

Problemas severos de vejiga: el principal síntoma menopáusico en indígenas zenúes colombianas*

Severe bladder problems: main menopausal symptoms among zenues colombian indigenous women

Cindy Arteta-Acosta¹, Jhonmer Márquez-Vega¹, Álvaro Monterrosa-Castro²

Resumen

Objetivo: Identificar el síntoma menopáusico severo más prevalente en mujeres indígenas en etapa de climaterio.

Metodología: Se estudiaron mujeres zenúes del resguardo indígena de San Andrés de Sotavento, departamento de Córdoba, en el Caribe colombiano, en diferentes estados menopáusicos y entre 40-59 años de edad. Valoradas con "Menopause Rating Scale" (MRS).

Resultados: En el estudio se incluyeron 693 mujeres, 295 premenopáusicas y 398 en posmenopausia. Edad promedio de última menstruación: 49.4 ± 3.0 . El dominio más deteriorado en las indígenas premenopáusicas fue el somático-vegetativo (2.9 ± 1.6), influenciado por molestias músculo-articulares. En las posmenopáusicas, el más deteriorado fue el dominio urogenital (5.5 ± 3.0), por la alta prevalencia de problemas severos de vejiga. La manifestación severa más prevalente entre premenopáusicas fue la sequedad vaginal, junto a molestias músculo-articulares (10.8%), y en posmenopáusicas, los problemas de vejiga (60.3%). Tiene mala calidad de vida el 5.4% de las premenopáusicas y el 52.0% de las postmenopáusicas.

Conclusiones: Las indígenas zenúes tienen elevada prevalencia de los síntomas que hacen parte del dominio urogenital, y son los que más influyen para deteriorar la calidad de vida. Las mujeres posmenopáusicas tienen peor calidad de vida y más prevalencia de problemas de vejiga.

Palabras clave: Climaterio, posmenopausia, calidad de vida, urogenital, indígenas.

Fecha de recepción: 15 de marzo de 2012
Fecha de aceptación: 26 de mayo de 2012

* Un producto del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena (Colombia). Categorizado B - Colciencias (2010 - 2011).

¹ Estudiante de pregrado, Facultad de Medicina, Semillero FEM- SALUD, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).

² Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor titular. Facultad de Medicina. Líder Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).

Correspondencia: Álvaro Monterrosa Castro. Edificio City Bank, Oficina 6-A. La Matuna. Avenida Venezuela. Teléfonos: 5-6642211 y 5-6641671. Teléfono móvil: 315-731-1275. Cartagena (Colombia). alvaromonterrosa@gmail.com

Abstract

Objective: To identify the most prevalent severe menopausal symptoms among indigenous women in menopause stage.

Methodology: Women Zenúes in the indigenous reserve of San Andres de Sotavento, Department of Córdoba, in the Colombian Caribbean, in different stages of menopause. Ages 40-59 years old were studied. Rated with "Menopause Rating Scale" (MRS).

Results: 693 women were included in the study, 295 premenopausal and 398 postmenopausal. Average age of last menstrual period: 49.4 ± 3.0 . The domain more impaired in premenopausal indigenous somatic-vegetative was (2.9 ± 1.6), influenced by muscle-joint discomfort. In postmenopausal women the most impaired domain was urogenital (5.5 ± 3.0), the high prevalence of severe bladder problems. The severe occurrence was more prevalent among pre-menopausal vaginal dryness with muscle joint pains (10.8%) and postmenopausal bladder problems (60.3%). 5.4% of premenopausal and 52.0% of postmenopausal women 52.0% have a poor quality of life.

Conclusions: Zenúes indigenous women have high prevalence of symptoms that are part of the urogenital domain and have the most influence to impair the quality of life. Postmenopausal women have worse quality of life and prevalence of bladder problems.

Keywords: Climacteric, post menopause, quality of life, urogenital, indians.

INTRODUCCIÓN

La *menopausia* es definida como la última menstruación. Instante fisiológico del climaterio que clínicamente indica el final de la capacidad reproductiva, generado por el cese de la función folicular ovárica (1). La privación estrogénica se asocia a síntomas vasomotores, físicos, psicológicos y/o de tipo sexual. Aunque los síntomas menopáusicos no son factores de riesgo para la vida de la mujer, tienen efecto negativo sobre la calidad de vida, con impacto adverso en la pareja y la familia. La prevalencia de estos síntomas o manifestaciones y el deterioro que generan varían ampliamente de acuerdo con factores demográficos, estilos de vida, patrones culturales y orígenes étnicos (2, 3).

La mayoría del conocimiento relacionado con los síntomas menopáusicos proviene de estudios en mujeres blancas (4-5), y es incorrecto su extrapolación a otras razas/etnias. Se ha señalado, por ejemplo: los sín-

tomas somáticos y psicológicos son menos frecuentes en mujeres asiáticas comparadas con caucásicas (6), los síntomas músculo-articulares predominan en afro-descendientes (2) y es elevada la prevalencia de síntomas urogenitales en amerindios (7).

Es importante que el personal de salud conozca la prevalencia de los síntomas menopáusicos, identifique los sistemas o aparatos anatómicos más frecuentemente afectados y la magnitud del deterioro de la calidad de vida, dependiendo de la raza y grupos étnicos, para poder realizar las intervenciones adecuadas y específicas.

Varias herramientas o instrumentos han sido diseñados o utilizados para medir y evaluar los síntomas en las fases del estado menopáusico. Entre las más ampliamente aplicadas, "Menopause Rating Scale" (MRS) es la que permite identificar síntomas o quejas de la mujer, alteración en tres dominios específicos y el deterioro de la calidad de vida (8-10).

El objetivo es identificar el síntoma menopáusico severo más prevalente en una comunidad de mujeres indígenas colombianas en etapa de climaterio.

MATERIALES Y MÉTODOS

El proyecto “Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC)” es un estudio transversal, iniciado en 2007 y proyectado hasta el 2017, que involucra mujeres colombianas saludables con edades entre 40 y 59 años, urbanas y rurales, de distintas etnias/razas y captadas directamente en sus viviendas.

Las mujeres son identificadas por encuestadoras capacitadas, pertenecientes a las mismas comunidades, quienes explican con detalles los alcances de la investigación y motivan a las mujeres para que participen con autoaplicación anónima de los formularios. Se llena consentimiento informado. Se excluyen las mujeres que no deseen participar, que no comprendan adecuadamente las escalas, que presenten déficit mental o padecimientos físicos que les dificulte la participación. Los formularios incompletos o mal diligenciados son eliminados.

Participantes

Mujeres indígenas autóctonas colombianas pertenecientes a la etnia zenú, que fueron involucradas entre septiembre de 2007 y febrero de 2011. Son naturales y residentes en los poblados de Vidales, Patio Bonito, Cruz del Guayabo, Carretal, Tuchín y San Andrés de Sotavento, áreas geográficas circunscritas al resguardo indígena de San Andrés de Sotavento, asentamiento estatalmente reconocido de la etnia zenú, en el departamento de Córdoba, en el norte de Colombia, dentro de la Región Caribe.

Criterios de inclusión: estar en climaterio, etapa que incluye los estados de premenopausia, transición a la menopausia y posmenopausia (11), edad entre 40 y 59 años, que tuvieran útero intacto, rasgos fenotípicos indígenas y ser hijas de padre y madre indígenas, naturales del mismo resguardo. Las encuestadoras fueron profesionales de la salud, entrenadas previamente y pertenecientes a la misma comunidad indígena. En la primera visita se identificaron 760 mujeres. Se explicaron los alcances de la investigación y con las interesadas en participar se concertó una próxima visita para autoaplicación del formulario. En la segunda visita se explicó de nuevo y se interrogó si habían comprendido adecuadamente la actividad que se iba a realizar. De ser afirmativa la respuesta, se aplicó un formulario anónimo que incluía datos sociodemográficos y la Escala de vida “Menopause Rating Scale” en su versión en lengua española. Todas las mujeres involucradas comprendían y hablaban español. No hay escala validada en lenguas amerindias.

De las 760 mujeres identificadas inicialmente se excluyeron 45 (5.9%) que no fueron de nuevo contactadas, no desearon participar o manifestaron que no comprendían adecuadamente los diferentes ítems de la herramienta. Se llenaron 715 formularios y posteriormente se anularon 22 (3.1%) por estar mal diligenciados; 693 formularios fueron digitados y analizados.

Menopause Rating Scale (MRS)

Es una escala específica de síntomas menopáusicos, de calidad de vida relacionada con la salud, desarrollada a inicios de los años noventa y validada para diversas lenguas, incluida la española (8-10). Está compuesta por 11 puntos o ítems que se agrupan en

tres dominios o dimensiones: (A) Somático-vegetativa. (B) Psicológicos. (C) Urogenitales. La dimensión somático-vegetativa valora la presencia y severidad de oleadas de calor (sofocos, bochornos y episodios de sudoración). Molestias cardíacas (taquicardia, bradicardia, consciencia 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 ítems es calificado como: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo), pudiendo establecerse la media y su desviación estándar. La sumatoria de las medias establecen la puntuación media de cada una de las dimensiones y la sumatoria de las tres dimensiones establecen el puntaje total. Entre mayor puntuación, mayor es el deterioro de la calidad de vida.

Además pueden establecerse cuatro niveles de severidad del compromiso: (A) ninguno

o pequeño, (B) suave, (C) moderado y (D) severo, aplicándose para cada una de las dimensiones y la puntuación total. Se define como compromiso severo del dominio somato-vegetativo un puntaje superior a 8, compromiso severo psicológico más de 6 de puntuación, urogenital superior a 3, y si la puntuación total de la escala es superior a 16 puntos indica mala calidad de vida. Se encuentra disponible en diversas lenguas en www.menopause-rating-scale.info

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. *Posmenopausia temprana* desde uno a cinco años de finalizadas las menstruaciones, y *posmenopausia tardía*, de seis años en adelante.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron ingresados a Microsoft Excel; posteriormente, para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Epi-Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EE. UU.; 2008). Los datos se expresan en medias (\bar{X}) con desviación estándar (DE) y en porcentajes con sus intervalos de confianza al 95%. Las diferencias porcentuales se evaluaron con χ^2 . Las medias por el método de Kruskal-Wallis o Anova según homogeneidad de la varianza de acuerdo con el test de Bartlett. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

En este estudio fueron incluidas 693 mujeres indígenas zenúes climatéricas. Edad promedio: 50.6 ± 5.9 años. El 85.3% [IC 95%: 82.4-87.8] con pareja estable, ya fuesen casadas o en unión libre. El 3.6% [IC 95%: 2.4-5.4] expresó uso actual de tabaco y el 13.9% [IC 95%: 11.4-16.7] recibía terapia hormonal. Escolaridad promedio: 5.2±4.9 años, el 23.7% [IC 95%: 20.6-27.0] había realizado más de 11 años de estudios. Paridad promedio: 4.3±2.2. Estaban en premenopausia 295 (42.6%), con una edad promedio de 45.2±4.0, y 398 (57.4%) en posmenopausia, con promedio de edad 54.6±3.4.

Entre las mujeres que llevaban más de un año sin menstruaciones: 8(2.0%) [IC 95%: 0.9-4.1] tuvieron la menopausia antes de los 40 años; el 9.5% [IC 95%: 6.9-13.0] antes de los 45 años; el 37.4% [IC 95%: 32.7-42.4] después de los 50 años. Menopausia precoz: 2.0% [IC 95%: 0.9-4.1]. Menopausia prematura: 7.5% [IC 95%: 5.2-10.7]. El tiempo promedio desde la última regla: 5.2±2.8. En posmenopausia temprana: 63.8% [IC95%: 58.9-68.5]. En posmenopausia tardía: 36.2% [IC 95% 31.5-41.1]. Las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características socio-demográficas

n (%) [IC95%]	
EDAD	
40 - 44 años	138 (19.9%) [17,0 -23,1]
45 - 49 años	123 (17.7%) [15,0-20,8]
50 - 54 años	198 (28.6%) [25,3-32,1]
55 - 59 años	234 (33.8%) [30,3-37,4]
ESTADO CIVIL	
Unión libre	482 (69.6%) [66,0-72,9]
Casadas	109 (15.7%) [13,1-18,7]

Continúa...

Separadas	40 (5.8%) [4,2-7,8]
Viudas	25 (3.6%) [2,4-5,4]
Solteras	37 (5.3%) [3,8-7,4]
ESCOLARIDAD	
Ninguna	156 (22.5%) [19,5-25,8]
1 - 5 años	308 (44.4%) [40,7-48,2]
6 - 10 años	65 (9.4%) [7,4-11,9]
11 - 15 años	127 (18.3%) [15,6-21,5]
>16 años	37 (5.4%) [3,8-7,4]
PARIDAD	
Ningún hijo	14 (2.0%) [1,2-3,5]
1 - 3 hijos	260 (37.5%) [33,9-41,3]
4 - 5 hijos	258 (37.2%) [33,6-41,0]
6 y más hijos	161 (23.2%) [20,2-26,6]
HABITO DE FUMAR	
Nunca	497 (71.7%) [68,2-75,0]
Anteriormente	171 (24.7%) [21,5-28,1]
Actualmente	25 (3.6%) [2,4-5,4]
EDAD DE ULTIMA REGLA (POSTMENOPÁUSICAS)	
Igual o antes de los 40 años	8 (2.0%) [0,9-4,1]
41-45 años	30 (7.5%) [5,2-10,7]
46-50 años	211 (53.0%) [48,0-58,0]
Igual o después de los 51 años	149 (37.4%) [32,7-42,4]
AÑOS DESDE LA ULTIMA REGLA (POSTMENOPÁUSICAS)	
1 - 5 años	254 (63.8%) [58,9-68,5]
6 - 10 años	121 (30.4%) [26,0-35,2]
11 y más años	23 (5.8%) [3,8-8,7]
USO EN ALGUNA OCASIÓN DE TERAPIA HORMONAL	
Si	96 (13.9%) [11,4-16,7]
No	597 (86.1%) [83,3-88,6]

Fuente: Datos tabulados por los autores.

Al considerar toda la población, las molestias musculo/articulares (1.6 ± 1.2) y los problemas de vejiga (1.5 ± 1.2) obtuvieron la mayor puntuación promedio. La menor puntuación observada: estado de ánimo depresivo, ansiedad y trastorno del sueño, 0.3 ± 0.6 , 0.4 ± 0.6 y 0.4 ± 0.7 respectivamente. En mujeres en premenopausia: la mayor puntuación estuvo en molestias músculo-articulares, 1.1 ± 0.9 , y cansancio físico y mental, 1.1 ± 0.8 ; se obtuvo menor puntuación en estado de ánimo depresivo y ansiedad, con 0.2 ± 0.4 cada uno. En mujeres en posmenopausia: la mayor puntuación fue problemas de vejiga (2.1 ± 1.2) y molestias músculo-articulares (2.0 ± 1.3). Las más bajas fueron: estado de ánimo depresivo (0.4 ± 0.7), ansiedad y trastornos del sueño, con igual puntuación, 0.5 ± 0.7 (ver tabla 2).

La prevalencia de los síntomas es diferente cuando se consideraron los grados de severidad (ver tabla 3). El 14.0% [IC95: 11.5-16.9] estaba libre de oleadas de calor, el 35.9% [IC95: 32.4-39.6] no tenía problemas sexuales y el 61.8% [IC95: 58.0-65.4] no tenía trastornos del sueño. La manifestación leve más frecuentemente señalada fue: irritabilidad, en el 59.9% [IC95: 56.1-63.5]. Las más prevalentes de forma moderada fueron: oleadas de calor, problemas sexuales, cansancio físico y mental, 48.4% [IC95: 44.6-52.1], 43.6% [IC95: 39.9-47.4], 36.8% [IC95: 33.2-40.5] respectivamente. Las dos manifestaciones severas + muy severas que tuvieron mayor prevalencia fueron: problemas de vejiga, en el 37.1% [IC95: 33.5-40.8], y molestias músculo-articulares, en el 23.4% [IC95: 20.3-26.7].

Tabla 2. Puntuación promedio y desviación estándar Menopause Rating Scale

SINTOMAS MENOPÁUSICOS	TODAS	PREMENOPAUSIA	POSTMENOPAUSIA	VALOR DE p
	n=693	n= 295	n=398	
	X ± DE	X ± DE (*)	X ± DE (*)	
Oleadas de Calor	1.3 ± 0.7	0.9 ± 0.6	1.6 ± 0.6	<0,001*
Molestias cardíacas	0.5 ± 0.6	0.4 ± 0.5	0.6 ± 0.7	0,017*
Trastornos del sueño	0.4 ± 0.7	0.3 ± 0.6	0.5 ± 0.7	<0,001*
Estados de ánimo depresivo	0.3 ± 0.6	0.2 ± 0.4	0.4 ± 0.7	<0,001*
Irritabilidad	0.7 ± 0.6	0.6 ± 0.5	0.8 ± 0.6	<0,001*
Ansiedad	0.4 ± 0.6	0.2 ± 0.4	0.5 ± 0.7	<0,001*
Cansancio físico - mental	1.1 ± 0.8	1.1 ± 0.8	1.1 ± 0.8	0,690*
Problemas sexuales	1.0 ± 0.9	0.6 ± 0.7	1.4 ± 0.8	<0,001*
Problemas de Vejiga	1.5 ± 1.2	0.7 ± 0.9	2.1 ± 1.2	<0,001*
Sequedad vaginal	1.1 ± 1.0	0.8 ± 1.0	1.3 ± 0.9	<0,001*
Molestias Musculo - Articulares	1.6 ± 1.2	1.1 ± 0.9	2.0 ± 1.3	<0,001*

*Prueba U de Mann-Whitney. El Test de Bartlett no reportó homogeneidad.

Fuente: Datos tabulados por los autores.

Tabla 3. Puntuación del grado de severidad de cada uno de los síntomas prevalencia absoluta y porcentual n = 693

SINTOMAS MENOPAUSICOS	Ausentes n (%)	Leves n (%)	Moderados n (%)	Severos + Muy Severos n (%)
Oleadas de calor	97 (14.0)	253 (36.5)	335 (48.4)	8 (1.2)
Molestias cardiacas	358 (51.7)	281 (40.5)	51 (7.4)	3 (0.4)
Trastornos del sueño	428 (61.8)	206 (29.7)	47 (6.8)	12 (1.7)
Estados de ánimo depresivo	531 (76.6)	108 (15.6)	51 (7.4)	3 (0.4)
Irritabilidad	220 (31.7)	415 (59.9)	54 (7.8)	4 (0.6)
Ansiedad	457 (66.0)	184 (26.5)	49 (7.1)	3 (0.4)
Cansancio físico - mental	181 (26.1)	244 (35.2)	255 (36.8)	13 (1.9)
Problemas sexuales	249 (35.9)	136 (19.6)	302 (43.6)	6 (0.9)
Problemas de vejiga	238 (34.3)	103 (14.9)	95 (13.7)	257 (37.1)
Sequedad vaginal	255 (36.8)	130 (18.7)	254 (36.7)	54 (7.8)
Molestias músculo-articulares	96 (13.9)	310 (44.7)	125 (18.0)	162 (23.4)

Fuente: Datos tabulados por los autores.

La prevalencia de todos los síntomas menopáusicos, sin discriminar por grados de severidad, se incrementaron significativamente desde la premenopausia a la posmenopausia ($p < 0.05$), con excepción de cansancio físico-mental ($p = 0.68$); aunque la prevalencia de dicha manifestación es alta, 65.8% [IC95: 60,0-71,2] antes de la finalización de las menstruaciones. La manifestación más prevalente en premenopáusicas, con cualquier grado de severidad fue molestias músculo-articulares, 77.6% [IC95: 72,4-82,3], y la menos prevalente el estado de ánimo depresivo, 16.9% [IC95: 12,8-21,7].

Entre las mujeres posmenopáusicas, con cualquier grado de severidad, la manifestación más presente fue oleadas de calor, 94.2% [IC95: 91,3-96,2], y la menos, estado de ánimo depresivo, 28.1% [IC95: 23,8-32,9]. Las manifestaciones severas + muy severas antes de la menopausia que se incrementaron significativamente después de la menopau-

sia fueron problemas de vejiga, dolencias músculo-articulares, sequedad vaginal y cansancio físico-mental ($p < 0.005$). Las manifestaciones severa + muy severa más prevalentes en las premenopausia, con igual porcentaje, fueron la sequedad vaginal y las molestias músculo-articulares, 10.8% [IC95: 17.5-15.0] cada una. En la posmenopausia fue el problemas de vejiga, 60.3% [IC95: 55.3-65.1] (ver tabla 4).

Se presenta deterioro significativo de todos los dominios y de la calidad de vida con el paso desde la pre menopausia hasta la posmenopausia ($p < 0.0001$). El dominio más deteriorado en la premenopausia es el somato-vegetativo, 2.9 ± 1.6 , aunque la puntuación del dominio urogenital también es alta: 2.2 ± 2.4 . El dominio urogenital es el más deteriorado en la posmenopausia, 5.5 ± 3.0 . Al considerar por grupos según años de posmenopausia, todos los dominios variaron significativamente ($p < 0.0001$) (ver tabla 5).

Tabla 4. Presencia de manifestaciones menopáusicas distribución según estado menopáusico valores absolutos y porcentuales

SINTOMAS	PRESENCIA EN CUALQUIER GRADO DE SEVERIDAD			PRESENCIA EN GRADOS SEVEROS + MUY SEVEROS		
	Premenopausia n=295 n (%)	Posmenopausia n=398 n (%)	Valor de P *	Premenopausia n=295 n (%)	Posmenopausia n=398 n (%)	Valor de P*
Oleadas de calor	221 (74.9)	375 (94.2)	<0,0001	3 (1.0)	5 (1.3)	0,7707
Molestias cardiacas	131 (44.4)	204 (51.3)	0,0166	0 (0.0)	3 (0.8)	0,1353
Trastornos del sueño	89 (30.2)	176 (44.2)	0,0001	5 (1.7)	7 (1.8)	0,9492
Estados de ánimo depresivo	50 (16.9)	112 (28.1)	0,0002	1 (0.3)	2 (0.6)	0,746
Irritabilidad	170 (57.6)	303 (76.1)	<0,0001	2 (0.7)	2 (0.6)	0,7632
Ansiedad	67 (22.7)	169 (42.5)	<0,0001	0 (0.0)	3 (0.8)	0,1353
Cansancio físico – mental	194 (65.8)	318 (79.9)	0,6899	1 (0.3)	12(3.1)	0,0103
Problemas sexuales	141 (47.8)	303 (76.1)	<0,0001	1 (0.3)	5 (1.3)	0,1978
Problemas de vejiga	134 (45.4)	321 (80.6)	<0,0001	17 (5.8)	240 (60.4)	<0,0001
Sequedad vaginal	142 (48.1)	296 (74.3)	<0,0001	32 (10.8)	22 (5.6)	0,0098
Molestias musculoesqueléticas	229 (77.6)	368 (92.4)	<0,0001	32 (10.8)	130 (32.7%)	<0,0001

*Método de Kruskal-Wallis. El Test de Bartlett no reportó homogeneidad.

Fuente: Datos tabulados por los autores.

Tabla 5. Dimensiones y calidad de vida distribución por estado menopáusico y años de postmenopausia puntuación promedio desviación estándar

	SOMÁTICO-VEGETATIVO X±SD	PSICOLÓGICO X±SD	UROGENITAL X±SD	PUNTUACIÓN TOTAL X±SD
Toda la población n=693	4.0 ± 2.0	2.6 ± 1.7	3.7 ± 2.8	10.5 ± 5.2
Premenopáusicas n=295	2.9 ± 1.6	2.1 ± 1.6	2.2 ± 2.4	7.4 ± 4.5
Posmenopáusicas n=398	4.9 ± 1.8	2.2 ± 2.4	5.5 ± 3.0	13.5 ± 4.7
Valor de p*	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001
Posmenopausia temprana (1-5 años) n=254	4.8± 1.7	5.4 ± 1.9	6.1 ± 2.7	13.9 ± 4.1
Posmenopausia tardía (>6 años) n=144	4.9 ± 1.9	3.1 ± 2.0	4.6 ± 3.2	12.6 ± 5.5
Valor de p*	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

*Método de Kruskal-Wallis. El Test de Bartlett no reportó homogeneidad.

Fuente: Datos tabulados por los Autores.

Considerando a toda la población, tienen deterioro severo de la dimensión somato-vegetativa el 5.2% [IC95: 3,7-7,2], de la dimensión psicológica el 5.8% [IC95: 4,2-7,8] y de la urogenital el 57.6% [IC95: 53,8-61,3].

Tenían mala calidad de vida el 32.2% de las mujeres involucradas, el 5% de las premenopáusicas y el 52.0% de las posmenopáusicas (tabla 6).

Tabla 6. Valoración de la calidad de vida. Distribución según estado menopáusico

ESTADO	CALIDAD DE VIDA	n (%) [IC 95%]
PREMENOPÁUSICAS	Buena Calidad de Vida*	279 (94.6) [91.3-96.9]
	Mala Calidad de Vida**	16 (5.4) [3.1-8.7]
POSMENOPÁUSICAS	Buena Calidad de Vida*	191 (48.0) [43.0-53.0]
	Mala Calidad de Vida**	207 (52.0) [47.0-57.0]
AMBOS	Buena Calidad de Vida*	470 (67.8) [64.2-71.3]
	Mala Calidad de Vida**	223 (32.2) [28.7-35.8]

*Puntuación total de MRS menor o igual a 16.

** Puntuación total de MRS mayor a 16.

Fuente: Datos tabulados por los autores.

El 5.8% de 23 mujeres tenían once o más años de posmenopausia, edad promedio: 58.2 ± 0.9 y edad promedio de última regla: 45.7 ± 2.0 . Puntuación del dominio somato-vegetativo: 5.4 ± 1.9 , psicológico: 3.1 ± 1.7 , urogenital: 6.3 ± 2.4 y puntuación total: 15.0 ± 3.7 . El síntoma más prevalente fueron las

oleadas de calor 95.7% [IC95: 78,1-99.9], menos prevalentes, las molestias cardíacas, 34% [IC95: 16.4-57,3] y el síntoma severo + muy severo más prevalente: problemas de vejiga 69.6% [IC95: 47.1-86.8].

DISCUSIÓN

Una tercera parte de las indígenas estudiadas presentaban mala calidad de vida, fundamentalmente a consecuencia del deterioro de la dimensión urogenital y de la presencia de problemas de vejiga severos. La mitad de las posmenopáusicas también tenían mala calidad de vida, detrimento urogenital y más del 60% manifestaron problemas de vejiga severos. Estos resultados, en los que son muy evidentes las alteraciones y manifestaciones del tracto genitourinario, son similares a los obtenidos en otras comunidades indígenas colombianas, donde se observó deterioro severo de la dimensión urogenital en el 57.1% de indígenas amazónicas y en el 42.4% de indígenas wayúu (12).

Diferentes autores (7,13,14) señalan que las mujeres indígenas latinoamericanas tienen manifestaciones de deterioro urogenital por encima del deterioro somato-vegetativo y psicológico. Castelo-Branco (13) en mujeres movimas (Bolivia) observó pérdida de la libido en la mitad de las mujeres y el 48% lo calificó como severo. Además, el 40.8% tenía prurito vaginal, considerado como severo por el 29%, y otro 40% manifestó que presentaba dispareunia. Monterrosa et al. (14) al comparar tres etnias colombianas (afrodescendientes, hispanas e indígenas) encuentra que las indígenas presentaron mayor tasa de síntomas urogenitales que las hispanas y las afrodescendientes (92.2% vs. 12.4% y 15.3% respectivamente, $p < 0,0001$).

Así mismo, Ojeda et al. (7) compararon los síntomas en indígenas quechuas del Perú con otro grupo de zenúes de Colombia y señalan que ambas poblaciones tienen elevados puntajes de severidad en la dimensión urogenital: 95.1% quechuas y 92.3% zenúes.

En general, las modificaciones en la función del tracto urinario bajo después de la menopausia pueden ser explicadas por la combinación de cambios relacionados con la edad y la pérdida de estrógeno (15-17). El envejecimiento conlleva atrofia gradual de la piel y de la superficie de la mucosa, disminución del volumen del músculo esquelético, caída del tono muscular y degeneración nerviosa, todo ello afecta potencialmente el tracto urinario bajo (15). Histológicamente, la edad está relacionada con incremento en la fibrosis en el cuello vesical, reducción de las fibras musculares en el esfínter uretral y piso pélvico (16).

El tracto urinario bajo, la vulva y la cavidad vaginal son ricos en receptores de estrógeno y progesterona (17); por ello la deficiencia de estrógenos después de la menopausia lleva a una atrofia progresiva del tejido, tornándose delgada la mucosa vaginal y uretral, produciéndose debilitamiento de los tejidos de soporte y de los ligamentos, generando potencialmente disfunción vesical y urinaria (18). De igual forma, se genera pérdida de la vascularización de la mucosa vaginal, modificaciones bioquímicas, cambios en la flora, manifestándose clínicamente por la presencia de sequedad vaginal, prurito, flujo fétido, ardor y dispareunia (15). Muchas mujeres presentan los primeros síntomas de deficiencia estrogénica a nivel urogenital, cerca o poco tiempo después de la menopausia. El hipoestrogenismo genera cambios en muchos órganos y sistemas, en-

tre ellos, la vejiga, el tracto urinario bajo y los genitales externos e internos (17).

Otros factores de diferente índole, biológico y/o sociocultural, deben hacer presencia en las mujeres indígenas latinoamericanas para explicar la elevada prevalencia del deterioro urogenital, el factor que más influye en la pérdida de la calidad de vida. La edad temprana de menopausia ha sido señalada como principal condicionante. No obstante, se ha encontrado en este estudio que la edad promedio de menopausia en indígenas zenúes colombianas es: 49.4 ± 3.0 años; en otros estudios se ha señalado que entre indígenas de asentamientos amazónicos al sur de Colombia es: 46.4 ± 3.3 ; para indígenas de la etnia wayúu, en la Costa Caribe colombiana, es: 47.8 ± 3.5 años (12); para movimas, de Bolivia: 42.3 ± 6.17 años (13); para mayas q'eqchi de Guatemala: 46 ± 2.8 años (19), y para quechuas del Perú 45.5 ± 3.0 años (7). Estos grupos indígenas con edad promedio de menopausia diferente, que residen ancestralmente a distintos niveles sobre el mar, que han tenido diferentes influencias del modernismo, que conservan en diferentes grados sus patrones de vida personal y comunitaria, tienen en común que presentan un fuerte y precoz compromiso de su dimensión urogenital, con síntomas, quejas, manifestaciones y patologías que se instalan o inician desde edades muy tempranas de premenopausia y se incrementan sensiblemente en la posmenopausia. Entre las zenúes estudiadas: la sequedad vaginal, que estaba presente en el 48.1% de las premenopáusicas, pasó a estar en el 74.3% de las posmenopáusicas. Igualmente se incrementaron los problemas de vejiga (del 45.5% cambiaron al 80.6%) y los problemas sexuales (del 47.8% pasaron al 76.1%). Los problemas severos de vejiga en las mujeres

indígenas zenúes se incrementaron doce veces al pasar de la premenopausia a la posmenopausia. No se precisa, por las características de la escala utilizada (8-10), las entidades nosológicas que causan los problemas de vejiga en las indígenas estudiadas; no se puede señalar explícitamente la magnitud de la incontinencia urinaria y de las otras sintomatologías al orinar.

Es difícil separar la influencia individual de la edad y de la menopausia en el desarrollo de incontinencia urinaria. El impacto de la menopausia *per se* en los síntomas urinarios es controversial. Losif y col. (20) estudiaron 2200 mujeres de 61 años, y encontraron que el 70% de las que presentaban incontinencia urinaria relacionaban la aparición de los síntomas urinarios con la menopausia. Sin embargo, Barlow y col. (21) encontraron que cerca del 50% de mujeres entre 55-85 años habían tenido síntomas urinarios, y la mayoría no relacionó su inicio con la menopausia. Por otra parte, Mladenovic y col. (22), en un estudio de casos y controles en mujeres con incontinencia urinaria y en mujeres sin dicho síntoma, con el fin de evaluar las dificultades urinarias y el impacto sobre la calidad de vida, encontraron relación significativa para la edad ($r=0.614$; $p<0.01$), índice de masa corporal ($r=0.357$; $p<0.01$) y menopausia ($r=0.572$; $p<0.01$).

Los problemas urogenitales afectan adversamente la calidad de vida de las mujeres. En un estudio (22) se precisa que entre mujeres con incontinencia urinaria, el 50% reporta deterioro en la capacidad para realizar sus actividades domésticas, el 59% evita las actividades sociales, el 70% se sienten incapacitadas para viajar más de treinta minutos en carro o bus, el 88% evita las actividades deportivas, el 45% consideran

deteriorada su salud emocional y el 34% se sienten frustradas.

Los síntomas urinarios interfieren con el desempeño de las actividades diarias, sociales y reducen significativamente la calidad de vida de las mujeres. Las anotaciones y datos previos permiten aseverar que las alteraciones urogenitales son más prevalentes entre mujeres climatóricas indígenas latinoamericanas que entre mujeres climatóricas de otras razas. Por lo menos en las indígenas zenúes, el deterioro urogenital sigue afectando severamente a estas mujeres incluso luego de transcurridos más de once años desde la última menstruación.

La edad temprana de menopausia, evidente en algunos grupos étnicos amerindios, parecería no ser una importante explicación para el mayor deterioro urogenital, los problemas de vejiga, sequedad vaginal y problemas sexuales severos, que son los que impactan directamente en forma negativa sobre la calidad de vida de estos conglomerados étnicos.

Se plantea la hipótesis de la existencia de genes amerindios que predispongan a cambios urogenitales precoces y severos, al iniciarse y acentuarse las modificaciones en la disponibilidad de los estrógenos. Ello contribuiría a la elevada prevalencia de mala calidad de vida secundaria al deterioro de la dimensión urogenital, a los problemas de vejiga, sequedad vaginal y al deterioro de la salud sexual. En este estudio, la sequedad vaginal fue la cuarta manifestación más prevalente en toda la población y más del 40% la presentaban en grados moderados, severos o muy severos. En un estudio multiétnico realizado en Estados Unidos (23) en mujeres de 40-55 años de edad encontraron

que las mujeres latinoamericanas, que en general deben tener presencia significativa de genes amerindios, presentaban elevada prevalencia de sequedad vaginal y también incontinencia urinaria, a diferencia de la observada en blancas caucásicas, chinas, japonesas y afroamericanas. El 64% de las indígenas colombianas zenúes estudiadas tenían sequedad vaginal, mientras que en otro estudio Monterrosa (2) encontró que la sequedad vaginal solamente estaba presente en el 19% de las mujeres afrocolombianas de igual rango etario. Las mujeres afrodescendientes también tienen menor deterioro urogenital, menos problemas de vejiga y menos problemas sexuales (2) que las indígenas estudiadas y que otras comunidades indígenas colombianas (12). El comportamiento es igual para la presencia de las manifestaciones, así como para la presencia de manifestaciones severas.

La población estudiada, globalmente o distribuida según estado menopáusico, tiene elevada prevalencia de problemas sexuales. Ello ha sido señalado en estudios realizados en otras comunidades indígenas de colombianas (12,14). Las indígenas movimas tienen como principal síntoma menopáusico disfunción sexual (13). En un estudio de disfunción sexual en población latinoamericana a gran escala (24) se observó que las mujeres de ciudades cuyas poblaciones tienen elevado porcentaje de autosomas indígenas, más del 80% de las mujeres de 40 - 59 años, evaluadas con Índice de Función Sexual Femenina de 19 preguntas, presentaron disfunción sexual, y el principal factor de riesgo para esa disfunción es la presencia de sequedad vaginal.

La disminución de los estrógenos parece ser causa que contribuye al deterioro urogenital (15,17); otros factores de tipo cultural y

social como: creencias, estilos de vida, papel de la mujer en la pareja y la sociedad, deben ser estudiados. No hay datos acerca del papel que puede jugar la nutrición, la actividad física, el concepto de sexualidad, el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas en el deterioro de la dimensión urogenital en poblaciones indígenas latinoamericanas.

Si bien en las zenúes en climaterio, en las posmenopáusicas, y en especial en las posmenopáusicas temprana, el deterioro en la dimensión urogenital es la característica principal, y la observada en otras indígenas latinoamericanas (12-14,23), también es importante la presencia de síntomas somatovegetativos, sobre todo las molestias músculo-articulares y las oleadas de calor, que están presentes en el 86% de las mujeres. Las oleadas de calor severas solo están referidas por el 1% y los dolores músculo-articulares severos por el 23%, los cuales son menores a los encontrados en etnias afrodescendientes e incluso en mestizas (14). El factor étnico juega un importante papel en la prevalencia de las distintas manifestaciones que hacen parte de la sintomatología climatérica.

Las indígenas zenúes tuvieron puntuación total del MRS de 10.5 ± 5.2 , similar a la obtenida en afrocolombianas (2): 10.6 ± 6.3 , pero mientras que en las primeras el factor que más influye en la puntuación es el deterioro urogenital, en las segundas es el fenómeno vasomotor. La puntuación total de MRS en las zenúes en comparación con otras poblaciones (8) es similar a la referida para latinoamericanas (10.4 ± 8.8), superior a la de norteamericanas (9.1 ± 7.8), europeas (8.8 ± 7.1) y asiáticas (7.2 ± 6.0). Mientras las zenúes tienen una puntuación de 3.7 ± 2.8 en la dimensión urogenital, en el mismo estudio (8) las latinoamericanas tienen 1.4 ± 2.2 , las norteamericanas

canas 2.0 ± 2.3 , las europeas 1.9 ± 2.2 y las asiáticas 1.0 ± 1.6 en el mismo dominio, lo cual contribuye a señalar que existen diferencias en la prevalencia y severidad de las manifestaciones climatéricas, aunque la menopausia sea un evento universal. Se debe realizar investigaciones para identificar todos los factores biológicos –incluidos los genéticos– y los sociales que pudiesen estar involucrados, para tomar medidas desde el punto de vista preventivo.

Contribuir a precisar que los problemas urogenitales, especialmente los problemas de vejiga, son los que influyen directamente en el deterioro de la calidad de vida de las mujeres indígenas latinoamericanas valoradas es el principal aporte del estudio. Tiene como limitantes las inherentes a los estudios transversales, por la forma de involucrar a las mujeres puede existir la posibilidad de sesgo de selección y existe la duda si las mujeres estudiadas son realmente representativas de las mujeres en climaterio de dicha etnia y si los resultados pudiesen extrapolarse a otras comunidades de indígenas colombianos y latinoamericanos. MRS mide la presencia global de problemas vesicales y no explora sobre patologías específicas. Debe estudiarse si estas mujeres tienen realmente incontinencia urinaria y cuáles son los eventos implicados. Se necesitan estudios longitudinales con muestras representativas de las diversas etnias indígenas y estudios básicos sobre el genoma para probar la hipótesis planteada.

Las comunidades indígenas autóctonas en Latinoamérica en general, y especialmente sus mujeres, son individuos de bajos recursos socioeconómicos, con pocas oportunidades sociales, en algunos países discriminadas y consideradas minorías étnicas, casi siempre en desventajas desde el punto de

vista de la justicia social. En ellas también deben realizarse programas de promoción y prevención, así como la puesta en marcha de acciones diagnósticas y terapéuticas para las manifestaciones o quejas que se hacen prevalentes en el climaterio. Las guías de atención a mujeres en menopausia y climaterio deben tomar en consideración que los síntomas, el deterioro en aparatos y sistemas, así como la pérdida de la calidad de vida, es diferente según etnias/razas.

CONCLUSIONES

Este y otros estudios del proyecto CAVIMEC (7,12,14) han puntualizado que las indígenas colombianas y peruanas en posmenopausia tienen elevada presencia de síntomas urogenitales severos. Ellos son el principal factor que influye en el deterioro de la calidad de vida que experimentan estas mujeres. Más de la mitad de las mujeres zenúes en posmenopausia tienen mala calidad de vida. Se recomiendan programas de atención primaria, para aplicar desde años antes de la edad media de menopausia, e identificar tempranamente las entidades y realizar las acciones terapéuticas específicas.

Agradecimientos: A Claudio Naranjo de la Cruz, estudiante de Medicina de la Universidad de Cartagena, y al Sr. Carlos Montaña Ruiz, quienes participaron en el proceso de selección de las encuestadoras y supervisaron en la comunidad la aplicación de los formularios.

Financiación: Parte de la investigación ha sido financiada por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena (Colombia). Convocatoria interna de proyectos de investigación de grupos categorizados por Colciencias (2010-2011).

Conflicto de interés: Ninguno que declarar.

REFERENCIAS

- (1) McKinlay SM, Brambilla PJ, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas* 1992; 14:103-115.
- (2) Monterrosa A, Blumel, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2008; 5: 182-190.
- (3) Freeman E, Sheriff K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric* 2007; 10:197-214.
- (4) Alder S, Fosket, Kagawa-Singer M, McGraw S, Wong-Kin E, Gold E et al. Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese women in the US. *Maturitas* 2000; 30:11-23.
- (5) Andrist L, MacPherson K. Conceptual models for women's health research: Reclaiming menopause as an exemplar of nursing's contributions to feminist scholarship. *Annual Review of Nursing Research* 2001; 19:29-60.
- (6) Eun-Ok Im. Ethnic differences in symptoms experienced during the menopausal transition. *Health Care Women Int* 2009; 30: 339-355.
- (7) Ojeda E, Monterrosa A, Blümel J, Ecobar-López J, Chedraui P. Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric* 2011; 14: 157- 163.
- (8) Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LA et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. *Health and Quality of life Outcomes* 2004; 2:45.
- (9) Schneider HPG, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The menopause Rating Scale (MRS): *Reliability of scores of menopausal complaints*. *Climacteric* 2000; 3:59-64.
- (10) Schneider HPG, Rosemeier HP, Schnitker, Gerbsch S, Turck R. Application and factors analysis of the menopause rating scale (MRS) in a post-marketing surveillance study of Climene. *Maturitas* 2000; 37:113-124.
- (11) Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Climacteric* 2001; 4: 267-272.
- (12) Monterrosa A. Prevalencia de sintomatología urogenital en mujeres indígenas colombianas en posmenopausia. Paternina A, Marquez J, Romero I. (In-prensa).
- (13) Castelo-Branco C, Palacios S, Mostajo D, Tobar C, Helde S. Menopausal transition in Movima women, a Bolivian native-American. *Maturitas* 2005; 51:380- 385.
- (14) Monterrosa A, Blumel E, Chedraui P, Gómez B, Valdez C. Quality of life impairment among postmenopausal women varies according to race. *Gynecological Endocrinology* 2009; 25:491-497.
- (15) Hilard T. The postmenopausal bladder. *Menopause international* 2010; 16:74-80.
- (16) Perrucchini D, DeLancey JO, Patane L et al. The number and diameter of striated muscle fibers in the female urethra. *Neurol Urodyn* 1997; 16: 405-406.
- (17) Blakeman PJ, Hilton P, Bulmer JN. Oestrogen and progesterin receptor expression in the female lower urinary tract, with reference to oestrogen status. *BJU Int* 2000; 86:32-38.
- (18) Gebhardt J, Richard D, Barrett T. Expression of estrogen receptor isoforms alpha and beta Messenger RNA in vaginal tissue of premenopausal and postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1325-1230.
- (19) Michel J, Veliz M, Soejarto D, Caceres A, Mahady G. Symptoms, attitudes, and treatment choices surrounding menopause among the Q'eqchi Maya of Livingston, Guatemala. *Soc Sci Med* 2006; 62:732-742.

- (20) Iosif CS, Bekassey Z. Prevalence of genitourinary symptoms in the late menopause. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; 63:257-260.
- (21) Barlow DH, Cardozo LD, Francis RM et al. Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British women. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104:87-91.
- (22) Mladenovic L, Segedi D, Parezanoci K. Quality of life in women with urinary incontinence. *Medicinski Glasnik* 2011; 8:237- 242.
- (23) Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/Ethnic populations of women 40-55 years of age. *Am J. Epidemiol* 2000; 152: 463 - 473.
- (24) Blumel JE, Chedraui P, Baron G et al Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause* 2009; 6: 1139 -1148.