

RELACION ENTRE EL NIVEL SOCIOECONOMICO Y LA EDAD DE LA MENOPAUSIA.

*Dr. Juan Enrique Blumel M.
Dr. Miguel Cubillos R.
Dr. Arturo Brandt A.*

SUMMARY

In a previous paper we showed that the age at menopause (MA) of patients of the Chilean National Health Service (CNHS) was 47 years.

In order to see if this low MA could be associated with the low socio-economic level of these patients, we interviewed 178 women from a higher socio-economic class (The "Red Ladies" -hospital voluntary workers). These interviews were compared with those of the CNHS patients.

At interview the average age was similar in both groups: 55.6 years in women of a higher socioeconomic level and 54.9 years in the CNHS patients. In women who had a natural menopause, the MA, corrected by Logit-log, was earlier in the CNHS patients (47.0 ± 4.4 compared to 48.8 ± 5.1 years, $p < 0.002$). The age at menarche in those women was also lower (12.7 ± 2.1 compared with 13.6 ± 1.1 years. $p < 0.001$).

Thus we found that menopause occurs almost 2 years earlier in the lower socioeconomic levels.

KEY WORDS: Menopause, Age at Menopause, Factors modifying the age at menopause, Chile.

INTRODUCCION

El aumento de la esperanza de vida y, consecuentemente, de la población de mayor edad ha originado nuevos problemas de salud pública, muchos de los cuales afectan principalmente a la mujer.

En la menopausia cesa la producción de estrógenos por los ovarios alterándose el metabolismo óseo (1-5) y lipídico (6,7). En EE.UU., el 35 a 40% de las mujeres mayores de 65 años presenta

fracturas en el extremo distal del antebrazo, vértebras o fémur (8). Otros estudios muestran que la mitad de la población femenina sufrirá a lo menos una fractura osteoporótica antes de los 70 años (9). Las enfermedades cardiovasculares, como hipertensión arterial, insuficiencia coronaria e infarto al miocardio, constituyen la principal causa de muerte en los países desarrollados (10). Ambas patologías, íntimamente asociadas al envejecimiento de la población, están haciéndose cada vez más frecuentes. Por esta razón se hace

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Barros Luco Trudeau.

Departamento de Obstetricia y Ginecología. División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Endocrinología Ginecológica. Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Obstetricia y Ginecología. División Ciencias Médicas Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

necesario manejar un mayor número de variables para poder influir, significativamente, en estos problemas de salud.

La edad de menopausia es influenciada por factores externos como el tabaquismo (11,14), las intervenciones quirúrgicas (15,16) y por factores biológicos como la edad de menarquia (16,17), paridad (18) y obesidad (19).

En un trabajo previo (16), entrevistamos a 722 beneficiarias del SSMS, encontrando que la menopausia se presenta 3 a 5 años antes que la comunicada en publicaciones extranjeras (20-23). Analizando las variables implicadas y la literatura al respecto, buscamos alguna relación entre EM y nivel socioeconómico en nuestra población más aún estando en conocimiento que Ernster (18) ha encontrado que el término de la ciclicidad acontece a menor edad en los sectores más modestos.

MATERIAL Y METODO

Entre Mayo y Septiembre de 1988 se entrevistó a 178 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre 45 y 65 años (\bar{x} :55.6 \pm 5.8). Pertenecían al voluntariado femenino "Damas de Rojo", de los Hospitales Del Salvador y Barros Luco-Trudeau. La totalidad de ellas se atendían en Sistemas de Salud Privado. Se descartó a 43 mujeres por estar aún menstruando, a 32 mujeres (23.7%) por estar histerectomizadas y desconocerse, por tanto, la edad del cese de su función ovárica, y a 2 por menopausia precoz. La muestra quedó constituida por 101 mujeres.

Comparamos este grupo con otro (16) formado por 722 mujeres, cuya edad promedio no era significativamente distinta del grupo anterior (54.9 \pm 6.1 años), que consultaron en Policlinicos de Medicina entre Mayo y Agosto de 1987, las que consideramos de nivel socioeconómico inferior por ser beneficiarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). En este grupo se descartó a 198 por estar aún menstruando, a 109 (20.8%) por histerectomía y a 3 por menopausia precoz por lo que quedó constituido por 412 beneficiarias.

Determinamos edad, peso, talla, menarquia, embarazos y partos, trastornos del ciclo en la premenopausia, edad de menopausia, presencia de bochornos, dispareunia, antecedentes tabáquicos y de esterilización quirúrgica. Consideramos sobrepeso, un Índice Peso-Talla (IPT) mayor de 1.10 y obesidad, IPT mayor de 1.20.

Para el manejo estadístico se usó t-Student de doble cola. Para normalizar la distribución de las

edades de menopausia se usó un sistema computacional Logit-Log.

RESULTADOS

La edad promedio al momento de la encuesta fue 59.7 años en las 101 voluntarias y 58.1 años en las 412 beneficiarias del SSMS, todas tenían 45 años o más.

La edad de menopausia normalizada con Logit-Log fue 48.8 \pm 5.1 en el primer grupo y 47.0 \pm 4.4 en el segundo ($p < 0.002$).

La edad de menarquia fue menor en el grupo de voluntarias (12.7 \pm 2.1 años Vs 13.6 \pm 1.9 años, $p < 0.001$).

Sobrepeso y obesidad se observó en 22.8% de las mujeres en el primer grupo y 47.1% en el segundo ($p < 0.001$).

Los trastornos del ciclo, en la premenopausia, fueron más frecuentes en las voluntarias (72.3% Vs 54.1% $p < 0.001$), presentándose en ambos grupos hipo y oligomenorrea como alteraciones más frecuentes.

En el primer grupo los bochornos fueron referidos por 39.6% de las mujeres en la premenopausia y por 59.4%, en la postmenopausia. En las beneficiarias se presentaron en 34.7% de las pacientes, previamente al cese de la función ovárica y 59.0% posteriormente. No tuvieron bochornos 45.6% y 44.0% respectivamente.

Las Damas de Rojo tuvieron menos embarazos, en promedio, que las beneficiarias (5.3 Vs 7.1, $p < 0.001$). Más de 6 gestaciones presentaron 31% de las mujeres de nivel socioeconómico medio y 52.6% de las de nivel modesto. Cabe destacar que de estas últimas, 5 tuvieron más de 20. Una paciente presentó 27 embarazos.

El número de partos fue mayor en el nivel socioeconómico modesto (5.3 Vs 3.3, $p < 0.001$). Más de 6 partos se observó en 4% de las Damas de Rojo y 33.8% de las beneficiarias. Una de estas últimas tuvo 19 niños.

Un 67.3% de las Damas de Rojo estaban con actividad sexual al momento de la encuesta, presentando dispareunia 45.6% de éstas; en las beneficiarias 54.1% estaba sexualmente activo, alcanzando a 62.3% el porcentaje con dispareunia.

El antecedente de tabaquismo fue más frecuente en el nivel socioeconómico más alto (44.6% Vs 18.2%, $p < 0.001$), no así el antecedente de esterilización quirúrgica, que lo fue en el nivel más modesto (19.9% Vs 15.8% NS).

CONCLUSIONES

Al analizar los datos, lo primero que sorprende es el alto porcentaje de mujeres histerectomizadas: 23.7% y 20.8%, valores que, sin embargo, son inferiores al estudio de Mac Mahon (19) quien encontró que 25% a 30% de las mujeres en USA alcanzaban la menopausia producto de una operación ginecológica. En el estudio de Framingham un 27.3% entró a menopausia a consecuencia de una intervención quirúrgica (24).

En nuestro trabajo, en el grupo más modesto la menopausia se presentó casi 2 años antes (47.0 ± 4.4 Vs 48.8 ± 5.1 años). Este hallazgo, con respecto al nivel socioeconómico, es concordante con un estudio de Ernster (18) quien encuentra una EM de 47.8 ± 6.9 en un grupo de bajos ingresos y 51.4 ± 3.6 en el grupo de ingresos superiores.

Las beneficiarias del SSMS tuvieron un índice peso-talla mayor que las Damas de Rojo, lo que concuerda con otros trabajos que muestran que una frecuencia de obesidad es mayor en los estratos más modestos. Stunkard (25) encontró en el "Mid Town Manhattan Study" que 30% de las mujeres de bajo nivel socioeconómico eran obesas, 16% de las del nivel medio y no más del 5% de las de nivel superior.

En las beneficiarias fue mayor el porcentaje que se encontraba sin actividad sexual y que presentaba dispareunia, lo cual parece lógico teniendo en cuenta que en este grupo la menopausia aconteció antes, aumentando el riesgo de alteraciones en el trofismo genital.

Es interesante que en las voluntarias, la menopausia llegó más tardíamente, a pesar de que en ellas el hábito de fumar fue significativamente más frecuente. Son múltiples los estudios que muestran al tabaquismo como factor que adelanta el término de la ciclicidad ovárica (11-14). Las hipótesis sugeridas son que el dióxido de nitrógeno del cigarrillo aumenta la oxidación de las membranas celulares, acelerando el envejecimiento (26) y que los hidrocarburos aromáticos del cigarrillo pueden destruir oocitos y así adelantar la menopausia (27,28).

Es difícil explicarse por qué las mujeres de nivel socioeconómico medio presentaron una mayor frecuencia de trastornos del ciclo en la premenopausia ($p < 0.001$). No sabemos si la menor prevalencia de obesidad en ellas pudiera estar jugando algún rol, ya que el tejido graso es determinante en la conversión de androstenodiona a estrona.

Los bochornos aparecen, en la mayoría de las

mujeres, una vez que cesan las menstruaciones; pero un porcentaje importante de pacientes los presenta en el periodo previo. La incidencia de ellos fue similar en ambos grupos.

Por las graves consecuencias que se derivan de la falta de estrógenos, vale la pena seguir investigando los factores que adelantan la menopausia y tratar de modificarlos, cuando sea posible. La investigación médica parece confirmar que el tratamiento de la mujer postmenopáusica es esencial en la calidad del último tercio de la vida. Por lo tanto, realizar estudios que nos permitan un mejor conocimiento y manejo de esta etapa de la vida pueden ser de gran utilidad para nuestra población femenina.

RESUMEN

En un trabajo previo describimos que la Edad de Menopausia (EM) en pacientes del SSMS era de 47 años. Con el objeto de aclarar si esta baja EM pudiera estar asociada a su bajo nivel socioeconómico se entrevistó a 178 mujeres de un nivel económicamente superior, ("Damas de Rojo") y se las comparó con las beneficiarias del SSMS.

La edad promedio, al momento de la encuesta, fue similar en ambos grupos: 55.6 años en las mujeres de nivel socioeconómico más alto y 54.9 años en las beneficiarias (NS). Al analizar las mujeres con menopausia natural se observó que la EM, normalizada con Logit-log, era más temprana en las beneficiarias (47.0 ± 4.4 Vs 48.8 ± 5.1 años, $p < 0.002$).

La edad de menarquia en ellas fue menor (12.7 ± 2.1 Vs 13.6 ± 1.1 años, $p < 0.001$). Sobre peso u obesidad se encontró en 47.1% y 22.8% respectivamente ($p < 0.001$).

Encontramos, por lo tanto, que la menopausia se presenta casi 2 años antes en los estratos socioeconómicos más modestos.

Palabras Claves: Menopausia, Edad de Menopausia, Factores que la modifican.

REFERENCIAS

1. Dambacher MA, Ruegsegger P, Demarmels NA, Fisher JA. Pathogenesis and treatment of osteoporosis. Second International Conference. Ed. Masson Italia, 1986; pág. 175-194.
2. Nordin BEC, Peacock M, Raron J., et al. Osteoporosis and osteomalacia. Clin Endocrinol Metab. 1980; 9: 177-205.

3. Christiansen C, Christensen MS, Larsen N, Transb01 I. Pathophysiological mechanisms of estrogens effects on bone metabolism. Dose Response relationships in early postmenopausal women. *J. Clin Endocrinol Metab.* 1982; 55:1124 - 30.
4. Whyte MP, Bergfeld MA, Murphy WA, et al. Postmenopausal osteoporosis: A heterogeneous disorders as assessed by histomorphometric analysis of iliac crest bone from untreated patients. *Am Journ Med.* 1982; 72:193 - 202.
5. Richelson LS, Wahner HW, Meslon LJ, Riggs BL. Relative contributions of aging and estrogen to postmenopausal bone loss. *N Engl J Med.* 1984; 311:1273 - 5.
6. Hjortland MC, McNamara PM, Kannel WB. Some atherogenic concomitants of menopause: The Framingham Study. *Am J Epidemiol.* 1976; 103:304 - 11.
7. Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease. The Framingham Study. *Ann Intern Med.* 1976; 85:447 - 452.
8. Crilly RG, Hosman A, Marshall DH, Nordin BEC. *Front Horm Re.* 1978; 5:53 - 70.
9. Jensen GF, Christiansen C, Boesen J, Hedeus V, Transb01 I.: Epidemiology of postmenopausal spinal and long bone fractures: A unifying approach to postmenopausal osteoporosis. *Clin Orthop Rel Res.* 1982; 166: 75 - 81.
10. World Health Organization. *World Health Statistic Annual.* Genova. 1987; ISBN 92-4-067870-0.
11. Darrel HW: Osteoporosis of the slender smoker. *Arch. Intern. Med.* 1976; 136:298-304.
12. Lindquist D, Bengtsson C. Menopausal Age in relation to smoking. *Acta Med. Scand.* 1979; 205:73 - 7.
13. Kaufman DW, Slone D, Rosenberg L, et al. Cigarette smoking and age at natural menopause. *Am J Public Health.* 1980; 70:420 - 2.
14. Jick H, Porter J, Morrison AS. Relation between smoking and age of natural menopause. *Lancet* 1977; 1:1354 - 5.
15. Jewelewicz R, Schwartz M. Premature ovarian failure. *Bull NY Acad Med.* 1986; 62:219-36.
16. Blumel JE, Cubillos M, Brandt A, Muñoz L, Ayarza E. Algunas características clínicas de la Menopausia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1988; 53(5):278 - 82.
17. Benjamin F. The age of the menarche and of the menopause in white South African women and certain factors influencing these times. *South African MJ* 1960; 34:316 - 7.
18. Ernster VL, Petrakis NL. Effect of hormonal events in earlier life in socioeconomic status on age at menopause. *Am J Obstet Gynecol.* 1981; 140: 471 - 2.
19. Mac Mahon B, Worcester J. Age at menopause. *National Center for Health Statistics.* 1966; Series 11 N°19. Washington DC.
20. Willett W, Stampfer MJ, Bain C, Lipnick R, Speizer FE, Rosner B. Cigarette smoking, relative weight, and menopause. *Am J Epidemiol.* 1983; 117:651 - 8.
21. Frommer DJ: Changing age of the menopause. *British Med J.* 1964; 2:349 - 51.
22. Barbo DM. The physiology of the menopause. *The Medical Clinics of North America.* 1987; 71:11 - 22.
23. Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility.* Third Edition. Baltimore, Williams and Wilkings, 1983.
24. Gordon T, Kanne; WB, Hjortland MC, McNamara PM. Menopause and coronary heart disease. The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine.* 1978; 89:157 - 61.
25. Stunkard AJ. Obesity and the social environment. *Recent Advances in Obesity Research: i Proceeding of the 1 st. International Congress on Obesity.* 1975; p. 178-90.
26. Tappel AL. Vitamin E and selenium protection from in vivo lipid peroxidation. *Ann NY Acad Sci.* 1980; 5:18 - 29.
27. Mattison DR, Thorgeirsson SS: Smoking and industrial pollution and their effects on menopause and ovarian cancer. *Lancet* 1978; 1:187 - 8.
28. Gulgas BJ, Mattison DR. Degeneration of mouse oocytes in response to polycyclic aromatic hydrocarbons. *Anat Rec* 1979. 193:863.