

Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica

Quality of life in menopause, a challenge in clinical practice

Johan Sebastián Lopera-Valle; Ana María Parada-Pérez; Lina María Martínez-Sánchez; Laura Isabel Jaramillo-Jaramillo; Sara Rojas-Jiménez

Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina. Medellín, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la menopausia constituye una etapa significativa en la vida de la mujer y por ende requiere de un estudio integral. La medición de la calidad de vida en estas mujeres representa un desafío y los instrumentos para su valoración complementan de forma indispensable la evaluación médica.

Objetivo: explorar la información existente en la literatura que aborda la calidad de vida en la menopausia, para contextualizar al lector en los aspectos relacionados con este periodo en la vida de la mujer; finalmente se plantea una revisión de los datos actuales que enfocan la terapia hormonal como un posible tratamiento de la gran variedad de síntomas que se presentan en este periodo.

Métodos: búsqueda de la literatura de artículos de investigaciones originales en MEDLINE, EMBASE, Lilacs y ScienceDirect durante julio de 2014 y marzo del 2015, con el uso de combinación de palabras clave y términos MeSH relacionados, climaterio, calidad de vida, atención integral de salud, salud de la mujer. Se restringió el idioma a inglés y español.

Conclusiones: es de vital importancia que el médico tratante cuente con herramientas y opciones terapéuticas que le permitan brindar soluciones a la paciente con menopausia frente a los síntomas que afectan su calidad de vida, no obstante, en la actualidad no se cuenta con evidencia suficiente para apoyar completamente una terapia adecuada que logre dar una respuesta casi completa a las pacientes y que a la vez considere un equilibrio en riesgo-beneficio.

Palabras clave: menopausia; climaterio; calidad de vida; atención integral de salud; salud de la mujer.

ABSTRACT

Introduction: Menopause is an important stage in a women's life, therefore it requires a comprehensive study in daily clinical practice. Measuring the quality of life of menopausal women represents a challenge, that's why the tools available in order to perform this comprehensive evaluation are indispensable in the medical evaluation; they allow us to correctly consider the patient's point of view regarding their state of health.

Objective: Explore the existing information in the literature about the quality of life in menopause to contextualize the reader in the most common topics related with alterations during this period in the life of women; finally a review of current data that focus on hormonal therapy as a possible treatment for a variety of symptoms that occur in this period.

Methods: A search of the literature of original research articles in MEDLINE , EMBASE , Lilacs and ScienceDirect was conducted between July 2014 and March 2015, using combinations of keywords and MeSH terms related to menopause, , quality of life , comprehensive health care , women's health. For this review, we restricted the languages to Spanish and English.

Conclusion: The instruments for assessing quality of life are an indispensable complement to the comprehensive clinical evaluation of these women, being that they correctly consider the patient's view of their state of health.

Keywords: menopause; climacteric; quality of life; comprehensive health care; women's health.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y el Centro Cochrane Iberoamericano definen la menopausia como el periodo establecido posterior a 12 meses consecutivos de amenorrea, donde el ovario deja de producir hormonas. Durante esta época se llega al cese definitivo de la función reproductiva de la mujer, secundario a la disminución de la secreción hormonal por pérdida de la función folicular, que se encuentra asociado a un conjunto de cambios físicos y emocionales que se experimentan como resultado de innumerables procesos endocrinológicos. El déficit hormonal mencionado se presenta como parte del envejecimiento normal de la mujer y puede estar acompañado de otras condiciones médicas que contribuyen al aumento en la morbimortalidad de este grupo etario.¹⁻⁴

Esta etapa fisiológica propia de las mujeres se caracteriza por una gran variedad de manifestaciones clínicas, dentro de las que se enuncian algunas como la atrofia urogenital, síntomas vasomotores, cambios en el estado de ánimo y un mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer, las cuales pueden afectar significativamente el desempeño laboral, así como la estabilidad emocional de la mujer, lo que repercute en última instancia en su calidad de vida, por lo cual se requiere de un estudio integral en la práctica clínica diaria.^{5,6}

Según la expectativa de vida, la mujer colombiana estará expuesta al fenómeno de la menopausia hasta por un tercio de su vida, por lo cual es necesario que el abordaje de la misma se realice por parte de un grupo interdisciplinario de profesionales que

valore la salud de estas mujeres a la luz del concepto de calidad de vida, emprendiendo estrategias de promoción y prevención para las repercusiones biopsicosociales de las manifestaciones clínicas de la menopausia.^{1-4,7}

El objetivo de la presente revisión es explorar la información existente en la literatura que aborda la calidad de vida en el período de la menopausia, con el fin de contextualizar al lector en los aspectos relacionados con este periodo en la vida de la mujer; finalmente se plantea una revisión de los datos actuales que enfocan la terapia hormonal como un posible tratamiento de la gran variedad de síntomas que se presentan en este periodo.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una búsqueda de artículos de investigaciones originales en español e inglés en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, Lilacs y ScienceDirect; posterior a la selección inicial, se eligieron los artículos que brindaban información relevante y actualizada acerca del tema, con el fin de lograr una revisión que brinde al lector información completa que le permita ponerse al día en el tema. Esta búsqueda se realizó con las palabras clave y términos MeSH menopausia, climaterio, calidad de vida, atención integral de salud y salud de la mujer, así como con las combinaciones de las mismas.

DESARROLLO

Epidemiología

Las mujeres comienzan un cese gradual de la fertilidad alrededor de los 38 años, seguido de un período aproximado de 10 años hasta llegar a la pérdida completa de la actividad folicular, presentándose la menopausia entre los 50 y 52 años de edad.⁷⁻⁹

En este orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que en pocos años se alcanzarán los 750 millones de mujeres posmenopáusicas a nivel mundial.⁶

Conceptos básicos sobre menopausia

El término menopausia hace referencia al periodo de un año después de la fecha de la última menstruación. Esta constituye una etapa marcada por el inicio de la declinación de la función gonadal generada por la progresiva atresia folicular, lo que provoca una desaparición de la ovulación y de folículos ováricos que puedan responder al estímulo hormonal (estrógenos y progesterona), el cual a su vez también disminuye progresivamente.^{1-4,10} De esta forma, los niveles de hormonas como el estradiol son muy bajos, asociados al aumento marcado en las concentraciones de FSH (Hormona Foliculo Estimulante) y en menor medida de la LH (Hormona Luteinizante). Los valores de FSH por encima de 40 UI/L son compatibles con la interrupción completa de la función ovárica.¹¹⁻¹³ Este proceso comienza entonces con irregularidad progresiva en los ciclos menstruales, la cual suele extenderse hasta la interrupción permanente de la menstruación. De igual forma, un conjunto de síntomas se asocia con este periodo y afectan al 60-80 %, cuya severidad y frecuencia de presentación varía entre mujeres de una misma población, cultura, raza y nacionalidad. Dentro de los principales síntomas relacionados se incluyen los síntomas vasomotores y

urogenitales, además de las irregularidades en el sangrado menstrual previamente mencionadas.¹⁴

Los síntomas vasomotores por su parte se presentan con mayor severidad entre 3 meses y 3 años después del último sangrado menstrual, ocho de cada diez mujeres experimenta bochornos y cerca del 30 % de estas los describe como severos; dichos síntomas suelen generar insomnio, lo que repercute en el estado de ánimo desencadenando irritabilidad, nerviosismo, excitabilidad, además de alteración en la actividad laboral y social.¹⁵

El déficit estrogénico impacta significativamente en el colágeno de la piel y mucosa del aparato urogenital, además de alterar la respuesta contráctil del músculo liso uretral. Esto contribuye a la presentación de síntomas como disuria, incontinencia, urgencia urinaria, nicturia, así como dispareunia, sinusorragia, prolapso urogenital, entre otros.¹⁶ Estos trascienden de manera importante en la sexualidad, estado de ánimo y autoestima, además de tener impacto en las relaciones personales y sociales de mujer.

Calidad de vida relacionada a la salud

Según el preámbulo de la constitución de la OMS adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946, salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Dicha definición incorpora entonces una visión holística e integral y sugiere así el concepto de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), el cual hace referencia a la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.^{5,17}

La CVRS constituye entonces un indicador para la valoración del impacto y de las consecuencias de las enfermedades sobre la percepción de salud de cada individuo, así como de los desenlaces de las intervenciones médicas en el proceso salud-enfermedad. Este indicador pretende evaluar aspectos de la enfermedad en relación con la vida diaria del paciente que la padece, considerando el modo como se ve afectada de forma holística e integral, abarcando entonces las dimensiones física, psicológica, social y funcional.⁵ Por otro lado, a diferencia de la mayoría de indicadores, la CVRS toma en cuenta la perspectiva del individuo, la cual es indispensable en la práctica clínica diaria y en la toma de decisiones médicas.¹⁷

Calidad de vida en la menopausia

La menopausia constituye una etapa fisiológica de transición a una nueva situación biológica, la cual trae consigo la pérdida de la capacidad reproductiva.¹⁸ Sin embargo, a pesar de ser una condición normal, se ha reportado que 8 de cada 10 mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos (físicos o emocionales) durante o posterior al climaterio, de las cuales el 45 % considera que impactan de manera negativa en su calidad de vida.^{19,20} Por otro lado, en la menopausia convergen una serie de factores de riesgo que pueden agudizarse; cerca del 60 % de las mujeres menopáusicas tienen una enfermedad crónica y son las enfermedades cardiovasculares las principales causas de morbilidad y mortalidad a partir de esta época, lo cual podría estar relacionado con los cambios metabólicos que ocurren durante la transición de un estado pre a uno post menopáusico.^{19,20}

Las manifestaciones vasomotoras pueden llegar a ser muy molestas en algunas pacientes; entre 33-51 % de las mujeres de edad mediana presentan trastornos del sueño al tiempo que transcurren por la menopausia, los cuales pueden ser el

resultado de cambios hormonales, síntomas vasomotores o factores psicológicos.⁵ Con respecto a esta esfera psicológica, el conjunto de manifestaciones abarca irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, pérdida de la memoria, humor depresivo, labilidad afectiva y falta de concentración. De igual forma, aspectos biológicos y psicológicos propios de este momento vital, asociados a la ausencia o mala interacción con la pareja y las estereotipias culturales, contribuyen a la presentación de serias disfunciones sexuales, así como pérdida de la libido y actividad sexual.²¹⁻²³

La menopausia no debe ser considerada sinónimo de deterioro o enfermedad, por el contrario, constituye un periodo de adaptación, cambio y reflexión sobre las dimensiones fisiológicas, sociales, culturales y laborales de la mujer que experimenta esta etapa. Es por esto que el abordaje de estas pacientes, en términos de calidad de vida, debe llevar consigo una perspectiva orgánica, psíquica y sociológica, con un alto componente subjetivo.^{5,24,25}

*Monterrosa y cols.*²⁶ realizaron un estudio sobre la calidad de vida en mujeres colombianas menopáusicas de tres grupos étnicos diferentes, encontrando que las hispánicas tenían una mejor calidad en comparación a las afrodescendientes e indígenas; las mujeres negras referían entonces más síntomas somáticos y mayor deterioro psicológico. A la hora de abordar una paciente que atraviesa esta etapa se hace indispensable tener en cuenta el concepto de CVRS ya descrito, abarcando diferentes dimensiones y considerando los factores culturales, sociales y económicos que modifican su valoración.⁵

Instrumentos para medir calidad de vida en la menopausia

Se han descrito múltiples instrumentos diseñados para evaluar la CVRS, con el propósito de realizar una distinción entre los afectados, predecir el pronóstico de un procedimiento o intervención, así como evaluar longitudinalmente los cambios y evolución a través del tiempo de una patología en grupos poblacionales específicos. Estos instrumentos sobre calidad de vida complementan de forma indispensable la evaluación clínica, analítica o sintomática de los pacientes, considerando acertadamente la visión del propio paciente sobre su percepción de la salud.^{5,27,28}

La evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la salud de la mujer se ha hecho de forma tradicional a partir de escalas clínicas, las cuales han pretendido proporcionar un valor cuantitativo que permita ser utilizado como parámetro en la evaluación de los síntomas de la menopausia y de la eficacia de las intervenciones médicas.⁵

Algunos de estos instrumentos son: La escala de Greene,²⁹ The Women's Health Questionnaire (WHQ),³⁰ Menopause Symptom List,³¹ Utian Menopause Quality of Life Scale (UMQLS),³² The Blatt-Kupperman menopausal index,³³ Menopause Rating Scale (MRS),³⁴ The Menopausal Specific Quality of Life (MEQOL),³⁵ el Cuestionario MENCAV,³⁶ la Escala Cervantes,³⁷ entre otros. Desafortunadamente, se han encontrado deficiencias en algunos de estos índices; se combina menopausia quirúrgica con la natural y no se cumple con los estándares aceptados de psicometría.²⁹⁻³⁷

Desde 1994 las Sociedades de Menopausia Alemana, Suiza y de Austria revisaron los síntomas asociados con la menopausia y diseñaron la Menopause Rating Scale (MRS),³⁴ la cual consiste en un cuestionario estandarizado de autoevaluación conformado por 11 ítems que miden síntomas somáticos, urogenitales y psicológicos. Este instrumento permite evaluar el impacto de cualquier intervención médica con relación a diferentes aspectos de la CVRS; contiene cinco opciones de respuesta que representan cinco grados de severidad: asintomático (0 puntos), leve (1 punto),

moderado (2 puntos), severo (3 puntos) e intenso (4 puntos). De esta forma, el puntaje total oscila entre 0 (asintomática) y 44 (grado máximo de disturbio por síntomas menopáusicos).^{5,34,38-40}

En la actualidad, esta escala se encuentra disponible en 25 idiomas y ha sido validada en diferentes países, lo cual ha permitido establecer valores estándares para diferentes poblaciones.^{5,19,20}

De igual forma, para finales del año 2004 se publicó la Escala de Cervantes, un instrumento diseñado y validado por la Asociación Española para el estudio de la calidad de vida en la menopausia, este recoge todos los dominios de la calidad de vida (físico, psicológico y sexual) y aporta al personal de salud una mejor apreciación de los problemas de la mujer; consta de 31 ítems y está constituido por cuatro subescalas: menopausia y salud; dominio psíquico; dominio de sexualidad y relación de pareja. Tiene como complemento una Escala de la Personalidad que consta de 20 ítems y mide tres dominios: el de introversión; el de inestabilidad emocional y el de sinceridad.^{8,37,41-43}

La Escala Cervantes es el primer cuestionario adaptado a la realidad sociocultural y geográfica de la mujer española, en el que se correlaciona calidad de vida y medidas antropométricas. Así, se demuestra por ejemplo que las mujeres con sobrepeso y con características fenotípicas pícnicas, es decir, obesas y de baja estatura, tienen una calidad de vida peor que las mujeres con características normales.^{8,37,41-43}

El uso de instrumentos como la Escala de Cervantes ayuda a medir y evaluar los síntomas durante el climaterio, su severidad e interferencia con la calidad de vida, aportando información crucial para toma de decisiones terapéuticas. Esta escala, a diferencia de las otras, se puede aplicar en mujeres pre, peri y post menopáusicas, y es la única escala que está validada en una muestra representativa de la población general de un país, lo que permite su uso generalizado.³⁷

Terapia hormonal y calidad de vida

Uno de los aspectos indispensables en la práctica clínica para mejorar la calidad de vida en las mujeres menopáusicas radica en el hecho de eliminar, desde todo ámbito de la salud, cualquier connotación de enfermedad, patología o anormalidad ligada al proceso fisiológico del climaterio. De igual forma, es importante implementar una excelente atención médica brindada por un equipo multidisciplinario que resuelva inquietudes y brinde un trato amable, lo que contribuirá significativamente en el sentimiento de seguridad y tranquilidad de estas pacientes, que se traduce a la larga en mayor índice de calidad de vida.^{5,44}

La mujer y el médico tratante se enfrentan con varias decisiones importantes como, si se debe empezar o no la terapia de remplazo hormonal (TRH), siendo cada vez más frecuentes los estudios que incorporan las escalas de la calidad de vida como instrumento para valorar la acción de una intervención farmacológica.⁴⁴⁻⁴⁶

Algunos estudios han revelado que el tratamiento con estrógenos más progestina producen alivio de los síntomas vasomotores y las mujeres reportan la calidad de vida como la consideración más importante en la decisión para usar hormonas. Sin embargo, son inconsistentes los resultados de varias investigaciones que han medido el efecto del reemplazo hormonal en la calidad de vida, particularmente cuando fueron prescritos específicamente para prevenir enfermedad más que para aliviar síntomas.⁴⁵ También se ha reportado que el reemplazo hormonal tiene impacto sobre la depresión, el funcionamiento sexual y cognitivo; sin embargo, los hallazgos son inconsistentes dependiendo del estudio, población e instrumentos utilizados.⁴⁵

El estudio "The Women's Health Initiative (WHI)", publicado a comienzos de este nuevo siglo, marcó una nueva etapa en la TRH, este incluía una compleja metodología con la cual se evaluó el uso de estrógenos conjugados vs. placebo, se concluyó que los riesgos superaban los beneficios de la terapia, causando un profundo impacto en la actitud y conducta de pacientes y médicos.⁴⁷ *Hays y cols.*⁴⁸ sostuvieron que el uso de estrógenos más progestágenos no tenía un efecto clínicamente significativo sobre cualquiera de los aspectos de la salud evaluados en el WHI, encontrando además que los beneficios sobre la calidad de vida eran mayores cuando se usaban a largo plazo. Numerosos estudios han sido dirigidos a analizar el riesgo/beneficio de la TRH; con base al análisis de estos, en el 2015 se estableció la guía NICE de métodos, evidencias y recomendaciones para la menopausia del National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCC-WCH) y National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Sin embargo, aún no se cuenta con la evidencia suficiente para soportar totalmente el uso o no de la TRH, por lo cual la decisión de iniciar y discontinuar el tratamiento, en última instancia, recae sobre el clínico y el paciente; la decisión de cada mujer de recibir terapia de reemplazo hormonal u otros tratamientos alternativos en la menopausia natural debe ser respetada, siempre y cuando sea el médico tratante quien oriente y acompañe de forma responsable y estrecha la toma de decisiones en pro del mejoramiento de la calidad de vida de estas pacientes.^{49,50} Así pues, la TRH no constituye un tratamiento mandatorio ni obligado en la menopausia; su objetivo primordial es mejorar las condiciones clínicas de las pacientes, además de contribuir en la percepción de la paciente sobre su estado de salud.^{5,50}

CONCLUSIONES

Los síntomas que derivan del cambio en el influjo hormonal que se presenta en la menopausia pueden variar de persona a persona, siendo muy leves y fáciles de llevar en algunas, como severos en otras, creando la necesidad de adaptarse y en muchas ocasiones acudir a diferentes opciones terapéuticas para poder disminuir el impacto que estos producen. Por ello, se requiere de un enfoque integral que incluya acompañamiento, educación y orientación.

Es de vital importancia que el médico tratante cuente con herramientas y opciones terapéuticas que le permitan brindar soluciones a la paciente frente a los síntomas que afectan su calidad de vida, no obstante, en la actualidad no se cuenta con evidencia suficiente para apoyar completamente una terapia adecuada que logre dar una respuesta casi completa a las pacientes y que a la vez considere un equilibrio en riesgo-beneficio.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gudmundsdottir SL, Flanders WD, Augestad LB. Physical activity and cardiovascular risk factors at menopause: The Nord-Trøndelag health study. *Climacteric*. 2013; 16(4): 438-46.
2. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, Lumsden MA, Nappi RE, Shah D, Villaseca P. Writing Group of the International Menopause Society for World Menopause Day 2012. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*. 2012; 15(5): 419-29.

3. Gold EB, Crawford SL, Avis NE, Crandall CJ, Matthews KA, Waetjen LE, et al. Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses from SWAN. *Am J Epidemiol.* 2013;178(1):70-83.
4. Pfister AK, Welch CA, Emmett MK, Sheets NW. Risk factors predicting fractures in early postmenopausal women. *W V Med J.* 2013;109(3):8-15.
5. Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopausicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2010;75(1):17-34.
6. Mishra GD, Kuh D. Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: British prospective cohort study. *BMJ.* 2012;344:e402.
7. Skjærvø GR, Røskaft E. Menopause: No support for an evolutionary explanation among historical Norwegians. *Exp Gerontol.* 2013;48(4):408-13.
8. Coronado PJ, Sánchez-Borrego R, Ruiz MA, Baquedano L, Sánchez S, Argudo C, et al. Psychometric attributes of the Cervantes short-form questionnaire for measuring health-related quality of life in menopausal women. *Maturitas.* 2016 Feb;84:55-62.
9. Jenabi E, Shobeiri F, Hazavehei SM, Roshanaei G. Assessment of Questionnaire Measuring Quality of Life in Menopausal Women: A Systematic Review. *Oman Med J.* 2015;30(3):151-6.
10. Morris E, Currie H. Estrogen deficiency: Education for all! *Menopause Int.* 2013;19(2):55.
11. Utian WH, Woods NF. Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause.* 2013;20(10):1098-105.
12. Capote MI, Segredo AM, Gómez O. Climaterio y menopausia. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011;27(4):543-57.
13. Grisendi V, Spada E, Argento C, Plebani M, Milani S, Seracchioli R, et al. Age-specific reference values for serum FSH and estradiol levels throughout the reproductive period. *GynecolEndocrinol.* 2014;30(6):451-5.
14. Takahashi TA, Johnson KM. Menopause. *Med Clin North Am.* 2015;99(3):521-34.
15. Franco OH, Muka T, Colpani V, Kunutsor S, Chowdhury S, Chowdhury R, et al. Vasomotor symptoms in women and cardiovascular risk markers: Systematic review and meta-analysis. *Maturitas.* 2015;81(3):353-61.
16. Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. 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.
17. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. méd. Chile.* 2010;138(3):358-65.
18. López A, González R. Actualización en menopausia: abordaje desde atención primaria. *Rev Valenciana Med Fam.* 2008;15:4-9.

19. Lwow F, Jedrzejuk D, Dunajska K, Milewicz A, Szmigiero L. Cardiovascular disease risk factors associated with low level of physical activity in postmenopausal Polish women. *GynecolEndocrinol.* 2013;29(7):683-6.
20. Lizcano F, Guzmán G. Estrogen Deficiency and the Origin of Obesity during Menopause. *Biomed Res Int.* 2014;2014:1-12.
21. Nappi RE, Martini E, Martella S, Capuano F, Bosoni D, Giacomini S, et al. Maintaining sexuality in menopause. *Post Reprod Health.* 2014;20(1):22-9.
22. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric.* 2014;17(1):3-9.
23. Politano CA, Valadares AL, Pinto-Neto A, Costa-Paiva L. The metabolic síndrome and sexual function in climacteric women: a cross-sectional study. *J Sex Med.* 2015;12(2):455-62.
24. Mohammadalizadeh S, Rezaei N, Hakimi S, Montazeri A, Taheri S, Taghinejad H, et al. Quality of life of postmenopausal women and their spouses: a community-based study. *Iran Red Crescent Med J.* 2015;17(3):e21599.
25. Sharma S, Mahajan N. Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. *J Midlife Health.* 2015;6(1):16-20.
26. Monterrosa Á, Blumel JE, Chedraui P. Calidad de vida de mujeres en postmenopausia. Valoración con "Menopause Rating Scale" de tres etnias colombianas diferentes. *MedUNAB.* 2009;12(2):80-5.
27. Pinto D, Villagra HA, Moya JM, del Campo J, Pires R. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública.* 2014;35(1):46-52.
28. Vinaccia Alpi S, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psicología.vAvances de la disciplina.* 2012;6(1):123-36.
29. Greene JG. A factor analytic study of climacteric symptoms. *J Psychosom Res.* 1976;20(5):425-30.
30. Hunter M. The Women's Health Questionnaire (WHQ): The development, standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health. *Qual Life Res.* 2000;9(1):733-8.
31. Perz JM. Development of the menopause symptom list: a factor analytic study of menopause associated symptoms. *Women Health.* 1997;25(1):53-69.
32. Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, Schluchter M, Hamilton JC. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause.* 2002;9(6):402-10.
33. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas.* 1998;29(1):19-24.

34. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:28.
35. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. 1996;24(3):161-75.
36. Buendía J, Rodríguez R, Yubero N, Martínez V. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV. *Atención primaria*. 2001;27(2):58-66.
37. Palacios S, Ferrer-Barriendos JJ, Parrila C, Castelo Branco C, Manubens M, Alberich X, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina Clínica*. 2004;122:205-11.
38. Hinrichsen G, Wernecke KD, Schalinski A, Borde T, David M. Menopausal symptoms in an intercultural context: a comparison between German women, Chinese women and migrant Chinese women using the Menopause Rating Scale (MRS II). *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290(5):963-71.
39. Tao M, Shao H, Li C, Teng Y. Correlation between the modified Kupperman Index and the Menopause Rating Scale in Chinese women. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:223-9.
40. Dibonaventura MD, Chandran A, Hsu MA, Bushmakina A. Burden of vasomotor symptoms in France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *Int J Womens Health*. 2013;5:261-9.
41. Chedraui P, Pérez-López FR, Sánchez H, Sánchez P, Miranda O, Quispe P, et al. Application of the 10-item Cervantes Scale among mid-aged Ecuadorian women for the assessment of menopausal symptoms. *Maturitas*. 2014;79(1):100-5.
42. Pérez-López FR, Fernández-Alonso AM, Pérez-Roncero G, Chedraui P, Monterrosa-Castro A, Llana P. Assessment of menopause-related symptoms in mid-aged women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas*. 2013;76(2):151-4.
43. Pérez-López FR, Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Monterrosa-Castro A. Urinary incontinence, related factors and menopause-related quality of life in mid-aged women assessed with the Cervantes Scale. *Maturitas*. 2012;73(4):369-72.
44. Kwak EK, Park HS, Kang NM. Menopause Knowledge, Attitude, Symptom and Management among Midlife Employed Women. *J Menopausal Med*. 2014;20(3):118-25.
45. Comhaire FH, Depypere HT. Hormones, herbal preparations and nutraceuticals for a better life after the menopause: part I. *Climacteric*. 2015;18(3):358-63.
46. Comhaire FH, Depypere HT. Hormones, herbal preparations and nutraceuticals for a better life after the menopause: part II. *Climacteric*. 2015;18(3):364-71.
47. Design of the Women's Health Initiative clinical trial and observational study. The Women's Health Initiative Study Group. *Control Clin Trials*. 1998;19(1):61-109.

48. Hays J, Ockene J, Brunner R, Kotchen J, Manson J, Patterson R, et al. Effects of estrogen plus pro-gestin on health-related quality of life. N Engl J Med. 2003; 348(19):1839-54.

49. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical Guideline Methods, evidence and recommendations. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015.

50. Reid RL, Fortier MP. Menopausal hormone therapy and quality of life: too many pyjamas. J Obstet Gynaecol Can. 2014; 36(11):953-6.

Recibido: 2016-02-24.

Aprobado: 2016-05-15.

Johan Sebastián Lopera-Valle. Médico, Universidad Pontificia Bolivariana. Sede Central Medellín. Circular 1 No. 70-01, Medellín, Colombia. Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina. Teléfono: +57(4) 4936300