

SUEÑO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

SONIA INDACOCHEA-CÁCEDA, LUIS GARCÍA-CARRIÓN, ALFREDO CABRERA RAYO,
EVELYN MURILLO SALVATIERRA, MATÍAS MIROFSKY, GABRIELA ANDRADE, ADOLFO SAVIA

Estado actual del conocimiento

La medicina del sueño es un área cada vez más presente en la práctica clínica habitual. Dentro de los diversos padecimientos que aborda, el insomnio, es el trastorno con mayor prevalencia. El DSM-V¹ define al insomnio como la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, con uno o más de los siguientes criterios: dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño (despertares frecuentes), despertar temprano, por lo menos 3 veces por semana, por 3 meses, a pesar de mantener la oportunidad para dormir. La alteración del sueño causa angustia o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento diurno evidenciado por al menos uno de los siguientes criterios: fatiga, somnolencia diurna, alteración en la atención, concentración o memoria, alteración en el estado de ánimo, o en el comportamiento, deterioro del rendimiento laboral o académico o relaciones sociales o familiares,

Un 10% de la población general tiene insomnio crónico y se presenta como síntoma transitorio en el 25-35%². Es más frecuente en ancianos (57%) y mujeres y aumentan su prevalencia: desempleo, falta de pareja y bajo nivel socioeconómico³.

La clasificación de la DSM-V considera las disomnias, dentro de las cuales están los trastornos del ritmo circadiano, las parasomnias como el sonambulismo y los trastornos secundarios del sueño asociados a trastornos neurológicos, psiquiátricos o a enfermedades médicas (éstas últimas son importantes). En el insomnio crónico además hay que considerar medicamentos o drogas y, especialmente en nuestro campo clínico, enfermedades sistémicas que se manifiestan con este síntoma.

En la última década ha aumentado la evidencia que asocia el insomnio con enfermedades cardiovasculares y aumento de la mortalidad⁴.

Resulta importante obtener una buena historia clínica, en la que se debe recoger la información sobre tiempo de insomnio, su naturaleza: insomnio de conciliación, de mantenimiento, de despertar precoz o global, las características del ciclo sueño vigilia: horas de acostarse y levantarse, tiempo de latencia (normalmente menor de 30 min), sueño diurno, consumo de fármacos, café, alcohol o drogas.

Riesgos

Ya hace varias décadas se ha reportado que la duración y la calidad del sueño están relacionadas con mayor mortalidad y menor calidad de vida⁵.

- El insomnio prolongado está asociada a un incremento de nuevo episodio de depresión mayor y puede ser factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y diabetes, especialmente cuando se combinan y las personas duermen menos de 6 horas⁶.

- El insomnio aumenta el riesgo de padecer hipertensión (HTA), insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad coronaria, sobre todo cuando la duración del sueño es corta (< 6 horas)⁷.

- Los pacientes con diagnóstico de insomnio tienen un 21-24% más riesgo de desarrollar HTA comparados con los que no presentan insomnio^{8,9}.

- El número acumulado de síntomas de insomnio se relaciona con un mayor riesgo de incidencia de insuficiencia cardíaca^{10,11}.

- Existe correlación importante entre el insomnio con el aumento de la rigidez arterial y la aterosclerosis carotídea¹².

- Las personas con síntomas de insomnio tienen un 41-55 % de mayor riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria. Asimismo, presentan más probabilidades de experimentar mortalidad relacionada con enfermedades cardiovasculares^{13,14}.

Recomendaciones

La primera y más importante intervención es que los médicos generales de familia e internistas conozcan el tema, diagnostiquen la causa del insomnio y planteen estrategias de tratamiento.

- Manejo de las comorbilidades médicas y psiquiátricas, modificar los medicamentos o sustancias que alteran el sueño y optimizar las condiciones del sueño.

- Medidas de higiene del sueño¹⁵ (Tabla 1).

TABLA 1.— Se describen medidas generales consideradas en la higiene del sueño (modificadas de López de Castro¹⁵)

- Estrategias de modificación de conductas y cambios en estilos de vida¹⁵
- Terapia cognitiva conductual: El abordaje psicoterapéutico del insomnio se basa fundamentalmente en intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales, existiendo un adecuado nivel de evidencia sobre sus beneficios¹⁵
- Terapia farmacológica: los principales medicamentos utilizados en general tienen débil el peso de la recomendación y baja la calidad de la evidencia, y son los siguientes: los agonistas de los receptores de las benzodiazepinas como la eszopiclona, zaleplon y zolpidem, de frecuente uso para el inicio del sueño, en el caso del zolpidem para el mantenimiento de éste y las nuevas benzodiazepinas como el triazolam para el inicio del sueño y el temazepam para el mantenimiento¹⁶

Deben evitarse las siestas vespertinas, en especial si se ha dormido poco por la noche, o por lo menos, que no excedan los 45 minutos.

Las horas para levantarse y para acostarse deben guardar una regularidad.

Las comidas “pesadas” deben ser evitadas en la cena, como asimismo el exceso de líquidos, alcohol, cafeína, nicotina.

Evitar actividades intensas previas a dormir.

El entorno del sueño debe ser, dentro de lo posible, en lugar con poca iluminación, poco ruido.

Acostarse solo si hay sueño.

Tratar de tener una rutina antes de dormir (por ejemplo, una infusión caliente, evitando la cafeína).

En la cama evite leer, mirar televisión, celular, radio.

Si en 45 minutos no se concilia el sueño, puede salir de la cama, hacer alguna actividad sencilla hasta que se retome el sueño.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Sarraís F, de Castro Manglano P. El insomnio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2007; 30 (Supl. 1): 121-34.
3. Álvarez DA, Berrozpe EC, Castellino LG, et al. Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología* 2016; 8: 201-9.
4. Li M, Zhang XW, Hou WS, Tang ZY. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies. *Int J Cardiol* 2014; 176: 1044-47.
5. Miró E, Cano Lozano M, Buela Casal G. Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología* 2005; 14: 11-27.
6. Winkelman JW. Insomnia Disorder. *N Engl J Med* 2015; 373:1437-44.
7. Javaheri S, Redline S. Insomnia and risk of cardiovascular disease. *Chest* 2017; 152: 435-44.
8. Jarrin DC, Alvaro PK, Bouchard MA, Jarrin SD, Drake CL, Morin CM. Insomnia and hypertension: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2018; 41: 3-38.
9. Li L, Gan Y, Zhou X, Jiang H, et al. Insomnia and the risk of hypertension: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep Med Rev* 2021; 56: 101403.
10. Mahmood A, Ray M, Dobalian A, Ward KD, Ahn S. Insomnia symptoms and incident heart failure: a population-based cohort study. *Eur Heart J* 2021; 42: 4169-76.
11. Laugsand LE, Strand LB, Platou C, Vatten LJ, Janszky I. Insomnia and the risk of incident heart failure: a population study. *Eur Heart J* 2014; 35: 1382-93.
12. Pan XL, Nie L, Zhao SY, Zhang XB, Zhang S, Su ZF. The association between insomnia and atherosclerosis: a brief report. *Nat Sci Sleep* 2022; 14: 443-8.
13. Qiao He, Peng Zhang, Guangxiao Li, Huixu Dai, Jingpu Shi, The association between insomnia symptoms and risk of cardio-cerebral vascular events: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Prev Cardiol* 2017; 24: 1071-82.
14. Sofi F, Cesari F, Casini A, Macchi C, Abbate R, Gensini GF. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2014; 21: 57-64.
15. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen* 2012; 38: 233-40.
16. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 2017; 13: 307-49.