

Menopausia inducida quirúrgicamente
Menopause surgically induced

MsC. Dayana Couto Núñez,¹ Dr.C. Danilo Nápoles Méndez¹ y Héctor Luis Mustelier Ferrer¹¹

¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Dirección Provincial de Colaboración Médica. Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de 221 mujeres con menopausia artificial por doble ooforectomía, que asistieron a la consulta especializada para la atención al climaterio y la menopausia, del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero de 2009 hasta agosto de 2012. La edad promedio de las pacientes intervenidas fue de 37,8 años y la mayoría de estas tenían menos de 40 años (64,2 %). En la casuística predominaron el fibroma uterino como causa principal de la operación (68,8 %), los síntomas clasificados como muy molestos (para una asociación significativa entre la severidad del síndrome climatérico y el grupo de edad menor de 40 años), así como los sofocos y las sudoraciones nocturnas (87,3 %). Entre los síntomas psicológicos más relevantes figuraron: depresión, irritabilidad e insomnio, y los regímenes terapéuticos más aplicados fueron los estrógenos continuos y la medicina natural.

Palabras claves: mujer, síndrome climatérico, menopausia, posmenopausia, medicina natural, terapia hormonal de reemplazo.

ABSTRACT

A descriptive, prospective and longitudinal study was conducted in 221 women with artificial menopause by double oophorectomy, who attended the specialized department for climacteric and menopause care of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" General Teaching Hospital in Santiago de Cuba, from January 2009 to August 2012. The average age of patients undergoing surgery was 37.8 years and most of them were under 40 years (64.2%). Uterine fibroid as main cause of surgery (68.8%), symptoms classified as very annoying (for a significant association between the severity of climacteric syndrome and the age group under 40 years) prevailed in the case material, as well as hot flashes and night sweating (87.3%). Among the most significant psychological symptoms were depression, irritability and insomnia, and more frequent regimens were continuous estrogen and natural medicine.

Key words: woman, climacteric syndrome, menopause, postmenopause, natural medicine, hormone replacement therapy.

INTRODUCCIÓN

El final del período fértil de la mujer se caracteriza por toda una serie de modificaciones morfológicas y funcionales, que implican el cambio a un nuevo estado biológico no reproductivo, la menopausia. En esta etapa se producen cambios hormonales desfavorables a la supuesta protección que ejercen las hormonas femeninas sobre el organismo y aumenta, por consiguiente, el riesgo de morbilidad y mortalidad a estas edades.¹

La expectativa de vida actual para la mujer cubana es de 80,2 años, lo cual hace que la mujer viva casi 30 años después de iniciado el climaterio; sin embargo, el máximo interés no consiste en alcanzar una mayor longevidad, sino que debe estar acompañada de bienestar físico, mental y social, o lo que es igual, calidad de vida.^{2,3}

Esta situación obliga a los profesionales de la salud a permanecer actualizados en los conocimientos necesarios para ofrecerles un servicio óptimo en información, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos más comunes o más graves que, de alguna u otra forma, están influidos o determinados por el crecimiento, la posmenopausia y la terapia hormonal.⁴

La menopausia artificial se define como el cese definitivo de la menstruación por daño gonadal irreversible inducido por exéresis quirúrgica, radioterapia o quimioterapia. De acuerdo con el Consejo de Sociedades Afiliadas de menopausia (CAMS), de la *International Menopause Society*, menopausia inducida es el cese de la menstruación que sigue a la remoción quirúrgica de ambos ovarios (ooforectomía bilateral con histerectomía o sin esta) o la resección iatrogénica de la función ovárica por quimioterapia o radioterapia. La ooforectomía bilateral es la causa más común de menopausia inducida.^{4,5}

La mujer que ha iniciado el climaterio, terminó su vida reproductiva, pero deberá seguir viviendo con todos sus privilegios que como mujer le ha otorgado la naturaleza, por lo que necesita, indiscutiblemente, asistencia médica, como una medida para prevenir las enfermedades que se presentarán consiguientemente a la falla ovárica, sobre todo en la expectativa y calidad de vida que se pondrán en riesgo por un mal entendimiento de los fenómenos del climaterio.^{6,7}

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, de 221 mujeres con menopausia artificial inducida quirúrgicamente, que asistieron a la consulta especializada para la atención al climaterio y la menopausia, del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero de 2009 hasta agosto de 2012, con el objetivo de mostrar las características del síndrome climatérico en mujeres con menopausia artificial por doble ooforectomía.

Para realizar la investigación se aplicó la escala climatérica cubana,⁸ propuesta para la atención integral de estas pacientes, en la cual se establece una puntuación de 0 a 3, según la intensidad del síntoma:

0: síntoma ausente

1: los síntomas producen molestias mínimas

2: los síntomas molestan moderadamente

3: síntomas severos o muy molestos

Se clasificó el síndrome climatérico según el puntaje total, como sigue:

- Leve: hasta 50

- Moderado: 51-80

- Muy molesto: 81 o más

- Definiciones operacionales

Climaterio: Período de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Cuando hay síntomas se denomina síndrome climatérico.

Síndrome climatérico: Conjunto de signos y síntomas que anteceden y siguen a la menopausia como consecuencia del declinar o cese de la función ovárica.

Menopausia: Cese definitivo de la menstruación. Se diagnostica tras 12 meses consecutivos de amenorrea y se divide de la manera siguiente:

I. Perimenopausia: Establecida desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.

II) Posmenopausia: Se extiende desde la menopausia hasta los 64 años de edad. Esta puede ser:

a) Menopausia natural: Cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario.

b) Menopausia artificial: Cese definitivo de la menstruación por daño gonadal irreversible, inducido por exéresis quirúrgica, radioterapia o quimioterapia.

RESULTADOS

Como se muestra en la tabla 1, el grupo de edad predominante fue el de 30-39 años y la edad promedio de realización de la ooforectomía bilateral en ese grupo fue de 33,4 años.

En general, la edad promedio al momento de la intervención fue de 37,8 años; asimismo, 64,2 % de las féminas con menopausia inducida quirúrgicamente tenían menos de 40 años.

Tabla 1. Edad según etapa del climaterio

Grupos de edades (en años) n=221	No.	%
Menos de 40	142	64,2
20-29	28	10,4
30-39	114	48,0
40 y más	79	35,7
40-49	72	38,7
50 y más	7	2,9

El fibroma uterino (tabla 2) resultó ser la causa más frecuente de la intervención quirúrgica en estas pacientes (histerectomía con doble ooforectomía), dado por 68,8 %, seguido por las complicaciones relacionadas con el puerperio (14,0 %).

Tabla 2. Causa de la intervención quirúrgica

Indicación de la intervención quirúrgica	No.	%
Fibroma uterino	152	68,8
Puerperio complicado	31	14,0
Tumor benigno de ovario	12	5,5
Carcinoma de cuello	7	3,2
Hiperplasia endometrial	5	2,2
Otras	14	6,3

Con respecto a la intensidad del síndrome climatérico (tabla 3), se encontró primacía de los síntomas clasificados como muy molestos o severos (68,8 %); solo en 7,7 % fueron leves. Sin embargo, se observó una asociación significativa entre el climaterio severo y el grupo de edad, de manera que predominaron el severo y el moderado en las operadas menores de 40 años de edad (61,8 y 61,5%, respectivamente) y el leve en las de 40 años y más (64,7%).

Tabla 3. Intensidad del síndrome climatérico según grupo de edad

Clasificación del síndrome climatérico	Menores de 40 años		De 40 años y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Leve	6	35,3	11	64,7	17	7,7
Moderado	32	61,5	20	38,4	52	23,5
Muy molesto o severo	94	61,8	58	38,1	152	68,8
Total	142	64,2	79	35,7	221	100,0

Los sofocos y las sudoraciones nocturnas (tabla 4), constituyeron las manifestaciones clínicas preponderantes en estas mujeres (87,3 %), presentes en casi 8 de cada 10 pacientes. Por otra parte, entre los síntomas psicológicos primaron el insomnio (86,0%), la irritabilidad y la depresión (83,7 %, respectivamente); entre los genitourinarios-sexuales, prevaleció la disminución del deseo sexual (57,0 %) y entre los generales, el dolor osteoarticular (73,3 %).

Tabla 4. Síntomas predominantes según áreas

Síntomas vasomotores	No.	%
Sofocos	193	87,3
Sudoraciones nocturnas	193	87,3
Parestesias	130	58,8
Palpitaciones	114	51,5
Dolor de cabeza	106	48,0
Síntomas psicológicos		
Depresión	185	83,7
Insomnio	190	86,0
Irritabilidad	185	83,7
Tristeza, llanto fácil	165	74,6
Apatía	96	43,4
Nerviosismo	107	48,4
Dificultad para concentrarse	63	28,5
Síntomas genitourinarios-sexualidad		
Dispareunia	56	25,3
Disminución del deseo sexual	126	57,0
Sequedad vaginal	83	37,5
Incontinencia urinaria	49	22,2
Atrofia genital	42	19,0
Síntomas generales		
Dolores osteoarticulares	162	73,3
Mareos	86	39,0
Aumento de peso	78	35,3

En la tabla 5 se muestran los distintos regímenes de tratamiento aplicados, con predominio de los estrógenos continuos en pacientes sin útero (79,6 %), seguidos de la terapia floral y homeopática (70,1 %), como medicina natural; también se emplearon los estrógenos más andrógenos (43,0 %).

Tabla 5. Regímenes de tratamiento

Regímenes de tratamiento	No.	%
Estrógenos continuos	176	79,6
Estrógeno cíclico más progestágenos	37	16,7
Estrógenos mas andrógenos	95	43,0
Tibolona	6	2,7
Fitoestrógenos (isoflavonas de soya)	10	4,5
Terapia floral/homeopatía	155	70,1

DISCUSIÓN

Las escalas climatéricas han permitido evaluar la calidad de vida en las mujeres menopáusicas y asegurar que los síntomas climatéricos afectan de forma muy molesta

o severa a estas mujeres, por lo que es obligatorio buscar alternativas eficaces y seguras para mejorar su calidad de vida.⁹

En un estudio realizado en mujeres australianas, Deeks *et al*¹⁰ encontraron que la edad promedio de menopausia artificial fue de 34,8 años. Por su parte, Abreu *et al*¹¹ informaron que 72,62 % de las pacientes castradas quirúrgicamente, habían sido operadas antes de los 40 años y que la edad promedio fue de 35,2 años; edad similar a la de nuestras pacientes.

Asimismo, García *et al*¹² en una investigación llevada a cabo en el Hospital "Enrique Cabrera" de La Habana, hallaron que 60 % de las pacientes castradas por vía quirúrgica, tenían menos de 40 años, de manera que los resultados obtenidos en esta serie superan ese porcentaje.

Santiesteban,³ en un estudio similar realizado en esta misma ciudad, obtuvo que de 285 mujeres en la menopausia, 42,1 % fueron operadas, con histerectomías por distintas causas; esta última fue más acentuada cuando se les practicó la doble ooforectomía.

Cada vez es mayor el número de mujeres con menopausia artificial inducida quirúrgicamente: 2 de cada 3 manifiestan el síndrome climatérico y los síntomas más frecuentes son de origen psicológico, pero esto no genera un problema de salud mental grave; sin embargo, puede disminuir la satisfacción personal e implicar aspectos en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales e, incluso, laborales.¹³

Palacios *et al*¹⁴ refieren en su estudio, que anualmente se realizan 600 000 histerectomías en EE.UU. y en una décima parte del total de mujeres en Canadá. En el primero de estos, las causas principales son: leiomioma uterino, endometriosis y prolapso uterino; en el segundo, leiomioma uterino y dolor menstrual, en mujeres entre 40 y 44 años de edad. En EE.UU. 18 % del total de mujeres en este rango de edad, son expuestas a esta intervención quirúrgica.

Al respecto, Abreu *et al*¹¹ encontraron como causas más comunes de la intervención quirúrgica el fibroma uterino, el carcinoma de cuello uterino, el puerperio complicado y la hiperplasia endometrial.

En relación con los síntomas, los autores de este estudio coinciden con lo expresado por Legorreta *et al*,¹⁵ quienes señalan que estos son más frecuentes y severos en las pacientes con doble ooforectomía; también refirieron que 21,2 % de las mujeres con ooforectomía bilateral presentaron depresión (54 %), insomnio (53,3 %), irritabilidad (54,2 %) y cansancio (61 %).

El descenso de estrógenos determina que áreas del sistema nervioso, próximas al centro regulador de temperatura, actúen de forma anárquica al inducir aumentos repentinos de temperatura, que se traducen por los bochornos o sofocos, con sudoración o sin esta.

Con referencia a lo anterior, los bochornos, la depresión y la irritabilidad son los síntomas habitualmente detectados en la primera entrevista con el médico, y lo padecen de forma independiente más de la mitad de las pacientes, por lo que pueden ser considerados como las causas que motivan a la mujer a acudir a los especialistas en busca de atención médica.

Hernández *et al*,¹⁶ al aplicar la escala de Greene para la evaluación de los síntomas climatéricos en forma integrada, encontraron predominio de los componentes vasomotor y depresivo.

Con respecto a la sexualidad, prevaleció la disminución del deseo sexual. Si bien es cierto que existen cambios biológicos en esta etapa, en esa esfera, también hay que considerar la representación que tiene lo social y lo cultural, que abarcan determinaciones que pueden repercutir desfavorablemente de acuerdo con el contexto donde la mujer se desenvuelva.¹⁷

Los estrógenos actúan como neuromoduladores en el centro termorregulador del hipotálamo de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina, por lo que intervienen en la homeostasia de la temperatura normal. La terapia con estrógenos solos o con progestágenos es la más efectiva y la indicación primaria en el tratamiento de los síntomas vasomotores, pero no se recomienda en pacientes con riesgo elevado para enfermedad cardiovascular y cáncer de mama.⁴

Debido a la deficiencia hormonal, las disfunciones sexuales son comunes durante el climaterio y aunque su causa puede ser multifactorial, la terapia hormonal con efecto androgénico tiene efectos positivos en el deseo sexual hipoactivo, en la excitación y en el orgasmo. La prescripción de andrógenos a la mujer posmenopáusica sigue siendo motivo de discusión, debido a la falta de estudios controlados a mayor plazo para precisar posibles efectos adversos, por lo cual la androgenoterapia debe analizarse de manera individual. Cuando se prescribe testosterona debe combinarse con estrógenos.⁴

La mayoría de los estudios observacionales coinciden en que la terapia hormonal reduce el riesgo coronario entre 30 y 50 %. Estos resultados son plausibles, dado que dicha terapia está asociada con una serie de efectos beneficiosos sobre los marcadores de riesgo cardiovascular (mejora el perfil lipídico, disminuye la resistencia a la insulina, reduce el fibrinógeno y la tensión arterial).¹⁸⁻²⁰

Entre los regímenes de tratamiento empleados en la posmenopausia se encuentran los fitoestrógenos. Las isoflavonas han sido los más empleados por su biológica actividad estrogénica, determinada por sus componentes (biochanin, formononetin, genistein y daidzein). La mayoría de estas, obtenidas de la dieta, son de la forma glicósido (como las de soja), unido a una molécula de azúcar, de modo que provienen de la dieta y de suplementos.⁷ La terapia floral de Bach resulta muy efectiva (Agrimony, Wild Rose, Honeysuckle, Scleranthus, entre otras).

Por otro lado está la tibolona, un esteroide progestacional sintético con efecto similar a los estrógenos con progestágenos o sin estos. Clasificado como STEAR (regulador tisular selectivo de la actividad estrogénica), se recomienda en pacientes con síntomas de moderados a severos y con disminución de la libido; también alivia los síntomas vasomotores, protege los tejidos urogenitales y conserva la masa ósea.¹⁹

Finalmente, en esta casuística hubo incidencia significativa de los sofocos y las sudoraciones nocturnas como síntomas vasomotores; del insomnio, la depresión y la irritabilidad como síntomas psicológicos; del dolor osteoarticular como síntoma general y disminución de la libido como alteración de la sexualidad. Las terapias con estrógenos continuos, de estrógenos más andrógenos y la medicina natural, resultaron ser los regímenes de tratamiento más empleados.

Se recomienda, sobre la base de la evidencia actual, respetar los ovarios en las mujeres intervenidas quirúrgicamente antes de los 50 años y el inicio temprano de la terapia hormonal de reemplazo en la posmenopausia, para aprovechar al máximo el concepto de ventana de oportunidad, lo cual se traduce en una repercusión positiva en la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maure Barcia J. Síntomas vasomotores en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011; 37(4): 577-92.
2. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. MEDISAN. 2012 [citado 22 Oct 2012]; 16(8). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_8_12/san01812.htm
3. Santiesteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011; 37(2): 251-70.
4. Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia. Punto de vista de la Asociación Mexicana para el estudio del climaterio en el año 2010. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78(8):423-40.
5. Basavilvazo Rodríguez MA, Fuentes Morales S, Puello Támara ER, Torres Arreola LP, Orozco Vázquez G, Bedia Sánchez LM, et al. Guía de práctica clínica. Atención del climaterio y menopausia. Evidencias y recomendaciones. México: Secretaría de Salud; 2009 [citado 6 de May 2012]. Disponible en: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SS_019_08_CLIMATERIO_MENOPAUSIA/SS_019_08_EyR.pdf
6. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Deulofeu Betancourt I. Osteoporosis posmenopausia según densitometría ósea. MEDISAN. 2011 [citado 5 de Ene 2012]; 15(12). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_12_11/san121211.pdf
7. Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia. Guía práctica de manejo de la mujer climatérica. REVCOG. 2009; 14(1):24-31.
8. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. Taller Nacional de Revisión y Actualización. La Habana: CIMEQ; 2007.
9. Carranza Lira S, Cruz Sánchez K. Relación entre síntomas del climaterio y la calidad de vida. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(12): 703-5.
10. Deeks AA, Gibson-Helm M, Teede H, Vincent A. Premature menopause: a comprehensive understanding of psychosocial aspects. Climateric. 2011; 14:565-72.
11. Abreu Mérida M, Sánchez Martínez N, Piloto Morejón M. Climaterio posquirúrgico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001; 27(2): 96-105.

12. García Tirada M, Enríquez Rodríguez R. Caracterización del síndrome climatérico en mujeres castradas por vía quirúrgica. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2001; 27(2): 106-13.
13. Yanik Kerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climateric.* 2012 [citado 2 May 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22335298>
14. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climateric.* 2010; 13:419-28.
15. Legorreta D, Montañó JA, Hernández I, Salinas C, Hernández-Bueno JA, et al. Age at menopause, motives for consultation and symptoms reported by 40-59 year-old mexican women. *Climateric.* 2012 [citado 2 May 2012]; 13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22888911>
16. Hernández Valencia M, Córdoba Pérez N, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, Vargas A et al. Frecuencia de los síntomas del síndrome climatérico. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78(4): 232-7.
17. Jiménez Chacón MC, Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo EM. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2010; 36(2): 160-72.
18. Sturdee DW, Pines A. Actualización de las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Menopausia en relación con la terapia hormonal en la posmenopausia y estrategias preventivas para la salud en la mediana edad. *Climateric.* 2011; 14(84).
19. Barclay L. North American Menopause Society Issues Guidelines on hormone therapy. *Menopause.* 2010; 7:242-55.
20. Riguate de Souza SG, Faria Simoes SM, Silveira Fazoli KL, Halasz Continho F, Antúnez Cortez E. El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura. *Enfermería Global.* 2012; 25:440-50.

Recibido: 24 de octubre de 2012.

Aprobado: 24 de octubre de 2012.

Dayana Couto Núñez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: dayana.couto@medired.scu.sld.cu