

ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Pedro J. Rovira Clos, José M^º Tenias Burillo, A. Bernat Garcia, José Ramos Garcia

Hospital Lluys Alcanyis. Xátiva. (Valencia).

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones del sueño, son una queja habitual en nuestros pacientes en terapia renal sustitutiva.

Esta alteración puede manifestarse como dificultad en conciliar el sueño, sueño de escasas horas de duración o de baja calidad, que no resulta ser reparador, y que secundariamente puede producir somnolencia durante el día.

El insomnio ha sido tradicionalmente un síntoma neurológico importante a tener en cuenta en la valoración clínica del paciente en hemodiálisis, por ser un marcador precoz del síndrome de demencia dialítica asociada a la sobrecarga de aluminio y su posterior depósito en los tejidos, entre ellos el cerebro, produciendo inicialmente insomnio e irritabilidad, y posteriormente alteraciones de la memoria, del comportamiento, y finalmente cognitivas, convulsiones y coma.

Afortunadamente, con los controles actuales en el tratamiento de agua para hemodiálisis y el progresivo abandono de los quelantes del fósforo basados en el aluminio, este problema ha pasado a un plano muy secundario.

Otra causa frecuente de insomnio es el prurito, que se exagera por las noches, e impide conciliar el sueño, aunque difícilmente despierta al paciente una vez que está dormido.

Sin embargo el prurito, muchas veces intratable, sí es una manifestación relativamente frecuente en nuestros pacientes, e incide directamente en la calidad de vida percibida por ellos.

El Síndrome de "piernas inquietas", asociado a la neuropatía periférica urémica, es un cuadro que se presenta en pacientes que han estado en tratamiento sustitutivo durante varios años, y especialmente en diabéticos, en quienes se agrava el problema por la coexistencia adicional de la neuropatía diabética. Este síndrome impide tanto conciliar el sueño, como un sueño de calidad, y se asocia a ansiedad nocturna y diurna.

De todos modos, en un número considerable de pacientes, se produce insomnio sin que se pueda atribuir a ninguna de las causas mencionadas, siendo este problema un reflejo de una depresión latente o manifiesta, o ansiedad producida por su enfermedad o el entorno.

En muchos casos el insomnio únicamente puede combatirse con tratamiento farmacológico, y aún así es un síntoma que sólo se alivia parcialmente.

OBJETIVOS

Con este trabajo hemos querido conocer el estatus de nuestros pacientes en hemodiálisis respecto a éste síntoma, las necesidades de fármacos hipnóticos que presentaban, y las repercusiones que el insomnio tiene en su vida diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha incluido en el estudio a los 48 pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis, de los que 26 son hombres y 22 mujeres, de edades comprendidas entre 35 y 83 años. (Media 69 años y desviación estándar de 12 años)

Se registró la pauta de sueño de estos 48 pacientes durante un periodo de 30 días, analizando un total de 1440 días.

Para ello se ha proporcionado a cada uno de ellos una encuesta para rellenar durante un mes, en la que se les preguntaba sobre:

Nº de horas diarias de sueño.

Sensación de descanso nocturno.

Sensación de somnolencia diurna.

Actividad física durante el día.

Ingesta de medicación hipnótica.

Excepto la primera cuestión, en que se anotaba el número absoluto de horas dormidas, las otras cuestiones las puntuaban los propios pacientes con las categorías de: Poco, Bastante o Mucho.

El número de horas de sueño se ha agrupado, para su análisis estadístico, tanto en medias de horas semanales de sueño, como en variables categorizadas, asumiendo como insomnio dormir menos de 6 horas, sueño adecuado entre 7 y 8 horas, y sueño óptimo, de 8 horas en adelante.

Por nuestra parte, hemos registrado la existencia de patología concomitante que podría producir, per se, insomnio, como Diabetes, EPOC, síndrome de piernas inquietas y prurito nocturno.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se compararon los promedios de las horas dormidas en relación al resto de variables mediante una t de Student o una ANOVA.

La relación entre la variable horas de sueño categorizada en tres grupos y el resto de variables se analizó mediante una prueba de Ji Cuadrado.

La relación entre el total de las variables independientes se realizó mediante regresión logística.

RESULTADOS

En promedio, los pacientes dormían una media de 7,3 horas diarias (DE 0,75, rango de 0 a 17 horas). De los 1440 días totales analizados, en 456 días (31,7%) durmieron menos de 6 horas, en 622 días (43,2%) de 7 a 8 horas, y en 361 días (25,1%) 9 ó más horas.

La relación entre las horas diarias de sueño y los factores demográficos y de patología de base del paciente son como sigue:

Insomnio, edad, sexo y patología de base

	Media horas sueño	P	% < 6 horas/ 7-8h / >8h	p
Sexo		ns		ns
Hombre (797)	7,5 (2,6)		31,4 / 40,6 / 28,0	
Mujer (637)	7,2 (2,1)		32,1 / 46,4 / 21,4	
Edad		0,02		ns
< 65 años (414)	7,8 (1,6)		25,3 / 42,9 / 31,9	
≥ 65 años (1020)	7,2 (2,6)		34,4 / 43,3 / 22,3	
EPOC		ns		ns
No (1244)	7,4 (2,3)		31,5 / 43,2 / 25,3	
Si (191)	7,0 (2,7)		33,3 / 42,9 / 23,8	
Diabetes		0,05		ns
No (1084)	7,2 (2,5)		32,4 / 44,5 / 23,1	
Si (350)	7,8 (2,0)		29,9 / 39,0 / 31,2	
Cardiopatía		0,04		ns
No (956)	7,2 (2,6)		33,8 / 41,4 / 24,8	
Si (478)	7,7 (1,7)		27,6 / 46,7 / 25,7	
Prurito		0,04		ns
No (1180)	7,5 (2,4)		30,1 / 43,2 / 26,6	
Si (255)	6,8 (2,4)		39,3 / 42,9 / 17,9	

Con respecto a la edad, esta se correlacionaba negativamente y significativamente con la media de las horas de sueño ($r=-0,13$; $p=0,021$), es decir, que duermen menos los pacientes más añosos. Dicha diferencia deja de ser significativa cuando se analizan las horas de sueño por variables categorizadas.

No alcanzaban significación estadística el sexo ni la presencia de EPOC. La otras patología de base analizadas, diabetes, cardiopatía, significativamente la media de horas de sueño diarias era paradójicamente mayor en los que pacientes que presentan dicha patología, pero tampoco es significativo cuando se analiza por variables categorizadas.

El prurito, en cambio, si limita la media de horas diarias de sueño en aquellos pacientes que lo padecen.

Insomnio y medicación

	Media horas sueño	P	% < 6 horas/ 7-8h / >8h	p
Beta-Bloqueantes		0,08		ns
No	7,5 (2,3)		30,2 / 44,4 / 25,4	
Si	6,9 (2,5)		38,1 / 38,1 / 23,8	
Antiparkinsonianos		<0,0001		0,0001
No (1371)	7,2 (2,2)		33,2 44,2 22,6	
Si (63)	11,4 (3,0)		0 21,4 78,6	
Hipnóticos/Sedantes		ns		<0,0001
No (902)	7,5 (1,8)		22,2 52,0 25,8	
Si (533)	7,0 (3,1)		47,9 28,2 23,9	

Al analizar las horas de sueño en relación con la medicación habitual administrada al paciente, aquellos que toman fármacos antiparkinsonianos, de conocido efecto sedante, duermen mas, de forma estadísticamente significativa, tanto en la media de horas semanales, como analizándolo en variables categorizadas no registrándose ningún episodio de sueño inferior a 6 horas con dicha medicación .

Llama la atención que aquellos pacientes que toman sedantes/hipnóticos duermen una media de horas semanales menor que aquellos que no toman, e igualmente el porcentaje de episodios que están en la variable categorizada, de insomnio (menos de 6 horas de sueño diarias) es significativamente mayor. Ello podría reflejar la situación de que realmente aquellos pacientes que toman hipnóticos los necesitan, y que, a pesar de tomarlos, no se resuelve su problema.

Insomnio, actividad, sensación de descanso y somnolencia diurna

	Media horas	P	%	p
	sueño		< 6 horas/ 7-8h / >8h	
Actividad		0,004		0,00002
Nula (405)	7,9 (3,0)		25,8 33,7 40,4	
Poca (637)	6,8 (2,4)		42,1 41,4 16,4	
Bastante (391)	7,7 (1,3)		20,9 55,8 23,3	
Sensación de descanso		<0,0001		0,00006
No (674)	6,7 (2,4)		43,9 37,2 18,9	
Si (761)	7,9 (2,2)		21,0 48,5 30,5	
Somnolencia diurna		0,015		0,00077
Nula (446)	7,1 (2,3)		32,7 41,8 25,5	
Poca (578)	7,2 (1,6)		34,6 51,2 14,2	
Bastante (416)	7,8 (3,2)		26,7 33,3 40,0	

De forma estadísticamente significativa, aquellos pacientes con mayor actividad física, duermen una media de horas mayor que los que tiene poca. Los pacientes con nula actividad física, son pacientes encamados o con franco deterioro general, y tienden a dormir, o dormitar mayor número de horas.

De forma lógica, asimismo, aquellos pacientes con mayor media de sueño diario tienen, por un lado, mayor sensación subjetiva de descanso, y menor sensación de somnolencia diurna.

Insomnio, diálisis, turno y día de la semana

	Media horas sueño	P	% < 6 horas/ 7-8h / >8h	p
Sesión de diálisis		ns		ns
No (820)	7,5 (2,4)		28,9 42,8 28,3	
Si (615)	7,2 (2,3)		35,6 43,7 20,7	
Turno		<0,0001		<0,0001
1° (224)	7,3 (1,8)		36,7 44,9 18,4	
2° (224)	6,4 (2,3)		55,1 18,4 26,5	
3° (224)	7,5 (1,6)		32,7 51,0 16,3	
4° (128)	8,5 (1,2)		0 57,1 42,9	
5° (320)	7,9 (2,1)		11,4 57,1 31,4	
6° (320)	6,9 (3,3)		11,4 57,1 31,4	
Día de la semana		ns		ns
Lunes	7,3 (2,3)		33,3 40,0 26,7	
Martes	7,3 (2,4)		28,9 48,9 22,2	
Miércoles	7,0 (2,3)		35,6 46,7 17,8	
Jueves	7,6 (2,5)		31,1 40,0 28,9	
Viernes	7,4 (2,2)		33,3 44,4 22,2	
Sábado	7,4 (2,5)		28,9 44,4 26,7	
Domingo	7,5 (2,4)		31,1 37,8 31,1	

Aunque de forma no significativa, si se ve una tendencia a dormir más los días que no hay que acudir a diálisis, y tampoco influye el día de la semana en las horas de sueño.

Respecto al turno, aunque da una significación estadística, no esta en relación directa con el mismo, si no más bien con el resto de los parámetros, que si que tienen una

significación estadística y por lo tanto con los enfermos que padecen estas variables y que se aglutinan principalmente en dos turnos.

Por regresión logística

Variable	Sig
Toma p.	.0000
Edad	.1375
Prurito	.0514
Actividad	.0136

CONCLUSIONES

1.- Los pacientes en hemodiálisis presentan frecuentemente trastornos del sueño. Dichos trastornos se relacionan con una mayor edad, la presencia de prurito, y la escasa actividad física diurna.

2.- Los pacientes insomnes que toman hipnóticos/sedantes para dormir, sólo consiguen parcialmente aliviar los síntomas.

3.- La sensación de somnolencia diurna, junto con el poco descanso nocturno, pueden influir significativamente en la calidad de vida de nuestros pacientes, por lo que hay que favorecer la actividad física en la medida de lo posible, tratar el prurito, y si no se controla el insomnio con la medicación administrada, remitir al paciente a la unidad de Salud Mental para ajuste de dicha medicación.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Sleep complaints are common in a dialysis Unit. Walker S, Fine A, Kryger MH. Am J.KidDis. 1995.Nov;26(5):751-56.

2.- Restless legs syndrome in end-stage renal disease. Winkelman JW, Chertow GM, Lazarus JM. Am J. Kid.Dis. 1996 Sep;28 (3):372-8.

3.- Sleep and dialysis: a research-based review of the literature. ANNA J. 1997 Dec ; 24 (6):626-39.

4.- Sleep disturbances in dialysis patients. Parker KP. Sleep Med Rev. 2003 Abril; 7 (2):131-43.

5.- Daytime sleepiness in stable hemodialysis patients. Parke KP, Bliwise DL, Bailey JL, Rye DB, . Am.J.Kid:Dis. 2003 Feb; 41 (2) :394-402.

6.-Insomnia in diabetic hemodialysis patients:Prevalence and risk factors by a multicenter study. Han SY, Yoon JW, Jo SK, Shin JH, Shin C, et al. Nephron. 2002 Sep; 192 (1):127-32.

7.- Insomnia in maintenance hemodialysis patients. Sabbatini M, Minale B, Crispo A, Pisani A. Et al. Nephrol.Dial. Transplant. 2002 Mayo; 17(5):852-6.