



6038-227. ASOCIACIÓN ENTRE LA SIESTA Y EL SUEÑO NOCTURNO CON EL RIESGO DE EVENTOS RECURRENTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ESTUDIO PILOTO DEL PROYECTO MEDLIFE

Jesús Díaz-Gutiérrez¹, Ana Blanca Paloma Martínez-Pérez¹, Marina Agustín-Alcaín², Emilio Amigo-Otero¹, María Luisa Hidalgo¹, José Raúl López Aguilar¹, Ana López Suárez¹, Antonio Gómez-Menchero¹ y Mercedes Sotos-Prieto³

¹Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España, ²Servicio de Psiquiatría. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España y ³Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han identificado una posible relación entre los patrones de sueño y el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). Hasta donde sabemos, la relación entre el tiempo dedicado a la siesta, las horas de sueño y el riesgo de eventos recurrentes no ha sido analizado previamente en pacientes con ECV. Por ello, nuestro objetivo fue evaluar la relación entre la siesta y el sueño nocturno y la incidencia de eventos adversos cardiovasculares mayores (EACM) en una cohorte de pacientes con ECV establecida.

Métodos: El estudio piloto del proyecto MEDLIFE incluyó una cohorte prospectiva de pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca. Al inicio del estudio, evaluamos mediante un cuestionario validado los hábitos de vida y clasificamos a los participantes según la duración promedio de la siesta y sueño nocturno. Los EACM se definieron como la incidencia de un desenlace combinado compuesto por: infarto agudo de miocardio o nueva revascularización, diagnóstico o descompensación de insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular no fatal, y mortalidad de causa cardiovascular. Se utilizaron modelos multivariantes de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 159 participantes que fueron seguidos durante una mediana de tiempo de 17 meses. La mediana de edad de los participantes era de 69 años y el 70% eran mujeres. El 17% de los participantes señaló no dormir siesta, un 35% dormir siesta de un máximo de 30 minutos y un 48% una siesta de más de 30 minutos. Un 55% de los participantes indicó dormir entre 6-8 horas/día, un 20% dormir menos de 6 horas/día y un 25% dormir más de 8 horas/día. Durante el seguimiento, identificamos 56 EACM. Los participantes que dormían > 8 horas/día tenían un mayor riesgo de EACM (HR ajustada = 2,04; IC95%: 1,02-4,11), en comparación con los que dormían entre 6-8 horas. En el mismo modelo, se observó que los participantes que dormían una siesta > 30 min/día tuvieron un mayor riesgo de EACM, en comparación con los que no dormían la siesta (HR ajustada = 2,91; IC95%: 1,05-8,06).

Hazard ratio e intervalo de confianza al 95% de eventos adversos cardiovasculares mayores incidentes (muerte cardiovascular, infarto miocardio o nueva revascularización, ictus, y diagnóstico o descompensación de insuficiencia cardíaca) de acuerdo con la duración del sueño nocturno y siesta. Proyecto piloto MEDLIFE 2021-2023

	N	Casos/persona-años	Crudo	Ajuste multivariable ^a
Sueño nocturno				
Dormir 6-8 horas/día	87	22/106,2	1 (Ref.)	1 (Ref.)
Dormir 6 horas/día	32	12/36,0	1,56 (0,80-3,07)	1,09 (0,50-2,39)
Dormir > 8 horas/día	40	22/33,7	2,31 (1,19-4,48)	2,04 (1,02-4,11)
Siesta				
No dormir siesta	27	5/35,3	1 (Ref.)	1 (Ref.)
Siesta 30 min/día	56	16/66,2	1,70 (0,63-4,57)	2,03 (0,70-5,85)
Siesta > 30 min/día	76	35/74,4	2,57 (1,00-6,60)	2,91 (1,05-8,06)

a. Ajustado por sexo, edad, otras enfermedades cardiovasculares prevalentes, participación en programa de rehabilitación cardíaca, tabaquismo, índice de masa corporal, adherencia al patrón de dieta mediterránea, actividad física, ver la televisión, tiempo de ocio, y todas las variables mostradas en la tabla.

Conclusiones: Dormir más de 8 horas de noche y una siesta prolongada de más de 30 minutos se asociaron con mayor riesgo de EACM en pacientes con ECV ya establecida. Estos hallazgos sugieren la importancia de promover un descanso adecuado para la prevención secundaria de pacientes con ECV.