Efecto de los fogajes diurnos/nocturnos sobre el sueño en la menopausia simulada. Fogajes objetivos y subjetivos registrados se correlacionan con disturbios del sueño

A gonadotropin releasing hormone agonist model demonstrates that nocturnal hot flashes interrupt objective sleep. Sleep.2013;36(12):1977-1985.

JOFFE H, CRAWFORD S, ECONOMOU N, ET AL.

Nivel de evidencia: II-3

Resumen. Este estudio, más experimental que observacional, de síntomas vasomotores (SVM) y sueño, demuestra una relación entre SVM nocturnos y trastornos del sueño.

A las 29 mujeres sanas posmenopáusicas en el estudio se les aplicó una inyección de agonista de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRHa) para simular la menopausia. Sus SVM y las características del sueño se midieron objetivamente (polisomnografía y conductancia de la piel) y subjetivamente (diarios).

El número de SVM nocturnos se correlacionó directamente con el grado de disturbios diarios de fragmentación del sueño.

Comentario. Los resultados de Joffe y sus colegas mostraron que los SVM inducidos tenían un efecto negativo en la polisomnografía (PSG) medida y el sueño autorreportado. Para el sueño medido por PSG los efectos se reflejaron principalmente en los indicadores de consolidación del sueño: más ondas de PSG medido después del inicio del sueño (WASO) en la forma de mayor frecuencia de despertares. Los episodios de la actividad vasomotora registrada (VMA) también se relacionaron con más WASO, pero en la forma de más periodos largos de vigilia por episodio y no número de episodios, reforzando que no todos los VMA resultan en despertares percibidos. Por lo tanto, mientras los SVM nocturnos se relacionaron con medición de fragmentación del sueño con PSG, los SVM nocturnos fueron inconclusamente relacionados con pérdida del sueño. Solo una tendencia fue evidente hacia la menor duración del sueño en el tiempo gastado en tratar de dormir (es decir, más bajo PSG medido, eficiencia de sueño, $p = 0.09$).

Presumiblemente, las mujeres con SVM/VMA compensado para más vigilia por más tiempo en la cama (no reportado), en cierta medida, preservando el tiempo total de sueño (minutos gastados durmiendo en un episodio de sueño). Para las mujeres con VMS /VMA nocturnos, una parte del tiempo de sueño desplazado hacia el sueño más ligero, como se refleja en más duración de etapa 1 del sueño (de transición, $p = 0.02$) y tal vez menos horas de sueño profundo, como se refleja en una tendencia a menor estadio 3 o sueño profundo ($p = 0.06$). Un cambio al sueño más ligero está en consonancia con los resultados de estudios de manipulación de sueño (interfiriendo con la duración del sueño o etapas del sueño por la exposición temporizada de sonidos) en el cual mayores tasas de excitación cerebral (no necesariamente definido por despertares reales) se han observado para aligerar el sueño, más a menudo visto en la etapa 1 de este, una zona de penumbra que es difícil de clasificar como dormido o despierto.

Esto plantea interrogantes sobre este cambio a indicadores de más ligeras influencias del sueño y el valor de recuperación del sueño (sensación de frescura, el estado de alerta y/o el rendimiento durante el día, o el informe de calidad del sueño).

La pérdida de sueño total, especialmente la pérdida de sueño profundo, tiene un poderoso efecto negativo en indicadores recuperativos después de dormir. Sin embargo, sigue siendo discutible si la fragmentación del sueño (falta de consolidación) en ausencia de franca pérdida de este produce efecto comparable sobre la recuperación. Se ha argumentado que la etapa 1 del sueño tiene poco valor de recuperación; debe restarse del tiempo total de sueño y, por lo

tanto, contribuye potencialmente a pérdida de sueño.[1] Además de la observación de que las mujeres variaron en la extensión de los VMS nocturnos, la observación de que los VMS durante el día no estaban relacionados con los indicadores de calidad sueño medido-por PSG sugiere que la evaluación de VMS debe incluir la determinación de si las mujeres perciben que los SVM se extienden hacia la noche. Si no, presumiblemente otros factores están contribuyendo para el insomnio.

Como suele ser el caso, los SVM reportados mostraron más vínculos estadísticos de los reportados en lugar de indicadores del sueño reportados. Más SVM nocturnos estaban vinculados a mayor WASO reportados en la forma de número de despertares y su promedio de duración. Esto se tradujo en que las mujeres sin duda, presentaron informes de escasa eficiencia del sueño y, en general, más pobre calidad de este (insomnio), apoyando la idea de que la presentación de informes de insomnio por mujeres de mediana edad es probable que sea intensiva en el sentido de tener más episodios VMA por la noche que se perciben como despertares; esas percepciones probablemente influenciadas por la duración del tiempo de despertar.

Además esta búsqueda se justifica para un mejor entendimiento de, 1) cambios relativos de sueño provocado-VMA a pérdida de sueño versus pobre consolidación y recuperación después de dormir, 2) mecanismos subyacentes de los SVM nocturnos como relación con la regulación del sueño, y 3) cualquier determinante de la vulnerabilidad diferencial, específicamente para SVM nocturnos en el contexto de los cambios hipotálamo-hipófisis-ovario.

Joan L. Shaver, PhD, RN, FAAN, FWAN
Professor and Dean
University of Arizona College of Nursing
Tucson, AZ

Referencia

1. Wesensten NJ, Balkin TJ, Belenky G. Does sleep fragmentation impact recuperation? A review and reanalysis. *J Sleep Res.* 1999;8(4): 237-245.