

21 de septiembre: Día Nacional de la Apnea del Sueño

El aumento de la obesidad multiplica los casos de apnea del sueño

- **Según los últimos datos publicados, se estima que 425 millones de personas entre 30 y 69 años en todo el mundo tienen apnea obstructiva del sueño de intensidad moderada a severa.**
- **La SEORL-CCC lanza una campaña online para concienciar sobre la importancia del diagnóstico precoz.**

Madrid, 20 de septiembre de 2019. El aumento de la obesidad en la población general ha incrementado los casos de apnea del sueño en todo el mundo, según advierte la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC). Con motivo del Día Nacional de la Apnea del Sueño, que se celebra el próximo 21 de septiembre, la SEORL-CCC, a través de su Comisión de Roncopatía y Trastornos del Sueño, ha iniciado una campaña online en su web, www.seorl.net, para concienciar sobre la importancia de controlar los factores de riesgo y del diagnóstico precoz de esta patología, de la que se calcula que puede haber más de un millón de personas en España sin diagnosticar ni recibir tratamiento.

Según las últimas estimaciones publicadas este verano a nivel mundial en [The Lancet Respiratory Medicine](#), 936 millones de personas entre 30 y 69 años tienen apnea obstructiva del sueño de intensidad leve a moderada y 425 millones de intensidad moderada a severa. En España los últimos datos señalan una prevalencia de la apnea del sueño con un índice de apnea-hipopnea (IAH) >15/h (considerado moderado-grave) del 14% en hombres y 7% en mujeres de las edades antes señaladas. "La obesidad es uno de los principales factores de riesgo para padecer el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), seguidos del tabaco y el alcohol, aunque también influyen los aspectos anatómicos de la persona", indica la doctora Marina Carrasco, presidenta de la Comisión de Roncopatía y Trastornos del Sueño de la SEORL-CCC. Aunque tanto el ronquido como el SAHS pueden darse en personas no obesas, existe una relación directa entre la obesidad y el colapso de la vía aérea siendo, no solo un factor de riesgo, sino agravante. "En los pacientes obesos se produce un estrechamiento de las vías aéreas y un exceso de carga mecánica debido al aumento de la grasa depositada en las paredes faríngeas y en la lengua lo cual hace disminuir el volumen de la luz. Además, hay una compresión externa de las masas de grasa localizadas superficialmente que sobrecarga la función de los músculos. Por otro lado, el depósito de grasa localizado entre las fibras musculares de la faringe contribuye a reducir su capacidad de contracción. También hay que tener en cuenta que, el volumen pulmonar, uno de los factores importantes que favorecen la tensión de los músculos faríngeos, está disminuido en los pacientes obesos, especialmente en la posición de supino. Todo esto hace que la vía aérea se cierre

durante el sueño y baje el oxígeno de la sangre porque el aire no puede llegar a los pulmones", subraya.

Otros factores de riesgo generales que aumentan las posibilidades de sufrir esta patología son el alcohol, el tabaco y la toma de determinados fármacos. "Además, sabemos que es más frecuente en los varones, pues las mujeres presentan una mayor resistencia faríngea que los hombres y la prevalencia se incrementa con la edad en ambos sexos", apunta la doctora Carrasco.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño se define por la aparición repetitiva de apneas o hipopneas durante el sueño de tipo obstructivo por colapso de la vía aérea superior. "Se mide con un índice, el IAH, que se calcula dividiendo el número total de apneas e hipopneas registradas por el tiempo en minutos y multiplicado por 60. Si obtenemos un valor entre 5 y 15 será leve, por encima de 15 y hasta 30 moderado, y por encima de 30 grave", sostiene la doctora Carrasco. En los adultos, el signo más determinante es la somnolencia diurna excesiva. "Podemos medirla con la Escala de Epworth que nos dará una aproximación a la repercusión que el trastorno del sueño tiene para el paciente en función de los valores obtenidos", indica. También pueden aparecer otros síntomas como cefaleas matutinas, sensación de sueño no reparador, trastornos de la conducta y de la personalidad, como depresión o irritabilidad, y hasta alteraciones sexuales con impotencia. Además, como consecuencia del cansancio diurno, puede haber un aumento de la siniestralidad laboral y en carretera, y disminución de la concentración en el trabajo. Por la noche, el síntoma más frecuente es el ronquido que se suele acompañar de paradas de la respiración. En este sentido, añade, "debemos olvidar la falsa creencia de que cuando alguien ronca está durmiendo bien. Si alguien ronca es porque tiene dificultad para que pase el aire por la vía aérea superior y eso debe ser estudiado porque las personas con SAHS grave tienen un mayor riesgo de mortalidad y de enfermar que las personas sin SAHS".

Según datos de la SEORL-CCC, el síndrome de apnea obstructiva del sueño afecta al 10% de los niños, porcentaje que se eleva al 15% en los menores de siete años. "El problema de la obesidad también puede elevar esas cifras. Por otro lado, la mayoría de los niños no están diagnosticados de forma correcta porque en ellos no suelen hacerse pruebas de sueño, por un lado, debido a que las poligrafías cardiorrespiratorias no están validadas; y por otro, por las listas de espera para las polisomnografías", advierte la doctora Carrasco. En la población infantil, el síntoma más característico es la hiperactividad. "Son niños que no paran por lo que puede confundirse con el TDAH. Además, roncan fuerte, cuando un niño no debe roncar, y no duermen la noche completa porque se despiertan mucho", afirma.

Importancia del diagnóstico precoz

El diagnóstico precoz de la apnea del sueño es de suma importancia, según destacan en la SEORL-CCC, ya que los pacientes con SAHS grave tienen mucho mayor riesgo de morbimortalidad cardiovascular que el resto. "Esto significa que en 10 o 15 años si no se tratan hasta el 40% pueden tener un desastre fatal y morir. Sin embargo, el riesgo de los pacientes que se tratan con CPAP y cumplen con el tratamiento, es mucho menor. Una de las herramientas útiles para el screening

diagnóstico es el test de STOP-BANG, que permite obtener datos demográficos y antropométricos del paciente, así como información relacionada con el sueño.

Una de las pruebas que ha mejorado el diagnóstico en los últimos años es la somnoscopia o DISE (Drug Induced Sleep Endoscopy) que permite visualizar la vía aérea con un fibroscopio mientras el paciente está sedado por medio de fármacos, de modo que se observan las zonas que provocan el ronquido y el cierre de la vía aérea casi como ocurre cada noche. "Nos indica el punto exacto en el que el paciente tiene la obstrucción lo que facilita su correcto diagnóstico y la selección del tratamiento más adecuado", explica la doctora Carrasco. Según un trabajo reciente realizado por médicos de la SEORL-CCC publicado en [Acta Otorrinolaringológica Española](#) es una prueba que está recomendada en pacientes en los que no funciona el CPAP, como tratamiento de primera elección, para valorar si otras alternativas de tratamiento, como la cirugía de vías respiratorias altas o los dispositivos intraorales de avance mandibular, podrían ayudar a mejorar el colapso de la vía aérea. Además, también permite identificar las zonas de colapso residual causante de síntomas tras una cirugía previa.

Para más información:

Carlos Mateos/Rocío Jiménez.

COM SALUD. Tels.: 91223 66 78/ 675 987 723