Posmenopáusicas n=108	p (*)
Somático-vegetativo	6.5±3.6	4.7±2.9	8.2±3.3	<0.001
Psicológico	5.1±3.3	3.7±2.9	6.3±3.2	<0.001
Urogenital	4.2±3.2	2.5±2.6	5.9±2.8	<0.001
Total	15.9±9.6	11.6±7.9	20.6±8.7	<0.001

* Prueba de Mann-Whitney

El dominio urogenital y el somato-vegetativo se siguió deteriorando significativamente a medida que pasaban los años en posmenopausia, incluso cuando se valoraron once o más años después de retiradas las menstruaciones (Tabla N° 4). Una puntuación total de 17.3 ± 11.1 , se incrementó a 22.6 ± 5.9 , al comparar mujeres en los primeros cinco años de posmenopausia con las que tenían más de once años sin menstruar ($p<0.05$).

Tabla N° 4. DOMINIOS Y PUNTUACIÓN TOTAL (MRS) DISTRIBUCION SEGÚN ESTADIOS POSMENO- PÁUSICOS n = 108				
DOMINIOS (X±DE)	TEMPRANA	TARDIA		Valor de P (*)
	1-5 años n = 43	6-10 años n = 38	Más 11 años n = 27	
Somático-vegetativo	6.8±4.2	8.9±2.3	9.5±2.0	0.001
Psicológico	5.6±4.1	7.0±2.2	6.6±2.7	0.372
Urogenital	4.8±3.2	5.0±2.2	6.7±2.2	0.005
Total	17.3±11.1	22.6±5.9	22.8±6.2	0.042

*Prueba de Kruskal-Wallis

Solamente algo más del 10% de las mujeres estudiadas, no tuvo o era pequeño el deterioro de los tres dominios y de la calidad de vida. La mitad de las mujeres tenían deterioro severo del dominio somato-vegetativo y urogenital. La dimensión más conservada fue la dimensión psicológica. Más de la mitad de las mujeres tenían deterioro severo de su calidad de vida (Tabla N° 5).

Tabla N° 5. SEVERIDAD DEL DETERIORO n= 208	
DIMENSIÓN SOMATICO-VEGETATIVA (%)	
No o pequeño	13.5
Suave	25.5
Moderado	14.4
Severo	46.6
DIMENSIÓN PSICOLÓGICA (%)	
No o pequeño	13.5
Suave	25.5
Moderado	31.2
Severo	29.8
DIMENSIÓN UROGENITAL (%)	
No o pequeño	13.9
Suave	15.9
Moderado	17.8
Severo	52.4
CALIDAD DE VIDA (%)	
No o pequeño	11.5
Suave	19.2
Moderado	16.8
Severo	52.5

Del total, 31 mujeres (14.9%) informaron no tener actividad sexual, sí las 177 (85.1%) restantes. Entre estas últimas el dominio se-

xual más deteriorado, según valoración con FSFI-6, fue dolor o incomodidad durante la penetración coital. El 55.4% de ellas manifestaron que presentaban dispareunia la mayoría de las veces, casi siempre o siempre. La lubricación vaginal durante el coito se presentaba algunas veces, casi nunca o nunca en el 32.2% de las mujeres. El 31% informaron tener baja, muy baja o nula excitación e igual porcentaje bajo, muy bajo o nulo deseo sexual. El 20.3% informaron estar moderadamente insatisfechas o muy insatisfechas (Tabla N° 6).

El dominio con peor puntuación promedio fue dolor (2.6±0.9). Similar puntuación tuvieron deseo (2.7±0.7), excitación (2.7±0.7), orgasmo (2.7±0.9) y un poco más lubricación (2.9±0.9). El mejor dominio fue satisfacción (3.3±1.1). La prevalencia de disfunción sexual fue del 77.4%, siendo mayor en posmenopáusicas que en premenopáusicas (p< 0.05). Hubo incremento significativamente estadístico en el deterioro de todos los dominios de la función sexual desde la premenopausia hasta la posmenopausia (Tabla N° 7).

DISCUSIÓN

La reducción en la disponibilidad folicular conlleva envejecimiento ovárico y cambios en el tenor de las hormonas involucradas en la reproducción. La expresión clínica del deterioro irreversible del funcionamiento ovárico es el establecimiento de una amenorrea definitiva, definida como menopausia (2). La caída estrogénica impacta negativamente diferentes órganos y sistemas, presentándose manifestaciones que deben ser abordadas por los profesionales de la salud.

En la población estudiada, residente en zonas rurales y excesivamente calurosas del Caribe colombiano, con edad promedio 49.1±5.4 años y características fenotípicas mestizas, aunque posiblemente con presencia de carga genética amerindia por ser nativas de regiones que ancestralmente fueron asentamientos indígenas, se observó que la mitad ya estaban en posmenopausia y con 7.6 años en promedio desde el cese de las menstruaciones. En promedio habían presentado última menstruación a los 44.8±4.5 años, lo cual es un establecimiento temprano de la

TABLA N° 6.
ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINO – [FSFI-6]
PREVALENCIA PORCENTUAL
n=177

Deseo	Muy Alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo/nulo
	1.7	10.2	57.1	27.7	3.3
Excitación	Muy Alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo/nulo
	2.3	7.3	58.8	24.3	7.3
Lubricación	Casi siempre	Mayoría veces	A veces	Algunas veces	Casi nunca/nunca
	2.8	23.7	46.3	20.9	6.2
Orgasmo	Casi siempre	Mayoría veces	A veces	Algunas veces	Casi nunca/nunca
	4.5	11.9	51.4	20.9	11.3
Satisfacción	Mucha	Moderada	Igualmente satisfecho/insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
	19.8	22.0	37.9	10.7	9.6
Dolor coito	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Mayoría veces	casi siempre
	5.6	13.6	25.4	50.3	5.1

TABLA N ° 7.
ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINO [FSFI-6]
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO MENOPAUSICO

Dominios	Total n = 177	Premenopáusicas n = 92	Posmenopáusicas n = 85	p
Deseo	2.7±0.7	3.0±0.6	2.5±0.7	<0.001*
Excitación	2.7±0.7	2.9±0,5	2.4±0.9	<0.001*
Lubricación	2.9±0.9	3.2±0.8	2.6±0.8	<0.001*
Orgasmo	2.7±0.9	2.9±0.8	2.5±1.0	0.003*
Satisfacción	3.3±1.1	3.7±1.0	2.8±1.1	<0.001*
Dolor a la penetración	2.6±0.9	2.3±0.8	2.9±1.0	<0.001*
Puntaje Total	17.2±3.6	18.4±2.9	15.9±3.7	<0.001*
Disfunción Sexual, n (%) [IC 95%]	173 (77.4) [70.5 – 83.3]	63 (68.5) [58.0 – 77.8]	74 (87.1) [78.0 – 93.4]	0.03**

* Test de Mann-Whitney.

** Chi-Cuadrado.

menopausia. Cifra muy por debajo de lo observado en países europeos: 51.3±4.1 (11), menor a lo señalado en una muestra amplia de mujeres de toda Latinoamérica: 49.4±5.5 (12) y menor a lo encontrado por Monterrosa et al (13) en afrodescendientes 48.7±2.4 y en mestizas colombianas: 48.3±2.5. Ligeramente menor a lo señalado por los mismos autores (14) en indígenas colombianas de diferentes etnias del trapezio amazónico: 46.4±3.3 y en indígenas del norte colombiano de la etnia Wayúu: 47.8±3.5. En otro estudio se encontró que entre indígenas Zenúes colombianas la edad media de menopausia fue 46.9, mientras que en indígenas peruanas fue 45.5 (15). La edad de meno-

pausia encontrada en la población evaluada fue similar a los observados en indígenas Mayas de Chichimila, México: 44.3±4.4 (16) y en indígenas Movima de Bolivia: 42.3±6.1 (17). En otro estudio entre mujeres Mayas Q'eqchi de Guatemala fue encontrado: 46±2.8 años (18).

Pareciera existir una tendencia a edades de menopausia más tempranas entre mujeres con componentes étnicos amerindios, sin que se tengan establecidas las razones. Múltiples factores: ambientales, culturales, nutricionales y genéticos pudiesen estar involucrados. Si bien inicialmente fueron señalados en mujeres residentes a muchos metros

sobre el nivel del mar, el establecimiento de menopausia temprana también se observa en indoamericanos residentes al nivel del mar (14,15). No existe información sobre el impacto que la temperatura ambiental pueda ejercer sobre la edad de la menopausia.

La instalación más temprana de la menopausia trae como consecuencia la aparición anticipada de manifestaciones relacionadas con el hipoestrogenismo, en mujeres aún jóvenes (19). Dichos síntomas se hacen cada vez más prevalentes, más severos y se deteriora el bienestar y la calidad de vida. Ello es evidente en la población estudiada. Todo el grupo obtuvo una puntuación total en la escala MRS de 15.9 ± 9.6 , mucho más alto de lo reportado en otros países: 7.2 ± 6.0 en Asia, 8.8 ± 7.1 en Europa, 9.1 ± 7.8 en Estados Unidos y 10.4 ± 8.8 en América Latina, en grupos de mujeres con rangos etarios similares pero con edad de menopausia alrededor de los cincuenta años (3), lo que obliga a sugerir la necesidad de intervención temprana, para manejar los síntomas, los cambios anatómicos y los riesgos relacionados con el déficit estrogénico.

Los síntomas pueden expresarse incluso desde premenopausia, como se observa en el presente estudio. Las 100 mujeres involucradas que aún tenían sangrados menstruales, sin discriminar si eran regulares o irregulares, con edad promedio de 45.6 ± 3.9 , tuvieron una elevada puntuación total del MRS, 11.6 ± 7.9 , lo cual puede ser indicativo de déficit estrogénico, aunque todavía los ciclos menstruales se estuviesen presentando.

Solo el 10% de todas las mujeres involucradas no tenían ninguno de los síntomas evaluados con el MRS. Fue elevada la presencia de todos los síntomas menopaúsicos, siendo los más prevalentes los trastornos del sueño y el cansancio físico/mental, referidos cada uno por el 91.3% de la población, seguido de molestias músculo/articulares (89.9%). A su vez, este último síntoma fue la manifestación severa + muy severa más prevalente (43.3%), con significancia estadística frente a las otras manifestaciones, a diferencia de lo reportado sobre los síntomas vasomotores o sofocos como la manifestación clínica más característica del climaterio (20).

Siete de cada diez mujeres manifestó presencia de oleadas de calor y nueve de cada diez informó molestias músculo/articulares. Se ha descrito que estas dolencias constituyen uno de los síntomas más molestos que sufren las mujeres en la menopausia, haciendo que se "sientan viejas" y obstaculizando la realización de la actividad física (21). Su prevalencia en general se sitúa alrededor del 67% en las mujeres perimenopáusicas. En el estudio SWAN (22), el OR de dolor y rigidez articular en la transición menopaúsica fue de 1.48 (IC95%: 1.35 - 1.62). En los últimos años varios estudios (23,24) han reportado su alta prevalencia, ubicándolo como el síntoma comúnmente presentado en el climaterio. Monterrosa (25) ha señalado que las mujeres del Caribe colombiano tienen deterioro de la calidad de vida a expensas de las molestias músculo-articulares, que además de estar presentes en un 72.9%, es señalado como el de mayor severidad. En 2007, Chedraui (26) aplicó la escala MRS en 300 mujeres en Ecuador y encontró las molestias músculo-articulares como el síntoma más frecuente en un 77% de ellas.

La patogénesis del dolor músculo/articular es multifactorial y no se ha dilucidado completamente, pero hay evidencia de su relación con la deprivación de estrógenos. En el tejido sinovial y en los condrocitos hay receptores de estrógenos y juegan un papel en el metabolismo del cartílago. Estudios experimentales muestran que el efecto de los estrógenos en la homeostasis de la articulación es complejo y depende de la dosis de estrógenos y la interacción con otras hormonas sexuales. Sin embargo, su papel en la patogénesis de los dolores articulares en la menopausia aún es controversial (27).

La sequedad vaginal fue referida por el 64.4% de las mujeres, mientras que el 28.4% informó que era severa + muy severa. Ello es coherente con la presencia de problemas sexuales, el cuarto síntoma más prevalente en la población estudiada (84.1%). El 34.1% de las mujeres manifestó presentar problemas sexuales severos + muy severos. La prevalencia de sequedad vaginal y el deterioro del dominio urogenital fueron superiores a los encontrados en otros estudios realizados en mujeres colombianas mestizas y afrodescen-

dientes (13) y cercanos a lo observado en mujeres indígenas colombianas y peruanas (15).

Entre indígenas latinoamericanas se ha observado tendencia a un deterioro más temprano y severo de la dimensión urogenital (12,14), tal como es observado en la población de estudio, que aunque eran mujeres con fisonomía mestiza y sus dos progenitores no fueron explícitamente indígenas, son nativas de una región geográfica que fue asentamiento indígena Zenú en la época precolombina.

La falta de lubricación durante el coito y por tanto la sequedad vaginal son deletéreas para la adecuada respuesta sexual. En estados de hipoestrogenismo el epitelio se adelgaza, se reducen las fibras de colágeno, hay incremento en la fibrina y adelgazamiento del tejido conectivo con pérdida de pliegues y disminución de la elasticidad vaginal (28).

Aunque es alto el porcentaje de mujeres con pareja estable (81.7%) y mayor la cantidad de mujeres con actividad sexual (85.1%), se observa baja puntuación total (17.2 ± 3.6), indicando la presencia de disfunción sexual en la población, en consideración al punto de corte establecido en la valoración original que fue de 19 puntos (9). La disfunción sexual está influenciada por la elevada prevalencia de bajo, muy bajo o nulo deseo sexual, excitación y orgasmo. Un estudio chileno (29) señaló que después de los 44 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual, OR: 3.6 [IC95%: 2.1-6.3] $p < 0.0001$, fundamentalmente por modificaciones en el deseo y la excitación. Un estudio longitudinal australiano (30) observó un pico de problemas sexuales durante la transición menopáusica, inducido por el deterioro del deseo sexual y la dispareunia. En el presente estudio, con la escala FSFI-6, el 55.4% de las mujeres manifestaron presentar dolor coital la mayoría de las veces, casi siempre o siempre. Otro 25.5% lo consideró a veces. En sumatoria, la cifra (80.9%) es coherente con la prevalencia de sequedad vaginal (64.4%), problemas sexuales (84.1%) y el deterioro moderado y severo del dominio urogenital (80.9%) medidos con el MRS. Sólo cuatro de cada diez mujeres involucradas consideraron

estar muy satisfechas o moderadamente satisfechas con su actividad sexual, pese a una edad promedio de 49 años.

El ambiente endocrino juega un papel fundamental en el establecimiento de un umbral para la adecuada respuesta a los estímulos sexuales. Los estrógenos preservan la función vaginal, contribuyen a la lubricación y previenen la dispareunia, mientras que los andrógenos modulan directamente la fisiología vaginal y el clítoris, al influir en el tono muscular tanto del tejido eréctil como de las paredes vaginales, contribuyendo a la excitación sexual y lubricación vaginal. Además, juegan un papel a nivel central, como activadores del deseo y la excitación mental (31). No obstante, distintos factores intra e interpersonales, especialmente los trastornos del humor y los conflictos de pareja, están implicados en el comportamiento sexual humano, en especial en la transición menopáusica y en la posmenopausia temprana (32). Un estudio transversal (33) con mujeres de 45-55 años de edad encontró que el 31% tenía disminución del interés sexual, al cambiar de estado menopáusico. La frecuencia de relaciones sexuales y la libido se modifican después de la menopausia a consecuencia de factores diversos, incluidos patrones culturales.

Una limitación del presente estudio es su naturaleza de corte transversal. No existe la certeza que la población involucrada en el estudio sea representativa del Caribe colombiano o de poblaciones latinoamericanas ubicadas en climas cálidos. Se ameritan estudios de tipificación genética de la población para definir precisamente la etnicidad. Tiene como fortaleza ser el primer estudio colombiano que utiliza la escala FSFI-6 para evaluar la sexualidad en una población de mujeres en etapa de climaterio, proporcionando datos que sirven como referencia para otras poblaciones hispanas.

Se hace necesario implementar en la comunidad donde se realizó el estudio, estrategias de atención en salud para aplicar medidas educativas y terapéuticas, para contrarrestar el deterioro de la calidad de vida o en la función sexual que experimentan desde edades tempranas. Las escalas utilizadas en el

estudio, por su brevedad y sencillez pueden ser importantes herramientas para valorar clínicamente a las mujeres individualmente en el momento de la consulta por el profesional. MRS permite puntualizar sobre síntomas y sistemas deteriorados por el hipotesrogenismo. FSFI-6 permite explorar fácilmente la función sexual, área clínica donde los profesionales de atención primaria suelen tener importantes vacíos conceptuales. Las autoridades de salud deben proponer y adelantar programas de atención primaria a las mujeres en climaterio para mejorar la función sexual y la calidad de vida.

CONCLUSION

Se observó severo deterioro de la calidad de vida y de la función sexual en las mujeres rurales estudiadas, tanto premenopáusicas como posmenopáusicas. Pese a ser mujeres de rasgos fenotípicos mestizos, oriundas de poblaciones donde existieron asentamientos aborígenes, los hallazgos de menopausia más temprana y deterioro anticipado de

la dimensión urogenital, son similares a los observados en poblaciones indígenas, lo que permite plantear como hipótesis, la presencia persistente de genes amerindios, que pese al mestizaje, pueden estar implicados en un comportamiento diferente de la menopausia, sus impactos en la salud genital y por ende en la salud sexual y la calidad de vida.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: Vicerrectoría de Investigaciones. Universidad de Cartagena. Colombia. Convocatoria interna de proyectos de investigación de grupos categorizados por Colciencias (2010-2011).

AGRADECIMIENTOS: a los doctores John Vásquez y Elsy López, médicos generales, quienes participaron activamente en la ubicación de las mujeres en la comunidad y en la coordinación de las personas encargadas de la aplicación de los formularios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nappi R, Albani F, Santamarina V, Tonani S, Magri F, Martini E, et al. Hormonal and psychorelational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas*. 2010;67:78-83.
2. Buckler H. The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms. *J Br Menopause Soc*. 2005;11:61-65.
3. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Qual Life Outcomes*. 2004;2:45-52.
4. Gracia C, Freeman E, Sammel M, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstet Gynecol*. 2007;109:831-40.
5. American Psychiatric Association. (DSM-IV-TR) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 2000.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
7. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163:888-93.
8. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J of Sex & Marital Therapy*. 2000;26:191-208.
9. Isidori A, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L, et al. Development and Validation of a 6-Item Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a Diagnostic Tool for Female Sexual Dysfunction. *J Sex Med*. 2010; 7:1139-46.
10. http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Int_MeanSD.pdf (7/8/2009).
11. Krajewska-Ferishah K, Krajewska-Kulak E, Terlokowski S, Wikor H, Van Damme K, Chadzopulu A, et al. Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale a multicenter study. *Advances in Medical Sciences*. 2010;55(2):191-195.
12. Castelo C, Blümel J, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, Figueroa P, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause*. 2006;13(4):706-712.

13. Monterrosa A, Blümel JE, Chedrau P. Calidad de vida de mujeres en postmenopausia. Valoración con "Menopause Rating Scale" de tres etnias colombianas diferentes. *MedUNAB*. 2009;12:80-85.
14. Monterrosa A, Paternina A, Márquez J, Romero I. Prevalencia de sintomatología urogenital en mujeres indígenas colombianas en posmenopausia. *Iatreia*. 2012;25(4):357-368.
15. Ojeda E, Monterrosa A, Blümel J, Escobar-López J, Chedrau P. Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric*. 2010;13:157-163.
16. Martin MC, Block JE, Sánchez SD, Arnaud CD, Beyene Y. Menopause without symptoms: the endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. *Am J Obstet Gynecol*. 1993; 168:1839-45.
17. Castelo-Branco C, Palacios S, Mostajo D, Tobar C, Helde S. Menopausal transition in Movima women, a Bolivian native-American. *Maturitas*. 2005;5:380-385.
18. Michel J, Mahaday G, Veliz M, Soejarto D, Caceres A. Symptoms, attitudes and treatment choices surrounding menopause among the Q'eqchi Maya of Livingston, Guatemala. *Soc Sci Med*. 2006; 62(3):732-742.
19. Shuster L, Rhodes D, Gostout B, Grossardt B, Rocca W. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas*. 2010; 65(2):161-172.
20. Stearns V, Ullmer L, López JF, Smith Y, Isaacs C, Hayes DF. Hot flashes. *Lancet*. 2002;360:1851-1861.
21. Xu J, Bartoces M, Neale AV, Dailey RK, Northrup J, Schawartz KL. Natural history of menopause symptoms in primary care patients: a MetroNet study. *JABF*. 2005;18:374-382.
22. Gold E, Block G, Crawford S, Lachance L, Fitzgerald G, Miracle H, et al. Lifestyle and demographic factors in relation to vasomotor symptoms: baseline results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol*. 2004;159:1189-1199.
23. Szoeki CE, Cicuttini F, Guthrie J, Dennerstein L, et al. Self-reported arthritis and the menopause. *Climacteric*. 2005; 8(1):49-55.
24. Waidyasekera H, Wijewardena K, Lindmark G, Naessen T. Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women. *Menopause*. 2009;16(1):164-70.
25. Monterrosa A, Romero I, Paternina A. Manifestaciones músculo-articulares, y no las oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mujeres climatéricas del Caribe colombiano. *Salud Uninorte*. 2010;26(2):179-188.
26. Chedrau P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2007;57(2):271-278.
27. Magliano M. Menopausal arthralgia: Fact or fiction. *Maturitas*. 2010;67(1):29-33.
28. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric*. 2004;7:375-89.
29. Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre L, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2):118-125.
30. Wierman ME, Nappi RE, Avis N, Davis S, Labrie F, Rosner W, et al. Endocrine aspects of women's sexual function. *J Sex Med*. 2010;7:561-585.
31. Davis SR, Tran J. Testosterone influences libido and well being in women. *Trends Endocrinol Metab*. 2001;12:33-37.
32. Nappi R, Albani F, Santamaria V, Tonani S, Magri F, Martini E, et al. Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas*. 2010;67(1):78-83.
33. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril*. 2001;76(3):456-460.



GRUPO DE INVESTIGACIÓN: NIÑOS HERÓICOS

LÍNEAS: Infectología Pediátrica. Neurología pediátrica

Email: mirbar2001@yahoo.com