

Artículo original

Calidad de vida en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia en el Quindío, Colombia

Franklin José Espitia De La Hoz  ¹

¹Hathor, Clínica Sexológica, Armenia, Quindío, Colombia

Cómo citar: Espitia De La Hoz FJ. Calidad de vida en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia en el Quindío, Colombia. Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab. 2023;10(1):e761. <https://doi.org/10.53853/encr.10.1.761>

Recibido: 05/Julio/2022

Aceptado: 16/Septiembre/2022

Publicado: 02/Enero/2023

Resumen

Contexto: el síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM) es una condición clínica de alta prevalencia, con importantes efectos adversos sobre la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

Objetivo: evaluar la calidad de vida y las características clínicas en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia.

Metodología: estudio de corte transversal y aleatorizado en el que se incluyó a 235 mujeres de 40 años o más en posmenopausia y con diagnóstico de SGUM. Se midieron los puntajes de los cuestionarios de calidad de vida *Short Form-36 Health Survey (SF-36)* y *Menopause Rating Scale (MRS)*.


Resultados: la edad arrojó una mediana de 51 años. En el cuestionario SF-36, la "salud general" obtuvo la puntuación más baja, seguida por la "función física" y en la población total, los síntomas más frecuentes fueron sequedad vaginal y problemas sexuales. Por su parte, en la escala MRS, el dominio más afectado fue el urogenital con intensidad severa. El puntaje global de la escala MRS se clasifica en la categoría de intensidad moderada, pero en el grupo de mayores de 60 años, la puntuación es más alta, traduciéndose en una peor calidad de vida a expensas del dominio urogenital.

Conclusiones: las mujeres con SGUM muestran deterioro en la calidad de vida, presentando síntomas urogenitales y somáticos más severos pasados los 60 años. Se hace necesaria la realización de estudios sobre el pronóstico de dicha condición en la mujer en posmenopausia.

Palabras clave: calidad de vida, mujeres, estrógenos, posmenopausia, vaginitis atrófica, evaluación en salud, sobrevida.

Destacados

- El síndrome genitourinario de la menopausia describe la afección anteriormente conocida como atrofia vulvovaginal, vaginitis atrófica o atrofia urogenital.
- El hipostrogenismo genera cambios estructurales en el tracto genitourinario, siendo la sequedad vaginal y la dispareunia los síntomas más prevalentes y molestos.
- Las mujeres en la perimenopausia o en la posmenopausia, durante las visitas clínicas de rutina, deben evaluarse en búsqueda de signos y síntomas de atrofia urogenital.

 **Correspondencia:** Franklin José Espitia De La Hoz, carrera 19 #12-75, Megacentro Pinares, torre 1, local 205, Pereira, Risaralda, Colombia. Correo-e: espitiafranklin@hotmail.com

Quality of life in women with genitourinary syndrome of menopause, in Quindío, Colombia

Abstract

Background: the genitourinary syndrome of menopause (GSM) is a highly prevalent clinical condition, with significant adverse effects on the quality of life of women who suffer from it.

Purpose: To evaluate the quality of life and the clinical characteristics in women with genitourinary syndrome of menopause GSM.

Methodology: randomized cross-sectional study. 235 women aged 40 years or older, postmenopausal, with a diagnosis of GSM were included. Scores from the Short Form-36 Health Survey (SF-36) quality of life questionnaire and the Menopause Rating Scale (MRS) were measured.

Results: Age showed a median of 51 years. In the SF-36 questionnaire, "General Health" obtained the lowest score, followed by "Physical Function". In the total population, the most frequent symptoms were vaginal dryness and sexual problems. On the MRS scale, the domain most affected was the urogenital with severe intensity. The global score of the MRS scale is classified in the moderate intensity category, but in the group over 60 years of age, the score is higher, translating into a poorer quality of life, at the expense of the urogenital domain.

Conclusions: women with GSM showed deterioration in the quality of life, presenting more severe urogenital and somatic symptoms after 60 years. Studies on the prognosis of this condition in postmenopausal women are necessary.

Keywords: Quality of Life, Women, Estrogens, Postmenopause, Atrophic Vaginitis, Health Evaluation, Survival.

Highlights

- Genitourinary syndrome of menopause describes the condition previously known as vulvovaginal atrophy, atrophic vaginitis, or urogenital atrophy.
- The hypoestrogenism generates structural changes in the genitourinary tract, with vaginal dryness and dyspareunia being the most prevalent and bothersome symptoms.
- Perimenopausal or postmenopausal women should be evaluated for signs and symptoms of urogenital atrophy during routine clinic visits.

Introducción

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM) describe un término relativamente nuevo, el cual fue introducido por primera vez en el año 2014, por consenso de la International Society for the Study of Women's Sexual Health (Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer) y la North American Menopause Society (Sociedad Norteamericana de Menopausia) (1).

El SGUM dibuja la constelación de cambios causados por el hipostrogenismo durante la menopausia y agrupa lo que anteriormente se conocía como "atrofia vulvovaginal, atrofia urogenital o vaginitis atrófica" (1), términos que no se consideraban médicamente precisos; por lo tanto, el SGUM se podría definir como el conjunto de signos o síntomas vaginales, vulvares, urológicos o sexológicos que ocurren a partir del climaterio, en respuesta a la disminución hormonal

(estrógenos, progesterona y andrógenos), haciéndose presente en hasta 50-70% de las mujeres en posmenopausia (2, 3). En Colombia, la prevalencia del SGUM alcanza el 51,61%, destacándose en los síntomas más habituales la sequedad vaginal (84%) y la dispareunia (57%) (3).

La severidad de los síntomas del SGUM varían con relación al tiempo pasado desde la aparición de la menopausia, siendo la mayoría de ellos más frecuentes e intensos cinco años después de la menopausia (4, 5). En contraposición a los síntomas vasomotores que suelen ser más leves a lo largo del tiempo, los síntomas del SGUM tienen un mayor impacto en la calidad de vida de las mujeres afectadas (2, 3), debido a que rara vez se resuelven espontáneamente, presentando un deterioro progresivo e irreversible si no se tratan, lo que impacta negativamente su confianza e intimidad (6, 7).

El diagnóstico y la evaluación del SGUM son clínicos, centrándose en las manifestaciones referidas, se establecen principalmente por medio de la historia clínica y la exploración ginecológica (2, 3) y suelen presentarse uno o más síntomas como: sequedad, irritación, ardor/picazón de la vulva/vagina y quemazón, reducción de la lubricación, dispareunia y sangrado vaginal durante o después del coito. También pueden darse síntomas urinarios (frecuencia y urgencia urinaria, disuria o infección del tracto urinario (UTI) recurrente) (1-3). Otros signos comunes son: disminución de la humedad vaginal, pérdida de las arrugas vaginales, palidez vaginal y disminución de la elasticidad (8). De esta manera, el diagnóstico se instauro con la aparición de al menos dos síntomas o de un signo y un síntoma que sean descritos por la mujer como molestos y que estén relacionados con la menopausia, mas no secundarios a otra causa (1, 3).

El SGUM se puede convertir en un problema, dado el drástico impacto que le genera a la calidad de vida de las mujeres afectadas, pudiendo tener implicaciones negativas en la salud, la sexualidad, el bienestar y la relación de pareja (3, 4).

En el seguimiento y la exploración de la calidad de vida de las mujeres, se cuenta con varios instrumentos, entre los que destacan: el cuestionario de calidad de vida o *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) (9) y la *Menopause Rating Scale* (MRS) (10), los cuales cuentan con una adecuada confiabilidad, consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez discriminante (9, 10). Al no disponer de suficientes estudios en Colombia con referencia al impacto del SGUM, en la calidad de vida en la población de mujeres en posmenopausia (3), se diseñó este estudio, cuyo objetivo consistió en evaluar la calidad de vida y las características clínicas en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia en el Quindío.

Materiales y métodos

Tipo de investigación

Diseño y población. Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en el cual se incluyeron mujeres colombianas de 40

años o más en posmenopausia (definida para esta investigación como más de un año de amenorrea espontánea debido a insuficiencia ovárica: FSH > 40 mIU/mL y estradiol < 50 pg/mL) (3, 6), con diagnóstico de síndrome genitourinario de la menopausia (presencia de dos síntomas o de un signo y un síntoma, considerados como molestos por la mujer, asociados a la menopausia y no secundarios a otra causa), sexualmente activas (1, 3, 4) y residentes en el Quindío. El periodo estudiado fue del 1 de febrero del 2017 al 31 de enero del 2020 y todas las pacientes fueron vistas en una clínica universitaria de alta complejidad, de carácter privado (centro de referencia en Armenia, Quindío, Colombia), institución que atiende población perteneciente al régimen contributivo y subsidiado por el Estado en el sistema de seguridad social en Colombia. Las participantes fueron atendidas por el especialista que lidera el programa: "Menopausia y Climaterio".

Se excluyeron las mujeres con cáncer de cualquier naturaleza, enfermedades mentales, antecedentes de histerectomía o salpingooforectomía, datos incompletos en la historia clínica (mayor al 10%), estar usando anticonceptivos hormonales, haber recibido terapia hormonal de la menopausia en los últimos seis meses y las que no desearon participar.

Se calculó el tamaño de la muestra a través de la población de mujeres que hacen parte del programa "Menopausia y Climaterio", con un nivel de confianza del 95%, a dos sigmas y con un error alfa de 5%, se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, resultando el tamaño global en 232 participantes y se realizó un muestreo aleatorio simple por medio de una tabla de números.

Procedimiento

Las participantes se identificaron en la consulta externa del programa "Menopausia y Climaterio" de la clínica donde se hizo el estudio. Dos enfermeras profesionales evaluaron el cumplimiento de los criterios de inclusión y de exclusión de cada mujer candidata y para las que cumplieron los criterios de selección, un médico general que apoya al investigador principal procedió a extraer las variables de interés en un formulario diseñado para dicho fin. Una tercera

enfermera profesional, especialista en Auditoría en Salud, verificó la calidad de la información.

La información de las características clínicas y sociodemográficas se extrajo de la historia clínica y posteriormente fue ingresada en una base de datos, en un formulario de Excel 15.0 (2015), específicamente diseñada para este estudio. A cada paciente, se le diligenciaron los dos instrumentos de calidad de vida utilizados (SF-36 y MRS), previa explicación de estos. Se utilizó la versión adaptada para Colombia del SF-36 (11) y la escala para calidad de vida en la menopausia (MRS) (12).

Instrumentos

El SF-36 consta de 36 preguntas agrupadas en nueve áreas de la salud (tabla 1): 1) función física, 2) rol físico, 3) dolor corporal, 4) salud general, 5) vitalidad, 6) función social, 7) rol emocional, 8) salud mental y 9) cambio de salud. Las puntuaciones inferiores describen una percepción pobre acerca de la salud, la pérdida de funcionalidad y la presencia de dolor, mientras que las puntuaciones superiores expresan una buena percepción de salud, sin déficit funcional y sin dolor (9).

Tabla 1. Subescalas del cuestionario SF-36 e interpretación de los resultados

Áreas de la salud	N° ítem	Baja puntuación	Alta puntuación
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas, incluyendo bañarse o vestirse, debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
Desempeño físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo
Salud general	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa su salud personal como buena o excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales, debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencias relacionadas con problemas físicos o emocionales
Desempeño emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Cambio de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Fuente: elaboración propia.

El SF-36 fue desarrollado como una medida multidimensional para valorar estados de salud y ha mostrado buena factibilidad, confiabilidad y validez (9, 13). Es un instrumento genérico que se utiliza tanto en poblaciones generales como específicas, debido a su capacidad para discriminar el estado de salud en la población general o en pacientes con problemas de salud y cuenta con una consistencia interna en la confiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach) de 0,91, donde cada respuesta se codifica y recodifica y los resultados se trasladan a una escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud) (13-15).

La escala MRS es un cuestionario autoadministrado para cuantificar la calidad de vida en la menopausia y lo integran once ítems (síntomas), divididos en tres subescalas o dominios: (A) somática-vegetativa: sofocos, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (ítems 1, 2, 3, 11, respectivamente); (B) psicológica: estado de ánimo deprimido,

irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (ítems 4, 5, 6, 7, respectivamente); y (C) urogenital: problemas sexuales, de vejiga y sequedad de la vagina (ítems 8, 9, 10, respectivamente) (tabla 2). Los ítems se califican como: "0" (ausente), "1" (leve), "2" (moderado), "3" (severo) y "4" (muy severo) (10, 16). El puntaje de un dominio corresponde a la sumatoria de los valores obtenidos de cada ítem y el puntaje total será la sumatoria de los puntajes obtenidos de cada dominio (10).

La MRS se considera como una escala confiable debido a los valores adecuados del coeficiente de alfa de Cronbach (alrededor de 0,80), aunque la consistencia interna de cada dimensión varía un poco más (entre 0,60 y 0,87) (10, 17); cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el deterioro de la calidad de vida (10, 12). La intensidad de la sintomatología se considera como asintomática o escasa si la puntuación total oscila entre 0 y 4, leve entre 5 y 8, moderada entre 9 y 15, y severa con más de 16 puntos (18, 19).

Tabla 2. Menopause Rating Scale (MRS)

Con el objeto de conocer sus molestias climatéricas, le solicitamos a las pacientes responder el siguiente cuestionario marcando el casillero correspondiente según la pregunta: ¿cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?						
Dominios	Síntomas	¿Cómo son sus molestias?				
		No siente molestia	Siente molestia leve	Siente molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
	Marque la casilla pertinente de cada molestia con una "X". Ejemplo, marque en casilla la 0 cuando "no tiene molestia" y en la casilla 1 a la 4 según como sienta la intensidad de la molestia	0	1	2	3	4
Somático	1. Bochornos, sudoración o calores					

Somático	2. Molestias del corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones u opresión en el pecho)					
	3. Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
	4. Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones o dolores reumáticos)					
Psicológico	5. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar o sin ganas de vivir)					
	6. Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa o intolerante)					
	7. Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta o con tendencia al pánico)					
	8. Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, con olvidos frecuentes, mala memoria o le cuesta concentrarse)					
Urogenital	9. Problemas sexuales (menos ganas de tener sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales o menor satisfacción sexual)					
	10. Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar o se le escapa la orina)	4				
	11. Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					

Fuente: elaboración propia.

Variables medidas

Sociodemográficas (edad, estado civil, raza, estrato socioeconómico, origen, nivel de

estudios, ocupación, religión, peso, talla e índice de masa corporal (IMC)), afiliación al sistema general de seguridad social en salud en Colombia,

antecedentes ginecobstétricos, edad de la menopausia, mediana del tiempo transcurrido de la menopausia, hábitos (ingesta de alcohol, sedentarismo o tabaquismo), antecedentes patológicos, variables de comportamiento sexual (sexo oral, masturbación, coito vaginal o anal y frecuencia de relaciones sexuales mensuales), tiempo de convivencia en pareja y calidad de vida a través de diversos elementos contenidos en el SF-36 y la MRS; adicionalmente, se consideró el análisis de la proporción de la severidad de la sintomatología por subgrupos de edad (40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 y ≥ 70 años) para establecer una comparación de su comportamiento por cada década de vida.

A cada una de las mujeres se le interrogó acerca de la presencia de la sintomatología del SGUM y se postuló la puntuación de la severidad de cada una, gracias a una escala subjetiva de tres grados: "Leve" (1), "Moderado" (2) y "Severo" (3); posteriormente, fueron examinadas por el ginecólogo tratante en búsqueda de signos del SGUM a fin de confirmar el diagnóstico.

Análisis estadístico

Se realizó una estadística descriptiva donde se calcularon distribuciones de promedios, frecuencia, desviaciones estándar (DE), proporciones de mujeres con la puntuación máxima y mínima, medianas y rangos. Las puntuaciones de calidad de vida se compararon a través de pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y con un valor de $p < 0,05$ se tomó

como valor de significancia estadística. El análisis estadístico se hizo con el paquete Epi Info.7.2.

Aspectos éticos

El estudio se consideró de riesgo mínimo, fue aprobado por el comité de ética médica de la institución participante y cumplió los requerimientos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki (20) y con la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para investigación en salud (21). Además, se solicitó la firma del consentimiento informado de las pacientes y se garantizó la confidencialidad de la información.

Resultados

En el periodo de estudio, de las 579 mujeres pertenecientes al programa "Menopausia y Climaterio", a 471 (81,34%) se les hizo el diagnóstico de SGUM, de las cuales se incluyeron 235 participantes luego de la aleatorización.

La mediana de la edad de las mujeres fue de 51 años (rango entre 42 y 78), de las cuales, el 65,95% se encontraban en un rango de edad entre los 40 y 69 años (en la tabla 3 se describen los hallazgos de las variables sociodemográficas), el 86,49% procedían del área urbana, el 87,23% profesaban la religión cristiana y la mayoría (80,85%) pertenecían al régimen contributivo en el sistema de seguridad social en Colombia.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres con SGUM en el Quindío, 2017-2020

Variable y categorías	n(%)
Edad: X \pm DE años	57,35 \pm 4,28
Edad de la pareja: X \pm DE años	61,48 \pm 5,72
Peso: X \pm DE kg	65,21 \pm 7,45
Talla: X \pm DE cms	159,78 \pm 4,63
IMC: X \pm DE	25,43 \pm 6,19

Raza:	
Blanca	144 (61,27%)
Indígena	17 (7,23%)
Afrocolombiana	74 (31,48%)
Estado civil:	
Casada	115 (48,93%)
Unión libre	56 (23,82%)
Soltera	35 (14,89%)
Viuda	29 (12,34%)
Ocupación:	
Ama de casa	132 (56,17%)
Empleada	81 (34,46%)
Pensionada	22 (9,36%)
Estrato socioeconómico:	
Alto	48 (20,42%)
Medio	176 (74,89%)
Bajo	11 (4,68%)
Nivel de estudios:	
Primaria	13 (5,53%)
Secundaria	78 (33,19%)
Técnicos	69 (29,36%)
Profesionales	75 (31,91%)

Fuente: elaboración propia.

En los antecedentes ginecobstétricos, la edad promedio del primer embarazo fue de $17,29 \pm 1,48$ años y la del primer parto $18,62 \pm 1,257$ años, la mediana en cantidad de partos fue de 4 (rango entre 0 y 11), la media en la edad de la menopausia fue de $49,85 \pm 6,27$ años (mínimo 39 y máximo 54 años) y la mediana en el tiempo en posmenopausia, al momento de la entrevista, fue de 12 años (rango entre 3 y 27).

Con respecto a los hábitos, el 60,42% tuvo un nivel bajo de actividad física, el 47,65% informó consumir alcohol de manera social, el 15,74% fumaba con una mediana de consumo de tres cigarrillos diarios (rango entre 1 y 8).

En los antecedentes patológicos, el 40,42% presentaban hipertensión (HTA), 36,17% dislipidemias (57,64% triglicéridos elevados,

42,35% colesterol total elevado, con un 48,23% de HDL-C bajas), 14,46% hipotiroidismo y 9,36% diabetes. El 7,23% presentaban obesidad mórbida.

Con relación a las variables de comportamiento sexual, la masturbación era una experiencia desconocida en el 87,65% de las pacientes; por su parte, el coito vaginal lo practicaban el 100%, mientras que el sexo anal fue reportado por el 13,19%, por lo menos en una ocasión en la vida. La frecuencia de relaciones sexuales mensuales arrojó una mediana de 2 (rango entre 0 y 6). El 89,78% afirmó que el sexo oral era la práctica sexual más placentera y preferida y el 58,72% aseguró tener más de 15 años de tiempo de convivencia en pareja.

Un total de 176 de las 235 participantes (74,89%) (IC95%: 40,51-95,25) presentaron sintomatología de "Moderada" a "Severa". La proporción de la sintomatología del SGUM, de "Moderada" a "Severa", por grupo etarios, mostró las siguientes prevalencias: de 40 a 49 (35,71%), de 50 a 59 (52,87%), de 60 a 69 (71,83%) y \geq 70 años (91,83%), observándose un gradiente progresivo entre la prevalencia de "Moderada" a "Severa" y el aumento de la edad.

En la tabla 4 se detalla la sintomatología referida por las pacientes. El 68,93% presentó cuatro o menos síntomas, el 17,87% cinco y el 13,19% seis o más síntomas, con una mediana de 4 (rango entre 2 y $>$ 8), donde los síntomas vulvo-vaginales fueron los más frecuentes (67,65%).

Tabla 4. Sintomatología de las mujeres con SGUM en el Quindío, Colombia, 2017-2020

Síntomas	n (%)
Reducción de la flexibilidad de la pared vaginal	99 (42,12%)
Dispareunia	189 (80,42%)
Estrechamiento del introito	120 (51,06%)
Irritación vaginal	169 (71,91%)
Palidez vaginal	134 (57,02%)
Pérdida de las carúnculas himeneales	45 (19,14%)
Pérdida de los pliegues/arrugas vaginales	160 (68,08%)
Prolapso uretral	28 (11,91%)
Prurito (ardor, quemazón) genital	144 (61,27%)
Sequedad vaginal	203 (86,38%)
Síntomas urinarios	66 (28,08%)
Sinusorragia	78 (33,19%)
Tejido frágil	49 (20,85%)

Fuente: elaboración propia.

Cifras

- El 27,23% de las mujeres atribuyó la sintomatología del SGUM al envejecimiento y el 62,55% coincidió en que era razón suficiente para que el placer del sexo se viera perjudicado, lo cual les afectaba la relación de pareja y la calidad de vida.
- La sintomatología del SGUM interfería con el disfrute general de la vida en el 30,21% de las mujeres y en el 29,78% con la relación de pareja.
- El 24,68% manifestó un efecto negativo sobre el sueño.
- El 57,44% reportó disminución de su actividad sexual a consecuencia del malestar vaginal, razón por la cual el 54,89% evitaba la actividad sexual, con un 45,95% que sacaba todo tipo de excusas para evadir las relaciones sexuales.
- El 77,87% afirmó que su vida sexual no era satisfactoria, con un 22,97% de disminución en la autoestima.
- El 66,38% le ocultó la sequedad y el malestar vaginal a la pareja.

- El 31,91% expresó que con frecuencia debía interrumpir la actividad sexual a consecuencia de la dispareunia.
- El 44,68% había discutido, en alguna ocasión, los síntomas con su médico; sin embargo, solo el 34,46% había utilizado un tratamiento tópico local.
- El 16,17% se lamentó de que su médico nunca les hubiese interrogado o propuesto conversación sobre el tema del SGUM y, únicamente, el 21,27%, había discutido los síntomas con su pareja.

En el cuestionario SF-36, la dimensión "salud general" ($42,81 \pm 26,53$) notificó la puntuación más inferior, seguida por la "función física" ($52,17 \pm 23,89$) (tabla 5). Se encontraron diferencias por grupos de edad en las puntuaciones, siendo mayor en las menores de 50 años y menor en las mayores de 70 años ($p = 0,003$). Las dimensiones "vitalidad" y "función física" resultaron ser las más afectadas ($p = 0,001$) entre las mayores de 70 años y las mujeres con dos o más comorbilidades arrojaron un mayor deterioro en la "función física" y el "desempeño emocional".

Tabla 5. Puntuación en las dimensiones del cuestionario SF-36 en mujeres con SGUM en el Quindío, Colombia, 2017-2020

Dimensiones	Edades				Media \pm DE
	de 40 a 49	de 50 a 59	de 60 a 69	≥ 70	
Función física	75,24 \pm 27,63	61,38 \pm 31,42	50,96 \pm 18,57	41,95 \pm 21,54	57,38 \pm 24,79
Desempeño físico	78,95 \pm 39,46	62,72 \pm 37,81	53,64 \pm 28,16	46,12 \pm 17,35	60,35 \pm 30,69
Dolor corporal	74,42 \pm 13,29	65,18 \pm 15,73	51,35 \pm 17,92	42,79 \pm 18,54	58,43 \pm 16,37
Salud general	62,81 \pm 26,53	53,95 \pm 23,18	44,39 \pm 21,46	35,74 \pm 19,27	49,22 \pm 22,61
Vitalidad	75,38 \pm 24,19	67,51 \pm 21,67	61,27 \pm 19,53	59,42 \pm 27,35	65,89 \pm 23,18

Función social	86,85 ± 29,34	79,41 ± 32,17	72,34 ± 23,59	67,92 ± 41,28	76,63 ± 31,59
Desempeño emocional	81,32 ± 40,58	74,58 ± 32,91	60,74 ± 28,17	52,93 ± 29,35	67,39 ± 32,75
Salud mental	84,35 ± 28,51	71,29 ± 21,86	61,53 ± 19,75	50,21 ± 32,64	66,84 ± 25,69
Cambio de salud	79,27 ± 38,51	71,43 ± 31,82	65,84 ± 29,63	61,52 ± 37,46	69,51 ± 34,35

Fuente: elaboración propia.

Se observó que entre las mujeres con encuentros sexuales frecuentes (≥ 4 mensual), hubo una mayor calificación en todas las dimensiones del cuestionario SF-36 ($p < 0,05$); mientras que en las mujeres con menos de un encuentro sexual al mes disminuyó la puntuación significativamente ($p < 0,05$).

En la tabla 6 se describe el puntaje promedio de cada uno de los síntomas, de cada dominio y del puntaje total de la MRS por cada grupo etario.

Los síntomas que muestran mayor severidad son los del dominio urogenital, con un promedio de $5,51 \pm 2,23$ puntos, con una media de $1,84 \pm 0,74$ puntos en cada pregunta de dicho grupo de síntomas, seguido del dominio somático con $4,98 \pm 3,01$ puntos, con un promedio por pregunta de $1,24 \pm 0,75$ puntos. El dominio con menor impacto sintomático fue el psicológico, con $4,29 \pm 2,77$ puntos y un promedio de $1,07 \pm 0,69$ puntos por pregunta.

Tabla 6. Puntuación en los dominios de la escala MRS en mujeres con SGUM en el Quindío, Colombia, 2017-2020

Dominio	Síntomas	Edades				Media ± DE síntomas	Media ± DE dominios
		de 40 a 49	de 50 a 59	de 60 a 69	≥ 70		
Somático	Bochornos	1,02	1,62	1,27	0,63	$1,13 \pm 0,71$	$4,98 \pm 3,01$
	Palpitaciones	1,04	1,38	1,16	0,75	$1,08 \pm 0,53$	
	Trastornos del sueño	1,06	1,29	1,52	1,68	$1,38 \pm 0,92$	
	Molestias osteomusculares	1,08	1,17	1,49	1,83	$1,39 \pm 0,85$	

Psicológico	Depresión	0,75	0,92	1,19	1,31	1,04 ± 0,73	4,29 ± 2,77
	Irritabilidad	0,54	0,78	1,24	1,43	0,98 ± 0,58	
	Ansiedad	0,81	0,95	1,31	1,52	1,15 ± 0,64	
	Cansancio	0,69	0,83	1,42	1,54	1,12 ± 0,82	
Urogenital	Problemas sexuales	1,03	1,41	1,94	2,85	1,81 ± 0,58	5,51 ± 2,23
	Problemas de la vejiga	1,07	1,38	1,89	2,76	1,77 ± 0,76	
	Sequedad vaginal	1,15	1,68	1,97	2,94	1,93 ± 0,89	
Total							14,78 ± 8,01

Fuente: elaboración propia.

El porcentaje de mujeres con mayor severidad de los síntomas climatéricos, de acuerdo con el puntaje total de la MRS, se observó en el grupo de 50 a 59 años, con un 48,27%, a expensas del dominio somático (síntomas bochornos y palpitaciones), alcanzando un puntaje medio de $5,46 \pm 2,43$, mientras que en las mayores de 70 años la mayor severidad se detectó en el dominio urogenital, con el 38,77% y puntaje de $8,55 \pm 3,87$. En el total de la población, los síntomas severos de tipo urogenital alcanzaron el 52,34%, somático de 35,74% y psicológico de 12,34%.

La severidad de los síntomas del SGUM aumentaron, de forma significativa, con el incremento de la edad, a partir de los 60 años (OR: 2,47; IC95%: 1,65-3,87), con menos encuentros sexuales al mes (< 4) (OR: 2,31; IC95%: 1,44-3,42) y con la presencia de dos o más comorbilidades (OR: 2,04; IC95%: 1,35-3,15), mientras que disminuía con la mayor escolaridad (OR: 0,45; IC95%: 0,27-0,72).

En el análisis final, los dominios de la MRS revelan peores puntajes en las mujeres mayores de 60 años, coincidiendo con franco deterioro de la calidad de vida.

Discusión

En este estudio, para las mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM), al

evaluar la calidad de vida y las características clínicas, se determinó que en el cuestionario SF-36, la dimensión "salud general" obtuvo la puntuación más baja ($49,22 \pm 22,61$), seguida por la "función física" ($57,38 \pm 24,79$) y el "dolor corporal" ($58,43 \pm 16,37$); siendo la sequedad vaginal y los problemas sexuales los síntomas más frecuentes y de mayor intensidad. En la escala MRS, el dominio más afectado fue el urogenital, con una intensidad severa (puntuación: $5,51 \pm 2,23$); sin embargo, el puntaje total lo clasifica en la categoría de intensidad moderada ($14,78 \pm 8,01$). Las mujeres mayores de 60 años reportaron la calificación más alta, lo que se traduce en una peor calidad de vida.

Nuestros resultados son parecidos a los comunicados por otros autores, los que concluyen que el SGUM tiene un impacto negativo en la vida diaria, la sexualidad, las relaciones de pareja y la calidad de vida en general (4, 22, 23).

En la encuesta VIVA (*vaginal health: insights, views & attitudes*), en la que se utilizó un cuestionario estructurado para obtener información de 3520 mujeres en la posmenopausia, los autores encontraron que el 45% de las participantes experimentaron síntomas vaginales. El 4% de las mujeres atribuyó los síntomas a la atrofia vaginal y el 63% no reconoció la atrofia vaginal como una condición crónica. La mayoría (75%) sintió que la atrofia vaginal tenía un impacto negativo en su

vida, especialmente en la intimidad sexual (64%), relación amorosa con la pareja (32%), calidad de vida general (32%), sentirse saludable (21%) y sentirse atractiva (21%). Casi la mitad (46%) carecía de conocimientos sobre la terapia local con estrógenos (7), lo cual es consistente con la mayoría de los hallazgos de nuestro estudio.

La encuesta Revive (*real women's views of treatment options for menopausal vaginal changes in Europe*) involucró a una comunidad de mujeres en la posmenopausia en Italia, Alemania, España y el Reino Unido, con un total de 3768 participantes (edades entre 45 y 75 años), la mayoría de las mujeres experimentaban atrofia vulvar y vaginal reciente (52,8%). El síntoma predominante fue la sequedad vaginal/vulvar, de modo que casi el 80% de las participantes lo informó en todos los países. La irritación vaginal/vulvar se anunció con más frecuencia en el Reino Unido (41%), pero fue menor la tasa mensual de actividad sexual (49%) (24), demostrando el impacto negativo que tiene la atrofia vulvar y vaginal en la calidad de vida de estas mujeres, hallazgos también confirmados en nuestra investigación.

En la encuesta Closer (*clarifying vaginal atrophy's impact on sex and relationships*) se evaluó el impacto de la atrofia vaginal en los aspectos físicos, emocionales y de las relaciones sexuales entre las mujeres en posmenopausia y sus parejas masculinas; esta incluyó a 4100 mujeres (edades entre 55 y 65 años) y 4100 hombres de nueve países (Reino Unido, Italia, Canadá, Estados Unidos, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Suecia y Francia). El 28% de las mujeres no le informó a sus parejas cuando sintieron por primera vez molestias vaginales, especialmente porque sentían que "era parte natural del envejecimiento" (52%) o por "vergüenza" (21%). Los principales efectos negativos de la atrofia vaginal consistieron en evitar la intimidad (62% de las mujeres), menos encuentros sexuales (mujeres: 58% y hombres: 6%), relaciones sexuales menos satisfactorias (mujeres: 49% y hombres: 28%) y posponer las relaciones sexuales (mujeres: 35% y hombres: 14%). El sexo doloroso y la reducción del deseo sexual se consideraron causas de evitación de la intimidad en el 55% de las mujeres y en el 46% de los hombres. La evitación de la intimidad se atribuyó al sexo doloroso (mujeres: 55% y

hombres: 61%) y en la disminución del deseo sexual de las mujeres (mujeres: 46% y hombres: 43%) (23). Los resultados muestran una clara asociación con el menoscabo de la calidad de vida, ya que se encontró una influencia negativa de la atrofia vaginal en la función sexual de las mujeres, lo cual es concordante con los resultados de nuestro estudio.

En el estudio Genisse (multicéntrico de corte transversal), efectuado en consultorios ginecológicos de España, se involucró a 423 mujeres posmenopáusicas (299 con diagnóstico de SGUM y 124 sin el diagnóstico) para el desarrollo de esta investigación con la ayuda del cuestionario "day-to-day impact of vaginal aging" (DIVA). Las puntuaciones del cuestionario fueron significativamente más altas en mujeres con diagnóstico de SGUM que en aquellas sin esta afección. Los síntomas vaginales impactaron el bienestar, el funcionamiento y la calidad de vida de las mujeres en la posmenopausia, en especial la función sexual, la autopercepción y la imagen corporal (4). Los hallazgos se alinean con los nuestros, quedando claro que la menopausia afecta todos los aspectos de la salud de la mujer y nuestra investigación es enfática en comunicar que la calidad de vida y la función sexual de las mujeres en la posmenopausia se encuentra comprometida con la aparición de los síntomas del SGUM.

A pesar de su alta prevalencia, el SGUM sigue siendo extremadamente infradiagnosticado (3, 25), en parte por la resistencia que muestran las mujeres a buscar ayuda, ya sea por vergüenza o como resultado de considerarlo como una característica normal del envejecimiento natural, sin desconocer la renuencia de los profesionales de la salud a la hora de abordar estos problemas (26-29). Se constituye necesario establecer programas de conciencia, acerca de la educación y la capacitación de este síndrome entre las mujeres en posmenopausia, a fin de evitar las catastróficas consecuencias en su calidad de vida.

La principal fortaleza de este estudio consiste en que establece una aproximación al negativo impacto del SGUM en población colombiana, en el tamaño de la muestra para el análisis de la información y en la utilización de cuestionarios validados. Como limitaciones se encuentran

que los resultados son de una sola institución, por lo tanto, únicamente se pueden inferir las conclusiones para esta comunidad, además de la reducida participación de la población afiliada al régimen subsidiado.

Conclusión

Se puede concluir que las mujeres en posmenopausia, que padecen la sintomatología relacionada con el SGUM, presentan deterioro en su calidad de vida, principalmente a expensas de los síntomas urogenitales y somáticos, siendo más severos después de los 60 años, en presencia de comorbilidades o con baja actividad sexual, los cuales influyen en la severidad. Es importante diagnosticar y determinar la sintomatología de esta incapacitante condición clínica en las mujeres mayores.

Se hace necesaria la realización de estudios sobre el pronóstico en la mujer en posmenopausia, así como la implementación de estrategias de intervención, sin olvidarse de establecer adecuadas injerencias mediante políticas de salud pública que se preocupen por aliviar los síntomas de la menopausia con el fin de conservar la calidad de vida de las mujeres mayores.

Agradecimientos

A los directivos de Hathor, Clínica Sexológica, por su apoyo, al facilitarnos el equipo de bioestadística, y al personal de enfermeras profesionales por su acompañamiento en la obtención de los datos, a través de su gestión fue posible el logro de esta investigación. A la señora Rosa Mercedes Sierra Trocha, en El Copey (Cesar), por su confianza e incondicional apoyo en nuestra formación académica.

Declaración de fuentes de financiación

El autor no recibió financiación para la escritura o publicación de este artículo.

Conflictos de interés

El autor no tiene conflictos de interés.

Referencias

- [1] Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014;21(10):1063-8. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000329>
- [2] Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, *et al*. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(6):704-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.045>
- [3] Espitia De La Hoz FJ. Prevalence of genitourinary syndrome of menopause and impact on sexuality of women in Quindío (Colombia), 2013-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(4):249-5. <https://doi.org/10.18597/rcog.3111>
- [4] Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillán C, González PM, *et al*. Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. *The GENISSE study*. *Climacteric*. 2018;21(2):167-73. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1421921>
- [5] Palma F, Volpe A, Villa P, Cagnacci A. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. *Maturitas*. 2016;83:40-4. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.09.001>
- [6] Sturdee DW, Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010;13(6):509-22. <https://doi.org/10.3109/13697137.2010.522875>
- [7] Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric*. 2012;15(1):36-44. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.647840>

- [8] Kim HK, Kang SY, Chung YJ, Kim JH, Kim MR. The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause. *J Menopausal Med.* 2015;21(2):65-71. <https://doi.org/10.6118/jmm.2015.21.2.65>
- [9] Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med Clin (Barc).* 1995;104(20):771-6.
- [10] Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, *et al.* The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:45. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>
- [11] Lugo LH, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006;24(2):37-50.
- [12] Monterrosa-Castro A, Paternina-Caicedo AJ, Herazo-Acevedo E, Oviedo-Acevedo HC, Campo-Arias A. Utilidad de menopause rating scale (MRS) en indígenas colombianas en climaterio. *Duazary.* 2017;14(1):8-15. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1737>
- [13] McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care.* 1993;31(3):247-63. <https://doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006>
- [14] Ferrer M, Alonso J. The use of the Short Form (SF)-36 questionnaire for older adults. *Age Ageing.* 1998;27(6):755-6. <https://doi.org/10.1093/ageing/27.6.755>
- [15] Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- [16] Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HP. Evaluation der klimakterischen Beschwerden (Menopause Rating Scale [MRS]) [Evaluation of climacteric symptoms (Menopause Rating Scale)]. *Zentralbl Gynakol.* 1994;116(1):16-23.
- [17] Metintas S, Arýkan I, Kalyoncu C, Ozalp S. Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. *Rural Remote Health.* 2010;10(1):1230. <https://doi.org/10.22605/RRH1230>
- [18] Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:67. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-67>
- [19] Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:28. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-28>
- [20] World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *J Am Med Assoc.* 2015;310(20):2013-6. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- [21] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Constitución Política de Colombia. 1993:1-12. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- [22] Pinkerton JV, Bushmakin AG, Komm BS, Abraham L. Relationship between changes in vulvar-vaginal atrophy and changes in sexual functioning. *Maturitas.* 2017;100:57-63. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.03.315>

- [23] Nappi RE, Kingsberg S, Maamari R, Simon J. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *J Sex Med* 2013;10(9):2232-41. <https://doi.org/10.1111/jsm.12235>
- [24] Nappi RE, Palacios S, Particco M, Panay N. The REVIVE (REal Women's VIEWS of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey in Europe: Country-specific comparisons of postmenopausal women's perceptions, experiences and needs. *Maturitas*. 2016;91:81-90. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.010>
- [25] Espitia De La Hoz FJ, Orozco-Gallego H. Estriol vs. estrógenos conjugados de origen equino en el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia. *Ginecol obstet Méx.* 2018;86(2):117-26. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i2.1881>
- [26] Espitia De La Hoz FJ. Efecto del Triticum Vulgare intravaginal, en el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia, en mujeres del Quindío, 2017-2019. *Rev Cienc Bioméd.* 2021;10(3):152-62. <https://doi.org/10.32997/rcb-2021-3497>
- [27] Briggs P. Genitourinary syndrome of menopause. *Post Reprod Health.* 2020;26(2):111-4. <https://doi.org/10.1177/2053369119884144>
- [28] Ojha N, Bista KD, Bajracharya S, Katuwal N. Genitourinary Syndrome of Menopause among Postmenopausal Women in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *J Nepal Med Assoc.* 2022 febr. 15;60(246):126-31. <https://doi.org/10.31729/jnma.7237>
- [29] Espitia De La Hoz FJ. Tratamiento no hormonal del síndrome genitourinario de la menopausia. *Arch Med (Manizales).* 2021;21(2):509-22. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.3996.2021>