

# la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 67

## RONQUIDO Y APNEA DEL SUEÑO

1 de noviembre 2015

Documento elaborado por el Dr. Jose Antonio Serrano, director del Área de Salud de The Family Watch

## Introducción

El sueño es un estado fisiológico diferente al de la vigilia. Es indispensable para la vida y ocupa la tercera parte de nuestro tiempo. Es un proceso estrechamente relacionado con las funciones del cerebro. Durante el sueño procesamos la información recibida durante el día y la consolidamos en la memoria. Podemos decir que del sueño surge nuestra capacidad de respuesta y adaptación a las situaciones que vivimos.

También durante el sueño se producen cambios muy importantes en el funcionamiento del organismo. La tensión arterial y el ritmo cardiaco se reducen, baja la temperatura corporal y todo el organismo en general queda en un estado de reposo mientras se produce un estímulo general del sistema inmunitario.

Simplificando podemos considerar que dormimos para reparar el desgaste sufrido el día anterior y poder estar despiertos el día siguiente. Sin sueño suficiente disminuye nuestro nivel de actividad y alerta, somos más torpes y menos eficaces en nuestra vida diaria y nuestro estado general de salud empeora.

Los trastornos del sueño son muy diversos, destacando por su alta prevalencia la apnea del sueño. Pero muchísimo más frecuente es el ronquido, claro que roncar no es una enfermedad, pero sí un inconveniente para el roncador y su entorno porque empeora su capacidad de descanso y a la larga su calidad de vida. El ronquido es un acompañante habitual de la apnea del sueño, pero no todos los roncadores tienen apneas. Por lo tanto vamos a revisar por un lado el ronquido, como tal, aislado y el ronquido que acompaña a la apnea del sueño.

## Ronquido

Roncar a diario o casi diario es muy frecuente. En España la prevalencia media del ronquido en la población general se sitúa en torno al 40% en hombres y el 20% en mujeres.

Cuando el ronquido no se acompaña de apneas decimos que es un ronquido simple. El ronquido es un ruido respiratorio que se origina durante el sueño, nocturno o diurno, y que puede ser inspiratorio, espiratorio o ambos.

La Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM), lo define como un ruido localizado en la vía aérea superior que no se acompaña de apnea o hipoventilación, y que está causado por las vibraciones de los diferentes tejidos que ocupan la faringe.

Se puede clasificar en ligero, moderado e intenso sobre la base de factores tales como la frecuencia, la posición corporal y el malestar causado sobre otras personas cercanas. Para la AASM un roncador simple es aquel que cursa sin interrupción del sueño ni somnolencia excesiva diurna. Una persona que ronca más del 10–20% del tiempo nocturno estudiado o más de 3–4 noches por semana debería clasificarse como roncador habitual.

Por lo general, quien se queja del roncador es el compañero o compañera de cama. Son ellos los que nos deben informar sobre cómo es el ronquido: frecuencia, en qué posición ronca, desde cuándo, si se acompaña de apneas y cómo le afecta a su calidad de sueño. En cuanto al

roncador, suele quejarse sobre todo de no dejar dormir al compañero, de mala calidad de sueño y de dolor de garganta.

El ronquido simple es un trastorno muy prevalente en la población general, se observa tanto en niños como en adultos y puede estar relacionado con otras afecciones tales como el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipertensión, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares.

### 1.1 Tratamiento

#### *Medidas generales y locales:*

En cuanto al tratamiento hay que tener en cuenta en primer lugar una serie de medidas para evitar aquellos factores que predisponen la aparición de los ronquidos.

- a) El consumo de alcohol puede generar ronquidos en personas que normalmente no roncan y potencia el ronquido en los roncadores. Se recomienda restringir su consumo a partir de las 18 horas.
- b) El tabaco figura como uno de los factores de riesgo de desarrollar ronquido habitual entre los adultos, por lo que es otra más de las indicaciones para suprimirlo.
- c) En algunos roncadores el empleo de sedantes o relajantes musculares puede agravar el grado de ronquido, por lo que se recomienda como medida general abstenerse de usarlos.
- d) Es un hecho demostrado que los obesos tienen 5 veces más probabilidades de roncar que los no obesos. La pérdida de peso es muy recomendable.
- e) La aparición del ronquido depende de la posición. La mayoría de acompañantes refieren que la intensidad e incluso el número de ronquidos aumentan con el decúbito supino. Por este motivo se han ideado varios procedimientos para evitarlo, por ejemplo coser en la parte posterior de la chaqueta del pijama una pieza de gomaespuma de forma de esférica o cilíndrica.
- f) El uso de dilatadores nasales tanto internos como externos, lubricantes nasales en forma de nebulización y el uso combinado de descongestionantes nasales y dilatadores pueden ser útiles para disminuir los ronquidos. Recientemente se ha introducido el tratamiento con toxina botulínica mediante inyección en el elevador del velo palatino.

### 1.2 Intervenciones médicas no quirúrgicas.

- a) Retenedores de la lengua, que solo se emplean en determinadas aplicaciones dentales.
- b) Los sistemas que permiten el avance mandibular, que es el método más utilizado. Desplazan la mandíbula hacia delante minimizando o previniendo el colapso de la vía aérea superior. (Conocidos por sus siglas DAM = dispositivos de avance mandibular)
- c) Tratamiento mediante presión positiva continua en la vía aérea. Se usa la misma máquina que la de la apnea del sueño. (CPAP)

### 1.3.- Tratamiento quirúrgico.

Puede consistir en:

- a) Cirugía nasal. Se reserva para los pacientes roncadores que presentan obstrucción nasal anatómica por desviación del tabique, pólipos nasales, etc.
- b) Cirugía faríngea. Actualmente se hacen las siguientes técnicas: Uvulopalatofaringoplastia sin láser, Uvulopalatoplastia asistida con láser, Cirugía faríngea mediante radiofrecuencia, Implantes palatinos y Roncoplastia.
- c) Otras: cirugía para la obesidad, llamada cirugía bariátrica, y la adenoamigdalectomía. (Extirpación de amígdalas y adenoides)

### *Resumen.*

El roncadador simple puede ser tratado mediante la aplicación de medidas generales que incluyen el control y la pérdida de peso, la supresión de hábitos tóxicos y de sustancias que afecten al sueño, así como el cambio de posición durante el sueño y la práctica de ejercicio físico. El empleo de dilatadores y lubricantes nasales puede ser eficaz en algunos casos.

Los dispositivos orales son efectivos, pero en una gran parte de los casos el usuario abandona el tratamiento al no ser consciente de su efecto. Las técnicas quirúrgicas tienen un efecto positivo a corto plazo, pero en un gran porcentaje pierden su eficacia en los meses posteriores a la intervención.

Finalmente, los nuevos procedimientos, tales como los implantes palatinos, la roncoplastia o la aplicación de toxina botulínica, han ofrecido unos primeros resultados esperanzadores, aunque deberá confirmarse su efectividad mediante estudios realizados en muestras de población de mayor tamaño. La disponibilidad de nuevos equipos de detección, análisis y cuantificación del ronquido permitirá en un futuro inmediato una valoración objetiva de la terapia en los pacientes con ronquido simple.

### **Apnea del sueño en adultos**

La palabra apnea significa ausencia de respiración, que podemos hacer de forma voluntaria o producirse de forma involuntaria. Dormidos o despiertos el paso del aire a los pulmones es una función que se produce habitualmente de forma involuntaria. Sin embargo, en algunas personas este mecanismo no funciona de manera apropiada y durante el sueño los conductos respiratorios se obstruyen y se producen las apneas.

Para el tema que estamos tratando, una apnea durante el sueño, se produce por la obstrucción completa del paso del aire de al menos 10 segundos. (Apnea obstructiva). Otro tipo de episodio que puede ocurrir durante el sueño, aunque más 'leve' es una obstrucción parcial que produce una reducción de la saturación del oxígeno, que se denomina Hipopnea. Ambos tipos de obstrucción coexisten y pueden llegar a ocurrir cientos de veces cada noche provocando un sueño de mala calidad que no sirve para descansar.

Aunque las personas que sufren apneas no son conscientes de ello, cada vez que intentan vencer la obstrucción (cientos de veces cada noche) se producen pequeños despertares instantáneos. Estos despertares hacen que el sueño no sea reparador. Durante el día estas personas están somnolientas, sufren cansancio y tienen un elevado riesgo de sufrir accidentes (de coche, doméstico, laboral...). Por otra parte debido a las apneas, el oxígeno no llega de forma adecuada a los tejidos provocando hipertensión y problemas cardiovasculares o cerebrovasculares graves.

Estos episodios que ocurren en determinados pacientes, junto con otros síntomas, forman el llamado Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño, que simplificamos por sus siglas: SAHS

### *Síntomas.*

El paciente con SAHS suele ser un adulto de mediana edad, varón, con frecuencia obeso y con un historial de ronquidos y paradas respiratorias durante el sueño, sufre pesadillas, sueño agitado o insomnio. Normalmente, se queja de cansancio y somnolencia durante el día y de cefaleas matutinas. Es una persona irritable que se concentra con dificultad o bien que muestra apatía y depresión. A menudo son las complicaciones de salud como hipertensión arterial, enfermedades cardio o cerebrovasculares las que llevan al paciente a la consulta del médico. Los

factores de riesgo más importantes son: ser hombre, la obesidad y la edad. Otros factores que actúan como agravantes son el alcohol, el tabaco, los sedantes y dormir boca arriba.

Los *principales síntomas* son:

1.- *Roncopatía crónica*: es el síntoma con mayor sensibilidad (su ausencia hace poco probable el diagnóstico de SAHS). Sin embargo la mayoría de roncoadores no tienen SAHS (roncan el 40% de los varones y el 20% de las mujeres de la población general). Por ello la presencia de roncopatía crónica como síntoma único no es suficiente para la realización de una prueba de sueño con intención diagnóstica de SAHS.

2.- *Apneas presenciadas*: es el síntoma con mayor especificidad, la cual aumenta si son observadas de forma repetida durante la misma noche y son prolongadas.

3- *Hipersomnolencia* diurna o tendencia a dormirse involuntariamente ante situaciones inapropiadas: síntoma poco específico y sensible pero es el de mayor importancia ya que marca la intensidad clínica del SAHS. Su presencia no explicada por circunstancias evidentes es suficiente aun en ausencia de otros síntomas o signos para la realización de un estudio de sueño con carácter diagnóstico. Es importante descartar otras causas de hipersomnia.

*Diagnóstico del SAHS.*

Cuando un paciente presenta algunos de los factores de riesgo debe acudir al especialista que prescribirá un estudio de sueño. Esta prueba diagnóstica puede ser de diversos tipos:

La polisomnografía: (PSG) Es un Electroencefalograma de sueño que incluye, además de las neurofisiológicas, medición de variables respiratorias. Es la prueba de referencia y debe realizarse en una unidad del sueño hospitalaria bajo la supervisión de un técnico del sueño. La PSG es una técnica relativamente cara, laboriosa y técnicamente compleja que no está al alcance de todos los centros, y que debido a la gran demanda de exploraciones no se puede utilizar en todos los pacientes.

Un método más sencillo es la poligrafía respiratoria (PR), que mide únicamente las variables respiratorias, también puede realizarse en una unidad del sueño, en el hospital; o en el domicilio del paciente.

Los resultados de estos estudios se expresan en número de eventos: apneas más hipopneas por hora de sueño (IAH) y se dan esta categorías:

Leve, (5-14,9) moderada (15-29,9) y grave (> 30)

*Frecuencia del SAHS.*

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) publicó el pasado 21 de septiembre una nota de prensa, por ser el día Nacional de la Apnea del Sueño, haciendo referencia a un estudio publicado en "The Lancet" (5). En dicho artículo sorprende la elevada prevalencia de SAHS de grado moderado – severo (con un IAH > 15 por hora de sueño): 23,4% en mujeres y 49% en hombres.

*Consecuencias para la salud y la calidad de vida.*

La alteración de la estructura del sueño debido a la apnea de sueño provoca en los pacientes un descanso inefectivo que afecta su calidad de vida en aspectos muy diversos. Por un lado, la falta de descanso provoca somnolencia diurna, fatiga, irritabilidad en el paciente que trastorna su vida social y así mismo puede ser causa de accidentes laborales, domésticos o de tráfico. Por otro lado, las pausas respiratorias o apneas conllevan una bajada de los niveles de oxígeno

en sangre y en otros órganos denominadas hipoxias. Estudios llevados a cabo por miembros de SEPAR relacionan las hipoxias con enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, la trombosis cerebral, la angina de pecho o el infarto de miocardio y más recientemente con una mayor incidencia de cáncer. (Aunque esto último está pendiente de estudios más amplios)

#### *Tratamiento.*

Los objetivos del tratamiento serán, por un lado conseguir el control de los síntomas, fundamentalmente la somnolencia, para disminuir el riesgo de accidentes y prevenir riesgo de otras complicaciones: hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

1. *Medidas higiénicas del sueño.* Es importante conseguir una buena higiene de sueño, así como las medidas comentadas anteriormente para el tratamiento del ronquido simple. (Abstención de tabaco, no tomar bebidas alcohólicas a partir de las 18 horas, evitar dormir boca arriba, etc.)

2. *Dieta para perder peso.*

3. *Tratamiento con CPAP nasal* (Figura 1). Es una máquina que proporciona un flujo de aire continuo a una determinada presión, por medio de una mascarilla nasal, bien ajustada para evitar fugas. No es un tratamiento curativo sino paliativo. Hay que utilizarlo cada noche durante un mínimo de 5 horas y seguramente de por vida.

La CPAP nasal es más efectiva que el placebo para mejorar la somnolencia y la calidad de vida en pacientes con SAHS. Corrige los fenómenos obstructivos, el ronquido, las desaturaciones y los despertares secundarios a las apneas e hipopneas. Mejora la arquitectura de sueño, la capacidad de atención, reduce el riesgo de accidentes de tráfico y normaliza las cifras de tensión arterial en un porcentaje de enfermos hipertensos.



Figura 1

### **Apnea del sueño en niños**

El SAHS infantil tiene una entidad clara con perfiles muy diferenciados con respecto al del adulto en lo referente a sus causas, clínica y tratamiento.

Es altamente prevalente en la edad infantil, que afecta entre un 2% y un 4% de niños con edades comprendidas entre los 2 y los 6 años.

La hipertrofia amigdal y adenoidea, las malformaciones craneofaciales, la obesidad, las enfermedades neurológicas como la parálisis cerebral infantil, las enfermedades neuromusculares, el reflujo gastroesofágico y la obesidad son algunos de los factores de riesgo que con mayor frecuencia se presentan en la infancia. Así, se entiende que el SAHS puede asociarse a diferentes trastornos crónicos en la infancia, algunos de ellos muy prevalentes. Solo por citar un ejemplo, entre un 30% y un 45% de niños con síndrome de Down pueden presentar SAHS, un 27% de niños con discapacidad psíquica cumple criterios para ser evaluados formalmente en busca de SAHS y hasta un 50% de los niños remitidos para valoración por sospecha de SAHS presenta obesidad.

Las repercusiones médicas del SAHS incluyen alteraciones cardiovasculares: en la función ventricular y elevaciones discretas de la presión arterial; retraso pondoestatural y desde el punto de vista neuroconductual está plenamente demostrado que pueden presentar problemas de aprendizaje, con disminución del rendimiento escolar.

*Diagnóstico del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en edad pediátrica.*

Las evidencias sobre las consecuencias clínicas del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) pediátrico: enfermedades cardiovasculares y neurocognitivas, alteración del desarrollo, etc., cada vez son más abrumadoras, de manera que, actualmente, la actitud expectante y conservadora frente a los trastornos respiratorios del sueño en la infancia no está justificada; su prevalencia y sus consecuencias en la calidad de vida del niño y su entorno obligan a un diagnóstico y tratamiento temprano.

El pediatra debe sospechar la apnea del sueño en la presencia de los siguientes síntomas:

- ronquidos fuertes y respiración ruidosa durante el sueño.
- periodos de falta de respiración, es decir pausas de apnea.
- respiración por la boca.
- sueño intranquilo (despertándose o no)
- somnolencia diurna o irritabilidad excesiva (dado que la calidad del sueño es deficiente, el niño puede mostrarse somnoliento o irritable durante el día)
- trastorno por déficit de atención con hiperactividad durante el día. (TDAH)
- enuresis nocturna.

Ante la sospecha de SAHS se derivará a centro especializado de referencia para la confirmación diagnóstica. Incluye fundamentalmente una exploración física general y a nivel de la nasofaringe (exploración ORL) y un estudio de sueño, en domicilio o en hospital, con Polisomnografía (PSG) o Poligrafía respiratoria (PR)

*Tratamiento.*

El tratamiento de elección del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) en los niños es quirúrgico (adenoamigdalectomía).

La CPAP constituye la segunda línea de tratamiento del SAHS en la infancia, ya que la mayoría de los niños con SAHS mejora con la adenoamigdalectomía, quedando un pequeño grupo de pacientes que requerirán tratamientos adicionales o en los que el CPAP será la primera opción. Generalmente, suelen ser niños con obesidad, alteraciones craneofaciales o enfermedades neuromusculares añadidas a la hipertrofia adenoamigdal y sin hipertrofia adenoamigdal.

### Referencias:

- 1) <http://www.separ.es/pacientes/>
- 2) José Antonio Fiz, Josep Morera Prat y Raimon Jane', 'Tratamiento del paciente con ronquidos simples'. Arch Bronconeumol, (2009; 45(10),508–515).
- 3) P. Lloberes et al . 'Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño'. Arch Bronconeumol, (2011; 47(3),143–156)
- 4) Nota de Prensa de SEPAR, 21 09 2015.
- 5) R Heinzer, et al, 'Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study'. (thelancet.com/respiratory'). Published online February 12, 2015.
- 6) María Luz Alonso-Álvarez y Milagros Merino-Andreu, 'Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niños'. Arch Bronconeumol, (2011;47(Supl 5),1)