

Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Monterrosa-Castro, Álvaro; Carriazo-Julio, Sol María; Ulloque-Caamaño, Liezel
Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas
de calor residentes en el Caribe colombiano

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 63, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 36-45
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195224186005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

PREVALENCIA DE INSOMNIO Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN POSMENOPÁUSICAS QUE PRESENTAN OLEADAS DE CALOR RESIDENTES EN EL CARIBE COLOMBIANO

Prevalence of insomnia and quality of life for post-menopausal women suffering hot flushes living in the Colombian Caribbean region

Álvaro Monterroso-Castro, MD*, **Sol María Carriazo-Julio****, **Liezel Ulloque-Caamaño****

Recibido: noviembre 29/11 – Aceptado: marzo 16/12

RESUMEN

Objetivo: comparar la prevalencia subjetiva de insomnio y del deterioro severo de la calidad de vida en un grupo de mujeres posmenopáusicas que presentan oleadas de calor, con la obtenida en otro grupo con ausencia de las mismas.

Materiales y métodos: estudio transversal en 589 mujeres posmenopáusicas, 40-59 años de edad, que hacen parte del estudio Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas (Cavimec). Se compararon mujeres que referían oleadas de calor con otras que no tenían dicha sintomatología. Para evaluar la calidad de vida se utilizó la Menopause Rating Scale, y para el insomnio la Athens Insomnia Scale.

Resultados: el 49,2% (290/589) de las mujeres manifestaron experimentar oleadas de calor y la prevalencia de insomnio para todo el grupo fue del 34,8% (IC 95%: 31,0-38,8%). En el grupo de mujeres menopáusicas con oleadas de calor la prevalencia de insomnio fue del 45,5% (IC 95%: 37,9-51,4%)

mientras en el grupos sin oleadas de calor fue del 24,4% (IC 95%: 19,7-29,7%). Las oleadas de calor aumentan 2,07 veces el riesgo de insomnio. La prevalencia de deterioro severo de la calidad de vida fue del 17,2% (IC 95%: 13,1-22,1%) en las mujeres con oleadas de calor y del 1,7% (IC 95%: 0,5-3,9%) en las mujeres sin oleadas de calor.

Conclusiones: fue más prevalente el insomnio y el deterioro severo de la calidad de vida en mujeres con oleadas de calor, que entre aquellas libres de dicha manifestación.

Palabras clave: calidad de vida, insomnio, posmenopausia, oleadas de calor.

ABSTRACT

Objective: Comparing the prevalence of subjective insomnia and severe deterioration in the quality of life in a group of postmenopausal women suffering from hot flushes to that obtained in another group not suffering from hot flushes.

Materials and methods: This was a cross-sectional study of 589 40-59-year-old postmenopausal women forming part of a quality of life study covering menopause and Colombian ethnic groups (Cavimec). Women suffering hot flushes were

* Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Titular, Facultad de Medicina, Líder Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. alvaromonterroso@gmail.com

** Estudiante de pregrado. Semillero FEM-Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

compared to others who were not suffering such symptomatology. The menopause rating scale was used for evaluating the quality of life and the Athens insomnia scale for insomnia.

Results: 49.2% (290/589) of the women stated that they had suffered from hot flushes and the prevalence of insomnia for the whole group was 34.8% (31.0-38.8 95%CI). The prevalence of insomnia was 45.5% (37.9-51.4 95%CI) in the group of menopausal women suffering hot flushes whilst prevalence in groups in which hot flushes had not occurred was 24.4% (19.7-29.7 95%CI). Hot flushes increased the risk of insomnia 2.07 times. The prevalence of severe deterioration in the quality of life was 17.2% (13.1-22.1 95%CI) in women suffering hot flushes and 1.7% (0.5-3.9 95%CI) in women without them.

Conclusions: Insomnia and severe deterioration in the quality of life was more prevalent in women suffering hot flushes than in women free from such manifestation.

Key words: Quality of life, insomnia, postmenopausal, hot flushes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Mundial de Sociedades para el Estudio del Sueño pusieron en marcha desde 1997 a nivel mundial la iniciativa Sueño y Salud, un proyecto a veinte años para mejorar el diagnóstico y manejo de los desórdenes del sueño (1). El insomnio se define como la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, presentar despertares nocturnos o tener sueños no reparadores en el último mes. Puede ser pasajero (menor a un mes) o crónico (1). Se estima que afecta al 30% de la población y el 10% lo presenta de forma crónica (2). La relación mujeres/varones es de 1,4, la cual se incrementa con el paso de la edad y llega al 1,7 o más después de los 45 años (3).

El insomnio, usualmente de origen multifactorial, se ha correlacionado con alteraciones del estado físico y mental, así como con reducción significativa

en la calidad de vida y con pobre percepción de salud (4). Distintas alteraciones médicas se han asociado al insomnio: artritis, reflujo gastro-esofágico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes y migraña (5). El insomnio persistente incrementa el riesgo de desarrollar ansiedad, depresión severa y adicciones (1). La polisomnografía, que permite el estudio del sueño en el laboratorio, es herramienta de valoración y se considera que evalúa objetivamente los trastornos del sueño (5). Se han propuesto y utilizado escalas, cuestionarios y registros de sueño, métodos que evalúan subjetivamente las alteraciones del dormir. La Athens Insomnia Scale (AIS) es una herramienta importante que permite realizar diagnóstico clínico de insomnio (6, 7). Esta escala es un instrumento psicométrico de 8 ítems desarrollado por Soldatos *et al.*, cuya traducción al español fue validada por Menclares-Portocarrero (8). Está basada en el CIE-10. Cada ítem se califica de 0 a 3, donde 0 significa ausencia de problemas y 3 la mayor severidad. A mayor puntuación, mayor deterioro. Una puntuación mayor de 5 es diagnóstica de insomnio (7).

Los disturbios del sueño son más prevalentes en mujeres posmenopáusicas y están reportados en los estudios descriptivos de los síntomas menopáusicos (9). A su vez, las oleadas de calor son síntomas frecuentes en mujeres que cursan etapa de climaterio. Se han observado en el 52,2% de las premenopáusicas, 63,6% de las perimenopáusicas y 83,2% de las posmenopáusicas del Caribe colombiano (10). Existe controversia acerca de su etiología y fisiopatogenia (11). La teoría de la zona termoneutral es una interesante propuesta (12). Las oleadas de calor siempre ameritan tratamiento, y la terapéutica más eficaz son los estrógenos (11).

Dado que las oleadas de calor deterioran la calidad de vida, es importante evaluarla en la consulta ginecológica, y debe ser el centro de la atención de las mujeres en etapa de climaterio, incluso desde la atención primaria (13). Las escalas de evaluación de calidad de vida deben estar al alcance de los profesio-

nales de la salud para identificar sus manifestaciones, las alteraciones en los dominios y la magnitud del deterioro de la misma. La escala de evaluación de la menopausia –Menopause Rating Scale (MRS)– es una de ellas y es específica para síntomas meno-páusicos (14); fue desarrollada a inicios de los años noventa, y validada para diversos idiomas, incluido el español. Está compuesta por once síntomas que se agrupan en tres dominios: 1) somático-vegetativo, 2) psicológico, 3) urogenital. Cada uno de los síntomas es calificado como: ausente, leve, moderado, severo o muy severo. La sumatoria de las medias de los síntomas establecen la puntuación de los dominios y la sumatoria de los tres dominios establecen el puntaje total. Entre mayor puntuación mayor es el deterioro de la calidad de vida. Además, pueden establecerse cuatro niveles de severidad del compromiso: ninguno o pequeño, suave, moderado o severo, aplicándose para cada uno de los dominios y para la calidad de vida. Más de 16 en la puntuación total indica deterioro severo de la calidad de vida.

No se conocen estudios realizados en mujeres colombianas en climaterio donde se establezca la prevalencia de insomnio. El objetivo es estimar la prevalencia subjetiva de insomnio y el deterioro severo de la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas que presentan oleadas de calor, y comparar con las cifras obtenidas en mujeres que no las presentan.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal que hace parte del proyecto Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas (Cavimec). El presente informe involucra mujeres del Caribe colombiano con edades entre 40-59 años, de tres etnias/razas. Las indígenas pertenecen a la etnia Zenú, de rasgos fenotípicos indígenas, hijas de padre y madre indígenas, naturales y residentes en el resguardo de San Andrés de Sotavento, departamento de Córdoba. Las afrodescendientes son de piel negra, hijas de padre y madre de raza negra, naturales y residentes en las poblaciones de Mahates, San Pablo, Palenque y Marialabaja, asentamientos afrocolombianos del departamento de Bolívar. Las

mestizas residen en áreas urbanas de la ciudad de Cartagena, no tienen características fenotípicas específicas de raza negra o indígena, y son hijas de padre y madre de distintas características raciales.

Se excluyeron las mujeres que previamente habían sido sometidas a histerectomía, las que no desearon participar, las que no comprendieron adecuadamente las escalas, las que presentaban déficit mental o padecimientos físicos que les dificultasen la participación, y aquellas con formulario mal diligenciado.

Mujeres con formación en promoción social, educación o auxiliares de enfermería fueron seleccionadas y capacitadas previamente como encuestadoras para visitar a las comunidades y puerta a puerta identificar aleatoriamente a las mujeres que participarían. Este procedimiento fue llevado a cabo por integrantes del grupo de investigación. Se llenó el consentimiento informado y se explicaron los alcances de la investigación, que tiene impacto mínimo sobre la integridad física y general de las participantes. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Cartagena.

Las encuestadoras motivaron a las mujeres para participar y resolvieron las dudas antes de aplicar de forma anónima el formulario, el cual incluía preguntas generales sociodemográficas (edad, estado menopáusico, años de estudio, formación profesional, estado civil, hábito de fumar, consumo de café, pareja sexual, etnia/raza y número de hijos). Las mujeres fueron pesadas y talladas. Posteriormente se les entregaron las escalas MRS y AIS en versiones en español, evaluando las manifestaciones en las cuatro semanas previas. Las participantes se autoaplicaron las escalas y se les concedió el tiempo necesario.

Se definió posmenopausia como la amenorrea igual o superior a un año (1). Insomnio a la puntuación mayor a 5 en AIS (6). Deterioro severo de la calidad de vida a la puntuación total mayor a 16 en la escala MRS (14).

Se calculó un tamaño muestral de 600 mujeres, para una prevalencia esperada de insomnio del 50%, margen de error del 4% y nivel de confianza del 95%. La población fue dividida en dos grupos:

mujeres con presencia y con ausencia de oleadas de calor. El análisis fue realizado con Epi-Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2008). La prevalencia de insomnio se estimó a partir del número de mujeres posmenopáusicas con puntuación en AIS superior a 5 y dividido entre todas las participantes posmenopáusicas. La prevalencia de mala calidad de vida se estimó a partir del número de mujeres posmenopáusicas con puntuación en la escala MRS superior a 16 multiplicado por 100 y dividido entre la totalidad de posmeno-

páusicas. Las prevalencias se expresan como proporciones con su respectivo IC del 95%. Los datos se expresan en medias (X) con desviación estándar (\pm DE) para datos continuos, y en porcentajes con IC del 95% para datos categóricos. Las diferencias fueron evaluadas con el test de Kruskal-Wallis para dos grupos. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. Se calculó la razón de prevalencia de oleadas de calor para insomnio y la razón de prevalencia de oleadas de calor para mala calidad de vida.

Tabla 1
Características sociodemográficas

Características	Presencia de oleadas de calor (n = 290)	Ausencia de oleadas de calor (n = 299)	Valor de p
Edad (*)	53,7 \pm 4,1	53,8 \pm 4,2	0,60
Años de posmenopausia	5,1 \pm 3,4	5,4 \pm 3,6	0,18
Edad de la última menstruación	48,6 \pm 3,5	48,3 \pm 3,1	0,14
Peso	67,6 \pm 9,5	66,3 \pm 11,3	0,25
Talla	1,6 \pm 0,7	1,6 \pm 0,6	0,29
IMC	25,7 \pm 3,9	25,3 \pm 4,3	0,56
Años de estudio	9,6 \pm 4,6	10,2 \pm 4,3	0,27
Formación profesional (**)	10,7 (7,4-14,8)	9,0 (6,0-12,9)	0,51
Estado civil casadas	39,7 (34,0-45,5)	47,8 (42,0-53,7)	0,02
Estado civil solteras	8,6 (5,7-12,5)	7,0 (0,4-10,5)	0,47
Estado civil separadas	17,9 (13,7-22,8)	16,1 (12,1-20,7)	0,54
Con pareja sexual actual	62,4 (56,6-68,0)	66,9 (61,2-72,2)	0,25
Hipertensión arterial	26,9 (21,9-32,4)	26,8 (21,8-32,2)	0,96
Fumadoras actuales	10,7 (7,4-14,8)	15,4 (11,5-20,0)	0,09
Consumo diario de café	72,1 (66,5-77,2)	63,2 (57,5-68,7)	0,02
Dedicación ama de hogar	59,7 (53,8-65,3)	48,8 (43,0-54,6)	0,008
Actividad laboral en oficina	13,1 (9,4-17,5)	25,4 (20,6-30,7)	0,0001
Uso de terapia hormonal	15,2 (11,2-19,8)	2,0 (0,7-4,3)	< 0,0001

* X \pm DE

** % (IC 95%)

Tabla 2
Valoración de manifestaciones relacionadas con el sueño.
Puntuación promedio y desviación estándar

Escala de Atenas	Presencia de oleadas de calor (n = 290) X ± SD	Ausencia de oleadas de calor (n = 299) X ± SD	Valor P
Inducción del dormir	0,7 ± 0,8	0,5 ± 0,8	< 0,0005
Despertares durante la noche	0,9 ± 0,8	0,8 ± 0,9	< 0,0221
Despertar final más temprano de lo deseado	0,7 ± 0,8	0,5 ± 0,8	< 0,0005
Duración total del dormir	0,7 ± 0,8	0,5 ± 0,9	< 0,0005
Calidad general del dormir	0,7 ± 0,8	0,4 ± 0,8	< 0,0005
Sensación de bienestar durante el día	0,6 ± 0,8	0,4 ± 0,8	< 0,0005
Funcionamiento físico-mental durante el día	0,6 ± 0,7	0,3 ± 0,7	< 0,0005
Somnolencia durante el día	0,8 ± 0,8	0,6 ± 1,0	< 0,0005
Puntuación total	6,0 ± 5,5	4,3 ± 6,3	< 0,0005

RESULTADOS

Entre febrero-junio del 2011 fueron identificadas 1495 mujeres, de las cuales 98 (6,5%) tenían criterios de exclusión; 1397 mujeres fueron evaluadas, encontrando 32 formularios incompletos (2,3%) que fueron eliminados. De las 1365 mujeres involucradas, residentes en poblaciones urbanas y rurales del Caribe colombiano, 589 (43,2%) estaban en posmenopausia. Estas últimas constituyeron la población de estudio.

Las características sociodemográficas de la población involucrada son: edad promedio: 53,8 ± 4,1; peso: 66,9 ± 10,5; talla: 1,6 ± 0,6; IMC: 25,5 ± 4,1; número de hijos: 3,1 ± 2,0, y años de estudio: 9,9 ± 4,5. Actualmente unidas –casadas o en unión libre–: 376 (63,8%). Afrodescendientes: 52 (8,8%), indígenas: 86 (14,6%) y mestizas: 451 (76,6%). Con pareja sexual: 381 (74,7%). La tabla 1 compara características sociodemográficas del grupo de mujeres con oleadas de calor y de las libres de dicha manifestación. Se encontraron diferencias significativas en el uso de terapia hormonal, en el ser ama de casa, trabajar en la oficina, y en el hábito de consumo diario de café.

La prevalencia de insomnio en la población global fue del 34,8% (205/589) (IC 95%: 31,0-38,8%). La prevalencia de oleadas de calor fue del 49,2% (290/589) (IC 95%: 45,2-53,2%). En el grupo de mujeres con oleadas de calor la prevalencia de insomnio fue de 45,5% (IC 95%: 39,7-51,4%), mientras en el grupo sin síntomas vasomotores la prevalencia fue del 24,4% (IC 95%: 19,7-29,2%). La razón de prevalencia: 2,07 (IC 95%: 1,7-2,4%).

Se encuentra un mayor deterioro en los diferentes ítems relacionados con el sueño de la Escala de Atenas en las mujeres con síntomas vasomotores (tabla 2). Sin embargo, no se observó diferencia en la presencia de manifestaciones severas de los ítems de AIS entre mujeres con y sin oleadas de calor, excepto en la sensación de bienestar durante el día (tabla 3).

La prevalencia de deterioro severo de la calidad de vida en la población total fue de 9,3% (55/589) (IC 95%: 7,2-12,1%). La prevalencia de deterioro severo de la calidad de vida fue del 17,2% (IC 95%: 13,1-22,1%) en las mujeres con oleadas de calor y del 1,7% (IC 95%: 0,5-3,9%) en las mujeres sin oleadas de calor. Se encontró que no tenían deterioro de la calidad de vida el 13,8% (IC 95%:

Tabla 3
Deterioro severo de las manifestaciones relacionadas con el sueño.
Prevalencia porcentual

Escala de Atenas	Todas (n = 589) % (IC 95%)	Presencia de oleadas de calor (*) (n = 290) % (IC 95%)	Ausencia de oleadas de calor (*) (n = 299) % (IC 95%)
Inducción del dormir (Marcadamente retrasado, muy retrasado o no durmió)	14,9 (12,2-18,1)	16,9 (12,8-21,7)	13,0 (9,4-17,4)
Despertares durante la noche (Problema considerable, problema serio o no durmió en lo absoluto)	19,2 (16,1-22,7)	20,0 (15,6-25,1)	18,4 (14,2-23,3)
Despertar final más temprano (Marcadamente más temprano, mucho más temprano o no durmió)	15,4 (12,7-18,7)	17,6 (13,4-22,5)	13,4 (9,7-17,8)
Duración total del dormir (Marcadamente insuficiente, muy insuficiente o no durmió)	16,5 (13,6-19,8)	17,2 (13,1-22,1)	15,7 (11,8-20,3)
Calidad general del dormir (Marcadamente insatisfactoria, muy insatisfactoria o no durmió)	14,4 (11,7-17,6)	16,2 (12,2-21,0)	12,7 (9,2-17,0)
Sensación de bienestar durante el día (Marcadamente disminuida o muy disminuida)	16,0 (13,1-19,2)	19,3 (14,9-24,3)	12,7 (9,2-17,0)
Funcionamiento físico mental durante el día (Marcadamente disminuido o muy disminuido)	12,2 (9,7- 15,2)	12,8 (9,1-17,2)	11,7 (8,3-15,9)
Somnolencia durante el día (Considerable o intensa)	15,4 (12,7-18,7)	16,6 (12,5-21,3)	14,4 (10,6-18,9)

10,0-18,3%) de las mujeres con oleadas de calor, y el 65,6% (IC 95%: 59,9-70,9%) de las mujeres libres de la manifestación. Se encontró mayor deterioro en todos síntomas, dominios y calidad de vida en las mujeres que manifestaban oleadas de calor ($p < 0,0005$) (tabla 4). El deterioro severo fue más manifiesto en los dominios somato-vegetativo, psicológico y urogenital. La razón de prevalencia de las oleadas de calor para inducir deterioro severo de

la calidad de vida fue de 10,1 (IC 95%: 4,0-25,0%) (tabla 5).

DISCUSIÓN

Las alteraciones en el sueño son relativamente comunes en mujeres en climaterio y una de las más frecuentes es el insomnio (5). No obstante, existen discrepancias en la prevalencia del insomnio debido a diferencias culturales, a las distintas herramientas

de medición utilizadas e incluso a la definición de insomnio (15, 16).

El 34,8% de las mujeres posmenopáusicas del presente estudio presentaron insomnio subjetivo. En el grupo de mujeres con oleadas de calor la prevalencia de insomnio fue de 45,5%, y en mujeres que no las presentan fue de 24,4%. Nuestra prevalencia es similar a la descrita en el estudio de Ovens (17), quien señala que 42% de posmenopáusicas tenían disturbios del sueño, magnitud que se incrementó con el paso desde pre a la posmenopausia en mujeres que no recibían terapia hormonal. En un estudio realizado en la comunidad Ming (18), al comparar mujeres posmenopáusicas con premenopáusicas encuentra que el OR para dificultad en el inicio

del sueño fue de 2,65 (IC 95%:1,83-3,85%), fragmentación del sueño, 2,31 (IC 95%: 1,78-3,37%), despertar temprano en la mañana 2,96 (IC 95%: 1,34-6,55%), y uso de píldoras para dormir 4,04 (IC 95%:1,47-11,15%). El mismo estudio (18) establece como factores que afectan la calidad al dormir y generan dificultades para el inicio del sueño: oleadas de calor OR: 1,43 (IC 95%: 1,16-1,77%) y estado posmenopáusico OR: 1,38 (IC 95%: 1,11-1,72%).

La mala calidad del dormir puede ser indicador de un patrón generalizado de inadecuada salud y reducción significativa en la calidad de vida, e incluso incremento en la utilización de servicios de salud (19).

Tabla 4
Síntomas, dominios y calidad de vida.
Promedio y desviación estándar

Escala “Menopause Rantig Scale” (MRS)	Presencia de oleadas de calor (n = 290) X ± DE	Ausencia de oleadas de calor (n = 299) X ± DE	Valor de p
Dominio somático			
Sofocos, sudoración	1,5 ± 0,8	0,0	< 0,0005
Molestias cardiacas	0,8 ± 0,8	0,2 ± 0,5	< 0,0005
Trastornos del sueño	1,3 ± 1,0	0,6 ± 0,9	< 0,0005
Molestias musculares/articulares	1,4 ± 1,0	0,8 ± 0,9	< 0,0005
Total dominio somático	5,2 ± 2,6	1,7 ± 2,1	< 0,0005
Dominio psicológico			
Estados de ánimo depresivo	1,0 ± 1,0	0,3 ± 0,6	< 0,0005
Irritabilidad	0,8 ± 0,9	0,2 ± 0,5	< 0,0005
Ansiedad	0,7 ± 0,8	0,1 ± 0,5	< 0,0005
Cansancio físico y mental	1,1 ± 0,9	0,4 ± 0,6	< 0,0005
Total dominio psicológico	3,8 ± 3,0	1,3 ± 1,8	< 0,0005
Dominio urogenital			
Problemas sexuales	0,8 ± 1,0	0,2 ± 0,6	< 0,0005
Problemas de vejiga (incontinencia)	0,4 ± 0,7	0,3 ± 0,6	< 0,0005
Sequedad vaginal	0,7 ± 1,0	0,2 ± 0,6	< 0,0005
Total dominio urogenital	2,1 ± 2,2	0,7 ± 1,3	< 0,0005
Calidad de vida			
Puntuación total	11,1 ± 6,5	3,8 ± 4,4	< 0,0005

Tabla 5
Grado de severidad de los síntomas menopáusicos agrupados por dimensiones y calidad de vida.
Prevalencia porcentual

Escala “Menopause Rantig Scale” (MRS)	Presencia de oleadas de calor (n = 290) % (IC 95%)	Ausencia de oleadas de calor (n = 299) % (IC 95%)
Deterioro de la dimensión somático-vegetativa		
No o pequeña	13,8 (10,0-18,3)	69,2 (63,7-74,4)
Suave	32,4 (27,1-38,1)	14,7 (10,9-19,2)
Moderado	43,1 (37,3-49,0)	15,1 (11,2-19,6)
Severo	10,7 (7,4-14,8)	1,0 (0,2-2,9)
Deterioro de la dimensión psicológica		
No o pequeño	25,5 (20,6-30,2)	64,2 (58,5-69,6)
Suave	24,8 (20,0 - 30,2)	24,4 (19,7-29,7)
Moderado	35,2 (29,7-41,0)	9,4 (6,3-13,2)
Severo	14,5 (10,6-19,1)	2,0 (0,7-4,3)
Deterioro de la dimensión urogenital		
No o pequeño	30,7 (25,4-36,6)	61,9 (56,1-67,4)
Suave	22,4 (17,7-27,7)	21,4 (16,9-26,5)
Moderado	22,4 (17,7-27,7)	11,0 (7,7-15,1)
Severo	24,5 (19,6-29,9)	5,7 (3,3-8,9)
Deterioro de la calidad de vida		
No o pequeño	13,8 (10,0-18,3)	65,6 (59,9-70,9)
Suave	26,6 (21,6-32,0)	16,1 (12,1-20,7)
Moderado	42,4 (36,7-48,3)	16,7 (12,7-21,4)
Severo	17,2 (13,1-22,1)	1,7 (0,5-3,9)

Aunque las oleadas de calor ocurren frecuentemente durante el sueño, se desconoce la relación de causalidad entre las oleadas de calor/sudoración nocturna y trastornos del sueño. Freedman y Roehrs (6), en el 2007, informan haber realizado el primer estudio que evalúa el origen de la pobre calidad del sueño en peri y posmenopáusicas, utilizando en simultánea método objetivo (electroencefalograma, electro-oculograma y electromiograma para medir las modificaciones del sueño, así como un grabador de conducción térmica aplicado en el esternón para identificar y medir las oleadas de calor) y método subjetivo (formulario de quejas sobre el dormir). Señalan que los desórdenes primarios del sueño –apnea del sueño y movimientos espasmódicos de

miembros inferiores– son mejores predictores objetivos para la reducción de la eficiencia del sueño que las oleadas de calor. Señalan además que los dos predictores significativos de los disturbios subjetivos del sueño son la ansiedad y las oleadas de calor que se suceden en la primera mitad de la noche. Ambas situaciones están asociadas con más despertares. Los mismos autores (6) señalan que las oleadas de calor en la segunda mitad de la noche ocurren después de episodios de despertar o activación cortical, mientras que las sucedidas en la primera mitad de la noche anteceden al despertar y podrían asociarse a sudoración nocturna. Los mecanismos no están claramente establecidos, aunque es conocido que en la segunda mitad de la noche existen más movi-

mientos oculares rápidos (REM), y el sueño REM suprime las respuestas efectoras termorreguladoras como sudoración y vasodilatación periférica, que hacen parte de las oleadas de calor.

Ensrud *et al.* (20), utilizando una escala diferente –Insomnia Severity Index (ISI)– en una cohorte de mujeres posmenopáusicas con elevada frecuencia de oleadas de calor moderadas y severas, encuentra asociación significativa entre oleadas de calor e insomnio, fragmentación del sueño y toda la noche desvelada, tanto en modelos no ajustados como ajustados. En el presente estudio, en las mujeres con oleadas de calor se observó un mayor compromiso en la mayoría de las manifestaciones relacionadas con el sueño. No obstante Ensrud *et al.* (20), con la escala ISI, no observaron asociación significativa entre oleadas de calor moderadas y severas con el tiempo total de sueño, latencia de sueño y eficiencia del mismo.

Es amplia la información referente al deterioro de la calidad de vida a consecuencia de las oleadas de calor (21, 22). El Study of Women's Health Across the Nation (23) señala que las oleadas de calor modifican significativamente aspectos emocionales, corporales y de vitalidad de mujeres en la transición menopáusica. Igual se observa en un estudio a gran escala en 8373 mujeres latinoamericanas (24), que involucra a las mujeres colombianas del presente estudio, donde se encontró que las mujeres con oleadas de calor tenían OR: 5,24 (IC 95%: 4,75-5,78%) para presentar taquicardia, OR: 4,26 (IC 95%: 3,87-4,68%) para estado de ánimo depresivo, OR: 4,14 (IC 95%: 3,77-4,55%) para problemas de sueño, OR: 3,96 (IC 95%: 3,60-4,35%) para problemas sexuales, OR: 3,93 (IC 95%: 3,58-4,31%) para ansiedad, OR: 3,84 (IC 95%: 3,48-4,23%) para cansancio físico mental, OR: 3,67 (IC 95%: 3,34-4,03%) para sequedad vaginal, OR: 3,38 (IC 95%: 3,08-3,72%) para irritabilidad, OR: 3,39 (IC)%: 3,08-3,73%) para problemas músculo-articulares, y OR: 3,11 (IC 95%: 2,84-3,42%) para problemas de vejiga, manifestaciones evaluadas con MRS. De igual forma, en el presente estudio se observa que

las mujeres con oleadas de calor tuvieron significativamente más prevalencia de todas las otras manifestaciones menopáusicas, más deterioro de las tres dimensiones y peor calidad de vida. El 16,8% de las mujeres con oleadas de calor presentó deterioro severo de la calidad de vida, frente a 1,7% de las participantes que no las tenían.

El estudio sugiere asociación entre oleadas de calor con presencia subjetiva de insomnio y con deterioro severo de la calidad de vida. Tiene como principal fortaleza haber sido realizado en la comunidad, con dos instrumentos ampliamente utilizados, validados en español. Al parecer, es el primer estudio colombiano que establece prevalencia de insomnio en mujeres posmenopáusicas con AIS. Tiene las limitaciones de los estudios transversales y no haber utilizado mediciones objetivas para valoración del sueño y de las oleadas de calor, y el riesgo de las comparaciones múltiples. Por otra parte, hay limitaciones para generalizar las observaciones de las mujeres menopáusicas del Caribe colombiano. Los resultados deben alertar a los profesionales de la salud que atienden mujeres en climaterio, y sería adecuado hacer su búsqueda de manera rutinaria.

CONCLUSIONES

En un grupo de mujeres del Caribe colombiano en posmenopausia la prevalencia de insomnio es de 34,8%. Aquellas con presencia subjetiva de oleadas de calor tienen peor calidad de vida que las mujeres que no tienen oleadas de calor.

REFERENCIAS

- Rosenthal M. Epidemiology, Sleep and menopause. Menopause 2003;10:4-5.
- Partinen M, Hublin C. Epidemiology of sleep disorders. En: Kryger M, Roth T, Dement E (eds). Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 558-79.
- Ohayoon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. SleepMed Rev 2002;6:97-111.
- Reyes-López A, Lemus-Carmona A, Manterola-Cornejo O, Ramírez-Bermúdez J. Repercusiones

- médicas, sociales y económicas del insomnio. *Arch Neurocien* 2009;14:266-72.
5. Freedman R, Roehrs T. Sleep disturbance in menopause. *Menopause*. 2007;14:826-9.
 6. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Atenas Insomnia Scale: valitacion of an instrument base don ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 2000;48:555-60.
 7. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Atenas Insomnia Scale. *J Psychosom Res* 2003;55:263-7.
 8. Nenclares-Portocarrero A, Jiménez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental* 2005; 28:34-9.
 9. Saletu-Zyhlars G, Anderer P, Gruber G, et al. Insomnia durigmenopasue. En: Attarian HP (eds). *Sleep Disorders in Women. A guide to practical management*. New Jersey: Human Press; 2006. p. 225-50
 10. Monterrosa A, Paternina A, Romero I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado Menopáusico. *Iatreia* 2011;24:136-45.
 11. Freedman RR. Hormone dynamics and menopausal symptoms: the clinical role of vasomotor symptoms and sleep disturbance. En: Soares C, Warren M (eds). *The menopausal transition. Interface between Psychiatry and Gynecology*. Basel: S. Karger AG; 2009. p. 88-101.
 12. Freedman RR. Biochemical, metabolic, and vascular mechanisms in menopausal hot flashes. *Fertil Steril* 1998;70:332-7.
 13. Monterrosa A. ¿Qué hacer en la atención primaria de la mujer en menopausia y climaterio? *MedUNAB* 2005;8:137-46.
 14. Heinemann LA. International version of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:28.
 15. Zervas I, LambrinoudakiI, Spyropoulou A, et al. Additive effect of depressed mood and vasomotor symptoms on postmenopausal insomnia. *Menopause* 2009;16:837-42.
 16. Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno del insomnio. *Anales de Psicología* 2007;23:109-17.
 17. Owens JF, Matthews KA. Sleep disturbance in healthy middle aged women. *Maturitas* 1998;30:41-50.
 18. Ming-Huei Ch, Chung-Yao Hsu, Shuu-Jiun W, et al. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause* 2008;15:958-62.
 19. Benca RM. Consequences of insomnia and its therapies. *J ClinPsychiatry*. 2001;62:S33-8.
 20. Ensrud K, Stone K, Blackwell T, et al. Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes. *Menopause* 2009;16:286-92.
 21. Hunter M, Rendall M. Biopsychosociocultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:261-74.
 22. Whiteman MK, Staropoli CA, Langenberg PW, McCarter RJ, Kjerulff KH, Flaws JA. Smoking, body mass, and hot flashes in midlife women. *Obstet Gynecol* 2003;101:264-72.
 23. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory Marcia, et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2009;16:860-9.
 24. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Benkosme A, Calle A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause* 2011;18:778-85.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Financiación: parte de la investigación ha sido financiada por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, Colombia. Convocatoria interna de proyectos de investigación de grupos categorizados por Colciencias (2010-2011). Este trabajo hace parte de la línea de investigación “Tiempo de menopausia” del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena, Colombia.