

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE MEXICO  
ASOCIACION GINECO-OBSTETRICA S.A. DE C.V.

92

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES  
POSTMENOPAUSICAS**

290428

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

**DRA. CAROLINA NAVARRO VENEGAS**



**HOSPITAL  
DE MEXICO** MEXICO, D. F.

FEBRERO 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL DE MÉXICO  
ASOCIACIÓN GINECO-OBSTETRICA, S.A. DE C.V.


JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TITULO: CALIDAD DE VIDA EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS

ALUMNA:

  
DRA. CAROLINA NAVARRO VENEGAS

TUTOR DE TESIS:

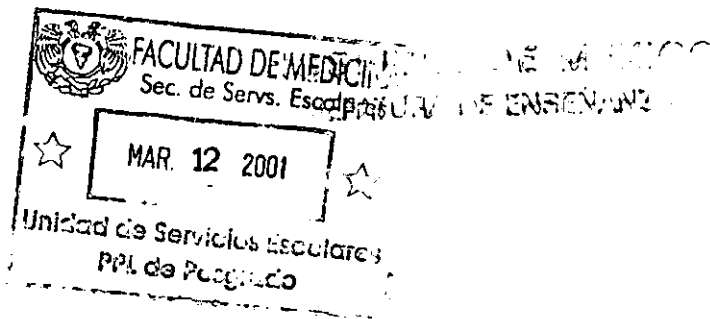
  
DR. ALFONSO MURILLO URIBE

JEFE DE ENSEÑANZA:

  
DR. JOSE ANTONIO AGUILAR GUERRERO

PROFESOR TITULAR:

  
DR. EDUARDO ONTIVEROS CERDA



## AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por haberme permitido alcanzar una vez más una meta que me había propuesto, por darme la oportunidad de realizarla y alcanzarla con éxito; ¡gracias padre!

A mis padres:

Por su constante apoyo, por haberme permitido separarme de ellos, para lograr esta meta que siempre soñé.  
Gracias papás por su amor, comprensión y cariño, siempre les estaré agradecida, los quiero.

A mis hermanos:

Que aunque distanciados, y sin compartir muchos momentos juntos que han pasado en nuestras vidas, yo sé que cuento con ustedes, y sé que siempre estarán cerca de mí.  
Gracias por su gran apoyo.

A mis sobrinos:

Por su cariño, y su inocencia de niños, espero que esta tesis algún día los motive a seguir adelante.

A Luis:

Por el gran amor que me tiene, por su apoyo y su constante motivación para que yo siga adelante, ¡gracias!, te quiero.

Al Lic. Luis Borroel y su esposa:

Por el apoyo, la confianza y el cariño que me han brindado, porque han sido para mí como unos segundos padres, gracias.

A mis amigos:

Por compartir conmigo grandes momentos, e intercambiar conocimientos y experiencias vividas.

A mis maestros:

Por todas sus enseñanzas, por motivarnos a estar siempre preparándonos.

Un agradecimiento especial al Dr. José Antonio Aguilar Guerrero y al Dr. Eduardo Ontiveros Cerda.

A mi asesor de tesis:

Dr. Alfonso Murillo Uribe, por guiarme y ayudarme en la realización de este trabajo, ya que no es fácil realizarlo uno sólo.

A la Dra. Ma. Fernanda Río de la Loza:

Por su disposición para ayudarme y guiarme en la realización de este trabajo, sobre todo en el apartado de estadísticas.

¡Muchas gracias!.

## INDICE

I.-Introducción.....	1
II.-Antecedentes científicos:	
*aspectos generales.....	5
*sintomatología.....	7
*índices de valoración.....	14
*Terapia hormonal de reemplazo.....	16
III.- Análisis de calidad de vida en mujeres postmenopáusicas con y sin tratamiento hormonal de reemplazo.	
*Introducción.....	22
*Material y métodos.....	23
*Resultados.....	26
*Discusión.....	33
*Conclusiones.....	36
IV.- Bibliografía.....	37
V.- Anexos:	
* Cuestionario de calidad de vida (Menqual).....	47
*Abreviaturas.....	52

## I.- INTRODUCCION

La palabra climaterio proviene del griego *climater*, que significa peldaños o escalones de escalera, y que connota una transacción gradual con cambios psicológicos y biológicos(1,2)

El climaterio es el período de transición en la vida de la mujer entre la etapa reproductiva y la no reproductiva. En algunas escuelas, se aceptan tres períodos concernientes al climaterio:

**Premenopausia:** comprende los años anteriores y próximos a la menopausia.

**Menopausia:** es la edad de presentación de la última menstruación espontánea y requiere que transcurran por lo menos 12 meses para considerarse como fecha definitiva (3).

**Postmenopausia:** es el período que abarca los años posteriores y cercanos a la fecha en que transcurran por lo menos 12 meses para considerarse como fecha definitiva (2,3).

Se considera dentro de éstos 3 períodos la denominada "perimenopausia" que es la etapa del climaterio alrededor de la menopausia que comienza cuando aparecen los trastornos menstruales y endocrinos, y se prolonga hasta que puede asegurarse que realmente se presentó la menopausia, cuando ha transcurrido un año de amenorrea. Su duración es muy variable, dos a ocho años antes de la menopausia y un año posterior a ella. (4,5).

Calidad de vida es permitir que la mujer continúe viviendo confortablemente, manteniendo un balance tanto fisiológico como psicológico en el manejo de los aspectos cotidianos de su vida, (Copenhague, 1997).

En México, existen en la actualidad más de 5 millones de mujeres con una edad alrededor de los 50 años, y por lo tanto se les puede considerar dentro de la perimenopausia. La evolución de la población mexicana no escapa a la tendencia universal de aumentar

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

su promedio de vida conforme pasa el tiempo, donde actúan los factores involucrados en mejorar la salud general (6).

Así tenemos que en 1900, la esperanza de vida de la mujer en México era de 46 años de edad, y en 1990, este promedio es de 73.08 años, en éste año contábamos con 5'521,339 mujeres climatéricas (hoy se estima que son poco más de 7'600,000), el 50% de ellas entre 45 y 54 años y el otro 50% en las etapas posteriores donde la osteoporosis y la aterosclerosis, junto con otros padecimientos crónicos y degenerativos son causa importante de morbilidad y mortalidad (6,7).

Si se considera que las mujeres mexicanas inician la menopausia con una media de 48.2 años de edad, con una banda de variación de 45-51 años (8) lo que resulta en que la mujer mexicana pasa de 28 a 30 años de su vida en la postmenopausia, lo que representa una tercera parte de la misma (9).

Hace 200 años, menos del 30% de las mujeres vivieron lo suficiente para experimentar la menopausia, ahora, el 90% llega a esta situación. En el siglo XVII en Europa, solamente 28% de las mujeres sobrevivían a la menopausia y solamente 5% alcanzaba la edad de 75 años. Por los hechos históricos registrados en relación a porcentajes de probabilidades de muertes de las mujeres medioevales, solamente en contadas ocasiones la muerte fue atribuida a efectos de la senescencia (1).

Para fines de este siglo, el número de mujeres de más de 45 años de edad será mayor de 700 millones, y el 70% de ellas viven en países subdesarrollados y en desarrollo. En el año 2000 las mujeres mayores de 85 años son 3 veces más que las que existían en 1990. Para el año 2010, una de cada 5 mujeres será anciana (1).

La edad de la menopausia no se encuentra influenciada por la raza, talla, gestaciones previas ni antecedentes de haber utilizado hormonales orales como método anticonceptivo (10).

El climaterio se caracteriza por la pérdida del potencial reproductivo secundario al agotamiento de los gametos femeninos. La pérdida de la función ovárica produce un estado de déficit de



## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

estrógenos que es el responsable de diversas manifestaciones clínicas del climaterio. Las mujeres experimentan un deterioro en su calidad de vida cuando la función ovárica disminuye (11).

La menopausia representa un período relativamente largo en la vida de las mujeres con alteraciones debidas a la disminución de la función ovárica y con la presencia de cambios psicossomáticos, físicos, y de conducta (12).

Hoy la menopausia llega a los 55 años de edad, la esperanza de vida sin embargo, ha sido expandida a los 80 años. Por eso, es importante y está justificado proveer a todos los médicos y psicólogos de medidas que puedan aumentar la calidad de vida para todas las mujeres (12).

En la menopausia ocurre insuficiencia demostrada de un órgano específico, el ovario, y una deficiencia cuantificable de las hormonas específicas 17- $\beta$  estradiol y progesterona. La deficiencia endocrina produce una serie de cambios patológicos específicos: osteoporosis, inestabilidad vasomotora, atrofia urogenital y aumento de los riesgos cardiovasculares, entre otros (13).

Las alteraciones de la calidad de vida son explicadas por los síntomas climatéricos que reporta la mujer. Estos hallazgos sugieren que el tratamiento de los síntomas de la menopausia con medicamentos puede prevenir la disminución de la calidad de vida durante la menopausia (14).

Se ha demostrado que la reposición de hormonas endocrinas deficitarias previene, retrasa, y alivia estas secuelas de deficiencia endocrina (15).

La terapia hormonal de reemplazo (THR), tienen un fundamento importante, el cual es aliviar todos o algunos de los síntomas que se presentan en la mujer.

La THR deja un mayor desarrollo en la calidad de vida para mujeres con síntomas menopáusicos, además excede los costos, indicando que la THR es económicamente beneficiosa para mujeres con síntomas menopáusicos de moderados a severos (16).

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

Hechos epidemiológicos sugieren una mejoría substancial de la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas usando THR. Aunque la renuencia de las mujeres de cambiar a THR es alto. Algunas mujeres no aceptan el sangrado uterino postcesación de la función ovárica (17).

La prevención y control de las patologías derivadas del climaterio y menopausia constituyen un problema de salud pública y una prioridad en nuestro país (18).

Durante la mitad de la vida de la mujer, ocurren varios cambios y problemas de salud. Las mujeres postmenopáusicas deberían manejar su salud y mantener su calidad de vida. Sin embargo, hoy, no hay la suficiente investigación y programas de salud para éstas mujeres (19).

Considerando la importancia de estos aspectos, se tomó la decisión de realizar la Tesis Titulada "Calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas", para la obtención del título como especialista en Ginecología y Obstetricia.

El trabajo consta de dos partes: En la primera se presentan los antecedentes científicos del tema y en la segunda el trabajo de investigación que fue prospectivo, transversal y comparativo, titulado: Calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas con y sin tratamiento hormonal de reemplazo, con el propósito de demostrar que la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas es mejor cuando son usuarias del THR.

## II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

### ASPECTOS GENERALES:

El climaterio es el período de transición en la vida de la mujer entre la etapa reproductiva y la no reproductiva.

El climaterio representa un período relativamente largo en la vida de las mujeres con alteraciones debidas a la disminución de la función ovárica, y durante esta etapa ocurren en la mujer cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y de comportamiento, se acompañan de manifestaciones clínicas que varían en cada mujer(12).

Los cambios fisiológicos del climaterio son principalmente a nivel hormonal, ya que disminuye la secreción de las glándulas endocrinas; es decir hay un desequilibrio hormonal y por lo tanto metabólico que afecta el estado general.

Las características clínicas pueden ser tempranas, intermedias y tardías, las tempranas se presentan con alteraciones menstruales, síndrome vasomotor, amenorrea, labilidad emocional, irritabilidad, insomnio y otros síntomas menos específicos que en conjunto hacen que la mujer pierda la sensación de bienestar.

Las consecuencias a mediano plazo incluyen atrofia urogenital con dispareunia, mayor frecuencia de infecciones vaginales y urinarias, urgencia urinaria, y la incontinencia urinaria, resecaedad y adelgazamiento de la piel (20).

Las complicaciones tardías que se caracterizan por una pérdida ósea acelerada que puede conducir a la osteopenia y en su grado avanzado a la osteoporosis, el riesgo de desarrollar la enfermedad aterosclerótica primordialmente enfermedades coronarias, las mujeres que cambian al uso de estrógenos pueden avanzar a un mejor estado de vida que aquellas que no lo toman (21).

El climaterio se presenta con una serie de cambios en todo el organismo provocada por el hipoestrogenismo, lo que genera signos y síntomas de diferente intensidad. Se calcula que aproximadamente

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

85% de las mujeres padece síntomas relacionados con la menopausia (22). El 75% de ellas los padece durante uno a cinco años, mientras que 25%, por un tiempo mayor(23). De las mujeres sintomáticas, 35% los experimenta en forma intensa y 65% en forma leve (24).

Algunos autores, los dividen en específicos (vinculados principalmente con la disminución en los niveles de estrógenos) como bochornos, resequedad vaginal, alteraciones psicológicas, disminución de la libido, e inespecíficos (además de hipoestrogenismo están vinculados con múltiples alteraciones como hipertiroidismo, síndrome carcinoide, laberintitis, e infecciones urinarias) como son sudoración, palpitaciones, parestesias, cefalea, insomnio, vértigo, incontinencia urinaria, polaquiuria, disuria, dispareunia, nerviosismo, irritabilidad, y depresión.

Otros los dividen en vasomotor, urogenital, psicológico, de la función sexual y metabólico (25).

Los años de climaterio en algunas mujeres son particularmente especiales por la época en que aparecen, pues suelen coincidir con momentos de reflexión alrededor de su vida y la de su familia, la trascendencia que han tenido fuera del entorno familiar y los valores alcanzados que por lo común derivan en nostalgia o melancolía; por lo que una mujer con trastornos de la esfera afectiva puede verse más afectada y pensarse que sus síntomas son atribuibles a la menopausia (9).

Dentro del proceso de la menopausia, también se encuentran importantes cambios sociales, de los cuales se pueden señalar algunos como:

Los hijos dejan el hogar para hacer sus propias vidas, transición que origina ajustes emocionales, financieros y logísticos. Los padres envejecen con sus consecuencias de enfermedad, invalidez, retiro y hasta muerte, originando desconcierto y aumento de las responsabilidades.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

El divorcio es más frecuente en estos años, constituyendo el evento más desagradable y mortificante que tengan en su vida. La posibilidad y oportunidad para nuevos trabajos o reorganizar el que ya se realizaba, tomando en consideración la capacidad, la experiencia y las necesidades económicas (1).

El desarrollo de los síntomas asociados al climaterio depende fundamentalmente de cuatro circunstancias: déficits hormonales secundarios a la disminución de su producción ovárica, factores socioculturales determinados por el ambiente en que vive cada mujer, carácter y factores psicológicos de cada paciente y de la existencia o no de otros factores de riesgo y estado previo de los diferentes órganos sobre los que tiene repercusión el climaterio(26).

Las alteraciones psicosexuales y neurovegetativas dependen de la personalidad de cada paciente, del ambiente social, laboral, económico, de la velocidad de descenso de los niveles estrogénicos, de la tasa a la que se llega tras su disminución y de las oscilaciones de ésta (26).

Los síntomas subjetivos en su gran mayoría, varían en número e intensidad según las mujeres, pudiendo encontrar hasta un 20% de mujeres que al parecer cursan con una menopausia "silente", es decir, sin ningún signo de Climaterio.

### SINTOMATOLOGÍA:

Los síntomas pueden catalogarse en cinco grandes grupos:

- 1) Vasomotores: bochornos, sudoración, palpitaciones, parestesias, cefalea, insomnio, y vértigo.
- 2) Urogenitales: resequedad vaginal, incontinencia urinaria, polaquiuria, disuria, dispareunia y alteraciones menstruales.
- 3) Psicológicos: nerviosismo, irritabilidad, y depresión.
- 4) De la función sexual: disminución de la libido.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

5)Metabólico: alteración de la relación entre lipoproteínas que lleva a aterosclerosis, y osteoporosis (25).

1)Vasomotores: Los bochornos es lo más común y característico del climaterio, los cuales aparecen de súbito como una oleada de calor que asciende a la parte superior del tórax, cuello y cara, con duración de escasos minutos y percibidos como enrojecimiento del rostro se acompañan a menudo de palpitaciones, sensación de ansiedad, transudación, y en ocasiones van seguidos por escalofríos (27,28).

Aparecen en un 85% de las mujeres y la severidad y frecuencia de los mismos es variable, se pueden presentar desde dos a tres veces al día hasta cada 20 minutos o cada hora (lo que provoca ansiedad, e irritabilidad) pudiendo durar hasta 1 a 2 años, y en raras ocasiones hasta 5 años.

El 25% de las mujeres se quejan de bochornos intensos o frecuentes, en estos casos los bochornos, se pueden acompañar de fatiga, e insomnio, (29).

Estas sensaciones pueden deberse en parte a los bochornos que ocurren por la noche y que se considera ejercen su efecto como interrupción de los patrones del sueño (30).

Los bochornos pueden transtornar el sueño, problema que puede mejorarse en grado notable mediante tratamiento con estrógenos (31).

En la mayoría de las mujeres el tratamiento de restitución con estrógenos origina resolución en cuestión de días (32). Sin embargo algunos estudios sugieren que la terapia de reemplazo con estrógenos –andrógenos provee un apoyo adicional para mujeres con síntomas vasomotores persistente o severos, especialmente en mujeres que han cursado con una menopausia quirúrgica (33).

Algunos factores que pueden incrementar su aparición son el estrés, café y alcohol (33).

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

2) Urogenitales: El decremento de los niveles de estrógenos conlleva a cambios significativos en el tracto urogenital inferior, e influye adversamente en la calidad de vida de las mujeres postmenopáusicas (34).

Las complicaciones urogenitales han sido demostradas en un 50% de las mujeres posmenopáusicas, las alteraciones menstruales pueden ser por ciclos cortos o prolongados, condicionados los primeros por fases luteínicas deficientes secundarias a fases foliculares cortas y los segundos por anovulación, y al final, amenorrea como consecuencia del hipoestrogenismo grave, al presentarse el "agotamiento" folicular (35,36).

Se sabe que el tejido vaginal y los tejidos de la uretra y la base de la vejiga son sensibles a estrógenos. Dentro de los 4 a 5 años siguientes a la menopausia cerca de la tercera parte de las mujeres que no están tomando tratamiento con estrógenos desarrollan atrofia sintomática (37).

A nivel vaginal, el hipoestrogenismo se manifiesta en la citología por una modificación de las poblaciones celulares, al disminuir las células superficiales y aumentar el de parabasales e intermedias, esto se asocia con adelgazamiento del epitelio, atrofia y menor resistencia al traumatismo, ocasionando dispareunia y sangrado (35,36,38), los cambios en el PH vaginal predisponen a infecciones por microorganismos saprófitos (38).

Los síntomas urinarios pueden consistir en disuria, necesidad urgente de orinar, e infecciones recurrentes de vías urinarias (39) y puede haber incontinencia urinaria de esfuerzo genuina relacionada con la deficiencia de estrógeno, el tratamiento con estrógeno puede mejorar la incontinencia urinaria de esfuerzo en más del 50% de las mujeres tratadas, probablemente al ejercer un efecto directo sobre la mucosa uretral (40).

Por fortuna estos síntomas son reversibles cuando se administra tratamiento con estrógenos (41). El tratamiento con dosis terapéuticas de estrógenos administrados local u oralmente han demostrado aliviar la urgencia, incontinencia de urgencia, frecuencia y disuria, (esto no incluye la incontinencia por estrés).

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

La terapia estrogénica también ha demostrado que cura o alivia los síntomas de atrofia urogenital e induce cambios positivos en la flora vaginal(42).

El número de mujeres con complicaciones urogenitales, se espera que incremente en el futuro, esto en proporción de las mujeres añosas que habrá debido a la esperanza de vida que se está observando. (42).

3)Psicológicos: A nivel psicológico, existen cambios condicionados por el entorno social, pero también se sabe que las concentraciones bajas de estrógenos repercuten de distinta manera y en diferentes sitios del sistema nervioso central (43,44).

Varios estudios han demostrado un incremento de alteraciones psicológicas en el período perimenopáusico y menopausia, las cuales tienden a ser periódicas, pero conforme aumenta la falla ovárica se presentan más constantes. Los principales síntomas son irritabilidad, ansiedad, depresión, nerviosismo, mal humor y en ocasiones insomnio y fatiga (45,46).

La etiología de los mismos es orgánica y psicológica. La alteración orgánica se relaciona y es debida a la reducción en la actividad de las endorfinas hipotalámicas consecutivo a la eliminación de la producción de hormonas ováricas.

Una hipótesis propuesta sobre la secreción de hormona luteinizante explica una reducción dramática de los niveles de B-endorfina en el flujo sanguíneo porta-hipofisiario.

El desarrollo integral de cada persona tanto en pareja como en los aspectos económicos y social son factores determinantes en la etapa de la menopausia para la presencia en mayor escala de los diferentes síntomas. La atrofia a diferentes niveles principalmente genitourinario puede afectar la vida sexual en las mujeres menopáusicas y ser factor causante de la aparición de los síntomas psicológicos (45,46).



## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

Es una creencia muy generalizada que la depresión ocurre más a menudo durante el período perimenopáusicos. Sin embargo, los estudios efectuados no han podido poner de manifiesto una relación entre la depresión clínica y el estado hormonal, lo que sugiere que muchos de los síntomas psiquiátricos que ocurren durante este período pueden estar más relacionados con sucesos psicosociales como cambios en las relaciones con los hijos, estado matrimonial, y otros acontecimientos de la vida (47).

Muchas mujeres informan aumento del nivel de ansiedad e irritabilidad durante el período perimenopáusicos (48). El público en general acepta a menudo que la ansiedad e irritabilidad se deben a deficiencia de estrógenos (49). A pesar de lo anterior, en muchos estudios no se han encontrado pruebas de que la mayor parte de los síntomas psicológicos experimentados durante la transición menopáusicas se relacionen con la deficiencia de estrógenos o que se resuelvan mediante terapéutica de restitución de estos (50,51).

La ansiedad e irritabilidad aumentadas que acompañan al período perimenopáusicos se relacionan mucho más claramente con factores psicosociales que con el estado de los estrógenos (52). Sin embargo clínicamente se acepta que cantidades terapéuticas de estrógenos mejoran la depresión sintomática (53). En algunas mujeres es de utilidad la intervención psicológica.

4) De la función sexual: Una preocupación principal es la disminución de la libido o de la satisfacción sexual que puede sobrevenir con la menopausia natural o quirúrgica (54). La atrofia vaginal es un factor que puede contribuir a que disminuya la satisfacción sexual (39).

Los síntomas somáticos, su estado psicológico, y físico, el estado psicológico de su pareja y el entorno familiar son importantes para percibir la calidad de vida, y esto puede afectar grandemente a la sexualidad (55).

El climaterio constituye una etapa más del ciclo de la vida, y la calidad de vida que la mujer tenga en la vejez dependerá de la resignación que haga de toda su existencia, y de la manera cómo enfrente y se prepare durante esta época de su vida (56).

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

El malestar debido a la falta de lubricación vaginal puede disminuir la satisfacción sexual, la atrofia es fácil de tratar mediante estrógenos por vía vaginal u oral. También pueden ser de utilidad los lubricantes vaginales, en especial los hidrosolubles.

La alteración en los niveles circulatorios de andrógenos juega un papel importante en los cambios psicológicos y sexuales que ocurren después de la menopausia (57).

La relación entre los andrógenos y la libido están muy bien establecidos en los varones, por este motivo, se ha aconsejado la administración de andrógenos a las mujeres que experimentan disminución de la libido (58).

Algunos estudios clínicos demuestran que la THR con estrógenos-andrógenos provee una gran mejoría psicológica (depresión, fatiga, etc) y sexual (57).

Durante 1940 y 1950 numerosos reportes aparecieron en la literatura describiendo la efectividad de la combinación de estrógenos-andrógenos para mejorar, el nivel de energía, libido y calidad de vida en mujeres posmenopáusicas.

Los estudios recientes han demostrado que los andrógenos son fundamentales para mantener el interés y la respuesta sexual en la mujer. Son quizá, más importantes que sólo tener niveles adecuados de estrógenos (59,60).

El tratamiento en general para la disminución en la función sexual es:

- a) Educación básica acerca de la sexualidad y función sexual.
- b) Normalizar la actividad sexual.
- c) Manejo médico de síntomas o problemas que interfieran con el deseo sexual o actividad sexual.
- d) Tratamiento físico, psicológico o tratamiento médico a su pareja si lo necesita (56).

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

El apoyo psicoterapéutico en el tratamiento integral de la climatérica es una opción para ayudar a la mujer a transformar esta etapa, tradicionalmente conceptualizada como difícil y de estancamiento, en una etapa más del ciclo de vida en donde se logre la superación y el crecimiento personal.

5)Metabólicos: Los cambios metabólicos se vinculan con la alteración de lipoproteínas de alta y baja densidad, que incrementa el riesgo de aterosclerosis, así como las alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono que ocurren en las mujeres posmenopáusicas. Además, el hipoestrogenismo modifica la absorción de calcio y desaparece el efecto trófico sobre el hueso, lo cual, a largo plazo, puede causar osteoporosis (61,62).

Recientes estudios han demostrado que la terapia de estrógenos-andrógenos contribuye a la prevención de osteoporosis y reduce los niveles séricos de triglicéridos, lipoproteínas de baja y alta densidad del colesterol (63).

## INDICES DE VALORACION CLINICA

La gravedad y duración de los síntomas es muy variable, y el impacto sobre la calidad de vida de la mujer guarda relación directa con la intensidad y duración de los mismos, por lo que se han tratado de determinar y cuantificar, realizándose índices de valoración clínica. Estos índices son útiles para comprobar el grado de eficacia de la terapia hormonal de reemplazo.

El índice de **Kupperman** clasifica los síntomas en.:

Severos: mayor de 35.

Moderados: 20-35.

Ligeros: 15-20

Síntomas del climaterio según el índice de Kupperman:

Síntoma	Constante	Intensidad
Bochornos, sudación	4	
Parestesias	2	
Insomnio	2	Severa: 3
Irritabilidad, nerviosismo	2	Moderada: 2
Humor depresivo	1	Leve: 1
Vértigos	1	Ausente: 0
Fatiga, debilidad	1	
Artralgias, mialgias	1	
Cefaleas	1	
Palpitaciones	1	
Hormigueos	1	

La constante asignada a cada síntoma debe multiplicarse por el valor asignado a la intensidad de los síntomas para obtener el total.

Se considerarán síntomas del climaterio cuando una paciente tiene un índice de Kupperman igual o mayor que 15 (64).

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

### Indice Menopáusic

Se evalúan los síntomas de la siguiente manera:

Síntoma	0	1	2	3
	Ausente	Ligero	Moderado	Severos
Vértigo/mareos				
Sudores				
Parestesias				
Insomnio				
Dolores ósteo-artic.				
Astenia/adinamia				
Cefalea				
Irritabilidad				
Depresión				
Palpitaciones				
Inestabilidad Psíquica				
Dolor Precordial				
Pérdida de la libido				

0=ausente, no hay, 1= Ligeros, no incomodan, 2=Moderados, Incomodan, sin interferir con la vida diaria y 3= severos, incomodan e interfieren con la vida diaria.

Las alteraciones de la calidad de vida son explicadas por los síntomas climatéricos que reporta la mujer. Estos hallazgos sugieren que el tratamiento de los síntomas de la menopausia con medicamentos puede prevenir la disminución de la calidad de vida durante la misma (14,64).

### TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

La terapia hormonal de reemplazo (THR) busca restablecer el "ambiente" hormonal que ha disminuido o se ha perdido, con la finalidad de aminorar o evitar las consecuencias inmediatas, mediatas y tardías propias del climaterio.

## **Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas**

Hay múltiples tipos de THR que pueden basarse en estrógenos, progestágenos o combinaciones de ambos. Otros fármacos, como los andrógenos y los antiestrógenos, se han incluido dentro de la THR, pero no pueden ser considerados como terapia sustitutiva, ya que tales hormonas no son las que principalmente dejan de producirse (65).

Las paciente postmenopáusicas sin terapia de estrógeno se quejan dos veces más que las pacientes que recibieron terapia con estrógenos (15).

### **Características Esenciales de la Terapia Hormonal de Reemplazo.**

- 1.- Administrar la dosis mínima efectiva que controle la sintomatología.
- 2.- Que corrija los trastornos a nivel de lípidos y proteja del riesgo de osteoporosis.
- 3.- Es aconsejable que la liberación sea continua para mantener dosis constantes del medicamento.
- 4.- Remedar el ciclo menstrual natural
- 5.- Ser de fácil administración.
- 6.- Ofrecer la posibilidad de suspenderse inmediatamente cuando se desee.
- 7.- El estrógeno debe ser de preferencia natural.
- 8.- Su costo tiene que ser bajo (65).

### **Tiempo de Administración.**

Existen tres posturas bien definidas: la primera documentada con estudios epidemiológicos, sostiene que es necesario un mínimo de 10 años de tratamiento para observar efectos beneficiosos, tanto a nivel óseo, como cardiovascular, y más de 10 años, incrementa el riesgo de cáncer de mama (66), la segunda, toma en cuenta la esperanza de vida de la población, y recomienda retirar la THR entre 10 a 15 años antes de la edad en que probablemente fallecerá (67), y la tercera, que dice se debe administrar la terapia de reemplazo por el resto de la vida (67).

Esta última parece ser la más razonable, algunos autores mencionan que los beneficios médicos más importantes de la THR,

## **Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas**

podieran requerir su administración continua durante un período amplio, indefinidamente prolongado, o por toda la vida (69).

Respecto a la vía de administración se reporta que ninguna forma de terapia ofrece ventajas sobre otra con respecto al mejoramiento de salud (70). La mejoría de la calidad de vida no se puede atribuir a la vía de administración, si no a la terapia de reemplazo en sí, valorando tiempo y dosis de administración, (71).

### **Indicaciones:**

La THR se encuentra indicada en todas las mujeres, independientemente de que cursen o no con síntomas climatéricos, siempre y cuando no tengan contraindicación absoluta para su uso (65).

Las indicaciones de administración postmenopáusica de estrógenos se puede dividir en dos categorías:

- 1.- Para alivio de los síntomas postmenopásucios atribuibles a deficiencia de estrógenos.
- 2.- Para disminución del riesgo de enfermedades vinculadas con deficiencia de estrógenos.

La forma de perspectiva médica o de la sociedad, desde esta segunda categoría de indicaciones, prevención de enfermedades es la más importante para disminuir potencialmente el sufrimiento humano y la muerte prematura y tal vez disminuir los costos vinculados con el proceso de envejecimiento (72).

En la actualidad hay tres complejos sintomáticos que mejoran con la terapéutica de sustitución estrogénica:

- a) síntomas vasomotores
- b) atrofia urogenital
- c) osteoporosis (73,74).

**Contraindicaciones:**

Contraindicaciones absolutas:

- a) Neoplasia estrógeno-dependiente ( cáncer de mama y de endometrio).
- b) Enfermedad hepática aguda
- c) Trombosis vascular reciente con o sin embolia.
- d) Enfermedad vascular cerebral hemorrágica o trombótica posterior al uso de estrógenos.
- e) Infarto de miocardio reciente (39,75).

Contraindicaciones relativas:

- a) Leiomiomatosis uterina de grandes elementos.
- b) Hipertensión arterial sistémica crónica
- c) Diabetes Mellitus
- d) Endometriosis
- e) Hiperlipidemias
- f) Mastopatía fibroquística
- g) Antecedente de tromboflebitis o tromboembolia. (39,75).

**Ventajas y desventajas**

El tratamiento de THR depende de un cálculo de los beneficios y riesgos relativos. Los médicos deben evaluar cada riesgo individual y sus necesidades, aunque se ha demostrado que los beneficios de la THR excede los riesgos. Este cálculo se realiza por el médico y el paciente (76,77).

El médico o la paciente decidirán utilizar o no utilizar la THR, pero parece preferible que dicha decisión se base en un cálculo realista de los riesgos y beneficios posibles, más que en una reacción emocional ante impresiones irreales (71).

Hacia los cincuenta años de edad, las mujeres tienen que decidirse en cuanto a los beneficios potenciales del tratamiento con reposición de estrógenos a largo plazo, que experimentarán en su octavo o noveno decenios de la vida (77).



## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

Ventajas: Las ventajas de la THR pueden considerarse a corto, mediano o largo plazo. A corto plazo, se encuentran la disminución o desaparición de los bochornos, el control de los trastornos menstruales, la mejoría de la libido, una mejor lubricación vaginal, la disminución del insomnio y la mejoría en el estado de ánimo (78,79).

A mediano plazo, existe disminución en la pérdida de la masa ósea y la mejoría en la relación entre HDL/LDL, lo cual se reflejará a largo plazo, en un menor riesgo de fractura ósea y de afección cardiovascular, respectivamente (78,79).

La THR después de la menopausia ha demostrado tener muchas ventajas, como una reducción en el riesgo de enfermedades de la arteria coronaria, fracturas y osteoporosis, además del tratamiento sintomático del climaterio (80).

La terapia estrogénica evade la declinación de masa ósea que ocurre con normalidad con los decrementos de ésta hormona, existe evidencia de prevención de fracturas cuando es utilizado a largo tiempo. Se obtiene beneficio máximo sólo cuando la paciente continúa el tratamiento (72).

Un informe reciente del estudio de Framingham recalca que se necesitan al menos siete años de estrogenoterapia para obtener un efecto sobre la densidad ósea (92). El tratamiento de reposición hormonal disminuye en casi el 50% el riesgo de osteoporosis. La osteoporosis tiene un mayor impacto en la calidad de vida y la independencia del individuo, y el mejor tratamiento es la prevención (77).

Estudios epidemiológicos sugieren que por lo que concierne al riesgo de enfermedades cardiovasculares, existe un efecto protector de la terapia de estrógenos considerados principalmente por la vía oral (82).

El impacto benéfico de incluso una pequeña disminución del riesgo de cardiopatía, pudiera superar con mucho al negativo de un mayor riesgo de cáncer endometrial (83).

Los estrógenos parecen ofrecer el beneficio cardíaco máximo, en tanto la progesterona parece contrarrestarlo (84).

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

Desventajas: Las desventajas son pocas si se utilizan las dosis mínimas efectivas y se controlan otros factores relacionados con la terapia. Dentro de los riesgos probables se encuentra el cáncer de mama, cáncer de endometrio, riesgo de aumento de litiasis, alteraciones de la coagulación cambios secundarios a dosis y tipo de estrógenos y efectos colaterales tales como aumento de peso, cefalea lo que hace que aumente el abandono de la terapia (85). La más temida es el cáncer de mama, según Roy-JA y cols, los beneficios con terapia de reemplazo de estrógeno sobrepasan los riesgos de cáncer de mama (86), riesgo que se anula, según algunos autores, si se mantiene la dosis mínima efectiva (87).

El cáncer de endometrio según algunos estudios puede ser menor que en las no usuarias (88), se utiliza la progesterona para proteger el recubrimiento uterino y disminuir este riesgo(84).

La terapia de reemplazo de estrógenos puede corregir muchos síntomas de la menopausia, pero este uso está asociado con un número de efectos y riesgos indeseables, por esta razón la mayoría de mujeres postmenopáusicas no usan reemplazo estrogénico (73,74).

Las mujeres con estado leve, moderado o severo de disminución de calidad de vida debería beneficiarse con tratamiento estrogénico durante el periodo climáterico (89).

Se debe hacer una valoración completa de los riesgos de cáncer y la hormonoterapia, así como del incremento normal en las tasas de cáncer que ocurre en las mujeres añasas.

En general, la calidad de vida puede estar severamente comprometida en mujeres con síntomas menopáusicos, cuando se utiliza THR se puede observar y percibir desarrollo en la calidad de vida de éstas mujeres (90).

En un estudio realizado, en el cual comparan el funcionamiento de las diferentes medidas de calidad de vida antes y después del tratamiento con estrógenos de reemplazo, ha demostrado que la medida para determinada enfermedad, tiene ventajas obvias (91).

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

Limouzin y cols. en un estudio realizado encuentran que la THR fue superior al tratamiento sintomático en la calidad de vida y clínicamente eficaz (92,93).

Para mejorar la calidad de vida entre mujeres después de la menopausia, cada esfuerzo debería prevenir los efectos de la edad. Una extensa unión de iniciativas incluyendo varias disciplinas, como cardiología, urología, oncología y ortopedia, son necesarias para optimizar los cuidados médicos durante el climaterio (94).

Por lo que el tratamiento Estrógeno-Progestágeno es el más importante para la prevención de problemas postmenopáusicos (94).

La THR fue asociada con aumento en la calidad de esperanza de vida, el costo beneficio de la terapia de reemplazo en las mujeres asintomáticas es dependiendo de la magnitud de beneficio cardíaco asociado con el uso de hormonas y la duración del tratamiento (95).

Aún se requiere de estudios con información sólida a cerca de los beneficios o efectos colaterales indeseables de los estrógenos, ya que ahora que se tiene una esperanza de vida mayor, se debe de intentar darles más vida a sus años.

### III.-ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES POSTMENOPUSICAS CON Y SIN TRATAMIENTO HORMONAL DE REEMPLAZO

La problemática de la menopausia despierta hoy en día un enorme interés, dadas las consecuencias sobre la salud de la mujer que se presentan en este período. Por esto, la terapia hormonal de reemplazo se justifica ya que el conocimiento actual de los signos, síntomas y afecciones que aparecen como consecuencia de la carencia de estrógenos, así como la aparición de nuevas vías de administración de esta terapia, ha evitado muchos de los efectos secundarios de la misma (14).

Así mismo el incremento de la esperanza de vida, que nos lleva a preveer que para el año 2010 una de cada 5 mujeres se encontrará en el grupo poblacional de más de 85 años, y que para entonces 70% de las personas mayores de 75 años serán mujeres (9).

La evaluación económica del costo/efectividad en el riesgo-beneficio que pone en la balanza la alternativa de la terapia hormonal de reemplazo contra la menopausia no tratada, tanto en la calidad de vida de la mujer, como en las consecuencias de este proceso de transición en la vida de la mujer, definitivamente justifica el tratamiento hormonal de reemplazo (16).

Por lo que el objetivo de este trabajo es demostrar que las mujeres que se encuentran con terapia hormonal de reemplazo tienen una calidad de vida mejor que las mujeres que no se encuentran bajo esta terapia.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal, comparativo, observacional con 40 pacientes del Centro de Estudio para el Climaterio y la Osteoporosis del Hospital de México, que acudieron referidas por sus médicos para estudio integral del climaterio, durante el período comprendido de enero de 1998 a enero de 1999.

Se seleccionaron consecutivamente las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y otorgaron su consentimiento para participar en el estudio, y se formaron dos grupos de 20 pacientes cada uno: grupo I mujeres nunca usuarias de terapia hormonal de reemplazo (THR), Grupo II usuarias actuales de THR.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes ambulatorias, con menopausia espontánea, que conservaran su útero, entre 45 y 55 años de edad y libres de enfermedades crónico-degenerativas. En el grupo I se incluyeron las mujeres que nunca han recibido THR y en el grupo II las que estaban recibiendo cualquier tipo de THR sistémica por más de tres meses con los medicamentos comúnmente utilizados y en las dosis utilizadas.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres con antecedente de histerectomía, menores de 45 años o mayores de 55 años de edad, con enfermedades crónico-degenerativas.

De manera rutinaria a las pacientes que se atienden en el Centro de Estudio para el Climaterio y la Osteoporosis además de historia clínica se les efectúan mediciones en sangre de FSH y E2. Para la FSH sus valores normales son de 3-16UI/ml, y para el E2, su valor normal >35pg/ml.

También se determina IMC (valor normal < 27, y obesidad >27), e ICC (su valor normal <0.85), y se les aplica un cuestionario de Kupperman modificado para evaluar los parámetros siguientes: bochornos, sudores, insomnio, astenia, adinamia, irritabilidad,

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

depresión, palpitaciones, dolor precordial, dolor óseo, acroparesias, cefalea, disminución de la libido, dispareunia, molestias urinarias, incontinencia urinaria, estado en que se siente, en las pacientes del grupo II, se investigó tipo y duración del tratamiento.

A las pacientes de este estudio se les aplicó además el cuestionario cerrado "Calidad de vida en relación con la menopausia" (Menopause Quality of Life ó MenQual), de John R. Hilditch y Jacqueline Lewis, Sunnybrook Health Science Centre, University of Toronto, Canada, 1992.

El "MenQual" es una escala cerrada que evalúa de un modo mas objetivo los síntomas de la menopausia que afectan la calidad de vida.

En este cuestionario la paciente señala si ha presentado o no el síntoma en las últimas 4 semanas, y la intensidad del mismo en una escala analógica de 0 a 6 se interrogaron los siguientes datos: bochornos, sudores nocturnos, sudar, estar insatisfecha con su vida personal, sentir ansiedad, mala memoria, rendir menos de lo que acostumbraba, sentirse deprimida, abatida o triste, falta de paciencia con los demás, sentir deseos de estar sola, flatulencia, dolores en los músculos, sentirse cansada, dificultad para dormir, dolores de cabeza, disminución de la fortaleza física, disminución de la resistencia física, sentir falta de energía, resequedad de la piel, aumento de peso, aumento de vello facial, cambios en el aspecto, textura o tono de su piel, sentir el vientre inflamado, dolor lumbar, orinar con frecuencia, salida de orina al reír o toser, cambios en su deseo sexual, sequedad vaginal durante el acto sexual, evitar contactos íntimos, dolor o sensibilidad en los senos, sangrado vaginal ( anexo 1).

Una vez que se obtuvo la información, se procedió a obtener las medidas estadísticas básicas de promedio, desviación estándar, rango de mínimas y máximas, etc. de las variables mencionadas, tanto en el grupo de pacientes con THR (grupo II) como en el grupo de pacientes sin THR (grupo I). Además se comparó el grupo I contra el grupo II en cuanto a la presencia y severidad de cada una de las variables mencionadas. El análisis estadístico se realizó por medio de la prueba exacta de Fisher considerando valor estadísticamente significativo con la  $p < 0.05$  y tendencia estadística con el valor de "p" entre 0.20 y 0.50.

## **Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas**

El estudio fué aprobado por el comité de ética del Hospital de México y las pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio.

## RESULTADOS

Se estudiaron 2 grupos consecutivos de pacientes con características similares que acudieron al Centro referidas por su Médico tratante, grupo I: 20 pacientes sin tratamiento hormonal de reemplazo, grupo II: 20 pacientes con tratamiento hormonal de reemplazo. De estas pacientes el 60 % recibían THR oral y el 40% parenteral por un tiempo mayor a tres meses.

De nuestro grupo general ( 40 pacientes) encontramos un promedio de edad de 52.5 años, menopausia a los 46.2 años, peso de 62.5 kgs, talla de 1.56 mts, IMC de 25.4 y un ICC de 0.78. En cuanto al estado civil encontramos un promedio general de solteras en un 15%, casadas en un 72.5%, viudas en un 7.5% y divorciadas en un 5%. En la ocupación se encontró que 47.5% se dedican al hogar, 7.5% son secretarias, 15% comerciantes, 5% empleadas, 5% educadoras, profesionistas un 17.5% y agentes de ventas un 2.5%.

En el antecedente de embarazos el promedio general fue de 3.4 embarazos con un rango de 0 a 11 embarazos. Los resultados específicos de ambos grupos se observan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la población\*

	Edad	FUM	Peso	Talla	IMC	ICC	N
Grupo I	52.3	46.3	63.4	1.56	25.8	0.78	20
Grupo II	52.7	46.2	61.7	1.56	25.1	0.78	20

\*Sin diferencia estadísticamente significativa =  $p > 0.05$



## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

En el grupo I, la edad de las pacientes tuvo promedio de  $52.3 \pm 2.7$  (promedio  $\pm$  desviación estándar) y un rango de 48 a 55 años, mientras que en el grupo II el promedio fue de  $52.7 \pm 2.8$  años y un rango de 46 a 55 años. La edad de la menopausia espontánea en el grupo I, tuvo promedio de  $46.3 \pm 4.3$  y un rango de 35 a 53 años, en el grupo II, el promedio fue de  $46.2 \pm 4.9$  y el rango de 33 a 52 años. En ambos casos no se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ).

### Sintomatología evaluada por el índice de MenQual:

Los resultados obtenidos con MenQual son muy similares entre ambos grupos sin encontrar diferencia estadística entre ambos grupos. De los resultados obtenidos, se observa que en el grupo II (con tratamiento) se encontró la mayoría de pacientes, con sintomatología de menor intensidad que las pacientes que se encontraban sin tratamiento (Grupo I). En síntomas solamente el estado de ánimo depresivo y el sangrado uterino se presentaron con una diferencia estadísticamente significativa en sujetos del grupo. En la mayoría de los síntomas únicamente se presentó tendencia estadística que, seguramente, aumentando el tamaño de la muestra alcanzaría significancia estadística. Los resultados observados se encuentran en la tabla 2:

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

Tabla 2: Síntomas del Interrogatorio de MenQual

Síntoma	Grupo I	Grupo II	Resultado*
Bochornos	50	50	NS
Sudores	50	50	NS
Insatisfacción	80	50	TE
Ansiedad	70	80	NS
Mala memoria	65	50	TE
Rendimiento físico menor	55	65	TE
<b>Depresión</b>	<b>65</b>	<b>90</b>	<b>ES</b>
Impaciencia	55	65	TE
Deseo de estar sola	50	55	TE
Flatulencia	50	55	NS
Mialgias	65	75	NS
Cansancio	80	100	NS
Insomnio	55	65	NS
Cefalea	60	70	TE
Disminución de la fuerza	75	65	TE
Disminución de la resistencia	75	70	NS
Falta de energía	75	75	NS
Resequedad	75	55	TE
Aumento de peso	60	60	NS
Aumento de vello facial	20	20	NS
Tono de piel	25	30	NS
Vientre inflamado	55	60	NS
Poliuria	60	60	NS
Incontinencia Urinaria	45	30	TE
Disminución de la libido	55	75	TE
Sequedad vaginal	45	40	NS
Evitar contacto sexual	45	35	TE
Mastalgia	25	35	TE
<b>Sangrado vaginal</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>ES</b>

ES: Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )

TE: Tendencia estadística ( $p > 0.20$  y  $0.50$ )

NS: No significativo.

### Sintomatología evaluada por el índice de Kupperman

Síntomas vasomotores (bochornos y sudores):

La presencia de los bochornos y sudoración se reportó en el 50% (n=10), del grupo I, y en el 50% (n=10) del grupo II, sin diferencia estadísticamente significativa. La severidad y frecuencia de los síntomas vasomotores se encuentra en las tablas 3 y 4 mostrando únicamente una tendencia favorable al grupo de TRH pero sin alcanzar significancia estadística.

Tabla 3: Intensidad de los bochornos.

	Bochorno*	Leve	Moderado	Severo
Grupo I	10	4	6	0
Grupo II	10	6	3	1

\*Diferencia no significativa

Tabla 4: Frecuencia de los episodios de sudor.

	Sudor*	Ocasional	Frecuente
Grupo I	10	8	2
Grupo II	10	5	5

\*Diferencia no significativa

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

### Paresias

Se presentaron en el 35% (n=7) en el grupo I y 55% (n=11) en el grupo II, encontrando únicamente una tendencia en cuanto a la severidad: La frecuencia del síntoma fue mayor en el grupo I (NS).

### Insomnio

El insomnio, se presentó en el 65% (n=13) y con un comportamiento similar de ambos (NS).

### Nerviosismo (ansiedad e irritabilidad)

La ansiedad y la irritabilidad se presentaron ambas en el 70% (n=14) en el grupo I, y el 80% (n=16) en el grupo II, encontrando una tendencia estadística (NS).

### Melancolía

La melancolía se presentó en el 50% de los casos en ambos grupos (NS).

### Mareo

El síntoma se encontró con una misma frecuencia e intensidad en ambos grupos.

### Debilidad

Astenia y adinamia se encontraron en ambos casos por arriba del 75 % de frecuencia únicamente mostrando tendencia no significativa.

### Artralgia o Mialgia

El dolor osteoarticular, se presentó en el 60% (n=12) en el grupo I, y 40% (n=8) en el grupo II, encontrando una tendencia estadística, en cuanto a la severidad, en el grupo II la severidad fue menor (NS).

### Cefalea

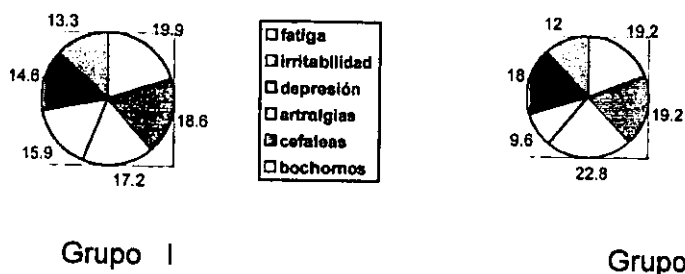
La cefalea, se presentó en el 55% (n=11) en el grupo I, y 75% (n=15) en el grupo II, encontrando una diferencia estadísticamente significativa para  $p < 0.05$  en cuanto a frecuencia y severidad.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

### Palpitaciones

Las palpitaciones, se presentaron en menor número en el grupo I, con una menor intensidad que en el grupo II, con una tendencia estadística (NS).

Figura 1. Sintomatología más frecuente en índice de Kupperman



En la suma de la puntuación de la escala de Kupperman obtuvimos el índice menopáusico. Este se encontró en el grupo I en  $8.3 \pm 5.0$ , con un rango de 0 a 21, en el grupo II, el promedio fue de  $9.8 \pm 3.9$  con un rango de 4 a 18 únicamente encontrando una tendencia estadística mayor en el grupo con TRH (ver tabla 5).

Tabla 5: Suma del puntaje del índice de Kupperman\*

Índice de Kupperman	Promedio	Rango
Grupo I	$7.1 \pm 4.4$	0-17
Grupo II	$8.1 \pm 3.5$	2-14

\*Diferencia no significativa

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

En los niveles de FSH, en el grupo I, tuvo un promedio de  $66.0 \pm 2.4$  UI/ml con un rango de 32 a 105 UI/ml, en el grupo II, el promedio fue de  $48.7 \pm 32.7$  UI/ml con un rango de 14 a 140 UI/ml, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Los niveles de estradiol, en el grupo I, tuvo un promedio de  $28.2 \pm 41.1$  pg/ml y un rango de 0 a 160 pg/ml, en el grupo II, tuvo un promedio de  $97.0 \pm 11.9$  y el rango fue de 0 a 400 pg/ml, con una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) (ver tabla 6).

Tabla 6: Niveles séricos de E2 y FSH

	FSH (mUI/ml)	E2 (pg/dl)
Grupo 1	65.05	28.22
Grupo 2	48.73	97.06

$P < 0.05$

## DISCUSION

En el estudio realizado encontramos que las variables antropomórficas fueron iguales entre ambos grupos lo que confirma la homogeneidad de nuestro grupo de estudio. En el grupo de tratamiento (II) la vía oral fue la ruta de administración mas frecuentemente utilizada. La vía de administración no tiene influencia sobre la calidad de vida, los efectos son dependientes del tiempo y la dosis de administración (79,80). La duración promedio de tratamiento en las pacientes del grupo II fue de 174 semanas, tiempo suficiente para observar mejoría en algunos de los síntomas que presentan nuestras pacientes posmenopáusicas aunque los beneficios en nivel óseo y cardiovascular se pueden observar solo con tratamientos a largo plazo (75).

Los niveles de FSH fueron significativamente menores en las mujeres que recibían THR pero en ningún caso se encontraron dentro de los niveles usuales de las mujeres premenopáusicas, inclusive en mujeres con niveles normales de estradiol. Los niveles séricos de estradiol se encontraron significativamente mas elevados en las mujeres con sustitución hormonal aunque los efectos sobre los síntomas sean adecuados o marginales (18).

En cuanto a la sintomatología observamos que los bochornos, se encuentran en ambos grupos con el mismo porcentaje de frecuencia (50%), sólo que en el grupo II la sintomatología en cuanto a intensidad es más leve, que en las pacientes sin tratamiento (grupo I), por lo que la THR es útil para la disminución en cuanto a intensidad de este síntoma como ya se ha informado (89,90), y no está por demás recordar que cualquier terapia con estrógenos, solos o combinados con progestágenos o andrógenos a dosis terapéuticas puede ayudar en los bochornos que son persistentes o severos (39).

En las variables de palpitaciones, insomnio, sudoración, cefalea, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con o sin THR. Esto nos permite opinar que el síntoma

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

principal en el cuadro vasomotor es el bochorno, por encima de los demás síntomas asociados al complejo vasomotor (62).

En el parámetro urogenital observamos que en cuanto a la incontinencia urinaria se encontró con mayor frecuencia en las pacientes sin tratamiento, (65%) contra un 45% de las que tienen tratamiento y de éstas la incontinencia urinaria que existe es la forma menos severa, asociada a grandes esfuerzos por lo que la THR es útil en las molestias urinarias como ya se ha informado (46,47,48) pero no mejora la incontinencia por estrés (48) y probablemente algunas de las pacientes de ambos grupos pueden estar en este grupo. Otro síntoma importante es la sequedad vaginal y la poliuria. Encontramos la mayor frecuencia en las pacientes sin tratamiento por lo que la THR es útil en la disminución de la sintomatología urinaria como ya se ha reportado (46,47, 48).

En cuanto al parámetro sexual: se encontró que en el grupo II, fue menor el grupo de pacientes que reportan disminución de la libido 15% contra un 30% del grupo I, por lo que la THR es útil en el tratamiento o control de la disminución de la libido, como ya se ha reportado por algunos autores (64).

Para las variables de nerviosismo, irritabilidad, fatiga, depresión, impaciencia, y el deseo de estar solas, se observó que no hubo mejoría en las pacientes que tenían tratamiento (estrógenos-progestágenos), y que el porcentaje de frecuencia es aproximadamente igual en los dos grupos, lo cual confirma lo que otros autores han mencionado respecto a que es necesario el tratamiento hormonal de reemplazo con estrógenos-andrógenos, con estas combinaciones se ha demostrado una gran mejoría psicológica y sexual (64,65,66,67). Así mismo es conveniente tener un apoyo psicoterapéutico para superar y mejorar la etapa de la vida en la que se encuentran estas mujeres (62).

En cuanto a la variable de alteraciones en el sangrado vaginal se encontró con mayor frecuencia en las pacientes con tratamiento (40%), la mayoría de leve intensidad, pero sabemos que esto es una de las causas para suspender la THR como se menciona en la literatura (19).



## **Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas**

En la calificación de índice de Kupperman encontramos que en las pacientes con THR hubo una mejoría en cuanto a la sintomatología climatérica, ya que de acuerdo a éste índice no se encontraron pacientes con puntaje necesario para considerarse dentro de esta sintomatología (15 puntos), por lo que nuevamente confirmamos que la THR es una medida principal para el desarrollo en la calidad de vida de las mujeres climatéricas (89,90).

## CONCLUSIONES

En este estudio preliminar obtuvimos en la mayoría de los parámetros analizados una tendencia estadística más no la significancia estadística que siempre es lo deseable. Quizá esto se hubiera logrado con una muestra mayor, sin embargo, la disminución en la intensidad de los síntomas en el grupo con THR fue evidente.

Por lo tanto se concluye que la THR es útil para mantener una adecuada calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas, ya que mejora la mayoría de sus síntomas y quizás se obtengan beneficios mayores a largo plazo disminuyendo la morbi-mortalidad en estas pacientes.

Además, es necesario una terapia coadyuvante para la resolución completa de su sintomatología, y considerar que se requiere de un apoyo psicoterapéutico, ya que esta etapa de la vida coincide con varios cambios en el entorno familiar y social de la mujer.

De esta manera se obtendrá un tratamiento integral que ayude a mejorar la calidad de vida de las mujeres climatéricas.

#### IV.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Septién JM, Morfín JH, Clavello A, Marín A.: Climaterio Femenino. Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia. Libro 1. México; Edit. Intersistemas; 1997: 7.
- 2.- Drapier E. : Menopause et son traitement Editions Techniques Encycl. Med. Chir. (París-France), Gynecologie 1992; 38-A-10:18.
- 3.- Norma Oficial Mexicana (NOM) para la atención del climaterio.
- 4.- Metcalf MG, Donald RA, Livesey JH. Pituitary-ovarian function in normal women during the menopausal transition. Clin Endocrinol 1981; 14:245.
- 5.- Richardson SJ, Senikas V, Nelson JF. Follicular depletion during the menopausal transition: evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion. J Clin Endocr Metab 1987; 65:1231.
- 6.- Secretaría de Salud: Anuario Estadístico, México; 1991.
- 7.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Censo General de Población y Vivienda (INEGI),2000.
- 8.- Studd, J. W. y Thom, M.H. : Ovarian failure and ageing. Clin. Endocrinol Metab. 1981; 10:89
- 9.-Ayala A.: Climaterio y Menopausia. Medicina de la Reproducción Humana, 1991:211.
- 10.-The North American menopause Society. Basic Facts about Menopause. <http://www.menopause-online.com/alltther.htm>; 1998.
- 11.- Wenderlein-IM; Clauder-C.. Quality of life and strogen therapy. Geburtshilfe-Frauenheilkd. 1996, 56(5):226.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 12.- Rasini-W. Schweiz-Rundsch. Menopause and quality of life. Med-Prax. 1997; 86(33): 1264.
- 13.- Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Cuidados de Salud Postmenopáusica, México. Edit. Interamericana, 1994; 2: 219.
- 14.- Ledesert -B; Ringa-V; Breart-G. Menopause and perceived health status among the women of the french GAZEL cohort. Maturitas. 1994 Dec; 20 (2-3): 113.
- 15.- Wenderlein-JM; Clauder-C. Climateric symptoms: intensity, incidence and need for treatment. Zentralbl-Gynkol. 1996; 118 (11): 598.
- 16.- Zethraeus-N; Johanneson-M; Henriksson-P; Strand-RT. The impact of hormone replacement therapy on quality of life and willingness to pay. Br-J-Obstet-Gynaecol. 1997; 104 (10): 1191.
- 17.- Doren-M; Schneider-HP. The impact of different HRT regimens on compliance. Int-J-Fertil-Menopausal-Study. 1996; 41 (1): 29.
- 18.- Grodstein-F. Stampfer-M. The epidemiology of coronary heart disease and estrogen replacement in postmenopausal women. Prog. Cardiovasc. Dis. 1995; 38(3): 192.
- 19.- Chan-YN; kim-KJ; Lim-HK; Jang-HS; Chung-YH. A study on menopausal symptoms and health needs among middle aged women. Taehan-Kanho. 1995; 34 (4): 70.
- 20.- Greendale-GA; Juad-HL. The menopause health implications and clinical management. J. Am. Geriatr. Soc. 1993; 41 (4): 426.
- 21.- J-ubalirer-SJ. The management of menopausal symptoms in women with breast cancer. W-V-Med-J. 1995; 91(2): 54.
- 22.- Lauritzen C. The female climateric syndrome: significance problems, treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 1976; Supl 1: 47.

### Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 23.- Mc Kinlay SM; Jeffers M. The menopausal syndrome. *Br J Prev Soc Med* 1974; 28: 108.
- 24.- Daly E, Gray A, Barlow D, Mc-Pherson K, Roche M, Vessey M. Meaning the impact of menopausal symptoms on quality of life. *Br Med J* 1993; 307: 836.
- 25.- Ruiz DJR. Climaterio criterios actuales. En: Karchmer S (ed). *Temas selectos en reproducción humana*. México, D.F. Edit. Diseño y Publicidad, 1989:789.
- 26.- Mujica I, Santamaría R.: Medidas no estrogénicas en el tratamiento de la mujer menopáusica. En: *Climaterio y Menopausia*. Fascículo 4. Madrid España; Edit. Mirpal; 1993:271.
- 27.- Rebar R., Spitzer.: The physiology and measurement of hot flushes. *Am J. Obstet Gynecol*, 1987; 156: 1284.
- 28.- Kronenberg. F. Hot flashes: epidemiology and physiology. *Ann NY Acad Sci* 1990; 592: 52-86.
- 29.- UtianWH. Biosynthesis and physiologic effects of estrogen and pathophysiologic effects of estrogen deficiency: review. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1828.
- 30.- Ravnikar V. Physiology and treatment of hot flushes. *Obstet Gynecol* 1990; 75; supl: 3-8.
- 31.- Erlik Y, Tataryn IV, Meldrum DR, Lomax P, Bajorek JG, Judd HL. Association of walking episodes with menopausal hot flushes. *JAMA* 1981; 245:1741.
- 32.- Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Manson JE, Rosner B, Speizer FE, et al. Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: Ten-year follow-up from the Nurses' Health Study. *N Engl J Med* 1991; 325:756.
- 33.- Bachman GA. Vasomotor flushes in menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 1999; 180: 312.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 34.- Bernier f. Jenkins P. The role of vaginal estrogen in the treatment of urogenital dysfunction in postmenopausal women. *Urologic Nursing*. 1997; 17(3):92.
- 35.- Jones HW, Seegar JG. Citología e histología cíclica del aparato genital. *Tratado de Ginecología de Novak*. México. Edit. Interamericana, 1984:72.
- 36.- Carranza-Lira S, Vega CMV. Cambios en la citología vaginal posterior al tratamiento con estrógenos conjugados de acuerdo al peso corporal y distribución del tejido adiposo en la menopausia. *Ginecol Obstet Mex* 1996;64:339.
- 37.- Notelovitz M. Gynecologic problems of menopausal women: part 1. Changes in genital tissue. *Geriatrics* 1978; 33: 24.
- 38.- Pandit L. Ouslander JG. Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Am J Med Sci*. 1997; 314(4): 228.
- 39.- Notelovitz M. Estrogen replacement therapy: indications, contraindications, and agent selection. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1832.
- 40.- Bhatia NN, Bergman A, Karram MM. Effects of estrogen on urethral function in women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 176.
- 41.- Raz R, Stamm WE. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. *N.Engl J Med* 1993; 329: 753.
- 42.- Milsom I. Rational prescribing for postmenopausal urogenital complaints. *Drugs & Aging*. 1996; 9(2): 78.
- 43.- Sherwin BB, The effect of sex steroids on brain mechanism relating to mood and sexuality. *Comprehensive management of menopause*. New York: Springer-Verlag, 1994:327.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 44.- Sherwin BB, Gelfand MM. Sex steroids and affect in the surgical menopause: a double blind cross over study. *Psychoneuroendocrinol* 1985; 10: 325.
- 45.- Karchmer KS: *Temas Selectos en Reproducc. Humana*. México, D.F. Instituto Nacional de Perinatología. Primera Edición. 1989; 789.
- 46.- Brenner P.; *The Menopausal Syndrome*. *Obstet. Gynecol* 1988; 72: 6.
- 47.- Ballinger SE. Psychosocial stress and symptoms of menopause: a comparative study of menopause clinic patients and nonpatients. *Maturitas* 1985; 7:315.
- 48.- De Aloysio D, Fabiani AG, Mauloni M, Bottiglioni F. Analysis of the climateric syndrome. *Maturitas* 1989; 11:43.
- 49.- Nadelson CC. Psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology. *Psychosomatics* 1983; 24: 878.
- 50.- Holte A, Mikkelsen A. The menopausal syndrome: a factor analytic replication. *Maturitas* 1991; 13: 193.
- 51.- Strickler RC, Borth R, Cecutti A, Cookson BA, Harper JA, Potvin R, et al. The role of oestrogen replacement in the climateric syndrome. *Psychol Med* 1977; 7: 663.
- 52.- Hunter M, Battersby R, Whitehead M. Relationship between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas* 1986; 8: 217.
- 53.- Klaiber EL, Broverman DM, Vogel W, Kobayashi Y. Estrogen therapy for severe persistent depression in women. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 550.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 54.- Traupmann J. Does sexuality fade over time? A look at the question and the answer. *J Geriatr Psychiatry* 1984; 17:149.
- 55.- Kingsberg SA. Postmenopausal sexual functioning: a case study. *Int J Fertil Womens Medic.* 1998; 43 (2): 122.
- 56.- Benedek T. Climacterium, a developmental phase. *The Psychoanalytic Quar* 1950;19:1.
- 57.- Sarrel PM. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180 (3):319.
- 58.- Greenblatt RB, Karpas A. Hormone therapy for sexual dysfunction. The only "true aphrodisiac". *Postgrad Med* 1983; 74: 78.
- 59.- Sherwin BB; Gelfand MM. The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. *Psychosom Med* 1987; 49: 397.
- 60.- Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause. *Psychosom Med* 1985; 47: 339.
- 61.- Celades FM. Aspectos clínicos en la menopausia. En: Palacios S (ed). *Climaterio y menopausia*. Madrid, España. Edit. Mirpal, 1994: 64.
- 62.- Jaffe RB. The menopause and perimopausal period. En: Yen SSC, Jaffe RB (ed). *Reproductive endocrinology*. Philadelphia:WB Saunders, 1991: 389.
- 63.- Bachmann GA. Androgen cotherapy in menopause: evolving benefits and challenges. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180 (3) : 308.
- 64.- Hauser-GA; Huber-IC; Keller-PJ; Lauritzen-C; Schneider-HP. Evaluation of climateric symptoms. *Zentralbl-Gynakol.* 1994; 116(1): 16.



## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 65.- S. Carranza Lira. Terapia hormonal de reemplazo. Atención integral del climaterio. México, D.F, McGraw- Hill Interamericana Editores 1998: 249.
- 66.- Ellerington MC, Whitcroft SIJ, Whitehead MI. Therapeutic and preventive aspects of estrogen and progesterone therapy. En: Lorrain J (ed). Comprehensive management of menopause. New York: Springer-Verlag, 1994: 269.
- 67.- Grundy SM, Florentin L, Nix D, Whelan MF. Comparison of monounsaturated fatty acids and carbohydrates for reducing raised levels of plasma cholesterol in man .  
Am J Clin Nutr 1988; 47: 965-969.
- 68.- Stumpf P. Estrogen replacement therapy current regimens. En: Swartz DP (ed). Hormone replacement therapy. Baltimore: William and Wilkins, 1992:171.
- 69.- Jacobs-S; Hillard-T.C. Hormone Replacement therapy in the aged. A state of the art. Review. Drugs-Aging 1996; 8 (3) :193.
- 70.- Roy-JA. Sawka-CA; Pritchard-DI. HRT in women with breast cancer. Do the risk outweigh the benefits.  
J. Clin- Oncol. 1996; 14(3):997.
- 71.- Hilditch-Jh, Lewis Jr. Ros-AH. A comparison of the effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estradiol 17-Beta combined with on oral progestin on quality of life in menopausal.  
Maturitas 1996; 24 (3):177.
- 72.- Speroff-L. Postmenopausal hormone therapy and breast cancer.  
Obstet. Gynecol 1996, 87(2): 445.
- 73.- Haney AF.: Fisiología del climaterio. Clínicas Obstétricas y ginecológicas. México, D.F, Edit, Interamericana. 1986; 2:511.
- 74.- Lievetrtz R. : Pharmacology and Pharmacokinetics of strogens.  
Am. J Obstet Gynecol 1987; 156: 1289.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 75.- Miller KL. Alternativas de los estrógenos para síntomas de la menopausia. *Clin Obstet Ginecol* 1992; 4:837.
- 76.- Gorsky-RD; Koplan- JP; Peterson- HB; Thacker-SB. Relative risks and benefits on long-term estrogen replacement therapy: a decision analysis. *Obstet-Gynecol.* 1994; 8.3 (2): 161.
- 77.- Forsbach-G; Santos-A. Bone density and osteoporosis. *Ginecol-Obstet-Mex.* 1994 ; 62(7):201.
- 78.- Gambrell RD. The menopause: benefits and risks of estrogen-progestogen replacement therapy. *Fertil Steril* 1982;37:457.
- 79.- Toesteson AN, Weinstein MC. Cost effectiveness of hormone therapy after the menopause . *Bailleres Clin Obstet Gynaecol* 1991; 5:943.
- 80.- Nozue-E. Hormone replacement therapy. *Nippon- Rinsho* 1994; 52(3): 787.
- 81.- Felson DT, Zhang Y, Hannan MT; et al. The effect of postmenopausal estrogen therapy on bone density in elderly women. *N. Engl J. Med* 1993; 329: 1141.
- 82.- Sitruk-Ware-R. Comparative evaluation of oral versus non-oral hormonal treatments in menopause. *J. Gynecol-Obstet-Biol- Reprod.* 1996; 25(7):688.
- 83.- E.Daly, M. Roche, D. Barlow A-Gray. Hormone replacement therapy in the menopause on analysis of benefits, risk and costs. *Br Med Bull* 1992,48:368.
- 84.- A-Doren-M; Schneider-HP. The impact of different, HRT regimens on regimens on compliance. *Int- J. Fertil- Menopausal-stud.* 1996 41(1): 29.
- 85.- William Hurd. W. Jones iii/a. c. Wentz. Menopausia. *Tratado de Ginecología de Novak*, edit: Interamericana-McGraw-Hill, México 1991, capítulo 29: 992.

## Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 86.- Bartsch C. Role of the pineal body in reproduction in gynecologic-tumors. *Geburtshilfe-Frauenheilk-d* 1991;51:1.
- 87.- Colditz GA, Stampfer MJ, Willet WC, Hennekens CH. Prospective study of estrogen replacement therapy and risk of breast cancer in postmenopausal women. *JAMA* 1990;264:2648.
- 88.- Shoupe D, Mishell DR Jr. Contraindications to hormone replacement. *Treatment of the postmenopausal woman: Basic and clinical aspects*. New York, Raven Press, 1994:415.
- 89.- Karlberg-J; Mattson-LA; Wiklund-I. A quality of life perspective on who benefits from estradiol replacement therapy. *Acta-Obstet-Gynecol-Scand* 1995; 74(5):367.
- 90.- Daly-E; Gray-A; Barlow-D, McPherson-K; Vessey-M. Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. *Br Med J*. 1993; 307(10):836.
- 91.- Wiklund-I; Karlberg-J. Evaluation of quality of life in clinical trials. Selecting quality of life measures. *Control-Clin-Trials*. 1991; 12(8): 2045.
- 92.- Fernández del Castillo C, R. Ayala Aquiles. Problemas endócrinos del climaterio. *Ginecol Obstet Méx*. 1983; 51;312 (4):99.
- 93.- Limouzin-Lamothe-MA, Mairon-N; Quality of life after the menopause; influence of hormonal replacement therapy. *Am. J. Obst-Gynecol* 1994; 170 (2): 618.
- 94.- Sieberg-R; Pekonen-F. Hormone treatment in the climateric. *Nord-Med*. 1993; 108(10):259.
- 95.- Cheung-AP; Wren-BG. A cost-effectiveness analysis of hormone replacement therapy in the menopause. *Med-J-Aust*. 1992;156(5):312.

**A N E X O S**

Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DURANTE LA  
MENOPAUSIA

(MENQUAL)

Para cada una de las siguientes preguntas, indique si usted ha tenido el problema o no durante las **ULTIMAS CUATRO** semanas.

En caso afirmativo, califique que tanto la ha molestado marcando el número, dependiendo de la intensidad del problema.

No molesto 0 1 2 3 4 5 6 Extremadamente molesto

1.- BOCHORNOS O CALORES

No Sí 0 1 2 3 4 5 6

2.- SUDORACIONES  
POR LA NOCHE

No Sí 0 1 2 3 4 5 6

3.- SUDORACIONES

No Sí 0 1 2 3 4 5 6

4.- INSATISFECHA CON  
SU VIDA PERSONAL

No Sí 0 1 2 3 4 5 6

5.- SENTIR ANSIEDAD O  
NERVIOSISMO

No Sí 0 1 2 3 4 5 6

Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

6.- MALA MEMORIA

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

7.- RENDIR MENOS DE LO QUE  
ACOSTUMBRABA

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

8.- SENTIRSE DEPRIMIDA, ABATIDA  
O TRISTE

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

9.- IMPACIENTE CON  
OTRAS PERSONAS

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

10.- DESEA ESTAR SOLA

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

11.- FLATULENCIA (GASES) O  
DISTENSIÓN ABDOMINAL

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

12.- DOLOR EN MUSCULOS  
Y EN ARTICULACIONES

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

13.- CANSADA O FATIGADA

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6



Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

- 22.- CAMBIOS EN LA APARIENCIA, TEXTURA O TONO DE LA PIEL  
No Sí 0 1 2 3 4 5 6
- 23.- SENTIR EL VIENTRE HINCHADO (INFLAMADO)  
No Sí 0 1 2 3 4 5 6
- 24.- DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA  
No Sí 0 1 2 3 4 5 6
- 25.- ORINA CON FRECUENCIA  
No Sí 0 1 2 3 4 5 6
- 26.- SALIDA DE ORINA INVOLUNTARIA AL TOSER O AL REIR  
No Sí 0 1 2 3 4 5 6
- 27.- CAMBIOS EN DEL DESEO SEXUAL  
No Sí 0 1 2 3 4 5 6
- 28.- RESEQUEDAD VAGINAL DURANTE EL ACTO SEXUAL  
No Sí 0 1 2 3 4 5 6
- 29.- EVITA LA INTIMIDAD No Sí 0 1 2 3 4 5 6



Calidad de vida en mujeres postmenopáusicas

30.- DOLOR O SENSIBILIDAD EN  
LOS SENOS

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

31.- SANGRADO VAGINAL

No

Sí

0 1 2 3 4 5 6

**ABREVIATURAS**

E2	Estradiol
ES	Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )
FSH	Hormona folículo estimulante
ICC	Índice cintura cadera
FUM	Fecha de última menstruación
IMC	Índice de masa corporal
Kgs	Kilogramos
Mts	Metros
NS	No significativo
Pg/ml	picogramos sobre mililitro
TE	Tendencia estadística
THR	Terapia Hormonal de Reemplazo
UI/ml	Unidades Internacionales sobre mililitro