

Tamizaje de mujeres de edad mediana con problemas de sueño: por qué, cómo, quiénes deben ser remitidas

Los avances en la medicina del sueño han ido en aumento desde que la investigación comenzó a aparecer en la década de 1950. Al igual que con la mayoría de los primeros ensayos clínicos, las mujeres fueron excluidas de la participación. Incluso si los investigadores incluyeron a mujeres o abordaron las diferencias de sexo, por edad o estado reproductivo, rara vez se consideraron. Recientemente, se ha producido un aumento exponencial en la investigación sobre el sueño en la mediana edad y las mujeres mayores. Este documento revisa brevemente la importancia de dormir lo suficiente, la evaluación clínica de los trastornos del sueño y las directrices para la práctica.

Solo recientemente los científicos aclararon que el sueño adecuado es esencial para la función saludable inmune, la función metabólica, el funcionamiento físico y cognitivo, y la calidad de vida en general. El sueño inadecuado incluye obtener menos de 5 o 6 horas de sueño por la noche (sueño de corta duración), dificultad para conciliar el sueño (insomnio de inicio), dificultad para permanecer dormido (insomnio de mantenimiento), y el sueño no reparador o dificultad para mantenerse despierto durante el día (somnolencia diurna excesiva). Estas medidas pueden ser objeto de mala memoria, por lo que es útil para determinar con qué frecuencia se produjo el problema del sueño en una semana típica, lo que su paciente piensa que está causando, y si ha sido un problema crónico. Sus respuestas pueden ser evaluadas utilizando la *International Classification of Sleep Disorders* 1-codes¹. Herramientas de análisis clínicos genéricos breves están también disponibles.²

Principio del formulario

En comparación con los hombres, las mujeres reportan sueño peor y toman más medicamentos para dor-

mir. En las conclusiones iniciales de la encuesta de la sección transversal en el Study of Women's Health Across the Nation, con más de 16.000 participantes de edades comprendidas entre los 40 y los 55 años, el 37% reporta dificultades con el sueño.³ Las mujeres con menopausia quirúrgica tienen la mayor prevalencia de problemas para dormir (48%), seguidas de las que se encuentran en la perimenopausia tardía (45,4%) y las premenopáusicas (30%) mujeres.³ Estudios epidemiológicos grandes en Europa y Estados Unidos⁴ encontraron que los problemas del sueño son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, independientemente de su edad. Esta discrepancia no parece estar relacionada con la ingesta de cafeína o alcohol o el número de niños en el hogar,⁵ y mujeres que tienen un compañero de cama reportan dormir mejor que las mujeres que duermen solas.^{3,5} Después de ajustar por edad y sexo, la falta de sueño se asocia con la duración del sueño corto y comorbilidades obvias, incluyendo el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la obesidad, el síndrome de las piernas inquietas, la dependencia del alcohol, y desórdenes bipolares, ansiedad o depresión importante.⁴ Menos obvias son las asociaciones significativas entre la somnolencia y el uso excesivo de medicamentos para el sueño sin receta, analgésicos, narcóticos y antidepresivos y el uso de los ordenadores cerca de la hora de acostarse o en la cama. En grandes estudios transversales, la causa y el efecto no se puede determinar, por lo que no queda claro es si un mayor uso de medicamentos para dormir no es eficaz, si la prevalencia sería aún mayor sin medicación, o si un medicamento

en realidad ayuda a un tipo de problema de sueño, pero crea una queja del sueño diferente, como un efecto adverso o interacción con otros medicamentos.

Medicamentos para dormir. Los medicamentos son muy eficaces para situaciones de corto plazo de alta tensión o el *jet lag*. Sin embargo, con el uso continuo, se vuelven menos eficaces en el tiempo, y los efectos adversos continúan. Los metaanálisis concluyen que los hipnóticos no son tan efectivos como las intervenciones de comportamiento para insomnio crónico.⁶ La interrupción repentina de estos medicamentos después de meses de uso resulta en rebote de noches de insomnio. La suspensión lenta del medicamento para dormir y otros medicamentos sedantes, como el alcohol, debe ser el objetivo clínico. Este proceso requiere educar y alentar al paciente, ofreciendo estrategias alternativas, y reforzar comportamientos saludables, como dejar de fumar, la actividad física y la pérdida de peso.

El auto-reporte de la calidad del sueño de las mujeres difiere de medidas objetivas del sueño. Sin importar la edad o el sexo, hay una discrepancia consistente entre el auto-informe y las medidas objetivas con polisomnografía o grabaciones de actigrafía de muñeca. Cuando se estudian mujeres de la mediana edad y las mujeres de edad mayor, el auto-informe es normalmente peor que los datos objetivos, y la terapia de estrógeno reduce las quejas de sueño, pero no consigue cambiar los parámetros de polisomnografía del sueño. Además, las mujeres que se quejan de sueño debido a los síntomas vasomotores no difieren de las mujeres asintomáticas en las grabaciones objetivas; algunas mujeres que reportan síntomas no son conscientes de los sofocos durante grabaciones del sueño.⁷ Hallazgos recientes de que el sueño y los síntomas vasomotores pueden resultar afectados por la tasa de cambio en los niveles hormonales con el tiempo pueden explicar en parte estas discrepancias.^{3,8}

Duración del sueño corto. Durante noches repetidas de duración del sueño corto, la función se deteriora. Al hacer recuperar el sueño

perdido los fines de semana se puede crear un ciclo de iniciación de insomnio al comienzo de la próxima semana de trabajo. Las mujeres también tienen que saber que algunos medicamentos y remedios a base de hierbas interfieren con el sueño y, aunque el consumo de alcohol antes de acostarse puede ser sedante, se traduce en sueño inquieto fragmentado cuando los efectos desaparecen.

Iniciación del insomnio. Las mujeres que se quejan de no conciliar el sueño (tomar más de 30 minutos en 3 o más noches a la semana) son las más ayudadas por estrategias de comportamiento que reducen la excitación, el estrés y la ansiedad. Estas pacientes a menudo no están somnolientas durante el día, pero se quejan de fatiga. Con los resultados de investigaciones de que las quejas de sueño no están relacionadas con múltiples funciones, número de hijos, o empleos, o estar asesorando a las mujeres a reducir el estrés en su vida, todo esto no es tan útil como ofrecer estrategias conductuales específicas para reducir el estrés antes de acostarse, la eliminación de los estimulantes como la cafeína y la nicotina, y dar prioridad a dormir con una buena higiene del sueño y 7 horas en la cama todas las noches. Si una mujer no quiere eliminar la cafeína, recuerde que detener la ingesta de 4 a 6 horas antes de acostarse mejorará el sueño, y que incluso el café descafeinado puede afectar el sueño.

La iniciación del insomnio en una mujer exige 2 evaluaciones clave: 1) ¿Ella tiene miedo de ir a dormir debido a la historia de la violencia en la pareja u otro trauma?⁹ y 2) ¿Tiene piernas inquietas? El síndrome de piernas inquietas es más frecuente en las mujeres, sobre todo en el embarazo y en la enfermedad crónica asociada con anemia.¹⁰ Se distingue de la neuropatía periférica por su tiempo circadiano y por el alivio al ponerse de pie y caminar. El síndrome de piernas inquietas se diagnostica solo por auto-reporte de aparición en la noche de sensaciones en las piernas que causan un impulso para moverlas, por lo que el inicio del sueño se retrasa. Responde a terapias como masajes y baños calientes o medicación dopaminérgica.

La evaluación de la duración del sueño corto y el inicio de insomnio con un diario de

sueño. Debido a las posibles discrepancias entre el auto-reporte y el seguimiento objetivo, es útil solicitar a las mujeres con problemas de sueño que se monitoricen con un diario durante dos semanas. Al completar este diario, que puede ser una intervención de empoderamiento, pueden obtener información importante sobre su insomnio, y ser capaces de abordarse con las intervenciones conductuales. Otras todavía requerirán de un profesional experto. Entonces, es importante determinar el tipo de queja del sueño debido a las diferencias en los mecanismos y las opciones de tratamiento. La referencia para un estudio de diagnóstico del sueño durante la noche puede no ser útil para el insomnio de inicio, porque el sueño es a menudo mejor en un ambiente diferente o controlado. Si se necesita la terapia cognitivo-conductual intensiva más para el insomnio, este servicio es a menudo disponible por parte de un personal capacitado de una clínica del sueño.

Insomnio permanente, sueño no reparador y somnolencia diurna excesiva. Una mujer que dice que se queda dormida en cuanto pone su cabeza en la almohada puede no ser consciente de que este síntoma de la privación crónica del sueño es parte de un continuo que lleva potencialmente a una peligrosa y excesiva somnolencia diurna. Tal mujer puede estar en la cama el tiempo suficiente para dormir lo suficiente, pero se siente igual de cansada por la mañana como cuando se fue a la cama. Los trastornos del sueño aumentan con la edad, y la mujer puede no ser consciente de los problemas durante el sueño, a menos que ella se despierte con un sabor ácido (reflujo gastroesofágico) o una sensación (apnea del sueño) de asfixia. Ella puede o no tener un compañero de cama que sea testigo de episodios excesivos de movimientos de las extremidades, ronquidos o apnea. Preguntar sobre ronquidos puede no ser tan informativo como los indicadores clínicos sobre obesidad, la hipertensión y quedarse dormido en la sala de espera de la clínica. Debido a los peligros para sí misma y para la sociedad, la excesiva somnolencia diurna que no tiene explicación requiere derivación a un centro acreditado de trastornos del sueño para su evaluación y tratamiento. La referencia para un estudio de

diagnóstico del sueño puede salvar la vida, como el tratamiento con presión positiva continua nasal (CPAP) es a menudo muy eficaz. Una herramienta de evaluación específicamente para evaluar la gravedad de trastornos respiratorios del sueño es el tema de *8-STOP-bang*; si tres o más elementos se aprobaron, a continuación, la derivación a un especialista del sueño está garantizada. Una vez que el sueño mejora, independientemente del tipo de trastorno, las mujeres a menudo tienen más energía para la participación en programas de ejercicio y pérdida de peso, se sienten menos cansadas e irritables, y mejoran su calidad de vida en general, así como las relaciones familiares y sociales.

Referencias

1. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
2. Lee KA, Ward TM. Critical components of a sleep assessment for clinical practice settings. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26:739-750.
3. Kravitz HM, Joffe H. Sleep during the perimenopause: a SWAN story. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011;38:567-586.
4. Ohayon MM. Determining the level of sleepiness in the American population and its correlates. *J Psychiatr Res* 2012;46:422-427.
5. Baker FC, Wolfson AR, Lee KA. Association of sociodemographic, lifestyle, and health factors with sleep quality and daytime sleepiness in women: findings from the 2007 National Sleep Foundation "Sleep in America Poll." *J Womens Health* 2009;18:841-849.
6. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994;151:1172-1180.
7. Freedman RR, Roehrs TA. Sleep disturbance in menopause. *Menopause* 2007;14:826-829.
8. Joffe H, Petrillo LF, Koukopoulos A, et al. Increased estradiol and improved sleep, but not hot flashes, predict enhanced mood during the menopausal transition. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:E1044-E1054.

9. Humphreys J, Lee KA. Interpersonal violence is associated with depression and chronic physical health problems in midlife women. *Issues Ment Health Nurs* 2009; 30:206-213.
10. Ohayon MM, O'Hara R, Vitiello MV. Epidemiology of restless legs syndrome: a synthesis of the literature. *Sleep Med Rev* 2012; 16: 283-295.

NAMS PEARLS

Kathryn A. Lee, PhD, RN, CBSM
(University of California, San Francisco, CA)

Debra J. Anderson, PhD, RN
(Queensland University of Technology, Brisbane, Australia)