



## Reemplazo hormonal en la menopausia

# Los síntomas en la menopausia

Thelma Canto de Cetina\*

\* Universidad Autónoma de Yucatán.

No hay duda de que los síntomas en la menopausia constituyen un importante problema para las mujeres maduras, pero aún no hay criterios uniformes para considerar cuáles son propios de ella o bien resultan del envejecimiento, el deterioro de la salud, factores psicosociales o del estilo de vida. Algunos autores consideran que los únicos síntomas verdaderamente propios de la menopausia son los vasomotores y los relacionados con la vaginitis atrófica, pues son los únicos síntomas asociados directamente con la ooforectomía que presentan alivio con estrógenos.

Los síntomas se clasifican en *físicos* como los bochornos, *psicológicos* como los cambios de humor o *mixtos* como las alteraciones cardiovasculares;<sup>1</sup> también se han clasificado en *típicos* y *atípicos*:<sup>2</sup> el primer grupo incluye síntomas vasomotores (bochornos, sudoración nocturna y disturbios del sueño) y el segundo a los síntomas asociados tanto a la menopausia como a los cambios propios de la edad como los dolores de cabeza, de espalda y articulares, la piel seca y la disminución de la concentración.<sup>3,4</sup>

Llama la atención la variada prevalencia de los síntomas reportados en diversos grupos de mujeres y no queda claro si ello se debe a la diferente etnia y medio socio-cultural, a la falta de uniformidad de los instrumentos aplicados para conocer los síntomas o a falta de un criterio uniforme para definir el "status menopáusico" y así definir la etapa del estudio.

Varios estudios longitudinales, han buscado identificar los síntomas y su prevalencia en las distintas etapas. Recientemente surgió la clasificación del grupo STRAW (Staging Reproductive Aging Workshop<sup>5</sup> que incluye: 1) La **premenopausia** de la cual, la fase reproductiva tardía muestra cambios mínimos en la longitud del ciclo menstrual; 2) La **perimenopausia** incluye uno a dos años previos al último sangrado, en la que hay más irregularidades menstruales y que incluye un año después del último sangrado. 3) La **postmenopausia** inicia un año después

del último sangrado menstrual hasta el final de la vida de la mujer. Sobrepuesto con la perimenopausia está la llamada **transición a la menopausia**, concepto originariamente aplicado a los cambios hormonales que ocurren antes de la última menstruación y que termina con el último sangrado.

Uno de los estudios que fundamentaron esta clasificación, de Dennerstein y cols,<sup>6</sup> incluyó 172 mujeres australianas del Women's Midlife Health Project, que ingresaron siendo premenopáusicas y al final del séptimo año habían avanzado a la perimenopausia o la postmenopausia. El status menopáusico se asignó de la siguiente manera: Premenopausia a las mujeres sin cambios en la frecuencia menstrual; perimenopausia temprana si cambió la frecuencia de los ciclos, pero que han tenido menstruación en 3 meses; perimenopausia tardía con 3 a 11 meses de amenorrea y postmenopausia si había al menos 12 meses de amenorrea. Los autores concluyeron que los síntomas relacionados específicamente con los cambios hormonales de la transición menopáusica son los vasomotores, la sequedad vaginal y la mastalgia y de la perimenopausia temprana a la tardía aumentaron significativamente los dos primeros con disminución de la mastalgia.

Estudios previos habían reportado aumento significativo de síntomas vasomotores en la perimenopausia tardía hasta varios años después<sup>7</sup> enfatizando incluir como síntomas de la menopausia la mastalgia y la sequedad vaginal; además consideran que el estradiol es predictor de los síntomas vasomotores, lo que no se encontró para los síntomas vaginales.

Un estudio multiétnico, el Study of Woman's Health Across the Nation (SWAN)<sup>8,9</sup> analizó los síntomas de mujeres de 40-55 años caucásicas, afroamericanas, chinas, japonesas e hispanicas residentes en EUA y también encontraron que los síntomas vasomotores son independientes de los psicológicos sin importar del origen étnico de la mujeres. Además, todos los síntomas eran más prevalen-

tes en la perimenopausia temprana, que en la premenopausia, los autores utilizaron la clasificación "status menopáusico" similar a la de Dennerstein y col.<sup>6</sup> La frecuencia de síntomas vasomotores (bochornos/sudoraciones nocturnas) aumentó al progresar las etapas de la menopausia, en la premenopausia (21%), en la perimenopausia temprana (38%) en la tardía (55%); además solamente progresaron de manera similar la sequedad vaginal (de 13 a 16%), pero disminuyó la irritabilidad (58 a 52%) aunque la magnitud del cambio no fue mayor a la de los bochornos o sudores nocturnos.

En este estudio se encontraron diferencias en los síntomas según el origen étnico (aunque las mujeres vivan en el mismo país). Las afroamericanas, chinas, japonesas e hispánicas reportaron menos síntomas que las caucásicas, pero las primeras presentaron más síntomas vasomotores. Las mujeres de origen hispano tenían más depresión, tensión, nerviosismo y tendencia a olvidar, en tanto que las de ascendencia europea tenían más irritabilidad. En la perimenopausia tardía, las mujeres chinas y las hispanas tenían más sequedad vaginal, en tanto que las de origen caucásico reportaron más irritabilidad.<sup>9</sup>

Fugate y col.<sup>10</sup> analizaron las evidencias publicadas en estudios longitudinales sobre los síntomas a lo largo de la transición a la menopausia en mujeres de varios países utilizando la clasificación del grupo STRAW<sup>5</sup> y encontraron que solamente los síntomas vasomotores, la sequedad vaginal y las alteraciones del sueño varían en prevalencia a lo largo de la transición a la menopausia.

A diferencia de las mujeres caucásicas, se sugiere que en las no occidentales hay diferencias culturales en los síntomas menopáusicos, ya que no predominan las alteraciones vasomotoras (62.7%) sino los dolores de espalda, musculares en hombros y articulares (86.3%),<sup>2,11-14</sup> como lo mostró el estudio multinacional The Pan-Asia Menopause (PAM) Study (prospectivo, aleatorizado, doble ciego, multinacional efectuado en China, Hong Kong, Indonesia, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Singapur, Taiwán, Tailandia y Vietnam en 1,028 mujeres postmenopáusicas representando 9 grupos étnicos). También se encontró alta prevalencia de síntomas psicológicos tanto típicos como atípicos: disminución de la memoria (80.5%), nerviosismo/irritabilidad (71%), insomnio (68.7%), malestar (66.4%) y cambios de humor (64.7%).<sup>15</sup>

En Taiwan también se ha reportado menor frecuencia de síntomas vasomotores que en las mujeres occidentales, en tanto que son más frecuentes el dolor de espalda inferior. Se ha especulado que el clima cálido de Taiwan reduce la sensibilidad de la termorregulación.<sup>15-17</sup> En Malasia también se reporta mayor frecuencia de síntomas atípicos como cansancio (79.1%), disminución de concentración (77.5%), dolores músculo-esquelético (70.6%) y de espalda (67.7%).<sup>18</sup> Pocas mujeres hindúes reportan

problemas excepto irregularidades menstruales;<sup>19</sup> las japonesas comparadas con mujeres de otras culturas presentan baja prevalencia de bochornos y sudores nocturnos y algunas sufren irritabilidad o síntomas depresivos.<sup>20,21</sup> Se sabe que las mujeres japonesas no le dan importancia a la menopausia, lo que se ha relacionado con la falta de una palabra específica para menopausia en el idioma japonés. En otros países orientales como Corea, la transición a la menopausia se considera una experiencia positiva; para las trabajadoras de fábricas chinas y tailandesas de bajo nivel socioeconómico la menopausia es un proceso natural que les preocupa poco.

Estudios efectuados en varios países de América Latina muestran estadísticas más comparables con las que se observan en mujeres de EUA. En México en mujeres de zonas rurales y urbanas se encontró que del 31-50%<sup>22,23</sup> de las postmenopáusicas se quejaron de bochornos y sudoraciones nocturnas, así mismo independientemente de su grupo étnico las mujeres presentaron diversos síntomas psicológicos y cambios de humor depresivos.<sup>23</sup> Un estudio cualitativo reciente en un pequeño grupo de mujeres mayas de Guatemala<sup>24</sup> que, a pesar de mostrar una actitud positiva hacia el fin de la menstruación, reportaron síntomas durante la transición a la menopausia principalmente dolor de cabeza, ansiedad, dolores musculares, depresión y bochornos, resultados que difieren de la escasa o nula sintomatología reportada en otros estudios en mujeres mayas de México<sup>25,26</sup> afirmando que en las sociedades donde la menopausia es vista como un cambio positivo, la mujeres experimentan pocos o ningún síntoma. Pero, a pesar de que las mujeres Mayas no tienen un término para designar los bochornos, tal y como también se ha reportado en Japón, China e Indonesia, utilizan diversos términos para quejarse de bochornos y sudoraciones profusas.

## BOCHORNOS

Los bochornos son el síntoma más común de la perimenopausia y los primeros años de la postmenopausia, ocurren en el 75% de mujeres en los EUA.<sup>27</sup> La frecuencia varía de 5 x año a 50 x día con grandes variaciones entre las mujeres y en una misma mujer. Generalmente persiste por 1 a 5 años, pero en algunas puede continuar hasta por 44 años. Se le conoce como sensación de calor, sudoración, escalofríos, rubores.<sup>28</sup> Son más frecuentes en las fases tardías de la perimenopausia y en los primeros años de la postmenopausia.<sup>6,10,29</sup>

Aunque su causa es desconocida, se cree resultan de la disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, lo que induce labilidad en el centro termorregulador del hipotálamo.<sup>30</sup> La vasodilatación periférica resultante puede ser repentina y errática causando elevación de la temperatura de la piel con sensación de bochorno y sudo-

ración profusa de la parte superior del cuerpo. Cuando aparecen durante la noche se le conoce como sudores nocturnos y se asocian con breves pero repetidas interrupciones del sueño.<sup>31,32</sup>

La combinación de ambos síntomas se conoce como síntomas vasomotores y en el 25 a 75% pueden persistir hasta por 5 años después de la menopausia.<sup>33</sup> Se identifican dos factores de riesgo para estos síntomas: el alto índice de masa corporal,<sup>23,34,35</sup> y el tabaco<sup>34</sup> actuando presumiblemente a través del metabolismo de estrógeno o a través de los efectos termogénicos de la nicotina.<sup>36</sup> En un estudio realizado en tres Estados de nuestro país, se encontró también asociación de los bochornos con la ruralidad, y la baja escolaridad, lo que se interpretó como la influencia del estrés.<sup>23</sup>

Los bochornos ocurren con la declinación de los estrógenos en la menopausia, pero no se ha encontrado correlación con los niveles plasmáticos, urinarios o vaginales de estrógenos o de gonadotropinas comparando mujeres sintomáticas y asintomáticas.<sup>35</sup> Pero, en mujeres chinas los síntomas vasomotores correlacionan negativamente con estradiol endógeno, y positivamente con hormona luteinizante (LH).<sup>32</sup> En este punto es importante considerar que los bochornos desaparecen con el tratamiento con estrógenos, por lo que es difícil sostener su independencia del factor hormonal.

Otra teoría para explicar los bochornos toma como base la termorregulación y propone que la elevada activación simpática actúa en los receptores alfa-adrenérgicos contribuye a los bochornos estrechando la zona termoneutral; entonces los bochornos se disparan por pequeñas elevaciones del centro de la temperatura corporal.<sup>37</sup>

Contrariamente al concepto tradicional de que los bochornos alteran el sueño durante la transición a la menopausia,<sup>38,39</sup> dos investigaciones recientes: una en condiciones controladas de laboratorio y otra epidemiológica no encontraron sustento de ello.<sup>40,41</sup>

La mayoría de los estudios en mujeres caucásicas reportan aumento paulatino de los bochornos, en su tránsito por las distintas fases de la menopausia;<sup>6,8,10</sup> en cambio en las mujeres asiáticas, estos síntomas son menos frecuentes que en las occidentales. Pero, en ellas también hay variaciones de prevalencia en los diferentes grupos. Tanto los bochornos como los sudores nocturnos son más frecuentes en mujeres chinas que en tailandesas.<sup>42,43</sup> Como muestra de la diversidad de los síntomas en los diferentes grupos étnicos, el Pan-Asia menopause (PAM) study, demostró prevalencia alta de síntomas vasomotores en vietnamitas; en tanto que en los otros grupos étnicos del estudio se encontró baja.<sup>15</sup>

Algunos estudios en América Latina muestran prevalencia similar a la reportada en las mujeres caucásicas. En 385 mujeres de clase socioeconómica baja de Ecuador en diferentes fases de la menopausia<sup>44</sup> el 82% presentó bo-

chornos, frecuencia más elevada que en las mujeres de Chile y de Brasil, 77 y 70% respectivamente.<sup>45,46</sup>

En nuestro estudio<sup>22</sup> efectuado en mujeres de áreas urbana y rural de Yucatán, con ascendencia maya y en el multicéntrico de Malacara y col. realizado en 7,632 mujeres de 3 estados de México (Guanajuato, Coahuila y Yucatán), se encontró una frecuencia de estos síntomas un poco más bajo, pero dentro del rango de variación descrito.<sup>23</sup> En un grupo de mujeres Mayas de Guatemala también se reportó la presencia de bochornos.<sup>24</sup>

## DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS EMOCIONALES

Las mujeres en las clínicas de menopausia reportan elevada frecuencia de síntomas depresivos y disminución de la calidad de vida. Sin embargo, las encuestas poblacionales longitudinales y transversales no identifican claramente aumento de las tasas de depresión durante la menopausia.<sup>47</sup> Poco se sabe sobre la depresión y ansiedad en este periodo de la vida o de la influencia de factores socioculturales, eventos de la vida y factores biológicos. A diferencia de la asociación entre menopausia natural y los síntomas vasomotores, no hay evidencias claras de que la menopausia produzca depresión. El único factor de riesgo para depresión durante la menopausia es historia previa del desorden afectivo. La perimenopausia puede ir acompañada de síntomas vasomotores, físicos y psicológicos, pero no aumento de la enfermedad depresiva mayor.

Las alteraciones del estado de ánimo son una queja frecuente de las mujeres que se encuentran en la transición a la menopausia y disminuye en la postmenopausia temprana<sup>48-50</sup> entre las más importantes y frecuentes se encuentran: estado de ánimo depresivo, cambios de humor, angustia, ansiedad, irritabilidad, cansancio, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, etc. Su asociación con la disminución de estrógenos no es consistente, pero la depresión se ha asociado con elevación de FSH, lo que refleja falta de estrógenos.<sup>51</sup>

En un estudio de cohorte se reportó que el 51% de 477 mujeres menopáusicas se quejaron cuando menos una vez durante un periodo de 3 años de síntomas de depresión;<sup>52</sup> otros estudios han encontrado aumento de las tasas de depresión en mujeres menopáusicas con historia de este padecimiento.<sup>52,53</sup>

La mayoría de los estudios documentan mayor frecuencia de irritabilidad, nerviosismo y cambios de humor, en la perimenopausia que en la premenopausia.<sup>48,54,55</sup> Pero, quitar un estudio transversal en 300 mujeres españolas de 40 a 55 años, mostró frecuencia elevada de síntomas psicológicos asociados a bochornos en tanto que las postmenopáusicas a pesar de continuar con bochornos, no tuvieron alta prevalencia de síntomas psicológicos inde-

pendientes de los eventos vitales, la disfunción familiar o el pobre apoyo social.<sup>44</sup>

En mujeres asiáticas se ha reportado frecuencia variable de síntomas psicológicos como cambios de humor, problemas en el sueño, tristeza, ansiedad y crisis de llanto pero con predominio de los atípicos (dolores articulares y de espalda, cansancio, disminución de la concentración).<sup>18</sup> En el estudio multinacional Pan-Asia Menopause (PAM) Study en 9 grupos étnicos de 11 países/regiones de Asia, los 3 síntomas predominantes fueron dolor articular o de cuerpo (86.3%), disminución de memoria (80.5%) y nerviosismo/irritabilidad (71%), en tanto que los bochornos fueron de 62.7%.<sup>15</sup>

En América, las mujeres ecuatorianas de clase socioeconómica baja reportaron dificultad para concentrarse, dolor de cabeza, bochornos y sensación de infelicidad y angustia (87, 83.9, 82 y 82% respectivamente) y tanto la dificultad para concentrarse como la sensación de infelicidad y angustia aumentaron ligeramente de la premenopausia a la perimenopausia y a la postmenopausia.<sup>44</sup>

En mujeres mexicanas se ha demostrado elevada frecuencia de síntomas físicos y emocionales en mujeres menopáusicas.<sup>22,51,56</sup> En mujeres del centro del país se ha encontrado asociación entre obesidad y síntomas emocionales como la angustia y la depresión.<sup>56</sup> Posteriormente se confirmó la presencia de síntomas en un estudio multicéntrico que estudió su frecuencia y los factores relacionados en mujeres tanto de comunidades rurales como urbanas de Guanajuato, Coahuila y Yucatán, así como la asociación entre los síntomas depresivos y la ansiedad con el "status menopáusico".<sup>23</sup>

Se ha llamado la atención sobre la asociación del aumento de la depresión en mujeres perimenopáusicas con los síntomas vasomotores. Mujeres pre-, peri- y postmenopáusicas sin síntomas vasomotores no tienen más frecuencia de depresión, pero si los síntomas vasomotores son simultáneos a los cambios menopáusicos se asocian con depresión. Sin embargo estos estudios fueron conducidos en grupos específicos y no en la población general, lo que sugiere un sesgo. Se requieren más estudios basados en comunidades para dilucidar la relación entre status de la menopausia y depresión.<sup>57</sup>

Un estudio reciente encontró relación inversa entre el índice de masa corporal y los síntomas depresivos en mujeres postmenopáusicas con bajo nivel educativo, resultados que según los autores apoyan la teoría de que las mujeres con grasa corporal manifiestan menos síntomas depresivos, debido a un papel protector de los estrógenos contra la depresión, en relación con la grasa corporal.<sup>58</sup> Este resultado está en desacuerdo con otros que encuentran la obesidad directamente asociada con síntomas emocionales como la angustia y la depresión.<sup>23,56</sup>

## SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

Hay una relación causal entre la deficiencia de estrógenos y las alteraciones del tracto urinario inferior. El origen embriológico común de la vulva, vagina, vejiga, trigono y uretra, explica que todos ellos tengan gran cantidad de receptores estrogénicos, y por tanto compartan la atrofia y otras alteraciones consecuentes a disminución en los niveles de estrógenos y progesterona. La ausencia de estrógenos permite que disminuyan los estímulos tróficos; que afectan al tejido conectivo comprometiendo las fibras elásticas y colágenas. Estas alteraciones llevan complicaciones y síntomas relacionadas con la atrofia vaginal y alteraciones en el tracto urinario.

### *Síntomas urinarios. Incontinencia urinaria*

Una de las primeras manifestaciones urinarias es aumento de la frecuencia de la micción y aumento del despertar nocturno para vaciar la vejiga con capacidad disminuida. Las estructuras que dan continencia se debilitan y responden menos a los estímulos normales, lo que favorece la aparición o acentuación de incontinencia urinaria. Las estructuras que dan continencia se debilitan y responden menos a los estímulos, lo que favorece la aparición o acentuación de incontinencia urinaria de esfuerzo, es decir, al toser, estornudar, reír u otro esfuerzo. La incontinencia es una queja frecuente entre las mujeres tanto en la perimenopausia como en la postmenopausia y su prevalencia se incrementa con la edad. Su incidencia varía mucho en estudios en distintas poblaciones desde 1.6% hasta 48%.

En un estudio sobre la prevalencia de los síntomas urogenitales en 98,705 mujeres postmenopáusicas de 50-79 años en el marco de la Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI),<sup>59</sup> los 4 síntomas más frecuentes fueron: sequedad vaginal 27%, irritación o prurito 18.6%, flujo vaginal 11.1% y disuria 5.2%. La prevalencia de disuria fue 2.2 veces más elevada en mujeres de origen hispánico comparadas con mujeres blancas no hispánicas. En las mujeres obesas se encontró 2 veces más descarga vaginal y casi 4 veces prurito e irritación comparado con las delgadas con diabetes controlada. Así mismo se ha reportado relación inversa entre síntomas vaginales y peso. En el Melbourne Women's Midlife Health Project (MWMHP) la prevalencia fue 17% en la fase reproductiva tardía, 12% en la etapa temprana de transición, 14% en la etapa tardía de transición y 14% en la postmenopausia. En el Study of Woman's Health Across the Nation (SWAN) 57% de las mujeres reportaron incontinencia, 15% moderada y 10% severa.<sup>8,9</sup>

## ATROFIA VAGINAL

Los estrógenos estimulan el crecimiento y desarrollo del epitelio vaginal, permitiendo que permanezca grueso,

húmedo y blando. La atrofia vaginal se produce por la importante reducción de estrógenos, justo antes de la última menstruación. Clínicamente se hace aparente por el delgado, pálido y seco epitelio vaginal. La vagina, se estrecha y acorta. Los labios mayores y menores se adelgazan y encogen y el clítoris se expone más de lo habitual, disminuyendo su sensibilidad. La vagina atrófica pierde su rugosidad normal y el epitelio del introito a menudo disminuye. Objetivamente, la citología vaginal, muestra predominio de células parabasales inmaduras en lugar de las células escamosas superficiales presentes cuando hay estimulación con estrógenos. El pH en las mujeres en edad reproductiva es de  $< 4.5$ , lo que previene la colonización de la vagina con bacterias patógenas. Al disminuir los estrógenos el pH vaginal se eleva entre 6.0 y 7.0 lo que disminuye la protección contra infecciones vaginales y urinarias. La terapia con estrógenos disminuye el pH.<sup>60</sup>

Los síntomas de atrofia vaginal incluyen sequedad, prurito, vaginitis y dispareunia. Los dos primeros son comunes en la etapa tardía de transición a la perimenopausia. La asociación entre sequedad vaginal y niveles bajos de estrógenos es muy clara porque éstos bajan rápidamente durante la fase tardía de transición a la menopausia.<sup>6</sup> La sequedad vaginal aumenta progresivamente, como se mostró en un estudio longitudinal en el cual aumentó de 3% en la premenopausia a 4% en la fase temprana de la etapa de transición a la menopausia, a 21% en la etapa tardía y hasta 47% a los tres años de postmenopausia.<sup>6</sup> En mujeres mexicanas se ha reportado prevalencia similar de sequedad vaginal.<sup>23</sup> Los cambios atróficos de vagina y vulva, combinados con la sequedad vaginal, hacen que la relación sexual sea una experiencia dolorosa y en ocasiones traumática, repercutiendo en la calidad de vida de la mujer y en su relación de pareja si no recibe el tratamiento adecuado.

### **SANGRADO UTERINO ANORMAL**

El sangrado uterino irregular es un síntoma común en las mujeres en la transición de la menopausia. En los 8 años anteriores a la menopausia hay una desviación del patrón usual, generalmente con aumento en el intervalo de los ciclos aunque en algunas mujeres se acortan. En la transición a la menopausia hay fluctuaciones hormonales, lo que explica la variabilidad de los ciclos menstruales. Los niveles de estradiol e inhibina A se mantienen en niveles semejantes a los que se encuentran en edad reproductiva hasta poco antes de la menopausia. En el año previo al último período menstrual los niveles de estradiol disminuyen y aumentan las hormonas foliculo estimulante y luteinizante (FSH y LH).<sup>61</sup> El alargamiento de los ciclos se asocia con anovulación y se nota más tanto en

mujeres con mayor índice de masa corporal como en perimenopáusicas de mayor edad.<sup>62,63</sup> En la perimenopausia tardía es más común la anovulación con un patrón de ciclos irregulares.

### **MENORRAGIA Y LA TRANSICIÓN MENOPÁUSICA**

Es importante el diagnóstico diferencial en las mujeres con menorragia ya que ésta se asocia a problemas patológicos en el útero. La evaluación ultrasonográfica muestra alteraciones en el útero en aproximadamente el 50% de las mujeres con menorragia. Es importante recordar que la prevalencia de lesiones uterinas benignas, incluyendo pólipos y fibromas alcanza su pico entre los 40 y 50 años, por lo que es difícil separar la menorragia debida a cambios perimenopáusicos normales de la que se produce por lesiones uterinas benignas. También es importante recordar las alteraciones hematológicas que producen estos sangrados como la enfermedad de von Willebrand, por lo que deben hacerse estudios de plaquetas y de coagulación en pacientes que presentan menorragia refractaria y van a ser sometidas a cirugía. Una debilidad de los estudios longitudinales de la transición de la menopausia es la ausencia de correlación entre sangrados menstruales, niveles hormonales, alteraciones en el útero y las alteraciones hematológicas. La interacción de estas entidades patológicas en el sangrado uterino anormal, abre una importante área para futuras investigaciones comprensivas sobre la menorragia en la transición menopáusica.

### **OTROS SÍNTOMAS**

Diversos estudios relacionan la transición a la menopausia y la postmenopausia con disminución del deseo sexual. El Massachusetts Women'Health Study<sup>9</sup> mostró que la transición a la menopausia y la postmenopausia se relacionan con disminución del deseo sexual. Las mujeres postmenopáusicas reportaron menor deseo y menos excitación que las mujeres en edad reproductiva o en la transición a la menopausia; además, la prevalencia de cualquier tipo de disfunción sexual se elevó de 42 a 88% en la postmenopausia; otro síntoma frecuente fue la disminución de la libido. La fluctuación de testosterona se ha relacionado con disminución de la libido y se sugiere que las fluctuaciones pueden ser más importantes que los niveles de andrógenos y estrógenos durante la transición a la menopausia.<sup>10</sup>

### **SÍNTOMAS COGNITIVOS**

Aunque son prevalentes, pocas mujeres los consideran serios y los atribuyen a otras condiciones y rara vez a la

menopausia. En el estudio SWAN se examinaron los cambios en la cognición durante varias fases de la transición a la menopausia y las experiencias relacionadas con el olvido fueron reportadas en 31% en edad reproductiva, 44% etapa temprana de transición, 44.8% en la tardía y 42% en postmenopausia.<sup>10,35</sup>

## SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Como se describió al hablar de los síntomas emocionales, en mujeres orientales y en poblaciones de México se reporta más frecuencia de estos síntomas que los considerados típicos de la menopausia. Los más frecuentes fueron inflamación y dolor articular, lo que se atribuye a la falta de hormonas sexuales en el tejido conectivo (colágeno entre otros) y músculos, ya que generalmente estos dolores desaparecen al iniciar el tratamiento hormonal.

## CONCLUSIONES

1. Los síntomas vasomotores se presentan como un proceso separado de los síntomas somáticos y psicológicos en la transición a la menopausia, independientemente del origen étnico de las mujeres. Su frecuencia es variable, en general son más frecuentes en mujeres de EUA de origen caucásico europeas y menor frecuencia en las orientales. Las mujeres mexicanas y de otros países de América Latina los presentan en un rango similar al de las mujeres de EUA.
2. De acuerdo con la literatura revisada, los únicos factores de riesgo que se han podido comprobar hasta el momento son: para los síntomas vasomotores el tabaquismo y la obesidad, esto es de interés puesto que ambos pueden ser modificados y mejorar la calidad de la vida en las mujeres en esta etapa de la vida.
3. Los síntomas que aparecen relacionados específicamente con los cambios hormonales de la transición a la menopausia son los vasomotores y la sequedad vaginal, ambos se elevan significativamente conforme la mujer avanza en la transición a la menopausia.
4. Al revisar los síntomas psicológicos durante la menopausia se encuentra el hecho de que no todos los trabajos publicados los definen, lo que conduce a sesgos. No hay evidencias que soporten que la menopausia produzca depresión. La transición a la menopausia se acompaña de síntomas psicológicos y cambios depresivos de humor, pero no de aumento de la enfermedad depresiva mayor. El único factor de riesgo para esta enfermedad durante la menopausia es la historia previa de desorden afectivo.
5. Los síntomas genitourinarios como la incontinencia urinaria, la sequedad vaginal y la dispareunia se presentan en etapas posteriores de la menopausia y requieren más investigaciones que prolonguen la

observación más allá de la etapa de la transición a la menopausia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Holte A. Influences of natural menopause on health complaints. A study of healthy Norwegian women. *Maturitas* 1992; 14: 127-41
2. Chim H, Tan BHL, Ang CC, Chew EMD, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas* 2002; 41: 275-82.
3. Oddens BJ, Boulet MJ, Lether P, Visser AP. Has the climacteric been medicalised? A study on the use of medication for climacteric complaints in four countries. *Maturitas* 1992; 15: 171-81.
4. Pan H-A, Wu M-H, Hsu C-C. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 2002; 41: 269-74.
5. Soules MR, Sherman S, Parrott T. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril* 2001; 76:874-78.
6. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 351-8.
7. McKinlay S, Brambilla D, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas* 1992; 14: 103-15.
8. Avis NE, Brockwell S, Colvin A. A universal menopausal syndrome? *Am J Med* 2005; 118: 37S46S.
9. Avis NE, Stellato R, Crawford S. Is there a menopausal syndrome? menopausal status and symptoms across ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 34.
10. Fugate NW, Sullivan EM. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory and significance in women's lives. *Am J Med* 2005; 118: 14S-24S.
11. Ho SC, Chan SG, Yip YB, Cheng A, Yi Q, Chan C. Menopausal symptoms and symptom clustering in Chinese women. *Maturitas* 1999; 33: 219-27
12. Haines CJ, Yim SF, Chung TKH. A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on menopausal symptoms, psychological well being, and quality of life in postmenopausal Chinese women. *Maturitas* 2003; 44: 207-14.
13. Haines CJ, Rong L, Chung TKH, Leung DHY. The perception of the menopause and the climacteric among women in Hong Kong and Southern China. *Prev Med* 1995; 24: 245-8.
14. Lam PM, Leung TN, Haines C, Chung TKH. Climacteric symptoms and knowledge about hormone replacement therapy among Hong Kong Chinese women aged 40-60 years. *Maturitas* 2003; 45: 99-107.
15. Haines CJ, Shu-Min Xing, Ki-Hyun Park, Holinka CF, Ausmanas MK. Prevalence of menopausal symptoms in different ethnic groups of Asian women and responsiveness to therapy with three doses of conjugated estrogens /medroxyprogesterone acetate: The Pan-Asia menopause (PAM) study. *Maturitas* 2005; 52: 264-76.
16. Ming-Huei Cheng, Shuu-Jiun Wang, Peng-Hui Wang, Jong-Ling Fuh. Attitudes toward menopause among middle-aged women. A community survey in an island of Taiwan. *Maturitas* 2005; 52: 348-355.

17. Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Juang KD, Chiu LM. The kinmen women-health investigation (KIWI). A menopausal study of a population age 40-54. *Maturitas* 2001; 39: 117-24.
18. Dhillon K, Singh J, Shuib R, Hamid M, Zaki N. Prevalence of menopausal symptoms in women in Kelantan, Malaysia. *The European Menopause Journal* 2005.
19. Flint M. The menopause: reward or punishment? *Psychosomatics* 1975; 6: 161-63.
20. Lock M. Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause. *Cult Med Psychiatry* 1986; 10: 23-46
21. Avis NE, Kaufert PA, Lock M, McKinlay SM, Vass K. The evolution of menopausal symptoms. *Clin Endocrinol Metab* 1993; 7: 17-31.
22. Canto T, Canto P, Polanco L. Encuesta de síntomas de climaterio en áreas semirurales de Yucatán. *Rev Inves Clin* 1998; 50: 133-5.
23. Malacara JM, Canto de CT, Bassol S, González N, Cacique L, Vera-Ramírez ML, Nava LE. Symptoms at pre-and post-menopause in rural and urban women from three States of Mexico. *Maturitas* 2002; 43: 11-19.
24. Michel JL, Mahady GB, Veliz M, Soejarto DD, Caceres A. Symptoms, attitudes choices surrounding menopause among the Q'epchi Maya of Livingston, Guatemala. *Social Science Medicine* 2006. In press.
25. Martin MC, Block JE, Sánchez SD, Arnaud CD, Beyene Y. Menopause without symptoms: The endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1839-46.
26. Beyene Y. Cultural significance and physiological manifestations of menopause a biocultural analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1986; 10: 47-71.
27. Avis NE, Crawford SL, McKinlay SM. Psychosocial, behavioral, and health factors related to menopause symptomatology. *Womens Health* 1997; 3: 103-120
28. Feldman BM, Voda A, Groseth E. The prevalence of hot flash and associated variables among perimenopausal women. *Res Nurs Health* 1985; 8: 261-268.
29. Kronenberg F. Hot flashes: epidemiology and physiology. *Ann N Y Acad Sci* 1990; 592: 52-86.
30. Freedman RR, Norton D, Woodward S, Cornelissen G. Core body temperature and circadian rhythm of hot flashes in menopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1995; 80: 2354-8.
31. Freedman R. Physiology of hot flushes. *Am J Human Biol* 2001; 13: 453-64.
32. Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. A population based survey of women's experience of the menopause. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 1025-8.
33. Belchetz PE. Hormonal treatment of postmenopausal women. *N Engl J Med* 1994; 330: 1062-71.
34. Whiteman MK, Catherine A, Langerberg PW, McCarter RJ, Kjrulff KH, Flaws JA. Smoking, body mass, and hot flashes in midlife women. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 264-72.
35. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 463-473.
36. Jessen AB, Toubro S, Astrup A. Effect of chewing gum containing nicotina and caffeine on energy expenditure and substrate utilization in men. *Am J Clin Nutr* 2002; 77: 1442-47.
37. Savage MV, Brengelmann GL. Control of skin blood flow in the neutral zone of human body temperature regulation. *J Appl Physiol* 1996; 80: 1249-57.
38. Bungay GT, Vessey MP, McPherson CK. Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. *BMJ* 1980; 19: 181-183.
39. Hunter M, Battersby R, Whitehead M. Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas* 1986; 8: 217-228.
40. Freedman RR, Roehrs TA. Lack of sleep disturbance from menopausal hot flashes. *Fertil Steril* 2004; 82: 138-44.
41. Young T, Rabago D, Zgierska A, Austin D, Finn L. Objective and subjective sleep quality in premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women in the Wisconsin cohort study. *Sleep* 2003; 26: 667-672.
42. Surwatana P, Meekhangvan J, Tamrongterakul T, Tanapat Y, Asavarait S, Boonjitpimon P. Menopausal symptoms among Thai women in Bangkok. *Maturitas* 1991; 13: 317-28.
43. Chaikittisilpa S, Limpaphayom K, Chompootweep S, Taechakraichana N. Symptoms and problems of menopausal women in Klong Toey slum. *J Med Assoc Thai* 1997; 80: 257-61.
44. Sierra B, Hidalgo LA, Chedraui PA. Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climateric Scale. *Maturitas* 2005; 51: 236-45.
45. Blumel JE, Brandt A, Tacla X. Symptomatic profile of the climacteric female clinical experience. *Rev Med Chil* 1992; 120: 1017-21.
46. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LH, Osis MJ, Ardí EE. Climacteric syndrome: a population-based study in Campinas, SP, Brazil. *Rev Saude Publica* 2003; 37: 735-42.
47. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26: 279.
48. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 62-70.
49. Avis NE, Brambilla D, McKilay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4: 214-20.
50. Blumel JEM, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Córdova AT, Binfa LE, Bonilla HG. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climateric. *Maturitas* 2004; 49: 205-210.
51. Huerta R, Mena A, Malacara JM, Diaz de León J. Symptoms at the menopausal and premenopausal years: their relationship with insulin, glucosa, cortisol, FSH, prolactin, obesity and attitudes towards sexuality. *Psychoneuroendocrinology* 1995; 20: 851-64.
52. Kaufert, PA, Gilbert, P, Tate, R. The Manitoba Project: A re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992; 14: 143.
53. Hunter MS. Psychological and somatic experience of the menopause: A prospective study. *Psychosom Med* 1990; 52: 357.
54. Bromberg JT, Assmann SF, Avis NE, Schocken M, Kravitz HM, Cordal A. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre and perimenopausal women. *Am J Epidemiol* 2003; 258: 347-56.

55. Harlow BL, Wise LA, Otto MW, Soares CN, Cohen LS. Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with menopausal transition: the Harvard Study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 29-36.
56. Huerta R, Mena A, Malacara JM, Diaz de León J. Symptoms at perimenopausal period and premenopausal years: its association with attitudes towards sexuality, life style, family function and FSH levels. *Psychoneuroendocrinology* 1995; 20: 135-48.
57. Joffe H, Hall JE, Soares CN. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. *Menopause* 2002; 9: 392-8.
58. Jasienska G, Ziolkiewicz A, Górkiewicz M, Pajak A. Body mass, depressive symptoms and menopausal status: an examination of the "Jolly Fat" Hypothesis. *Women's Health Issues* 2005; 15: 145-51.
59. Notelovitz M. Estrogen therapy in management of problems associated with urogenital aging: a simple diagnostic test and the effect of the route of hormone administration. *Maturitas* 1995; 22(suppl): S31-S33.
60. Pastore L, Carter R, Hulka B, Wells E. Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *The European Menopause Journal* 2004; 49: 292-303.
61. Burger HG, Dudley EC, Hooper JL. The endocrinology of the menopause transition: a cross-sectional study of a population-based sample. *J Clin Endocrinol Metab* 1995; 80: 3537-3545.
62. Randolph JF, Sowers M, Bondarenko IV. Change in estradiol and follicle stimulating hormone across the early menopausal transition: effects of ethnicity and age. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 1555.
63. Santoro M, Lasley B, McConnell D. Body size and ethnicity are associated with menstrual cycle alterations in women in the early menopausal transition: the study of Women's Health Across the nation (Swan) daily hormone Study. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 2622-31.