



MEDICINA

DEL RONQUIDO A LA APNEA SOLO HAY UN PASO... APRENDE A DIAGNOSTICARLO

Por: Alba Mayra Padilla Correa y Mariana Carolina Correa Castillo
Revisión y edición por el Dr. Rafael Francisco Paramo Arroyo

Los ronquidos son un fenómeno bastante frecuente en la actualidad; estos, de manera grave, pueden asociarse a episodios de apnea e hipopnea dependiendo del colapso faríngeo durante el sueño [1,2]. De acuerdo con un estudio realizado el año pasado, los ronquidos, entre los síntomas asociados al sueño (SAS), se encuentran en un 48.5%, mientras que el riesgo de padecer Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) es de 27.3%, e incrementa por factores como el índice de masa corporal, la edad, género, la postura, hábitos, factores genéticos, el habitar una zona urbana, entre otros [3].

En este artículo hablaremos de la importancia de la detección de SAHS y del tratamiento adecuado con el objetivo de disminuir la tasa de prevalencia en la población mexicana.

EPIDEMIOLOGÍA

En México una de cada cuatro personas corre el riesgo de padecer SAHS, cifra que ha aumentado debido al incremento de la obesidad, siendo ésta el principal factor de riesgo para el desarrollo de un SAHS [3, 5].

El SAHS es el trastorno respiratorio más frecuente y es reconocido como un problema mundial de salud pública debido a que es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico, así como también una disminución en la calidad de vida del individuo [3]. un dispositivo oral o cirugía [5, 6] como otras medidas de tratamiento; el CPAP se administra por medio de una turbina generadora de un flujo de aire constante a una determinada presión, que se transmite a la vía aérea por medio de un tubo y una mascarilla, logrando así generar una presión que estabiliza la vía aérea e incrementa su calibre e impide el colapso (apneas-hipopneas) de la vía aérea durante el sueño.

Figura 1. Representación de respiración sin obstrucción, respiración con obstrucción parcial y obstrucción completa. SAOS. Imagen disponible en <https://www.definicionabc.com/salud/saos.php> [Consultado el 16-02-2019].

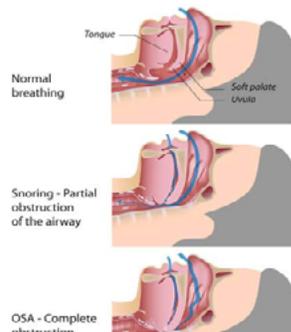
DEFINICIÓN

El ronquido se produce por las vibraciones de las paredes faríngeas durante la respiración por el efecto del flujo aéreo que se vuelve turbulento debido al estrechamiento de las vías aéreas superiores [1].

El grupo español del sueño definió al SAHS como «un cuadro de somnolencia excesiva y de trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos e inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño» [4]. Éste cursa con episodios recurrentes de colapso de la vía aérea superior durante el sueño originados por una anomalía anatómico-funcional de ésta (figura 1); cuando existe un colapso total con cese de la respiración por más de 10 segundos se le denomina apnea, y cuando es parcial se le conoce como hipopnea [5, 6]. Los tipos de apnea se describen en el cuadro 1.

APNEA OBSTRUCTIVA Ausencia de flujo nasobucal de duración superior a 10 segundos, con movimientos toracoabdominales	APNEA CENTRAL Ausencia de flujo nasobucal de duración superior a 10 segundos, sin movimientos toracoabdominales
APNEA MIXTA Acontecimiento respiratorio de más de 10 segundos de duración que comienza con un componente central y termina con un componente obstructivo	HIPOPNEA OBSTRUCTIVA Reducción del flujo nasobucal o del sumatorio toracoabdominales, que se sigue por un despertar transitorio o por una desaturación de oxígeno superior al 3%

Cuadro 1. Tipos de apneas



CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas del SAOS pueden clasificarse como nocturnas y diurnas; en el primer grupo se distinguen como las más frecuentes los ronquidos, apneas y episodios asfícticos, y otras más inespecíficas como movimientos musculares anormales, diaforesis, despertares frecuentes, nictura/enuresis, entre otros. En las manifestaciones diurnas se pueden identificar principalmente la somnolencia diurna excesiva, cansancio crónico, cefalea, irritabilidad, apatía, dificultad de concentración, pérdida de la memoria, depresión, y disminución de la libido [4].

DIAGNÓSTICO

La anamnesis y la exploración física dirigida a pacientes con alta sospecha de SAHS, incluye un interrogatorio exhaustivo sobre la clínica de la enfermedad (ronquidos, apneas, hipersomnia, hábitos del sueño), para ello se utiliza la escala de Epworth (Cuadro 2), así como la anamnesis general cardiovascular y respiratoria, exploración antropométrica (peso, talla, IMC, perímetro de cuello, distancia hoides-mandíbula, constitución facial), orfaringoscopia para evaluar la presencia de hipertrofia del paladar o amígdalas, rinoscopia, exploración con la escala de Mallampati, y toma de TA [7].

Escala de somnolencia de Epworth				
Señala la respuesta que se asemeja más a su situación actual. (Una puntuación por debajo de 9 es normal, entre 10 y 11, dudosa, y a partir de 12, patológica)	Nunca se adormilata	Pocas posibilidades de adormilarse	Es posible que se adormilase	Grandes posibilidades de que se adormilase
Sentado leyendo	0	1	2	3
Viendo la televisión	0	1	2	3
Sentado, inactivo, en un lugar público (p.e. en un teatro o un acto público o una reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en un coche durante 1h seguida	0	1	2	3
Descansando echado por la tarde cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
Sentado charlando con alguien	0	1	2	3
Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol	0	1	2	3
En un coche al pararse unos minutos en el tráfico	0	1	2	3
Suma total de puntos				

Cuadro 2. Escala de Epworth [7].

La polisomnografía es una técnica útil en el diagnóstico de SAHS, consiste en el registro continuo del electroencefalograma, electrooculograma y electromiograma mentoniano, más una serie de variables para cuantificar los trastornos respiratorios y sus repercusiones, como la pulsoximetría, flujo aéreo nasobucal, ronquidos, movimientos toracoabdominales y electrocardiograma, durante la noche (más de 6.5 horas, mínimo 3 horas de sueño); sin embargo, su alto costo y complejidad la excluyen de las técnicas de rutina para el diagnóstico de SAHS [8].

TRATAMIENTO

Existe una serie de recomendaciones para llevar a cabo una adecuada higiene del sueño y disminuir así los episodios de apnea-hipopnea, como el adelgazamiento, disminuir la ingesta de alcohol y tabaco, tratamiento específico de comorbilidades que puedan exacerbar o favorecer la aparición de SAHS, posición corporal (cabecera a 30°), no tomar siestas largas, crear una rutina para ir a dormir, sincronizar el reloj biológico con la luz diurna y la actividad física, etc. Por otro lado, se sugiere el uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), la titulación manual de la presión de la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP), un dispositivo oral o cirugía [5, 6] como otras medidas de tratamiento; el CPAP se administra por medio de una turbina generadora de un flujo de aire constante a una determinada presión, que se transmite a la vía aérea por medio de un tubo y una mascarilla, logrando así generar una presión que estabiliza la vía aérea e incrementa su calibre e impide el colapso (apneas-hipopneas) de la vía aérea durante el sueño.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño es bastante común hoy en día y es frecuente que no sea diagnosticado sino hasta que los pacientes presentan complicaciones o cuadros de mayor gravedad; por ello, es importante saber identificar sus signos y síntomas tempranamente, con el fin de evitar dichas complicaciones y el poner en riesgo a nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. M.-P. d'Ortho. *Tratado de medicina*. 2013; 17(1):1-7
2. Mark H. Swartz. *Cavidad oral y faringe*. En: M. H Swartz. *Tratado de semiología*, 7ª edición. España:Elsevier; 2015. p. 282-318
3. Guerrero-Zúñiga S, Gaona-Pineda EB, Cuevas-Nasu L, Torre-Bouscoulet L, Reyes-Zúñiga M, Shamah-Levy T, Pérez-Padilla R. *Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México*. *Salud Publica Mex* 2018; 60:347-355.
4. Joaquín Durán Cantolla y José María Montserrat. *Síndrome de apneas-hipopneas del sueño: concepto, epidemiología, fisiopatología y clínica*. En: Álvarez-Sala Walther, Casan Clarà, Rodríguez de Castro, Rodríguez Hermosa & Villena Garrido. *Neumología clínica*, 2ª edición. España:Elsevier; 2016. p. 734-746
5. Marcè Mayos Pérez y Neus Salord Oleo. *Afectación respiratoria en la obesidad*. En: Álvarez-Sala Walther, Casan Clarà, Rodríguez de Castro, Rodríguez Hermosa & Villena Garrido. *Neumología clínica*, 2ª edición. España:Elsevier; 2016. p. 7763-7770
6. Bradley V. Vaughn. *Trastornos del sueño*. En: Goldman, Ausiello & Schafer. *Tratado de medicina interna*, 25ª edición. España:Elsevier; 2017. p. 2415-2424
7. Miguel Ángel Martínez García y Joaquín Durán Cantolla. *Apnea del sueño en atención primaria*. *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR; Editorial RESPIRA*, 2009; p. 1-12
8. Patricia Lloberesa, Joaquín Durán-Cantollab, Miguel Ángel Martínez-Garciac, José María Marínd, Antoni Ferrere, Jaime Corralf, Juan Fernando Masaf, Olga Parrag, Mari Luz Alonso-Álvarezh y Joaquín Terán. *Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño*. España:Elsevier; 2011; p. 143–156