

TÍTULO:

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN DIÁLISIS: TRATAMIENTO. Parte II

Autores:

Julen Ocharan-Corcuera

María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

Centro:

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. España.

Correo electrónico: julenocharan@yahoo.es



Resumen:

La enfermedad renal crónica en diálisis se ha asociado con trastornos del sueño. Se presenta el tratamiento de la apnea del sueño en diálisis: la medicación, la presión área positiva continua nasal, la cirugía y el oxígeno. Se notifica los efectos de la diálisis. La valoración de la mortalidad y se anotan las citas bibliográficas importantes.

I.- TRATAMIENTO DE LA APNEA DEL SUEÑO EN DIÁLISIS.**1. MEDICACIÓN.**

La medicación no se ha demostrado efectiva en el tratamiento de la apnea del sueño obstructiva. Sin embargo, medicaciones como la teofilina, acetazolamida, medroxiprogesterona y la clomipramina se han relacionado con resultados variables en el tratamiento de las apneas del sueño centrales, si bien podrían no ser apropiadas para los pacientes con ERC-5. Las benzodiacepinas están contraindicadas en las apneas del sueño obstructivas, al igual que otros depresores del sistema nerviosos central, porque pueden prolongar las apneas, aumentar la desaturación de oxígeno y fragmentar más severamente el sueño, con el consiguiente aumento de la fatiga diurna.

2. PRESIÓN AÉREA POSITIVA CONTINUA NASAL (NCPAP, nasal continuous positive airway pressure).

Las apneas del sueño de la población con ERC-5 resultan más difíciles de tratar que las de los pacientes habituales con apneas obstructivas porque muchas de las de los pacientes con ERC-5 son apneas centrales o mixtas. Sin embargo, la administración de NCPAP



es efectiva en los pacientes de esta población de apneas centrales. LA NCPAP consiste en la administración de una presión aérea positiva a través de las fosas nasales. La presión aérea positiva mantiene la apertura de las vías aéreas superiores, previniendo la obstrucción. La NCPAP también se ha demostrado efectiva en el tratamiento de apneas centrales en la población general y en los pacientes en diálisis. Los que usan NCPAP para las apneas obstructivas cumplen sólo el 40-60% del tratamiento prescrito.

3. CIRUGÍA.

Se han utilizado diversas aproximaciones quirúrgicas para el tratamiento de la apnea del sueño obstructiva, que habitualmente conllevan la reducción o extracción quirúrgica de la úvula y tejidos del paladar blando. Los procedimientos quirúrgicos para las apneas del sueño obstructivo ofrecen una tasa de éxitos generalmente del 50%.

4. OXÍGENO.

Algunos estudios recientes demuestran que la administración de oxígeno suplementario a un flujo lento es eficaz en el tratamiento de las apneas centrales.

Sin embargo, si también se halla una apnea obstructiva, el flujo lento de oxígeno puede prolongar la duración de la apnea.

II.- EFECTOS DE LA DIÁLISIS.

No se ha demostrado que la hemodiálisis periódica tenga ningún efecto en la frecuencia o gravedad de la apnea del sueño (Mendelson et al, 1990). Sin embargo, se ha publicado un caso sobre un paciente



anciano con enfermedad renal que inició la diálisis y presentó mejoría de la apnea del sueño. La calidad del sueño puede mejorar con la diálisis nocturna prolongada (Pierratos, et al.).

III.- MORTALIDAD.

Los pacientes en diálisis tienen una elevada tasa de mortalidad. En promedio, el 24 % de todos los pacientes en diálisis mueren cada año (Owen et al., 1993). Nuestros estudios han mostrado que los pacientes con un índice de movimientos de las piernas superior a 35 por hora de sueño tenían una tasa de mortalidad mucho más alta que otros pacientes estudiados en la unidad del sueño. Los niveles de albúmina y la tasa de reducción de urea en estos pacientes no fueron predictivos de la mortalidad y no distinguían entre los pacientes que sobrevivieron y los que fallecieron. Sólo la presencia de un número significativo de movimientos periódicos de las piernas durante el sueño predijo la mortalidad en estos pacientes.

Los pacientes con ERC-5 tienen una elevada incidencia de trastornos mayores del sueño, que causan fragmentación del sueño y disminución del estado de alerta diurno. El tratamiento sintomático de los trastornos del sueño en pacientes con ERC-5 con fármacos hipnóticos podría ser inapropiado sin un completo diagnóstico diferencial que demuestre la ausencia de apneas del sueño. Los trastornos del sueño parecen ser el resultado de la insuficiencia renal per se, así como cuando la diálisis resulta incapaz de normalizar el estado urémico. Los trastornos del sueño de la ERC-5 son fácilmente diagnosticables y a menudo pueden tratarse. Son frecuentes y requieren una apropiada investigación y tratamiento.



IV. BIBLIOGRAFÍA.

Benz RL, et al. Potential novel predictors of mortality in end-stage renal disease patients with sleep disorders. Am J Kidney Dis. 2000; 35: 1052-1060.

Benz RL, et al. A preliminary study of effects of correction of anemia with recombinant human erythropoietin therapy on sleep, sleep disorders, and daytime sleepiness in hemodialysis patients (the SLEEP

