



Apnea obstructiva del sueño y lesión de la médula espinal

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una enfermedad en la que las personas dejan de respirar mientras están dormidas. Desde hace mucho tiempo se sabe que la AOS causa pérdida de la memoria, cambios en el estado de ánimo y fatiga durante el día; por este motivo tradicionalmente se la ha considerado una preocupación del estilo de vida. Sin embargo, más recientemente se la ha vinculado con diabetes (1), niveles adversos de colesterol (2), accidentes cerebrovasculares (3), presión arterial alta (4) y niveles bajos de testosterona en los hombres (5); debido a estos importantes riesgos para la salud, investigadores y doctores le han prestado cada vez más atención.

Un estudio de 2002 sugirió que alrededor del 5 % de los estadounidenses adultos tienen AOS (6) —aunque la mayoría de los expertos en el campo creen que la cifra es todavía mayor— si bien nadie tiene seguridad sobre el porcentaje de personas con lesiones de la médula espinal que tiene la afección. Las mujeres y las personas con paraplejía no han sido estudiadas con tanta frecuencia como los hombres o las personas con cuadriplejía, de modo que no hay una comprensión exacta del modo en que esta enfermedad afecta a todas las personas con lesiones medulares. Algunos investigadores creen que solo un 9 % de las personas con lesiones medulares tiene AOS (7), pero la mayoría cree que el verdadero estimado está entre el 30 y el 50 % (8,9).

Uno de los aspectos más preocupantes de la AOS es su vínculo con la enfermedad cardíaca. Estudios recientes han mostrado que las personas con AOS sin tratar corren mayor riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares que quienes no tienen AOS (3,10,11). Dicho eso, un estudio de 2005 demostró que las personas con AOS crítica que reciben tratamiento adecuado para la afección —habitualmente con el uso de una mascarilla para respirar durante la noche— corren un riesgo drásticamente menor de sufrir o morir de un accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco que quienes no reciben tratamiento (12).

No todas las personas con AOS tienen los síntomas clásicos, de modo que es apropiado que todas las personas con LME les pregunten a sus doctores si deben hacerse un examen para detectarla. Las pruebas incluyen monitoreo durante la noche, ya sea en una institución dedicada o en la propia casa, y se organizan con relativa facilidad.

Referencias:

1. Botros N, Concato J, Mohsenin V, Selim B, Doctor K, Yaggi H. Obstructive sleep apnea as a risk factor for type II diabetes. *Am J Med.* 2009 Dec;122(12):1122-7.
2. Roche F, Sforza E, Pichot V, Maudoux D, Garcin A, Celle S et al. Obstructive sleep apnoea/hypopnea influences high-density lipoprotein cholesterol in the elderly. *Sleep Med.* 10(2009);882-6.
3. Yaggi H, Concato J, Kernan W, Lichtman J, Brass L, Mohsenin V. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med.* 2005 Nov 10;353(19):2034-41.
4. Peppard P, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med.* 2000 May;324:1378-84.
5. Luboshitzky R, Aviv A, Hefetz A, Herer P, Shen-Orr Z, Lavie L et al. Decreased pituitary-gonadal secretion in men with obstructive sleep apnea. *J Clin Endocrinol Metab.* 87(7):3394-8.
6. Young T, Peppard P, Gottlieb D. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 165:1217-1238.
7. Klefback B, Sternhag M, Weinberg J, Levi R, Hultling C, Borg J. Obstructive sleep apneas in relation to severity of cervical spinal cord injury. *Spinal Cord.* 1998. 36:621-8.
8. Leduc B, Dagher J, Mayer P, Bellemare F, Lepage Y. Estimated prevalence of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome after cervical cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007 Mar;88:333-7.
9. McEvoy D, Mykytyn I, Sajkov D, Flavell H, Marshall R, Antic R et al. Sleep Apnoea in patients with quadriplegia. *Thorax.* 1995; 50:613-9.
10. Peker Y, Kraiczi H, Hedner J, Loth S, Johnsson A, Bende M. An independent association between obstructive sleep apnoea and coronary artery disease. *Eur Respir J.* 1999;14:179-84.
11. Gottlieb D, Yenokyan G, Newman A, O'Connor G, Punjabi N, Quan S et al. Prospective study of obstructive sleep apnea and incident coronary heart disease and heart failure: the sleep heart health study. *Circulation.* 2010 J 27;122(4):352-60.
12. Marin J, Carrizo S, Vicente E, Agusti A. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet.* 2005;365;1046-53.

Fuente: Extraído de "Health Considerations in Spinal Cord Injury: A Handbook for People with SCI" con permiso de Michael D. Stillman, M.D., Profesor Adjunto de Medicina Interna y Neurocirugía, Facultad de Medicina de la University of Louisville.

La información en este mensaje es presentada con el propósito de educarle e informarle sobre la parálisis y sus efectos. Nada mencionado en este mensaje debe ser tomado como un diagnóstico o tratamiento médico. No debe reemplazar las instrucciones de su doctor o proveedor de salud. Si tiene preguntas sobre su salud por favor llame o visite a su doctor o proveedor de salud calificado inmediatamente. Siempre consulte con su doctor o proveedor de salud antes de comenzar un nuevo tratamiento, dieta o programa de bienestar. Nunca reemplace los consejos de su doctor o deje de buscar atención médica por algo mencionado en este mensaje.

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL), del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados, como parte de un premio de asistencia financiera por un total de 8,700,000 dólares, financiado en un 100 por ciento por la ACL/HHS. El contenido es de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de la ACL/HHS o del Gobierno de los Estados Unidos, ni su respaldo.