



El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopáusicos y deterioro severo de la calidad de vida*

Overweight and obesity are associated with increased prevalence of menopausal symptoms and severe impairment of quality of life

Ivette Romero-Pérez¹, Álvaro Monterrosa-Castro²,
Ángel Paternina-Caicedo³

Resumen

Objetivo: establecer en un grupo de mujeres colombianas la asociación entre obesidad y sobrepeso, síntomas menopáusicos y deterioro de la calidad de vida.

Metodología: estudio transversal que hace parte del proyecto "Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC)", que involucra mujeres colombianas indígenas, afrodescendientes y mestizas de las costas Caribe y Pacífica. Realizado con la escala Menopause Rating Scale (MRS), versión en español, ya validada en dicho idioma. Aplicada de forma anónima y voluntaria en las comunidades de residencia con visita puerta a puerta. Las mujeres fueron agrupadas según Índice de Masa Corporal (IMC).

Resultados: población de estudio: 2167 mujeres. Edad promedio: 48.6±5.9 años. IMC: 25.4±4.2. IMC normal: 44.2 %, bajo peso: 3.5 %, sobrepeso: 40.1 %, obesidad: 12.0 %. Premenopáusicas: 35.0 % y posmenopáusicas: 41.5 %. Edad promedio de menopausia: 47.4±3.7, y número promedio de años desde el último sangrado: 6.0±4.1 años. La edad promedio de menopausia se incrementó levemente con el aumento del IMC ($p=0.027$). La prevalencia de todos los síntomas menopáusicos y el deterioro de las dimensiones se incrementaron con el aumento en el IMC. El sobrepeso tuvo OR ajustado: 1.61 (1.35-1.93) y la obesidad: OR ajustado: 1.40(1.06-1.84) para deterioro severo de la calidad de vida.

Conclusiones: el sobrepeso y la obesidad se asociaron a mayor presencia de síntomas menopáusicos, mayor deterioro somático, psicológico, urogenital y mayor deterioro severo de la calidad de vida

Palabras clave: menopausia, climaterio, obesidad, calidad de vida, sobrepeso.

* Este artículo es un producto del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena (Colombia). Segundo lugar en el Concurso de trabajos de investigación, Categoría estudios transversales. Congreso Colombiano de Menopausia 2013. www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com

¹ Médico Ginecólogo. Grupo Salud de la Mujer. Cali (Colombia).

² Médico Ginecólogo. Director Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Cartagena. Docente, Universidad de Cartagena (Colombia).

³ Médico General. Candidato a magíster en Epidemiología Clínica Universidad de Cartagena en convenio con la Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Cartagena (Colombia).

Correspondencia: Álvaro Monterrosa Castro. La Matuna. Avenida Venezuela. Edificio City Bank, oficina 6-A. Cartagena (Colombia). Teléfonos: +5756642211. +5756641671. Alvaromonterrosa@gmail.com.

Fecha de recepción: 23 de noviembre de 2013
Fecha de aceptación: 6 de marzo de 2014

Salud Uninorte
Vol. 30, N° 2, 2014
ISSN 0120-5552
<http://dx.doi.org/10.14482/sun.30.1.4309>

Abstract

Objective: to establish the association between obesity and overweight, menopausal symptoms and impaired quality of life in a group of Colombian women

Methods: cross-sectional study that is part of the proyecto de investigación "Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC)", involving indigenous, black and mestizo Colombian women of the Caribe and Pacific coasts. Menopause Rating Scale (MRS) validated Spanish version was applied anonymously and voluntarily in their community of residence with door to door visits. Women were grouped according to Body Mass Index (BMI).

Results: study population: 2167 women. Average age: 48.6 ± 5.9 years. BMI: 25.4 ± 4.2 . Normal BMI: 44.2 %, underweight: 3.5 %, overweight: 40.1 %, obese: 12.0 %. Premenopausal: 35.0 % and postmenopausal women: 41.5 %. Average age of menopause: 47.4 ± 3.7 and mean number of years since the last bleeding: 6.0 ± 4.1 years. The average age of menopause increased slightly with increasing BMI ($p = 0.027$). The prevalence of all menopausal symptoms and the deterioration of dimensions increased with increasing BMI. Overweight had adjusted OR: 1.61 (1.35-1.93) and obesity had adjusted OR 1.40 (1.06-1.84) for severe impairment of quality of life.

Conclusions: overweight and obesity are associated with increased menopausal symptoms, greater somatic, psychological and urogenital impairment and more severe impairment of quality of life.

Key words: menopause; climacteric, obesity, quality of life, overweight.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha convertido en una importante problemática en los últimos años, debido al aumento de la prevalencia y a su repercusión en entidades de interés para la salud pública. La prevalencia actual de la obesidad es más del doble de la observada en 1980, con predominio femenino. Para 2008 se estimaban 200 millones de hombres y 300 millones de mujeres con obesidad, entre adultos mayores de 20 años (1).

En Colombia, para 2010 la OMS estimó una prevalencia de obesidad del 34.7 % y de sobrepeso del 70.4 % en mujeres mayores de 30 años (1).

La obesidad es un importante factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, diabetes, trastornos musculoesquelético como osteoar-

tritis y algunos cánceres (endometrio, mama y colon). Con el incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) se aumentan los riesgos de todas estas condiciones patológicas (1).

Los síntomas menopáusicos, y en especial los que son percibidos como severos, afectan negativamente la calidad de vida (2). La obesidad y el sobrepeso han sido señalados como factores que influyen en la presencia de las manifestaciones climatéricas. El estudio SWAN, uno de los estudios más grandes sobre transición menopáusica, encontró asociación entre IMC y mayor presencia de síntomas vasomotores (3).

El objetivo de este estudio fue establecer en un grupo de mujeres colombianas la asociación entre obesidad y sobrepeso con los síntomas menopáusicos y el deterioro severo de la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto “Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC)” es un estudio transversal, avalado por la Universidad de Cartagena (Colombia), que involucra mujeres sanas, entre 40 y 59 años de edad, de diferentes comunidades de Colombia, agrupadas por etnias/razas y captadas directamente en sus comunidades. Se inició en 2008 y está proyectado hasta 2017, cuando debe incluir una muestra representativa de todas las comunidades.

Participantes

Se incluye en este estudio mujeres de poblaciones urbanas y rurales de las costas Caribe y Pacífica de Colombia, de las etnias indígenas, afrodescendientes y mestizas.

Las indígenas son mujeres de rasgos indígenas, hijas de padres y madres indígenas, naturales y residentes en asentamientos indígenas, ubicados en tres áreas geográficas diferentes. (A) Mujeres de la etnia zenú, residentes en el municipio de San Andrés de Sotavento, en el departamento de Córdoba, al noroccidente del país, y todas hablaban y leían español. (B) Mujeres de la etnia wayúu que hacen parte de las comunidades indígenas Pitulumana, Nueva Esperanza y Campo Herrera del municipio de Albania, en la península de la Guajira, al norte de Colombia, sobre el mar Caribe. La familia lingüística de la lengua wayúu es la arawak. (C) Mujeres indígenas asentadas en el trapecio amazónico pertenecientes a las etnias Tikuna, Uitoto, Ocaína, Cocama y Yagua, residentes en los municipios de la Chorrera, Puerto Nariño y Leticia, en el departamento del Amazonas, en el sur de Colombia. Ninguna hablaba español y utilizaban diversos dialectos.

Las mujeres afrodescendientes son de raza negra, hijas de padre y madre de raza negra, de poblaciones urbanas y rurales. Las mujeres urbanas fueron tomadas de barriadas periféricas (usualmente asentamientos de comunidades de raza negra) de las ciudades de Cartagena y Barranquilla, en la Costa Caribe, y de Cali, en la Costa Pacífica. Las mujeres rurales residían en las poblaciones de San Cayetano, San Basilio de Palenque, Marialabaja y San Pablo, en el departamento de Bolívar, al norte del país, y en el municipio de Buenaventura, departamento del Valle del Cauca, al sur de Colombia. Todos estos municipios son asentamientos de individuos de raza negra y de estrato socioeconómico bajo, descendientes directos de africanos traídos como esclavos en la época de la Colonia.

Las mujeres mestizas o hispánicas-colombianas son un grupo heterogéneo de mujeres urbanas cuyas características raciales no son específicamente indígenas ni afrodescendientes, con padres y madres que no son indígenas ni negros. Muy probablemente son descendientes multiétnicas, producto de la mezcla de razas producida en los últimos quinientos años como consecuencia de las diversas migraciones. La diversidad étnica no permite catalogar a este grupo como mujeres de raza blanca. Naturales y residentes en los perímetros urbanos de Cartagena y Barranquilla, ciudades costeras sobre el mar Caribe, y en la ciudad de Cali, al sur de Colombia.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres saludables, condición definida según National Center for Health Statistics como aquella compatible con actividades rutinarias de la encuestada (4). Tener entre 40 y 59 años de edad, comprender totalmente el formulario y la escala que se iba a utilizar. Aceptar voluntariamente y participar de forma anónima. Se

excluyó a las mujeres con déficit mental que les impidiera comprender el cuestionario, a las que presentaban padecimientos psíquicos o físicos que les dificultaran el desarrollo de la entrevista, a las embarazadas y previamente hysterectomizadas.

Encuestadoras realizaron visita puerta a puerta buscando mujeres que cumplieran los criterios de inclusión. Las encuestadoras eran profesionales de la salud, entrenadas previamente y pertenecientes a las comunidades objeto de estudio o con actividad laboral o social dentro de las mismas. Con las mujeres identificadas se concertó una visita, en la que se explicó el cuestionario y se les interrogó si habían comprendido adecuadamente la actividad. De ser así, se les aplicó la escala de calidad de vida. En caso de que no hubieran comprendido suficientemente la actividad, según valoración subjetiva de la encuestadora, o no desearan participar eran excluidas.

Menopause Rating Scale

El estudio fue realizado con Menopause Rating Scale [MRS], escala autoaplicada de calidad de vida, diseñada específicamente para mujeres en menopausia, de origen alemán, con numerosas publicaciones y ampliamente validada (5). Está compuesta por once preguntas que corresponden a síntomas, los cuales se agrupan en tres dominios: somático (sofocos, molestias cardiacas, trastornos del sueño y molestias musculoesqueléticas), psicológico (estado depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico-mental) y urogenital (problemas sexuales, de vejiga y sequedad vaginal). Cada pregunta se califica así: 0 [ausentes], 1 [leves], 2 [moderados], 3 [severos] y 4 [muy severos]. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida, dominios y severidad de los

síntomas. Permite establecer cuatro niveles de severidad: ninguno o pequeño, suave, moderado o severo, que se aplican para cada síntoma, dominio y calidad de vida. Compromiso severo del dominio somático [puntaje > a 8], psicológico [> a 6], urogenital [>a 3] y de la calidad de vida [> a 16]. Validada en español y utilizada en varios estudios latinoamericanos (6, 7, 8). No existe traducción a dialectos amerindios. Cada encuestadora realizó una traducción de la escala al dialecto hablado por las mujeres, cuando esta era su única lengua, contribuyendo en la aplicación e intentando no participar en la respuesta. Cuando las mujeres hablaban español o simultáneamente español y dialecto, la escala se entregó en español y fue autoaplicada.

Definición del estado menopáusico

Se consideró mujeres en “premenopausia” las que presentaban ciclos menstruales regulares, por tanto, con oscilaciones inferiores a siete días. Mujeres en “perimenopausia”, las que presentaban reglas irregulares, o sea, con oscilaciones superiores a siete días. Mujeres en “postmenopausia”, las que no habían presentado menstruaciones en los doce meses previos a la aplicación del formulario.

En relación con las características generales de la población, se consultaron: edad, años de estudio, idioma hablado, estado civil, años de postmenopausia, paridad, uso de terapia hormonal de reemplazo, consumo de tabaco y café. Se solicitó participación voluntaria y firma del consentimiento informado previo a la aplicación de la encuesta, de acuerdo con la declaración de Helsinki (9). También se tuvieron en cuenta normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la Resolución 008430 de 1993 de la República de

Colombia, que permiten considerar este estudio como investigación sin riesgos. http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf [3 de febrero de 2013].

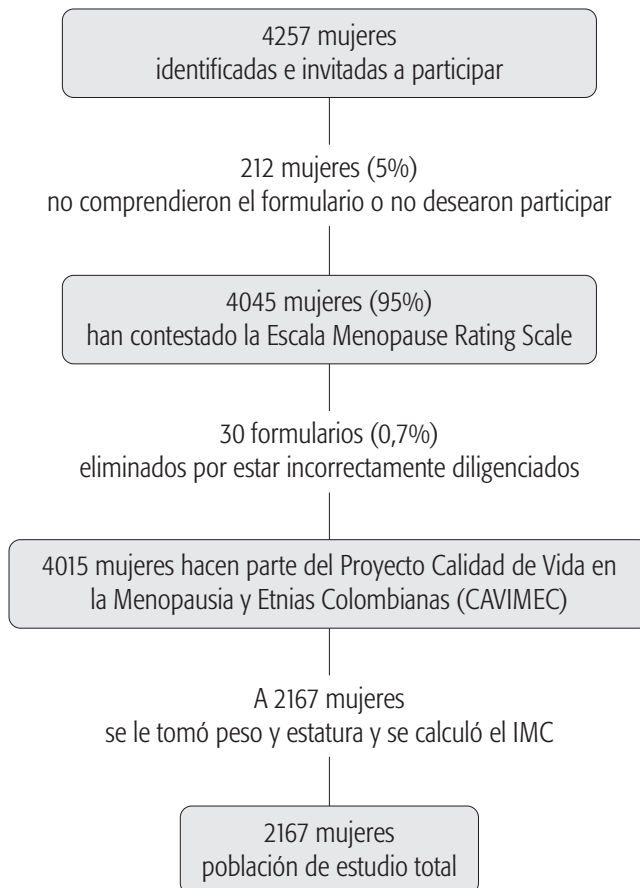
Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0. Los datos continuos se expresaron en medias con desviación estándar y los datos categóricos, en porcentajes, con sus intervalos de confianza. Las diferencias fueron evaluadas con ANOVA

o Test de Student and Mann-Witney, según homogeneidad de la varianza. Los porcentajes de diferencia fueron evaluados usando el χ^2 . Un valor de $P < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Estudio realizado en 2167 mujeres colombianas que hacen parte de la base de datos del proyecto CAVIMEC. En la figura 1 se muestra cómo se llegó a la selección de las mujeres estudiadas.



Fuente: elaborada por los autores.

Figura 1. Flujograma de selección de población de estudio

La tabla 1 presenta las características demográficas de la población de estudio. La distribución de las pacientes en grupos etarios por quinquenios resultó similar. Más del 70 % de las mujeres tenían más de seis años de escolaridad. Aproximadamente la mitad de las mujeres (52.1 %) tenía IMC superior al normal, solo el 3.5 % tenía bajo peso y menos del 1 % obesidad grado II o III. Diabetes e

hipertensión arterial estaban presentes en el 8,9 y 16,7 % de las mujeres, respectivamente. Más del 60 % eran mestiza, 22 % afrodescendientes y 11 % indígenas. Más del 70 % nunca habían fumado y más del 90 % no recibían terapia de reemplazo hormonal. El 70 % eran sexualmente activas. El 41,5 % estaba en posmenopausia; su última menstruación se presentó en promedio a los 47 años de edad.

Tabla 1. Características demográficas (n= 2167)

Edad promedio, (X±DS)	48.6±5.9	IMC en mujeres con obesidad tipo II-III (X±DS)	42.3±3.6
Rango etario: 40 - 44 años, n (%)	625(28.9)	Hábito de consumo de café, n (%)	1437(66.3)
Rango etario: 45 - 49 años, n (%)	615(28.4)	Diabetes mellitus, n (%)	193(8.9)
Rango etario: 50 - 54 años, n (%)	437(20.3)	Hipertensión arterial, n (%)	363(16.7)
Rango etario: 55 - 59 años, n (%)	484(22.4)	Etnia afrodescendiente, n (%)	489(22.6)
Número promedio de hijos (X±DS)	2.8±1.7	Etnia mestiza, n (%)	1432(66.0)
Años promedio de estudios (X±DS)	9.6±4.8	Etnia indígena, n (%)	246(11.4)
Menos de 6 años de estudios, n (%)	581(26.8)	Nunca fumadoras, n(%)	1596(73.6)
Entre 6 y 12 años de estudios, n (%)	983(45.3)	Nunca uso de terapia hormonal, n(%)	2028(93.5)
Más de 12 años de estudios, n (%)	603(27.8)	Con pareja sexual actualmente, n(%)	1535(70.8)
IMC (X±DS)	25.4±4.2	Estado civil soltera, n(%)	231(10.7)
Bajo peso (IMC:<18.50), n (%)	76(3.5)	Estado civil casada, n(%)	910(42.0)
IMC normal (IMC: 18.50 - 24.99), n (%)	959(44.2)	Estado civil unión libre, n(%)	564(26.0)
Sobrepeso (IMC: 25.00 - 29.99), n (%)	780(40.1)	Estado civil separada, n(%)	285(13.1)
Obesidad tipo I (IMC: 30.00 - 34.99), n (%)	249(11.4)	Estado civil viuda, n(%)	177(8.2)
Obesidad tipo II - III (IMC:>35.00), n (%)	13(0.6)	Premenopausia, n(%)	758(35.0)
IMC en mujeres con bajo peso (X±DS)	17.1±0.2	Perimenopausia, n(%)	510(23.5)
IMC en mujeres con IMC normal (X±DS)	22.4±1.6	Postmenopausia, n(%)	899(41.5)
IMC en mujeres con sobrepeso (X±DS)	27.0±1.3	Edad de última menstruación (X±DS)	47.4±3.7
IMC en mujeres con obesidad tipo I (X±DS)	32.8±2.5	Años desde última menstruación (X±DS)	6.0±4.1

Al distribuir las pacientes según la categorización del IMC, las que presentaban sobrepeso y obesidad tenían mayor edad (tabla 2). Además se observó en las mujeres posmenopáusicas, la edad promedio de última menstruación y el número de años desde entonces, distribuidas según categorías del IMC.

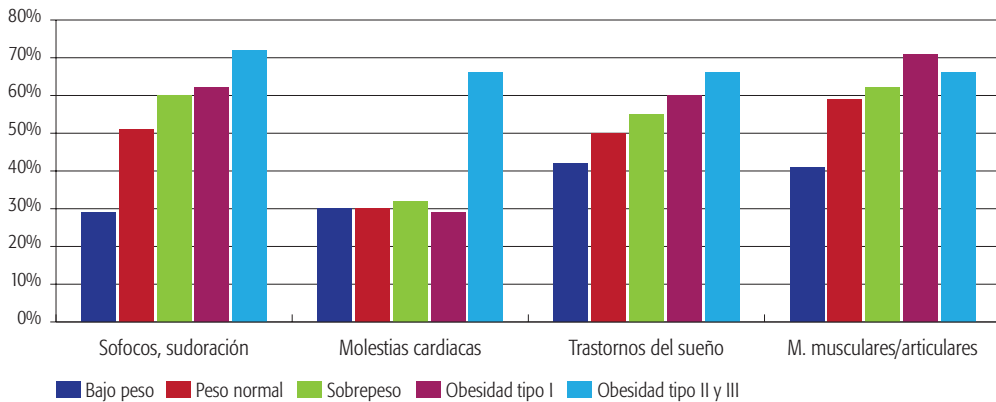
Los síntomas más frecuentes reportados por todas las mujeres fueron las molestias musculoesqueléticas y las oleadas de calor. La prevalencia de todos los síntomas asociados a la menopausia fue superior a medida que se incrementaba la categorización según el IMC. Las figuras 2, 3 y 4 presentan la distribución

porcentual de los síntomas en cada uno de los dominios que mide la escala del MRS. Las mujeres con obesidad tipo II y III reportaron mayor presencia de todos los síntomas clima-

téricos que el resto. Las que tenían sobrepeso manifestaron más síntomas que las mujeres con IMC normal.

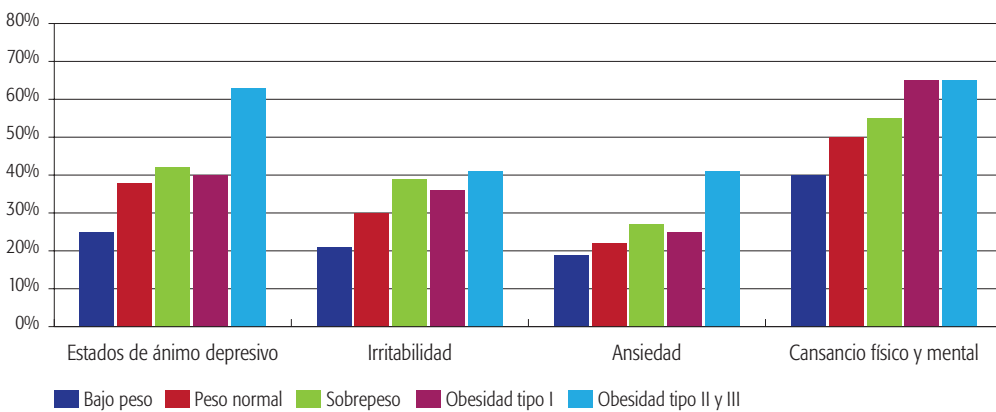
Tabla 2. Distribución según Índice de Masa Corporal (n= 2167)

	< 18.50	18.50 – 24.99	25.00 – 29.99	30.00 – 34.99	< 35.00	P
Edad promedio	47.4 ± 6.5	47.5 ± 5.8	49.4 ± 5.7	50.5 ± 6.0	49.5 ± 6.11	<0.001
Años de estudio promedio	8.4 ± 4.9	10.0 ± 4.7	9.8 ± 4.6	8.0 ± 5.4	5.7 ± 4.7	<0.001
Promedio edad de la última menstruación (postmenopáusicas)	47.3 ± 2.9	47.5 ± 3.3	47.5 ± 3.8	48.8 ± 3.6	47.6 ± 1.6	0.027
Años promedio de ausencia de menstruación (postmenopáusicas)	5.5 ± 3.9	5.4 ± 3.8	6.1 ± 4.0	6.2 ± 4.0	7.0 ± 2.7	0.092



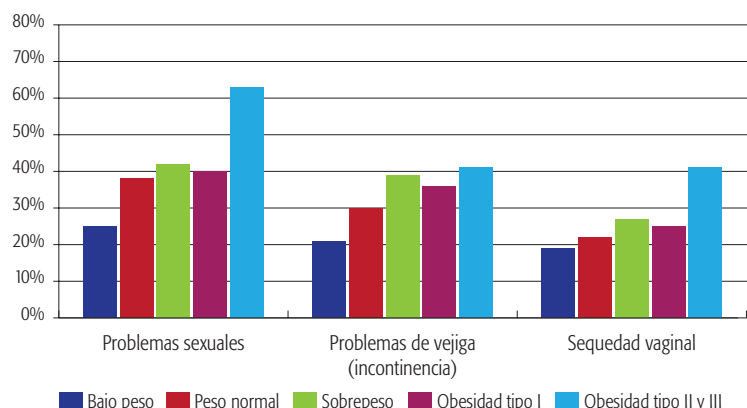
Fuente: elaborada por los autores.

Figura 2. Distribución porcentual de síntomas en el dominio somático según IMC



Fuente: elaborada por los autores.

Figura 3. Distribución porcentual de síntomas en el dominio psicológico según IMC



Fuente: elaborada por los autores.

Figura 4. Distribución porcentual de síntomas en el dominio urogenital según IMC

En las dimensiones somática, psicológica y urogenital se observó deterioro progresivo a medida que aumentaba el IMC. Igual sucedió con oleadas de calor, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculoesqueléticas, cansancio físico/mental y síntomas vesicales (tabla 3).

Al realizar el análisis multivariado, ajustado por edad, hipertensión, uso de terapia de reemplazo hormonal y uso de cigarrillo, el OR para deterioro severo de la calidad de vida fue significativamente estadístico para sobrepeso y obesidad (tabla 4).

Tabla 3. Puntaje promedio de los diferentes síntomas, dominios y puntuación total escala M.R.S.

CALIDAD DE VIDA	INDICE DE MASA CORPORAL					
	<18.50	18.50 – 24.99	25.00 – 29.99	30.00 – 34.99	<35.00	Todas
Dominio Somático						
Sofocos, sudoración	0.4 ± 0.8	0.7 ± 0.9	1.1 ± 1.1	1.3 ± 1.2	1.3 ± 1.1	0.9 ± 1.0
Molestias cardíacas	0.3 ± 0.5	0.4 ± 0.6	0.4 ± 0.7	0.4 ± 0.7	1.2 ± 1.1	0.4 ± 0.7
Trastornos del sueño	0.7 ± 1.0	0.7 ± 0.8	1.0 ± 1.0	1.1 ± 1.0	1.4 ± 1.2	0.9 ± 0.9
Molestias musculares/articulares	0.7 ± 1.0	0.9 ± 0.9	1.1 ± 1.0	1.4 ± 1.1	1.6 ± 1.4	1.0 ± 1.0
Total Dominio Somático	2.3 ± 2.6	2.9 ± 2.5	3.7 ± 2.7	4.3 ± 3.0	5.7 ± 3.9	3.4 ± 2.7
Dominio Psicológico						
Estados de ánimo depresivo	0.5 ± 0.8	0.5 ± 0.8	0.7 ± 0.9	1.6 ± 0.9	1.3 ± 1.1	0.6 ± 0.8
Irritabilidad	0.3 ± 0.6	0.5 ± 0.7	0.5 ± 0.7	0.6 ± 0.8	0.8 ± 1.0	0.5 ± 0.8
Ansiedad	0.2 ± 0.6	0.3 ± 0.6	0.4 ± 0.7	0.4 ± 0.8	0.8 ± 1.0	0.4 ± 0.7
Cansancio físico y mental	0.6 ± 0.8	0.7 ± 0.8	0.9 ± 0.9	1.2 ± 1.1	1.4 ± 1.3	0.8 ± 0.9
Total Dominio Psicológico	1.8 ± 2.3	2.2 ± 2.4	2.6 ± 2.7	2.9 ± 2.8	4.4 ± 3.7	2.4 ± 2.6

CALIDAD DE VIDA	INDICE DE MASA CORPORAL					
	<18.50	18.50 – 24.99	25.00 – 29.99	30.00 – 34.99	<35.00	Todas
Dominio Urogenital						
Problemas sexuales	0.3 ± 0.7	0.6 ± 1.0	0.6 ± 1.0	0.8 ± 1.1	1.3 ± 1.1	0.6 ± 1.0
Problemas de vejiga (incontinencia)	0.1 ± 0.4	0.3 ± 0.6	0.4 ± 0.7	0.5 ± 0.9	1.1 ± 1.2	0.4 ± 0.7
Sequedad vaginal	0.1 ± 0.5	0.3 ± 0.7	0.4 ± 0.8	0.3 ± 0.8	0.8 ± 1.1	0.4 ± 0.8
Total Dominio Urogenital	0.7 ± 1.2	1.3 ± 1.8	1.6 ± 2.1	1.7 ± 2.1	3.3 ± 2.8	1.5 ± 2.0
Puntuación total						
Puntaje Total	4.0 ± 5.1	6.5 ± 5.6	8.0 ± 6.3	9.1 ± 6.6	13.6 ± 9.2	7.4 ± 6.1

Tabla 4. Análisis multivariado de la asociación entre sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida con deterioro severo de la calidad de vida

	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)*	H-L**
Sobrepeso	1.72 (1.46-2.02)	1.61 (1.35-1.93)	0.254
Obesidad	1.55 (1.20-2.00)	1.40 (1.06-1.84)	0.124

* Ajustado por edad, hipertensión, uso de terapia de reemplazo hormonal y uso de cigarrillo.

** Test de Hosmer-Lemeshow.

DISCUSIÓN

El impacto de la obesidad en la calidad de vida ha sido reportado en varios estudios que consistentemente muestran el deterioro del bienestar físico y mental, medido con diferentes escalas (10, 11, 12). Recientemente, un estudio longitudinal a cinco años reveló que a mayor peso hay empeoramiento de la calidad de vida en mujeres y hombres obesos, así como mayor deterioro del funcionamiento psicológico en mujeres (13).

En la menopausia, el impacto de la obesidad sobre los síntomas vasomotores ha generado controversias. Inicialmente, dado que el peso se relaciona positivamente con el nivel de estrógenos endógenos por la aromatización en los adipocitos de la androstenodiona para su conversión en estrona, se postulaba que tener mayor tejido adiposo sería protector

contra los síntomas menopáusicos (14,15); sin embargo, otros datos han mostrado resultados diferentes. Hasta 2005, de seis estudios publicados sobre oleadas de calor e IMC, cinco encontraron asociación positiva. Esto llevó a la postulación de la teoría “de la termoregulación”, con mayor soporte hoy en día, que explica que una mayor cantidad de tejido adiposo actúa como un aislante térmico que al evitar la disipación del calor incrementaría las manifestaciones vasomotoras (16,17).

No obstante, continúan apareciendo publicaciones sobre oleadas de calor y obesidad, y los resultados aún son contradictorios. En 2007, Llaneza y cols. (18) evaluaron la calidad de vida en 250 mujeres posmenopáusicas con Escala Cervantes, midieron IMC, masa libre de grasa y masa grasa, con bioimpedancia eléctrica, y no encontraron relación entre estos factores y calidad de vida. Castello en 2009

(19) midió calidad de vida, también con Escala Cervantes, en 274 mujeres posmenopáusicas, y encontró asociación entre obesidad y peor calidad de vida en el aspecto físico y mental. Duffy (20) publicó los resultados de un estudio en 4407 mujeres escocesas en el que buscaba factores asociados con los diferentes síntomas climatéricos, con respecto al IMC, y los resultados fueron contradictorios: un IMC mayor o igual a 30 estuvo asociado con mayor reporte de oleadas de calor, pero con menor presentación de sudoración nocturna. No encontró asociación significativa con sequedad vaginal. Un estudio con 7419 participantes encontró asociación positiva entre sobrepeso y oleadas de calor (21). En nuestro estudio se observó que los síntomas vasomotores, no solo oleadas de calor, aumentaban en prevalencia y severidad en la medida en que se aumentaba el IMC. La presencia de síntomas fue mayor en obesidad tipo I y II.

Un estudio longitudinal noruego (22) en 2002, realizado en mujeres de 40-44 años de edad al inicio del estudio y seguidas por 12 años para describir la presentación de síntomas a través de la transición menopáusica, no encontró relación entre el deterioro y el IMC.

La obesidad es un factor de riesgo para incontinencia urinaria; las mujeres obesas reportan mayores síntomas y mayor impacto negativo en su calidad de vida (23). Richter (24) encontró que a medida que el IMC aumenta, la severidad subjetiva y objetiva de la incontinencia urinaria parece aumentar. En nuestro estudio, a medida que se incrementaba el IMC también se incrementaba la presencia de incontinencia urinaria, y ello es un componente importante para el deterioro de la dimensión urogenital.

En varios estudios (25, 16) se ha señalado el deterioro psicológico a medida que se aumenta el IMC, tal como fue observado en este estudio.

La principal limitación de este estudio es su diseño transversal, que no permite identificar relaciones de causalidad. El autorreporte de síntomas en escalas, aunque estén validadas, es limitación, ya que no permite llegar a diagnósticos. Este estudio tiene como fortaleza haber sido realizado en la comunidad, en amplio número de mujeres e involucrando tres grupos étnicos presentes en poblaciones latinoamericanas.

Se requieren estudios longitudinales que confirmen el papel de la ganancia de peso en la presencia de síntomas climatéricos. Es importante desarrollar estrategias que permitan medidas objetivas para establecer la presencia y severidad de los síntomas; ello permitirá definir en mejor forma la relación de causalidad de la obesidad sobre los síntomas menopáusicos.

El control adecuado del peso corporal es esencial en el cuidado de la salud general, y en especial cuando las mujeres se encuentran en la etapa vital del climaterio. Incluso desde la atención primaria debe realizárseles atención integral e individual, buscando identificar la presencia de factores de riesgo para la detección de síntomas, para aplicar las medidas terapéuticas establecidas, y de esa forma impactar favorablemente su calidad de vida.

CONCLUSIÓN

En un grupo de mujeres colombianas se observó que a medida que se incrementa el IMC hay mayor reporte de síntomas menopáusicos, mayor deterioro de las dimensio-

nes somáticas, psicológicas y urogenitales. La obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo asociados a mayor deterioro severo de la calidad de vida.

Conflictos de intereses: ninguno.

Financiación: El proyecto “Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC)” es financiado por Vicerectoría de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena (Colombia).

REFERENCIAS

- World Health Organization. Obesity and overweight. *Fact sheet* n° 311, May 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Consultado 24 de septiembre de 2012.
- Avis NE, Brockwell S, Colvin A. A universal menopausal syndrome? *Am J Med* 2005;118 Suppl 12B:37-46.
- Thurston R, Joffe H. Vasomotor Symptoms and Menopause: Findings from the Study of Women’s Health Across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011; 38(3): 489-501.
- Centers for disease control and prevention. Health-Related Quality of Life (HRQOL). Disponible en: http://www.cdc.gov/hrqol/hrqol14_measure.htm. Consultado 1 de septiembre de 2012.
- Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1:28.
- Schneider HPG, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): Reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric* 2000;3:59-64.
- Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008; 61(4):323-329.
- Ojeda E, Monterrosa A, Blümel JE, Escobar-López J, Chedraui P. Severe menopausal symptoms in midaged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric* 2011;14(1):157-63.
- Leclercq WK, Keulers BJ, Scheltinga MR, Spauwen PH, van der Wilt GJ. A review of surgical informed consent: past, present, and future. A quest to help patients make better decisions. *World J Surg* 2010;34(7):1406-15.
- Cameron A, Magliano D, Dunstan D, Zimmet P, Hesketh K, Peeters A, Shaw J. A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal. AusDiab study. *International Journal of Obesity* 2012;36 (2):295 – 303.
- Kolotkin, R. L., Meter, K. and Williams, G. R. Quality of life and obesity. *Obesity Reviews* 2001; 2:219-229.
- Soltoft F, Hammer M, Kragh N. The association of body mass index and health-related quality of life in the general population: data from the 2003 Health Survey of England. *Qual Life Res* 2009; 18: 1293-1299.
- Verkleij S, Adriaanse M, Wendel-Vos G, Schuit. Longitudinal relation between weight change and quality of life in a community-based population: a prospective cohort study. *Eur J Public Health* 2012 May 29. [Epub ahead of print].
- Fisher T, Chervenak J. Lifestyle alterations for the amelioration of hot flashes. *Maturitas* 2; 71: 217-220.
- Greendale G, Gold E. Lifestyle factors: are they related to vasomotor symptoms and do they modify the effectiveness or side effects of hormone therapy? *American Journal of Medicine* 2005;118 (12B):148S-154S.
- Freedman RR. Pathophysiology and treatment of menopausal hot flashes. *Semin Reprod Med* 2005;23:117-25.
- Thurston RC, Sowers MR, Chang Y, Sternfeld B, Gold EB, Johnston JM, Matthews KA. Adiposity and reporting of vasomotor symptoms among midlife women: the stu-

- dy of women's health across the nation. *Am J Epidemiol* 2008; 167 (1):78-85.
18. Llana P, Iñarrea J, Gonzalez C, Alonso A, Arnott I, Ferrer-Barriendos J. Differences in health related quality of life in a sample of Spanish menopausal women with and without obesity. *Maturitas* 2007;58: 387-394.
 19. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Cancelo M, Quereda F, Alberich X. Impact of anthropometric parameters on quality of life during menopause. *Fertil Steril* 2009;92:1947-52.
 20. Duffy O, Iversen L, Hannaford P. Factors associated with reporting classic menopausal symptoms differ. *Climacteric* 2012;15:1-12.
 21. Moilanen J, Aaltoc A, Hemminkic E, Arod A, Raitanen J, Luotob R. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas* 2010; 67: 368-374.
 22. Gjelsvika B, Rosvolda E, Straanda J, Dalena I, Hunskarb S. Symptom prevalence during menopause and factors associated with symptoms and menopausal age. Results from the Norwegian Hordaland Women's Cohort study. *Maturitas* 2011; 70: 383-390.
 23. Menezes M, Pereira M, Hextall A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas* 2010;65(2):167-171.
 24. Richter H, Kenton K, Huang L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E, et al. The Impact of Obesity on Urinary Incontinence Symptoms, Severity, Urodynamic Characteristics and Quality of Life. *J Urol* 2010; 183(2): 622-628.
 25. Martín-López R, Pérez-Farinós N, Hernández-Barrera V, de Andres AL, Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R. The association between excess weight and self-rated health and psychological distress in women in Spain. *Public Health Nutr* 2011;14(7):1259-65.