

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN DE MÉDICO CIRUJANO

***PRESENCIA DE INSOMNIO EN MUJERES MENOPÁUSICAS QUE
RECIBEN Y NO RECIBEN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL Y SU
RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE
QUITO EN EL PERIODO DE JULIO-AGOSTO DEL 2016.***

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

MÓNICA GABRIELA GRANIZO SALAZAR
PAMELA ESTEFANÍA NAVARRETE GUEVARA

TUTORA
DRA. ROSA MARÍA DE LOURDES GOYES AYALA

QUITO, 2016

***“PRESENCIA DE INSOMNIO EN MUJERES MENOPÁUSICAS QUE
RECIBEN Y NO RECIBEN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL Y SU
RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE
QUITO EN EL PERIODO DE JULIO-AGOSTO DEL 2016”.***

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por guiarnos por el camino correcto, a nuestros familiares y amigos por su apoyo incondicional, por el constante impulso a cumplir nuestras metas y por la paciencia en cada paso para la culminación de nuestro primer logro.

Agradecemos a la Dra. Rosa María De Lourdes Goyes Ayala por guiarnos a través del camino con sus consejos, enseñanzas y apoyo para culminar nuestro trabajo.

A todos quienes conforman el Hospital San Francisco de Quito por su colaboración y datos proporcionados para la culminación de este proyecto.

DEDICATORIA

A mi madre por ser mi apoyo incondicional en todo este camino, por estar siempre presente en los buenos y malos momentos con su amor, su condescendencia y paciencia inagotables, en todo momento preocupada por mi felicidad y bienestar. Por todo su esfuerzo y dedicación, gracias por haber hecho de mí la persona que soy.

A mi padre quien me enseñó a ser una persona responsable, honesta y a realizar siempre las cosas de manera correcta, por brindarme su apoyo en cada paso a lo largo del camino. Por su esfuerzo de cada día para ayudarme a cumplir mis sueños.

A mi hermano por ser mi cómplice con sus consejos, abrazos, regaños y jodas en las buenas y malas siempre apoyándome e impulsándome a ser mejor.

En memoria de mi abuelito Flavio Granizo por los momentos vividos a su lado los que significaron un gran impulso para seguir adelante y cumplir de la mejor manera con mis objetivos. A mis abuelitas por ser mi ejemplo de mujeres luchadoras, que con su amor y ternura han fomentado en mí grandes valores.

A mi tía Verónica Salazar por ser como mi segunda madre, por ser una guía y ejemplo durante toda mi vida. Por apoyarme en los momentos más difíciles y compartir conmigo los momentos más importantes.

A mis amigas Beatriz Rivadeneira y Karen Cárdenas por ser como mis hermanas compartiendo las alegrías, tristezas, locuras y aprendizajes siempre juntas. Por haber sido parte de este camino de principio a fin.

Mónica Gabriela Granizo Salazar

DEDICATORIA

A mis padres por todo su amor incondicional, por apoyar y cuidar cada paso que doy guiándome por el camino del bien y del amor, por todo su esfuerzo constante para ayudarme a alcanzar este sueño y por enseñarme que no existe pilar más fuerte que la familia.

A mis hermanas que son la luz de mi vida, por enseñarme a ser fuerte y a saber que cuando no se puede ser fuerte, siempre las tendré para levantarme, para levantarnos juntas.

A mi amor Jorge, que me acompaña en cada meta cumplida y en cada nuevo sueño loco que anhelo cumplir, por nunca soltarme la mano, por toda la paciencia, el apoyo y amor, por hacer de este un camino más fácil y feliz y enseñarme a creer en mí misma y en mis capacidades.

A mi familia: abuelitas, tíos, tías, primas por ser parte importante de todo este camino por brindarme su cariño y compartir conmigo cada alegría.

A mis amigas y colegas Rosi Pantoja, Michelle Peñaherrera, Pamela Meneses y Gabriela Naranjo por ayudarme a crecer como persona y como profesional, por regalarme su amistad incondicional y sin prejuicios, por ser mis cuatro hermanas postizas.

Pamela Estefanía Navarrete Guevara

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TÉRMINOS	8
ÍNDICE DE TABLAS	10
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
RESUMEN	13
ABSTRACT.....	15
1. CAPÍTULO I	17
1.1. INTRODUCCIÓN	17
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	19
2.1. MENOPAUSIA	19
2.1.1. DEFINICIÓN	19
2.1.2. HISTORIA DE LA MENOPAUSIA	19
2.1.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	21
2.1.4. FISIOLÓGÍA.....	22
2.1.5. CLÍNICA	24
2.1.5.1. SÍNTOMAS VASOMOTORES.....	24
2.1.5.2. INSOMNIO EN LA MENOPAUSIA.....	27
2.1.5.3. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS.....	28
2.1.5.4. ATROFIA UROGENITAL	29
2.1.5.5. TRASTORNOS URINARIOS	29
2.1.5.6. OSTEOPOROSIS	30
2.1.5.7. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	31
2.1.6. DIAGNÓSTICO	32
2.1.7. TRATAMIENTO	33
2.1.7.1. NO FARMACOLÓGICO.....	33
2.1.7.2. FARMACOLÓGICO	35
2.2. INSOMNIO.....	40
2.2.1. DEFINICIÓN	40
2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	40
2.2.3. FACTORES DE RIESGO	42
2.2.4. FISIOPATOLOGÍA	43
2.2.5. CLÍNICA	46

2.2.6.	DIAGNÓSTICO.....	47
2.2.7.	TRATAMIENTO.....	47
2.2.7.1.	NO FARMACOLÓGICO.....	48
2.2.7.2.	FARMACOLÓGICO.....	48
3.	CAPÍTULO III : MATERIALES Y MÉTODOS.....	50
3.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	50
3.2.	OBJETIVO GENERAL.....	50
3.3.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
3.4.	HIPÓTESIS.....	51
3.5.	JUSTIFICACIÓN.....	51
3.6.	TIPO DE ESTUDIO.....	53
3.7.	MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	53
3.8.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	54
3.9.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	54
3.10.	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	54
3.11.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	55
3.12.	RESUMEN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL ANÁLISIS Y CORRELACIONES DE VARIABLES.....	56
3.13.	ASPECTOS BIOÉTICOS.....	58
4.	CAPÍTULO IV - RESULTADOS.....	59
4.1.	ANÁLISIS UNIVARIAL: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	59
4.1.1.	EDAD.....	59
4.1.2.	OCUPACIÓN.....	59
4.1.3.	TRATAMIENTO.....	60
4.2.	VARIABLES DE MORBILIDAD.....	61
4.2.1.	BOCHORNOS.....	61
4.2.2.	PALPITACIONES.....	61
4.2.3.	INSOMNIO.....	62
4.2.4.	CALIDAD DE VIDA.....	64
4.3.	ANÁLISIS BIVARIAL.....	65
4.3.1.	INSOMNIO VS TRATAMIENTO.....	65
4.3.2.	INSOMNIO INICIAL VS TRATAMIENTO.....	66

4.3.3.	INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS TRATAMIENTO	67
4.3.4.	INSOMNIO TERMINAL VS TRATAMIENTO.....	68
4.3.5.	INSOMNIO VS GRUPOS DE EDAD	69
4.3.6.	INSOMNIO INICIAL VS GRUPOS DE EDAD	70
4.3.7.	INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS GRUPOS DE EDAD.....	71
4.3.8.	INSOMNIO TERMINAL VS GRUPOS DE EDAD	72
4.3.9.	INSOMNIO VS PALPITACIONES	73
4.3.10.	INSOMNIO INICIAL VS PALPITACIONES.....	74
4.3.11.	INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS PALPITACIONES	75
4.3.12.	INSOMNIO TERMINAL VS PALPITACIONES.....	76
4.3.13.	INSOMNIO VS BOCHORNOS.....	77
4.3.14.	INSOMNIO INICIAL VS BOCHORNOS	78
4.3.15.	INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS BOCHORNOS	79
4.3.16.	INSOMNIO TERMINAL VS BOCHORNOS	80
4.3.17.	INSOMNIO VS OCUPACIÓN.....	81
4.3.18.	INSOMNIO INICIAL VS OCUPACIÓN	82
4.3.19.	INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS OCUPACIÓN.....	83
4.3.20.	INSOMNIO TERMINAL VS OCUPACIÓN	84
4.3.21.	INSOMNIO VS CALIDAD DE VIDA	85
4.3.22.	INSOMNIO INICIAL VS CALIDAD DE VIDA	86
4.3.23.	INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS CALIDAD DE VIDA.....	87
4.3.24.	INSOMNIO TERMINAL VS CALIDAD DE VIDA	88
5.	CAPITULO V – DISCUSIÓN	90
6.	CAPITULO VI – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	98
6.1.	CONCLUSIONES	98
6.2.	RECOMENDACIONES.....	99
7.	BIBLIOGRAFÍA	101
8.	ANEXOS	108
	ANEXO 1.....	108
	ANEXO 2.....	111

ÍNDICE DE TÉRMINOS

ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Americano de Obstetras y ginecólogos)
ACTH	Adrenocorticotropic hormone (Hormona Adrenocorticotropa)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención de Salud)
CA	Cáncer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CRH	Corticotropin-releasing hormone (Hormona Liberadora de Corticotropina)
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)
ECA	Ensayo Controlado Aleatorizado
ECV	Evento Cerebro-Vascular
FSH	Follicle Stimulating Hormone (Hormona Folículo estimulante)
GABA	Ácido Gamma-Aminobutírico
GnRH	Gonadotropin-Releasing Hormone (Hormona Liberadora de Gonadotropina)
GPC	Guía de Práctica Clínica
HDL	High Density Lipoprotein (Lipoproteína de alta densidad)
HSFQ	Hospital San Francisco de Quito
IC	Intervalos de Confianza
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IL-6	Interleuquina 6
IMC	Índice de Masa Corporal
ISI	Insomnia Severity Index (Índice de Gravedad del Insomnio)
Kg	Kilogramo
LDL	Low Density Lipoprotein (Lipoproteína de baja densidad)
LH	Luteinizing Hormone (Hormona Luteinizante)
m²	Metro cuadrado
mg	Miligramo
MRS	Menopause Rating Scale
NAMS	North American Menopause Society (Sociedad Norte Americana de Menopausia)

NIH	National Institute of Health (Instituto Nacional de Salud)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio (Razón de Oportunidades)
PSG	Polisomnografía
PUCE	Pontificia Universidad Católica del Ecuador
REM	Rapid Eye Movement (movimiento ocular rápido)
REs	Receptores Estrogenicos
RR	Riesgo Relativo
SWAN	Study of Women's Health Across the Nation
TE	Terapia con solo Estrógenos
TEP	Terapia con Estrógenos y Progestágenos
TH	Terapia Hormonal
TRH	Terapia de Reemplazo Hormonal
TNFα	Tumor Necrosis Factor alpha (Factor de Necrosis Tumoral alfa)
UI/L	Unidades Internacionales por Litro
WHO	World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)
WHI	Women's Health Initiative (Iniciativa para la Salud de las Mujeres)

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.** Terapias psicológicas y conductuales para insomnio
- Tabla 2.** Operacionalización de variables
- Tabla 3.** Resumen de metodología utilizada en el análisis y correlaciones de las variables.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Modelo explicativo de los componentes y mecanismos del insomnio crónico: hipótesis de la internalización.
- Gráfico 2.** Frecuencia relativa de distribución por Edad.
- Gráfico 3.** Frecuencia relativa de distribución por Ocupación.
- Gráfico 4.** Frecuencia relativa de distribución uso de TRH.
- Gráfico 5.** Frecuencia relativa de Bochornos y sus grados de intensidad.
- Gráfico 6.** Frecuencia relativa de Palpitaciones y sus grados de intensidad.
- Gráfico 7.** Frecuencia relativa de Insomnio.
- Gráfico 8.** Frecuencia relativa de insomnio Inicial.
- Gráfico 9.** Frecuencia relativa de Insomnio de Mantenimiento.
- Gráfico 10.** Frecuencia relativa de Insomnio Terminal.
- Gráfico 11.** Grafico comparativo de la Frecuencia de los distintos tipos de Insomnio.
- Gráfico 12.** Frecuencia relativa de percepción de afectación en la Calidad de Vida.
- Gráfico 13.** Insomnio vs Tratamiento.
- Gráfico 14.** Insomnio Inicial vs Tratamiento.
- Gráfico 15.** Insomnio de Mantenimiento vs Tratamiento.
- Gráfico 16.** Insomnio Terminal vs Tratamiento.
- Gráfico 17.** Insomnio vs Grupos de Edad.
- Gráfico 18.** Insomnio Inicial vs Grupos de Edad.
- Gráfico 19.** Insomnio de Mantenimiento vs Grupos de Edad.
- Gráfico 20.** Insomnio Terminal vs Grupos de Edad.
- Gráfico 21.** Insomnio vs Palpitaciones.
- Gráfico 22.** Insomnio Inicial vs Palpitaciones.
- Gráfico 23.** Insomnio de Mantenimiento vs Palpitaciones.
- Gráfico 24.** Insomnio Terminal vs Palpitaciones.
- Gráfico 25.** Insomnio vs Bochornos.
- Gráfico 26.** Insomnio Inicial vs Bochornos.
- Gráfico 27.** Insomnio de Mantenimiento vs Bochornos

- Gráfico 28.** Insomnio Terminal vs Bochornos.
- Gráfico 29.** Insomnio vs Ocupación.
- Gráfico 30.** Insomnio Inicial vs Ocupación.
- Gráfico 31.** Insomnio de Mantenimiento vs Ocupación.
- Gráfico 32.** Insomnio Terminal vs Ocupación.
- Gráfico 33.** Insomnio vs Calidad de vida.
- Gráfico 34.** Insomnio Inicial vs Calidad de vida.
- Gráfico 35.** Insomnio de Mantenimiento vs Calidad de vida.
- Gráfico 36.** Insomnio Terminal vs Calidad de vida.

PRESENCIA DE INSOMNIO EN MUJERES MENOPÁUSICAS QUE RECIBEN Y NO RECIBEN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO EN EL PERIODO DE JULIO-AGOSTO DEL 2016.

Mónica Granizo S., Pamela Navarrete G., Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la presencia de insomnio y su relación con otras variables en mujeres menopáusicas que reciben y no reciben TRH que acuden a la consulta externa del Servicio de Ginecología del HSFQ.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio Observacional, Analítico transversal por medio de una encuesta a 134 mujeres menopáusicas que acudieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital San Francisco de Quito en el periodo de Julio – Agosto de 2016, para la recolección de información acerca del uso de TRH, síntomas vasomotores, insomnio y sus tipos. Los criterios de inclusión fueron: mujeres entre 40 y 65 años, con ausencia de menstruación durante 12 meses consecutivos quienes no utilicen y que hayan utilizado TRH por al menos 1 mes. Los datos se analizaron en el programa SPSS versión 23. Se utilizaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar) en las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas. Para el análisis bivariable; se utilizaron métodos de estadística inferencial específica Chi-cuadrado y valor de p.

Resultados: La media de edad de las pacientes estudiadas fue de 55.83 ± 5.59 años, con un rango comprendido entre 42 y 65 años. Se categorizó la población en dos grupos con rangos de 40 a 50 años y de 51 a 65 años siendo este el grupo con mayor población (76,1%). Se evaluó el tipo de actividad laboral que realizan siendo el mayor con el (54,5%) actividades laborales no remuneradas. De las 134 mujeres (64,2%) no reciben ningún tipo de TRH, además el (26,9%) presentan bochornos de intensidad leve. Del total de mujeres 122 (91%) presentan algún tipo de insomnio; 55,2% presentan insomnio inicial, 64,9% presentan insomnio de mantenimiento y 69% presentaron insomnio terminal. En la población estudiada no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p 0,283$) entre el Insomnio y el uso de TRH. Tampoco se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p 0,924$) entre el Insomnio y la edad de las pacientes. Por otro lado los síntomas vasomotores arrojaron una asociación estadísticamente significativa para las palpitaciones ($p 0,006$), observándose una relación directa entre la ausencia de insomnio y la sintomatología mencionada, como para los bochornos ($p 0,03$) sobre todo la fuerte relación con el insomnio de mantenimiento ($\text{Chi}^2 40,36$ con un valor de $p 0,0001$).

Conclusiones: En las condiciones socio-demográficas en las que se realizó este estudio se encontró una alta prevalencia de insomnio (91%) en mujeres menopáusicas, con una asociación estadísticamente significativa con los síntomas vasomotores, y la afectación en la calidad de vida. Sin embargo sería importante tomar en cuenta otros factores socio-demográficos de la población estudiada, tales como estado civil, condición socio-económica, etnia, instrucción, y otras

comorbilidades que puedan desencadenar la presencia de insomnio en las mujeres menopáusicas.

Palabras clave: *Menopausia, Insomnio, Terapia de Reemplazo Hormonal, Quito.*

ABSTRACT

Objective: This study analyzes the presence of insomnia and its relation to other variables in menopausal women who receive and do not receive hormonal replacement therapy who attend the outpatient clinic of the Gynecology Service in HSFQ.

Material and methods: A cross-sectional observational, analytical study was conducted through a survey of 134 menopausal women who attended the outpatient of Gynecology in Hospital San Francisco de Quito in the period July-August of 2016, to collect information about use of hormonal replacement therapy, hot flashes, insomnia and its types. Inclusion criteria were: women between 40 and 65 years, with absence of menstruation for 12 consecutive months, those who are not using and they have used hormone replacement therapy for at least 1 month. The information was analyzed in the SPSS program version 23. We use measures of central tendency (average) and measures of dispersion (standard deviation) in quantitative variables and absolute and relative frequencies in qualitative variables. For the bivariate analysis were used inferential statistical methods, specifically Chi-square and p value.

Results: The average age of patients studied was 55.83 ± 5.59 years, with a range between 42 and 65 years. The population was categorized into two groups with

ranges of 40 to 50 years and 51 to 65 being the group with the largest population (76.1%). The type of work they perform with being the largest (54.5%) work activities unpaid assessed. Of the 134 women (64.2%) did not receive any hormonal replacement therapy plus the (26.9%) had mild hot flashes. Of the total of 122 women (91%) have some form of insomnia; 55.2% have initial insomnia, 64.9% have insomnia maintenance and 69% had terminal insomnia. In the population studied a statistically significant association ($p = 0.283$) between insomnia and HRT use was not found. Neither a statistically significant association ($p = 0.924$) between insomnia and age of the patients was found. On the other hand vasomotor symptoms they showed a statistically significant association for both palpitations ($p = 0.006$), showing a direct link between the absence of insomnia and the symptoms mentioned. As for hot flashes ($p = 0.03$) particularly strong relationship with sleep maintenance insomnia ($\chi^2 = 40.36$ with a p value of 0.0001).

Conclusions: In the sociodemographic conditions in which this study performed we found a high prevalence of insomnia (91%) in menopausal women with a statistically significant association with vasomotor symptoms, and impaired quality of life. However it would be important to take into account other socio-demographic factors of the study population, such as marital status, socio-economic status, ethnicity, education, and other comorbidities which may trigger the presence of insomnia in menopausal women.

Keywords: *Menopause, Insomnia, Hormone Replacement Therapy, Quito.*

1. CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. La desaparición de la ovulación y por tanto de la menstruación y de la capacidad de reproducción de la mujer, cuando es natural normalmente tiene lugar entre los 40 y los 50 años. (Aranda J., 2004)

Los períodos de intensa fluctuación o variabilidad hormonal, observados durante la vida reproductiva femenina, también parecen afectar los patrones de sueño en este grupo. Los trastornos del sueño constituyen una molestia frecuente entre las mujeres menopáusicas y entre sus causas posibles se destacan los síntomas vasomotores (sofocos, sudoración nocturna), la presencia de cuadros depresivos, los trastornos respiratorios, o ambos y, además cuadros de dolor crónico. (Soares C., 2006)

Los trastornos del sueño son mencionados como algo muy común de la perimenopausia, pero no se observa que se asigne la importancia que amerita, e incluso no existe mucha bibliografía al respecto. En algunos estudios se encontró que el insomnio presenta una prevalencia del 57,5%, dentro de los síntomas de menopausia seguida del dolor articular con 55,8%, el sudor nocturno con 55,6%, los bochornos con 40,2%, la irritabilidad en un 35% y la cefalea en 33%; los cuales afectan el estilo de vida de la mujer. (Jones C., 2000)

Según el boletín técnico del colegio americano de obstetricia y ginecología, el trastorno más frecuente del sueño en la perimenopausia es el alargamiento de la

latencia, o sea que el tiempo desde cuando la paciente se acuesta hasta cuando se duerme no debe exceder los 30 minutos, después de los cuales se considera que existe algún trastorno del sueño. (ACOG, 2014)

La definición de insomnio, manejada en los estudios, influye en las cifras de prevalencia obtenidas y en las características sociodemográficas del paciente insomne. Independientemente de la definición manejada, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer insomnio. Con la edad sólo parecen aumentar las “quejas” sobre el sueño sucediendo lo mismo con el estado civil. En las personas que están separadas, divorciadas o viudas (asociación más probable todavía en mujeres) se describe una mayor prevalencia. El insomnio es más frecuente entre las personas que no trabajan de manera remunerada que entre aquellas que lo hacen; aunque esta asociación parece ser un efecto de la edad. (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio, 2009)

El insomnio casi siempre se presenta asociado a fatiga diurna y alteraciones del humor tales como irritabilidad, disforia, tensión, indefensión o incluso estado de ánimo deprimido. Un estudio sugiere que el insomnio crónico no tratado puede ser uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor. Además, los pacientes con insomnio suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza, y dolores no específicos. (MADRID SNS, 2009)

2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. MENOPAUSIA

2.1.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud, define a la Menopausia natural como el cese permanente de la menstruación, que resulta de la disminución o depleción de la actividad ovárica folicular. La menopausia natural, se reconoce, una vez que han transcurrido doce meses consecutivos de amenorrea desde la última menstruación, sin que existan causas fisiológicas o patológicas. La menopausia, es un evento, que sólo puede identificarse en forma retrospectiva, una vez que han transcurrido doce meses tras el último sangrado endometrial. (WHO, 1994)

Suele producirse en término medio a los 50 años y está ligado al número de ovocitos del ovario que posea una mujer. Según la edad en que se presente puede ser:

Menopausia precoz: Ocurre antes de los 45 años

Menopausia tardía: Tiene lugar después de los 55 años.

Según su presentación la menopausia puede ser: natural, la que ocurre de forma gradual y progresiva, por el normal envejecimiento del ovario, y artificial, es la provocada por la castración quirúrgica (extirpación de los ovarios con o sin histerectomía), o por mecanismos destructores de las células germinales como son las radiaciones y la quimioterapia. (Sánchez R. et. al, 2009)

2.1.2. HISTORIA DE LA MENOPAUSIA

A pesar de que no ameritar mucha atención, por la esperanza de vida corta de épocas antiguas, la menopausia ha sido motivo de menciones históricas literarias en las que

se describen citas muy antiguas sobre los síntomas propios de este proceso, alertando así, el final de la vida reproductiva. Ya en el libro del Génesis se habla de Abraham y Sara quienes reciben de tres ángeles la posibilidad de recuperar la fertilidad perdida debido a la edad de Sara (Genesis 17.5)

Hipócrates menciona en sus escritos el cese de la menstruación y Aristóteles menciona en su “Historia Animalium” que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. Aecio de Amida en el Siglo VI refiere que la menstruación nunca cesa antes de los 35 años y hacia los 50 años (Cornellana MJ., 2009), pudiendo observar la consistencia que tiene entre estos 3 autores la edad en la cual la mujer alcanzaba el cese de su menstruación y por lo tanto daba inicio a la menopausia.

A mediados del siglo XVIII las publicaciones científicas solo se referían a la menopausia por las hemorragias e irregularidades menstruales que ocurrían. A comienzos del siglo XIX el enfoque cambia, comienzan a destacarse los otros síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos (Miguel Lugones Boteli, 2008). Todavía en el pasado siglo XX, un autor de gran prestigio universal, como fue Sigmund Freud dijo acerca de las mujeres en esta etapa: "Son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas. (Cornellana MJ., 2009)

En 1923 Allen y Doisy descubrieron los estrógenos en el líquido folicular ovárico. Al poco tiempo se aislaron las diversas hormonas ováricas y en 1935 inician los ensayos clínicos en Alemania y Estados Unidos en torno a este tema. En ese mismo año, en Gran Bretaña se sintetiza el estilbestrol y en las décadas de 1940 y 1950 se extiende

de forma notable la terapia hormonal experimental y de tratamiento incluida la del climaterio. (Aranda J. et. al, 1998)

En adelante y hasta la actualidad se discutiría arduamente acerca de la menopausia, su fisiopatología y su correcto manejo con el uso o no de TRH. Ha permanecido como un tema tabú, del que poco o nada se habla en el entorno social de las mujeres, y que es incluso tomado como una alteración de tipo psicológico en lugar de ser visto como una transición biológica natural por la cual toda mujer termina su ciclo reproductivo, por lo cual, la intervención del personal médico para el manejo integral biopsicosocial de esta etapa es trascendental para las mujeres. (Sócrates M. et. al, 2013)

2.1.3. EPIDEMIOLOGÍA

Desde la antigüedad, la edad de presentación de la menopausia no ha variado significativamente. Esta se produce de forma fisiológica, entre los 45-55 años de edad. (Capote M.I. et. al, 2011)

La edad promedio de inicio de la menopausia ronda los 50 años de vida, aunque en los países industrializados ocurre en un promedio de 55 años y en países como México, a los 49 años. (Murillo A., 1999)

El promedio de menopausia, en la mayoría de los países que llevan registros de salud, es de 48 años. En Venezuela es de 48,7 años \pm 4,6 años al igual que en Cuba y en la mayoría de los países de América Latina. En España, según estudios, es a partir de los 50 años. (CEPAL América Latina y el Caribe, 2003)

En el Ecuador se presenta a los 46-47 años, según los datos del estudio “Epidemiología ecuatoriana de la menopausia, climaterio y osteoporosis, Ecuador 2002-2003”. (Noboa Flores, 2004)

2.1.4. FISIOLÓGÍA

Durante el ciclo menstrual normal, el ovario produce una secuencia de hormonas para que ocurra el sangrado menstrual. La producción de estas hormonas sexuales depende de la presencia de ovocitos viables, de un estroma ovárico normal y de la producción de FSH y LH en cantidades suficientes (Salvador J., 2008). La pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual, que se produce en varios años, en promedio dura entre 4 a 6 años; en esta etapa, la función ovárica va fluctuando, aumentando o disminuyendo. (Sócrates M. et. al, 2013)

La menopausia espontánea o natural es consecuencia de la atresia folicular o del agotamiento folicular, de tal modo que no existen folículos ováricos que puedan responder a las gonadotropinas; por tal motivo, el ovario pierde su función cíclica, desaparece la ovulación y se termina la etapa reproductiva de la mujer. (Molina A. Moreno A., 2014)

El factor que determina la edad de aparición de la menopausia, es el número de folículos presentes en el ovario. La disminución de éstos, es un fenómeno que ocurre desde la vida intrauterina, fecha en la cual el número de folículos es máximo. Después de los 30 años, esta disminución se puede asociar a un decremento en el potencial reproductivo femenino.

En este periodo, los niveles de estradiol son muy bajos, se produce un gran aumento de la FSH, en menor medida de la LH. Los valores de FSH por encima de 40 UI/L son compatibles con la interrupción completa de la función ovárica. El hipoestrogenismo incrementa los niveles de GnRH y por ende de los FSH. Sin tratamiento la FSH sérica permanece elevada durante algunos años después de la menopausia y posteriormente disminuye paulatinamente, sin alcanzar los niveles premenopáusicos (Aranda J., 2004) (Álvarez E., 2010)

Los estrógenos secretados por los ovarios después de la menopausia son insignificantes; sin embargo, todas las mujeres siguen teniendo concentraciones perceptibles de estradiol y estrona (Álvarez R. et. al, 2008). La estrona es el estrógeno más importante en la posmenopausia; se produce por la conversión periférica de la androstenediona (que se produce en la corteza suprarrenal y en el ovario), el cual se aromatiza en estrógenos, principalmente en el tejido adiposo.

La estrona puede ser capaz de mantener la vagina, la piel, el hueso y en algunos casos reducir la incidencia de bochornos. Si bien el estrógeno de cierto modo puede ser beneficioso, sin embargo, al no existir oposición de progestágenos (por la falta de ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo), puede aumentar la incidencia de hiperplasia y cáncer de endometrio. (Álvarez R. et. al, 2008)

Los cambios en los niveles hormonales pueden causar una variedad de síntomas que pueden durar de meses a años o mucho más tiempo. Algunas mujeres experimentan muy pocos síntomas durante la menopausia, mientras que otras tienen síntomas que son bastante molestos. Aún existe controversia en cuanto a si una serie de síntomas

tienen relación con la menopausia o si están asociados o exacerbados por otros factores. (Pernas A., 2005)

2.1.5. CLÍNICA

En el periodo de transición a la menopausia, se presentan una variedad de síntomas. Pero a su vez, se debe destacar que de forma paralela a la menopausia fisiológica, se da el proceso de envejecimiento biológico de manera independiente. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

Los cambios en los niveles hormonales pueden causar una variedad de síntomas que pueden durar de meses a años o mucho más tiempo:

A corto plazo:

Síntomas Vasomotores, Insomnio

Alteraciones psicológicas: irritabilidad, nerviosismo, labilidad emocional, estado de ánimo depresivo, disminución de la libido, cansancio, dificultad de concentración

A medio plazo:

Alteraciones de piel y mucosas: atrofia urogenital y trastornos urinarios

A largo plazo:

Osteoporosis y enfermedad cardiovascular (Sánchez R. et. al, 2009)

2.1.5.1. SÍNTOMAS VASOMOTORES

Durante la transición menopáusica, los síntomas vasomotores son la mayor queja de las mujeres. La incidencia se encuentra en 35-50% de las mujeres en la perimenopausia y alcanza, incluso, 80% en la posmenopausia. (Gold EB, 2000)

La clínica vasomotora suele comenzar en la perimenopausia, alcanzando su pico máximo en los primeros 2 años de la posmenopausia y desaparece de forma gradual con los años. (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004)

Los sofocos y las sudoraciones causadas por la inestabilidad vasomotora afectan al 75-85 % de las mujeres y suelen comenzar antes del cese de la menstruación. Los sofocos continúan durante más de 1 año en la mayoría de las mujeres y durante más de 5 años en el 10 %. (Gass M., 2007)

En los países occidentales, un 45-54 % de las mujeres refiere sofocos de intensidad variable en los primeros años de la posmenopausia. En la mayoría de ellas la duración de los síntomas oscila entre los 6 meses y los 5 años, (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004)

Los síntomas vasomotores son los síntomas más clásicos de la deficiencia de estrógenos; 70 a 80% de las pacientes en el climaterio sufren de bochornos; suelen hacerse muchos más intensos cerca de la menopausia, cuando los niveles de estrógenos decrecen rápidamente. Se les describe como periodos transitorios y recurrentes de enrojecimiento facial, que pueden extenderse al cuello, a los hombros y a la parte superior del tórax, además sudoración y sensación de calor que puede asociarse con elevación de temperatura de 1 a 2 grados, que se acompañan a menudo de palpitaciones y sensación de ansiedad.

En ocasiones, van seguidos de escalofríos; cuando ocurren de noche, pueden perturbar el sueño. Ocurren en promedio de 5 a 10 episodios por día. Después de la

menopausia quirúrgica, los episodios suelen ser más frecuentes e intensos. (Salvador J., 2008)

Estos síntomas pueden durar entre 30 segundos y 2-4 minutos. Afectan a la calidad de vida de la mujer, repercutiendo en su entorno social, laboral y en su esfera afectiva. La severidad y duración de los sofocos varía entre mujeres, puesto que algunas pueden tenerlos durante poco tiempo, mientras que otras los padecen durante toda la menopausia y el resto de su vida, aunque, por lo general, suelen ser menos severos a medida que pasa el tiempo. Durante la menopausia, e incluso en el período anterior a ésta, la disminución de los estrógenos provoca que las mujeres se encuentren más vulnerables a esta manifestación tan característica de esta etapa. (CINFA, 2016)

Durante el bochorno hay una vasodilatación periférica, demostrada por el incremento de la temperatura de la piel y de la circulación en todas las áreas del cuerpo, como los dedos, la cabeza, los brazos, el tórax, el abdomen y el muslo, entre otros. Si bien los síntomas vasomotores se manifiestan con el descenso de la concentración estrógenos en la menopausia, esto no es suficiente para explicar su fisiopatología. Está demostrada la participación de neurotransmisores, como la serotonina y la norepinefrina, en la función termorreguladora normal y su disfunción podrían causar el síntoma vasomotor. La activación del sistema adrenérgico, que actúa a través de receptores alfa adrenérgicos a nivel central, contribuye al inicio del bochorno, quizá por estrechamiento de la zona termoneutral a nivel central. (Freedman R., 2005)

2.1.5.2. INSOMNIO EN LA MENOPAUSIA

Durante la menopausia el insomnio es el trastorno de sueño más significativamente relacionado con este estado. Los mecanismos por los que la menopausia puede contribuir a la aparición del insomnio son de tres tipos:

Mediado por los síntomas vasomotores y vegetativos

Mediado por los síntomas de ansiedad y/o depresión

A través de los cambios biológicos y del estrés que pueden presentarse en esta etapa de la vida de la mujer. (Portilla G. et. al, 2001)

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto como a medida que aumenta la edad aumenta la prevalencia del insomnio. La frecuencia aumenta al aumentar la edad, estando presente en el 18% de las mujeres de 30 a 39 años y en el 30% de las mujeres mayores de 69 años. (Portilla G. et. al, 2001)

Se ha relacionado un sueño ineficiente con la aparición de una serie de síntomas somáticos, del estado de ánimo, y deficiencias en el desempeño de una mujer. Trastornos como dolores musculares, tensión, irritabilidad, fatiga, letargia, falta de concentración, falta de motivación y depresión han sido asociados a problemas del sueño. (Sordia L., 2009)

El insomnio puede describirse como la incapacidad para conciliar el sueño, o la incapacidad de permanecer dormido durante la noche por despertares repetidos o por despertar antes de la hora planeada sin poder conciliar el sueño nuevamente.

Los trastornos del sueño han sido relacionados de manera variable con la presencia de los bochornos, algunos estudios sugieren que los bochornos intervienen en la primera mitad de la noche. (Sordia L., 2009)

2.1.5.3. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

La edad influye en la actividad de los 17-beta estradiol y el sistema colinérgico a nivel cerebral localizado en el hipocampo. Ha sido posible determinar que los bochornos disminuyen el flujo cerebral en el hipocampo, lo que provoca problemas de memoria y cognición. Las mujeres tienen una disminución de la claridad mental y la memoria a corto plazo, aquellas que reciben terapia hormonal tienen mejores puntajes en las escalas de memoria. (Jacobs DM. et al, 2004) (Shepherd JE. et al, 2001)

En el estudio del SWAN Study of Women's Health Across the Nation, las mujeres peri y postmenopáusicas tienen síntomas de olvidos en 41% vs 31% de premenopáusicas. Otros estudios como el de Seattle Midlife Women's Health Study reportan que el 62% de las mujeres tienen cambios en su memoria, lo que podría considerarse como una indicación para terapia sustitutiva hormonal. (NAMS, 2004)

La prevalencia de trastornos depresivos en la mujer se estima en un 9%, en esa época se asocian condiciones relacionadas de miedo al envejecimiento, sentimiento de inutilidad, carencia afectiva, dificultades sociales, profesionales y maritales teniendo como consecuencia una reducida calidad de vida. Los cambios se asocian a variables múltiples como son el ambiente, una sensibilidad elevada, cambio en el ingreso

socioeconómico, estado marital, la cultura, estilo de vida, educación, e historia de síntomas depresivos, el llamado Síndrome del Nido Vacío. (Amore M. et al, 2004)

La irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres durante el climaterio y la menopausia, está presente en un hasta el 70%. Harlow apunta que el 23% de la irritabilidad se acompaña de síntomas depresivos, siendo la edad de aparición a partir de los 41 años, con un pico de 31.6% entre los 42 a 44 años. (Harlow et al, 1999)

2.1.5.4. ATROFIA UROGENITAL

Los cambios hormonales que se producen en el climaterio van a incidir en aquellos órganos que tienen receptores estrogénicos. Tras la menopausia se produce una pérdida de elasticidad del introito vulvar y una reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubricación y, en algunas mujeres, sequedad vaginal y dispareunia. (Robinson D, 2003)

Diversos estudios observacionales muestran de manera consistente una asociación causal entre los síntomas vaginales y la disminución de estrógenos. A medida que avanza la postmenopausia, la atrofia vaginal es más importante y los síntomas de sequedad vaginal y dispareunia son más manifiestos. (WHO, 1994) (Dennerstein L. et al, 2002)

2.1.5.5. TRASTORNOS URINARIOS

La incontinencia urinaria es un problema complejo y multifactorial, cuya prevalencia aumenta con la edad. Aunque la disminución de los estrógenos podría contribuir a la

incontinencia urinaria y a la presencia de síntomas urinarios (urgencia miccional), otros factores tienen un papel más relevante como la paridad, traumatismos del parto, prolapso uterino y ciertos fármacos. (Dennerstein L., 2000)

La asociación entre la incontinencia urinaria y la disminución de estrógenos es controvertida. Algunos estudios han mostrado una asociación. (Dennerstein L. et al, 2002) (Thomas TM. et al, 1980)

Mientras que otros estudios no muestran una asociación (Thom DH, 1998) (Chen YC. et al, 2003). Por otra parte, diversos estudios muestran un aumento de la incontinencia de urgencia y mixta (de urgencia y de esfuerzo) y una disminución de la incontinencia de esfuerzo en la postmenopausia. (Thom DH, 1998) (Moehrer B, 2003)

2.1.5.6. OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad sistémica del esqueleto caracterizada por una baja masa ósea y alteraciones de la microarquitectura del tejido óseo. Estos cambios comportan una disminución de la resistencia del hueso y un incremento de la fragilidad y de la susceptibilidad de fractura. (NIH, 2001)

La osteoporosis es un proceso crónico que se desarrolla con la edad y que está relacionada con diversas enfermedades y tratamientos e influenciada por factores hereditarios, ambientales y de estilo de vida. (AHRQ, 2001)

La pérdida de masa ósea ocurre más tempranamente en las mujeres y experimenta una aceleración al cesar la producción estrogénica. Inicialmente el ritmo de pérdida aumenta en la perimenopausia y en los primeros años después de la menopausia, para

posteriormente disminuir e igualarse al de los varones. El ritmo de pérdida de masa ósea en los primeros años de la postmenopausia varía de forma importante. En la gran mayoría de las mujeres, este ritmo de pérdida regresa a niveles similares a los años previos al climaterio. En un grupo reducido de mujeres este ritmo acelerado de pérdida puede ser más prolongado en el tiempo. (Pouilles JM, 1996)

Las fracturas de cadera y vertebrales presentan un patrón de aparición que es exponencial con la edad. La incidencia de fractura vertebral se incrementa a partir de los 65 años⁷⁴ y la de cadera a partir de los 75 años. (Kanis JA. et al, 2002)

2.1.5.7. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en los países desarrollados. En España, la enfermedad coronaria es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (31%), siendo este porcentaje mayor en hombres (40%) que en mujeres (24%). En cambio la mortalidad por enfermedad cerebrovascular es más frecuente en mujeres un 31% y 26% en hombres, (Barrett E., 1996)

La ECV se caracteriza por tener una etiología multifactorial. El incremento de riesgo coronario está ligado sobre todo al incremento de factores de riesgo que aparecen con la edad. El envejecimiento, la hipertensión arterial, la dislipemia, la diabetes, el hábito tabáquico, el sedentarismo, la obesidad y los antecedentes familiares son los factores más importantes y se potencian entre sí. (Stampfer MJ, 1991)

2.1.6. DIAGNÓSTICO

La menopausia, en general, es diagnosticada en forma retrospectiva, luego de ocurrida la amenorrea por un año, sin que se evidencie otra causa que la justifique, observándose adicionalmente los signos de hipoestrogenismo y, cuando fuera necesario, confirmándose con el aumento de la hormona estimulante del folículo (FSH > 40 UI/L). (Salvador J., 2008)

Para realizar un diagnóstico y sobretodo manejo adecuado de menopausia, la valoración integral es imprescindible por lo tanto se debe tener en cuenta:

- Historia clínica completa, enfocada a los síntomas y su severidad, edad y estilos de vida: dieta, cigarrillo, alcohol, ejercicio físico, y antecedentes relevantes personales y familiares.
- Examen físico integral con atención especial en la medición de presión Arterial, IMC, circunferencia abdominal, examen físico de mamas, atrofia urogenital, etc.
- Incluir los siguientes estudios: citología cervicovaginal, perfil lipídico, glucosa sérica, mastografía basal, ultrasonido pélvico, examen de orina, densitometría en pacientes mayores de 60 años. (Alvarado A. et.al, 2015)

El diagnóstico de menopausia es sintomático. Salvo en determinadas ocasiones no es necesario hacer determinaciones hormonales. Diversos estudios han demostrado que, durante la transición menopáusica la concentración plasmática de FSH se eleva de forma progresiva. Concentraciones de FSH superior a 40UI/L y de Estradiol menores a 25 pg/ml, por lo menos en dos determinaciones sucesivas, confirma el diagnostico de menopausia. (Alvarado A. et.al, 2015)

2.1.7. TRATAMIENTO

El tratamiento, en las mujeres que se encuentran cursando la menopausia debe estar encaminado: a prestar atención integral, dirigida principalmente al alivio de la sintomatología a corto plazo y a la prevención de las complicaciones a largo y mediano plazo. (Pérez L. Rojas I., 2011)

Para el tratamiento de la sintomatología de la menopausia, se utilizan medidas farmacológicas y no farmacológicas.

- Intervención no farmacológica: modificación en estilos de vida, terapia de relajación, vitamina E.
- Intervención farmacológica: Tratamiento hormonal, tratamiento no hormonal, tratamientos alternativos. (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004)

2.1.7.1. NO FARMACOLÓGICO

El ejercicio físico, la pérdida de peso y el evitar el consumo de tabaco, podrían ser opciones beneficiosas en la prevención y podrían aliviar los síntomas vasomotores en algunas mujeres. (Ortega R., 2011)

Estudios observacionales muestran que el aumento de peso y la obesidad predisponen a que los sofocos se presenten con mayor frecuencia e intensidad (Gold EB, 2000) (Li C., 2003). El riesgo de padecer sofocos y sudoraciones nocturnas en mujeres con un índice de masa corporal $>27 \text{ kg/m}^2$, si comparamos con las mujeres con un IMC de entre 19 y 26,9 es de 1,15. No obstante, se desconoce si el perder peso puede disminuir el riesgo de padecer sofocos. (Gold EB, 2000)

Diversos estudios han mostrado que el tabaco se asocia a un incremento del riesgo de sofocos. (Staropoli CA. et. al, 1998) Las personas que han fumado o que actualmente fuman presentan un mayor riesgo. Este riesgo guarda relación con el número de cigarrillos fumados y se estima que el OR es de 1,50 (IC del 95%: 1,28-1,76) para las fumadoras de menos de 10 cigarrillos al día y de 1,68 (IC del 95%:1,46-1,94) para las que fuman más de 20 cigarrillos. (Gold EB, 2000) No se dispone de estudios que hayan evaluado si dejar de fumar influye en la intensidad y frecuencia de los sofocos.

A pesar de no disponer de evidencia científica, la ingesta de bebidas frías, el evitar comidas picantes, el café y el alcohol, utilizar un abanico, ventilar las habitaciones y el usar aire acondicionado, podrían mejorarla sintomatología vasomotora de algunas mujeres. (Kronenberg F. Barnard RM., 1992)

Fitoestrógenos

Los fitoestrógenos son sustancias de origen vegetal con efectos estrogénicos. Entre los principales fitoestrógenos están: la isoflavonas (predominantemente en la soja y el tofu, aunque también en otras legumbres, frutas y vegetales), los lignanos (cereales, frutas, vegetales y semillas) y los cumestanos (alfalfa). De estos tres grupos de fitoestrógenos, las isoflavonas son las más estudiadas. (Philp HA., 2003)

Asimismo, diversos estudios han sugerido que los fitoestrógenos podrían tener un papel en la prevención de la osteoporosis, de la enfermedad cardiovascular, las

neoplasias (mama, colon y endometrio) y la demencia, aunque no se dispone de resultados concluyentes. (Warren MP., 2002)

Entre los efectos adversos se han descrito náuseas, sangrados genitales, estreñimiento, alergia y aumento de peso. (Borrelli F., 2002)

Vitamina E

Un ensayo clínico ha evaluado la eficacia de la vitamina E en el tratamiento de los síntomas vasomotores en mujeres con antecedentes de cáncer de mama, observándose una mejoría, aunque sin significación estadística.

Relajación

Varios ensayos clínicos han evaluado técnicas de relajación en mujeres postmenopáusicas con síntomas vasomotores. La técnica de respiración rítmica, en el momento de iniciarse el sofoco, ya sea de manera aislada o formando parte de una intervención que incluya otras técnicas de relajación, ha mostrado en todos los estudios una disminución significativa de la sintomatología vasomotora. No obstante, las intervenciones de estos estudios no fueron cegadas y todos ellos incluyeron a un reducido número de mujeres. (Irvin JH. et. al, 1996)

2.1.7.2. FARMACOLÓGICO

Tratamiento hormonal

Los resultados del estudio WHI, se puso en evidencia los riesgos del uso de TRH, como:

- Cáncer mamario, con un RR 1,29 (1,0-1,59)
- TEP, con un RR 2,13 (1,39-3,25)

- Accidente cerebro vascular, con un RR 1,41 (1,07-1,85)
- Enfermedad coronaria, con un RR 1,29 (1,02-1,63).

Los riesgos del uso indiscriminado de la terapia hormonal mostrados por el estudio WHI, trajo como consecuencia la disminución del uso de la terapia hormonal hasta en el 90%. (Pérez L. Rojas I., 2011)

No obstante, revisiones del estudio WHI, meta-análisis de estudios observacionales, al igual que guías de manejo como la de la sociedad americana de menopausia, han demostrado que esos riesgos no se pueden generalizar. (NAMS, 2012)

La terapia hormonal (TH) ha demostrado ser la más eficaz para el control de los síntomas vasomotores y la atrofia urogenital del climaterio. (Alvarado A. et.al, 2015)

La TRH debe considerarse sólo cuando se ha identificado claramente una indicación para su uso, se han descartado las contraindicaciones y los potenciales riesgos y ventajas individuales se han discutido adecuadamente con la paciente, de manera que pueda tomarse una decisión informada. Antes de iniciar la TH es fundamental realizar una historia clínica y exploración física exhaustivas.

Se debe realizar una mastografía de acuerdo con las normas nacionales y la edad de la paciente, pero preferiblemente dentro de los 12 meses antes de iniciar el tratamiento. Otros exámenes específicos, como la densitometría ósea se deben considerar con base en cada caso. (Sociedad Norteamericana de Menopausia, 2010)

- Tipo de TH: preferir estrógenos por vía trans-cutánea o parenteral (punto controvertido) como parches, gel y ampollas, evitando el primer paso hepático de los orales que aumenta factores pro coagulantes. Igualmente, abandonar el uso de

progestinas como el acetato de medroxiprogesterona (efectos glucocorticoide y androgénico) o las norderivadas (efectos androgénicos) favoreciendo las puras como dienogest, drosperinona, dihidroprogesterona, o progesterona micronizada, porque son bio-equivalentes pero con menos riesgos. (Holloway D., 2011) (Cuadros J L. et al., 2011)

- Dosis: formular las mínimas necesarias por día, 17 β estradiol trans dérmico 14-25 μ g; estradiol oral 0,5 a 2 mg; estrógenos conjugados entre 0,15 a 0,3 mg; progesterona micronizada 50 a 100 mg; drosperinona 0,5 a 2 mg; medroxiprogesterona 1,5 a 5 mg (si no hay otra opción).
- Inicio y duración: iniciarla lo más pronto posible ante la falla ovárica prematura, o la menopausia, aprovechando el endotelio normal, como ventana de oportunidad para beneficios adicionales al tratamiento de los síntomas vasomotores. Dejarla continuamente, con prudencia hasta completar la post menopausia temprana; y, si los beneficios superan los riesgos, acorde con cada paciente, prologarla en la post menopausia tardía, sin pasar de los 60 años de edad, cuando se elevan los multiriesgos basales de ECV y de CA-mamario, entre otros. (Manson JE. et al., 2007)
- Establecer la necesidad de controles periódicos.
- Recomendar siempre estilo de vida saludable. (Pérez L. Rojas I., 2011)

Terapia hormonal clásica. La TH, en sus diferentes formas. Es actualmente el tratamiento más efectivo de los síntomas vasomotores, de moderados a severos y de sus potenciales consecuencias. La terapia con solo estrógenos (TE) para pacientes sin útero y la terapia con estrógenos y progestágenos (TEP) para pacientes con útero, a

fin de protegerlo efectivamente de la hiperplasia y carcinoma endometriales. (Holloway D., 2011)

Tibolona

Es una de las alternativas, a la TH, para tratar los síntomas vasomotores en la postmenopausia temprana (2,5 mg/día). Especialmente útil en pacientes, que además, presentan pérdida de la libido, resequedad vaginal y trastornos del ánimo. Sus metabolitos tienen propiedades estrogénicas y propiedades progestacional y androgénicas. Disminuye triglicéridos HDL y LDL del colesterol. Aumenta testosterona libre y alopregnenolona. (Hofling M. et al., 2005)

Sus acciones y efectos colaterales han sido ampliamente documentados con múltiples estudios observacionales (Segovia A., 2010). Sus resultados permiten concluir:

- Es efectiva en el tratamiento de los síntomas vasomotores, resequedad vaginal, alteraciones del ánimo y pérdida de la libido.
- Aumenta la densidad mineral ósea y disminuye significativa el riesgo de fracturas.
- Es antilipemiente y disminuye el riesgo coronario durante la postmenopausia temprana, pero no en la tardía, en comparación con el placebo.
- Es protectora del endometrio produciendo atrofia, aunque, inicialmente puede producir manchados.
- Es ligeramente protectora de la mama, reduciendo el riesgo de carcinoma invasor, pero, con riesgo mayor de recurrencia.
- Pero, también está contraindicada, como la TH, en carcinoma mamario y tromboembolismo.

Tratamiento no hormonal

Inhibidores de la recaptación de serotonina

Constituyen la opción terapéutica cuando tanto TH como Tibolona están contraindicados. Ellos corrigen la alteración serotoninérgica ocasionada por la baja de estrógenos y han mostrado disminución significativa de los síntomas vasomotores respecto al placebo, en pacientes supervivientes de CA mamario. Paroxetina 10-20 mg/día reduce los síntomas vasomotores en el 67-75% y Fluoxetina 20 mg/ día solo en el 42%. (Pérez L. Rojas I., 2011)

Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM)

Un ECA controlado con placebo que ha evaluado el efecto a corto plazo del raloxifeno comparado con tamoxifeno y con estrógenos para los síntomas vaginales²⁵⁰, muestra que únicamente los estrógenos son eficaces en el tratamiento de los síntomas vaginales. (Vardy MD. et al., 2003)

Gabapentina

Un ECA controlado con placebo ha mostrado que la gabapentina, fármaco empleado principalmente en el tratamiento de la epilepsia y el dolor neuropático, es eficaz en la disminución de la intensidad y frecuencia de los sofocos en mujeres postmenopáusicas. (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004)

2.2. INSOMNIO

2.2.1. DEFINICIÓN

La DSM-V define el insomnio como la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, durante al menos 1 mes, caracterizado por la dificultad para iniciar o mantener el sueño. Esta dificultad se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar, despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir y provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento de la actividad del individuo. (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio, 2009)

La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana a pesar de las condiciones favorables para dormir y no se asocia a otras patologías relacionadas con el sueño-vigilia, otras patologías físicas y mentales o consumo de sustancias. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

Estudios epidemiológicos se han realizado para establecer la prevalencia del insomnio, pero dependiendo de la definición utilizada los porcentajes varían desde un 5% hasta cifras del 50%. (Alamo C. et. al, 2016). Se estima que afecta al 30% de la población y el 10% lo presenta de forma crónica. (Monterrosa A., 2012)

Es el trastorno del sueño más frecuente y su prevalencia es mayor en mujeres (un 40% frente a un 30% en varones) y aumenta con la edad (un 50% en personas mayores de 50 años). (Regal A.R., 2009)

No existen datos exactos de la prevalencia de insomnio en nuestro país, sin embargo en poblaciones similares a la nuestra se publicaron en 2004 los resultados de una encuesta en tres ciudades, Buenos Aires, Sao Paulo y México D.F., encontrando síntomas de insomnio en 36.5% (Diaz R., 2011). En Colombia en los últimos años se han publicado algunas investigaciones en Antioquia, Santander y Caldas. Con relación al insomnio se encontró una prevalencia de 43% en un estudio realizado por Rueda M y cols. en el año 2008. (Diaz R., 2011)

Estudios realizados sugieren que del 28% al 64% de mujeres perimenopáusicas presentan insomnio. Estudios de polisomnografía (PSG) que comparan mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas reportan en las primeras una disminución de la calidad del sueño con una latencia prolongada y dificultad en el mantenimiento. (Novaroski S. et. al, 2009)

Las mujeres postmenopáusicas tienen de 2.6 a 3.5 veces más frecuentes problemas para dormir que las premenopáusicas. La prevalencia de los trastornos del sueño varía entre el 39- 47% en la perimenopausia y el 35-60% en la posmenopausia (Regal A.R., 2009)

Existe una correlación muy alta entre los bochornos y los problemas en el sueño. Un sueño no reparador e inadecuado tiene consecuencias, si la causa es la sudoración nocturna y los bochornos, afectan el estado de alerta durante el día, hay menor

actividad mental, disminución de la productividad, cansancio, irritabilidad, lo que puede afectar las relaciones familiares y sociales. (Amore M. et al, 2004)

2.2.3. FACTORES DE RIESGO

Factores predisponentes:

- El género, la edad, el nivel socioeconómico y el estado de salud, son factores predisponentes para el insomnio

- Genéticos. Hay pocos estudios en este ámbito, probablemente por la dificultad para definir el fenotipo. Algunos estudios en gemelos o familias sugieren la heredabilidad del insomnio. Aunque se necesitan estudios más específicos, lo que parece heredarse son ciertos rasgos temperamentales, como la emocionalidad lo que, a efectos del insomnio, se traduce en una mayor facilidad para alertarse ante una situación estresante.

- Psicológicos. Destacan, sobre todo, los sentimientos negativos y la tendencia a rumiar, que difícilmente se puede dissociar de la tendencia a internalizar las emociones (inhibición de la expresión emocional), lo que desde el siglo pasado se ha relacionado con estados de hiperactivación somática.

Además, los factores predisponentes de naturaleza psicopatológica han sido ampliamente documentados en estudios que han usado criterios operativos como los del DSM-V. Éstos han demostrado que la casi totalidad de los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o rasgos/trastornos de personalidad; siendo los más comunes el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad y los rasgos/trastornos de personalidad obsesivos.

Factores precipitantes: Los más comunes para el insomnio crónico son aquellos que se relacionan con las situaciones estresantes. Estudios controlados han demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes.

Factores perpetuantes: Se relacionan, sobre todo, con el miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos (con el consiguiente desarrollo de hábitos erróneos) en relación con el sueño. (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio, 2009)

2.2.4. FISIOPATOLOGÍA

El insomnio es un estado de hiperactivación psicofisiológica. Esto se ha demostrado de forma objetiva en los ámbitos de la actividad cerebral, vegetativa y endocrina. En conjunto estos estudios han demostrado una hiperactividad de los dos brazos (CRH-ACTH-cortisol y simpático) del sistema de respuesta al estrés y de alteraciones en el ritmo de secreción de las citoquinas proinflamatorias (IL-6 y TNF α).

Esto parece ser la base fisiológica de las frecuentes quejas clínicas de las personas con insomnio crónico de no poder dormir durante el día y, en cambio, estar fatigados. Una visión integrada de los factores etiopatogénicos y la fisiopatología del insomnio crónico la ofrece la hipótesis de la internalización.

Gráfico 1. Modelo explicativo de los componentes y mecanismos del insomnio crónico: hipótesis de la internalización



Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Insomnio en atención Primaria, 2009.

La interacción entre los acontecimientos vitales estresantes y la vulnerabilidad del individuo son el origen del insomnio. En particular, los pacientes con insomnio ponen en marcha estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción, típicamente la tendencia a inhibir la expresión emocional (internalización de la emoción), ante dichos estresores. Esto da lugar a un estado de excesiva activación emocional, la cual provoca una excesiva activación fisiológica antes y durante el sueño que impide dormir, es decir, que produce insomnio.

Una vez que aparece el insomnio, se establece un proceso de condicionamiento que contribuye a que el insomnio se haga crónico del siguiente modo: cuando la persona ya tiene la experiencia del insomnio, desarrolla miedo a volver a dormir mal y a sus consecuencias, y por tanto una aprensión al insomnio; a partir de ahí su atención se centra excesivamente en el insomnio.

El miedo al insomnio, produce entonces por sí mismo una activación emocional y fisiológica, que pasa a primer plano y agrava la excesiva activación fisiológica

preexistente y, en consecuencia, el insomnio de un modo circular y creciente, lo que establece una forma condicionada de insomnio crónico.

Esta hipótesis, además de dar un sentido global a la relación entre factores etiológicos (el estrés y su afrontamiento) y fisiopatológicos (la excesiva activación emocional y fisiológica y el miedo condicionado), tiene un valor clínico ya que se puede utilizar para formular un plan de tratamiento multidimensional de un problema multifactorial como es el insomnio crónico. (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio, 2009)

Durante la menopausia se produce una reducción significativa de la producción de estrógenos y progesterona. Las hormonas del Eje Hipotálamo-hipofisario-ovario, las hormonas sexuales, están sincronizadas con los ritmos circadianos y con el sueño, está comprobado que durante la fase lútea hay un incremento de la actividad en los ritmos rápidos en la vigilia y en los "husos de sueño" así como un aumento de la temperatura interior del organismo. (Monterrosa A., 2012)

La cantidad de sueño profundo disminuye, el sueño se hace más liviano y ocurren más despertares nocturnos como efecto de la disminución hormonal. (Regal A.R., 2009). A este hecho se asocian otros factores que se añaden para dificultar el sueño como los bochornos y los sudores nocturnos, el aumento en la frecuencia de orinar y de la frecuencia cardíaca, las cefalea, la ansiedad y otras alteraciones emocionales como el estrés, la depresión, la tensión y la autoconciencia pública (Nombela C. et al, 2006)

2.2.5. CLÍNICA

Según la DSM V las manifestaciones más características del insomnio son las dificultades para iniciar y mantener el sueño y el despertar final adelantado; aunque, como demuestran algunos estudios epidemiológicos, las personas que refieren padecer estas dificultades no reconocen necesariamente padecer insomnio. Los pacientes que consultan por insomnio además se quejan de otros síntomas durante el día, como son alteraciones del humor, cansancio, dificultad para realizar las tareas cotidianas, déficit cognitivos, somnolencia y otros. (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio, 2009)

Existen variadas clasificaciones del insomnio, se puede clasificar en función de la etiología y momento de la noche en que se produce. (Alamo C. et. al, 2016)

- En función de la etiología:
 - Insomnio primario: no tiene un factor etiológico claramente identificable o no está asociado a ningún otro cuadro clínico.
 - Insomnio secundario o comórbido: consecuencia de otro cuadro clínico o de una situación adaptativa.
- En función del momento de la noche en que se produce (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio, 2009):
 - Insomnio de conciliación o inicial: dificultad para iniciar el sueño, siendo la forma más frecuente de insomnio
 - Insomnio de mantenimiento: el paciente presenta problemas para mantener el sueño, apareciendo frecuentes interrupciones y/o períodos de vigilia durante el mismo.

- Despertar precoz o Insomnio Terminal: el último despertar se produce como mínimo dos horas antes de lo habitual para el paciente.

El insomnio no puede ser atribuido a una sola causa y tampoco disponemos de un tratamiento etiológico, por lo que es necesario un abordaje multifactorial y muchas veces individualizado para cada paciente.

2.2.6. DIAGNÓSTICO

Criterios para el diagnóstico de Insomnio primario

- A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancias o de una enfermedad médica. (Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio, 2009)

2.2.7. TRATAMIENTO

El tratamiento del insomnio debe ir precedido de una correcta anamnesis, requiere una buena alianza terapéutica entre el médico y el paciente para poder así lograr un abordaje terapéutico multidisciplinar. Frecuentemente el insomnio puede resolverse con facilidad si se puede identificar una causa realizando por tanto un tratamiento

causal. En otros casos no es posible determinar la causa por lo que se deberá recurrir a un tratamiento sintomático combinado que debe incluir medidas de higiene de sueño, tratamiento farmacológico a corto plazo y tratamiento psicológico (Alamo C. et. al, 2016)

2.2.7.1. NO FARMACOLÓGICO

Entre las alternativas terapéuticas del insomnio crónico, la National Institute of Health (NIH) State of the Science Conference on Insomnia concluyó que existían pruebas científicas suficientes para avalar la eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual para tratar el insomnio. (NIH, 2001)

Tabla1. Terapias psicológicas y conductuales para insomnio

TERAPIAS PSICOLOGICAS Y CONDUCTUALES PARA INSOMNIO
Control de estímulos.- Técnica conductual basada en fortalecer la relación cama/dormitorio con relajación y sueño.
Restricción del sueño.- Técnica en la que se restringe el tiempo que el paciente con insomnio puede pasar en la cama cada noche.
Ejercicios de relajación.- Dirigidos a reducir hiperarousal* fisiológico que tienen los pacientes con insomnio.
Terapia cognitiva.- Técnica psicoterapéutica basada en la reestructuración cognitiva de los pensamientos y creencias erróneas sobre el sueño que tienen los pacientes insomnes y que incrementan la ansiedad y preocupación
Educación en higiene del sueño.- Esta intervención por sí sola es un tratamiento insuficiente que debe ir de la mano con otras terapias psicológicas y conductuales.

*Es una activación general fisiológica y psicológica del organismo, que varía en un continuo que va desde el sueño profundo hasta la excitación intensa. *Fuente:* (Alamo C. et. al, 2016)

2.2.7.2. FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico es una medida coadyuvante dentro del modelo de tratamiento integral del insomnio. La selección de un fármaco está influida por

diversos factores: síntomas, objetivos del tratamiento, respuestas a tratamientos pasados, preferencia del paciente, coste del fármaco, disponibilidad de otros tratamientos, condiciones de comorbilidad, contraindicaciones e interacciones con otros medicamentos y efectos secundarios.

Los hipnóticos se desaconsejan como tratamiento del insomnio crónico. Como norma general se recomienda no prolongar más de 8 semanas el tratamiento hipnótico y asociarlo a otras medidas no farmacológicas. Los hipnóticos benzodiazepínicos son agonistas no selectivos del receptor GABA-A, con acciones hipnóticas, ansiolíticas, miorrelajantes y antiepilépticas. Acortan la latencia del sueño y aumentan la cantidad total de sueño. (Diaz Ma. et. al., 2008)

Se han desarrollado hipnóticos no benzodiazepínicos, agonistas selectivos del receptor GABA-A con acciones hipnóticas pero sin efecto miorrelajante, ansiolítico ni antiepiléptico. No suelen provocar insomnio “de rebote” ni síndrome de abstinencia cuando se suspende la terapia. (Estivilla, Roureb, & al, 2006) Los antidepresivos están indicados en el tratamiento del insomnio asociado a depresión. Sus ventajas son que tiene menor riesgo de provocar dependencia y abuso. Esta propiedad farmacológica les ha hecho atractivos para el tratamiento del insomnio crónico. (Diaz Ma. et. al., 2008)

Independientemente de la opción terapéutica que se elija, es importante analizar y ayudar al paciente a corregir aquellas ideas erróneas que tenga sobre los ciclos del sueño, así como sus preocupaciones y expectativa.

3. CAPÍTULO III : MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de insomnio y su relación con otras variables en mujeres menopáusicas que reciben y no reciben TRH que acuden a la consulta externa del Servicio de Ginecología del Hospital San Francisco de Quito en el periodo de Julio-Agosto del 2016?

3.2. OBJETIVO GENERAL

Analizar la presencia de insomnio en mujeres menopáusicas que reciben y no reciben TRH y su relación con otras variables en la consulta externa del Servicio de Ginecología del Hospital San Francisco de Quito en el periodo de Julio-Agosto del 2016.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de Insomnio en mujeres menopaúlicas.
- Identificar la relación que existe entre el uso de TRH y la frecuencia de insomnio en mujeres menopaúlicas.
- Establecer la relación de edad con la presentación de insomnio en mujeres menopaúlicas
- Identificar la relación entre los síntomas vasomotores y la presentación de insomnio en mujeres menopaúlicas.

- Identificar la ocupación actual y su relación con el insomnio en mujeres menopáusicas

3.4. HIPÓTESIS

El uso de TRH se relaciona con la menor frecuencia de insomnio en mujeres menopáusicas atendidas en la consulta externa del servicio de ginecología del Hospital San Francisco de Quito en el periodo de Julio-Agosto del 2016.

3.5. JUSTIFICACIÓN

Debido a la desestimación que existe en mujeres menopáusicas en cuanto a la prevalencia de insomnio y al creciente interés de una atención integral con una oportuna intervención que mejore la calidad de vida de la mujer que atraviesa este periodo, se intenta identificar mediante este estudio la frecuencia de insomnio en mujeres menopáusicas con TRH y sin ella, asociada además a grupos de edad y la presentación de síntomas vasomotores, entre otras variables.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, la longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina (Salvador J., 2008)

En las sociedades latinoamericanas, también se ha acelerado el cambio poblacional. En el Ecuador en los años 80, la esperanza de vida en mujeres era de 65 años, en la actualidad es de 79 años. (MUNDIAL B., 2016)

Este aumento de la esperanza de vida, requerirá una mayor atención de los servicios de salud e investigación, para que estén preparados para atender, en el aspecto biopsicosocial, las nuevas necesidades que tienen las mujeres del cuidado de la salud en la menopausia y postmenopausia debido a que con el aumento de la esperanza de vida, se estima que las mujeres vivirán un tercio de sus vidas después de la menopausia en estado de deficiencia de estrógenos. (Alvear J., 2015)

Domínguez A, 2008 indica que "en nuestro país más del 50% de mujeres tendrá su menopausia alrededor de los 50 años, un 25% lo tendrá antes de los 45 años, y el porcentaje restante se reparte entre las personas que están alrededor de los 40 años o las que pasan los 54 años". (Dominguez A., 2008)

Las alteraciones en el sueño son relativamente comunes en mujeres en climaterio y una de las más frecuentes es el insomnio (Freedman R, 2007). 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. (Ruiz C., 2007)

Un estudio realizado en el Caribe de Colombia muestra que la prevalencia de insomnio en la población global fue del 34,8%. La prevalencia de oleadas de calor fue del 49,2%. En el grupo de mujeres con oleadas de calor la prevalencia de insomnio fue de 45,5%, mientras en el grupo sin síntomas vasomotores la prevalencia fue del 24,4%. (Monterrosa A., 2012)

La prevalencia es similar a la descrita en el estudio de Owens, 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. (Owens JF., 1998)

El conocimiento de los elementos esenciales del climaterio, la menopausia y del insomnio, permite mirar con optimismo el futuro de las mujeres climatéricas y confiar en que durante la menopausia es posible mantener una buena calidad de vida. Al encontrar la relación de alteraciones del sueño con las variables mencionadas se puede brindar pautas para tomar medidas correctivas oportunas que inciden en el manejo biopsicosocial de la mujer durante este periodo de la vida.

3.6. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es Observacional, Analítico transversal

3.7. MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La muestra constituyen todas las mujeres menopaúsicas que acuden a la consulta externa de Ginecología del Hospital San Francisco de Quito en el periodo de Julio – Agosto de 2016

1. Se realizó contacto directo cuando las mujeres que acudieron a la consulta externa del servicio de ginecología del Hospital San Francisco de Quito en el periodo de Julio-Agosto del 2016 y previo consentimiento informado (ANEXO1), se empleó una encuesta aplicada por las investigadoras, la misma que está basada en la

Escala de Atenas para Insomnio (Nenclares A., 2005) la cual fue adaptada para fines de la investigación y la versión chilena de la escala MRS (Menopause Rating Scale) (Monterrosa A., 2012) de la cual se tomaron dos preguntas con respecto a síntomas vasomotores. (ANEXO 2).

2. Posteriormente se llevó a cabo la revisión de historias clínicas de las mujeres encuestadas para verificar información acerca de uso o no de TRH.

3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres entre 40 y 65 años
- Mujeres con ausencia de menstruación durante 12 meses consecutivos
- Mujeres menopaúsicas quienes no utilicen TRH
- Mujeres menopaúsicas que hayan utilizado TRH por al menos 1 mes

3.9. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres menores de 40 años y mayores de 65 años
- Mujeres que no hayan cumplido un periodo de ausencia de menstruación de al menos 12 meses
- Mujeres con menopausia inducida o quirúrgica

3.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

- Primero los datos fueron recolectados en una hoja de Excel
- Posteriormente los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 23

- Para el análisis Univarial, en las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), en las variables cualitativas se describió las frecuencias absolutas y relativas.
- Para el análisis bivariable; se utilizaron métodos de estadística inferencial específica determinadas en base a: la “Guía Práctica del Curso de Bioestadística Aplicada a las Ciencias de la Salud” del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de España.

3.11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
Mujer menopáusica	Cese permanente de la menstruación, después de 12 meses consecutivos. (WHO, 1994)	Peri menopausia Postmenopausia	Porcentajes	1 año	Encuesta HCL
Terapia de Reemplazo Hormonal	Sistema de tratamiento médico para la menopausia. Empleo de estrógenos, progesterona o progestinas, y a veces testosterona.		Porcentajes	1 SI 2NO	Encuesta HCL
Síntomas vasomotores	Sensación subjetiva de calor que habitualmente se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración (GPC)	Bochornos Palpitación/opresión en el pecho	Porcentajes	0No 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa	Encuesta
Insomnio	Insatisfacción por la calidad/cantidad del sueño por al menos 1 mes caracterizado por dificultad para iniciar o mantener el sueño	Insomnio inicial : 30 minutos hasta conciliar el sueño Insomnio de mantenimiento: 2 o más despertares nocturnos Insomnio terminal: despertar 30 minutos o más antes de lo planeado	Porcentajes	1 SI 2 NO	Encuesta
Edad	Años cumplidos de la persona	Edad desde el nacimiento hasta el día actual	Porcentajes	1. 40-50 2. 51-65	Encuesta HCL
Ocupación	Trabajo o actividad que una persona lleva a cabo	Trabajo remunerado Trabajo voluntario Quehaceres domésticos	Porcentajes	1 Remunerado 2 No remunerado	Encuesta

Calidad de Vida	Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad	Afectación subjetiva de calidad de vida	Porcentajes	1 SI 2 NO	Encuesta
-----------------	---	---	-------------	--------------	----------

Fuente: Elaborado por Granizo Mónica, Navarrete Pamela

3.12. RESUMEN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL ANÁLISIS Y CORRELACIONES DE VARIABLES

Entender el análisis estadístico de las variables es algo complejo cuando no se forma parte de la investigación, en este estudio se utilizaron 10 variables y se realizaron correlaciones con una técnica estadística, por esto se decidió crear un cuadro simplificando todos los procesos ejecutados para que el lector pueda comprender de mejor manera la metodología utilizada y posteriormente los resultados obtenidos. A continuación se presenta la tabla.

Tabla 3. Resumen de metodología utilizada en el análisis y correlaciones de las variables.

PRIMERA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SEGUNDA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	MEDIDAS ESTADÍSTICA
Insomnio	Cualitativa nominal dicotómica	Terapia hormonal	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
		Edad	Cualitativa nominal dicotómica	Chi Cuadrado
		Bochornos	Cualitativa ordinal	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
		Palpitaciones	Cualitativa Ordinal	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
		Ocupación	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
		Afectación de Calidad de vida	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
Insomnio Inicial	Cualitativa nominal dicotómica	Terapia hormonal	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado

		Edad	Cualitativa nominal dicotómica	Chi Cuadrado
		Bochornos	Cualitativa ordinal	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
		Palpitaciones	Cualitativa Ordinal	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
		Ocupación	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
		Afectación de Calidad de vida	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
Insomnio de Mantenimiento	Cualitativa nominal dicotómica	Terapia hormonal	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
		Edad	Cualitativa nominal dicotómica	Chi Cuadrado
		Bochornos	Cualitativa ordinal	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
		Palpitaciones	Cualitativa Ordinal	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
		Ocupación	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
		Afectación de Calidad de vida	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
Insomnio terminal	Cualitativa nominal dicotómica	Terapia hormonal	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
		Edad	Cualitativa nominal dicotómica	Chi Cuadrado
		Bochornos	Cualitativa ordinal	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
		Palpitaciones	Cualitativa Ordinal	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
		Ocupación	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
		Afectación de Calidad de vida	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado

Fuente: Elaborado por Granizo Mónica, Navarrete Pamela

3.13. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio cumple con las normas éticas para la investigación entre las cuales se encuentran el respeto de la confidencialidad de las personas que nos ayudarán a realizar esta investigación.

Previa aplicación de los instrumentos, los pacientes encuestados serán informados sobre los objetivos de la investigación, la confidencialidad de los datos y en caso de participar se requerirá consentimiento informado firmado (ANEXO 1).

La autorización por parte de las autoridades competentes para la realización de este estudio en el Hospital San Francisco de Quito y el Comité de ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la PUCE.

4. CAPÍTULO IV - RESULTADOS

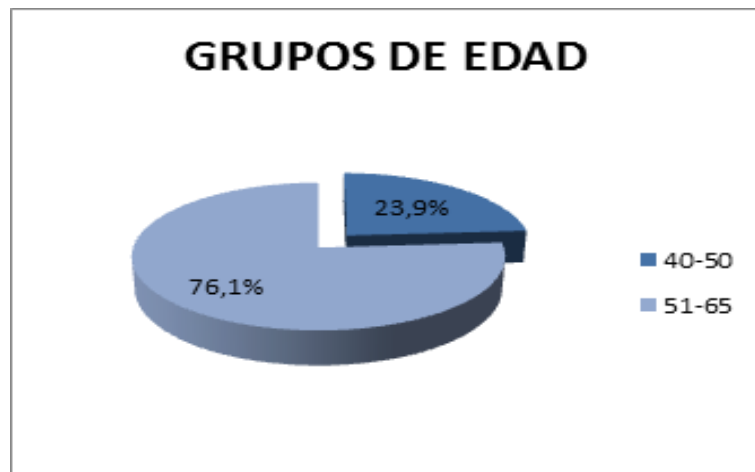
Se estudiaron 134 mujeres menopáusicas del Hospital San Francisco de Quito. Las pacientes encuestadas respondieron un cuestionarios relacionado a sintomatología menopáusica, uso de tratamiento de remplazo hormonal y la presencia de insomnio.

4.1. ANÁLISIS UNIVARIAL: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

4.1.1. EDAD

La media de edad de las pacientes estudiadas fue de 55.83 ± 5.59 años, con un rango comprendido entre 42 y 65 años. Se categorizó la población en dos grupos con rangos de 40 a 50 años y de 51 a 65 años siendo este el grupo con mayor población (76,1%).

Gráfico 2. Frecuencia relativa de distribución por Edad

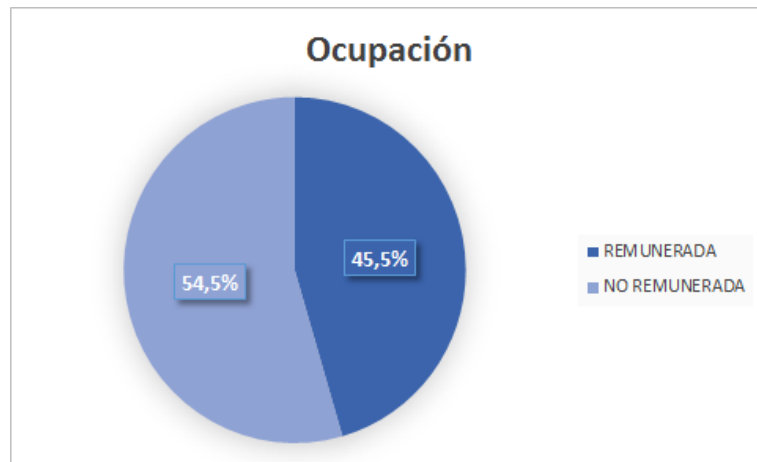


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.1.2. OCUPACIÓN

Se categorizó en 2 grupos según el tipo de actividad laboral que realizan siendo el mayor con el (54.5%) actividades laborales no remuneradas.

Gráfico 3. Frecuencia relativa de distribución por Ocupación

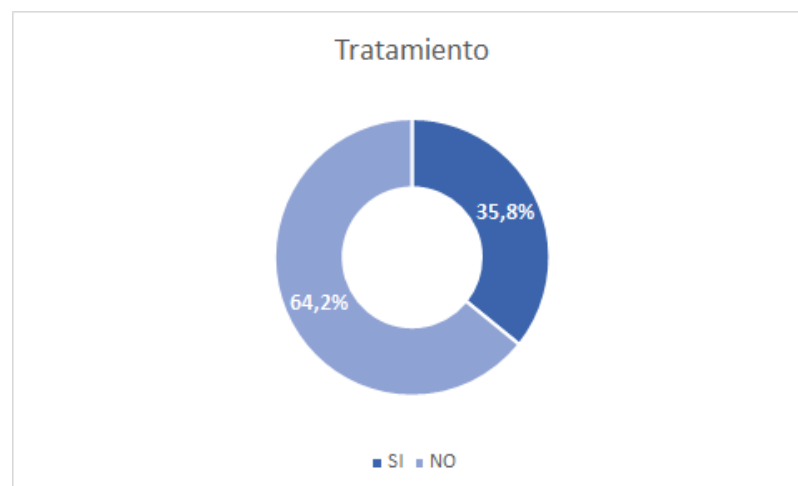


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.1.3. TRATAMIENTO

De las 134 mujeres (64,2%) no reciben ningún tipo de TRH.

Gráfico 4. Frecuencia relativa de distribución uso de TRH



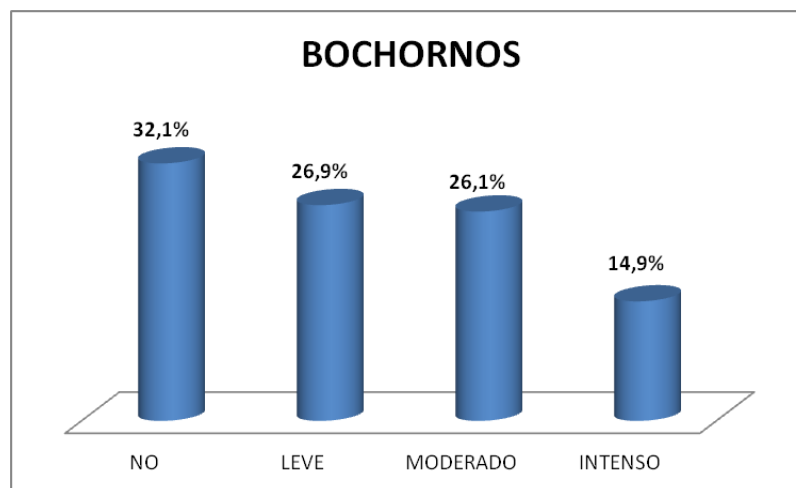
Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.2. VARIABLES DE MORBILIDAD

4.2.1. BOCHORNOS

Del total de pacientes estudiadas 36 (26,9%) presentan bochornos de intensidad leve, 35(26,1%) presentan bochornos de intensidad moderada y 20 (14,9%) presentan bochornos intensos.

Gráfico 5. Frecuencia relativa de Bochornos y sus grados de intensidad

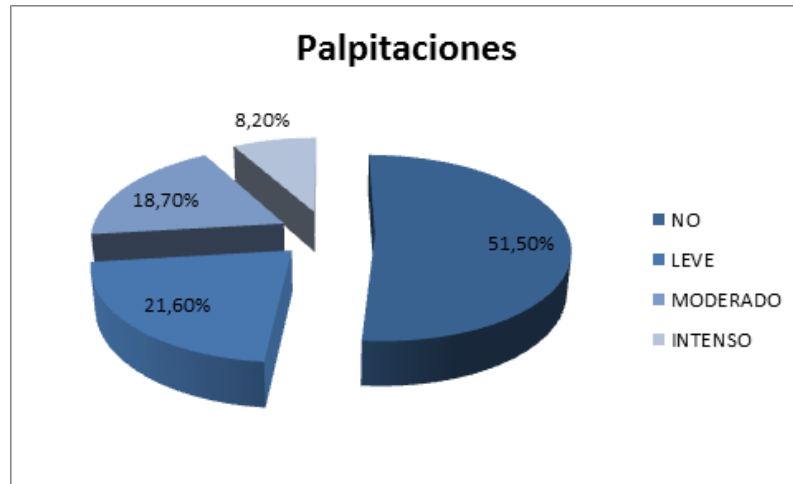


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.2.2. PALPITACIONES

Del total de pacientes estudiadas el mayor porcentaje de mujeres (51,5%) no presentan palpitations como parte de los síntomas vasomotores mientras que el (21,6%) presentan palpitations de intensidad leve.

Gráfico 6. Frecuencia relativa de Palpitaciones y sus grados de intensidad

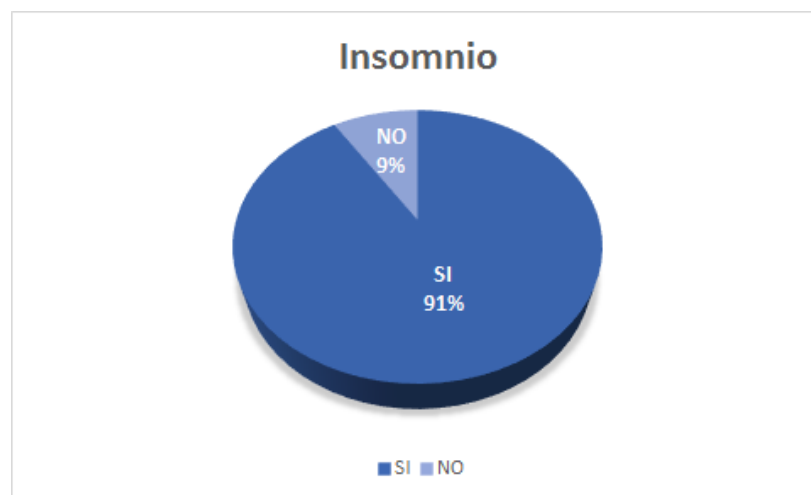


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.2.3. INSOMNIO

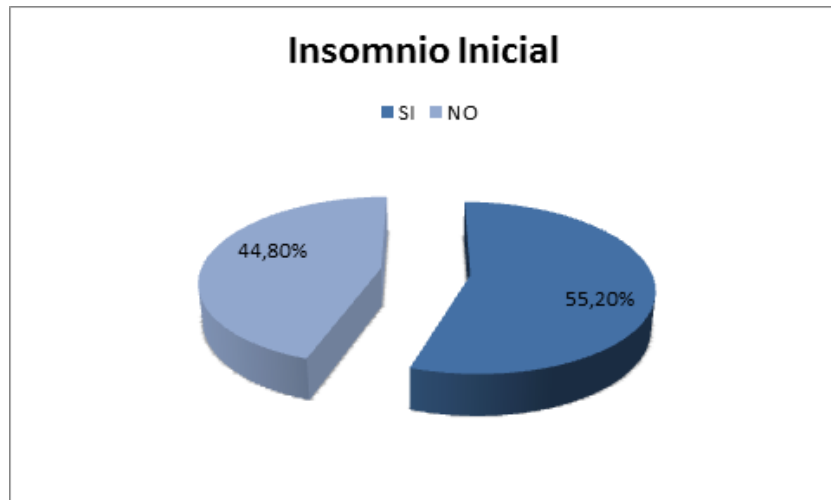
Del total de mujeres 122 (91%) presentan algún tipo de insomnio; 55,2% presentan insomnio inicial, 64,9% presentan insomnio de mantenimiento y 69% presentaron insomnio terminal.

Gráfico 7. Frecuencia relativa de Insomnio



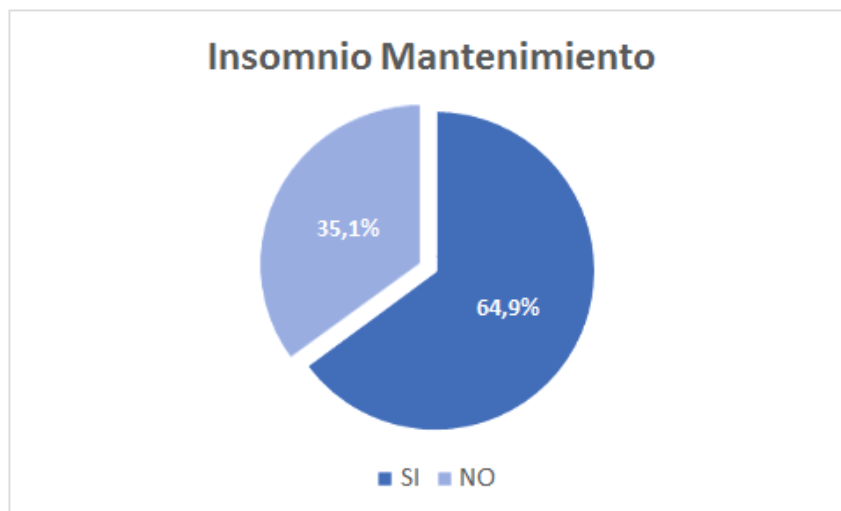
Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

Gráfico 8. Frecuencia relativa de Insomnio Inicial



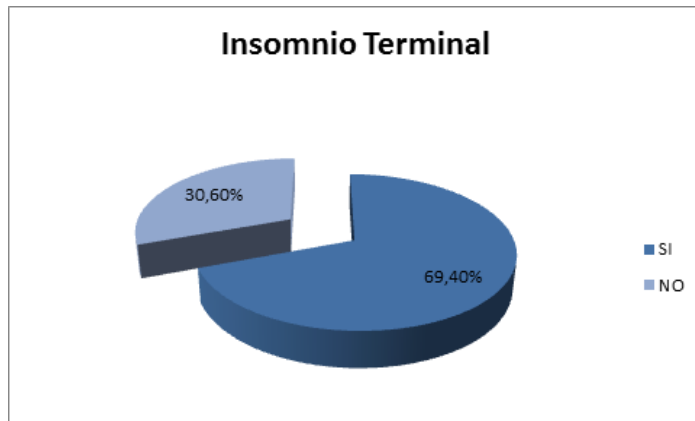
Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

Gráfico 9. Frecuencia relativa de Insomnio de Mantenimiento



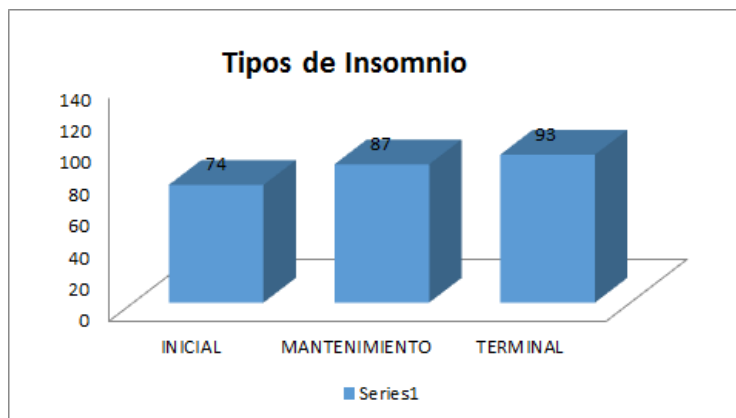
Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

Gráfico 10. Frecuencia relativa de Insomnio Terminal



Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

Gráfico 11. Gráfico comparativo de la Frecuencia de los distintos tipos de Insomnio

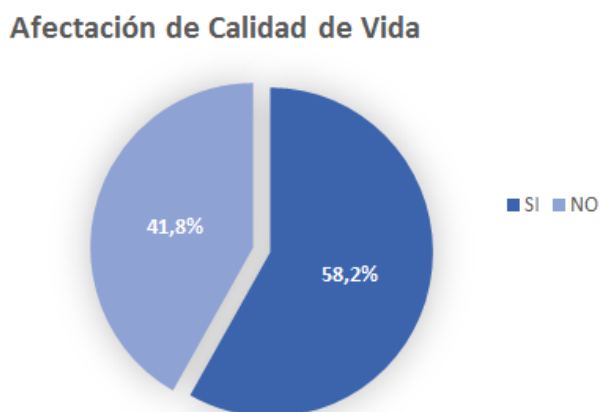


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.2.4. CALIDAD DE VIDA

De la población total incluida en el estudio 58,2% de mujeres percibían una afectación en su calidad de vida.

Gráfico 12. Frecuencia relativa de percepción de afectación en la Calidad de Vida



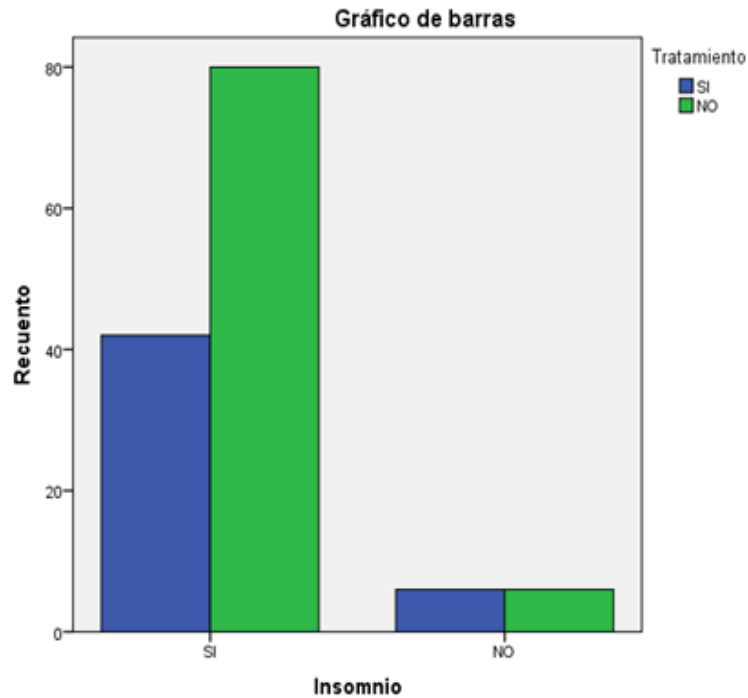
*Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ.
Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.*

4.3. ANÁLISIS BIVARIAL

4.3.1. INSOMNIO VS TRATAMIENTO

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 1,153 con un valor de p de 0,283 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa. Se observa que el 66% de las pacientes con insomnio no utilizaban ningún tipo de terapia. Sin embargo en pacientes que no presentaron insomnio se encontró una igualdad de porcentajes entre los grupos de uso o no de TRH.

Gráfico 13. Insomnio vs Tratamiento

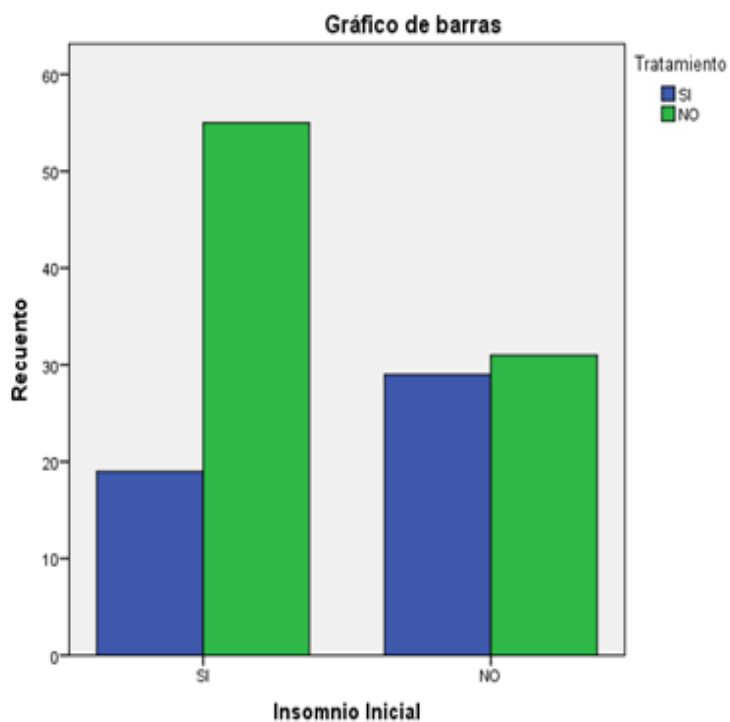


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.2. INSOMNIO INICIAL VS TRATAMIENTO

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 7,39 con un valor de p de 0,007 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa. Se observa que el 66,9 % de las que no usaban TRH presentaban síntomas de insomnio inicial mientras que solo el 39,5% de las que usaban TRH presentaron síntomas.

Gráfico 14. Insomnio Inicial vs Tratamiento

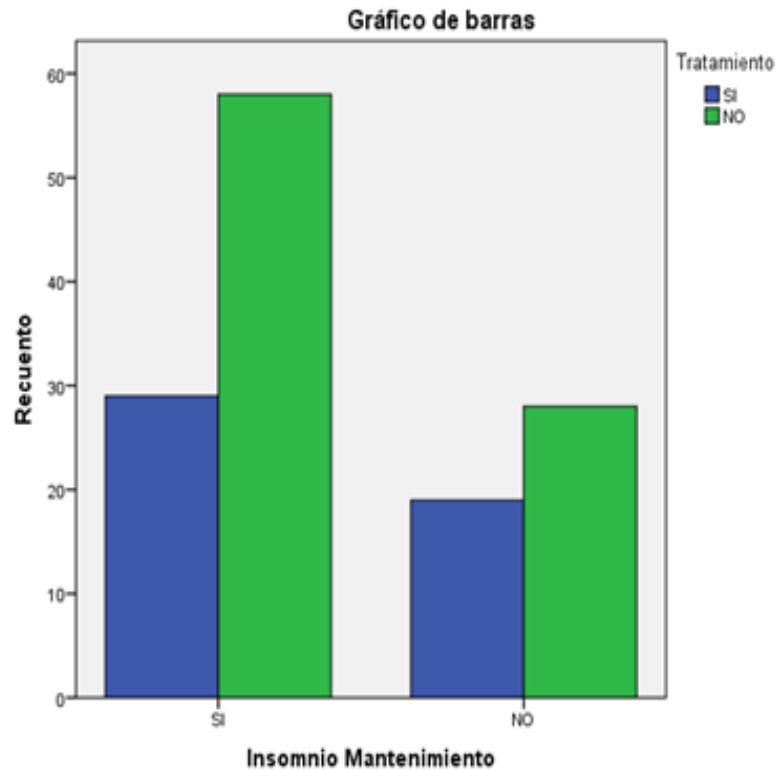


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.3. INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS TRATAMIENTO

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 0,66 con un valor de p de 0,414 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa. Se observa que el 60,4% de las pacientes que usaban TRH presentaban síntomas de insomnio de mantenimiento mientras que el 67,4% de las que no utilizaban TRH presentaban la misma sintomatología.

Gráfico 15. Insomnio de Mantenimiento vs Tratamiento

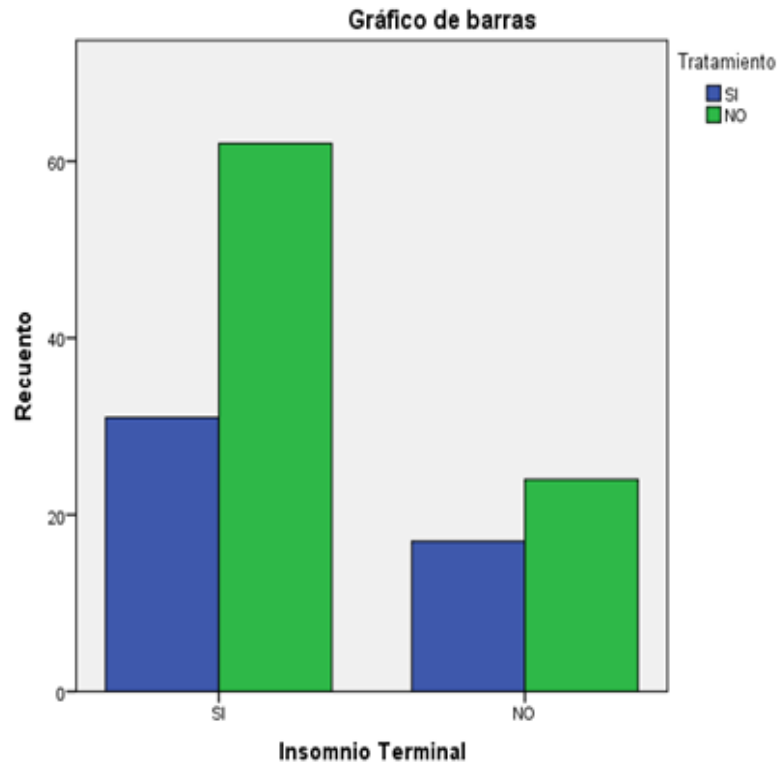


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.4. INSOMNIO TERMINAL VS TRATAMIENTO

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 0,81 con un valor de p de 0,366 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa. Se observa que 64,5% de las pacientes que usaban TRH presentaban despertares temprano mientras que el 72% de las que no utilizaban TRH presentaban la misma sintomatología.

Gráfico 16. Insomnio Terminal vs Tratamiento

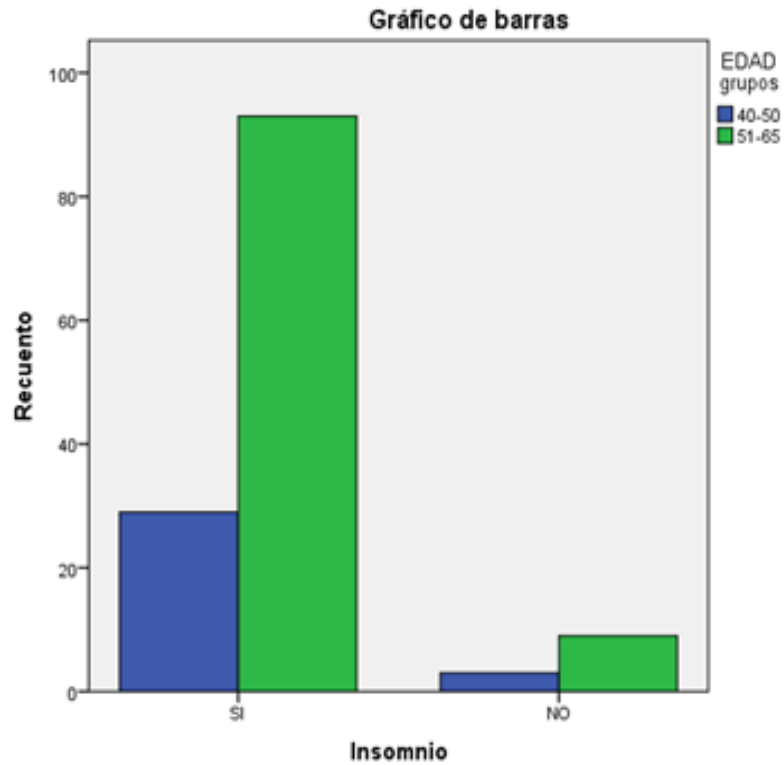


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.5. INSOMNIO VS GRUPOS DE EDAD

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 0,009 con un valor de p de 0,924 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que 90% de las pacientes que se encuentran en el primer grupo de 40 a 50 años presentaban insomnio mientras que el 93% de las mujeres del grupo de 51 a 65 años presentaban la misma sintomatología.

Gráfico 17. Insomnio vs grupos de edad

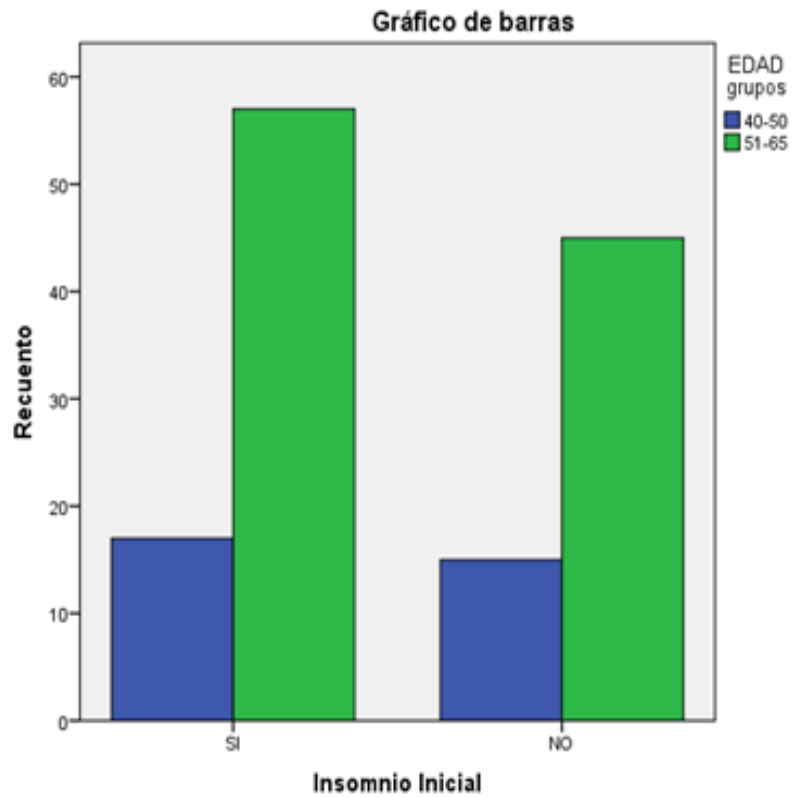


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.6. INSOMNIO INICIAL VS GRUPOS DE EDAD

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 0,076 con un valor de p de 0,78 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa una similitud entre los porcentajes de mujeres que presentan insomnio inicial de las pacientes que se encuentran en el primer grupo de 40 a 50 (53,1%) y del grupo de 51 a 65 años (55,8%).

Gráfico 18. Insomnio Inicial vs Grupos de Edad



Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.7. INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS GRUPOS DE EDAD

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 0,09 con un valor de p de 0,92 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa una similitud entre los porcentajes de mujeres que presentan insomnio de mantenimiento en las pacientes que se encuentran en el primer grupo de 40 a 50 años (65,6%) y del grupo de 51 a 65 años (64,7%).

Gráfico 19. Insomnio de Mantenimiento vs Grupos de Edad

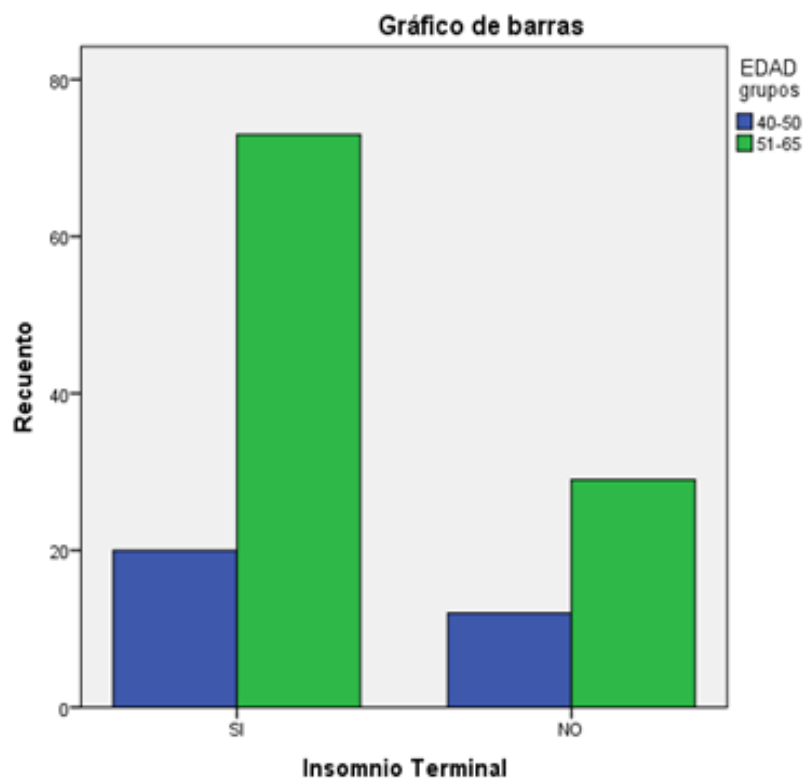


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.8. INSOMNIO TERMINAL VS GRUPOS DE EDAD

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 0,94 con un valor de p de 0,33 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa una similitud entre los porcentajes de mujeres que presentan insomnio terminal en las pacientes que se encuentran en el primer grupo de 40 a 50 años (63,5%) y del grupo de 51 a 65 años (71,5%).

Gráfico 20. Insomnio Terminal vs Grupos de Edad

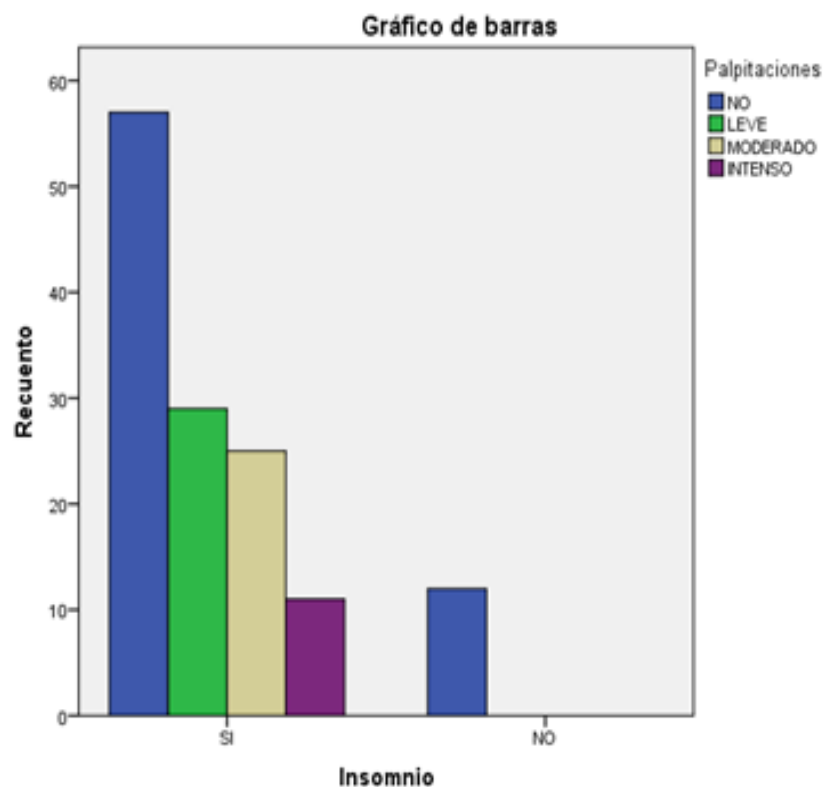


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.9. INSOMNIO VS PALPITACIONES

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 12,41 con un valor de p de 0,006 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 53,27% de mujeres que presentaron insomnio referían palpitations como síntoma vasomotor, sin embargo el 100% de las mujeres que no presentaron insomnio no referían esta sintomatología.

Gráfico 21. Insomnio vs Palpitaciones

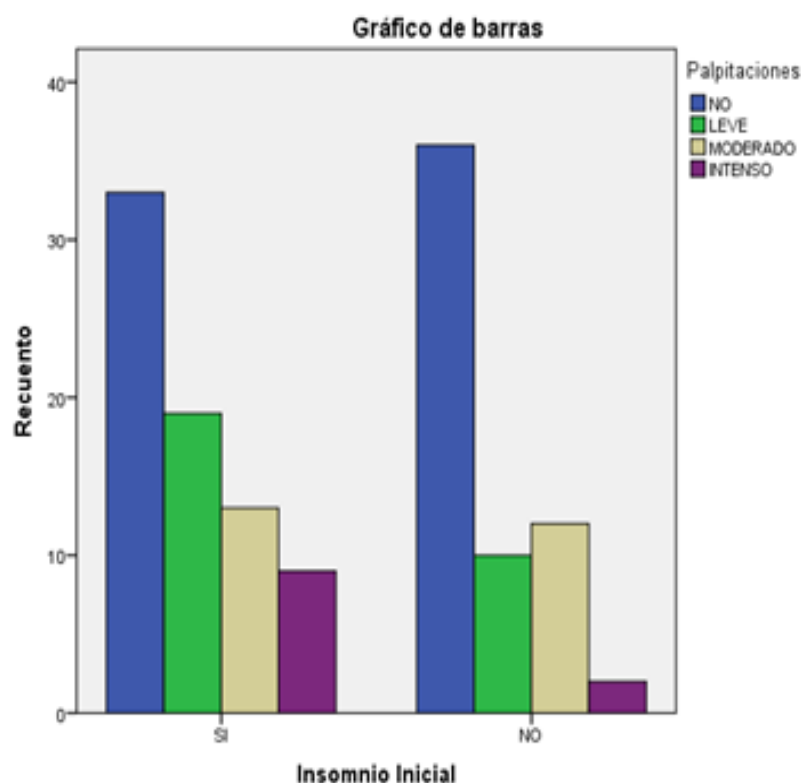


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.10. INSOMNIO INICIAL VS PALPITACIONES

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 6,02 con un valor de p de 0,11 por lo que podemos decir que existe una asociación entre las variables sin embargo la misma no es estadísticamente significativa. Se observa que el 54,4% de mujeres que presentaron insomnio inicial referían palpitaciones en grados de leve a intenso como síntoma vasomotor, mientras que el 40% de las mujeres que no presentaron insomnio presentaron la misma sintomatología.

Gráfico 22. Insomnio Inicial vs Palpitaciones

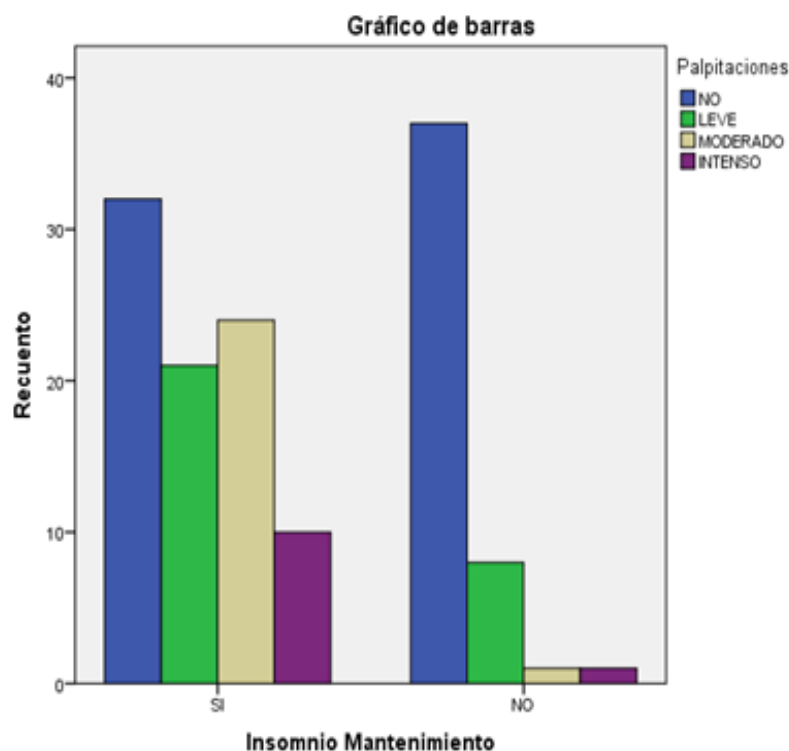


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.11. INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS PALPITACIONES

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 25,02 con un valor de p de 0,001 por lo que podemos decir que existe una fuerte asociación entre las variables la misma que es estadísticamente significativa. Se observa que el 65% de mujeres que presentaron insomnio de mantenimiento referían palpitaciones en grados de leve a intenso como síntoma vasomotor, mientras que solo el 21% de las mujeres que no presentaron insomnio presentaron la misma sintomatología.

Gráfico 23. Insomnio de Mantenimiento vs Palpitaciones

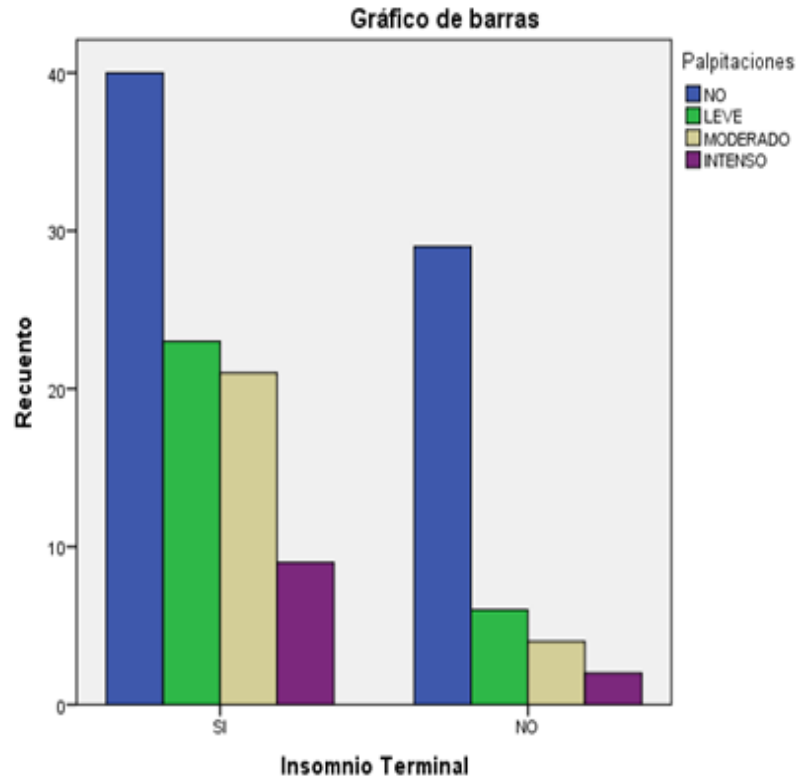


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.12. INSOMNIO TERMINAL VS PALPITACIONES

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 8,89 con un valor de p de 0,03 por lo que podemos decir que existe una fuerte asociación entre las variables la misma que es estadísticamente significativa. Se observa que el 56.9% de mujeres que presentaron insomnio terminal o despertares tempranos referían palpitaciones en grados de leve a intenso como síntoma vasomotor, mientras que solo el 29,1% de las mujeres que no presentaron insomnio presentaron la misma sintomatología.

Gráfico 24. Insomnio Terminal vs Palpitaciones

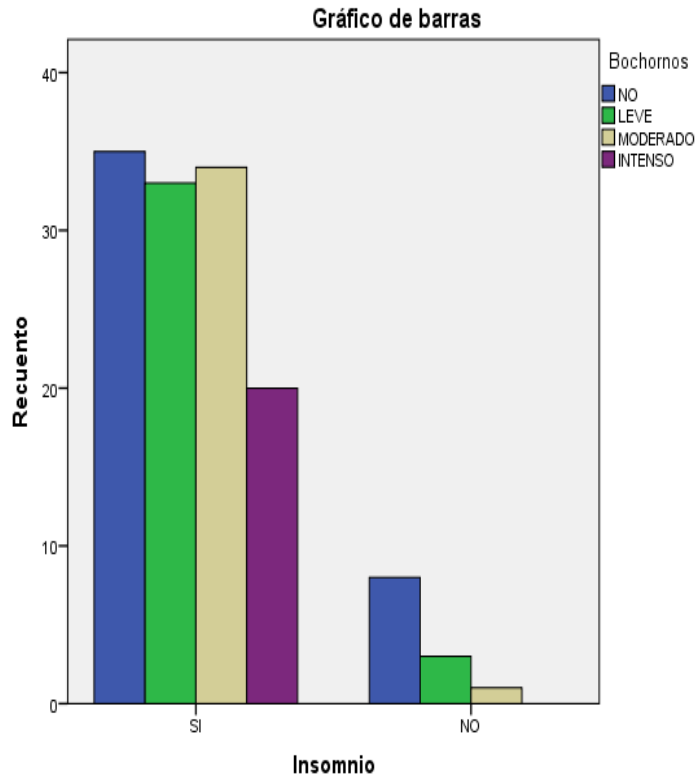


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.13. INSOMNIO VS BOCHORNOS

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 8,49 con un valor de p de 0,03 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 71.31% de mujeres que presentaron insomnio referían bochornos como síntoma vasomotor. Sin embargo el 28,6% de las mujeres que presentaron insomnio no presentaron la misma sintomatología. Mientras que el 33.3% que no presentaron insomnio, refirieron la misma sintomatología.

Gráfico 25. Insomnio vs Bochornos

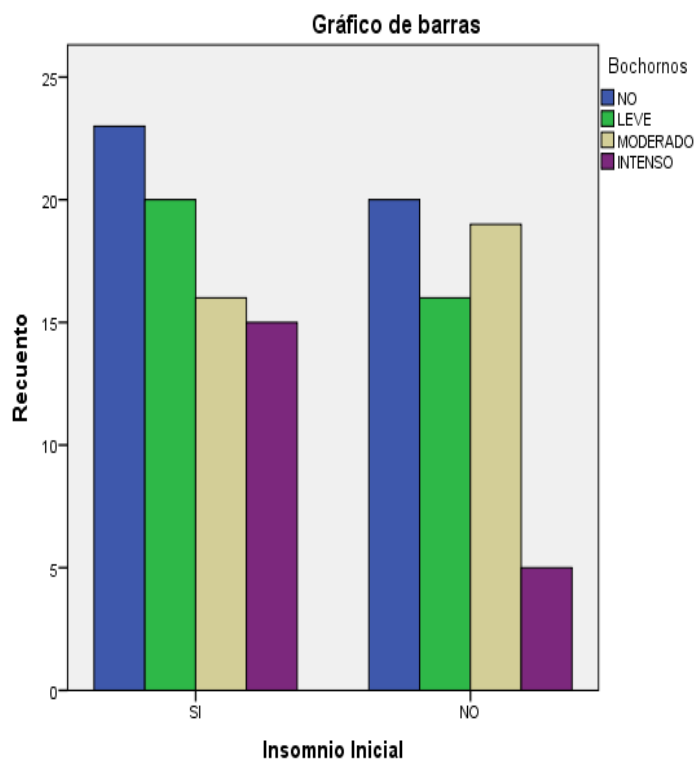


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.14. INSOMNIO INICIAL VS BOCHORNOS

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 4,49 con un valor de p de 0,21 por lo que podemos decir que existe una asociación entre las variables sin embargo la misma no es estadísticamente significativa. Se observa que el 68,9% de mujeres que presentaron insomnio inicial referían bochornos en grados de leve a intenso como síntoma vasomotor, mientras que el 66.6% de las mujeres que no presentaron insomnio inicial presentaron la misma sintomatología.

Gráfico 26. Insomnio Inicial vs Bochornos

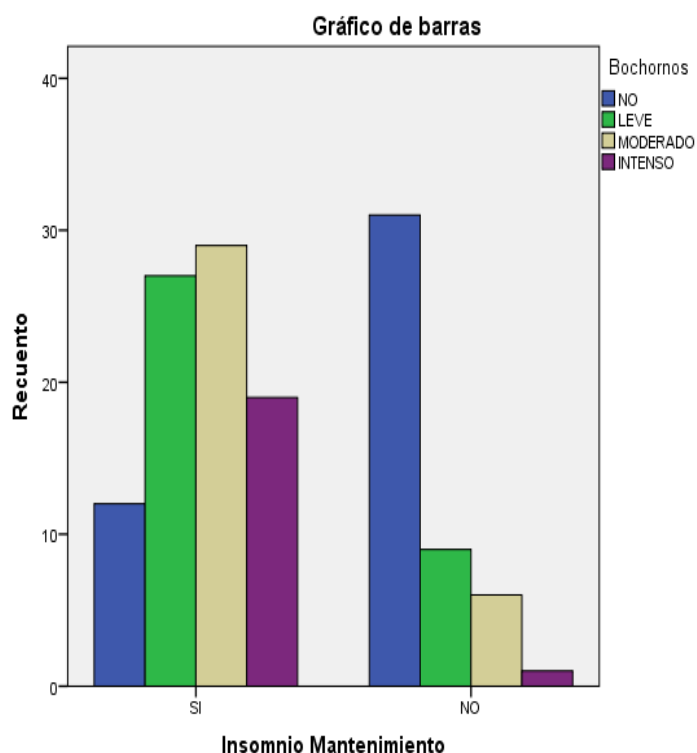


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.15. INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS BOCHORNOS

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 40,36 con un valor de p de 0,0001 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 86,2% de mujeres que presentaron insomnio de mantenimiento referían bochornos en grados de leve a intenso como síntoma vasomotor, mientras que el 66% de las mujeres que no presentaron insomnio de mantenimiento, no presentaron bochornos como sintomatología.

Gráfico 27. Insomnio de Mantenimiento vs Bochornos

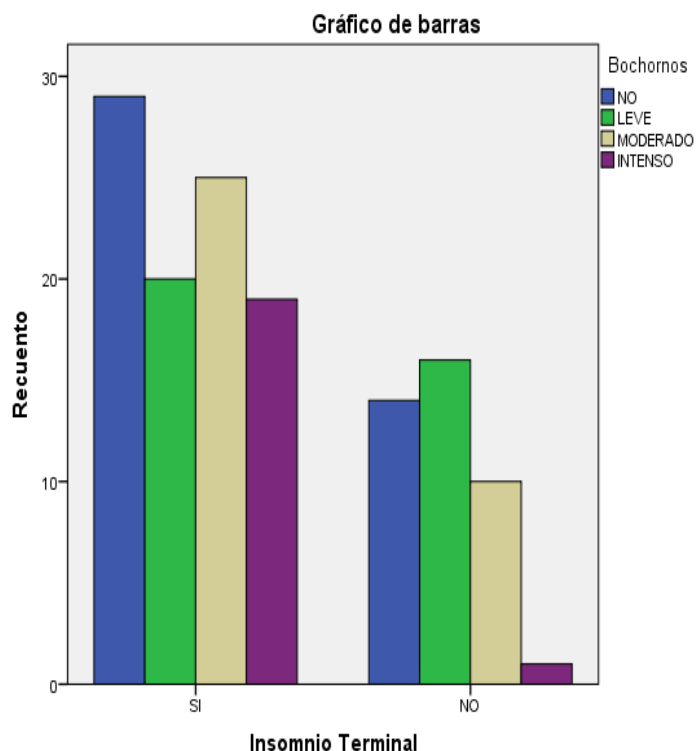


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.16. INSOMNIO TERMINAL VS BOCHORNOS

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 9,56 con un valor de p de 0,023 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 68,8% de mujeres que presentaron insomnio terminal referían bochornos en grados de leve a intenso como síntoma vasomotor, mientras que el 34,1% de las mujeres que no presentaron insomnio terminal, no presentaron sintomatología.

Gráfico 28. Insomnio Terminal vs Bochornos

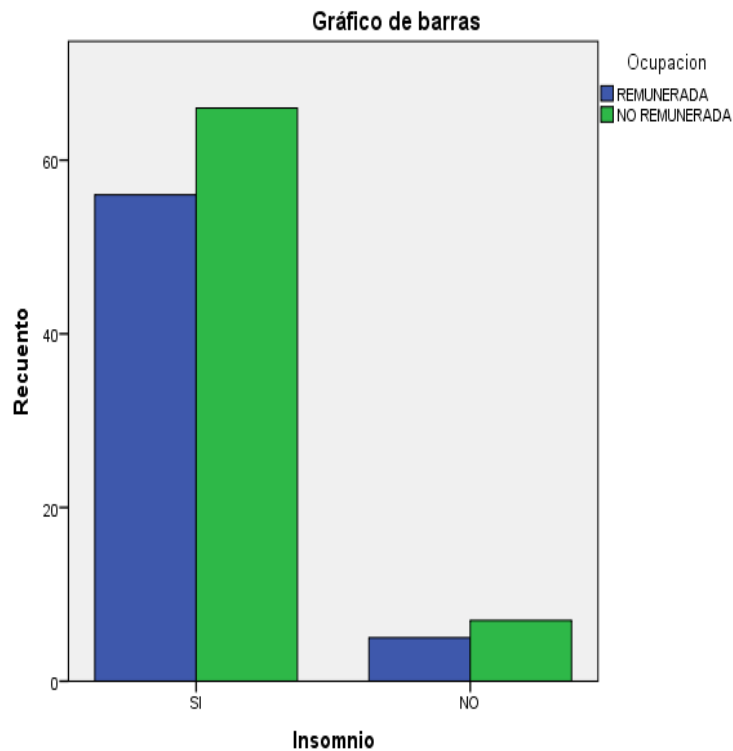


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.17. INSOMNIO VS OCUPACIÓN

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 0,079 con un valor de p de 0,77 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 54,1% de las pacientes con insomnio realizaban actividad no remunerada. Sin embargo en pacientes que no presentaron insomnio se encontró un porcentaje similar de mujeres que realizaban actividad no remunerada.

Gráfico 29. Insomnio vs Ocupación

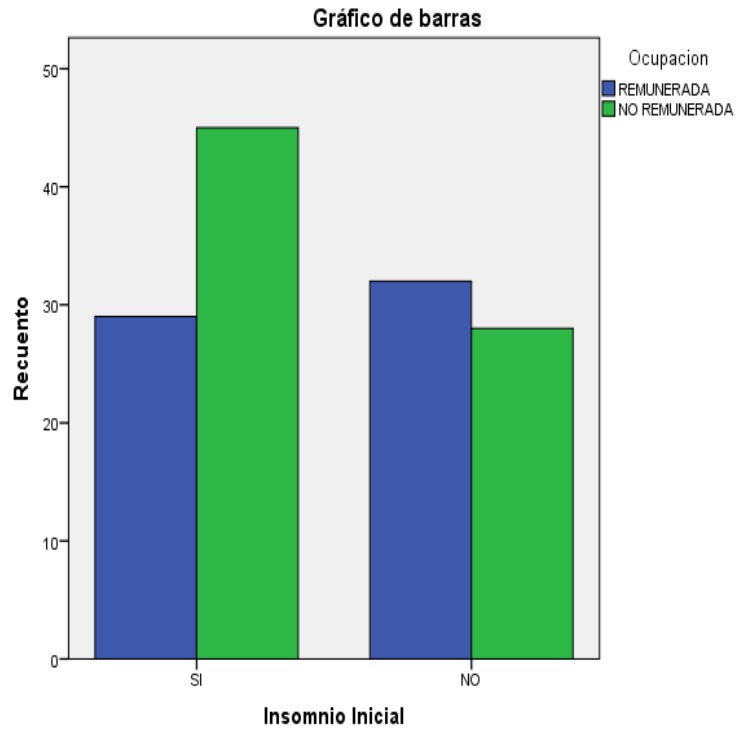


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.18. INSOMNIO INICIAL VS OCUPACIÓN

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 2,67 con un valor de p de 0,10 por lo que podemos decir que existe una asociación entre las variables sin embargo la misma no es estadísticamente significativa. Se observa que el 60,8% de las pacientes que presentaban síntomas de insomnio inicial realizan actividad no remunerada, mientras que el 46,6% de las que no presentaron síntomas de insomnio realizan actividad no remunerada.

Gráfico 30. Insomnio Inicial vs Ocupación

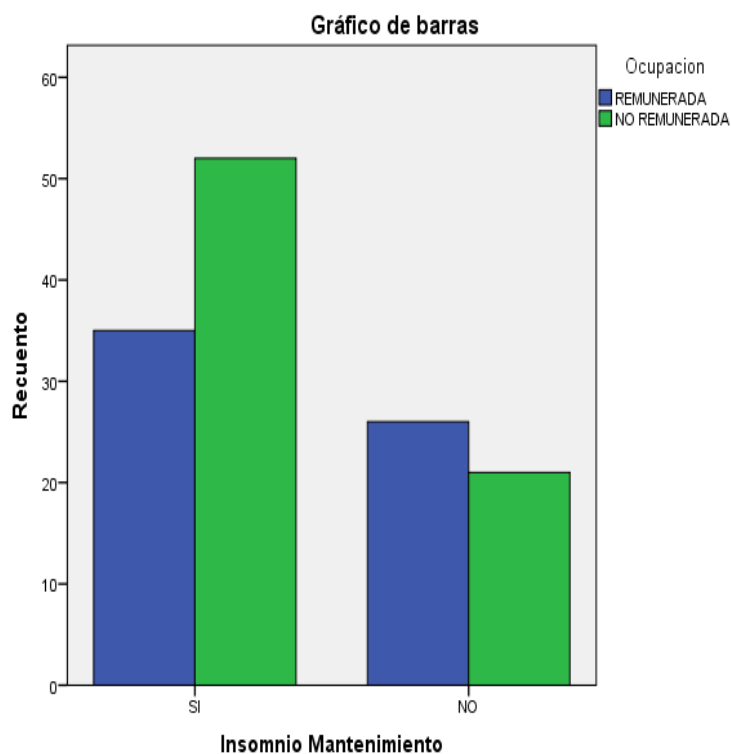


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.19. INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS OCUPACIÓN

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 2.80 con un valor de p de 0,09 por lo que podemos decir que existe una asociación entre las variables sin embargo la misma no es estadísticamente significativa. Se observa que el 59.8% de las pacientes que presentaban síntomas de insomnio de mantenimiento realizan actividad no remunerada, mientras que el 55.3% de las que no presentaron síntomas de insomnio realizan actividad remunerada.

Gráfico 31. Insomnio de Mantenimiento vs Ocupación

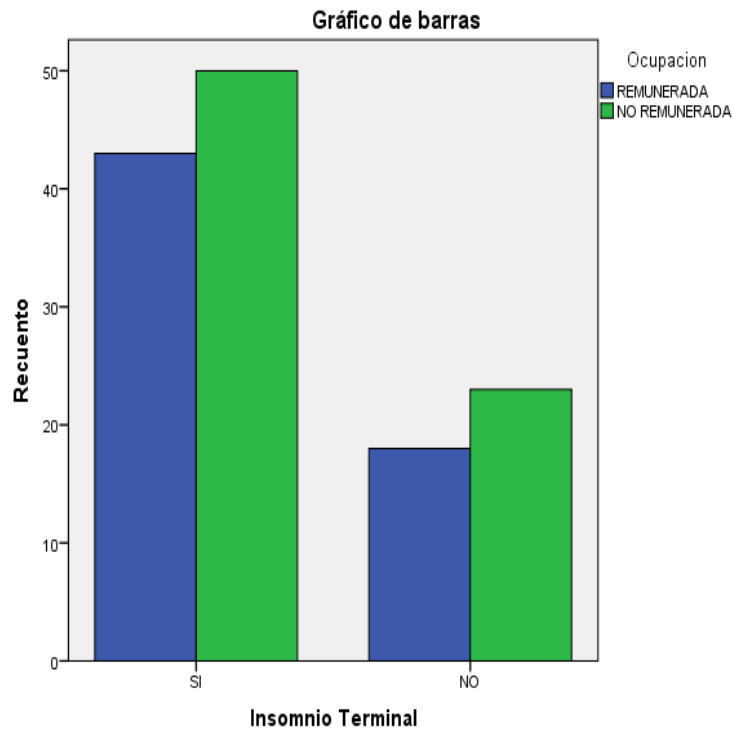


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.20. INSOMNIO TERMINAL VS OCUPACIÓN

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 0,063 con un valor de p de 0,80 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 53,8% de las pacientes con insomnio terminal realizaban actividad no remunerada. Sin embargo en las mujeres que no presentaron insomnio terminal se encontró que el 56,1% de ellas realizaban actividad no remunerada.

Gráfico 32. Insomnio Terminal vs Ocupación

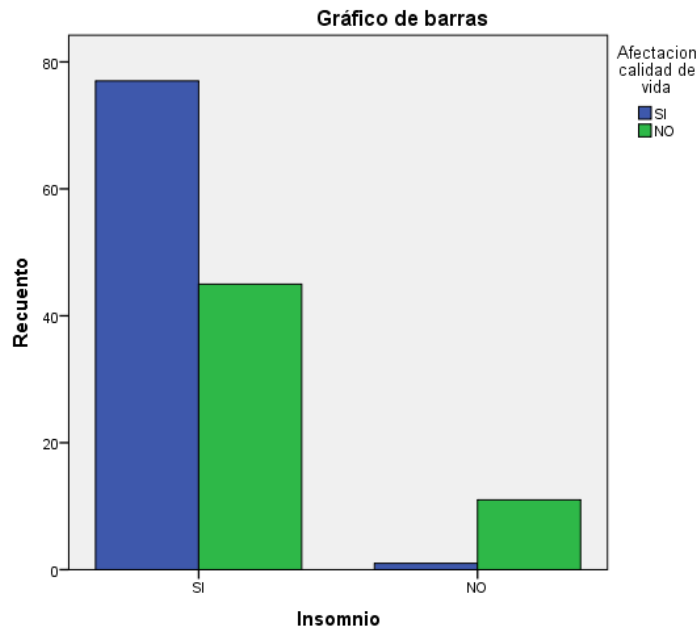


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.21. INSOMNIO VS CALIDAD DE VIDA

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 13,47 con un valor de p de 0,0001 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 63,1% de las pacientes con insomnio presentaban afectación en la calidad de vida. Mientras que solo el 8,3% de pacientes que no presentaron síntomas de insomnio refirieron afectación en la calidad de vida.

Gráfico 33. Insomnio vs Calidad de vida

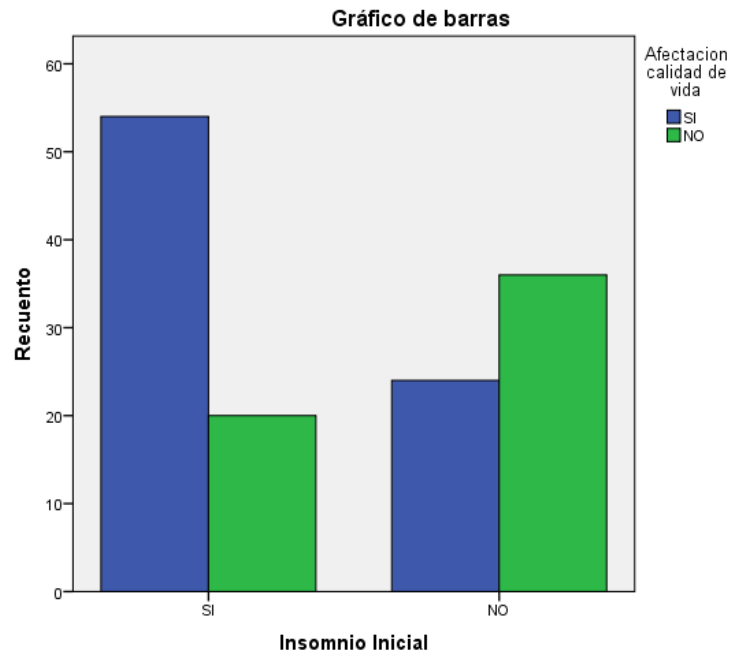


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.22. INSOMNIO INICIAL VS CALIDAD DE VIDA

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 14,8 con un valor de p de 0,0001 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 73% de las pacientes con insomnio inicial presentaban afectación en la calidad de vida. Mientras que el 60% de pacientes que no presentaron síntomas de insomnio inicial tampoco presentaron afectación en la calidad de vida.

Gráfico 34. Insomnio Inicial vs Calidad de vida

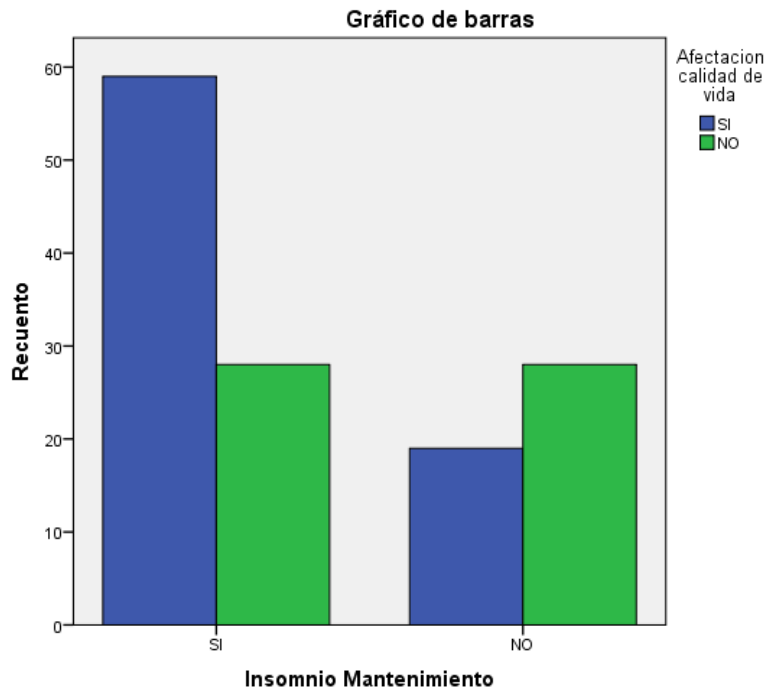


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.23. INSOMNIO DE MANTENIMIENTO VS CALIDAD DE VIDA

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 9,41 con un valor de p de 0,002 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 67,8% de las pacientes con insomnio de mantenimiento presentaban afectación en la calidad de vida. Mientras que el 59,5% de pacientes que no presentaron síntomas de insomnio de mantenimiento tampoco presentaron afectación en la calidad de vida.

Gráfico 35. Insomnio de Mantenimiento vs Calidad de vida

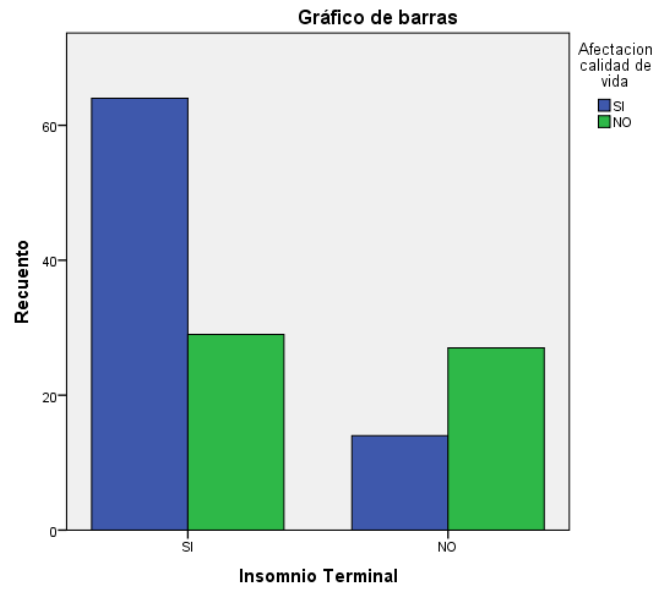


Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela.

4.3.24. INSOMNIO TERMINAL VS CALIDAD DE VIDA

El Chi-cuadrado de Pearson de esta prueba fue de 14,06 con un valor de p de 0,0001 por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Se observa que el 68,8% de las pacientes con insomnio terminal presentaban afectación en la calidad de vida. Mientras que el 58,5% de pacientes que no presentaron insomnio terminal tampoco presentaron afectación en la calidad de vida.

Gráfico 36. Insomnio Terminal vs Calidad de vida



Fuente: Cuestionario aplicado a 134 pacientes de Consulta Externa de Ginecología del HSFQ. Julio-Agosto 2016. Elaborado por: Granizo Mónica, Navarrete Pamela

5. CAPITULO V – DISCUSIÓN

Al estudiar la frecuencia de insomnio que presentan las mujeres en periodo menopáusico en la Consulta Externa del Servicio de Ginecología del HSFQ, en nuestra población, el 91% de las mujeres refirió algún tipo de insomnio durante al menos el último mes, lo cual es un porcentaje alto en comparación con los múltiples estudios efectuados sobre insomnio en menopausia, como ejemplo, un estudio reciente realizado en 2011 en nuestro país el cual encontró que el 41.5% de las mujeres ecuatorianas entre 40 a 59 años en etapa menopáusica sufrían de insomnio (Arakane M. et. al., 2011).

Se han realizado además varios estudios en otros países con poblaciones similares a la nuestra, entre estos, el de *Álvaro Monterrosa y Sol María Carriazo* en el año 2012 en Colombia (Monterrosa A., 2012) donde el 45,5% de la población estudiada presenta insomnio sobre todo asociado a síntomas vasomotores, también podemos observar el “Estudio multinacional de desórdenes del sueño durante la mediana edad de la mujer” elaborado en 11 países de Latinoamérica en el cual la prevalencia de insomnio fue del 46.3% concordando con lo antes mencionado. (Blümel J. et. al., 2013)

La diferencia entre las frecuencias de insomnio entre el presente estudio y otros mencionados puede deberse probablemente a que al ser un estudio realizado en un servicio de consulta externa, prevalecen las mujeres que presentan sintomatología asociada a su menopausia, además pudieran estar presentes algunas variables de confusión tales como estrés, ansiedad, comorbilidades, problemas intrafamiliares, etc., que no fueron tomadas en cuenta en esta investigación.

Evaluamos también la relación que existe entre el insomnio y diferentes grupos etarios buscando una asociación que demuestre que el insomnio aumenta con la edad, sin embargo encontramos que tanto en el grupo de 40 a 50 años como en el grupo de 51 a 65 años la prevalencia de insomnio era del 90% y del 88% respectivamente, observando una diferencia de menos del 5%, lo cual concuerda con estudios que refieren que la magnitud del aumento en la prevalencia de insomnio con la edad fue moderada, ya que el incremento observado entre las mujeres de 40 a 44 y 55 a 59 años de edad no excedió el 10%. (Blümel J. et. al., 2013).

Varios estudios europeos han encontrado también que con la edad la prevalencia del insomnio no presentó cambios o aumentó solo muy ligeramente (Chevalier H. et. al., 1999) (SINE Study Group., 2001)

Un estudio realizado en EEUU durante el año 2007 reportó que casi la mitad de las pacientes entre 40 y 64 años de edad sufrían de alteraciones en el sueño, en cambio en nuestro estudio podemos ver que más de la mitad (91%) de las pacientes encuestadas refirieron síntoma de algún tipo de insomnio, como al contrario de Leger que en 2004 reportó una prevalencia de insomnio moderado en el 25% entre mujeres mayores de 50 años y en este mismo grupo observó que el 15% de ellas sufrían insomnio severo (Sordia L., 2009). En el estudio se observó que las mujeres mayores de 50 años presentaron una prevalencia de insomnio del 93% siendo la mayor en los grupos de edad.

Existen extensos reportes acerca de la variedad de síntomas relacionados con el climaterio en la literatura médica, siendo consenso de un gran número de autores la

identificación de síntomas vasomotores y afectivos como las quejas más frecuentes en la consulta médica. Un resultado interesante en nuestro estudio fue la asociación de los síntomas vasomotores con el insomnio, en específico, con la sensación de opresión en el pecho o palpitaciones.

Se pudo observar una directa relación con la prevalencia de insomnio, al estar presente en el 53,27% de las pacientes que referían insomnio y ausente en el 100% de las mujeres que no lo presentaban, de igual manera se pudo observar una asociación únicamente con el insomnio de mantenimiento y con los despertares precoces y no con la dificultad en la conciliación.

Esto concuerda con el estudio multinacional sobre insomnio en mujeres en edad media en el cual la prevalencia de insomnio fue significativamente mayor en mujeres con síntomas vasomotores, este fenómeno ha sido reportado por varios autores que han comprobado la asociación directa entre síntomas vasomotores y la prevalencia de insomnio. (Kravitz HM. et. al., 2008) (Savard J. et. al., 2004)

Los trastornos del sueño se asocian más frecuentemente con la sintomatología vasomotora, estado de ánimo depresivo y ansiedad, síntomas que parecen estar relacionados entre sí y vinculados a los cambios estrogénicos presentes en la menopausia. Además varios estudios citan la importancia de los síntomas vasomotores, su alta prevalencia en al menos el 41,2% de las mujeres menopáusicas y el 30,3% de afectación en el área psicológica incidiendo en la prevalencia de insomnio según refieren Betancourt y Navarro. (Betancourt R. Navarro D., 1999)

Fue también un objetivo de esta investigación encontrar si existe alguna relación entre la prevalencia de insomnio y el uso de TRH. Se encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el insomnio de manera general y el uso de terapia hormonal siendo casi equitativa la prevalencia de insomnio en el grupo de uso de TRH y el grupo que no recibía este tratamiento.

Sin embargo en relación al insomnio inicial o dificultad en la conciliación se observó una asociación significativa encontrándose que la prevalencia de insomnio inicial en pacientes sin TRH era del 60,4% mientras que el grupo con TRH tenía una prevalencia del 39,5% de insomnio inicial.

Estos resultados se correlacionan con el estudio realizado en Tokio Japón en 2011 el cual demuestra la eficacia del uso de TRH contra el insomnio. Según sus reportes se observa una mejoría en las alteraciones del sueño, sobretodo en la dificultad para la conciliación del sueño y el sueño no reparador en dos grupos comparativos entre el uso de hipnóticos y TRH, teniendo el grupo de TRH el beneficio extra del alivio de la sintomatología menopaúsica. (Terauchi, y otros, 2011)

Es probable que se observe una asociación no significativa por problemas asociados al mismo uso de la TCRH tales como la mala adhesión al tratamiento, los efectos adversos y la falta de instrucción por parte del personal médico del uso correcto de la TRH o de la automedicación sin consulta al personal médico.

En relación con esto estudios realizados en países de Europa y en Estados Unidos se reportan los beneficios de la TRH entre sus usuarias, sin embargo, muchas mujeres

no la aceptan y entre aquellas que la emplean, la adhesión al tratamiento disminuye con el tiempo. (Julia, Romeu, & García , 2006)

En otro estudio sobre el tema, cuando les preguntó a las entrevistadas si consideraban que el climaterio debía llevar tratamiento, el 41,0 % dijo que sí y el 59,0 % respondió negativamente. (Betancourt R. Navarro D., 1999)

La TRH no debe ser un tratamiento imprescindible en la menopausia, si bien su objetivo principal es mejorar la calidad de vida y prevenir determinadas patologías, se debe realizar una exhaustiva evaluación del riesgo/beneficio en cada paciente para así decidir sobre la conveniencia y la seguridad de implementar o continuar con tal tratamiento.

El 91% de las mujeres menopáusicas del presente estudio presentaron insomnio subjetivo. En el grupo de mujeres con bochornos la prevalencia de insomnio fue de 71.31%, y en mujeres que no los presentan fue de 28,6%. Nuestra prevalencia es mucho mayor a la descrita en el estudio de Owens, (Owens JF., 1998) 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.

Ensrud et al., utilizando una escala 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 (Ensrud K, 2009). En nuestro estudio, en las mujeres con bochornos se observó un mayor compromiso con el

insomnio de mantenimiento al igual que una elevada frecuencia de bochornos de intensidad moderada. No obstante Ensrud et al., 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. (Hunter M., 2007)

El Study of Women's Health Across the Nation (SWHAN, 2009) señala que las oleadas de calor modifican significativamente aspectos emocionales, corporales y de vitalidad de mujeres en la transición menopáusica. En el presente estudio podemos ver que ya que encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas vasomotores y el insomnio ($p < 0,03$) así como a su vez una asociación entre el insomnio y la afectación en la calidad de vida ($p < 0,0001$) se podría decir que los síntomas vasomotores tienen una estrecha relación con la afectación en la calidad de vida en estas paciente pacientes.

Igual se observa en un estudio a gran escala en 8373 mujeres latinoamericanas (Blümel JE. et. al., 2011), donde se encontró que las mujeres con oleadas de calor tenían OR: 4,14 (IC 95%: 3,77-4,55%) para problemas de sueño, en contraste con lo encontrado en nuestro estudio un Chi-cuadrado de Pearson de 8,49 con un valor de p de 0,03 entre la presencia de bochornos y el insomnio en las pacientes estudiadas.

Un estudio transversal en 589 mujeres posmenopáusicas residentes en el Caribe colombiano (Monterrosa A., 2012), sugiere asociación entre oleadas de calor con presencia subjetiva de insomnio y con deterioro severo de la calidad de vida. De

igual forma que en el presente estudio, esto puede ser debido a la similitud socio-demográfica en la que se lleva a cabo dicho estudio con el nuestro.

Monterrosa et. al., en 2013 realizó una investigación en la que evaluó el insomnio y los síntomas de la menopausia en una amplia muestra de mujeres colombianas de mediana edad (Monterrosa A. Marrugo M., 2013), donde en casi una cuarta parte de las mujeres aparece insomnio con menos del 10% que presenta síntomas graves de la menopausia y reciben TH. La prevalencia del insomnio fue algo menor que el reportado entre las mujeres de mediana edad que viven en América Latina y los EE.UU. (Blümel J. et. al., 2013). De igual manera en nuestro estudio se obtuvieron resultados similares con respecto a la severidad de los síntomas vasomotores viendo que el 14,9% presentaron bochornos intensos, y el 8,20% presentaron palpitaciones intensas. Contrario a dicho estudio la prevalencia de insomnio es algo mayor a la reportada en otros estudios.

Se requiere buena calidad de sueño tanto para la buena salud y calidad de vida. Por consiguiente, se ha demostrado que la gravedad del insomnio se correlaciona positivamente con una alteración de la calidad de vida relacionada con la salud (Timur S. Sahin NH., 2009). Daley et. al., realizaron un estudio donde se encontró que los trastornos del sueño están asociados con un aumento de 7 a 10 veces en el riesgo de deterioro de la calidad de vida, se evaluó con el MRS, un instrumento específico usado para medir la calidad de vida en mujeres de mediana edad (Daley M. et.al., 2009). Al igual que el presente estudio donde se encontró una asociación estadísticamente significativa (Chi^2 de 13,47 valor de p 0,0001) entre la presencia de insomnio y la afectación de la calidad de vida de las pacientes. Este deterioro de

calidad de vida implica mayores costos para el sistema de salud debido a una mayor utilización de los servicios médicos, ausentismo laboral, mayor riesgo de accidentes y la menor productividad.

El presente estudio tiene las limitaciones propias de los estudios transversales y además de no haber utilizado mediciones objetivas para valoración del sueño y de los síntomas vasomotores además otras limitaciones tales como el tamaño de la muestra, el tiempo de uso de TRH y el tomar en consideración comorbilidades de cada paciente. Por otra parte, también hay limitaciones para generalizar las observaciones de las mujeres menopáusicas del HSFQ.

6. CAPITULO VI – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Después de analizar y discutir los datos obtenidos en este trabajo de investigación hemos concluido que:

- En las condiciones socio-demográficas en las que se realizó este estudio se encontró una alta prevalencia de insomnio (91%) en mujeres menopáusicas siendo el grupo de edad de 40-50 años el que muestra un mayor porcentaje de insomnio.
- En la población de estudio no se encontró asociación entre el uso de terapia hormonal y la presencia de insomnio en mujeres menopáusicas, esto puede ser debido a la diferencia numérica del grupo con uso de TRH con el que no recibe, además por el probable incumplimiento del esquema de TRH.
- La presencia de palpitaciones es un elemento sustancial para la presencia de insomnio en mujeres menopáusicas, observándose una relación directa entre la ausencia de insomnio y de la sintomatología mencionada.
- Al evaluar la presencia de bochornos en las pacientes menopáusicas y la relación con el insomnio, encontramos al igual que en varios estudios una relación entre esta sintomatología y el insomnio, sobre todo la fuerte relación con el insomnio de mantenimiento.
- En las mujeres menopáusicas estudiadas se presenta un alto porcentaje de afectación en la calidad de vida, observándose que ésta puede deberse a la

relación estrecha con el insomnio, sin embargo esta afectación puede deberse también por otra sintomatología presentada durante esta etapa.

- En la población de mujeres menopáusicas estudiadas no se encontró asociación entre la actividad realizada por las pacientes y la presencia de ningún tipo de insomnio.

6.2. RECOMENDACIONES

Al evidenciar que la prevalencia de insomnio en mujeres menopáusicas es considerable y que la misma tiene un impacto significativo en su calidad de vida, se recomienda:

- Realizar un estudio que involucre otros centros de atención para evaluar de mejor forma ciertos factores que debido a las características de la población estudiada no pudieron demostrarse en este estudio.
- En estudios posteriores sería importante tomar en cuenta otros factores socio-demográficos de la población estudiada, tales como estado civil, condición socio-económica, etnia, instrucción, y otras comorbilidades que puedan desencadenar la presencia de insomnio en las mujeres menopaúsicas.
- Además se recomienda realizar estudios longitudinales, puesto que estos permiten realizar un seguimiento de la población estudiada y corroborar aspectos como la presencia o ausencia real de insomnio y los variables de dispersión que se asocian al mismo.

- Llevar a cabo un estudio con un mayor tamaño de muestra tanto para las mujeres con TRH como para el grupo que no la utiliza, para así evitar sesgos que podrían atribuirse a la misma.
- En futuros estudios tomar en cuenta el tiempo de uso de la TRH, incluyendo a mujeres con uso de la TRH a largo plazo para así obtener los efectos reales de la misma sobre las distintas variables.
- Promover en las unidades de salud la realización de una historia clínica completa enfocándose en aspectos psicosociales y biológicos que presentan las mujeres menopáusicas y que puedan incidir en la aparición de insomnio de cualquier tipo y así evitar que el mismo afecte su calidad de vida.

7. BIBLIOGRAFÍA

- NIH. (2001). Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* , 785-795.
- ACOG. (2014). Management of Menopausal Symptoms. *Obstet Gynecol. Practice Bulletin No. 141*, 202-16.
- AHRQ . (Febrero de 2001). *Osteoporosis in Postmenopausal Women: Diagnosis and Monitoring*. . Obtenido de Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 28. : <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/osteosum.htm>
- Alamo C. et. al. (2016). *Sociedad Española del Sueño*. Recuperado el 2014, de <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Alvarado A. et.al. (2015). Guia de practica clinica: Diagnostico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. Recuperado el 2016, de http://www.sogc.com.ar/articulos/GUIA_PRACTICA_DIAG_Y_TRAT_MENOPAUSIA.pdf
- Álvarez E., M. A. (2010). ESTUDIO BIOQUIMICO DE LA MENOPAUSIA Y LA PERIMENOPAUSIA. *Vigo*.
- Álvarez R. et. al. (2008). Conocimiento y actitud sobre el climaterio e mujeres enre 40 y 50 años. *Rev.Obstet/Ginecol*, 68, 32-40.
- Alvear J., C. A. (2015). *FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES*. Quito, Ecuador.
- Amore M. et al. (2004). Hot flasehs and sleep in women. *Sleep Med Rev*, 487-497.
- Arakane M. et. al. (2011). Factors relating to insomnia during the menopausal transition as evaluated by the Insomnia Severity Index. *Maturitas*, 69, 157-161.
- Aranda J. (2004). *Fisiopatología del climaterio y la menopausia*. Obtenido de http://www.geosalud.com/Climaterio_prof/fisiop.menopausiayclimaterio.htm
- Aranda J. et. al. (1998). Un punto de vista fisiopatológico del climaterio y la menopausia. *Ginecología y Obstetricia México*, 66(6), 253-258.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guia de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington : Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barrett E. (1996). The menopause, hormone replacement, and cardiovascular disease: the epidemiologic evidence. *Maturitas*, 27-234.
- Betancourt R. Navarro D. (1999). Factores Relacionados con la desicion de soicitar terapia hormonal de remplazo. *Revista Cubana de Endocrinología*, 10(1), 9-43.

- Blümel J. et. al. (2013). Estudio Multinacional de Desórdenes del Sueño durante la mediana edad de la Mujer. *Revista Colombiana de Mneopausia*, 19(1).
- Blümel JE. et. al. (2011). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause*, 18:778-85.
- Borrelli F., E. E. (2002). Cimicifuga racemosa: a systematic review of its clinical efficacy. . *Eur J ClinPharmacol*, 235-241.
- Capote M.I. et. al. (OCTUBRE-DICIEMBRE de 2011). Climaterio y Menopausia. *Rev Cubana Med Gen Integr vol.27*, 27(4).
- CEPAL América Latina y el Caribe. (2003). *El envejecimiento de la población. 1950-2050. Santiago de Chile: Boletín Demográfico. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)*. Santiago de Chile.
- Chen YC. et al. (2003). Is the occurrence of storage and voiding dysfunction affected by menopausal transition or associated with the normal aging process? . *Menopause*, 203-208.
- Chevalier H. et. al. (1999). Evaluation of Severe insomnia in the general population: results of a European multinational survey. *Journal of Psychopharmacology*, 13(1).
- CINFA. (2016). *CinfaSalud*. Obtenido de DOSSIER SOBRE LA MENOPAUSIA UNA ETAPA DE CAMBIOS EN LA VIDA DE LAS MUJERES: <http://www.cinfasalud.com>
- Cornellana MJ. (2009). *LA MENOPAUSIA AL INCIO DEL SIGLO XXI*. Barcelona: Editorial Glosa S.L.
- Cuadros J L. et al. (2011). Metabolic and hormonal parameters in post-menopausal women 10 years after transdermal oestradiol treatment, alone or combined to micronized oral progesterone. *Gynecol Endocrinol.* , 62-156.
- Daley M. et.al. (2009). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Med* , 10:427-438.
- Dennerstein L. (2000). A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*, 351-358.
- Dennerstein L. et al. (2002). Symptoms and the menopause. International Position Paper on Women's Health and Menopause: A comprehensive Approach. *National Institutes of Health* , 43-63.
- Diaz Ma. et. al. (2008). Tratamiento del Insomnio. *Revista del Sistema Nacional de Salud*, 32.
- Diaz R., R. M. (Julio de 2011). Prevalencia y Persistencia del Insomnio Cronico Estudio Sueca II. *Acta Medica Colombiana*, 36.

- Dominguez A. (2008). *Salud de Altura*. Obtenido de Climaterio y Menopausia: <http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/preguntas-medicas-salud/salud-radio-quito/menopausia-climaterio/>
- Ensrud K, S. K. (2009). Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes. . *Menopause*, 16:92-286.
- Estivilla, E., Roureb, J., & al, e. (2006). TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL INSOMNIO: VENTAJAS E INCONVENIENTES. CÓMO SUSTITUIR LA MEDICACIÓN HIPNÓTICA. *Vigilia-SUeño*, 1, 2-8.
- Freedman R, R. T. (2007). Sleep disturbance in menopause. *Menopause*, 826-9.
- Freedman R. (2005). Hot flashes: behavioural treatments, mechanisms and relation to sleep. *Am J Med*, 124s-130s.
- Gass M. (2007). *Manual Merck* . Obtenido de Menopausia, Ginecología y Obstetricia.: <http://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/menopausia/menopausia>
- (2007). Genesis 17.5. En *La Biblia de Estudio* (pág. 45). Brasil: Sociedades Bíblicas Unidas.
- Gold EB, S. B. (2000). Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am. American Journal of Epidemiology*, 463-73.
- Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Insomnio en atención Primaria. MADRID: SNS MADRID.
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. (2004). Menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano*.
- Harlow et al. (1999). Menopausal symptoms and symptom clustering in Chinese women. . *Maturitas*, 219-227.
- Hofling M. et al. (2005). Different effects of tibolone and continuous combined estrogen plus progestogen hormone therapy on sex hormone binding globulin and free testosterone levels – an association with mammographic density. *Gynecol Endocrinol.*, 15-110.
- Holloway D. (2011). An overview of the menopause: assessment and management. *Nurs Stand.*, 47-57.
- Hunter M., R. M. (2007). Biopsychosociocultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21:74-261.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y Postmenopausia. México: CENETEC.

- Irvin JH. et al. (1996). The effects of relaxation responsetraining on menopausal symptoms. *J Psychosom Obstet Gynaecol* , 202-207.
- Jacobs DM. et al. (2004). Psychological status at the menopausal transition. *Italian Epidemiology Study*, 115-124.
- Jones C., C. L. (2000). Valoración y tratamiento del insomnio en la menopausia. *Clin Obstet Ginecol, Mc Graw Hill, Interamericana*, 171-182.
- Julia, M., Romeu, A., & García , Y. (2006). Eestudio piloto para valorar los cambios en la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas sintomaticas tras la administracion de cimicifuga racemosaL. evaluada con la escala de Cervantes. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 23(3), 193-201.
- Kanis JA. et al. (2002). International variations in hip fracture probabilities: implications for risk assessment. *J Bone Miner Res*, 1237-44.
- Kravitz HM. et. al. (2008). Sleep disturbance during the menopausal transition in a multi-ethnic community sample of women. *Sleep*, 90-97.
- Kronenberg F. Barnard RM. (1992). Modulation of menopausal hot flashes by ambient temperature. *J Therm Bio*, 43-49.
- Li C., S. G. (2003). Menopause related symptoms:what are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedishwomen. *Am J Obstet Gynecol*, 646-1653.
- MADRID SNS. (2009). MANEJO DE PACIENTES CON ISNOMNIO EN ATENCION PRIMARIA. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*.
- Manson JE. et al. (2007). Estrogen therapy and coronary-artery calcification. *N Engl J Med*, 602-2591.
- Miguel Lugones Boteli, M. R. (2008). Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. la Habana, Cuba.
- Moehrer B, H. A. (2003). Oestrogens for urinary incontinence in women (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- Molina A. Moreno A. (2014). *Conocimientos y actitudes practicas en el climaterio y menopausia en mujeres de consulta externa del Dispensario Central del IESS*. Cuenca.
- Monterrosa A. Marrugo M., e. a. (2013). Prevalence of insomnia and related factors in a large mid-aged female. *Maturitas* 74, 346– 351.
- Monterrosa A., e. a. (2012). 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 No. 1*, 36-45.

- MUNDIAL B. (Junio de 2016). *ESPERANZA DE VIDA AL NACER, MUJERES*. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN/countries>.
- Murillo A. (1999). Variables Epidemiológicas en la Mujer Postmenopáusica. *Ginecología y Obstetricia*, 10-18.
- NAMS. (2004). Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of the North American Menopause Society. . *Menopause*, 11-33.
- NAMS. (2012). The 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause. The Journal of The North American Menopause Society*, 71-257.
- Nenclares A., J. A. (2005). ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA ATENAS DE INSOMNIO. *Salud Mental, Vol. 28, No. 5*, 34-39.
- Noboa Flores. (2004). Climaterio y menopausia, prepárese para afrontar los cambios. *Revista HOY Domingo. Quito Ecuador*.
- Nombela C. et. al. (Mayo de 2006). *Revista electronica semestral de Enfermería*. Recuperado el 2016, de https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwicla397ZrPAhUk94MKHTI-AhcQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Feglobal%2Farticle%2Fdownload%2F578%2F600&usg=AFQjCNGcm1HwQKPq7c_R8YYU_G3cOANDag
- Novaroski S. et. al. (2009). *SLEEP AND MENOPAUSE*. Current Neurology and Neuroscience Reports.
- Ortega R. (2011). Actualización en el Manejo de la Menopausia.
- Owens JF., M. K. (1998). Sleep disturbance in healthy middle aged women. *Maturitas*, 41-50.
- Pérez L. Rojas I. (2011). Menopausia: panorama actual de manejo. *Revista Med*, 56-65.
- Pernas A., P. J. (2005). Síndrome climaterico. Caracterizacion de factores de riesgo. *Temas estadísticos de Salu (serie en Internet)*.
- Philp HA. (2003). Hot flashes a review of the literature on alternative and complementary treatment approaches. *Altern Med Rev*, 284-302.
- Portilla G. et. al. (2001). ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA MENOPAUSIA. *Salud Total de la Mujer*, 163-171.
- Pouilles JM, T. F. (1996). Variability of vertebral and femoral postmenopausal bone loss: a longitudinal study. *Osteoporos Int*, 320-324.
- Regal A.R., A. M. (2009). SUEÑO Y MUJER. *REVISTA DE NEUROLOGIA*, 49(7), 376-382.
- Robinson D, C. L. (2003). The menopause and HRT. Urogenital effects of hormone therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 91-104.

- Ruiz C. (2007). Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno del insomnio. *Anales de Psicología*, 17-109.
- Salvador J. (2008). Climaterio y Menopausia: epidemiología fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 561-78.
- Sánchez R. et. al. (2009). La Menopausia: su Clínica y Terapéutica. En e. a. Bajo J., *Fundamentos de Ginecología* (págs. Capitulo 3; 39-49). España: SEGO.
- Savard J. et. al. (2004). The association between nocturnal hot flashes and sleep in breast cancer survivors. *J Pain Symptom Manage*, 27, 513-522.
- Segovia A. (2010). *Tibolona. En: Climaterio y Menopausia en el siglo XXI*. Santiago de Chile: Naval LTDA.
- Shepherd JE. et al. (2001). Effects of estrógeno on cognition mood, and degenerative brain diseases. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 221-228.
- SINE Study Group. (2001). Sudy of insomnia in Europe, Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251, 49-56.
- Soares C. (2006). Características del Insomnio en la Menopausia y Perimenopausia. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 103-109.
- Sociedad Norteamericana de Menopausia. (2010). Administración de estrógenos y progestágenos a mujeres posmenopáusicas: Consenso 2010 de la Sociedad Norteamericana de Menopausia. *Revista del climaterio*, 13(75):93-11.
- Sócrates M. et. al. (2013). FISIOPATOLOÍA DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO. *Revista de Obstetricia y Giencologia Hosp. Santiago Oriente*, 8, 27-35.
- Sordia L. (Abril de 2009). Menopausia: La severidad de su sintomatología y depresión. *Tesis Doctoral*. Barelona , España.
- Stampfer MJ, C. G. (1991). Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of the epidemiologic evidence. . *Prev Med* , 47-63.
- Staropoli CA. et. al. (1998). Predictors of menopausal hot flashes. *J Women'sHealth*, 1149-1155.
- Terauchi, M., Obayashi, S., Akiyoshi, M., Kato, K., Matsushima, E., & Kubota, T. (2011). Effects of oral estrogen and hypnotics on Japanese peri-menopausal women with sleep disturbance. *The Journal of obstetrics and gynecology research*, 37, 741-749.
- Thom DH, B. J. (1998). Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. . *J Am Geriatr Soc*, 1411-1417.
- Thomas TM. et al. (1980). Prevalence of urinary incontinence. *BMJ* , 1243-1245.
- Timur S. Sahin NH. (2009). Effects of sleep disturbance on the quality of life of Turkish menopausal women: a population-based study. . *Maturitas* , 64:177-181.

Vardy MD. et al. (2003). Short-term urogenital effects of raloxifene, tamoxifen and estrogen. ;. *Am J Obstet Gynecol* , 189: 81-88.

Warren MP., S. B. (2002). Use of alternative therapies in menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* , 441-448.

WHO. (1994). *Research on the menopause in the 1990's*. Geneva.

8. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTES FEMENINAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

PRESENCIA DE INSOMNIO Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES EN MUJERES MENOPÁUSICAS QUE RECIBEN Y NO RECIBEN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO EN EL PERIODO DE JULIO-AGOSTO DEL 2016.

Propósito

Consentimiento informado dirigido a pacientes femeninas atendidas en la consulta externa del servicio de Ginecología del Hospital San Francisco de Quito. Se les invita a participar en el proyecto sobre prevalencia de insomnio en mujeres menopáusicas que reciben y no reciben TRH y su relación con otras variables.

Investigadores principales

Mónica Granizo estudiante de la Facultad de Medicina de la PUCE

Pamela Navarrete estudiante de la Facultad de Medicina de la PUCE

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

Al ser usted una paciente femenina al momento en periodo de Menopausia se le invita a participar en este proyecto. Este estudio incluye la realización de una encuesta referente al tema. Esto servirá para tener un mayor conocimiento sobre la prevalencia de insomnio en mujeres menopáusicas su asociación con el uso o no de terapia hormonal y otras variables como dato estadístico para posibles aplicaciones a futuro en el manejo y tratamiento de esta patología.

Confidencialidad

La información que Usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisarán los investigadores. Y los resultados serán entregados al Hospital San Francisco de Quito.

Componentes del estudio

Realizaremos una encuesta previa firma de este consentimiento informado, misma que será aplicada por las investigadoras.

Los investigadores serán los encargados de analizar la información y al finalizar el estudio los resultados serán enviados al Hospital San Francisco de Quito.

Riesgos sobre su Salud

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Los Resultados

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en Agosto del 2016, a todos los interesados.

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted recibirá por su participación será dar a conocer la prevalencia de esta enfermedad en mujeres en periodo de menopausia y posible aplicación sobre manejo y tratamiento de la misma

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con las directoras de la investigación, Mónica Granizo (0999975229) y Pamela Navarrete (0996541947). Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en esta investigación y me han informado todo lo referente a la misma.

Conozco el número de teléfono y de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma (o huella dactilar): _____	Fecha _____
Número del teléfono celular: _____	Domicilio: _____
Número de identificación: _____	Fecha de nacimiento: _____
Datos del Investigador	
Nombre y apellidos: _____	Firma: _____

ANEXO 2

ENCUESTA PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO

“PRESENCIA DE INSOMNIO Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES EN MUJERES MENOPÁUSICAS QUE RECIBEN Y NO RECIBEN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO EN EL PERIODO DE JULIO-AGOSTO DEL 2016.”

INVESTIGADORAS:

Mónica Gabriela Granizo Salazar

Pamela Estefanía Navarrete Guevara

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente los siguientes enunciados y responda claramente con la mayor exactitud posible de acuerdo a lo que solicita cada enunciado. Si tiene alguna duda no dude en consultarnos.

Edad _____ años Ocupación Actual _____

Fecha de Última menstruación _____

¿Recibe usted algún tratamiento para la menopausia?

Sí _____

No _____

Si ha recibido tratamiento, ¿Qué tratamiento recibe?

Hormonal _____

Otro _____

¿Cuál de las siguientes molestias siente usted en la actualidad y con qué intensidad?

Bochornos, sudoraciones, calores: Si _____ No _____

Siente molestia leve _____

Siente molestia moderada _____

Siente demasiada molestia _____

Palpitaciones, opresión en el pecho: Si _____ No _____

Siente molestia leve _____

Siente molestia moderada _____

Siente demasiada molestia _____

¿Durante el último mes, le toma más de 30 minutos quedarse dormida una vez acostada?

Sí ____ No ____

¿Durante el último mes, se ha despertado más de 2 veces por la noche?

Sí ____ No ____

¿Durante el último mes, se ha despertado más de 30 minutos antes de lo planeado?

Sí ____ No ____

¿Durante el último mes, usted siente que duerme lo suficiente?

Sí ____ No ____

¿Durante el último mes, siente usted que la calidad de dormir es buena sin importar cuanto tiempo duerme?

Sí ____ No ____

¿Durante el último mes, ha sentido sueño durante el día?

Sí ____ No ____

¿Durante el último mes, ha sentido que su funcionamiento tanto físico como mental durante el día se encuentra disminuido?

Sí ____ No ____