

El embarazo como factor de riesgo de apneas del sueño y las apneas como una amenaza para la salud materno-fetal

Autor: Dr. Juan Facundo Nogueira

Jefe de la Sección Medicina del Sueño, División Neumonología. Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina

El síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) constituye una de las patologías respiratorias crónicas más prevalentes en el mundo entero. Si bien los primeros estudios epidemiológicos daban cuenta de una prevalencia de 3.1 a 7.5% en varones y 1.2 a 4.5% en mujeres pre-menopáusicas¹, publicaciones más recientes, utilizando herramientas diagnósticas modernas y con señales de mayor precisión, revelan tasas de prevalencia de SAHOS moderado-severo de alrededor del 17% en mujeres y 34% en hombres^{2, 3}. Incluso un estudio realizado en Suiza demostró una tasa del 49%, lo que sugiere que la magnitud del problema podría ser aún mayor de lo que hasta el momento suponemos⁴.

El colapso faríngeo que da origen a las apneas durante el sueño obstruye el flujo de aire ocasionando episodios de hipoxemia y reoxigenación recurrentes, lo que dispara una cascada de eventos inflamatorios, hemodinámicos y metabólicos que repercute en todo el organismo. Por su parte, la fragmentación del sueño producto de la presencia de microdespertares que surgen como intento de revertir la obstrucción, contribuye activando aún más el sistema autonómico y disminuyendo el alerta y la capacidad cognitiva del paciente⁵.

El embarazo supone una serie de cambios trascendentales en la anatomía y fisiología de la mujer, a la vez que constituye un momento clave en el desarrollo del ser humano que se gesta en su vientre. Schönfeld y Pérez-Chada detallan con suma precisión estos aspectos en su trabajo de revisión⁶.

Si comprendemos la hipótesis que entiende al sueño como un proceso anabólico esencial para la regeneración tisular y celular y la recuperación de las capacidades cognitivas, endocrinas y metabólicas del sujeto, el rol del sueño en el embarazo cobra aún mayor sentido, dado que influye no solo en el organismo materno sino también en el feto. Detallan los autores las evidencias que indican un incremento en el riesgo de hipertensión arterial, pre-eclampsia, eclampsia y diabetes gestacional en las embarazadas con SAHOS; a la vez el feto se ve expuesto a mayor riesgo de anomalías de la frecuencia cardíaca, retardo del crecimiento, mayor APGAR al nacimiento, muerte fetal y parto prematuro^{6, 7}.

La exposición directa de adultos y recién nacidos a hipoxia intermitente ocasiona neuro-inflamación y apoptosis neuronal y se asocia a déficits en la función respiratoria a largo plazo en el niño, quienes además tendrían mayor riesgo de desarrollar SAHOS a futuro⁷. Un estudio recientemente publicado realizado en ratas embarazadas, demostró que la exposición a hipoxia intermitente durante el embarazo altera las respuestas inflamatorias normales y del ritmo respiratorio ante una amenaza al sistema inmune en las crías recién nacidas. Ello se traduce en una limitada capacidad para desarrollar una respuesta inmune adecuada del sistema nervioso central, es decir, es posible que sea menos capaz de desarrollar una respuesta neuro-inflamatoria protectora cuando se enfrenta con una infección después del nacimiento y quizás incluso más tarde en el desarrollo o edad adulta. Esto puede predisponer a la descendencia a una serie de morbilidades y patologías respiratorias y de otro tipo en el transcurso de la vida⁷.

Es preciso entonces estar atentos a la posible ocurrencia de SAHOS durante el embarazo, ya sea como enfermedad pre-existente o como consecuencia de las modificaciones que padece la mujer durante su gravidez, fundamentalmente en el primer y tercer trimestre. Es acertada la exposición del tema por parte de los autores, que sin duda debe llamar nuestra atención, no solo por el impacto en las comorbilidades materno-fetales que conlleva, sino también por la prevalencia estimada del SAHOS en la población general y en las mujeres embarazadas en particular, sobre todo si tenemos en cuenta la enorme tasa de sub-diagnóstico de estos trastornos. Cabe mencionar al respecto un reciente estudio que analiza una cohorte de más de un millón y medio de embarazadas, con datos obtenidos del registro del “*National Perinatal Information Center of USA*”, en el que la tasa de mujeres a las que se les había diagnosticado SAHOS fue de tan solo el 0.12%, cifras sustancialmente menores que las que muestran estudios epidemiológicos dirigidos. Además, en un análisis multivariado se demostró que estas mujeres presentaron mayor incidencia de pre-eclampsia, eclampsia y diabetes gestacional, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, histerectomía e internación en terapia intensiva, con una estancia hospitalaria más prolongada⁸.

El desafío sin lugar a dudas es desarrollar estrategias diagnósticas y terapéuticas que nos permitan abordar con eficiencia esta situación, la evidencia científica es aún insuficiente y hay mucho por investigar. Pero como ante cualquier otro problema que nos surge en el transcurso de nuestras vidas, siempre lo primero y más importante es reconocer que existe.

Bibliografía

1. Young T, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-1235.
2. Udawadia ZF, Doshi AV, Lonkar SG, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing and sleep apnea in middle-aged urban Indian men. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169: 8-73.
3. Tuffik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Azeredo Bittencourt L. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Sleep Medicine* 2010; 11: 441-446.
4. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med*. 2015; 3: 310-318.
5. White D. Pathogenesis of Obstructive and Central Sleep Apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 172: 1363-1370.
6. Schönfeld D, Pérez-Chada D. Trastornos respiratorios del sueño durante el embarazo. *RAMR* 2018, 18(1):
7. Johnson S, Randhawa K, Epstein J, Gustafson E, Hocker A, Huxtable A, Baker T, Watters J. Gestational intermittent hypoxia increases susceptibility to neuroinflammation and alters respiratory motor control in neonatal rats. *Respir Physiol Neurobiol*. 2017. pii: S1569-9048(17): 30275-30276.
8. Bourjeily G, Danilack V, Bublitz M, Lipkind H, Muri J, Caldwell D, Tong I, Rosene-Montella K. Obstructive sleep apnea in pregnancy is associated with adverse maternal outcomes: a national cohort. *Sleep Med* 2017; 38: 50-77.