

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1Sup.59542>

Repercusiones psiquiátricas del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS)

Psychiatric implications of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS)

Recibido: 11/08/2016. Aceptado: 25/04/2017.

Franklin Escobar-Córdoba^{1,2} • Jorge Echeverry-Chabur^{3,4}¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento de Psiquiatría - Bogotá D. C. - Colombia.² Fundación Sueño Vigilia Colombiana - Centro de Sueño - Bogotá D.C. - Colombia.³ Clínica del Ronquido y Trastornos del Sueño - Pereira - Colombia.⁴ Universidad Tecnológica de Pereira - Facultad de Ciencias de la Salud - Pereira - Colombia.

Correspondencia: Franklin Escobar-Córdoba. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03, oficina 202. Teléfono: +57 1 3165000, extensión: 15117-15187. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: feescobar@unal.edu.co.

Resumen

La apnea del sueño es un síndrome que afecta múltiples sistemas y produce variados síntomas. En el presente artículo se revisan las enfermedades psiquiátricas más frecuentes asociadas a este y la necesidad de realizar un diagnóstico adecuado y un tratamiento interdisciplinario. La entidad que más se ha podido encontrar en los pacientes con apnea del sueño es la depresión y se piensa que se debe a la fragmentación del sueño, la cual altera la producción de neurotransmisores a nivel cerebral. La ansiedad es la segunda entidad con mayor frecuencia, quizás debido a la liberación de catecolaminas durante la noche. Existen otras patologías asociadas a la apnea del sueño que deben ser revisadas y que mejorarían con un tratamiento adecuado, así como también mejoraría la calidad de vida de los pacientes, pues la atención, la concentración y la memoria incrementarían o disminuirían la irritabilidad y otros síntomas.

Palabras clave: Síndromes de la apnea del sueño; Enfermedad; Diagnóstico; Terapéutica (DeCS).

Escobar-Córdoba F, Echeverry-Chabur J. Repercusiones psiquiátricas del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). Rev. Fac. Med. 2017;65:S51-3. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1Sup.59542>.

Abstract

Sleep apnea is a syndrome that affects multiple systems and produces varied symptoms. This article reviews the most frequent psychiatric illnesses associated with this condition, as well as the need for an adequate diagnosis and an interdisciplinary treatment. The most common entity observed in patients with sleep apnea is depression, probably caused by sleep fragmentation, which alters the production of neurotransmitters in the brain. Anxiety is the second most common entity, perhaps, due to the release of catecholamines at night. Other symptoms associated with sleep apnea can be found, and should be reviewed and improved with appropriate treatment; addressing such

symptoms could also improve the quality of life of patients, since attention, concentration and memory would increase or decrease irritability and other symptoms.

Keywords: Sleep Apnea Syndromes; Disease; Diagnosis; Therapeutics (MeSH).

Escobar-Córdoba F, Echeverry-Chabur J. [Psychiatric implications of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS)]. Rev. Fac. Med. 2017;65:S51-3. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1Sup.59542>.

Introducción

El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) es un trastorno que afecta múltiples sistemas y produce diversos síntomas y entidades, tales como hipertensión arterial; enfermedades cardiovasculares, neuropsicológicas y metabólicas; somnolencia diurna excesiva (SDE); alteraciones de la concentración; insomnio; cefalea; alteraciones de memoria; problemas de atención; irritabilidad; disfunción eréctil; ansiedad, y depresión (1-4). En este artículo se revisan los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al SAHOS, así como la necesidad de evaluar estas entidades y realizar un diagnóstico adecuado y un tratamiento interdisciplinario.

Desarrollo

Trastornos psiquiátricos asociados al SAHOS

En un estudio realizado en una población de la Administración de Salud de Veteranos de los EE. UU., con un universo de 4 060 504 casos y una muestra de 118 105 pacientes identificados con SAHOS, se encontró una importante prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con apnea del sueño comparada con un grupo de individuos sanos. Se halló depresión (21.75%), demencia (2.13%) y trastornos de ansiedad (16.67%), por estrés postraumático (11.85%), psicóticos (5.13%) y

afectivos bipolares (4.06%); estas diferencias fueron estadísticamente significativas en el grupo de SAHOS comparado con los pacientes sin SAHOS (5).

La entidad que más se ha encontrado en los pacientes con SAHOS es la depresión. Aun cuando no se ha podido dilucidar su mecanismo, se han postulado varias teorías sin que se haya logrado esclarecer una de ellas. Se piensa, por ejemplo, que se debe a la fragmentación del sueño, lo cual alteraría la producción de neurotransmisores a nivel cerebral, así como la continuidad del mismo (6).

Por otro lado, la somnolencia durante el día lleva a que el paciente presente alteraciones en la concentración, atención e irritabilidad, pues son sujetos pasivos y con mayor tendencia a dormirse. A esto se suma la obesidad presente en el 70% de los casos, lo cual impacta directamente en la autoestima; del mismo modo, se pueden generar problemas de aislamiento, acrecentados, en parte, por la presencia del ronquido: las personas pueden negarse a compartir habitación en la noche (7,8).

La depresión es una enfermedad psiquiátrica de frecuente prevalencia que se caracteriza por humor depresivo, baja energía, sentimientos de culpa, pérdida de la capacidad de sentir placer y alteraciones en los ritmos biológicos tales como el apetito, el sueño y la liberación de ciertas hormonas que inhabilitan al individuo de manera crónica o recurrente en su desempeño cotidiano. La depresión produce alteraciones sobre el sueño que se observan en el polisomnograma y que se han tratado de explicar como consecuencia de alteraciones en la actividad monoaminérgica (1).

La ansiedad es la segunda entidad que se encuentra con más frecuencia en los pacientes con SAHOS, tal vez debido a la liberación de catecolaminas durante la noche; esto lleva a que el paciente aumente el consumo de carbohidratos. En algunos casos también se observa consumo de tabaco y alcohol, lo cual complica aún más el SAHOS (6,9-11).

En los pacientes con estrés post traumático se encontró disminución de la eficiencia de sueño y tendencia a la hipervigilancia nocturna. Algunos estudios muestran una relación entre SAHOS y trastorno por estrés postraumático (12, 13). En pacientes con psicosis hay una descripción de algunos casos en donde se pretende realizar una asociación entre este síndrome y la aparición de síntomas psicóticos, pero hasta el momento no hay una evidencia clara (9).

El consumo de medicamentos —tales como algunos moduladores del ánimo, antipsicóticos atípicos y benzodiacepinas en los pacientes con trastorno afectivo bipolar y otros con esquizofrenia—, aunado a la vida sedentaria, produce incremento en el peso y favorece las manifestaciones de SAHOS. Si no se diagnostican, se complica el tratamiento y el pronóstico de estas entidades (1,9,14).

Los pacientes con depresión refractaria deben ser evaluados para la presencia de SAHOS, puesto que su diagnóstico psiquiátrico de base mejora si reciben el tratamiento adecuado (7,15). Es importante conocer que algunos antidepresivos —en especial los tricíclicos, bupropión y la mirtazapina— pueden incrementar el peso de los consumidores y, con esto, aumentar el riesgo de SAHOS (14).

En pacientes con trastornos cognoscitivos como la demencia, la presencia de SAHOS complica más su deterioro debido a la fragmentación del sueño, la hipoxia intermitente nocturna, la somnolencia durante el día y, en algunos casos, la comorbilidad con presencia de cuadros de delirio (3,16-20).

Otra sintomatología asociada a la apnea es el insomnio, descrito como la dificultad para iniciar o mantener el sueño durante la noche y el despertar temprano; el insomnio se asocia a cansancio, problemas de concentración, alteraciones de memoria y perturbaciones en el funcionamiento laboral, social o académico. Este síntoma se relaciona con desmejoramiento del estado de ánimo, alteraciones

de la conducta, disminución de la energía y mayor tendencia a cometer errores.

Se considera que el insomnio es crónico si persiste por más de 3 meses y si los síntomas están presentes por lo menos tres veces a la semana (21). Se sabe que el insomnio se presenta crónicamente en el 12% de la población y en los pacientes con apnea se ha reportado en un 46-57%. Este tiene una influencia negativa en la calidad de vida.

Padecer tanto de insomnio como de apnea se asocia con un menor funcionamiento durante el día, así como tiempos de reacción psicomotor más largos en comparación con las personas que no tienen esas condiciones. Así, el insomnio es comórbido con la apnea y se asocia a un mayor deterioro funcional. Como con frecuencia la apnea se halla en la población de edad avanzada, el médico debe considerar que los pacientes ancianos que se quejan de alteraciones para iniciar y mantener el sueño pueden tener esta entidad (22,23).

Conclusiones

Por lo anterior, es necesario que el médico de atención primaria y el especialista en medicina del sueño diagnostiquen las comorbilidades del sujeto. En el paciente obeso o hipertenso, además de identificar sintomatología del SAHOS, se debe buscar qué síntomas psiquiátricos refiere para lograr un adecuado diagnóstico e iniciar en consecuencia su manejo (24).

Con un tratamiento adecuado no solo se mejora la sintomatología del SAHOS, sino que, al corregirse la fragmentación del sueño y la SDE, se mejora también la atención, la concentración y la memoria; asimismo, disminuye la irritabilidad y el paciente recupera su movilidad y entusiasmo. Por lo general, el tratamiento con psicofármacos se tiene que seguir utilizando, aunque, en ocasiones, se puede disminuir e incluso retirar (1,25).

El concurso de los profesionales de la salud es necesario para un tratamiento adecuado del paciente, tanto farmacológico como con uso de dispositivos médicos, cambios del estilo de vida, hábitos de sueño, ejercicio y consumo de tabaco y alcohol. El paciente con SAHOS debe ser evaluado de manera integral porque su enfermedad afecta su organismo, su psiquis y su vida.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

A la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI® - Médicos para adultos), la Asociación Colombiana de Neurología (ACN) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) por permitir a los autores usar sus instalaciones como lugar de reunión de trabajo.

Referencias

1. Sutton EL. Psychiatric disorders and sleep issues. *Med Clin North Am.* 2014;98(5):1123-43. <http://doi.org/bnmq>.
2. Galecki P, Florkowski A, Zboralski K, Pietras T, Szemraj J, Talarowska M. Psychiatric and psychological complications in obstructive sleep apnea syndrome. *Pneumonol Alergol Pol.* 2011;79(1):26-31.

3. Hızlı Ö, Özcan M, Ünal A. Evaluation of comorbidities in patients with OSAS and simple snoring. *The Scientific World Journal*. 2013;2013:709292. <http://doi.org/bnmr>.
4. Uyar M, Vrt O, Bayram N, Elbek O, Savaş E, Altındağ A, *et al*. Gender differences with respect to psychiatric comorbidity in obstructive sleep apnea syndrome. *South Med J*. 2011;104(7):495-8. <http://doi.org/brpmxb>.
5. Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep*. 2005;28(11):1405-11. <http://doi.org/bnms>.
6. Einvik G, Hrubos-Strøm H, Randby A, Nordhus IH, Somers VK, Omland T, *et al*. Major depressive disorder, anxiety disorders, and cardiac biomarkers in subjects at high risk of obstructive sleep apnea. *Psychosom Med*. 2011;73(5):378-84. <http://doi.org/c7z4j2>.
7. Dai Y, Li X, Zhang X, Wang S, Sang J, Sun P, *et al*. Research on risk factors of depression symptoms in 1 327 patients with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2015;50(2):110-7.
8. Hrubos-Strøm H, Einvik G, Nordhus IH, Randby A, Pallesen S, Moum T, *et al*. Sleep apnoea, anxiety, depression and somatoform pain: a community-based high-risk sample. *Eur Respir J*. 2012;40(2):400-7. <http://doi.org/bnmt>.
9. Naqvi HA, Wang D, Glozier N, Grunstein RR. Sleep-disordered breathing and psychiatric disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(12):519. <http://doi.org/bnks>.
10. Macey PM, Woo MA, Kumar R, Cross RL, Harper RM. Relationship between obstructive sleep apnea severity and sleep, depression and anxiety symptoms in newly-diagnosed patients. *PLoS One*. 2010;5(4):e10211. <http://doi.org/bt2239>.
11. Shapiro AL. Anxiety in middle-aged men with obstructive sleep apnea: state of the science. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(12):689-95. <http://doi.org/bnmv>.
12. Escobar-Córdoba F, Folino O, Eslava-Schmalbach J. Sleep disorders and posttraumatic stress in raped victims. *Rev Fac Med*. 2012;60(4):317-24.
13. Krakow BJ, Ulibarri VA, Moore BA, McIver ND. Posttraumatic stress disorder and sleep-disordered breathing: a review of comorbidity research. *Sleep Med Rev*. 2014;24:37-45. <http://doi.org/bnmx>.
14. Lin WC, Winkelman JW. Obstructive sleep apnea and severe mental illness: evolution and consequences. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(5):503-10. <http://doi.org/bnmz>.
15. El-Sherbini AM, Bediwy AS, El-Mitwalli A. Association between obstructive sleep apnea (OSA) and depression and the effect of continuous positive airway pressure (CPAP) treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7:715-21. <http://doi.org/bnp6sc>.
16. Anderson KN, Bradley AJ. Sleep disturbance in mental health problems and neurodegenerative disease. *Nat Sci Sleep*. 2013;5:61-75. <http://doi.org/bnm2>.
17. Bawden FC, Oliveira CA, Caramelli P. Impact of obstructive sleep apnea on cognitive performance. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011;69(4):585-9. <http://doi.org/bwhf2b>.
18. Buratti L, Viticchi G, Falsetti L, Cagnetti C, Luzzi S, Bartolini M, *et al*. Vascular impairment in Alzheimer's disease: the role of obstructive sleep apnea. *J Alzheimers Dis*. 2014;38(2):445-53. <http://doi.org/bnm3>.
19. Daurat A, Huet N, Tiberge M. Memory monitoring and memory control in patients suffering from obstructive sleep apnoea syndrome. *Memory*. 2014;22(6):710-21. <http://doi.org/bnm4>.
20. Wallace A, Bucks RS. Memory and obstructive sleep apnea: a meta-analysis. *Sleep*. 2013;36(2):203-20. <http://doi.org/bnm5>.
21. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien, Ill.: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
22. Björnsdóttir E, Janson C, Gíslason T, Sigurdsson JF, Pack AI, Gerhman P, *et al*. Insomnia in untreated sleep apnea patients compared to controls. *J Sleep Res*. 2012;21(2):131-8. <http://doi.org/dnrzfv>.
23. Bjorvatn B, Pallesen S, Grønli J, Sivertsen B, Lehmann S. Prevalence and correlates of insomnia and excessive sleepiness in adults with obstructive sleep apnea symptoms. *Percept Mot Skills*. 2014;118(2):571-86. <http://doi.org/bnm6>.
24. Corcho-Mejía DC, Velásquez-Suárez JM, Escobar-Córdoba F. Apnea obstructiva del sueño y trastornos psiquiátricos. *Rev Chi Neuro-psiquiatr*. 2012;50(4):265-72. <http://doi.org/bnm7>.
25. Shirani A, Paradiso S, Dyken ME. The impact of atypical antipsychotic use on obstructive sleep apnea: a pilot study and literature review. *Sleep Med*. 2011;12(6):591-7. <http://doi.org/fwrwbtt>.